

**T.C.  
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ**

**KONSÜLTASYON İSTENEN VE İSTENMEYEN YATAN  
HASTALARIN PSİKİYATRİK MORBİDİTE AÇISINDAN  
KARŞILAŞTIRILMASI**

**Dr. Şemsi Soner ÖZDEMİR**

**Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı  
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**ESKİŞEHİR  
2012**



**T.C**  
**ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**

**KONSÜLTASYON İSTENEN VE İSTENMEYEN YATAN  
HASTALARIN PSİKİYATRİK MORBİDİTE AÇISINDAN  
KARŞILAŞTIRILMASI**

**Dr. Şemsi Soner ÖZDEMİR**

**Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı**  
**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŐMANI**  
**Prof. Dr. Cem KAPTANOğLU**

**ESKİŞEHİR**  
**2012**

## TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI

T.C  
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI'NA

Dr. Şemsi Soner ÖZDEMİR'e ait "Konsültasyon İstenen ve İstenmeyen Yatan Hastaların Psikiyatrik Morbidite Açısından Karşılaştırılması" adlı çalışma jürimiz tarafından Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda Tıpta Uzmanlık tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

Tarih: 02.05.2012

Jüri Başkanı	Prof. Dr. Cem KAPTANOĞLU Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Üye	Prof. Dr. Gökay AKSARAY Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Üye	Doç. Dr. Çınar YENİLMEZ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Fakülte Kurulu'nun.....  
Tarih ve ..... Sayılı Kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. Bekir YAŞAR  
Dekan

## TEŐEKKÖR

Eskiőehir Osmangazi Őniversitesi Ruh Saęlıęı ve Hastalıkları Anabilim Dalı' nda yapmıő olduęum uzmanlık eęitimim sűresince bilgi ve deneyimlerini benimle paylaőan, hayata dair yeni bir kapı ačan, huzurlu, keyifli bir çalıőma ortamı saęlayan baőta tez danıőmanım, deęerli hocam, Prof. Dr. Cem KAPTANOęLU olmak űzere Prof. Dr. Gökay AKSARAY' a, Doç. Dr. ınar YENİLMEZ' e, Yrd. Doç. Dr. Gűlcan GűLE' e ve Yrd. Doç. Dr. Altan EŐSİZOęLU' na teőekkűr ederim.

## ÖZET

**Özdemir, Ş.S. “Konsültasyon İstenen ve İstenmeyen Yatan Hastaların Psikiyatrik Morbidite Açısından Karşılaştırılması”. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir, 2012.** Konsültasyon liyezon psikiyatrisi, genel klinik tıp ve çeşitli uzmanlık alanları ile psikiyatrik ve psikososyal durumlar arası bağlantıları araştıran, fiziksel hastalıklara eşlik eden psikiyatrik bozukluk ve psikososyal sorunların tanısı, tedavisi, izlenmesi ile uğraşan bir bilim dalıdır. Günümüz hastanelerinde dahili ve cerrahi klinikler ile birlikte liyezon psikiyatrisi servislerinin de bulunması fikri yaygınlaşmaktadır. Psikososyal olayların, fiziksel hastalıkların ortaya çıkması, tekrarlaması ve kontrolünün güçleşmesinde önemli etkilerinin olduğu bilinmektedir. Temel hasta popülasyonu, genel hastaneye başvuran ve yatağında ya da ayaktan tedavisi süren dahili ve cerrahi hastalar olan konsültasyon liyezon psikiyatrisi, bu hastaların değerlendirilmesinde, takip ve tedavisinde tıbbi ekibin bir üyesi olarak rol alan multidisipliner bir ekip tarafından uygulanır. Yapılan bir çok çalışmada hastanede yatarak tedavi gören hastalarda %60’ a varan oranlarda psikiyatrik belirtilerin olduğu bilinmektedir. Bu çalışmada, hastanede yatarak tedavi gören hastaların psikiyatrik belirti şiddetlerinin ve morbiditenin incelenmesi hedeflenmiştir. Bu çalışmaya, Eskişehir Osmangazi Tıp Fakültesi Hastanesi’ nde yatarak tedavi gören hastalardan 3 aylık süre boyunca istenen psikiyatrik konsültasyonla ardısıra 100 hasta ve kontrol grubu olarak konsültasyon istemiyle aynı zaman diliminde, aynı servislerde yatan 100 hasta alınmıştır. Çalışmamızın sonucunda, araştırma ve kontrol grubunun Hamilton Anksiyete Ölçeği, Hamilton Depresyon Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Genel Sağlık Anketi ve İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi toplam puan ortalamaları açısından anlamlı fark olmadığını, tanı konma oranlarının araştırma grubunda %78, kontrol grubunda %60 olduğunu, kadın hastaların erkeklere göre Genel Sağlık Anketi puanlarının daha yüksek olduğunu saptadık.

**Anahtar Kelimeler:** konsültasyon, psikiyatri, komorbidite

## ABSTRACT

**Özdemir, Ş.S. “A Comparison of Inpatients Requested for Consultation and not in terms of Psychiatric Morbidity”. Eskişehir Osmangazi University Faculty of Medicine, Department of Psychiatry, Thesis of Specialization in Medicine, Eskişehir, 2012.** Consultation and liaison psychiatry is a discipline that explores for the relationships between general clinical medicine with some other fields of expertise and psychiatric and psychosocial conditions. It deals with the diagnosis, treatment and prognosis of psychiatric and psychosocial problems accompanying physical diseases. The idea of incorporating liaison psychiatry services with internal and surgical clinics has become widespread. It is known that psychosocial events have effects on the occurrence, relapses and the difficulties in control of physical illness. Liaison psychiatry whose population consists of internal and surgical inpatients and outpatients of who apply to a hospital is carried with a multidisciplinary team each having a role in examining, follow-up and treatment. Several researches have pointed to the fact that approximately %60 of inpatients in a hospital have psychiatric symptoms. The aim of this study is to investigate the psychiatric morbidity and severity of psychiatric symptoms of inpatients in hospitals. Required consultations of 100 consecutive inpatients receiving treatment in Eskişehir Osmangazi Faculty of Medicine Hospital in 3 months were composing the experimental group data and the 100 patients staying in the same services in the same time period were collected as a control group. At the end of the study, there wasn't any significant difference between experimental and control groups in Hamilton Anxiety Scale, Hamilton Depression Scale, Multidimensional Scale of Perceived Social Support, General Health Questionnaire, and Global Assessment of Functioning total scores. The percentage of diagnosing was %78 in experimental group while it was %60 in control group and the scores of women in General Health Questionnaire was higher than men.

**Key Words:** consultation, psychiatry, comorbidity

## İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
TABLOLAR DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ	1
1.1. Hipotezler	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Tarihçe	4
2.2. KLP Üst Uzmanlık	6
2.3. Türkiye Psikiyatrisinde Konsültasyon Liyezon	6
2.4. Tanım	7
2.5. Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisinin İşlevleri	13
3. GEREÇ VE YÖNTEM	17
3.1. Örneklem	17
3.2. Araştırmanın Aşamaları	18
3.3. Veri Toplama Araçları	18
3.4. İstatistiksel Analiz	20
4. BULGULAR	21
5. TARTIŞMA	36
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	43
KAYNAKLAR	45
EKLER	
EK 1: Sosyodemografik Veri Toplama Formu	
EK 2: DSM IV Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi ( SCID I )	
EK 3: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ( ÇBASDÖ )	
EK 4: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği ( HDÖ )	



EK 5: Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği ( HAÖ )

EK 6: İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Formu ( İGD )

EK 7: Genel Sağlık Anketi ( GSA )

EK 8: Asistan Anketi

## SİMGELER VE KISALTMALAR

ÇBASDÖ	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Bozukluklar İçin Tanı ve İstatistiksel El Kitabı)
FTR	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon
GSA	Genel Sağlık Anketi
HAÖ	Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği
HDÖ	Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği
ICD	International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems (Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması Resmi Kodlaması)
İGD	İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Formu
KBB	Kulak Burun Boğaz
KDH	Kadın Doğum Hastalıkları
KLP	Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi
KVC	Kardiyovasküler Cerrahi
SCID I	DSM-IV Yapılandırılmış Klinik Görüşme

## ŞEKİLLER

	Sayfa
4.1. Konsültasyon İsteminde Bulunan Hekimlerin Dağılımı	21
4.2. Psikiyatrik Konsültasyon İsteyen Hekimlerin Konsültasyon İsteme Nedenleri	22
4.3. Konsültasyon İsteyen Hekimlerin Hastalarıyla İlgili Öntanlarının Dağılımı	24

**TABLolar**

	Sayfa
4.1. Asistan Anket Sonuçları	23
4.2. Psikiyatrik Konsültasyon İsteyen Kliniklerin Dağılımı	23
4.3. Araştırma ve Kontrol Grubunun Yaş Ortalamaları	25
4.4. Araştırma ve Kontrol Gruplarının Sosyodemografik Açısından Karşılaştırılması	26
4.5. Araştırma ve Kontrol Grubunun Klinik Özellikler Açısından Karşılaştırılması	28
4.6. Araştırma ve Kontrol Grubunun SCID Kullanılarak Konulmuş Tanıları	29
4.7. Araştırma ve Kontrol Grubunun Değerlendirme Sırasında Hastanede Kalış Sürelerinin Karşılaştırılması	30
4.8. Araştırma ve Kontrol Grubunun HDÖ, HAÖ, ÇBASDÖ, GSA ve İGD Toplam Ortalama Puan Karşılaştırılması	31
4.9. Kadın ve Erkek Hastaların HDÖ, HAÖ, ÇBASDÖ, GSA, İGD Puanları ve Karşılaştırmaları	32
4.10. Araştırma ve Kontrol Grubunun Araştırmaya Alındığı Andaki Hastanede Kalış Süresi ile HAÖ, HDÖ, GSA, ÇBASDÖ ve İGD Puan Ortalamaları Korelasyonu	33
4.11. Araştırma ve Kontrol Grubunun Yaşları ile HAÖ, HDÖ, GSA, ÇBASDÖ ve İGD Korelasyonu	34
4.12. Psikiyatrik Öyküsü Olan ve Olmayan Hastaların HDÖ, HAÖ, GSA, İGD ve ÇBASDÖ Açısından Karşılaştırılması	35

## 1. GİRİŞ

Tıp alanında biyopsikososyal bütüncül yaklaşımın geçerli kılınmasına dönük sistematik klinik çalışmalar 1930' larda başlamıştır. Bu alanda birçok öncü çalışmalar yapılmış ve muayene, gözlem ve öykü alınmasında bütüncül yaklaşıma ilişkin çözüm ve öneriler getirilmiştir. Bu gelişmelerin psikiyatriye yansıdığı önemli alanlardan biri de Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi' dir(1).

Konsültasyon liyezon psikiyatrisi psikiyatrik bilgi ve becerilerin dahili ve cerrahi hastalarda uygulanması, uyarlanması ve geliştirilmesi ile ilgili bir bilim dalıdır(2). Liyezon psikiyatrisi, kavramsal ve klinik açıdan insan varlığını, sağlığını ve hastalıklarını biyolojik, psikolojik ve sosyal-çevresel bütünlüğü içinde ele alma, tanıma ve çözüm üretme çabasının çağdaş tıptaki uzantısıdır(3). Klinik servisle psikiyatri ve tıbbın diğer alanlarının buluştuğu ortamlarda eğitim ve araştırma ile ilgilenir. Genel tıp ve klinik uzmanlık dalları ile psikiyatri arasında bağlantı ve işbirliğini yürütür(2). Temel hasta popülasyonu genel hastaneye başvuran ve yatarak ya da ayaktan tedavisi süren dahili ve cerrahi hastalarıdır(4).

