



**T.C.**

**AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ**

**TIP FAKÜLTESİ**

**RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE KONSÜLTASYON-  
LİYEZON PSİKİYATRİSİ POLİKLİNİĞİNE AYAKTAN  
YÖNLENDİRİLEN HASTALARIN  
SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİ İLE  
BAŞVURU GEREKÇELERİ VE TAKİP SÜREÇLERİNİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**UZMANLIK TEZİ**

**Dr. Fatma İLHAN**

**Antalya – 2025**



**T.C.**

**AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ**

**TIP FAKÜLTESİ**

**RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE KONSÜLTASYON-  
LİYEZON PSİKİYATRİSİ POLİKLİNİĞİNE AYAKTAN  
YÖNLENDİRİLEN HASTALARIN  
SOSYODEMOGRAFIK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİ İLE  
BAŞVURU GEREKÇELERİ VE TAKİP SÜREÇLERİNİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**UZMANLIK TEZİ**

**Dr. Fatma İLHAN**

**TEZ DANIŞMANI: Dr. Öğr. Üyesi Özmen METİN**

**“Kaynak gösterilerek tezimden yararlanılabilir.”**

**Antalya – 2025**

## TEŞEKKÜR

Öncelikle, uzmanlık eğitimim ve bu tez çalışması boyunca yalnızca bilimsel katkılarıyla değil, düşünsel birikimiyle de bana yön veren tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Özmen Metin'e; klinik pratiğe ve psikiyatriye yaklaşımıyla farklı bir bakış açısı geliştirmeme vesile olan Doç. Dr. Buket Cinemre'ye; bu çalışmanın yürütüldüğü KLP polikliniğinin kurulmasına öncülük ederek bu alanın kurumsallaşmasında payı bulunan Prof. Dr. Gülsüm Özge Baysal'a; ayrıca eğitim sürecimde katkılarını esirgemeyen hocalarım Doç. Dr. Ali Erdoğan, Doç. Dr. Burak Kulaksızoğlu ve Doç. Dr. Sercan Karabulut'a teşekkür ederim.

Psikiyatri asistanlığına birlikte başladığım eş kıdemlerim Büşra, Metehan ve Yiğitcan'a; uzmanlık eğitimim boyunca birlikte çalıştığım bütün asistan arkadaşlarım ile hemşire, sekreter ve personellere ve nihayet, sabırları ve destekleriyle her zaman yanımda olan sevgili anne ve babama, ayrıca adı burada anılmamış olsa da bu süreçte katkısı olan herkese teşekkür ederim.

# İÇİNDEKİLER

|                                                                |      |
|----------------------------------------------------------------|------|
| Simgeler ve Kısaltmalar                                        | VIII |
| Tablolar Dizini                                                | IX   |
| Şekiller Dizini                                                | XI   |
| 1. GİRİŞ VE AMAÇ                                               | 1    |
| 2. GENEL BİLGİLER                                              | 4    |
| 2.1. KLP'nin Tanımı ve Kapsamı                                 | 4    |
| 2.2. KLP'nin Tarihçesi                                         | 6    |
| 2.3. Biyopsikososyal Model ve KLP                              | 7    |
| 2.4. KLP'nin Sağlık Hizmetlerindeki Yeri ve Önemi              | 9    |
| 2.5. KLP Hizmet Sunum Modelleri                                | 9    |
| 2.6. KLP'nin Hasta Profili                                     | 12   |
| 2.7. Ayaktan Konsültasyonlar                                   | 14   |
| 2.8. Ruhsal Belirtilerin Tıbbi Hastalılardaki Yaygınlığı       | 16   |
| 2.9. Konsültasyon Uygunluğu: Klinik Gerekçe ve Hekim Tutumları | 17   |
| 2.10. Psikiyatriye Karşı Hekim Tutumları ve Stigmatizasyon     | 19   |
| 2.11. Somatizasyon ve Psikiyatrik Değerlendirme                | 20   |
| 2.12. DSM-5 Tanı Dağılımı ve KLP                               | 21   |

|                                                    |           |
|----------------------------------------------------|-----------|
| 2.13. Başvuru Nedenleri (Semptom Temelli Yaklaşım) | 22        |
| 2.14. Tedaviye Uyum ve Takip                       | 23        |
| 2.15. Kronik Hastalıklar ve KLP                    | 24        |
| 2.16. Hekim Farkındalığı ve Eğitim Gereksinimi     | 26        |
| 2.17. Türkiye’de KLP Uygulamaları                  | 27        |
| <b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b>                          | <b>31</b> |
| <b>4. BULGULAR</b>                                 | <b>33</b> |
| 4.1. Yaş Dağılımı                                  | 33        |
| 4.2. Cinsiyet Dağılımı                             | 34        |
| 4.3. Medeni Durum                                  | 35        |
| 4.4. Eğitim Düzeyi                                 | 35        |
| 4.5. Meslek Dağılımı                               | 36        |
| 4.6. Başvuru Şikayetlerinin Dağılımı               | 37        |
| 4.7. DSM-5 Tanılarının Dağılımı                    | 39        |
| 4.8. Psikiyatrik Başvuru Geçmişi                   | 40        |
| 4.9. Uygulanan Tedavi Yöntemleri                   | 41        |
| 4.10. Konsültasyon İstemi Yapan Birimler           | 43        |
| 4.11. Tanı Alma Durumu                             | 44        |

|                                                                                         |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 4.12. Konsültasyon İsteminin Uygunluğu                                                  | 45 |
| 4.13. Takibe Gelme ve Tedaviye Yanıt Durumu                                             | 46 |
| 4.14. Kronik Hastalık Dağılımı                                                          | 47 |
| 4.15. Yaş Değişkenine Bağlı Analizler                                                   | 48 |
| 4.15.1. Yaş ve Cinsiyet İlişkisi                                                        | 48 |
| 4.15.2. Yaş ve DSM-5 Tanı İlişkisi                                                      | 49 |
| 4.15.3. Yaş ve Takibe Devam Etme                                                        | 51 |
| 4.16. Cinsiyet Değişkenine Bağlı Analizler                                              | 52 |
| 4.16.1 Cinsiyete Göre Başvuru Şikayetlerinin Dağılımı                                   | 52 |
| 4.16.2. Cinsiyete Göre DSM-5 Tanılarının Dağılımı                                       | 53 |
| 4.17. Medeni Duruma Göre Takibe Devam Etme                                              | 55 |
| 4.18. Eğitim Düzeyine Göre Takibe Devam Etme                                            | 57 |
| 4.19. Mesleki Duruma Göre Takibe Devam Etme                                             | 58 |
| 4.20. Kronik Hastalık Varlığına Göre Karşılaştırmalar                                   | 60 |
| 4.20.1. Başvuru Şikayetleri: Kronik Hastalığı Olan ve Olmayan Grupların Karşılaştırması | 60 |
| 4.20.2. DSM-5 Tanı Dağılımı: Kronik Hastalığı Olan ve Olmayan Grupların Karşılaştırması | 61 |
| 4.20.3. Takip Durumu: Kronik Hastalığı Olan ve Olmayan Hastaların Karşılaştırması       | 62 |

|                                                                                                          |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 4.21. Tedavi Yöntemine Göre Takibe Devam Etme ve Klinik Düzelmeye                                        | 63 |
| 4.22. Nöroloji Polikliniğinden Yönlendirilen Hastaların Alt Analizi                                      | 65 |
| 4.22.1. Nöroloji Polikliniğinden Yönlendirilen Hastaların Başvuru Şikayetleri                            | 65 |
| 4.22.2. Nöroloji Polikliniğinden Yönlendirilen Hastaların DSM-5 Tanı Dağılımı                            | 67 |
| 4.22.3. Nöroloji Polikliniğinden Gelen Konsültasyonların Uygunluğu                                       | 69 |
| 4.23. Nörolojik Hastalık Tanısı Olanların Alt Analizi                                                    | 70 |
| 4.23.1. Nörolojik Hastalık Tanısı Olanların Tanı Dağılımı                                                | 70 |
| 4.23.2. Nörolojik Hastalık Tanısı Olanların Başvuru Şikayetleri                                          | 71 |
| 4.23.3. Nörolojik Hastalık Tanısı Olanların DSM-5 Tanı Dağılımı                                          | 72 |
| 4.23.4. Epilepsi Tanısı Olan Hastalar                                                                    | 74 |
| 4.23.5. Demans Tanısı Olan Hastalar                                                                      | 76 |
| 4.23.6. Parkinson Tanısı Olan Hastalar                                                                   | 78 |
| 4.23.7. DSM-5 Tanısı Almayan Nörolojik Hastaların Dağılımı                                               | 80 |
| 4.24. Onkoloji Hastalarının Alt Analizi                                                                  | 81 |
| 4.24.1. Onkoloji Hastalarının Başvuru Şikayetleri                                                        | 81 |
| 4.24.2. Onkoloji Hastalarının DSM-5 Tanı Dağılımı                                                        | 82 |
| 4.24.3. Onkoloji Hastalarının Psikiyatri Başvuru Geçmişi                                                 | 83 |
| 4.24.4. Psikiyatrik Başvuru Geçmişi: Onkoloji Hastaları ve Kronik Hastalığı Olmayan Grup Karşılaştırması | 84 |

|                                                                                                          |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 4.24.5. Onkoloji Hastalarının Takip ve Tedavi Süreci                                                     | 85  |
| 4.24.6. Onkoloji Hastaları ve Genel Popülasyonun Takip ve Tedavi Süreçlerinin Karşılaştırması            | 86  |
| 4.24.7. Onkoloji Hastaları ve Kronik Hastalığı Olmayanların Takip ve Tedavi Süreçlerinin Karşılaştırması | 88  |
| 4.24.8. Onkoloji Hastaları ve Diğer Grupların Konsültasyon Uygunluğu Açısından Karşılaştırması           | 89  |
| 4.25. Romatoloji Hastalarının Alt Analizi                                                                | 91  |
| 4.25.1. Romatolojik Hastalık Tanısı Olan Hastaların Başvuru Şikayetleri                                  | 91  |
| 4.25.2. Romatolojik Hastalık Tanısı Olan Hastaların DSM-5 Tanı Dağılımı                                  | 91  |
| 4.26. Dermatoloji Polikliniğinden Yönlendirilen Hastaların Başvuru Şikayetleri ve DSM 5 Tanı Dağılımları | 92  |
| 5. TARTIŞMA                                                                                              | 94  |
| 5.1. Çalışmanın Genel Katkısı                                                                            | 94  |
| 5.2. Sosyodemografik Bulguların Tartışılması                                                             | 95  |
| 5.3. Başvuru Şikayetleri ve DSM-5 Tanılarının Tartışılması                                               | 97  |
| 5.4. Yönlendirme Yapan Poliklinikler                                                                     | 100 |
| 5.5. Kronik Hastalık ve Alt Grup Bulgularının Tartışılması                                               | 103 |
| 5.6. Takip Süreçleri ve Klinik Düzelme Bulgularının Tartışılması                                         | 108 |
| 5.7. Konsültasyon Uygunluğu ve Hekim Farkındalığı Bulgularının Tartışılması                              | 112 |

|                                                            |     |
|------------------------------------------------------------|-----|
| 5.8. Yöntemsel Sınırlılıklar                               | 115 |
| 5.9. Klinik Katkılar ve Gelecek Araştırmalar İçin Öneriler | 116 |
| 6. SONUÇ                                                   | 119 |
| 7. ÖZET                                                    | 121 |
| 8. ABSTRACT                                                | 123 |
| 9. KAYNAKLAR                                               | 125 |

## SİMGELER VE KISALTMALAR

|              |                                                                      |
|--------------|----------------------------------------------------------------------|
| <b>APA</b>   | American Psychiatric Association                                     |
| <b>BD</b>    | Bilim Dalı                                                           |
| <b>CLP</b>   | Consultation-Liaison Psychiatry                                      |
| <b>DSM-5</b> | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition |
| <b>EKT</b>   | Elektrokonvülsif Terapi                                              |
| <b>FTR</b>   | Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon                                       |
| <b>KLP</b>   | Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi                                    |
| <b>NBE</b>   | Nörolojik Bilimler Enstitüsü                                         |
| <b>RAID</b>  | Reinforce Appropriate, Implode Disruptive                            |
| <b>TMS</b>   | Transkraniyal Manyetik Stimülasyon                                   |
| <b>TPD</b>   | Türkiye Psikiyatri Derneği                                           |
| <b>YÖK</b>   | Yükseköğretim Kurulu                                                 |

## TABLÖLAR DİZİNİ

| Tablo                                                                      | Sayfa |
|----------------------------------------------------------------------------|-------|
| 2.1. KLP ile ilgili anahtar kavramlar                                      | 5     |
| 2.2. KLP hizmet modellerinin karşılaştırması                               | 12    |
| 2.3. KLP'nin hasta profili                                                 | 14    |
| 2.4. Ayaktan ve yatan hasta KLP uygulamalarının karşılaştırması            | 15    |
| 2.5. Literatürde psikiyatrik konsültasyon türleri ve Türkçe karşılıkları   | 18    |
| 5.1. Sosyodemografik değişkenlerin dağılımı ve istatistiksel değerlendirme | 97    |
| 5.2. En sık görülen başvuru şikayetleri                                    | 98    |
| 5.3. En sık görülen DSM-5 tanı grupları                                    | 99    |
| 5.4. KLP polikliniğine en sık yönlendirme yapan poliklinikler              | 100   |
| 5.5. Kronik hastalık grubu dağılımı                                        | 103   |
| 5.6. Kronik hastalık varlığına göre başvuru şikayetleri                    | 104   |
| 5.7. DSM-5 tanı dağılımı (kronik hastalığı olan bireyler)                  | 104   |
| 5.8. Onkoloji ve nöroloji hastalarının başvuru şikayetleri                 | 105   |
| 5.9. İlk kez psikiyatriye başvuru oranı (onkoloji ve genel popülasyon)     | 105   |
| 5.10. Takip süreci ve klinik düzelme verileri                              | 109   |
| 5.11. Sosyodemografik değişkenler ile takibe gelme ilişkisi                | 109   |

|                                                                                       |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 5.12. Takibe alınan hastalarda kontrole gelmeme durumu                                | 110 |
| 5.13. Takibe gelip klinik düzelme gösteren hastalar                                   | 111 |
| 5.14. Takibe alınanlarda kontrole gelme oranı                                         | 112 |
| 5.15. Kontrole gelenlerde klinik düzelme oranı                                        | 112 |
| 5.16. Konsültasyon uygunluğu genel dağılımı                                           | 114 |
| 5.17. Onkoloji hastaları ve diğer grupların konsültasyon uygunluğunun karşılaştırması | 114 |

## ŞEKİLLER DİZİNİ

| Şekil                                                              | Sayfa |
|--------------------------------------------------------------------|-------|
| 2.1. KLP'nin tarihçesi                                             | 7     |
| 2.2. Biyopsikososyal Model ve KLP                                  | 8     |
| 4.1. Yaş gruplarına göre hasta dağılımı                            | 34    |
| 4.2. Cinsiyete göre hasta dağılımı                                 | 34    |
| 4.3. Medeni duruma göre hasta dağılımı                             | 35    |
| 4.4. Eğitim düzeyine göre hasta dağılımı                           | 36    |
| 4.5. Mesleki duruma göre hasta dağılımı                            | 37    |
| 4.6. Şikâyet türüne göre hasta dağılımı                            | 38    |
| 4.7. DSM-5 tanılarına göre hasta dağılımı                          | 40    |
| 4.8. Psikiyatri başvuru geçmişine göre hasta dağılımı              | 41    |
| 4.9. Uygulanan tedavi yöntemlerine göre hasta dağılımı             | 42    |
| 4.10. Konsültasyon istemi yapan birimlere göre hasta dağılımı      | 43    |
| 4.11. Psikiyatrik tanı alma durumuna göre hasta dağılımı           | 44    |
| 4.12. Konsültasyon isteminin uygunluk durumuna göre hasta dağılımı | 45    |
| 4.13. Takibe gelme ve tedaviye yanıt durumu                        | 46    |
| 4.14. Kronik hastalık gruplarına göre hasta dağılımı               | 48    |

|                                                                             |    |
|-----------------------------------------------------------------------------|----|
| 4.15. Cinsiyete göre yaş ortalamaları                                       | 49 |
| 4.16. DSM-5 tanı gruplarına göre yaş ortalamaları                           | 50 |
| 4.17. Takibe gelme durumuna göre yaş ortalamaları                           | 51 |
| 4.18. Cinsiyete göre başvuru şikayetlerinin dağılımı                        | 53 |
| 4.19. Cinsiyete göre DSM-5 tanılarının dağılımı                             | 55 |
| 4.20. Medeni duruma göre takibe devam etme                                  | 57 |
| 4.21. Eğitim düzeyine göre takibe devam etme                                | 58 |
| 4.22. Mesleki duruma göre takibe devam etme                                 | 59 |
| 4.23. Kronik hastalık varlığına göre başvuru şikayetlerinin dağılımı        | 61 |
| 4.24. Kronik hastalık varlığına göre DSM-5 tanı dağılımı                    | 62 |
| 4.25. Kronik hastalık varlığına göre takip ve tedavi süreci                 | 63 |
| 4.26. Tedavi yöntemine göre takip ve klinik düzelme                         | 65 |
| 4.27. Nöroloji polikliniğinden yönlendirilen hastaların başvuru şikayetleri | 67 |
| 4.28. Nöroloji polikliniğinden yönlendirilen hastaların DSM-5 tanı dağılımı | 68 |
| 4.29. Nöroloji polikliniğinden gelen konsültasyonların uygunluğu            | 69 |
| 4.30. Nörolojik hastalığı olanların tanı dağılımı                           | 70 |
| 4.31. Nörolojik hastalık tanısı olanların başvuru şikayetleri               | 72 |

|                                                                                              |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 4.32. Nörolojik hastalık tanısı olanların DSM-5 tanı dağılımı                                | 73 |
| 4.33. Epilepsi tanısı olan hastaların başvuru şikayetleri                                    | 75 |
| 4.34. Epilepsi tanısı olan hastaların DSM-5 tanı dağılımı                                    | 76 |
| 4.35. Demans tanısı olan hastaların başvuru şikayetleri                                      | 77 |
| 4.36. Demans tanısı olan hastaların DSM-5 tanı dağılımı                                      | 78 |
| 4.37. Parkinson tanısı olan hastaların başvuru şikayetleri                                   | 79 |
| 4.38. Parkinson tanısı olan hastaların DSM-5 tanı dağılımı                                   | 80 |
| 4.39. Psikiyatrik tanı almayan nöroloji hastaları                                            | 81 |
| 4.40. Onkoloji hastalarının başvuru şikayetleri                                              | 82 |
| 4.41. Onkoloji hastalarının DSM-5 tanı dağılımı                                              | 83 |
| 4.42. Onkoloji hastalarının psikiyatrik başvuru geçmişi                                      | 84 |
| 4.43. Onkoloji hastaları ile kronik hastalığı olmayanların<br>psikiyatrik başvuru geçmişleri | 85 |
| 4.44. Onkoloji hastalarında takip ve tedavi süreci                                           | 86 |
| 4.45. Onkoloji hastaları ve genel popülasyonun takip ve tedavi<br>süreçleri                  | 87 |
| 4.46. Onkoloji hastaları ve kronik hastalığı olmayanların<br>takip ve tedavi süreçleri       | 89 |
| 4.47. Onkoloji hastaları ve diğer grupların konsültasyon<br>İstemlerinin uygunluğu           | 90 |

|                                                                                                          |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 4.48. Romatolojik hastalığı olanların başvuru şikayetleri                                                | 91 |
| 4.49. Romatolojik hastalığı olanların DSM-5 tanı dağılımı                                                | 92 |
| 4.50. Dermatoloji polikliniğinden yönlendirilen hastaların başvuru şikayetleri ve DSM-5 tanı dağılımları | 93 |



## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Genel hastanelerde psikiyatrik hizmetlerin etkin sunumu, sadece psikiyatri uzmanlarının değil, tüm tıbbi disiplinlerin iş birliğini gerektirir. Bu bağlamda ortaya çıkan Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi (KLP) alanı, bedensel hastalıklarla başvuran bireylerdeki psikiyatrik semptomların tanınması, değerlendirilmesi ve uygun yönlendirme süreçlerinin yapılandırılmasını hedefler. İlk kez 20. yüzyılın başlarında gelişen KLP, biyopsikososyal yaklaşımı benimseyerek psikiyatrinin sınırlarını klasik tanı ve tedavi anlayışının ötesine taşımış, tıbbın diğer alanlarıyla entegrasyonunu sağlamıştır (1). Türkiye’de ise özellikle 1980’li yıllardan sonra KLP alanında hem kuramsal hem de klinik gelişmeler hız kazanmıştır (2).

KLP, yalnızca fiziksel hastalıklara eşlik eden psikiyatrik hastalıkların tespit edilmesi açısından değil; aynı zamanda tedaviye uyum, yaşam kalitesi, hastane yatış süresi ve mortalite gibi birçok klinik çıktıyı da doğrudan etkileyen bir alandır. Nitekim ruhsal belirtiler, yalnızca psikiyatrik bozuklukların değil; kronik hastalıkların, ilaç yan etkilerinin, yaşam krizlerinin ya da hastalık algısının bir yansıması olarak da ortaya çıkabilir. Özellikle kanser, nörolojik hastalıklar, kronik sistemik hastalıklar gibi durumlarda hastaların önemli bir kısmı hem fiziksel hem ruhsal boyutta izlenmeye ihtiyaç duyar. Bu bağlamda, genel hastanelerde sunulan ayaktan KLP hizmetleri, kapsamlı ve disiplinler arası bir değerlendirme olanağı sunar.

Ancak KLP uygulamalarının başarısı, büyük ölçüde hastayı yönlendiren hekimin ruhsal belirtileri fark etme, anlamlandırma ve uygun şekilde konsültasyon isteme becerisine bağlıdır. Bu noktada hekim farkındalığı kritik hale gelir. Özellikle somatik yakınmaların ardında yatan ruhsal süreçlerin gözden kaçırılması ya da psikiyatrik belirtilerin yanlış değerlendirilmesi hem tanı sürecini hem de tedavi planlamasını sekteye

uğratabilir. Literatürde, birçok hekim tarafından yapılan konsültasyon istemlerinin gerekçelerinin eksik, yetersiz ya da psikiyatrik tabloyla uyumsuz olduğu; bazı durumlarda ise ruhsal durumu ciddi olan hastaların hiç yönlendirilmediği bildirilmiştir. Bu durum, konsültasyon uygunluğu kavramını gündeme getirmiştir. Uygunluk, sadece bir psikiyatrik bozukluğun varlığıyla değil, aynı zamanda hekimin bu durumu ne ölçüde doğru tanıdığıyla da ilgilidir (3–5).

KLP alanında yapılan araştırmaların önemli bir kısmı yatan hasta popülasyonuna odaklanmışken, konsültasyon ile ayaktan başvuran hastalara dair çalışmalar sınırlıdır. Oysa ayaktan başvuran hastalar hem farklı yönlendirilme dinamiklerine sahiptir hem de psikiyatrik izlem açısından farklı zorluklar barındırır. Bu hastalar genellikle dahiliye, nöroloji, onkoloji, fizik tedavi ve rehabilitasyon, dermatoloji gibi polikliniklerde izlenmekte; ruhsal yakınmalar ya hekimin dikkatini çekmekte ya da hasta tarafından doğrudan dile getirilmektedir. Ayaktan KLP değerlendirmelerinde en sık karşılaşılan başvuru nedenleri arasında depresif ve anksiyöz belirtiler, ilaç yan etkileri, uyku bozuklukları, bilişsel sorunlar ve somatizasyon yer almaktadır (5–7).

Bu çalışma, bir üniversite hastanesindeki KLP polikliniğine ayaktan yapılan yönlendirmeleri çok boyutlu biçimde değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Çalışmanın temel hedefleri arasında; hastaların yönlendirilme gerekçeleri, aldıkları DSM-5 tanıları, yönlendirmeyi yapan kliniklerin dağılımı, konsültasyon istemlerinin uygunluğu ve takibe alınan hastaların izlem süreçlerinin incelenmesi yer almaktadır. Bu doğrultuda, “Hangi hasta grupları KLP’ye yönlendirilmektedir?”, “Yönlendirmeler ne ölçüde uygundur?”, “Kronik hastalıklar bu süreci nasıl etkilemektedir?” gibi sorulara yanıt aranacaktır.

Ayrıca, kronik hastalık gruplarına ait alt analizler (örneğin onkolojik ve nörolojik hastalıklar gibi) ile bu hastaların psikiyatrik başvuru örüntüleri ve tedaviye uyum düzeyleri detaylandırılacaktır. Bu kapsamda elde edilecek bulguların hem klinik hizmet planlamasına hem de hekim eğitimi ve farkındalık çalışmalarına katkı sunması hedeflenmektedir.

Çalışma, 2023–2024 yılları arasında Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı KLP polikliniğine farklı branşlardan ayaktan yönlendirilmiş hastaları kapsamaktadır. Hastaların demografik, klinik ve sosyal özellikleriyle birlikte; başvuru nedenleri, aldıkları tanımlar, tedaviye yaklaşımları, psikiyatrik müdahaleye verdikleri yanıtlar ve takibe katılım süreçleri gibi değişkenler üzerinden KLP hizmetlerinin işlevselliği değerlendirilecektir.

Bu yönüyle çalışma hem klinik hizmet kalitesinin artırılması hem de tıp eğitimi süreçlerinde psikiyatrik farkındalığın güçlendirilmesine yönelik önemli çıktılar sağlamayı amaçlamaktadır.

Çalışmanın yalnızca Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'ndeki ayaktan hasta verilerine dayanması, bulguların genellenebilirliğini sınırlayabilir. Ayrıca, konsültasyon uygunluğu gibi bazı değişkenlerin hekimin öznel değerlendirmesine dayanması, sonuçların yorumunda dikkatli olunmasını gerektirmektedir.

Tez metni; giriş ve genel bilgiler bölümlerinin ardından yöntem, bulgular, tartışma ve sonuç başlıkları altında yapılandırılmış olup, ilgili tüm parametreler bu bölümlerde sistematik biçimde ele alınmıştır. Bu bağlamda, çalışmanın yöntemi ve bulguları izleyen bölümlerde ayrıntılı olarak sunulacaktır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. KLP'nin Tanımı ve Kapsamı

KLP, genel hastanelerin psikiyatri dışı bölümlerinde görev yapan psikiyatristlerin ve ilgili ruh sağlığı profesyonellerinin yürüttüğü klinik, eğitim ve araştırma faaliyetlerini kapsayan bir alt disiplindir. Bu alan, “konsültasyon” ve “liyezon” kavramlarını birlikte içerir. Konsültasyon, bir psikiyatristin başka klinik uzmana hastanın ruhsal durumu hakkında tanı ve müdahale önerisi sunduğu süreci ifade ederken; liyezon, ruh sağlığı hizmeti ile tıbbi bakım hizmeti veren birimler arasında sürekli ve karşılıklı iş birliği kurulmasını ifade eder. Bu yapı, hastaya yaklaşımda bütüncül bir anlayış sağlamayı amaçlar (5).

KLP, genel tıbbın farklı alanlarında izlenen hastalarda ortaya çıkan ruhsal belirtilerin değerlendirilmesini ve gerektiğinde müdahale edilmesini amaçlayan bir psikiyatri alt dalıdır. Bu alan, psikiyatrinin yalnızca kendi sınırları içinde değil, tüm tıp branşlarıyla iş birliği içinde çalışmasını gerektirir. Bedensel hastalıklara eşlik eden psikiyatrik belirtilerin erken tanınması hem hastaların yaşam kalitesini artırmakta hem de genel sağlık hizmetlerinin etkinliğine katkı sağlamaktadır.

KLP pratiğinde amaç yalnızca psikiyatrik tanı koymak değil; aynı zamanda hastanın geçirdiği tıbbi süreç, hastalık algısı, tedaviye uyumu ve hastaneye yatış süresi gibi pek çok değişkenin ruhsal durumla olan ilişkisini değerlendirmektir. Bu yaklaşım, klasik tıbbi değerlendirme süreçlerine “psikiyatrik bir bakış açısı” kazandırarak, daha bütüncül bir hasta yönetimi sağlar. Özellikle kronik hastalığı olan bireylerde, psikiyatrik destek çoğu zaman tıbbi tedavinin başarısı için belirleyici bir faktör haline gelir.

**Tablo 2.1. KLP ile İlgili Anahtar Kavramlar**

| <b>Kavram</b>                 | <b>Tanım</b>                                                                                               | <b>Tezdeki Rolü</b>                                                                |
|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Konsültasyon</b>           | Psikiyatristin başka bir branş hekimi tarafından çağrılarak değerlendirme yapması ve önerilerde bulunması. | Yönlendirme uygunluğunun temelini oluşturur.                                       |
| <b>Liyezon</b>                | Psikiyatristin diğer tıbbi birimlerle iş birliği içinde çalışması.                                         | Multidisipliner yaklaşımı destekler.                                               |
| <b>Konsültasyon Uygunluğu</b> | Yönlendirme gerekçesi ile psikiyatrik belirtiler arasındaki klinik uyum.                                   | Hekim farkındalığını değerlendiren temel ölçüttür.                                 |
| <b>Somatizasyon</b>           | Ruhsal sıkıntının bedensel belirtilerle dışa vurulması.                                                    | Ayaktan başvuran hastalarda sık gözlenen başvuru nedenidir.                        |
| <b>Hekim Farkındalığı</b>     | Yönlendiren hekimin hastadaki psikiyatrik belirtiyi fark etme ve doğru yorumlama düzeyi.                   | Konsültasyon istemlerinin kalitesini etkileyen belirleyici değişkenlerden biridir. |
| <b>Ayaktan Hasta</b>          | Hastaneye yatırılmadan, poliklinik düzeyinde hizmet alan birey.                                            | Bu tezin örneklemini sadece ayaktan başvuran hastalardan oluşturmaktadır.          |
| <b>DSM-5 Tanısı</b>           | Amerikan Psikiyatri Birliği'nin 5. baskısına göre belirlenen ruhsal hastalık sınıflandırmaları.            | Tezde tanı kategorileri bu sınıflamaya göre analiz edilmiştir.                     |
| <b>Takip Süreci</b>           | KLP polikliniği tarafından önerilen tedavi veya izlem planının devam ettirilmesi.                          | Hastaların tedaviye yanıtlarını değerlendirmek amacıyla analiz edilmiştir.         |
| <b>Biyopsikososyal Model</b>  | Hastalıkların biyolojik, psikolojik ve sosyal etkenlerin etkileşimiyle oluştuğunu kabul eden yaklaşım.     | KLP'nin temel teorik dayanağını oluşturur.                                         |

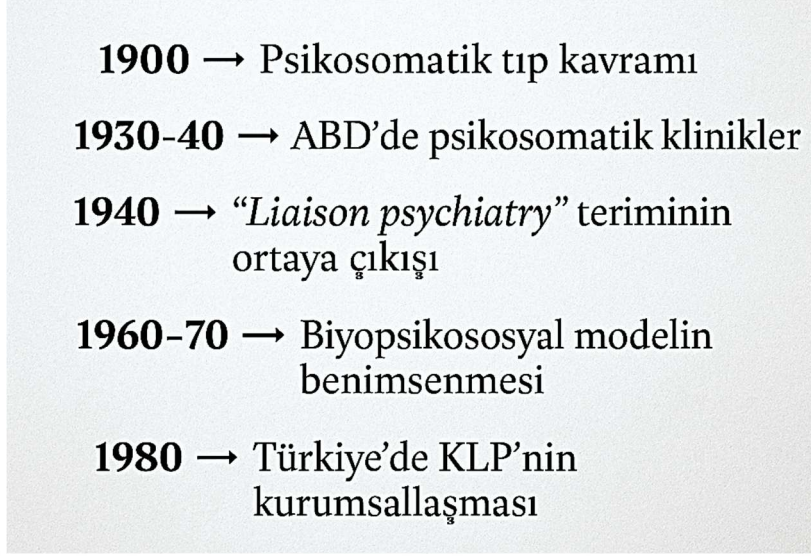
## 2.2. KLP'nin Tarihçesi

KLP, kökeni 20. yüzyılın başlarına uzanan ve psikiyatrinin genel tıp pratiğiyle entegrasyonunu esas alan bir disiplindir. Ruhsal hastalıkların bedensel süreçlerle olan ilişkisine dikkat çeken ilk yaklaşımlar, psikosomatik tıbbın ortaya çıkışıyla birlikte şekillenmiştir (8). Özellikle 1930'lu ve 40'lı yıllarda ABD'deki bazı üniversite hastanelerinde psikosomatik klinikler kurulmuş ve bu alan, psikiyatrinin hem klinik hem akademik alt dallarından biri olarak gelişmeye başlamıştır (9).

1940'lardan itibaren "liyezon psikiyatrisi" terimi kullanılmaya başlanmış; psikiyatristlerin tıbbi kliniklerde düzenli olarak görev almasıyla birlikte konsültasyon hizmeti sistematik bir yapıya kavuşmuştur. Bu süreçte psikiyatristler, yalnızca hastalara yönelik değerlendirmeler yapmakla kalmamış; aynı zamanda tıp çalışanlarına yönelik eğitim faaliyetlerinde de bulunmuşlardır. Bu uygulama, KLP'nin temel ilkelerinden biri olan ekip içi iş birliği anlayışının da temellerini oluşturmuştur (10).

1960'lı ve 70'li yıllar, KLP'nin kuramsal olarak güçlendiği ve bilimsel yayınlarla alandaki yerini sağlamlaştırdığı bir dönem olmuştur. Bu yıllarda biyopsikososyal modelin benimsenmesiyle birlikte, hastalıkların yalnızca biyolojik değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyal boyutlarının da değerlendirilmesi gerektiği görüşü yaygınlık kazanmıştır (8).

Türkiye'de ise KLP alanındaki gelişmeler, dünyaya kıyasla daha geç bir tarihte başlamıştır. Özellikle 1980'li yıllardan sonra genel hastanelerde psikiyatri servislerinin yaygınlaşması ve psikiyatri uzmanlık eğitimi kapsamında KLP rotasyonlarının yer almasıyla birlikte bu alana olan ilgi artmıştır. Son yıllarda ise KLP polikliniklerinin kurulmasıyla birlikte, sadece yatan değil, ayaktan hastaların da sistemli biçimde değerlendirildiği yeni bir dönem başlamıştır (11,12).



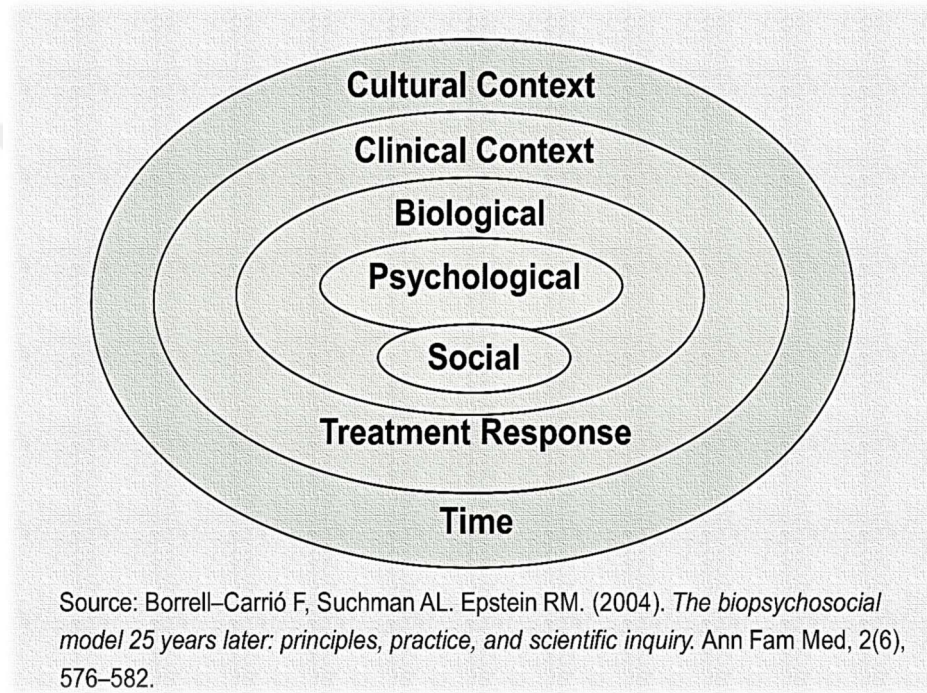
Şekil 2.1. KLP’nin tarihçesi

### 2.3. Biyopsikososyal Model ve KLP

KLP, temelde biyopsikososyal modeli esas alan bir yaklaşımla yapılandırılmıştır. Bu model, hastalıkların yalnızca biyolojik süreçlerle açıklanamayacağını; bireyin psikolojik durumu, yaşam öyküsü, sosyal çevresi ve kültürel bağlamının da mutlaka dikkate alınması gerektiğini savunur. Modern tıpta hastayı merkeze alan bu anlayış, KLP uygulamalarına hem tanı koyma hem de tedavi süreçlerinde rehberlik eden temel paradigmadır (13).

KLP pratiğinde bir hastanın ruhsal değerlendirmesi yapılırken, yalnızca belirti düzeyinde değil, o belirtilerin içinde ortaya çıktığı yaşamsal bağlam da dikkate alınır. Örneğin, organik bir hastalığın biyolojik etkileri kadar, bu hastalığın bireyde yarattığı psikolojik yük ve sosyal sonuçlar da değerlendirmeye dahil edilir. Böylece hem ruhsal semptomların kökenine dair daha sağlıklı bir anlayış geliştirilir hem de müdahale süreci kişiselleştirilmiş daha işlevsel bir yapıya kavuşturulur.

Biyopsikososyal modelin KLP alanındaki en önemli katkılarından biri, farklı disiplinler arasında iş birliğini teşvik etmesidir. Psikiyatri uzmanı; dahiliye, cerrahi, nöroloji ya da onkoloji gibi farklı branşlardaki hekimlerle ortak bir dil geliştirerek, hastanın hem tıbbi hem ruhsal açıdan bütüncül biçimde değerlendirilmesini sağlar. Bu çok boyutlu yaklaşım, özellikle karmaşık vakalarda tanısal açıklığı artırmakta, tedavi sürecine uyumu desteklemekte ve hastanın yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemektedir (14).



Şekil 2.2. Biyopsikososyal Model ve KLP

Bu şematik diyagram, Borrell-Carrió ve arkadaşları (2004) tarafından tanımlanan biyopsikososyal modelin yapısal bileşenlerini görselleştirmektedir. Hasta, biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin kesişiminde yer almakta; bu katmanlar klinik ve kültürel bağlamla birlikte zaman içinde şekillenmektedir. KLP hizmetleri, bu çok katmanlı yapıyı dikkate alarak bütüncül bir değerlendirme ve müdahale modeli sunar (15).

## 2.4. KLP'nin Sağlık Hizmetlerindeki Yeri ve Önemi

KLP, genel sağlık hizmetlerinin ruhsal boyutunu güçlendiren hem tanısal süreçleri hem de tedavi etkinliğini doğrudan etkileyen bir uygulama alanıdır. Özellikle bedensel hastalıkları olan bireylerde psikiyatrik değerlendirme yapılması, hastalığın seyrini, tedaviye uyumu ve genel yaşam kalitesini belirleyici düzeyde etkileyebilmektedir. Bu nedenle KLP, yalnızca bir psikiyatri alt dalı değil; aynı zamanda sağlık hizmetlerinde bütüncül yaklaşımın temel bileşenlerinden biridir.

Çeşitli çalışmalarda, tıbbi hastalıklara eşlik eden ruhsal bozuklukların hastaneye yatış süresini uzattığı, tedaviye yanıtı azalttığı ve sağlık harcamalarını artırdığı gösterilmiştir (16). Ruhsal semptomların erken fark edilip hastaya uygun müdahalede bulunulması, bu olumsuz süreçleri önemli ölçüde azaltabilmektedir. KLP uygulamaları, özellikle depresyon, anksiyete, uyum bozukluğu ve psikotik belirtiler gibi ruhsal tabloların hızlı değerlendirilmesini sağlayarak hem hastanın klinik gidişatını iyileştirmekte hem de hastane kaynaklarının etkin kullanılmasına katkıda bulunmaktadır (16). Ayrıca KLP, hastanede görev yapan sağlık personelinin psikiyatrik olgulara yaklaşımını da şekillendirmektedir. Farklı branşlardan hekimlerle kurulan iş birliği sayesinde, ruhsal sorunlara yönelik farkındalık artmakta, hasta-hekim iletişimi güçlenmekte ve ruhsal sorunlar daha az damgalayıcı biçimde ele alınmaktadır. Bu yönüyle KLP, yalnızca bireysel hasta yararına değil; kurumsal düzeyde sağlık hizmetlerinin niteliğine de katkı sunmaktadır (17).

## 2.5. KLP Hizmet Sunum Modelleri

KLP hizmetleri, hastanelerdeki organizasyonel yapıya, hasta yoğunluğuna ve mevcut sağlık personeli sayısına bağlı olarak farklı modellerle sunulabilmektedir. KLP uygulamaları genel olarak çağrıya dayalı (reaktif), yerinde (proaktif), entegre ve ayaktan poliklinik temelli modeller şeklinde sınıflandırılabilir. Her modelin kendi içinde avantajları

ve sınırlılıkları bulunmakta; hastane türüne ve hizmetin kapsamına göre bu yaklaşımlardan biri ya da birkaçı tercih edilebilmektedir (5).

Çağrıya dayalı model, en yaygın kullanılan sistemdir. (18). Bu modelde, hastayı takip eden klinisyen tarafından gerekli görüldüğünde psikiyatri biriminden konsültasyon talep edilir. Ancak bu yapı, yalnızca bildirilen sorunlara odaklanma riski taşır; çünkü ruhsal belirtiler çoğu zaman gözden kaçabilmektedir. Buna karşın yerinde model, psikiyatri ekibinin belirli aralıklarla belirli servisleri gezerek proaktif değerlendirme yapmasını içerir ve bu sayede tanı konmamış ya da yönlendirilmemiş olgular da fark edilebilir hale gelir (18).

