

T.C
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP
FAKÜLTESİ RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI'NA 2014 İLE 2019
YILLARINDAKİ YATAKLI SERVİS VE ACİL
SERVİS BİRİMİNDEN GELEN
KONSÜLTASYONLARIN VE SONUÇLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

DR. HALİD ESAD YAVAŞ

UZMANLIK TEZİ

İZMİR-2021

T.C
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP
FAKÜLTESİ RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI'NA 2014 İLE 2019
YILLARINDAKİ YATAKLI SERVİS VE ACİL
SERVİS BİRİMİNDEN GELEN
KONSÜLTASYONLARIN VE SONUÇLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

DR. HALİD ESAD YAVAŞ

Danışman Öğretim Üyesi: Prof. Dr. H. Can Cimilli

İÇİNDEKİLER

TABLOLAR	V
KISALTMALAR	XII
TEŞEKKÜR	XIII
ÖZET	1
ABSTRACT	3
1.GİRİŞ ve AMAÇ.....	5
2.GENEL BİLGİLER.....	7
2.1 Tanım	7
2.2 Tarihçe	14
2.2.1 Psikiyatrinin Bir Yan Dalı Olarak KLP Bilim Dalı	17
2.2.2 Türkiye’de KLP Gelişimi	17
2.3 Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisinin İşlevleri	19
3. HİPOTEZLER	22
4. GEREÇ VE YÖNTEM	22
4.1 Araştırmanın Türü	22
4.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı	22
4.3 Araştırmanın Örneklemi	22
4.4 Örneklemenin Seçimi	22
4.4.1 Çalışmaya Dâhil Edilme Kriterleri	22
4.4.2 Çalışmadan Dışlama Kriterleri	23

4.5 Yöntem	23
4.6 Veri Toplama Kaynakları	27
4.6.1 Veri Kayıt Formu	27
4.7 Etik Kurul Onayı	27
4.8 Araştırmanın İstatistiği	27
5. BULGULAR	28
5.1 Örneklemenin Değerlendirilmesi	28
5.1.1 Sosyal ve Demografik Değişkenler	28
5.1.2 Örneklemenin Geçmiş Psikiyatrik İzlemi ve Hastanemiz Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Birimi İzlemi	32
5.1.3 Örneklemenin Tıbbi Tanıları	34
5.1.4 Konsültasyon İstemini Yapan Birimler	36
5.1.5 Konsültasyon İstem Nedenleri	51
5.1.6 Örnekleme Konsültasyon Sonucunda Konulmuş Olan Psikiyatrik Tanılar-Ön Tanılar..	54
5.1.7 Konsültasyonun Değerlendirilmesi Sonucunda Önerilen Tedaviler ve Yönlendirmeler.....	66
5.1.8 İntihar Girişimi	72
5.1.9 Kendine Zarar Verme Şekli	73
5.2 2014 Yılı İle 2019 Yılında Klp Birimine Konsülte Edilen Hasta Gruplarının Değerlendirilmesi	73
5.2.1 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Konsülte Edilen Hasta Gruplarının Sosyodemografik Verilerinin Karşılaştırılması	73
5.2.2 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Konsülte Edilen Hasta Gruplarının Geçmiş Psikiyatri İzlemi ve Hastanemiz Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Birimi İzlemi Karşılaştırılması	83

5.2.3 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Konsülte Edilen Hasta Gruplarının Konsültasyon İstemi Yapan Birimlerin Karşılaştırılması	87
5.2.4 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Konsülte Edilen Hasta Gruplarının Primer Çıkış Tanılarının Karşılaştırılması	91
5.2.5 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Konsülte Edilen Hasta Gruplarının Konsültasyon İstem Nedenlerinin Karşılaştırılması	94
5.2.6 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Konsülte Edilen Hasta Gruplarının Konsültasyon Sonucunda Konulmuş Olan Psikiyatrik Tanıların ve Ön Tanıların Karşılaştırılması	99
5.2.7 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Konsülte Edilen Hasta Gruplarının Konsültasyonun Değerlendirilmesi Sonucunda Önerilen Tedavilerinin ve Yönlendirmelerinin Karşılaştırılması	102
5.2.8 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Konsülte Edilen Hasta Gruplarının İntihar Girişiminin ve Kendine Zarar Vermesinin Karşılaştırılması	107
5.2.9 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Konsülte Edilen Hasta Gruplarının Deliryum Tanısı Olan ve Olmayan Olguların Yaş Ortalamasının Karşılaştırılması	109
6. TARTIŞMA	110
6.1 Sosyodemografik Veriler	110
6.1.1 Yaş	110
6.1.2 Cinsiyet	112
6.1.3 Medeni durum	112
6.1.4 Eğitim Düzeyi	113
6.1.5 Meslekler	114
6.1.6 Aile Yapısı	115
6.2 Örneklemenin Geçmiş Psikiyatri İzlemi	117
6.2.1 Örneklemenin KLP Birimi İzlemi	118

6.2.2 Örneklem Yayı Tarih ile Konsültasyon İstenme Tarihi Arasındaki Geçen Süre.....	119
6.3 Konsültasyon İstenen Birimler	120
6.4 Konsültasyon sayısı ile Hasta Başı Konsültasyon İsteminin Yatan Toplam Hastaya Oranı Üzerinden Konsültasyon İstenen Birimler ve Genel Örneklem	124
6.5 Çalışma Örneklemine Primer Çıkış Tanıları	129
6.6 Çalışma Örneklemine Konsültasyon İstenme Nedenleri	131
6.7 Konsültasyon İstemi Sonucunda Konulan Psikiyatrik Ön Tanılar-Tanılar.....	136
6.8 Konsültasyonun Değerlendirilmesi Sonucunda Önerilen Tedaviler ve Yönlendirmeler.....	141
6.9 Örneklemine Konsültasyon Değerlendirmesi Yapıldığı Zamanda Gerçekleştirmiş Olduğu İntihar Girişimi Değerlendirmesi	145
6.10 Örneklemine Konsültasyon Değerlendirmesi Yapıldığı Zamanda Gerçekleştirmiş Olduğu Kendine Zarar Verme Metodlarının Değerlendirmesi	147
6.11 İki Ayrı Yılda Deliryum Tanısı Alan ve Almayan Olguların Yaşlarının Değerlendirilmesi	147
7. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	148
7.1 Sonuçlar	148
7.2 Öneriler	151
8. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI	152
9. KAYNAKÇA	153
10. EKLER	170

TABLÖLAR

Tablo 1: Nedenleriyle birlikte çalışmadan dışlanan konsültasyonlar	24
Tablo 2: Örneklemin Yaş, Cinsiyet, Medeni Durum, Eğitim Düzeyi, Sigorta Durumu, Sahip Olunan Çocuk Sayısı, Meslek, Hane Halkı Durumu	28
Tablo 3: Örneklemin ikamet ettikleri yerleşim yerlerinin bölgelerine göre dağılımı (İzmir çıkarılmış).....	31
Tablo 4: Örneklemin geçmiş psikiyatrik izlemi	32
Tablo 5: Hastanemiz Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Birimi İzlemi	32
Tablo 6: Örneklemdaki Acil Servisten İstenen Konsültasyonlardaki geçmişte KLP birimine yapılmış konsültasyon sayısı	33
Tablo 7: Örneklemdaki Acil Servis Dışı Servislerden İstenen Konsültasyonlardaki geçmişte KLP birimine yapılmış konsültasyon sayısı	33
Tablo 8: Örneklemin Yatış Tarihi ile KLP'den Konsültasyon İstenme Tarihi Arasındaki Geçen Süre	34
Tablo 9: Örneklemdaki Acil Servisten İstenen Konsültasyonlardaki Yatış Sonrası Primer Sınıflandırılmış Çıkış Tanıları	34
Tablo 10: Örneklemdaki Acil Servis Dışı Servislerden İstenen Konsültasyonlardaki Yatış Sonrası Primer Sınıflandırılmış Çıkış Tanıları	35
Tablo 11: Konsültasyon İstemini Yapan Birimler	36
Tablo 12: Konsültasyon İstemini Yapan Birimlerin 2014 ile 2019 Yıllarındaki Sayıları.....	38
Tablo 13: Örneklemda Aynı Dönem İçinde Rekonsültasyon İstemi Yapılmış Olguların Birimler Bazında Dağılımı	40
Tablo 14: 2014 yılında birimlerden konsültasyon istem sayılarının, yatmış olan toplam hastalara oranı	42
Tablo 15: 2019 yılında birimlerden konsültasyon istem sayılarının, yatmış olan toplam hastalara oranı	44

Tablo 16: 2014 yılında birimlerden konsültasyon istemi yapılmış olan hastaların, yatmış olan toplam hastalara oranı	46
Tablo 17: 2014 yılında birimler cerrahi, dahili ve yoğun bakım olarak üçe ayrıldığında ve acil servis dışarıda tutulduğunda konsültasyon istemi yapılmış olan hastaların, yatmış olan toplam hastalara oranı	48
Tablo 18: 2019 yılında birimlerden konsültasyon istemi yapılmış olan hastaların, yatmış olan toplam hastalara oranı	48
Tablo 19: 2019 yılında birimler cerrahi, dahili ve yoğun bakım olarak üçe ayrıldığında ve acil servis dışarıda tutulduğunda konsültasyon istemi yapılmış olan hastaların, yatmış olan toplam hastalara oranı	50
Tablo 20: Örneklemde acil servisten istenen konsültasyonlar, konsültasyonların istem nedenlerine göre dağılımı	51
Tablo 21: Örneklemde acil servis dışındaki servislerden istenen konsültasyonlar, konsültasyonların istem nedenlerine göre dağılımı	52
Tablo 22: Örneklemde Konsültasyon Değerlendirmesi Sonrasında Konulmuş Olan Psikiyatrik Tanılar ve Öntanılar (Sınıflandırılmış)	54
Tablo 23: Örneklemde Konsültasyon Değerlendirmesi Sonrasında Konulmuş Olan Psikiyatrik Tanılar ve Öntanılarının 2014 ve 2019 Yıllarındaki Sayıları (Sınıflandırılmış).....	56
Tablo 24: Örneklemde Nörobilişsel Bozukluk Düşünülen Olguların Alt Sınıflandırması.....	57
Tablo 25: Örneklemde Depresif Bozukluk Düşünülen Olguların Alt Sınıflandırması.....	58
Tablo 26: Örneklemde Travma ve Stresörle İlişkili Bozukluklar Düşünülen Olguların Alt Sınıflandırması	58
Tablo 27: Örneklemde Şizofreni Spektrumu ve Psikoz ile İlişkili Bozukluklar Düşünülen Olguların Alt Sınıflandırması	59
Tablo 28: Örneklemde Bipolar ve İlişkili Bozukluklar Düşünülen Olguların Alt Sınıflandırması	60

Tablo 29: Örneklemde Anksiyete Bozuklukları Düşünülen Olguların Alt Sınıflandırması.....	61
Tablo 30: Örneklemde Uyku-Uyanıklık Bozuklukları Düşünülen Olguların Alt Sınıflandırması	61
Tablo 31: Örneklemde Madde ile İlişkili Bozukluklar ve Bağımlılık Bozuklukları Düşünülen Olguların Alt Sınıflandırması	62
Tablo 32: Örneklemde Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar Düşünülen Olguların Alt Sınıflandırması	62
Tablo 33: Örneklemde Kişilik Bozuklukları Düşünülen Olguların Alt Sınıflandırması	62
Tablo 34: Örneklemde İlaçların yol açtığı Hareket Bozuklukları ve İlaçların Diğer Yan Etkileri Düşünülen Olguların Alt Sınıflandırması	63
Tablo 35: Örneklemde Yıkıcı Bozukluklar, Dürtü Denetimi ve Davranım Bozuklukları Düşünülen Olguların Alt Sınıflandırması	64
Tablo 36: Örneklemde Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar Düşünülen Olguların Alt Sınıflandırması	64
Tablo 37: Örneklemde Nörogelişimsel Bozukluklar Düşünülen Olguların Alt Sınıflandırması	64
Tablo 38: Örneklemde Dissosiyatif Bozukluklar Düşünülen Olguların Alt Sınıflandırması	65
Tablo 39: Örneklemde Beslenme ve Yeme Bozuklukları Düşünülen Olguların Alt Sınıflandırması	65
Tablo 40: Örneklemde Konsültasyon Değerlendirilmesi Sonucunda Önerilen Tedaviler.....	66
Tablo 41: Örneklemde Konsültasyon Değerlendirilmesi Sonucunda Önerilen Tedavilerin 2014 ile 2019 Yıllarındaki Sayıları	67
Tablo 42: Örneklemde Konsültasyon Değerlendirilmesi Sonucunda Önerilen Yönlendirmeler	68

Tablo 43: Örnekleme Konsültasyon Değerlendirilmesi Sonucunda Önerilen Yönlendirmelerin 2014 ile 2019 Yıllarındaki Sayıları	68
Tablo 44: Örnekleme önerilen ilaç tedavileri	69
Tablo 45: Örnekleme önerilen ilaç tedavileri (Sınıflandırılmış)	71
Tablo 46: Örneklemin Konsültasyon Değerlendirmesi Yapıldığı Zamanda Gerçekleştirmiş Olduğu İntihar Girişimi Değerlendirmesi	72
Tablo 47: Örnekleme kendine zarar verme davranışı olanlarda, kendine zarar verme şekli	73
Tablo 48: 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Acil Servisten Konsülte Edilen Hasta Gruplarının Yaş Ortalaması Karşılaştırılması	73
Tablo 49: 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Acil Servis Dışı Servislerden Konsülte Edilen Hasta Gruplarının Yaş Ortalaması Karşılaştırılması	74
Tablo 50: 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Acil Servisten Konsülte Edilen Hasta Gruplarında Cinsiyet Karşılaştırılması	74
Tablo 51: 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Acil Servis Dışı Servislerden Konsülte Edilen Hasta Gruplarında Cinsiyet Karşılaştırılması	74
Tablo 52: 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Acil Servisten Konsülte Edilen Hasta Gruplarında Medeni Durumlarının Karşılaştırılması	75
Tablo 53: 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Acil Servis Dışı Servislerden Konsülte Edilen Hasta Gruplarında Medeni Durumlarının Karşılaştırılması	75
Tablo 54: 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Acil Servisten Konsülte Edilen Hasta Gruplarında Eğitim Düzeyi Karşılaştırılması	76
Tablo 55: 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Acil Servis Dışı Servislerden Konsülte Edilen Hasta Gruplarında Eğitim Düzeyi Karşılaştırılması	77
Tablo 56: 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Acil Servisten Konsülte Edilen Hasta Gruplarının Sosyal Güvence Açısından Karşılaştırılması.....	78

Tablo 57: 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Acil Servis Dışı Servislerden Konsülte Edilen Hasta Gruplarının Sosyal Güvence Açısından Karşılaştırılması.....	78
Tablo 58: 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Acil Servisten Konsülte Edilen Hasta Gruplarında Meslek Karşılaştırılması	79
Tablo 59: 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Acil Servis Dışı Servislerden Konsülte Edilen Hasta Gruplarında Meslek Karşılaştırılması	80
Tablo 60: 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Acil Servisten Konsülte Edilen Hasta Gruplarında Aile Yapısının Karşılaştırılması	81
Tablo 61: 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Acil Servis Dışı Servislerden Konsülte Edilen Hasta Gruplarında Aile Yapısının Karşılaştırılması	82
Tablo 62: 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Acil Servisten Konsülte Edilen Hasta Gruplarında Geçmiş Psikiyatri İzlemi Karşılaştırılması	83
Tablo 63: 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Acil Servis Dışı Servislerden Konsülte Edilen Hasta Gruplarında Geçmiş Psikiyatri İzlemi Karşılaştırılması	83
Tablo 64: 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Acil Servisten Konsülte Edilen Hasta Gruplarında Geçmiş KLP Birimi İzlemi Karşılaştırılması	84
Tablo 65: 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Acil Servis Dışı Servislerden Konsülte Edilen Hasta Gruplarında Geçmiş KLP Birimi İzlemi Karşılaştırılması	85
Tablo 66: 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Acil Servisten Konsülte Edilen Hasta Gruplarında Geçmiş Hastanemiz KLP Birimine Danışılma Sayısı Ortalaması Karşılaştırılması.....	85
Tablo 67: 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Acil Servis Dışı Servislerden Konsülte Edilen Hasta Gruplarında Geçmiş Hastanemiz KLP Birimine Danışılma Sayısı Ortalaması Karşılaştırılması.....	86
Tablo 68: 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Acil Servis Dışı Birimlerden Konsülte Edilen Hasta Gruplarında Yatışı ile Konsültasyon İstem Arasındaki Süre Ortalaması Karşılaştırılması	86

Tablo 69: 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Acil Servis Dışı Servislerden Konsülte Edilen Hasta Gruplarının Konsültasyon İstenen Bölüm Açısından Karşılaştırılması.....	87
Tablo 70: 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Birimlerden Konsülte Edilen Hasta Gruplarının Konsültasyon İstenen Bölümlerin Sınıflandırılmış Halinin Karşılaştırılması.....	89
Tablo 71: 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Acil Servisten Konsülte Edilen Hastaların Karşılaştırılması	89
Tablo 72: 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Acil Servis Dışı Servislerden Konsülte Edilen Hastaların Karşılaştırılması	90
Tablo 73: 2014 Yılında KLP Birimine Dahili Birimlerden ve Cerrahi Birimlerden Konsülte Edilen Hastaların Karşılaştırılması	90
Tablo 74: 2019 Yılında KLP Birimine Dahili Birimlerden ve Cerrahi Birimlerden Konsülte Edilen Hastaların Karşılaştırılması	91
Tablo 75: 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Acil Servisten Konsülte Edilen Hasta Gruplarının Primer Çıkış Tanıları Açısından Karşılaştırılması	91
Tablo 76: 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Acil Servis Dışı Servislerden Konsülte Edilen Hasta Gruplarının Primer Çıkış Tanıları Açısından Karşılaştırılması.....	92
Tablo 77: 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Acil Servisten Konsülte Edilen Hasta Gruplarının Konsültasyon İstem Nedenleri Açısından Karşılaştırılması.....	94
Tablo 78: 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Acil Servis Dışı Servislerden Konsülte Edilen Hasta Gruplarının Konsültasyon İstem Nedenleri Açısından Karşılaştırılması.....	96
Tablo 79: 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Acil Servisten Konsülte Edilen Hasta Gruplarının Sınıflandırılmış Psikiyatrik Tanı ve Ön Tanılar Açısından Karşılaştırılması.....	99

Tablo 80: 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Acil Servis Dışı Servislerden Konsülte Edilen Hasta Gruplarının Sınıflandırılmış Psikiyatrik Tanı ve Ön Tanılar Açısından Karşılaştırılması.....	101
Tablo 81: 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Acil Servisten Konsülte Edilen Hasta Gruplarının Önerilen Tedaviler Açısından Karşılaştırılması.....	102
Tablo 82: 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Acil Servis Dışı Servislerden Konsülte Edilen Hasta Gruplarının Önerilen Tedaviler Açısından Karşılaştırılması	104
Tablo 83: 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Acil Servisten Konsülte Edilen Hasta Gruplarının Önerilen Yönlendirmeler Açısından Karşılaştırılması.....	105
Tablo 84: 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Acil Servis Dışı Birimlerden Konsülte Edilen Hasta Gruplarının Önerilen Yönlendirmeler Açısından Karşılaştırılması.....	106
Tablo 85: 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Acil Servisten Konsülte Edilen Hasta Gruplarının İntihar Girişimi Açısından Karşılaştırılması.....	107
Tablo 86: 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Acil Servis Dışı Servislerden Konsülte Edilen Hasta Gruplarının İntihar Girişimi Açısından Karşılaştırılması.....	108
Tablo 87: 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Acil Servisten Konsülte Edilen Hasta Gruplarının Kendine Zarar Verme Davranışı Açısından Karşılaştırılması.....	108
Tablo 88: 2014 Yılında KLP Birimine Konsülte Edilen Hastalarda Deliryum Tanısı Olan ve Olmayan Olguların Yaş Ortalaması Karşılaştırması.....	109
Tablo 89: 2019 Yılında KLP Birimine Konsülte Edilen Hastalarda Deliryum Tanısı Olan ve Olmayan Olguların Yaş Ortalaması Karşılaştırması.....	110

KISALTMALAR

Ort: Ortalama

SS: Standart Sapma

KLP: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi

DSM-V: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı veya Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı 5. Versiyon (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition)

Ark: Arkadaşları



,

TEŞEKKÜR

Birlikte çalışma şansına sahip olduğum için büyük onur duyduğum, her konuda destek olup meslek yaşamımda bana yol gösteren değerli hocam, tez danışmanım Prof. Dr. H. Can CİMİLLİ'ye,

Uzmanlık eğitimim boyunca birikimlerini, deneyimlerini bize aktaran ve desteklerini esirgemeyen sayın hocalarım Prof. Dr. Tunç ALKIN, Prof. Dr. Köksal ALPTEKİN, Prof. Dr. Beyazıt YEMEZ, Prof. Dr. Ayşegül YILDIZ, Prof. Dr. Ayşegül Özerdem, Prof. Dr. Berna Binnur AKDEDE, Prof. Dr. Elif ONUR AYSEVENER, Doç. Dr. Emre BORA, Doç. Dr. Neşe DİREK TECİRLİ ve Doç. Dr. Tolga BİNBAY'a,

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları rotasyonumdan bu yana yardımlarını esirgemeyen, DEÜ Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nın değerli öğretim üyeleri Prof. Dr. Aynur AKAY, Prof. Dr. Neslihan İNAL, Prof. Dr. Şahbal ARAS, Doç. Dr. Burak BAYKARA, Doç. Dr. Sevay ALŞEN GÜNEY, Doç. Dr. Burcu SERİM DEMİRGÖREN'e,

Uzmanlık eğitimim süresince desteklerini hep yanımda hissettiğim, en zor zamanlarda yardıma koşan sevgili meslektaşlarım, aynı zamanda dostlarım Uzm. Dr. Berkant SAĞIR, Uzm. Dr. Mervegül ERTEKİN ŞİMŞEK, Uzm. Dr. Çağatay ERMİŞ, Dr. Taner Buğra TAN, Dr. Mahmut KOÇOĞLU, Dr. Eldem GÜVERCİN, Dr. Muhammed Yusuf KELEŞ, Dr. Tufan BURAN, Dr. Mustafa Burak UYAR, Dr. Oğuzhan ŞİMŞEK'e

Hem asistanlığımda hem de tez sürecinde destek olup, kendimi geliştirmemde ve hayallerimi gerçekleştirmemde büyük katkıları olan Dr. İsmail GÜLER, Dr. Burak ÇELİK, Dr. Elif Ceren ÇÜMEN, Dr. Cihan DOĞAN, Dr. İsmail TÜRKEÇ, Dr. Yılmaz Can TÜZÜN, Dr. Alp Çağatay KANGAL, Dr. Zeynep TEMİZELLİLER, Dr. Gizem Gönül KOYUNOĞLU, Dr. Kerime AKYOL'a

Asistanlık süresince ihtiyacımız olan her zaman yardımımıza koşan psikologlarımıza, birlikte çalıştığımız hemşire arkadaşlarımıza, anabilim dalı sekreterlerimize, poliklinik sekreterlerimize, servis sekreterimizlerimize, personellerimize,

Bugün bulunduğum noktaya gelmemde en büyük payı olan, desteklerini her zaman yanımda hissederek varlıklarından güç aldığım sevgili aileme,

Bu zorlu yolda tüm sıkıntılara ortak olan, enerjisiyle daha iyi işler yapmam için bana güç ve cesaret veren, ilham kaynağım, meslektaşım, yol arkadaşım Bahar ŞEN'e

Hepinize teşekkür ederim

Halid Esad YAVAŞ

İzmir, 2021

ÖZET

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI'NA 2014 İLE 2019 YILLARINDAKİ YATAKLI SERVİS VE ACİL SERVİS BİRİMİNDEN GELEN KONSÜLTASYONLARIN VE SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Halid Esad YAVAŞ

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD

E-posta: hldesdyvs@gmail.com

Amaç: Bu çalışmada, 2014 yılı ile 2019 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na hastane yataklı servislerinden ve acil servis biriminden gelen konsültasyonlarda yıllara göre istenme nedenleri, konsülte edilen hastaların mevcut tanıları ile psikiyatrik tanıların birlikteliği, konulan ön tanı, hastaya psikiyatrik yaklaşım, verilen tedavi önerileri ya da diğer önerilerin detaylı olarak karşılaştırılması yapılarak; yıllara göre değişim olup olmadığının araştırılması amaçlanmıştır.

Metot: Çalışma Dokuz Eylül Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda gerçekleştirilmiştir. Çalışmada 2014 yılındaki konsültasyon istemi yapılmış olan grup 2554, 2019 yılındaki grup ise 2794 olgudan oluşmaktadır. Sosyodemografik bilgilerin, geçmiş psikiyatri izleminin, konsültasyon istenmiş olan birimlerin, primer çıkış tanıların, psikiyatrik tanıların, istem nedenlerinin, konsültasyon sonucu yönlendirme ve ilaç önerilerinin, konsültasyon oranlarının, intihar girişiminin ve kendine zarar verme davranışlarının istatistiği yapılmıştır.

Bulgular: Kadınların erkeklerden daha çok konsülte edildiği saptanmıştır. 2019 yılında 2014 yılına göre acil serviste daha düşük oranda, diğer servislerde ise daha yüksek oranda hastanın konsülte edildiği saptanmıştır. Acil servisten en sık intihar girişimi ya da düşüncesi, diğer servislerden ise tedavi sırasında psikiyatrik bozukluk ya da belirtilerin ortaya çıkması nedenli konsültasyon istemi yapıldığı saptanmıştır. Yataklı servislerden konsülte edilen

hastalarda en sık primer tanısı malignite olanların konsülte edildiği saptanmıştır. 2014 yılında en sık depresif bozukluklar grubundan tanılarının konulduğu, 2019 yılında ise nörobilişsel bozukluk grubundan tanılarının en sık konulduğu saptanmıştır. Her iki yılda da dahili servislerden gelen konsültasyon oranlarının cerrahiden daha yüksek oranda olduğu, deliryum tanısı alanların daha yüksek yaş ortalamasına sahip oldukları saptanmıştır.

Sonuç: Çalışmamızda 2019 yılında 2014 yılına göre konsülte edilen hastaların yatan toplam hasta sayısına oranının daha yüksek olduğu; alt gruplarda acil ve yoğun bakım servislerinde düşme, cerrahi ve dahili servislerin oranlarında yükselme olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Konsültasyon liyezon, KLP, psikosomatik psikiyatri, acil psikiyatri

ABSTRACT

EVALUATION OF THE PSYCHIATRIC CONSULTATIONS AND RESULTS FROM THE INPATIENT AND EMERGENCY UNITS OF THE DOKUZ EYLUL UNIVERSITY HOSPITAL IN 2014 AND 2019

Dr. Halid Esad YAVAŞ

Dokuz Eylül University Faculty of Medicine, Department of Psychiatry

E-mail: hldesdyvs@gmail.com

Objective: This study aims to evaluate the psychiatric consultations of the Dokuz Eylül University Hospital in 2014 and 2019 from inpatient and emergency department units. It is aimed to investigate whether there is change over years in sociodemographic variables, psychiatric history of the patients, referred departments, referral reasons, primary diagnosis of the hospitalization, psychiatric diagnoses, treatment recommendations, and interventions.

Method: In this study, 2554 participants consisted in 2014 and 2794 participants consisted in 2019. Statistics of sociodemographic variables, psychiatric follow-up history, referred departments, primary medical diagnoses, psychiatric diagnoses, reasons of referrals, treatment recommendations, and interventions, consultation rates of the units, suicide attempt and self-harming behaviors were made.

Results: It was found that women were consulted more than men. In 2019, it was determined that less patients were consulted in the emergency department and more in other units compared to 2014. It was found that the most frequently referrals from the emergency department for suicidal attempt or thoughts, and from other services due to the emergence of psychiatric disorders or symptoms during treatment. It was found that in patients consulted from inpatient units, those with a primary diagnosis of malignancy were consulted most

frequently. It was determined that the most common diagnoses were made in the depressive disorders group in 2014, and neurocognitive disorders group in 2019. It was found that the consultation rates from internal units in both years were higher than surgery units, and those diagnosed with delirium had a higher average age.

Conclusion: In our study, it was found that in 2019, the rates of consultations to psychiatry department was higher than in 2014; In the subgroups, a decrease in the emergency and intensive care units, an increase in the rates of surgical and internal services were found

Keywords: Consultation liaison, CLP, psychosomatic psychiatry, emergency psychiatry



1. GİRİŞ VE AMAC

Konsültasyon liyezon psikiyatrisi (KLP), diğer klinik tıp alanlarıyla iş birliği içerisinde fiziksel rahatsızlıklarla ruhsal ve psikososyal durumlar arasındaki bağlantı ve etkileşimi araştıran psikiyatri alt disiplini. KLP, hastanın biyopsikososyal bir bütünlük halinde ele alınmasını sağlar ¹ KLP'nin hastaların yaşam kalitesinin artırılması, hastanede yatış sürelerinin kısaltılması, psikosomatik rahatsızlıklarda gereksiz ve masraflı tetkiklerin yapılmasının önlenmesi gibi amaçları vardır. Ayrıca konsültasyon hizmeti sunulurken psikiyatri dışı diğer sağlık personeline psikosomatik tıp hakkında eğitim verilmesi de KLP'nin amaçları arasındadır ^{2 3} Özel olarak planlanmış KLP servisleri 1935 yılından itibaren Kuzey Amerika'da faaliyetlerini sürdürmektedir. Avrupa'da KLP kavramının yerleşmesi ise daha yakın tarihlerde gerçekleşmiştir. ⁴

KLP uygulamaları üzerine yapılan çalışmalar sıklıkla konsültasyon istenmesinin nedenleri, psikiyatrik tanılarının dağılımı, konsültasyon isteyen klinikler, konsültasyon istenen tarih ile değerlendirilen tarih arasında geçen zaman gibi bazı klinik değişkenleri değerlendirmektedir. Bununla birlikte literatürde psikotropaların ne şekilde önerildiği ve hangi durumlarda önerildiğine dair de çalışmalar yer almaktadır. ⁵ Dünyanın farklı bölgelerinde psikiyatri bölümünden konsültasyon istenme oranları %0.89-5.80 arasında değişmekte iken ülkemizden bildirilen oranlar %1.37-2.80 arasındadır. ^{6 7 8} Konsültasyon isteyen bölümlerin dahili branş, cerrahi branş veya acil tıp olarak ayrıldığı Türkiye'den çalışmalar, dahili branşlar tarafından tedavi edilen tıbbi durumlara görece daha yüksek oranda psikiyatrik eş tanının eşlik ettiğini (%35.3-70.6) göstermiştir. ^{9 10}

Cerrahi branşlar için bu aralık %19.4-51.5 arasında, acil tıp polikliniği içinse %13.6-35.0 arasında değişmektedir. ^{9 11 12} Standardize görüşme tekniklerinin kullanıldığı klinik çalışmalarda, dahili ya da cerrahi birimlere yatmış olan hastaların üçte birinde eşlik eden psikiyatrik bir rahatsızlık olduğu görülmüştür ^{13 14} Onur ve ark yapmış oldukları 2007 tarihli bir çalışma da üniversitemiz hastanesinde yatmakta olan hastalarda 1998-1999 döneminde servislerden yapılmış olan konsültasyonlarda en sık Uyum Bozuklukları (%34.5) tanısının konulduğu bunu Depresif Bozukluklar (%19.8), Anksiyete Bozuklukları (%13.8), Deliryum (%9.2), Somatoform Bozuklukların (%6.3) takip ettiği; 2004-2005 döneminde ise yine servislerden yapılmış konsültasyonlarda en sık Depresif Bozukluklar (%28.7) tanısının konulduğu, bunu Uyum bozuklukları (%23), Anksiyete Bozuklukları (%11.1), Deliryum

(%8.7), Somatoform Bozuklukların (%7.4) takip ettiği görülmüştür.¹⁵ Kliniklerin psikiyatri konsültasyonu isteme eğilimlerinin en iyi göstergesi kliniklere göre psikiyatri konsültasyonu istenen / yatan hasta oranıdır. Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesinde yatan hastalar için en yüksek oranda psikiyatri konsültasyonu isteyen kliniklerin nöroloji (% 6,3) ve anestezi yoğun bakım (% 4) olduğu görülmektedir.¹⁶ Yapılan başka çalışmalarda da depresif bozukluklar ile ilgili benzer oranların olduğu görülmüştür. Psikiyatrik bozuklukların tıbbi rahatsızlığı olan hastaları olan kişilerde morbidite ve mortaliteyi arttırması, tekrarlayan hastane yatışlarında artış olması, tıbbi rahatsızlıklarda kronikleşmeye neden olması, komplikasyonlara yatkınlığı arttırması ve daha yüksek hastane giderlerine neden olması KLP birimlerine olan ihtiyacın önemini göstermektedir.^{17 18 19 20} Hastanemiz ile ilgili yapılan derlemelerde bir kalite ölçütü olarak da değerlendirilen, konsültasyon istenen hasta/ilgili servislere yatmış olan hastaların oranı yıllara göre ayrıldığında 1994 yılında %1.30, 2001 yılında %1.98, 2003 yılında %1.80, 2004 yılında %3.32 ve 2012 yılında ise %4.86 olarak saptanmıştır.²¹ 2018 yılında yapılmış olan bir çalışmada özkıyım girişiminde bulunan, deliryum tablosunda olan hastalara temel yaklaşımda KLP hizmetlerinin yaygınlaştırılmasının önemi vurgulanmıştır.²² Bu çalışmada, 2014 yılı ile 2019 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na hastane yataklı servislerinden ve acil servis biriminden gelen konsültasyonlarda yıllara göre istenme nedenleri, konsülte edilen hastaların mevcut tanıları ile psikiyatrik tanıların birlikteliği, konulan ön tanı, hastaya psikiyatrik yaklaşım, verilen tedavi önerileri ya da diğer önerilerin detaylı olarak karşılaştırılması yapılarak; yıllara göre değişim olup olmadığının araştırılması amaçlanmıştır. Ayrıca sosyodemografik özellikler, spesifik (deliryum, kronik hastalık, onkolojik hastalıklar vb) subgruplarda görülmekte olan eştanı ve şiddetlerin düzeyi, tanı ve eştanıların konsültasyonlardaki etkisi araştırılacaktır. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi alanında literatürde pek çok çalışma yer almasına rağmen, büyük örneklemli çalışmalara rastlanmamaktadır. Bu sebeple çalışmamız son dönemde konsültasyon liyezon psikiyatrisindeki değişimler hakkında literatüre katkı sunacaktır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1 Tanım

Antik dönemde, insanoğlu hastalığın fiziksel mi ruhsal mı olduğunu ayırt edemez ve anlamlandıramadığı bu ızdırabı, deneyimi tarifleyebilmek için doğa üstü, animistik (tanrılar ya da şeytani ruhlar vb) kavramlarla ilişkilendirdi. Bu hastalıkların vücuttan defedilmesi için kimi zaman fiziksel kimi zamansa spiritüel girişimlerde bulunulurdu. ²³ Her ne kadar M.Ö. 1600'lü yıllarda yazılmış olan savaş sonrası fiziksel travmalar ve müdahale yöntemlerini anlatmakta olan Edwin-Smith papirüsü bu animistik düşüncenin olmadığı kaynaklar olarak görülse de ²⁴ ²⁵ Ebers Papirüsü ve diğer papirüslerde görülebileceği gibi fiziksel ve ruhsal hastalıkların kötü ruhlar ve tanrılardan kaynaklı olduğu, tedavinin ise spiritüel olması gerektiğine yönelik öneriler görülmektedir. ²⁶ Psikoloji, anatomi ve fizyolojiyi birleştirerek ortak bir yaklaşımı ilk öneren hekim M.Ö. 460-370 yılları arasında yaşamış olan Hipokrat'tır. Doğa üstü güçler ve kötücül ruhların hastalıkların nedeni olmadığını, vücudumuzdaki bir kısım sıvıların (kan, sarı safra, mukus ve kara safra) arasındaki dengenin bozulmasının asıl neden olduğunu ifade etmiştir. Hastanın bedeni, ruhu ve çevresi arasındaki uyumun bozulmasının hastalıkların nedeni olduğunu öne sürmüştür. Bergama'lı Galen (M.Ö.30-200) ise ruhun bir beyin işlevi olduğunu belirtmiştir. ²³

Ortaçağ Avrupa'sında ise hastalıklarının kökeninin günahlardan kaynaklı olduğuna dair yaygın inanç devam etmiştir. Aynı dönem içinde İslam dünyasında İranlı Abu Zayd al-Balkhi (M.S. 850-934) ve Ali ibn al-'Abbas al-Majusi (M.S. ? – 994) bir insanın psikolojisinin ve fizyolojisinin birbirini etkileyebileceğini öne sürüp bu etkileşimi vurgulayan bir model oluşturmuşlardır. ²⁷ Rönesans'ın başlaması ile birlikte temel bilimlerdeki hızlı gelişim insan bedeninin de gözlemlenmesi ve deneyler yapılmasının önünü açmış ve araştırma üzerinden giden verilerin ortaya konulabildiği modern tıbbın ilk adımları atılmaya başlanmıştır. Descartes (M.S. 1596-1650) her ne kadar ruh ve beden ilişkisini incelemiş olsa da; beden-beyin-ruh üçlüsü arasındaki ilişkiyi felsefi olarak ele almıştır. Psikosomatik terimi ilk kez 1818 yılında Dr. Heinroth tarafından kullanılmıştır. Emil Kraepelin, Philippe Pinel ve Sigmund Freud'un

çalışmaları yeni bir dönemi açmış ve psikiyatri biliminin gelişimine büyük katkılar sağlamıştır.

23

Dora vakası ile Freud, bastırılmış duyguların ruhsal ve bedensel hastalıklara yol açtığını ortaya koymuştur. ²⁸ Canon ve Wolf benliğin savunma mekanizmalarının, fizyolojik komponentlerini ortaya koymuşlardır. Tehlike anında “savaş ya da kaç” tepkisinin araştırılması, Selye’nin “genel adaptasyon sendromu” kuramı, bu alana pek çok katkıda bulunmuştur. 50’li yıllarda Weiner’in duodenal ülser gelişen askerlerde genetik olarak belirlenen pepsinojen düzeyi yüksekliği ile birlikte zorlanma durumlarında ülser oluşumu olduğunu göstermesi psikosomatik kavramı için öncü çalışmalardan biri olmuştur. Ek olarak hipertansiyon ve koroner arter hastalığı gibi rahatsızlıklarda da benzer yapısal yatkınlıkların olduğu ortaya koyulmuştur. ^{29 30}

Psikososyal zorlanmalarla tıbbi hastalıkların ortaya çıkışı arasındaki ilişkinin 60’lı yıllardan sonraki klinik ve epidemiyolojik araştırmalarla da ortaya konulduğunu bilmekteyiz. Kayıp ve yas reaksiyonlarından sonra fiziksel rahatsızlıkların ortaya çıkabildiği, halihazırda varolan rahatsızlığın prognozunun kötüleşebildiği, niteliğinin değişebildiği ortaya konmuştur. Holmes ve Rahe ³¹; sosyokültürel, ailesel, ekonomik ya da çevresel değişimlerin psikiyatri dışı tıbbi hastalıkların gelişimini kolaylaştırdığını göstermişlerdir. Zorlayıcı yaşam olaylarının etkisi yanında, insanın kendi incinebilirlik düzeyi de hastalık gelişimi üzerine etki etmektedir. İnsanın bulunduğu çevreyi nasıl yorumladığı ve algıladığı mevcut zorlantının kişiyi hastalık sürecine götürüp götürmeyeceği konusunda belirleyici etkenlerden biridir. Bu alandaki ana araştırmalardan birisi yatkınlığı olan bir bireyde dış ortamdan gelen stresörlerin, hastalık gelişimini kolaylaştırmadaki psikofizyolojik süreçlerin anlaşılmasıdır. ²³

Dünya Sağlık Örgütü’ne göre “Sağlık, sadece hastalıkların ve rahatsızlıkların olmayışı değil, bir bütün olarak fiziki, ruhi ve sosyal açıdan iyi olma hali” olarak tanımlanmaktadır. ^{32 33} Uzun yıllardır psikososyal stresörlerin fiziki rahatsızlıklara yol açabildiği, aynı zamanda fiziki rahatsızlıklarında psikiyatrik bozukluklara ve semptomlara yol açabildiği bilinmektedir. ^{34 35 36} İlk olarak 1930’lu yıllarda hastalara biyopsikososyal bütüncül yaklaşımın uygulanmasına yönelik sistematik çalışmalar yapılmaya başlanmıştır. ²⁹ Psikiyatri doğası gereği tıp bilimleri dışında sosyoloji, felsefe, antropoloji ve doğa bilimleri olmak üzere pek çok farklı bilim dalı ile iletişim halinde olan bir tıp dalıdır. ³⁰ Bu yönüyle Psikiyatri’nin genel tıptaki yerinin; sağlığın

fiziki, ruhi ve sosyal açıdan tamamlanabilmesi için bir seçenekten çok zaruri bir ihtiyaç olduğu görülmektedir. Bu nedenle oluşturulan bilim dalı ise Konsültasyon ve Liyezon Psikiyatrisidir.

37

KLP psikiyatristin bilgi ve becerilerinin, diğer tıbbi bölümlerden tedavi almakta olan hastalarda uygulanması, uyarlanması ve geliştirilmesi ile ilgili bir bilim dalıdır.³⁸ Kavramsal ve klinik açıdan insan varlığını, sağlığını ve hastalıklarını biyopsikososyal ve çevresel bütünlüğü içinde inceleme, tanıma ve çözüm üretme gayretinin modern tıptaki uzantısıdır.²³ Genel tıp ve klinik uzmanlık dalları ile psikiyatri arasında köprü işlevi görür.³⁸ KLP'nin ilgi alanı olan hasta popülasyonu hastanedeki psikiyatri dışı bölümlere ayaktan ya da yatarak başvurmuş ve tedavisi sürmekte olan hastalardır.³⁹ KLP hastayı anlamadan hastalığın tedavi edilemeyeceği düşüncesi doğrultusunda insanın bedensel, ruhsal, sosyal bütünlüğü içinde ele alınmasına yardımcı olur.

30

KLP, psikiyatrik bozukluklar dışındaki hastalıklarda görülen psikiyatrik semptomların ya da eşlik eden psikiyatrik bozuklukların araştırılması, tedavisinin yapılması ile birlikte tıbbi bakımın psikososyal yönleri üzerine yapılan çalışmalardan oluşmaktadır.⁴⁰ Seçilmiş olan popülasyonu, pek çok tıbbi komorbiditenin eşlik ettiği hastaları, bu hastalara uygulanan tedavi yöntemleri, protokolleri ve ortamı ile genel psikiyatriden ayrımlaşması gereken; kendine özgü yapısı nedeniyle bilgi birikimi gerektiren ve özgül kuralları olan bir alandır. KLP, tıbbi hastalardaki akut/kronik psikiyatrik hastalıkların, tanı, ayırıcı tanı ve tedavisi, izlenmesi, tıbbi-cerrahi hastalardaki davranım problemleri, tedaviye uyumda ortaya çıkan güçlükler ile uğraşır, yatarak tedavi görmekte olan veya ayaktan izlenen tıbbi hastalardaki bir dizi sorunların üstesinden gelinmesi ve tedaviye yardımcı olunması açısından hastaya ve diğer birimlerdeki tedavi ekiplerinin yardımcısı konumundadır.²³

İlk başlarda, liyezon psikiyatrisinin tanımı bir 'akıl hastanesi' yerine bir genel hastanede gerçekleştirilen psikiyatrik aktivitelerin (klinik çalışmalar, eğitim toplantıları, araştırmalar) tümünü içermekteydi. KLP gelişmeye devam ederken, konsültasyon terimi hekimlerin genellikle yazılı konsültasyon istem yolu ile; yatmakta olan belirlenmiş hastalarla gösterdikleri klinik aktiviteler anlamına gelmeye başladı. Liyezon sözcüğü ise psikiyatri dışı hastalıklara

eşlik etmekte olan psikososyal sorunlar ve psikiyatrik bozuklukların tanısı, tedavisi, izlenmesi⁴¹ aktivitelerine ek olarak psikiyatristlerin dahili ve cerrahi servisler ile acil serviste belirli bir düzen içinde gerçekleştirilen hastaya multidisipliner yaklaşım, tedavi ekibi için destekleyici grup toplantıları vb aktiviteleri içermektedir.⁴⁰ Bu sürecin içinde liyezon psikiyatrisi üzerine uzmanlaşmış hemşireler, sosyal hizmet uzmanları, klinik psikoloji alanında uzmanlaşmış psikologlar, değişik alanlardan uzmanlar kendi uzmanlık alanları doğrultusunda yer almaktadırlar.²³ Liyezon psikiyatrisi uygulamada ruh veya bedeni ayrı ayrı olarak değil bir bütün olarak ele alır. Takip altında olan hastalarda tıbbi komorbiditelerini ön plana koyar, diğer kliniklerdeki tedavi ekibi ile yakın bir dayanışma ve korelasyon içinde çalışır.³⁰ Liyezon bu yönleriyle de hastaya hastalık olarak değil, bütüncül bir birey olarak bakma bakış açısını kazandırdığından; günümüzün bütüncül yaklaşımı açısından çok önemli bir temel noktası olarak ele alınabilir.²³

Psikiyatri konsültasyonu, psikiyatri bilgisi ile mevcut duruma ışık tutan konsültan ve isteyen servis arasındaki resmi iletişimi tanımlamaktadır.⁴²

Zamanla konsültasyon ve liyezon ekibinde çalışmakta olan psikiyatristler, hastane ortamından kaynaklanan hastaların psikolojik etkilenmesine daha duyarlı hale geldiler. Psikiyatri dışı hastalıkları olan hastalarda çoğunlukla gelişen depresif bozukluklar ve organik nedenlerden kaynaklı gelişen deliryum ve demans gibi psikiyatrik tablolar arasında ayırıcı tanı yapılması üzerine çalışmalar yaptılar. Sonraki dönemlerde “3D” olarak da tarif edilmekte olan deliryum, demans ve depresyon ayırıcı tanıda kendisine merkezi bir konum edindi. Psikiyatrinin bu alanında çalışmalar devam ettikçe, tıbbi bakımın psikososyal yönlerini anlamada daha çok yol kat edileceği görülmektedir. KLP alan olarak pek çok tıbbi durumu da içinde barındırması nedeniyle ömür boyu devam edecek bir öğrenme ve kendini geliştirmeyi gerektirir de; ön planda tıbbi hastaların tanımlanması, tanı konulması, tartışılması ve hastalardaki psikiyatrik ve kimyasal bağımlılık problemlerine temel yaklaşımların öğrenilmesi gerekmektedir. Bu yaklaşımlar hasta-hekim arasındaki güvenin sağlanması ve etkin bir tedavinin gerçekleştirilmesi için ilk inşa edilmesi gereken temel basamaklardır.⁴⁰

KLP'nin ilgilendiği alan 90'lı yıllardan itibaren genişlemeye başlamış ve günümüzde daha da genişlemeye devam etmektedir. Liyezon psikiyatrisi belirgin bir düşünce okulu ya da teori temelinde yer almamaktadır. Alan olarak tüm psikiyatrik bilginin pratik bir şekilde kullanımına gereksinim olduğu, sağlık çalışanlarına yararlı olabilecek ve hastaların anlayabileceği durumlara yönelik bir kısım teknikleri içerir. Bir servis birimi ya da başka bir tıbbi bölümün psikiyatri konsültasyonuna başvurmasında pratikteki hasta popülasyonu, sahip olunan morbidite oranı-düzeyi, bakım yaklaşımı, kültürel farklılıklar, sosyoekonomik faktörler ve psikiyatristlerin ve diğer ruh sağlığı profesyonellerinin iş birliği deneyimleri gibi durumlara göre değişmektedir. ⁴²

Psikosomatik tıbbın klinik pratiğe dökülmüş hali KLP'dir. Zihin ve bedeni ayrı birer oluşum olarak görmeyen, insanı bir bütün olarak ele alan görüşün tıp pratiğindeki temsilcisidir. Geçmiş dönemde hastalar hastalıkları konusunda detaylı bilgi edinebilme ve kendi görüşlerine tedavide yer verilebilmesi açısından şanslı değillerdir ve daha çok kendisinin tedavisini izlemekte olan hekimin yönlendirmesi sonrasındaki tedaviye razı olmaktaydılar. Hastaların hastalıkları konusunda hastaya bilgi verme, ortak karar alma gibi yöntemler yerine doktor merkezli bir hiyerarşik düzen ön plandaydı. Bu durum günümüzde de devam etmekte ve hastalara içinde bulunduğu durum konusunda iyi ya da kötü haber verme pratikte halen sık değildir. ⁴² Farklı alanlarda çalışmakta olan pek çok hekim psikiyatrinin desteğine “tıbbi rahatsızlıkların dışlandığı, olmadığının anlaşıldığı” ve “mevcut durumun fonksiyonel olup olmadığına” dönük sorun yaşadığı zaman başvurmaktadır ³⁰

Fiziksel hastalıklarla psikiyatrik bozukluklar genel hastane popülasyonunda sıklıkla birlikte görülmektedir. Fiziksel nedenlerin sonucu olarak psikiyatrik bozuklukların gelişmesi, psikiyatrik sorunlara sekonder gelişen fiziksel rahatsızlıklar, birbirinden ayırtılamayan psikiyatrik ve fizyolojik rahatsızlıkların birlikte devam etmesi ve tesadüfen iki rahatsızlığın bir arada olması şeklinde olabilmektedir. ^{29 43}

Psikiyatrik konsültasyonlar Lipowski tarafından beş alt grupta toplamıştır

1. Hasta Merkezli Konsültasyon: Tanı ya da izleme güçlüğünden ötürü istenmiştir.

2. Kriz Merkezli Konsültasyon: Hastanın hastalığına gösterdiği uyumsuzluk ya da baş etme güçlüğü konsültasyon nedenidir.

3. Konsültasyon İsteyen Hekim Merkezli Konsültasyon: Burada hekimin hasta ile ilişkisinde güçlükler vardır, bunun aşılmasına yönelik yardım istenmektedir.