Batı toplumlarında yatan hastaların ortalama %10 una götürülen bu hizmet(5), ülkemizde henüz bu boyutlara ulaşmamıştır(6). Bunda, hastaların psikiyatri konsültasyonuna olumsuz bakışlarının olduğu kadar, hekimlerin psikiyatrik konsültasyon isteme gerekçelerini hastaya sunmadaki zorlukları ve psikiyatrik hastalıkları tanıma güçlükleri de önemli rol oynamaktadır(7). Özellikle depresyon hastaları birinci basamak tedavi kurumlarına sıklıkla başvurur ancak tanı ve tedavideki güçlükler buradan itibaren başlar(8).

Hastanede dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastaların %20-% 65 oranında, başta anksiyete, depresyon ve somatoform bozukluklar olmak üzere, çeşitli psikiyatrik bozukluklar gösterdiği de göz önüne alınırsa bu alanın önemi daha da anlaşılır hale gelmektedir(8, 9). Yapılan çalışmalar, sosyoekonomik durum, sosyal destek, performans kapasitesi, hastalık tanısı almak gibi durumların psikiyatrik bozuklukları artırdığını göstermektedir(29).

Bu çalışmada, dahili ve cerrahi kliniklerde yatarak tedavi gören hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri, işlevsellik ve algılanan sosyal destek düzeyleri değerlendirilecek ve konsültasyon istenmeyen ancak tarafımızca basit rastgele yöntemle seçilerek değerlendirilen kontrol grubuyla karşılaştırılacaktır. Konsültasyon

istenen ve istenmeyen hasta gruplarının psikiyatrik morbidite ve belirti düzeylerinin karşılaştırılması, konsültasyon isteme kararının tutarlılığı konusunda bir fikir verecektir.

Özetle bu çalışmada, dahili ve cerrahi kliniklerde yatarak tedavi gören ve psikiyatrik konsültasyon ile değerlendirilmesi istenen hastaların SCID, HDÖ, HAÖ, GSA-34, ÇBASDÖ, İGD ile değerlendirilmesi ve tüm veriler açısından yine aynı dahili ve cerrahi kliniklerde yatarak tedavi gören, konsültasyon istemiyle eş zamanlı, konsültasyonun istendiği klinikten, random sayılar tablosu kullanılarak basit rastgele yöntemle seçilmiş konsültasyon istenmeyen başka bir grupla karşılaştırılması amaçlanmıştır.

### **1.1. Hipotezler**

1. Dahili ve cerrahi servislerde yatarak tedavi gören hastalardan, araştırma grubunun GSA puan ortalamalarının, kontrol grubunun GSA puan ortalamalarına göre daha düşüktür.
2. Kontrol grubunda psikiyatrik tanı konulan hastaların oranına göre araştırma grubunda psikiyatrik tanı konulan hasta oranının önemli düzeyde yüksektir.
3. Araştırma grubundaki hastalara konulan psikiyatrik tanımlar ile kontrol grubundaki hastalara konulan psikiyatrik tanımlar daha fazladır.
4. Araştırma grubundaki ve kontrol grubundaki hastalardan kadınların psikiyatrik rahatsızlıklarının belirti şiddeti, erkeklere göre daha yüksektir.
5. Kontrol grubundaki hastaların anksiyete düzeyleri, araştırma grubundaki hastaların anksiyete düzeylerine göre şiddet açısından daha düşüktür.
6. Kontrol grubundaki hastaların depresyon düzeyleri, araştırma grubundaki hastaların depresyon düzeylerinden düşüktür.
7. Araştırma grubundaki hastaların sosyal destek düzeyleri, kontrol grubuna göre daha düşüktür.
8. Araştırma grubundaki hastaların işlevsellik düzeyleri, kontrol grubundaki hastalara göre daha düşüktür.

## 2. GENEL BİLGİLER

Özellikle 1960'lı yıllardan sonraki deneysel klinik ve epidemiyolojik araştırmalar, tıbbi hastalıkların ortaya çıkışı ile psikososyal zorlanmalar arasındaki ilişkiyi ortaya koymuştur. Kayıp ve yas reaksiyonlarından sonra somatik hastalık gelişimi ya da mevcut hastalığın şiddetlenmesi, niteliğinin değişmesi, prognozun kötüleşmesi saptanmıştır. Holmes ve Rahe, aile, iş, sosyal ortam, ekonomik durum, çevre gibi her türden değişimin, organik hastalık gelişimini kolaylaştırdığını belirtmiştir(10). Zorlayıcı yaşam olayları içinde 100 puan ile eş ölümünün en katastrofik etki yaptığını bildirmiştir. Kuşkusuz zorlanmanın kendisi kadar, bu dış uyaran ya da ortamın kişi tarafından nasıl algılandığı, kişinin algısal çevresi ve durumu yorumlaması değişkenlikler gösterir. Bu alandaki temel araştırmalardan birisi kuşkusuz yatkınlık taşıyan bir bireyde dış ortamdan gelen zorlanmaların hastalık gelişimini kolaylaştırmadaki psikofizyolojik süreçlerin anlaşılmasıdır(3).

Psikiyatrik yardım ve tedaviye ihtiyacı olan kişilerin büyük çoğunluğu psikiyatri dışı tıp bilimlerine başvurmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran hastaların %15'inde esas sorunun mental ve emosyonel olduğu bildirilmektedir. Genel hastanelerde ise psikiyatrik semptom varlığının, %36 ile %50 arasında olduğu, konsültasyon istenme oranlarının ise %2 ile %6 arasında olduğu bildirilmektedir(11). Psikiyatrik morbidite onkoloji, cerrahi, koroner yoğun bakım, organ nakli gibi ünitelerde özellikle çok yoğundur. Çeşitli kliniklere başvuran hastaların %60' a yakınında fiziksel hastalık yanında tedavi gerektirecek psikiyatrik ve psikososyal rahatsızlık olduğu bilinmektedir(12, 13, 75). Bu hasta grubuna hizmet veren konsültasyon-liyezon biriminin çalışma alanları arasında; bedensel yakınması olan hastalarda psikiyatrik morbiditenin araştırılması, tanısı, tedavisi, izlemi, psikiyatri dışı kliniklerdeki tedavi ekiplerine psikososyal tıp eğitimi ve bilimsel araştırmalar sayılabilir(14). Birincil ruhsal bozukluğu olan hastaların büyük çoğunluğu psikiyatri dışı kliniklere başvurmakta ve bu hastaların erken tanı ve psikiyatrye sevklerinde sorun yaşanmaktadır. Bu sorunlar hastanın genel iyilik halini, uyumunu, yaşam kalitesini, hastalığın seyrini ve tedaviye cevabını olumsuz etkilemektedir(17). Ayrıca tedavi edilmemiş psikiyatrik bozuklukların, tedavi maliyetlerini artırdıkları bilinmektedir. Depresyon ve anksiyete bozukluğu tanısı olan

hastaların tedavi maliyetlerinin, olmayanlara göre iki kat daha yüksek olduğu belirtilmektedir(18). Genel sağlık sigortalarındaki değişiklikler, toplum sağlığına verilen önem ve yasal süreçler, KLP alanına ilgiyi artırmaktadır(11). Bunun dışında da genel olarak KLP' ne ilginin arttığı belirtilmektedir(77).

Konsültasyon-liyezon psikiyatrisi organik hastalıklarda görülen psikiyatrik bozuklukların araştırılması, tedavisi, tedaviye uyum güçlükleri ile tıbbi bakımın psikososyal yönleri üzerine yapılan çalışmalardan oluşur(19). Konsültasyon ve liyezon hizmetleri kesin bir sınırla ayrılmamakla birlikte hizmet verilmiş biçimi açısından bazı farklılıklar vardır. Konsültasyon, çoğunlukla hasta merkezlidir ve tanıya da baş etme gücüğü yaşanan hasta ile ilgili psikiyatrik görüş alma talebidir. Liyezon modeli ise psikiyatri dışı bir klinikle psikiyatri ekibinin sürekli ve düzenli işbirliğini içerir. Tanı ve tedavi hizmetlerinin yanında, eğitim, krize müdahale ve koruyucu ruh sağlığı işlevleri vardır(14). K-L psikiyatrisi, genel hastanede yatarak tedavi gören veya ayaktan izlenen tıbbi hastalardaki bir dizi sorunların tedavi ve baş edilebilmesinde hastaya ve diğer birimlerdeki tedavi ekiplerine yardımcıdır(3, 15). Her şeyden önce hasta popülasyonu tıbbi hastalardır. Uygulama alanı, tedavi yöntemleri, servis yapısı, protokolleri ve ortamı ile genel psikiyatriden farklı adaptasyonları gerektiren, kendine özgü bilgi, ustalık ve kuralları vardır. Batı ülkelerinde, üniversite hastanelerinin yaklaşık %60' ında KLP servislerinin olduğu bilinmektedir(16). Ülkemizde henüz bu boyutlara ulaşmasa da bu alana ilgi artmaktadır.

## 2.1. Tarihçe

K-L Psikiyatrisinin başlangıcı 1800'lerin sonlarında Amerikan psikiyatrisinin babası Benjamin Rush ile olmuştur. Tıbbın entegrasyonuna (beden ve ruhun psikosomatik birliği) yönelik ilgi artmıştır. 1902'de Albany Hastanesinde (New York) ilk psikiyatri servisi düzenlenmiş ve 'tıp psikiyatri birimi' nin habercisi olmuştur(20). Psikiyatrinin genel hastanelere yerleşmesi ve tıbbi hastalara ruh sağlığı hizmetlerinin sunulmasına yönelik düşünceler 20. yüzyıl başlarında, klinik anlamda gündeme gelmiştir. Psikobiyolojik kuramlar ve bu yaklaşımı benimseyen klinisyenler ( Meyer, White, Henry, Dunbar, Biblings, Lipowski) bu alanda öncülük



yapmışlardır. Tıpta biyo-psikososyal bütüncül yaklaşımın geçerli kılınmasına dönük sistematik klinik çalışmalar 1930'larda başlamıştır(3). Psikosomatik tıp ve K-L psikiyatrisi, 1920-1930'larda genel psikiyatri hastanelerinin ve psikosomatik tıp hareketinin gelişmesiyle birlikte başlamıştır(13). Bu dönemde, Engel, daha sonra 'biyopsikososyal' olarak adlandırılacak olan 'hastalığın multifaktöriyel model' ini geliştirmiştir(22).