Entegre model ise özellikle kronik hastalıkların izlendiği birimlerde, psikiyatristin ya da psikiyatri hemşiresinin multidisipliner ekip içinde sürekli yer aldığı uygulamaları kapsar (18). Bu yaklaşım hem ruhsal değerlendirme hem de izlem açısından sürdürülebilir bir yapı sunar. Son olarak, ayaktan KLP polikliniği modeli, hastaneye yatırılmamış ama tıbbi birimlerce izlenen hastalarda ruhsal değerlendirme yapılmasını sağlar. Bu yapı, poliklinik sistemi içinde KLP'nin daha sistematik ve düzenli biçimde uygulanmasına olanak tanır. Hangi modelin uygulandığı fark etmeksizin, KLP hizmetlerinin sürekliliği, çok disiplinli iş birliği ve sistematik izlem ile desteklenmesi, bu hizmetlerin etkililiği açısından temel belirleyicilerdendir (5,19).

Literatürde ayrıca Reinforce Appropriate, Implode Disruptive (RAID) modeli, köprü (bridge) modeli ve hibrit model gibi alternatif KLP sunum biçimleri de tanımlanmıştır.

RAID modeli özellikle yaşlı hastalarda hızlı değerlendirme ve yatış süresinin azaltılmasına yönelik yapılandırılmıştır. Türkçeye “Uygun Davranışı Pekiştir, Yıkıcı Davranışı Etkisizleştir” olarak çevrilebilir ve özellikle demans, deliryum gibi bilişsel semptomlarla giden ajitasyon durumlarında, yaşlı bireylerin hızlı bir şekilde değerlendirilip hastanede

yatış süresinin azaltılması amacıyla kullanılmaktadır ve KLP pratiğinde geriatrik hasta grubunda bazı ülkelerde sıklıkla tercih edilir (20).

Köprü modeli, hastane ile toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri arasında süreklilik sağlamayı hedeflerken; hibrit model ise reaktif, proaktif ve entegre yaklaşımların bir arada uygulandığı esnek sistemleri tanımlar. Bu modeller, Grover ve Naskar'ın çalışmasında kapsamlı şekilde sınıflandırılmış olmakla birlikte, halen çoğu ülkede sınırlı merkezlerde uygulanmaktadır (5).



**Tablo 2.2. KLP Hizmet Modellerinin Karşılaştırması**

| Model                            | Tanım / Özellik                                                           | Avantajlar                                     | Sınırlılıklar                                 |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <b>Çağrıya Dayalı (Reaktif)</b>  | Klinik hekim konsültasyon istediğinde psikiyatri değerlendirmesi yapılır. | Uygulaması kolay, yaygın modeldir.             | Ruhsal belirtiler gözden kaçabilir.           |
| <b>Yerinde (Proaktif)</b>        | Psikiyatri ekibi servisleri düzenli ziyaret eder.                         | Tanı konmamış hastalar da değerlendirilebilir. | Kaynak ve zaman gereksinimi fazladır.         |
| <b>Entegre Model</b>             | Psikiyatri personeli ekip içinde sürekli yer alır.                        | Süreklilik sağlar, izlem kolaylaşır.           | Personel ihtiyacı yüksektir.                  |
| <b>Ayaktan Poliklinik Modeli</b> | Yatış gerektirmeyen hastalar poliklinikte değerlendirilir.                | Düzenli takip olanağı sağlar.                  | Klinikle bağlantısı zayıf kalabilir.          |
| <b>RAID Modeli</b>               | Yaşlılarda hızlı müdahale, yatış süresini azaltma odaklıdır.              | Akut yanıt süresi kısalmır.                    | Sadece belirli popülasyonlarda etkilidir.     |
| <b>Köprü (Bridge) Modeli</b>     | Hastane ve toplum ruh sağlığı hizmetleri arasında bağlantı kurar.         | Taburculuk sonrası sürekliliği artırır.        | Hizmet koordinasyonu zordur.                  |
| <b>Hibrit Model</b>              | Reaktif, proaktif ve entegre yapıların birleşimi.                         | Esneklik sağlar, vaka çeşitliliğine uygundur.  | Uygulama karmaşıktır, standartlaşması zordur. |

Not: Tabloda Grover ve Naskar (2023) ile Lipowski (1983) sınıflamaları temel alınmıştır (5,21)

## **2.6. KLP'nin Hasta Profili**

KLP pratiğinde değerlendirilen hasta profili oldukça geniş bir yelpazeye yayılır. KLP'ye yönlendirilen hastalar genellikle tıbbi ya da cerrahi nedenlerle farklı birimlerde izlenen bireyler olup, bu hastalarda ruhsal belirtiler ön planda olabileceği gibi, bedensel hastalığın seyri

sırasında gelişen psikiyatrik tablolar da söz konusu olabilir. Bu nedenle KLP pratiği, çok çeşitli tıbbi durumlara eşlik eden ruhsal semptomların değerlendirilmesini gerektirir (5,16).

Yönlendirmeler çoğunlukla dahiliye, nöroloji, onkoloji, kadın doğum, dermatoloji, kardiyoloji gibi polikliniklerden yapılmakta; özellikle kronik hastalıklar, nörolojik bozukluklar, kanser tanısı alan hastalar, gebeler, yaşlı bireyler ve tedavi uyumsuzluğu gösteren hastalar KLP başvurularında sık karşılaşılan grupları oluşturmaktadır (5,6). Bu hastalarda depresyon, anksiyete, uyum bozukluğu gibi tanılar sık görülmekte; ilaç yan etkileri, somatik yakınmalar ya da bilişsel belirtiler de yönlendirme gerekçesi olabilmektedir (5).

Ayrıca, bazı başvurular hastanın kendisi tarafından değil, doğrudan hekim ya da sağlık personeli tarafından yapılmaktadır. Bu durum özellikle hastanın psikiyatrik belirtilerinin farkında olmaması ya da bunu ifade edememesi halinde ortaya çıkar. Bu nedenle KLP'ye yönlendirilen hasta grubunda farkındalık düzeyi değişken olmakta; ruhsal durumun değerlendirilmesi, sadece belirtilerin sorgulanmasıyla değil, aynı zamanda gözlem ve klinik öngörüyle de şekillenmektedir (3,5).

**Tablo 2.3. KLP'nin Hasta Profili**

| <b>Hasta Grubu</b>        | <b>Yönlendirme Kaynağı (Branş)</b> | <b>Sık Görülen Psikiyatrik Tanılar</b> | <b>Başvuru Nedenleri</b>        |
|---------------------------|------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------|
| <b>Kronik Hastalıklar</b> | Onkoloji, Nöroloji                 | Depresyon, Anksiyete                   | Uyku sorunları, ilaç yan etkisi |
| <b>Yaşlı Hastalar</b>     | Dahiliye, Nöroloji                 | Deliryum, Nörobilişsel bozukluk        | Bilişsel gerileme, ajitasyon    |
| <b>Gebeler</b>            | Kadın Doğum                        | Uyum bozukluğu, Anksiyete              | Duygudurum değişiklikleri       |
| <b>Tedavi Uyumsuzluğu</b> | Çeşitli branşlar                   | Somatik belirti bozukluğu              | Tedaviye direnç, somatizasyon   |

Not: Tablo, ayaktan KLP hastalarının tanı ve başvuru örüntülerine dair literatürdeki yaygın örüntüler (5,17,18) doğrultusunda derlenmiştir.

## **2.7. Ayaktan Konsültasyonlar**

KLP hizmetleri uzun yıllar boyunca büyük ölçüde yatan hastalara yönelik sunulmuş olsa da son yıllarda ayaktan hasta grubuna yönelik uygulamalar giderek önem kazanmaktadır. Ayaktan KLP modeli, farklı tıbbi branşlarca izlenen ancak hastaneye yatışı gerekmeyen hastalardaki ruhsal sorunların değerlendirilmesini amaçlar. Bu yaklaşım, ruhsal belirtileri erken dönemde tespit etme, müdahale başlatma ve hastaneye yatış gereksinimini azaltma açısından klinik olarak büyük önem taşımaktadır (5).

Ayaktan başvuran hasta grubu, yatan hastalara kıyasla genellikle daha hafif şiddette semptomlar gösterse de izlem ve tedavi açısından daha zorlayıcı özellikler taşıyabilir. Bu hastalar çoğunlukla farklı branş hekimleri tarafından yönlendirilmekte, ancak bazı durumlarda hastanın kendisi de ruhsal belirtiler nedeniyle başvuru yapabilmektedir. Poliklinik yoğunluğu, sınırlı değerlendirme süresi ve hasta motivasyonunun

değişkenliği gibi etmenler, ayaktan konsültasyonlarda tanısal süreci zorlaştırabilmektedir (6).

Ayaktan KLP hizmetlerinin bir diğer ayırt edici yönü, düzenli izlem ve geri çağırma süreçlerine olanak tanınmasıdır. Bu sayede yalnızca bir defalık değerlendirme değil, psikiyatrik takibi içeren bütüncül bir hizmet modeli uygulanabilir. Ayrıca, hastayı takip eden hekim ile KLP uzmanı arasındaki iletişimin yapılandırılmış olması, tedaviye uyumu artırıcı bir etkide bulunabilir (5).

Günümüzde birçok hastanede KLP hizmetleri yalnızca servis içi konsültasyonlarla sınırlıdır; ancak ayaktan poliklinik modeli yaygınlaştıkça, daha sistemli veri toplanması ve hasta izlem kalitesinin artması mümkün hale gelmektedir. Bu doğrultuda ayaktan KLP, gelecekte hastane temelli ruh sağlığı hizmetlerinin temel bileşenlerinden biri olmaya adaydır (5).

**Tablo 2.4. Ayaktan ve Yatan Hasta KLP Uygulamalarının Karşılaştırması**

| Özellik             | Ayaktan KLP                        | Yatan Hasta KLP          |
|---------------------|------------------------------------|--------------------------|
| Hasta Grubu         | Poliklinik hastaları               | Hastanede yatan hastalar |
| Başvuru Nedenleri   | Depresyon, anksiyete, somatizasyon | Deliryum, ajitasyon      |
| Araştırma Yoğunluğu | Sınırlı                            | Yoğun                    |
| İzlem Süreci        | Düzenli poliklinik takibi          | Kısa süreli konsültasyon |

Bu tablo, KLP hizmetlerinin ayaktan ve yatan hasta gruplarında nasıl farklılaştığını özetlemektedir. Ayaktan KLP uygulamaları, poliklinik hastaları üzerinden yürütülmekte olup literatürde daha az incelenmiştir (5,22).

## 2.8. Ruhsal Belirtilerin Tıbbi Hastalıklardaki Yaygınlığı

Tıbbi hastalıklarla başvuran bireylerde ruhsal belirtiler oldukça yaygındır ve sıklıkla gözden kaçmasına rağmen hastanın genel iyilik hali üzerinde belirleyici etkilere sahiptir. Özellikle kronik hastalıklar, yaşamı tehdit eden tanılar ve uzun süreli tedavi süreçleri, bireyde ruhsal zorlanmaya yol açabilir. Bu durum, depresyon, anksiyete, uyum bozukluğu, somatizasyon, bilişsel bozulma ve hatta psikotik belirtiler gibi geniş bir psikiyatrik yelpazeyi içerebilir (14,17).

Çeşitli araştırmalar, genel hastane popülasyonunda psikiyatrik bozuklukların yaygınlık oranlarını %25 ila %50 arasında göstermektedir (6,23). Ancak bu oranlar, klinik değerlendirme yapılmadığı ya da belirtiler atipik biçimde seyrettiği için çoğu zaman tanı konulamadan atlanabilmektedir. Bazı hastalarda fiziksel yakınmalar ruhsal kökenli olabilirken, bazı durumlarda da bedensel hastalık, ruhsal belirtileri tetikleyici bir faktör hâline gelir. Bu nedenle tıbbi hastalığı olan bireylerde psikiyatrik değerlendirmenin gecikmesi hem tanı hem de tedavi süreçlerinde önemli aksamalara neden olabilmektedir (5,23).

Özellikle kanser, diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, multipl skleroz, Parkinson hastalığı, epilepsi ve romatolojik hastalıklar gibi kronik hastalıklarda ruhsal bozukluklara sık rastlanmaktadır (5,23,24). Bu tablolar sadece bireyin ruhsal sağlığını değil, aynı zamanda tedaviye uyumunu, yaşam kalitesini, sosyal işlevselliğini ve hastalıkla başa çıkma kapasitesini etkileyerek genel klinik gidişatı belirgin biçimde etkileyebilir. Bu nedenle, genel hastane ortamında ruhsal belirtilerin aktif şekilde sorgulanması ve değerlendirilmesi, tıbbi tedavinin başarısı açısından vazgeçilmezdir (16,23,24).

## 2.9. Konsültasyon Uygunluğu: Klinik Gerekçe ve Hekim Tutumları

Psikiyatri konsültasyonlarının etkinliği, yalnızca ruhsal belirtilerin varlığına değil, aynı zamanda hastayı yönlendiren hekimin bu belirtileri doğru değerlendirme ve uygun gerekçelerle konsültasyon isteme becerisine de bağlıdır. Bu noktada devreye giren “konsültasyon uygunluğu” kavramı, yönlendirme davranışının klinik anlamlılığını ve gerekçesinin psikiyatrik değerlendirme ile ne ölçüde örtüştüğünü ifade eder (5). Uygunluk düzeyi yüksek olan konsültasyonlar hem daha verimli sonuçlar doğurur hem de KLP’nin etkinliğini artırır.

Literatürde “konsültasyon uygunluğu” kavramı genellikle “appropriate psychiatric consultation” terimiyle tanımlanmakta ve bu durum, hastanın ruhsal belirtilerinin açık şekilde ifade edildiği, yönlendirmenin klinik gerekçeye dayandığı ve psikiyatrik değerlendirme sonucunda tanı veya müdahale gerekliliğinin bulunduğu istemleri kapsamaktadır (25). Bu tür yönlendirmeler hem hasta yararı hem de sistem verimliliği açısından ideal kabul edilmektedir.

Öte yandan, “inappropriate psychiatric consultation” terimi, ruhsal belirti bulunmaksızın yalnızca idari gerekçelerle yapılan ya da gerekçesi klinik açıdan uygun olmayan konsültasyonları ifade eder (26).

Buna ek olarak, bazı çalışmalarda “referral reason–diagnostic mismatch” ya da “clinical mismatch” gibi ifadelerle anılan ve gönderme gerekçesi ile psikiyatrik değerlendirmenin bulgularının örtüşmediği bir durum daha vardır; burada konsültasyon istemi, ruhsal belirtilere dayansa da gerekçesi ile psikiyatrik değerlendirmenin sonucu arasında tutarsızlık vardır (25).

Bu üçlü yapı, çalışmamızda kullanılan sınıflamaya da temel oluşturmuştur: uygun/yerinde (appropriate), gerekçeyle uyumsuz (diagnostic mismatch) ve gereksiz/uygunsuz/uygun olmayan (inappropriate) konsültasyonlar.

**Tablo 2.5. Literatürde Psikiyatrik Konsültasyon Türleri ve Türkçe Karşılıkları**

| Konsültasyon Türü                         | Literatürdeki Terim                                             | Tanım                                                                      | Türkçe Karşılıklar                           | Kaynaklar                                   |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <b>1. Yerinde Konsültasyon</b>            | <b>Appropriate Psychiatric Consultation</b>                     | Ruhsal belirti var, gerekçe klinik olarak geçerli, tanı/müdahale yapılmış. | <b>Yerinde / Uygun Konsültasyon</b>          | Grover et al., 2021                         |
| <b>2. Gerekçeyle Uyumsuz Konsültasyon</b> | <b>Referral Reason– Diagnostic Mismatch / Clinical Mismatch</b> | Gönderme gerekçesi ile psikiyatrik değerlendirme sonucu örtüşmüyor.        | <b>Uyumsuz Konsültasyon</b>                  | Grover et al., 2021                         |
| <b>3. Uygun Olmayan Konsültasyon</b>      | <b>Inappropriate Psychiatric Consultation</b>                   | Ruhsal belirti yok, gerekçe idari ya da belirsiz.                          | <b>Uygun Olmayan / Gereksiz Konsültasyon</b> | Leentjens et al., 2013; Rashid et al., 2016 |

**Not:** Bu tabloda yer alan kavramsal ayrımlar, Grover ve arkadaşlarının (25) “Appropriateness and quality of psychiatric referrals” başlıklı çalışmasında tanımlanan konsültasyon türlerinden, ayrıca Leentjens ve arkadaşlarının (26) genel tıbbi ortamlardaki psikiyatrik değerlendirmelerin etkinliğini inceleyen derlemesine dayanmaktadır.

Klinik gözlemler ve çeşitli araştırmalar, hekimler tarafından yapılan psikiyatri yönlendirmelerinin bir kısmının gerekçesinin eksik, yetersiz ya da hastanın mevcut psikiyatrik durumu ile uyumsuz olduğunu ortaya koymaktadır (27). Özellikle tıbbi belirtilerle ruhsal belirtilerin birbirine karıştığı durumlarda, hekimlerin yönlendirme kararlarında belirsizlik yaşadığı görülmektedir. Bazı hekimler ruhsal belirtileri ikinci planda değerlendirmekte ya da yalnızca idari nedenlerle (örneğin rapor, yatış kararı, taburculuk öncesi değerlendirme) konsültasyon istemektedir (28).

Bunun yanında, ruhsal durumu ağır olan bazı hastaların hiç yönlendirilmemesi de yaygın bir sorundur. Bu durum, hekimin ruhsal

belirtileri fark edememesi, psikiyatrik değerlendirmeye dair ön yargı taşıması ya da zaman baskısı gibi nedenlerle ortaya çıkabilir (4). Bu nedenle, hekimlerin ruhsal değerlendirme konusunda yeterli bilgiye ve farkındalığa sahip olmaları, konsültasyonların uygunluğu açısından belirleyici bir etkindir.

Konsültasyon uygunluğu, yalnızca hizmetin verimliliğini değil, hasta güvenliğini ve sistem düzeyinde sağlık hizmeti sunumunun kalitesini de doğrudan etkiler (29).

## **2.10. Psikiyatriye Karşı Hekim Tutumları ve Stigmatizasyon**

KLP uygulamalarının kalitesi, büyük ölçüde hastayı yönlendiren hekimin ruhsal belirtileri nasıl yorumladığı ve psikiyatrik desteğe ne düzeyde açık olduğu ile ilişkilidir. Bu süreçte, hekimin psikiyatriye bakışı ve ruhsal bozukluklara yönelik bireysel tutumu belirleyici rol oynar. Hekimlerin bir kısmı, psikiyatrik hastalıkları organik kökenli olmayan, ikincil önemde sorunlar olarak değerlendirebilmekte; bazı durumlarda ise ruhsal belirtilerin ifade edilmesini abartılı, subjektif ya da önemsiz olarak nitelendirebilmektedir (30).

Bu yaklaşımlar, psikiyatrik hastalıklara yönelik damgalayıcı tutumların (stigmatizasyon) sağlık personeli arasında da varlığını sürdürdüğünü göstermektedir (31). Ruhsal hastalıkların yeterince anlaşılmaması, tanının daha subjektif bir süreç olarak algılanması, tedavi sürecinin belirsizliği gibi nedenlerle bazı hekimler, bu tür hastaları yönlendirme konusunda tereddüt yaşıyabilmektedir (32). Bu durum yalnızca konsültasyon sıklığını değil, aynı zamanda yönlendirmenin kalitesini de olumsuz etkileyebilir.

Özellikle psikiyatri dışı branşlarda görev yapan hekimler, zaman baskısı ve hasta yoğunluğu nedeniyle ruhsal değerlendirmeyi ikincil plana atabilir (33). Tüm bu nedenler, ruhsal belirtilerin yeterince görünür hale

gelmemesine ve dolayısıyla psikiyatri konsültasyonunun gecikmesine ya da hiç gerçekleşmemesine yol açar.

Bu çerçevede, psikiyatriye yönelik damgalayıcı tutumların azaltılması ve hekimlerin psikiyatrik hastalıklar konusundaki farkındalığının artırılması hem hasta yararı hem de sağlık sisteminin etkinliği açısından önem arz etmektedir. Bu hedefe ulaşmak için tıp eğitimi sürecinde psikiyatrik bilgi ve becerilerin artırılması kadar, empatik yaklaşım ve disiplinler arası iş birliği becerilerinin de vurgulanması gereklidir (30,34).

## **2.11. Somatizasyon ve Psikiyatrik Değerlendirme**

KLP uygulamalarında en sık karşılaşılan zorluklardan biri, ruhsal kökenli bedensel yakınmaların ayırt edilmesidir. Somatizasyon, bireyin yaşadığı ruhsal sıkıntıyı bedensel belirtilerle ifade etmesi olarak tanımlanabilir (35,36). Bu belirtiler çoğunlukla açık bir organik etiyoloji ile açıklanamaz; yapılan tüm tıbbi inceleme ve testlere rağmen anlamlı bir patolojik bulgu saptanmaz. Ancak bu durum, hastanın yaşadığı sıkıntının gerçekliğini ortadan kaldırmaz; aksine, ruhsal değerlendirmeyi zorunlu kılar.

Somatizasyon belirtileri olan hastalar çoğu zaman çeşitli branşlara defalarca başvurmakta, çok sayıda tetkik yapılmasına rağmen hastalara tanı konulamamakta ve bu süreç hem hasta hem hekim açısından yıpratıcı hale gelmektedir (30). Bu durum yalnızca kaynak israfına neden olmakla kalmaz; aynı zamanda hastanın tedaviye olan güvenini de sarsabilir. KLP pratiği içinde, bu tür olguların erken fark edilmesi ve ruhsal değerlendirme için yönlendirilmesi hem tanısal sürecin sağlıklı işlemesine hem de gereksiz girişimlerin önlenmesine katkı sağlar.

Bununla birlikte, somatizasyon tanısını koymak klinik olarak dikkatli bir değerlendirme gerektirir. Öncelikle hastanın organik hastalık

öyküsü titizlikle sorgulanmalı, belirtilerin zaman içindeki örüntüsü analiz edilmeli ve olası fiziksel nedenler dışlandıktan sonra psikiyatrik değerlendirme yapılmalıdır. Somatizasyon tanısı, ancak bu çok yönlü değerlendirme tamamlandıktan sonra güvenle konulabilir (35,36).

KLP uygulamaları, hekimlere bu tip olgulara bütüncül bir bakış açısıyla yaklaşma olanağı sunar. Psikiyatrik değerlendirme sürecinde yalnızca tanı koymak değil, aynı zamanda hastaya belirtilerinin anlaşılabilir olduğu, önemsendiği ve tedavi edilebilir olduğu mesajını vermek de sürecin önemli bir parçasıdır (30). Bu tür yaklaşım, hasta ile daha sağlıklı bir ilişki kurulmasını kolaylaştırabilir.

## **2.12. DSM-5 Tanı Dağılımı ve KLP**

KLP kapsamında değerlendirilen hastalarda, oldukça geniş bir psikiyatrik tanı yelpazesi ile karşılaşmaktadır. Bu tanımlar, çoğu zaman tıbbi hastalıkların seyriyle ilişkili olup hem belirtilerin biçimini hem de tedaviye yanıtı önemli ölçüde etkileyebilir (37). DSM-5 sınıflandırmasına göre KLP pratiğinde en sık karşılaşılan tanımlar arasında depresif bozukluklar, anksiyete bozuklukları, uyum bozuklukları, deliryum, psikotik bozukluklar ve somatik semptom bozuklukları yer almaktadır (38).

Özellikle tıbbi hastalık tanısını yeni alan, tedaviye yeni başlayan ya da tedaviye yanıt alamayan bireylerde uyum bozukluğu en sık karşılaşılan tablolardan biridir. Bu tanı, kişinin karşılaştığı stresöre verdiği ruhsal yanıtın, beklenenden daha yoğun ve işlevselliği bozacak düzeyde olmasıyla karakterizedir. Uyum bozuklukları, hastane ortamında sıklıkla gözden kaçabilmekte; buna rağmen erken dönemde fark edilip müdahale edildiğinde, iyileşme sürecine belirgin katkı sağlamaktadır (37).

Bunun dışında majör depresif bozukluk da KLP başvurularında önemli yer tutar. Özellikle onkolojik, nörolojik ve kronik sistemik hastalığı

olan bireylerde depresyon yaygın bir eş tanıdır. Hastalığın tanısı, seyri, fiziksel sınırlılıklar ve yaşam kalitesindeki düşüş, depresif belirtileri tetikleyebilir. Benzer şekilde, anksiyete bozukluğu ve panik bozukluk gibi tanılar da hem tıbbi durumla ilişkili stres yanıtı hem de hastalıkla başa çıkma güçlüğü ile ilişkili olarak ortaya çıkabilir (37).

Bazı durumlarda ise KLP pratiğinde deliryum gibi akut organik tablolar ya da psikotik bozukluklar da değerlendirilir. Özellikle yaşlı hastalarda, metabolik bozukluklar, ilaç yan etkileri ya da enfeksiyonlar deliryum tablosunu tetikleyebilir. Psikotik tablolar ise çoğu zaman altta yatan psikiyatrik hastalığın alevlenmesiyle ya da tıbbi durumla ilişkili ikincil bir durum olarak ortaya çıkar (39).

KLP pratiğinde doğru tanı koymak hem uygun tedaviye yönlendirme hem de takip planlaması açısından kritik öneme sahiptir. Bu bağlamda DSM-5 sınıflandırması, sistematik bir yaklaşım sunarak ruhsal belirtilerin yapılandırılmış biçimde ele alınmasına katkı sağlar (38).

### **2.13. Başvuru Nedenleri (Semptom Temelli Yaklaşım)**

KLP polikliniklerine yapılan yönlendirmelerin temelinde, genellikle çeşitli ruhsal belirtiler ya da hekim gözlemine dayalı davranışsal değişiklikler yer almaktadır. Bu yönlendirmeler çoğu zaman spesifik bir psikiyatrik tanı ile değil, belirti düzeyinde yapılmakta; bu nedenle semptom temelli değerlendirme, KLP pratiğinin merkezinde yer almaktadır (38).

En sık karşılaşılan başvuru nedenleri arasında depresif belirtiler ve anksiyete semptomları yer almaktadır. Hastalığın tanı süreci, tedaviye ilişkin belirsizlikler, yaşam tarzı değişiklikleri ve fiziksel sınırlılıklar gibi faktörler, hastalarda yoğun duygudurum tepkilerine yol açabilmektedir. Bu tablolar çoğu zaman düşük enerjili, kaygılı, uykusuz, umutsuz ya da aşırı endişeli olarak tanımlanan başvuru gerekçeleriyle ifade bulur (37).

Bunun yanı sıra; ilaç yan etkileri, uyku bozuklukları, somatik yakınmalar, bilişsel gerileme, davranış değişiklikleri, uyumsuzluk ve psikotik belirtiler de önemli başvuru gerekçeleri arasında yer almaktadır. Özellikle ileri yaşta görülen konfüzyon hali, ajitasyon ya da yönelim bozukluğu gibi durumlar, altta yatan organik nedenlerin yanı sıra psikiyatrik değerlendirme gerektiren tabloların habercisi olabilir (39).

Bazı başvurular ise doğrudan bir belirtiden çok, hekimin genel gözlemiyle ilişkili olabilir. Örneğin, hastanın “tedaviye uyumsuzluk göstermesi”, “aile içi işlevsellikte bozulma”, “yoğun ağrı ifadesi” ya da “ağlama krizleri” gibi durumlar psikiyatrik değerlendirme gerekçesi olarak bildirilebilmektedir. Bu bağlamda başvuru nedenleri, sadece hastadan gelen şikayetlerle sınırlı kalmamakta; hekimin klinik sezgisi ve hasta takibindeki gözlemleri de belirleyici rol oynamaktadır (27).

KLP pratiğinde semptom temelli yönlendirmelerin titizlikle değerlendirilmesi, yalnızca tanısal açıklık sağlamakla kalmaz; aynı zamanda olası bir ruhsal bozukluğun erken saptanmasını ve müdahale sürecinin zamanında başlatılmasını sağlar. Bu nedenle belirtilerin içeriği, süresi, şiddeti ve işlevsellğe etkisi detaylı biçimde ele alınmalıdır (38,39).

## **2.14. Tedaviye Uyum ve Takip**

KLP uygulamalarında yalnızca ruhsal belirtilerin tanımlanması ve tanı konulması yeterli değildir; hastanın psikiyatrik desteğe ne ölçüde açık olduğu, tedavi sürecine uyumu ve izlem sonuçları da KLP hizmetlerinin başarısını doğrudan etkileyen faktörlerdir (22). Bu nedenle KLP pratiğinde tedaviye katılım ve takip süreci, değerlendirme kadar önem taşımaktadır.

Psikiyatrik değerlendirme sonrasında önerilen tedavi planına hastanın ne ölçüde uyum sağladığı, sürecin gidişatını büyük ölçüde belirler. Bazı hastalar ilk görüşme sonrası önerilen tedaviyi kabul edip uygulamaya geçerken, bazı hastalar ruhsal destek ihtiyacını

reddedebilmekte ya da önerilen tedaviye karşı direnç gösterebilmektedir (40). Bu direnç, hastalığa yönelik içgörü eksikliği, damgalanma kaygısı, ilaç kullanımına yönelik önyargılar ya da psikiyatrik başvuruya dair olumsuz deneyimlerden kaynaklanabilir.

Takip süreci ise hem tedaviye verilen yanıtın değerlendirilmesi hem de müdahalenin sürekliliğinin sağlanması açısından kritik önem arz eder. Düzenli izlem yapılan hastalarda tedaviye uyumun daha yüksek olduğu, belirtilerde anlamlı düzelmelerin daha sık görüldüğü ve genel işlevselliğin daha fazla arttığı bilinmektedir. Buna karşın, takibe gelmeyen ya da tedaviyi yarım bırakan hastalarda nüks oranı artmakta ve tedavi süreci sekteye uğrayabilmektedir (22).

Ayaktan KLP polikliniği modeli, bu izlem süreçlerini yapılandırma açısından önemli avantajlar sunar. Takip görüşmeleri sayesinde yalnızca klinik gidişat değil; aynı zamanda hastanın tedaviye yaklaşımı, aile dinamikleri ve çevresel stres faktörleri de daha iyi değerlendirilebilir. Bu bütüncül yaklaşım, KLP'nin yalnızca tanı koyan değil, aynı zamanda süreç odaklı psikiyatrik bir model olarak işlev görmesini sağlar (6).

## **2.15. Kronik Hastalıklar ve KLP**

Kronik hastalıklar, bireylerin yalnızca fiziksel sağlığını değil, aynı zamanda ruhsal durumlarını ve yaşam kalitelerini de derinden etkileyen uzun süreli hastalıklardır. Bu hastalıklar çoğu zaman uzun süreli tedavi gerektirir, yaşam biçimini önemli ölçüde değiştirir ve kişinin günlük işlevselliğini kısıtlar. Bu nedenle, kronik hastalıklara eşlik eden psikiyatrik belirtiler, KLP pratiğinin odak noktalarından birini oluşturur (41).

Özellikle onkolojik, nörolojik, kardiyovasküler, romatolojik ve metabolik hastalıklarda depresyon ve anksiyete bozukluklarına sık rastlanmaktadır; bu durum mevcut hastalığın seyrini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (42)Güncel bir meta-analiz ise, özellikle kronik ağrıya

neden olan romatolojik hastalıklarda, depresyon ve anksiyete bozukluğunun yaklaşık %40 oranında görüldüğünü ve psikiyatrik semptomların tedavi sürecine katılımı ciddi biçimde olumsuz olarak etkilediğini ortaya koymuştur (43).

Kronik hastalığın ilk belirtilerinin fark edilmesinden, tanının kesinleşmesine ve tedavi sürecine kadar geçen dönemde, birey genellikle yoğun bir psikolojik yük altına girer. Hastalığın ilerleyici seyri, tedavi sürecinin belirsizliği, yaşam kayıpları ve işlevsel kısıtlılıklar gibi etmenler ruhsal açıdan zorlayıcıdır. Ayrıca bazı kronik hastalıklarda nörobiyolojik değişiklikler doğrudan psikiyatrik belirtilerin ortaya çıkmasına neden olabilir (42).

Kronik hastalıklarda yalnızca psikiyatrik belirtilerin tanımlanması değil, bu belirtilerin hastalıkla başa çıkma becerisi, tedaviye uyum ve yaşam kalitesi üzerindeki etkilerinin de değerlendirilmesi gerekir (44). KLP, bu noktada hem hastanın ruhsal durumunu desteklemek hem de tedaviye aktif katılımını artırmak açısından kritik bir role sahiptir.

Ayrıca bazı hastalarda ruhsal belirtiler, hastalığın doğrudan bir yansıması olmaktan çok, tedavi sürecine ikincil olarak da gelişebilir. Örneğin, onkoloji hastalarında kemoterapi süreci sadece fiziksel değil, psikiyatrik olarak da ciddi yan etkiler doğurabilir; benzer şekilde, nörolojik hastalıklarda bilişsel sorunlar ve duygudurum değişiklikleri bir arada görülebilir (41).

Bu noktada, kanser hastalarında gelişen ruhsal belirtilerin değerlendirilmesine odaklanan psiko-onkoloji disiplini öne çıkmaktadır. Psiko-onkoloji, yalnızca bireysel psikopatolojileri değil, aynı zamanda hastanın tanı sürecine, tedaviye ve yaşam kayıplarına verdiği duygusal tepkileri de kapsayan çok boyutlu bir yaklaşım sunar (5). Disiplinin temeli 1980'li yıllarda Jimmie Holland'ın öncülüğünde atılmış; günümüzde birçok onkoloji merkezinde tedavi sürecinin vazgeçilmez bir parçası haline

gelmiştir (45). KLP ise psiko-onkolojik değerlendirmeleri doğrudan klinik sisteme entegre ederek hem hastanın ruhsal yükünü azaltmakta hem de tedaviye uyum ve yaşam kalitesi gibi parametreleri iyileştirmektedir (46).

Türkiye’de ise psiko-onkoloji henüz bağımsız bir disiplin olarak tanımlanmamış olmakla birlikte, bazı üniversite hastanelerinde KLP kapsamında yapılandırılmış uygulamalarla entegre biçimde yürütülmektedir (47).

Sonuç olarak kronik hastalıklara sahip bireylerde psikiyatrik değerlendirme yalnızca tanı düzeyinde değil, aynı zamanda bütüncül bir bakım anlayışı çerçevesinde ele alınmalı; bu süreçte KLP uygulamaları aktif bir destek aracı olarak işlev görmelidir (41,42).

## **2.16. Hekim Farkındalığı ve Eğitim Gereksinimi**

KLP uygulamalarının etkinliği, büyük ölçüde hastayı yönlendiren hekimin ruhsal belirtileri fark etme, değerlendirme ve uygun biçimde yönlendirme becerisine bağlıdır. Bu bağlamda, hekim farkındalığı, KLP'nin işlevselliğini doğrudan etkileyen temel unsurlardan biridir. Ruhsal belirtiler birçok zaman sessiz, örtük ya da fiziksel yakınmalara eşlik eder biçimde seyredebildiğinden; hekimlerin psikiyatrik değerlendirmeyi yalnızca açık semptom varlığında değil, klinik şüphe durumlarında da düşünmeleri gerekir (18).

Ancak klinik pratikte ruhsal belirtiler sıklıkla gözden kaçmakta ya da başka şekillerde yorumlanmaktadır. Bu durum, hekimlerin ruh sağlığına dair bilgi düzeylerinin, klinik sezgilerinin ve psikiyatriye yönelik tutumlarının sınırlı olmasıyla ilişkili olabilir. Özellikle eğitim süreçlerinde psikiyatriye ayrılan zamanın yetersiz olması, pek çok hekimin ruhsal belirtileri ya geç fark etmesine ya da ciddiye almamasına yol açabilmektedir (34).

Bu eksiklik, yalnızca yönlendirmenin sıklığını değil, aynı zamanda konsültasyonun gerekçesini ve içeriğini de etkilemektedir. Örneğin, bazı hekimler yalnızca ajitasyon ya da saldırganlık gibi belirgin davranışsal belirtiler söz konusu olduğunda konsültasyon talep ederken; depresyon, kaygı, uyku sorunları ya da uyum güçlüğü gibi daha yaygın ama daha sessiz seyreden belirtileri atlayabilmektedir (30). Bu da hem tanınal gecikmeye hem de tedaviye erişimde aksamalara yol açabilir.

KLP'nin en önemli işlevlerinden biri, ruhsal belirtilerin fark edilmesini desteklemek ve diğer klinik branşlarla iş birliği içinde çalışmaktır. Bu süreçte, hekim farkındalığını artırmak için yapılacak eğitim müdahaleleri hem hasta yararı hem de sağlık sisteminin verimliliği açısından oldukça değerlidir. Tıp fakültesi eğitimi, asistanlık süreci ve hizmet içi eğitimler aracılığıyla hekimlerin psikiyatrik değerlendirme becerilerinin geliştirilmesi, KLP'nin sahada daha etkili kullanılmasını sağlayacaktır (18,34).

## **2.17. Türkiye’de KLP Uygulamaları**

KLP, Türkiye’de psikiyatri pratiği içinde görece yeni ancak giderek önem kazanan bir alan olarak gelişimini sürdürmektedir. Psikosomatik tıbbın etkisiyle dünyada 20. yüzyılın ortalarında şekillenmeye başlayan bu alan, Türkiye’de özellikle 1980’li yıllardan itibaren daha görünür hale gelmiştir. Genel hastanelerde psikiyatri servislerinin yaygınlaşması ve uzmanlık eğitimi sürecinde KLP rotasyonlarının yer almaya başlaması, bu alandaki gelişimin temel taşlarını oluşturmuştur (48).

Başlangıçta daha çok yatan hasta servislerinde ve çağrıya dayalı konsültasyon modeliyle sınırlı kalan uygulamalar, zamanla daha organize ve sistematik modellere evrilmiştir. Özellikle son yıllarda bazı büyük hastanelerde ayaktan KLP polikliniklerinin kurulması hem hasta takibini kolaylaştırmış hem de tıbbi kliniklerle daha yapısal iş birliklerinin gelişmesini mümkün kılmıştır (49).

Buna karşın, Türkiye’de KLP hizmetleri halen kurumsal standartlardan yoksun olup, hastaneye ve kuruma göre değişen uygulama biçimlerine sahiptir. Bazı merkezlerde sadece yatan hastalarla sınırlı bir değerlendirme yapılırken, bazı üniversite hastanelerinde ayaktan poliklinik hizmeti ile multidisipliner yapıların kurulmaya başlandığı görülmektedir (50). Bu durum, alandaki uygulamaların henüz bütüncül bir sistematik kazanmadığını, ancak gelişim sürecinin dinamik olduğunu göstermektedir.

Türkiye’de KLP alanının güçlenebilmesi için hem kurumsal düzeyde yapılandırmaların desteklenmesi hem de uzmanlık eğitimi sırasında bu alana daha fazla önem verilmesi gerekmektedir. Ayrıca, farklı kliniklerde çalışan hekimlerin bu alana dair bilgi ve farkındalıklarının artırılması, KLP’nin işlevselliğini doğrudan etkileyecek bir diğer faktördür. Gelecekte KLP’nin hem akademik hem de klinik boyutta daha güçlü bir konum elde etmesi, bütüncül tıp anlayışının gelişimi açısından önemli bir katkı sağlayacaktır.

Son yıllarda Türkiye’de KLP’nin kurumsallaşmasına ve akademik alanda tanınmış bir yapıya kavuşmasına yönelik önemli gelişmeler yaşanmaktadır. TOBB Ekonomi ve Teknoloji Üniversitesi’nde 2025 yılında düzenlenen Konsültasyon ve Liyezon Psikiyatrisi Sempozyumu, alandaki bilimsel birikimin paylaşılmasına katkı sağlamış; multidisipliner yaklaşımın güçlendirilmesi ve klinik uygulamalarla akademik yapının entegrasyonu açısından dikkat çekici bir örnek oluşturmuştur. Etkinlikte KLP’nin klinik gerekliliği kadar, eğitim ve kurumsal yapılanma boyutu da gündeme gelmiş; uzmanlık alanı olarak tanımlanması yönünde görüş birliği oluşmuştur (51).

Bu çerçevede, Ankara Üniversitesi Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Bilim Dalı 2023 yılında, KLP’nin psikiyatri içinde bir yan dal uzmanlık eğitimi olarak tanınması için Yükseköğretim Kurulu’na resmi başvuru yapmıştır (52). Türkiye Psikiyatri Derneği (TPD) de 2020 yılında yayımladığı bildiride, KLP’nin hem hizmet sunumu hem de eğitim

açısından ayrı bir uzmanlık alanı olarak tanınması gerektiğini vurgulamıştır (53). Her ne kadar YÖK tarafından henüz resmi bir onay verilmemiş olsa da 1997 yılında alınan kararla KLP, psikiyatri anabilim dalı bünyesinde bilim dalı olarak kabul edilmiştir (54).

Bu gelişmeler, Türkiye'de KLP hizmetlerinin yalnızca klinik düzlemde değil; aynı zamanda kurumsal ve akademik düzlemde de giderek daha görünür ve tanımlı hale geldiğini göstermektedir.

Türkiye'de KLP bilim dalı yapılanmaları, Ankara Üniversitesi'nin öncülüğünde şekillenmiş; üniversitede 1993 yılında kurulan KLP birimi 2002 yılında bilim dalı statüsü kazanmıştır (48) Ege Üniversitesi'nde 2001 yılında bilim dalı kurulmuş ve özellikle onkoloji, palyatif bakım, organ nakli gibi alanlarla entegrasyon sağlanmıştır (55). İstanbul Üniversitesi, Gazi Üniversitesi ve Dokuz Eylül Üniversitesi gibi kurumlarda da KLP bilim dalları aktif olarak yapılandırılmıştır (56–58). Hacettepe Üniversitesi'nde ise KLP, Nörolojik Bilimler ve Psikiyatri Enstitüsü bünyesinde yürütülen tezsiz yüksek lisans programı kapsamında kurumsal bir eğitim başlığına kavuşmuştur (59).