4. Durum Merkezli Konsültasyon: Hasta ile tedavi ekibi arasındaki çatışma ve güçlüklerle yönelik yardım istenmektedir.

5. Geniş Merkezli Konsültasyon: Hasta, tedavi ekibi ve aile üçgeninde bir sorun vardır ve öncelikle bu sorunun çözümlenmesine yönelik yardım istenmektedir ⁴⁴

KLP’de olguya yaklaşım beş aşamada değerlendirilebilir. Hastanın detaylı değerlendirilmesi, tanı veya muhtemel ön tanı, yaklaşım şekli, tedavi planı ve iletişimidir. Değerlendirilme aşamasında hasta ile ilgili olabildiğince fazla bilgi toplanır ve derlenir. Tanı için ilk aşamada hasta, ailesi, yakınları, servis ekibi, tıbbi kayıtlar ve testlerden sağlanan bilgi derlenir. İkinci aşamada ise tüm bu bilgilerin tanı kriterleri ile uyuşup uyuşmadığı göz önüne alınarak formülasyon yapılır. Yaklaşım muhtemel tanı ve tedavi opsiyonları ile ilgili hasta ile görüşülmesi ve ortak karar alınmasına yönelik uğraşı olarak tanımlanabilir. Tedavi açısından da hastanın ayaktan mı yoksa yatarak mı tedavi edilmesi gerektiği, mevcut tedavisine o süre zarfında bulunduğu merkezde devam edilemeyeceği, rahatsızlığın türü ve ağırlık derecesine göre başka bir psikiyatri merkezine yönlendirilip yönlendirilemeyeceği ile ilgili karar verilmesine ek olarak verilmesi planlanan tedavinin ne şekilde olacağını (terapi, ilaç vb) belirleme olarak tanımlanabilir. ⁴⁰

KLP’nin bir diğer uğraşı alanı ise hasta, hasta yakınları ile tedavi ekibi arasındaki iletişimidir. Yapılan çalışmalarda görülmektedir ki tedavi ekibinin hasta-hasta yakınları ile etkin iletişimi hastanın memnuniyetini arttırmakta ve bunun bir sonucu olarak da tedaviye daha iyi uyum sağlanması ile birlikte daha iyi bir hastalık prognozu olduğu görülmektedir. Ek olarak etkin iletişim hastanın mevcut durumu konusunda hekimin daha fazla bilgi sahibi olmasını sağlamakta hata oranını düşürmektedir. ⁴⁰

Psikiyatri konsültasyonu yapılacak olan hastanın tanımlanması için henüz standart bir yaklaşım bulunmamakta olup, bunun bir sonucu olarak da konsültasyon isteminde bir belirsizlik devam etmektedir. ⁴⁰

Genel popülasyonda psikiyatrik bozuklukların bir aylık bir dönem içindeki prevalansı %16 iken, eşlik eden tıbbi bir rahatsızlığı olanlarda bu oranın %21-26 arasında olduğu görülmüştür. Kronik tıbbi bir rahatsızlığı olan kişilerde ise bu yaygınlık %42 olarak bulunmuştur. Eşlik eden bu psikiyatrik bozuklukların çoğunluğunu duygudurum ile ilişkili bozukluklar, anksiyete bozuklukları ve madde kötüye kullanımı oluşturmaktadır. Psikiyatrik semptomların ya da bozuklukların diğer tıbbi hastalıklarda sık görüldüğü bilinmesine rağmen, bu tabloda olan hastaların büyük çoğunluğu tanınmamakta ve uygun tedaviye ulaşamamaktadır. Bunun bir sonucu olarak da hastane yatış süreleri uzamaktadır. Hastanede yatmakta olan hastalarda %30-60 arasında psikiyatrik eştanı prevalansı olduğu tahmin edilmektedir. Bu hastaların zamanında tanınması ve uygun tedaviye ulaşımının sağlanması ile hem birincil yatış nedeni gerektiren rahatsızlığın prognozunun daha iyi olacağı hem de hastane yatış süresinin kısalması ile birlikte yapılan masrafın azalacağı düşünülmektedir.^{43 45}

Bu alanda yapılan çalışmalarda sıklıkla konsültasyon istenme nedenleri, psikiyatrik tanılarının dağılımları, konsültasyon istenen klinikler, istenen tarih-değerlendirme zamanı, yatış tarihi-istenen tarih gibi klinik değişkenler incelenmektedir.¹⁵ Yapılan 5 yıllık bir izlem çalışmasında, alan dışı hekimlerin psikiyatrik bozuklukları tanıma oranının %41.5 olduğu, en sık tanınan durumların ise sırası ile madde kullanımı, deliryum, depresyon, anksiyete ve psikotik bozukluklar olduğu bulunmuştur.⁴⁶

Standardize edilmiş olan ölçekler ile yapılmış olan epidemiyolojiye yönelik çalışmalarda hastane de yatmakta olan hastalardaki psikiyatrik bozukluk eş tanısının %41.3-46.5 arasında değiştiği ortaya konulmuştur.⁴⁷ Kronik tıbbi bir rahatsızlığı olan kişilerde ise bu yaygınlık %42 olarak bulunmuştur.⁴³

Yatan hasta popülasyonunda en sık karşılaşılan psikiyatrik bozuklukların nörobilişsel bozukluklar, depresif bozukluklar, madde ile ilişkili bağımlılık sorunları ve madde kötüye kullanımı olduğu görülmektedir.⁴⁷ Onur ve ark yapmış oldukları 2007 tarihli bir çalışma da üniversitemiz hastanesinde yatmakta olan hastalarda 1998-1999 döneminde servislerden yapılmış olan konsültasyonlarda en sık Uyum Bozuklukları (%34.5) tanısının konulduğunu bunu Depresif Bozukluklar (%19.8), Anksiyete Bozuklukları (%13.8), Deliryum (%9.2), Somatoform Bozuklukların (%6.3) takip ettiğini; 2004-2005 döneminde ise yine servislerden yapılmış konsültasyonlarda en sık Depresif Bozukluklar (%28.7) tanısının konulduğu, bunu

Uyum bozuklukları (%23), Anksiyete Bozuklukları (%11.1), Deliryum (%8.7), Somatoform Bozukluklar (%7.4) takip ettiğini saptamışlardır.¹⁵ Yapılan başka çalışmalarda da depresif bozukluklar ile ilgili benzer oranların olduğu görülmüştür.^{48 49}

Konsültasyon, sıklıkla hastanın beklenen tedavi süresinin uzaması, hastalığın seyri sırasında bir komplikasyon gelişmesi, hastanın tedavisinin bu nedenlerle olanaksız hale gelmesi halinde sorumluluğun paylaşılması için istenmektedir. Konsültasyon istemi, tedavi ekibinden, hastanın kendisinden ya da refakatçisinden kaynaklanabilir. Konsültasyonu değerlendirecek hekimin alanında tecrübe ve deneyiminin yetkin düzeyde olması beklenir.⁵⁰

Tıbbi rahatsızlığı olan kişilerde psikiyatrik eş tanı nedeniyle ayaktan psikiyatri poliklinik başvuru sıklığı oldukça azdır. Bu nedenle tıbbi rahatsızlığı olan kişilerde psikiyatrik değerlendirmenin yapılabilmesi ve desteğin sağlanabilmesi açısından konsültasyon ve liyezon psikiyatri hizmetinin yeri çok önemlidir.⁶

Özetle; psikiyatri üst disiplini ve uzmanlık alanı olarak kurumsallaşan KLP'nin işlevleri şöyle tanımlanmaktadır:

- Fiziksel hastalıklarda ve fiziksel yakınması olan hastalarda (somatizasyon) psikiyatrik morbiditenin araştırılması, tanısı, tedavisi, izlenmesi ve engellenmesi klinik tıp ortamlarında psikiyatrik tıp hizmetlerinin sağlanması,

- Klinik ortamlarda (psikiyatri dışı) hekim ve hemşirelere psikososyal tıp eğitimi verilmesi

- Tıp ve psikiyatrinin çakıştığı alanda, tıbbi hastalarda ya da fiziksel yakınma ile dış kliniklere başvuran hastalarda araştırmalar yapılmasıdır.⁵¹

2.2 Tarihçe

Psikosomatik terimi ilk olarak Heinroth tarafından, 1818 yılında kullanılmıştır. Psikosomatik tıp terimi ise ilk kez Deutsch tarafından 1922'de kullanılmıştır.⁵² KLP'nin başlangıcı 1800'lerin sonlarında Benjamin Rush ile olmuştur. Bu dönemde beden ve ruhun birliğine olan ilgi (tıbbın entegrasyonu) artmıştır. Albany Üniversitesi Hastanesi'nde 1902

yılında ilk psikiyatri servisi kurulmuş ve “tıp psikiyatri birimi”nin başlangıcı olmuştur. ⁴² Psikiyatrinin hastaneler içinde yer edinmesi ve tıbbi rahatsızlıkları olan hastalara psikiyatri hizmetlerinin sunulması ile ilgili görüşler 20.yüzyılın başlarında klinik anlamda gündeme gelmeye başlamıştır. Çeşitli psikobiyojik kuramların yanında Meyer, White, Henry, Dunbar, Biblings, Lipowski gibi bu yaklaşımlardan esinlenen klinisyenler bu alanda öncü olmuşlardır. Tıpta biyopsikososyal bütüncül yaklaşımın ilk temelleri 1930’larda yapılan sistematik klinik çalışmalar ile atılmıştır. ²³ 20’li ve 30’lu yıllardaki psikiyatri birimlerinin genel hastanelerde yaygınlaşması ve tıpta biyopsikososyal yaklaşımın ilgi odağı haline gelmesiyle birlikte psikosomatik tıp ve KLP ortaya çıkmıştır. ⁴⁵ Engel bu dönemde, sonrasında “biyopsikososyal” olarak isimlendirilecek olan “hastalıkların multifaktöriyel modeli”ni öne sürmüştür. Schwab KLP’nin gelişimini üç döneme ayırmış ve bu şekilde incelemiştir. Bunlar organizasyon-başlangıç dönemi, kavramsal gelişim dönemi ve güçlenme-kurumsallaşma dönemidir. ²³

Bu dönemlere göre KLP’nin tarihçesine bakacak olursak;

Organizasyon-Başlangıç Dönemi (35’li yıllardan 60’lı yıllara kadar): Bu dönem, konsültasyon liyezon hizmetlerinin düzenlenmesi, işleve yönelik modellerin geliştirilmesini, yapılanların değerlendirilmesini, eğitim programı ile hedef kitlenin belirlenmesini içerir. ⁴⁴ ⁵³ ⁵⁴Kuramsal yaklaşımları ile Meyer bu alanda ilk çalışmaları yapmış ve muayene, gözlem, öykü alınması gibi konularda bütüncül yaklaşıma ilişkin sistematik çözümler ve ilkeler getirmiştir. ⁴² Ardından öğrencileri olan G.W. Henry ve Dunbar hastanelerde konsültasyon liyezon psikiyatrisi uzmanı olarak görev yapmış olup, diğer tıbbi rahatsızlıkları olan hastalar üzerine kapsamlı klinik çalışmalar yapmışlardır. ²³ G.W.Henry 1929 yılında devlet hastanelerinin psikiyatrist bulundurmalarını zorunlu hale getirmiştir. ⁵⁵ 1934-1935 yıllarında psikiyatristlerin genel hastanedeki gerekliliğinin önemini bilen Rockefeller Vakfı’nın finansmanı ile ABD’de 5 genel hastanede psikiyatri birimi kurulmuştur. Bu kliniklerden biri de Colorado Hastanesidir ve kurulan birime “Liyezon Psikiyatrisi Departmanı” ismi verilmiştir. Bu birimin kurulması ile liyezon psikiyatrisi terimini ilk olarak tanımlayan Edward G. Biblings, psikiyatrinin tıp ile bütünleşmesi ile birlikte hastanede bakım görmekte olan hastalardaki tanı-tedavi etkinliğinin arttığını, hastanedeki yatış sürelerinin kısaldığını, yapmış olduğu çalışmalar ile göstermiştir. Biblings psikiyatrinin ve psikobiyojinin ilkelerini genel tıbbi entegre etmeyi, diğer alanlarda çalışan hekimlerin psikososyal boyuta olan ilgisini ve duyarlılığını arttırmayı kendine ana amaç olarak belirlemiştir. Günümüzde halen kabul görmekte olan klinik hizmetler, eğitim ve araştırmayı içeren KLP modelinin kurucusu konumundadır. ⁵³ ⁴⁴ Psikanalist Avery Weisman

tarafından 1954 yılında ilk yapılandırılmış konsültasyon servisi Massachusetts Devlet Hastanesi'nde kurulmuştur. ⁴² 1960'larda hümanizmin de etkisiyle; hastaların yalnız hastalığının önemsenmemesi gerektiği, hastanın kültürel ve psikososyal ihtiyaçlarının da göz önünde bulundurularak insanın bir bütün olarak tedavi edilmesi gerektiğine dair görüşler vurgulanmıştır. ³⁰

Kavramsal Gelişim Dönemi (60'lı yıllardan 75'li yıllara kadar): Bu dönem niceliksel genişleme yerine niteliksel atılım dönemi olarak da görülebilir. KLP servis sayılarının artırılmasından çok, amaca yönelik protokollere, stratejilere ve uygulama yöntemlerine verilen önem artmıştır. Liyezon modeli, sosyal psikiyatrinin katkısı, kriz kuramı, tedavi modellerinin tıbbi hastalıklara yönelik adaptasyonu, konsültasyon modelleri (hasta merkezli, kriz merkezli, danışan merkezli, durum merkezli vb), davranışsal-bilişsel tedavilerin hastanedeki hastalara uygulanması ve bunlara yönelik araştırmalar bu dönemde artmıştır. Çeşitli özelleşmiş alanlardaki (koroner bakım üniteleri, onkoloji birimleri, bakım birimleri gibi) ortaya çıkan duruma özel psikolojik problemler üzerine olan araştırmalara psikiyatristlerin ilgisi artmıştır. ²³ 1970'li yıllarda ABD'de Ruh Sağlığı Ulusal Enstitüsü'nün finansmanı ile KLP için derneklerin kurulması, tıp öğrencileri için KLP eğitimi için imkanların genişletilmesi KLP programlarının ulusal çapta yayılmasını sağlamıştır. ⁵⁶

Güçlenme-Kurumsallaşma dönemi (1975'li yıllardan günümüze): 1970'li yıllarla birlikte KLP geniş literatür bilgisi, klinik yapılanma, kendine özgü muayene ve tedavi yöntemleri, özelleşmiş uygulama ilkeleri, eğitim içeriği, araştırma alanları ile bir uzmanlık alanı haline gelmiştir. ²³ Bu dönemde dünya çapında KLP'ye ekonomik destek artmış, sağlık bakım hizmetlerinde birinci basamağın önemi artmış, KLP eğitimi verilmiş olan genç psikiyatristlerin sayısında artış görülmüştür. ⁵¹ George Engel 1977'de biyopsikososyal model tanımını yapmıştır. Bu model sağlığın biyolojik, sosyal ve psikolojik olarak bir bütün olarak ele almaktadır. "General Hospital Psychiatry" 1979'da yayın hayatına başlamıştır. ⁵⁷ Bütün bu gelişmeler KLP'nin güçlenmesine ve kurumsallaşmasına olanak sağlamıştır. 1980' de, DSM' den 'psikofizyolojik' nozolojik terimi silinip yerine 'fiziksel durumları etkileyen psikolojik faktörler' terimi getirilmiştir. ²³

2.2.1 Psikiyatrinin Bir Yan Dalı Olarak KLP Bilim Dalı

1991 yılında APA (American Psychiatric Association) KLP'yi üst uzmanlık alanı olarak tanımlamıştır. 2002 yılında KLP ya da Psikosomatik Tıp psikiyatri içinde bir bilim dalı olarak tanımlanmış ve ABD'de ülke çapında kurumsallaşmış bir bilim dalı olarak faaliyetlerine devam etmiştir. KLP gerek yöneldiği hasta popülasyonu gerekse de tanı, tedavi ve izlem açısından psikiyatriden ayrılmış, ileri eğitim gerektiren bir bilim dalıdır. Bu ayırım sonrasında genel hastanede çalışmakta olan psikiyatristler zamanla KLP konusunda eğitimlerini arttıracak ve KLP alanında yeni uzmanların yetişmesine olanak sağlanacaktır.⁵⁸

KLP yan dal uzmanlığı amaçları;

- 1-) Kompleks tıbbi rahatsızlığı olan hastaların psikiyatrik bakımı
- 2-) Bu rahatsızlıklardan müzdarip hastalardaki psikiyatrik morbiditenin araştırılması
- 3-) Bu hastaların etkin tanı, tedavi ve izleminin yapılması
- 4-) KLP alanında gerek psikiyatri anabilim dalı içi, gerekse diğer tıp alanlarındaki sağlık çalışanlarının eğitiminin sağlanması
- 5-) KLP alanında araştırmaların yapılması, şeklinde özetlenebilir.

KLP çalıştığı popülasyon gereği diğer uzmanlık alanları ile daha sık iletişim içinde olduğundan bir nevi, tıp ile psikiyatri arasında bir köprü görevi de üstlenmektedir.²³

2.2.2 Türkiye'de KLP Gelişimi

Anadolu'da Selçuklular döneminden itibaren psikiyatrik girişimlerle ilgili merkezler görülebilmektedir. 13. Yüzyılda Kayseri'de kurulmuş olan Gevser Nesibe Şifahanesi'nde akli melekesi bozuk olan hastalara su ve müzik ile tedavi verilmeye çalışılmış. Psikiyatri hastaları toplumda kendine yer bulur ve bakımları halk tarafından üstlenilirdi. Edirne'deki Sultan 2. Beyazıd Külliyesi ise Osmanlı dönemindeki bu şifahanelere ilk örneklerden biridir. Bu şifahanelerde fiziksel ve psikiyatrik rahatsızlığı olan hastaların hepsine bakım verilirdi. Yine benzer şekilde başlangıçta her tip hastaya hizmet etse de günümüzde bir Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'ne evrilmiş olan Manisa Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, 1539 yılında Hafsa Sultan tarafından kurulmuştur.

Psikiyatrik bozuklukları olan hastalar çoğunlukla damgalanmaz ve desteklenirlerdi. Batı dünyasındaki değişime rağmen, 1850'lere kadar Anadolu'da akıl hastalıkları hastaneleri ayrılmadı. Cumhuriyetin ilan edilmesi sonrasında, 1933 Üniversite reformuyla birlikte Türk Psikiyatrisinde ciddi değişimler oldu. Genel hastane içindeki ilk psikiyatri birimi 1954 yılında İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde kurulmuştur. Yine ilk KLP birimi de burada 1989 yılında kurulmuştur.⁵⁹ İlk birimin kuruluşun ardından Ege Üniversitesi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Ankara Tıp Fakültesi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Celal Bayar Üniversitesi'nde de KLP birimleri oluşturulmuştur.²³

1997'de Yüksek Öğrenim Kurumu, Türkiye'de de önemi ve tıptaki yeri giderek belirginleşen KLP' nin Psikiyatri Anabilim Dalı bünyesinde bir bilim dalı olarak kurulmasına karar vermiştir.⁶⁰ Bunun üzerine 1997 yılında İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Konsültasyon ve Liyezon Birimi aynı yıl bilim dalı olmuştur. Bunu sonrasında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi izlemiştir.⁵⁸

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim dalı Konsültasyon ve Liyezon Psikiyatrisi birimi 1992 yılında kurulmuştur. 1994 yılında ilk olarak Hemodiyaliz birimi ile liyezon etkinlikleri yapılmıştır. 1995 yılında ilk düzenli konsültasyon vizitleri başlamıştır. 1999 yılında Konsültasyon ve Liyezon Hemşireliği kurulması ile ilgili görüşmeler yapılmıştır. 2001 yılında servis konsültasyonlarında görülen hastaların izleminin yapılabilmesi ve genel tıp polikliniklerinden ayaktan yönlendirilen bazı hastaların değerlendirilmesi amacıyla DEÜTF Psikiyatri Ana bilim dalı KLP Polikliniği kurulmuştur. Sonrasında polikliniğimiz 2004 yılında yine hastane bünyesinde kurulmuş olan Ruh Sağlığı Destek Birimi'nden yönlendirilen hastaların izlemi, karaciğer nakil alıcı ve vericileri, bariatrik cerrahi hastaları ve pulmoner hipertansiyonu olan hastaların da izlemine başlamıştır. 2015 yılında geropsikiyatri polikliniği ile birleştirilmiş olmasına karşın 2019 yılında iki poliklinik tekrar birbirinden ayrılmışlardır. 2010 yılında Palyatif Bakım Çalışma Grubu'na katılım yapılmış ve 2012 yılında ise Palyatif Bakım Merkezi kurulmuştur. Son olarak 2020 yılında Covid salgını nedeniyle kurulan pandemi servisleri liyezon etkinliğinde yer almıştır. Günümüzde DEÜTF Psikiyatri Ana Bilim dalı KLP birimi poliklinik, konsültasyon ve liyezon hizmetlerine devam etmekte, Ruh Sağlığı Destek Birimi ile korelasyon içinde çalışmaktadır. Düzenli olarak her hafta bir gün ilgili öğretim üyesi, araştırma görevlileri, tıp fakültesi

öğrencileri ve Ruh Sağlığı Destek Birimi'nden psikologların katılımı ile vizitlerini yapmaktadır.²¹

2.3 Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisinin İşlevleri

KLP görevleri üç alt ana başlık altında incelenirse;

1-) Klinik hizmet alanı;

2-) Eğitim

3-) Araştırma

Klinik hizmet alanı konsültasyon, liyezon ve tedavi olarak gruplandırılabilir. Konsültasyon KLP'nin ilk basamağıdır. Psikiyatri dışı hekimin tanısında ya da baş etmesinde güçlük çektiği bir hasta ile ilgili görüş alma talebidir. Çoğunlukla konsültasyonun merkezinde hasta vardır.²³ Hastanın mevcut ise psikiyatrik bozukluğunun tanısı, mevcut psikolojik yakınmaları, davranım biçimi, tedaviye zihinsel-emosyonel uyumunun değerlendirilmesi ve tedavisiyle ilgili görüş ve yardım istenmektedir.

Liyezon modeli ise konsültasyondan farklı olarak bir klinik ile sürekli ve düzenli bir iş birliğini vurgulamaktadır. Üstteki basamaklara ek olarak eğitim, koruyucu sağlık işlevi ve kriz müdahalesini içerir. Daha ileri bir koruyucu hekimlik hizmeti sunulur ve hasta bakımında psikososyal boyuta yönelik eğitim ön plandadır. Bu modelde psikiyatrist ilgili birimdeki tedavi ekibinin bir parçası gibi hareket eder ve talepten bağımsız olarak o serviste sağlık hizmeti almakta olan hastaları değerlendirir ve tedavisini düzenleyebilir. Tıbbi tedaviye ek olarak hastanın psikososyal yönden incelenmesi ve tam bir bakımın sağlanabilmesi için geliştirilmiş bir modeldir.³⁰

Klinik hizmet alanında psikiyatrist yalnızca görüş bildiren bir konsültan değil buna ek olarak tedavinin yürütülmesini de takip eden bir hekim konumunda yer almalıdır. Psikotrop ilaç uygulanması, kriz müdahalesi, davranışsal-bilişsel öneriler, gevşeme yöntemleri, kısa psikoterapiler gibi tedavi yöntemleri kullanılabilir. Doğrudan hastaya yönelik tedavi uygulamaları olabileceği gibi, tedavi ekibinin zorlandığı durumlarda hastaya uygun yaklaşımın

sağlanması konusunda tedavi ekibini bilgilendirici dolaylı yönden müdahalelerde olabilmektedir.²³

Psikiyatrik bozukluğu olan insanların büyük çoğunluğunun psikiyatri dışı hekimlere başvurduğu göz önüne alınırsa, KLP eğitim hizmetlerinin koruyucu sağlık hizmetlerinin gelişimi, gereksiz kaynak tüketiminin azaltılması, rehabilitasyon ile tedavi hizmetlerinin kalitesinin artırılması, psikososyal tıp bakış açısının içselleştirilip kliniğe yansımaya yönelik etkisi yadsınamaz düzeydedir.

KLP araştırma yönüyle, psikiyatrinin kendi dışındaki uzmanlık alanları ile kaynaşmasını sağlaması yönünden etkin bir role sahiptir. Özellikle 70'li yıllardan sonra bu alanda yapılan araştırmaların artması ile birlikte psikopatoloji ve nörobiyoloji alanında yapılan araştırmaların birlikte sürdürülebilmesine olanak sağlanmıştır. KLP'nin en önemli katkısı ise hastaya tek bir boyuttan yaklaşmak yerine biyopsikososyal olarak yaklaşılmasına olanak sağlayarak, hastalığın kökenine yönelik daha geniş ve bütüncül bir perspektif kazandırması olmuştur.²³

Konsültasyon liyezon psikiyatrisinin işlevleri genel hatlarıyla şu şekilde alt başlıklara ayrılabilir:

- Tıbbi psikiyatrik durumlar arasındaki bağlantı ve etkileşime ilişkin tanıya yönelik uzman katkısı,
- Tıbbi hastalarda ortaya çıkan psikiyatrik morbiditenin engellenmesi, tedavisi ve bakımı,
- Fiziksel hastalığı olanlarda, fiziksel hastalığın psikik boyutlarına ilişkin görüş bildirmek, bakıma katkı sağlamak,
- Fiziksel hastalığın psikiyatrik komplikasyonlarının tedavisi,
- Fiziksel hastalığa karşı geliştirilen psikopatolojik reaksiyonların ve baş edebilme sorunlarının tanı ve tedavisi,
- Hastalığa karşı geliştirilen savunma düzeneklerinin olumlu hale getirilmesi, tedavide ve hastalık seyrinde ortaya çıkan bağımlılık, inkar, tedaviyi reddetme gibi sorunlarla uğraşmak ve gerektiğinde çevre ve aile ilişkilerine yönelik düzenlemeler yapmak,
- Hastane ortamının terapötik kılınmasına yönelik görüş bildirmek,

- Hasta bakım ve tedavisinde hasta-aile-tedavi ekibi üçgeninde ortaya çıkan ilişki ve iletişim sorunlarını çözmek,
- Tedavi ekibinin, hasta ve hastalığın psikolojik boyutunu anlamasına yardımcı olmak,
- Gerekli durumlarda ortak hasta başı vizitine katılmak ve hastayı yatış süresince izlemek,
- Gerekli durumlarda hastayı psikiyatri servisine nakletmek,
- Hastadaki psikiyatrik morbidite ve tıbbi-psikiyatrik durumlar arasındaki etkileşime göre tıbbi duruma ve tedaviye ilişkin önerilerde bulunmak

KLP hastayı bir bütün olarak ele alıp, yalnızca bir boyuttan ele almaz. Psikiyatrik bozuklukların dışında akut organik durumlar, emosyonel dalgalanmalar, uyum ile ilişkili sorunlar, mevcut fiziksel durumla açıklanmayan ya da olağan dışı düzeyde abartılı semptomlar, hastanın tedavi ekibi ve tedavisi ile uyumunu bozan durumlar psikiyatrinin yardımını ve desteğini gerektirir.³⁰

Hastane servisleri ya da ayaktan başvurularda psikiyatrik komorbiditenin yüksek olduğu bilinmesine karşın, konsülte edilen hastaların sınırlı bir grup olduğu görülmektedir. Çeşitli ülkelerde yapılan çalışmalar, yatan hastaların yalnız %1-10'undan psikiyatrik konsültasyon istendiğini göstermektedir. Ayaktan hastalarda ise bu oranın çok daha düşük olduğu görülmektedir. Birçok hekim hastaların hastalık süreci içindeki yaşadığı zorlukları ve sıkıntıları “sürecin normal bir parçası” olarak değerlendirip yönlendirme ihtiyacı hissetmediği görülmektedir.³⁰

Mayou, psikiyatrik konsültasyon isteme sebeplerinin fiziksel hastalığa eşlik eden psikiyatrik belirtiler, sebebi belirlenemeyen somatik belirtiler ve uyum güçlüğü yaratan davranış problemleri olduğunu belirtmektedir. Mayou ve Sharpe KLP bölümünden konsültasyon isteme gerekçelerini; kendine zarar verme davranışı, altta yatan tıbbi nedeni olmayan veya bulunamayan fiziksel belirtiler, organik psikiyatrik tablolar, fiziksel hastalığın psikiyatrik sonuçları, madde kullanım bozuklukları olarak sıralamıştır.²³

3. HİPOTEZLER

1-) Hem yataklı servis birimlerinde hem de acil serviste psikiyatri konsültasyonu istenen/yatan hasta oranı 2019 yılında 2014 yılına göre daha yüksektir.

2-) Her iki yıl aralığında da yataklı dahili birimlerden gelen konsültasyonların yatan toplam hastaya oranı cerrahi birimlerden daha yüksektir.

3-) Acil servis biriminden istenmiş olan konsültasyonlarda suicidal düşünce-girişim nedenli istemler diğer istemlere göre daha fazladır.

4-) Her iki yılda da deliryum tanısı koyulan hastaların oranı ileri yaş grubunda daha yüksektir

4. GEREÇ VE YÖNTEM

4.1 Araştırmanın Türü

Çalışma, kesitsel, analitik dizayn da planlanmıştır. 2014 ve 2019 yılında Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na gelmiş olan konsültasyonları inceleyen, tek merkezli, retrospektif bir tanımlayıcı çalışmadır.

4.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu çalışma Ekim 2019-Mart 2021 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda gerçekleştirilmiştir.

4.3 Araştırmanın Örneklemi

01/01/2014-31/12/2014 ve 01/01/2019-31/12/2019 tarihleri arasında Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi servislerinden ve Acil servisinden danışılan tüm erişkin hastalar çalışmanın örneklemi oluşturmuştur.

4.4 Örneklemenin Seçimi

4.4.1 Çalışmaya Dâhil Edilme Kriterleri:

1. 01/01/2014-31/12/2014 ve 01/01/2019-31/12/2019 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na servislerden ya da

acil servisten danışılmış olma

4.4.2 Çalışmadan Dışlama Kriterleri:

1. Konsültasyon istemi yapılan hastanın yerinde bulunamaması
2. Eksik konsültasyon değerlendirmesi olan hastalar

4.5 Yöntem

Bu çalışma, retrospektif, kesitsel, tek merkezli çalışma olarak planlanmıştır. 01/01/2014-31/12/2014 ve 01/01/2019-31/12/2019 tarihleri arasında Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi servislerinden ve acil servisinden danışılan tüm hastalar çalışmanın örneklemini oluşturmuştur. Bu çalışmadaki veriler hastanemizde kullanılmakta olan yazılım veri tabanı olan Probel kayıtlarının geriye doğru taranması ile elde edilmiştir. Probel sisteminden elde edilmiş sosyodemografik özellikler, öykü, özgeçmiş ve soygeçmiş verilerinin yanısıra, yatış nedeni, eştanılar, konsültasyon istem nedeni, psikiyatrik öntanı, konsültasyon sonuçlarına ait veriler çalışmanın amaçları doğrultusunda hazırlanmış veri kayıt formlarına işaretlenmiştir.

Probel üzerinden yapılan taramada 2014 ve 2019 yıllarında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na yataklı servis birimleri ile acil servisten toplamda 7471 adet konsültasyon geldiği görülmüştür. 01/01/2014-31/12/2014 tarihleri arasında 3401 adet ve 01/01/2019-31/12/2019 tarihleri arasında ise 4070 adet konsültasyon istendiği görülmüştür. Çalışmanın dizaynı açısından tüm konsültasyonlar değerlendirilmeye alınmış olup; 2014 yılında istenmiş olan 354 konsültasyon ile 2019 yılında istenmiş olan 504 konsültasyon dışlanmıştır. Bu konsültasyonların 278 tanesi hasta ile görüşmeye gidildiğinde yerinde olmaması, 88 tanesi konsültasyon cevap notunda yetersiz bilgi olması, 61 tanesi yakın dönemde yüksek doz alkol alımı veya kan alkol düzeyinin 50 mg/dl üzerinde olması, 42 tanesi bilinç durumunun psikiyatrik görüşmeye uygun olmaması, 41 tanesi ağır derecede sedasyonu olması, 41 tanesi reçete yazımı olup yeterli konsültasyon bilgisi olmaması, 36 tanesi polikliniklerden (ayaktan sağlık hizmeti verilen klinikler) istenen konsültasyon olması, 33 tanesi ameliyatta-tetkikte veya girişimsel işlemde olduğu için yerinde olmaması, 30 tanesi kendi isteği ile acil servisi terketmesi, 30 tanesi kabul edilmiş olmasına

karşın konsültasyon notu hiç konulmamış olması, 25 tanesi konsültasyon isteğinde psikiyatrik istemin endikasyonunun olmaması, 23 tanesi tetkik tamamlanması sonrasında rekonsültasyon istenmesi, 18 tanesi yanlış bilim dalına konsülte edilmesi, 15 tanesi adli üstyazı olmamasından dolayı değerlendirme yapılmamış olması, 14 tanesi değerlendirme yapılmadan Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne yönlendirilmesi, 13 tanesi günübürlük vekalet için danışılmasına rağmen noterin geldiği gün danışılmamasından dolayı yetersiz not yazılması, 12 tanesi görüşmeye gidildiği sırada uykuda olması, 11 tanesi psikiyatrik görüşmeyi istememesi, 11 tanesi 18 yaş altında olması nedeniyle Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na yönlendirme yapılması, 9 tanesi kabul bekleyenler sekmesinde yer alıp hiç kabul edilmemiş olması, 7 tanesi görüşme yapılması için gidildiği zaman taburcu edildiği öğrenilmesi, 6 tanesi pediatri den istenip ebeveynleri için istenmesi ve bakılan hastanın bilgisinin olmaması, 4 tanesi hastanın konsültasyon bilgilerinin psikiyatri özel notlar bölümünde olması ve ulaşım sağlanamaması, 3 tanesi hastanın ajitasyonu olması nedeniyle görüşme yapılabilecek durumda olmaması, 3 tanesi elektif konsültasyon olduğu ve mesai saatleri içinde konsülte edilmesi istemi, 2 tanesi hastanın alkol-madde etkisinde olmasından dolayı psikiyatrik görüşmeye uygun olmaması, 2 tanesi tıbbi ekipman eksikliğinden dolayı hastanın görüşme odasına girilememesi nedeniyle yapılamamış olup; bu konsültasyonların notlarında yetersiz bilginin olması nedeniyle çalışmadan dışlanmıştır. Dışlanma kriterleri ve sayılar Tablo 1'de özetlenmiştir. Dışlanan vakaların ayrılması ile toplamda 6613 istenmiş olan konsültasyonun değerlendirilmesi yapılmıştır.

Tablo 1: Nedenleriyle birlikte çalışmadan dışlanan konsültasyonlar

Dışlanma Nedeni	Dışlanan konsültasyon sayısı
Yerinde olmaması nedeniyle	278
Yetersiz bilgi kayıt edilmesi nedeniyle	88
Kısa süre önce yüksek doz alkol alımı veya kan alkol düzeyi 50 mgr/dl üstünde olması nedeniyle	61
Bilinç durumundan kaynaklı psikiyatrik muayene yapılamaması nedeniyle	42

Yoğun sedasyonu olması nedeniyle	41
Reçete yazımı olup, yetersiz bilgi olması nedeniyle	41
Polikliniklerden istenmiş olan konsültasyonun pole yönlendirilmesi nedeniyle	36
Ameliyatta, tetkikte veya girişimsel işlemde olduğu için yerinde olmaması	33
Kendi isteği ile acil servisi terketmiş olması nedeniyle	30
Probel üzerinde kabul edilmiş olup, hiç değerlendirme notu yazılmamış olması nedeniyle	30
Psikiyatrik endikasyonu tam belirtilmeden konsültasyon istenmiş olması nedeniyle	25
Tetkiklerinin tamamlanması sonrasında değerlendirme yapılacak olması nedeniyle eksik bilgi olan konsültasyonlar	23
Yanlış birime istenmiş konsültasyon olması nedeniyle	18
Adli üstyazı olmadığı için değerlendirme yapılmamış olan hasta olması nedeniyle	15
Hastanın poliklinikte değerlendirmesinin yapılmasının gerekmesi nedeniyle	14
Günübirlik vekatletname talebinde noterin olmadığı gün konsülte edilmesi nedeniyle	13
Hastanın görüşmeye gidildiğinde uyku halinde olması nedeniyle	12
Hastanın psikiyatrik görüşmeyi reddetmesi nedeniyle	11
18 yaş altında olmasından dolayı Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na yönlendirilmesi nedeniyle	11
Probel kabul bekleyenler sekmesinde olup hiç kabul edilmemiş olması nedeniyle	9
İstem sonrası hasta yanına gidildiğinde taburcu olduğu öğrenilmesi nedeniyle	7

Pediatriden danışılıp, bakılan hastanın ebeveynlerden biri olması ve primer hasta bilgisi olmaması nedeniyle	6
Görüşmenin psikiyatri özel notlar bölümünde kayıt altında olması ve erişim olmaması nedeniyle	4
Ajitasyonun çok fazla olmasından dolayı psikiyatrik görüşme yapılamaması nedeniyle	3
Konsültasyon isteminin mesai saatleri içerisinde yapılması istenmesi ve yetersiz bilgi olması nedeniyle	3
Danışılan hastanın alkol-madde etkisinde olması, psikiyatrik görüşmeye uygun olmaması nedeniyle	2
Görüşme yapılacak hastanın odasına girilmesi için gerekli tıbbi ekipmanın sağlanamaması, bulunamaması nedeniyle	2
Toplam	858

Çalışmada konulmuş olan psikiyatrik tanımlar için DSM-V (Uluslararası Tanı Ölçütleri) tanı kriterleri kullanılmıştır. Tamamlanmış olan konsültasyonlardaki tanı değerlendiren psikiyatri asistan hekimi tarafından konuluyor olup, mesai saatleri içinde Konsültasyon ve Liyezon Psikiyatrisi öğretim üyesi Profesör Doktor Can Cimilli'ye, mesai saatleri dışı ve haftasonunda ise icapçı öğretim üyesine danışılmaktadır. Buna ek olarak her hafta düzenli olarak istenmiş olan konsültasyonlar Konsültasyon ve Liyezon Psikiyatrisi birimi tarafından yapılan toplantıda değerlendirilip, kontrol edilmiştir.

Çalışmadaki veriler hastaların Probel hastane kayıt sistemindeki verilerinin geriye doğru taranması, ölçüm ve değerlendirme araçlarından elde edilen sonuç kayıtları ve başvuru sırasındaki rutin olarak kullanılan klinik değerlendirme sonuçlarından elde edilmiştir. Çalışmadaki verilerin taranması, veri kayıt formuna kaydedilmesi ve istatistik programına eklenmesi iki çalışmacı tarafından gerçekleştirilmiştir.

4.6 Veri Toplama Kaynakları

4.6.1 Veri Kayıt Formu

Araştırmacılar tarafından oluşturulmuş olan hastaların protokol numarası, hasta takip numarası, doğum tarihi, yaş, sigorta durumu, cinsiyet, medeni durum, sahip oldukları çocuk sayısı, ikametgahı, eğitim durumu, mesleği, hane halkı durumu, yatış tarihi, konsültasyon istenme tarihi, çıkış tarihi, psikiyatrik takip durumu, konsültasyon-liyezon psikiyatrisi takip durumu, öncesinde hastanemiz KLP birimine konsültasyon istenme sayısı, konsültasyon istenen birim, yatış sonrası çıkışı sırasında konulan tıbbi tanılar ile ek tanıları, sigara-alkol-madde kullanım durumu, ailesinde herhangi bir psikiyatrik hastalık olup-olmadığı, psikiyatri bölümüne konsültasyon istenme nedeni, değerlendirme sonrasında konulmuş psikiyatrik öntanı-tanı, önerilen tedavi metodu, önerilmiş ise önerilen ilaç tedavileri, önerilen yönlendirme tipi, intihar düşüncesi ya da girişimi olup olmadığı, olması halinde ne tip olduğu, intihar girişimi sırasında kullanılan ilaç ya da zehirli tipi, kendine zarar verme mevcut ise tipi, öncesinde intihar girişimi mevcut ise sayısına ait bilgileri toplama amacıyla hazırlanmış kayıt formudur.

4.7 Etik Kurul Onayı

Bu çalışma Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 06.04.2020 tarih ve 2020/07-18 sayılı karar no. ile onayı ile yapılmıştır.

4.8 Araştırmanın İstatistiği

Bu çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizi SPSS 24.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Bu çalışmada toplanan veriler değerlendirilirken, tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Yapılan tüm analizlerde $p < 0.05$ değeri istatistiksel anlamlılık sınırı olarak kabul edilmiştir.

Ölçümle elde edilen sürekli değişkenler normal dağılımı uyuyor ise ortalama $\pm$ standart sapma olarak ifade edilmiştir. Kategorik veya nominal değişkenler yüzde ve sayı şeklinde ifade edilmiştir. Sürekli değişkenlerin analizinde, öncelikle dağılımın normal olup olmadığı basıklık ve çarpıklık değerleri göz önüne alınarak kontrol edilmiştir. Normal dağılan gruplarda bağımsız örneklem t-testi uygulanmıştır. Kategorik veya nominal verilerin analizinde ki-kare testi uygulanmıştır. Ki-kare testinde gözlenen değerler arasında 5'den küçük değer olduğunda Fisher'in kesin testi kullanılmıştır. Sayısal değişkenler arasındaki ilişki, Pearson korelasyon

testi ile değerlendirilmiştir. Korelasyonun gücü açısından yapılan değerlendirmede, r'nin mutlak değeri; 0.20-0.39 olduğunda 'zayıf', 0.40-0.59 olduğunda 'orta', 0.60-0.89 olduğunda yüksek korelasyon olarak alınmıştır

5. BULGULAR

5.1 Örneklemen Değerlendirilmesi

5.1.1 Sosyal ve Demografik Değişkenler

Çalışma örneklemine ait sosyodemografik değişkenler Tablo 2'de özetlenmiştir.

Tablo 2: Örneklemen Yaş, Cinsiyet, Medeni Durum, Eğitim Düzeyi, Sigorta Durumu, Sahip Olunan Çocuk Sayısı, Meslek, Hane Halkı Durumu

Değişkenler	Katılımcılar n=5348
Yaş ortalaması $\pm$ SS	52,40 $\pm$ 20,35
Cinsiyet Kadın n (%)	2811 (52.6)
Cinsiyet erkek n (%)	2537 (47.4)
Çocuk sayısı $\pm$ SS****	1.33 $\pm$ 1.502
Medeni Durum n (%)*	Katılımcılar n=4693
Evli	2621 (55.8)
Bekar	1187 (25.3)
Dul	542 (11.5)
Boşanmış	343 (7.3)
Eğitim Düzeyi n (%)**	Katılımcılar n=3195
Okur-yazar değil	141 (4.4)
Okur-yazar	91 (2.8)
İlkokul Mezunu	803 (25.1)
Ortaokul Mezunu	407 (12.7)
Lise Mezunu	673 (21.1)

Üniversite Öğrencisi	214 (6.7)
Üniversite Mezunu	832 (26.0)
Yüksek Lisans- Doktora	34 (1.1)
Sigorta Durumu n (%)	Katılımcılar n=5348
SGK kapsamında	4643 (86.8)
Yeşilkart vb	482 (9.0)
Asker	84 (1.6)
Özel	75 (1.4)
Yabancı	30 (0.6)
İstiklal madalyası kapsamında	16 (0.3)
İş kazası	10 (0.2)
Özel banka	8 (0.1)
Meslek n (%)	Katılımcılar n=5348
Emekli	1577 (29.5)
Ev kadını	1332 (24.9)
İşçi	683 (12.8)
Çalışmıyor Öncesinde Çalışmış	516 (9.6)
Serbest Meslek	402 (7.5)
Öğrenci	268 (5.0)
Çalışmıyor Öncesinde Çalışmamış	246 (4.6)
Devlet Memuru	240 (4.5)
Asker	84 (1.6)
Aile Yapısı n (%)***	Katılımcılar n=4790
Eşi ile	2533 (52.9)
Ebeveynleri ile	886 (18.5)
Yalnız	506 (10.6)
Çocukları ile	440 (9.2)

Kardeşi ile	90 (1.9)
Kışla	85 (1.8)
Huzurevi- Bakımevinde	84 (1.8)
Bakıcısı ile	50 (1.0)
Arkadaşları ile	49 (1.0)
Yurt vb	42 (0.9)
Partneri ile	16 (0.3)
Evsiz	5 (0.1)
Kadın Sığınma Evi	4 (0.1)

* 655 olguda medeni durum verisine ulaşılamamıştır.

**2153 olguda eğitim düzeyi verisine ulaşılamamıştır.

***558 olguda aile yapısı verisine ulaşılamamıştır.

****2040 olguda sahip olunan çocuk sayısı verisine ulaşılamamıştır.

Çalışma örnekleminin yaş ortalaması (ort.) ve standart sapması (SS) $52,40 \pm 20,35$ yıl olarak hesaplanmıştır. Cinsiyete yönelik yapılan incelemede tüm örneklemin %52.6'sının kadın, %47.4'ünün ise erkek olduğu bulunmuştur. Katılımcılar medeni durumlarına göre ayrıldığında; evliler %55.8, bekarlar %25.3, dullar %11.5, boşanmışlar %7.3 olarak bulunmuştur. Örnekleimde 655 olgunun medeni durum verisine ulaşım sağlanamamıştır. Katılımcıların eğitim düzeyleri okur-yazar değil %4.4, okur-yazar %2.8, ilkokul mezunu %25.1, ortaokul mezunu %12.7, lise mezunu %21.1, üniversite öğrencisi %6.7, üniversite mezunu %26.0, yüksek lisans-doktora %1.1 olarak ayrılmıştır. Örnekleimde 2153 olgunun eğitim düzeyi verisine ulaşım sağlanamamıştır. Katılımcıların sigorta durumu incelendiğinde SGK kapsamında olanlar %86.8, yeşil kart ve benzeri devlet desteği ile sigortalananlar %9.0, askerlik görevini yerine getirmekte olan %1.6, herhangi bir sigortası olmadan ücretli başvuranlar %1.4, yurtdışı sigortalı olup başvuranlar %0.6, istiklal madalyası kapsamında sigortalı olanlar %0.3, iş kazası nedeniyle başvuranlar %0.2, banka sigortası ile başvuranlar %0.1 olarak bulunmuştur. Örnekleimdeki bireylerin sahip olduğu çocuk sayısı 1.33 ± 1.502 olarak bulunmuştur. Katılımcılar mesleklerine göre ayrıldığında emekli %29.5, ev kadını %24.9, işçi %12.8, şu an çalışmayan fakat öncesinde hayatının herhangi bir döneminde çalışmış

olan %9.6, serbest meslek ile ilgilenenler %7.5, öğrenimine devam edip öğrenci statüsünde olanlar %5.0, hayatının herhangi bir döneminde hiç çalışmamış olanlar %4.6, devlet memuriyetinde çalışmakta olanlar %4.5, askerlik görevini yerine getirmekte olanlar %1.6 olarak bulunmuştur. Katılımcılar aile yapılarına göre incelendiğinde eşi ile yaşamakta olanlar %52.9, ebeveyni veya ebeveynleri ile yaşamakta olanlar %18.5, yalnız yaşamakta olanlar %10.6, çocuğu veya çocukları ile yaşamakta olanlar %9.2, kardeşi ile yaşamakta olanlar %1.9, askeri kışlada yaşamakta olanlar %1.8, huzurevi veya bakımevinde yaşamakta olanlar %1.8, bakıcı ile yaşamakta olanlar %1.0, arkadaşı veya arkadaşları ile yaşamakta olanlar %1.0, yurt ve benzeri kurumlarda kalmakta olanlar %0.9, partneri ile yaşamakta olanlar %0.3, evsiz olanlar %0.1 ve kadın sığınma evinde o an için ikamet etmekte olanlar %0.1 olarak bulunmuştur. Örnekleme 558 olguda aile yapısı verisine ulaşım sağlanamamıştır.

Tablo 3: Örneklemin ikamet ettikleri yerleşim yerlerinin bölgelerine göre dağılımı

Değişkenler n (%)*	Katılımcılar n=5348
İzmir	4411 (82.5)
Ege Bölgesi	477 (8.9)
Marmara Bölgesi	284 (5.3)
İç Anadolu Bölgesi	48 (0.9)
Doğu Anadolu Bölgesi	28 (0.5)
Akdeniz Bölgesi	25 (0.5)
Güneydoğu Anadolu Bölgesi	24 (0.5)
Karadeniz Bölgesi	22 (0.4)
Yurtdışı	29 (0.5)

Çalışma örnekleminin ikamet ettikleri yerleşim yerlerinin bölgelere ayrılmış şekilde incelenmesinde İzmir’den 4411 olgunun, Ege Bölgesi’nden 477 olgunun, Marmara Bölgesi’nden 284 olgunun, İç Anadolu Bölgesi’nden 48 olgunun, Doğu Anadolu Bölgesi’nden 28 olgunun, Akdeniz Bölgesi’nden 25 olgunun, Güneydoğu Anadolu Bölgesi’nden 24 olgunun, Karadeniz Bölgesi’nden 22 olgunun, yurtdışından 29 olgunun danışıldığı bulunmuştur.

5.1.2 Örneklemın Geçmiş Psikiyatrik İzlemi ve Hastanemiz Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Birimi İzlemi

Tablo 4: Örneklemın geçmiş psikiyatrik izlemi

Değişkenler n (%)*	Katılımcılar n=5336
Düzenli takibi olan Geçmiş Psikiyatri yatışı olan	812 (15.2)
Düzenli takibi olan Geçmiş psikiyatri yatışı olmayan	1770 (33.2)
Geçmiş düzenli takibi ya da servis yatışı olmayan	2754 (51.6)

*12 olguda Geçmiş Psikiyatrik İzlem verisine ulaşamamıştır

Çalışma örneklemının geçmiş psikiyatrik izlem açısından incelenmesinde düzenli psikiyatri takibi olup geçmiş psikiyatri servisi yatışı olan %15.2, düzenli takibi olup geçmiş psikiyatri servisi yatışı olmayan %33.2 ve geçmişte düzenli takibi olmayıp yatışı da olmayanların oranı %51.6 olarak bulunmuştur. Örneklemdeki 12 olgunun geçmiş psikiyatrik izlemi hakkında veriye ulaşım sağlanamamıştır.

Tablo 5: Hastanemiz Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Birimi İzlemi

Değişkenler n (%)	Katılımcılar n=5348
KLP birimimizde izlemi olmayanlar	3379 (63.2)
KLP birimimizde izlemi olup, farklı dönemde konsültasyon istemi yapılmış olanlar	1235 (23.1)
KLP birimimizde izlemi olup, aynı dönemde konsültasyon izlemi yapılmış olanlar	734 (13.7)

Çalışma örnekleminin hastanemiz KLP birimine geçmiş ve/veya aynı dönem başvuruları incelendiğinde yapılmış olan konsültasyon istemi öncesinde KLP birimimizde hiç izlemi olmamış olanlar %63.2, KLP birimimizde izlemi olup geçmişte farklı bir başvuru sırasında konsültasyon istemi yapılmış olanlar %23.1 ve KLP birimimizde izlemi olup aynı başvuru döneminde konsültasyon istemi yapılmış olanlar %13.7 olarak bulunmuştur.

Tablo 6: Örneklemdeki Acil Servisten İstenen Konsültasyonlardaki geçmişte KLP birimine yapılmış konsültasyon sayısı

Değişkenler	Katılımcılar	Ortalama geçmiş konsültasyon sayısı ortalaması	Standart Sapma	En düşük ve en yüksek değerler
Geçmiş Konsültasyon sayısı	1986	1.48	4.139	0-38

Çalışma örneklemindeki acil servisten istenen konsültasyonlardaki geçmiş KLP birimine danışılma sayıları incelendiğinde ortalaması ve standart sapması 1.48 ± 4.139 kere olarak hesaplanmıştır. En düşük değer sıfır iken en yüksek değer ise 38 olduğu bulunmuştur.

Tablo 7: Örneklemdeki Acil Servis Dışı Servislerden İstenen Konsültasyonlardaki geçmişte KLP birimine yapılmış konsültasyon sayısı

Değişkenler	Katılımcılar	Ortalama geçmiş konsültasyon sayısı ortalaması	Standart Sapma	En düşük ve en yüksek değerler
Geçmiş Konsültasyon sayısı	3362	0.76	1.589	0-18

Çalışma örneklemindeki acil servis dışı servislerden istenen konsültasyonlardaki geçmiş KLP birimine danışılma sayıları incelendiğinde ortalaması ve standart sapması 0.76 ± 1.589 kere olarak hesaplanmıştır. En düşük değer sıfır iken en yüksek değer ise 18 olduğu bulunmuştur.

Tablo 8: Örneklemin Yatış Tarihi ile KLP'den Konsültasyon İstenme Tarihi Arasındaki Geçen Süre

Değişkenler	Katılımcılar	Yatış tarihi ile konsültasyon istem tarihi arasındaki süre ortalaması (Gün)	Standart Sapma	En düşük ve en yüksek değerler
Yatış tarihi ile Konsültasyon İstem Tarihi Arasındaki Süre (Gün)	5348	7.0193	12.69205	0-314

Çalışma örnekleminin yatış tarihi ile KLP biriminden konsültasyon istenme tarihi arasındaki geçen süre incelendiğinde ortalaması (ort.) ve standart sapması (SS) 7.0193 ± 12.69205 gün olarak hesaplanmıştır. En düşük değer sıfır iken en yüksek değer ise 38 olduğu bulunmuştur.

5.1.3 Örneklemin Tıbbi Tanıları

Tablo 9: Örneklemdaki Acil Servisten İstenen Konsültasyonlardaki Yatış Sonrası Primer Sınıflandırılmış Çıkış Tanıları

Değişkenler n (%)*	Katılımcılar n=1974
Psikiyatrik Bozukluklar	1794 (90.9)
Nörolojik ve Nöroşirürjik Hastalıklar	64 (3.2)
Malign Hastalıklar	48 (2.4)
Cerrahi Hastalıklar	19 (1.0)
Göğüs Hastalıkları	15 (0.8)
Kardiyolojik Hastalıklar	13 (0.7)
Gastroenterolojik Hastalıklar	7 (0.4)
Endokrinolojik Hastalıklar	6 (0.3)
Nefrolojik Hastalıklar	3 (0.2)

Diğer Dahili Hastalıklar	3 (0.2)
Romatolojik Hastalıklar	2 (0.1)

*12 olguda primer çıkış tanısı verisinin olmadığı görülmüştür.

Çalışma örnekleminde acil servisten istenen konsültasyonlar primer sınıflandırılmış çıkış tanılarına göre incelendiğinde Psikiyatrik Bozukluklar %90.9, Nörolojik-Nöroşirürjik Hastalıklar %3.2, Malign Hastalıklar %2.4, Cerrahi Hastalıklar %1.0, Göğüs Hastalıkları %0.8, Kardiyolojik Hastalıklar %0.7, Gastroenterolojik Hastalıklar %0.4, Endokrinolojik Hastalıklar %0.3, Nefrolojik Hastalıklar %0.2, Diğer Dahili Hastalıklar %0.2, Romatolojik Hastalıklar %0.1 bulunmuştur. Hematolojik hastalık primer çıkış tanısı olup acil serviste değerlendirilmiş olan olgu olmadığı saptanmıştır. 12 olgunun başvurusu sonrasında herhangi bir patofizyolojisi olmadığı düşünülerek primer çıkış tanısı almadığı bulunmuştur.

Tablo 10: Örneklemdeki Acil Servis Dışı Servislerden İstenen Konsültasyonlardaki Yatış Sonrası Primer Sınıflandırılmış Çıkış Tanıları

Değişkenler n (%)*	Katılımcılar n=3358
Malign Hastalıklar	703 (20.9)
Cerrahi Hastalıklar	697 (20.7)
Nörolojik ve Nöroşirürjik Hastalıklar	400 (11.9)
Kardiyolojik Hastalıklar	293 (8.7)
Göğüs Hastalıkları	280 (8.3)
Gastroenterolojik Hastalıklar	267 (8.0)
Diğer Dahili Hastalıklar	194 (5.8)
Nefrolojik Hastalıklar	164 (4.9)
Endokrinolojik Hastalıklar	148 (4.4)
Hematolojik Hastalıklar	76 (2.3)
Psikiyatrik Bozukluk	69 (2.1)
Romatolojik Hastalıklar	67 (2.0)

*4 olguda primer çıkış tanısı verisinin olmadığı görülmüştür.

Çalışma örnekleminde acil servis dışı servislerden istenen konsültasyonlar primer sınıflandırılmış çıkış tanılarına göre incelendiğinde Malign Hastalıklar %20.9, Cerrahi Hastalıklar %20.7, Nörolojik-Nöroşirürjik Hastalıklar %11.9, Kardiyolojik Hastalıklar %8.7, Göğüs Hastalıkları %8.3, Gastroenterolojik Hastalıklar %8.0, Diğer Dahili Hastalıklar %5.8, Nefrolojik Hastalıklar %4.9, Endokrinolojik Hastalıklar %4.4, Hematolojik Hastalıklar %2.3, Psikiyatrik Bozukluklar %2.1, Romatolojik Hastalıklar %2.0 bulunmuştur. 4 olgunun başvurusu sonrasında herhangi bir patofizyolojisi olmadığı düşünülerek primer çıkış tanısı almadığı bulunmuştur.

5.1.4 Konsültasyon İstemini Yapan Birimler

Tablo 11: Konsültasyon İstemini Yapan Birimler

Değişkenler n (%)*	Katılımcılar n=5348
Acil Servis	1986 (37.1)
Genel Cerrahi	394 (7.4)
Göğüs Hastalıkları	307 (5.7)
Ortopedi	276 (5.2)
Nöroloji	246 (4.6)
Gastroenteroloji	242 (4.5)
Nefroloji	214 (4.0)
Kardiyoloji	207 (3.9)
Onkoloji	207 (3.9)
Hematoloji	152 (2.8)
Endokrinoloji	137 (2.6)
Deri ve Zührevi Hastalıklar	120 (2.2)
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	115 (2.2)
Enfeksiyon Hastalıkları	91 (1.7)
Nöroşirürji	85 (1.6)
Üroloji	58 (1.1)

Kadın Hastalıkları ve Doğum	52 (1.0)
Romatoloji	49 (0.9)
Genel Dahiliye	44 (0.8)
Kulak Burun Boğaz	43 (0.8)
Kalp ve Damar Cerrahisi	41 (0.8)
Hematoloji – Kök Hücre Birimi	38 (0.7)
Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi	33 (0.6)
Göz Hastalıkları	31 (0.6)
Göğüs Cerrahisi	18 (0.3)
Hemodiyaliz Ünitesi	6 (0.1)
Geriatrid	4 (0.1)
Radyasyon Onkolojisi	1 (0.0)
Ağrı Servisi	1 (0.0)
Yoğun Bakım	150 (2.8)
Kardiyoloji Yoğun Bakım Ünitesi	72 (1.4)
Dahiliye Yoğun Bakım Ünitesi	31 (0.5)
Anestezi Yoğun Bakım Ünitesi	29 (0.5)
Göğüs-Kalp Damar Yoğun Bakım Ünitesi	15 (0.3)
Göğüs Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitesi	2 (0.1)
Nöroloji İnme Yoğun Bakım Ünitesi	1 (0.0)

Çalışma örneklemini konsültasyon istemi yapan birimler açısından incelendiğinde konsültasyon istenen birimlerde acil servis %37.1, Genel Cerrahi %7.4, Göğüs Hastalıkları %5.7, Ortopedi %5.2, Nöroloji %4.6, Gastroenteroloji %4.5, Nefroloji %4.0, Kardiyoloji %3.9, Onkoloji %3.9, Hematoloji %2.8, Endokrinoloji %2.6, Deri ve Zührevi Hastalıklar %2.2, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon %2.2, Enfeksiyon Hastalıkları %1.7, Nöroşirürji %1.6, Üroloji %1.1, Kadın Hastalıkları ve Doğum %1.0, Romatoloji %0.9, Genel Dahiliye %0.8, Kulak Burun Boğaz %0.8, Kalp ve Damar Cerrahisi %0.8, Hematoloji – Kök Hücre Birimi %0.7, Plastik ve

Rekonstrüktif Cerrahi %0.6, Göz Hastalıkları %0.6, Göğüs Cerrahisi %0.3, Nefroloji – Hemodiyaliz Ünitesi %0.1, Geriatri %0.1, Radyasyon Onkolojisi ile Ağrı Servisi %0.0 bulunmuştur. Ayrıca tüm Yoğun Bakımlar toplam yüzdede 2.8 olarak bulunmuş olup; kardiyoloji yoğun bakım ünitesi %1.4, Dahiliye Yoğun Bakım Ünitesi %0.5, Anestezi Yoğun Bakım Ünitesi %0.5, Göğüs-Kalp Damar Yoğun Bakım Ünitesi %0.3, Göğüs Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitesi %0.1, Nöroloji İnme Yoğun Bakım Ünitesi %0.0 bulunmuştur. Bu verinin içinde aynı dönem içinde rekonsültasyonu istenmiş olan olguların yalnızca son konsültasyon verileri yer almaktadır.