John schwab K-L psikiyatrisini üç döneme ayırmıştır:

**Başlangıç Dönemi:** A. Meyer, bu alanda kuramsal yaklaşımları ile öncü çalışmalar yapmış ve klinik muayene, gözlem ve öykü alınmasında bütüncül yaklaşıma ilişkin kapsamlı ve sistematik çözümlene ve öneriler getirmiştir(20). Meyer'in öğrencileri olan G.W.Henry ve Helen F. Dunbar genel hastanede konsültan psikiyatri uzmanı olarak çalışmışlar ve tıbbi-cerrahi hastalara ilişkin psikosomatik kapsamlı çalışmalar yapmışlardır(3). 1929'da G.W. Henry, devlet hastanelerinin, genel tıp ve psikiyatri birimlerinde psikiyatrist bulundurmalarını zorunlu tutmuştur. 1934 yılında ABD'de Colorado Hastanesi'nde "Liyezon Psikiyatrisi" adı altında ilk klinik kurulmuştur. Liyezon Psikiyatrisi deneyimini klinik uygulama anlamında ilk tanımlayan ve bu kliniği kuranın Edward G. Biblings olduğu kabul edilmiştir. Biblings, tıp ve psikiyatrinin genel hastanede bütünleşmesi ile tanı ve tedavi etkinliğinin ve kalitenin arttığını, hastanede yatış süresinin kısaldığını araştırmalarıyla ortaya koymuştur. İkinci dünya savaşı'ndan sonra ise ABD'de başta üniversiteler olmak üzere, genel hastanelerde KLP servisleri hızla gelişmiş ve kurumsallaşmıştır(1). 1954'de Massachusetts devlet hastanesinde psikanalist Avery Weisman tarafından yöneticiliği yapılan ilk formal konsültasyon servisi kurulmuştur(20).

**Gelişme Dönemi:** 1970'lerde ABD' de Ruh Sağlığı Ulusal Enstitüsü, K-L programlarının genişlemesinin harekete geçmesini, tıp öğrencileri için özel eğitim imkanlarını ve K-L dernek programlarının kurulmasını finanse etmiştir. 1977'de George Engel biyopsikososyal model adını verdiği tanımlı yapmıştır. Bu model sağlık ve hastalığı daha geniş biyolojik, psikolojik ve sosyal bağlamda ele almaktadır.

**Güçlenme Dönemi:** Bu dönem, 1920' lerdeki K-L servislerinin birkaç hastanede kuruluşundan, bugünkü ihtiyaçla psikiyatri eğitiminin bir parçası olarak K-

L servislerinin kurulmasına kadar geçen süreci içerir(20).1970’li yıllarla birlikte K-L psikiyatrisi geniş bilgi birikimi, klinik yapılanım, muayene ve tedavi yöntemleri, uygulama ilkeleri, klinik, eğitim ve araştırma alanları ile bir uzmanlık alanı olarak gelişmiştir(3). 1980’ de, DSM’ den ‘psikofizyolojik’ nozolojik terimi silinip yerine ‘fiziksel durumları etkileyen psikolojik faktörler’ terimi getirilmiştir(23)

## **2.2. KLP Üst Uzmanlık**

1991 yılında Amerikan Psikiyatri Birliği KLP disiplinini psikiyatri üst uzmanlık alanı olarak onaylandıktan sonra 2002 yılında KLP Psikosomatik Tıp bir bilim dalı ve üst uzmanlık alanı olarak en yaygın ve sistematik biçimde Amerika Birleşik Devletlerinde kurumsallaşmış ve üst uzmanlık olarak onaylanmıştır. KLP’ nin tanı yöntemleri, tedavi süreçleri ve izleme protokolleri açısından genel psikiyatriden farklıdır ve ileri eğitim gerektirmektedir. KLP bir üst uzmanlık alanı olarak kurumsallaştıkça genel hastanede çalışan psikiyatri uzmanları, uygulamalarının gerektirdiği eğitimi alacaklar, eğitimin gerekli kıldığı uzmanlaşma gerçekleşecektir. Zaman içerisinde KLP uzmanları yetişecektir(17).

KLP Üst uzmanlık alanının amaçları arasında kompleks medikal ve cerrahi hastaların psikiyatrik bakımı, psikiyatrik morbiditenin araştırılması, tanısı, tedavisi, izlemi; KLP alanındaki eğitimin kalitesinin yükseltilmesi, KLP alanında ileri eğitim ve araştırmalar düzenlenmesi sayılabilir. Profesyonel ve bilimsel konumu açısından üst uzmanlık alanı olarak KLP pratik ve kavramsal olarak üç özelliği ile tanımlanır: hizmet verdiği popülasyon, alandaki bilgi ve deneyimlerin artırılması ve uygulanması, diğer medikal uzmanlık alanları ile psikiyatri arasında köprü görevi(17).

## **2.3. Türkiye Psikiyatrisinde K-L**

Modern anlamda Türkiye psikiyatrisinin tarihi, ülkenin batılılaşma reformuna denk gelen 1800’lerin ortalarına kadar uzanmaktadır. Psikiyatri pratiğindeki deneyimler 12. ve 14. yüzyıllarda şifa evlerinin olduğu döneme uzanır. Buralar fiziksel ve ruhsal bakımın bir arada olduğu yerlerdi. Bir başka deyişle bu hastaneler

fiziksel ve ruhsal hastalıklara birlikte hizmet vermekteydi. Psikiyatri hastalarına müzik terapisini ve su terapisini içeren terapinin erken formları uygulanıyordu. Psikiyatri hastaları toplumda kabul görürdü ve özenle tedavi edilirdi.

Ruhsal hastalıklar genellikle suistimal edilmez veya damgalanmazdı. Batı dünyasındaki değişime rağmen, 1850'lere kadar Türkiye'de akıl hastalıkları hastanesi ayrılmadı. 1923' te cumhuriyetin ilanı ve 1933' te üniversite reformu sonrasında Türkiye psikiyatrisinde ciddi değişimler oldu. Batı değerlerine ve standartlarına uyum sağlanırken, biyolojik, dinamik ve tanımlayıcı psikiyatride değişimler oldu. Genel hastanede ilk psikiyatri kliniği 1954 de İstanbul Tıp Fakültesi' nde kuruldu. İlk K-L psikiyatrisi ise 1989 da yine İstanbul Tıp Fakültesi' nde kuruldu(24). Daha sonra Ankara ve İzmir'deki tıp fakültelerinde bilim dalı olmuştur(17). YÖK, Ocak 1997' de, Türkiye'de de önemi ve tıptaki yeri giderek belirginleşen KLP' nin Psikiyatri Anabilim Dalı bünyesinde bir bilim dalı olarak kurulmasına karar vermiştir(76).

#### 2.4. Tanım

Antik çağlarda, fiziksel ve ruhsal hastalıklar arasında bir ayırım yapılmaz ve her ikisinin de tanrılar ya da şeytani ruhlarla ilişkili olduğuna inanılırdı. Hastalıkların sebebi olduğu düşünülen kötü ruhların giderilmesine yönelik hem spiritüel hem de fiziksel girişimlerde bulunulurdu. Fizyoloji, psikoloji ve anatomiye bütünleyen bir yaklaşımı ortaya koyan ilk hekim Hipokrat'tır (M.Ö. 460-370). Hipokrat hastalıkların doğa üstü güçlerle ilgili olmadığını ve vücut sıvıları (kan, sarı safra, kara safra, mukus) arasındaki dengesizlikten kaynaklandığını ifade etmiştir. Hastanın bedeni, ruhsal durumu ve çevresi arasındaki dengesizliklerin hastalıklara yol açtığına işaret etmiştir. Galen (M.Ö. 30-200), ruhun beyin işlevi olduğunu belirtmiştir. Orta çağlar boyunca ise, tüm hastalıkların etiolojisinde 'günah' ların bulunduğu ve akıl hastalıklarının doğa üstü güçlerle ilişkili olduğu düşüncesi egemen oldu(3).

16. yüzyıldan başlayarak doğa bilimlerindeki gelişmeler insan bedeninin de gözlem ve deneyle araştırılmasını gündeme getirmiş ve bilimsel tıp başlamıştır. Descartes (1596-1650), felsefi yaklaşımla ruh ve beden ilişkisini irdelemiştir. Ancak beden-beyin-ruh ilişkisini bilimsel inceleme ile değil felsefi yaklaşımla ele almıştır

ve beden-ruh dualizmini aşamamıştır. Pinel, Kraepelin ve Freud'un olağanüstü bilimsel çabaları psikiyatri biliminin gelişmesine geniş katkı sağlamıştır(3).

Cannon ve Wolf psikolojik savunmaların, fizyolojik bileşenlerini ortaya koymuşlardır. Zorlanma karşısında 'kaç ya da savaş' tepkisine ilişkin araştırmalar, Selye'nin 'genel adaptasyon sendromu' kuramı, bu alanda ileri katkılar sağlamıştır. Weiner'in 1950'lerde, duodenal ülser gelişen askerlerde genetik olarak belirlenen serum pepsinojen düzeyi yüksekliğinin olduğu ve bunun bir yapısal yatkınlık oluşturduğunu, zorlanma durumlarında ülserasyonun geliştiğini göstermesi, ayrıca hipertansiyon ve koroner hastalıkta da benzer yapısal yatkınlıkların ortaya konması psikosomatik kavramına hem bilimsellik kazandırmış hem de sınırlarını çizmiştir(1,3).

Özellikle 1960'lı yıllardan sonraki deneysel klinik ve epidemiyolojik araştırmalar, tıbbi hastalıkların ortaya çıkışı ile psikososyal zorlanmalar arasındaki ilişkiyi ortaya koymuştur. Kayıp ve yas reaksiyonlarından sonra somatik hastalık gelişimi ya da mevcut hastalığın şiddetlenmesi, niteliğinin değişmesi, prognozun kötüleşmesi saptanmıştır. Holmes ve Rahe(10), aile, iş, sosyal ortam, ekonomik durum, çevre gibi her türden değişimin, organik hastalık gelişimini kolaylaştırdığını belirtmiştir. Zorlayıcı yaşam olayları içinde 100 puan ile eş ölümünün en katastrofik etki yaptığını bildirmiştir. Kuşkusuz zorlanmanın kendisi kadar, bu dış uyaran ya da ortamın kişi tarafından nasıl algılandığı, kişinin algısal çevresi ve durumu yorumlaması değişkenlikler gösterir. Bu alandaki temel araştırmalardan birisi kuşkusuz yatkınlık taşıyan bir bireyde dış ortamdan gelen zorlanmaların hastalık gelişimini kolaylaştırmadaki psikofizyolojik süreçlerin anlaşılmasıdır(3).

Psikiyatrik yardım ve tedaviye ihtiyacı olan kişilerin büyük çoğunluğu psikiyatri dışı tıp bilimlerine başvurmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran hastaların %15'inde esas sorunun mental ve emosyonel olduğu bildirilmektedir. Psikiyatrik morbidite onkoloji, cerrahi, koroner yoğun bakım, organ nakli gibi ünitelerde özellikle çok yoğundur. Çeşitli kliniklere başvuran hastaların %30-60'ında fiziksel hastalık yanında tedavi gerektirecek psikiyatrik ve psikososyal rahatsızlık olduğu bilinmektedir(12, 13) Birincil ruhsal bozukluğu olan hastaların büyük çoğunluğu psikiyatri dışı kliniklere başvurmakta ve bu hastaların erken tanı ve psikiyatriye sevklerinde sorun yaşanmaktadır. Bu sorunlar hastanın genel iyilik

halini, uyumunu, yaşam kalitesini, hastalığın seyrini ve tedaviye cevabını olumsuz etkilemektedir(17).

Konsültasyon-liyezon psikiyatrisi organik hastalıklarda görülen psikiyatrik bozuklukların araştırılması ve tedavisi ile tıbbi bakımın psikososyal yönleri üzerine yapılan çalışmalardan oluşur(19). Uygulama alanı, tedavi yöntemleri, servis yapısı, protokolleri ve ortamı ile genel psikiyatriden farklı adaptasyonları gerektiren, kendine özgü bilgi, ustalık ve kuralları vardır. Her şeyden önce hasta popülasyonu tıbbi hastalardır. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi, tıbbi hastalardaki akut/kronik psikiyatrik hastalıkların, tanı, ayırıcı tanı ve tedavisi, izlenmesi, tıbbi-cerrahi hastalardaki davranış sorunları, tedaviye uyum güçlükleri ile uğraşır, yatarak tedavi gören veya ayaktan izlenen tıbbi hastalardaki bir dizi sorunların tedavi ve baş edilebilmesinde hastaya ve diğer birimlerdeki tedavi ekiplerine yardımcıdır(3).