Bunlara ek olarak, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi bünyesinde 2023 yılı başında ayaktan hizmet sunan bir KLP polikliniği kurulmuştur. Kurum bünyesinde henüz resmi bir KLP Bilim Dalı yer almamakla birlikte, bu poliklinik aracılığıyla farklı kliniklerden yönlendirilen hastalar düzenli biçimde değerlendirilmekte ve takip edilmektedir. Fiziksel kronik hastalığı olan hastalara psikiyatrik tedavi ve psikososyal destek sunulmakta, ayrıca organ nakli adaylarının değerlendirmesi yapılmaktadır (60). Bu uygulama, KLP'nin yalnızca akademik yapılanmalarla sınırlı kalmadan, doğrudan klinik ihtiyaçlardan doğan modellerle de gelişebileceğini göstermektedir.

Bu bölüm, KLP'nin teorik ve pratik temellerini özetleyerek ayaktan hasta hizmetlerinin analizine zemin hazırlamıştır; izleyen bölümlerde bu temeller ışığında özgün veriler sunulacaktır.



### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma, 01.01.2023 – 01.12.2024 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı KLP polikliniğine farklı tıbbi branşlardan ayaktan yönlendirilmiş 1028 hastanın geriye dönük dosya taramasına dayalı, tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte bir araştırmadır. Bu çalışma için Akdeniz Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 28.11.2024 tarihli ve KAEK-773 sayılı onay alınmıştır.

Çalışmaya 18 yaş ve üzeri, ayaktan yönlendirilmiş ve konsültasyon notu eksiksiz şekilde tamamlanmış hastalar dahil edilmiştir. 18 yaş altı bireyler, yatan hasta servislerinden ya da acil servisten yönlendirilen hastalar, rapor talebi ile başvuranlar ve konsültasyon kaydı eksik olan olgular çalışma dışında tutulmuştur. Bu sayede yalnızca ayaktan başvuran erişkin hasta popülasyonu değerlendirilmiştir.

Veriler, hastane bilgi yönetim sistemi olan Mia-Med üzerinden toplanmıştır. Her hasta için aşağıdaki 14 parametre ayrı ayrı değerlendirilmiştir:

- Yaş
- Cinsiyet
- Medeni durum
- Eğitim düzeyi
- Meslek
- Başvuru şikâyeti (konsülte edilme gerekçesi)
- DSM-5 tanıları
- Daha önce psikiyatri başvurusunun olup olmadığı
- Uygulanan tedavi yöntemi (ilaç, psikoeğitim, destekleyici görüşme, psikososyal destek, izlem, yönlendirme vb.)
- Konsültasyon istemini yapan bölüm
- Hastaların psikiyatrik tanı alma oranları

- Konsültasyon isteminin uygunluğu (hastanın kliniği ile gönderme gerekçesi arasındaki uyum)
- Tedaviye yanıt, uyum ve takip durumu
- Eşlik eden kronik hastalıklar

Veri analizi, profesyonel istatistik danışmanlığı desteğiyle gerçekleştirilmiştir. Sayısal veriler, SPSS benzeri analiz mantığına uygun olarak Python programlama dili altyapısıyla değerlendirilmiştir.

Analiz kapsamında:

- Tanımlayıcı istatistikler (frekans, yüzde, ortalama, standart sapma) hesaplanmıştır.
- Kategorik değişkenler arası ilişkiler için Ki-kare ( $\chi^2$ ) testi kullanılmıştır.
- Sayısal değişkenlerde dağılıma göre bağımsız örneklem t-testi veya Mann–Whitney U testi uygulanmıştır.
- Anlamlılık düzeyi olarak  $p < 0.05$  kabul edilmiştir.

Buna ek olarak, hasta gruplarına göre detaylı alt analizler yapılmıştır. Özellikle kronik hastalık alt grupları (örneğin onkolojik, nörolojik), yönlendirme yapan kliniklere göre örüntüler, tedaviye katılım ve izlem süreçleri gibi çok sayıda parametre ilişkisel düzeyde karşılaştırılmıştır.

İstatistiksel test seçiminde, değişkenlerin dağılımı, ölçüm düzeyi ve grup sayısı dikkate alınmıştır. Kategorik verilerde Ki-kare testinin anlamlılık aralığı ve beklenen frekans değerleri kontrol edilmiştir; parametrik testler için normallik varsayımları sağlanamayan durumlarda nonparametrik eşdeğer testlere geçilmiştir.

## 4. BULGULAR

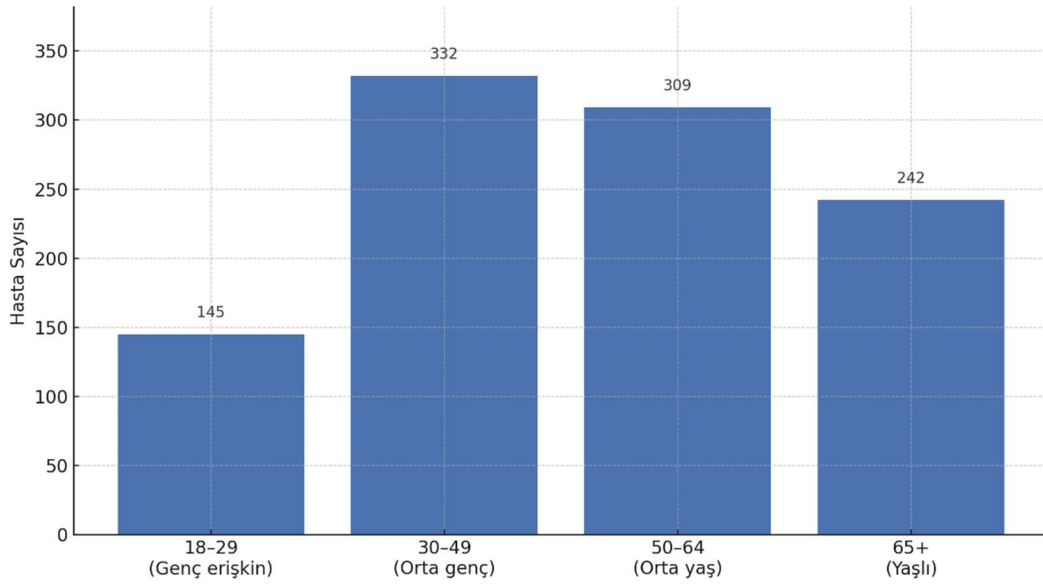
### 4.1. Yaş Dağılımı

Çalışmaya dahil edilen toplam 1028 hastanın yaşları 18 ile 92 arasında değişmektedir. Genel yaş ortalaması  $50.5 \pm 17,0$  yıl olarak hesaplanmıştır. Bu bulgu, KLP'ye yönlendirilen hasta grubunun oldukça geniş bir yaş aralığını kapsadığını göstermektedir.

Hastalar yaşlarına göre dört gruba ayrıldığında dağılım şu şekilde olmuştur:

- 18–29 yaş arası (Genç erişkin): 145 hasta (%14,1)
- 30–49 yaş arası (Orta genç): 332 hasta (%32,3)
- 50–64 yaş arası (Orta yaş): 309 hasta (%30,1)
- 65 yaş ve üzeri (Yaşlı): 242 hasta (%23,5)

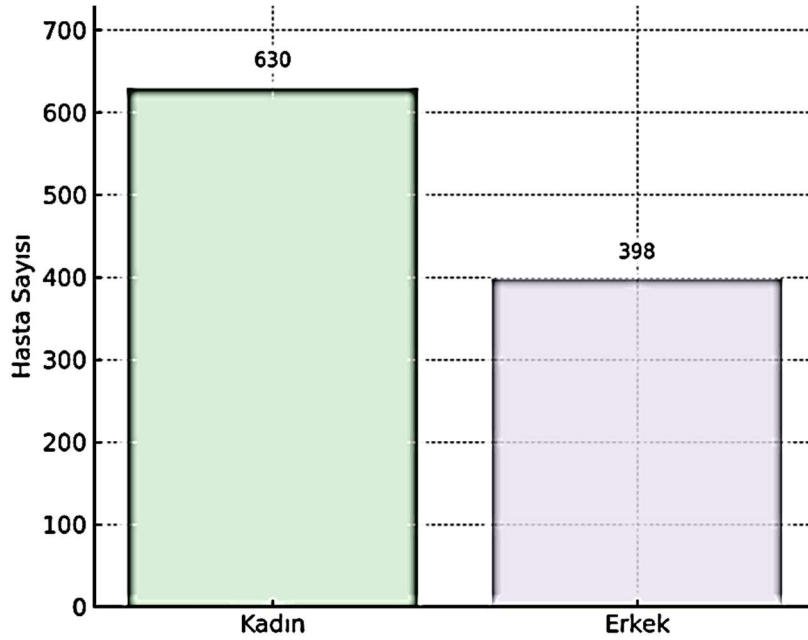
En büyük grubu 30–49 yaş aralığındaki hastalar oluştururken, 50 yaş üzeri hastalar da toplam örneklemin yarısından fazlasını kapsamaktadır. Bu dağılımın genel hastane ortamında KLP'ye yönlendirilen hastalarda yaşla birlikte artan tıbbi karmaşıklık ve psikiyatrik duyarlılıkla ilişkili olabileceği düşünülmektedir.



Şekil 4.1. Yaş gruplarına göre hasta dağılımı

#### 4.2. Cinsiyet Dağılımı

Çalışmaya dahil edilen toplam 1028 hastanın 630'u kadın (%61,3) ve 398'i erkektir (%38,7). Bu dağılım, KLP polikliniğine yönlendirilen hastalar arasında kadınların daha yüksek oranda olduğunu göstermektedir.

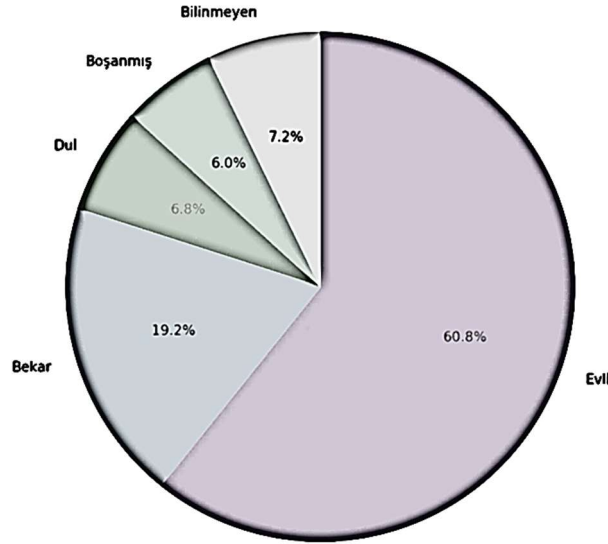


Şekil 4.2. Cinsiyete göre hasta dağılımı

#### 4.3. Medeni Durum

Çalışmaya dahil edilen 1028 hastanın 624'ü evli (%60,8), 197'si bekar (%19,2), 70'i dul (%6,8) ve 62'si boşanmıştır (%6,0). Medeni durumu sistem kayıtlarında belirtilmemiş olan 74 hasta (%7,2) ise “bilinmeyen” kategorisinde değerlendirilmiştir.

Bu dağılım, yönlendirilen hastaların yarısından fazlasının evli bireylerden oluştuğunu göstermektedir. Bu durum, sosyal roller, aile içi sorumluluklar, bakım yükü ya da hastalık sürecinde eş desteği gibi faktörlerin psikiyatrik değerlendirmeye yansıyor olabileceğini düşündürmektedir.

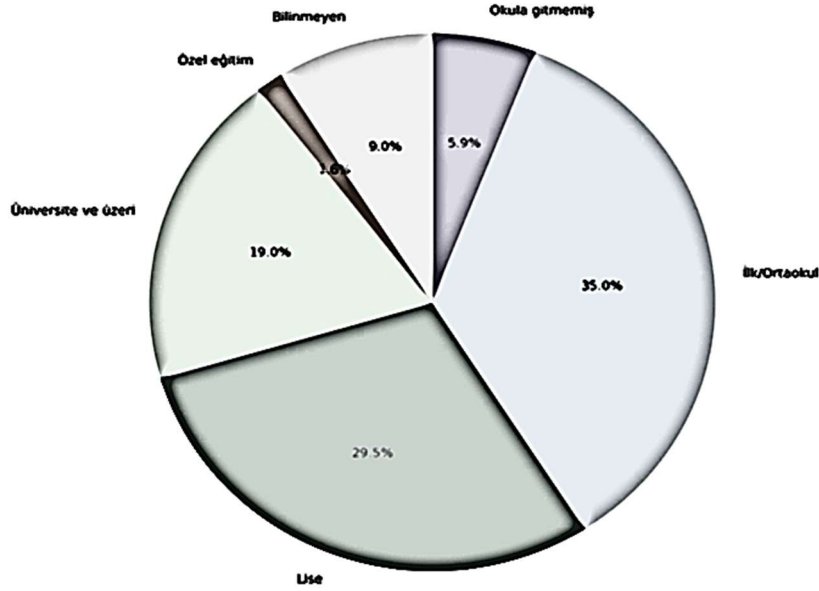


Şekil 4.3. Medeni duruma göre hasta dağılımı

#### 4.4. Eğitim Düzeyi

Çalışmaya dahil edilen 1028 hastanın eğitim düzeyi incelendiğinde, en büyük grubun ilkokul ve ortaokul mezunları olduğu görülmektedir (n=359, %35,0). Bunu lise mezunları (n=303, %29,5) ve üniversite ve üzeri eğitim almış bireyler (n=195, %19,0) takip etmektedir.

Okula hiç gitmemiş olan birey sayısı 61 (%5,9) iken, özel eğitim almış bireylerin sayısı 16 (%1,6) olarak kaydedilmiştir. Özel eğitim alan hastalar, zihinsel yetersizlik, gelişimsel bozukluk veya engellilik nedeniyle özel kurumlara devam etmiş bireylerden oluşmaktadır. Sayıca az olmaları nedeniyle oransal karşılıkları düşük olmakla birlikte, klinik izlemde özel yaklaşım gerektiren bir grubu temsil etmektedirler. Eğitim düzeyi bilgisi sistemde belirtilmemiş olan 92 hasta (%9,0) “bilinmeyen” kategorisinde yer almaktadır.

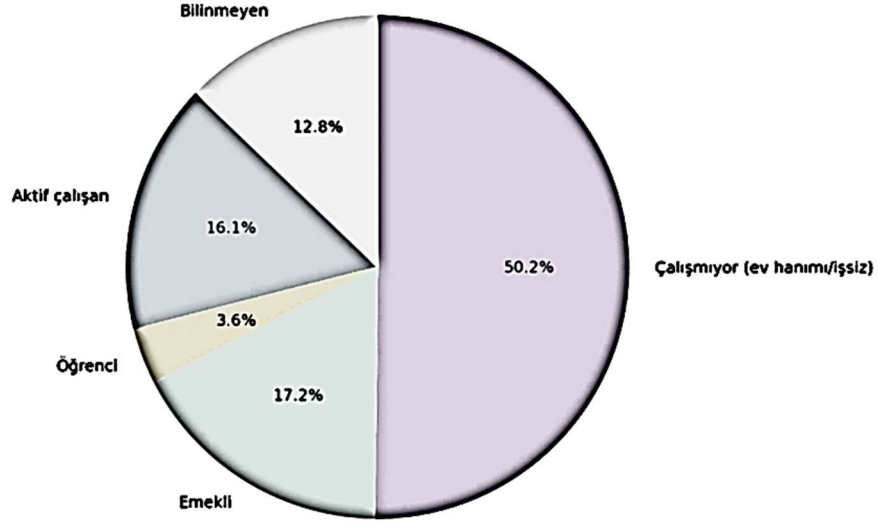


Şekil 4.4. Eğitim düzeyine göre hasta dağılımı

#### 4.5. Meslek Dağılımı

Çalışmaya dahil edilen 1028 hastanın yarısına yakını çalışmıyor olup, bu grup ev hanımı ve işsiz bireylerden oluşmaktadır (n=516, %50,2). Emekli olan hastaların sayısı 177 (%17,2), öğrencilerin sayısı ise 37 (%3,6) olarak belirlenmiştir. Mesleki olarak aktif olan bireyler, düzenli bir işte çalışanlarla birlikte, başvuru sırasında aktif olarak çalıştığı beyan edilen ancak düzenli bir iş olmayan kişilerden oluşmaktadır. Bu grup birlikte değerlendirildiğinde toplam 166 hasta (%16,1) “aktif çalışan”

olarak sınıflandırılmıştır. Meslek bilgisi sistem kayıtlarında belirtilmemiş olan 132 hasta (%12,8) ise “bilinmeyen” kategorisinde yer almaktadır.



Şekil 4.5. Mesleki duruma göre hasta

#### 4.6. Başvuru Şikayetlerinin Dağılımı

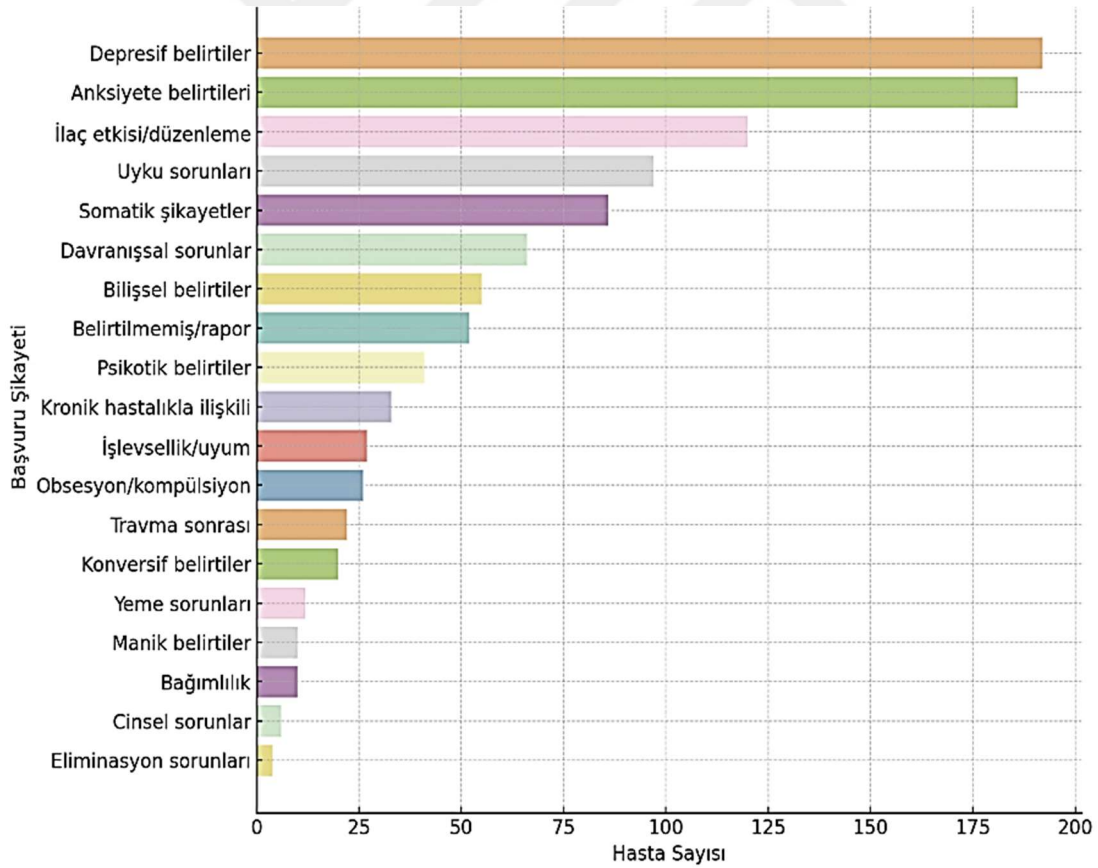
KLP'ye yönlendirilen 1028 hastanın başvuru şikayetleri incelendiğinde, en sık bildirilen şikâyet depresif belirtiler olup bu durum 192 hastada (%18,7) kaydedilmiştir.

Bunu sırasıyla:

- Anksiyete belirtileri: 186 hasta (%18,1)
- İlaç etkileşimi, yan etkisi veya tedavi düzenleme: 120 hasta (%11,7)
- Uyku ile ilgili şikayetler: 97 hasta (%9,4)
- Somatik şikayetler: 86 hasta (%8,4)
- Davranışsal sorunlar: 66 hasta (%6,4)
- Bilişsel belirtiler: 55 hasta (%5,3)
- Konsültasyon istem nedeninin belirtilmediği ya da yalnızca reçete/rapor talebi: 52 hasta (%5,1)
- Psikotik şikayetler: 41 hasta (%4)

- Kronik hastalıkla ilişkili psikiyatrik şikayetler: 33 hasta (%3,2)
- İşlevsellik ve uyum sorunları: 27 (%2,6)
- Obsesyon ve kompülsiyonlar: 26 hasta (%2,5)
- Travma sonrası ruhsal belirtiler: 22 hasta (%2,1)
- Konversif belirtiler: 20 hasta (%1,9)
- Yeme ve beslenme sorunları: 12 hasta (%1,2)
- Manik şikayetler: 10 hasta (%1,0)
- Bağımlılık ile ilişkili sorunlar: 10 hasta (%1,0)
- Cinsel sorunlar: 6 hasta (%0,6)
- Eliminasyonla ilgili sorunlar: 4 hasta (%0,4) izlemektedir.

Bazı hastalarda birden fazla başvuru şikâyeti bulunmakta olup, veriler bu çoklu kodlamalar dikkate alınarak çözümlenmiştir. Bu nedenle toplam şikâyet sayısı birey sayısından fazladır.



Şekil 4.6. Şikâyet türüne göre hasta dağılımı

#### 4.7. DSM-5 Tanılarının Dağılımı

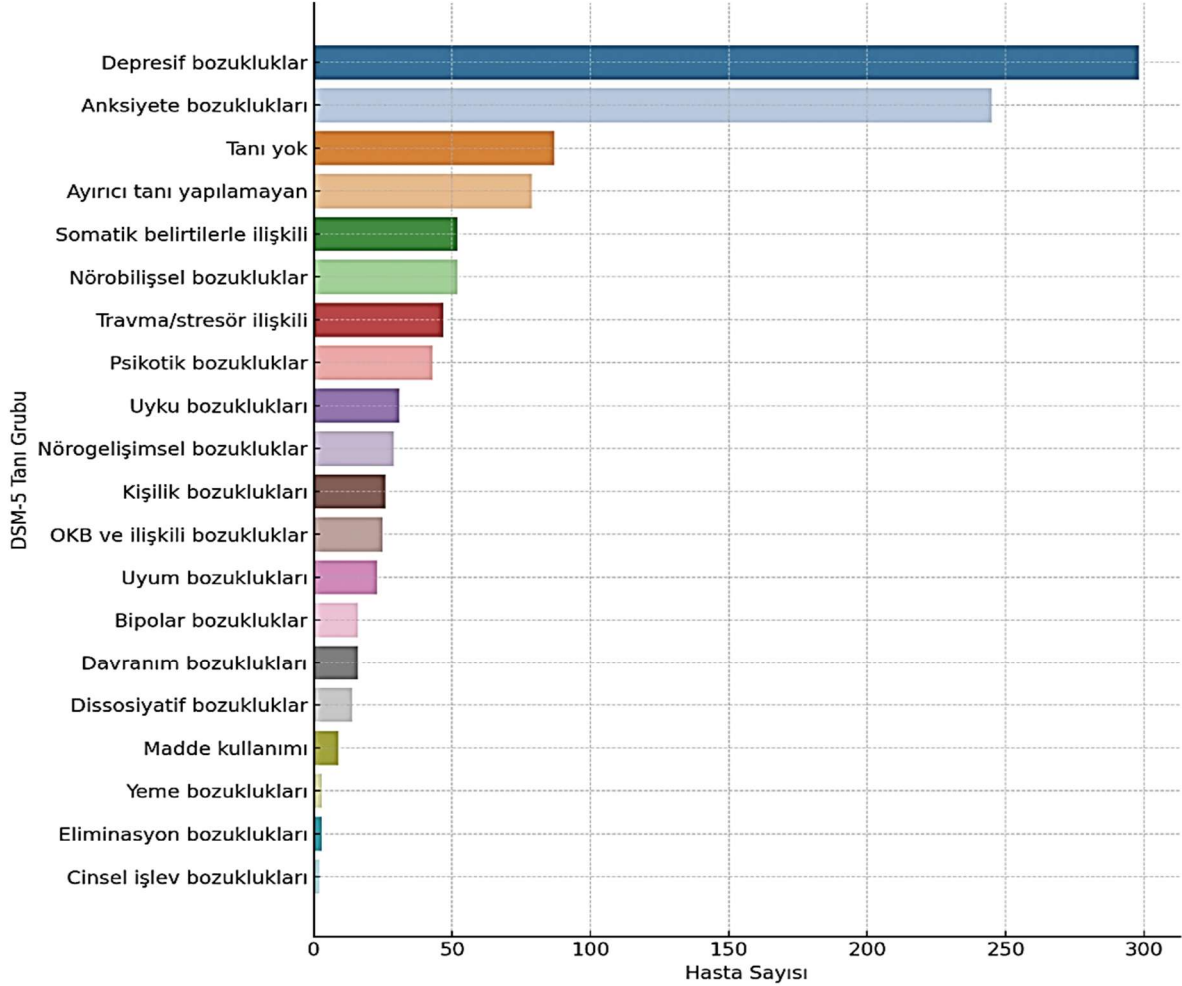
Çalışmaya dahil edilen 1028 hastaya konulan DSM-5 tanıları incelendiğinde, en sık bildirilen tanı grubu depresif bozukluklar olup, bu tanı 298 hastada (%29,0) yer almıştır.

- İkinci sırada yer alan anksiyete bozuklukları, 245 hastada (%23,8) görülmüştür.
- Psikiyatrik bir tanı düşünülmeyen olguların sayısı 87 (%8,5),
- Ayırıcı tanı yapılamayan hastaların sayısı ise 82 (%8,0) olarak kaydedilmiştir.

Diğer DSM-5 tanıların dağılımı şu şekildedir:

- Somatik belirtilerle ilişkili bozukluklar: 52 hasta (%5,1)
- Nörobilişsel bozukluklar (deliryum, demans vb.): 52 hasta (%5,1)
- Travma ve stresörlerle ilişkili bozukluklar: 47 hasta (%4,6)
- Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar: 43 hasta (%4,2)
- Uyku-uyanıklık bozuklukları: 31 hasta (%3,0)
- Nörogelişimsel bozukluklar (zekâ geriliği, otizm, DEHB vb.): 29 hasta (%2,8)
- Kişilik bozuklukları: 26 hasta (%2,5)
- OKB ve ilişkili bozukluklar (trikotillomani, istifçilik vb.): 25 hasta (%2,4)
- Uyum bozuklukları: 23 hasta (%2,2)
- Bipolar ve ilişkili bozukluklar: 16 hasta (%1,6)
- Davranım bozukluğu (saldırganlık, dürtüsellik): 16 hasta (%1,6)
- Dissosiyatif bozukluklar: 14 hasta (%1,4)
- Alkol ve madde kullanım bozuklukları: 9 hasta (%0,9)
- Yeme ve beslenme bozuklukları: 3 hasta (%0,3)
- Eliminasyon bozuklukları: 3 hasta (%0,3)
- Cinsel işlev bozuklukları: 2 hasta (%0,2)

Hastaların bir kısmı birden fazla DSM-5 tanısı almış olup, analizlerde bu durum dikkate alınmış ve her tanı kategorisi ayrı ayrı sayılmıştır. Bu nedenle toplam tanı sayısı birey sayısından fazladır.



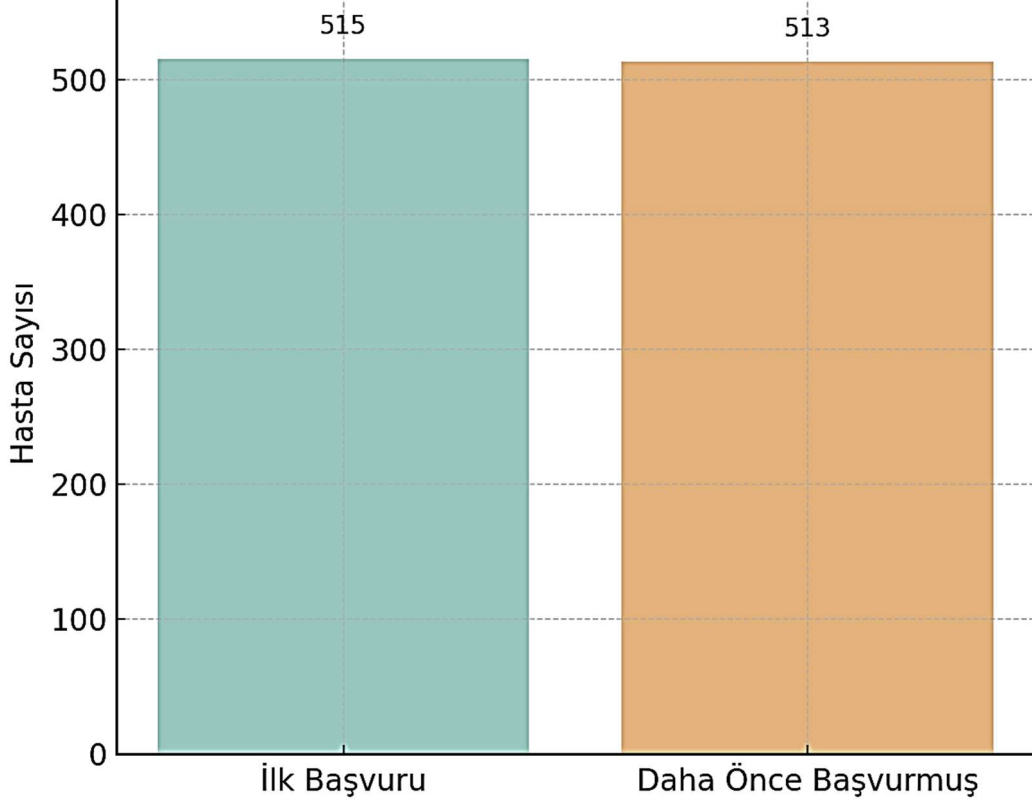
Şekil 4.7. DSM-5 tanılarına göre hasta dağılımı

#### 4.8. Psikiyatrik Başvuru Geçmişi

Çalışmaya dahil edilen 1028 hastanın 515'i (%50,1) daha önce hiç psikiyatri polikliniğine başvurmamış, bu değerlendirme sırasında ilk kez yönlendirilmiştir. Kalan 513 hastanın (%49,9) ise geçmişte en az bir kez psikiyatri başvurusu mevcuttur.

Neredeyse eşit olan bu dağılım, ayaktan yapılandırılmış KLP modelinin hem ilk kez psikiyatrik değerlendirmeye alınan bireyler için

etkili bir tarama alanı sunduğunu, hem de önceden tanısı veya psikiyatrik öyküsü olan hastaların yeniden gözden geçirilmesinde önemli bir rol oynadığını göstermektedir.



Şekil 4.8. Psikiyatri başvuru geçmişine göre hasta dağılımı

#### 4.9. Uygulanan Tedavi Yöntemleri

Çalışmaya dahil edilen 1028 hastanın büyük çoğunluğuna farmakolojik tedavi başlanmıştır (n=717, %69,8). Bunun dışında, 153 hastaya (%14,9) hem ilaç tedavisi başlanmıştır hem de hastaya ve/veya yakınlarına yönelik klinik bilgilendirme ve işlevselliğe yönelik kısa süreli danışmanlık sağlanmıştır. Bu grup, sadece farmakoterapi değil, aynı zamanda hastalık süreci ve baş etme stratejileri üzerine yapılandırılmamış destekleyici görüşme yapılan bireyleri temsil etmektedir.

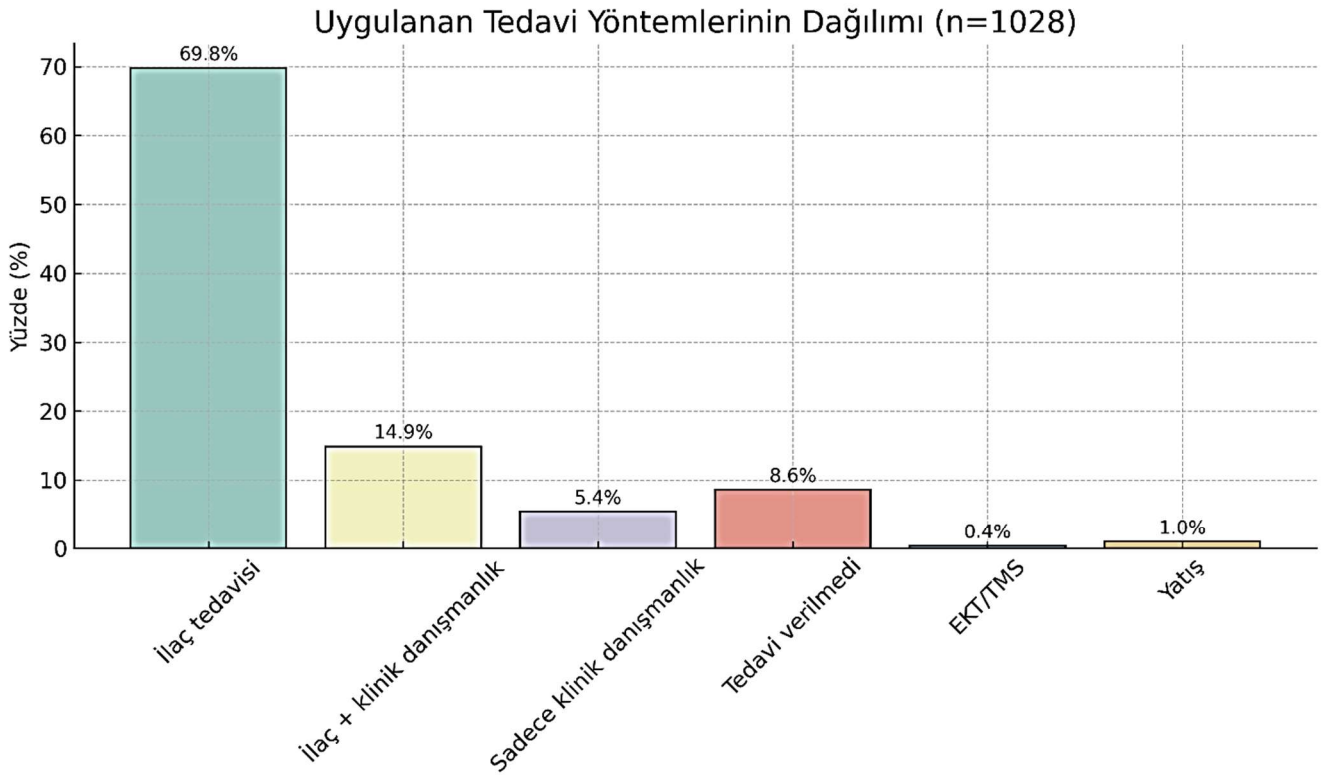
İlaç başlanmaksızın yalnızca kısa süreli destekleyici görüşme ve psikoeğitim verilen hasta sayısı 55 (%5,4) olup, bu hastalar genellikle belirgin

psikopatoloji saptanmayan ancak ruhsal desteğe ihtiyaç duyan bireylerden oluşmaktadır.

Tedavi verilmemiş olan 88 hasta (%8,6), ilk görüşmede takibe alınmayan veya ruhsal açıdan ileri müdahale gereksinimi bulunmayan hastalardan oluşmaktadır.

Çalışma grubundaki 4 hastaya (%0,4) EKT veya TMS gibi biyolojik tedaviler uygulanmış, 10 hasta (%1,0) ise psikiyatri servisine yatırılmıştır.

Bu dağılım, ayaktan yapılandırılmış KLP modelinin ağırlıklı olarak farmakolojik müdahaleye dayandığını ancak gerektiğinde kısa süreli danışmanlık, bilgilendirme ve biyolojik tedavi uygulamalarını da içeren çok boyutlu bir yaklaşımı benimsediğini göstermektedir.

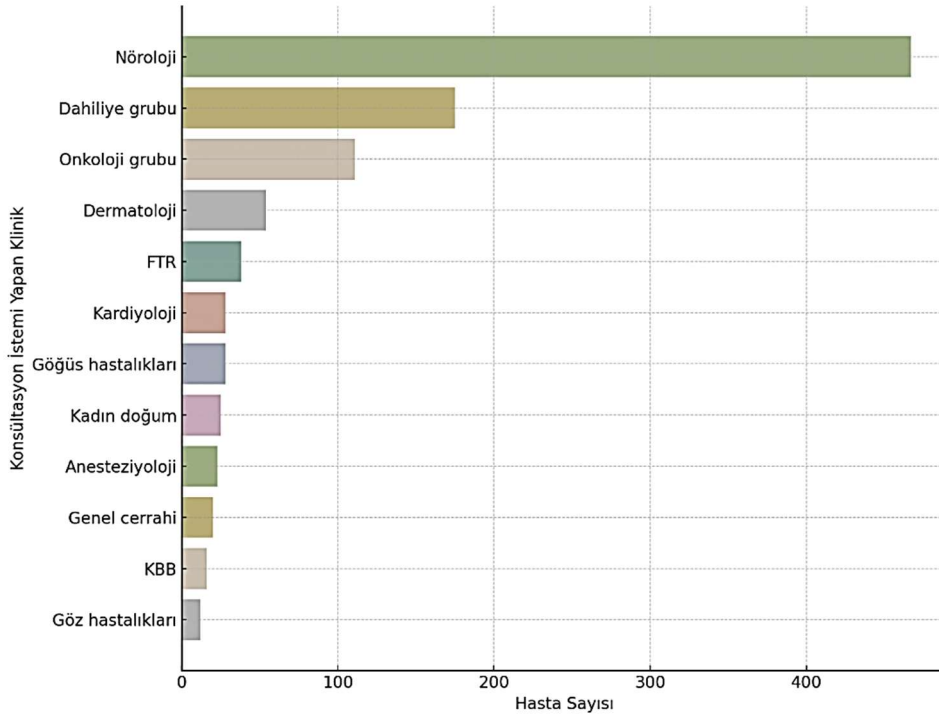


Şekil 4.9. Uygulanan tedavi yöntemlerine göre hasta dağılımı

#### 4.10. Konsültasyon İstemi Yapan Birimler

Çalışma kapsamındaki toplam 1028 hastanın büyük kısmı nöroloji polikliniğinden (n=467, %45,4) yönlendirilmiştir. Nörolojiyi, dahiliye grubu (genel dahiliye, nefroloji, endokrinoloji, hematoloji, gastroenteroloji) takip etmekte olup bu gruptan toplam 175 hasta (%17,0) KLP'ye yönlendirilmiştir. Onkoloji grubu (medikal onkoloji ve radyasyon onkolojisi birlikte değerlendirilmiştir) ise 111 hastayla (%10,8) üçüncü sırada yer almaktadır.

Bu üç ana grubun dışında, dermatoloji (n=54, %5,3), fizik tedavi ve rehabilitasyon (FTR) (n=38, %3,7), kardiyoloji (n=28, %2,7), göğüs hastalıkları (n=28, %2,7), kadın hastalıkları ve doğum (n=25, %2,4), anesteziyoloji (n=23, %2,2), genel cerrahi (n=20, %1,9), kulak burun boğaz hastalıkları (KBB) (n=16, %1,6) ve göz hastalıkları (n=12, %1,2) gibi bölümlerden de yönlendirme olmuştur. Bunlar dışında kalan diğer branşlardan yapılan yönlendirmeler 10'un altında hasta içermekte olup, düşük vaka sayıları nedeniyle gösterilmemiştir.

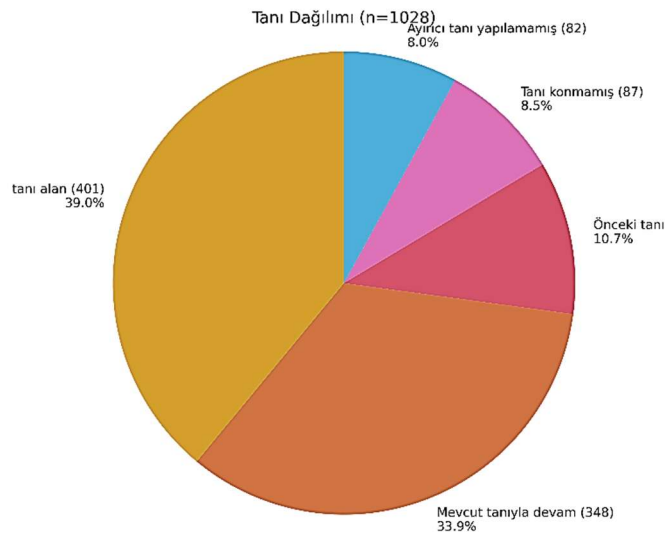


Şekil 4.10. Konsültasyon istemi yapan birimlere göre hasta dağılımı

#### 4.11. Tanı Alma Durumu

Çalışmaya dahil edilen 1028 hastanın tanı alma durumları beş ana grupta sınıflandırılmıştır.

- 401 hasta (%39,0) bu değerlendirme sırasında ilk kez psikiyatrik bir tanı almıştır (yeni tanı alan grup).
- 348 hasta (%33,8) daha önce psikiyatrik bir tanı almış olup, bu görüşmede önceki tanısı ile uyumlu olarak değerlendirilmiştir (mevcut tanıyla devam eden grup).
- 110 hasta (%10,7) daha önce bir psikiyatrik tanı almış olmakla birlikte, bu görüşmede farklı bir psikiyatrik tanı almıştır (önceki tanıdan farklı tanı konulan grup).
- 87 hastada (%8,5) aktif psikopatoloji saptanmamış ve herhangi bir psikiyatrik hastalık düşünülmemiştir. (Tanı konmamış grup).
- 82 hasta (%8,0) ise ruhsal belirti göstermesine rağmen değerlendirme sırasında tanı koymak için yeterli veri elde edilememiştir (ayırıcı tanı yapılamamış grup). Bu dağılım, KLP değerlendirmesinde yeni tanı koyma, mevcut tanıları güncelleme ve gerektiğinde izlem önerme süreçlerinin dengeli olduğunu göstermektedir.