Tablo 12: Konsültasyon İstemini Yapan Birimlerin 2014 ile 2019 Yıllarındaki Sayıları

2014 yılı n=2554		2019 yılı n=2794	
Acil Servis	972 (38.1)	Acil Servis	1014 (36.3)
Genel Cerrahi	196 (7.7)	Genel Cerrahi	198 (7.1)
Göğüs Hastalıkları	171 (6.7)	Ortopedi	157 (5.6)
Ortopedi	119 (4.7)	Onkoloji	146 (5.2)
Nöroloji	113 (4.4)	Göğüs Hastalıkları	136 (4.9)
Gastroenteroloji	11 (4.3)	Nöroloji	133 (4.8)
Kardiyoloji	108 (4.2)	Gastroenteroloji	131 (4.7)
Nefroloji	87 (3.4)	Nefroloji	127 (4.5)
Endokrinoloji	77 (3.0)	Kardiyoloji	99 (3.5)
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	68 (2.7)	Hematoloji	87 (3.1)
Hematoloji	65 (2.5)	Deri ve Zührevi Hastalıklar	71 (2.5)
Onkoloji	61 (2.4)	Nöroşirürji	60 (2.1)
Enfeksiyon Hastalıkları	55 (2.2)	Endokrinoloji	60 (2.1)
Deri ve Zührevi Hastalıklar	49 (1.9)	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	47 (1.7)
Kadın Hastalıkları ve Doğum	31 (1.2)	Enfeksiyon Hastalıkları	36 (1.3)
Nöroşirürji	25 (1.0)	Üroloji	34 (1.2)
Üroloji	24 (0.9)	Hematoloji – Kök Hücre Birimi	30 (1.1)
Romatoloji	22 (0.9)	Genel Dahiliye	29 (1.0)

Kalp ve Damar Cerrahisi	21 (0.8)	Romatoloji	27 (1.0)
Kulak Burun Boğaz	20 (0.8)	Kulak Burun Boğaz	23 (0.8)
Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi	17 (0.7)	Kadın Hastalıkları ve Doğum	21 (0.8)
Genel Dahiliye	15 (0.6)	Kalp ve Damar Cerrahisi	20 (0.7)
Göz Hastalıkları	13 (0.5)	Göz Hastalıkları	18 (0.6)
Hematoloji – Kök Hücre Birimi	8 (0.3)	Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi	16 (0.6)
Göğüs Cerrahisi	4 (0.2)	Göğüs Cerrahisi	14 (0.5)
Hemodiyaliz Ünitesi	4 (0.2)	Geriatrid	3 (0.1)
Geriatrid	1 (0.0)	Hemodiyaliz Ünitesi	2 (0.1)
Radyasyon Onkolojisi	1 (0.0)	Radyasyon Onkolojisi	0
Ağrı Servisi	1 (0.0)	Ağrı Servisi	0
Yoğun Bakım	95 (3.7)	Yoğun Bakım	55 (2.0)
Kardiyoloji Yoğun Bakım Ünitesi	46 (1.8)	Kardiyoloji Yoğun Bakım Ünitesi	26 (0.9)
Anestezi Yoğun Bakım Ünitesi	18 (0.7)	Dahiliye Yoğun Bakım Ünitesi	13 (0.5)
Dahiliye Yoğun Bakım Ünitesi	18 (0.7)	Anestezi Yoğun Bakım Ünitesi	11 (0.4)
Göğüs-Kalp Damar Yoğun Bakım Ünitesi	12 (0.5)	Göğüs-Kalp Damar Yoğun Bakım Ünitesi	3 (0.1)
Göğüs Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitesi	1 (0.0)	Göğüs Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitesi	1 (0.0)
Nöroloji İnme Yoğun Bakım Ünitesi	0	Nöroloji İnme Yoğun Bakım Ünitesi	1 (0.0)

Tablo 13: Örneklemede Aynı Dönem İçinde Rekonsültasyon İstemi Yapılmış Olguların Birimler Bazında Dağılımı

Değişkenler n (%)*	Katılımcılar n=1265
Acil Servis	325 (25.7)
Genel Cerrahi	150 (11.9)
Ortopedi	103 (8.1)
Onkoloji	83 (6.6)
Göğüs Hastalıkları	68 (5.4)
Nefroloji	67 (5.3)
Gastroenteroloji	65 (5.1)
Hematoloji	42 (3.3)
Nöroşirürji	35 (2.8)
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	35 (2.8)
Kardiyoloji	32 (2.5)
Nöroloji	32 (2.5)
Enfeksiyon Hastalıkları	27 (2.1)
Deri ve Zührevi Hastalıklar	20 (1.6)
Endokrinoloji	20 (1.6)
Üroloji	18 (1.4)
Genel Dahiliye	15 (1.2)
Kalp ve Damar Cerrahisi	9 (0.7)
Romatoloji	9 (0.7)
Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi	8 (0.6)
Kulak Burun Boğaz	8 (0.6)
Kadın Hastalıkları ve Doğum	8 (0.6)
Hematoloji – Kök Hücre Birimi	7 (0.6)
Hemodiyaliz Ünitesi	3 (0.2)

Göğüs Cerrahi	2 (0.2)
Göz Hastalıkları	2 (0.2)
Yoğun Bakım	72 (5.7)
Anestezi Yoğun Bakım Ünitesi	22 (1.9)
Kardiyoloji Yoğun Bakım Ünitesi	21 (1.8)
Dahiliye Yoğun Bakım Ünitesi	13 (0.9)
Göğüs-Kalp Damar Yoğun Bakım Ünitesi	9 (0.5)
Göğüs Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitesi	4 (0.3)
Erişkin Karma Yoğun Bakım Ünitesi	1 (0.1)
Nöroşirürji Yoğun Bakım Ünitesi	1 (0.1)
Nöroloji – İnme Yoğun Bakım Ünitesi	1 (0.1)

Çalışma örneklemini aynı dönem içinde rekonsültasyon istemi yapılmış olguların birimler bazında dağılımı açısından incelendiğinde konsültasyon istenen birimlerde acil servis %25.7, genel cerrahi %11.9, ortopedi %8.1, onkoloji %6.6, göğüs hastalıkları %5.4, nefroloji %5.3, gastroenteroloji %5.1, hematoloji %3.3, nöroşirürji %2.8, fizik tedavi ve rehabilitasyon %2.8, kardiyoloji %2.5, nöroloji %2.5, enfeksiyon hastalıkları %2.1, deri ve zührevi hastalıkları %1.6, endokrinoloji %1.6, üroloji %1.4, genel dahiliye %1.2, kalp ve damar cerrahisi %0.7, romatoloji %0.7, plastik ve rekonstrüktif cerrahi %0.6, kulak burun boğaz %0.6, kadın hastalıkları ve doğum %0.6, hematoloji – kök hücre birimi %0.6, nefroloji-hemodiyaliz ünitesi %0.2, göğüs cerrahi %0.2, göz hastalıkları %0.2 bulunmuştur. Ayrıca tüm Yoğun Bakımlar toplam yüzdede 5.7 olarak bulunmuş olup; Anestezi Yoğun Bakım Ünitesi %1.9, Kardiyoloji Yoğun Bakım Ünitesi %1.8, Dahiliye Yoğun Bakım Ünitesi %0.9, Göğüs-Kalp Damar Yoğun Bakım Ünitesi %0.5, Göğüs Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitesi %0.3, Erişkin Karma Yoğun Bakım Ünitesi %0.1, Nöroşirürji Yoğun Bakım Ünitesi %0.1, Nöroloji İnme Yoğun Bakım Ünitesi %0.1 bulunmuştur

Tablo 14: 2014 yılında birimlerden konsültasyon istem sayılarının, yatmış olan toplam hastalara oranı

Değişkenler*	Yatmış olan Hasta Sayısı n	Konsültasyon İstem Sayıları n	Oranı %
Acil Servis	105001	1109	1.05
Anestezi Yoğun Bakım Ünitesi	489	31	6.34
Dahiliye Yoğun Bakım Ünitesi	465	31	6.67
Deri ve Zührevi Hastalıklar	480	66	13.75
Endokrinoloji	772	99	12.82
Enfeksiyon Hastalıkları	512	67	13.09
Hematoloji	1019	86	8.44
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	401	104	25.94
Gastroenteroloji	1123	150	13.36
Genel Cerrahi	5527	307	5.55
Genel Dahiliye	264	21	7.95
Göğüs-Kalp Damar Yoğun Bakım Ünitesi	881	20	2.27
Göğüs Hastalıkları	1318	240	17.45
Göğüs Cerrahi	687	5	0.73
Göz Hastalıkları	3893	17	0.44
Kulak Burun Boğaz	1750	27	1.54
Kadın Hastalıkları ve Doğum	3983	39	0.98
Kalp ve Damar Cerrahisi	2162	31	1.43
Kardiyoloji	3740	133	3.56
Koroner Yoğun Bakım Ünitesi	1602	67	4.18
Hematoloji – Kök Hücre Nakil Birimi	406	10	2.46

Nefroloji	1807	128	7.08
Nöroloji	2538	143	5.63
Nöroşirürji	1524	49	3.22
Onkoloji	711	87	12.24
Ortopedi	2589	189	7.30
Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi	1174	23	1.96
Romatoloji	380	28	7.37
Üroloji	2561	27	1.05
Acil Servis Dışı Tüm Servis Konsültasyonları	44758	2215	4.95
Acil ve Tüm Servis Konsültasyonları	149759	3324	2.22

Çalışma örneklemini 2014 yılında gelmiş olan toplam konsültasyon isteminin toplamda yatmış olan hasta sayısına oranı açısından incelendiğinde oranlar birim bazında acil servis %1.05, anestezi yoğun bakım birimi %6.34, dahiliye yoğun bakım birimi %6.67, deri ve zührevi hastalıklar %13.75, endokrinoloji %12.82, enfeksiyon hastalıkları %13.09, hematoloji %8.44, fizik tedavi ve rehabilitasyon %25.94, gastroenteroloji %13.36, genel cerrahi %5.55, genel dahiliye %7.95, göğüs-kalp damar yoğun bakım ünitesi %2.27, göğüs hastalıkları %17.45, göğüs cerrahi %0.73, göz hastalıkları %0.44, kulak burun boğaz %1.54, kadın hastalıkları ve doğum %0.98, kalp ve damar cerrahisi %1.43, kardiyoloji %3.56, koroner yoğun bakım ünitesi %4.18, hematoloji-kök hücre nakil birimi %2.46, nefroloji %7.08, nöroloji %5.63, nöroşirürji %3.22, onkoloji %12.24, ortopedi %7.30, plastik ve rekonstrüktif cerrahi %1.96, romatoloji %7.37, üroloji %1.05, acil servis dışı tüm servis konsültasyonları %4.95, acil ve tüm servis konsültasyonları ortak alındığında %2.22 bulunmuştur.

Tablo 15: 2019 yılında birimlerden konsültasyon istem sayılarının, yatmış olan toplam hastalara oranı

Değişkenler*	Yatmış olan Hasta Sayısı n	Konsültasyon İstem Sayıları n	Oranı %
Acil Servis	132368	1444	1.09
Anestezi Yoğun Bakım Ünitesi	600	36	0.06
Dahiliye Yoğun Bakım Ünitesi	398	25	6.28
Deri ve Zührevi Hastalıklar	689	86	12.48
Endokrinoloji	411	79	19.22
Enfeksiyon Hastalıkları	523	57	10.9
Hematoloji	517	123	23.79
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	345	75	21.74
Gastroenteroloji	1431	190	13.28
Genel Cerrahi	4273	298	6.97
Genel Dahiliye	246	46	18.7
Göğüs-Kalp Damar Yoğun Bakım Ünitesi	1040	10	0.96
Göğüs Hastalıkları	1085	204	18.8
Göğüs Cerrahi	996	16	1.61
Göz Hastalıkları	3924	23	0.59
Kulak Burun Boğaz	1946	30	1.54
Kadın Hastalıkları ve Doğum	3342	25	0.75
Kalp ve Damar Cerrahisi	2102	26	1.24
Kardiyoloji	3810	145	3.81
Koroner Yoğun Bakım Ünitesi	1260	32	2.54
Hematoloji – Kök Hücre Nakil Birimi	474	38	8.02

Nefroloji	942	217	23.04
Nöroloji	2030	167	8.23
Nöroşirürji	2182	88	4.03
Onkoloji	781	230	29.45
Ortopedi	3463	227	6.56
Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi	1564	24	1.53
Romatoloji	310	44	14.19
Nöroloji İnme Yoğun Bakım Ünitesi	381	2	0.52
Radyasyon Onkolojisi	203	0	0
Üroloji	2266	57	2.52
Geriatri	835	3	0.36
Acil Servis Dışı Tüm Servis Konsültasyonları	44369	2622	5.91
Acil ve Tüm Servis Konsültasyonları	176737	4066	2.3

Çalışma örneklemini 2019 yılında gelmiş olan toplam konsültasyon isteminin toplamda yatmış olan hasta sayısına oranı açısından incelendiğinde oranlar birim bazında acil servis %1.09, anestezi yoğun bakım birimi %0.06, dahiliye yoğun bakım birimi %6.28, deri ve zührevi hastalıklar %12.48, endokrinoloji %19.22, enfeksiyon hastalıkları %10.9, hematoloji %23.79, fizik tedavi ve rehabilitasyon %21.74, gastroenteroloji %13.28, genel cerrahi %6.97, genel dahiliye %18.7, göğüs-kalp damar yoğun bakım ünitesi %0.96, göğüs hastalıkları %18.8, göğüs cerrahi %1.61, göz hastalıkları %0.59, kulak burun boğaz %1.54, kadın hastalıkları ve doğum %0.75, kalp ve damar cerrahisi %1.24, kardiyoloji %3.81, koroner yoğun bakım ünitesi %2.54, hematoloji-kök hücre nakil birimi %8.02, nefroloji %23.04, nöroloji %8.23, nöroşirürji %4.03, onkoloji %29.45, ortopedi %6.56, plastik ve rekonstrüktif cerrahi %1.53, romatoloji %14.19, nöroloji inme yoğun bakım ünitesi %0.52, üroloji %2.52, geriatri %0.36, acil servis dışı tüm servis konsültasyonları %5.91, acil ve tüm servis konsültasyonları ortak alındığında %2.3 bulunmuştur. Radyasyon Onkoloji bölümünden konsültasyon istemi gelmediği saptanmıştır.

Tablo 16: 2014 yılında birimlerden konsültasyon istemi yapılmış olan hastaların, yatmış olan toplam hastalara oranı

Değişkenler*	Yatmış olan Hasta Sayısı n	Konsültasyon İstenmiş Hasta Sayısı n	Oranı %
Acil Servis	105001	1041	0.99
Anestezi Yoğun Bakım Ünitesi	489	25	5.11
Dahiliye Yoğun Bakım Ünitesi	465	22	4.73
Deri ve Zührevi Hastalıklar	480	55	11.46
Endokrinoloji	772	90	11.66
Enfeksiyon Hastalıkları	512	58	11.33
Hematoloji	1019	47	7.26
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	401	84	20.95
Gastroenteroloji	1123	121	10.77
Genel Cerrahi	5527	222	4.02
Genel Dahiliye	264	16	6.06
Göğüs-Kalp Damar Yoğun Bakım Ünitesi	881	14	1.59
Göğüs Hastalıkları	1318	185	14.04
Göğüs Cerrahi	687	4	0.58
Göz Hastalıkları	3893	17	0.44
Kulak Burun Boğaz	1750	22	1.26
Kadın Hastalıkları ve Doğum	3983	33	0.83
Kalp ve Damar Cerrahisi	2162	26	1.20
Kardiyoloji	3740	125	3.34
Koroner Yoğun Bakım Ünitesi	1602	50	3.12
Hematoloji – Kök Hücre Nakil Birimi	406	10	2.46

Nefroloji	1807	105	5.81
Nöroloji	2538	130	5.12
Nöroşirürji	1524	29	1.90
Onkoloji	711	67	9.42
Ortopedi	2589	137	5.29
Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi	1174	19	1.62
Romatoloji	380	24	6.32
Üroloji	2561	26	1.02
Acil Servis Dışı Tüm Servis Konsültasyonları	44758	1790	4.00
Acil ve Tüm Servis Konsültasyonları	149759	2831	1.89

Çalışma örneklemini 2014 yılında gelmiş olan hasta başı konsültasyon isteminin toplamda yatmış olan hasta sayısına oranı açısından incelendiğinde oranlar birim bazında acil servis %0.99, anestezi yoğun bakım birimi %5.11, dahiliye yoğun bakım birimi %4.73, deri ve zührevi hastalıklar %11.46, endokrinoloji %11.66, enfeksiyon hastalıkları %11.33, hematoloji %7.26, fizik tedavi ve rehabilitasyon %20.95, gastroenteroloji %10.77, genel cerrahi %4.02, genel dahiliye %6.06, göğüs-kalp damar yoğun bakım ünitesi %1.59, göğüs hastalıkları %14.04, göğüs cerrahi %0.58, göz hastalıkları %0.44, kulak burun boğaz %1.26, kadın hastalıkları ve doğum %0.83, kalp ve damar cerrahisi %1.20, kardioloji %3.34, koroner yoğun bakım ünitesi %3.12, hematoloji-kök hücre nakil birimi %2.46, nefroloji %5.81, nöroloji %5.12, nöroşirürji %1.90, onkoloji %9.42, ortopedi %5.29, plastik ve rekonstrüktif cerrahi %1.62, romatoloji %6.32, üroloji %1.02, acil servis dışı tüm servis konsültasyonları %4.00, acil ve tüm servis konsültasyonları ortak alındığında %1.89 bulunmuştur.

Tablo 17: 2014 yılında birimler cerrahi, dahili ve yoğun bakım olarak üçe ayrıldığında ve acil servis dışarıda tutulduğunda konsültasyon istemi yapılmış olan hastaların, yatmış olan toplam hastalara oranı

Değişkenler*	Yatmış olan Hasta Sayısı n	Konsültasyon İstenmiş Hasta Sayısı n	Oranı %
Dahili	15471	1017	6.57
Cerrahi	25850	470	1.81
Yoğun Bakım	3437	95	2.76

Çalışma örneklemini 2014 yılında birimler cerrahi, dahili ve yoğun bakım olarak üçe ayrıldığında ve acil servis dışarıda tutulduğunda konsültasyon istemi yapılmış olan hastaların, yatmış olan toplam hastalara oranı açısından incelendiğinde oranlar dahili bilimler %6.57, cerrahi bilimler %1.81, yoğun bakım üniteleri %2.76 bulunmuştur.

Tablo 18: 2019 yılında birimlerden konsültasyon istemi yapılmış olan hastaların, yatmış olan toplam hastalara oranı

Değişkenler*	Yatmış olan Hasta Sayısı n	Konsültasyon İstenmiş Hasta Sayısı n	Oranı %
Acil Servis	132368	1187	0.90
Anestezi Yoğun Bakım Ünitesi	600	20	3.33
Dahiliye Yoğun Bakım Ünitesi	398	20	5.03
Deri ve Zührevi Hastalıklar	689	77	11.18
Endokrinoloji	411	68	16.55
Enfeksiyon Hastalıkları	523	39	7.46
Hematoloji	517	93	17.99
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	345	60	17.39
Gastroenteroloji	1431	154	10.76
Genel Cerrahi	4273	233	5.45

Genel Dahiliye	246	36	14.63
Göğüs-Kalp Damar Yoğun Bakım Ünitesi	1040	6	0.58
Göğüs Hastalıkları	1085	177	16.31
Göğüs Cerrahi	996	15	1.51
Göz Hastalıkları	3924	21	0.54
Kulak Burun Boğaz	1946	27	1.39
Kadın Hastalıkları ve Doğum	3342	23	0.69
Kalp ve Damar Cerrahisi	2102	22	1.05
Kardiyoloji	3810	121	3.18
Koroner Yoğun Bakım Ünitesi	1260	28	2.22
Hematoloji – Kök Hücre Nakil Birimi	474	31	6.54
Nefroloji	942	170	18.05
Nöroloji	2030	148	7.29
Nöroşirürji	2182	72	3.30
Onkoloji	781	167	21.38
Ortopedi	3463	176	5.08
Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi	1564	20	1.28
Romatoloji	310	39	12.58
Nöroloji İnme Yoğun Bakım Ünitesi	381	1	0.26
Radyasyon Onkolojisi	203	0	0.00
Üroloji	2266	40	1.77
Geriatrid	835	3	0.36
Acil Servis Dışı Tüm Servis Konsültasyonları	44369	2107	4.75
Acil ve Tüm Servis Konsültasyonları	176737	3294	1.86

Çalışma örnekleme 2019 yılında gelmiş olan hasta başı konsültasyon isteminin toplamda yatmış olan hasta sayısına oranı açısından incelendiğinde oranlar birim bazında acil servis %0.90, anestezi yoğun bakım birimi %3.33, dahiliye yoğun bakım birimi %5.03, deri ve zührevi hastalıklar %11.18, endokrinoloji %16.55, enfeksiyon hastalıkları %7.46, hematoloji %17.99, fizik tedavi ve rehabilitasyon %17.39, gastroenteroloji %10.76, genel cerrahi %5.45, genel dahiliye %14.63, göğüs-kalp damar yoğun bakım ünitesi %0.58, göğüs hastalıkları %16.31, göğüs cerrahi %1.51, göz hastalıkları %0.54, kulak burun boğaz %1.39, kadın hastalıkları ve doğum %0.69, kalp ve damar cerrahisi %1.05, kardiyoloji %3.18, koroner yoğun bakım ünitesi %2.22, hematoloji-kök hücre nakil birimi %6.54, nefroloji %18.05, nöroloji %7.29, nöroşirürji %3.30, onkoloji %21.38, ortopedi %5.08, plastik ve rekonstrüktif cerrahi %1.28, romatoloji %12.58, nöroloji inme yoğun bakım ünitesi %0.26, radyasyon onkolojisi %0.00, üroloji %1.77, geriatri %0.36, acil servis dışı tüm servis konsültasyonları %4.75, acil ve tüm servis konsültasyonları ortak alındığında %1.83 bulunmuştur.

Tablo 19: 2019 yılında birimler cerrahi, dahili ve yoğun bakım olarak üçe ayrıldığında ve acil servis dışarıda tutulduğunda konsültasyon istemi yapılmış olan hastaların, yatmış olan toplam hastalara oranı

Değişkenler*	Yatmış olan Hasta Sayısı n	Konsültasyon İstenmiş Hasta Sayısı n	Oranı %
Dahili	14632	1164	7.96
Cerrahi	26058	561	2.15
Yoğun Bakım	3679	55	1.49

Çalışma örnekleme 2019 yılında birimler cerrahi, dahili ve yoğun bakım olarak üçe ayrıldığında ve acil servis dışarıda tutulduğunda konsültasyon istemi yapılmış olan hastaların, yatmış olan toplam hastalara oranı açısından incelendiğinde oranlar dahili bilimler %7.96, cerrahi bilimler %2.15, yoğun bakım üniteleri %1.49 bulunmuştur.

5.1.5 Konsültasyon İstem Nedenleri

Tablo 20: Örneklemde acil servisten istenen konsültasyonlar, konsültasyonların istem nedenlerine göre dağılımı

Değişkenler n %	n=1986	%
İntihar Girişimi ya da Düşüncesi	887	44.7
Önceden var olan ve halen sürmekte olan Psikiyatrik Bozukluk ve tedaviyi danışma	373	18.8
Kendine ve/veya Çevreye Zarar Verme nedeniyle	207	10.4
Psikiyatrik ayırıcı tanı yapılması amacıyla	182	9.2
Devir alınması açısından incelenmesi amacıyla	65	3.3
Neden belirtmeksizin danışma	47	2.4
Şiddet mağduru psikiyatrik değerlendirme amacıyla	39	2.0
Psikotrop ilaç kullanımı ile ilgili sorunlar nedeniyle	38	1.9
Madde kullanımı ve/veya kesilmesine ilişkin sorunlar nedeniyle	34	1.7
Tedavi sırasında Psikiyatrik Bozukluk veya Belirtilerin ortaya çıkması nedeniyle	30	1.5
Alkol kullanımı ve/veya kesilmesine ilişkin sorunlar nedeniyle	22	1.1
Somatik semptomların ayırıcı tanısı amacıyla	21	1.1
Karar verme yeterliliğinin değerlendirilmesi amacıyla	13	0.7
Uyku ile ilişkili sorunlar nedeniyle	7	0.4
Şiddet ve organik nedenler haricinde travma sonrası gelişen ruhsal belirtilerin değerlendirilmesi amacıyla	6	0.3
Tedavi reddi olan hastanın değerlendirilmesi amacıyla	5	0.3
Adli rapor talebi ve yanıtlanması gereken resmi yazılar nedeniyle	3	0.2
Sağlık çalışanlarıyla kişilerarası ilişki sorunları nedeniyle	2	0.1
Tedavi iş birliğinde yaşanan sorunlar nedeniyle	2	0.1
Transplantasyon öncesinde rutin değerlendirme	1	0.1
Psikiyatri dışı medikasyon ile tetiklenen psikiyatrik tablo nedeniyle	1	0.1

Çalışma örnekleminde Acil Servis'ten istenen konsültasyonlarda konsültasyonların istem nedenlerine göre dağılımı incelendiğinde nedenlerine göre intihar girişimi ya da düşüncesi %44.7, önceden var olan ve halen sürmekte olan Psikiyatrik Bozukluk ve tedaviyi danışma %18.8, Kendine ve/veya Çevreye Zarar Verme nedeniyle %10.4, Psikiyatrik ayırıcı tanı yapılması amacıyla %9.2, Devir alınması açısından incelenmesi amacıyla %3.3, Neden belirtmeksizin danışma %2.4, Şiddet mağdurunun psikiyatrik değerlendirmesi amacıyla %2.0, Psikotrop ilaç kullanımı ile ilgili sorunlar nedeniyle %1.9, Madde kullanımı ve/veya kesilmesine ilişkin sorunlar nedeniyle %1.7, Tedavi sırasında Psikiyatrik Bozukluk veya Belirtilerin ortaya çıkması nedeniyle %1.5, Alkol kullanımı ve/veya kesilmesine ilişkin sorunlar nedeniyle %1.1, Somatik semptomların ayırıcı tanısı amacıyla %1.1, Karar verme yeterliliğinin değerlendirilmesi amacıyla %0.7, Uyku ile ilişkili sorunlar nedeniyle %0.4, Şiddet ve organik nedenler haricinde travma sonrası gelişen ruhsal belirtilerin değerlendirilmesi amacıyla %0.3, Tedavi reddi olan hastanın değerlendirilmesi amacıyla %0.3, Adli rapor talebi ve yanıtlanması gereken resmi yazılar nedeniyle %0.2, Sağlık çalışanlarıyla kişilerarası ilişki sorunları nedeniyle %0.1, Tedavi iş birliğinde yaşanan sorunlar nedeniyle %0.1, Transplantasyon öncesinde rutin değerlendirme %0.1, Psikiyatri dışı medikasyon ile tetiklenen psikiyatrik tablo nedeniyle %0.1 bulunmuştur.

Tablo 21: Örnekleimde acil servis dışındaki servislerden istenen konsültasyonlar, konsültasyonların istem nedenlerine göre dağılımı

Değişkenler n %	n=3362	%
Tedavi sırasında Psikiyatrik Bozukluk veya Belirtilerin ortaya çıkması nedeniyle	752	22.4
Psikiyatrik ayırıcı tanı yapılması amacıyla	586	17.4
Önceden var olan ve halen sürmekte olan Psikiyatrik Bozukluk ve tedaviyi danışma	325	9.7
Uyku ile ilişkili sorunlar nedeniyle	302	9.0
Hastalığa yoğun duygusal tepki gösterme nedeniyle	281	8.4
Somatik semptomların ayırıcı tanısı amacıyla	172	5.1
Psikotrop ilaç kullanımı ile ilgili sorunlar nedeniyle	170	5.1
Transplantasyon öncesinde rutin değerlendirme	133	4.0
Operasyon öncesinde psikiyatrik değerlendirme amacıyla	87	2.6
Neden belirtmeksizin danışma	67	2.0

Tedavi reddi olan hastanın değerlendirilmesi amacıyla	63	1.9
Tedavi iş birliğinde yaşanan sorunlar nedeniyle	56	1.7
İntihar Girişimi ya da Düşüncesi	50	1.5
Alkol kullanımı ve/veya kesilmesine ilişkin sorunlar nedeniyle	48	1.4
Devir alınması açısından incelenmesi amacıyla	48	1.4
Şiddet ve organik nedenler haricinde travma sonrası gelişen ruhsal belirtilerin değerlendirilmesi amacıyla	39	1.2
Karar verme yeterliliğinin değerlendirilmesi amacıyla	36	1.1
İlaç tedavisi öncesinde psikiyatrik değerlendirme amacıyla	32	1.0
Adli rapor talebi ve yanıtlanması gereken resmi yazılar nedeniyle	26	0.8
Sağlık çalışanlarıyla kişilerarası ilişki sorunları nedeniyle	16	0.5
Kendine ve/veya Çevreye Zarar Verme nedeniyle	16	0.5
Bariyatrik cerrahi öncesinde psikiyatrik değerlendirme amacıyla	15	0.4
Psikiyatri dışı medikasyon ile tetiklenen psikiyatrik tablo nedeniyle	13	0.4
Şiddet mağduru psikiyatrik değerlendirme amacıyla	12	0.4
Madde kullanımı ve/veya kesilmesine ilişkin sorunlar nedeniyle	7	0.2
Protez takılması öncesinde psikiyatrik değerlendirme amacıyla	7	0.2
Nikotin kullanımı kesilmesi talebiyle bilgi alma amacıyla	2	0.1
Hasta yakınları ve refakatçilerle ilgili sorunlar	1	0.0

Çalışma örnekleminde Acil Servis dışındaki servislerden istenen konsültasyonlarda konsültasyonların istem nedenlerine göre dağılımı incelendiğinde nedenlerine göre Tedavi sırasında Psikiyatrik Bozukluk veya Belirtilerin ortaya çıkması nedeniyle %22.4, Psikiyatrik ayırıcı tanı yapılması amacıyla %17.4, Önceden var olan ve halen sürmekte olan Psikiyatrik Bozukluk ve tedaviyi danışma %9.7, Uyku ile ilişkili sorunlar nedeniyle %9.0, Hastalığa yoğun duygusal tepki gösterme nedeniyle %8.4, Somatik semptomların ayırıcı tanısı amacıyla %5.1, Psikotrop ilaç kullanımı ile ilgili sorunlar nedeniyle %5.1, Transplantasyon öncesinde rutin değerlendirme %4.0, Operasyon öncesinde psikiyatrik değerlendirme amacıyla %2.6, Neden belirtmeksizin danışma %2.0, Tedavi reddi olan hastanın değerlendirilmesi amacıyla %1.9,

Tedavi iş birliğinde yaşanan sorunlar nedeniyle %1.7, İntihar Girişimi ya da Düşüncesi %1.5, Alkol kullanımı ve/veya kesilmesine ilişkin sorunlar nedeniyle %1.4, Devir alınması açısından incelenmesi amacıyla %1.4, Şiddet ve organik nedenler haricinde travma sonrası gelişen ruhsal belirtilerin değerlendirilmesi amacıyla %1.2, Karar verme yeterliliğinin değerlendirilmesi amacıyla %1.1, İlaç tedavisi öncesinde psikiyatrik değerlendirme amacıyla %1.0, Adli rapor talebi ve yanıtlanması gereken resmi yazılar nedeniyle %0.8, Sağlık çalışanlarıyla kişilerarası ilişki sorunları nedeniyle %0.5, Kendine ve/veya Çevreye Zarar Verme nedeniyle %0.5, Bariyatrik cerrahi öncesinde psikiyatrik değerlendirme amacıyla %0.4, Psikiyatri dışı medikasyon ile tetiklenen psikiyatrik tablo nedeniyle %0.4, Şiddet mağduru psikiyatrik değerlendirme amacıyla %0.4, Madde kullanımı ve/veya kesilmesine ilişkin sorunlar nedeniyle %0.2, Protez takılması öncesinde psikiyatrik değerlendirme amacıyla %0.2, Nikotin kullanımı kesilmesi talebiyle bilgi alma amacıyla %0.1, Hasta yakınları ve refakatçilerle ilgili sorunlar %0.0 bulunmuştur.

5.1.6 Örneklem Konsültasyon Sonucunda Konulmuş Olan Psikiyatrik Tanılar-Ön Tanılar

Tablo 22: Örneklem Konsültasyon Değerlendirmesi Sonrasında Konulmuş Olan Psikiyatrik Tanılar ve Ön Tanılar (Sınıflandırılmış)

Değişkenler n %	n=5348	%
Nörobilişsel Bozukluklar	1022	19.1
Depresif Bozukluklar	921	17.2
Travma ve Stresörle İlişkili Bozukluklar	794	14.8
Herhangi bir psikiyatrik belirti olmayan	525	9.8
Şizofreni Spektrumu ve Psikoz ile İlişkili Bozukluklar	444	8.3
Bipolar ve İlişkili Bozukluklar	396	7.4
Anksiyete Bozuklukları	344	6.4
Uyku-Uyanıklık Bozuklukları	258	4.8
Eşikaltı Psikiyatrik Bulgular	130	2.4
Madde ile İlişkili Bozukluklar ve Bağımlılık Bozuklukları	125	2.3
Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar	90	1.7
Kişilik Bozuklukları	88	1.6

İlaçların yol açtığı Hareket Bozuklukları ve İlaçların Diğer Yan Etkileri	57	1.1
Yıkıcı Bozukluklar, Dürtü Denetimi ve Davranım Bozuklukları	48	0.9
Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar	46	0.9
Nörogelişimsel Bozukluklar	34	0.6
Dissosiyatif Bozukluklar	17	0.3
Beslenme ve Yeme Bozuklukları	5	0.1
Klinik İlgi Odağı Olabilecek Diğer Durumlar	4	0.1

Çalışma örneklemini konsültasyon değerlendirmesi sonrasında konulmuş olan psikiyatrik tanımlar ile öntanımların sınıflandırılmış hali incelendiğinde Nörobilişsel Bozukluklar %19.1, Depresif Bozukluklar %17.2, Travma ve Stresörle İlişkili Bozukluklar %14.8, Şizofreni Spektrumu ve Psikoz ile İlişkili Bozukluklar %8.3, Bipolar ve İlişkili Bozukluklar %7.4, Anksiyete Bozuklukları %6.4, Uyku-Uyanıklık Bozuklukları %4.8, Madde ile İlişkili Bozukluklar ve Bağımlılık Bozuklukları %2.3, Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar %1.7, Kişilik Bozuklukları %1.6, İlaçların yol açtığı Hareket Bozuklukları ve İlaçların Diğer Yan Etkileri %1.1, Yıkıcı Bozukluklar, Dürtü Denetimi ve Davranım Bozuklukları %0.9, Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar %0.9, Nörogelişimsel Bozukluklar %0.6, Dissosiyatif Bozukluklar %0.3, Beslenme ve Yeme Bozuklukları %0.1, Klinik İlgi Odağı Olabilecek Diğer Durumlar %0.1 bulunmuştur. Örnekleme 525 olguda (%9.8) herhangi bir psikiyatrik belirti olmadığı, 130 olguda (%2.4) herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanı kriterini karşılamayan eşik altı psikiyatrik belirtilerin olduğu bulunmuştur.

Tablo 23: Örnekleme Konsültasyon Değerlendirmesi Sonrasında Konulmuş Olan Psikiyatrik Tanılar ve Öntanıların 2014 ve 2019 Yıllarındaki Sayıları (Sınıflandırılmış)

2014 yılı n=2554		2019 yılı n=2794	
Depresif Bozukluklar	533 (20.9)	Nörobilişsel Bozukluklar	615 (22.0)
Travma ve Stresörle İlişkili Bozukluklar	438 (17.1)	Depresif Bozukluklar	388 (13.9)
Nörobilişsel Bozukluklar	407 (15.9)	Travma ve Stresörle İlişkili Bozukluklar	356 (12.7)
Şizofreni Spektrumu ve Psikoz ile İlişkili Bozukluklar	229 (9.0)	Herhangi bir psikiyatrik belirti olmayan	299 (10.7)
Herhangi bir psikiyatrik belirti olmayan	226 (8.8)	Bipolar ve İlişkili Bozukluklar	227 (8.1)
Anksiyete Bozuklukları	177 (6.9)	Şizofreni Spektrumu ve Psikoz ile İlişkili Bozukluklar	215 (7.7)
Bipolar ve İlişkili Bozukluklar	169 (6.6)	Uyku-Uyanıklık Bozuklukları	168 (6.0)
Uyku-Uyanıklık Bozuklukları	90 (3.5)	Anksiyete Bozuklukları	167 (6.0)
Madde ile İlişkili Bozukluklar ve Bağımlılık Bozuklukları	69 (2.7)	Eşikaltı Psikiyatrik Bulgular	81 (2.9)
Eşikaltı Psikiyatrik Bulgular	49 (1.9)	Madde ile İlişkili Bozukluklar ve Bağımlılık Bozuklukları	56 (2.0)
Kişilik Bozuklukları	45 (1.8)	Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar	51 (1.8)
Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar	39 (1.5)	Kişilik Bozuklukları	43 (1.5)
İlaçların yol açtığı Hareket Bozuklukları ve İlaçların Diğer Yan Etkileri	25 (1.0)	Yıkıcı Bozukluklar, Dürtü Denetimi ve Davranım Bozuklukları	36 (1.3)
Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar	18 (0.7)	İlaçların yol açtığı Hareket Bozuklukları ve İlaçların Diğer Yan Etkileri	32 (1.1)

Nörogelişimsel Bozukluklar	15 (0.6)	Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar	28 (1.0)
Yıkıcı Bozukluklar, Dürtü Denetimi ve Davranım Bozuklukları	12 (0.5)	Nörogelişimsel Bozukluklar	19 (0.7)
Dissosiyatif Bozukluklar	10 (0.4)	Dissosiyatif Bozukluklar	7 (0.3)
Beslenme ve Yeme Bozuklukları	3 (0.1)	Klinik İlgi Odağı Olabilecek Diğer Durumlar	4 (0.1)
Klinik İlgi Odağı Olabilecek Diğer Durumlar	0	Beslenme ve Yeme Bozuklukları	2 (0.1)

Tablo 24: Örneklemde Nörobilişsel Bozukluk Düşünülen Olguların Alt Sınıflandırması

Değişkenler n %	n=1022	%
Hiperaktif Deliryum	825	80.7
Demans, Tanımlanmamış	40	3.9
Hipoaktif Deliryum	35	3.4
Subsendromal Deliryum	35	3.4
Alzheimer Hastalığı	33	3.2
Travma sonrasında ortaya çıkan Nörobilişsel Bozukluk	17	1.7
Vasküler nedenli Ağır Nörobilişsel Bozukluk	13	1.3
Deliryum Tremens	13	1.3
Frontotemporal Demans	7	0.7
Hafif Nörobilişsel Bozukluk	3	0.3
Lewy Cisimcikli Demans	1	0.1

Çalışma örnekleminde Nörobilişsel Bozukluk düşünülen olguların sınıflandırması açısından değerlendirme yapıldığında Hiperaktif Deliryum %80.7, Demans, Tanımlanmamış %3.9, Hipoaktif Deliryum %3.4, Subsendromal Deliryum %3.4, Alzheimer Hastalığı %3.2, Travma Sonrası Ortaya Çıkan Nörobilişsel Bozukluk %1.7, Vasküler Nedenli Ağır Nörobilişsel Bozukluk %1.3, Deliryum Tremens %1.3, Frontotemporal Demans %0.7, Hafif Nörobilişsel Bozukluk %0.3, Lewy Cisimcikli Demans %0.1 bulunmuştur.

Tablo 25: Örnekleimde Depresif Bozukluk Düşünülen Olguların Alt Sınıflandırması

Değişkenler n %	n=921	%
Psikotik belirtilerin eşlik etmediği Ağır Depresif Nöbet	406	44.1
Orta Depresif Nöbet	245	26.6
Yineleyen Depresif Bozukluk	189	20.5
Psikotik belirtilerin eşlik ettiği Ağır Depresif Nöbet	32	3.5
Tıbbi nedene bağlı gelişen Depresif Bozukluk	20	2.3
Başka türlü adlanlandırılmayan Depresif Bozukluk	11	1.2
Peripartum gelişen Ağır Depresif Bozukluk	3	0.3
Karma belirtilerin eşlik ettiği Ağır Depresif Nöbet	1	0.1

Çalışma örnekleminde Depresif Bozukluk düşünülen olguların sınıflandırması açısından değerlendirme yapıldığında Psikotik belirtilerin eşlik etmediği Ağır Depresif Nöbet %44.1, Orta Depresif Nöbet %26.6, Yineleyen Depresif Bozukluk %20.5, Psikotik belirtilerin eşlik ettiği Ağır Depresif Nöbet %3.5, Tıbbi nedene bağlı gelişen Depresif Bozukluk %2.3, Başka türlü adlanlandırılmayan Depresif Bozukluk 1.2, Peripartum gelişen Ağır Depresif Bozukluk %0.3, Karma belirtilerin eşlik ettiği Ağır Depresif Nöbet %0.1 bulunmuştur.

Tablo 26: Örnekleimde Travma ve Stresörle İlişkili Bozukluklar Düşünülen Olguların Alt Sınıflandırması

Değişkenler n %	n=794	%
Uyum Bozukluğu, Tanımlanmamış	634	79.8
Uyum Bozukluğu, anksiyete bulguları ile giden	87	11.0
Akut Stres Bozukluğu	41	5.2
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	23	2.9
Başka türlü adlanlandırılmayan Travma ve Stresörle İlişkili Bozukluklar	9	1.1

Çalışma örnekleminde Travma ve Stresörle İlişkili Bozukluklar düşünülen olguların sınıflandırması açısından değerlendirme yapıldığında Uyum Bozukluğu, Tanımlanmamış

%79.8, Uyum Bozukluğu, anksiyete bulguları ile giden %11.0, Akut Stres Bozukluğu %5.2, Travma Sonrası Stres Bozukluğu %2.9, Başka türlü adlandırılmayan Travma ve Stresörle İlişkili Bozukluklar %1.1 bulunmuştur.

Tablo 27: Örneklemde Şizofreni Spektrumu ve Psikoz ile İlişkili Bozukluklar Düşünülen Olguların Alt Sınıflandırması

Değişkenler n %	n=444	%
Şizofreni	294	66.2
Madde/İlaç kullanımı ile tetiklenen Psikoz	47	10.6
Şizoaffektif Bozukluk, Tanımlanmamış	33	7.4
Kısa Psikotik Bozukluk	25	5.6
Tıbbi nedene bağlı Psikotik Bozukluk	16	3.6
Sanrılı Bozukluk	11	2.5
Şizofreniform Bozukluk	8	1.8
Başka bir psikiyatrik bozukluğa eşlik eden katatoni	5	1.1
Kısa Psikotik Bozukluk, Postpartum dönemde başlayan	4	0.9
Tıbbi nedene bağlı katatoni	1	0.2

Çalışma örnekleminde Şizofreni Spektrumu ve Psikoz ile İlişkili Bozukluklar düşünülen olguların sınıflandırması açısından değerlendirme yapıldığında Şizofreni %66.2, Maddenin/İlacın yol açtığı Psikoz %10.6, Şizoaffektif Bozukluk, Tanımlanmamış %7.4, Kısa Psikotik Bozukluk %5.6, Tıbbi nedene bağlı Psikotik Bozukluk %3.6, Sanrılı Bozukluk %2.5, Şizofreniform Bozukluk %1.8, Başka bir psikiyatrik bozukluğa eşlik eden katatoni %1.1, Kısa Psikotik Bozukluk, Postpartum dönemde başlayan %0.9, Tıbbi nedene bağlı katatoni %0.2 bulunmuştur.

Tablo 28: Örnekleme Bipolar ve İlişkili Bozukluklar Düşünülen Olguların Alt Sınıflandırması

Değişkenler n %	n=396	%
Tip 1 Bipolar Bozukluk, Psikotik Belirtili Mani Dönemi	145	36.6
Tip 1 Bipolar Bozukluk, Depresif Dönem, Psikotik Belirtisiz, Tanımlanmamış	75	18.9
Tip 1 Bipolar Bozukluk, Remisyonunda	74	18.7
Tip 1 Bipolar Bozukluk, Mani Dönemi, Psikotik Belirtisiz, Tanımlanmamış	38	9.6
Tip 1 Bipolar Bozukluk, Psikotik Belirtili Depresif Dönem	24	6.1
Tip 1 Bipolar Bozukluk, Psikotik Belirtili Depresif Dönem, Karma özelliklerle giden	11	2.8
Tip 1 Bipolar Bozukluk, Psikotik Belirtili Mani Dönemi, Karma özelliklerle giden	11	2.8
Tip 2 Bipolar Bozukluk, Depresif Dönem	8	2.0
Madde/İlaç kullanımı ile tetiklenen Bipolar ve İlişkili Bozukluk	7	1.8
Tip 2 Bipolar Bozukluk, Hipomani Dönemi	2	0.5
Tip 1 Bipolar Bozukluk, Hipomani Dönemi	1	0.3

Çalışma örnekleminde Bipolar ve İlişkili Bozukluklar düşünülen olguların sınıflandırması açısından değerlendirme yapıldığında Tip 1 Bipolar Bozukluk, Psikotik Belirtili Mani Dönemi %36.6, Tip 1 Bipolar Bozukluk, Depresif Dönem, Psikotik Belirtisiz, Tanımlanmamış %18.9, Tip 1 Bipolar Bozukluk, Remisyonunda %18.7, Tip 1 Bipolar Bozukluk, Mani Dönemi, Psikotik Belirtisiz, Tanımlanmamış %9.6, Tip 1 Bipolar Bozukluk, Psikotik Belirtili Depresif Dönem %6.1, Tip 1 Bipolar Bozukluk, Psikotik Belirtili Depresif Dönem, Karma özelliklerle giden %2.8, Tip 1 Bipolar Bozukluk, Psikotik Belirtili Mani Dönemi, Karma özelliklerle giden %2.8, Tip 2 Bipolar Bozukluk, Depresif Dönem %2.0, Madde/İlaç kullanımı ile tetiklenen Bipolar ve İlişkili Bozukluk %1.8, Tip 2 Bipolar Bozukluk, Hipomani Dönemi %0.5, Tip 1 Bipolar Bozukluk, Hipomani Dönemi %0.3 bulunmuştur.

Tablo 29: Örnekleme Anksiyete Bozuklukları Düşünülen Olguların Alt Sınıflandırması

Değişkenler n %	n=344	%
Başka türlü adlanlandırılmayan Anksiyete Bozukluğu	110	32.0
Panik Bozukluk, Agorafobi eşlik etmeyen	107	31.1
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	100	29.1
Panik Bozukluk, Agorafobi eşlik eden	12	3.5
Agorafobi	9	2.6
Sosyal Anksiyete Bozukluğu	4	1.2
Özgül Fobi	2	0.6

Çalışma örnekleminde Anksiyete Bozuklukları düşünülen olguların sınıflandırması açısından değerlendirme yapıldığında Başka türlü adlanlandırılmayan Anksiyete Bozukluğu %32.0, Panik Bozukluk, Agorafobi eşlik etmeyen %31.1, Yaygın Anksiyete Bozukluğu %29.1, Panik Bozukluk, Agorafobi eşlik eden %3.5, Agorafobi %2.6, Sosyal Anksiyete Bozukluğu %1.2, Özgül Fobi %0.6 bulunmuştur.

Tablo 30: Örnekleme Uyku-Uyanıklık Bozuklukları Düşünülen Olguların Alt Sınıflandırması

Değişkenler n %	n=258	%
Uykuya dalma veya sürdürme güçlüğü, tıbbi tanıya eşlik eden	171	66.3
Uykuya dalma veya sürdürme güçlüğü	71	27.5
Parasomniler, Huzursuz Bacak Sendromu	8	3.1
Aşırı uyku sendromu	7	2.7
REM uykusunda davranış bozukluğu	1	0.4

Çalışma örnekleminde Uyku-Uyanıklık Bozuklukları düşünülen olguların sınıflandırması açısından değerlendirme yapıldığında Uykuya dalma veya sürdürme güçlüğü, tıbbi tanıya eşlik eden %66.3, Uykuya dalma veya sürdürme güçlüğü %27.5, Parasomniler, Huzursuz Bacak Sendromu %3.1, Aşırı uyku sendromu %2.7, REM uykusunda davranış bozukluğu %0.4 bulunmuştur.

Tablo 31: Örnekleme Madde ile İlişkili Bozukluklar ve Bağımlılık Bozuklukları Düşünülen Olguların Alt Sınıflandırması

Değişkenler n %	n=125	%
Alkol Kullanım Bozukluğu	62	49.6
Madde Kullanım Bozukluğu	41	32.8
Alkol Yoksunluğu	15	12.0
Eroin Yoksunluğu	6	4.8
Nikotin Kullanım Bozukluğu	1	0.8

Çalışma örnekleminde Madde ile ilişkili Bozukluklar ve Bağımlılık Bozuklukları düşünülen olguların sınıflandırması açısından değerlendirme yapıldığında Alkol Kullanım Bozukluğu %49.6, Madde Kullanım Bozukluğu %32.8, Alkol Yoksunluğu %12.0, Eroin Yoksunluğu %4.8, Nikotin Kullanım Bozukluğu %0.8 bulunmuştur.

Tablo 32: Örnekleme Bedensel Belirti Bozuklukları ve ilişkili Bozukluklar Düşünülen Olguların Alt Sınıflandırması

Değişkenler n %	n=90	%
Konversiyon Bozukluğu	60	66.6
Bedensel Belirti Bozukluğu	29	32.2
Yapay Bozukluk	1	1.1

Çalışma örnekleminde Bedensel Belirti Bozuklukları ve ilişkili Bozukluklar düşünülen olguların sınıflandırması açısından değerlendirme yapıldığında Konversiyon Bozukluğu %66.6, Bedensel Belirti Bozukluğu %32.2, Yapay bozukluk %1.1 bulunmuştur.

Tablo 33: Örnekleme Kişilik Bozuklukları Düşünülen Olguların Alt Sınıflandırması

Değişkenler n %	n=88	%
Tanımlanmamış B Küme Kişilik Bozukluğu	54	61.4
Antisozyal Kişilik Bozukluğu	15	17.0
Sınırdaki Kişilik Bozukluğu	15	17.0
Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu	2	2.3
Tanımlanmamış C Küme Kişilik Bozukluğu	1	1.1
Şizotipal Kişilik Bozukluğu	1	1.1

Çalışma örnekleminde Kişilik Bozuklukları düşünülen olguların sınıflandırması açısından değerlendirme yapıldığında Tanımlanmamış B Küme Kişilik Bozukluğu %61.4, Antisosyal Kişilik Bozukluğu %17.0, Sınırdaki Kişilik Bozukluğu %17.0, Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu %2.3, Tanımlanmamış C Küme Kişilik Bozukluğu %1.1, Şizotipal Kişilik Bozukluğu %1.1 bulunmuştur.

Tablo 34: Örnekleimde İlaçların yol açtığı Hareket Bozuklukları ve İlaçların Diğer Yan Etkileri Düşünülen Olguların Alt Sınıflandırması

Değişkenler n %	n=57	%
İlaçların neden olduğu Akut Distoni	28	49.2
İlaçların Diğer Yan Etkileri, Lityum İntoksikasyonu	7	12.3
Antidepresan Bırakma Sendromu	6	10.5
İlaçların neden olduğu Akatizi	6	10.5
Nöroleptik Malign Sendrom	4	7.0
Nöroleptiklerin neden olduğu Parkinsonizm	3	5.3
İlaçların Diğer Yan Etkileri, Alkol kullanımı ile tetiklenen Disülfiram Belirtileri	1	1.8
İlaçların Diğer Yan Etkileri, Antikolinerjik Sendrom	1	1.8
İlaçların Diğer Yan Etkileri, Benzodiazepin kullanımına bağlı disinhibisyon	1	1.8

Çalışma örnekleminde İlaçların yol açtığı Hareket Bozuklukları ve İlaçların Diğer Yan Etkileri düşünülen olguların sınıflandırması açısından değerlendirme yapıldığında İlaçların neden olduğu Akut Distoni %49.2, İlaçların Diğer Yan Etkileri, Lityum İntoksikasyonu %10.5, Antidepresan Bırakma Sendromu %10.5, Nöroleptik Malign Sendrom %7.0, Nöroleptiklerin neden olduğu Parkinsonizm %5.3, İlaçların Diğer Yan Etkileri, Alkol kullanımı ile tetiklenen Disülfiram Belirtileri %1.8, İlaçların Diğer Yan Etkileri, Antikolinerjik Sendrom %1.8, İlaçların Diğer Yan Etkileri, Benzodiazepin kullanımına bağlı disinhibisyon %1.8 bulunmuştur.

Tablo 35: Örnekleme Yıkıcı Bozukluklar, Dürtü Denetimi ve Davranım Bozuklukları Düşünülen Olguların Alt Sınıflandırması

Değişkenler n %	n=48	%
Dürtü Denetim Bozukluğu	40	83.3
Aralıklı Patlayıcı Bozukluk	4	8.3
Tanımlanmış Diğer bir Yıkıcı Bozukluk, Dürtü Denetim ve Davranım Bozukluğu	3	6.3
Kleptomani	1	2.1

Çalışma örnekleminde Yıkıcı Bozukluklar, Dürtü Denetimi ve Davranım Bozuklukları düşünülen olguların sınıflandırması açısından değerlendirme yapıldığında Dürtü Denetim Bozukluğu %83.3, Aralıklı Patlayıcı Bozukluk %8.3, Tanımlanmış Diğer bir Yıkıcı Bozukluk, Dürtü Denetim ve Davranım Bozukluğu %6.3, Kleptomani %2.1 bulunmuştur.

Tablo 36: Örnekleme Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar Düşünülen Olguların Alt Sınıflandırması

Değişkenler n %	n=46	%
Obsesif Kompulsif Bozukluk	45	97.8
Trikotillomani	1	2.2

Çalışma örnekleminde Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar düşünülen olguların sınıflandırması açısından değerlendirme yapıldığında Obsesif Kompulsif Bozukluk %97.8, Trikotillomani %2.2 bulunmuştur.

Tablo 37: Örnekleme Nörogelişimsel Bozukluklar Düşünülen Olguların Alt Sınıflandırması

Değişkenler n %	n=34	%
Zihinsel Yetersizlik Sendromu	25	73.5
Otizm Spektrum Bozukluğu	5	14.7
Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu	4	11.8

Çalışma örnekleminde Nörogelişimsel Bozukluklar düşünülen olguların sınıflandırması açısından değerlendirme yapıldığında Zihinsel Yetersizlik Sendromu %73.5, Otizm Spektrum Bozukluğu %14.7, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu %11.8 bulunmuştur.

Tablo 38: Örnekleimde Dissosiyatif Bozukluklar Düşünülen Olguların Alt Sınıflandırması

Değişkenler n %	n=17	%
Tanımlanmamış Dissosiasyon Bozukluğu	15	88.2
Dissosiyatif Amnezi, Fügün eşlik ettiği	2	11.8

Çalışma örnekleminde Dissosiyatif Bozukluklar düşünülen olguların sınıflandırması açısından değerlendirme yapıldığında Tanımlanmamış Dissosiasyon Bozukluğu %88.2, Dissosiyatif Amnezi, Fügün eşlik ettiği %11.8 bulunmuştur.

Tablo 39: Örnekleimde Beslenme ve Yeme Bozuklukları Düşünülen Olguların Alt Sınıflandırması

Değişkenler n %	n=5	%
Bulimiya Nervoza	3	60.0
Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozukluğu	1	20.0
Anoreksiya Nervoza, Kısıtlayıcı tür	1	20.0

Çalışma örnekleminde Beslenme ve Yeme Bozuklukları düşünülen olguların sınıflandırması açısından değerlendirme yapıldığında Bulimiya Nervoza %60.0, Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozukluğu %20.0, Anoreksiya Nervoza, Kısıtlayıcı tür %20.0 bulunmuştur.

Örnekleimde Klinik İlgi Odağı Olabilecek Diğer Durumlar düşünülen olguların alt sınıflandırmasının tablo şeklinde yapılmasına gerek olmadığı görülmüş olup toplamda 4 olgu bu tanı grubu altında yer almaktadır. Olguların tamamı Tıbbi Tedaviye Uyum Sağlamama ve Temaruz olarak düşünülmüştür.

5.1.7 Konsültasyonun Değerlendirilmesi Sonucunda Önerilen Tedaviler ve Yönlendirmeler

Tablo 40: Örneklemde Konsültasyon Değerlendirilmesi Sonucunda Önerilen Tedaviler

Değişkenler n %	n=5348	%
Ek öneri olmayan	1601	29.9
Antipsikotik	1378	25.8
Antidepresan	715	13.4
BZD*	427	8.0
Hipnotik	261	4.9
AD** ve BZD	190	3.6
Psikotrop Kesilmesi	161	3.0
AD ve AP***	132	2.5
AP ve BZD	127	2.4
AD ve Psikoterapi	103	1.9
Psikoterapi	85	1.6
DDD**** ve AP	44	0.8
AD, BZD ve Psikoterapi	29	0.5
Psikiyatrik tablo dışı nedenlerden dolayı psikotrop tedavi başlanması	24	0.4
DDD	17	0.3
Vitamin replasmanı	17	0.3
Yan etki giderilmesi amacıyla	15	0.3
Anksiyete önleyici diğer ilaçlar	8	0.1
Anti-demans	7	0.1
DDD ve AD	4	0.1
Stimülan psikotropolar	1	0.0
Madde yoksunluğuna spesifik ilaç tedavisi başlanması	1	0.0
DDD ve BZD	1	0.0

*Benzodiazepin, **Antidepresan, ***Antipsikotik, ****Duygu Durum Dengeleyici

Çalışma örneklemini konsültasyon değerlendirilmesi sonucunda önerilen tedaviler açısından incelendiğinde ek öneri olmayan %29.9, yalnız antipsikotik %25.8, yalnız antidepresan %13.4, yalnız benzodiazepin 8.0, hipnotik amaçlı medikasyon %4.9, antidepresan ve benzodiazepin kombine tedavi %3.6, psikotrop kesilmesi önerisi %3.0, antidepresan ve antipsikotik kombine tedavi %2.5, antipsikotik ve benzodiazepin kombine tedavi 2.4, antidepresan ve psikoterapi kombine tedavi %1.9, yalnız psikoterapi %1.6, duygudurum dengeleyici ve antipsikotik kombine tedavi %0.8, antidepresan-benzodiazepin-psikoterapi kombine tedavi %0.5, psikiyatrik tablo dışı nedenlerden dolayı psikotrop tedavi başlanması %0.4, yalnız duygudurum dengeleyici %0.3, vitamin replasmanı %0.3, yan etki giderilmesi

amacıyla önerilen ilaç tedavileri %0.3, anksiyete önleyici diğer grup ilaçlar %0.1, demansa yönelik spesifik tedaviler %0.1, duygudurum dengeleyici ve antidepresan kombine tedavi %0.1, stimülan psikotropolar ile madde yoksunluğuna spesifik ilaç tedavisi başlanması ise %0.0 bulunmuştur.