Başlangıçta liyezon psikiyatrisinin özgün tanımı bir 'akıl hastanesi' yerine bir genel hastanede gerçekleştirilen psikiyatrik aktivitelerin ( klinik çalışmalar, eğitim toplantıları, araştırmalar ) tümünü içermektedir. K-L psikiyatrisi gelişip olgunlaşırken, konsültasyon terimi hekimlerin genellikle yazılı konsültasyon istemleri yoluyla; belirli hastalarla gösterdikleri klinik aktiviteler anlamına gelmeye başladı. Liyezon terimi ise fiziksel hastalıklara eşlik eden psikiyatrik bozukluk ve psikososyal sorunların tanısı, tedavisi, izlenmesi(69), psikiyatristlerin dahiliye ve cerrahi servislerinde düzenli olarak gösterdikleri multidisipliner hasta bakım konferansları, servis ekibi için destekleyici grup toplantıları, gibi aktiviteleri içermektedir(19). Bu aktivitelerde, klinik tıbbi psikolog, liyezon psikiyatrisi hemşiresi, sosyal hizmet uzmanı ve diğer elemanlar kendi uzmanlık alanları doğrultusunda katkı sağlar, rol oynar(3). Liyezon psikiyatrisi uygulama ve ilişkide ruhsal ve bedensel ayırımı yapmadan bir bütün içinde ele alır. Hasta takibinde de hastanın tıbbi durumunu öncelikle dikkate alır, diğer kliniklerdeki tedavi ekibi ile yakın, karşılıklı bilgilendirme ve işbirliğini esas alır(3) Liyezon aktiviteleri hasta bakımındaki çağdaş kalite gelişiminin itici gücü olarak değerlendirilebilir(19).

Psikiyatri konsültasyonu, psikiyatri bilgisinin temelini gösteren konsültan ve isteyen servis arasındaki formal iletişimi tanımlamaktadır(20).

K-L psikiyatristleri hastane ortamının hastaların psikolojik sağlığı üzerine olan etkilerine daha duyarlı hale geldiler. K-L psikiyatristleri organik hastalıkları

olan hastaların sıklıkla sergiledikleri depresif sendromlar ve organik nedenlerle gelişen deliryum ve demans sendromları arasındaki tanısal ayrımlarla da ilgilendiler. Deliryum, demans ve depresyondan oluşan bu üç tanısal ‘D’ daha sonra K-L psikiyatristleri için ayırıcı tanıda merkezi bir öneme sahip oldu. K-L psikiyatrisi geliştikçe tıbbi bakımın psikososyal yönlerini anlama uğraşısına yeni alanlar ve bilgilerin eklenmesi sürecektir. K-L psikiyatrisi çalışması ömür boyu öğrenmeyi gerektirebilecek kadar geniş olsa da ilk adımları; tıbbi hastaların tanımlanması, tanı konulması, tartışılması ve hastalardaki psikiyatrik ve kimyasal bağımlılık problemlerine temel yaklaşımların öğrenilmesidir. Bu yaklaşımlar etkin bir hasta hekim ilişkisinin ve hasta sağaltımının temelidir(19).

Konsültasyon liyezon psikiyatrisinin hedef alanı 20. yüzyılın son 10 yıllık dönemlerinde belirgin olarak genişlemiş ve yeni binyılla birlikte daha da genişlemiştir. K-L psikiyatrisi, psikosomatik tıp ve medikal hastalar için psikiyatri, pratikte ve psikiyatri alanının felsefi öncülünde tanımlanmaları için birbirleri yerine kullanılmışlar ve genel tıbbi durumları teorilerden etiyoloji, koruma, gidişat ve sonuçları ile ayırtetmişlerdir. Liyezon psikiyatrisi belirgin bir düşünce okulu ya da teori ile bağlantılı değildir. Tüm psikiyatri bilgisinin pratik kullanımını, fikirleri, sağlık çalışanlarının yararlı olabileceği ve hastalarını anlayabileceği durumlara yönelik teknikleri içerir. Psikiyatri konsültasyonuna başvurma pratikteki hasta popülasyonu, morbidite, bakım yaklaşımı, kültürel farklılıklar, sosyoekonomik faktörler ve psikiyatristlerin ve diğer ruh sağlığı profesyonellerinin işbirliği deneyimleri gibi durumlara göre değişmektedir(20).

K-L psikiyatrisi psikosomatik tıbbın klinikteki pratiğidir. İnsanı bir bütün olarak ele alan ve zihni bedenden ayırmayan görüş, tıp pratiği alanına bağlayan ince çizgidir. Hastalar, bilgi alabilmek ve rehberlik için doktorlarının gözünün içine bakmışlar ve verilen tedaviye güvenerek ve razı olan bir duruşla kabul etmişlerdir. Hastalara hastalıkları konusunda bilgi vermek üzere iletişim kurma, doktorların rollerinin bir parçası olarak görülmemiştir. Hastaları içinde bulunduğu duruma göre iyi ya da kötü haber verme pratikte sık değildir(20). Birçok hekim psikiyatrik yardım ve işbirliğine ‘organik faktörler dışlandı’, ‘organik hastalığı olmadığı anlaşıldığı’ durumlarda ya da ‘fonksiyonel olup olmadığına’ dönük sorun yaşadığı zaman

başvurmaktadır. Bu yaklaşım hem psikiyatrinin katkısını ileri derecede sınırlamakta hem de tıp-psikiyatri ve dolayısıyla ruh-beden ayrımını arttırmaktadır(3).

Psikiyatrik ve fiziksel hastalıklar genel hastane uygulamasında sıklıkla birlikte görülmektedir. Bu birliktelik, fiziksel hastalığın nedenleri olarak psikolojik etmenler, fiziksel belirtilerle giden psikiyatrik bozukluk, fiziksel hastalığın psikiyatrik sonuçları, psikiyatrik ve fiziksel bozukluğun tesadüfen bir arada olması şeklinde karşımıza çıkabilir(1, 12).

Konsültasyon-liyezyon psikiyatrisi (KLP), psikiyatristlerin klinik servislerle ilişkilerinin gelişmesi ile klinik psikiyatride önem kazanmaya başlamıştır. Özel olarak planlanmış, KLP servisleri 35 yıldan uzun süredir Kuzey Amerika'da faaliyetlerini sürdürmektedir. Avrupa'da ise KLP kavramının yerleşmesi daha yakın tarihlerde gerçekleşmiştir. Türkiye'de ise ilk KLP birimi 1989' da İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi' nde(24) ve takip eden dönemde 1995'te Ankara Üniversitesi Psikiyatri Anabilimdalı'nın bünyesinde kurulmuştur(25).

K-L psikiyatrisinde temel yaklaşım olgunun değerlendirilmesi, tanı, yaklaşım, tedavi ve iletişimidir. Olgunun değerlendirilmesi yaygın olarak kişinin sanki bir psikiyatrik rahatsızlığı veya madde bağımlılığı varmışçasına betimlenmesi olarak tanımlanır. Tanı iki aşamada değerlendirilebilir. Birincisi hasta, ailesi, yakınları, servis ekibi, tıbbi kayıtlar ve testlerden sağlanan bilgidir. İkincisi ise sağlanan bilgiye tanı kriterlerinin uyarlanmasıyla ortaya çıkan tanı formülasyonudur. Yaklaşım tanı ve tedavi alternatiflerinin hastanın tedaviyi kabul etme noktasına kadar tartışılması olarak tanımlanabilir. Tedavi hastanın ayaktan veya yatarak tedavisi veya hastanın tıbbi tedavi aldığı yerden farklı bir psikiyatrik bakım alabileceği merkeze refere edilmesi olarak tanımlanabilir(19).

Tedavi ekibinin hastalar, yakınları ve aile üyeleri ile iletişimi K-L psikiyatristlerinin yoğun ve karmaşık uğraşlarından biridir. Hekimin etkin iletişimi hasta memnuniyeti, tedaviye daha iyi uyum, daha iyi prognoz ve daha az hekim hatası oranı sağlayacaktır(19).

Yapılandırılmış ve düzenli çalışan bir tedavi ekibi içinde hasta-hekim diyalogunun gelişmesi ve iletişim her hekim için önemli uğraşlardan biridir. Tedavi ekibi ve konsültan hekimlerle yardımlaşan hekimler daha iyi sorun çözücüdürler ve hekimlik camiası içinde daha etkin ve başarılı kabul edilirler(19).

Psikiyatrik tedaviden veya konsültasyondan yararlanacak hastanın tanımlanması işlemi henüz standart hale gelmemiştir ve hekimler tarafından yeteri kadar başarıyla uygulanmamaktadır. Hastaneye yatırılan hastalardan psikiyatrik hastalığı olanların yalnızca %1.5-3'üne tanı konulabilmektedir(19).

Genel nüfusta ruhsal bozuklukların 1 aylık yaygınlığı %16 iken, fiziksel hastalığı olanlarda aynı oran %21-26 arasında bulunmuştur. Kronik fiziksel hastalığı olanlarda yaşam boyu ruhsal bozukluk yaygınlığı ise %42 olarak bulunmuştur. Bunların çoğunluğunu madde kötüye kullanımı, duygudurum ve anksiyete bozuklukları oluşturmaktadır. Psikiyatrik bozukluklar ve psikolojik problemlerin fiziksel hastalığa eklenmesi sık olmasına karşın, büyük çoğunluğu tanınmamakta ve tedavi edilememektedir. Böylece hastane yatış süreleri uzamaktadır. Hastanede yatan hastalarda %30 ile %60 arasında psikiyatrik eştanı olduğu tahmin edilmektedir. Psikiyatrik eştanısı olan hastalara zamanında yapılan müdahalenin toplam hastane masraflarının azalmasına ve hastaların iyileşmesinin hızlanmasına yardımcı olacağı ileri sürülmektedir(12, 13).

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(26). 5 yıllık bir izlem çalışmasında psikiyatri dışı hekimlerin ruhsal hastalıkları tanıma oranı %41,5 olarak bulunmuştur. En sık tanınan durumun madde kullanımı olduğu, sonra sırasıyla deliryum, depresyon, anksiyete ve psikotik bozukluklar olduğu bulunmuştur(27).

Standardize edilmiş ölçek verilerine dayanarak yapılan epidemiyolojik çalışmalarda hastanede yatan hastalarda psikiyatrik komorbiditenin %41.3 ile %46.5 arasında değiştiği belirtilmiştir(30). Kronik fiziksel hastalığı olanlarda yaşam boyu ruhsal bozukluk yaygınlığı ise %42 olarak saptanmıştır(12).

Yatan hastalarda en sık gözlenen psikiyatrik hastalık gruplarının organik mental bozukluklar, depresif bozukluklar, alkol-madde bağımlılığı ve kötüye kullanımı olduğu belirtilmektedir(30). Türkiye'de yapılan bir çalışmada en sık psikiyatrik konsültasyon istenme nedenleri; ajitasyon (%24), depresif bulgu (%16.7), konversiyon (%16.7) olarak bulunmuştur(25). Su JA. ve arkadaşları, 5 yıllık bir izlem çalışması sonucunda madde kullanımını en sık tanınan psikiyatrik hastalık



olarak saptamıştır. Deliryum, depresyon, anksiyete ve psikoz bunu takip eden tanılar olarak belirlenmiştir(27).