Şekil 4.11. Psikiyatrik tanı alma durumuna göre hasta dağılımı

#### 4.12. Konsültasyon İsteminin Uygunluğu

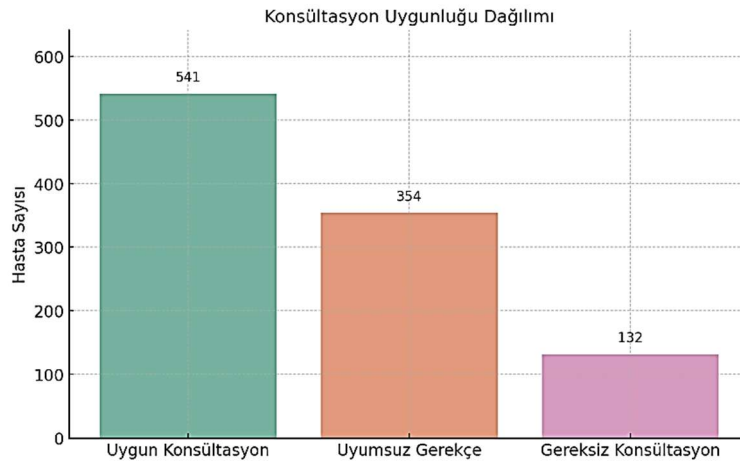
Çalışmaya dahil edilen 1028 hastanın konsültasyon istemleri değerlendirilerek, uygunluk açısından üç gruba ayrılmıştır.

- 132 hasta (%12,9), herhangi bir psikiyatrik şikâyet tariflemediği veya KLP polikliniğine yönlendirilmesini gerektirecek bir durum olmadığı için “gereksiz/uygun olmayan konsültasyon” olarak değerlendirilmiştir.
- 354 hasta (%34,5), psikiyatrik bir belirti taşımasına rağmen gönderen hekim tarafından yönlendirme gerekçesi doğru şekilde

Şekil 4.11. Psikiyatrik tanı alma durumuna göre hasta dağılımı tanımlanamamış, bu nedenle “gerekçeyle uyumsuz konsültasyon” olarak sınıflandırılmıştır.

- 541 hasta (%52,7) ise hem psikiyatrik bir belirti taşıdığı hem de yönlendirme gerekçesi ile hastanın kliniğinin uyumlu olduğu Saptandığı için “uygun konsültasyon” kapsamında değerlendirilmiştir.

Bu sınıflandırma, KLP polikliniğine hasta yönlendirme süreçlerinde klinik farkındalık düzeylerinin anlaşılabilmesi açısından önem taşımaktadır.



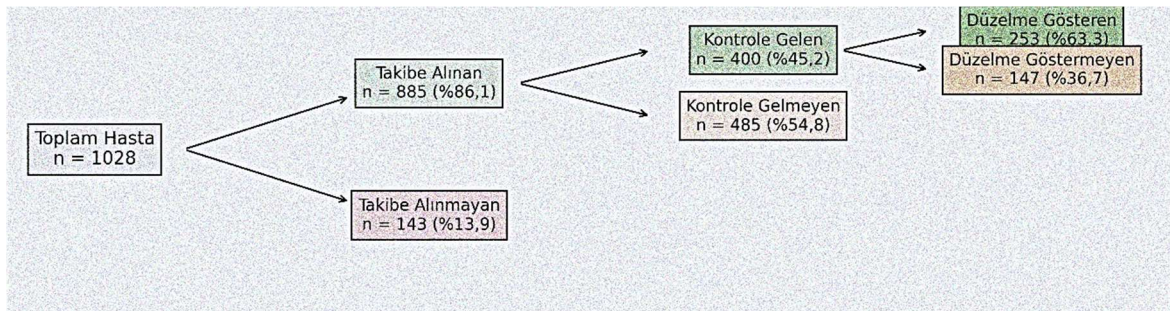
Şekil 4.12. Konsültasyon isteminin uygunluk durumuna göre hasta dağılımı

#### 4.13. Takibe Gelme ve Tedaviye Yanıt Durumu

Çalışmaya dahil edilen 1028 hastanın takip süreçleri dört ana grupta sınıflandırılmıştır:

- 253 hasta (%24,6): Takibe alınmış, en az üç ay süreyle düzenli olarak kontrollerine gelmiş ve klinik olarak anlamlı düzeyde iyileşme göstermiştir.
- 147 hasta (%14,3): Takibe alınmış, en az üç ay süreyle düzenli olarak kontrollerine gelmiş olmasına rağmen anlamlı düzeyde klinik iyileşme göstermemiştir.
- 485 hasta (%47,2): Takibe alınmasına rağmen randevularına gelmemiştir.
- 143 hasta (%13,9): Takibe alınmamış ve kontrol planlanmamıştır.
- Bu dağılıma göre, toplam 885 hasta (%86,1) takibe alınmıştır. Bu hastalar içerisinde 400'ü (%45,2) en az üç kontrol randevusuna gelmiş, 485'i (%54,8) ise poliklinik takiplerine devam etmemiştir.
- Takibe alınıp kontrole gelen 400 hasta içinde 253'ü (%63,3) en az üç aylık takip sonucunda anlamlı derecede klinik düzelme göstermiş, 147 hasta (%36,7) ise takip sürecine katılmasına rağmen klinik olarak yeterli oranda düzelme göstermemiştir.

Bu bulgular, KLP polikliniğinde tedaviye düzenli katılımın klinik iyileşme ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.



Şekil 4.13. Takibe gelme ve tedaviye yanıt durumu

#### 4.14. Kronik Hastalık Dağılımı

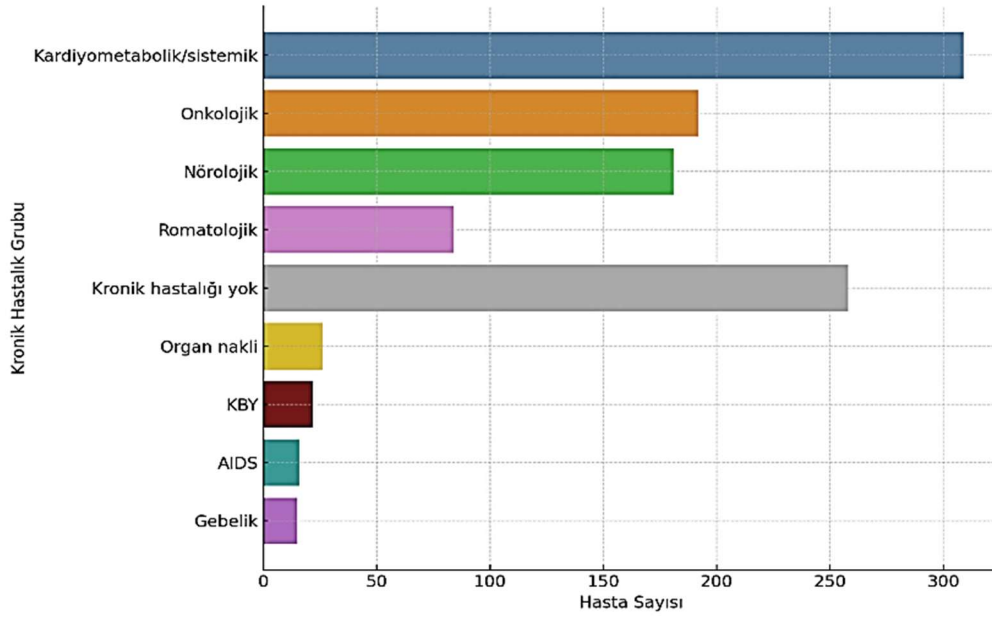
Çalışmaya dahil edilen 1028 hastanın kronik hastalık varlığı ve dağılımı incelendiğinde, en sık bildirilen hastalık grubunun kardiyometabolik veya sistemik hastalıklar olduğu görülmüştür. Bu grupta hipertansiyon (HT), diyabet mellitus (DM), kronik akciğer hastalıkları ve benzeri durumlar yer almakta olup toplam 309 hastada (%30,1) bildirilmiştir.

- Onkolojik hastalık tanısı bulunan hasta sayısı ise 192'dir (%18,7). Bu grupta aktif tedavi gören veya izlemde olan bireyler yer almaktadır.
- Nörolojik hastalıklar; örneğin epilepsi, demans, Parkinson hastalığı veya multipl skleroz, 181 hastada (%17,6) mevcuttur.
- Romatolojik hastalıklar, kronik ağrıya sebep olan fibromiyalji, bağ dokusu hastalıkları ve diğer inflamatuvar hastalıklar, 84 hastada (%8,2) bildirilmiştir.
- Kronik bir hastalığı olmayan birey sayısı ise 258'dir (%25,1).

Daha az sıklıkla bildirilen durumlar ise şunlardır:

- Organ nakli yapılmış hastalar (renal, karaciğer vb.): 26 hasta (%2,5)
- Kronik böbrek yetmezliği: 22 hasta (%2,1)
- Gebelik durumu bildirilmiş olanlar: 15 hasta (%1,5)
- Edinsel immün yetmezlik (AIDS): 16 hasta (%1,6)

Veri setinde bazı hastalarda birden fazla kronik hastalık bulunduğu için analizde çoklu kodlamalar ayrıştırılmış ve her tanı kategorisi ayrı ayrı sayılmıştır. Bu nedenle grupların toplamı birey sayısından fazladır.



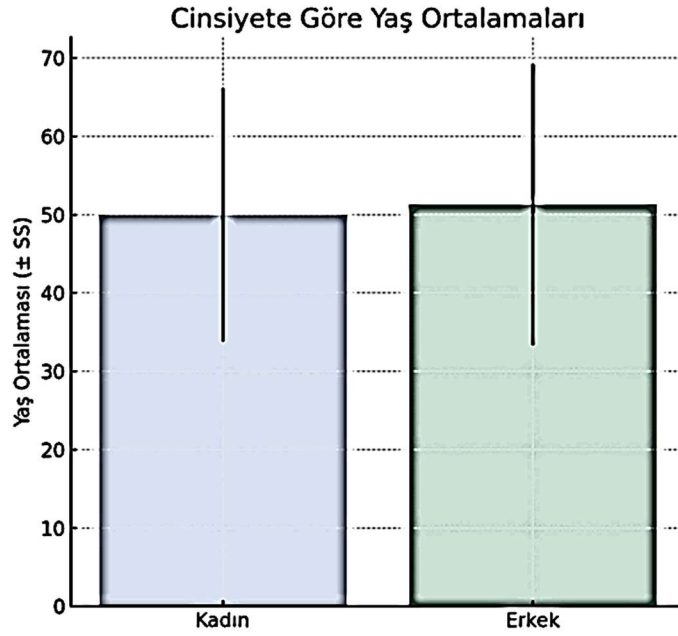
Şekil 4.14. Kronik hastalık gruplarına göre hasta dağılımı

#### 4.15. Yaş Değişkenine Bağlı Analizler

##### 4.15.1. Yaş ve Cinsiyet İlişkisi

Çalışmaya dahil edilen 1028 hastanın yaş ortalaması  $50.5 \pm 17,0$  yıl olarak bulunmuştur. Cinsiyet bazında incelendiğinde, kadın hastaların yaş ortalaması  $49.99 \pm 16,13$  yıl ( $n=630$ ), erkek hastaların yaş ortalaması ise  $51.27 \pm 17,96$  yıl ( $n=398$ ) olarak hesaplanmıştır.

Bu fark sayısal olarak küçük olmakla birlikte, bağımsız örneklem t-testi ile yapılan analizde istatistiksel olarak da anlamlı bulunmamıştır ( $p = 0.2498$ ). Bu durum, kadın ve erkek hastaların yaş ortalamalarının benzer olduğunu ve dağılımın rastlantısal farklar içerebileceğini göstermektedir.



Şekil 4.15. Cinsiyete göre yaş ortalamaları

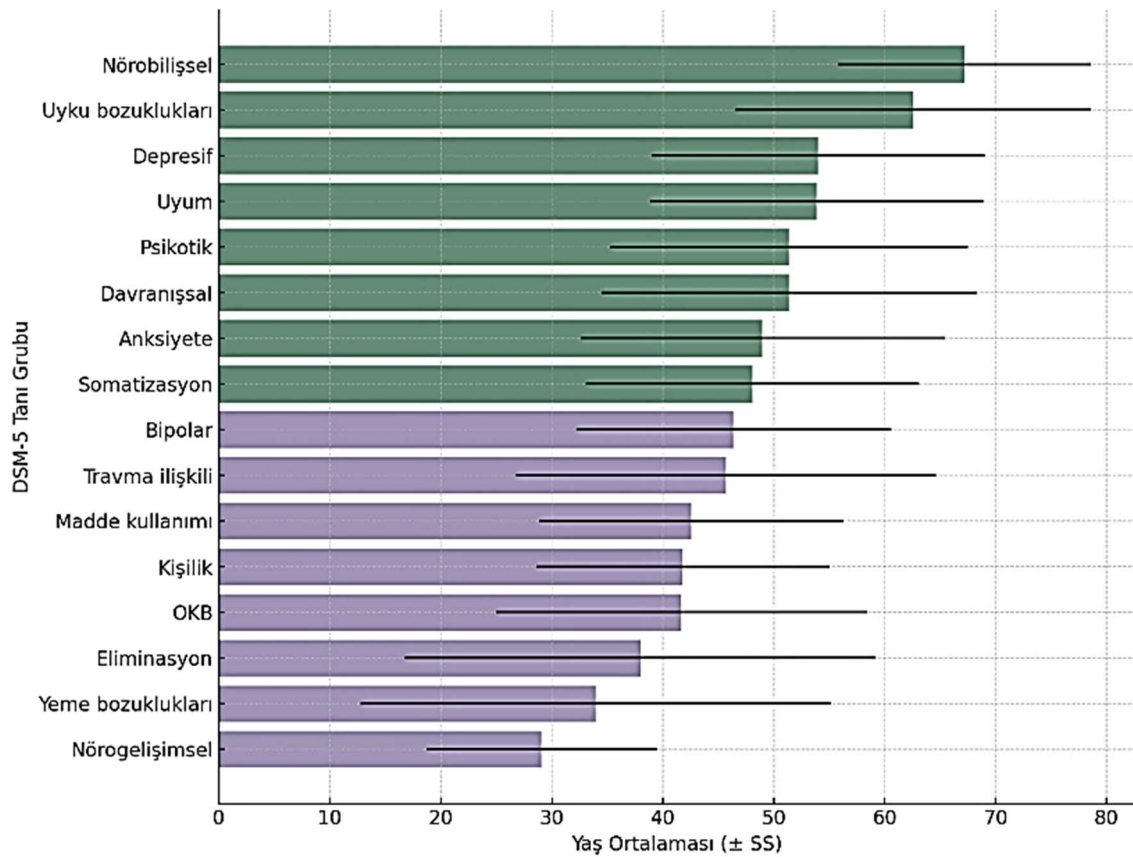
#### 4.15.2. Yaş ve DSM-5 Tanı İlişkisi

Çalışmada yer alan hastalara konulan DSM-5 tanıları, yaş ortalamalarına göre farklılık göstermektedir. DSM-5'e göre sınıflandırılmış tanı gruplarına göre yaş ortalamaları şu şekildedir:

- Nörobilişsel bozukluk tanısı alan hastaların yaş ortalaması en yüksek grubu oluşturmakta olup  $67.2 \pm 11,4$  yıl olarak bulunmuştur.
- Uyku-uyanıklık bozuklukları olan hastaların yaş ortalaması da görece yüksektir ( $62.6 \pm 16,0$  yıl).
- Depresif bozukluklar:  $54.0 \pm 15,0$  yıl
- Uyum bozuklukları:  $53.9 \pm 15,0$  yıl
- Psikotik bozukluklar:  $51.4 \pm 16,1$  yıl
- Davranışsal bozukluklar:  $51.4 \pm 16,9$  yıl
- Anksiyete bozuklukları:  $49.0 \pm 16,4$  yıl
- Somatizasyonla ilişkili bozukluklar:  $48.1 \pm 15,0$  yıl
- Bipolar bozukluklar:  $46.4 \pm 14,2$  yıl
- Travma ve stresle ilişkili bozukluklar:  $45.7 \pm 18,9$  yıl

- Madde kullanım bozuklukları:  $42.6 \pm 13,7$  yıl
- Kişilik bozuklukları:  $41.8 \pm 13,2$  yıl
- OKB ve ilişkili bozukluklar:  $41.7 \pm 16,7$  yıl
- Yeme bozuklukları:  $34.0 \pm 21,2$  yıl
- Eliminasyon bozuklukları:  $38.0 \pm 21,2$  yıl
- Nörogelişimsel bozukluklar (özellikle genç hastalar):  $29.1 \pm 10,4$  yıl

Bu dağılım, tanı grupları arasında yaş ortalamalarının klinik olarak farklılaştığını göstermekte, özellikle yaşlı hastalarda nörobilişsel ve uyku bozukluklarının diğer yaş gruplarına göre ön planda olduğunu, genç hastalarda ise nörogelişimsel bozuklukların diğer yaş guruplarına göre daha baskın olduğunu düşündürmektedir



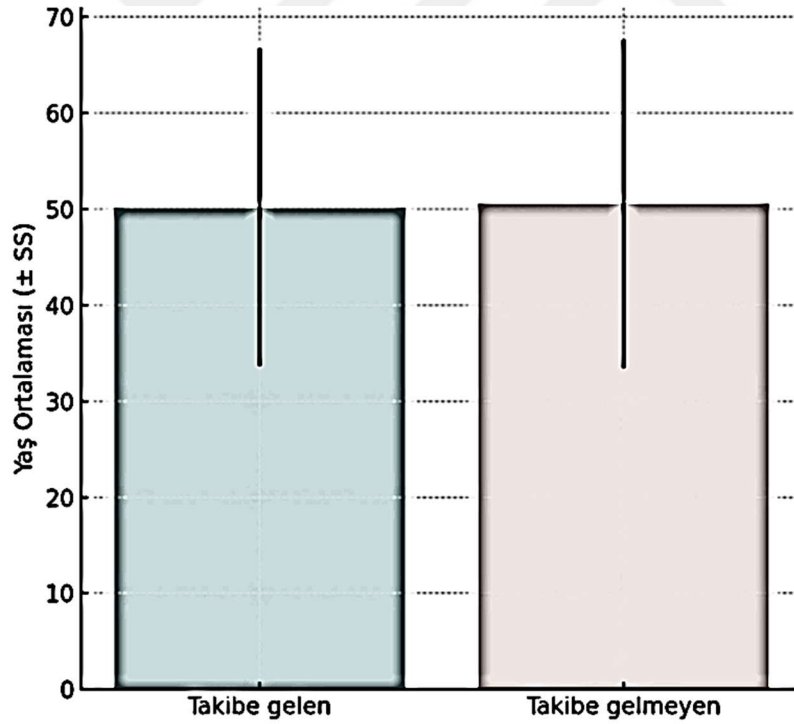
Şekil 4.16. DSM-5 tanı gruplarına göre yaş ortalamaları

#### 4.15.3. Yaş ve Takibe Devam Etme

Takibe alınan toplam 885 hasta içerisinde 400'ü en az 3 kontrol randevusuna gelmiş, 485'i ise takibe alınmasına rağmen planlanan kontrol muayenelerine katılmamıştır. Takibe alınmayan 143 hasta bu analizin dışında bırakılmıştır.

Takibe gelen 400 hastanın yaş ortalaması  $50.16 \pm 16,54$  yıl, takibe gelmeyen 485 hastanın yaş ortalaması ise  $50.55 \pm 17,12$  yıl olarak hesaplanmıştır.

Gruplar arasında yaş ortalamaları açısından anlamlı bir fark bulunmamış, bu durum yaşı takibe gelme davranışını belirleyen bir faktör olmayabileceğini düşündürmektedir.



Şekil 4.17. Takibe gelme durumuna göre yaş ortalamaları

#### 4.16. Cinsiyet Değişkenine Bağlı Analizler

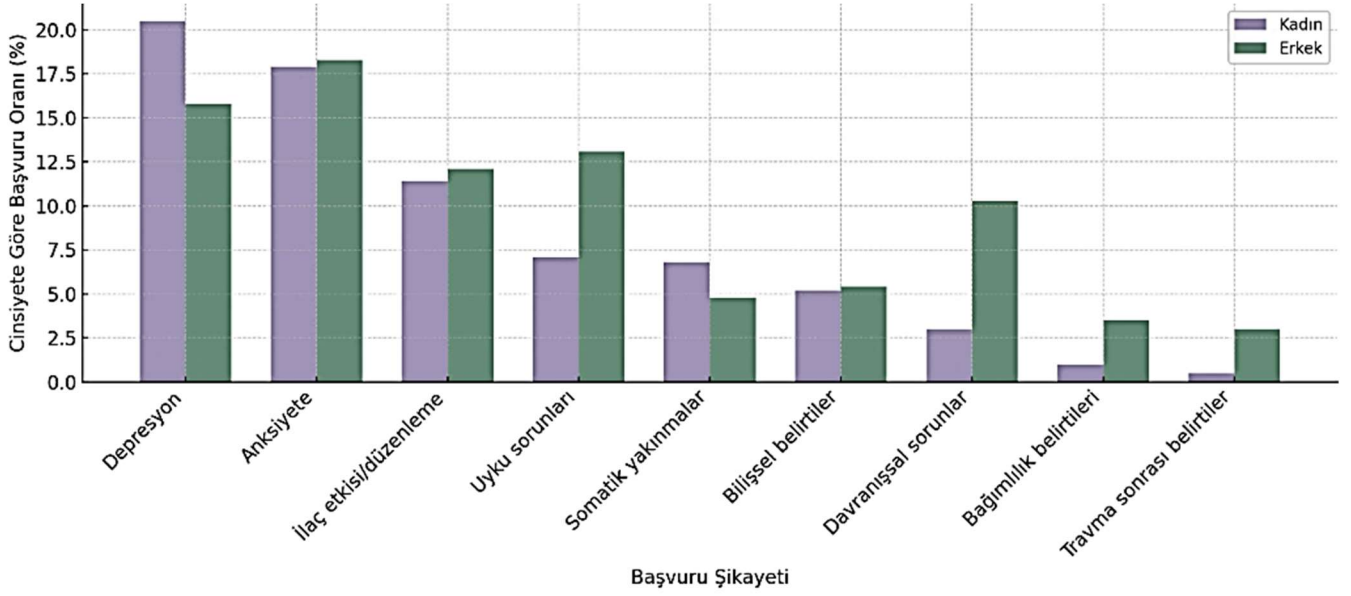
##### 4.16.1. Cinsiyete Göre Başvuru Şikayetlerinin Dağılımı

Çalışmada kadın ve erkek hastaların başvuru şikayetleri ayrı ayrı incelendiğinde, bazı başvuru kategorilerinin her iki cinsiyette benzer oranlarda bildirildiği, bazılarında ise anlamlı farkların bulunduğu görülmüştür.

- Kadın hastalarda en sık başvuru nedeni depresif belirtiler olup, toplam 129 kadın (%20,5) bu şikayetle yönlendirilmiştir. Bunu sırasıyla anksiyete belirtileri (n=113, %17,9) ve ilaç yan etkisi ya da tedavi düzenleme ihtiyacı (n=72, %11,4) izlemiştir. Ayrıca, kadın hastalarda uyku sorunları (n=45, %7,1), somatik yakınmalar (n=43, %6,8) ve bilişsel belirtiler (n=33, %5,2) de bildirilmiştir.
- Erkek hastalarda ise en sık bildirilen şikâyet anksiyete belirtileri olup, toplam 73 hasta (%18,3) bu nedenle yönlendirilmiştir. Depresif belirtiler (n=63, %15,8) ikinci sırada yer alırken; ilaç yan etkisi ya da tedavi düzenleme ihtiyacı (n=48, %12,1) ve uyku sorunları (n=52, %13,1) da yüksek oranda bildirilmiştir. Ayrıca, erkek grubunda davranışsal sorunlar (n=41, %10,3), travma sonrası ruhsal belirtiler (n=12, %3,0) ve bağımlılıkla ilişkili belirtiler (n=10, %2,5) kadın grubuna göre daha sık bildirilmiştir.

Bazı başvuru nedenleri ise her iki cinsiyette oldukça düşük oranlarda gözlenmiştir. Bunlar arasında yeme bozuklukları, eliminasyon sorunları, cinsel işlev sorunları, manik belirtiler ve konversif belirtiler yer almaktadır.

Çoklu başvuru şikâyeti bildiren hastaların bulunduğu göz önünde bulundurularak, analiz her başvuru kategorisi için ayrı ayrı gerçekleştirilmiş ve oranlar toplam hasta sayısına göre değil, her cinsiyet grubuna göre hesaplanmıştır.



Şekil 4.18. Cinsiyete göre başvuru şikayetlerinin dağılımı

#### 4.16.2. Cinsiyete Göre DSM-5 Tanılarının Dağılımı

Çalışmaya dahil edilen 1028 hastaya konulan DSM-5 tanıların cinsiyete göre dağılımı incelenmiştir. Toplamda 630 kadın ve 398 erkek hasta değerlendirilmiş, çoklu tanı alan hastalar ayrı ayrı sayılmıştır.

- Kadın hastalarda en sık bildirilen tanı grubu depresif bozukluklar olup, bu tanı %33,0 (n=208) oranında yer almıştır.
- İkinci sırada anksiyete bozuklukları bulunmakta, bu tanı %24,1 (n=152) oranında saptanmıştır.
- Üçüncü sırada, psikiyatrik tanı düşünülmeyen olgular yer almakta olup bu grup %8,7 (n=55) oranındadır.
- Dördüncü sırada ayırıcı tanı yapılamayan hastalar yer almaktadır (%7,1; n=45)
- Beşinci sırada ise somatik belirtilerle ilişkili bozukluklar bulunmaktadır (%7,0; n=44).
- Erkek hastalarda en sık bildirilen tanı ise anksiyete bozuklukları olup %23,4 (n=93) oranında kaydedilmiştir.

- Erkeklerde İkinci sırada depresif bozukluklar yer almakta (%22,6; n=90),
- Üçüncü sırada ise ayırıcı tanı yapılamayan hastalar bulunmaktadır (%9,3; n=37).
- Bunu psikiyatrik tanı düşünülmeyen olgular (%8,0; n=32) ve nörobilişsel bozukluklar (%6,0; n=24) izlemektedir.

Bu analizde, DSM-5 tanı kodlarına göre en sık görülen tanıları sıralanmış; düşük sıklıkta görülen tanıları metin dışında bırakılmıştır.

Oranlar her cinsiyetin toplam hasta sayısı üzerinden hesaplanmıştır (Kadın: 630, Erkek: 398).

Kadın ve erkek gruplarında DSM-5 tanıları karşılaştırıldığında, her iki cinsiyette de depresif bozukluk ve anksiyete bozukluklarının yüksek oranlarda bildirildiği görülmektedir. Bu durum, duygudurum ve anksiyete spektrumundaki bozuklukların KLP başvurularında cinsiyet ayrımı gözetmeksizin en sık tanındığı alanlar olduğunu göstermektedir.

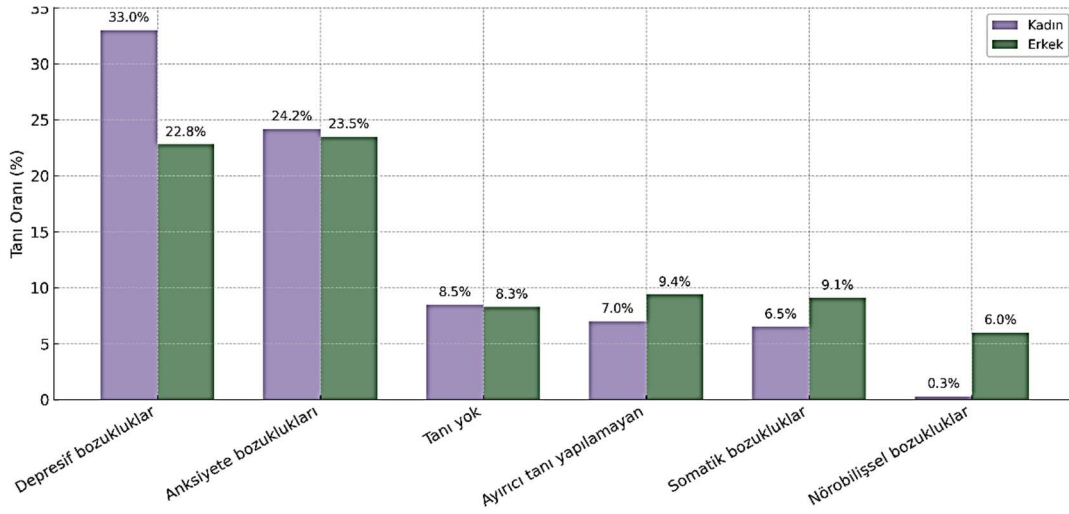
Ancak dağılımın devamında cinsiyetler arasında belirgin bir farklılık izlenmektedir.

Kadın hastalarda, depresyon ve anksiyetenin yanı sıra somatik belirtilerle ilişkili bozukluklar dikkat çekmektedir.

Bu durum, kadın hastalarda bedensel yakınmalarla başvurunun tanısız karşılık bulma olasılığının daha yüksek olduğunu düşündürmektedir.

Erkek hastalarda ise duygudurum bozukluklarını takiben en belirgin tanı grubu nörobilişsel bozukluklar olmuştur.

Bu dağılım, erkek grubunda özellikle bilişsel gerileme, dikkat bozukluğu ya da organik semptomlarla başvuruların ön planda olduğunu göstermektedir.



Şekil 4.19. Cinsiyete göre DSM-5 tanıların dağılımı

#### 4.17. Medeni Duruma Göre Takibe Devam Etme

Takibe alınan toplam 885 hastanın medeni durumlarına göre poliklinik takibine devam etme oranları incelendiğinde, medeni durum grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte, bazı eğilimler dikkate değer bulunmuştur.

- Evli hastalar, toplam 545 kişi ile en geniş grubu oluşturmuştur. Bu grubun %46,1'i (251 hasta) kontrol randevularına gelmiş, %53,9'u (294 hasta) ise takibe alınmasına rağmen düzenli olarak kontrole gelmemiştir.
- Bekar hastalar (n=165) arasında %47,9'u (79 hasta) kontrole gelmiş, %52,1'i (86 hasta) gelmemiştir.
- Boşanmış bireyler (n=54) içinde %46,3'ü (25 hasta) kontrole gelmiş, %53,7'si (29 hasta) gelmemiştir.
- Dul hastalar (n=58) arasında %46,6'sı (27 hasta) kontrole gelmiş, %53,4'ü (31 hasta) kontrol randevularına gelmemiştir.

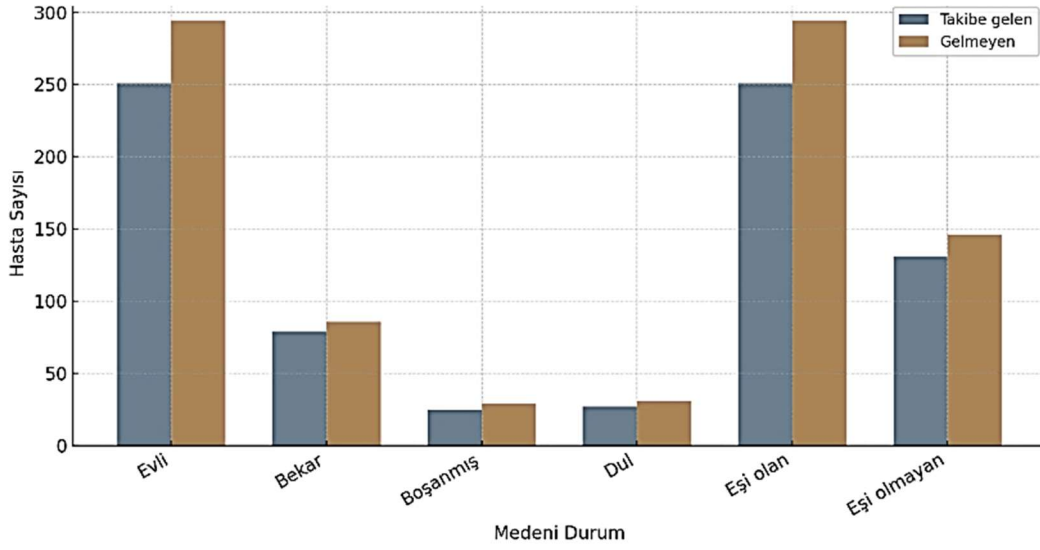
Bu veriler, medeni durum kategorileri arasında düzenli olarak kontrol randevularına gelme oranlarının birbirine oldukça yakın olduğunu göstermektedir. Gruplar karşılaştırıldığında evli, bekar, boşanmış ve dul hastalar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p = 0.681$ ).

Bu temel dağılıma ek olarak, medeni durumlar “eşi olan” ve “eşi olmayan” olmak üzere iki ana kategoride birleştirilerek de incelenmiştir.

Bu çerçevede:

- Eşi olan hastalar (evli):
  - Kontrole gelen: 251 hasta (%46,1)
  - Gelmeyen: 294 hasta (%53,9)
  - Toplam: 545 hasta
- Eşi olmayan hastalar (bekar + boşanmış + dul):
  - Kontrole gelen: 131 hasta (%47,3)
  - Gelmeyen: 146 hasta (%52,7)
  - Toplam: 277 hasta

Bu karşılaştırma, eşi olan ve olmayan bireyler arasında düzenli olarak belirlenen kontrol muayenelerine gelme açısından belirgin fark bulunmadığını göstermektedir. Her iki grupta da kontrol muayenelerine düzenli katılım oranları birbirine oldukça yakındır.



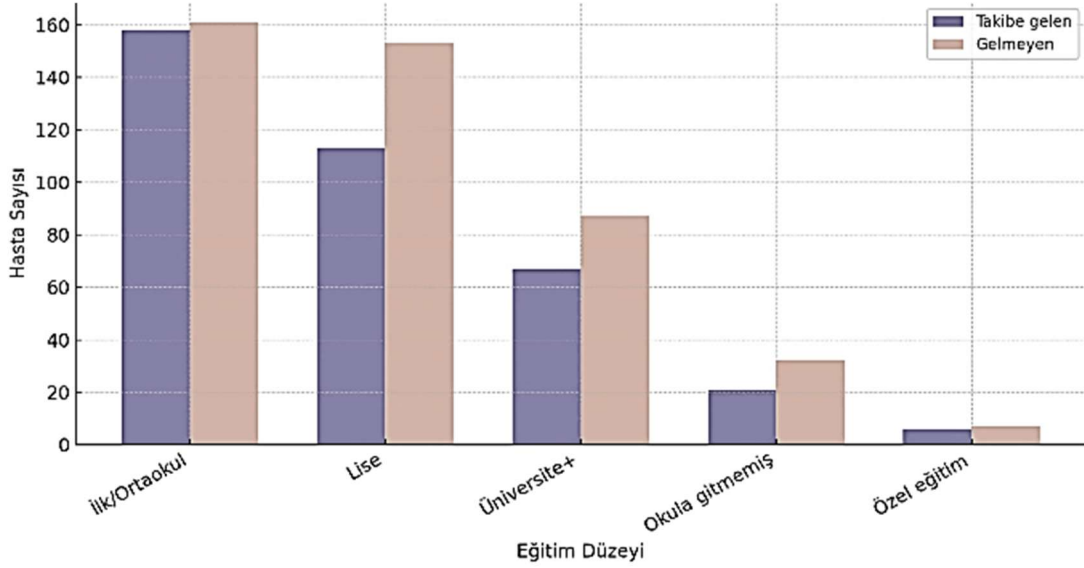
Şekil 4.20. Medeni duruma göre takibe devam etme

#### 4.18. Eğitim Düzeyine Göre Takibe Devam Etme

Takibe alınan 885 hasta içerisinde, eğitim düzeyi bilgisi eksiksiz olan bireyler ayrı olarak incelendiğinde, eğitim düzeyi grupları arasında takibe gelme oranlarının benzerlik gösterdiği gözlenmiştir.

- İlkokul / Ortaokul mezunları, 319 hasta ile en geniş grubu oluşturmaktadır. Bu grubun %49,5'i (158 hasta) takibe gelmiş, %50,5'i (161 hasta) ise takibe alınmasına rağmen kontrol randevularına gelmemiştir.
- Lise mezunları (n=266) arasında %42,5'i (113 hasta) takibe katılmış, %57,5'i (153 hasta) takibe gelmemiştir.
- Üniversite ve üzeri eğitim almış bireyler (n=154) içinde %43,5'i (67 hasta) takip sürecine katılmış, %56,5'i (87 hasta) ise kontrole gelmemiştir.
- Okula gitmemiş bireyler (n=53) arasında %39,6'sı (21 hasta) takibe katılmış, %60,4'ü (32 hasta) katılmamıştır.
- Özel eğitim almış bireyler (n=13) arasında ise takibe gelme oranı %46,2 (6 hasta), gelmeme oranı ise %53,8 (7 hasta) olarak hesaplanmıştır.

Tüm gruplar karşılaştırıldığında, eğitim düzeyine göre takibe katılım oranlarının genel olarak birbirine yakın olduğu, ancak okula hiç gitmemiş bireylerin takibe gelme oranlarının diğer gruplardan daha düşük olduğu görülmektedir. Eğitim düzeyine göre takibe gelme durumları karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p = 0.429$ ).



Şekil 4.21. Eğitim düzeyine göre takibe devam etme

#### 4.19. Mesleki Duruma Göre Takibe Devam Etme

Takibe alınan hastalar, başvuru anındaki mesleki durumlarına göre üç ana gruba ayrılarak incelenmiştir. Bu sınıflamada:

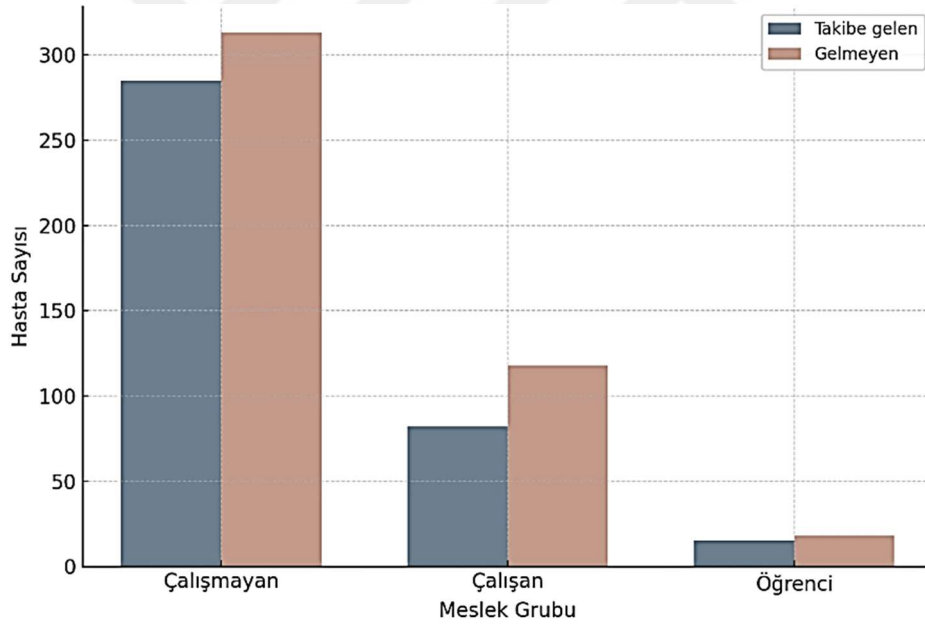
- Çalışmayan grup; işsiz, ev hanımı ve emekli bireyler
- Öğrenciler, ayrı bir kategori olarak
- Çalışan grup ise düzenli işi olanlar ve serbest çalışanlar olarak tanımlanmıştır.

Bu gruplar içerisinde takibe devam etme oranları değerlendirildiğinde, çalışmayan bireyler 598 hasta ile en geniş grubu oluşturmaktadır. Bu grubun %47,7'si (285 hasta) takibe gelmiş, %52,3'ü (313 hasta) takibe alınmasına rağmen kontrol randevularına gelmemiştir.

Çalışan grupta toplam 200 hasta yer almakta olup, bu grubun %41,0'ı (82 hasta) takibe katılmış, %59,0'ı (118 hasta) kontrole gelmemiştir.

Öğrenci grubunda ise toplam 33 hasta bulunmaktadır. Bu hastaların %45,5'i (15 hasta) takibe gelmiş, %54,5'i (18 hasta) kontrole katılmamıştır.

Bu dağılım, tüm meslek gruplarında takibe katılım oranlarının birbirine yakın seyrettiğini göstermektedir. Ancak çalışan bireylerde takibe gelme oranı bir miktar daha yüksektir. Öğrencilerin sayısı az olmakla birlikte, takibe katılım oranları orta düzeydedir.



Şekil 4.22. Mesleki duruma göre takibe devam etme

Mesleki duruma göre takibe devam etme oranları karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p = 0.591$ ).

## 4.20. Kronik Hastalık Varlığına Göre Karşılaştırmalar

### 4.20.1. Başvuru Şikayetleri: Kronik Hastalığı Olan ve Olmayan Grupların Karşılaştırması

Çalışmaya dahil edilen 1028 hastadan 770'inde (%74,9) en az bir kronik hastalık bildirilmiş 258 hastada (%25,1) ise kronik hastalık bulunmadığı belirlenmiştir.

Bu iki grup, KLP'ye yönlendirilme nedenleri açısından karşılaştırıldığında, başvuru şikayetlerinin dağılımında dikkat çekici farklar gözlenmiştir.