Tablo 41: Örneklemde Konsültasyon Değerlendirilmesi Sonucunda Önerilen Tedavilerin 2014 ile 2019 Yıllarındaki Sayıları

2014 n=2554 (%)		2019 n=2794 (%)	
Ek öneri olmayan	826 (32.3)	Antipsikotik	843 (30.2)
Antipsikotik	535 (20.9)	Ek öneri olmayan	775 (27.7)
Antidepresan	449 (17.6)	Antidepresan	266 (9.5)
BZD*	196 (7.7)	BZD	231 (8.3)
AD** ve BZD	149 (5.8)	Hipnotik	192 (6.9)
Hipnotik	69 (2.7)	Psikotrop Kesilmesi	103 (3.7)
Psikotrop Kesilmesi	58 (2.3)	AP ve BZD	78 (2.8)
AD ve Psikoterapi	55 (2.2)	AD ve AP	78 (2.8)
AD ve AP***	54 (2.1)	Psikoterapi	54 (1.9)
AP ve BZD	46 (1.9)	AD ve Psikoterapi	48 (1.7)
Psikoterapi	31 (1.2)	AD ve BZD	41 (1.5)
DDD**** ve AP	27 (1.1)	Psikiyatrik tablo dışı nedenlerden dolayı psikotrop tedavi başlanması	24 (0.9)
DDD	7 (0.3)	DDD ve AP	17 (0.6)
Yan etki giderilmesi amacıyla	6 (0.2)	Vitamin replasmanı	12 (0.4)
Vitamin replasmanı	5 (0.2)	DDD	10 (0.4)
DDD ve AD	4 (0.2)	Yan etki giderilmesi amacıyla	9 (0.3)
Anksiyete önleyici diğer ilaçlar	2 (0.1)	Anti-demans	6 (0.2)
Stimülan psikotropolar	1 (0.0)	Anksiyete önleyici diğer ilaçlar	6 (0.2)
Anti-demans	1 (0.0)	DDD ve BZD	1 (0.0)
Madde yoksunluğuna spesifik ilaç tedavisi başlanması	1 (0.0)	DDD ve AD	0
DDD ve BZD	0	Stimülan psikotropolar	0
AD, BZD ve Psikoterapi	0	Madde yoksunluğuna spesifik ilaç tedavisi başlanması	0
Psikiyatrik tablo dışı nedenlerden dolayı psikotrop tedavi başlanması	0	AD, BZD ve Psikoterapi	0

*Benzodiazepin, **Antidepresan, ***Antipsikotik, ****Duygu Durum Dengeleyici

Tablo 42: Örneklemde Konsültasyon Değerlendirilmesi Sonucunda Önerilen Yönlendirmeler

Değişkenler n %	n=5348	%
Psikiyatri poliklinik takibine	3315	62.0
Ek yönlendirme önerisi olmayan	1392	26.0
Ek tetkik veya başka bir bölüme danışma istemi, sonrasında rekonsültasyonu	235	4.4
Psikiyatri servis yatışına yönlendirme	228	4.3
Sevk edilmesi	118	2.2
Tedavi terk olması nedeniyle yönlendirme yapılamayan	60	1.1

Çalışma örneklemini konsültasyon değerlendirmesi sonucunda önerilen yönlendirmeler açısından incelendiğinde olguların psikiyatrik poliklinik takibine %62.0, herhangi bir yönlendirmesi olmadığı %26.0, ek tetkik veya başka bir bölüme danışma istemi sonrasında rekonsültasyona %4.4, psikiyatri servis yatışına %4.3, başka bir psikiyatri servisine sevke %2.2 yönlendirildiği bulunmuştur. Örneklem %1.1'ini kapsayan 60 olgunun tedavi terk olması nedeniyle, kendilerine herhangi bir yönlendirme yapılamadığı görülmüştür.

Tablo 43: Örneklemde Konsültasyon Değerlendirilmesi Sonucunda Önerilen Yönlendirmelerin 2014 ile 2019 Yıllarındaki Sayıları

2014 n=2554 (%)		2019 n=2794 (%)	
Psikiyatri poliklinik takibine	1620(63.4)	Psikiyatri poliklinik takibine	1695(60.7)
Ek yönlendirme önerisi olmayan	541 (21.2)	Ek yönlendirme önerisi olmayan	851 (30.5)
Psikiyatri servis yatışına yönlendirme	162 (6.3)	Ek tetkik veya başka bir bölüme danışma istemi, sonrasında rekonsültasyonu	136 (4.9)
Ek tetkik veya başka bir bölüme danışma istemi, sonrasında rekonsültasyonu	196 (7.7)	Psikiyatri servis yatışına yönlendirme	66 (2.4)
Sevk edilmesi	91 (3.6)	Sevk edilmesi	27 (1.0)
Tedavi terk olması nedeniyle yönlendirme yapılamayan	41 (1.6)	Tedavi terk olması nedeniyle yönlendirme yapılamayan	19 (0.7)

Tablo 44: Örnekleme önerilen ilaç tedavileri

Değişkenler n %	n=4887	%
Haloperidol	1109	21.2
1. Haloperidol oral	760	15.8
2. Haloperidol İntramüsküler	172	3.6
3. Haloperidol İntravasküler	87	1.8
Ketiapin	585	12.2
Essitalopram	529	11.0
Lorazepam	416	8.7
Mirtazapin	382	8.0
Sertralin	278	5.8
Diazepam	250	5.2
1. Diazepam İntramüsküler	124	2.6
2. Diazepam oral	91	1.9
3. Diazepam İntravasküler	35	0.7
Olanzapin	230	4.8
Alprazolam	141	2.9
Zuklopentiksol	122	2.5
1. Zuklopentiksol 3 günlük	109	2.2
2. Zuklopentiksol depo	13	0.3
Trazodon HCl	76	1.6
Risperidon	69	1.4
1. Risperidon oral	63	1.3
2. Risperidon depo	6	0.1
Venlafaksin	65	1.4
Paroksetin	64	1.3
Hidroksizin	59	1.2
Fluoksetin	58	1.2
Duloksetin	52	1.1
Valproik Asit	48	1.0
Lityum	44	0.9
Biperiden HCl (Tüm Formlar)	44	0.9
Vitamin B1 (Tiamin)	43	0.9
Aripiprazol	30	0.6
Sitalopram	23	0.5
Klonazepam	18	0.4
Zopiklon	15	0.3
Milnasipram	11	0.2
Lamotrijin	11	0.2
Amitriptilin	11	0.2
Klomipiramin	10	0.2
Paliperidon	10	0.2
Klozapin	9	0.2
Amisülpirid	7	0.1

Memantin	7	0.1
Karbamezapin	6	0.1
Agomelatin	6	0.1
Propranolol	5	0.1
Vortioksetin	5	0.1
Bupropiyon HCl	3	0.1
Akomprosot	3	0.1
Trifluoperazin	3	0.1
B12 (Kobalamin türevleri)	3	0.1
N-metil-hiyosinbromür	3	0.1
Sülpirid	3	0.1
Klorpromazin	2	0.0
Pramipeksol	2	0.0
Reboksetin	2	0.0
Ziprasidon	2	0.0
Pregabalin	2	0.0
Donepezil	2	0.0
Flupentiksöl depo	1	0.0
Metilfenidat	1	0.0
Okskarbazepin	1	0.0
Midazolam	1	0.0
Fluvoksamin	1	0.0
Buspiron	1	0.0
Pimozid	1	0.0
Mianserin	1	0.0
Suboksan	1	0.0
Loperamid	1	0.0
Ramelteon	1	0.0
Folik Asit	1	0.0
Tetrabenazin	1	0.0
Melatonin	1	0.0

Çalışma örnekleminde konsültasyon istemi sonucunda tavsiye edilen ilaç tedavileri incelendiğinde Haloperidol (oral-intravasküler-intramüsküler formlar toplamı) 1109, Ketiapin 585, Lorazepam 416, Mirtazapin 382, Sertralin 278, Diazepam 250, Olanzapin 230, Alprazolam 141, Züklopentiksöl 122, Trazodon 76, Risperidon 69, Venlafaksin 65, Paroksetin 64, Hidroksizin 59, Fluoksetin 58, Duloksetin 52, Valproik Asit 48, Lityum 44, Biperiden 44, Tiyaamin vitamini 43, Aripiprazol 30, Sitalopram 23, Klonazepam 18, Zopiklon 15, Milnasipram 11, Lamotrijin 11, Amitriptilin 11, Klomipiramin 10, Paliperidon 10, Klozapin 9, Amisülpirid 7, Memantin 7, Karbamezapin 6, Agomelatin 6, Propranolol 5, Vortioksetin 5, Bupropiyon 3, Akomprosot 3, Trifluoperazin 3, B12 vitamini 3, N-metil Hyosinbromür 3, Sülpirid 3,

Klorpromazin 2, Pramipeksol 2, Reboksetin 2, Ziprasidon 2, Pregabalin 2, Donepezil 2, Flupentiksol depo 1, Metilfenidat 1, Okskarbazepin 1, Midazolam 1, Fluvoksamin 1, Buspiron 1, Pimozid 1 Mianserin 1, Suboksan 1, Loperamid 1, Ramelteon 1, Folik Asit 1, Tetrabenazin 1, Melatonin 1 kez önerilmiştir.

Tablo 45: Örnekleme önerilen ilaç tedavileri (Sınıflandırılmış)

Değişkenler n %	n=4887	%
Antipsikotik	2178	44.57
1. Tipik Antipsikotikler	1236	25.30
2. Atipik Antipsikotikler	942	19.27
Antidepresan	1577	32.27
1. SSRI	952	19.48
2. NASSA	475	9.72
3. SNRI	117	2.40
4. TSA	21	0.43
5. Diğer	12	0.24
Benzodiazepin	826	16.90
Duygudurum dengeleyici	110	2.25
Hipnotik	76	1.56
Vitamin replasmanı	47	0.96
Yan etkiye yönelik ilaç	45	0.92
Anksiyete önleyici diğer	9	0.18
Demansa yönelik ilaç	9	0.18
Maddeye yönelik	5	0.10
Pramipeksol	2	0.04
Pregabalin	2	0.04
Stimulan	1	0.03

Çalışma örnekleminde konsültasyon istemi sonucunda tavsiye edilen ilaç tedavileri sınıflandırıldığında antipsikotik %44.57, antidepresan %32.27, benzodiazepin %16.90, duygudurum dengeleyici %2.25, hipnotik %1.56, vitamin replasmanı %0.96, yan etkiye yönelik ilaç %0.92, anksiyete önleyici diğer ilaçlar ve demansa yönelik ilaç %0.18, pramipeksol ve pregabalin %0.04 ve stimulan %0.03 oranlarında dağılım gösterdiği saptanmıştır.

5.1.8 İntihar Girişimi

Tablo 46: Örneklemın Konsültasyon Değerlendirmesi Yapıldığı Zamanda Gerçekleştirmiş Olduğu İntihar Girişimi Değerlendirmesi

Değişkenler n %*	n=568	%
İlaç alımı ile	441	77.6
Kesici-delici	46	8.1
Zehirli madde alımı	23	4.0
Yüksekten atlama	20	3.5
Ası ile	9	1.6
Birden çok yöntem ile	8	1.4
Ateşli silah ile	5	0.9
Hareketli taşıtın önüne atlama ile	5	0.9
Kendini gaza maruz bırakma ile	3	0.5
Suya atlama ile	3	0.5
Fiziksel güç ile	2	0.4
Girişim mevcut hasta yöntemi belirtmek istemiyor	2	0.4
Poşet ile	1	0.2

*4780 olgunun intihar girişimi yok.

Çalışma örneklemini konsültasyon değerlendirme sırasındaki intihar girişimi açısından değerlendirildiğinde 4780 olgunun intihar girişiminin olmadığı; intihar girişimi olanların arasındaki tanımlamada ise ilaç alımı ile %77.6, kesici-delici alet ile %8.1, zehirli madde alımı ile %4.0, yüksekten atlama ile %3.5, ası ile %1.6, birden çok yöntem ile %1.4, ateşli silah ile %0.9, hareketli taşıtın önüne atlama ile %0.9, kendini gaza maruz bırakma ile %0.5, suya atlama ile %0.5, fiziksel güç ile %0.4, girişim mevcut olup hastanın yöntemi belirtmek istemediği %0.4, poşet yoluyla kendi solunumunu engelleme ile %0.2 bulunmuştur.

5.1.9 Kendine Zarar Verme Şekli

Tablo 47: Örneklemde kendine zarar verme davranışı olanlarda, kendine zarar verme şekli

Değişkenler n %*	n=171	%
Kesici-delici alet ile	106	62.0
Fiziksel güç ile	57	33.3
İlaç alımı ile	3	1.8
Sigara Söndürme ile	2	1.2
Yüksekten atlama ile	1	0.6
Ası ile	1	0.6
Ateşli silahla kendine zarar verme	1	0.6

Çalışma örnekleminde kendine zarar verme davranışı olanlarda, kendine zarar verme şekli incelendiğinde kesici-delici alet ile %62.0, fiziksel güç ile %33.3, ilaç alımı ile %1.8, sigara söndürme ile %1.2, yüksekten atlama ile %0.6, ası ile %0.6, ateşli silah ile kendine zarar verme %0.6 bulunmuştur.

5.2 2014 Yılı İle 2019 Yılında Klp Birimine Konsülte Edilen Hasta Gruplarının Değerlendirilmesi

5.2.1 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Konsülte Edilen Hasta Gruplarının Sosyodemografik Verilerinin Karşılaştırılması

Tablo 48: 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Acil Servisten Konsülte Edilen Hasta Gruplarının Yaş Ortalaması Karşılaştırılması

Yıl	2014 Yılı	2019 Yılı	İstatistik*	p değeri
Yaş. yıl. ort. ± SS	37.36±15.479	39.92±17.852	t = -3.41	0.001

*Bağımsız örneklem t testi

2014 yılı ile 2019 yılında KLP birimine acil servisten konsülte edilen hasta gruplarının yaş ortalaması karşılaştırması yapıldığında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur (p=0.001).

Tablo 49: 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Acil Servis Dışı Servislerden Konsülte Edilen Hasta Gruplarının Yaş Ortalaması Karşılaştırılması

Yıl	2014 Yılı	2019 Yılı	İstatistik*	p değeri
Yaş. yıl. ort. ± SS	58.47±18.229	62.31±17.136	t = -6.27	<0.000

*Bağımsız örneklem t testi

2014 yılı ile 2019 yılında KLP birimine acil servis dışı servislerden konsülte edilen hasta gruplarının yaş ortalaması karşılaştırması yapıldığında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur (p<0.000).

Tablo 50: 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Acil Servisten Konsülte Edilen Hasta Gruplarında Cinsiyet Karşılaştırılması

Cinsiyet	2014 Yılı	2019 Yılı	İstatistik*	p değeri
Kadın n (%)	544 (50.0)	543 (50.0)	X ² =1.170	0.279
Erkek n (%)	428 (47.6)	471 (52.4)	X ² =1.170	0.279

*Ki-kare testi

2014 yılı ile 2019 yılında KLP birimine acil servisten konsülte edilen hasta gruplarında cinsiyet karşılaştırması yapıldığında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmamıştır (p=0.279).

Tablo 51: 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Acil Servis Dışı Servislerden Konsülte Edilen Hasta Gruplarında Cinsiyet Karşılaştırılması

Cinsiyet	2014 Yılı	2019 Yılı	İstatistik*	p değeri
Kadın n (%)	797 (46.2)	927 (53.8)	X ² =0.968	0.325
Erkek n (%)	785 (47.9)	853 (52.1)	X ² =0.968	0.325

*Ki-kare testi

2014 yılı ile 2019 yılında KLP birimine acil servis dışı servislerden konsülte edilen hasta gruplarında cinsiyet karşılaştırması yapıldığında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmamıştır (p=0.325).

Tablo 52: 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Acil Servisten Konsülte Edilen Hasta Gruplarında Medeni Durumlarının Karşılaştırılması

Medeni durum**	2014 Yılı	2019 Yılı	İstatistik*	p değeri
Evli n (%)	373 (40.3)	382 (40.4)	$X^2=0.004$	0.950
Bekar n (%)	413 (44.6)	426 (45.1)	$X^2=0.043$	0.835
Boşanmış n (%)	104 (11.2)	94 (9.9)	$X^2=0.815$	0.367
Dul (%)	36 (3.9)	43 (4.6)	$X^2=0.508$	0.476

*Ki-kare testi, tüm testler ayrı ayrı yapılmıştır.

** Tüm örnekleme olguların 655 adetinde medeni durum verisine ulaşım sağlanamamıştır.

2014 yılı ile 2019 yılında KLP birimine acil servisten konsülte edilen hasta gruplarının medeni durumu karşılaştırması yapıldığında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmamıştır (Evli; $p=0.950$, Bekar; $p=0.835$, Boşanmış; $p=0.367$, Dul; $p=0.476$).

Tablo 53: 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Acil Servis Dışı Servislerden Konsülte Edilen Hasta Gruplarında Medeni Durumlarının Karşılaştırılması

Medeni durum**	2014 Yılı	2019 Yılı	İstatistik*	p değeri
Evli n (%)	896 (48.0)	970 (52.0)	$X^2=4.418$	0.036
Bekar n (%)	185 (53.2)	163 (46.8)	$X^2=2.207$	0.137
Boşanmış n (%)	90 (62.1)	55 (37.9)	$X^2=9.764$	0.002
Dul (%)	224 (48.4)	239 (51.6)	$X^2=0.246$	0.620

*Ki-kare testi, tüm testler ayrı ayrı yapılmıştır.

** Tüm örnekleme olguların 655 adetinde medeni durum verisine ulaşım sağlanamamıştır.

2014 yılı ile 2019 yılında KLP birimine acil servis dışı servislerden konsülte edilen hasta gruplarının medeni durumu karşılaştırması yapıldığında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık boşanmış ve evli gruplarında bulunmuş (Evli; $p=0.036$, Boşanmış; $p=0.002$), diğer gruplarda bulunmamıştır (Bekar; $p=0.137$, Dul; $p=0.620$).

Tablo 54: 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Acil Servisten Konsülte Edilen Hasta Gruplarında Eğitim Düzeyi Karşılaştırılması

Eğitim Düzeyi n (%)**	2014 Yılı	2019 Yılı	İstatistik*	p değeri
Okur-Yazar Değil	3 (15.0)	17 (85.0)	$X^2=8.210$	0.004
Okur-Yazar	6 (30.0)	14 (70.0)	$X^2=2.282$	0.131
İlkokul Mezunu	89 (43.6)	115 (56.4)	$X^2=0.930$	0.335
Ortaokul Mezunu	105 (48.2)	113 (51.8)	$X^2=0.219$	0.640
Lise Mezunu	176 (54.7)	146 (45.3)	$X^2=10.796$	0.001
Üniversite Öğrencisi	74 (43.3)	97 (56.7)	$X^2=0.939$	0.333
Üniversite Mezunu	157 (45.2)	190 (54.8)	$X^2=0.414$	0.520
Y-L Mezunu	3 (33.3)	6 (66.7)	$X^2=0.653$	0.419

*Ki-kare testi, tüm testler ayrı ayrı yapılmıştır.

** Tüm örnekleme olguların 2153 adetinde eğitim düzeyi verisine ulaşım sağlanamamıştır.

2014 yılı ile 2019 yılında KLP birimine acil servisten konsülte edilen hasta gruplarında eğitim düzeyi karşılaştırması yapıldığında Okur-Yazar olmayan grup ile Lise Mezunu grubunda iki yıl arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuş olup (Okur-Yazar değil; $p=0.004$, Lise Mezunu; $p=0.001$) diğer gruplarda anlamlı farklılık bulunmamıştır (Okur-Yazar; $p=0.131$, İlkokul Mezunu; $p=0.335$, Ortaokul Mezunu; $p=0.640$, Üniversite Öğrencisi; $p=0.333$, Üniversite Mezunu; $p=0.520$, Yüksek Lisans Mezunu; $p=0.419$). Doktora mezunu olan 2019 yılında yalnızca bir olgu olduğundan istatistik yapılamamıştır.

Tablo 55: 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Acil Servis Dışı Servislerden Konsülte Edilen Hasta Gruplarında Eğitim Düzeyi Karşılaştırılması

Eğitim Düzeyi n (%)**	2014 Yılı	2019 Yılı	İstatistik*	p değeri
Okur-Yazar Değil	65 (53.7)	56 (46.3)	$X^2=1.720$	0.190
Okur-Yazar	32 (45.1)	39 (54.9)	$X^2=0.246$	0.620
İlkokul Mezunu	275 (45.9)	324 (54.1)	$X^2=1.473$	0.255
Ortaokul Mezunu	104 (55.0)	85 (45.0)	$X^2=4.209$	0.040
Lise Mezunu	169 (48.1)	182 (51.9)	$X^2=0.006$	0.936
Üniversite Öğrencisi	19 (44.2)	24 (55.8)	$X^2=0.251$	0.617
Üniversite Mezunu	229 (47.2)	256 (52.8)	$X^2=0.143$	0.705
Y-L Mezunu	9 (45.0)	11 (55.0)	$X^2=0.071$	0.790
Doktora Mezunu	1 (25.0)	3 (75.0)	FKT***	0.358

*Ki-kare testi, tüm testler ayrı ayrı yapılmıştır.

** Tüm örnekleme olguların 2153 adetinde eğitim düzeyi verisine ulaşım sağlanamamıştır.

*** Fisher'in korelasyon testi uygulanmıştır.

2014 yılı ile 2019 yılında KLP birimine acil servis dışı servislerden konsülte edilen hasta gruplarında eğitim düzeyi karşılaştırması yapıldığında Ortaokul Mezunları grubunda iki yıl arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuş olup (Ortaokul Mezunu; $p=0.040$) diğer gruplarda anlamlı farklılık bulunmamıştır (Okur-Yazar Değil; $p=0.190$, Okur-Yazar; $p=0.620$, İlkokul Mezunu; $p=0.255$, Lise Mezunu; $p=0.936$, Üniversite Öğrencisi; $p=0.617$, Üniversite Mezunu; $p=0.705$, Yüksek Lisans Mezunu; $p=0.790$, Doktora Mezunu; $p=0.358$).

Tablo 56: 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Acil Servisten Konsülte Edilen Hasta Gruplarının Sosyal Güvence Açısından Karşılaştırılması

Sigorta Durumu n (%)	2014 Yılı	2019 Yılı	İstatistik*	p değeri
SGK	784 (80.7)	777 (76.6)	$X^2=4.795$	0.029
Ücretli	25 (2.6)	17 (1.7)	$X^2=1.922$	0.166
Yabancı Sigorta	6 (0.6)	5 (0.5)	$X^2=0.139$	0.709
Banka Sigortası	0 (0.0)	2 (0.2)	FKT**	0.500
Yeşilkart ve diğer devlet yardımları	136 (14.0)	154 (15.2)	$X^2=0.569$	0.451
Askerlik kapsamında	21 (2.2)	58 (5.7)	$X^2=16.461$	<0.000

*Ki-kare testi, tüm testler ayrı ayrı yapılmıştır.

**Fisher'in korelasyon testi uygulanmıştır.

2014 yılı ile 2019 yılında KLP birimine acil servisten konsülte edilen hasta gruplarında sigorta durumu karşılaştırması yapıldığında SGK ile askerlik kapsamında olanlarda iki yıl arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuş olup (SGK; $p=0.029$, Askerlik kapsamında; $p<0.000$) diğer gruplarda anlamlı farklılık bulunmamıştır (Ücretli; $p=0.166$, Yabancı Sigorta; $p=0.709$, Banka Sigortası; $p=0.500$, Yeşilkart ve diğer devlet yardımları kapsamında; $p=0.451$).

İstiklal madalyası kapsamında sigortalanan olgu acile başvuruda bulunmadığından istatistik yapılmamıştır. İş kazası kapsamında 1 olgu olması nedeniyle istatistik yapılmamıştır.

Tablo 57: 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Acil Servis Dışı Servislerden Konsülte Edilen Hasta Gruplarının Sosyal Güvence Açısından Karşılaştırılması

Sigorta Durumu n (%)	2014 Yılı	2019 Yılı	İstatistik*	p değeri
SGK	1453 (47.1)	1629 (52.9)	$X^2=0.119$	0.730
Ücretli	20 (60.6)	13 (39.4)	$X^2=2.456$	0.117
Yabancı Sigorta	10 (52.6)	9 (47.4)	$X^2=0.238$	0.625
Banka Sigortası	4 (66.7)	2 (33.3)	FKT**	0.429
Yeşilkart ve diğer devlet yardımları	79 (41.1)	113 (58.9)	$X^2=2.854$	0.091

İstiklal Madalyası kapsamında	7 (43.8)	9 (56.2)	$X^2=0.070$	0.791
Askerlik kapsamında	5 (100.0)	0 (0.0)	FKT**	0.023
İş kazası kapsamında	4 (44.4)	5 (55.6)	FKT**	1.000

*Ki-kare testi, tüm testler ayrı ayrı yapılmıştır.

**Fisher'in korelasyon testi uygulanmıştır.

2014 yılı ile 2019 yılında KLP birimine acil servisten konsülte edilen hasta gruplarında sigorta durumu karşılaştırması yapıldığında askerlik kapsamında olanlar iki yıl arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuş olup (Askerlik kapsamında; $p<0.023$) diğer gruplarda anlamlı farklılık bulunmamıştır (SGK; $p=0.730$, Ücretli; $p=0.117$, Yabancı Sigorta; $p=0.625$, Banka Sigortası; $p=0.429$, Yeşilkart ve diğer devlet yardımları kapsamında; $p=0.091$, İstiklal Madalyası kapsamında; $p=0.791$, İş kazası kapsamında; $p=1.000$).

Tablo 58: 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Acil Servisten Konsülte Edilen Hasta Gruplarında Meslek Karşılaştırılması

Meslek n (%)	2014 Yılı	2019 Yılı	İstatistik*	p değeri
Ev Kadını	193 (54.8)	159 (45.2)	$X^2=5.933$	0.015
İşçi	179 (49.3)	184 (50.7)	$X^2=0.024$	0.876
Devlet Memuru	72 (59.5)	49 (40.5)	$X^2=5.752$	0.016
Serbest Meslek	75 (50.0)	75 (50.0)	$X^2=0.073$	0.788
Emekli	92 (39.7)	140 (60.3)	$X^2=9.067$	0.003
Öğrenci	94 (45.4)	113 (54.6)	$X^2=1.154$	0.283
Geçmişte çalışmış, şu an çalışmayan	143 (47.4)	159 (52.6)	$X^2=0.361$	0.548
Hiç çalışmamış	102 (57.0)	77 (43.0)	$X^2=5.090$	0.024
Zorunlu askerlik	22 (27.5)	58 (72.5)	$X^2=15.338$	<0.000

*Ki-kare testi, tüm testler ayrı ayrı yapılmıştır.

2014 yılı ile 2019 yılında KLP birimine acil servisten konsülte edilen hasta gruplarında meslek karşılaştırması yapıldığında ev kadını, devlet memuru, emekli, hiç çalışmamış, zorunlu askerlik kapsamında olanlarda iki yıl arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık

bulunmuş olup (Ev kadını; $p=0.015$, Devlet Memuru; $p=0.016$, Emekli; $p=0.003$, Hiç çalışmamış; $p=0.024$, zorunlu askerlik; $p<0.000$) diğer gruplarda anlamlı farklılık bulunmamıştır (İşçi; $p=0.876$, serbest meslek; $p=0.788$, Öğrenci; $p=0.283$, geçmişte çalışmış, şu an çalışmayan; $p=0.548$).

Tablo 59: 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Acil Servis Dışı Servislerden Konsülte Edilen Hasta Gruplarında Meslek Karşılaştırılması

Meslek n (%)	2014 Yılı	2019 Yılı	İstatistik*	p değeri
Ev kadını	489 (49.9)	491 (51.1)	$X^2=4.486$	0.034
İşçi	172 (53.8)	148 (46.3)	$X^2=6.362$	0.012
Devlet Memuru	70 (58.8)	49 (41.2)	$X^2=6.858$	0.009
Serbest Meslek	129 (51.2)	123 (48.8)	$X^2=1.870$	0.172
Emekli	565 (42.0)	780 (58.0)	$X^2=22.930$	<0.000
Öğrenci	28 (45.9)	33 (54.1)	$X^2=0.033$	0.855
Geçmişte çalışmış, şu an çalışmayan	98 (45.8)	116 (54.2)	$X^2=0.146$	0.703
Hiç çalışmamış	27 (40.3)	40 (59.7)	$X^2=1.253$	0.263
Zorunlu askerlik	4 (100.0)	0 (0.0)	FKT**	0.049

*Ki-kare testi, tüm testler ayrı ayrı yapılmıştır.

**Fisher'in korelasyon testi uygulanmıştır.

2014 yılı ile 2019 yılında KLP birimine acil servis dışı servislerden konsülte edilen hasta gruplarında meslek karşılaştırması yapıldığında ev kadını, işçi, devlet memuru, emekli, zorunlu askerlik olanlarda kapsamında olanlarda iki yıl arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuş olup (Ev kadını; $p=0.034$, İşçi; $p=0.012$, Devlet Memuru; $p=0.009$, Emekli; $p<0.000$, zorunlu askerlik; $p=0.049$) diğer gruplarda anlamlı farklılık bulunmamıştır (Serbest Meslek; $p=0.172$, Öğrenci; $p=0.855$, geçmişte çalışmış, şu an çalışmayan; $p=0.703$, Hiç çalışmamış; $p=0.263$).

Tablo 60: 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Acil Servisten Konsülte Edilen Hasta Gruplarında Aile Yapısının Karşılaştırılması

Aile Yapısı n (%)**	2014 Yılı	2019 Yılı	İstatistik*	p değeri
Ebeveynleri ile	335 (53.3)	294 (46.7)	$X^2=9.412$	0.002
Yalnız	90 (45.2)	109 (54.8)	$X^2=0.827$	0.363
Eşi ile	338 (49.3)	347 (50.7)	$X^2=0.495$	0.482
Arkadaşı ile	15 (39.5)	23 (60.5)	$X^2=1.202$	0.273
Huzurevi-Bakımevi	16 (50.0)	16 (50.0)	$X^2=0.039$	0.844
Yurtta vb	9 (29.0)	22 (71.0)	$X^2=4.673$	0.031
Çocukları ile	55 (47.8)	60 (52.2)	$X^2=0.010$	0.921
Bakıcı ile	1 (16.7)	5 (83.3)	FKT***	0.220
Kardeşi ile	16 (36.4)	28 (63.6)	$X^2=2.559$	0.110
Kışlada	22 (27.5)	58 (72.5)	$X^2=14.438$	<0.000
Partneri ile	8 (57.1)	6 (42.9)	$X^2=0.444$	0.505
Sığınma evi	1 (33.3)	2 (66.7)	FKT***	1.000
Evsiz	2 (40.0)	3 (60.0)	$X^2=0.137$	0.711

*Ki-kare testi, tüm testler ayrı ayrı yapılmıştır.

** Tüm örnekleme olguların 558 adetinde aile yapısı verisine ulaşım sağlanamamıştır.

***Fisher'in korelasyon testi uygulanmıştır.

2014 yılı ile 2019 yılında KLP birimine acil servisten konsülte edilen hasta gruplarında aile yapısının karşılaştırması yapıldığında ebeveynleri ile yaşayan, yurtta ve benzeri ortamlarda yaşayan, kışlada yaşayanlarda iki yıl arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuş olup (Ebeveynleri ile; $p=0.002$, yurtta vb; $p=0.031$, kışlada; $p<0.000$) diğer gruplarda anlamlı farklılık bulunmamıştır (yalnız olan; $p=0.363$, eşi ile; $p=0.482$, arkadaşı ile; 0.273, huzurevi-bakımevi; $p=0.844$, çocukları ile; $p=0.921$, bakıcı ile; $p=0.220$, kardeşi ile; $p=0.110$, partneri ile; $p=0.505$, sığınma evi; $p=1.000$, evsiz; $p=0.711$).

Tablo 61: 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Acil Servis Dışı Servislerden Konsülte Edilen Hasta Gruplarında Aile Yapısının Karşılaştırılması

Aile Yapısı n (%)**	2014 Yılı	2019 Yılı	İstatistik*	p değeri
Ebeveynleri ile	134 (52.1)	123 (47.9)	$X^2=3.288$	0.070
Yalnız	146 (47.6)	161 (52.4)	$X^2=0.089$	0.765
Eşi ile	882 (47.7)	966 (52.3)	$X^2=1.938$	0.164
Arkadaşı ile	8 (72.7)	3 (27.3)	$X^2=2.993$	0.084
Huzurevi-Bakımevi	16 (30.8)	36 (69.2)	$X^2=5.443$	0.020
Yurtta vb	6 (54.5)	5 (45.5)	$X^2=0.269$	0.604
Çocukları ile	129 (39.7)	196 (60.3)	$X^2=7.324$	0.007
Bakıcı ile	16 (36.4)	28 (53.6)	$X^2=1.937$	0.164
Kardeşi ile	16 (34.8)	30 (65.2)	$X^2=2.690$	0.101
Kışlada	5 (100.0)	0 (0.0)	$X^2=5.705$	0.017
Partneri ile	1 (50.0)	1 (50.0)	$X^2=0.008$	0.927

*Ki-kare testi, tüm testler ayrı ayrı yapılmıştır.

** Tüm örnekleme de olguların 558 adetinde aile yapısı verisine ulaşım sağlanamamıştır.

2014 yılı ile 2019 yılında KLP birimine acil servis dışı servislerden konsülte edilen hasta gruplarında aile yapısının karşılaştırması yapıldığında huzurevi veya bakımevinde yaşayan, çocukları ile yaşayan, kışlada yaşayanlarda iki yıl arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuş olup (huzurevi-bakımevi; $p=0.020$, çocukları ile; $p=0.007$, kışlada; $p=0.017$) diğer gruplarda anlamlı farklılık bulunmamıştır (ebeveynleri ile; $p=0.070$, yalnız olan; $p=0.765$, eşi ile; $p=0.164$, arkadaşı ile; 0.084 , yurt ve benzeri yerlerde kalan; $p=0.604$, bakıcı ile; $p=0.164$, kardeşi ile; $p=0.101$, partneri ile; $p=0.927$). Sığınma evinde kalan toplamda iki yılda yalnızca bir olgu olduğundan istatistiği yapılamamıştır. Örnekleme de servislerde iki yılda da kalan evsiz olmadığı bulunmuştur.

5.2.2 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Konsülte Edilen Hasta Gruplarının Geçmiş Psikiyatri İzlemi ve Hastanemiz Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Birimi İzlemi Karşılaştırılması

Tablo 62: 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Acil Servisten Konsülte Edilen Hasta Gruplarında Geçmiş Psikiyatri İzlemi Karşılaştırılması

Geçmiş Psikiyatri İzlem n (%)**	2014 Yılı	2019 Yılı	İstatistik*	p değeri
Psikiyatri izlemi var, psikiyatri servis yatışı var	297 (47.7)	325 (52.3)	$X^2=0.473$	0.492
Düzenli psikiyatri izlemi var, psikiyatri servis yatışı yok	373 (49.6)	379 (50.4)	$X^2=0.244$	0.621
Düzenli psikiyatri takibi yok, psikiyatri servisi yatışı yok	39 (23.6)	126 (76.4)	$X^2=46.177$	<0.000

*Ki-kare testi, tüm testler ayrı ayrı yapılmıştır.

** Acil servisten danışılan olgularda ikisinde geçmiş psikiyatri izlem verisine ulaşım sağlanamamıştır.

2014 yılı ile 2019 yılında KLP birimine acil servisten konsülte edilen hasta gruplarında geçmiş psikiyatri izlemi karşılaştırması yapıldığında düzenli psikiyatri takibi olmayıp, psikiyatri servis yatışı da olmayan grupta iki yıl arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuş olup ($p<0.000$) diğer gruplarda anlamlı farklılık bulunmamıştır (takip var, yatış var; $p=0.492$, düzenli takip var, yatış yok; $p=0.621$).

Tablo 63: 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Acil Servis Dışı Servislerden Konsülte Edilen Hasta Gruplarında Geçmiş Psikiyatri İzlemi Karşılaştırılması

Geçmiş Psikiyatri İzlem n (%)**	2014 Yılı	2019 Yılı	İstatistik*	p değeri
Psikiyatri izlemi var, psikiyatri servis yatışı var	89 (46.8)	101 (53.2)	$X^2=0.000$	0.987
Düzenli psikiyatri izlemi var, psikiyatri servis yatışı yok	515 (50.6)	503 (49.4)	$X^2=8.002$	0.005

Düzenli psikiyatri takibi yok, psikiyatri servisi yatışı yok	968 (45.1)	1176 (54.9)	$X^2=7.300$	0.007
--	------------	-------------	-------------	--------------

*Ki-kare testi, tüm testler ayrı ayrı yapılmıştır.

** Acil servis dışı servislerden danışılan olgularda 10 tanesinde geçmiş psikiyatri izlem verisine ulaşım sağlanamamıştır.

2014 yılı ile 2019 yılında KLP birimine acil servis dışı servislerden konsülte edilen hasta gruplarında geçmiş psikiyatri izlemi karşılaştırması yapıldığında düzenli psikiyatri takibi olup, psikiyatri servisi yatışı da olmayan ile düzenli psikiyatri takibi olmayıp, psikiyatri servisi yatışı olmayan gruplarda iki yıl arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuş olup (düzenli takip ve yatış yok; $p=0.005$, düzenli takibi yok, servisi yatışı yok; $p=0.007$) diğer grupta anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p=0.987$).

Tablo 64: 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Acil Servisten Konsülte Edilen Hasta Gruplarında Geçmiş KLP Birimi İzlemi Karşılaştırılması

Hastanemiz KLP Birimi İzlem n (%)	2014 Yılı	2019 Yılı	İstatistik*	p değeri
İzlem var, aynı yatış döneminde konsülte edilen	39 (23.6)	126 (76.4)	$X^2=46.117$	<0.000
İzlem var, farklı yatış döneminde konsülte edilen	249 (41.0)	359 (59.0)	$X^2=22.379$	<0.000
İzlem yok	684 (56.4)	529 (43.6)	$X^2=69.155$	<0.000

*Ki-kare testi, tüm testler ayrı ayrı yapılmıştır.

2014 yılı ile 2019 yılında KLP birimine acil servisten konsülte edilen hasta gruplarında geçmiş KLP izlemi karşılaştırması yapıldığında tüm gruplarda iki yıl arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur (izlem var, aynı dönem; $p<0.000$, izlem var, farklı dönem; $p<0.000$, izlem yok; $p<0.000$)

Tablo 65: 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Acil Servis Dışı Servislerden Konsülte Edilen Hasta Gruplarında Geçmiş KLP Birimi İzlemi Karşılaştırılması

Hastanemiz KLP Birimi İzlem n (%)	2014 Yılı	2019 Yılı	İstatistik*	p değeri
İzlem var, aynı yatış döneminde konsülte edilen	287 (50.4)	282 (49.6)	$X^2=3.148$	0.076
İzlem var, farklı yatış döneminde konsülte edilen	207 (33.0)	420 (67.0)	$X^2=60.992$	<0.000
İzlem yok	1088 (50.2)	1078 (49.8)	$X^2=24.645$	<0.000

*Ki-kare testi, tüm testler ayrı ayrı yapılmıştır.

2014 yılı ile 2019 yılında KLP birimine acil servis dışı servislerden konsülte edilen hasta gruplarında geçmiş KLP izlemi karşılaştırması yapıldığında izlem olup, farklı dönemde konsülte edilmiş grup ile izlem olmayan grupta iki yıl arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuş olup (izlem var, farklı dönem; $p<0.000$, izlem yok; $p<0.000$) diğer grupta anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p=0.076$).

Tablo 66: 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Acil Servisten Konsülte Edilen Hasta Gruplarında Geçmiş Hastanemiz KLP Birimine Danışılma Sayısı Ortalaması Karşılaştırılması

Hastanemiz KLP birimi danışılma sayısı	2014 Yılı	2019 Yılı	İstatistik*	p değeri
Hastanemiz KLP birimi danışılma sayısı $\pm$ SS	0.90 ± 3.162	2.03 ± 4.831	$t = -6.226$	<0.000

*Bağımsız örneklem t testi

2014 yılı ile 2019 yılında KLP birimine acil servisten konsülte edilen hasta gruplarında hastanemiz KLP birimine geçmiş dönemde danışılma sayısı ortalaması karşılaştırması yapıldığında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur ($p<0.000$).

Tablo 67: 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Acil Servis Dışı Servislerden Konsülte Edilen Hasta Gruplarında Geçmiş Hastanemiz KLP Birimine Danışılma Sayısı Ortalaması Karşılaştırılması

Hastanemiz KLP birimi danışılma sayısı	2014 Yılı	2019 Yılı	İstatistik*	p değeri
Hastanemiz KLP birimi danışılma sayısı $\pm$ SS	0.62 $\pm$ 1.347	0.89 $\pm$ 1.768	t = -5.147	<0.000

*Bağımsız örneklem t testi

2014 yılı ile 2019 yılında KLP birimine acil servis dışı servislerden konsülte edilen hasta gruplarında hastanemiz KLP birimine geçmiş dönemde danışılma sayısı ortalaması karşılaştırması yapıldığında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur (p<0.000).

Tablo 68: 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Acil Servis Dışı Birimlerden Konsülte Edilen Hasta Gruplarında Yatışı ile Konsültasyon İstem Arasındaki Süre Ortalaması Karşılaştırılması

Yatış-Konsültasyon istem arası süre	2014 Yılı (Gün)	2019 Yılı (Gün)	İstatistik*	p değeri
Yatış-Konsültasyon istem arası süre $\pm$ SS	12.038 $\pm$ 17.462	9.998 $\pm$ 11.063	t = 3.989	<0.000

*Bağımsız örneklem t testi

2014 yılı ile 2019 yılında KLP birimine acil servis dışı servislerden konsülte edilen hasta yatışı ile konsültasyon istem arasındaki süre ortalaması karşılaştırması yapıldığında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur (p<0.000).

5.2.3 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Konsülte Edilen Hasta Gruplarının Konsültasyon İstemi Yapan Birimlerin Karşılaştırılması

Tablo 69: 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Acil Servis Dışı Servislerden Konsülte Edilen Hasta Gruplarının Konsültasyon İstenen Bölüm Açısından Karşılaştırılması

Konsültasyon istenen bölüm n (%)	2014 Yılı	2019 Yılı	İstatistik*	p değeri
Ortopedi	119 (43.1)	157 (56.9)	$X^2 = 1.873$	0.171
Üroloji	24 (41.4)	34 (58.6)	$X^2 = 0.763$	0.382
Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi	17 (51.5)	16 (18.5)	$X^2 = 0.266$	0.606
Nöroşirürji	25 (29.4)	60 (70.6)	$X^2 = 10.896$	0.001
Kulak Burun Boğaz	20 (46.5)	23 (53.5)	$X^2 = 0.005$	0.943
Kadın Hastalıkları ve Doğum	31 (59.6)	21 (40.4)	$X^2 = 3.344$	0.067
Kalp ve Damar Cerrahisi	21 (51.2)	20 (48.8)	$X^2 = 0.289$	0.591
Göğüs Cerrahi	4 (22.2)	14 (77.8)	$X^2 = 4.480$	0.034
Genel Cerrahi	196 (49.7)	198 (50.3)	$X^2 = 1.297$	0.255
Göz Hastalıkları	13 (41.9)	18 (58.1)	$X^2 = 0.329$	0.566
Deri ve Zührevi Hastalıklar	49 (40.8)	71 (59.2)	$X^2 = 1.934$	0.164
Enfeksiyon Hastalıkları	55 (60.4)	36 (39.6)	$X^2 = 6.725$	0.010
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	68 (59.1)	47 (40.9)	$X^2 = 6.969$	0.008
Göğüs Hastalıkları	171 (55.7)	136 (44.3)	$X^2 = 10.135$	0.001
Kardiyoloji	108 (52.2)	99 (47.8)	$X^2 = 2.320$	0.128
Nöroloji	113 (45.9)	133 (54.1)	$X^2 = 0.134$	0.715
Endokrinoloji	77 (56.2)	60 (43.8)	$X^2 = 4.799$	0.028
Gastroenteroloji	111 (45.9)	131 (54.1)	$X^2 = 0.148$	0.701
Nefroloji	91 (41.4)	129 (58.6)	$X^2 = 3.061$	0.080
Geriatri	1 (25.0)	3 (75.0)	FKT**	0.627
Hematoloji	65 (42.8)	87 (57.2)	$X^2 = 1.177$	0.278
Kök Hücre Nakil Birimi	8 (21.1)	30 (78.9)	$X^2 = 10.431$	0.001
Onkoloji	61 (29.5)	146 (70.5)	$X^2 = 27.385$	<0.000
Romatoloji	22 (44.9)	27 (55.1)	$X^2 = 0.093$	0.761
Genel Dahiliye	15 (34.1)	29 (65.9)	$X^2 = 3.008$	0.083

Yoğun Bakım	95 (63.3)	55 (36.7)	X²=16.699	<0.000
Anestezi Yoğun Bakım Birimi	17 (60.7)	11 (39.3)	X ² =2.114	0.146
Dahiliye Yoğun Bakım Birimi	18 (58.1)	13 (41.9)	X ² =1.522	0.217
Göğüs-Kalp Damar Yoğun Bakım Birimi	12 (80.0)	3 (20.0)	X ² =6.564	0.010
Koroner Yoğun Bakım Birimi	46 (63.9)	26 (36.1)	X ² =8.369	0.004

*Ki-kare testi, tüm testler ayrı ayrı yapılmıştır.

***Fisher'ın korelasyon testi uygulanmıştır.

2014 yılı ile 2019 yılında KLP birimine acil servis dışı servislerden konsülte edilen hasta gruplarında konsültasyon istenen bölüm açısından karşılaştırması yapıldığında Nöroşirürji, Göğüs Cerrahi, Enfeksiyon Hastalıkları, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Göğüs Hastalıkları, Endokrinoloji, Kök Hücre Nakil Birimi, Onkoloji, Yoğun Bakım Servislerinin tümü, Göğüs-Kalp Damar Yoğun Bakım Birimi, Koroner Yoğun Bakım Birimi gruplarında iki yıl arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuş olup (Nöroşirürji; p=0.001, Göğüs Cerrahi; p=0.034, Enfeksiyon Hastalıkları; p=0.010, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon; p=0.008, Göğüs Hastalıkları; p=0.001, Endokrinoloji; p=0.028, Kök Hücre Nakil Birimi; p=0.001, Onkoloji; p<0.000, Yoğun Bakım; p<0.000, Göğüs-Kalp Damar Yoğun Bakım Birimi; p=0.010, Koroner Yoğun Bakım Birimi; p=0.004) diğer gruplarda anlamlı farklılık bulunmamıştır (Ortopedi; p=0.171, Üroloji; p=0.382, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi; p=0.606, Kulak Burun Boğaz; p=0.943, Kadın Hastalıkları ve Doğum; p=0.067, Kalp ve Damar Cerrahisi; p=0.591, Genel Cerrahi; p=0.255, Göz Hastalıkları; p=0.566, Deri ve Zührevi Hastalıklar; p=0.164, Kardiyoloji; p=0.128, Nöroloji; p=0.715, Gastroenteroloji; p=0.701, Nefroloji; p=0.080, Geriatri; p=0.627, Hematoloji; p=0.278, Romatoloji; p=0.761, Genel Dahiliye; p=0.083, Anestezi Yoğun Bakım Birimi; p=0.146, Dahiliye Yoğun Bakım Birimi; p=0.217). Girişimsel Radyoloji ve Post-operatif izlem biriminden konsültasyon gelmemesi nedeniyle istatistik inceleme yapılmamıştır. Radyasyon Onkolojisi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon, Erişkin Karma Yoğun Bakım, Nöroloji Yoğun Bakım ve Nöroşirürji Yoğun Bakım birimlerinden birer olgu olması nedeniyle istatistiki değerlendirmeye alınmamışlardır.

Tablo 70: 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Birimlerden Konsülte Edilen Hasta Gruplarının Konsültasyon İstenen Bölümlerin Sınıflandırılmış Halinin Karşılaştırılması

Konsültasyon istenen bölüm sınıflandırılmış n (%)	2014 Yılı	2019 Yılı	İstatistik*	p değeri
Cerrahi	470 (45.6)	561 (54.4)	$X^2 = 2.409$	0.121
Dahiliye	1017 (46.6)	1164 (53.4)	$X^2 = 1.872$	0.171
Acil	972 (48.9)	1014 (51.1)	$X^2 = 1.782$	0.182
Yoğun Bakım	95 (63.3)	55 (36.7)	$X^2 = 15.009$	<0.000

*Ki-kare testi, tüm testler ayrı ayrı yapılmıştır.

2014 yılı ile 2019 yılında KLP birimine birimlerden konsülte edilen hasta gruplarında konsültasyon istenen bölümlerin sınıflandırılmış halinin karşılaştırması yapıldığında yoğun bakım grubunda her iki yıl arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuş olup (Yoğun Bakım; $p < 0.000$) diğer gruplarda anlamlı farklılık bulunmamıştır (cerrahi; $p = 0.121$, dahiliye; $p = 0.171$, acil; $p = 0.182$).

Tablo 71: 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Acil Servisten Konsülte Edilen Hastaların Karşılaştırılması

Acile Servise Gelen Hastalar n	2014 Yılı	2019 Yılı	İstatistik*	p değeri
Konsülte Edilen Hastalar	1041	1187	$X^2 = 5.645$	0.018
Konsülte Edilmeyen Hastalar	103960	131181		

*Ki-kare testi yapılmıştır.

KLP birimine 2014 yılı ile 2019 yılında acil servisten konsülte edilen hastaların karşılaştırması yapıldığında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur ($p = 0.018$).

Tablo 72: 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Acil Servis Dışı Servislerden Konsülte Edilen Hastaların Karşılaştırılması

Acil Servis Dışı Servislere Gelen Hastalar n	2014 Yılı	2019 Yılı	İstatistik*	p değeri
Konsülte Edilen Hastalar	1790	2107	$X^2 = 28.548$	<0.000
Konsülte Edilmeyen Hastalar	42788	42262		

*Ki-kare testi yapılmıştır.

KLP birimine 2014 yılı ile 2019 yılında acil servis dışı servislerden konsülte edilen hastaların karşılaştırması yapıldığında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur ($p < 0.000$).

Tablo 73: 2014 Yılında KLP Birimine Dahili Birimlerden ve Cerrahi Birimlerden Konsülte Edilen Hastaların Karşılaştırılması

Dahili ve Cerrahi Birimlere Yatan Hastalar n	Dahili Birimler	Cerrahi Birimler	İstatistik*	p değeri
Konsülte Edilen Hastalar	1017	470	$X^2 = 630.900$	<0.000
Konsülte Edilmeyen Hastalar	14454	25380		

*Ki-kare testi yapılmıştır.

KLP birimine 2014 yılında dahili birimlerden ve cerrahi birimlerden konsülte edilen hastaların karşılaştırması yapıldığında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur ($p < 0.000$).

Tablo 74: 2019 Yılında KLP Birimine Dahili Birimlerden ve Cerrahi Birimlerden Konsülte Edilen Hastaların Karşılaştırılması

Dahili ve Cerrahi Birimlere Yatan Hastalar n	Dahili Birimler	Cerrahi Birimler	İstatistik*	p değeri
Konsülte Edilen Hastalar	1164	561	$X^2=777.080$	<0.000
Konsülte Edilmeyen Hastalar	13468	25497		

*Ki-kare testi yapılmıştır.

KLP birimine 2019 yılında dahili birimlerden ve cerrahi birimlerden konsülte edilen hastaların karşılaştırması yapıldığında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur ($p<0.000$).

5.2.4 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Konsülte Edilen Hasta Gruplarının Primer Çıkış Tanılarının Karşılaştırılması

Tablo 75: 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Acil Servisten Konsülte Edilen Hasta Gruplarının Primer Çıkış Tanıları Açısından Karşılaştırılması

Primer Çıkış Tanısı n (%)**	2014 Yılı	2019 Yılı	İstatistik*	p değeri
Psikiyatrik Bozukluk	907 (50.6)	887 (49.4)	$X^2=23.364$	<0.000
Malign Hastalıklar	10 (20.8)	38 (79.2)	$X^2=15.438$	<0.000
Cerrahi Hastalıklar	4 (21.1)	15 (78.9)	$X^2=5.926$	0.015
Kardiyolojik Hastalıklar	4 (30.8)	9 (69.2)	$X^2=1.709$	0.191
Gastroenterolojik Hastalıklar	0 (0.0)	7 (100.0)	FKT	0.016
Endokrinolojik Hastalıklar	2 (33.3)	4 (66.67)	FKT	0.688
Nefrolojik Hastalıklar	1 (33.3)	2 (66.67)	FKT	1.000
Nöroşirürjik ve Nörolojik Hastalıklar	26 (40.6)	38 (59.4)	$X^2=1.784$	0.182
Romatolojik Hastalıklar	2 (100.0)	0 (0.0)	FKT	0.238

Göğüs Hastalıkları	7 (46.7)	8 (53.3)	$X^2=0.028$	0.866
Diğer Dahili Hastalıklar	1 (33.3)	2 (66.7)	FKT	1.000

*Ki-kare testi, tüm testler ayrı ayrı yapılmıştır.

** Acil servisten danışılan olguların 12 adetinde çıkış tanısı konulmamıştır.

***Fisher'ın korelasyon testi uygulanmıştır.

2014 yılı ile 2019 yılında KLP birimine acil servisten konsülte edilen hasta gruplarında primer çıkış tanıları açısından karşılaştırması yapıldığında Psikiyatrik Bozukluk, Malign Hastalıklar, Cerrahi Hastalıklar, Gastroenterolojik Hastalıklar gruplarında iki yıl arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuş olup (Psikiyatrik Bozukluk; $p<0.000$, Malign Hastalıklar; <0.000 , Cerrahi Hastalıklar; $p=0.015$, Gastroenterolojik Hastalıklar; $p=0.016$) diğer gruplarda anlamlı farklılık bulunmamıştır (Kardiyolojik Hastalıklar; $p=0.191$, Endokrinolojik Hastalıklar; $p=0.688$, Nefrolojik Hastalıklar; $p=1.000$, Nöroşirürjik ve Nörolojik Hastalıklar; $p=0.182$, Romatolojik Hastalıklar; 0.238 , Göğüs Hastalıkları; $p=0.866$, Diğer Dahili Hastalıklar; $p=1.000$). Acil servisten gelen hematolojik hastalıklar grubu ile ilgili çıkış tanısı olmadığından istatistik değerlendirmesi yapılmamıştır.

Tablo 76: 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Acil Servis Dışı Servislerden Konsülte Edilen Hasta Gruplarının Primer Çıkış Tanıları Açısından Karşılaştırılması

Primer Çıkış Tanısı n (%)**	2014 Yılı	2019 Yılı	İstatistik*	p değeri
Psikiyatrik Bozukluk	42 (60.9)	27 (39.1)	$X^2=5.423$	0.020
Malign Hastalıklar	310 (44.1)	393 (55.9)	$X^2=3.054$	0.081
Cerrahi Hastalıklar	318 (45.6)	379 (54.4)	$X^2=0.690$	0.406
Kardiyolojik Hastalıklar	151 (51.5)	142 (48.5)	$X^2=2.625$	0.105
Gastroenterolojik Hastalıklar	140 (52.4)	127 (47.6)	$X^2=3.411$	0.065
Endokrinolojik Hastalıklar	77 (52.0)	71 (48.0)	$X^2=1.557$	0.212
Nefrolojik Hastalıklar	70 (42.7)	94 (57.3)	$X^2=1.303$	0.254

Hematolojik Hastalıklar	31 (40.8)	45 (59.2)	$X^2=1.213$	0.271
Nöroşirürjik ve Nörolojik Hastalıklar	182 (45.5)	218 (54.5)	$X^2=0.422$	0.516
Romatolojik Hastalıklar	31 (46.3)	36 (53.7)	$X^2=0.016$	0.901
Göğüs Hastalıkları	148 (52.9)	132 (47.1)	$X^2=4.175$	0.041
Diğer Dahili Hastalıklar	79 (40.7)	115 (59.3)	$X^2=3.281$	0.070

*Ki-kare testi, tüm testler ayrı ayrı yapılmıştır.