Konsültasyon, hastanın beklenen şifası normal olarak düşünülen zaman sınırlarını aşmışsa; normal seyreden bir hastalıkta bir komplikasyon araya girmiş ve bu tehlikeli bir durum oluşturmuşsa ya da vakanın tedavisi olanaksız bir durum yaratmışsa, sorumluluğu paylaşmak için istenir. Konsültasyonu, hastanın müdavi hekimi, hasta ya da hasta ailesi isteyebilir. Konsültasyona çağırılan hekim, konusunda uzman bir kişi olmalıdır(28).

Yapılan araştırmalar, psikiyatrik bozuklukların fiziksel hastalıkların farklı tipleriyle de ilişkili olduğunu ve bazı kronik hastalıklarda daha fazla görüldüğünü ortaya koymuştur. Kanser, kronik arter hastalığı, hipertansiyon gibi genel kronik tıbbi problemi olan kişilerde psikiyatrik bozukluk sıklığı araştırılmış ve duygudurum ile anksiyete bozukluklarının bu kişilerde daha fazla olduğu tespit edilmiştir(29).

Fiziksel hastalığı olanlarda, ruhsal sorunlar için psikiyatri kliniğine başvuru oranı oldukça düşüktür ve genellikle ihmal edilmektedir. Dolayısı ile fiziksel hastalığı nedeniyle yatan hastalarda konsültasyon hizmeti sayesinde psikiyatrik değerlendirme ve müdahale fırsatı sağlanmaktadır(25).

## 2.5. K-L Psikiyatrisinin İşlevleri

Konsültasyon-liyezon psikiyatrisinin görevleri klinik hizmet, eğitim ve araştırma olarak üç alt grupta incelenebilir. Klinik hizmet alanı; konsültasyon, liyezon ve tedavi olarak gruplandırılabilir.

Konsültasyon, psikiyatrik tıp hizmetlerinin ilk basamağıdır. Çoğunlukla hasta merkezlidir ve psikiyatri dışı hekimin tanı ya da baş etme gücüne çaktığı bir hasta ile ilgili görüş alma talebidir(3). Hastalığın tanısı, hastanın yakınmaları, davranış biçimi, ruhsal uyumu ve tedaviyle ilgili görüş ve yardım istenmektedir.

Liyezon modeli ise bir klinik ile sürekli ve düzenli işbirliğini içerir. Tanı ve tedavi hizmetlerinin yanında eğitim, kriz müdahalesi ve koruyucu sağlık işlevi vardır. Bu hizmet alanında hasta bakımının psikososyal yönüne ilişkin eğitim değeri yüksektir. Koruyucu hekimlik alanında ileri bir adımdır. Bu uygulamada liyezon psikiyatrisi ekibi tıbbi ekibin bir üyesi gibidir ve herhangi bir talep olmadan da

hastaları değerlendirir ve psikososyal hizmet sunar. Tıbbi tedavi ile psikiyatrik tedavi ve psikososyal bakımın birlikte sunulmasına yönelik ileri bir adımdır(3).

Klinik hizmet alanı, görüş bildirmenin yanında uygun görülen tedavilerin yürütülmesini içermelidir. Bu tedaviler; psikotrop ilaç uygulaması, kısa psikoterapi, kriz müdahalesi, davranış tedavisi, gevşeme yöntemleri, kognitif psikoterapi, aile tedavisi olabilir. Doğrudan hastaya dönük hizmetlerin yanında hasta bakımının terapötik kılınması, hastaya uygun yaklaşımın sağlanması yönünde ilgili hekim ve/veya tedavi ekibine yönelik psikolojik yardım gibi dolaylı da olabilir(3).

K-L psikiyatrisinin eğitim hizmetleri koruyucu sağlık, psikososyal tıp anlayışının yaygınlaştırılması ve tedavi-bakım hizmetlerinin niteliğinin artırılmasında önemli değere sahiptir. Ruhsal bozukluğu olan insanların büyük çoğunluğunun psikiyatri dışı hekimlere başvurduğu düşünülürse bunun değeri daha iyi anlaşılacaktır.

K-L psikiyatrisinin klinik ve kavramsal ileri katkıları sağlayan bir diğer işlevi araştırmadır. Böylece tıp ile psikiyatri kavramsal boyutta kaynaşmaktadır. Aynı zamanda klinik hizmet potansiyelini arttırmakta ve ileri tedavi yöntemlerinin gelişmesini sağlamaktadır. 1970'li yıllardan sonra bu alandaki araştırmalarda olağanüstü gelişmeler sağlanmıştır. Bu alandaki araştırmalar psikopatolojiye ve nörobiyolojiye ilişkin araştırmaların birlikte sürdürülmesine olanak sağlamıştır. Hastalıkların ortaya çıkış ve seyrinde biyolojik, psikolojik ve sosyal etkenlerin birlikte ele alınması psikosomatik hekimlik anlayışının gelişmesini ve tedavi hizmetlerinin kalitesini arttıracaktır. Psikiyatrik tıbbın en önemli katkısı gerek biyolojik gerekse psikolojik tek boyutlu yaklaşımların aşılması gerektiğinin anlaşılmasıdır(3).

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 psikik 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 seyrinde ortaya çıkan bağımlılık, inkar, tedaviyi reddetme gibi sorunlarla uğraşmak ve gerektiğinde çevre ve aile ilişkilerine yönelik düzenlemeler,
- Hastane ortamının terapötik kılınmasına yönelik görüş bildirmek,
- Hasta bakım ve tedavisinde hasta-aile-tedavi ekibi üçgeninde ortaya çıkan ilişki ve iletişim sorunlarını çözmek,
- Tedavi ekinin, 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(3).

Genel hastane uygulamasında psikiyatrik sorunu ele alırken beden-ruh ayırımı ikilemine düşülmemeli ve sorun bir bütün olarak biyolojik, psikolojik ve sosyal yönleriyle ele alınmalıdır. K-L psikiyatrisi ile diğer tıp bilimleri arasındaki ilişki sadece majör psikiyatrik hastalıklardan ibaret değildir. Akut organik durumlar, emosyonel bozukluklar, uyum problemleri, mevcut fiziksel durumla açıklanamayan veya olağandan daha abartılı yakınmalar, hastanın uyum ve işbirliğini bozan durumlar, psikiyatrik yardım ve işbirliğini gerektirir(3).

Fiziksel durum ile ruhsal durum arasındaki etkileşim beş farklı grup içinde değerlendirilebilir.

- Fiziksel ve ruhsal durumun rastlantısal birlikteliği,
- Ortak bir sebebe bağlı fiziksel ve ruhsal bozukluğun gelişmesi,
- Fiziksel hastalığın psikiyatrik komplikasyonları,
- Psikiyatrik hastalığın fiziksel komplikasyonları,
- Fiziksel hastalığın psikolojik sebepleri (psikosomatik)

Liyezon psikiyatrisine sevk gerekçeleri ruhsal ve fiziksel hastalık işbirliği için atılan ilk adımdır. Ancak genel hastanede psikiyatrik sorunların tip, nitelik ve yaygınlığı açısından sevk edilenler sınırlı bir gruptur. Çeşitli ülkelerde yapılan çalışmalar, yatan hastaların ancak %1-10 'undan psikiyatrik konsültasyon istendiğini göstermektedir. Ayaktan izlenen hastalarda bu oran daha da düşmektedir. Bir çok hekim, hastalarda ortaya çıkan güçlükleri 'normal, doğal' olarak değerlendirip yardım talep etmemektedir(3).

Mayou, psikiyatrik konsültasyon isteme sebeplerinin fiziksel hastalığa eşlik eden psikolojik belirtiler, herhangi bir sebebe dayanmayan somatik belirtiler ve uyum güçlüğü yaratan davranış problemleri olduğunu belirtmektedir. Mayou ve Sharpe K-L psikiyatrisi bölümüne sevk gerekçelerini; kendine zarar verici davranışlar, açıklanamayan fiziksel belirtiler, organik ruhsal durumlar, fiziksel hastalığın psikolojik sonuçları, madde kullanım bozuklukları olarak sıralamıştır(3).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Örneklem

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı Polikliniğine Ekim 2011 ile Aralık 2011 tarihleri arasında, dahili ve cerrahi kliniklerde yatarak tedavi gören, ardı sıra gönderilen konsültasyon istemi gereği değerlendirilen, 18-65 yaş aralığındaki 108 hasta ve psikiyatrik konsültasyonun istendiği kliniklerden, konsültasyon istemiyle aynı zaman diliminde, random sayılar tablosu kullanılarak basit rastlantısal yöntemle seçilmiş, psikiyatrik konsültasyon istenmeyen 117 hasta ile görüşülmüş, her iki gruptan da 100' er hasta, toplam 200 hasta çalışmaya katılmayı kabul etmiştir. Çalışma 08.02.2011 Tarih ve 2011/24 sayılı yazı ile Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Etik Kurulu'na onaylanmıştır.

Araştırmaya Alınma Kriteri:

1. ESOGÜ Tıp Fakültesi Hastanesi Dahili veya Cerrahi Anabilim Dalı servislerinde yatıyor olmak
2. 18-65 yaş aralığında olmak
3. Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak
4. Okur-yazar olmak

Araştırmaya Alınmama Kriteri:

1. ESOGÜ Tıp Fakültesi Hastanesi Dahili veya Cerrahi Anabilim Dalı yoğun bakım ünitelerinde yatıyor olmak
2. 18 yaşından küçük olmak ya da 65 yaşından büyük olmak
3. Organik mental bozukluğu tanısı almak
4. Mental retardasyon tanısı almak
5. Çalışmaya katılmayı kabul etmemek

### 3.2. Araştırmanın Aşamaları

Katılımcılarda psikiyatrik morbiditeyi belirleyen tanıları, SCID Klinik Görüşme Formu uygulanarak değerlendirilmiştir. Her iki hasta grubu ve kontrol grubuna alınan katılımcılara, araştırmacının hazırladığı sosyodemografik veri formu, Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAÖ), Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDÖ), İşlevselliğin Genel Değerlendirme Ölçeği (İGD), Genel Sağlık Anketi (GSA), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) uygulanmıştır. Uygulamaya başlamadan önce katılımcılara araştırmanın amacı anlatılmış, yazılı onamları alınmış ve uygulanacak anketler ve ölçekler hakkında bilgi verilmiştir. Ayrıca araştırma görevlilerine, araştırmacının hazırladığı anket formu uygulanmıştır.

### 3.3. Veri Toplama Araçları

**Sosyodemografik Veri Toplama Formu** Araştırmacı tarafından araştırmaya katılanların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, iş durumu, yaşadığı yer, gelir durumunun değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

**DSM-IV Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I)** SCID-I, 1997 yılında DSM-IV' e göre Eksen I Bozuklukları' nın değerlendirilmesi ve tanı konulması amacıyla First ve ark.(31) tarafından geliştirilmiş, şu anda ve yaşam boyu tanı koymaya yönelik yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur. Özkürkçigil ve ark.(32) tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir ve geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır.

**Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)** 12 maddeden oluşan bir ölçektir. Her biri 4 maddeden oluşan desteğin kaynağına ilişkin 3 gruba içerir. Bunlar; aile, arkadaş ve özel bir insandır. Her madde 7 aralıklı bir ölçek kullanılarak derecelendirilmiştir. Her alt ölçekteki 4 maddenin puanlarının toplanması ile alt ölçek puanı elde edilir ve bütün alt ölçek puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanı elde edilir. Ölçeğin ülkemizde geçerlik ve güvenirliği Eker ve Arkar tarafından yapılmıştır. ( 33).

**Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDÖ)** Ölçek Hamilton (34) tarafından, depresyon tanısı almış hastalarda depresyonun şiddetini değerlendirmek

amacıyla 1950' lerin sonunda geliştirilmiştir. Klinisyen tarafından 17 depresyon semptomunu, üç ya da beş dereceli bir boyut üzerinden değerlendirmektedir. 0 ile 4 arasında puanlar alınabilir. En yüksek 53 puan alınabilir. HDÖ' ne göre toplam skor puanlaması: 0-7 depresyon yok, 8-12 hafif düzeyde depresyon, 13-17 orta düzeyde depresyon, 18-29 major depresyon, 30-52 ağır major depresyon şeklindedir. Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği Akdemir ve arkadaşları (35) tarafından yapılmıştır. Yeterli iç tutarlığa, test-tekrar test güvenilirliğine, değerlendiriciler arası güvenilirliğe, yapı ve ölçüt bağıntılı geçerliğe sahip olduğu gösterilmiştir. ( 36).

**Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAÖ)** Hamilton (37) tarafından geliştirilen bu ölçek bireylerde anksiyete düzeyini ve belirti dağılımını belirtmek ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla hazırlanmıştır. Sağlıklı bireyler ya da psikiyatrik hasta gruplarına uygulanabilir. Beşli likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Hem ruhsal hem bedensel belirtileri sorgulayan 14 maddeden oluşur. Ölçekte maddelerin varlığı ve şiddeti görüşmeci tarafından değerlendirilir. Yönergesinin anlaşılır olması ve yarı yapılandırılmış sorgulama nedeniyle uygulanması kolaydır. Son 72 saat içindeki anksiyete düzeyini değerlendirmek üzere kullanılır. Her maddeden elde edilen puan toplanarak toplam puan elde edilir. Her maddenin puanı 0-4 arasında, ölçeğin toplam puanı ise 0-56 arasında değişmektedir. Türkiye'de yapılan çalışmada kesme puanı hesaplanmamıştır. Bu nedenle yalnızca karşılaştırılmalı çalışmalarda anlam taşır. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Yazıcı ve arkadaşları (38) tarafından yapılmıştır.

**İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Formu (İGD)** DSM-IV' ün V. ekseninde kullanılmakta olan bu ölçek, kişinin fiziksel ya da çevresel faktörlerin neden olduğu bozulma dışındaki psikolojik, sosyal ve mesleki işlevselliğini değerlendiren bir ölçüm aracıdır. Puanlama eğitimli bir uzman tarafından, 0-100 arasında tek bir rakamın seçilmesi ile yapılır. Ölçek 10 işlevsellik alanına bölünmüş olmakla birlikte, değerlendirmeyi yapan uzman gerektiğinde ara değerler de kullanabilir. Ölçekten alınan yüksek puanlar işlevselliğin yüksek olduğuna işaret eder.(39,40)

**Genel Sağlık Anketi (GSA)** Toplum taramalarında ve farklı klinik ortamlarda başarıyla kullanılan, kısa, uygulanması kolay ve pratik bir ölçek olup, anksiyete ve depresyon belirtilerinin taranmasına yöneliktir. Her maddenin puanları

0-3 arasındadır. 34 soruluk formu dışında 12 ve 28 soruluk formları da vardır. Türkiye’ de geçerlik ve güvenilirlik çalışması Kılıç(41) tarafından yapılmıştır.

### **3.4. İstatiksel Analiz**

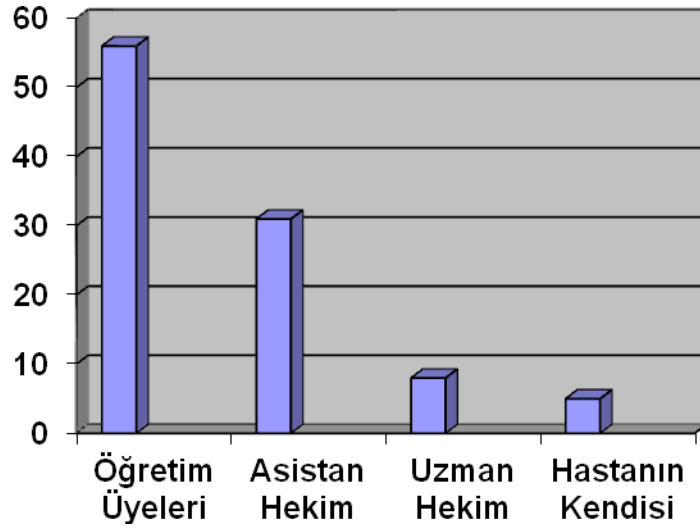
Bu çalışmada istatistiksel analizler IBM SPSS Statistics 20 paket programı ile yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Kolmogorov-Smirnov normality test, Pearson, Exact ve Yates’ kıkare testi, Mann-Whitney U testi, Spearman korelasyon katsayısı, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Sonuçlar anlamlılık  $p<0,05$  düzeyinde değerlendirilmiştir.



#### 4. BULGULAR

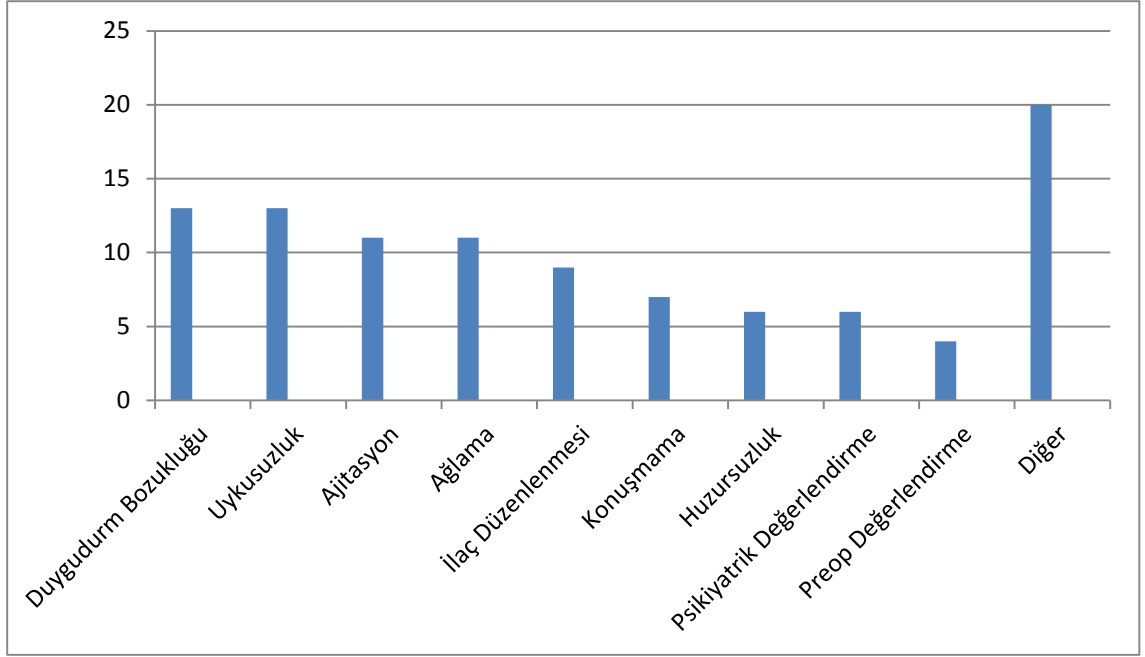
Bu çalışmada, hastanede yatarak tedavi gören 18-65 yaş arasındaki psikiyatrik konsültasyon istenen 108 hasta, kontrol grubu olarak 117 hasta ile görüşülmüş, 200 kişi çalışmaya katılmayı kabul etmiştir.

Konsültasyonu isteyen kişiler incelendiğinde öğretim üyelerinin %56(n:56), asistanların %31(n:31), uzmanların %8(n:8) ve hastaların kendisinin %5(n:5) oranında konsültasyon istedikleri bulunmuştur. Bu veriler şekil 4.1' de verilmiştir.



Şekil 4.1. Konsültasyon İsteminde Bulunan Hekimlerin Dağılımı

Konsültasyon İsteme nedenleri şekil 4.2' de gösterilmiştir.



Şekil 4.2. Psikiyatrik Konsültasyon İsteyen Hekimlerin Konsültasyon İsteme Nedenleri

Asistan hekimlerin, hastaların geçmiş psikiyatrik öyküsü, taburculuk planı, psikiyatrik konsültasyon isteminin hastaya söylenmesi, hastanın ruhsal durumuna müdahale etmenin tıbbi bir sorumluluk olup olmadığı, fiziksel hastalıkların psikolojik sonuçları olup olmadığı yönündeki sorulara verdikleri cevapları tablo 4.1' de verilmiştir.

Tablo 4.1. Asistan Anket Sonuçları

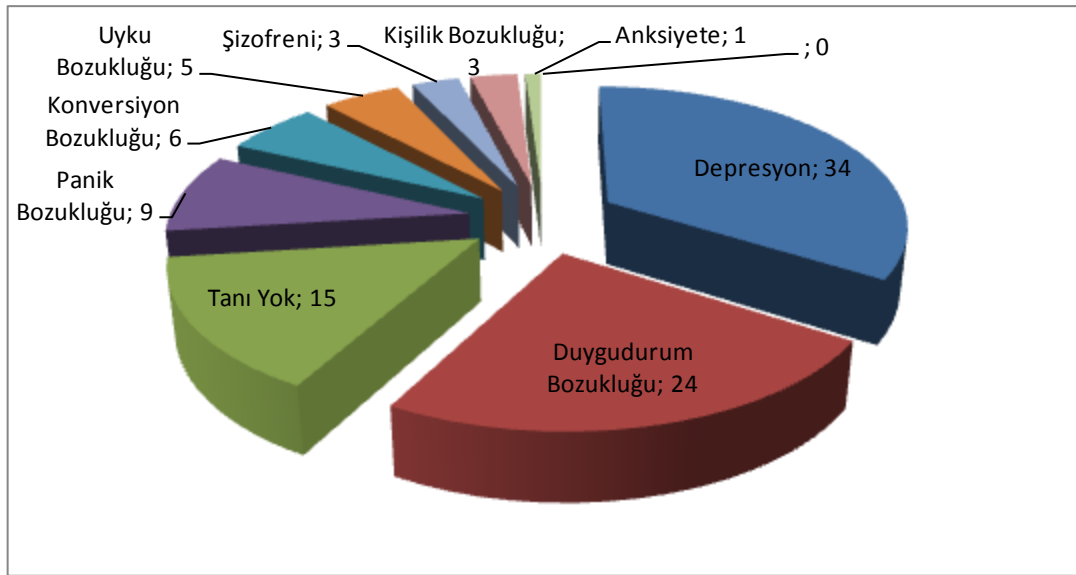
Asistan Anketi	Evet	Hayır
Hastanın Psikiyatrik Öyküsü Var mı?	%18	%82
Psikiyatrik Konsültasyon İsteneceği Hastaya Söylenildi mi?	%47	%53
Hastanın Ruhsal Durumuna Müdahale Etmek Tıbbi Bir Sorumluluk mudur?	%91	%9

Konsültasyon isteyen bölümlerin dağılımı tablo 4.2' de verilmiştir.