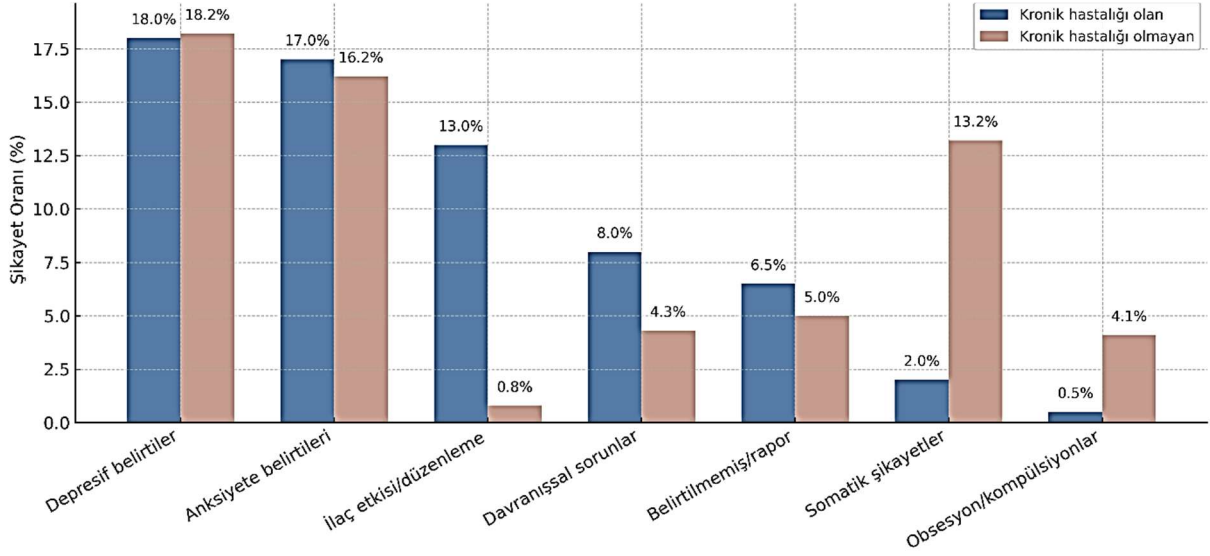
Kronik hastalığı olan hastalar arasında en sık bildirilen başvuru şikayetleri:

- Depresif belirtiler: %18,0
- Anksiyete belirtileri: %17,9
- İlaç yan etkisi / tedavi düzenleme: %11,8
- Davranışsal sorunlar: %7,0
- Konsültasyon gerekçesi belirtilmemiş / rapor talebi: %5,7 iken

Kronik hastalığı olmayan grupta en sık bildirilen başvuru şikayetleri ise:

- Depresif belirtiler: %18,4
- Anksiyete belirtileri: %16,5
- Somatik şikayetler: %12,9
- Obsesyon ve kompülsiyonlar: %5,5
- Davranışsal sorunlar: %4,0 olmuştur.

Kronik hastalığı olan grupta, özellikle ilaç yan etkisi / tedavi düzenleme başvurularının daha yüksek oranda olduğu, kronik hastalığı olmayan grupta ise somatik belirtiler ve obsesyon–kompülsiyonlar gibi belirtilerin diğer gruba göre daha fazla ön plana çıktığı görülmüştür.



Şekil 4.23. Kronik hastalık varlığına göre başvuru şikayetlerinin dağılımı

#### 4.20.2. DSM-5 Tanı Dağılımı: Kronik Hastalığı Olan ve Olmayan Grupların Karşılaştırması

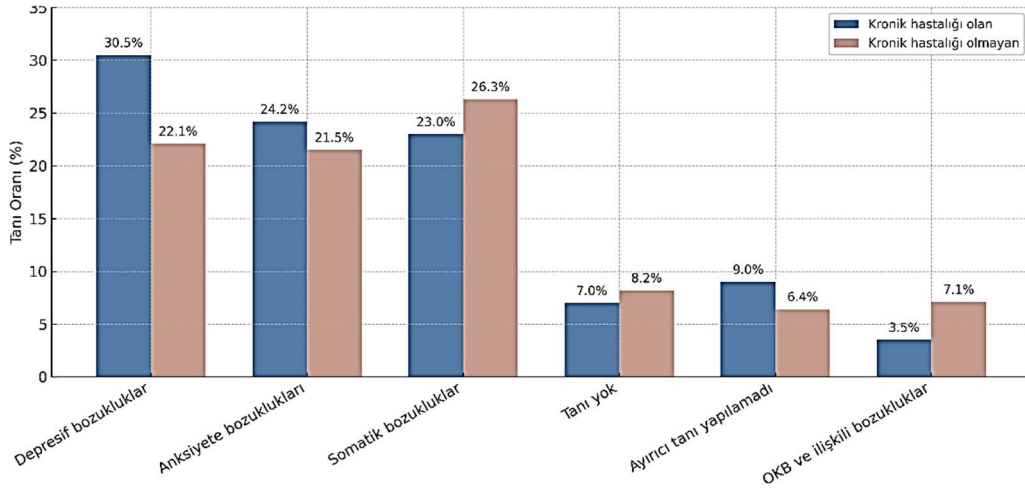
KLP'ye yönlendirilen hastalar, kronik hastalığı olan (n=770) ve olmayan (n=258) olmak üzere iki gruba ayrılmış; DSM-5 tanı dağılımları yüzdelik olarak analiz edilmiştir.

Kronik hastalığı olan grupta en sık bildirilen DSM-5 tanıları:

- Depresif bozukluklar: %30,3
- Anksiyete bozuklukları: %22,7
- Somatik belirtilerle ilişkili bozukluklar: %7,5
- Psikiyatrik tanı düşünülmeyenler: %8,8
- Ayırıcı tanı yapılamayanlar %6,4

Kronik hastalığı olmayan grupta ise en sık bildirilen tanıları:

- Anksiyete bozuklukları: %24,4
- Depresif bozukluklar: %21,8
- Ayırıcı tanı yapılamayanlar: %11,7
- Psikiyatrik tanı düşünülmeyenler: %6,4
- OKB ve ilişkili bozukluklar: %4,5



Şekil 4.24. Kronik hastalık varlığına göre DSM-5 tanı dağılımı

#### 4.20.3. Takip Durumu: Kronik Hastalığı Olan ve Olmayan Hastaların Karşılaştırması

KLP'ye yönlendirilen hastalar, kronik hastalığı olan (n=770) ve olmayan (n=258) olmak üzere iki gruba ayrılmış ve takip süreçleri üç aşamada karşılaştırılmıştır.

Birinci aşamada, takibe alınma oranları incelendiğinde, kronik hastalığı olmayan grupta 226 hasta (%87,6) takibe alınmış, 32 hasta (%12,4) takibe alınmamıştır.

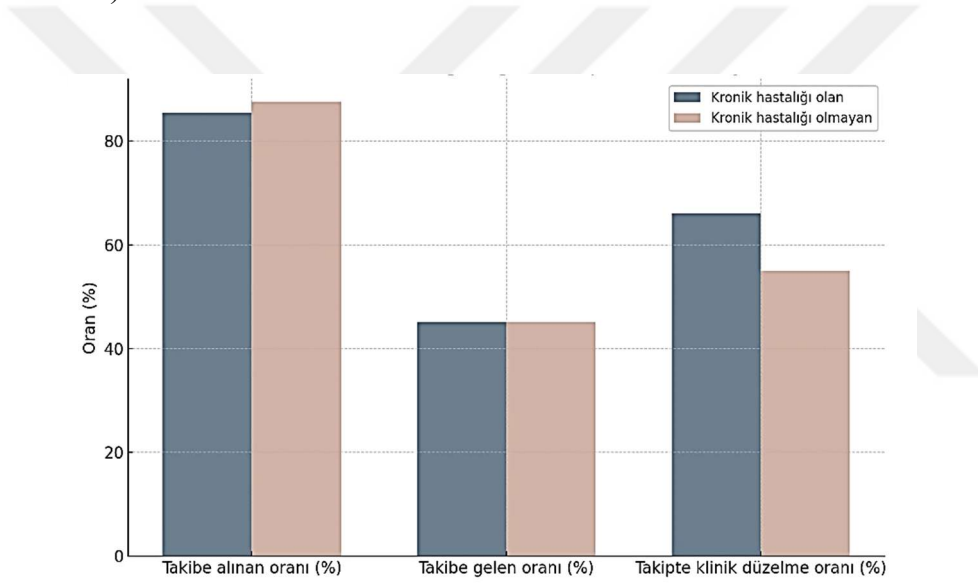
- Kronik hastalığı olan grupta ise 658 hasta (%85,5) takibe alınmış, 112 hasta (%14,5) takibe alınmamıştır.
- İki grup arasında takibe alınma oranı bakımından belirgin bir fark bulunmamaktadır.

İkinci aşamada, takibe alınan hastalar arasında kontrole gelen hasta oranı her iki grup için eşit bulunmuştur:

- Kronik hastalığı olmayan grupta 102(%45,1), kronik hastalığı olan grupta ise 297 (%45,1) oranında hasta kontrole gelmiştir.

Üçüncü aşamada, takibe gelen hastalar arasında klinik düzelme oranı incelendiğinde, kronik hastalığı olmayan grupta 56 hasta (%54,9) klinik olarak anlamlı düzeyde iyileşme göstermiş, kronik hastalığı olan grupta ise 196 hasta (%66,0) 3 aylık takip sonucunda anlamlı düzeyde iyileşme göstermiştir.

Bu bulgu, kronik hastalığı olan grupta takibe gelen hastalarda klinik iyileşme oranının daha yüksek olduğunu göstermektedir fakat kronik hastalığı olan ve olmayan hastaların takibe gelme durumları karşılaştırıldığında, fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p = 0.077$ ).



Şekil 4.25. Kronik hastalık varlığına göre takip ve tedavi süreci

#### 4.21. Tedavi Yöntemine Göre Takibe Devam Etme ve Klinik Düzeltme

Çalışmaya dahil edilen 1028 hasta içerisinde, takibe alınan ve en az bir tedavi önerisi almış olan hastalar, uygulanan tedavi yöntemine göre gruplandırılmış; bu gruplar takip süreci ve klinik düzeltme açısından karşılaştırılmıştır. Takibe alınmayan hastalar bu analiz dışında bırakılmıştır.

Sadece farmakolojik tedavi önerilen hastalarda (n=674):

- 370 hasta (%54,9) kontrole gelmemiştir.
- 194 hasta (%28,8) takip sürecine katılmış ve klinik düzelme göstermiştir.
- 110 hasta (%16,3) takip sürecine katılmış ancak klinik düzelme izlenmemiştir.
- Takibe gelen hastalar arasında klinik düzelme oranı %63,8, anlamlı bir düzelme sağlanamayanların oranı ise %36,2 olarak hesaplanmıştır.

İlaç tedavisine ek olarak klinik bilgilendirme ve kısa süreli destekleyici görüşme yapılan hastalarda (n=147):

- 73 hasta (%49,7) kontrole gelmemiştir.
- 48 hasta (%32,7) takipte klinik düzelme göstermiştir.
- 26 hasta (%17,7) takip sürecine katılmış ancak düzelme izlenmemiştir.
- Takibe gelenler içinde klinik düzelme oranı %64,9, düzelmeme oranı %35,1'dir.

Sadece kısa süreli danışmanlık ve psikoeğitim verilen hastalarda (n=52):

- 42 hasta (%80,8) kontrol randevularına gelmemiştir.
- 3 hasta (%5,8) anlamlı klinik düzelme göstermiştir.
- 4 hasta (%7,7) takipte olmasına rağmen klinik düzelme göstermemiştir.
- Takibe gelen bu küçük grup içinde düzelme oranı %42,9, iyileşme göstermeyenlerin oranı ise %57,1'dir.

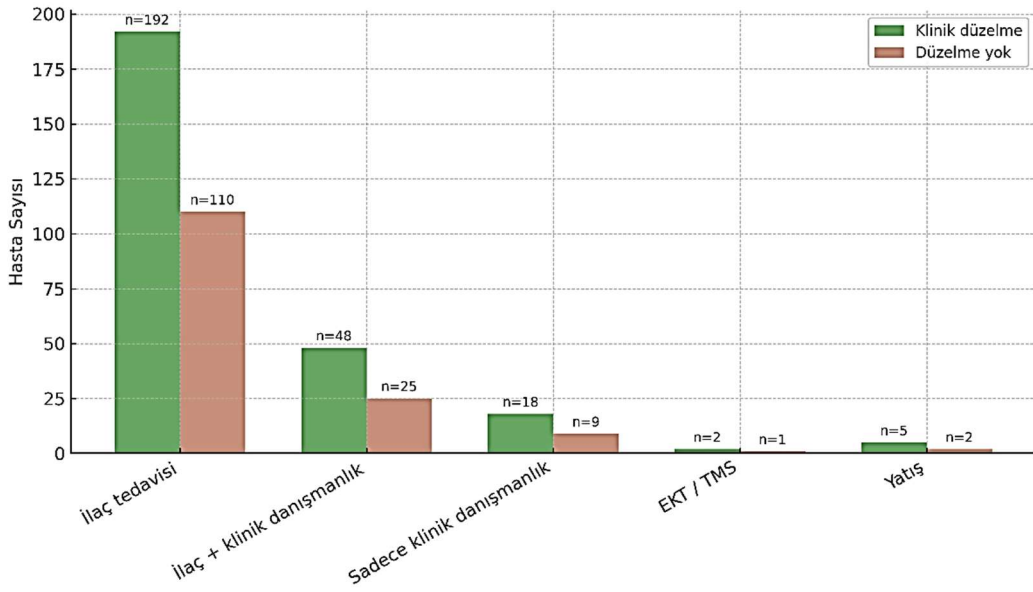
EKT veya TMS uygulanan hastalarda (n=4):

- 1 hasta klinik düzelme göstermiştir.
- 2 hasta anlamlı düzeyde düzelme göstermemiştir.
- 1 hasta ise kontrol randevularına gelmemiştir.

Psikiyatri servisine yatırılarak tedavi edilen hastalarda (n=10):

- 6 hasta (%60,0) klinik düzelme göstermiştir.
- 4 hasta (%40,0) düzelme göstermemiştir.

Bu dağılım, ayaktan KLP modeli kapsamında öncelikle farmakolojik tedavi temelli bir yaklaşımın benimsendiğini, ancak gerekli durumlarda davranışsal ve biyolojik müdahalelerin de sürece entegre edildiğini göstermektedir.



Şekil 4.26. Tedavi yöntemine göre takip ve klinik düzelme

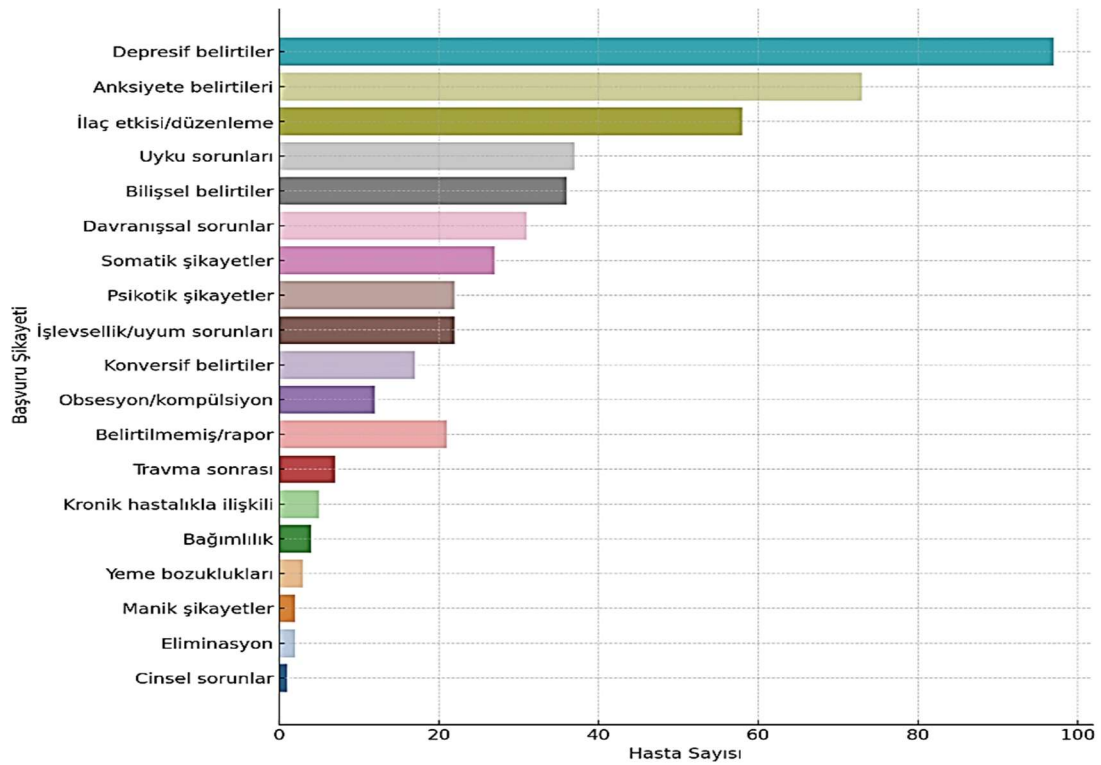
#### 4.22. Nöroloji Polikliniğinden Yönlendirilen Hastaların Alt Analizi

##### 4.22.1. Nöroloji Polikliniğinden Yönlendirilen Hastaların Başvuru Şikayetleri

KLP'ye yönlendirilen 1028 hasta içerisinde, en sık yönlendirme yapan poliklinik nörolojidir (n=467). Bu hastaların başvuru şikayetleri incelendiğinde, en sık bildirilen şikâyet grubunun depresif belirtiler olduğu saptanmıştır. Depresif belirtiler toplam 97 hastada (%20,8) bildirilmiştir.

Bunu sırasıyla:

- Anksiyete belirtileri: 73 hasta (%15,6)
- İlaç yan etkisi / etkileşimi / tedavi düzenleme: 58 hasta (%12,4)
- Uyku ile ilgili şikayetler: 37 hasta (%7,9)
- Bilişsel belirtiler: 36 hasta (%7,7)
- Davranışsal sorunlar: 31 hasta (%6,6)
- Somatik şikayetler: 27 hasta (%5,8)
- Psikotik şikayetler: 22 hasta (%4,7)
- İşlevsellik ve uyum sorunları: 22 hasta (%4,7)
- Konversif belirtiler: 17 hasta (%3,6)
- Obsesyon ve kompülsiyonlar: 12 hasta (%2,6)
- Konsültasyon gerekçesi belirtilmemiş / rapor talebi: 21 hasta (%4,5)
- Travma sonrası ruhsal belirtiler: 7 hasta (%1,5)
- Kronik hastalıkla ilişkili psikiyatrik şikayetler: 5 hasta (%1,1)
- Bağımlılık ile ilişkili sorunlar: 4 hasta (%0,9)
- Yeme ve beslenme sorunları: 3 hasta (%0,6)
- Manik şikayetler: 2 hasta (%0,4)
- Eliminasyon sorunları: 2 hasta (%0,4)
- Cinsel sorunlar: 1 hasta (%0,2) izlemiştir.



Şekil 4.27. Nöroloji polikliniğinden yönlendirilen hastaların başvuru şikayetleri

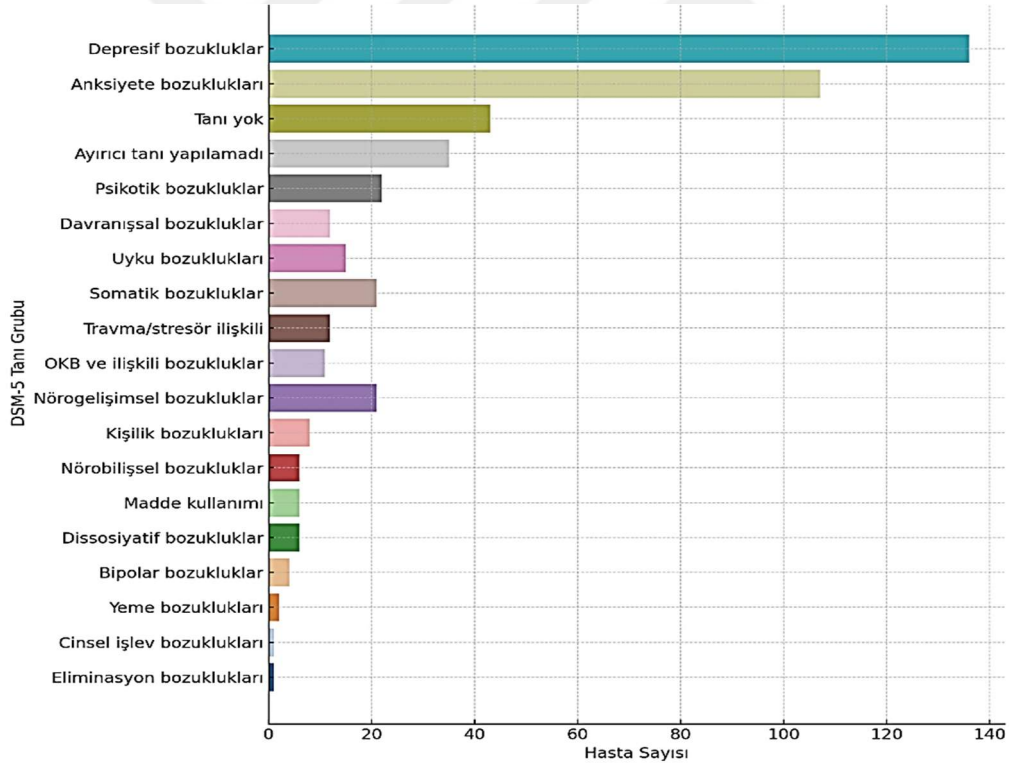
#### 4.22.2. Nöroloji Polikliniğinden Yönlendirilen Hastaların DSM-5 Tanı Dağılımı

Nöroloji polikliniğinden yönlendirilen 467 hastaya konulan DSM-5 tanıları incelendiğinde, en sık bildirilen tanı grubunun depresif bozukluklar olduğu görülmüştür. Bu tanı 136 hastada (%29,1) yer almıştır.

Bunu sırasıyla:

- Anksiyete bozuklukları: 107 hasta (%22,9)
- Psikiyatrik tanı düşünülmeyenler: 43 hasta (%9,2)
- Ayırıcı tanı yapılamayanlar: 35 hasta (%7,5)
- Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar: 22 hasta (%4,7)
- Davranım bozukluğu (saldırganlık, dürtüsellik): 12 hasta (%2,6)
- Uyku-uyanıklık bozuklukları: 15 hasta (%3,2)
- OKB ve ilişkili bozukluklar (trikotillomani, istifçilik vb.): 11 hasta (%2,4)

- Travma ve stresörlerle ilişkili bozukluklar: 12 hasta (%2,6)
- Somatik belirtilerle ilişkili bozukluklar: 21 hasta (%4,5)
- Nörogelişimsel bozukluklar (zekâ geriliği, otizm, DEHB vb.): 21 hasta (%4,5)
- Kişilik bozuklukları: 8 hasta (%1,7)
- Nörobilişsel bozukluklar (deliryum, demans vb.): 6 hasta (%1,3)
- Alkol ve madde kullanım bozuklukları: 6 hasta (%1,3)
- Dissosiyatif bozukluklar: 6 hasta (%1,3)
- Bipolar ve ilişkili bozukluklar: 4 hasta (%0,9)
- Yeme ve beslenme bozuklukları: 2 hasta (%0,4)
- Cinsel işlev bozuklukları: 1 hasta (%0,2)
- Eliminasyon bozuklukları: 1 hasta (%0,2) izlemiştir.

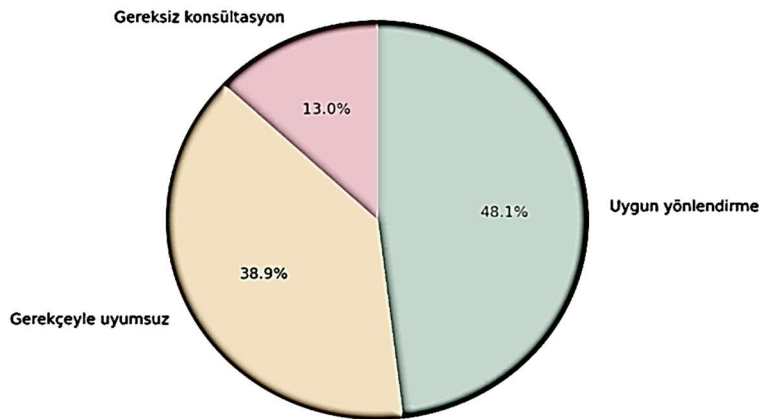


Şekil 4.28. Nöroloji polikliniğinden yönlendirilen hastaların DSM-5 tanı dağılımı

#### 4.22.3. Nöroloji Polikliniğinden Gelen Konsültasyonların Uygunluğu

Nöroloji polikliniğinden yönlendirilen 467 hastanın konsültasyon istemlerinin uygunluk durumu değerlendirildiğinde, en sık yönlendirme kategorisinin uygun yönlendirme olduğu saptanmıştır. Bu grupta yer alan 225 hastada (%48,1) konsültasyon istemi hem gerekçe hem de psikiyatrik bulgular açısından uyumlu bulunmuştur.

- Uyumsuz gerekçeyle yönlendirme yapılan hasta sayısı 182 (%38,9) olup, bu grubun büyük kısmında psikiyatrik bir durum mevcut olmakla birlikte, gönderme gerekçesiyle hastanın mevcut psikiyatrik durumu arasındaki ilişki zayıf bulunmuştur.
- Gereksiz konsültasyon istemi yapılan hasta sayısı 61 (%13,0) olup, bu hastalarda herhangi bir psikiyatrik bulguya rastlanmamış ya da konsültasyon istenmesini gerektirecek bir durum saptanmamıştır.
- Genel hasta grubuna (n=1028) ait konsültasyon uygunluğu dağılımıyla karşılaştırıldığında, nöroloji polikliniğinden yönlendirilen hastalarda uygun yönlendirme oranının bir miktar daha düşük (%48,1'e karşı %52,7), klinikle uyumsuz gerekçeyle yönlendirme oranının ise biraz daha yüksek (%38,9'a karşı %34,4) olduğu görülmektedir. Gereksiz konsültasyon oranı ise nöroloji ve genel grup arasında benzer düzeydedir (%13,0 ve %12,8).



Şekil 4.29. Nöroloji polikliniğinden gelen konsültasyonların uygunluğu

## 4.23. Nörolojik Hastalık Tanısı Olanların Alt Analizi

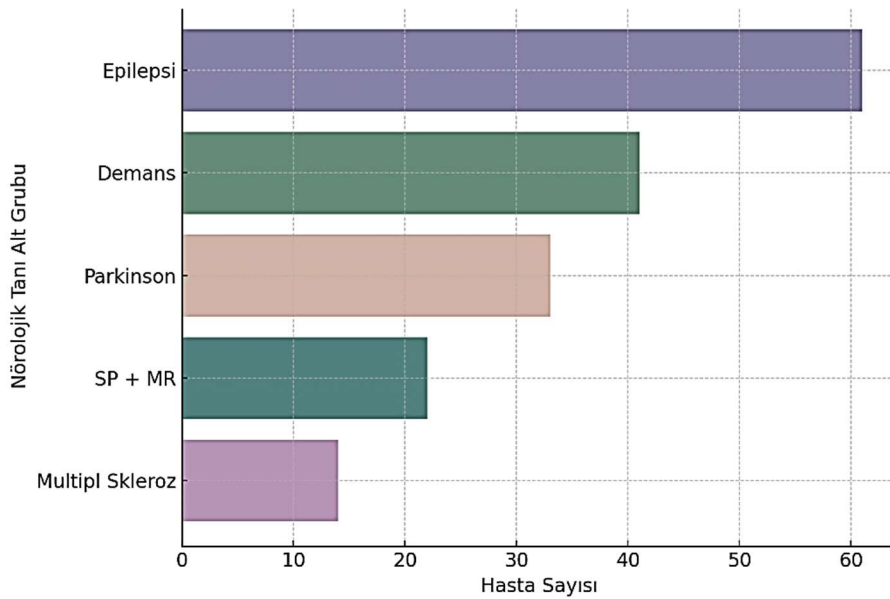
### 4.23.1. Nörolojik Hastalık Tanısı Olanların Tanı Dağılımı

Çalışmaya dahil edilen 1028 hasta içerisinde, kronik hastalık kodlamasında nörolojik hastalık tanısı bulunan 181 hasta belirlenmiştir. Bu hastalar “nörolojik hastalık” olarak sınıflanan gruba dahil edilmiş ve tanıya eşlik eden klinik alt gruplar ayrı ayrı analiz edilmiştir. Her hasta sahip olduğu tüm nörolojik tanılarla birlikte değerlendirilmiş olup birden fazla alt gruba aynı anda dahil edilebilmiştir.

Nörolojik hastalığı olan 181 hasta arasında en sık bildirilen tanı grubu epilepsi olup, bu tanı 61 hastada yer almıştır.

Bunu sırasıyla:

- Demans: 41 hasta
- Parkinson hastalığı: 33 hasta
- Serebral Palsi ve eşlik eden Mental retardasyon (entelektüel yetersizlik / gelişimsel gecikme): 22 hasta
- Multipl Skleroz (MS): 14 hasta izlemektedir.



Şekil 4.30. Nörolojik hastalığı olanların tanı dağılımı

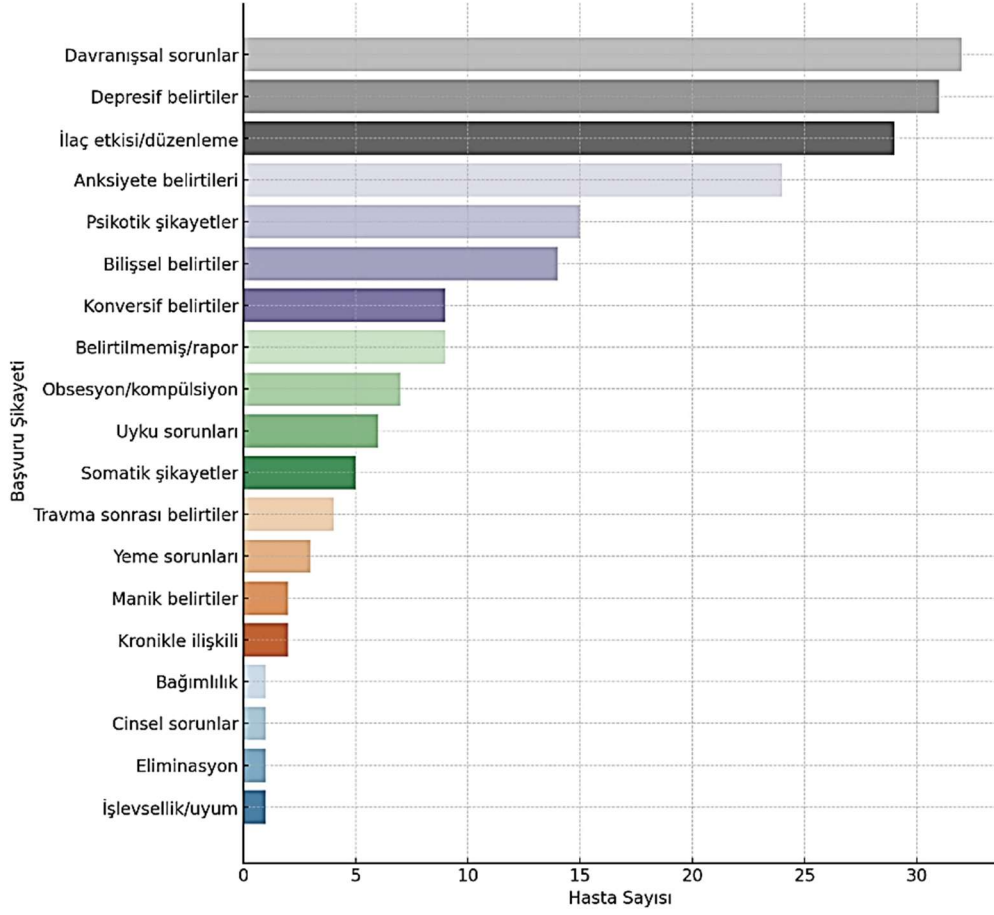
#### 4.23.2. Nörolojik Hastalık Tanısı Olanların Başvuru Şikayetleri

Kronik hastalık kodlamasında nörolojik hastalık tanısı bulunan toplam 181 hastanın başvuru şikayetleri incelendiğinde, en sık bildirilen şikâyet grubunun davranışsal sorunlar olduğu saptanmıştır. Bu şikâyet 32 hastada (%17,7) yer almıştır.

Bunu sırasıyla:

- Depresif belirtiler: 31 hasta (%17,1)
- İlaç yan etkisi / etkileşimi / tedavi düzenleme: 29 hasta (%16,0)
- Anksiyete belirtileri: 24 hasta (%13,3)
- Psikotik şikayetler: 15 hasta (%8,3)
- Bilişsel belirtiler: 14 hasta (%7,7)
- Konversif belirtiler: 9 hasta (%5,0)
- Konsültasyon gerekçesi belirtilmemiş / rapor talebi: 9 hasta (%5,0)
- Obsesyon ve kompülsiyonlar: 7 hasta (%3,9)
- Uyku ile ilgili şikayetler: 6 hasta (%3,3)
- Somatik şikayetler: 5 hasta (%2,8)
- Travma sonrası ruhsal belirtiler: 4 hasta (%2,2)
- Yeme ve beslenme sorunları: 3 hasta (%1,7)
- Manik şikayetler: 2 hasta (%1,1)
- Kronik hastalıkla ilişkili psikiyatrik şikayetler: 2 hasta (%1,1)
- Bağımlılık ile ilişkili sorunlar: 1 hasta (%0,6)
- Cinsel sorunlar: 1 hasta (%0,6)
- Eliminasyon sorunları: 1 hasta (%0,6)
- İşlevsellik ve uyum sorunları: 1 hasta (%0,6) izlemiştir.

Bazı hastalarda birden fazla başvuru şikâyeti yer aldığından, analizde çoklu kodlamalar ayrıştırılmış ve her kategori ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Bu nedenle toplam şikâyet sayısı birey sayısından fazladır.



Şekil 4.31. Nörolojik hastalık tanısı olanların başvuru şikayetleri

#### 4.23.3. Nörolojik Hastalık Tanısı Olanların DSM-5 Tanı Dağılımı

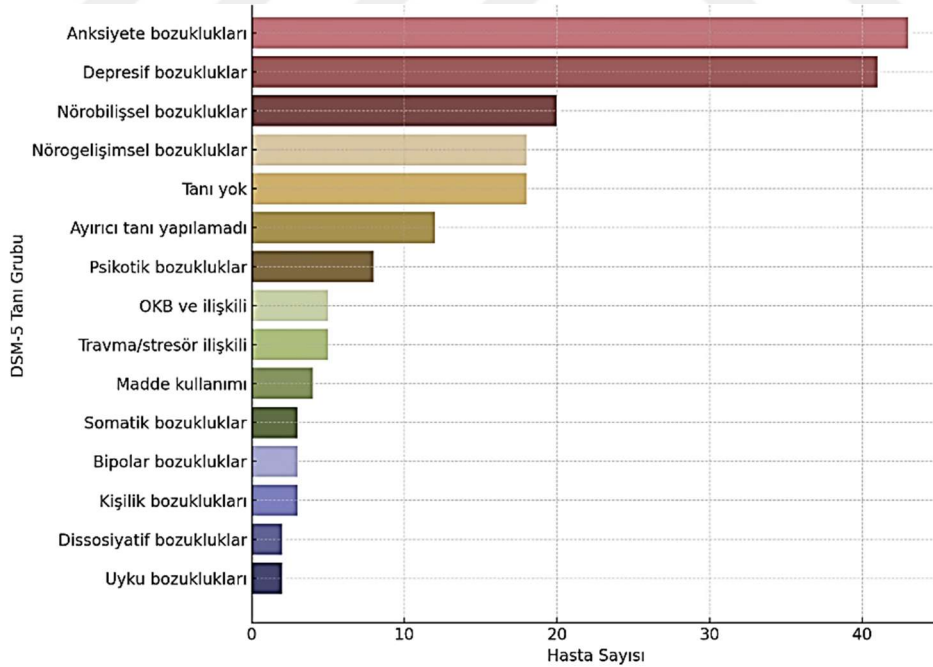
Nörolojik tanısı bulunan 181 hastaya konulan DSM-5 tanıları incelendiğinde, en sık bildirilen tanı grubunun anksiyete bozuklukları olduğu görülmüştür. Bu tanı 43 hastada (%23,8) yer almıştır.

Bunu sırasıyla:

- Depresif bozukluklar: 41 hasta (%22,7)
- Nörobilişsel bozukluklar (deliryum, demans vb.): 20 hasta (%11,0)
- Nörogelişimsel bozukluklar (zekâ geriliği, otizm, DEHB vb.): 18 hasta (%9,9)
- Psikiyatrik bir tanı düşünülmeyen: 18 hasta (%9,9)
- Ayırıcı tanı yapılamayan: 12 hasta (%6,6)

- Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar: 8 hasta (%4,4)
- OKB ve ilişkili bozukluklar (trikotillomani, istifçilik vb.): 5 hasta (%2,8)
- Travma ve stresörlerle ilişkili bozukluklar: 5 hasta (%2,8)
- Alkol ve madde kullanım bozuklukları: 4 hasta (%2,2)
- Somatik belirtilerle ilişkili bozukluklar: 3 hasta (%1,7)
- Bipolar ve ilişkili bozukluklar: 3 hasta (%1,7)
- Kişilik bozuklukları: 3 hasta (%1,7)
- Dissosiyatif bozukluklar: 2 hasta (%1,1)
- Uyku-uyanıklık bozuklukları: 2 hasta (%1,1)
- Cinsel işlev bozuklukları: 1 hasta (%0,6)
- Yeme ve beslenme bozuklukları: 1 hasta (%0,6) izlemiştir.

Veri analizinde, çoklu DSM-5 tanıları olan hastalar ayrı ayrı değerlendirilmiş, her tanı kategorisi bağımsız olarak sayılmıştır. Bu nedenle toplam tanı sayısı birey sayısından fazladır.



Şekil 4.32. Nörolojik hastalık tanısı olanların DSM-5 tanı dağılımı

#### 4.23.4. Epilepsi Tanısı Olan Hastalar

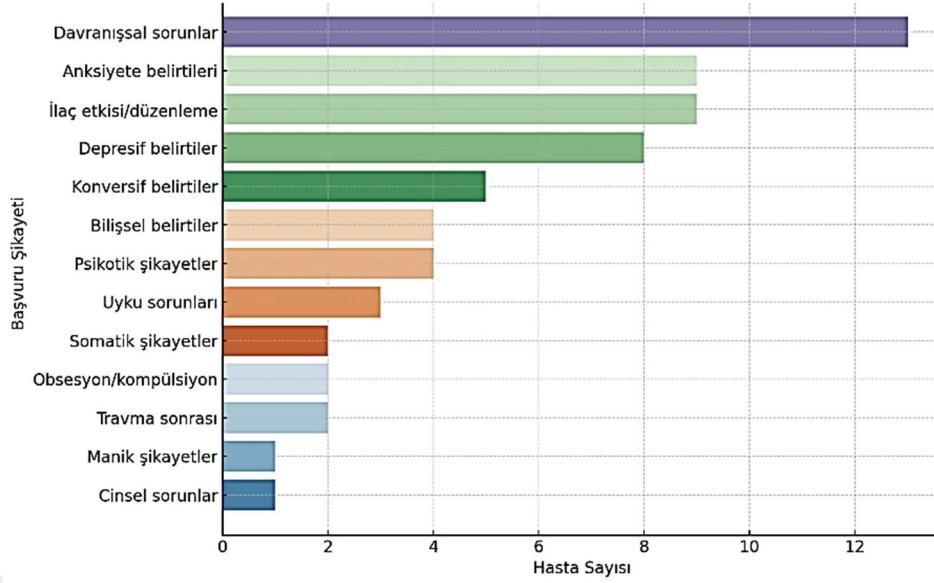
##### Epilepsi Tanısı Olan Hastaların Başvuru Şikâyetleri

Nörolojik hastalık grubuna dahil edilen 181 hasta içerisinde epilepsi tanısı bulunduğu belirtilen 61 hasta belirlenmiştir.

Bu hastaların KLP'ye yönlendirilme nedenleri incelendiğinde, en sık bildirilen başvuru şikâyetinin davranışsal sorunlar olduğu görülmüştür. Bu şikâyet toplam 13 hastada (%21,3) yer almaktadır.

Bunu sırasıyla:

- Anksiyete belirtileri: 9 hasta (%14,8)
- İlaç yan etkisi / etkileşimi / tedavi düzenleme: 9 hasta (%14,8)
- Depresif belirtiler: 8 hasta (%13,1)
- Konversif belirtiler: 5 hasta (%8,2)
- Bilişsel belirtiler: 4 hasta (%6,6)
- Psikotik şikâyetler: 4 hasta (%6,6)
- Uyku ile ilgili şikâyetler: 3 hasta (%4,9)
- Somatik şikâyetler: 2 hasta (%3,3)
- Obsesyon ve kompülsiyonlar: 2 hasta (%3,3)
- Travma sonrası ruhsal belirtiler: 2 hasta (%3,3)
- Manik şikâyetler: 1 hasta (%1,6)
- Cinsel sorunlar: 1 hasta (%1,6) izlemiştir.