** Acil servis dışı servislerden danışılan olguların 4 adetinde çıkış tanısı konulmamıştır.

***Fisher'ın korelasyon testi uygulanmıştır.

2014 yılı ile 2019 yılında KLP birimine acil servis dışı servislerden konsülte edilen hasta gruplarında primer çıkış tanıları açısından karşılaştırması yapıldığında Psikiyatrik Bozukluk ve Göğüs Hastalıkları gruplarında iki yıl arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuş olup (Psikiyatrik Bozukluk; $p=0.020$, Göğüs Hastalıkları; $p=0.041$) diğer gruplarda anlamlı farklılık bulunmamıştır (Malign Hastalıklar; $p=0.081$, Cerrahi Hastalıklar; $p=0.406$, Kardiyolojik Hastalıklar; $p=0.105$, Gastroenterolojik Hastalıklar; $p=0.065$, Endokrinolojik Hastalıklar; $p=0.212$, Nefrolojik Hastalıklar; $p=0.254$, Hematolojik Hastalıklar; $p=0.271$, Nöroşirürjik ve Nörolojik Hastalıklar; $p=0.516$, Romatolojik Hastalıklar; 0.901, Diğer Dahili Hastalıklar; $p=0.070$).

5.2.5 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Konsülte Edilen Hasta Gruplarının Konsültasyon İstem Nedenlerinin Karşılaştırılması

Tablo 77: 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Acil Servisten Konsülte Edilen Hasta Gruplarının Konsültasyon İstem Nedenleri Açısından Karşılaştırılması

Konsültasyon istem nedeni n (%)	2014 Yılı	2019 Yılı	İstatistik*	p değeri
Tedavi sırasında psikiyatrik bozukluk veya belirtilerinin ortaya çıkması	14 (46.7)	16 (53.3)	$X^2 = 0.063$	0.802
Önceden var olan ve halen sürmekte olan psikiyatrik bozukluk ve tedaviyi danışma	168 (45.0)	205 (55.0)	$X^2 = 2.799$	0.094
Uyku nedeniyle danışma	1 (14.3)	6 (85.7)	FKT**	0.125
Psikotrop ilaç kullanımıyla ilgili sorunlar nedeniyle	19 (50.0)	19 (50.0)	$X^2 = 0.017$	0.895
Somatik semptomların psikiyatrik değerlendirmesi için	3 (14.3)	18 (85.7)	$X^2 = 10.202$	0.001
Madde kullanımı ve kesilmesine ilişkin sorunlar	24 (70.6)	10 (29.4)	$X^2 = 6.486$	0.011
Psikiyatrik ayırıcı tanı yapılması amacıyla	88 (48.4)	94 (51.6)	$X^2 = 0.028$	0.867
Sağlık çalışanlarıyla kişilerarası ilişki sorunları nedeniyle	0 (0.0)	2 (100.0)	FKT	0.500
Tedavi iş birliği bozukluğu	1 (50.0)	1 (50.0)	FKT	1.000
Tedavi reddi	2 (40.0)	3 (60.0)	FKT	1.000
İntihar girişimi ya da düşüncesi nedeniyle	510 (57.5)	377 (42.5)	$X^2 = 46.942$	<0.000
Kendine zarar verme ya da çevreye zarar verme davranışı	82 (39.6)	125 (60.4)	$X^2 = 8.048$	0.005
Karar verme yeterliliğinin değerlendirilmesi	1 (7.7)	12 (92.3)	$X^2 = 8.911$	0.003

Adli rapor talebi ve yanıtlanması gereken resmi yazılar	3 (100.0)	0 (0.0)	FKT	0.117
Neden belirtmeksizin psikiyatriye danışma	18 (38.3)	29 (61.7)	$X^2=2.183$	0.140
Alkol kullanımı ya da kesilmesi ile ilgili sorunlar	8 (36.4)	14 (63.6)	$X^2=1.409$	0.235
Şiddet mağdurunun değerlendirilmesi	20 (51.3)	19 (48.7)	$X^2=0.087$	0.768
Travma sonrasında gelişen ruhsal belirtiler (Şiddet ve organik nedenler hariç)	2 (33.3)	4 (66.7)	FKT	0.687
Devir alınması açısından danışılan hasta	6 (9.2)	59 (90.8)	$X^2=42.409$	<0.000

*Ki-kare testi, tüm testler ayrı ayrı yapılmıştır.

**Fisher'in korelasyon testi uygulanmıştır.

2014 yılı ile 2019 yılında KLP birimine acil servisten konsülte edilen hasta gruplarının konsültasyon istem nedeni açısından karşılaştırması yapıldığında somatik semptomların psikiyatrik değerlendirilmesi amacıyla, madde kullanımı ve kesilmesine ilişkin sorunlar nedeniyle, intihar girişimi ya da düşüncesi nedeniyle, kendine veya çevreye zarar verme davranışı nedeniyle karar verme yeterliliğinin değerlendirilmesi amacıyla, devir alınması açısından değerlendirilmesi için danışılan gruplarda iki yıl arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuş olup (somatik; $p=0.001$, madde; $p=0.011$, intihar; $p<0.000$, KZVD-ÇZVD; $p=0.005$, karar verme yeterliliği; $p=0.003$, devir alınması; $p<0.000$) diğer gruplarda anlamlı farklılık bulunmamıştır (tedavi sırasında; $p=0.802$, önceden psikiyatrik; $p=0.094$, uyku; $p=0.125$, psikotrop kullanım; $p=0.895$, psikiyatrik ayırıcı tanı; $p=0.867$, sağlık çalışanı ile kişilerarası; $p=0.500$, tedavi iş birliği; $p=1.000$, tedavi reddi; $p=1.000$, adli rapor; $p=0.117$, neden belirtmeksizin; 0.140, alkol; $p=0.235$, şiddet mağduru; $p=0.768$, travma sonrasında; $p=0.687$). Hastalığa karşı yoğun duygusal tepki verilmesi nedeniyle, psikiyatri dışı medikasyon ile tetiklenen psikiyatrik belirtiler değerlendirilmesi amacıyla ve bozukluklar ve transplantasyon öncesinde danışılan 1 olgu olması nedeniyle istatistiği yapılmamıştır.

Operasyon öncesi psikiyatrik değerlendirme, kötü haber verme konusunda ilgili bölümün yardım isteğini cevaplama, hasta yakınları-refakatçilerle ilgili sorunların değerlendirilmesi, ilaç tedavisi başlanması öncesinde psikiyatrik değerlendirme, bariyatrik cerrahi öncesi değerlendirme, sigara kesilmesini istemi nedeniyle danışma ve protez takılması öncesinde psikiyatrik değerlendirme amacıyla danışılan olgu olmaması nedeniyle istatistiği yapılamamıştır.

Tablo 78: 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Acil Servis Dışı Servislerden Konsülte Edilen Hasta Gruplarının Konsültasyon İstem Nedenleri Açısından Karşılaştırılması

Konsültasyon istem nedeni n (%)	2014 Yılı	2019 Yılı	İstatistik*	p değeri
Tedavi sırasında psikiyatrik bozukluk veya belirtilerinin ortaya çıkması	297 (39.5)	455 (60.5)	$X^2 = 22.226$	<0.000
Önceden var olan ve halen sürmekte olan psikiyatrik bozukluk ve tedaviyi danışma	149 (45.8)	176 (54.2)	$X^2 = 0.211$	0.646
Uyku nedeniyle danışma	103 (34.1)	199 (65.9)	$X^2 = 22.333$	<0.000
Psikotrop ilaç kullanımıyla ilgili sorunlar nedeniyle	82 (48.2)	88 (51.8)	$X^2 = 0.100$	0.752
Somatik semptomların psikiyatrik değerlendirmesi için	98 (57.0)	74 (43.0)	$X^2 = 7.162$	0.007
Madde kullanımı ve kesilmesine ilişkin sorunlar	4 (57.1)	3 (42.9)	FKT**	0.713
Psikiyatrik ayırıcı tanı yapılması amacıyla	322 (54.9)	264 (45.1)	$X^2 = 17.749$	<0.000
Hastalığa karşı yoğun duygusal tepki verilmesi nedeniyle	127 (45.2)	154 (54.8)	$X^2 = 0.426$	0.514
Sağlık çalışanlarıyla kişilerarası ilişki sorunları nedeniyle	9 (56.3)	7 (43.8)	$X^2 = 0.546$	0.460

Operasyon öncesinde psikiyatrik değerlendirme için	27 (31.0)	60 (69.0)	$X^2=9.201$	0.002
Tedavi iş birliği bozukluğu	38 (67.9)	18 (32.1)	$X^2=9.891$	0.002
Tedavi reddi	30 (47.6)	33 (52.4)	$X^2=0.008$	0.928
İntihar girişimi ya da düşüncesi	31 (62.0)	19 (38.0)	$X^2=4.550$	0.033
Kendine zarar verme ya da çevreye zarar verme davranışı	4 (25.0)	12 (75.0)	$X^2=3.319$	0.076
Karar verme yeterliliğinin değerlendirilmesi	11 (30.6)	25 (69.4)	$X^2=3.977$	0.046
Adli rapor talebi ve yanıtlanması gereken resmi yazılar	15 (57.7)	11 (42.3)	$X^2=1.190$	0.275
Transplantasyon öncesinde rutin değerlendirme	76 (57.1)	57 (42.9)	$X^2=5.656$	0.017
Neden belirtmeksizin psikiyatriye danışma	47 (70.1)	20 (29.9)	$X^2=14.635$	<0.000
Protez takılması öncesinde	7 (100.0)	0 (0.0)	FKT	0.005
Alkol kullanımı ya da kesilmesi ile ilgili sorunlar	28 (58.3)	20 (41.7)	$X^2=2.486$	0.115
Şiddet mağduru	7 (58.3)	5 (41.7)	$X^2=0.615$	0.433
Travma sonrasında gelişen ruhsal belirtiler (Şiddet ve organik nedenler hariç)	17 (43.6)	22 (56.4)	$X^2=0.190$	0.663
Psikiyatri dışı medikasyon ile tetiklenen psikiyatrik belirtiler ve bozukluklar	7 (53.8)	6 (46.2)	$X^2=0.242$	0.623
İlaç tedavisi başlanması öncesinde psikiyatrik değerlendirme	6 (18.8)	26 (81.3)	$X^2=10.390$	0.001

Devir alınması açısından danışılan hasta	29 (60.4)	19 (39.6)	$X^2=3.489$	0.062
Bariyatrik cerrahi öncesi değerlendirme	8 (53.3)	7 (46.7)	$X^2=0.238$	0.625
Sigara kesilmesi istemi nedeniyle danışma	2 (100.0)	0 (0.0)	FKT	0.221

*Ki-kare testi, tüm testler ayrı ayrı yapılmıştır.

**Fisher'ın korelasyon testi uygulanmıştır.

2014 yılı ile 2019 yılında KLP birimine acil servis dışı servislerden konsülte edilen hasta gruplarının konsültasyon istem nedeni açısından karşılaştırması yapıldığında tedavi sırasında psikiyatrik bozukluk ve belirtilerin ortaya çıkması nedeniyle, uyku açısından, somatik semptomların psikiyatrik açıdan, psikiyatrik ayırıcı tanı yapılması amacıyla, operasyon öncesinde psikiyatri, tedavi iş birliği bozukluğu olan hastanın, intihar girişimi ya da düşüncesi olan hastanın, karar verme yeterliliğinin, transplantasyon öncesinde rutin psikiyatri, neden belirtmeksizin, protez takılması öncesinde, ilaç tedavisi başlanması öncesinde psikiyatrik açıdan değerlendirilmesi için danışılan gruplarda iki yıl arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuş olup (tedavi sırasında; $p<0.000$, uyku; $p<0.000$, somatik; $p=0.007$, psikiyatrik ayırıcı tanı; $p<0.000$, operasyon öncesinde; $p=0.002$, tedavi iş birliği; $p=0.002$, intihar; $p=0.033$, karar verme yeterliliği; $p=0.046$, transplantasyon; $p=0.017$, neden belirtmeksizin; $p<0.000$, protez takılması; $p=0.005$, ilaç tedavisi başlanması öncesinde; $p=0.001$) diğer gruplarda anlamlı farklılık bulunmamıştır (önceden var olan; $p=0.646$, psikotrop; $p=0.752$, madde; 0.713 , hastalığa karşı; $p=0.514$, sağlık çalışanlarıyla kişilerarası; $p=0.460$, tedavi reddi; $p=0.928$, KZVD-ÇZVD; $p=0.076$, adli rapor; $p=0.275$, alkol; $p=0.115$, şiddet; $p=0.433$, travma; $p=0.663$, psikiyatri dışı medikasyon; $p=0.623$, devir; $p=0.062$, bariyatrik; $p=0.625$, sigara kesilmesi; $p=0.221$). Hasta yakınları-refakatçileri ile ilgili sorunlar nedeniyle 1 olgu olması nedeniyle istatistik yapılmamıştır. Kötü haber verme konusunda ilgili bölümün yardım isteği sebebiyle konsültasyon istemi olmaması nedeniyle istatistik yapılamamıştır.

5.2.6 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Konsülte Edilen Hasta Gruplarının Konsültasyon Sonucunda Konulmuş Olan Psikiyatrik Tanılar ve Ön Tanıların Karşılaştırılması

Tablo 79: 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Acil Servisten Konsülte Edilen Hasta Gruplarının Sınıflandırılmış Psikiyatrik Tanılar ve Ön Tanılar Açısından Karşılaştırılması

Sınıflandırılmış DSM Tanıları n (%)	2014 Yılı	2019 Yılı	İstatistik*	p değeri
Tanı Konulmamış	13 (30.2)	30 (69.8)	$X^2=6.157$	0.013
Depresif Bozukluklar	307 (57.4)	228 (42.6)	$X^2=20.877$	<0.000
Şizofreni Spektrumu ve Psikoz ile ilişkili Bozukluklar	179 (52.8)	160 (47.2)	$X^2=2.437$	0.119
Uyku-Uyanıklık Bozuklukları	2 (25.0)	6 (75.0)	FKT**	0.289
Travma ve Stresörle ilişkili Bozukluklar	119 (57.2)	89 (42.8)	$X^2=6.357$	0.012
Anksiyete Bozuklukları	32 (44.4)	40 (55.6)	$X^2=0.605$	0.437
Bipolar ve ilişkili Bozukluklar	140 (44.0)	178 (56.0)	$X^2=3.664$	0.056
Kişilik Bozuklukları	37 (52.1)	34 (47.9)	$X^2=0.296$	0.586
Nörobilişsel Bozukluklar	35 (36.1)	62 (63.9)	$X^2=6.749$	0.009
Bedensel Belirti Bozuklukları ve ilişkili Bozukluklar	16 (29.6)	38 (70.4)	$X^2=8.285$	0.004
Madde ile ilişkili Bozukluklar ve Bağımlılık Bozuklukları	36 (53.7)	31 (46.3)	$X^2=0.636$	0.425
Dissosiyatif Bozukluklar	6 (50.0)	6 (50.0)	$X^2=0.005$	0.941
Obsesif Kompulsif Bozukluk ve ilişkili Bozukluklar	6 (22.2)	21 (77.8)	$X^2=7.821$	0.005
İlaçların yol açtığı Hareket Bozuklukları ve İlaçların Diğer Yan Etkileri	16 (43.2)	21 (56.8)	$X^2=0.490$	0.484
Nörogelişimsel Bozukluklar	6 (35.3)	11 (64.7)	$X^2=1.278$	0.258
Beslenme ve Yeme Bozuklukları	1 (33.3)	2 (66.67)	FKT	1.000

Yıkıcı Bozukluklar, Dürtü Denetimi ve Davranım Bozuklukları	10 (22.7)	34 (77.3)	$X^2=12.375$	<0.000
Klinik İlgi Odağı Olabilecek Diğer Durumlar	0 (0.0)	4 (100.0)	FKT	0.125
Eşikaltı Psikiyatrik Belirtiler	11 (36.7)	19 (63.3)	$X^2=1.837$	0.175

*Ki-kare testi, tüm testler ayrı ayrı yapılmıştır.

**Fisher'in korelasyon testi uygulanmıştır.

2014 yılı ile 2019 yılında KLP birimine acil servisten konsülte edilen hasta gruplarının sınıflandırılmış psikiyatrik tanılar ve öntanılar açısından karşılaştırması yapıldığında Tanı konulmamış, depresif bozukluklar, travma ve stresörle ilişkili bozukluklar, nörobilişsel bozukluklar, bedensel belirti bozuklukları ve ilişkili bozukluklar, obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar, yıkıcı bozukluklar, dürtü denetimi ve davranım bozuklukları, klinik ilgi odağı olabilecek durumlar gruplarında iki yıl arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuş olup (tanı konulmamış; $p=0.013$, depresif bozukluklar; $p<0.000$, travma; $p=0.012$, nörobilişsel; $p=0.009$, bedensel; $p=0.004$, obsesif; $p=0.005$, yıkıcı; $p<0.000$, klinik ilgi; $p=0.125$) diğer gruplarda anlamlı farklılık bulunmamıştır (şizofreni; $p=0.119$, uyku; $p=0.289$, anksiyete; $p=0.437$, bipolar; $p=0.056$, kişilik; $p=0.586$, madde; $p=0.425$, dissosiyatif; $p=0.941$, ilaçların yan etki; 0.484, nörogelişimsel; $p=0.258$, beslenme; $p=1.000$, eşikaltı; $p=0.175$).

Tablo 80: 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Acil Servis Dışı Servislerden Konsülte Edilen Hasta Gruplarının Sınıflandırılmış Psikiyatrik Tanı ve Ön Tanılar Açısından Karşılaştırılması

Sınıflandırılmış DSM Tanıları n (%)	2014 Yılı	2019 Yılı	İstatistik*	p değeri
Tanı Konulmamış	213 (44.2)	269 (55.8)	$X^2=1.853$	0.173
Depresif Bozukluklar	226 (58.5)	160 (41.5)	$X^2=23.124$	<0.000
Şizofreni Spektrumu ve Psikoz ile ilişkili Bozukluklar	50 (47.6)	55 (52.4)	$X^2=0.014$	0.906
Uyku-Uyanıklık Bozuklukları	88 (35.2)	162 (64.8)	$X^2=15.237$	<0.000
Travma ve Stresörle İlişkili Bozukluklar	319 (54.4)	267 (45.6)	$X^2=15.522$	<0.000
Anksiyete Bozuklukları	145 (53.3)	127 (46.7)	$X^2=4.645$	0.031
Bipolar ve ilişkili Bozukluklar	29 (37.2)	49 (62.8)	$X^2=3.126$	0.077
Kişilik Bozuklukları	8 (47.1)	9 (52.9)	$X^2=0.000$	1.000
Nörobilişsel Bozukluklar	372 (40.2)	553 (59.8)	$X^2=23.958$	<0.000
Bedensel Belirti Bozuklukları ve ilişkili Bozukluklar	23 (63.9)	13 (36.1)	$X^2=4.139$	0.042
Madde ile ilişkili Bozukluklar ve Bağımlılık Bozuklukları	33 (56.9)	25 (43.1)	$X^2=2.294$	0.130
Dissosiyatif Bozukluklar	4 (80.0)	1 (20.0)	FTK**	0.194
Obsesif Kompulsif Bozukluk ve ilişkili Bozukluklar	12 (63.2)	7 (36.8)	$X^2=1.989$	0.158
İlaçların yol açtığı Hareket Bozuklukları ve İlaçların Diğer Yan Etkileri	9 (45.0)	11 (55.0)	$X^2=0.034$	0.853
Nörogelişimsel Bozukluklar	9 (52.9)	8 (47.1)	$X^2=0.238$	0.626
Beslenme ve Yeme Bozuklukları	2 (100.0)	0 (0.0)	FTK	0.221
Yıkıcı Bozukluklar, Dürtü Denetimi ve Davranım Bozuklukları	2 (50.0)	2 (50.0)	FTK	1.000

Eşikaltı Psikiyatrik Belirtiler	38 (38.0)	62 (62.0)	$X^2=3.392$	0.066
---------------------------------	-----------	-----------	-------------	-------

*Ki-kare testi, tüm testler ayrı ayrı yapılmıştır.

**Fisher'in korelasyon testi uygulanmıştır.

2014 yılı ile 2019 yılında KLP birimine acil servis dışı servislerden konsülte edilen hasta gruplarının sınıflandırılmış psikiyatrik tanılar ve öntanılar açısından karşılaştırması yapıldığında depresif bozukluklar, uyku-uyanıklık bozuklukları, travma ve stresörle ilişkili bozukluklar, anksiyete bozuklukları, nörobilişsel bozukluklar, bedensel belirti bozuklukları ve ilişkili bozukluklar gruplarında iki yıl arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuş olup (depresif bozukluklar; $p<0.000$, uyku; $p<0.000$, travma; $p<0.000$, anksiyete; $p=0.031$, nörobilişsel; $p<0.009$, bedensel; $p=0.042$) diğer gruplarda anlamlı farklılık bulunmamıştır (tanı konulmamış; $p=0.173$, şizofreni; $p=0.906$, bipolar; $p=0.077$, kişilik; $p=1.000$, madde; $p=0.130$, dissosiyatif; $p=0.194$, obsesif; $p=0.158$, ilaçların yan etki; 0.853, nörogelişimsel; $p=0.626$, beslenme; $p=0.221$, yıkıcı; $p=1.000$, eşikaltı; $p=0.066$). Klinik ilgi odağı olabilecek diğer durumlar tanısı konulmadığından istatistik yapılmamıştır.

5.2.7 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Konsülte Edilen Hasta Gruplarının Konsültasyonun Değerlendirilmesi Sonucunda Önerilen Tedavilerinin ve Yönlendirmelerinin Karşılaştırılması

Tablo 81: 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Acil Servisten Konsülte Edilen Hasta Gruplarının Önerilen Tedaviler Açısından Karşılaştırılması

Önerilen Tedaviler n (%)	2014 Yılı	2019 Yılı	İstatistik*	p değeri
Tedavi önerisi yok	466 (54.2)	394 (45.8)	$X^2=16.689$	<0.000
Psikoterapi	8 (80.0)	2 (20.0)	FKT**	0.060
Antidepresan, Benzodiazepin ve Terapi	13 (100.0)	0 (0.0)	$X^2=13.651$	<0.000
Terapi önerisi alan tüm hastalar	21 (91.3)	2 (8.7)	$X^2=16.710$	<0.000
Antidepresan	64 (72.7)	24 (27.3)	$X^2=20.846$	<0.000

Antidepresan ve Benzodiazepin	34 (68.0)	16 (32.0)	$X^2=7.455$	0.006
Antidepresan ve Antipsikotik	17 (53.1)	15 (46.9)	$X^2=0.228$	0.633
Duygudurum Dengeleyici	4 (44.4)	5 (55.6)	FKT**	1.000
Duygudurum Dengeleyici ve Antipsikotik	16 (57.1)	12 (42.9)	$X^2=0.764$	0.382
Duygudurum Dengeleyici ve Antidepresan	3 (100.0)	0 (0.0)	FKT	0.117
Antipsikotik	173 (40.6)	253 (59.4)	$X^2=15.068$	<0.000
Antipsikotik ve Benzodiazepin	42 (37.8)	69 (62.2)	$X^2=5.802$	0.016
Benzodiazepin	115 (37.8)	189 (62.2)	$X^2=17.742$	<0.000
Hipnotik	2 (20.0)	8 (80.0)	FKT	0.109
Yan etki giderici	6 (42.9)	8 (57.1)	$X^2=0.209$	0.648
Psikotrop Kesilmesi	6 (37.5)	10 (62.5)	$X^2=0.845$	0.358
Anksiyete Önleyici Diğer İlaçlar	2 (50.0)	2 (50.0)	$X^2=0.002$	0.966
Vitamin Replasmanı	0 (0.0)	5 (100.0)	FKT	0.062

*Ki-kare testi, tüm testler ayrı ayrı yapılmıştır.

**Fisher'in korelasyon testi uygulanmıştır.

2014 yılı ile 2019 yılında KLP birimine acil servisten konsülte edilen hasta gruplarının önerilen tedaviler açısından karşılaştırması yapıldığında tedavi önerisi olmayan, antidepresan-benzodiazepin-terapi, terapi alan tüm hastalar, antidepresan, antidepresan-benzodiazepin, antipsikotik, antipsikotik-benzodiazepin, benzodiazepin gruplarında iki yıl arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuş olup (tedavi önerisi olmayan; $p<0.000$, antidepresan, benzodiazepin, terapi; $p<0.000$, terapi önerisi alan tümü; $p<0.000$, antidepresan; $p=0.000$, antidepresan-benzodiazepin; $p=0.006$, antipsikotik; $p<0.000$, antipsikotik-benzodiazepin; 0.016, benzodiazepin; $p<0.000$) diğer gruplarda anlamlı farklılık bulunmamıştır (psikoterapi; $p=0.060$, antidepresan-antipsikotik; 0.633, duygudurum dengeleyici; $p=1.000$, duygudurum dengeleyici-antipsikotik; $p=0.382$, duygudurum dengeleyici-antidepresan; $p=0.117$, hipnotik; $p=0.109$, yan etki giderici; $p=0.648$, psikotrop kesilmesi; $p=0.358$, anksiyete önleyici; $p=0.966$, vitamin; $p=0.062$). Duygudurum dengeleyici-benzodiazepin, Demansa yönelik, madde

yoksunluğuna yönelik tedavi gruplarında yalnız bir vaka olması nedeniyle istatistiği yapılmamıştır. Antidepresan-terapi, stimulan, psikiyatrik endikasyon dışı psikotrop başlanması önerilen hasta olmaması nedeniyle istatistik yapılamamıştır.

Tablo 82: 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Acil Servis Dışı Servislerden Konsülte Edilen Hasta Gruplarının Önerilen Tedaviler Açısından Karşılaştırılması

Önerilen Tedaviler n (%)	2014 Yılı	2019 Yılı	İstatistik*	p değeri
Tedavi önerisi yok	360 (48.6)	381 (51.4)	$X^2=0.890$	0.345
Psikoterapi	23 (30.7)	52 (69.3)	$X^2=8.270$	0.004
Antidepresan ve Terapi	55 (53.4)	48 (46.6)	$X^2=1.716$	0.190
Antidepresan, Benzodiazepin ve Terapi	16 (100.0)	0 (0.0)	$X^2=18.089$	<0.000
Terapi önerisi alan tüm hastalar	94 (48.5)	100 (51.5)	$X^2=0.162$	0.688
Antidepresan	385 (61.4)	242 (38.6)	$X^2=63.690$	<0.000
Antidepresan ve Benzodiazepin	115 (82.1)	25 (17.9)	$X^2=72.190$	<0.000
Antidepresan ve Antipsikotik	37 (37.0)	63 (63.0)	$X^2=4.183$	0.041
Duygudurum Dengeleyici	3 (37.5)	5 (62.5)	FKT**	0.730
Duygudurum Dengeleyici ve Antipsikotik	11 (68.8)	5 (31.2)	$X^2=3.037$	0.081
Antipsikotik	362 (38.0)	590 (62.0)	$X^2=43.468$	<0.000
Antipsikotik ve Benzodiazepin	7 (43.8)	9 (56.3)	$X^2=0.070$	0.791
Benzodiazepin	81 (65.9)	42 (34.1)	$X^2=18.109$	<0.000
Hipnotik	67 (26.7)	184 (73.3)	$X^2=45.142$	<0.000
Psikotrop Kesilmesi	52 (35.9)	93 (64.1)	$X^2=7.621$	0.006
Demansa Yönelik	1 (16.7)	5 (83.3)	FKT	0.223
Anksiyete Önleyici Diğer İlaçlar	0 (0.00)	4 (100.0)	FKT	0.127
Psikiyatrik endikasyon dışı psikotrop önerilmesi	0 (0.0)	24 (100.0)	$X^2=21.484$	<0.000
Vitamin Replasmanı	5 (41.7)	7 (58.3)	$X^2=0.140$	0.708

*Ki-kare testi, tüm testler ayrı ayrı yapılmıştır. **Fisher'ın korelasyon testi uygulanmıştır.

2014 yılı ile 2019 yılında KLP birimine acil servis dışı servislerden konsülte edilen hasta gruplarının önerilen tedaviler açısından karşılaştırması yapıldığında psikoterapi, antidepresan-benzodiazepin-terapi, antidepresan, antidepresan-benzodiazepin, antidepresan-antipsikotik, antipsikotik, benzodiazepin, hipnotik, psikotrop kesilmesi, psikiyatrik endikasyon dışı psikotrop önerilmesi gruplarında iki yıl arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuş olup (psikoterapi; 0.004, antidepresan-benzodiazepin-terapi; $p<0.000$, antidepresan; $p<0.000$, antidepresan-benzodiazepin; $p<0.000$, antidepresan-antipsikotik; $p=0.041$, antipsikotik; $p<0.000$, benzodiazepin; $p<0.000$, hipnotik; $p<0.000$, psikotrop kesilmesi; $p=0.006$, psikiyatrik endikasyon dışı psikotrop; $p<0.000$) diğer gruplarda anlamlı farklılık bulunmamıştır (tedavi önerisi yok; $p=0.345$, antidepresan-terapi; $p=0.190$, terapi önerisi olan tüm; $p=0.688$, duygudurum dengeleyici; $p=0.730$, duygudurum-antipsikotik; $p=0.081$, antipsikotik-benzodiazepin; $p=0.791$, demansa yönelik; $p=0.223$, anksiyete önleyici diğer; $p=0.127$, vitamin; $p=0.708$). Duygudurum dengeleyici-Antidepresan, yan etki giderici, stimülan önerilen tedavi gruplarında yalnız bir vaka olması nedeniyle istatistiği yapılmamıştır. Duygudurum dengeleyici-benzodiazepin, madde yoksunluğu önlemeye yönelik gruplarında olgu olmaması nedeniyle istatistiği yapılamamıştır.

Tablo 83: 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Acil Servisten Konsülte Edilen Hasta Gruplarının Önerilen Yönlendirmeler Açısından Karşılaştırılması

Önerilen Yönlendirmeler n (%)	2014 Yılı	2019 Yılı	İstatistik*	p değeri
Psikiyatri poliklinik yönlendirmesi	659 (45.0)	804 (55.0)	$X^2=33.783$	<0.000
Herhangi bir yönlendirme önerisi yok	19 (32.2)	40 (67.8)	$X^2=6.818$	0.009
Psikiyatri servisine yatış	154 (72.3)	59 (27.7)	$X^2=52.092$	<0.000
Başka bir sağlık merkezine sevk	89 (77.4)	26 (22.6)	$X^2=39.535$	<0.000
Tedavi terk	24 (72.7)	9 (27.3)	$X^2=7.597$	0.006

Ek tetkik ya da başka bir bölümden konsültasyon istemi	27 (26.2)	76 (73.8)	$X^2=22.459$	<0.000
--	-----------	-----------	--------------	------------------

*Ki-kare testi, tüm testler ayrı ayrı yapılmıştır.

2014 yılı ile 2019 yılında KLP birimine acil servisten konsülte edilen hasta gruplarının önerilen yönlendirmeler açısından karşılaştırması yapıldığında tüm gruplarda iki yıl arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur (pol; $p<0.000$, yönlendirme gereği yok; $p=0.009$, servis yatışı; $p<0.000$, sevk; $p<0.000$, tedavi terk; $p=0.006$, ek tetkik-konsültasyon; $p<0.000$).

Tablo 84: 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Acil Servis Dışı Birimlerden Konsülte Edilen Hasta Gruplarının Önerilen Yönlendirmeler Açısından Karşılaştırılması

Önerilen Yönlendirmeler n (%)	2014 Yılı	2019 Yılı	İstatistik*	p değeri
Psikiyatri poliklinik yönlendirmesi	961 (51.9)	891 (48.1)	$X^2=38.685$	<0.000
Herhangi bir yönlendirme önerisi yok	522 (39.2)	811 (60.8)	$X^2=55.269$	<0.000
Psikiyatri servisine yatış	8 (53.3)	7 (46.7)	$X^2=0.238$	0.625
Başka bir sağlık merkezine sevk	2 (66.7)	1 (33.3)	FKT**	0.604
Tedavi terk	17 (63.0)	10 (37.0)	$X^2=2.765$	0.096
Ek tetkik ya da başka bir bölümden konsültasyon istemi	72 (54.5)	60 (45.5)	$X^2=3.094$	0.079

*Ki-kare testi, tüm testler ayrı ayrı yapılmıştır.

**Fisher'in korelasyon testi uygulanmıştır.

2014 yılı ile 2019 yılında KLP birimine acil servis dışı servislerden konsülte edilen hasta gruplarının önerilen yönlendirmeler açısından karşılaştırması yapıldığında poliklinik yönlendirmesi, herhangi bir yönlendirme olmayan gruplarında iki yıl arasında istatistiksel

olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuş olup (pol; $p<0.000$, yönlendirme gereği yok; $p<0.000$) diğer gruplarda anlamlı farklılık bulunmamıştır (servis yatışı; $p<0.625$, sevk; $p<0.604$, tedavi terk; $p=0.096$, ek tetkik-konsültasyon; $p<0.079$).

5.2.8 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Konsülte Edilen Hasta Gruplarının İntihar Girişiminin ve Kendine Zarar Vermesinin Karşılaştırılması

Tablo 85: 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Acil Servisten Konsülte Edilen Hasta Gruplarının İntihar Girişimi Açısından Karşılaştırılması

İntihar Girişimi n (%)	2014 Yılı	2019 Yılı	İstatistik*	p değeri
Girişimi olmayan	632 (43.7)	813 (56.3)	$X^2=57.523$	<0.000
İlaç ile	270 (63.2)	157 (36.8)	$X^2=44.446$	<0.000
Zehirli madde alımı ile	12 (57.1)	9 (42.9)	$X^2=0.571$	0.450
Yüksekten atlama ile	9 (56.3)	7 (43.7)	$X^2=0.345$	0.557
Delici-kesici alet ile	24 (55.8)	19 (44.2)	$X^2=0.830$	0.362
Diğer**	25 (73.5)	9 (26.5)	$X^2=8.368$	0.004

*Ki-kare testi, tüm testler ayrı ayrı yapılmıştır.

**Diğer bölümünde ası ile, ateşli silahla kendine zarar verme, madde alımı ile, fiziksel güç ile, hareket eden taşıtın önüne atlama ile, birden çok yöntemle, poşet ile, suya atlama ile yöntemleri yer almaktadır.

2014 yılı ile 2019 yılında KLP birimine acil servisten konsülte edilen hasta gruplarının intihar girişimleri açısından karşılaştırması yapıldığında girişimi olmayan, ilaç ile girişimi olan ve diğerleri gruplarında iki yıl arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuş olup (yok; $p<0.000$, ilaç ile; $p<0.000$, diğer; $p=0.004$) zehirli madde alımı ile, yüksekten atlama ile ve delici-kesici alet ile gruplarında iki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır (zehirli madde alımı; $p=0.450$, yüksekten atlama ile; $p=0.557$, delici-kesici alet ile; $p=0.362$)

Tablo 86: 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Acil Servis Dışı Servislerden Konsülte Edilen Hasta Gruplarının İntihar Girişimi Açısından Karşılaştırılması

İntihar Girişimi n (%)	2014 Yılı	2019 Yılı	İstatistik*	p değeri
Girişimi olmayan	1561 (46.8)	1774 (53.2)	$X^2=10.312$	0.001
İlaç ile	10 (71.4)	4 (28.6)	$X^2=3.352$	0.067
Zehirli madde alımı ile	2 (100.0)	0 (0.0)	FKT***	0.221
Yüksekten atlama ile	3 (75.0)	1 (25.0)	FKT	0.348
Delici-kesici alet ile	3 (100.0)	0 (0.0)	FKT	0.104
Diğer**	3 (75.0)	1 (25.0)	FKT	0.348

*Ki-kare testi, tüm testler ayrı ayrı yapılmıştır.

**Diğer bölümünde ası ile, ateşli silahla kendine zarar verme, madde alımı ile, fiziksel güç ile, hareket eden taşıtın önüne atlama ile, birden çok yöntemle, poşet ile, suya atlama ile yöntemleri yer almaktadır.

*** Fisher'ın korelasyon testi yapılmıştır.

2014 yılı ile 2019 yılında KLP birimine acil servis dışı servislerden konsülte edilen hasta gruplarının intihar girişimleri açısından karşılaştırması yapıldığında girişimi olmayan grupta iki yıl arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuş olup (yok; $p=0.001$) ilaç ile, zehirli madde alımı ile, yüksekten atlama ile, delici-kesici alet ile ve diğerleri gruplarında iki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır (ilaç ile; $p=0.067$, zehirli madde alımı; $p=0.221$, yüksekten atlama ile; $p=0.348$, delici-kesici alet ile; $p=0.104$, diğer; $p=0.348$).

Tablo 87: 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Acil Servisten Konsülte Edilen Hasta Gruplarının Kendine Zarar Verme Davranışı Açısından Karşılaştırılması

Kendine Zarar Verme Davranışı n (%)***	2014 Yılı	2019 Yılı	İstatistik*	p değeri
Varsayılmasına rağmen yok	10 (66.7)	5 (33.3)	$X^2=0.757$	0.384
Delici-kesici alet ile	57 (55.3)	46 (44.7)	$X^2=0.039$	0.844
Fiziksel güç ile	28 (56.0)	22 (44.0)	$X^2=0.000$	0.997

Diğer**	8 (50.0)	8 (50.0)	$X^2=0.254$	0.614
---------	----------	----------	-------------	-------

*Ki-kare testi, tüm testler ayrı ayrı yapılmıştır

**Diğer bölümünde ilaç ile, zehirli madde ile, yüksekten atlama ile, ası ile, ateşli silahla kendine zarar verme, madde alımı ile, hareketli taşıtın önüne atlama ile, birden çok yöntemle, poşet ile, suya atlama ile yöntemleri yer almaktadır.

*** Kendine zarar verme davranışında acil serviste toplamda 184 olgu değerlendirilmiştir.

2014 yılı ile 2019 yılında KLP birimine acil servisten konsülte edilen hasta gruplarının kendine zarar verme davranışı açısından karşılaştırması yapıldığında hiçbir grupta iki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır (zehirli madde alımı; $p=0.450$, yüksekten atlama ile; $p=0.557$, delici-kesici alet ile; $p=0.362$).

2014 yılı ile 2019 yılında KLP birimine acil servis dışı servislerden konsülte edilen hasta gruplarının kendine zarar verme davranışı açısından karşılaştırması yapıldığında toplamda 12 olgunun olduğu tespit edilmiş olup, toplu ki-kare ya da ayrı ayrı yapılan ki-kare testlerinde herhangi bir anlamlı fark bulunmamıştır.

5.2.9 2014 Yılı ile 2019 Yılında KLP Birimine Konsülte Edilen Hasta Gruplarının Deliryum Tanısı Olan ve Olmayan Olguların Yaş Ortalamasının Karşılaştırılması

Tablo 88: 2014 Yılında KLP Birimine Konsülte Edilen Hastalarda Deliryum Tanısı Olan ve Olmayan Olguların Yaş Ortalaması Karşılaştırması

Yaş Ortalaması	Deliryum tanısı var**	Deliryum tanısı yok**	İstatistik*	p değeri
Yaş ortalaması $\pm$ SS	71.21 $\pm$ 14.280	47.18 $\pm$ 18.840	t = 27.739	<0.000

*Bağımsız örneklem t testi

** Deliryum tanısı olan 346 olgu ve olmayan 2208 olgu olduğu tespit edilmiştir.

KLP birimine 2014 yılında konsülte edilen deliryum tanısı olan ve olmayan hasta gruplarının yaş ortalaması karşılaştırması yapıldığında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur ($p<0.000$).

Tablo 89: 2019 Yılında KLP Birimine Konsülte Edilen Hastalarda Deliryum Tanısı Olan ve Olmayan Olguların Yaş Ortalaması Karşılaştırması

Yaş Ortalaması	Deliryum tanısı var**	Deliryum tanısı yok**	İstatistik*	p değeri
Yaş ortalaması ± SS	71.48±14.349	50.29±19.596	t = 28.101	<0.000

*Bağımsız örneklem t testi

** Deliryum tanısı olan 514 olgu ve olmayan 2280 olgu olduğu tespit edilmiştir.

KLP birimine 2019 yılında konsülte edilen deliryum tanısı olan ve olmayan hasta gruplarının yaş ortalaması karşılaştırması yapıldığında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur (p<0.000).

6. TARTISMA

6.1 Sosyodemografik Veriler

Çalışmamızda, 2014 ile 2019 yıllarında Dokuz Eylül Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı KLP Birimi'ne acil servis biriminden ve servis birimlerinden gelen konsültasyonların değerlendirilmesi amaçlanmıştır. 01/01/2014- 31/12/2014 ve 01/01/2019- 31/12/2019 tarihleri arasında Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi servislerinden ve acil servisinden danışılan tüm hastalar çalışmanın örneklemini oluşturmuştur. Çalışmamızda iki yıl arasında sosyodemografik açıdan konsültasyon istenmiş olan hastalarda herhangi bir değişikliğin olup-olmadığı da incelenmiştir. Çalışma örnekleminin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi mesleki durumu ve yaşamakta olduğu konuttaki aile yapısı aşağıda detaylı olarak tartışılmıştır.

6.1.1 Yaş

Çalışma örnekleminin yaş ort. ve SS 52.40 ± 20.35 yıl olarak saptanmıştır. Örneklem acil servis ve diğer servisler olarak ayrılıp 2014 ile 2019 yılı şeklinde gruplandırılmıştır. Acil servisten konsültasyon istenmiş olan olgularda 2014 yılında yaş ort ve SS 37.36 ± 15.479 yıl,

2019 yılında 39.92 ± 17.852 yıl olarak saptanmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.001$) fakat bu anlamlılığın etki düzeyi düşük bulunmuştur. Acil servis dışı servislerden konsültasyon istemi yapılmış olan olgularda 2014 yılında yaş ort ve SS 58.47 ± 18.229 yıl, 2019 yılında 62.31 ± 17.136 yıl olarak saptanmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır ($p<0.001$) fakat bu anlamlılığın etki düzeyi düşük bulunmuştur.

Acil servise başvurusu olan olguların yaş ortalamasının, diğer servislerde yatışı olan olgulara göre daha az olması beklenen bir durumdur. Literatür incelendiğinde yine hastanemiz Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda Onur ve ark.'nın yapmış oldukları, 1998-1999 dönemi ile 2004-2005 döneminde servis birimlerinden istenmiş olan konsültasyonların incelendiği ve toplamda 888 olgunun incelendiği çalışmada yaş ort ve SS'leri sırası ile 51.99 ± 16.85 ve 55.56 ± 16.33 bulunmuştur. İki grup arasındaki yaş farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.02$)¹⁵ Yine benzer dönemde Devasagayam ve ark.'nın yapmış oldukları toplamda 1129 olgunun incelendiği çalışma da 1999-2001 ile 2003-2006 yıllarındaki konsültasyon istemleri incelenmiş yaş ort ve SS'leri sırası ile 46.6 ± 19.7 ve 58.6 ± 21.0 bulunmuştur. İki grup arasındaki yaş farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.01$).⁶¹ 2020 yılında Ferrari ve ark. yapmış oldukları toplamda 19.278 olgunun incelendiği 2000 yılından 2019 yılına kadar KLP birimine konsültasyon istenmiş olan olguların yaş dağılımının incelendiği bir çalışma da 65 yaş üstü olguların KLP birimine danışılma oranının yıllar geçtikçe artış gösterdiği gösterilmiştir ($p<0.001$).⁶² Acil servisten konsültasyon istemi yapılmış olan olgular açısından bakıldığında Larkin ve ark. yapmış oldukları 1992 yılı ile 2001 yılı arasında acil servisten danışılan 52.8 milyon olgunun incelendiği çalışmada yaş ortalamasının 39.5 olduğu ve yıllar içindeki değişimin 38.2 yaştan 40.7 yaşa çıktığı ve istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunduğu ($p=0.02$) bulunmuştur.⁶³ Costanza ve ark yapmış oldukları toplamda 763 konsültasyonun incelendiği bir çalışmada yaş ort ve SS kadınlar için 42.8 ± 18.3 yaş, erkekler içinse 38.7 ± 16.5 yaş bulunmuştur.⁶⁴ Yaş için incelendiğinde çalışmamızın sonuçları literatürle uyumlu saptanmıştır.

Yaş açısından incelendiğinde servis birimlerinden KLP birimine istenen konsültasyonlarda yıllar geçtikçe daha yaşlı bir nüfusun konsülte edildiği, acil servisten konsülte edilen olgularda ise yaş açısından değişim olmadığı görülmüştür.

6.1.2 Cinsiyet

Çalışma örneklemini cinsiyet dağılımı açısından değerlendirildiğinde kadınların %52.6, erkeklerin %47.4 oranlarında dağılım gösterdiği saptanmıştır. Örneklem acil servis ve diğer servisler olarak ayrılıp 2014 ile 2019 yılı şeklinde gruplandırılmıştır. Acil servisten konsültasyon istenmiş olgularda 2014 yılında kadın %56.0 ve erkek %44.0, 2019 yılında ise kadın %53.6 ve erkek %46.4 oranlarında dağılım gösterdiği saptanmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak bir anlamlılık saptanmamıştır ($p=0.279$). Acil servis dışı servislerden konsültasyon istemi yapılmış olan olgularda 2014 yılında kadın %50.4 ve erkek %49.6, 2019 yılında ise kadın %52.1 ve erkek %47.9 oranlarında dağılım gösterdiği saptanmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak bir anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p=0.325$).

Onur ve ark.'nın yapmış oldukları servislerden istenen konsültasyonların incelendiği çalışmada kadın yüzdesinin daha fazla olduğu, incelenen iki yıl arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı ($p=0.75$)¹⁵, Devasayagam ve ark yapmış oldukları çalışmada da yine kadın yüzdesinin daha fazla olduğu fakat incelenen iki yıl arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır.⁶¹ Yapılan diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmuştur.^{65 66 67 11 68 69 70} Acil servisten konsülte edilmiş olgular açısından bakıldığında Costanza ve ark. yapmış oldukları çalışmada kadın %54.6 ve erkek %45.2 olarak bulunmuştur.⁶⁴ Ayangbayi ve ark ile Larkin ve ark yapmış oldukları çalışmalarda cinsiyet değişiminde oransal olarak istatistiksel anlamlı bir fark saptanmamıştır.^{71 63 72} Cinsiyet dağılımı açısından incelendiğinde çalışmamızın sonuçlarının literatürle uyumlu olduğu saptanmıştır.

6.1.3 Medeni durum

Çalışma örneklemini medeni durum dağılımı açısından değerlendirildiğinde evli %55.8, bekar %25.3, dul %11.5, boşanmış %7.3 oranlarında dağılım gösterdiği saptanmıştır. Çalışma örnekleminizde 655 olgunun medeni durum verisine ulaşım sağlanamamıştır. Örneklem acil servis ve diğer servisler olarak ayrılıp 2014 ile 2019 yılı şeklinde gruplandırılmıştır. Acil servisten konsültasyon istenmiş olgularda 2014 yılında evli %40.3, bekar %44.6, boşanmış %11.2, dul %3.9; 2019 yılında ise evli %40.4, bekar %45.1, boşanmış %9.9, dul %4.6 oranlarında dağılım gösterdiği saptanmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak bir anlamlılık saptanmamıştır (evli $p=0.950$, bekar $p=0.835$, boşanmış $p=0.367$, dul $p=0.476$). Acil servis dışı

servislerden konsültasyon istemi yapılmış olan olgularda 2014 yılında evli %64.2, bekar %13.3, boşanmış % 6.5, dul %16; 2019 yılında ise evli %68.0, bekar %11.4, boşanmış %3.9, dul %16.7 oranlarında dağılım gösterdiği saptanmıştır. Gruplar arasında evli ve boşanmışlarda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış olup (evli $p=0.036$, boşanmış $p=0.002$) diğer gruplarda anlamlı fark saptanmamıştır (bekar; $p=0.137$, dul; $p=0.620$).

Onur ve ark yapmış oldukları çalışmada evli ve dul oranının zamanla arttığı, bekar oranının ise azaldığı bulunmuştur ($p<0.001$).¹⁵ Acil servisten konsülte edilmiş olgular açısından bakıldığında Costanza ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada da benzer sonuçlara ulaşılmıştır.⁶⁴ Diğer çalışmalarda da benzer şekilde bekar, boşanmış veya dul popülasyonun acil servise başvurularda yüksek olduğu bunun nedenleri arasında sosyal desteğin azalması gibi sebepler olduğu öne sürülmüştür.^{63 73 71 74}

Çalışma örnekleminde acil servise farklı yıllarda konsülte edilen gruplar arasında anlamlı fark bulunmazken, acil dışı servislerden konsülte edilen olgularda evli olguların sayısında ve yüzdelik diliminde artış olsa da bu artışın etki boyutunun küçük olduğu, boşanmış olguların ise 2019 yılında 2014 yılına göre 0.4 kat azaldığı görülmüştür. Türkiye İstatistik Kurumu Evlenme ve Boşanma İstatistikleri 2019 raporuna göre boşanma hızı artıp, evlenme hızı azalmaya devam etmektedir. 0.4 katlık boşanmış kişilerin başvurusundaki azalmanın, kişilerin medeni durumunu boşanmış olarak söylemekten çekindikleri veya saklama eğiliminde olduklarını gösterebilir. Medeni durum açısından incelendiğinde çalışmamızın sonuçlarının literatürle uyumlu olduğu saptanmıştır.

6.1.4 Eğitim Düzeyi

Çalışma örneklemini eğitim düzeyi açısından değerlendirildiğinde okur yazar olmayan %4.4, okur yazar %2.8, ilkokul mezunu %25.1, ortaokul mezunu %12.7, lise mezunu %21.1, üniversite öğrencisi %6.7, üniversite mezunu %26.0, yüksek lisans-doktora mezunu %1.1 oranlarında dağılım gösterdiği saptanmıştır. Çalışma örnekleminizde 2153 olgunun eğitim düzeyi verisine ulaşım sağlanamamıştır. Örneklem acil servis ve diğer servisler olarak ayrılıp 2014 ile 2019 yılı şeklinde gruplandırılmıştır. Acil servisten konsültasyon istenmiş olgularda 2014 yılı ile 2019 yılı arasında okur yazar olmayan olgularda 5.6 katına çıktığı ve lise mezunu olanlarda ise 0.17 kat azalış olduğu saptanmış olup bu verilerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu (okur yazar olmayan $p=0.004$, lise mezunu $p=0.001$) diğer gruplarda ise iki yıl arasında istatistiksel anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Acil servis dışı servislerden konsültasyon

istemi yapılmış olan olgularda 2014 yılı ile 2019 yılı arasında yalnızca ortaokul mezunu olanlarda 0.18 kat azalışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p=0.040$) diğer gruplarda ise iki yıl arasında istatistiksel anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır.

Onur ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışma da iki yıl arasında eğitim düzeyleri açısından anlamlı fark bulunmamıştır.¹⁵ Benzer çalışmalarda da anlamlı farklar bulunamamıştır.^{22 75 76 77} 2014 yılına göre 2019 yılında okur yazar olmayan olgularda artış olmasında, İzmir şehrinin eğitim düzeyi açısından okur yazar olmayan bölgelerden aldığı göç ile birlikte bu bölgelerden gelmiş olan olguların acile başvurusunda artış olduğu düşünülmektedir. Bunun bir diğer sebebi de geçmiş dönemde sevk ile üniversite hastanesine başvurunun olması, sonrasında ise üniversite hastanelerinin sağlık birimlerinin her kesime hizmete açılması ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Acil servisteki lise mezunu ile servislerdeki ortaokul mezunu başvurularında değişim gözlense de etki boyutunun küçük olduğu görülmüştür. Literatürde yapılan çalışmalarda eğitim düzeyi çalışmamızdaki kadar detaylı olarak analiz edilmemiştir. Literatürle benzer şekilde dağılım yapıldığında çalışma sonuçlarımızın literatürle uyumlu olduğu görülmüştür.

6.1.5 Meslekler

Çalışma örneklemini sahip olunan meslekler açısından değerlendirildiğinde emekli %29.5, ev kadını %24.9, işçi %12.8, çalışmıyor öncesinde çalışmış %9.6, serbest meslek erbabı %7.5, öğrenci %5.0, çalışmıyor öncesinde çalışmamış %4.6, devlet memuru %4.5, asker %1.6 oranlarında dağılım gösterdiği saptanmıştır. Örneklem acil servis ve diğer servisler olarak ayrılıp 2014 ile 2019 yılı şeklinde gruplandırılmıştır. Acil servisten konsültasyon istenmiş olgularda 2014 yılı ile 2019 yılı arasında ev kadını olan olgularda 0.18 kat azalış, devlet memuru olan olgularda 0.35 kat azalış, hiç çalışmamış olanlarda 0.25 kat azalış olduğu, emekli olan olguların 1.52 katına, askerliğini yapmakta olan olguların 2.64 katına çıktığı saptanmış olup bu verilerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu (ev kadını $p=0.015$, devlet memuru $p=0.016$, emekli $p=0.003$, hiç çalışmamış $p=0.024$, askerlik $p<0.000$) diğer gruplarda ise iki yıl arasında istatistiksel anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Acil servis dışı servislerden konsültasyon istemi yapılmış olan olgularda 2014 yılı ile 2019 yılı arasında işçi olan olgularda 0.14 azalış, devlet memuru olan olgularda 0.3 azalış olduğu, emekli olan olgularda 1.38 katına çıktığı, 2014 yılında askerliğini yapmakta olan 4 olgunun danışıldığı 2019 yılında ise hiç

askerin danışılmadığı, ev kadını olan olgularda istatistiksel ve yüzdesel olarak anlamlı bir fark olsa da sayısal olarak benzer yatış olduğu saptanmış olup bu verilerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu (ev kadını $p=0.034$, işçi $p=0.012$, devlet memuru $p=0.009$, emekli $p<0.000$, askerlik $p=0.049$) diğer gruplarda ise iki yıl arasında istatistiksel anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır.

20. yüzyılın başından itibaren dünya nüfusunun yaşlanması, daha yaşlı bir popülasyona evrilmemiz, yaşlı olgularda eşlik eden psikiyatrik komorbiditelerle ilgili farkındalığın artması ile birlikte her geçen yıl KLP biriminin daha yaşlı olgularda sağlık hizmeti sunumunda artış olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir.^{62 78 79 80 81} Tüm dünya da yapılan çalışmalara benzer şekilde yaşlı olgu sayısının artması çalışmamızda da görülmektedir. Bu durum emekli olguların sayısındaki artış ve diğer meslek gruplarındaki olguların sayısındaki azalışı açıklayabilir. Onur ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada da emekli grubunda istatistiki olarak anlamlı bir artış olduğu ($p=0.01$) gözlenmiştir. Yine benzer şekilde çalışmakta olan meslek gruplarında azalış olduğu gösterilmiştir.¹⁵ Bu değişim trendinin sonraki yıllarda da devam ettiği çalışmamızda görülmüştür. Kılıç ve ark.'nın yapmış oldukları çalışma da ise çalışmayan olgular %26.2 ile en yüksek, ardından emekli olgular %23 ile gelmektedir.⁷⁵ Bizim çalışmamızda da çalışmayan olgular bir bütün olarak ele alındığında emekli olgulardan daha yüksek yüzdede olduğu görülmüştür. Çalışmamızda bir diğer dikkat çeken bulgu da acil servise başvuru yapmakta olan askerliğini yapmakta olan olguların sayısındaki artıştır. Bunun nedenleri incelendiğinde; 31 Temmuz 2016 tarihli Kanun Hükmünde Kararname kapsamında askeri hastanelerin kapatılması sonrasında askeri kurumlarda görev alan kamu personeli dışında vatani görevini yerine getirmekte olan askerlerin de bu tarihten itibaren genel sağlık hizmeti sunan sağlık bakanlığına bağlı tüm hastanelerden faydalanabileceği ve askeri hastane ile diğer hastaneler gibi bir ayrımın olmadığı yeni bir sistem devreye girmiştir. Çalışmamızın 2014 ile 2019 yılı olmak üzere bu tarih öncesi ve sonrasında iki tarihi incelemesi nedeniyle aradaki bu farkın ortaya çıktığı düşünülmüştür.