Tablo 4.2. Psikiyatrik Konsültasyon İsteyen Kliniklerin Dağılımı

<b>Bölüm</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Toplam</b>
<b>Dahiliye</b>	25	%25	25
<b>FTR</b>	10	%10	35
<b>Nöroloji</b>	9	%9	44
<b>Radyasyon Onkolojisi</b>	9	%9	53
<b>Ortopedi</b>	7	%7	60
<b>Üroloji</b>	5	%5	65
<b>Nöroşirurji</b>	5	%5	70
<b>Kardiyoloji</b>	5	%5	75
<b>KBB</b>	5	%5	80
<b>KVC</b>	4	%4	84
<b>Enfeksiyon</b>	3	%3	87
<b>KDH</b>	3	%3	90
<b>Genel cerrahi</b>	2	%2	92
<b>Plastik Cerrahi</b>	2	%2	94
<b>Medikal Onkoloji</b>	2	%2	96
<b>Göğüs Cerrahisi</b>	2	%2	98
<b>Göğüs Hastalıkları</b>	1	%1	99
<b>Göz</b>	1	%1	100
<b>Toplam</b>	100	100	100

Asistan hekimlerin konsültasyonla değerlendirilmesini istedikleri hastaları için ön tanıları değerlendirildiğinde, sıklık sırasına göre %34 (n:34) depresyon, %24 (n:24) duygudurum bozukluğu, %15 (n:15) tanı yok, %9 (n:9) panik, %6 (n:6) konversiyon bozukluğu, %5 (n:5) uykusuzluk, %3 (n:3) şizofreni, %3 (n:3) kişilik bozukluğu, %1 (n:1) anksiyete bozukluğu olarak bulunmuştur. Psikiyatrik konsültasyon isteyen hekimlerin, konsültasyon istedikleri hastaları için koydukları ön tanıları şekil 4.3' te verilmiştir.



Şekil 4.3. Konsültasyon İsteyen Hekimlerin Hastalarıyla İlgili Ön Tanılarının Dağılımı

Araştırma grubundaki hastaların yaş ortalaması  $45.93 \pm 14.3$  yıldır. Kontrol grubundaki hastaların yaş ortalaması  $45.98 \pm 13.72$  yıldır. Her iki grubun yaş ortalamaları karşılaştırılması Tablo 4.3' te verilmiştir.

Tablo 4.3. Araştırma ve Kontrol Grubunun Yaş Ortalamaları

Yaş Ortalaması	Ortalama	SD	p
<b>Araştırma Grubu</b>	45.93	14.3	0.980
<b>Kontrol Grubu</b>	45.98	13.72	

( $p > 0.05$ )

Araştırma ve kontrol grubuna ait tüm sosyodemografik veriler ve karşılaştırmaları tablo 4.4' de verilmektedir.

Tablo 4.4. Araştırma ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Açından Karşılaştırılması

Sosyodemografik Özellikler	Araştırma Grubu		Kontrol Grubu		p
	n=100	%	n=100	%	
<b>Cinsiyet</b>					
<b>Kadın</b>	56	56	56	56	
<b>Erkek</b>	44	44	44	44	
<b>Medeni Durum</b>					0.717
<b>Evli</b>	68	68	63	63	
<b>Bekar</b>	16	16	14	14	
<b>Boşanmış</b>	5	5	8	8	
<b>Dul</b>	11	11	14	14	
<b>Eğitim Durumu</b>					0.685
<b>Yok</b>	8	8	7	7	
<b>İlkokul</b>	42	42	43	43	
<b>Ortaokul</b>	13	13	17	17	
<b>Lise</b>	17	17	20	20	
<b>Üniversite</b>	20	20	13	13	
<b>İş Durumu</b>					0.676
<b>Çalışmıyor</b>	78	78	73	73	
<b>Çalışıyor</b>	22	22	27	27	
<b>Gelir Düzeyi</b>					0.529
<b>Yok</b>	34	34	28	28	
<b>0-500</b>	11	11	18	18	
<b>500-1000</b>	29	29	33	33	
<b>1000-1500</b>	12	12	11	11	
<b>1500 ve üstü</b>	14	14	10	10	
<b>Kiminle Yaşadığı</b>					0.943
<b>Yalnız</b>	12	12	15	15	
<b>Eşiyle</b>	35	35	35	35	
<b>Eş ve Çocukla</b>	39	39	38	38	
<b>Anne Baba ile</b>	7	7	4	4	
<b>Geniş Aile</b>	3	3	4	4	
<b>Arkadaş</b>	3	3	2	2	
<b>Kardeş</b>	1	1	2	2	
<b>Yaşadığı Yer</b>					0.034*
<b>İl Merkezi</b>	70	70	56	56	
<b>İlçe</b>	16	16	29	29	
<b>Köy</b>	13	13	9	9	
<b>Sigara</b>					0.276
<b>Kullanıyor</b>	24	24	34	34	
<b>Kullanmıyor</b>	76	76	66	66	
<b>Alkol</b>					0.739
<b>Kullanmıyor</b>	83	83	85	85	
<b>Haftada 1-2</b>	14	14	14	14	
<b>Haftada 3-4</b>	3	3	1	1	

(\*p<0.05)

Araştırma grubu ve kontrol grubunun sosyodemografik verileri karşılaştırıldığında medeni durum ( $p=0.717$ ), eğitim ( $p=0.685$ ), çalışma durumu ( $p=0.676$ ), gelir ( $p=0.529$ ), sigara ( $p=0.276$ ), alkol ( $p=0.739$ ), kiminle yaşadığı ( $p=0.943$ ), hastalığıyla ilgili bilgisi olup olmadığı ( $p=0.052$ ) açısından anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte, yaşadığı bölge ( $p=0.034$ ), doktorundan yeterince bilgi alıp alamadığı ( $p=0.016$ ), psikiyatrik öyküsü olup olmadığı ( $p=0.036$ ), konsültasyona ihtiyacı olup olmadığı ( $p=0.01$ ) açısından anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Araştırma grubuyla kontrol grubunun klinik özellikleri karşılaştırıldığında bulunduğu kliniğe yatmasına sebep olan hastalığı hakkında bilgisi olup olmadığı ( $p:0.052$ ), psikiyatrik ilaç kullanıp kullanmadığı ( $p:0.821$ ) açısından anlamlı fark olmamakla beraber, fiziksel hastalığı hakkında takip eden doktoru tarafından yeterince bilgi alıp alamaması ( $p: 0.016$ ), geçmiş psikiyatrik hastalık öyküsü olup olmaması ( $p:0.036$ ), psikiyatrik konsültasyona ihtiyacı olup olmaması ( $p:0.010$ ) açısından anlamlı fark bulunmuştur. Bu bulgular Tablo 4.5' te belirtilmiştir.

Tablo 4.5. Araştırma Grubu ile Kontrol Grubunun Klinik Özellikler Açısından Karşılaştırılması

Klinik Özellikler	Araştırma Grubu		Kontrol Grubu		P
	n=100	%	n=100	%	
<b>Hastalığı ile İlgili Bilgisi</b>					0.052
<b>Var</b>	86	86	74	74	
<b>Yok</b>	14	14	26	26	
<b>Doktorunda Yeterince Bilgi</b>					0.016*
<b>Alıyor</b>	82	82	66	66	
<b>Almıyor</b>	18	18	34	34	
<b>Psikiyatrik ilaç</b>					0.821
<b>Kullanıyor</b>	10	10	12	12	
<b>Kullanmıyor</b>	90	90	88	88	
<b>Psikiyatrik Hastalık Öyküsü</b>					0.036*
<b>Var</b>	19	19	33	33	
<b>Yok</b>	81	81	67	67	
<b>Konsültasyon İhtiyacı</b>					0.010*
<b>Var</b>	23	23	41	41	
<b>Yok</b>	77	77	59	59	

(\*p<0.05)

Araştırma grubu ile kontrol grubunun SCID kullanılarak konulmuş tanıları tablo 4.6’ da verilmiştir. Her iki grubun tanıları arasında ileri düzeyde anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p < 0.01$ ).

Tablo 4.6. Araştırma Grubu ve Kontrol Grubunun SCID Kullanılarak Konulmuş Tanı Karşılaştırılması

Tanı	Araştırma Grubu		Kontrol Grubu	
	n=100	%	n=100	%
Tanı Yok	22	%22	40	%40
Uyum Bozukluğu	26	%26	22	%22
Depresyon	16	%16	4	%4
Anksiyete Bozukluğu	10	%10	11	%11
Karışık Anksiyete Depresyon	7	%7	12	%12
Akut Stres Reaksiyonu	5	%5	1	%1
Psikotik Bozukluk	5	%5	1	%1
Uyku Bozukluğu	5	%5	0	%0
Konversiyon Bozukluğu	2	%2	0	%0
Kişilik Bozukluğu	2	%2	1	%1
Somatizasyon	0	%0	3	%3
Bipolar Afektif Bozukluk	0	%0	2	%2
Panik Bozukluk	0	%0	2	%2
Madde Kullanımı	0	%0	1	%1
<b>Toplam</b>	100	%100	100	%100

( $p < 0.01$ )

Araştırma grubunun değerlendirme anındaki yatış süre ortalaması  $6.64 \pm 6.50(2-9.75)$  iken, Kontrol Grubunun o andaki yatış süre ortalamaları  $8.50 \pm 6.78(4-11)$  olarak bulunmuştur. Konsültasyon istenen ve istenmeyen grubun değerlendirildiği andaki yatış süreleri karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunmuştur ( $Z: -3.11, p = 0.002$ ). Bu veriler Tablo 4.7’ de verilmiştir.



Tablo 4.7. Araştırma Grubu İle Kontrol Grubunun Değerlendirme Sırasında Hastanede Kalış Sürelerinin Karşılaştırılması

Değerlendirme Sırasındaki Kalış Süresi (gün)	ortalama	SD	ortanca	25-75	Z	P
Araştırma Grubu	6.64	6.50	5	2-9.75	-3.11	0.002
Kontrol Grubu	8.50	6.78	7	4-11		

(\*p<0.01)

Araştırma grubunun HAÖ toplam puan ortalamaları 13.84±11.28(3.25-21.75), Kontrol grubunun HAÖ toplam puan ortalamaları 13.34±11.57(3.25-21.00) olarak bulunmuştur. Her iki grubun HAÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Z: -0.313, p=0.754).

Araştırma grubunun HDÖ toplam puan ortalamaları 25.95±8.53(18.00-31.75), Kontrol grubunun HDÖ toplam puan ortalamaları 25.03±7.21(19.00-30.00) olarak bulunmuştur. Her iki grubun HDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Z: -0.355, p=0.722).

Araştırma grubunun GSA toplam puan ortalamaları 63.31±15.04(52.00-72.75), Kontrol grubunun GSA toplam puan ortalamaları 64.56±15.46(53.00-73.00) olarak bulunmuştur. Her iki grubun GSA puan ortalamaları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Z: -0.511, p=0.609).

Araştırma grubunun ASDÖ toplam puan ortalamaları 68.81±17.93(61.25-84.00), Kontrol grubunun ASDÖ toplam puan ortalamaları 69.16±19.19(61.25-84.00) olarak bulunmuştur. Her iki grubun ASDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Z: -0.513, p=0.608).

Araştırma grubunun İGD toplam puan ortalamaları 79.71±12.98(70.00-90.00), Kontrol grubunun İGD toplam puan ortalamaları 80.89±13.53(70.00-95.00) olarak bulunmuştur. Her iki grubun İGD puan ortalamaları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Z: -0.734, p=0.463).