Şekil 4.33. Epilepsi tanısı olan hastaların başvuru şikayetleri

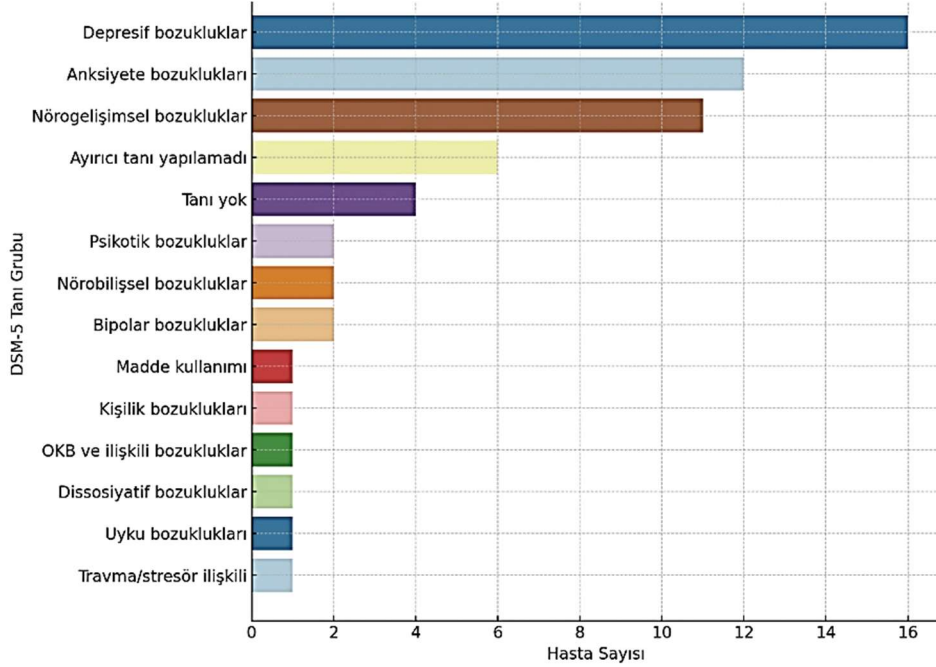
### Epilepsi Tanısı Olan Hastaların DSM-5 Tanı Dağılımı

Nörolojik hastalık grubuna dahil edilen 181 hasta içerisinde epilepsi tanısı bulunan 61 hastaya konulan DSM-5 tanıları incelendiğinde, en sık bildirilen tanı grubunun depresif bozukluklar olduğu görülmüştür. Bu tanı 16 hastada (%26,2) yer almıştır.

Bunu sırasıyla:

- Anksiyete bozuklukları: 12 hasta (%19,7)
- Nörogelişimsel bozukluklar (zekâ geriliği, otizm, DEHB vb.): 11 hasta (%18,0)
- Ayırıcı tanı yapılamayanlar: 6 hasta (%9,8)
- Psikiyatrik bir tanı düşünülmeyen: 4 hasta (%6,6)
- Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar: 2 hasta (%3,3)
- Nörobilişsel bozukluklar (deliryum, demans vb.): 2 hasta (%3,3)
- Bipolar ve ilişkili bozukluklar: 2 hasta (%3,3)
- Alkol ve madde kullanım bozuklukları: 1 hasta (%1,6)
- Kişilik bozuklukları: 1 hasta (%1,6) OKB ve ilişkili bozukluklar (trikotillomani, istifçilik vb.): 1 hasta (%1,6)
- Dissosiyatif bozukluklar: 1 hasta (%1,6)

- Uyku-uyanıklık bozuklukları: 1 hasta (%1,6)
- Travma ve stresörlerle ilişkili bozukluklar: 1 hasta (%1,6) izlemiştir.



Şekil 4.34. Epilepsi tanısı olan hastaların DSM-5 tanı dağılımı

#### 4.23.5. Demans Tanısı Olan Hastalar

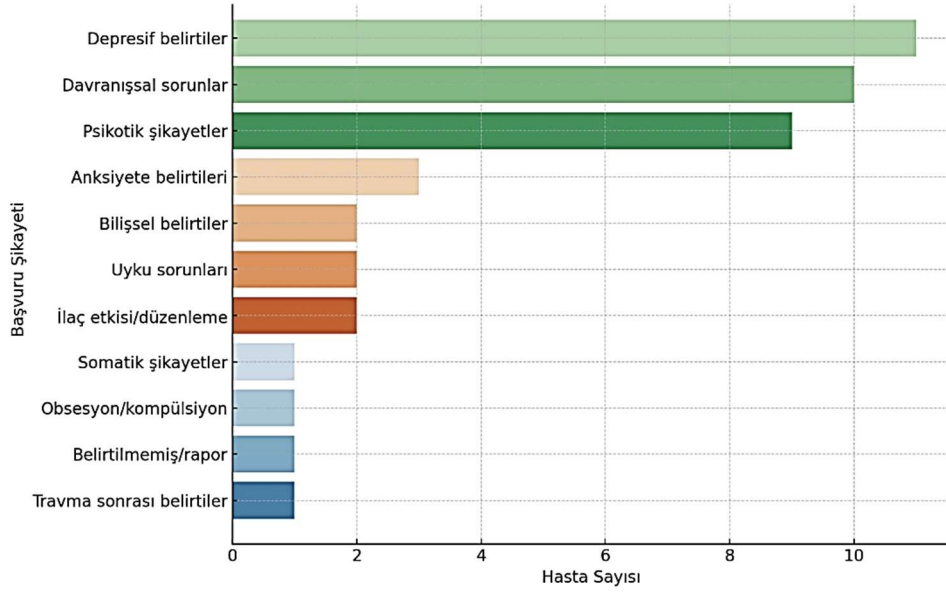
##### Demans Tanısı Olan Hastaların Başvuru Şikayetleri

Kronik hastalık kodlamasında nörolojik tanı grubunda yer alan ve “demans” tanısı bulunan 41 hastanın KLP’ye yönlendirilme gerekçeleri incelendiğinde, en sık bildirilen başvuru şikayetinin depresif belirtiler olduğu görülmüştür. Bu şikâyet 11 hastada (%26,8) yer almıştır.

Bunu sırasıyla:

- Davranışsal sorunlar: 10 hasta (%24,4)
- Psikotik şikayetler: 9 hasta (%22,0)
- Anksiyete belirtileri: 3 hasta (%7,3)
- Bilişsel belirtiler: 2 hasta (%4,9)

- Uyku ile ilgili şikayetler: 2 hasta (%4,9)
- İlaç yan etkisi / tedavi düzenleme: 2 hasta (%4,9)
- Somatik şikayetler: 1 hasta (%2,4)
- Obsesyon ve kompülsiyonlar: 1 hasta (%2,4)
- Konsültasyon gerekçesi belirtilmemiş / rapor talebi: 1 hasta (%2,4)
- Travma sonrası ruhsal belirtiler: 1 hasta (%2,4) izlemiştir.



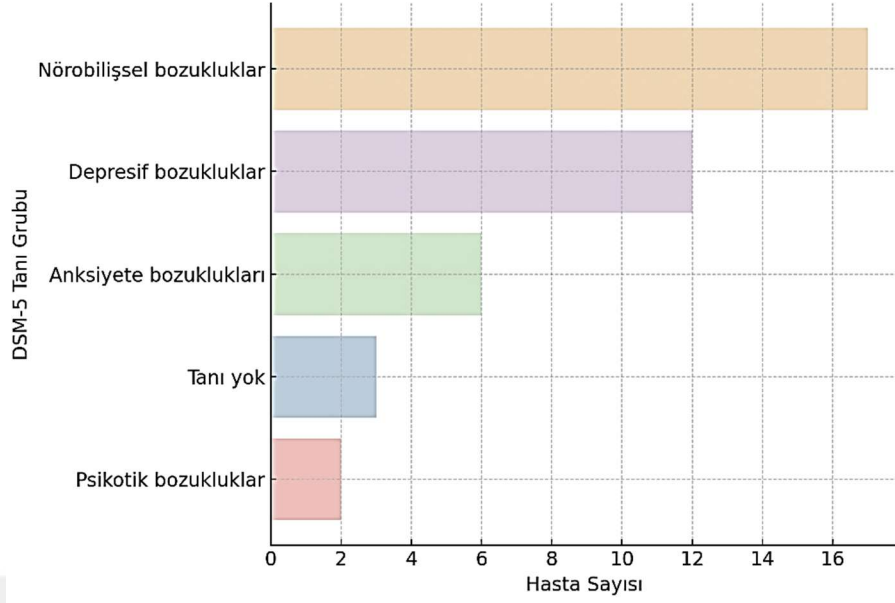
Şekil 4.35. Demans tanısı olan hastaların başvuru şikayetleri

### Demans Tanısı Olan Hastaların DSM-5 Tanı Dağılımları

Nörolojik hastalık grubuna dahil edilen 181 hasta içerisinde demans tanısı olan 41 hastaya konulan DSM-5 tanıları incelendiğinde, en sık bildirilen tanı grubunun nörobilişsel bozukluklar olduğu görülmüştür. Bu tanı 17 hastada (%41,5) yer almıştır.

Bunu sırasıyla:

- Depresif bozukluklar: 12 hasta (%29,3)
- Anksiyete bozuklukları: 6 hasta (%14,6)
- Psikiyatrik bir tanı düşünülmeyen: 3 hasta (%7,3)
- Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar: 2 hasta (%4,9) izlemiştir.



Şekil 4.36. Demans tanısı olan hastaların DSM-5 tanı dağılımı

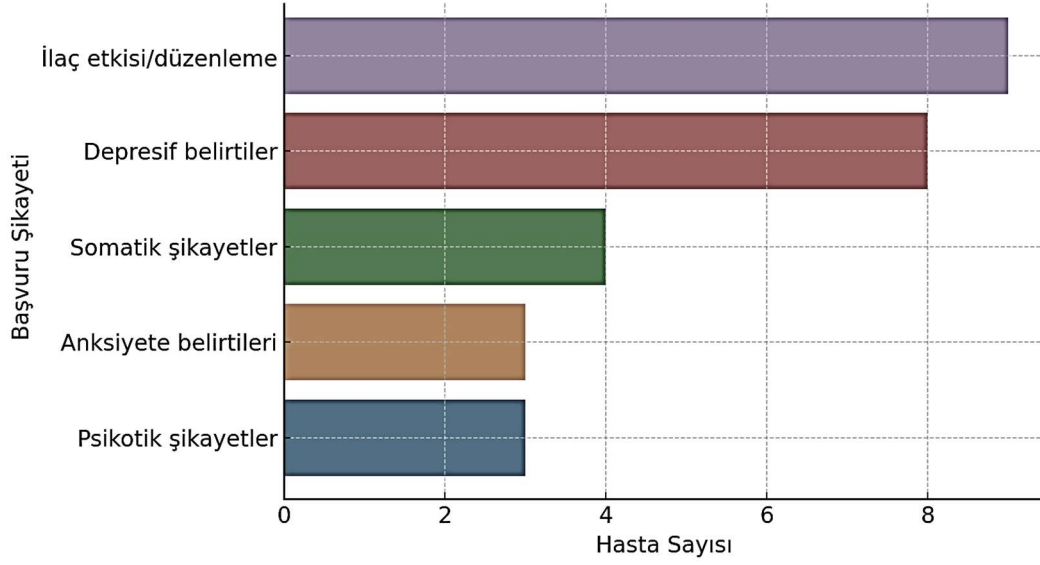
#### 4.23.6. Parkinson Tanısı Olan Hastalar

##### Parkinson Tanısı Olan Hastaların Başvuru Şikayetleri

Nörolojik hastalık grubuna dahil edilen 181 hasta içerisinde Parkinson tanısı bulunan 33 hastanın KLP'ye yönlendirilme nedenleri incelendiğinde, en sık bildirilen başvuru şikayetinin ilaç yan etkisi / etkileşimi / tedavi düzenleme olduğu görülmüştür. Bu şikâyet 9 hastada (%27,3) yer almıştır.

Bunu sırasıyla:

- Depresif belirtiler: 8 hasta (%24,2)
- Somatik şikayetler: 4 hasta (%12,1)
- Anksiyete belirtileri: 3 hasta (%9,1)
- Psikotik şikayetler: 3 hasta (%9,1) izlemiştir.



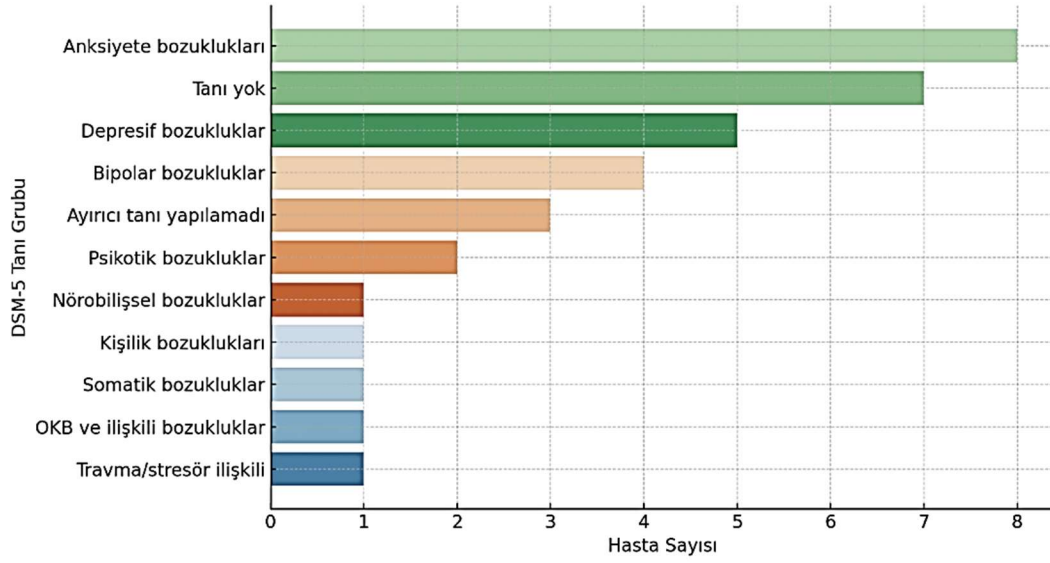
Şekil 4.37. Parkinson tanısı olan hastaların başvuru şikayetleri

#### Parkinson Tanısı Olan Hastaların DSM-5 Tanı Dağılımı

Nörolojik hastalık grubuna dahil edilen 181 hasta içerisinde Parkinson tanısı bulunan 33 hastaya konulan DSM-5 tanıları incelendiğinde, en sık bildirilen tanı grubunun anksiyete bozuklukları olduğu görülmüştür. Bu tanı 8 hastada (%24,2) yer almıştır.

Bunu sırasıyla:

- Psikiyatrik bir tanı düşünülmedi: 7 hasta (%21,2)
- Depresif bozukluklar: 5 hasta (%15,2)
- Bipolar ve ilişkili bozukluklar: 4 hasta (%12,1)
- Ayırıcı tanı yapılamadı: 3 hasta (%9,1)
- Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar: 2 hasta (%6,1)
- Nörobilişsel bozukluklar (deliryum, demans vb.): 1 hasta (%3,0)
- Kişilik bozuklukları: 1 hasta (%3,0)
- Somatik belirtilerle ilişkili bozukluklar: 1 hasta (%3,0)
- OKB ve ilişkili bozukluklar (trikotillomani, istifçilik vb.): 1 hasta (%3,0)
- Travma ve stresörlerle ilişkili bozukluklar: 1 hasta (%3,0) izlemiştir



Şekil 4.38. Parkinson tanısı olan hastaların DSM-5 tanı dağılımı

#### 4.23.7. DSM-5 Tanısı Almayan Nörolojik Hastaların Dağılımı

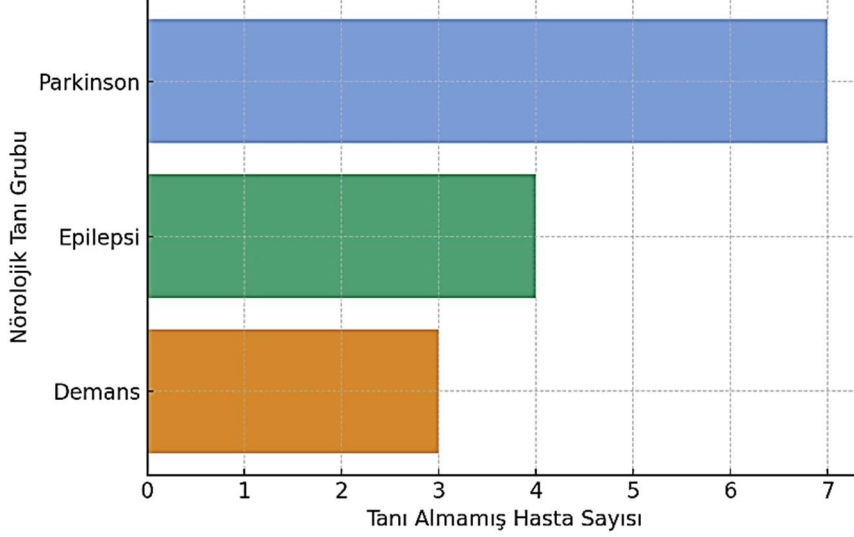
Nörolojik hastalık tanısı olan 181 hasta içerisinde, psikiyatrik değerlendirme sonucunda herhangi bir DSM-5 tanısı almamış olan 18 hasta (%9,9) tespit edilmiştir. Bu hastaların tanı almadığı halde psikiyatrik değerlendirmeye yönlendirilmiş olmaları, başvuru nedenlerinin tanı kriterlerini karşılamaması ya da danışma amaçlı başvuru gibi nedenlerle açıklanabilir.

DSM-5 tanısı almamış bu 18 hastanın sahip olduğu nörolojik tanımlar aşağıdaki gibi sınıflandırılmıştır:

- Parkinson hastalığı tanısı olan toplam 33 hastanın 7'si (%21,2) herhangi bir DSM-5 tanısı almamıştır.
- Epilepsi tanısı olan toplam 61 hastanın 4'ü (%6,6) tanı almamıştır.
- Demans tanısı olan toplam 41 hastanın 3'ü (%7,3) tanı almamıştır.

Bu bulgulara göre, DSM-5 tanısı almamış hastaların büyük kısmının Parkinson hastalığı tanısı aldığı görülmektedir. Bu durum, Parkinson hastalarında psikiyatrik belirtilerin saptanmasının klinik

zorluklar içerebileceğine ya da bazı hastalarda sadece bilgilendirme ve destek amaçlı konsültasyon yapılmış olabileceğine işaret etmektedir.



Şekil 4.39. Psikiyatrik tanı almayan nöroloji hastaları

#### 4.24. Onkoloji Hastalarının Alt Analizi

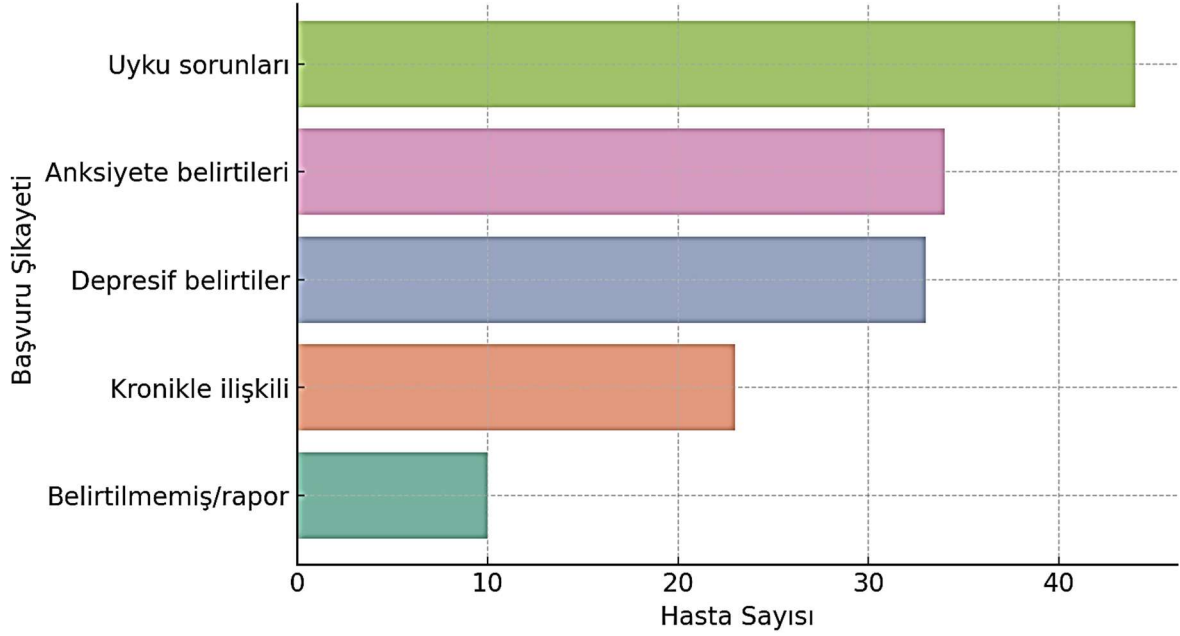
##### 4.24.1. Onkoloji Hastalarının Başvuru Şikayetleri

Kanser tanısı bulunan 192 hastanın KLP'ye yönlendirilme nedenleri incelendiğinde, en sık bildirilen başvuru şikayetinin uyku ile ilgili şikayetler olduğu görülmüştür. Bu şikâyet 44 hastada (%22,9) yer almıştır.

Bunu sırasıyla:

- Anksiyete belirtileri: 34 hasta (%17,7)
- Depresif belirtiler: 33 hasta (%17,2)
- Kronik hastalıkla ilişkili psikiyatrik şikayetler: 23 hasta (%12,0)
- Konsültasyon gerekçesi belirtilmemiş / rapor talebi: 10 hasta (%5,2) izlemiştir.

Listelenen şikayetler dışında kalan başvuru nedenlerinin her biri 10 hastadan az sayıda bildirilmiştir ve bu nedenle tabloya dahil edilmemiştir.



Şekil 4.40. Onkoloji hastalarının başvuru şikayetleri

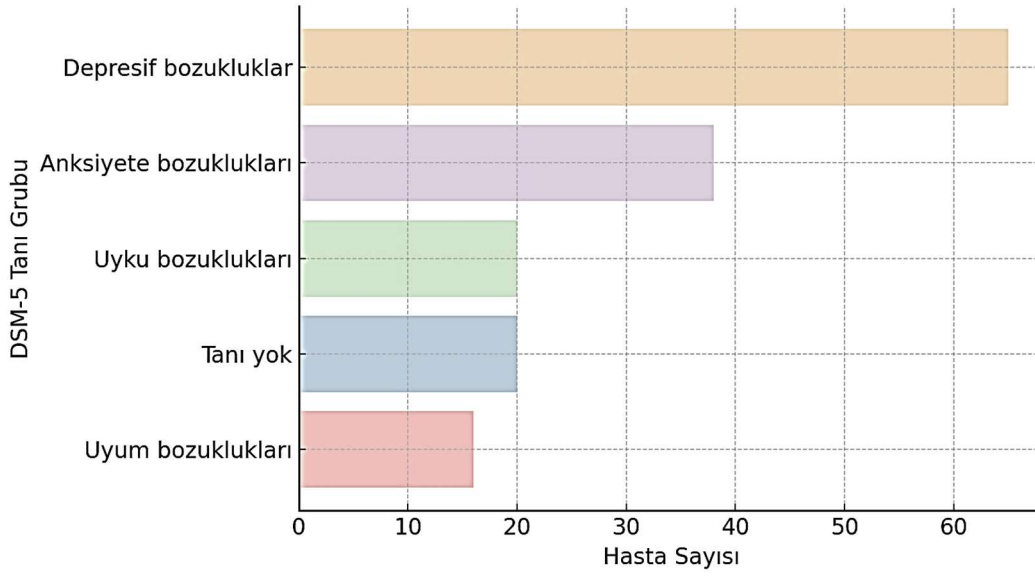
#### 4.24.2 Onkoloji Hastalarının DSM-5 Tanı Dağılımı

Kanser tanısı bulunan 192 hastaya konulan DSM-5 tanıları incelendiğinde, en sık bildirilen tanı grubunun depresif bozukluklar olduğu görülmüştür. Bu tanı 65 hastada (%33,9) yer almıştır.

Bunu sırasıyla:

- Anksiyete bozuklukları: 38 hasta (%19,8)
- Uyku-uyanıklık bozuklukları: 20 hasta (%10,4)
- Psikiyatrik tanı düşünülmeyenler: 20 hasta (%10,4)
- Uyum bozuklukları: 16 hasta (%8,3)

Diğer DSM-5 tanı kategorilerine 10 hastadan az sayıda bildirildiği için grafikte yer verilmemiştir.

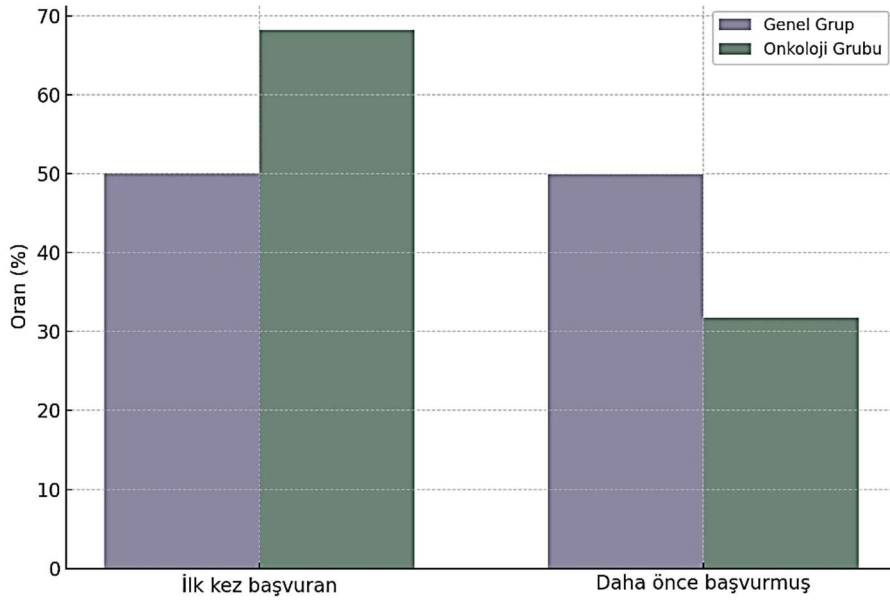


Şekil 4.41. Onkoloji hastalarının DSM-5 tanı dağılımı

#### 4.24.3. Onkoloji Hastalarının Psikiyatri Başvuru Geçmişi

KLP polikliniğine başvuran 192 hastanın psikiyatriye başvuru geçmişi incelendiğinde, 131 hastanın (%68,2) ilk kez psikiyatriye yönlendirildiği, 61 hastanın (%31,8) ise daha önce en az bir kez psikiyatri başvurusunda bulunmuş olduğu belirlenmiştir.

Bu oran, genel hasta grubunda gözlenen dağılımla karşılaştırıldığında (ilk kez başvuran: %50,1; daha önce başvuran: %49,9) belirgin bir fark göstermektedir. Onkoloji grubunda ilk kez başvuran hasta oranı, genel popülasyona kıyasla anlamlı ölçüde daha yüksektir. Bu durum, onkoloji hastalarında psikiyatrik değerlendirmenin tanı sonrası süreçte daha sık ilk başvuru şeklinde gerçekleştiğini düşündürmektedir.



Şekil 4.42. Onkoloji hastalarının psikiyatrik başvuru geçmişi

#### 4.24.4. Psikiyatrik Başvuru Geçmişi: Onkoloji Hastaları ve Kronik Hastalığı Olmayan Grup Karşılaştırması

Kanser tanısı bulunan 192 hastanın psikiyatrik başvuru geçmişi incelendiğinde, 131 hastanın (%68,2) ilk kez psikiyatriye yönlendirildiği, 61 hastanın (%31,8) ise daha önce başvuru yaptığı belirlenmiştir.

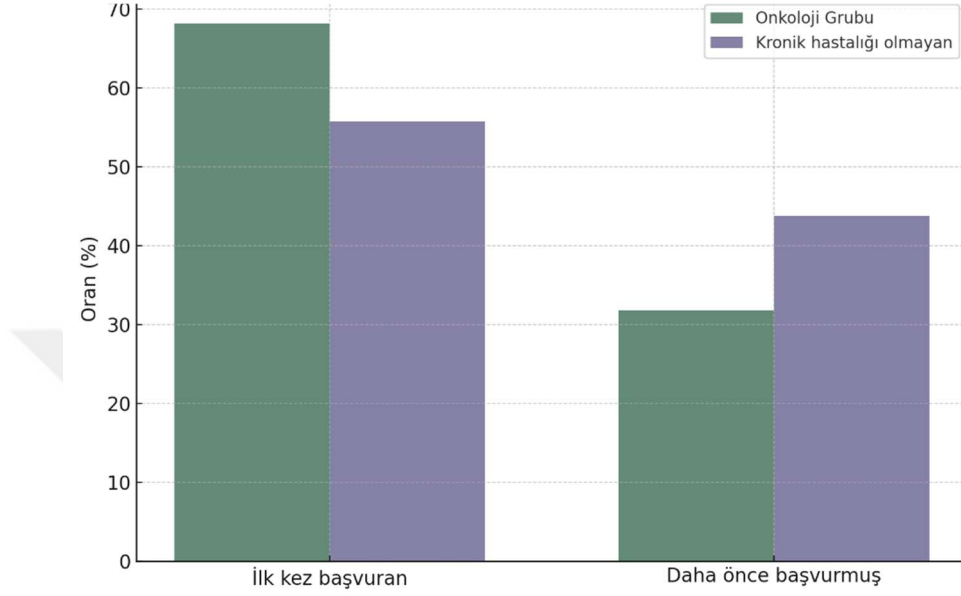
Bu bulgular, kronik hastalığı olmayan bireylerle (n=258) karşılaştırıldığında anlamlı bir fark göstermektedir.

Kronik hastalığı olmayan grupta 144 hasta (%55,8) ilk kez başvuru yapmış, 114 hasta (%43,8) ise daha önce psikiyatriye başvurmuştur.

Bu karşılaştırma, kanser tanısı bulunan bireylerde psikiyatrik başvuru sıklığının özellikle ilk kez başvuranlar açısından daha yüksek olduğunu ve bu grubun psikiyatrik değerlendirmeye erişimde daha geç aşamada yönlendirildiğini düşündürmektedir.

Ayrıca bu karşılaştırmaya ilişkin yapılan ki-kare testi sonucunda, iki grup arasında psikiyatrik başvuru geçmişi açısından istatistiksel olarak

anlamlı fark saptanmıştır ( $p = 0.010$ ). Bu bulgu, onkoloji hastalarının psikiyatrik değerlendirmeye daha geç aşamada yönlendirildiğini düşündürmektedir.



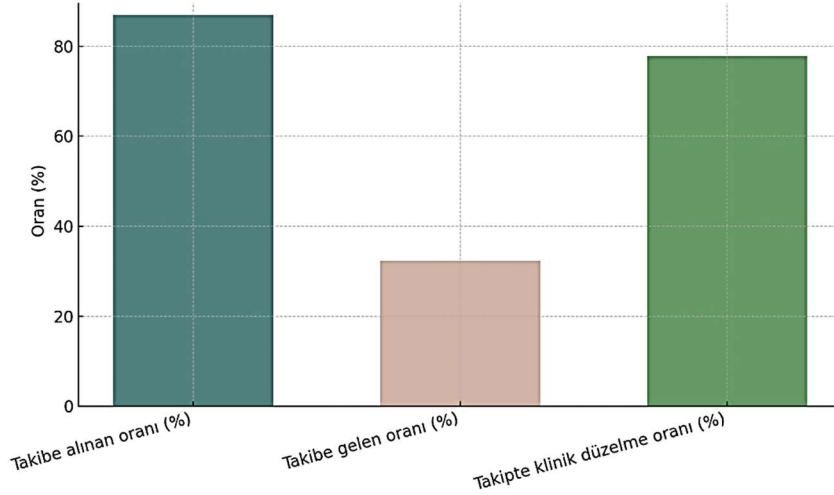
Şekil 4.43. Onkoloji hastaları ile kronik hastalığı olmayanların psikiyatrik başvuru geçmişi

#### 4.24.5. Onkoloji Hastalarının Takip ve Tedavi Süreci

Kanser tanısı bulunan 192 hastanın takip ve tedavi süreçleri üç aşamada değerlendirilmiştir.

- İlk aşamada, hastaların takibe alınıp alınmadığı incelendiğinde, 167 hasta (%87,0) takibe alınmış, 25 hasta (%13,0) ise herhangi bir kontrol planlanmadan değerlendirme sonlandırılmıştır.
- İkinci aşamada, takibe alınan hastalar içerisinde 54 hasta (%32,3) en az üç kez kontrol randevusuna gelmiş, 113 hasta (%67,7) ise takibe alınmasına rağmen kontrole gelmemiştir.
- Üçüncü aşamada, takibe gelip kontrollerini sürdüren 54 hasta içerisinde, 42 hastada (%77,8) klinik olarak anlamlı düzeyde iyileşme sağlandığı, 12 hastada (%22,2) ise düzenli takibe rağmen belirgin bir düzelme kaydedilmediği belirlenmiştir.

Bu bulgular, onkoloji hastalarında takibe alınma oranının yüksek olduğunu, ancak takibe alınıp kontrole gelmeme oranının da oldukça yüksek seyrettiğini göstermektedir. Takibe gelen hastalarda ise klinik iyileşme oranı yüksek bulunmuştur.



Şekil 4.44. Onkoloji hastalarında takip ve tedavi süreci

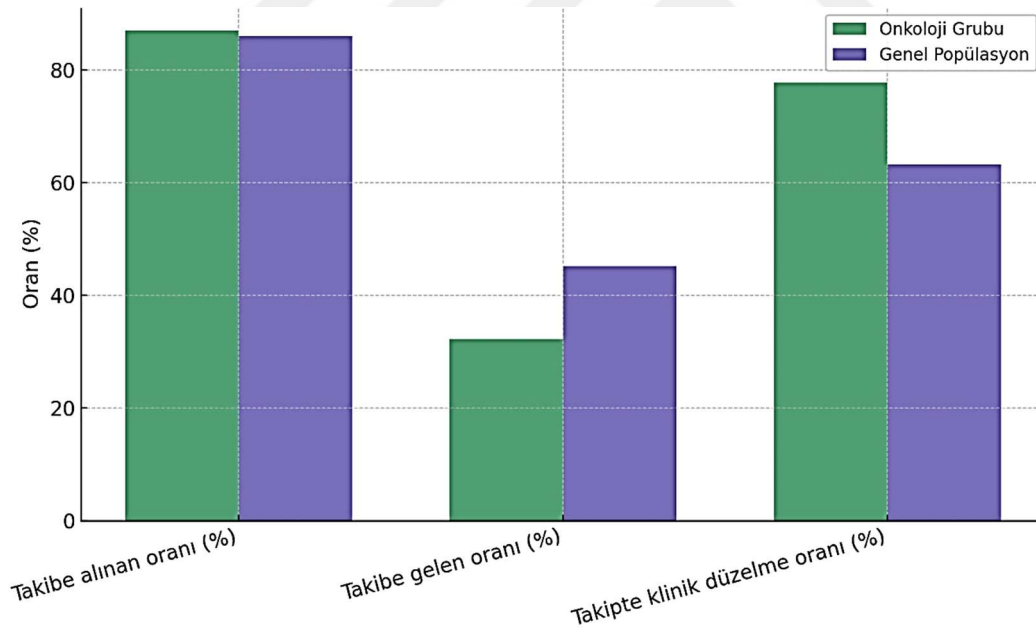
#### 4.24.6. Onkoloji Hastaları ve Genel Popülasyonun Takip ve Tedavi Süreçlerinin Karşılaştırması

Kanser tanısı bulunan 192 hasta ile genel hasta popülasyonundaki 1028 hastanın takip süreçleri karşılaştırmalı olarak incelenmiştir. Analiz üç aşamada gerçekleştirilmiştir:

- Birinci aşamada, takibe alınma oranları karşılaştırıldığında, onkoloji grubunda 167 hasta (%87,0) takibe alınırken, genel popülasyonda 885 hasta (%86,0) takibe alınmıştır. Bu oranlar birbirine oldukça yakındır.
- İkinci aşamada, takibe alınan hastalar içerisinde kontrole gelen hasta oranları değerlendirildiğinde, onkoloji grubunda 54 hasta (%32,3) en az üç kez kontrol randevusuna gelmiş, genel popülasyonda ise bu oran %45,2 (399 hasta) olarak bulunmuştur. Onkoloji grubunda takibe alınıp kontrole gelmeyen hasta oranı belirgin şekilde daha yüksektir (%67,7 ve s %54,8).

- Üçüncü aşamada, takibe gelip düzenli kontrollerini sürdüren hastalar arasında klinik olarak anlamlı düzeyde iyileşme gösterenlerin oranı karşılaştırılmıştır. Onkoloji grubunda takipte düzelme oranı %77,8 iken, genel hasta grubunda ise bu oran %63,2 olarak bulunmuştur.
- Takibe alınan onkoloji hastalarının kontrole gelme oranı, genel popülasyona kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşüktür ( $p = 0.003$ ).

Bu bulgular, onkoloji hastalarının takibe alınma oranının genel hasta grubuna benzer özellikler taşıdığını; ancak takibe alınmalarına rağmen kontrole gelmeme oranlarının daha yüksek olduğunu, öte yandan takibe gelen hastalarda klinik düzelme oranlarının genel popülasyona göre daha yüksek olduğunu göstermektedir.



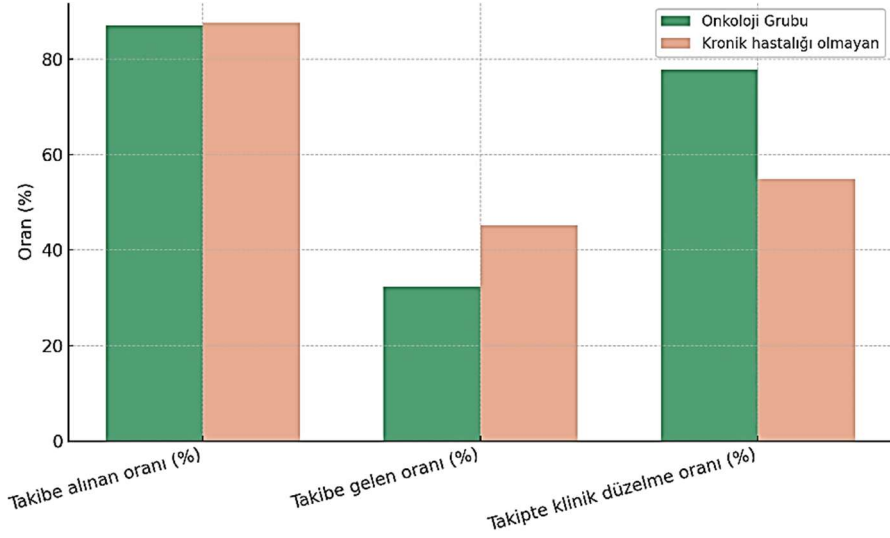
Şekil 4.45. Onkoloji hastaları ve genel popülasyonun takip ve tedavi süreçleri

#### 4.24.7. Onkoloji Hastaları ve Kronik Hastalığı Olmayanların Takip ve Tedavi Süreçlerinin Karşılaştırması

Kanser tanısı bulunan 192 hasta ile kronik hastalığı olmayan 258 hasta takip süreçleri üç aşamada karşılaştırılmıştır:

- Birinci aşamada, takibe alınma oranı onkoloji grubunda %87,0, kronik hastalığı olmayan grupta ise %87,6 olarak belirlenmiştir. İki grup arasında takibe alınma oranı bakımından belirgin bir fark gözlenmemiştir.
- İkinci aşamada, takibe alınan hastalar içerisinde kontrole gelenlerin oranı onkoloji grubunda %32,3, kronik hastalığı olmayan grupta ise %45,1 olarak saptanmıştır. Bu bulgu, onkoloji grubunda takibe alınıp gelmeyen hasta oranının daha yüksek olduğunu göstermektedir.
- Üçüncü aşamada, takibe gelen hastalar arasında klinik düzelme gösterenlerin oranı onkoloji grubunda %77,8, kronik hastalığı olmayan grupta ise %54,9 olarak hesaplanmıştır. Bu sonuç, onkoloji hastalarında takibe katılım düşük olsa da takibe gelenlerde klinik düzelme oranının daha yüksek olduğunu göstermektedir.
- Takibe gelen onkoloji hastalarının %77,8'inde klinik olarak anlamlı düzelme izlenmiştir. Bu oran, genel hasta popülasyonunda %63,2 olarak bulunmuştur.

Yapılan ki-kare testi sonucunda bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p = 0.049$ ).



Şekil 4.46. Onkoloji hastaları ve kronik hastalığı olmayanların takip ve tedavi süreçleri

#### 4.24.8. Onkoloji Hastaları ve Diğer Grupların Konsültasyon Uygunluğu Açısından Karşılaştırması

Kanser tanısı bulunan 192 hastanın KLP'ye yönlendirilme gerekçelerinin uygunluğu değerlendirildiğinde, en sık yönlendirme kategorisinin uygun yönlendirme olduğu görülmüştür. Bu grupta 87 hastada (%45,3) konsültasyon istemi gerekçe ve bulgular açısından hastanın kliniği ile uyumlu bulunmuştur.

Uyumsuz gerekçeyle yönlendirilen hasta sayısı 82 (%42,7), gereksiz konsültasyon istemi yapılan hasta sayısı ise 23 (%12,0) olarak kaydedilmiştir.

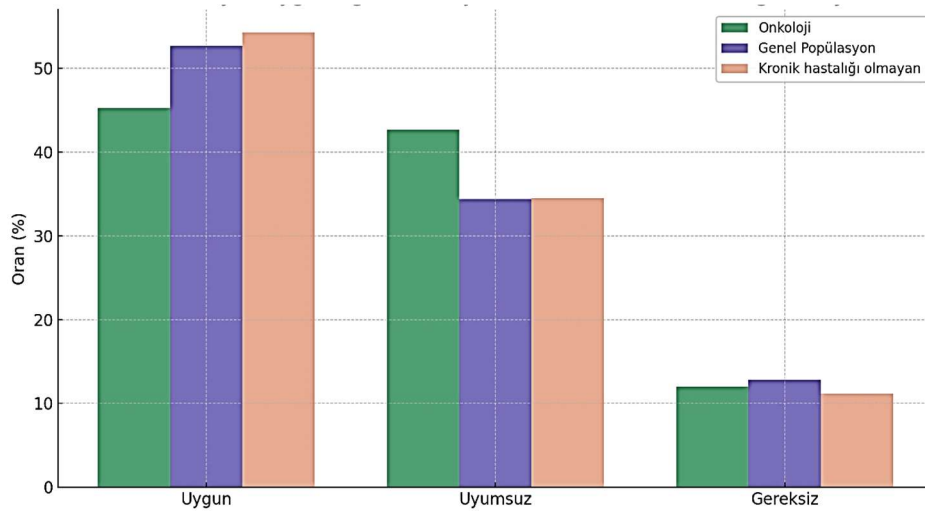
Bu bulgular, genel hasta grubunda gözlenen konsültasyon uygunluğu dağılımı ile karşılaştırıldığında farklılık göstermektedir. Genel popülasyonda uygun yönlendirme oranı %52,7, gerekçe ile uyumsuz yönlendirme oranı %34,4, gereksiz konsültasyon oranı ise %12,8 olarak saptanmıştır. Buna göre, onkoloji grubunda uyumsuz gerekçeyle yönlendirme oranı genel hasta grubuna göre daha yüksektir.