6.1.6 Aile Yapısı

Çalışma örneklemini sahip olunan aile yapısı açısından değerlendirildiğinde olguların %52.9'unun eşi ile (çocuğu olsun ya da olmasın), %18.5'unun ebeveynleri ile, %10.6'sının tek başına, %9.2'sinin çocukları ile, %1.9'unun kardeşi ile, %1.8'inin kışla, %1.8'inin huzurevi-bakımevi, %1.0'inin bakıcısı ile, %1.0'inin arkadaşları ile, %0.9'unun yurtta veya benzeri kurumda, %0.3'ünün partneri ile, %0.1'inin evsiz olan, %0.1'inin kadın sığınma evinde

yaşamakta olduğu saptanmıştır. Çalışma örneklemimizde 558 olgunun aile yapısı verisine ulaşım sağlanamamıştır. Örneklem acil servis ve diğer servisler olarak ayrılıp 2014 ile 2019 yılı şeklinde gruplandırılmıştır. Acil servisten konsültasyon istenmiş olgularda 2014 yılı ile 2019 yılı arasında ebeveynleri ile yaşamakta olan olgularda 0.12 kat azalış olduğu, yurtda ve benzeri kurumlarda kalanlarda 2.4 katına çıktığı, kışlada kalanlarda 2.64 katına çıktığı saptanmış olup bu verilerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu (ebeveynleri ile $p=0.002$, yurt vb $p=0.031$, kışla $p<0.000$) diğer gruplarda ise iki yıl arasında istatistiksel anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Acil servis dışı servislerden konsültasyon istemi yapılmış olan olgularda 2014 yılı ile 2019 yılı arasında huzurevi-bakımevinde kalanların 2.5 katına çıktığı, çocukları ile yaşayanların 1.52 katına çıktığı, kışlada kalanların ise 2014 yılında 5 iken 2019 yılında hiç danışılma olmadığı saptanmış olup bu verilerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu (huzurevi-bakımevi $p=0.020$, çocukları ile $p=0.007$, kışlada $p=0.017$) diğer gruplarda ise iki yıl arasında istatistiksel anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır.

Literatürde farklı kaynaklarda farklı oranların bulunduğı gösterilmiştir. Ayangbayi ve ark yapmış oldukları 6 yıllık izlem çalışmasında acil servisten başvuruları arasında bakımevlerinde yaşayanların başvurularında 3.16 kat, evsizlerin başvurularında ise 6.36 kat artış olduğunu göstermişlerdir.⁷¹ Amerika Birleşik Devletleri'nde evsiz sayısının çok olması nedeniyle orada bu şekilde bir değişim görünürken Türkiye'de evsiz sayısının ülkemizin sosyokültürel yapısı gereğı çok daha az olması nedeniyle (ABD 2014, 576450 kişi; 2019, 567.715 kişi) bizdeki verilerde değişimin gözlenmemiş olması olağan olabilir.⁸² Bu çalışmada acile başvurularda bakımevi ve huzurevi başvuru sayıları artarken bizim çalışmamızda da yine benzer oranlarda serviste yatmakta olan olgularda bakımevi ve huzurevinde kalmakta olan olguların sayıları iki yıl arasında karşılaştırma yapıldığında artmıştır. Zeppego ve ark yapmış oldukları çalışma da ise acile başvuran intihar teşebbüsü olan vakalar incelenmiş %26.2'sinin yalnız yaşadığı, %67'sinin ailesi ile birlikte yaşadığı, %6.8'inin bakımevi ya da huzurevinde yaşadığı gözlenmiştir.⁷⁰ Bu oranlar çalışmamız ile benzerlik göstermektedir. Askerliğini yapmakta olan olgulardaki değişim meslekler bölümünde detaylı olarak tartışılmıştır.

6.2 Örneklemin Geçmiş Psikiyatri İzlemi

Çalışma örneklemini geçmiş psikiyatri izlemi açısından değerlendirildiğinde düzenli psikiyatri takibi olup buna ek olarak geçmişte psikiyatri servisi yatışı olan %15.2, psikiyatri servis yatışı olmayan %33.2, düzenli psikiyatri takibi olmayanların %51.6 oranlarda dağılım gösterdiği saptanmıştır. Çalışma örnekleminizde 12 olgunun geçmiş psikiyatri izlem verisine ulaşım sağlanamamıştır. Örneklem acil servis ve diğer servisler olarak ayrılıp 2014 ile 2019 yılı şeklinde gruplandırılmıştır. Acil servisten konsültasyon istenmiş olgularda 2014 yılı ile 2019 yılı arasında düzenli psikiyatri takibi olmayıp, yatışı da olmayan grubun 3.23 katına çıktığı saptanmış olup bu verilerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu (takip yok $p<0.000$) diğer gruplarda ise iki yıl arasında istatistiksel anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Acil servis dışı servislerden konsültasyon istemi yapılmış olan olgularda 2014 yılı ile 2019 yılı arasında düzenli psikiyatri takibi olup, geçmiş psikiyatri yatışı olmayan grupta anlamlı fark saptanmış olsa da sayısal olarak bir değişim görülmemiş olup psikiyatri takibi olmayıp, yatışı da olmayan grubun 1.22 katına çıktığı saptanmış olup bu verinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu (düzenli takip var, geçmiş yatış yok, $p=0.005$; takip yok, $p=0.007$) diğer gruplarda ise iki yıl arasında istatistiksel anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır.

Aslan ve ark yapmış oldukları çalışmada geçmişte en az bir kez psikiyatriye başvurusu olanların oranını %23.4 olarak bulmuşlardır⁸³, Canan ve ark yapmış oldukları çalışmada geçmişte en az bir kez psikiyatriye başvurusu olanların oranını %34.8 olarak bulmuşlardır.⁶ Kılıç ve ark.'nın çalışmasında en az bir psikiyatri tanısı olan %34.7 olarak bulunmuştur.⁷⁵ Uyar ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmada en az bir psikiyatri başvurusu olanların oranı %39.9 olarak bulunmuştur.⁸⁴ Yıldız ve ark yapmış oldukları çalışmada öncesinde psikiyatri tedavisi görmüş olanların oranının %25.7 olarak bulmuşlardır.¹⁰ Patra ve ark yapmış oldukları çalışmada geçmiş psikiyatrik izlem oranını %28.66 olarak bulmuşlardır.⁸⁵ Başka çalışmalarda da benzer oranlar bulunmuştur.^{69 75} Zeppego ve ark yapmış oldukları intihar girişimi üzerine acil servis başvuruları değerlendirme çalışmasında geçmiş psikiyatrik izlem oranını %63.1 olarak bulmuşlardır.⁷⁰ Çalışmamızda ise bu oran %48.4 olarak bulunmuştur. Literatürde incelendiği kadarı ile diğer çalışmalardaki oranlara göre hastanemizdeki konsültasyon istemi yapılmış olan hastalardaki geçmiş psikiyatri izleminin daha çok olduğu görülmüştür. Bunun nedenleri arasında geçmiş psikiyatri izlemi olan hastaların farklı bir nedenle başka bir kliniğe

yatmış olsalarda kontrol altında olup olmadığı ile ilgili primer hekimince endişelerin olması, uzun süredir faaliyette olan KLP biriminin pozitif etkisi, genel popülasyona göre daha yüksek sosyoekonomik düzeydeki olgulara bakım sağlayan bir hastane olması nedeniyle hastanemizdeki psikiyatrik komorbiditenin daha çok önemseniyor olması gösterilebilir. Bunlara ek olarak acil servise başvurusu olup KLP biriminden konsültasyon istenen olgularda daha yüksek oranlarda geçmiş psikiyatrik izlem öyküsü olduğu bilinmektedir. Çalışmamızda da acil servisten konsültasyon istenmiş olan vakaların yüksek oranda olması nedeniyle geçmiş psikiyatrik izlem oranımızın diğer çalışmalara göre yüksek olmasının bir diğer nedeni de bu olabilir.

6.2.1 Örneklem KLP Birimi İzlemi

Çalışma örnekleme geçmiş KLP birimi izlemi açısından değerlendirildiğinde KLP izlemi olmayan %63.2, KLP birimine farklı yatış döneminde konsülte edilmiş olan %23.1, KLP birimine aynı yatış döneminde konsülte edilmiş olanların %13.7 oranlarında dağılım gösterdiği saptanmıştır. KLP birimine geçmiş dönemde toplamda konsülte edilme sayısına bakıldığında sayı $\text{ort} \pm \text{SS}$ 1.03 ± 2.84 adet olarak hesaplanmıştır. Örneklem büyük çoğunluğunda rekonsültasyon istenmezken en çok rekonsülte edilen vaka aynı dönem ve farklı dönemler bir arada 38 adet olarak kaydedilmiştir. Örneklem acil servis ve diğer servisler olarak ayrılıp 2014 ile 2019 yılı şeklinde gruplandırılmıştır. Acil servisten konsültasyon istenmiş olgularda 2014 yılı ile 2019 yılı arasında izlemi olup aynı yatış döneminde rekonsülte edilenlerde 3.23, izlemi olup farklı yatış döneminde konsülte edilenlerde 1.44 katına çıktığı, izlemi hiç olmayanlarda ise 0.23 kat azalış olduğu saptanmış olup bu verilerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (tüm $p < 0.000$). Acil servis dışı servislerden konsültasyon istenmiş olgularda 2014 yılı ile 2019 yılı arasında izlemi olup farklı yatış döneminde konsülte edilenlerde 2.03 katına çıktığı, izlemi hiç olmayanlarda çok az bir azalış olduğu saptanmış olup bu verilerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu (farklı dönem $p < 0.000$, izlemi yok $p < 0.000$) izlemi olup aynı yatış döneminde rekonsülte edilen grupta ise iki yıl arasında istatistiksel anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır.

Devasagayam ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada önceki dönemde %59.3 tek konsültasyon istemi olduğu, %23.4 iki konsültasyon istemi olduğu, %17.3 üç ya da daha fazla konsültasyon istemi olduğu; sonraki dönemde ise %65.6 tek konsültasyon, %24.7 iki

konsültasyon istemi geriye kalanların ise daha çok konsültasyon istemi olduğu görülmüştür.⁶¹ Literatür daha çok rekonsültasyon olmasının KLP birimi hizmet kalitesini arttırdığını göstermektedir.⁸⁶ Mustafa ve ark yapmış oldukları çalışmada acilden konsülte edilen vakaların %36.2 oranında öncesinde KLP birimi izlemi olduğu görülmüş.⁸⁷ KLP birimi izlemi açısından incelendiğinde çalışmamızın sonuçlarının literatürle uyumlu olduğu saptanmıştır.

6.2.2 Örneklem Yatış Tarihi ile Konsültasyon İstenme Tarihi Arasındaki Geçen Süre

Çalışma örnekleminde iki tarih arasındaki geçen süre ort. ve SS 7.02 ± 12.69 günl olarak saptanmıştır. Örneklem acil servis ve diğer servisler olarak ayrılıp 2014 ile 2019 yılı şeklinde gruplandırılmıştır. Acil servisten konsültasyon istenmiş olan olgularda 2014 yılında iki tarih arasındaki geçen süre ort ve SS 0.16 ± 0.84 gün, 2019 yılında 0.54 ± 4.1 gün olarak saptanmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır ($p=0.003$). Acil servis dışı servislerden konsültasyon istemi yapılmış olan olgularda 2014 yılında iki tarih arasındaki geçen süre ort ve SS 12.04 ± 17.46 gün, 2019 yılında 10.0 ± 11.06 gün olarak saptanmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır ($p<0.000$).

Çalışmamızda genel hastane popülasyonundaki toplam yatış süresi verileri değerlendirmeye alınmamıştır. Hastane de yatmakta olan hastalarda psikiyatrik komorbiditenin artmış mortalite ve morbidite ile ilişkili olduğu, tedavi süresini uzattığı, sağlık sistemi üzerine olan maddi yükü arttırdığı pek çok çalışmada gösterilmiştir.^{88 17 89 90 91 92 93 94 95 96 97} Buna karşın bu konudaki ilk randomize kontrollü çalışmalardan biri olan Levenson ve ark yapmış oldukları çalışmada psikososyal müdahalenin yatış süresini kısaltma üzerine anlamlı bir etkisi olmadığı bulunmuştur.⁹⁸ Konsültasyon istenme süresinin daha erken olması ile hastanedeki yatış süresinin kısa olabileceğine dair fikirler ortaya sürülmüş ve yatışın erken döneminde psikiyatriye danışılmasının kısa yatış süresi ile ilişkili olduğu bulunmuştur.^{99 100 101 102 103 104}¹⁰⁵ İki farklı yılın karşılaştırıldığı Devasagayam ve ark yapmış oldukları bir çalışmada konsülte edilen hastaların çoğunluğunun ilk 72 saat içinde konsülte edildiği (%73.5 ile %65.8) görülmüştür.⁶¹ Diefenbacher ve ark yapmış oldukları çalışmada on yıllık bir dönem içinde servis birimlerinden konsülte edilen hastalarda ortalama konsültasyon süresinin 10.0 günden 7.8 güne düştüğü ve bu sonucun anlamlı bir düşüş olduğu görülmüştür.⁶⁸ Vulser ve ark 4500 olgu üzerinde yaptıkları bir çalışmada psikiyatrik komorbiditesi olan olguların daha uzun yatış

süresi olduğu, KLP birimine erken danışılan vakaların ise sonrasında danışılan vakalara göre daha kısa yatış süresi olduğunu göstermiştir. ¹⁰⁶ Aoki ve ark yapmış oldukları çalışmada ise erken antidepresan tedavi başlanması yatış süresini kısaltabileceği gösterilmiştir. ¹⁰⁷ Bizim çalışmamızda da 2019 yılında 2014 yılına göre konsültasyon istem sürelerinin daha kısa olduğu bulunmuştur. Hastane yatış süreleri üzerine herhangi bir verimiz olmamasına karşın, süre kısalmasının yatış süresi üzerine etkinliği pek çok çalışmada gözlemlendiğinden dolayı olarak KLP birimimizin etkinliğinin arttığı söylenebilir. Çalışma sonuçlarımız literatürle uyumlu bulunmuştur.

6.3 Konsültasyon İstenen Birimler

Çalışma örneklemini hasta başına konsültasyon istemi yapan birimler açısından değerlendirildiğinde acil servis %37.1, genel cerrahi %7.4, göğüs hastalıkları %5.7, ortopedi %5.2, nöroloji %4.6, gastroenteroloji %4.5, nefroloji %4.0, kardiyoloji %3.9, onkoloji %3.9, hematoloji %2.8, tüm yoğun bakım birimleri %2.8, endokrinoloji %2.6, deri ve zührevi hastalıklar %2.2, fizik tedavi ve rehabilitasyon %2.2, enfeksiyon hastalıkları %1.7, nöroşirürji %1.6, üroloji %1.1, kadın hastalıkları ve doğum %1.0, romatoloji %0.9, genel dahiliye %0.8, kulak burun boğaz %0.8, kalp ve damar cerrahisi %0.8, hematoloji – kök hücre birimi %0.7, plastik ve rekonstrüktif %0.6, göz hastalıkları %0.6, göğüs cerrahisi %0.3, nefroloji – hemodiyaliz ünitesi %0.1, geriatri %0.1 radyasyon onkolojisi ve ağrı servisinden ise sadece 1 olgu oranlarında dağılım gösterdiği saptanmıştır. Dahiliye tek bir birim olarak ele alındığında ise istenen konsültasyonlardaki dahiliye Anabilim Dalı'ndan gelen konsültasyonların %20.9 oranında olduğu saptanmıştır. Rekonsültasyon istemi yapan birimler açısından değerlendirme yapıldığında acil servis %25.7, genel cerrahi %11.9, ortopedi %8.1, onkoloji %6.6, tüm yoğun bakım birimleri %5.7, göğüs hastalıkları %5.4, nefroloji %5.3, gastroenteroloji %5.1, hematoloji %3.3, nöroşirürji %2.8, fizik tedavi ve rehabilitasyon %2.8, kardiyoloji %2.5, nöroloji %2.5, enfeksiyon hastalıkları %2.1, deri ve zührevi hastalıklar %1.6, endokrinoloji %1.6, üroloji %1.4, genel dahiliye %1.2, kalp ve damar cerrahisi %0.7, romatoloji %0.7, plastik ve rekonstrüktif %0.6, kulak burun ve boğaz %0.6, kadın hastalıkları ve doğum %0.6, hematoloji – kök hücre birimi %0.6, nefroloji – hemodiyaliz birimi %0.2, göğüs cerrahi %0.2, göz hastalıkları %0.2 oranlarında dağılım gösterdiği bulunmuştur. Acil servis dışlandığında 2014 yılında hasta başı konsültasyon istemi yapan birimler açısından değerlendirme

yapıldığında dahili birimler %64.29, cerrahi birimler %29.71, yoğun bakım birimleri ise %6 oranlarında dağılım göstermiştir. Acil servis dışlandığında 2019 yılında hasta başı konsültasyon istemi yapan birimler açısından değerlendirme yapıldığında dahili birimler %65.39, cerrahi birimler %31.52, yoğun bakım birimleri ise %3.09 oranlarında dağılım göstermiştir. Örneklem 2014 ile 2019 yılı şeklinde gruplandırılmıştır. Servisler ve acil servisten konsültasyon istenmiş olgularda 2014 yılı ile 2019 yılı arasında nöroşirürjide 2.4, göğüs cerrahide 3.5, kök hücre nakil biriminde 3.75, onkolojide 2.39 katına çıktığı, enfeksiyon hastalıklarında 0.35, fizik tedavi ve rehabilitasyonda 0.31, göğüs hastalıklarında 0.20, endokrinolojide 0.22, tüm yoğun bakım birimlerinde 0.42, alt birimlerde de göğüs kalp damar yoğun bakım biriminde 0.75, kardiyoloji yoğun bakım biriminde ise 0.44 kat azalış olduğu saptanmış olup bu verilerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu (nöroşirürji $p=0.001$, göğüs cerrahi $p=0.034$, enfeksiyon $p=0.010$, fizik tedavi ve rehabilitasyon $p=0.008$, göğüs hastalıkları $p=0.001$, endokrinoloji $p=0.028$, kök hücre nakil birimi $p=0.001$, onkoloji $p<0.000$, yoğun bakım tüm birimler $p<0.000$, göğüs kalp damar yoğun bakım $p=0.010$, koroner yoğun bakım $p=0.004$) diğer gruplarda iki yıl arasında istatistiksel anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır.

Larkin ve ark acil servise gelen konsültasyonları değerlendirdiği Birleşik Devletler popülasyonunun incelendiği 10 yıllık bir izlem çalışmasında acil servise gelmekte olan hasta sayılarının artmaya devam etmesine rağmen (%20), psikiyatrik nedenlerle başvurunun (%38) daha yüksek oranda arttığını göstermişlerdir.⁶³ Ayangbayi ve ark yapmış oldukları önceki çalışmanın bir devamı niteliğindeki 6 yıllık izlem çalışmasında ise bu artışın devam ettiğini ve istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermişlerdir.⁷¹ Yine Birleşik Devletler’de yapılan birkaç diğer çalışmada ise son yıllarda %15’lik psikiyatrik nedenli başvuru artışı olduğu gösterilmiştir.^{108 73} Bizim çalışmamızda da acil servisten başvurularda %14.5 lik bir artış olduğu saptandı fakat bu artışın istatistiksel olarak bir anlamlılığı yoktu. Diefenbacher ve ark.’nın yapmış oldukları çalışmada dahili bölümlerden %50.3, cerrahi bölümlerden %19.2, transplant servislerinden %2.9, nörolojiden %5.4, kadın doğumdan %4.4 oranlarında konsültasyon istendiği görülmüş.⁶⁸ Ferrari ve ark yapmış oldukları çalışmada dahiliye %35.01, onkoloji %9.54, gastroenteroloji %5.64, baş ağrısı merkezi %4.90, transplant cerrahisi %5.08, cerrahi %4.68, nefroloji ve diyaliz bölümü %3.24 oranlarında dağılmıştır.⁶² Saeed ve ark yapmış oldukları çalışmada dahili bölümlerden %54.0, genel cerrahiden %12.5, nöroloji ve nöroşirürjiden %10.1, pediatriken %6.0, ortopediden %5.6, kadın doğumdan %4.1, onkolojiden %3.9, kardiyoloji ve diğer dahili branşlardan %2.0, ürolojiden %1.1 ve kulak burun boğazdan

%0.5 oranlarında konsültasyon istendiği görülmüştür. ¹⁰⁹ Aslan ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmada konsültasyon istemlerine göre oranlara bakıldığında acil servisten gelen konsültasyonların toplam konsültasyonlara oranı %12.9 bulunmuştur. Fakat bu çalışmada poliklinik konsültasyonları yer aldığından ve servisler ayrıca değerlendirilmediğinden düşük yüzde bu nedenle olabilir. Tüm konsültasyonlar açısından dahiliye %77.6, cerrahi %22.4 oranlarında bulunmuştur. ⁸³ Koroğlu ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmada konsültasyon istemi yapılan bölümlerde %60.2 dahili bölümler, %39.8 cerrahi bölümlerden konsültasyon istendiği; en sık konsültasyon isteyen ilk üç bölümün sırası ile dahiliye %24.2, göğüs hastalıkları %15.2 ve kalp-damar cerrahisi %13.6 olduğu, en az konsültasyon istenen üç bölümün ise sırasıyla %0.98 nöroloji, %1.48 nefroloji, %2.22 enfeksiyon hastalıkları olduğu gösterilmiştir. ⁷⁶ Canan ve ark yapmış oldukları çalışmada en sık konsültasyon istenen bölümler sırasıyla dahiliye %24.2, göğüs hastalıkları %15.2, beyin cerrahisi %7.9, ortopedi %8, fizik tedavi ve rehabilitasyon %9.1, kadın hastalıkları ve doğum %6.1, diğerlerinin %20 olduğu görülmüştür. ⁶ Göktaş ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmada en sık konsültasyon isteyen ilk üç bölüm dermatoloji %21.8, acil servis %13.6, nöroloji %12.3 olduğu görülmüştür. ¹¹ Sertöz ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmada ise konsültasyon istemlerinin cerrahi bölümlerden %40, acil servis %25.3 ve dahili bölümlerden %10.5 oranlarında istendiği görülmüştür. ⁴⁷ Eser ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmada dahili branşlar %42.9, cerrahi branşlar %31.7 ve acil servisten %25.4 oranlarında istendiği, acil servisten sonra en sık dahiliye %21.6, ortopedi %8.7 nöroşirürji %6.7 olduğu görülmüştür. ¹¹⁰ Kılıç ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmada acil servisin bulunmadığı dağılımda dahili bölümler %70.1, cerrahi bölümler %29.9 oranlarında olduğu; en sık konsültasyon isteyen ilk üç bölüm dahiliye %35.2, fizik tedavi %15.2, genel cerrahi %9.7, en az konsültasyon üç bölümün ise sırasıyla kulak burun boğaz %0.3, plastik cerrahi %1.5, kalp ve damar cerrahisi %1.5 oranlarında dağıldığı görülmüştür. ⁷⁵ Kumlu ve ark.'nın yapmış oldukları acil servisin değerlendirme içinde olmadığı çalışmada dahili bölümlerden %71.4, cerrahi bölümlerden ise %28.6 oranlarında olduğu; en sık konsültasyon isteyen bölümler göğüs hastalıkları %9.4, endokrinoloji %8.2, hematoloji %7.2, en az konsültasyon isteyen üç bölümün ise sırasıyla göğüs cerrahi %0.4, plastik cerrahi %0.5, periferik damar cerrahisi %1.1 oranlarında dağıldığı görülmüştür. ⁷² Yıldız ve ark yapmış oldukları acil servisin dahil edilmediği çalışmada dahili bölümler %70.6, cerrahi bölümler %29.4 oranlarında olduğu görülmüştür. ¹⁰ Uyar ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmada dahili bölümler %87, cerrahi bölümler %13 oranlarında olduğu görülmüştür, en sık konsültasyon

isteyen b6l6mler dahiliye %45.5, n6roloji %10.7, g666s hastalıkları %8.6, cerrahi b6l6mler arasında ise en fazla ortopedi %5.7 şeklinde da6ıyım olmuştur. ⁸⁴ Karşıda6 ve ark.'nın yapmış oldukları 6alışmada istenen kons6ltasyonlar incelendi6inde dahiliye %37.5, n6roloji %14.8, g666s hastalıkları % 12.3 oranlarında oldu6u g6r6lm6şt6r. ¹¹¹

Literat6rde farklı 6alışmalarda 6ok farklı oranların oldu6u g6r6lmektedir. Bunun en 6ncelikli nedeninin hastanelerin 6alışma d6zeni, a6ırlık verdi6i alanlar, uzmanlaştı6ı b6l6mlerin farklılık g6stermesi oldu6u d6ř6n6lm6şt6r. Buna ek olarak 6o6u 6alışmada dahili b6l6mlerden gelen kons6ltasyonların cerrahi b6l6mlerden gelenlere kıyasla daha y6ksek oldu6u g6r6lm6şt6r. Heterojinitenin 6ok oldu6u bu kısımda 6alışmamızın farklı y6nlerden pek 6ok 6alışma ile uyumlu oldu6u g6r6lm6şt6r. 6alışmamızda 2014 yılına kıyasla 2019 yılında n6roşir6rji b6l6m6nden kons6lte edilen hastaların 2.4 katına 6ıktı6ı g6r6lm6şt6r. N6roşir6rji b6l6m6nden kons6lte edilen vakaların literat6re g6re 6alışmamızda daha d6ř6k oranlarda oldu6u g6r6lm6ř olup, 2019 yılında bu farkın azaldı6ı saptanmıştır. G666s cerrahi b6l6m6nden kons6ltasyon isteminin 3.5 katına 6ıkması ve anlamlı bulunmasına ra6men yıl boyu toplam sayının 4 olgudan 14 olguya 6ıkması nedeniyle bu artışın KLP birimine danışılma a6ısından bir kazanım dışında pek 6ok farklı nedenden de olabilece6i d6ř6n6lm6şt6r. Bu nedenlerden bir kısmı psikiyatri komorbiditesi a6ır olan hastaların g666s cerrahi birimine yatışı olmuş olması, farklı birimlerden kons6ltasyon istenmiş olup bu birimler tarafından psikiyatri g6r6ř6 istenen olguların olması olabilir. Onkolojinin 2.39, k6k h6cre nakil biriminin 3.75 katına 6ıktı6ı g6r6lm6ř olup, bu iki birimde de a6ır tıbbi rahatsızlıkları olan hastaların yatması nedeniyle KLP birimi a6ısından 6nem arz etmektedir. Liyezon etkinliklerinin bu birimlerde devamlılı6ının olması bir gereklilik olarak g6r6lebilir. Azalış olan b6l6mlerde ise fizik tedavi ve rehabilitasyon b6l6m6nde 0.31 kat azalış oldu6u, bu b6l6mde gerek son yıllarda antidepresan kullanımı ve gereklili6i konusundaki bilincin artması, gerekse y6ksek psikiyatrik komorbidite nedeniyle psikiyatrik bozukluklar ile ilgili farkındalı6ın artmasının bu azalışta etkisi olabilece6i d6ř6n6lm6şt6r. Yo6un bakım birimlerindeki azalışın deliryum ve deliryuma benzer n6robilişsel rahatsızlıklar konusundaki farkındalı6ın ilgili birimlerde 6alışan doktorlarda artışı ile ilişkili olabilece6i, g666s hastalıkları ve endokrinoloji b6l6mlerinde hasta başı kons6ltasyonun toplam yatan hastaya oranı artarken, toplam yatan hastanın azalmasından kaynaklı olarak istenen kons6ltasyon sayısının azaldı6ı d6ř6n6lm6şt6r.

6.4 Konsültasyon sayısı ile Hasta Baş Konsültasyon İsteminin Yatan Toplam Hastaya Oranı Üzerinden Konsültasyon İstenen Birimler ve Genel Örneklem

Çalışma örneklemini hasta başına konsültasyon isteminin ve yapılan konsültasyonların yatışı olmuş olan hastalara oranı açısından değerlendirildiğinde 2014 yılı ve 2019 yılı ayrı ayrı bakılmıştır. 2014 yılında hasta başına konsültasyon istemine bakıldığında tüm birimlerin ortalaması %1.89, acil servis dışlandığında geriye kalan tüm birimlerin ortalaması %4.00, dahili bölümlerde %6.57, cerrahi bölümlerde %1.81, yoğun bakım birimlerinde %2.76, acil serviste %0.99 oranlarında olduğu saptanmıştır. 2019 yılında hasta başına konsültasyon istemine bakıldığında tüm birimlerin ortalaması tüm birimlerin ortalaması %1.86, acil servis dışlandığında geriye kalan tüm birimlerin ortalaması %4.75, dahili bölümlerde %7.96, cerrahi bölümlerde %2.15, yoğun bakım birimlerinde %1.49, acil serviste %0.90 oranlarında olduğu saptanmıştır. 2014 yılı ile 2019 yılı birimler açısından karşılaştırıldığında dahili birimlerde deri ve zührevi hastalıklar %11.46'dan %11.18'e, endokrinoloji %11.66'dan %16.55'e, enfeksiyon hastalıkları %11.33'den %7.46'ya, hematoloji %7.26'dan %17.99'a, fizik tedavi ve rehabilitasyon %20.95'ten %17.39'a, gastroenteroloji %10.77'den %10.76'ya, genel dahiliye %6.06'dan %14.63'e, göğüs hastalıkları %14.04'ten %16.31'e, kardiyoloji %3.34'ten %3.18'e, kök hücre nakil birimi %2.46'dan %6.54'e, nefroloji %5.81'den %18.05'e, nöroloji %5.12'den %7.29'a, onkoloji %9.42'den %21.38'e, romatoloji %6.32'den %12.58'e değişim göstermiştir. Cerrahi birimlerde genel cerrahi %4.02'den %5.45'e, göz hastalıkları %0.44'ten %0.54'e, kulak burun boğaz %1.26'dan %1.39'a, kadın hastalıkları ve doğum %0.83'den %0.69'a, kalp ve damar cerrahisi %1.20'den %1.05'e, nöroşirürji %1.90'dan %3.30'a, ortopedi %5.29'dan %5.08'e, plastik ve rekonstrüktif cerrahi %1.62'den %1.28'e üroloji %1.02'den %1.77'ye değişim göstermiştir. Yoğun bakım birimlerinde anesteziyoloji yoğun bakım birimi %5.11'den %3.33'e, dahiliye yoğun bakım birimi %4.73'ten %5.03'e, göğüs kalp-damar yoğun bakım birimi %1.59'dan %0.58'e, koroner yoğun bakım birimine %3.12'den %2.22'e değişim göstermiştir. 2014 yılından farklı olarak 2019 yılında geriatri ve radyasyon onkolojisi birimleri yer almış olup bu birimlerde de geriatri %0.36 oranında istenen konsültasyon olduğu, radyasyon onkolojisinden ise danışılan olgu olmadığı saptanmıştır.

Acil servisten konsültasyon istemi yapılmış hastaların tüm acil servise başvurularına oranı 2014 ile 2019 yılı olarak gruplandırıldığında iki sene arasında istatistiksel olarak anlamlı bir

farklılık olduğu saptanmıştır ($p=0.018$). Acil servis dışı servislerden gelen hasta başı konsültasyon oranları da iki yıl arasında karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.000$). Hem 2014 hem de 2019 yılında dahili ve cerrahi birimler iki ayrı grup olarak sınıflandırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır (2014, $p<0.000$; 2019, $p<0.000$).

2014 yılında yapılan konsültasyonların yatışı olmuş olan hastalara oranına bakıldığında tüm birimlerin ortalaması %2.22, acil servis dışlandığında geriye kalan tüm birimlerin ortalaması %4.95, acil servis %1.05 oranlarında olduğu saptanmıştır. 2019 yılında yapılan konsültasyonların yatışı olmuş olan hastalara oranına bakıldığında tüm birimlerin ortalaması %2.3, acil servis dışlandığında geriye kalan tüm birimlerin ortalaması %5.91, acil servis %1.09 oranlarında olduğu saptanmıştır.

Psikiyatrik bozuklukların prevalansının yüksek olduğu, engellilik oranlarının yüksek olduğu, hem ekonomik olarak hem de yaşamsal olarak ciddi bir yük getirdiği bilinmektedir.⁹²
⁹³ ¹¹² ¹¹³ ¹¹⁴ ¹¹⁵ Kronik ve kompleks bozukluklar olması, ekonomik giderlerinin yüksek olması acil servisteki psikiyatrik bozukluk başvurularını daha önemli hale getirmektedir.¹¹⁶ ¹¹⁷ ¹¹⁸ ¹¹⁹
¹²⁰ Birleşik Devletler’de yıllık olarak toplam nüfusun %25-30’luk bir kısmının psikiyatrik bozukluk nedeniyle yaşamında güçlük yaşadığı fakat bu popülasyonun yalnız üçte birinin psikiyatrik yardıma başvurusu olduğu bulunmuştur.¹¹² ¹²¹ Birleşik Devletler’de 90’lı yıllardan 2000’li yıllara kadar geçen süredeki izlem çalışmasında acil servise başvurusu olan toplam hasta sayısı %20 oranında artarken psikiyatrik sebeplerle başvurmuş olan hastaların sayısının %38 daha fazla arttığı gösterilmiştir. Oransal olarak %1.71’den %2.36’ya çıktığı görülmüştür.
⁶³ 2005 ile 2011 yılları arasındaki değişimin ise %2.79’dan %3.51’e çıktığı görülmüştür. Bu başvurularda evsizlerin ve huzurevi-bakımevinden gelenlerin en yüksek oranda başvurusu olduğu görülmüştür. Bu gruplarda sırası ile %17.31 ile %9.52 oranlarında acil servis başvuru nedeninin psikiyatrik sebeplerle olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada evsizlerin daha yüksek olmasının nedeni olarak, evsizler dışındaki nüfusun sağlık sisteminden yararlanması için ciddi bir ücretle karşılaşması nedeniyle; huzurevi-bakımevinden gelen vakaların ise mükerrer ve çok daha basit müdahalelerle öncesinde önlenebilecek nedenlerle olduğu bulunmuş.⁷¹ Son yıllarda psikiyatrik nedenlerle acil servis başvurularının daha da arttığı ve acil servis başvurularının %4-12’lik kısmının bu sebeplerle olduğu bulunmuştur.⁷³ ¹⁰⁸ Santillanes ve ark.’nın yapmış oldukları acil servis değerlendirmesi olan bir başka çalışmada ise acil servise gelen konsültasyonların %8.2’sinin psikiyatrik bozukluklarla ilişkili nedenlerden olduğu bulunmuş.

Toplamda acil servis iş süresinin %11.2'sinin bu başvurulara harcandığı görülmüştür.¹²² Acil servise psikiyatri başvurularındaki bu artışın acil servis yoğunluğunu arttırdığı ve diğer nedenlerle acil servise başvurusu olanların tedavilerini etkilediği düşünülmektedir. Ek olarak psikiyatrik hastalıklar nedeniyle başvuruların çoğunlukla uygun bakımla engellenebileceği bilinmektedir.^{64 73 123 124} Çalışmamızda acil servisten konsültasyon istenme oranlarında 2019 yılında 2014 yılına göre 0.10 kat azalış olduğu ve iki yıl arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu fakat etki gücünün az olduğu saptanmıştır. Türkiye sağlık sisteminde acil servisin başvuru kriterlerinin genelleştirilmiş olması, triyaj göz önünde bulundurulsa bile başvuru sahibi herkesin değerlendirmesi yapıldığından sağlıklı acil servis verilerine ulaşmamızı engelliyor olabilir. Ek olarak yurtdışında madde kullanımı nedeniyle acil servis başvurusu yüksek iken ülkemizde bu nedenle acil servis başvurusunun daha az olduğu bilinmektedir. Çalışmamızda acil servise başvurusu olan psikiyatri hastaları için şiddetine göre ayırım yapılmaması bir arada ele alınması nedeniyle psikiyatrik nedenli ciddi başvuruların oranının artıp artmadığı tam olarak değerlendirilememiştir.

Katon ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmada genel popülasyonda psikiyatrik bozuklukların aylık prevalansı %16 olarak bulunmuşken, tıbbi rahatsızlığı olan popülasyonda bu oranın %21-26 arasında olduğu bulunmuştur.¹²⁵ Von Korff ve ark yapmış oldukları çalışmada tıbbi rahatsızlık nedeni tekrarlayan servis yatışı olan hastalarda psikiyatrik bozukluk sıklığının %67'lere kadar ulaştığını göstermişlerdir.¹²⁶ Bir çalışmada kronik tıbbi rahatsızlığı olanlarda yaşam boyu psikiyatrik bozukluk sıklığının %42 olduğu gösterilmiştir.¹²⁷ Madde kötüye kullanımı, duygudurum bozukluğu ve anksiyete bozukluğu en sık nedenler olarak gösterilmiştir. Kısa süreli yatışlarda ise dahili bölümlerde %60, cerrahi bölümlerde ise bunun yarısı oranında psikiyatrik bozukluk komorbiditesi olduğu bulunmuştur.¹²⁸ Birleşik Krallık ve Birleşik Devletler'de çok merkezli olarak yapılan bir çalışmada psikiyatrik komorbiditenin yatan hastalarda %27¹²⁹, Avustralya'da Andrews ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmada %20¹³⁰ olduğu bulunmuştur. Ölçek kullanılarak yapılan bir çalışmada yatan hastalarda psikiyatrik komorbiditenin %46.5 oranında olduğu bulunmuştur.¹³¹ Standardize klinik görüşmelerle yapılan çalışmalarda servis biriminde olan hastaların %30-35 aralığında psikiyatrik komorbiditesinin olduğu gösterilmiştir.^{13 132 133 134} Kronik rahatsızlıkları ya da kanser¹³⁵ gibi prognozu kötü olan rahatsızlıklarda bu oranın daha da fazla olduğu bulunmuştur. Farklı çalışmalarda tıbbi rahatsızlığın psikiyatrik komorbidite riskini arttırdığı ve primer tıbbi rahatsızlık prognozunu kötüleştirebileceği gösterilmiştir.^{65 136 137 138 139 140} Tıbbi rahatsızlığı

olan hastalarda komorbid olan psikiyatrik bozukluk için ayaktan tedaviye başvurma oranlarının düşük olduğu görülmüştür. ¹⁴¹ Psikiyatrik komorbiditenin erken tespit edilmesi ve tedavisine başlanmasının sağlık harcamalarının azaltma ve prognozu iyileştirme üzerine etkisi olacağı düşünülmektedir. ¹⁴² Bu nedenlerden ötürü konsültasyon liyezon psikiyatrisi için konsülte edilen hasta oranı verilmekte olan hizmetin etki gücünü göstermek açısından önemli bir parametre olarak görülmektedir.

Avrupa’da Huyse ve ark yaptıkları çok merkezli bir çalışmada servislerde hasta başına konsültasyon isteme oranının %1.4 ¹⁴³, yine Almanya’da Rothenhausler ve ark yapmış oldukları çalışmada oranın %2.6 ¹³¹, Pakistan’da Saeed ve ark yapmış oldukları 1166 olgunun olduğu çalışmada oranın %0.79 ¹⁰⁹, Diefenbacher ve ark yapmış oldukları çalışmada oranların %0.9 ile %1.7 arasında olduğu ortalamasının %1.2 olduğu ⁶⁸, Hollanda’da Hengeveld ve ark.’nın yapmış oldukları 1814 olgunun olduğu çalışmada oranın %2.1 ¹⁴⁴, Wallen ve ark.’nın yapmış oldukları çalışmada farklı merkezlerde yapılan çalışmalarda konsültasyon oranlarının %0.9 ile %12 arasında değiştiği ¹⁴⁵, Avustralya’da Holmes ve ark.’nın yapmış oldukları çalışmada oranın %2.4 ¹⁴⁶, yine Holmes ve ark yapmış oldukları 20 yıllık bir dönemi inceleyen çalışmada ortalama oranın %1.3 ¹⁴⁷, Hindistan’da yapılan çalışmalarda acilden konsültasyon istemi olan olguların oranının %0.01 ile %3.6 ^{8 148 149} arasında servislerde yatmakta olan olgularda ise %1.42 ile %5.4 arasında ^{85 150 151}, Saravia ve ark yakın zamanda Birleşik Krallıkta bulunan 14 hastanede yaptıkları bir çok merkezli araştırmada acil servisten konsültasyon istemi yapılan hasta başı konsültasyon oranı %0.5-3.4 arasında, servis birimlerinden istenen oranın %0.7-6.0 arasında değiştiği ¹⁵² bulunmuştur. Diğer birkaç çalışmada ise oranların %0.72-5.8 arasında değiştiği bulunmuştur. ^{153 154 155}

Aslan ve ark yapmış oldukları 401 olgunun olduğu çalışmada servis birimlerinde konsültasyon istemi oranının %1.2 ⁸³, Özkan ve ark 889 olgunun olduğu çalışmasında bu oranın %2.07 ¹⁵⁶, Canan ve ark 66 olgunun olduğu çalışmasında bu oranın %2.8 ⁶, Köroğlu ve ark 405 olgunun olduğu çalışmasında hasta başı konsültasyon istem oranının %1.37 ⁷⁶, Eser ve ark yapmış oldukları servislerden 539 olgunun acil servisten ise 137 olgunun olduğu bir çalışmada acil servis danışılma oranının %0.22 serviste ise %2.15 ²², Kılıç ve ark yapmış oldukları 775 olgunun olduğu çalışmada bu oranın %1.51 ⁷⁵ bulunmuştur. Onur ve ark.’nın yapmış oldukları ve yine hastanemiz popülasyonunda yapılan servis biriminden danışılan 888 olgunun olduğu çalışmada 1998-99 yıllarında hasta başına konsültasyon istem oranının %1.75 olduğu 2004-05 yıllarında ise %2.59 olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada her iki zaman diliminde oranlara göre

bakıldığında en yüksek oranlar sırasıyla fizik tedavi ve rehabilitasyon, dahiliye, nöroloji, dermatoloji ve göğüs hastalıkları bölümleri olmuştur. En düşük oranların ise göz hastalıkları, kadın hastalıkları ve doğum, onkoloji servislerinden olduğu görülmüştür. ¹⁵ Devasagayam ve ark yapmış oldukları 7 yıllık izlem çalışmasında 7 yıllık süre içinde konsültasyon istemlerinin %167 arttığı ve liyezon servisinin açıldığı genellikle kronik ya da malign rahatsızlığa sahip hastaların yatışı olan 4 numaralı serviste; liyezon açılması öncesindeki dönemde %22.2 olan konsültasyon oranının sonraki dönemde %13.9 düzeylerine kadar gerilediği gösterilmiştir. ⁶¹

Çalışmamızda 2014 yılı ile 2019 yılı karşılaştırıldığında acil servis ve yoğun bakım birimlerinden istenen hasta başı konsültasyon oranlarında azalma olduğu görülmüştür. Acil servis ile ilgili yukarıda detaylı tartışılma yapılmış olup yoğun bakım açısından ise genellikle konsültasyonların nörobilişsel bozukluklar grubundan deliryum nedeniyle olduğu, bu beş yıllık aralık içinde ilgili birimlerde çalışmakta olan sağlık ekibinin deliryuma yaklaşım konusunda farkındalığının ve tedavi protokolüne vakıf olmasının artması ile danışılma oranının düşmüş olabileceği düşünülmektedir. Bir diğer sebep de hipoaktif deliryum gibi tabloların farkedilmesinin güçlüğü nedeniyle konsültasyon istemlerinde azalma olması olabilir. Yoğun bakım gibi birimlerde ilk hedef vital bulguların takibi ve hastanın mevcut kritik durumdan hızlıca stabil hale getirilmesi olduğundan, kronik gidişli komorbiditelerin önemi göz ardı ediliyor olabilir. Dahili, cerrahi ve tüm servislerden istenen konsültasyon oranlarında artış olmuştur. Yapılan pek çok izlem çalışmasında yıllar geçtikçe konsültasyon ve liyezon psikiyatrisine danışılma sıklığının arttığı, diğer tıbbi branşlardaki hekimlerin ve sağlık personelinin psikiyatrik komorbiditelere farkındalığının arttığı bilinmektedir. Bu artış trendinin devam edeceği öngörülmektedir ve literatürle uyumludur. Gastroenteroloji bölümü dışında tüm dahiliye yan dallarında konsültasyon oranlarının arttığı görülmüştür. Bu artış özellikle kök hücre nakil birimi ve onkoloji biriminde göze çarpmıştır. Hatta Onur ve ark.'nın yapmış oldukları çalışma ile uyumlu bir şekilde 2014 yılında fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümü en yüksek orana sahipken 2019 yılında onkoloji bu oranı geçmiştir. Özellikle çalışmamızda son 5 yılda gelen konsültasyonlarda artış görülen onkoloji ve kök hücre nakil birimi gibi malign ya da ağır tıbbi rahatsızlıkların olduğu ve uzun süreli takip gereken alanlar için liyezon hizmetlerinin arttırılmasının yararı olabileceği düşünülebilir. Bu artış trendinin devamı halinde tüm dahili bilimler için liyezon etkinliklerinde artış ihtiyacı olabileceği öngörülebilir. Çalışmamız literatürde görüldüğü kadarı ile servislerden hasta başı konsültasyon ve tüm konsültasyon istemlerinin toplam yatan hasta başına oranı açısından Türkiye'de şimdiye kadar

yapılmış olan çalışmalar arasında en yüksek orana sahiptir. Fakat yurt dışında yapılan çalışmalarda gözden geçirildiğinde literatürdeki çalışmaların oranları arasındadır. Çalışmamızın literatürle uyumlu olduğu görülmüştür.

Psikiyatrik komorbiditenin gerek acil servise başvuran gerekse servislerde olan hastalarda daha yüksek oranda olduğu bilinmekte ve KLP birimine konsültasyon istenen hasta sayısının yıllar geçtikçe artsa da bu oranların çok daha altında yer aldığı görülmektedir. Gerek KLP biriminin konsültasyon kısmının iş yükünün çok yükselmemesi, gerekse liyezon biriminin etkinliğinin artırılması gerekmektedir. Bu nedenle hasta bakım hizmeti veren sağlık kurumlarında psikiyatri profesyonellerinin diğer tıp alanlarında görev yapmakta olan sağlık çalışanları ile daha çok ortak eğitim düzenlemeleri gerekli olabilir.

6.5 Çalışma Örnekleminin Primer Çıkış Tanıları

Çalışma örnekleminde primer çıkış tanısı olarak toplamda 515 tanının olması nedeniyle sınıflandırma yapılmıştır. Çalışma örnekleminde 12 olgunun herhangi bir çıkış tanısı almadığı bulunmuştur. Bu sınıflandırmaya göre değerlendirme yapıldığında psikiyatrik bozukluklar %34.9, malign hastalıklar %14.1, cerrahi hastalıkları %13.4, nörolojik ve nöroşirürjik hastalıklar %8.7, kardiyolojik hastalıklar %5.7, göğüs hastalıkları %5.5, gastroenterolojik hastalıklar %5.1, diğer dahili hastalıklar %3.7, nefrolojik hastalıklar %3.1, endokrinolojik hastalıklar %2.9, hematolojik hastalıklar %1.4, romatolojik hastalıklar %1.3 oranlarında dağıldığı saptanmıştır. Gruplandırma 2014 ile 2019 yılı arasında yapılmış olup, acil servis ve diğer servislerden gelen konsültasyonlar ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Acil servisten istenen konsültasyonların 2014 yılı ile 2019 yılındaki çıkış tanıları açısından karşılaştırma yapıldığında psikiyatrik bozukluk çıkış tanısı olan olgularda sayısal olarak herhangi bir fark olmasa da diğer olguların sayısındaki değişim nedeniyle istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0.000$), malign hastalıkların 3.8, cerrahi hastalıkların 3.75 katına çıktığı ve iki yıl arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu (malign $p<0.000$, cerrahi $p=0.015$), gastroenterolojik hastalık çıkış tanısı olan 2014 yılında yokken 2019 yılında 7 olgunun olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($p=0.016$) diğer gruplarda ise anlamlı fark olmadığı saptanmıştır. Acil servis dışı servislerden istenen konsültasyonların 2014 yılı ile 2019 yılındaki çıkış tanıları açısından karşılaştırma yapıldığında psikiyatrik bozukluk 0.36, göğüs hastalıklarında 0.10 kat azalış

olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmış olup (psikiyatrik $p=0.020$, göğüs $p=0.041$) diğer gruplarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır.

Devasagayam ve ark yapmış oldukları çalışmada serebrovasküler olay, sepsis, miyokard infarktüsü, kalp yetmezliği ve postoperatif dönemdeki olguların daha çok danışıldığını göstermişlerdir.⁶¹ Aslan ve ark yapmış oldukları çalışmada sırasıyla en sık olarak dermatolojik hastalıklar %24.4, genel travma %11.7, nörolojik bozukluklar %9.8 oranlarında bulunmuştur. Çalışmamızda da psikiyatrik bozukluklar dışlandığında en sık üçüncü çıkış tanısı grubunun nörolojik ve nöroşirürjik hastalıklar olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada ayaktan konsültasyonların da değerlendirme içinde olması nedeniyle dermatolojik hastalıkların yüksek çıkmış olabileceği düşünülmektedir.⁸³ Eser ve ark yapmış oldukları çalışmada primer çıkış tanıları incelendiğinde sırasıyla en sık psikiyatrik bozukluklar %27.2, kas-iskelet sistemi hastalıkları %17.4, onkolojik hastalıklar %14.1, nörolojik hastalıklar %11.1, kardiyovasküler hastalıklar %6.3 oranlarında bulunmuştur.²² Çalışmamızda da benzer şekilde psikiyatrik bozukluklar ilk sırada yer almaktadır. Malign hastalıklar açısından benzer oran bulunmuş olup, sıralama olarak ilk 4 hastalık sıralaması farklı olsa da aynı tanı grubundan hastalıklar olduğu görülmüştür. Kılıç ve ark yapmış oldukları çalışmada primer çıkış tanıları incelendiğinde sırasıyla en sık diğer hastalıklar %35.5, kanser %14.6, gastrointestinal sistem patolojisi %13.3, serebrovasküler hastalık %10.1 oranlarında bulunmuştur.⁷⁵ Bizim çalışmamızda da malign hastalıklar ve nörolojik hastalıklar yüksek oranda bulunmuştur. Kumlu ve ark yapmış oldukları çalışmada primer çıkış tanıları incelendiğinde sırasıyla en sık diabetes mellitus %5.1, kalp yetmezliği %4, kronik obstrüktif akciğer hastalığı %3.8 oranlarında bulunmuştur.⁷² Bizim çalışmamızda ise psikiyatrik bozukluklar dışlandığında sırasıyla en sık kronik böbrek yetmezliği %3.4, pnömoni %2.4, koroner arter hastalığı %2.1 oranlarında bulunmuştur. Farklı kliniklerde farklı primer çıkış tanılarının en sık görülmesi olağan olarak değerlendirilmiştir. Tıbbi tanılar açısından değerlendirme için gruplandırmanın önemli olduğu düşünülmüştür. Yıldız ve ark yapmış oldukları çalışmada primer çıkış tanıları incelendiğinde sırasıyla en sık kronik dahili %43.1, kronik cerrahi %24.8, akut dahili %17.4 oranlarında dağıldığı bulunmuştur.¹⁰ Onur ve ark yapmış oldukları çalışmada primer çıkış tanıları incelendiğinde sırasıyla en sık maligniteler (%21-19.8), nörolojik hastalıklar (%23.6-16.7), kas-iskelet sistemi hastalıkları (%13.2-14.3), dolaşım sistemi hastalıkları (%9.5-13.1) oranlarında dağıldığı bulunmuştur.¹⁵ Çalışmamızda da psikiyatrik bozukluklar dışlandığında malign hastalıklar, cerrahi hastalıklar ve nörolojik hastalıklar sıralamada ilk üçte yer almaktadır. Literatürde pek

çok farklı primer çıkış tanısı ya da tıbbi tanı sınıflandırması yapılmış olup bu konu ile ilgili fikir birliğine varılmış bir sınıflama olmadığı görülmektedir. Bu nedenle karşılaştırma yapmak güçlük oluşturmakla birlikte çalışmamızın primer çıkış tanıları açısından gruplandırma yapıldığında çoğunlukla literatürle uyumlu olduğu görülmüştür. Acil serviste malign, gastroenterolojik ve cerrahi hastalıklarda iki sene arasında değişim olması nedeni olarak karar verme yeterliliğinin değerlendirmesi açısından bu alanlarda daha çok hastanın acilden danışıldığı görülmüştür. Bunun nedenleri arasında defansif tıbbın etkilerinin olabileceği gibi geriatrik hasta popülasyonunun artmasının bir sonucu olarak hastanın karar verme yeterliliğinin değerlendirmesi gerekliliğindeki artışında etkili olabileceği düşünülmüştür.