Kronik hastalığı olmayan hasta grubu ile karşılaştırıldığında da benzer bir fark görülmektedir. Kronik hastalığı olmayan grupta uygun

yönlendirme oranı %54,3, gerekçe ile uyumsuz yönlendirme oranı %34,5, gereksiz konsültasyon oranı ise %11,2'dir. Bu karşılaştırma, onkoloji hastalarında klinik olarak mevcut psikiyatrik sorunlara rağmen yönlendirme gerekçesinin doğru yapılamadığı durumların daha sık olduğunu göstermektedir.

Onkoloji hastalarında konsültasyon istemlerinin uygunluğu genel popülasyonla karşılaştırıldığında, özellikle gerekçe ile uyumsuz yönlendirme oranının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Ancak bu farklılık yapılan ki-kare testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p = 0.086$ ).

Onkoloji hastalarının konsültasyon uygunluğu oranları, kronik hastalığı olmayan hasta grubu ile karşılaştırıldığında farklılık göstermektedir. Onkoloji grubunda uyumsuz gerekçe ile yönlendirilme oranı daha yüksek olmasına rağmen, bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p = 0.153$ ).



Şekil 4.47. Onkoloji hastaları ve diğer grupların konsültasyon istemlerinin uygunluğu

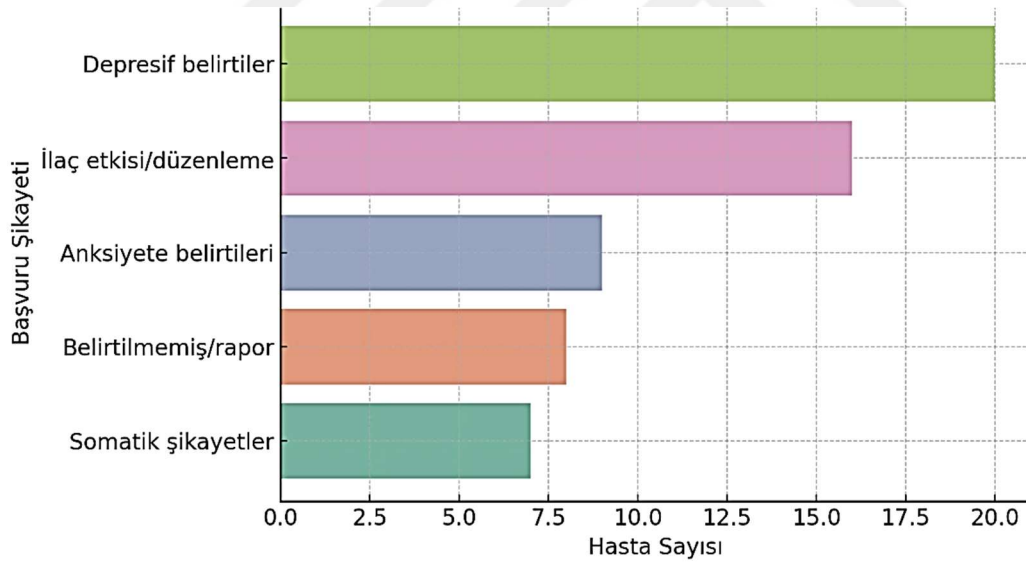
#### 4.25. Romatoloji Hastalarının Alt Analizi

##### 4.25.1. Romatolojik Hastalık Tanısı Olan Hastaların Başvuru Şikayetleri

Romatolojik hastalık tanısı bulunan 84 hastanın, KLP'ye yönlendirilme nedenleri incelendiğinde, en sık bildirilen başvuru şikayetinin depresif belirtiler olduğu görülmüştür. Bu şikâyet 20 hastada (%23,8) yer almıştır.

Bunu sırasıyla:

- İlaç yan etkisi / etkileşimi / tedavi düzenleme: 16 hasta (%19,0)
- Anksiyete belirtileri: 9 hasta (%10,7)
- Konsültasyon gerekçesi belirtilmemiş / rapor talebi: 8 hasta (%9,5)
- Somatik şikayetler: 7 hasta (%8,3) izlemiştir.



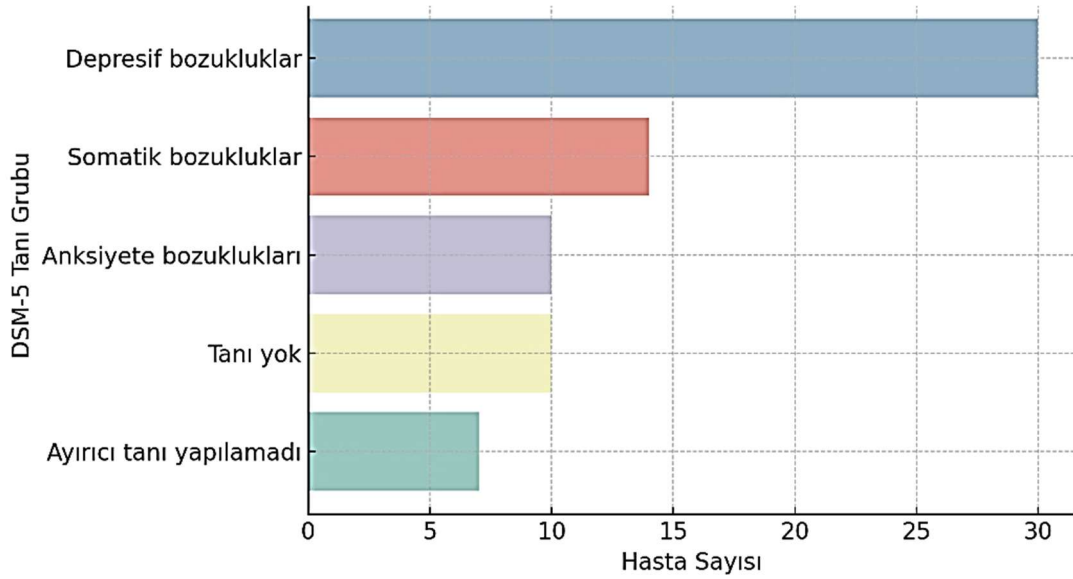
Şekil 4.48. Romatolojik hastalığı olanların başvuru şikayetleri

##### 4.25.2. Romatolojik Hastalık Tanısı Olan Hastaların DSM-5 Tanı Dağılımı

Romatolojik hastalığı bulunan 84 hastaya konulan DSM-5 tanıları incelendiğinde, en sık bildirilen tanı grubunun depresif bozukluklar olduğu görülmüştür. Bu tanı 30 hastada (%35,7) yer almıştır.

Bunu sırasıyla:

- Somatik belirtilerle ilişkili bozukluklar: 14 hasta (%16,7)
- Anksiyete bozuklukları: 10 hasta (%11,9)
- Psikiyatrik tanı düşünülmeyenler: 10 hasta (%11,9)
- Ayırıcı tanı yapılamayanlar: 7 hasta (%8,3) izlemiştir.



Şekil 4.49. Romatolojik hastalığı olanların DSM-5 tanı dağılımı

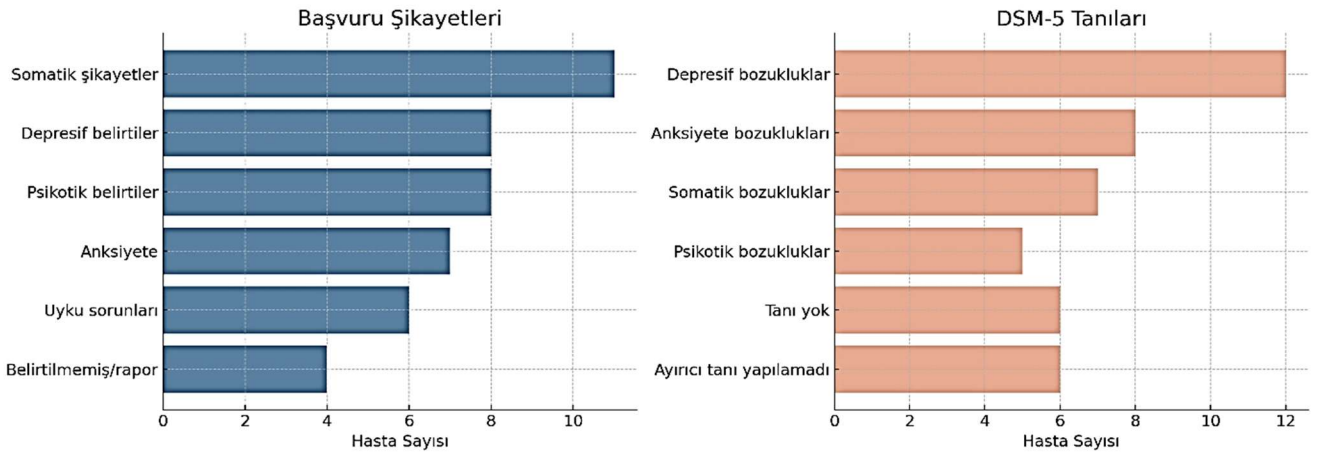
#### 4.26. Dermatoloji Polikliniğinden Yönlendirilen Hastaların Başvuru Şikayetleri ve DSM 5 Tanı Dağılımları

Dermatoloji polikliniğinden KLP polikliniğine yönlendirilen toplam 54 hasta incelendiğinde, en sık başvuru nedeninin somatik şikayetler olduğu görülmüştür (n = 11, %20,4). Bunu sırasıyla depresif şikayetler (n = 8, %14,8), psikotik şikayetler (n = 8, %14,8), anksiyete (n = 7, %13,0) ve uyku ile ilgili şikayetler (n = 6, %11,1) izlemiştir. Bu grupta ayrıca konsültasyon nedeni belirtilmemiş ya da yalnızca rapor talebiyle yönlendirilmiş 4 hasta (%7,4) ve daha nadir görülen diğer başvuru nedenleri de yer almaktadır.

DSM-5 tanıları incelendiğinde ise en sık tanının depresif bozukluk olduğu saptanmıştır (n = 12, %22,2). Bunu anksiyete bozuklukları (n = 8,

%14,8), somatik belirti bozuklukları (n = 7, %13,0), şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar (n = 5, %9,3) ve herhangi bir tanı konmamış (n = 6, %11,1) ya da ayırıcı tanı yapılamamış (n = 6, %11,1) olgular izlemektedir.

Bu hastalar arasında psikotik şikayetlerle başvuran ve psikotik bozukluk tanısı alan olguların çoğunun klinik ifadesi, deride parazitlenme hissi, ciltte bir şeylerin gezdiği inancı ve kaşıntı gibi ifadelerle tanımlanmış ve bu semptomlar delüzyonel parazitoz olarak değerlendirilmiştir. Bu durum, başvuru şikayetleri arasında “psikotik belirtiler” kategorisinde kodlanan ve DSM-5 tanısı olarak “şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar” verilen hastalarla örtüşmektedir.



Şekil 4.50. Dermatoloji polikliniğinden yönlendirilen hastaların başvuru şikayetleri ve DSM 5 tanı dağılımları

## 5. TARTIŞMA

### 5.1. Çalışmanın Genel Katkısı

Bu çalışma, bir üniversite hastanesinde yapılandırılmış şekilde faaliyet gösteren KLP polikliniğine ayaktan yönlendirilen hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerini inceleyen geniş kapsamlı bir araştırmadır. Literatürde KLP uygulamaları genellikle yatan hasta servislerine dayalı olarak ele alınırken, bu çalışmada yalnızca ayaktan yürütülen KLP hizmetleri temel alınmıştır. Bu yönüyle, Türkiye’de ayaktan başvurular üzerinden yürütülen sayılı KLP araştırmalarından biridir.

Çalışmanın en belirgin katkılarından biri, 1028 hasta üzerinden gerçekleştirilen çok boyutlu değerlendirme ile hasta profiline, yönlendirme örüntülerine, tanı ve tedavi süreçlerine ilişkin detaylı veriler sunmasıdır. Başvuru şikayetlerinden DSM-5 tanılarına, takip süreci ve klinik düzelmeden konsültasyon uygunluğuna kadar birçok parametre sistematik biçimde incelenmiş ve alt gruplar üzerinden karşılaştırmalı analizler yapılmıştır.

Elde edilen bulgular, sadece KLP uygulamaları açısından değil; aynı zamanda genel hastane popülasyonunda psikiyatrik değerlendirmenin nasıl şekillendiğini anlamak açısından da önemlidir. Özellikle kronik hastalık gruplarında yapılan alt analizler, psikiyatrik belirtilerin görünürlüğü, yönlendirme nedenlerinin örüntüsü ve tedaviye katılım süreçlerine dair önemli farklılıkları ortaya koymaktadır. Bu durum, KLP hizmetlerinin yalnızca tanı koymaya yönelik değil, aynı zamanda klinik karar süreçlerini yönlendiren ve sağlık hizmetlerinde bütüncül bakışı destekleyen bir işlev taşıdığını göstermektedir.

## 5.2. Sosyodemografik Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada KLP'ye yönlendirilen 1028 hastanın sosyodemografik özellikleri değerlendirildiğinde, kadın hastaların oranının erkek hastalara kıyasla belirgin şekilde yüksek olduğu (%61,3) görülmektedir. Bu bulgu, KLP uygulamalarında kadın hastaların daha sık değerlendirmeye alındığını gösteren diğer çalışmalarla da paralellik taşımaktadır. Kadınların tıbbi yardım arama davranışının daha yaygın olması, ruhsal belirtileri ifade etmede daha açık olmaları ve hekimlerin kadınlarda ruhsal belirtileri fark etme eğilimlerinin daha yüksek olması bu farkı açıklayan başlıca nedenlerdir (61).

Yaş dağılımına bakıldığında, KLP polikliniğine yönlendirilen hastaların yaş ortalaması 50,5 olarak saptanmıştır. Ayrıca, başvuruların tüm yaş aralıklarına yayıldığı, ancak 30–49 yaş grubunun en geniş örneklemini oluşturduğu ve 50 yaş üzeri bireylerin de toplam örneklemin yarısından fazlasını oluşturduğu görülmektedir. Bu durum, KLP polikliniğine yönlendirilen hastaların çoğunun aktif çalışma yaşında veya ileri yaşta olduğunu, dolayısıyla psikiyatrik değerlendirme gerektiren şikayetlerin işlevsellik üzerinde etkili olabilecek yaş gruplarında yoğunlaştığını göstermektedir. Ayrıca yaş arttıkça eşlik eden kronik hastalıklar, çoklu ilaç kullanımı ve bilişsel sorunlar da psikiyatrik değerlendirme gereksinimini artırmaktadır (62).

Cinsiyete göre yaş ortalamalarına bakıldığında, kadın hastaların yaş ortalaması 49,9, erkek hastaların ise 51,2 olarak hesaplanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p = 0,251$ ) ve KLP polikliniğine başvuran kadın ve erkek hastaların yaş ortalamalarının birbirine yakın olduğunu göstermektedir.

Medeni durum açısından hastaların büyük çoğunluğunun evli bireylerden oluştuğu (%60,7) görülmektedir. Evli bireylerin sosyal destek açısından daha avantajlı oldukları varsayılmakla birlikte, çalışmamızda bekar veya boşanmış bireylerle karşılaştırıldığında yönlendirme

oranlarının benzer düzeyde olması, sosyal desteğin KLP'ye yönlendirme üzerindeki etkisinin sınırlı olabileceğini düşündürmektedir.

Eğitim düzeyi analizinde, ilkokul ve ortaokul mezunlarının en büyük grubu oluşturduğu saptanmıştır. Düşük eğitim düzeyine sahip bireylerde hem kronik fiziksel hastalıkların hem de psikiyatrik belirtilerin daha sık görüldüğü bilinmektedir. Ayrıca bu bireylerin sağlık sistemiyle etkileşim biçimlerinin, kendini ifade etme becerilerinin ve sağlık okuryazarlıklarının daha sınırlı olması hem hekimin yönlendirme kararı hem de tanı sürecini etkileyebilmektedir (44).

Çalışma grubunda yer alan hastaların büyük kısmının aktif olarak çalışmayan bireylerden (ev hanımı, işsiz, emekli) oluştuğu ve çalışan bireylerin oranının daha düşük olduğu görülmektedir. Bu durum, bir yandan fiziksel sağlık sorunlarının iş gücüne katılımı azaltmasıyla ilişkili olabilirken; diğer yandan işsizlik, sosyal izolasyon, rol kaybı ve ekonomik stres gibi faktörlerin de psikiyatrik başvuru sıklığını artıran etkenler olabileceğini düşündürmektedir (63).

Sonuç olarak, çalışmamızda elde edilen sosyodemografik dağılım verileri, KLP başvurularında cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim ve meslek gibi değişkenlerin belirleyici rol oynadığını göstermektedir. Bu bulgular hem ruh sağlığı hizmet planlamasında hem de yönlendirme kararlarında sosyokültürel faktörlerin dikkate alınmasının önemini ortaya koymaktadır.

**Tablo 5.1. Sosyodemografik Değişkenlerin Dağılımı ve İstatistiksel Değerlendirme**

| Değişken      | Gruplar                  | Sayı / Oran               | İstatistiksel Yorum            |
|---------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------------|
| Cinsiyet      | Kadın / Erkek            | 630 (%61,3) / 398 (%38,7) | Kadın oranı belirgin yüksek    |
| Yaş           | Ort. Yaş: 50,5           | Kadın: 49,9 / Erkek: 51,2 | Fark anlamlı değil (p = 0.251) |
| Medeni Durum  | Evli / Bekar / Diğer     | Evli: %60,7               | Fark anlamlı değil (p = 0.681) |
| Eğitim Düzeyi | En sık: İlkokul–Ortaokul |                           | Anlamlı fark yok (p = 0.429)   |
| Meslek Durumu | Çalışmayan oranı yüksek  |                           | Fark saptanmadı (p = 0.591)    |

### 5.3. Başvuru Şikayetleri ve DSM-5 Tanılarının Tartışılması

Bu çalışmada KLP'ye yönlendirilen hastalarda en sık bildirilen başvuru nedenleri depresif belirtiler (%18,7) ve anksiyete belirtileri (%18,1) olmuştur. Bu bulgu hem genel hastane popülasyonlarında hem de KLP polikliniklerine başvuran gruplarda depresyon ve anksiyete bozukluklarının yaygın olarak tanımlandığını gösteren diğer çalışmalarla uyumludur (51,52). Hastaların ruhsal sıkıntılarını çoğu zaman bu iki belirti çerçevesinde ifade ettikleri bilinmektedir.

Mevcut durumda psikiyatrik ilaç kullanan hastalarda, ilaç yan etkisi, ilaç etkileşimi ya da tedavi düzenleme ihtiyacı %11,7 oranıyla dikkat çeken bir diğer başvuru gerekçesidir. Bu durum, özellikle kronik hastalığı olan bireylerde, mevcut farmakolojik tedavilerle olası etkileşimler, yan etkilere bağlı yakınmalar ya da psikiyatrik tedavinin yeniden değerlendirilmesi gereksinimi doğrultusunda, psikiyatri konsültasyonunun daha sık talep edildiğini göstermektedir. KLP pratiğinde ilaçlarla ilgili sorunlar nedeniyle yapılan yönlendirmelerin hem tedaviye uyum hem de hastaneye yeniden başvuru oranlarını etkileyebileceği bildirilmektedir (62).

Somatik yakınmalar (%8,4), uyku bozuklukları (%9,4) ve bilişsel belirtiler (%5,3) gibi şikayetler de KLP'ye yönlendirilme gerekçeleri arasında yer almakta ve literatürde “örtük psikiyatrik başvuru” şeklinde değerlendirilmektedir. Bu belirtiler sıklıkla doğrudan ruhsal bozukluk olarak tanımlanmasa da psikosomatik süreçlerin ifadesi olarak değerlendirilmekte ve psikiyatrik müdahale ile gerileyebilmektedir (35).

**Tablo 5.2. En Sık Görülen Başvuru Şikayetleri (n=1028)**

| Şikâyet Grubu                     | Hasta Sayısı (n) | Oran (%) |
|-----------------------------------|------------------|----------|
| Depresif Belirtiler               | 192              | 18,7     |
| Anksiyete Belirtileri             | 186              | 18,1     |
| İlaç Yan Etkisi /Tedavi Düzenlemi | 120              | 11,7     |
| Uyku Bozuklukları                 | 97               | 9,4      |
| Somatik Yakınmalar                | 86               | 8,4      |

DSM-5 tanıları açısından değerlendirildiğinde, en sık bildirilen tanı grubunun depresif bozukluklar (%29,0), ikinci sırada ise anksiyete bozuklukları (%23,8) olduğu görülmüştür. Bu dağılım, başvuru şikayetleriyle yüksek oranda örtüşmekte ve yönlendirme gerekçesinin çoğunlukla klinik değerlendirme ile tutarlı olduğunu göstermektedir.

Bununla birlikte hastaların %8,5'inde aktif bir psikopatoloji saptanmamış ve herhangi bir psikiyatrik tanı konmamıştır; hastaların %8'inde ise ayırıcı tanı yapılamamıştır. Bu hasta grubunda ayırıcı tanı yapılamamasının başlıca nedenleri arasında; klinik izlem süresinin yetersizliği, semptomların özgül olmaması ya da tanıyı zorlaştıran ek başka psikiyatrik ve tıbbi hastalıkların varlığı bulunmaktadır.

Olguların bir kısmında mevcut ruhsal belirtilerin psikiyatrik mi yoksa altta yatan organik bir etiyolojiye mi bağlı olduğunun netleştirilememesi ya da psikiyatrik ve nörolojik/biyolojik süreçlerin

birbiriyle iç içe geçtiği daha karmaşık tabloların söz konusu olması ayırıcı tanı yapılmasını zorlaştırmış olabilir.

Depresif bozukluk ve anksiyete bozuklukları dışında bildirilen tanı grupları arasında somatik belirti bozuklukları, psikotik bozukluklar, travma sonrası stres bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk ve nörobilişsel bozukluklar da yer almaktadır. Bu çeşitlilik, KLP polikliniğinde oldukça geniş bir tanı yelpazesiyile karşılaşıldığını ve ruhsal belirti örüntülerinin çok boyutlu olarak ele alınması gerektiğini göstermektedir.

**Tablo 5.3. En Sık Görülen DSM-5 Tanı Grupları (n=1028)**

| <b>Tanı Grubu</b>                                       | <b>Hasta Sayısı<br/>(n)</b> | <b>Oran<br/>(%)</b> |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------|
| <b>Depresif Bozukluklar</b>                             | 298                         | 29,0                |
| <b>Anksiyete Bozuklukları</b>                           | 245                         | 23,8                |
| <b>Somatik Belirti Bozuklukları</b>                     | 52                          | 5,1                 |
| <b>Nörobilişsel Bozukluklar</b>                         | 52                          | 5,1                 |
| <b>Travma ve Stresörle İlişkili</b>                     | 47                          | 4,6                 |
| <b>Tanı Konmayan / Ayırıcı Yapılamayan<br/>(toplam)</b> | 169                         | 16,5                |

#### 5.4. Yönlendirme Yapan Poliklinikler

**Tablo 5.4. KLP Polikliniğine En Sık Yönlendirme Yapan Poliklinikler**

| Poliklinik                           | Hasta Sayısı | Yüzde (%) |
|--------------------------------------|--------------|-----------|
| Nöroloji                             | 467          | 45.4      |
| Dahiliye grubu                       | 175          | 17.0      |
| Onkoloji grubu                       | 111          | 10.8      |
| Dermatoloji                          | 54           | 5.3       |
| Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon (FTR) | 38           | 3.7       |
| Kardiyoloji                          | 28           | 2.7       |
| Göğüs Hastalıkları                   | 28           | 2.7       |
| Kadın Hastalıkları ve Doğum          | 25           | 2.4       |
| Anesteziyoloji                       | 23           | 2.2       |
| Genel Cerrahi                        | 20           | 1.9       |
| Kulak Burun Boğaz (KBB)              | 16           | 1.6       |
| Göz Hastalıkları                     | 12           | 1.2       |

Not: Bu tabloda yalnızca 10'un üzerinde yönlendirme yapan polikliniklere yer verilmiştir.

Çalışmada, KLP polikliniğine en fazla yönlendirmenin nöroloji polikliniğinden yapıldığı saptanmıştır (n=467, %45,4). Bu durum yalnızca yönlendirilen hasta sayısının fazlalığıyla değil, nöroloji polikliniğine başvuran hastalarda psikiyatrik değerlendirme gereksiniminin sıklığıyla da ilişkilidir. Nörolojik hastalıklarda sık görülen bilişsel, duygudurum semptomları ve davranışsal belirtiler çoğu zaman primer nörolojik tabloyla iç içe geçmekte; bu durum tanısal ayırım ve semptom yönetimi açısından KLP pratiğinde özel bir önem arz etmektedir.

Ancak nöroloji polikliniğinden yönlendirilen her hastada nörolojik bir tanı bulunmamaktadır. Çalışmada nörolojik hastalık tanısı alan toplam hasta sayısı 181'dir ve bu hastaların tümü nöroloji polikliniğinden yönlendirilmemiştir.

Nöroloji polikliniğinden yönlendirilen hastalarda en sık bildirilen başvuru nedenleri depresif belirtiler, anksiyete belirtileri ve ilaç yan etkisi / tedavi düzenleme ihtiyacıdır. Bu üç belirti dışında bilişsel belirtiler, n=36 hasta ile en sık beşinci başvuru şikâyeti olarak dikkat çekmektedir. Unutkanlık, dikkat azalması ve zihinsel yavaşlama gibi şikayetlerin nörolojiye başvuru gerekçesi olduğu kadar, psikiyatrik değerlendirme ihtiyacını da beraberinde getirdiği görülmektedir.

DSM-5 tanıları açısından ise, nöroloji polikliniğinden yönlendirilen hastalarda en yaygın tanımlar depresif bozukluklar, anksiyete bozuklukları ve psikotik bozukluklar olmuştur. Bu dağılım, yönlendirmenin yalnızca bilişsel belirtiler değil, duygudurum ve algı alanındaki belirtileri de kapsadığını göstermektedir.

Literatürde de ayaktan KLP uygulamalarında nöroloji polikliniği, en sık yönlendirme yapılan birimlerden biri olarak tanımlanmaktadır. Özellikle epilepsi, demans ve Parkinson gibi nörolojik hastalıkların psikiyatrik eş tanımlarla birlikte seyretme olasılığı, bu alanlardan yapılan yönlendirmeleri arttırmaktadır. Yates ve arkadaşlarının çalışmasında, ayaktan KLP polikliniğine yapılan yönlendirmelerde nöroloji ve onkoloji polikliniklerinin öne çıktığı; en sık yönlendirme nedeninin ise depresyon olduğu bildirilmiştir. (66)

Yönlendirme sıklığı açısından ikinci sırada yer alan dahiliye grubu (n=175, %17,0), daha çok sistemik hastalıkları olan, çoklu ilaç kullanımı ve tedaviye uyum sorunları yaşayan bireylerden oluşmaktadır. Bu gruptan yönlendirilen hastalar arasında belirgin bir başvuru şablonu öne çıkmamakla birlikte, hastalık yükünün yarattığı genel zorluklar ve uyum sorunları nedeniyle psikiyatrik değerlendirme ihtiyacının doğduğu görülmektedir.

Onkoloji polikliniğinden (tıbbi onkoloji ve radyasyon onkolojisi) yönlendirilen 111 hasta (%10,8) ise hem sayısal büyüklüğü hem de klinik

özellikleri açısından dikkat çekicidir. Bu hastalarda sıklıkla depresyon, anksiyete, uyku ile ilgili şikayetler, tedavi sürecine bağlı psikiyatrik yan etkiler ve uyum sorunları sık görülmekte ve bu yönüyle onkoloji hastaları KLP açısından önceden tanımlanmış psikiyatrik risk grubunu temsil etmektedir. Ayrıca kanser tanısı almış toplam hasta sayısı 192 olup, bu hastaların bir kısmı onkoloji dışı polikliniklerden yönlendirilmiştir

Bu üç ana polikliniği yönlendirme sıklığı açısından şu poliklinikler takip etmektedir: dermatoloji (n=54, %5,3), FTR (n=38, %3,7), kardiyoloji (n=28, %2,7), göğüs hastalıkları (n=28, %2,7), kadın hastalıkları ve doğum (n=25, %2,4), anesteziyoloji (n=23, %2,2), genel cerrahi (n=20, %1,9), kulak burun boğaz (n=16, %1,6) ve göz hastalıkları (n=12, %1,2).

Bu dağılım içinde, özellikle kadın hastalıkları ve doğum polikliniğinden gelen yönlendirme sayısının sınırlı olması (n=25) dikkat çekmektedir. Çalışmada gebelik bildirilmiş toplam hasta sayısı ise 15'tir ve bu hastaların hepsi kadın hastalıkları ve doğum polikliniğinden yönlendirilmiştir. Ancak literatürde gebelik ve doğum sonrası dönemin, ruhsal belirtilerin en sık görüldüğü dönemlerden biri olduğu belirtilmektedir (67). Dolayısıyla bu alandan gelen yönlendirme sayısının düşüklüğü, farkındalık, eşik ya da sistemsel faktörlerle açıklanabilir. KLP hizmetlerinin bu alanda daha görünür ve entegre hale getirilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Sonuç olarak, çalışmamızda KLP polikliniğine yapılan yönlendirmelerin büyük çoğunluğu nöroloji, dahiliye ve onkoloji polikliniklerinden gerçekleşmiştir. Bu örüntü, sadece verilerle değil, literatürle de uyum içindedir ve KLP hizmetlerinin bu birimlerde daha sistematik ve yapılandırılmış hale getirilmesinin klinik katkı sağlayacağı açıktır.

### 5.5. Kronik Hastalık ve Alt Grup Bulgularının Tartışılması

Bu çalışmada hastaların %74,9’unda en az bir kronik hastalık bulunduğu saptanmıştır. En sık bildirilen kronik hastalık grubu kardiyometabolik ve sistemik hastalıklardır (%30,1). Onkolojik hastalık oranı %18,7, nörolojik hastalık oranı ise %17,6 olarak bulunmuştur.

Bu dağılım, genel hastane popülasyonunda KLP’ye yönlendirilen hastaların önemli bir kısmının bir veya daha fazla kronik hastalık taşıdığını ve bu hastalıkların psikiyatrik değerlendirme gereksinimini artırdığını göstermektedir. Literatürde depresyon ve anksiyete bozukluklarının kronik hastalıklara eşlik etme oranının yüksek olduğu bildirilmiştir (42).

**Tablo 5.5. Kronik Hastalık Grubu Dağılımı**

| Kronik Hastalık Grubu                    | Oran (%) |
|------------------------------------------|----------|
| En az bir kronik hastalık                | 74,9     |
| Kardiyometabolik ve sistemik hastalıklar | 30,1     |
| Onkolojik hastalıklar                    | 18,7     |
| Nörolojik hastalıklar                    | 17,6     |

Kronik hastalığı olan ve olmayan hastalar arasında yapılan karşılaştırmalarda, başvuru şikayetlerinin dağılımında belirgin farklılıklar gözlenmiştir.

Özellikle kronik hastalığı olan bireylerde yönlendirilme gerekçesi olarak ilaç yan etkisi ve tedavi düzenlenmesi daha sık bildirilirken, somatik yakınmalar ve obsesyon-kompulsiyonlar, kronik hastalığı olmayan grupta daha çıkmıştır. Bu durum, kronik hastalığı olan bireylerde polifarmasiye bağlı ilaç yan etkisi/ilaç etkileşiminin ve fiziksel hastalıkla ilişkili belirtilerin ön planda olduğunu; kronik hastalığı olmayan bireylerde ise özgül ruhsal yakınmaların daha baskın olduğunu göstermektedir.

**Tablo 5.6. Kronik Hastalık Varlığına Göre Başvuru Şikayetleri**

| Başvuru Şikâyeti                   | Kronik Hastalığı Olanlarda | Kronik Hastalığı Olmayanlarda |
|------------------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| İlaç yan etkisi / tedavi düzenleme | Daha sık                   | Daha az                       |
| Somatik yakınmalar                 | Daha az                    | Daha sık                      |
| Obsesyon / kompülsiyon             | Daha az                    | Daha sık                      |

DSM-5 tanı örüntüsü açısından değerlendirildiğinde, kronik hastalığı olan bireylerde depresif bozukluk (%30,3) ve anksiyete bozukluklarının (%22,7) ilk sıralarda yer aldığı görülmüştür. Bu bulgular, hem fiziksel hastalık yükünün ruhsal belirtileri tetiklediğini hem de KLP'nin bu belirtilerin doğru tanımlanması ve bunlara müdahale edilmesi açısından önemli bir işlev gördüğünü göstermektedir.

**Tablo 5.7. DSM-5 Tanı Dağılımı (Kronik Hastalığı Olan Bireyler)**

| Tanı                   | Oran (%) |
|------------------------|----------|
| Depresif bozukluklar   | 30,3     |
| Anksiyete bozuklukları | 22,7     |

Onkoloji ve nöroloji hastaları için yapılan alt grup analizlerinde de özgün örüntüler ortaya çıkmıştır. Onkoloji grubunda başvuru şikayetlerinin büyük kısmı uyku bozukluğu, depresif belirtiler ve anksiyete semptomları iken; nörolojik hastalığı olan bireylerde davranışsal bozukluklar, epileptik nöbet sonrası tedavi düzenleme ihtiyacı ve bilişsel belirtiler ön plandadır. Bu alt gruplarda yönlendirme örüntüsünün hem hastalığın nöropsikiyatrik özellikleriyle hem de klinisyen farkındalığı ile şekillendiği düşünülmektedir.

**Tablo 5.8. Onkoloji ve Nöroloji Hastalarının Başvuru Şikayetleri**

| Hasta Grubu | Öne Çıkan Başvuru Şikayetleri                                                                          |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Onkoloji    | Uyku bozukluğu, depresif belirtiler, anksiyete semptomları                                             |
| Nöroloji    | Davranışsal bozukluklar, epileptik nöbet sonrası tedavi düzenleme, ilaç yan etkisi bilişsel belirtiler |

Hastaların daha önceki psikiyatrik başvuru öykülerine bakıldığında, onkoloji hastalarının %68,2'sinin ilk kez psikiyatriye başvurduğu, genel popülasyonda ise bu oranın %50,1 olduğu saptanmıştır. Bu fark, onkoloji hastalarında psikiyatrik destek ihtiyacının daha geç fark edildiğini ve çoğu zaman ilk psikiyatri başvurusunun KLP yoluyla gerçekleştiğini düşündürmektedir. Yapılan ki-kare testi sonucunda bu farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu görülmüştür ( $p = 0.010$ ).

**Tablo 5.9. İlk Kez Psikiyatriye Başvuru Oranı (Onkoloji ve Genel Popülasyon)**

| Grup               | İlk Kez Psikiyatriye Başvuranlar (%) | İstatistiksel Anlamlılık (p) |
|--------------------|--------------------------------------|------------------------------|
| Onkoloji Hastaları | 68,2                                 | 0,010                        |
| Genel Popülasyon   | 50,1                                 | 0,010                        |

Onkoloji hastalarının ardından, KLP pratiğinde sık karşılaşılan bir diğer kronik hasta grubunu ise nöroloji hastaları oluşturmaktadır. Epilepsi, Parkinson ve demans gibi nörolojik hastalıklar, KLP pratiğinde detaylı değerlendirme gerektiren özgün klinik örüntüler sunmaktadır. Epilepsi hastalarında en sık bildirilen başvuru nedenleri arasında davranışsal sorunlar, anksiyete belirtileri ve ilaç yan etkileri ön plana çıkmıştır. Bu bulgu, epilepsi ile psikiyatrik komorbiditeler arasındaki güçlü ilişkiyi desteklemektedir (68).

Parkinson hastalarında ise ilaç yan etkileri, depresif belirtiler ve somatik yakınmalar en sık yönlendirilme nedenleri arasında yer almaktadır. Yapılan çalışmalarda, parkinson hastalığında depresyon ve anksiyete bozukluğunun %50'ye varan oranlarda görüldüğü ve yaşam kalitesini ciddi biçimde etkilediği bildirilmiştir (69).

Demans tanısı alan bireylerde ise en sık başvuru nedeni depresif şikayetler olup, psikotik belirtiler ve davranışsal bozukluklar da diğer nedenler arasında dikkat çekmektedir.

Bu bulgu, demans hastalarında ortaya çıkan davranışsal ve psikiyatrik semptomların KLP kapsamında değerlendirilmesinin önemini ortaya koymaktadır (70).

Diğer bir hastalık grubu olan romatolojik hastalıklarda ise depresif belirtiler ve tedavi uyumsuzluğu öne çıkmakta; özellikle romatoid artrit hastalarında depresyon oranlarının genel popülasyona kıyasla anlamlı düzeyde yüksek olduğu bilinmektedir. Bu durum, hastalık yükünün psikiyatrik belirtileri tetikleyici rolünü göstermektedir (71)

Romatolojik hastalıklar yalnızca otoimmün süreçlerle değil, aynı zamanda kronik ağrı ile de karakterizedir. Özellikle fibromiyalji gibi sendromlarda görülen yaygın ağrıya depresyon ve anksiyete bozukluğu yüksek oranda eşlik etmektedir. Kronik ağrı hem yaşam kalitesini düşürmekte hem de psikiyatrik destek ihtiyacını artırmaktadır (72).

Çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak, romatolojik hastalık grubundaki hastaların en sık depresif belirtilerle başvurduğu, bunu ilaç yan etkileri ve anksiyete şikayetlerinin izlediği görülmüştür. Tanısal değerlendirmelerde ise bu hastalara konulan en yaygın DSM-5 tanılarının depresif bozukluklar, somatik belirti bozukluğu ve anksiyete bozuklukları olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar, kronik inflamasyon, uzun süreli ağrı, tedaviye uyum güçlükleri ve yaşam kalitesindeki düşüş gibi etkenlerin,

romatolojik hastalarda psikiyatrik eş tanı riskini artıran önemli faktörler olduğunu göstermektedir.

KLP'ye başvuran dermatoloji hastalarında ise özellikle somatik belirtiler ve psikotik yakınmalar belirgin olup; delüzyonel parazitoz gibi tablolar KLP açısından tanısız güçlük yaratmaktadır. Bu durum, psikiyatrik değerlendirme gereksiniminin dermatoloji pratiğinde de sık gündeme geldiğini göstermektedir (73).

Çalışmamızda da bu bulgularla uyumlu şekilde, dermatoloji polikliniğinden yönlendirilen 54 hastanın en sık başvuru nedenlerinin depresif belirtiler, ilaç yan etkileri ve anksiyete olduğu; DSM-5 tanılarında ise en yaygın olarak depresif bozukluklar, somatik belirti bozuklukları ve anksiyete bozukluklarının yer aldığı görülmüştür.

Bununla birlikte, özgün bir klinik örüntü olarak değerlendirilmesi gereken psikotik belirtilerle yönlendirilen 8 hastanın 5'ine şizofreni ya da ilişkili psikotik bozukluklar tanısı konulmuştur. Bu hastaların çoğunda, deri yüzeyinde parazit, böcek ya da benzeri canlıların dolaştığına dair sanrısız inançlar tanımlanmış olup bu tablo literatürde delüzyonel parazitoz olarak adlandırılmaktadır. Hastalar, yoğun kaşıntı, deride bir şey geziyormuş hissi veya ciltte tahriş hissi gibi şikayetlerle uzun süre dermatoloji takibinde kalmış; yapılan tetkiklere rağmen bu şikayetleri açıklayabilecek herhangi bir dermatolojik hastalık tespit edilememiş ve psikiyatrik değerlendirme için hastalar KLP'ye yönlendirilmiştir. Bulgularımız, KLP pratiğinde bu tür olgularda erken tanı ve doğru yönlendirme süreçlerinin önemini vurgulamakta; özellikle ayırıcı tanının yalnızca semptom temelli değil, beden algısı, gerçeklik değerlendirmesi ve inanç içeriği üzerinden de yapılması gerektiğini göstermektedir (74).

Sonuç olarak, kronik hastalığı olan ve uzun süreli izlem ile çoklu tedavi yaklaşımı gereken hastalarda psikiyatrik destek ihtiyacı daha sık gözlenmekte; bu ihtiyaç çoğu zaman karmaşık, çok boyutlu ve değişken

belirtilerle seyretmektedir. Bu nedenle KLP hizmetlerinin yalnızca anlık değerlendirmelerle sınırlı kalmaması; hastaların tedavi sürecine entegre biçimde izlenmesini ve gerektiğinde hastalara düzenli psikiyatrik değerlendirme ve müdahale sunabilecek bir takip modeline dönüşmesi önem arz etmektedir.

## **5.6. Takip Süreçleri ve Klinik Düzelleme Bulgularının Tartışılması**

Bu çalışmada psikiyatrik izlem gerektiren ve takibe alınan hastaların oranı oldukça yüksek bulunmuş (%86,1), ancak takibe alınan hastalar içinde kontrol randevularına gelmeyenlerin oranı da dikkat çekici düzeyde yüksek seyretmiştir (%54,8). Bu durum, ilk değerlendirme sonrasında psikiyatrik izlemin planlandığını ancak hasta uyumunun sınırlı kaldığını göstermektedir. Literatürde de benzer şekilde, ayaktan psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda ilk görüşme sonrası takibe devam etmeme oranlarının %30–60 arasında değiştiği bildirilmektedir (63).

Takibe devam eden 400 hastanın 253'ünde (%63,3) klinik olarak anlamlı düzeyde iyileşmenin sağlanmış olması, izlem sürecine katılımın tedavi süreci açısından olumlu bir katkı sağlayabileceğini göstermektedir.

Klinik düzelleme oranları, yalnızca farmakoterapi uygulanan hastalarla, buna ek olarak kısa süreli danışmanlık, destekleyici görüşme ya da psikoeğitim verilen hastalar arasında benzer düzeyde bulunmuştur. Tedavi yöntemi ile klinik düzelleme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,507$ ).