6.6 Çalışma Örnekleminin Konsültasyon İstenme Nedenleri

Çalışma örneklemini konsültasyon istenme nedenleri açısından değerlendirildiğinde 2014 yılı ve 2019 yılı ayrı ayrı incelenmiştir. Acil servisten gelen konsültasyonların istenme nedenleri açısından değerlendirilmesinde intihar girişimi ya da düşüncesi %44.7, önceden var olan ve halen sürmekte olan psikiyatrik bozukluk ve tedaviyi danışma %18.8, kendine ve çevreye zarar verme nedeniyle %9.2, devir alınması açısından incelenmesi nedeniyle %3.3, neden belirtmeksizin danışma %2.4, şiddet mağdurunun psikiyatrik değerlendirmesi amacıyla %2.0, psikotrop ilaç kullanımıyla ilgili sorunlar nedeniyle %1.9, madde kullanımı ve kesilmesine ilişkin sorunlar nedeniyle %1.7, tedavi sırasında psikiyatrik bozukluk ve belirtilerin çıkması nedeniyle %1.5, alkol kullanımı ve kesilmesine ilişkin sorunlar nedeniyle %1.1, somatik semptomların ayırıcı tanısı nedeniyle %1.1 oranlarında dağılım gösterdiği, diğer nedenlerin %1'in altında oranlarda olduğu bulunmuştur. Acil servis dışı servislerden gelen konsültasyonların istenme nedeni açısından değerlendirildiğinde sırasıyla en sık tedavi sırasında psikiyatrik bozukluk ve belirtilerin çıkması nedeniyle %22.4, psikiyatrik ayırıcı tanı yapılması nedeniyle %17.4, önceden var olan ve halen sürmekte olan psikiyatrik bozukluk ve tedaviyi danışma %9.7, uyku ile ilişkili sorunlar nedeniyle %9.0, hastalığa yoğun duygusal tepki gösterme nedeniyle %8.4, somatik semptomların ayırıcı tanısı ve psikotrop ilaç kullanımı ile ilgili sorunlar nedeniyle %5.1, transplantasyon öncesinde rutin değerlendirme nedeniyle %4.0, operasyon öncesinde değerlendirme nedeniyle %2.0, tedavi reddi olan hastanın değerlendirilmesi %1.9, tedavi iş birliğinde yaşanan sorunlar nedeniyle %1.7, intihar girişimi ve düşüncesi nedeniyle %1.5 oranlarında dağıldığı diğer nedenlerin %1.5 in altında oranlarda

olduğu bulunmuştur. Acil servisten gelen konsültasyon istemlerinin istem nedenleri açısından 2014 yılı ile 2019 yılının karşılaştırılmasında somatik semptomların psikiyatrik değerlendirmesi nedeniyle 6 katına, kendine veya çevreye zarar verme nedeniyle 1.52 katına, karar verme yeterliliğinin değerlendirilmesinde 12 katına, devir alınması açısından 9.3 katına çıktığı, madde kullanımı ve kesilmesine ilişkin sorunlarda 0.58 kat, intihar girişimi ya da düşüncesi nedeniyle 0.26 kat azalış olduğu ve bu değişimlerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmış olup; diğer gruplarda ise istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Acil servis dışı servislerden gelen konsültasyon istemlerinin istem nedenleri açısından 2014 yılı ile 2019 yılının karşılaştırılmasında tedavi sırasında psikiyatrik bozukluk ve belirtilerin ortaya çıkması 1.53 katına, uyku nedeniyle 1.93 katına, operasyon öncesinde değerlendirme amacıyla 2.22 katına, karar verme yeterliliğinin değerlendirilmesi 2.27 katına, ilaç tedavisi başlanması öncesinde psikiyatrik değerlendirme 4.33 katına çıktığı, somatik semptomların psikiyatrik değerlendirmesinde 0.25 kat, psikiyatrik ayırıcı tanı yapılmasında 0.18 kat, tedavi iş birliği bozukluğunda 0.53 kat, intihar girişimi ya da düşüncesi 0.39 kat, neden belirtmeksizin danışmada 0.57 kat azalış olduğu protez takılması öncesinde danışmanın ise 2014 yılında 7 adet olduğu fakat 2019 yılında hiç bu nedenle istem olmadığı ve tüm bu gruplarda istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmış olup; diğer gruplarda ise istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Devasagayam ve ark.'nın yapmış oldukları izlem çalışmasında konsültasyon istem nedenlerinde en sık 1999-2001 yıllarında intihar değerlendirilmesi ve psikotik semptom değerlendirmesi, 2003-2006 yıllarında ise depresif semptom değerlendirmesi olmuştur.⁶¹ Aslan ve ark yapmış oldukları çalışmada konsültasyon istem nedenlerinde en sık önceden var olan psikiyatrik tanı nedeniyle %24.3, depremzede hastalar %11.7, organik neden bulunamaması %11.2, nedeni belirlenemeyenler %9.3, intihar girişimi %6.9, uyku sorunu %5.3, psikotrop ilaç kullanımı %4.3, ajitasyon %4.1, transplantasyon öncesi %2.1 bulunmuştur. Araştırmanın deprem sonrası dönemi kapsamı nedeniyle depremzede hasta oranında yükseklik olduğu görülmüştür.⁸³ Holmes ve ark.'nın yapmış oldukları Avustralya merkezli bir çalışmada 20 yıllık dönemde intihar girişimi ya da düşüncesi ve psikotik nedenlerle olan konsültasyon sıklığında artış, somatizasyon nedeni konsültasyon istemlerinde ise azalış olduğu bulunmuştur.¹⁴⁷ Geulayov ve ark yapmış oldukları çalışmada en sık acil servis konsültasyon istem nedeninin intihar girişimi ya da düşüncesi olduğu bulunmuştur.¹⁵⁷ Mustafa ve ark.'nın yapmış oldukları acil servise başvurulardaki nedenlerde intihar girişimi ya da düşüncesi nedeniyle başvuranların

%75.3, psikotik semptomlar nedeniyle başvuruların %6.4, diğer nedenlerin ise %18.3 oranında olduğu bulunmuştur. İntihar girişimi ya da düşüncesi alt başlıklara ayrıldığında %75.3 oranının %33.2'si intihar düşüncesi, %31.9'unun ilaç ya da başka bir madde ile kendini zehirleme, %10.2'sinin ise diğer yöntemlerle kendine zarar verme nedeniyle olduğu bulunmuş. ⁸⁷ Saeed ve ark. hastanede yatan ve acil servisten başvurularda psikiyatri konsültasyonu istenen olgularda yapmış oldukları çalışmada en sık istem nedenlerinin agresif ve yıkıcı davranım sorunları %32.3, depresif semptom ayırıcı tanısı %19.2, önceden var olan psikiyatrik bozukluğun değerlendirilmesi %18.7, intihar girişimi ya da düşüncesi %9.5, somatik nedenlerin ayırıcı tanısı %8.1, anksiyete ayırıcı tanısı %8, madde kullanımı ile ilgili sorunlar %6.9, psikotik semptomları nedeni ile %4.9 oranlarında dağılım gösterdiği bulunmuştur. ¹⁰⁹ Köroğlu ve ark.'nın yatarak tedavi almakta olup psikiyatri konsültasyonu istenen hastalar üzerinde yapmış oldukları çalışmada istem nedenlerine bakıldığında ajitasyon %27.3, depresif bulgular %16.7, neden belirtmeksizin %16.7, intihar girişimi nedeniyle %14, uykusuzluk %11.35, önceden psikiyatrik hastalık öyküsü %5.8 oranlarında dağılım olduğu bulunmuştur. ⁷⁶ Diefenbacher ve ark.'nın yatan hastalarda yapmış oldukları çalışmada en sık istem nedenleri sırasıyla depresif bulgular, davranış problemleri ile ajitasyon, karar verme yeterliliğinin değerlendirilmesi, intihar girişimi ya da düşüncesi olarak bulunmuştur. ⁶⁸ Eser ve ark.'nın servislerde yatmakta olan ve acil servise başvuran olgularda yapmış oldukları çalışmada yatarak tedavi alan hastalardaki konsültasyon istem nedenlerine bakıldığında ajitasyon %15.4, depresif belirti ve bulgular %14.7, intihar girişimi %12.2, anksiyete belirti ve bulguları %10.6, deliryum %9.8, uyku bozukluğu %9.8, madde kullanımı ve kesimi ile ilgili %2.0 oranlarında olduğu bulunmuş. Acil servisten istenen konsültasyonların nedenlerine bakıldığında intihar girişimi %34.3, ajitasyon %17.5, psikotik belirtiler %12.4, depresif belirtiler %10.2 ve anksiyete belirtileri %5.8 oranında bulunmuş. ¹¹⁰ Kılıç ve ark. yatarak tedavi alıp psikiyatri konsültasyonu istemiş olgularda yapmış oldukları çalışmada konsültasyon isteme nedenleri incelendiğinde depresif belirtiler %24.5, neden belirtmeksizin %24.3, ajitasyon %13.4, önceden psikiyatri tanısı olan hastanın yeniden değerlendirilmesi %10.1, uykusuzluk %9.2 oranlarında bulunmuştur. ⁷⁵ Holmes ve ark.'nın acil servise başvurup psikiyatri konsültasyon istemi yapılmış olgularda yapmış oldukları çalışmada konsültasyon isteme nedenleri incelendiğinde depresyon %34.6, intihar girişimi %30.7, davranım problemleri %17.6, önceden var olan psikiyatrik bozukluk nedeniyle %17.6, psikoz nedeniyle %13.5 oranlarında olduğu bulunmuştur. ¹⁴⁷ Kumlu ve ark.'nın hastanede yatarak tedavi alıp psikiyatri konsültasyon istemi yapılmış olgularda yapmış oldukları çalışmada istem

nedenlerinden depresif duygu durum %23.5, anksiyete %8.4, uyku sorunları %7.8, ajitasyon %5.4 oranlarında bulunmuştur. ⁷² Ferrari ve ark.'nın hastanede yatarak tedavi alıp psikiyatri konsültasyonu istenmiş olgularda yapmış oldukları çalışmada istem nedenleri depresif belirtiler %23.81, psikomotor ajitasyon %8.02, anksiyete belirtileri %7.33, somatik nedenlerin ayırıcı tanısı %6.46, operasyon öncesi %6.02, psikotrop tedavinin yeniden değerlendirilmesi %4.31, alkol ve madde kullanımı ile ilgili sorunlar %3.45, deliryum %2.33 oranlarında olduğu bulunmuştur. ⁶² Saravia ve ark.'nın yatarak tedavi alan ve acilden psikiyatri konsültasyonu istenmiş olgularda yapmış oldukları çalışmada istem nedenleri psikiyatrik ayırıcı tanı yapılması %36, kendine zarar verme davranışı %23, nörobilişsel sorunlar %15.6, alkol ve madde kullanımı ile ilişkili sorunlar %8.3, akut davranım problemleri %6.1, hastalığa yoğun duygusal tepki verme %4.9 oranlarında olduğu bulunmuştur. ¹⁵² Pezzia ve ark yatarak tedavi almakta olup psikiyatri konsültasyonu istenmiş olgularda yapmış oldukları çalışmada en sık istem nedenleri madde kullanımı, duygu durum bozukluğu, intihar düşüncesinin bir arada olduğu psikiyatrik durum ile ilgili %41.7, psikotrop tedavi gözden geçirilmesi %30.6, karar verme yeterliliğinin değerlendirilmesi %5.6 oranlarında olduğu bulunmuştur. ¹⁵⁸ Onur ve ark yatarak tedavi almakta olup psikiyatri konsültasyonu istenen olgularda yapmış oldukları çalışmada her iki dönemde de en sık konsültasyon istem nedeninin eşanlı psikiyatrik bozukluklar (%41.9-43.5) ile fiziksel hastalığın psikiyatrik sonuçları (%44.5-45.4) olduğu bulunmuştur. ¹⁵

Literatür incelendiğinde konsültasyon istem nedenleri açısından pek çok farklı şekilde sınıflandırma yapıldığı görülmüştür. Aynı zamanda farklı hastanelerin organizasyon şekillerinin farklı olması nedeniyle de farklı yönde konsültasyon istemi alan KLP birimlerinin çalışmalarında yer almış olduğu görülmüştür. Birimimizin değerlendirmiş olduğu konsültasyonlara bakıldığında diğer pek çok çalışmada olduğu gibi acil servisten istemiş olan konsültasyonlarda en yüksek yüzdede intihar girişimi ve düşüncesinin olduğu gözlenmiş olup, yalnızca Birleşik Devletler'de madde kullanımının yüksek doz ve oranda olması nedeniyle oradaki bazı çalışmalarda madde kullanımına bağlı nedenlerle acil servis başvurusunun intihar girişimi ya da düşüncesinden daha çok olduğu görülmüştür. Diğer nedenlerde göz önünde bulundurulduğunda çalışmamızın istem nedeni sınıflamasının çoğu çalışma ile farklılık arz etmesi nedeniyle karşılaştırma yapmakta güçlükler olsa da çoğunlukla literatürle uyumlu sonuçların olduğu gözlenmiştir. 2019 yılında 2014 yılına göre acil servisten danışılan vakalarda daha çok kendine zarar verme davranışının olduğu buna karşın intihar girişimi nedenli istemlerin daha az olduğu görülmüştür. Bunun nedenlerinden birinin de insanların intihar

girişimlerini saklama eğiliminde olmaları olduğu öne sürülebilir. Ek olarak örneklemimizde yeniden konsülte edilen vakalarda son konsültasyonun değerlendirmeye alınması nedeniyle devir alınması açısından konsültasyon istemlerinin de artışı göz önüne alındığında bir kısım intihar girişimi vakasının rekonsültasyonda devir alınması olarak istem yapıldığı göz önünde bulundurulmalıdır. Madde kullanım miktarında bu iki dönem arasında Türkiye’de anlamlı bir düşüş olmasa da acil servisten danışılan vakalarda yüksek düzeyde ve anlamlı bir düşüş olması insanların madde kullanımlarını sakladığı ya da herhangi bir rahatsızlık durumunda acil servis başvurusundan kaçınması nedeniyle olabileceği düşünülmüştür. Servis birimleri açısından bakıldığında tedavi sırasında psikiyatrik belirti ve bulguların ortaya çıkması nedenli istemler genellikle deliryum tablosu gibi tablolar nedeniyle isteniyor olup, 2019 yılında daha çok bu nedenli istem olduğu görülmektedir. Bunun nedeni olarak özellikle dahili branşlarda psikiyatrik komorbiditelere karşı farkındalığın artması ve konsültasyon istemlerinin artması gösterilebilir. Aynı şekilde uyku sorunlarını danışma nedenli istemlerde de artış olduğu gözlenmiştir. Fakat bu konsültasyonların incelenmesinde uyku sorunu nedenli danışmalarda çoğunlukla öncesinde primer hekim tarafından hipnotik bir tedavi girişimi ya da uyku hijyeni konusunda bilgilendirme yapılmadığı görülmüş olup, bu konuda liyezon eğitimi gerekliliği olduğu düşünülmektedir. Operasyon öncesi değerlendirme, karar verme yeterliliğinin değerlendirilmesi ve ilaç tedavisi başlanması öncesinde psikiyatrik değerlendirmede yüksek oranda yükselme olduğu görülmüş olup bunun nedenlerinin daha çok defansif tıbbın yaygınlaşması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Özellikle ilaç tedavisi başlanması öncesinde psikiyatrik değerlendirmenin artışında Deri ve Zührevi Hastalıkları bölümünden kaşıntı nedeniyle olan danışmalarda mirtazapin uygunluğunun sorulduğu görülmektedir. Tedavi algoritması içerisinde yer almasına ilacın psikotrop olması nedeniyle konsültasyon yapıldığı görülmektedir. Somatik semptomların psikiyatrik açıdan değerlendirilmesi ve neden belirtmeksizin değerlendirmedeki azalışın psikiyatrik yaklaşımdaki farkındalığın artışı kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

6.7 Konsültasyon İstemi Sonucunda Konulan Psikiyatrik Ön Tanılar-Tanılar

Çalışma örnekleme hasta başına konsültasyon istemi sonucunda konulan psikiyatrik ön tanı ve tanıları açısından değerlendirildiğinde nörobilişsel bozukluklar (deliryum %88.8'i) %19.1, depresif bozukluklar %17.2, travma ve stresörle ilişkili bozukluklar (uyum bozukluğu %90.8'i) %14.8, şizofreni spektrumu ve psikoz ile ilişkili bozukluklar %8.3, bipolar ve ilişkili bozukluklar %7.4, anksiyete bozuklukları %6.4, uyku-uyanıklık bozuklukları %4.8, madde ile ilişkili bozukluklar ve bağımlılık bozuklukları %2.3, bedensel belirti bozuklukları ve ilişkili bozukluklar %1.7, kişilik bozuklukları %1.6, ilaçların yol açtığı hareket bozuklukları ve ilaçların diğer yan etkileri %1.1, yıkıcı bozukluklar, dürtü denetimi ve davranım bozuklukları %0.9, obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar %0.9, nörogelişimsel bozukluklar %0.6, dissosiyatif bozukluklar %0.3, beslenme ve yeme bozuklukları %0.1, klinik ilgi odağı olabilecek diğer durumların %0.1 oranlarında dağılım gösterdiği saptanmıştır. Örnekleme herhangi bir tanı kriterini karşılamayan eşik altı psikiyatrik belirtisi olanların %2.4 ve herhangi bir psikiyatrik belirtisi olmayan olguların %9.8 oranlarında olduğu toplamda %12.2 olduğu saptanmıştır. Örneklem acil servis ve diğer servisler olarak ayrılıp 2014 ile 2019 yılı şeklinde gruplandırılmıştır. Acil servisten konsültasyon istenmiş olan olgularda konulmuş psikiyatri ön tanı ve tanıları için iki yılın karşılaştırmasında tanı konulmamış olguların 3.0 katına, nörobilişsel bozukluk olan olguların 1.77 katına, bedensel belirti bozuklukları ve ilişkili bozuklukları olan olguların 2.38 katına, obsesif ve kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar olan olguların 3.5 katına, yıkıcı bozukluklar, dürtü denetim ve davranım bozukluğu olan olguların 3.4 katına çıktığı, temaruz düşünülen olguların ise 2014 yılında hiç olmadığı 2019 yılında ise 4 olgunun olduğu, depresif bozukluklar olan olgularda 0.26 kat, travma ve stresörle ilişkili bozuklukları olan olgularda 0.25 kat azalış olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmış olup diğer gruplarda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Acil servis dışı servislerden konsültasyon istenmiş olan olgularda konulmuş psikiyatrik ön tanı ve tanıları açısından iki yılın karşılaştırmasında uyku-uyanıklık bozuklukları olan olguların 1.84 katına, nörobilişsel bozukluğu olan olguların 1.49 katına çıktığı, depresif bozukluğu olan olgularda 0.29 kat, travma ve stresörle ilişkili bozukluğu olan olgularda 0.16 kat, anksiyete bozuklukları olan olgularda 0.12 kat, bedensel belirti bozuklukları ve ilişkili bozuklukları olan

olgularda 0.44 kat azalış olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmış olup diğer gruplarda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Larkin ve ark.'nın yapmış oldukları 1992-2002 yıllarını kapsayan Birleşik Devletler'de acil servis başvurularını inceleyen çalışmada acil servise başvuran tüm hastalara göre oranına bakıldığında madde kullanımı ile ilişkili sorunlarda %0.5'den %0.7'ye, duygu durum bozuklukları ve anksiyete bozuklukları nedeniyle başvurularda %0.4'ten %0.5'e yükseldiği, psikotik bozuklukları nedeniyle ve intihar girişimi nedeniyle olan başvurularda %0.1 düzeylerinde seyrettiği bulunmuştur. ⁶³ Costanza ve ark.'nın İsviçre'de yapmış oldukları çalışmada primer psikiyatrik tanısında depresyon ve anksiyete birlikte değerlendirilmesi yapılmış olan olguların %44.2'sinde, intihar girişiminin %11.7'sinde, psikotik alevlenmenin %11.0'ında, madde kullanım bozukluğunun %10.0'ında, davranım sorunlarının %8.4'ünde, somatik sorunların %6.7'sinde, yaşlılığa bağlı davranım sorunları %3.0'ında, mani ya da hipomani %1.9'unda, psikomotor ajitasyonun %1.7'inde, entelektüel yetersizliğin %0.3'ünde, diğer nedenlerin %1.1'inde olduğu bulunmuş. ⁶⁴ Mustafa ve ark İngiltere'de yapmış oldukları çalışmada acil servis başvurularında %49.8'inin kişilik bozuklukları, %8.5'inin psikotik bozukluk, %11.1'inin madde kullanımı bozukluğu, %3.8'inin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, %14'ünün ise diğer tanıları aldığı, %12.8'ine ise tanı konulmadığı bulunmuş. ⁸⁷

Devesagayam ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmada servislerde yatan hastalarda 1999-2001 yıllarında en sık %26 ile uyum bozukluğu bulunurken bunu %15.5 ile borderline kişilik özellikleri, %14 ile deliryum, %13 ile depresyon izlemiştir. Diğer tanı grupları %10 oranının altında kalmış olup sırasıyla madde kullanım bozukluğu, şizofreni, nörobilişsel bozukluklar, distimi, alkol kullanım bozukluğu ve anksiyete bozuklukları olduğu bulunmuş. 2003-2006 yılında ise depresyonun %32'ye çıktığı bunu şizofreninin %14 ile, uyum bozukluğunun %13 ile, deliryumun ise %12 ile takip ettiği görülmüştür. İzlem süresi içinde depresyon tanısının 2 kattan fazla artış gösterdiği ve birinci sıraya yerleştiği, şizofreni- psikotik bozukluk tanılarında da yine iki kata yakın yükselme olduğu, bipolar spektrumunda benzer şekilde 3 kata yakın artışı olduğu bulunmuş; uyum bozukluğu, borderline kişilik özellikleri, madde kullanımında ise yarı yarıya azalma olduğu bulunmuştur. Diefenbacher ve ark.'nın yapmış oldukları 10 yıllık izlem çalışmasında organik mental bozuklukların %40.1, depresif bozukluk ve uyum bozukluğunun birlikte %28.1, alkol-madde kullanım bozukluklarının %8.5, şizofreni %4.1,

bipolar bozuklukların %1.7, tanı konulmamış olanların ise %6.4 olduğu bulunmuştur. Bu dönem içinde uyum bozukluğu tanılarının yarı yarıya azaldığı, depresyon tanılarının ise ikiye katlandığı bulunmuş. ⁶⁸ Holmes ve ark.'nın 20 yıllık süreyi kapsayan bir dönemi inceleyen Avustralya'da yaptıkları bir çalışmada deliryum ve depresyon tanılarının daha az sıklıkta konulduğu, yeme bozukluğu tanılarının ise sıklığının arttığı bulunmuş. Depresif bozukluğun bu dönem içinde %19.3'ten %14.8'e, demansın %6.5'ten %4.1'e, deliryumun %11.7'den %8.9'a düştüğü; yeme bozukluğunun %1.0'dan %2.9'a, psikotik bozuklukların %13.0'dan %15.5'e ve tanısı olmayanların %12.5'ten %17.5'e yükseldiği bulunmuştur. ¹⁴⁷ Saeed ve ark yapmış oldukları çalışmada konsültasyon istemi sonrası konulmuş olan tanıların sırasıyla %31.8 ile deliryum, %28 ile duygu durum ve anksiyete bozuklukları, %4.2 ile madde kullanım bozukluğu, %4.2 ile şizofreni ve psikotik bozuklukları, %1.6 ile konversiyon bozukluğu olduğu bulunmuştur. ⁶¹ Aslan ve ark yapmış oldukları çalışmada sağlıklı olarak değerlendirilen %14.1, uyum bozukluğu %6.7, intihar girişiminin %4.2, kesinleşmemiş tanı %3.8, eksik bilgi %3.3, eşikaltı psikiyatrik belirtiler %9.2, tanı konulmamış %2.6 oranında olduğu bulunmuş. ¹⁰⁹ Travma ve stresörle ilişkili bozukluklar %23.4, depresif bozukluklar %16.3, bedensel belirti bozuklukları ve ilişkili bozukluklar %14.0, deliryum %2.9, anksiyete bozuklukları %2.7, alkol kullanım bozukluğu %2.1, bipolar bozukluk %1.0, madde kullanım bozukluğu %0.7, demans %0.9 oranlarında bulunmuştur. ⁸³ Köroğlu ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmada depresif bozukluk %31.85, organik mental bozukluk %18.27, anksiyete bozukluğu %14.81, uyum bozukluğu %14.56, psikotik bozukluk %4.44, tanı konulmayan %3.95, somatoform bozukluk %3.7, alkol-madde kullanım bozukluğu %2.96, kişilik bozukluğu %1.72 oranlarında bulunmuş. ⁷⁶ Canan ve ark yapmış oldukları çalışmada depresyon %19.7, yaygın anksiyete bozukluğu %16.6, deliryum %10.6, somatoform bozukluk %7.6, uyum bozukluğu %6, panik bozukluk %4.5, psikiyatrik bozukluğu olmayan %24.2 oranında bulunmuştur. ⁶ Eser ve ark.'nın hem acil servis hem de diğer servislerden konsültasyonları incelediği çalışmada; diğer servislerde konulan tanılara bakıldığında herhangi bir bozukluk tespit edilmeyen %19.1, depresif bozukluklar %19.5, deliryum %18.2, şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar %7.4, anksiyete bozuklukları %6.1, travma ve stresörle ilişkili bozukluklar %5.9, tanı konulması sonrasına ertelenmiş %4.8, bipolar bozukluklar %4.5, alkol ve madde kullanım bozuklukları %4.3 oranlarında bulunmuş, diğer nedenlerin %3 altında olduğu bulunmuştur. ¹¹⁰ Kılıç ve ark serviste yatan hastalarda yapmış oldukları çalışmada psikiyatrik bozukluğu olmayan %23.7, uyum bozukluğu %19.0, deliryum %18.1, depresyon %17.4, anksiyete bozuklukları %7.0, alkol-

madde kullanım bozukluğu %3.9, psikotik bozukluklar %3.0, uyku bozuklukları %2.6, bipolar bozukluk %2.1 oranlarında bulunmuştur.⁷⁵ Uyar ve ark.'nın yapmış oldukları servis hastalarını kapsayan çalışmada depresyon %28.7, anksiyete bozuklukları %26.6, uyum bozukluğu %19.3, bipolar bozukluk %4.9, organik mental bozukluk %4.9, psikotik bozukluk %2.5, tanı konulmayan %9.8, diğer %3.2 oranında bulunmuştur.⁸⁴ Quante ve ark Almanya'da malignite tanısı olan hastalarda farklı kanser alt tipleri için psikiyatrik bozukluk sıklığına bakılan çalışma da istenmiş olan tüm konsültasyonların %14.1'inin malignite tanısı olan hastalardan istendiği; bu hasta grubu içinde psikiyatrik bozukluk dağılımına bakıldığında depresyonun %32.3 ile %22.2 arasında, deliryumun % 35.7 ile 17.7 arasında, madde kullanım bozukluğunun ise yüz ve boyun kanserlerinde %50 oranında olduğu bulunmuştur.¹⁵⁹ Onur ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada erken dönem ve geç dönemde psikiyatrik bozuklukların dağılımına bakıldığında; depresif bozuklukların %19.8'den %28.7'ye, genel tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluklarının %0.3'ten %6.1'e, uyku bozukluklarının %2'den %6.7'ye, somatoform bozuklukların %6.3'ten %7.4'e yükseldiği, anksiyete bozukluklarının %13.8'den %11.1'e, deliryumun %9.2'den %8.7'ye, demansın %3.4'ten %1.5'e, genel tıbbi duruma bağlı duygudurum bozukluklarının %4.9'dan %3.5'e, psikotik bozuklukların %4'ten %1.9'a, madde kullanım bozukluklarının %1.7'den %1.5'e, uyum bozukluklarının %34.5'ten %23'e düştüğü bulunmuştur.¹⁵

Çalışmamızda tanı konulmamış olan grubun %12.2 oranında olduğu, 2014 yılında bu oranın %10.7 2019 yılında ise %13.6 oranında olduğu saptanmıştır. Acil servisten istenen konsültasyonlarda iki yıl arasında anlamlı bir fark olduğu, serviste ise artış olmasına rağmen anlamlı bir farklılık olmadığı gösterilmiş. Gerek yurtdışı gerekse yurtiçinde yapılan diğer çalışmalarda da bu oranın yükselme trendinde olduğu görülmüştür. Sertöz ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmada psikiyatrik hastalıkların doğru tanınma oranları ve iki hekim arasındaki tanı uyumuna bakılmış olup, bu oranların depresif bozukluklarda %57, kognitif bozukluklarda %52.3, alkol-madde kullanım bozukluğunda %79.2, anksiyete bozukluğu %26.5, somatoform bozukluklar %41.2 oranlarında bulunmuştur.⁴⁷ Bu çalışmalarda, liyezon etkinlikleri ve diğer tıbbi alanlarda çalışan sağlık personelinin farkındalığının artışından bahsedilsede, psikiyatrik bozuklukların doğru tanınması konusunda daha kat etmemiz gereken çok yol olduğunu gösterdiği düşünülmüştür. Nörobilişsel bozukluklar açısından bakıldığında hem acil serviste hem de diğer servislerde 2019 yılında daha çok tanı konulduğu, bu grupta da sıklıkla deliryum tanısının konulduğu saptanmıştır. Bu yönden incelendiğinde diğer izlem çalışmaları ile

karşılaştırıldığında çalışmamızda trendin aksine nörobilişsel bozukluk tanısının daha yüksek oranda konulmaya başlandığı görülmüştür. Alt gruplara bakıldığında deliryum ve demans tanılarının daha sıklıkla konulduğu, deliryum tremens içinse benzer olgu sayıları olduğu saptanmıştır. Yalnızca yoğun bakım birimlerinden gelen konsültasyonlarda deliryum olgu sayısının azaldığı saptanmıştır. Deliryuma müdahale konusunda diğer sağlık personelinin daha çekingen olması, ilk müdahale basamaklarının gerçekleştirilmeden psikiyatriye konsültasyon istemi olması bunun nedenleri arasında olabilir. Deliryumun tanınması konusunda bir sorun olmadığı saptanmış olup, daha çok tedavi önerileri konusunda destek istendiği görülmüştür. Genel hastane popülasyonunda deliryumun %20-24 oranlarında görülmesi^{160 161 162 163}, palyatif bakım hastalarında ise bu oranında %80-90 düzeylerine ulaştığı bilinmektedir.^{164 165 166 167} Bu nedenlerle deliryumun daha sık farkedilip, isteminin daha çok yapılmış olabileceği düşünülmektedir. Bir diğer neden olarak da her geçen sene hastaneye yatışı olan popülasyonun yaş ortalamasının daha da arttığı ve yaşla birlikte deliryum sıklığının arttığı bilindiğinden bir diğer nedeninde bu olabileceği düşünülmüştür. Depresif bozukluklar ve uyum bozukluğu dağılımında ve zaman içindeki değişiminde farklı çalışmalarda farklı sonuçlar çıkmıştır. Çalışmamızda servislerdeki depresif bozukluk tanı sıklığının azalmasında geriatri, fizik tedavi ve rehabilitasyon, onkoloji gibi bazı bölümlerin depresyona ilk müdahaleyi gerçekleştirmesi sonrasında ek bir sorun olması halinde konsültasyon istemesi nedeni olabileceği düşünülmüştür. Uyku-uyanıklık bozukluklarındaki değişimin, Onur ve ark.'nın yapmış oldukları çalışma ile benzer olduğu gözlenmiştir. Literatürle benzer şekilde anksiyete bozukluğu, uyum bozukluğu, depresif bozukluklar ve bedensel belirti bozukluklarında azalış olduğu saptanmıştır.

Acil servisten olan başvurularda konversiyon bozukluğu, dürtü denetim bozuklukları ile yıkıcı davranım bozuklukları ve obsesif kompulsif bozukluk tanı gruplarında artış olduğu saptanmıştır. Acil servise bu nedenle gelmiş olan hastaları önceki dönemde polikliniğe yönlendirme eğiliminde olunduğu, günümüzde ise daha çok konsültasyon istemi olduğu düşünülmüştür. Depresif bozukluk ve uyum bozukluğu tanılarının daha az sıklıkta konulduğu saptanmıştır. Aynı dönem aralığında acil servisten intihar girişimi nedeni istemlerde azalma olduğu saptanmış olup ilgili tanı grupları ile benzer bir azalma olduğu gözlenmiştir.

Çalışmamızın mevcut bilgiler ışığında çoğunlukla literatürle uyumlu gözlenmiştir. Nörobilişsel bozukluklar tanı grubunda ise literatüre göre daha yüksek oranlarda olduğu saptanmıştır.

6.8 Konsültasyonun Değerlendirilmesi Sonucunda Önerilen Tedaviler ve Yönlendirmeler

Çalışma örneklemini konsültasyon değerlendirmesi sonucunda önerilen tedaviler açısından değerlendirildiğinde en sık ek öneri olmayan grubun %29.9, yalnız antipsikotik önerilenlerin %25.8, yalnız antidepresan önerilenlerin %13.4 oranlarında olduğu; 2014 yılında ek öneri olmayan %32.3, antipsikotik %20.9, antidepresan %17.6 oranlarındayken 2019 yılında antipsikotik %30.2, ek öneri olmayan %27.7, antidepresan %9.5 oranlarında olduğu saptanmıştır. Acil serviste önerilen tedavilerde iki yılın karşılaştırılmasında yalnızca antipsikotik önerilenlerin 1.46 katına, yalnızca benzodiazepin önerilenlerin 1.64 katına, antipsikotik ve benzodiazepin kombine tedavi önerilenlerin 1.64 katına çıktığı, tedavi önerisi olmayanların 0.15 kat, terapi önerisi yapılmış olan tüm olgularda 0.91 kat, yalnızca antidepresan önerilenlerde 0.63 kat, antidepresan ve benzodiazepin kombine tedavisi önerilenlerde 0.53 kat azalış olduğu, aynı anda antidepresan+benzodiazepin kombine tedavisi yanında terapi önerisi yapılan olguların ise 2014 yılında 13 olgunun olduğu, 2019 yılında ise hiç olmadığı ve bu değişimlerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Acil servis dışı servislerde önerilen tedavilerde iki yılın karşılaştırılmasında yalnız psikoterapi önerilenlerin 2.26 katına, antidepresan ve antipsikotik kombine tedavisi önerilenlerin 1.70 katına, yalnızca antipsikotik önerilenlerin 1.63 katına, hipnotik önerilenlerin 2.75 katına, psikotrop kesilmesi önerilenlerin 1.79 katına çıktığı, 2014 yılında psikiyatrik endikasyon dışı psikotrop önerilen hiç olgu yokken 2019 yılında 24 olgunun olduğu, antidepresan+benzodiazepin kombine tedavi yanında terapi önerisi yapılan olguların sayısının ise 2014 yılında 16 olduğu, 2019 yılında ise hiç olmadığı, yalnızca antidepresan önerilenlerde 0.37 kat, antidepresan+benzodiazepin kombine tedavi önerilenlerde 0.78 kat, yalnızca benzodiazepin önerilenlerde 0.48 kat azalış olduğu ve bu değişimlerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.

Çalışma örneklemini konsültasyon değerlendirmesi sonucunda önerilen yönlendirmeler açısından değerlendirildiğinde olguların %62.0'ına ayaktan poliklinik takibi, %4.4'üne ek tetkik ya da başka bir bölüme danışma sonrasında rekonsültasyon, %4.3'üne servis yatışı, %2.2'sine sevk önerilmiş olup %26'sının takibine gerek olmadığı belirtilmiş. %1.1'inin ise tedavi terk olması nedeniyle yönlendirme yapılamadığı saptanmıştır. İki yılın

karşılaştırılmasında psikiyatri poliklinik yönlendirmesinin %63.4'ten %60.7'ye, servis yatışı yönlendirmesinin %6.3'ten %2.4'e, ek tetkik ya da başka bir bölüme danışma sonrasında rekonsültasyonun %7.7'den %4.9'a, sevk yönlendirmesinin %3.6'dan %1.0'a, tedavi terkin %1.6'dan %0.7'ye düştüğü; ek yönlendirme önerisi olmayan olguların ise %21.2'den %30.5'e yükseldiği saptanmıştır. Acil servisten gelen konsültasyon istemlerinde yapılan yönlendirmelerde iki yılın karşılaştırılmasında psikiyatri poliklinik yönlendirmesinin 1.22 katına, yönlendirme olmayan olguların 2.11 katına, ek tetkik ya da bölüm görüşü istenen olguların 2.82 katına çıktığı, servis yatışına yönlendirmelerin 0.62 kat, başka bir merkeze sevk yönlendirmesinin ise 0.71 kat azaldığı ve anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Acil servis dışı servislerden gelen konsültasyon istemlerinde yapılan yönlendirmelerde iki yılın karşılaştırılmasında psikiyatri poliklinik yönlendirmesinin 0.18 kat azaldığı, yönlendirme olmayan olguların 1.55 kat arttığı ve anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır.

Çalışma örnekleminde konsültasyon istemi sonucunda tavsiye edilen ilaç tedavileri sınıflandırıldığında antipsikotik %44.57, antidepresan %32.27, benzodiazepin %16.90, duygudurum dengeleyici %2.25, hipnotik %1.56, vitamin replasmanı %0.96, yan etkiye yönelik ilaç %0.92, anksiyete önleyici diğer ilaçlar ve demansa yönelik ilaç %0.18, pramipeksol ve pregabalin %0.04 ve stimülan %0.03 oranlarında dağılım gösterdiği saptanmıştır. Sırasıyla en sık haloperidol, ketiapin, essitalopram, lorazepam, mirtazapin tedavilerinin önerildiği saptanmıştır.

Mustafa ve arkadaşlarının acil servisteki hastaları değerlendirdiği çalışmada başvuruların %74.5'inin taburcu edildiği, %9.8'inin yatışının yapıldığı, %5.5'inin sevk edildiği, %10.2'sinin ise evde yakın takiple tedaviye yönlendirildiği bulunmuştur.⁸⁷ Saeed ve ark. yapmış oldukları çalışmada olguların %59.6'sının izlemine gerek olmadığı, %30.9'unun ayaktan psikiyatri takibine yönlendirildiği, %5.3'ünün tedavi önerisini reddettiği, %1.8'inin ise yatış ya da sevk olduğu bulunmuş. Örneklemin %75'ine psikotrop reçetelemesi yapıldığı geri kalanında ise gerek görülmediği bulunmuş.¹⁰⁹ Köroğlu ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmada hastaların %65.4'üne antidepresan, %10.8'ine antipsikotik, %6.7'sine benzodiazepin önerilmiş olup %17.1'ine ilaçsız takip önerildiği bulunmuş.⁷⁶ Diefenbacher ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmada %73.7 hasta eğitime yönelik psikoterapi, %22.1 davranışsal önerilerde bulunulmuştur. Çalışmanın geçmiş dönemde olması nedeniyle o dönemki izlemde trisiklik antidepresanlardan serotonin geri alım inhibitörlerine geçiş olduğu gözlenmiş. Yönlendirme açısından bakıldığında ayaktan psikiyatri takibine yönlendirmenin %1.5'ten %10.5'e, servise

yatış için yönlendirmenin ise %2.2'den %14.5'e yükseldiği bulunmuş. ⁶⁸ Çalışmamızda yer almamakla beraber rutin olarak KLP biriminde konsültasyonlarda hastalara mevcut rahatsızlığı ve gerekli ise tedavi izlem konusunda bilgilendirme yapılmakta, davranışsal önerilerde bulunmaktadır. Kılıç ve ark yapmış oldukları çalışmada %35.2'sine antidepresan, %22.6'sına antipsikotik, %9'una benzodiazepin, %1.2'sine duygudurum dengeleyici önerilmiş olup, %32'sinde psikotrop kullanım ihtiyacı olmadığı görülmüştür. ⁷⁵ Kumlu ve ark.'nın serviste yatmakta olan hastalarda yapmış oldukları çalışmada olguların %26.1'ine psikotrop önerisi olmadığı, %38'ine antidepresan, %16'sına antipsikotik önerildiği bulunmuş. En sık %13.7 ile essitalopram önerildiği, onu %13.3 ile sertralinin, %8.6 ile haloperidolün, %4.9 ile lorazepamın %4.2 ile ketiapinin ve %2.5 ile trazodonun takip ettiği, %26.7'sinin ise diğer medikasyonlar olduğu bulunmuştur. ⁷² Uyar ve ark serviste yatmakta olan hastalarda yapmış oldukları çalışmada olguların %77.5'ine antidepresan, %12.3'üne diğer grup psikotropolar, %10.2'sine ise tedavisiz takip önerildiği bulunmuş. ⁸⁴ Saravia ve ark yapmış oldukları çalışmada olguların yalnızca %47'sine ileri tedavi önerildiği, bu olguların %3.0'ına ise yatış önerildiği bulunmuş. ¹⁵² Onur ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmada her iki dönemde de (%66.3-%75.5) en sık antidepresan tedavi önerildiği, farmakoterapi ve psikoterapi kombinasyon önerisinin %2.9'dan %4.6'ya yükseldiği, yalnız psikoterapi önerisinin erken dönemde yokken geç dönemde %2.2 olduğu, antipsikotik önerisinin %17.8'den %13.3'e, benzodiazepin önerisinin %14.6'dan %8.7'ye düştüğü bulunmuştur. Olgularda kombine tedavi tercihinin geç dönemde daha az olduğu, parenteral yolla uygulamanın da azaldığı gösterilmiş. Geç dönemde atipik antipsikotik, serotonin geri alım inhibitörleri ve diğer antidepresanlar (mirtazapin, venlafaksin, milnasipran) kullanımında artış, trisiklik antidepresanların ve tipik antipsikotiklerin kullanımında azalma olduğu saptanmıştır. ¹⁵

Çalışmamızda herhangi bir öneri verilmeyen olgu sayısının en yüksek olduğu bulunmuş olup, acil serviste geç dönemde bu oranın azaldığı ve anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Sonuçlar literatürle benzerlik göstermektedir. Acil servisteki azalışın nedeninin intihar girişimi ile gelen olgulardaki oranın azalması ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Çoğunlukla intihar girişimi ile gelen hastalarda öncelikle tıbbi durumun düzelmesi beklendiğinden psikotrop önerisi daha az sıklıkla yapıldığından, geç dönemde bu olgulardaki azalmanın tedavi önerisindeki azalmaya yol açmış olabileceği düşünülmüştür. Acil servis dışı servislerdeki önerilerde psikotrop kesilmesi operasyon öncesi değerlendirme ile benzer şekilde, hipnotik önerisi uyku-uyanıklık tanısı konulmuş olan olguların yükselişi ile benzer düzeyde artmıştır.

Özellikle dermatoloji bölümünün pruritusu mevcut olan hastalarda mirtazapin uygunluğu nedeni ile yaptığı konsültasyonlardan kaynaklı olarak psikiyatrik endikasyon dışı psikotrop kullanım önerisi 2019 yılında mevcut olup, 2014 yılında böyle bir istemin olmaması nedeniyle bu tedavi önerisi bulunmamaktadır. Ek olarak onkoloji bölümü dirençli bulantı-kusma nedenli olanzapin kullanımı için 2019 yılında bir olguyu danışmıştır. Benzodiazepin önerileri, Onur ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmaya benzer şekilde azalmaya devam etmektedir. Psikoterapi yönlendirmesinin artması hastalarda medikasyon dışı tedavi önerilerine de eğilimin arttığını göstermektedir. Bununla beraber antidepresan tedavi önerisinde literatürle uyumsuz olarak ciddi oranda bir düşüş olduğu görülmüş olup, antipsikotik tedavi önerilerinde ise artış olduğu gözlenmiştir. Nörobilişsel bozukluk tanısı alan vakaların artması ve depresyon ile uyum bozukluğu tanısı alan vakalarda azalma olmasına rağmen bu değişimlerden daha yüksek oranda psikotrop tedavi değişimi seçiminde değişim olduğu saptanmıştır. Geç dönemde erken döneme göre KLP birimi konsültan hekimlerinin belki de gereğinden daha yüksek düzeyde antidepresan ve benzodiazepin tedavilerinden uzaklaştığı, uzun süreli psikotrop tedavileri için poliklinik ayaktan takibine yönlendirdiği düşünülebilir. Öncesinde de bahsedildiği gibi yatmakta olan hastalarda ne kadar erken sürede tedavi başlanırsa o kadar etkin olduğu farklı çalışmalarda gösterilmiştir. Bunun aksine çalışmamızda sürdürüm tedavisi için ayaktan poliklinik başvurusu yapılması geç dönemde daha çok önerilmiştir. Acil servis açısından değerlendirme yapıldığında ise geç dönemde erken döneme göre daha yüksek oranda antipsikotik ve benzodiazepin önerisinde bulunulduğu, antidepresan ve psikoterapi önerilerinin ise daha az sıklıkta olduğu görülmüştür. Her iki dönem incelendiğinde erken dönemde acil serviste sürdürüm tedavisinin daha sıklıkla planlandığı, geç dönemde ise akut psikiyatrik acil duruma müdahale edilip sürdürüm tedavisi için polikliniğe yönlendirme yapıldığı görülmüştür. Söz konusu değişimin bu nedenle olduğu düşünülmektedir.

Yönlendirmeler açısından bakıldığında acil servisten konsültasyon istemi olmuş vakalarda erken döneme göre geç dönemde yatış önerisi ve sevk yönlendirmesinin ciddi oranda azaldığı görülmektedir. Bu bulgu literatürle uyuşmamaktadır. Bunun nedenleri olarak acil servisteki değerlendirmeye ek olarak hastaların yakın zamanlı poliklinik değerlendirmesi yapılarak yatış kararının verilmek istenmesi, kapalı psikiyatri servisine sahip olmamamız nedeniyle homisidalite, suisidalite ve yoğun ajitasyonu olan hastaların yatışını yapamamamız, son dönemde sevk olanağının bölgemiz yataklı psikiyatri servislerinin yetersizliği nedeniyle azalmış olması gösterilebilir. Ek olarak değerlendirme yapan konsültan hekimin gerek acil

servis ile olan iletişim gerekse yoğun yatış sıraları nedeniyle yatışa yönlendirmeden çekinmiş olabileceği de ihtimaller dahilindedir. Servisten istenen konsültasyonlarda ise ayaktan psikiyatri poliklinik yönlendirmesinin azaldığı ve herhangi bir takibe ihtiyacı olmayan vakaların arttığı görülmüştür. Bu değişime erken döneme göre geç dönemde daha çok nörobilişsel bozukluk özellikle deliryum tanısı konulması ve bu olguların uzun süreli takibine nadiren ihtiyaç olması ile ve tanı konulmamış olan olguların artışının etkisi olduğu düşünülmüştür.

Çalışmamızda literatürün aksine daha çok antipsikotik ilaç önerisi olduğu, ardından antidepresan ilaçların geldiği görülmüştür. Bunun nedenleri arasında geç dönemde nörobilişsel bozuklukların artış göstermesi, antidepresan tedavisi gibi sürdürüm tedavilerinin KLP birimi takibi sırasında değil ayaktan poliklinik başvuru sırasında başlanması düşüncesi, konsültasyon istenmiş hastalarda antidepresan tedavi gerektirecek düzeyde psikopatoloji olmadığının düşünülmesi olabilir. Bunun yanı sıra 78 farklı tipte preparat önerisinin olduğu, tedavi önerilerinin çeşitliliğinin yüksek olduğu gözlenmiştir.

6.9 Örneklemin Konsültasyon Değerlendirmesi Yapıldığı Zamanda Gerçekleştirmiş Olduğu İntihar Girişimi Değerlendirmesi

Çalışma örneklemini konsültasyon değerlendirmesine konu olan gerçekleştirilmiş olan yakın zamanlı intihar girişimleri açısından değerlendirildiğinde beklenildiği gibi olgularının çoğunluğunun acil servisten konsültasyon istemi olduğu, servisten gelen konsültasyonlarda ise acil servisten tıbbi takip amaçlı yatırılmış olup, KLP birimi takibine girmiş olan olgular olduğu saptanmıştır. Acil servisten 887, servislerden ise 50 olgunun intihar girişimi ya da düşüncesi nedeni isteminin yapıldığı; 568 olgunun ise suicidal girişimi olduğu saptanmıştır. İntihar metodları açısından incelendiğinde bu olgularda ilaç alımı ile %77.6, kesici delici alet ile %8.1, zehirli madde alımı ile %4.0, yüksekten atlama ile %3.5, ası ile %1.6, birden çok yöntemle %1.4, ateşli silah ile %0.9, diğer nedenler ile %2.1 oranında girişimleri olduğu saptanmıştır. 2014 yılında acil servisten konsültasyon istemlerinin %35’inde intihar girişimi olduğu, 2014 yılında ise bu oranın %19’a düştüğü saptanmıştır. İlaç ile suisid girişimi olan olguların 0.44 kat, diğer yöntemler (ası ile, ateşli silahla kendine zarar verme, madde alımı ile, fiziksel güç ile, hareket eden taşıtın önüne atlama ile, birden çok yöntemle, poşet ile, suya atlama) olarak birleştirilen yöntemlerin 0.64 kat azaldığı ve anlamlı farklılık olduğu bulunmuş olup; zehirli

madde alımı, yüksekten atlama ve delici-kesici alet ile girişim nedenlerinde iki yıl arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır. Acil servis dışı servislerden konsültasyon istemi olan olgularda ise intihar metodları açısından anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır.

İntihar ciddi bir halk sağlığı problemi olmaya devam etmektedir. İntihar girişimi ölüm niyetinin olduğu kendine yönelik gerçekleştirilen kendine zarar verici fakat sonucunda ölüm olmayan eylemler olarak tanımlanmaktadır.¹⁶⁸ Dünya genelinde yılda yaklaşık bir milyon insan intihar ile hayatını kaybetmektedir. Yıllık intihar prevalansı 14.5/100,000 olduğu bulunmuştur.¹⁶⁹ İntihar öncesinde istek, düşünce, yoğun düşünce ve girişim aşamaları olduğu bilinmektedir. İntihar girişimi tamamlanmış intihar öncesindeki son aşama olarak gösterilmektedir.¹⁷¹ İntihar girişiminde kullanılan metodlarla hormonların ilişkili olduğuna dair teoriler mevcuttur.¹⁷³ Geçmiş dönemde intihar girişimi olması tamamlanmış intihar için en önemli yordayıcı olarak gösterilmektedir.¹⁷⁵ Son dönemde yapılan bir çalışmada tamamlanmış intihar olan olgular incelenmiş ve son bir yıldaki psikiyatrik başvurunun en önemli yordayıcı faktörlerden biri olduğu bulunmuştur, bu başvurularda ise en önemli başvuru türlerinin psikiyatri servisine yatış ve acil servise psikiyatrik nedenle başvuru oldukları bulunmuştur.¹⁷⁹

Bu nedenle acil serviste intihar girişimi nedenli olguların detaylı değerlendirilmesi ve uygun tedavi yönlendirmesinin yapılması ciddi bir öneme sahiptir. 1888 olgunun incelendiği İtalya merkezli bir çalışmada olguların %69.3'ünün ilaç ile, %17.1'inin delici-kesici alet ile, %13.6'sının ise diğer yöntemlerle olduğu bulunmuş. Olguların %34.6'sının psikiyatri servisine yatırıldığı, %42.1'inin ise taburcu edildiği bulunmuş.⁷⁰ Doğanay ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmada da en sık görülen metodun ilaç ile olduğu ikinci sırada ise delici-kesici alet ile girişim olduğu gösterilmiştir. Bunu yüksekten atlama, ateşli silah ile girişim ve ası ile girişim takip etmiştir.¹⁸⁰ Lin ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmada çalışma popülasyonunun %57.5'inin ilaç ya da başka bir madde yardımıyla zehirlenme ile, %25'inin kesici-delici alet ile, %11.8'inin ise kendini yakma, boğma, ası gibi daha ciddi nedenlerle girişim yaptığı bulunmuştur.¹⁸¹ Wang ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmada ilaç alımı ya da başka bir yol ile kendini zehirleme yoluyla intihar girişimi olanların 2015 yılında 2006 yılına göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Diğer metodlarla olan girişimlerde ise benzer düzeyde seyretme ve yükselme olduğu bulunmuştur.¹⁸² Çalışmamızda da ilaç ile suisid girişimi olanlarda iki yıl arasında anlamlı fark olduğu ve düşüş olduğu gözlenmiştir. Diğer bölümündeki olgu sayısının görece düşük olması

nedeniyle anlamlı fark olsa da etki boyutunun düşük olduğu görülmüştür. Çalışmamızın sonuçları literatürle uyumludur.

6.10 Örneklemenin Konsültasyon Değerlendirmesi Yapıldığı Zamanda Gerçekleştirmiş Olduğu Kendine Zarar Verme Metodlarının Değerlendirmesi

Çalışma örneklemini konsültasyon değerlendirmesine konu olan gerçekleştirilmiş olan yakın zamanlı kendine zarar verme girişimleri açısından değerlendirildiğinde beklenildiği gibi olgularının çoğunluğunun acilden konsültasyon istemi olduğu (acil olgu sayısı:169, servis olgu sayısı:2) saptanmıştır. Acil servisten bu nedenle konsültasyon istenmiş olan olguların 15'inde kendine zarar verme tespit edilmemiş olup, diğer servislerden danışılan 16 olgunun 14'ünde kendine zarar verme tespit edilmemiştir. İki yıl aralığında acil servis ve acil servis dışı servisler kendine zarar verme metodları açısından karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Metod açısından bakıldığında sırasıyla %62.0'ında delici-kesici alet ile, %33.3'ünde fiziksel güç ile, %1.8'inde ilaç alımı ile, %1.2'sinde sigara söndürme ile, diğerlerinde daha ağır nedenlerle kendine zarar verme olduğu saptanmıştır.

Delici-kesici alet ile kendine zarar vermenin tamamlanmış intihar riskini arttırdığı bilinmektedir.^{183 184} Toplamda 158 çalışmayı derleyen bir meta-analiz incelendiğinde kendine zarar verme metodlarının %45 delici-kesici alet ile, %33 yara iyileşmesini engelleme, %31 kafasını bir yere vurma, %29 kendini ısırma, %28 çizme ile, %27 sert zemine vurma , %20 kendini ilaç ya da zehirli madde ile zehirleme , %10 herhangi bir şekilde vücudunda yanık oluşturma oranlarında olduğu saptanmıştır.¹⁸⁵ Çalışmamızda acil servise gelmiş olan kendine zarar verme olguları incelendiğinde en sık delici-kesici alet ve fiziksel güç ile kendine zarar vermeyi görmüş olmamızın olağan olduğu düşünülmüştür. Çalışmanın literatür ile uyumlu olduğu görülmüştür.

6.11 İki Ayrı Yılda Deliryum Tanısı Alan ve Almayan Olguların Yaşlarının Değerlendirilmesi

Çalışma örnekleminde deliryum tanısı almış olan olgular ile diğer konsülte edilmiş olan olguların yaş ortalamaları her iki yıl içinde de ayrı ayrı alınmış olup, her yıl kendi içinde

karşılaştırılmıştır. Her iki yılda da deliryum tanısı almış olan olguların yaş ortalamasının daha yüksek olduğu ve anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır.

Hastane popülasyonunda deliryum prevalansının %20-%24 arasında değiştiği tahmin edilmektedir.^{160 161 162 163} Palyatif bakım hastalarında, terminal dönem hastalarda ve ölüme yakın dönemde bu oranın %90'a kadar çıktığı bilinmektedir.^{165 166 164 167} Deliryumun yaşamın son döneminde özellikle son 24-48 saatte sıklıkla görüldüğü bulunmuştur.¹⁸⁶ Knoepfel ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmada ise terminal deliryum oranının %91.3 olduğu bulunmuştur.¹⁸⁷ Abdelrehman ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmada deliryum geliştirmiş olan olguların diğer olgulara göre iki kat daha yaşlı olduğu bulunmuştur.¹⁸⁸ Deliryumun hastalığın prognozu kötüleştikçe ortaya çıkma olasılığının arttığı ve yaşlı popülasyonda daha sık görüldüğü saptanmıştır.¹⁸⁹ Bu bilgiler ışığında sonuçlarımızın literatürle uyumlu olduğu görülmüştür.

7. SONUCLAR VE ÖNERİLER

7.1 Sonuçlar

Bu çalışmada 2014 yılı ile 2019 yılında acil ve diğer servislerin konsültasyon liyezon biriminden istemiş olduğu konsültasyonların değerlendirilmesi ve karşılaştırılması yapılmıştır. Sosyodemografik bilgilere bakıldığında iki grup arasında yaşlar arasında anlamlı fark saptanmış olsa da etki boyutu düşük bulunmuştur. Tüm örnekleme cinsiyet dağılımı, acil servisten gelen konsültasyonlarda olguların medeni durumlarında iki yıl arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmamıştır. Acil servisten gelen konsültasyonlarda okur yazar olmayan, askerlik görevini yapmakta olan, emekli olan, yurtda veya yurda benzer kurumlarda yaşamakta olan olguların geç dönemde arttığı; lise mezunu olan, ev kadını olan, devlet memuru olan, hiç çalışmamış olan, ebeveynleri ile yaşamakta olan olguların geç dönemde azaldığı ve anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Acil servis dışı servislerde evli olan, emekli olan, huzurevi-bakımevinde kalmakta olan, çocukları ile yaşamakta olan, kardeşi ile yaşamakta olan olguların oranının geç dönemde arttığı; boşanmış olan, orta okul mezunu olan, askerlik görevini yapmakta olan, işçi olan, devlet memuru olan olguların oranının geç dönemde azaldığı ve anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır.

Geçmiş psikiyatrik izlem incelendiğinde acil servisten konsülte edilen olgularda geçmişte psikiyatri takibi olmayanların oranının geç dönemde arttığı, konsültasyon liyezon

birimimiz tarafından izlemi olanların oranının, birimize danışılma sayısının ortalamasının arttığı, birimimiz tarafından izlemi olmayanların oranının azaldığı ve anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Acil servis dışı servislerden konsülte edilen olgularda geçmişte psikiyatri takibi olmayan, konsültasyon liyezon birimimiz tarafından geçmişte izlemi olanların oranının geç dönemde birimize danışılma sayısının ortalamasının arttığı ve anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. İki yıl arasında acil servisten istenen konsültasyonlarda yatış tarihi ile konsültasyon isteminin yapıldığı tarih arasındaki süre artarken, acil servis dışı servislerde sürenin azaldığı ve anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır.

Birimize konsültasyon istemi yapılan bölümlerin istem sayıları incelendiğinde nöroşirürji, göğüs cerrahi, onkoloji, kök hücre nakil birimi bölümlerinden istenen hasta başı konsültasyon sayılarının arttığı, enfeksiyon hastalıkları, fizik tedavi ve rehabilitasyon, göğüs hastalıkları endokrinoloji, yoğun bakım bölümlerinden istenen hasta başı konsültasyon sayılarının azaldığı ve anlamlı fark olduğu; cerrahi, dahili, acil birimlerinden istenen konsültasyon sayılarının değişiminde anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır. Konsültasyon istenen hastaların tüm yatan hastalara oranı incelendiğinde hem acil servis grubu hem de acil servis dışı servislerde iki yıl arasında anlamlı farklılık olduğu, acil servisteki oranın azaldığı, diğer servislerin oranının ise arttığı saptanmıştır. Hem 2014 yılında, hem de 2019 yılında dahili bölümlerdeki hasta başı konsültasyon istenen hastaların yatan tüm hastalara oranının cerrahi bölümlerdekine göre daha yüksek olduğu ve anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır.

Örneklemin primer hastane çıkış tanıları incelendiğinde acil servisten konsülte edilen olgularda malign hastalıklar, cerrahi hastalıklar, gastroenterolojik hastalıklar tanısıyla taburcu olanların oranının arttığı, psikiyatrik bozukluk tanısıyla taburcu olanların oranının azaldığı ve anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Acil servis dışı servislerden konsülte edilen olgularda psikiyatrik bozukluk ve göğüs hastalıkları tanısı ile taburculuğu olanların oranının azaldığı ve anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Örneklemin konsültasyon istem nedenleri incelendiğinde acil servisten konsülte edilen olgularda somatik semptomların psikiyatrik açısından, kendine veya çevreye zarar verme davranışı, karar verme yeterliliğinin, psikiyatri servisine devir alınması açısından değerlendirilmesi için konsültasyon istenenlerin oranının arttığı; intihar girişimi ya da düşüncesi ile madde kullanımı ya da kesilmesine ilişkin sorunlar nedeniyle değerlendirilmesi için konsültasyon istenenlerin oranının azaldığı ve anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Acil servis dışı servislerden konsülte edilen olgularda tedavi sırasında psikiyatrik bozukluk veya belirtilerin ortaya çıkması, uyku sorunları, operasyon öncesi psikiyatri

açısından, karar verme yeterliliğinin, ilaç tedavisi başlanması öncesinde psikiyatrik değerlendirilmesi için konsültasyon istenenlerin oranının arttığı; somatik semptomların, psikiyatrik ayırıcı tanının yapılması için, tedavi iş birliği bozukluğu için, intihar girişimi ya da düşüncesi, transplantasyon öncesi rutin psikiyatrik değerlendirme, neden belirtmeksizin, protez takılması öncesinde psikiyatri değerlendirme için konsültasyon istenenlerin oranının arttığı azaldığı ve anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır.

Örneklemin konsültasyon istemi sonrasında psikiyatrik ön tanımlar ve tanımları incelendiğinde acil servisten konsülte edilen olgularda tanı konulmamış olanların, nörobilişsel bozuklukların, bedensel belirti bozuklukları ve ilişkili bozuklukların, obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozuklukların, yıkıcı bozukluklar, dürtü denetim ve davranım bozukluklarının, klinik ilgi odağı olabilecek diğer durumların oranının arttığı; depresif bozuklukların, travma ve stresörle ilişkili bozuklukların oranının azaldığı ve anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Acil servis dışı servislerden konsülte edilen olgularda uyku-uyanıklık bozukluklarının, nörobilişsel bozuklukların oranının arttığı; depresif bozuklukların, travma ve stresörle ilişkili bozuklukların, anksiyete bozukluklarının, bedensel belirti bozuklukları ve ilişkili bozukluklarının azaldığı ve anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır.

Örneklemin konsültasyon istemi sonrasında önerilen tedavileri incelendiğinde acil servisten konsülte edilen olgularda yalnızca antipsikotik, antipsikotik benzodiazepin kombinasyonu, yalnızca benzodiazepin tedavisi önerilerinin arttığı; antidepresan, benzodiazepin ve psikoterapi kombinasyonu, ilaç tedavisi olup olmadığına bakılmaksızın psikoterapi, yalnızca antidepresan, antidepresan ve benzodiazepin kombinasyonu tedavisi önerilerinin azaldığı ve anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Acil servis dışı servislerden konsülte edilen olgularda yalnızca psikoterapi, antidepresan ve antipsikotik kombinasyonu, antipsikotik, hipnotik, psikotrop kesilmesi, psikiyatrik endikasyon dışı psikotrop tedavisi önerilerinin arttığı; antidepresan, benzodiazepin ve psikoterapi kombinasyonu, yalnızca antidepresan, antidepresan ve benzodiazepin kombinasyonu, yalnızca benzodiazepin tedavisi önerilerinin azaldığı ve anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Örneklemin konsültasyon istemi sonrasında önerilen yönlendirmeleri incelendiğinde acil servisten konsülte edilen olgularda psikiyatri polikliniği, ek tetkik ya da başka bir bölümden konsültasyon istenmesi yönlendirmeleri ile herhangi bir yönlendirme olmayanların arttığı; psikiyatri servisine yatış, başka bir psikiyatri servisine sevk yönlendirmeleri ile tedavi terk nedeniyle yönlendirme olmayanların azaldığı ve anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Acil servis dışı servislerden

konsülte edilen olgularda herhangi bir yönlendirme önerisi olmayanların arttığı, psikiyatri poliklinik kontrolü yönlendirmesi olanların azaldığı ve anlamlı fark olduğu saptanmıştır.

Örneklem intihar girişim metodları açısından incelendiğinde acil servisten konsülte edilen olgularda ilaç ile intihar girişimi ve diğer intihar girişimlerinde azalma olduğu ve anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Acil servis dışı servislerde anlamlı farklılık olan metod olmadığı saptanmıştır. Kendine zarar verme metodları açısından incelendiğinde iki yıl arasında anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır. Örneklemdeki deliryum tanısı almış olan olguların diğer konsültasyon istemi yapılmış olan olgulardan daha yüksek yaş ortalamasında olduğu ve anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır.

7.2 Öneriler

1. Deliryum tanısının örneklemimizdeki oranının yüksek olduğu ve artış trendinin devam ettiği görülmüştür. Bu durumun genel toplumun yaş ortalamasının giderek yükselmesi ve üçüncü basamak sağlık hizmeti verilen hastanemizde giderek daha ileri evre hastaların tedavi edilmesiyle ilişkili olduğu düşünülmektedir. Tedavi protokolünün görece kolay anlaşılabilir olması nedeniyle diğer sağlık çalışanlarına deliryuma ilk müdahaleler konusundaki liyezon eğitimlerinin geliştirilmesi önerilmektedir.
2. İntihar girişiminin riskleri daha ayrıntılı değerlendirilmeli ve ihtiyaç halinde psikiyatri servisine yatış ve sevkine daha detaylı değerlendirilmesi önerilmektedir.
3. Çalışmamızda değerlendirilen olgularda uzun dönem tedavisinin çoğunlukla ötelendiği saptanmıştır. Hastalar acil serviste değerlendirildiğinde yakın dönemli poliklinik randevusu verilmesi uygulaması yeni başlatılmış olup bu konuda yararlı olması beklenmektedir.
4. Uyku sorunu nedeniyle danışılan hastalarda uyku hijyeni önerilerinin uygulanmadığı saptanmıştır. Bir liyezon etkinliği olarak hastayı konsülte eden primer servis hekimlerine bu konuda eğitim verilmesi uygun olacaktır.
5. Konsülte edilen hasta hasta sayısının giderek artması konsülte edilen hastaların yatış süresince düzenli olarak izlenmesi sürecini aksatmaktadır. Anabilim dalımızca konsültasyon hizmetlerinde görevlendirilen insan gücünün yetersiz kalmaya başladığı gözükmektedir. Liyezon psikiyatrisi ekibinde hekimlerin yanı sıra psikiyatri hemşireleri, psikologlar ve sosyal hizmet uzmanlarının görevlendirilmesi bu eksikliğin giderilmesi konusunda büyük katkı sağlayacaktır.

6. Yüksek oranda konsültasyon istenen kliniklerde liyezon psikiyatrisi etkinliklerinin başlatılması uygun olacaktır. Bu da ekibin genişletilmesi sayesinde olanaklı olabilecektir. Bu sayede tıbbi sorunlara eşlik eden psikiyatrik sorunlar yaşayan hastaların acılarını dindirmek, komplikasyonları azaltmak, yatış sürelerini kısaltmak ve tedavi maliyetlerini düşürmek olanaklı olabilecektir.
7. Çalışmamızda değerlendirilen olgularda uzun dönem tedavisinin çoğunlukla ötelendiği saptanmış olup, erken ve etkin uzun dönem tedavi planlanmasına ve başlanmasına geri dönüşün olması önerilmektedir.

8. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI

1. Çalışmanın en önemli kısıtlılıklarından biri retrospektif desende oluşturulmuş olan bu çalışmada bazı verilerde kayıpların olmasıdır. Bu nedenle bazı veriler değerlendirmeye alınmamıştır.
2. Çalışmanın diğer bir önemli kısıtlılığı standardize görüşme tekniklerinin uygulanmaması ve standardize bir konsültasyon yanıt formunun olmamasıdır.
3. Çalışmanın önemli kısıtlılıklarından diğeri ise tek kliniğe ait verileri içermesidir. Bu durumda örneklemin benzer çevreden olmasına neden olduğu ve sonuçların genellenmesine engel olabileceği düşünülmüştür.
4. Çalışmanın örnekleminin sadece psikiyatri konsültasyonu istenen hastalardan oluşması, patolojinin daha hafif olması ya da farkındalığın olmaması nedeniyle danışılmayan hastaların örnekleme olmamasının verileri yorumlamada kısıtlılığa yol açmış olabileceği düşünülmüştür.

9. KAYNAKÇA

1. Aktepe E, Kocaman O, Işık A, E. F. Bir Üniversite Hastanesinde İstenen Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Konsültasyon Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. *TAF Prev Med Bull* 539–544 (2013).
2. Ayhan N, Gümüşok S, Ekşioğlu E, Tamkan U, Çakıcı A, G. E. Fizik tedavi rehabilitasyon hastalarında konsültasyon liyezon psikiyatri değerlendirilmesi. *FTR Bil Der* 124–128 (2008).
3. Sertöz ÖÖ, Doğanavşargil GÖ, Noyan MA, Altıntoprak E, E. H. Bir üniversite hastanesi konsültasyon liyezon servisinde psikiyatrik hastalıkların psikiyatri dışı diğer hekimlerce doğru tanınma oranları. *Klin. Psikofarmakol. Bülteni* 288–295 (2008).
4. Mayou R, H. F. European Consultation Liaison Workgroup. Consultation-liaison psychiatry in Western Europe. *Gen Hosp Psychiatry* 188–208 (1991).
5. Briskman, I., Bar, G., Boaz, M. & Shargorodsky, M. Impact of co-morbid mental illness on the diagnosis and management of patients hospitalized for medical conditions in a general hospital. *Int. J. Psychiatry Med.* (2012) doi:10.2190/PM.43.4.d.
6. Canan F, Koçer E, İçmeli C, Özçetin A, A. A. Bir üniversite hastanesinde yatan hastalar için istenen psikiyatri konsültasyonlarının değerlendirilmesi. *Düzce Tıp Fakültesi Derg.* **1**, 22–27 (2008).
7. Anderson, C., Tauch, D. & Quante, A. Diagnosis and treatment procedures for patients with anxiety disorders by the psychiatric consultation liaison service in a general hospital in Germany: A retrospective analysis. *Prim. Care Companion J. Clin. Psychiatry* (2015) doi:10.4088/PCC.15m01805.
8. Grover, S. *et al.* Consultation-liaison psychiatry services: Difference in the patient profile while following different service models in the medical emergency. *Indian J. Psychiatry* (2015) doi:10.4103/0019-5545.171854.
9. Güneysu I, Akpınar Aslan E, B. S. Bir Üniversite Hastanesinde İstenilen Psikiyatri Konsültasyonlarındaki Deliryum Olgularının Değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatr. Derg.* **28**, 88 (2017).
10. Yıldız M, Tural Ü, Kesepara C, Aydın M, E. H. Fiziksel hastalıklara eşlik eden ruhsal

bozukluklar: Bir üniversite hastanesinde psikiyatri konsültasyon sonuçlarının değerlendirilmesi. *Düşünen Adam Psikiyatr. ve Nörolojik Bilim. Derg.* **15**, 21–24 (2002).

11. Göktaş, K., Yılmaz, E., Kaya, N. & Akman, C. Bir eğitim hastanesinde istenen psikiyatri konsültasyonlarının değerlendirilmesi. *Anadolu Psikiyatr. Derg.* (2006).
12. Kurt M, M ÇÖ, S. L. Üniversite Hastanesinde 1 Yıl İçinde İstenen Psikiyatri Konsültasyonlarının Değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatr. Derg.* **27**, 81.82 (2016).
13. Arolt, V., Driessen, M. & Dilling, H. The Lübeck general hospital study. I: Prevalence of psychiatric disorders in medical and surgical inpatients. *Int. J. Psychiatry Clin. Pract.* (1997) doi:10.3109/13651509709024728.
14. Wancata, J., Benda, N., Hajji, M., Lesch, O. M. & Müller, C. Psychiatric disorders in gynaecological, surgical and medical departments of general hospitals in an urban and a rural area of Austria. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* (1996) doi:10.1007/BF00785771.
15. Onur, E., Yemez, B., Polat, S., Gürz, N. Y. & Cimilli, C. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi uygulamaları ve farmakoterapi tercihlerindeki değişim = Change in the preference of the psychotropic drugs and consultation liaison psychiatry practice. *Klin. Psikofarmakol. Bülteni / Bull. Clin. Psychopharmacol.* (2007).
16. Cimilli C, Köse S, Biber B, K. A. Bir genel hastanede psikiyatri konsültasyonları. *İzmir Atatürk Eğitim Hastan. Tıp Derg.* **37**, 63–70 (1999).
17. Bourgeois, J. A., Kremen, W. S., Servis, M. E., Wegelin, J. A. & Hales, R. E. The impact of psychiatric diagnosis on length of stay in a university medical center in the managed care era. *Psychosomatics* (2005) doi:10.1176/appi.psy.46.5.431.
18. Naylor C, Parsonage M, McDaid D, Knapp M, Fossey M, G. A. A. *Long-term conditions and mental health: The cost of co-morbidities.* (The King's Fund, 2012).
19. Jeeva F, Dickens C, Coventry P, Bundy C, D. L. Is treatment of depression cost-effective in people with diabetes? A systematic review of the economic evidence. *Jeeva F, Dickens C, Coventry P, Bundy C, Davies L* **29**, 384–9 (2013).
20. Vogeli, C. *et al.* Multiple chronic conditions: Prevalence, health consequences, and implications for quality, care management, and costs. in *Journal of General Internal Medicine*

(2007). doi:10.1007/s11606-007-0322-1.

21. Cimilli, Can, Hayriye Elbi, Mine Özkan, B. A. Dokuz Eylül Üniversitesi deneyimi, Üniversite hastanelerinde konsültasyon liyezon psikiyatrisi uygulama modelleri. in *Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi ve Psikosomatik Tıp Derneği ve Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, 12. Ulusal Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi ve Psikosomatik Tıp Kongresi*, (2015).
22. Eser, B., Batmaz, S., Songur, E., Yıldız, M. & Aslan, E. A. Bir üniversite hastanesinde yatan hastalar için ve acil servisten istenilen ruh sağlığı ve hastalıkları konsültasyonlarının incelenmesi: Türkiye’den çalışmalarla bir karşılaştırma. *Klin. Psikiyatr.* (2018).
23. Özkan, S. Dünyada ve Türkiye’de Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisinin Gelişimi. in *Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi* (ed. Elbi, Hayriye. Cimilli, Can. Sertöz, Özen Önen. Karşıdağ, Çağatay. Sözeri-Varma, G.) 1–14 (TPD, 2019).
24. Wilkins, R. H. *Neurosurgical Classics*. (American Association of Neurological Surgeons., 1992).
25. Ritner, R. K. Medicine. *The Oxford Encyclopedia of Ancient Egypt* (2005).
26. Rogers, K. *Medicine and Healers Through History*. (The Rosen Publishing Group, 2011).
27. Uexküll, V. *Psychosomatische Medizin*. pp. (Thure, 2017).
28. Freud, S. *Dora: an analysis of a case of hysteria. The Collected Papers of Sigmund Freud* (1963).
29. Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi ve Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği: Tarihsel Bakış. *J. Anatolia Nurs. Heal. Sci.* (2006) doi:10.17049/ahsbd.21518.
30. Özkan, S. *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi*. (Roche Yayınları, 1993).
31. Holmes TH, R. R. The social readjustments rating scales. *J. Psychosom. Res.* **11**, 213–218 (1967).
32. WHO. WHO World Health Organisation. *WHO Definition of Health 1948* (2003).
33. World Health Organization, W. *Constitution of the World Health Organization. Basic Documents. Forty-fifth edition, Supplement, October* (2006).
34. Zimbrea, P. C. & Schilsky, M. L. Psychiatric aspects of Wilson disease: A review. *Gen. Hosp.*

Psychiatry (2014) doi:10.1016/j.genhosppsych.2013.08.007.

35. Skumin, V. A. [Borderline mental disorders in chronic diseases of the digestive system in children and adolescents]. *Zh. Nevropatol. Psikhiatr. Im. S. S. Korsakova* (1991).
36. Tsivil'ko, M. A., Zhdanov, A. M., Koroviakov, A. V. & Kalmykov, V. G. Mental disorders in patients with complete heart block before and after a pacemaker implantation. *Zhurnal Nevrol. i psikiatrii Im. S.S. Korsakova* (2002).
37. ZJ, B. Pediatri-çocuk psikiyatrisi işbirliği: Konsültasyon-liyezon psikiyatrisi. *Katkı Pediatr. Derg.* 17, 925–931 (1996).
38. Guthrie E, C. F. Seminars in Liasion Psychiatry. in *College Seminars Series* (1996).
39. Dyke CV, G. R. *Consultation Psychiatry In General Hospital in:Goldman HH(eds.) Review of General Psychiatry.* (The McGraw-Hill Companies Inc, 2000).
40. Ebert MH, L. P. *Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi.* (Güneş Kitabevi, 2003).
41. Kumbasar, H. A.Ü. T.F Psikiyatri Anabilim Dalı'nda konsültasyon liyezon çalışmaları ve yeni bir uygulama. *Kriz Derg.* (1995) doi:10.1501/0000836.
42. Kaplan HI, S. B. *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8 th Edition.* (Güneş Kitabevi, 2007).
43. Gökataş, K., Yılmaz, E., Kaya, N. & Akman, C. Bir eğitim hastanesinde istenen psikiyatri konsültasyonlarının değerlendirilmesi. = Evaluation of referred psychiatry consultations at an education hospital. *Anadolu Psikiyatr. Derg.* (2006).
44. Lipowski, Z. J. Consultation-liaison psychiatry: The first half century. *Gen. Hosp. Psychiatry* (1986) doi:10.1016/0163-8343(86)90046-0.
45. Wise MG, R. J. *Clinical Manual Of Psychosomatic Medicine, A Guide to Consultation-Liaison Psychiatry.* (2005).
46. Su, J. A., Chou, S. Y., Chang, C. J. & Weng, H. H. Changes in consultation-liaison psychiatry in the first five years of opearation of a newly-opened hospital. *Chang Gung Medical Journal* (2010).
47. Sertöz, Ö. Ö., Doğanavşargil, G. Ö., Noyan, M. A., Altıntoprak, E. & Elbi, H. Bir Üniversite

Hastanesi Konsültasyon Liyezon Servisinde Psikiyatrik Hastalıkların Psikiyatri Dışı Hekimlerce Doğru Tanınma Oranları. (Turkish). *Accuracy rates Recognit. Psychiatr. Disord. by nonpsychiatry Spec. a Consult. Serv. a Univ. Hosp.* (2008).

48. Martucci, M. *et al.* Evaluating psychiatric morbidity in a general hospital: A two-phase epidemiological survey. *Psychol. Med.* (1999) doi:10.1017/S0033291799008491.
49. Balestrieri, M., Bisoffi, G., Tansella, M., Martucci, M. & Goldberg, D. P. Identification of depression by medical and surgical general hospital physicians. *Gen. Hosp. Psychiatry* (2002) doi:10.1016/S0163-8343(01)00176-1.
50. Şahinoğlu PELİN S. Tıp Evrimi Açısından ve Psikiyatri Özelinde Konsültasyon Kurumu. *Klin. Psikiyatr.* 2 3, 117–125 (2000).
51. Özkan S. Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi; Kavramlar, Kurumsallaşma, Uygulama. *Türkiye Klin. J. Intern. Med. Sci.* 2, 1–13 (2006).
52. Lipsitt DR. Consultation-liaison psychiatry and psychosomatic medicine: the company they keep. *Psychosom. Med.* 63, 896–909 (2001).
53. Billings, E G. The psychiatric liaison department of the University of Colorado Medical School and Hospitals. *Am. J. Psychiatry* 122, 28–33 (1966).
54. Lipowski, ZJ. *History of consultation-liaison psychiatry.* (1996).
55. Kaçmaz, N. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi ve konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği: tarihsel bakış. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Derg.* 9, 75–85 (2006).
56. Yılmaz, A. Psychosomatic disorders in general medicine practise. *Türkiye Klin. J Psychiatry* 1, 17–28 (2008).
57. Engel, GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* (80-.). 196, 129–136 (1977).
58. Özkan, S. *Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi 2002-2004.* (Kavuk Gazetecilik ve Matbaacılık Ltd. Şti, 2006).
59. Özkan, M. İstanbul Tıp Fakültesi' nde konsültasyon liyezon psikiyatrisi bilim dalı' nın gelişiminin değerlendirilmesi: 14 yılda psikiyatrik konsültasyon. *İst. Tıp Fak. Derg* 68, 105–112 (2005).

60. Özkan, M. Consultation liaison psychiatry in Turkey. *J. Psychosom. Res.* **59**, 447–448 (2005).
61. Devasagayam, D. & Clarke, D. Changes to inpatient consultation-liaison psychiatry service delivery over a 7-year period. *Australas. Psychiatry* (2008) doi:10.1080/10398560802074676.
62. Ferrari, S., Mattei, G., Marchi, M., Galeazzi, G. M. & Pingani, L. Is consultation-liaison psychiatry ‘getting old’? How psychiatry referrals in the general hospital have changed over 20 years. *Int. J. Environ. Res. Public Health* (2020) doi:10.3390/ijerph17207389.
63. Larkin, G. L., Claassen, C. A., Emond, J. A., Pelletier, A. J. & Camargo, C. A. Trends in U.S. emergency department visits for mental health conditions, 1992 to 2001. *Psychiatr. Serv.* (2005) doi:10.1176/appi.ps.56.6.671.
64. Costanza, A. *et al.* Who consult an adult psychiatric emergency department? Pertinence of admissions and opportunities for telepsychiatry. *Med.* (2020) doi:10.3390/medicina56060295.
65. Furlanetto, L. M., Da Silva, R. V. & Bueno, J. R. The impact of psychiatric comorbidity on length of stay of medical inpatients. *Gen. Hosp. Psychiatry* (2003) doi:10.1016/S0163-8343(02)00236-0.
66. Gala, C. *et al.* A multicenter investigation of consultation-liaison psychiatry in Italy. *Gen. Hosp. Psychiatry* (1999) doi:10.1016/S0163-8343(99)00015-8.
67. Kuloglu, M., Çaykölü, A., Akyol, E. S., İbiloğlu, A. & Yılmaz, E. Bir Eğitim Hastanesinde İstenen Psikiyatri Konsültasyonlarının Değerlendirilmesi. *Kriz Derg.* (2008) doi:10.1501/kriz_00000000279.
68. Diefenbacher, A. & Strain, J. J. Consultation-liaison psychiatry: Stability and change over a 10-year-period. *Gen. Hosp. Psychiatry* (2002) doi:10.1016/S0163-8343(02)00182-2.
69. Bass, C., Bolton, J. & Wilkinson, P. Referrals to a liaison psychiatry out-patient clinic in a UK general hospital: A report on 900 cases. *Acta Psychiatr. Scand.* (2002) doi:10.1034/j.1600-0447.2002.00275.x.
70. Zeppegno, P. *et al.* Suicide attempts and emergency room psychiatric consultation. *BMC Psychiatry* (2015) doi:10.1186/s12888-015-0392-2.
71. Ayangbayi, T., Okunade, A., Karakus, M. & Nianogo, T. Characteristics of hospital emergency room visits for mental and substance use disorders. *Psychiatr. Serv.* (2017)

doi:10.1176/appi.ps.201600125.

72. Kurt İ, Bir üniversite hastanesinde yatarak tedavi alan hastalardan istenen psikiyatri konsültasyonlarının değerlendirilmesi. *Kriz Derg.* (2018) doi:10.1501/kriz_0000000346.
73. Weiss, A. J., Barrett, M. L., Heslin, K. C. & Stocks, C. Trends in Emergency Department Visits Involving Mental and Substance Use Disorders, 2006–2013. *AHRQ Healthc. Cost Util. Proj.* (2016).
74. Odone, A., Landriscina, T., Amerio, A. & Costa, G. The impact of the current economic crisis on mental health in Italy: Evidence from two representative national surveys. *Eur. J. Public Health* (2018) doi:10.1093/eurpub/ckx220.
75. Kılıç, E. K., Çınar, R. K., Sönmez, M. B. & Görgülü, Y. Bir üniversite hastanesinde yatan hastalardan İstenen psikiyatri konsültasyonlarının değerlendirilmesi = Psychiatric disorders in medically ill inpatients referred for consultation in a university hospital. *Klin. Psikiyatr. Derg. J. Clin. Psychiatry* (2016).
76. Köroğlu, A., Çelik, F. H., Aslan, M. & Hocaoglu, Ç. Bir eğitim hastanesinde psikiyatri konsültasyon hizmetlerinin değerlendirilmesi. *Klin. Psikiyatr. Derg.* (2011).
77. Valdés-Stauber J, K. U. The differences between referred and non-referred patients to a psychiatric consultation-liaison service in a general hospital. *Int J Psychiatry Med* (2020).
78. Anderson, D., Nortcliffe, M., Dechenne, S. & Wilson, K. The rising demand for consultation-liaison psychiatry for older people: Comparisons within Liverpool and the literature across time. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* (2011) doi:10.1002/gps.2667.
79. Ferrari, S. *et al.* Never too late to be anxious: Validation of the geriatric anxiety inventory, Italian version. *Clin. Ter.* (2017) doi:10.7417/CT.2017.1992.
80. Schellhorn, S. E., Barnhill, J. W., Raiteri, V., Lo Faso, V. & Ferrando, S. J. A comparison of psychiatric consultation between geriatric and non-geriatric medical inpatients. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* (2009) doi:10.1002/gps.2221.
81. Wild, B. *et al.* Significance and costs of complex biopsychosocial health care needs in elderly people: Results of a population-based study. *Psychosom. Med.* (2014) doi:10.1097/PSY.0000000000000080.

82. Akyıldız, Y. Dünyada ve Türkiye'de evsizlik sorunu ve çeşitli uygulamalar Homelessness problem and vaious applications in the world and Turkey. *EUL J. Soc. Sci. Haziran* (2017).
83. Selçuk Aslan, Selçuk Candansayar, Behçet Çoşar, E. I. Bir üniversite hastanesinde bir yıl süresince gerçekleştirilen psikiyatri konsültasyon hizmetlerinin değerlendirilmesi. *Yeni Sempozyum Derg.* **41**, 31–38 (2003).
84. Betül Uyar, F. G. The Assesment of Psychiatric Consultations in a University Hospital. *J Clin Psy* **18**, 24–28 (2015).
85. Patra, P., Divinakumar, K., Prakash, J., Patra, B. & Chakraborty, R. Clinico-psycho-social profile of patients brought under consultation-liaison psychiatry care in a large tertiary care referral hospital. *Ind. Psychiatry J.* (2017) doi:10.4103/ipj.ipj_13_17.
86. Archinard, M., Dumont, P. & De Tonnac, N. Guidelines and evaluation: Improving the quality of consultation-liaison psychiatry. *Psychosomatics* (2005) doi:10.1176/appi.psy.46.5.425.
87. Mustafa, F. A. Emergency department referrals to liaison psychiatry: Characteristics and outcomes. *International Journal of Social Psychiatry* (2020) doi:10.1177/0020764020936306.
88. Bourgeois JA, Hilty DM, Wegelin JA, Hales RE. Cognitive-disorder diagnoses in inpatient psychosomatic-medicine consultations: Associations with age and length of stay. *Psychosomatics* (2006).
89. Inouye SK, Rushing JT, Foreman MD, Palmer RM, Pompei P. Does delirium contribute to poor hospital outcomes?: A three-site epidemiologic study. *Journal of General Internal Medicine* (1998).
90. McCusker, J., Cole, M., Abrahamowicz, M., Primeau, F. & Belzile, E. Delirium predicts 12-month mortality. *Arch. Intern. Med.* (2002) doi:10.1001/archinte.162.4.457.
91. Stevens, L. E., De Moore, G. M. & Simpson, J. M. Delirium in hospital: Does it increase length of stay? *Aust. N. Z. J. Psychiatry* (1998) doi:10.3109/00048679809073869.
92. Newport, D. J. & Nemeroff, C. B. Assessment and treatment of depression in the cancer patient. *Journal of Psychosomatic Research* (1998) doi:10.1016/S0022-3999(98)00011-7.
93. Söllner, W. *et al.* How successful are oncologists in identifying patient distress, perceived social support, and need for psychosocial counselling? *Br. J. Cancer* (2001)

doi:10.1054/bjoc.2000.1545.

94. Saravay, S. M., Steinberg, M. D., Weinschel, B., Pollack, S. & Aloviz, N. Psychological comorbidity and length of stay in the general hospital. in *American Journal of Psychiatry* (1991). doi:10.1176/ajp.148.3.324.
95. Billings EG, McNary WS, R. M. Financial importance of general hospital psychiatry to hospital administrator. *Hospitals (Lond)*. **11**, 40–4 (1937).
96. Levitan, S. J. & Kornfeld, D. S. Clinical and cost benefits of liaison psychiatry. *Am. J. Psychiatry* (1981) doi:10.1176/ajp.138.6.790.
97. Strain, J. J. *et al.* Cost offset from a psychiatric consultation-liaison intervention with elderly hip fracture patients. *Am. J. Psychiatry* (1991) doi:10.1176/ajp.148.8.1044.
98. Levenson, J. L. Psychosocial interventions in chronic medical illness. An overview of outcome research. *Gen. Hosp. Psychiatry* (1992) doi:10.1016/0163-8343(92)90117-S.
99. Lyons, J. S., Hammer, J. S., Strain, J. J. & Fulop, G. The timing of psychiatric consultation in the general hospital and length of hospital stay. *Gen. Hosp. Psychiatry* (1986) doi:10.1016/0163-8343(86)90074-5.
100. Wood, R. & Wand, A. P. F. The effectiveness of consultation-liaison psychiatry in the general hospital setting: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research* (2014) doi:10.1016/j.jpsychores.2014.01.002.
101. Kishi, Y., Meller, W. H., Kathol, R. G. & Swigart, S. E. Factors affecting the relationship between the timing of psychiatric consultation and general hospital length of stay. *Psychosomatics* (2004) doi:10.1176/appi.psy.45.6.470.
102. Handrinos, D., McKenzie, D. & Smith, G. C. Timing of referral to a consultation-liaison psychiatry unit. *Psychosomatics* (1998) doi:10.1016/S0033-3182(98)71319-2.
103. M.A., O., H.W., W., S.S., H., J.E., N. & R.D., S. The timing of psychiatric consultation requests: Utilization, liaison, and diagnostic considerations. *Psychosomatics* (1997).
104. Wood, R., Wand, A. P. F. & Hunt, G. E. Relationship between timeliness of contact and length of stay in older and younger patients of a consultation-liaison psychiatry service. *BJPsych Bull*. (2015) doi:10.1192/pb.bp.114.047340.

105. Sockalingam, S. *et al.* Time to Consultation-Liaison Psychiatry Service Referral as a Predictor of Length of Stay. *Psychosomatics* (2016) doi:10.1016/j.psym.2016.01.005.
106. Vulser, H. *et al.* Association between the timing of consultation-liaison psychiatry interventions and the length of stay in general hospital. *Br. J. Psychiatry* (2019) doi:10.1192/bjp.2019.233.
107. Aoki, T., Sato, T. & Hosaka, T. Role of consultation-liaison psychiatry toward shortening of length of stay for medically ill patients with depression. *Int. J. Psychiatry Clin. Pract.* (2004) doi:10.1080/13651500310004957.
108. Matsumoto, C. L. *et al.* A 5 year retrospective study of emergency department use in Northwest Ontario: A measure of mental health and addictions needs. *Can. J. Emerg. Med.* (2017) doi:10.1017/cem.2016.387.
109. Saeed, H., Siddiqui, S. A., Mansoor, M. & Khan, M. M. Liaison psychiatry in low & middle income countries: Experiences at the Aga Khan University Hospital (AKUH), Karachi, Pakistan. *Asian J. Psychiatr.* (2020) doi:10.1016/j.ajp.2019.101889.
110. Eser, B., Batmaz, S., Songur, E., Yildiz, M. & Aslan, E. A. Analysis of the psychiatric consultations for inpatients and from the emergency room in a university hospital: A comparison with studies from Turkey. *Klin. Psikiyatr. Derg.* (2018) doi:10.5505/kpd.2018.53824.
111. Çağatay Karşıdağ, Umut Mert Aksoy, Gökşen Yüksel, Nihat Alpay, A. U. Yataklı Tedavi Hizmeti Sunan Psikiyatri Kliniklerinde Ektanılar. *J Clin Psy* **16**, 47–52 (2013).
112. Kessler, R. C. *et al.* Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Arch. Gen. Psychiatry* (1994) doi:10.1001/archpsyc.1994.03950010008002.
113. Blazer, D. G., Kessler, R. C., McGonagle, K. A. & Swartz, M. S. The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: The national comorbidity survey. in *Depression: The Science of Mental Health* (2013).
114. Regier, D. A., Shapiro, S., Kessler, L. G. & Taube, C. A. Epidemiology and health service resource allocation policy for alcohol, drug abuse, and mental disorders. *Public Health Rep.* (1984).

115. Blazer, D. G., Kessler, R. C., McGonagle, K. A. & Swartz, M. S. The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: The National Comorbidity Survey. *Am. J. Psychiatry* (1994) doi:10.1176/ajp.151.7.979.
116. Hansagi, H., Olsson, M., Sjöberg, S., Tomson, Y. & Göransson, S. Frequent use of the hospital emergency department is indicative of high use of other health care services. *Ann. Emerg. Med.* (2001) doi:10.1067/mem.2001.111762.
117. Hunt, K. A., Weber, E. J., Showstack, J. A., Colby, D. C. & Callahan, M. L. Characteristics of Frequent Users of Emergency Departments. *Ann. Emerg. Med.* (2006) doi:10.1016/j.annemergmed.2005.12.030.
118. Moore, G., Gerdtz, M., Manias, E., Hepworth, G. & Dent, A. Socio-demographic and clinical characteristics of re-presentation to an Australian inner-city emergency department: Implications for service delivery. *BMC Public Health* (2007) doi:10.1186/1471-2458-7-320.
119. Chan, B. T. B. & Ovens, H. J. Frequent users of emergency departments. Do they also use family physicians's services? *Can. Fam. Physician* (2002).
120. LaCalle, E. & Rabin, E. Frequent Users of Emergency Departments: The Myths, the Data, and the Policy Implications. *Annals of Emergency Medicine* (2010) doi:10.1016/j.annemergmed.2010.01.032.
121. Regier, D. A. *et al.* The de Facto US Mental and Addictive Disorders Service System: Epidemiologic Catchment Area Prospective 1-Year Prevalence Rates of Disorders and Services. *Arch. Gen. Psychiatry* (1993) doi:10.1001/archpsyc.1993.01820140007001.
122. Santillanes, G., Axeen, S., Lam, C. N. & Menchine, M. National trends in mental health-related emergency department visits by children and adults, 2009–2015. *Am. J. Emerg. Med.* (2020) doi:10.1016/j.ajem.2019.12.035.
123. Rockett, I. R. H., Putnam, S. L., Jia, H., Chang, C. F. & Smith, G. S. Unmet substance abuse treatment need, health services utilization, and cost: A population-based emergency department study. *Ann. Emerg. Med.* (2005) doi:10.1016/j.annemergmed.2004.08.003.
124. Yoon, J. *et al.* Reducing costs of acute care for ambulatory care-sensitive medical conditions: The central roles of comorbid mental illness. *Med. Care* (2012) doi:10.1097/MLR.0b013e31824e3379.

125. Katon, W. & Schulberg, H. Epidemiology of depression in primary care. *Gen. Hosp. Psychiatry* (1992) doi:10.1016/0163-8343(92)90094-Q.
126. Von Korff, M., Ormel, J., Katon, W. & Lin, E. H. B. Disability and Depression Among High Utilizers of Health Care: A Longitudinal Analysis. *Arch. Gen. Psychiatry* (1992) doi:10.1001/archpsyc.1992.01820020011002.
127. Hochlehnert, A. *et al.* Psychiatric comorbidity in cardiovascular inpatients: Costs, net gain, and length of hospitalization. *J. Psychosom. Res.* (2011) doi:10.1016/j.jpsychores.2010.09.010.
128. Saravay, S. M. & lavin, M. Psychiatric Comorbidity and Length of Stay in the General Hospital: A Critical Review of Outcome Studies. *Psychosomatics* (1994) doi:10.1016/S0033-3182(94)71772-2.
129. Üstün, T. B., Van Duuren-Kristen, S., Bertolote, J., Cooper, J. E. & Sartorius, N. The International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps (ICIDH): Mental health aspects of its use in rehabilitation. *Eur. Psychiatry* (1996) doi:10.1016/0924-9338(96)84743-2.
130. Andrews, G., Henderson, S. & Hall, W. Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation: Overview of the Australian National Mental Health Survey. *Br. J. Psychiatry* (2001) doi:10.1192/bjp.178.2.145.
131. Rothenhäusler, H.-B. [Mental disorders in general hospital patients]. *Psychiatr. Danub.* (2006).
132. Clarke, D. M., Minas, I. H. & Stuart, G. W. The prevalence of psychiatric morbidity in general hospital inpatients. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* (1991) doi:10.3109/00048679109062632.
133. Friederich, H.-C., Hartmann, M., Bergmann, G. & Herzog, W. Psychische Komorbidität bei internistischen Krankenhauspatienten. *PPmP - Psychother. · Psychosom. · Medizinische Psychol.* (2002) doi:10.1055/s-2002-32865.
134. Silverstone, P. H. Prevalence of psychiatric disorders in medical inpatients. *J. Nerv. Ment. Dis.* (1996) doi:10.1097/00005053-199601000-00008.
135. Şenol, S., Bitlis, V., Inal, E. & Gormen, H. Kanser Teşhis ve tedavisi amacı ile bir cerrahi kliniğinde yatan hastalarda psikiyatrik tanılar. *Türk Psikiyatr. Derg.* (1994).
136. Katon, W., Lin, E. H. B. & Kroenke, K. The association of depression and anxiety with medical

- symptom burden in patients with chronic medical illness. *Gen. Hosp. Psychiatry* (2007) doi:10.1016/j.genhosppsy.2006.11.005.
137. Kapfhammer, H.-P. [The relationship between depression, anxiety and heart disease - a psychosomatic challenge]. *Psychiatr. Danub.* (2011).
 138. Goulia, P., Mantas, C. & Hyphantis, T. Delirium, a 'confusing' condition in general hospitals: The experience of a Consultation-Liaison Psychiatry Unit in Greece. *Int. J. Gen. Med.* (2009) doi:10.2147/ijgm.s7826.
 139. Ene, S. The role of consultation-liaison psychiatry in the general hospital. *Journal of medicine and life* (2008).
 140. Alaja, R. *et al.* Patterns of comorbidity in relation to functioning (GAF) among general hospital psychiatric referrals. *Acta Psychiatr. Scand.* (1999) doi:10.1111/j.1600-0447.1999.tb07211.x.
 141. Bronheim, H. E. *et al.* The academy of psychosomatic medicine practice guidelines for psychiatric consultation in the general medical setting. *Psychosomatics* (1998) doi:10.1016/S0033-3182(98)71317-9.
 142. Ito, H., Kishi, Y. & Kurosawa, H. A preliminary study of staff perception of psychiatric services in general hospitals. *Gen. Hosp. Psychiatry* (1999) doi:10.1016/S0163-8343(98)00056-5.
 143. Huyse, F. J. *et al.* Consultation-Liaison psychiatric service delivery: Results from a European study. *Gen. Hosp. Psychiatry* (2001) doi:10.1016/S0163-8343(01)00139-6.
 144. Hengeveld, M. W., Rooymans, H. G. M. & Vecht-van den Bergh, R. Psychiatric consultations in a Dutch university hospital: A report on 1814 referrals, compared with a literature review. *General Hospital Psychiatry* (1984) doi:10.1016/0163-8343(84)90021-5.
 145. Wallen, J., Pincus, H. A., Goldman, H. H. & Marcus, S. E. Psychiatric Consultations in Short-term General Hospitals. *Arch. Gen. Psychiatry* (1987) doi:10.1001/archpsyc.1987.01800140073010.
 146. Holmes, A., Handrinos, D., Theologus, E. & Salzberg, M. Service use in consultation-liaison psychiatry: Guidelines for baseline staffing. *Australas. Psychiatry* (2011) doi:10.3109/10398562.2011.562505.
 147. Holmes, A., Handrinos, D., Jones, S. & Huang, B. The impact of increasing general hospital

- admissions on Consultation–Liaison Psychiatry. *Australas. Psychiatry* (2020) doi:10.1177/1039856220926941.
148. Kelkar, D. K., Chaturvedi, S. K. & Malhotra, S. A study of emergency psychiatric referrals in a teaching general hospital. *Indian J. Psychiatry* (1982).
 149. Sidana, A., Sharma, R. P., Chavan, B. S., Arun, P. & Raj, L. *Psychiatric profile of patients attending General Emergency room services-A prospective study. Journal of Mental Health & Human Behavior* (2009).
 150. Goyal, S., Sagar, R. & Sharan, P. Sociodemographic profile and psychiatric diagnosis of patients referred to consultation-liaison psychiatric services of general hospital psychiatric unit at a Tertiary Care Center. *J. Ment. Heal. Hum. Behav.* (2017) doi:10.4103/0971-8990.210709.
 151. Avasthi, A., Sharan, P., Kulhara, P., Malhotra, S. & Varma, V. K. Psychiatric profiles in medical-surgical populations : need for a focused approach to consultation-liaison psychiatry in developing countries. *Indian J. Psychiatry* (1998).
 152. Saraiva, S. *et al.* The nature and activity of liaison mental services in acute hospital settings: A multi-site cross sectional study. *BMC Health Serv. Res.* (2020) doi:10.1186/s12913-020-05165-x.
 153. Bourgeois, J. A., Wegelin, J. A., Servis, M. E. & Hales, R. E. Psychiatric diagnoses of 901 inpatients seen by consultation-liaison psychiatrists at an academic medical center in a managed care environment. *Psychosomatics* (2005) doi:10.1176/appi.psy.46.1.47.
 154. Dhossche, D. M. & Lorant, Z. Psychiatric consultations in a southern university hospital. *South. Med. J.* (2002) doi:10.1097/00007611-200204000-00014.
 155. Hales, R. E., Polly, S., Bridenbaugh, H. & Orman, D. Psychiatric consultations in a military general hospital. A report on 1065 cases. *Gen. Hosp. Psychiatry* (1986) doi:10.1016/0163-8343(86)90077-0.
 156. Ozkan, S., Yucel, B., Turgay, M. & Gurel, Y. The development of psychiatric medicine at Istanbul Faculty of Medicine and evaluation of 889 psychiatric referrals. *Gen. Hosp. Psychiatry* (1995).
 157. Geulayov, G. *et al.* Incidence of suicide, hospital-presenting non-fatal self-harm, and

community-occurring non-fatal self-harm in adolescents in England (the iceberg model of self-harm): a retrospective study. *The Lancet Psychiatry* (2018) doi:10.1016/S2215-0366(17)30478-9.

158. Pezzia, C., Pugh, J. A., Lanham, H. J. & Leykum, L. K. Psychiatric consultation requests by inpatient medical teams: An observational study. *BMC Health Serv. Res.* (2018) doi:10.1186/s12913-018-3171-1.
159. Quante, A., Schulz, K. & Fissler, M. Psychiatric comorbidities in cancer patients: acute interventions by the psychiatric consultation liaison service. *Wiener Medizinische Wochenschrift* (2020) doi:10.1007/s10354-020-00739-0.
160. Ryan, D. J. *et al.* Delirium in an adult acute hospital population: Predictors, prevalence and detection. *BMJ Open* (2013) doi:10.1136/bmjopen-2012-001772.
161. Meagher, D. *et al.* Frequency of delirium and subsyndromal delirium in an adult acute hospital population. *Br. J. Psychiatry* (2014) doi:10.1192/bjp.bp.113.139865.
162. Bellelli, G. *et al.* ‘Delirium Day’: A nationwide point prevalence study of delirium in older hospitalized patients using an easy standardized diagnostic tool. *BMC Med.* (2016) doi:10.1186/s12916-016-0649-8.
163. McCoy, T. H., Hart, K. L. & Perlis, R. H. Characterizing and predicting rates of delirium across general hospital settings. *Gen. Hosp. Psychiatry* (2017) doi:10.1016/j.genhosppsy.2017.01.006.
164. Maldonado, J. R. Acute Brain Failure: Pathophysiology, Diagnosis, Management, and Sequelae of Delirium. *Critical Care Clinics* (2017) doi:10.1016/j.ccc.2017.03.013.
165. Lawlor, P. G. *et al.* Occurrence, causes, and outcome of delirium in patients with advanced cancer: A prospective study. *Arch. Intern. Med.* (2002) doi:10.1001/archinte.160.6.786.
166. Weckmann, M. T., Bay, C., Abu Ata, N. & Morrison, R. S. Incidence and Cause of Delirium in Hospitalized Patients between the Ages of 18 and 56: A Retrospective Chart Review. *Int. J. Palliat. Care* (2014) doi:10.1155/2014/214265.
167. Watt, C. L. *et al.* The incidence and prevalence of delirium across palliative care settings: A systematic review. *Palliative Medicine* (2019) doi:10.1177/0269216319854944.

168. Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W. & Joiner, T. E. Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors Part 2: Suicide-Related Ideations, Communications, and Behaviors. *Suicide Life-Threatening Behav.* (2007) doi:10.1521/suli.2007.37.3.264.
169. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, et. al. World report on violence and health - World Health Organization. *Lancet* (2002).
170. Organization, W. H. O. mortality database. *Medicina* (2011).
171. Jiang, M., Hu, Z. & Cao, Y. Suicide deaths concentrated in Beijing Universities [3]. *American Journal of Psychiatry* (2007) doi:10.1176/appi.ajp.2007.07060948.
172. Perez, V. W. The Relationship Between Seriously Considering, Planning, and Attempting Suicide in the Youth Risk Behavior Survey. *Suicide Life-Threatening Behav.* (2005) doi:10.1521/suli.35.1.35.59267.
173. Baca-García, E. *et al.* Association between the menses and suicide attempts: A replication study. *Psychosom. Med.* (2003) doi:10.1097/01.PSY.0000058375.50240.F6.
174. Baca-García, E., Sánchez González, A., González Díaz-Corralero, P., González García, I. & De Leon, J. Menstrual cycle and profiles of suicidal behaviour. *Acta Psychiatr. Scand.* (1998) doi:10.1111/j.1600-0447.1998.tb09959.x.
175. Chen, V. C. H. *et al.* A community-based study of case fatality proportion among those who carry out suicide acts. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* (2009) doi:10.1007/s00127-009-0021-9.
176. Shenassa, E. D., Catlin, S. N. & Buka, S. L. Lethality of firearms relative to other suicide methods: A population based study. *J. Epidemiol. Community Health* (2003) doi:10.1136/jech.57.2.120.
177. Spicer, R. S. & Miller, T. R. Suicide acts in 8 states: Incidence and case fatality rates by demographics and method. *Am. J. Public Health* (2000) doi:10.2105/AJPH.90.12.1885.
178. Torre, E. *et al.* Suicide and attempted in the province of Turin from 1988 to 1994: Epidemiological analysis. *Eur. J. Psychiatry* (1999).
179. Hjorthøj, C. R. ygaar., Madsen, T., Agerbo, E. & Nordentoft, M. Risk of suicide according to

- level of psychiatric treatment: a nationwide nested case-control study. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* (2014) doi:10.1007/s00127-014-0860-x.
180. Doganay, Z. *et al.* Climatic and diurnal variation in suicide attempts in the ED. *Am. J. Emerg. Med.* (2003) doi:10.1016/S0735-6757(03)00039-1.
 181. Lin, C. J. *et al.* The characteristics, management, and aftercare of patients with suicide attempts who attended the emergency department of a general hospital in northern Taiwan. *J. Chinese Med. Assoc.* (2014) doi:10.1016/j.jcma.2014.02.014.
 182. Wang, J. *et al.* Trends in the Incidence and Lethality of Suicidal Acts in the United States, 2006 to 2015. *JAMA Psychiatry* (2020) doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.0596.
 183. Hawton, K. *et al.* Repetition of self-harm and suicide following self-harm in children and adolescents: Findings from the Multicentre Study of Self-harm in England. *J. Child Psychol. Psychiatry Allied Discip.* (2012) doi:10.1111/j.1469-7610.2012.02559.x.
 184. Cooper, J. *et al.* Suicide after deliberate self-harm: A 4-year cohort study. *Am. J. Psychiatry* (2005) doi:10.1176/appi.ajp.162.2.297.
 185. Gillies, D. *et al.* Prevalence and Characteristics of Self-Harm in Adolescents: Meta-Analyses of Community-Based Studies 1990–2015. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (2018) doi:10.1016/j.jaac.2018.06.018.
 186. Harris, D. Delirium in advanced disease. *Postgraduate Medical Journal* (2007) doi:10.1136/pgmj.2006.052431.
 187. Knoepfel S, Bode L, Gehrke S, Spiller T, Fuchs S, Ernst J, von Känel R, B. S. Delirium at the end of life. *Palliat. Support. Care* 1–6 (2020).
 188. Abdelrahman, I. *et al.* Development of delirium: Association with old age, severe burns, and intensive care. *Burns* (2020) doi:10.1016/j.burns.2020.02.013.
 189. Gehrke, S. *et al.* The prevalence rates and sequelae of delirium at age older than 90 years. *Palliat. Support. Care* (2020) doi:10.1017/S1478951520001297.

10. EKLER

10.1 Veri Kayıt Formu

Sosyodemografik ve Kayıt Bilgileri		
Ad ve Soyad		Doğum Tarihi:
Protokol No:		Hasta No:
Sigorta:	Cinsiyet: K () E ()	Medeni Hal: Evli () Bekar () Boşanmış () Dul ()
Çocuk: Yok () Var (), varsa sayı		İkametgahı (İl-İlçe): /
Eğitim Durumu: Okur Yazar değil () Okur Yazar () İlkokul Mezunu () Ortaokul Mezunu () Lise Mezunu () Üniversite Öğrencisi () Üniversite Mezunu () Yüksek Lisans Mezunu () Doktora Mezunu () Bilinmiyor ()		
Meslek		
Ev hanımı		İşçi (.....)
Memur (.....)		Emekli (.....)
Serbest meslek (.....)		Öğrenci
Çalışmıyor → Öncesinde çalışmış () Hiç çalışmamış ()		
Hane Halkı Durumu: Ebeveynleri ile () Yalnız () Huzurevi-bakımevi () Eşi ile () Arkadaşları ile () Yurt vb () Diğer () Bilinmiyor ()		
Yatış Tarihi:		Konsültasyon İstem Tarihi:
Öncesinde Psikiyatri takibi mevcut olan: <i>Yatış var () Yok ()</i>		
Öncesinde Psikiyatri takibi olmayan:		
Öncesinde konsülte edilen; aynı dönemde () – farklı dönemde ()		
Sayı: Öncesinde konsülte edilmeyen ()		
Konsültasyon İstenen Bölüm		
Acil Servis ()		
Cerrahi Bilimler	Dahili bilimler	Yoğun Bakım Birimleri
Ortopedi: Üroloji: Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi: Nöroşirurji: Kulak Burun Boğaz: Kadın Hastalıkları ve Doğum: Kalp Damar Cerrahi: Göğüs Cerrahi: Girişimsel Radyoloji: Genel Cerrahi: Göz:	Dahiliye: Endokrinoloji: Gastroenteroloji: Nefroloji: (Hemodiyaliz): Geriatrid: Hematoloji: (Kök Hücre Nakil): Onkoloji: Romatoloji: Deri ve Zührevi Hastalıklar: Enfeksiyon:	Anestezi: Dahiliye: Erişkin karma: Göğüs-Kalp Damar: Göğüs Hastalıkları: Kardiyoloji: Nöroşirurji: Nöroloji: Post-op Anestezi Birimi (PACU):

	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon: Göğüs Hastalıkları: Kardiyoloji: Nöroloji: Radyasyon Onkoloji:	
Hastanın Primer Yatış Nedeni ve Ek Tanıları:		
Ek hastalıklar:		
Sigara:		
Alkol:		
Madde (Çeşitleri):		
Ailede bilinen Psikiyatrik Hastalık Öyküsü:		
Konsültasyon İstem Nedeni (Acil Dışı)		
Tedavi sırasında psikiyatrik bozukluk ya da belirtilerin ortaya çıkması (Duygudurum, Konfüzyon, Anksiyete, Ajitasyon, Dissosiyatif, Psikotik, Sanrı, Varsanı, Uyku, Somatik, Diğer (.....)) Önceden varolan ve halen sürmekte olan psikiyatrik bozukluk ve tedaviyi danışma (Duygudurum, Konfüzyon, Anksiyete, Ajitasyon, Dissosiyatif, Psikotik, Sanrı, Varsanı, Uyku, Somatik, Diğer (.....)) Psikotrop ilaç kullanımıyla ilgili sorunlar Madde kullanımı ve kesilmesine ilişkin sorunlar Psikiyatrik ayırıcı tanı yapılması amacıyla Hastalığa yoğun duygusal tepki gösterme Sağlık çalışanlarıyla kişiler arası ilişki sorunu Operasyon öncesi danışma Tedavi işbirliği bozukluğu Tedaviyi reddetme İntihar girişimi ya da düşüncesi Kendine zarar verme ya da çevreye zarar verme davranışı Karar verme yeterliliğinin değerlendirilmesi Adli rapor talebi ve yanıtlanması gereken resmi yazılar Transplantasyon öncesinde rutin değerlendirme Neden belirtmeksizin psikiyatrik danışma Protez takılacak olması Kötü haber verme konusunda yardım isteği Hasta yakınları ve refakatçilerle ilişkili sorunlar Diğer nedenler (.....)		
Psikiyatrik Konsültasyon Sonucunda Konulmuş olan Tanı(lar)		
Önerilen Tedavi ve Yönlendirme:		
Psikotrop önerildiyse hangi grup ve ilaç Psikoterapi Yatış Sevk-Kendi servisimiz Poliklinik takibi		

Suisid Düşünce ya da Girişimi → Var() Yok ()
İlaç alımı Zehirli madde alımı – Cinsi Yüksek yerden atlama Ası Ateşli Silahla Kendine Zarar Verme Madde alımı Gaza maruz kalma ile Kesici-delici aletlerle kendine zarar verme Hareketli bir taşıtın önüne atlama Diğer:
Kendine Zarar Verme Davranışı → Var() Yok ()
İlaç alımı Zehirli madde alımı – Cinsi Yüksek yerden atlama Ası Ateşli Silahla Kendine Zarar Verme Madde alımı Gaza maruz kalma ile Kesici-delici aletlerle kendine zarar verme Hareketli bir taşıtın önüne atlama Diğer:

10.2 Etik Kurul Onayı

Karar No:2020/07-18		Tarih:06.04.2020			
KARAR BİLGİLERİ Prof.Dr. Can Cımilli'nin sorumlusu olduğu "Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na 2014 İle 2019 Yıllarındaki Yataklı Servis Ve Acil Servis Biriminden Gelen Konsültasyonların Ve Sonuçlarının Değerlendirilmesi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.					
ETİK KURUL BİLGİLERİ Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İy Klinik Uygulamaları Kılavuzu					
ETİK KURUL ÜYELERİ					
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkili mi?	İmza
Prof.Dr.Sadık Kıvanç METİN (Başkan)	Kalp ve Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	[Redacted Signature Area]
Prof.Dr. Sermin ÖZKAL (Başkan Yardımcısı)	Tıbbi Patoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Serkan YENER	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Pınar TUNCEL	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Arzu GENÇ	Nörolojik Fizyoterapi - Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐ H ☒	
Doç.Dr.Nil Hocaoglu AKSAY	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Doç.Dr.Murat BEKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEU Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E ☐ H ☒	
Doç.Dr.Tufan ÇANKAYA	Tıbbi Genetik	Tıbbi Genetik Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	
Doç.Dr.Ayfer DAYI	Davranış Fizyolojisi	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Doç.Dr.Korcan DEMİR	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	
Doç.Dr.Mahmut Cem ERGON	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	
Öğr.Gör.Dr.Kıvanç YÜKSEL	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Bilişim A.D	Erkek	E ☐ H ☒	
Av.Esra FIRTINA	Avukat	DEU Rektörlüğü Hukuk Müşavirliği	Kadın	E ☐ H ☒	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐ H ☒	
Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu				ASLI GİBİDİR 20 Temmuz 2020 DEÜ Tıp Fakültesi Fakülte Sekreteri	