Bu durum, yapılan görüşmelerin kısa süreli ve sınırlı içerikte olmasının etkisini yansıtabileceği gibi, farklı tedavi biçimlerinin etkinliğini karşılaştırmak için daha derinlemesine ve yapılandırılmış çalışmalara ihtiyaç olduğunu göstermektedir. KLP pratiğinde bu bulgu, yalnızca tanı koymakla sınırlı kalmayan, izlem ve müdahale süreçlerini birlikte ele alan bir yaklaşımın önemini ortaya koymaktadır (62).

**Tablo 5.10. Takip Süreci ve Klinik Düzeltme Verileri**

| Değişken                                                                          | Sayı | Oran (%) |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------|----------|
| <b>Toplam hasta sayısı</b>                                                        | 1028 | 100      |
| <b>Takibe alınan hastalar</b>                                                     | 885  | 86,1     |
| <b>Takibe alınanlar içinde kontrole gelmeyen hastalar</b>                         | 485  | 54,8     |
| <b>Takibe gelen hastalar (kontrole en az üç kez gelen)</b>                        | 400  | 45,2     |
| <b>– Bu hastalar içinde klinik düzeltme izlenenler</b>                            | 253  | 63,3     |
| <b>– Bu hastalar içinde klinik düzeltme izlenmeyenler</b>                         | 147  | 36,7     |
| <b>Literatürde ayaktan tedavide ilk görüşme sonrası takibe devam etmeme oranı</b> | –    | %30–60   |

Takibe katılım oranı mesleki durum, medeni durum, eğitim düzeyi gibi çeşitli sosyodemografik değişkenlere göre ayrı ayrı incelenmiş, ancak bu değişkenler arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Bu sonuç, izlem davranışının çok boyutlu bir yapıya sahip olduğunu ve sadece sosyodemografik faktörlerle açıklanamayacağını göstermektedir. Bu bulgu, çalışmada yapılan ki-kare analizleriyle de desteklenmiştir. Cinsiyet ( $p = 0.061$ ), medeni durum ( $p = 0.681$ ), eğitim düzeyi ( $p = 0.429$ ) ve meslek durumu ( $p = 0.591$ ) gibi değişkenlerle takibe gelme davranışı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

**Tablo 5.11. Sosyodemografik Değişkenler ile Takibe Gelme İlişkisi**

| Değişken      | p-değeri | İstatistiksel Anlam |
|---------------|----------|---------------------|
| Cinsiyet      | 0.061    | Anlamlı değil       |
| Medeni Durum  | 0.681    | Anlamlı değil       |
| Eğitim Düzeyi | 0.429    | Anlamlı değil       |
| Meslek Durumu | 0.591    | Anlamlı değil       |

Takibe alınan hastalar arasında kontrole gelmeme oranı hem kronik hastalığı olan hem de olmayan gruplarda %54,9 olarak saptanmıştır. Buna karşılık, kontrole gelen hastalar arasında klinik düzelme oranı kronik hastalığı olan grupta daha yüksek bulunmuş (%66,0 vs. %54,9), ancak bu fark istatistiksel anlamlılık sınırına yakın olmakla birlikte anlamlı kabul edilmemiştir ( $p = 0.059$ ). Bu bulgu, kronik hastalığı olan bireylerde psikiyatrik desteğin klinik yanıt açısından belirgin katkı sağlayabileceğini düşündürmektedir. Ancak, bu grubun yüksek oranda randevusuna gelmemesi, fiziksel hastalığın getirdiği engeller, tedavi yükü ya da motivasyon eksikliği ile ilişkili olabilir (62).

**Tablo 5.12. Takibe Alınan Hastalarda Kontrole Gelmeme Durumu (Kronik Hastalık Varlığına Göre)**

| Grup                        | Kontrole Gelen (n) | Kontrole Gelmeyen (n) | Toplam Takibe Alınan | Gel (e)meme Oranı (%) |
|-----------------------------|--------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|
| Kronik Hastalığı Olanlar    | 297                | 361                   | 658                  | 54,9                  |
| Kronik Hastalığı Olmayanlar | 102                | 124                   | 226                  | 54,9                  |

**Tablo 5.13. Takibe Gelip Klinik Düzeltme Gösteren Hastalar (Kronik Hastalık Varlığına Göre)**

| Grup                        | Klinik Düzeltme (n) | Düzeltme Olmayan (n) | Toplam Kontrole Gelen | Düzeltme Oranı (%) |
|-----------------------------|---------------------|----------------------|-----------------------|--------------------|
| Kronik Hastalığı Olanlar    | 196                 | 101                  | 297                   | 66,0               |
| Kronik Hastalığı Olmayanlar | 56                  | 46                   | 102                   | 54,9               |

**Not:** Kronik hastalığı olanlarda klinik düzeltme oranı daha yüksek bulunmuştur (%66,0 vs. %54,9); fark istatistiksel anlamlılık düzeyine yakın olmakla birlikte anlamlı kabul edilmemiştir ( $\chi^2 \approx 3.57$ ,  $p=0.059$ ).

Onkoloji grubunda takibe alınan hastaların yalnızca %32,3'ü kontrole gelmişken, bu oran genel hasta grubunda %45,2 olarak saptanmıştır. İki grup arasındaki bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ( $p = 0.003$ ). Bu onkoloji hastalarının takibe alınmalarına rağmen kontrole gelmeme oranlarının daha yüksek olduğunu göstermektedir. Buna karşın, kontrol randevularına düzenli olarak gelen onkoloji hastalarının %77,8'inde klinik olarak anlamlı derecede düzeltme izlenmiş ve bu oran genel grubun klinik düzeltme oranına kıyasla istatistiksel olarak da anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $p = 0.049$ ). Bu bulgu, onkoloji hastalarının izlem sürecine katılım oranının düşük olmasına rağmen, psikiyatrik müdahale sağlandığında tedaviye yanıtlarının oldukça iyi olduğunu göstermektedir.

**Tablo 5.14. Takibe Alınanlarda Kontrole Gelme Oranı (Onkoloji ve Genel Popülasyon)**

| Grup               | Takibe Alınanlar İçinde Kontrole Gelenler (%) | İstatistiksel Anlamlılık (p) |
|--------------------|-----------------------------------------------|------------------------------|
| Onkoloji Hastaları | 32,3                                          | 0,003                        |
| Genel Popülasyon   | 45,2                                          | 0,003                        |

**Tablo 5.15. Kontrole Gelenlerde Klinik Düzeltme Oranı (Onkoloji ve Genel Popülasyon)**

| Grup               | Kontrole Gelenler İçinde Klinik Düzeltme Oranı (%) | İstatistiksel Anlamlılık (p) |
|--------------------|----------------------------------------------------|------------------------------|
| Onkoloji Hastaları | 77,8                                               | 0,049                        |
| Genel Popülasyon   | 63,8                                               | 0,049                        |

Genel olarak değerlendirildiğinde, bu çalışmada KLP polikliniği kapsamında yürütülen izlem süreçlerinin etkinliği takibe katılım durumuna doğrudan bağlı görünmektedir. Bu bulgular, KLP hizmetlerinin yalnızca tanı koyma ve öneri sunma aşamasıyla sınırlı kalmaması, tedaviye yön verme ve süreci yapılandırma açısından da aktif bir rol üstlenmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

### **5.7. Konsültasyon Uygunluğu ve Hekim Farkındalığı Bulgularının Tartışılması**

Bu çalışmada konsültasyon uygunluğu, literatürde farklı şekillerde geçen yönlendirme sınıflamalarına dayanarak üçlü bir yapı halinde değerlendirilmiştir. Grover ve Naskar (25) ile diğer bazı kaynaklarda yer alan ‘appropriate psychiatric referral, diagnostic mismatch ve inappropriate referral’ kavramları bu sınıflamanın temelini oluşturmuştur (25,26).

Bu doğrultuda konsültasyon istemleri; uygun, gerekçeyle uyumsuz ve gereksiz/uygun olmayan konsültasyonlar olmak üzere üç kategoriye ayrılmıştır. Bu yaklaşım, özellikle klinik pratikte sık karşılaşılan ancak literatürde net bir karşılığı bulunmayan sınır durumların daha anlamlı ve sistematik şekilde ele alınmasını sağlamaktadır.

Çalışmada elde edilen bulgulara göre, hastaların %52,7'sinde konsültasyon isteminin hem gerekçe hem de tanı açısından hastanın kliniği ile örtüştüğü belirlenmiş ve bu konsültasyonlar “uygun” olarak değerlendirilmiştir. Hastaların %34,4'ünde yönlendirilme gerekçesi ile hastanın kliniği arasında belirgin bir uyumsuzluk saptanmış, %12,8'inde ise konsültasyon isteminin gereksiz olduğu belirlenmiştir. Bu dağılım, yönlendirmelerin yaklaşık yarısında ruhsal belirtilerle uyumlu semptom temelli tanısall değerlendirme yapılmadığını ve hekimlerin bir kısmının psikiyatrik konsültasyon talebinde bulunurken klinik gerekçeyi yeterince tanımlayamadığını göstermektedir.

Uyumsuz gerekçeyle yapılan yönlendirmelerde (%34,4), hastalarda belirgin psikiyatrik semptomların varlığına rağmen bu belirtilerin istem formunda açık ve doğru biçimde ifade edilmediği görülmektedir. Bu durum, klinisyenlerin ruhsal semptomları tanımlama, kavramsallaştırma ve uygun şekilde iletme konusundaki sınırlılıklarını ortaya koymaktadır. Literatürde de benzer şekilde, birçok hekim psikiyatrik konsültasyonu yalnızca kriz, ajitasyon, intihar riski veya tedavi onayı gibi idari durumlarla ilişkilendirmekte; depresyon, anksiyete, uyku bozukluğu gibi daha az dramatik ancak yaygın ruhsal belirtileri fark edememektedir [42].

Onkoloji ve nöroloji gibi sık yönlendirme yapılan branşlarda, uygun yönlendirme oranlarının genel ortalamanın altında olduğu; buna karşılık uyumsuz gerekçeyle yönlendirme oranlarının daha yüksek seyrettiği saptanmıştır. Ancak bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (onkoloji vs. genel hasta grubu:  $p = 0.086$ ; onkoloji vs. kronik hastalığı olmayan grup:  $p = 0.153$ ). Bu nedenle, söz konusu farklar

kllinik gözleme dayalı eğilimler olarak değerlendirilmeli; istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmemelidir.

Bununla birlikte, özellikle onkoloji hastalarında “uyumsuz gerekçeyle yönlendirme” oranının yüksek bulunması, bazı uzmanlık alanlarında ruhsal belirtilerin yorumlanmasının daha güç olduğunu düşündürmektedir. Bedensel hastalığın öncelenmesi, semptomların organik sürece bağlanması veya ruhsal boyutun ikincil görülmesi gibi nedenler, KLP’ye yapılan yönlendirmelerin niteliğini etkilemektedir. Bu bağlamda, KLP uygulamalarının sadece psikiyatrik değerlendirme ile sınırlı kalmaması; yönlendirme sürecinde hekim farkındalığını artıran, gerekçelendirme biçimlerini zenginleştiren ve ekip içi iletişimi güçlendiren bir rol üstlenmesi önem kazanmaktadır.

**Tablo 5.16. Konsültasyon Uygunluğu Genel Dağılımı**

| Konsültasyon Değerlendirmesi   | Oran (%) |
|--------------------------------|----------|
| Uygun                          | 52,7     |
| Uyumsuz Gerekçeyle Yönlendirme | 34,4     |
| Gereksiz Konsültasyon          | 12,8     |

**Tablo 5.17. Onkoloji Hastaları ve Diğer Grupların Konsültasyon Uygunluğunun Karşılaştırması**

| Karşılaştırma                              | İstatistiksel Anlamlılık (p) | Anlamlılık Yorumu |
|--------------------------------------------|------------------------------|-------------------|
| Onkoloji vs. Genel Grup                    | 0.086                        | Anlamlı değil     |
| Onkoloji vs. Kronik Hastalığı Olmayan Grup | 0.153                        | Anlamlı değil     |

Gereksiz konsültasyon istemi yapılan hastaların oranı genel grupta %12,8 olarak bulunmuş; bu hastalarda psikiyatrik bir tanı düşünülmemiş ya da değerlendirme genellikle rapor talebi, taburculuk onayı veya idari amaçlarla yapılmıştır. Bu tür yönlendirmeler KLP biriminin iş yükünü artırmakta, aynı zamanda psikiyatrik değerlendirmenin zaman ve kaynak açısından etkinliğini azaltabilmektedir (29).

Bu sonuçlar, psikiyatrik değerlendirme uygunluğunun yalnızca hastaya değil, aynı zamanda gönderen hekimin bilgi düzeyine, farkındalığına ve konsültasyona atfettiği değere bağlı olduğunu göstermektedir. Bu bağlamda, hekimlere yönelik ruhsal belirti eğitiminin artırılması, yönlendirme notlarının standartlaştırılması ve KLP'nin tıbbi ekip içerisinde daha görünür hale getirilmesi önerilmektedir. Aynı zamanda KLP hizmetlerinin sadece pasif biçimde danışmanlık sağlamakla sınırlı kalmayıp, eğitici ve sistem yapılandırıcı bir işlev de üstlenmesi gerektiği açıktır.

## **5.8. Yöntemsel Sınırlılıklar**

Bu çalışmanın bazı güçlü yönleri olmakla birlikte, yöntemsel sınırlılıkları da dikkate alınmalıdır. Öncelikle çalışma tasarımı geriye dönük (retrospektif) nitelikte olup, veriler hastane bilgi yönetim sistemi ve konsültasyon kayıtları üzerinden elde edilmiştir. Bu durum, bazı klinik detaylara ve hekimin gözlemlerine ulaşımında kısıtlılık yaratmakta, yorumlama açısından sınırlı bilgi sunmaktadır.

Çalışma yalnızca ayaktan yönlendirilen hastaları kapsamaktadır. Yatan hasta servislerinden istenen konsültasyonlar, acil servis başvuruları ve çocuk-ergen yaş grubuna ait veriler değerlendirme dışında bırakılmıştır. Bu nedenle elde edilen bulgular yalnızca erişkin yaş grubunda, ayaktan yapılandırılmış KLP modeliyle sınırlı bir örnekleme dayanmaktadır.

Veri seti üzerinden elde edilen bilgiler konsültasyon istem notlarına, klinik değerlendirme formlarına ve sistem kayıtlarına dayanmakta olup; bazı hastalarda muayene notu eksiklikleri, yönlendirme gerekçesinin açık belirtilmemesi veya DSM-5 tanıların ayrıntılı yazılmaması gibi kayıt kaynaklı sorunlar yaşanmıştır. Bu durum özellikle yönlendirme uygunluğu gibi değişkenlerde veri eksikliği riski taşımaktadır.

Ayrıca çalışmada ölçülen klinik düzelme değişkeni, hastaların kontrole gelme durumu ve klinisyenin “anlamlı düzelme” değerlendirmesi üzerinden yapılandırılmıştır. Bu ölçüm nesnel değerlendirme ölçeklerinden ziyade klinik izlem notlarına dayandığı için, bazı subjektiflikler içerebilir.

Son olarak, çalışma tek merkezli bir araştırma olup, farklı kurumlarda yürütülen KLP hizmetlerinin örüntüsünü doğrudan yansıtmayabilir. Bu nedenle sonuçların genellenebilirliği sınırlıdır. Ancak yine de bu çalışma, özellikle ayaktan yapılandırılmış KLP hizmetlerine ilişkin verileri detaylı sunması açısından önemli bir katkı sağlamaktadır.

## **5.9. Klinik Katkılar ve Gelecek Araştırmalar İçin Öneriler**

Bu çalışmada elde edilen bulgular, KLP hizmetlerinin sadece tanı koyma ve yönlendirme aşamasıyla sınırlı kalmaması gerektiğini, aynı zamanda hastane ortamında bütüncül bir tedavi sürecinin yapılandırılmasında önemli bir rol oynadığını ortaya koymaktadır.

Özellikle ayaktan yapılandırılmış KLP polikliniği modeli, hastaların daha sistemli şekilde değerlendirildiği, izlem ve müdahale süreçlerinin daha iyi planlandığı bir yapıyı mümkün kılmıştır.

Başvuru nedenlerinin çeşitliliği, konsültasyon isteminin uygunluğu oranlarındaki değişkenlik, kronik hastalık alt gruplarındaki farklı klinik örüntüler ve takibe alınan hastalardaki düzelme oranları dikkate alındığında, KLP’nin yalnızca reaktif bir danışma hizmeti değil,

proaktif bir müdahale alanı olarak ele alınması gerektiği anlaşılmaktadır. Bu bağlamda KLP hizmetlerinin, sadece hastaya değil; aynı zamanda gönderen hekime, yönlendirme süreçlerine ve ekip içi iletişime de etki edebilecek yapılarla güçlendirilmesi önem taşımaktadır.

Bu çalışmadan elde edilen veriler ışığında, özellikle şu hususların geliştirilmesi önerilmektedir:

- Hastane ortamında tüm kliniklere yönelik ruh sağlığı farkındalığını artırıcı eğitimler düzenlenmesi
- Konsültasyon istem formlarının standartlaştırılması ve istem gerekçelerinin açık şekilde belirtilmesinin teşvik edilmesi
- KLP ekiplerinin daha multidisipliner şekilde yapılandırılması, gerekirse haftalık düzenli interdisipliner vaka toplantılarının yapılması
- Psikiyatrik takibin etkinliğini artırmak amacıyla telefon hatırlatmaları, kısa görüşmeler, online izlem gibi yöntemlerin pilot olarak uygulanması
- Özellikle onkoloji, nöroloji ve dahiliye gibi yüksek yönlendirme yoğunluğu olan branşlarda KLP'ye özgü protokollerin geliştirilmesi
- KLP polikliniğine yönlendirilen hastalarda daha nesnel sonuç ölçütlerinin (ölçekler, yapılandırılmış görüşme formları) kullanılması
- Çok merkezli ve prospektif çalışmalarla KLP hizmetlerinin genel hastane sistemine olan katkısının daha ayrıntılı biçimde değerlendirilmesi.

Sonuç olarak bu çalışma, ayaktan yürütülen KLP hizmetlerinin sadece tanıya değil; hasta izlemine, yapılan müdahalenin etkinliğine ve sistemin eğitimsel olarak yeniden yapılanmasına katkı sunabileceğini göstermektedir. Bu doğrultuda KLP hizmetlerinin yalnızca bir “psikiyatrik

değerlendirme aracı” değil, aynı zamanda bütüncül ve sürdürülebilir bir sağlık sistemi bileşeni olarak ele alınması gerekmektedir.



## 6. SONUÇ

Bu çalışma, bir üniversite hastanesinde yapılandırılmış bir şekilde hizmet veren KLP polikliniğine ayaktan başvuran hastaların çok boyutlu olarak incelenmesini kapsamaktadır. Elde edilen bulgular; hastaların psikiyatrik değerlendirme süreçlerine ilişkin örüntülerinin yanı sıra, başvuru gerekçeleri, tanı dağılımı, uygulanan tedavi yaklaşımları ve izlem süreçlerine dair önemli veriler sunmaktadır.

Çalışmaya dahil edilen 1028 hasta üzerinden yapılan analizlerde, başvuru nedenleri arasında depresif şikayetler ve anksiyete belirtilerinin ön plana çıktığı; tanı dağılımında ise yine depresif bozukluk ve anksiyete bozukluklarının en sık karşılaşılan DSM-5 tanılarını oluşturduğu görülmüştür. Bununla birlikte ilaç yan etkileri, somatik belirtiler ve uyku ile ilgili sorunlar da KLP'ye özgü başvuru nedenleri arasındadır.

Takip ve tedavi süreci analizlerinde, hastaların büyük kısmının takibe alındığı, ancak yarısından çoğunun kontrol randevularına gelmediği saptanmıştır. Takibe gelen hastalarda ise klinik düzelme oranı yüksek bulunmuştur. Bu durum KLP polikliniği tarafından yürütülen izlem sürecinin tedavi etkinliğine doğrudan katkı sunduğunu ortaya koymaktadır.

Konsültasyon uygunluğu açısından değerlendirildiğinde, her üç yönlendirme kategorisinde de dikkat çekici oranlara ulaşılmıştır. Gerekçe ile uyumsuz yapılan yönlendirmeler, hekim farkındalığı ve ruhsal belirtileri doğru ifade edebilme kapasitesine bağlı görünmektedir. Bu durum KLP birimlerinin sadece değerlendirme yapma değil, aynı zamanda yönlendiren hekimleri destekleme ve sistem içinde eğitici rol üstlenme potansiyeline de sahip olduğunu göstermektedir.

Kronik hastalık gruplarına ait alt analizlerde ise onkoloji, nöroloji ve romatolojik hastalarda özgün örüntüler saptanmıştır. Bu gruplarda başvuru nedenleri, tanı dağılımları ve takip süreçleri genel popülasyondan

farklılık göstermektedir. Özellikle onkoloji hastalarında ilk kez psikiyatriye başvuru oranı yüksek, ancak kontrol randevularına gelmeme oranı daha belirgin; buna karşın üç aylık izlem sonucunda klinik iyileşme oranı daha yüksektir.

Sonuç olarak, bu çalışma ayaktan yapılandırılmış KLP modelinin yalnızca tanısal değil; yönlendirici, izleyici ve müdahaleye rehberlik eden işlevini ortaya koymaktadır. Elde edilen bulgular, KLP hizmetlerinin güçlendirilmesi, farkındalık eğitimlerinin yaygınlaştırılması ve multidisipliner yapının daha etkin kullanılması gerektiğini vurgulamaktadır.

Bu bulgular ışığında, ayaktan yürütülen KLP hizmetlerinin hem hastalara hem de klinik sistemin işleyişine katkı sağlayacak şekilde geliştirilmesi önem arz etmektedir. Özellikle konsültasyon istem gerekçelerinin açık ve yapılandırılmış biçimde kaydedilmesi, ruhsal belirtiler konusunda hekim farkındalığının artırılması ve takibe çağrılan hastalar için izlem kolaylaştırıcı destek sistemlerinin devreye alınması, hizmet verimliliğini artıracaktır. Ayrıca farklı branşların KLP'ye yönlendirme davranışlarını karşılaştırmalı olarak ele alan, çok merkezli ve prospektif çalışmalarla bu alandaki bilgi birikiminin zenginleştirilmesi, klinik pratiğin daha bütüncül bir yapıya kavuşmasına katkı sunacaktır.

## 7. ÖZET

Bu çalışmada, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi (KLP) polikliniğine farklı tıbbi branşlardan yönlendirilen hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri, başvuru nedenleri, tanı dağılımları, yönlendirilme gerekçeleri ve izlem süreçleri kapsamlı biçimde değerlendirilmiştir.

Toplam 1028 hastanın yaş ortalaması 50,5 olup, %61,3'ü kadındır. Hastaların %50,1'i daha önce psikiyatriye hiç başvurmamışken, bu oran onkoloji hastalarında %68,2 olarak bulunmuştur. En sık bildirilen başvuru nedenleri depresif belirtiler (%18,7) ve anksiyete semptomlarıdır (%18,1). DSM-5 tanı dağılımında en yaygın tanılar depresif bozukluklar (%29,0) ve anksiyete bozuklukları (%23,8) olarak saptanmıştır.

Hastaların %86,1'ine psikiyatrik izlem önerilmiş; ancak %54,8'i planlanan kontrol randevularına katılmamıştır. Takibe alınan ve düzenli olarak kontrole gelen 400 hastanın %63,3'ünde, onkoloji hastalarının ise %77,8'inde üç ay sonunda klinik olarak anlamlı düzeyde iyileşme gözlenmiştir. Buna karşın, onkoloji hastalarının %68,8'i poliklinik kontrollerine devam etmemiştir. Bu bulgular, fiziksel hastalık yükünün poliklinik başvurularını zorlaştırabileceğini; ancak planlanan randevulara, düzenli olarak katılım sağlandığında klinik açıdan anlamlı bir iyileşme elde edilebileceğini göstermektedir.

Yönlendirmelerin %45,4'ü nöroloji polikliniğinden yapılmıştır. Bu yüksek oran, bilişsel değişiklikler, davranışsal bozukluklar ve konversif belirtiler gibi psikiyatrik semptomlarla örtüşen başvuru nedenlerinin nöroloji pratiğinde daha sık görülmesiyle ilişkilidir.

Konsültasyon istemlerinin yaklaşık yarısında (%52,7), istem gerekçesi ile psikiyatrik değerlendirme bulguları örtüşmektedir. Olguların %34,4'ünde ruhsal belirti saptanmakla birlikte, istem gerekçesi ile klinik

bulgular arasında uyum saptanmamıştır. %12,8’inde ise belirgin bir konsültasyon endikasyonu bulunmaksızın yönlendirme yapılmıştır. Bu durum, istem formlarının yeniden yapılandırılması ve sürece entegre edilecek kısa süreli klinik farkındalık eğitimlerinin, yönlendirme kalitesini artırabileceğini düşündürmektedir.

Bu çalışma, KLP polikliniğine yönlendirilen hasta grubunda ilk başvuru oranlarının yüksekliğine, izlem sürekliliği ile klinik yanıt arasındaki ilişkiye ve konsültasyon süreçlerinde karşılaşılan sistemsel zorluklara dikkat çekmektedir. KLP’nin işlevselliğinin artırılabilmesi için, konsültasyon taleplerinin daha tutarlı ve yerinde yapılmasını sağlayacak düzenlemeler ile hastaların önerilen kontrol randevularına düzenli katılımını artırmaya yönelik yapısal düzenlemelerin geliştirilmesi önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Konsültasyon-liyezon psikiyatrisi, DSM-5 tanıları, ayaktan psikiyatri, izlem süreci, yönlendirme uygunluğu

## 8. ABSTRACT

In this study, the sociodemographic and clinical characteristics, reasons for referral, diagnostic distributions, justification for consultation requests, and follow-up status of patients referred from various medical departments to the Consultation-Liaison Psychiatry (CLP) outpatient clinic at Akdeniz University Hospital were comprehensively evaluated.

The mean age of the 1028 patients was 50.5 years, and 61.3% were female. While 50.1% of the patients had no prior psychiatric consultation history, this rate was 68.2% among oncology patients. The most frequently reported reasons for referral were depressive symptoms (18.7%) and anxiety symptoms (18.1%). According to the DSM-5 diagnostic classification, depressive disorders (29.0%) and anxiety disorders (23.8%) were the most common diagnoses.

Psychiatric follow-up was recommended for 86.1% of the patients; however, 54.8% did not attend the scheduled control appointments regularly. Among the 400 patients who did attend follow-up appointments, clinically significant improvement was observed in 63.3%, and in 77.8% of oncology patients, after a three-month period. On the other hand, 68.8% of oncology patients were unable to continue the follow-up process.

Of all referrals, 45.4% were made by the neurology outpatient clinic. This high proportion is associated with the frequent presentation of symptoms such as cognitive changes, behavioral disturbances, and conversion symptoms that overlap with psychiatric manifestations in neurological practice. In approximately half of the consultation requests (52.7%), the stated reason for referral matched the findings of the psychiatric evaluation. In 34.4% of the cases, psychiatric symptoms were detected but did not align with the initial referral reason. In 12.8% of the cases, the consultation was requested without a clear indication for psychiatric assessment. These findings highlight the need to revise

consultation request forms and suggest that short-term clinical awareness training integrated into the referral process may help improve the appropriateness of consultation requests.

This study draws attention to the high rate of first-time psychiatric referrals within the CLP outpatient population, the relationship between continuity of follow-up and clinical outcomes, and the systemic challenges encountered during the consultation process. To enhance clinical effectiveness, it is recommended to implement regulatory measures that ensure more consistent and appropriate consultation requests and to develop structural improvements that support patients' regular attendance at scheduled follow-up appointments.

**Keywords:** Consultation-liaison psychiatry, DSM-5 diagnoses, outpatient psychiatric care, follow-up process, appropriateness of referral

## 9. KAYNAKLAR

1. Lipowski ZJ. Current trends in consultation-liaison psychiatry. *Can J Psychiatry*. 1983;28(5):329–38.
2. Çam Z, Sarı Ö. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi: Klinik uygulamalardan güncel yaklaşımlara. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2016;8(4):310–22.
3. Kravitz RL, Franks P, Feldman M, Franz C, Azari R, Gerrity M, et al. What drives referral from primary care physicians to mental health specialists? *J Gen Intern Med*. 2006;21(6):584–9.
4. Williams JW, Rost K, Dietrich AJ, Ciotti MC, Zyzanski SJ, Cornell J. Primary care physicians' approach to depressive disorders: effects of physician specialty and practice structure. *Arch Fam Med*. 1999;8(1):58–67.
5. Grover S, Naskar C. Models of consultation-liaison psychiatry: a scoping review. *J Ment Health Hum Behav*. 2023;28:116–25.
6. Wood R, Wand APF. Referrals to a consultation-liaison psychiatry outpatient clinic: an observational study. *Australas Psychiatry*. 2014;22(4):350–3.
7. Mayou R. Consultation-liaison psychiatry in the general hospital: the developing role of the psychiatrist. *Gen Hosp Psychiatry*. 1989;11(5):329–34.
8. Lipowski ZJ. Consultation-liaison psychiatry: the first half century. *Gen Hosp Psychiatry*. 1986;8(5):305–15.
9. Henry GW. Some modern aspects of psychiatry in general hospital practice. *Am J Psychiatry*. 1929;86:481–99.
10. Billings EG. The psychiatric liaison department of the University of Colorado medical school and hospitals. *Am J Psychiatry*. 1966;122:128–33.

11. Kumbasar H. Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi Bilim Dalı hakkında. Psikiyatride Guncel Yaklasimlar. 2016;8(4):310–22.
12. Özkürkçügil A. Türkiye’de Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi: gelişim süreci, sorunlar ve çözüm önerileri. Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi Dergisi. 2007;1(1):6–10.
13. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 1977;196(4286):129–36.
14. Lipowski ZJ. Psychosomatic medicine in the 21st century. Psychosom Med. 1984;46(2):93–7.
15. Borrell-Carrió F, Suchman AL, Epstein RM. The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. Ann Fam Med. 2004;2(6):576–82.
16. Wood R, Wand A. The effectiveness of consultation-liaison psychiatry in the general hospital setting: a systematic review. J Psychosom Res. 2014;76(3):175–92.
17. Evans R, Connell J, Barkham M, Dawson K, Mason S. The impact of different liaison psychiatry models on the emergency department: a systematic review. J Psychosom Res. 2019;119:53–64.
18. Oldham M, Desan P, Kaufmann C, Cheung EH. Proactive consultation-liaison psychiatry: American Psychiatric Association resource document. J Acad Consult Liaison Psychiatry. 2021;62(2):169–85.
19. Helz J, Thompson T. Consultation-liaison models for teaching psychiatry to primary care physicians. Adv Psychosom Med. 1990;20:1–16.
20. Davies W, Holland C. RAID: a positive psychology approach to managing difficult behaviour. APT Press; 2012.

21. Lipowski ZJ. Consultation–liaison psychiatry: a historical perspective. *Gen Hosp Psychiatry*. 1983;5(1):3–16.
22. Kishi Y, Meller WH. Follow-up of patients seen by consultation-liaison psychiatry in the general hospital. *Gen Hosp Psychiatry*. 2013;35(6):563–6.
23. Shi Y, Wang Y, Wu Y. Prevalence and associated factors of depression and anxiety among patients in general hospitals: a multicenter cross-sectional study in China. *Front Psychiatry*. 2022;13:867112.
24. Haaga DA, Levenson JL. Psychiatric disorders in chronic medical illness. In: Levenson JL, editor. *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychosomatic Medicine*. 2nd ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2020. p. 1221–34.
25. Grover S, Avasthi A, Kate N, Chakrabarti S. Appropriateness and quality of psychiatric referrals: a study from a general hospital in India. *Gen Hosp Psychiatry*. 2021;69:60–5.
26. Leentjens AFG, Rundell JR, Wolcott DL, Guthrie E. Psychiatric consultation in general medical settings: a review of its effectiveness. *Harv Rev Psychiatry*. 2013;21(4):207–16.
27. Pisani L, D’Agostino A, Amore M. Diagnostic agreement between physicians and a consultation–liaison psychiatry service. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(2):749.
28. Bourgeois JA, Cohen MA, Erickson JM. Process of psychiatric consultation in the medical setting. *Focus (Am Psychiatr Publ)*. 2013;11(4):441–50.
29. Kar SK, Tripathi A, Bhatia T. An audit of inpatient consultation-liaison psychiatry services at an Indian general hospital. *Indian J Soc Psychiatry*. 2023;39(1):68–74.

30. Smith RC, Lyles JS, Gardiner JC, et al. Primary care clinicians treat somatization as a diagnosis and not a symptom. *Arch Intern Med*. 2003;163(3):323–8.
31. Henderson C, Noblett J, Parke H, et al. Mental illness stigma among mental health professionals: a systematic review. *Lancet Psychiatry*. 2014;1(4):270–82.
32. Thompson TL, Thompson MA. Physicians' attitudes toward psychiatric illness and referral behavior: a review. *Gen Hosp Psychiatry*. 1990;12(3):176–90.
33. Corrigan PW, Watson AC, Barr L. The self-stigma of mental illness: implications for self-esteem and self-efficacy. *J Soc Clin Psychol*. 2005;25(8):875–84.
34. Yanos PT, Lucksted A, Drapalski AL, Roe D, Lysaker PH. Interventions targeting mental health self-stigma: a review and comparison. *Psychiatr Rehabil J*. 2017;40(3):229–43.
35. Lipowski ZJ. Somatization: the concept and its clinical application. *Am J Psychiatry*. 1988;145(11):1358–68.
36. Mayou R, Sharpe M. Somatoform disorders: a cognitive-behavioural approach to classification and treatment. *Psychol Med*. 1995;25(6):1211–9.
37. Strain JJ, Friedman MJ. Adjustment disorders in the medically ill: a clinician's guide to diagnosis and treatment. *Am J Psychiatry*. 1998;155(1):1–10.
38. Rundell JR, Wise MG, Kathol RG, Cassem NH. *DSM-5 Clinical Cases in Consultation-Liaison Psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2015.
39. Grover S, Avasthi A. Delirium and other psychiatric disorders in the general hospital. *Indian J Psychiatry*. 2020;62(Suppl 3):S285–S293.

40. Corrigan PW. How stigma interferes with mental health care. *Am Psychol*. 2004;59(7):614–25.
41. Levenson JL, Kunik ME, Moeller FG. Psychiatric issues in chronic medical illness. *Curr Opin Psychiatry*. 2021;34(2):123–9.
42. Clarke DM, Currie KC. Depression, anxiety and their relationship with chronic physical conditions: a review of the epidemiology, risk and treatment evidence. *Med J Aust*. 2009;190(7 Suppl):S54–S60.
43. Aaron RV, Ravyts SG, Carnahan ND, Bhattiprolu K, Harte N, McCaulley CC, et al. Prevalence of depression and anxiety among adults with chronic pain: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 2025;8(3):e250268.
44. Katon W. Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. *Biol Psychiatry*. 2003;54(3):216–26.
45. Holland JC. History of psycho-oncology: overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychooncology*. 1989;7(1):1–12.
46. Kumbasar H. Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi ve Psikoonkoloji. *Türk Klin Tıp Bil Derg*. 2021;41(2):130–6.
47. Koç Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı. Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi [Internet]. 2023 [cited 2025 Apr 21]. Available from: <https://psikiyatri.ku.edu.tr/konsultasyon-liyezon-psikiyatrisi/>
48. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi Bilim Dalı. Hakkında [Internet]. 2023 [cited 2025 Apr 21]. Available from: <https://medicine.ankara.edu.tr/konsultasyon-liyezon-psikiyatrisi>
49. Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi. Psikiyatri Kliniği [Internet]. [cited 2025 Apr 21]. Available from: <https://camsakurasehir.saglik.gov.tr/TR-1082692/psikiyatri.html>

50. Kumbasar H. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda Konsültasyon Liyezon Çalışmaları ve yeni bir uygulama. *Kriz Derg.* 2003;3(1–2):42–52.
51. TOBB Ekonomi ve Teknoloji Üniversitesi. Psikiyatri Topluluğu 11–12 Ocak 2025 tarihinde Konsültasyon ve Liyezon Psikiyatrisi Sempozyumu gerçekleştirilecektir [Internet]. 2024 [cited 2025 Apr 21]. Available from: <https://www.etu.edu.tr/tr/duyuru/tobb-etu-psikiyatri-toplulugu-11-12-ocak-2025-tarihinde-konsultasyon-ve-liyezon-psikiyatrisi-sempozyumu-gerceklesecektir>
52. Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi Bilim Dalı. Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi [Internet]. [cited 2025 Apr 21]. Available from: <https://klp-bd.com/konsultasyon-liyezon-psikiyatrisi/>
53. Türkiye Psikiyatri Derneği. Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi Yan Dalı hakkında görüş [Internet]. 2020 [cited 2025 Apr 21]. Available from: <https://psikiyatri.org.tr/2270/konsultasyon-liyezon-psikiyatrisi-yan-dali-hakkinda-gorus>
54. Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi Bilim Dalı. Hakkımızda [Internet]. [cited 2025 Apr 21]. Available from: <https://klp-bd.com/hakkimizda/>
55. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı. Konsültasyon ve Liyezon Bilim Dalı [Internet]. 2023 [cited 2025 Apr 21]. Available from: [https://egehastane.ege.edu.tr/tr-2311/konsultasyon\\_ve\\_liyezon\\_bilim\\_dali.html](https://egehastane.ege.edu.tr/tr-2311/konsultasyon_ve_liyezon_bilim_dali.html)
56. Anuk D, Özkan M, Alçalar AN. İ.Ü. İTF Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Bilim Dalı Psikoönkoloji çalışmalarının 2 yıllık dökümü. In: V. Ulusal Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi Kongresi; 1998; İstanbul. p. 174–81. Available from: <https://avesis.istanbul.edu.tr/yayin/82fc1dfe-2d25-4fba-92ea-d5575fa19fce/i-u-itf-konsultasyon-liyezon-psikiyatrisi-bilim-dali-psikoönkoloji-calismalarinin-2-yillik-dokumu>

57. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Tanıtım Sayfası [Internet]. 2024 [cited 2025 Apr 21]. Available from: <https://hastane.gazi.edu.tr/view/page/295038/ruh-sagligi-ve-hastaliklari-anabilimdali>
58. Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Tanıtım Sayfası [Internet]. 2024 [cited 2025 Apr 21]. Available from: <https://hastane.deu.edu.tr/index.php/doktorlarimiz/43-tibbi-birimlerimiz/174-ruh-sagligi-ve-hastaliklari.html>
59. Hacettepe Üniversitesi. Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi Tezsiz Yüksek Lisans Programı [Internet]. 2023 [cited 2025 Apr 21]. Available from: [https://akts.hacettepe.edu.tr/program\\_detay.php?prg\\_oid=PRGRAM\\_0000000000000000000000000000744&birim\\_kod=2085&programduzey=3&submenuheader=2&durum=&prg\\_kod=20851](https://akts.hacettepe.edu.tr/program_detay.php?prg_oid=PRGRAM_0000000000000000000000000000744&birim_kod=2085&programduzey=3&submenuheader=2&durum=&prg_kod=20851)
60. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı – Hakkımızda ve Çalışma Alanlarımız [Internet]. 2023 [cited 2025 Apr 21]. Available from: [https://hastane.akdeniz.edu.tr/tr/ruh\\_sagligi\\_ve\\_hastaliklari\\_anabilim\\_dali\\_hakki\\_mizda\\_calisma\\_alanlarimiz-10867](https://hastane.akdeniz.edu.tr/tr/ruh_sagligi_ve_hastaliklari_anabilim_dali_hakki_mizda_calisma_alanlarimiz-10867)
61. Picardi A, Adler D, Abeni D, Baliva G. Gender differences in the perception of distress and psychiatric illness in consultation-liaison settings. *Psychosomatics*. 2007;48(6):408–14.
62. Stiefel F, de Jonge P. *Psychiatric consultation in general medicine*. Cham: Springer; 2018.
63. Mojtabai R, Olfson M. Dropout from outpatient mental health care in the United States. *Psychiatr Serv*. 2006;57(3):342–8.

64. Katon WJ, Lin EH, Kroenke K. Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. *Biol Psychiatry*. 2003;54(3):216–26.
65. Ünal Ş, Soygür H, et al. Konsültasyon-liyezon psikiyatri pratiğinde tanı örüntüsü: 5 yıllık retrospektif analiz. *Klinik Psikiyatri Derg*. 2016;19:135–44.
66. Yates C, Mitchell N, Rush B. Referrals to a liaison psychiatry service in a tertiary neurological centre: a 12-month analysis. *Adv Psychiatr Treat*. 2012;18(4):292–9.
67. Karadağ F, Yıldız D, Yıldız A, Yıldız M. Psychiatric disorders during pregnancy and postpartum period. *Eurasian J Med*. 2023;55(1):61–9.
68. Sander JW, Stephen LJ. Psychiatric comorbidities in epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2021;117:107891.
69. Chaudhuri KR, Healy DG, Schapira AH. Non-motor symptoms of Parkinson's disease: diagnosis and management. *Lancet Neurol*. 2006;5(3):235–45.
70. Cummings JL, Mega MS. *Neuropsychiatry and behavioral neuroscience*. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2020.
71. Matcham F, Rayner L, Steer S, Hotopf M. The prevalence of depression in rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. *Rheumatology*. 2013;52(12):2136–48.
72. Clauw DJ. Fibromyalgia: a clinical review. *JAMA*. 2014;311(15):1547–55.
73. Trabert W. Delusional parasitosis. *Stud Dermatol*. 1995;45:153–7.
74. Lepping P, Freudenmann RW. Delusional parasitosis: a new pathway for diagnosis and treatment. *Clin Exp Dermatol*. 2008;33(2):113–7.  
doi:10.1111/j.1365-2230.2007.02635.x

Bu tez çalışması, 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ve ilgili mevzuat hükümlerine uygun olarak yürütülmüştür.