Araştırma grubu ile kontrol grubunun ölçek ortalama puanları açısından karşılaştırılması Tablo 4.8’ de verilmiştir.

Tablo 4.8. Araştırma Grubu İle Kontrol Grubunun HDÖ, HAÖ, ÇBASDÖ, GSA ve İGD Toplam Ortalama Puan Karşılaştırılması

	<b>Araştırma Grubu</b>	<b>Kontrol Grubu</b>		
	<b>n=100</b>	<b>n=100</b>		
	<b>Ortalama±SD Medyan (25-75) Persantil</b>	<b>Ortalama±SD Medyan (25-75) Persantil</b>	<b>Z</b>	<b>P Değeri</b>
<b>Hamilton Depresyon Ölçeği</b>	25.95±8.53 23.00 (18.00-31.75)	25.03±7.21 23.00 (19.00-30.00)	-0.355	0.722
<b>Hamilton Anksiyete Ölçeği</b>	13.84±11.28 11.50 (3.25-21.75)	13.34±11.57 10.50 (3.25-21.00)	-0.313	0.754
<b>Genel Sağlık Anketi</b>	63.31±15.04 61.00 (52.00-72.75)	64.56±15.46 62.50 (53.00-73.00)	-0.511	0.609
<b>İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi</b>	79.71±12.98 80.00 (70.00-90.00)	80.89±13.53 85.00 (70.00-95.00)	-0.734	0.463
<b>Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği</b>	68.81±17.93 75.00 (61.25-84.00)	69.16±19.19 78.00 (61.25-84.00)	-0.513	0.608

(p>0.05)

Kadın hastaların ve erkek hastaların HDÖ, HAÖ, ÇBASDÖ, GSA, İGD toplam puan ortalamaları Tablo 4.9' da verilmiştir.

Tablo 4.9. Kadın ve Erkek Hastaların HDÖ, HAÖ, ÇBASDÖ, GSA, İGD Puanları ve Karşılaştırılmaları.

	<b>Kadın</b>	<b>Erkek</b>	<b>Z</b>	<b>p Değeri</b>
	<b>n=112</b>	<b>n=88</b>		
	<b>Ortalama±SD Medyan (25-75) Persantil</b>	<b>Ortalama±SD Medyan (25-75) Persantil</b>		
<b>Hamilton Depresyon Ölçeği</b>	25.92±7.54 23.50 (19.00-31.00)	24.93±8.32 23.00 (18.00-30.00)	-1.409	0.159
<b>Hamilton Anksiyete Ölçeği</b>	14.16±10.58 14.00 (4.25-21.00)	12.86±12.39 8.00 (3.00-21.75)	-1.52	0.128
<b>Genel Sağlık Anketi</b>	65.83±14.63 66.00 (55.25-74.00)	61.51±17.71 57.00 (49.25-72.00)	-2.393	0.017*
<b>İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi</b>	79.20±13.05 80.00 (70.00-91.50)	81.69±13.43 85.00 (70.00-95.00)	-1.384	0.166
<b>Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği</b>	67.08±19.16 70.00 (57.25-84.00)	71.40±17.49 80.00 (64.25-84.00)	-1.818	0.069

(\* p<0.05)

Kadın ve erkek hastalar HAÖ (Z: -1.52, p=0.128), HDÖ (Z: -1.409, p=0.159), ÇBASDÖ (Z: -1.818, p=0.069) ve İGD (Z: -1.384, p=0.166) açısından karşılaştırıldığında anlamlı bir sonuç bulunamamıştır. Ancak GSA açısından karşılaştırıldığında kadın hastaların toplam puan ortalamaları, erkek hastalara göre anlamlı olarak yüksektir (Z: -2.392, p=0.017).

Konsültasyonun değerlendirildiği andaki hastaların hastanede kalış süreleri ile HDÖ ( $r=0.084$ ), HAÖ ( $r=0.304$ ), ÇBASDÖ ( $r=0.261$ ), GSA ( $r=0.108$ ) toplam puanları arasında anlamlı bir korelasyon bulunmamış olup İGD toplam puanları ( $r=-0.009$ ) arasında anlamlı bir korelasyon bulunmuştur. Bu korelasyon tablo 4.10' da belirtilmiştir.

Tablo 4.10. Araştırma ve Kontrol Grubunun Araştırılmaya Alındığı Andaki Hastanede Kalış Süresi İle HAÖ, HDÖ, GSA, ÇBASDÖ ve İGD Puan Ortalamaları Korelasyonu

	Hastanede Kalış Süresi (değerlendirme sırasında)	
	r	p
HAÖ	0.073	0.304
HDÖ	0.122	0.084
GSA	0.114	0.108
ÇBASDÖ	-0.80	0.261
İGD	-0.186	-0.009*

(\* $p<0.01$ )

Araştırma grubu ve kontrol grubunun yaşları ile HDÖ ( $r=0.430$ ), HAÖ ( $r=0.810$ ), ÇBASDÖ ( $r=0.608$ ), GSA ( $r=0.863$ ), İGD toplam puanları ( $r=-0.179$ ) arasında anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır.

Hastaların HAÖ, HDÖ, GSA, ÇBASDÖ ve İGD puanları ile yaşlarının korelasyonu değerlendirildiğinde, aralarında anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır.

Tablo 4.11. Araştırma ve Kontrol Grubunun Yaşları ile HAÖ, HDÖ, ÇBASDÖ ve İGD Korelasyonu

	Yaş	
	r	p
<b>HAÖ</b>	-0.017	0.810
<b>HDÖ</b>	0.056	0.430
<b>GSA</b>	-0.012	0.863
<b>ÇBASDÖ</b>	-0.036	0.608
<b>İGD</b>	-0.095	0.179

Psikiyatrik öyküsü olan tüm hastaların HDÖ toplam puan ortalamaları  $27.51 \pm 7.92$  (22.00-33.75), HAÖ toplam puan ortalamaları  $18.63 \pm 11.08$  (10.00-28.00), ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları  $60.53 \pm 21.38$  (65.00-84.00), GSA toplam puan ortalamaları  $68.86 \pm 15.95$  (56.00-82.25), İGD puan ortalamaları  $76.23 \pm 13.01$  (65.00-88.75) olarak bulunmuştur. Psikiyatrik öyküsü olmayan hastaların HDÖ toplam puan ortalamaları  $24.77 \pm 7.78$  (18.00-30.00), HAÖ toplam puan ortalamaları  $11.81 \pm 11.01$  (3.00-18.00), ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları  $71.95 \pm 16.49$  (65.00-84.00), GSA toplam puan ortalamaları  $62.20 \pm 14.63$  (51.00-72.00), İGD puan ortalamaları  $76.23 \pm 13.01$  (70.00-95.00) olarak bulunmuştur. Tüm bu veriler tablo 4.12' de verilmiştir.

Tablo 4.12. Psikiyatrik Öyküsü Olan ve Olmayan Hastaların HDÖ, HAÖ, GSA, İGD ve ÇBASDÖ Açısından Karşılaştırılması.

	Psikiyatrik Öyküsü Olan Hastalar	Psikiyatrik Öyküsü Olmayan Hastalar		
	n=52	n=148		
	Ortalama±SD Medyan (25-75) Persantil	Ortalama±SD Medyan (25-75) Persantil	Z	P Değeri
<b>Hamilton Depresyon Ölçeği</b>	27.51±7.92 26.00 (22.00-33.75)	24.77±7.78 23.00 (18.00-30.00)	-2.339	0.019*
<b>Hamilton Anksiyete Ölçeği</b>	18.63±11.08 17.00 (10.00-28.00)	11.81±11.01 9.00 (3.00-18.00)	-3.98	0.00**
<b>Genel Sağlık Anketi</b>	68.86±15.95 68.00 (56.00-82.25)	62.20±14.63 60.00 (51.00-72.00)	-2.582	0.010*
<b>İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi</b>	76.23±13.01 75.00 (65.00-88.75)	81.72±13.06 85.00 (70.00-95.00)	-2.507	0.012*
<b>Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği</b>	60.53±21.38 62.50 (48.00-82.75)	71.95±16.49 79.50 (65.00-84.00)	-3.791	0.00**

(\*p<0.05, \*\*p<0.01)

Psikiyatrik öyküsü olan ve olmayan hastaların toplam puan ortalamaları ile HDÖ (Z: -2.339, p: 0.019), HAÖ (Z: -3.98, p: 0.000), ÇBASDÖ (Z: -3.791, p: 0.000), GSA (Z: -2.582, p: 0.010), İGD (Z: -2.507, p: 0.012) arasında anlamlı fark bulunmuştur.

## 5. TARTIŞMA

Çalışmamızda araştırma grubunun ve kontrol grubunun yaş ortalamaları sırasıyla  $45.93 \pm 14.3$  ve  $45.98 \pm 13.72$  olarak bulunmuştur. İki grup arasında yaş ortalaması açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır (p: 0.980). Sosyodemografik veriler açısından bakıldığında hastaların yaşadıkları yer dışında, anlamlı bir farklılığın olmadığı bulunmuştur. Bu bulgular her iki grubun birbiriyle kıyaslanabilir olduğu anlamında yorumlanabilir.

Çalışmamızda kadın hastaların oranı %56 iken erkek hastaların oranı % 44 olarak bulunmuştur. Kadın ve erkek hastaların HDÖ, HAÖ, İGD, ÇBASDÖ toplam puanları arasında fark olmamakla birlikte GSA toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmaktadır (p:0.017). Dönmez ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada kadın cinsiyetinin, duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve somatoform bozuklukları riskini artırdığı saptanmıştır(42). Bizim çalışmamız da erkeklere oranla kadınlarda ruhsal bozuklukların daha fazla olduğu yönündeki çalışmalarla paralellik göstermektedir. Ayrıca Kadınların daha kolay yardım arayışında bulunabilmeleri, var olan belirtileri daha kolay ifade edebiliyor olmaları, GSA puanlarının daha yüksek olmasında etkili bir başka neden olabilir(43).

Çalışmamızda, konsültasyon öncesi hastanede kalış süresi araştırma grubunda  $6.64 \pm 6.50$ , kontrol grubunda  $8.50 \pm 6.78$  gün olarak bulunmuştur. İki grup arasında kalış süreleri açısından anlamlı bir fark bulunmuştur (p:0.002). Arbabi ve arkadaşlarını yaptığı çalışmada konsültasyon öncesi ortalama hastanede kalış süresi  $12.56 \pm 13$  gün olarak bulunmuştur(44). Bizim çalışmamızda elde ettiğimiz sonuç da Arbabi ve arkadaşlarının çalışması ile uyumlu görünmemektedir. Psikiyatrik konsültasyon isteyen hekimlerin, psikiyatrik semptomları algılayış biçimleri bu farkı açıklayabilir. Bazı psikiyatrik belirtiler, psikiyatri konsültasyonu istenmesini etkiliyor olabilir. Ağlama, huzursuzluk, uykusuzluk, sinirlilik gibi belirtilerin hekimler tarafından daha kolay fark edilebileceği, buna karşın mutsuzluk, keyifsizlik, isteksizlik, enerji azlığı gibi belirtilerin göz ardı edilebileceği veya kolay fark edilemeyeceği düşünülebilir. İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla beraber GSA' nin öfkelenme, ölüm düşüncesi, tahammülsüzlük maddelerinin araştırma grubu tarafından, sağlıksız hissetme, enerji azlığı, tükenmiş hissetme, baş ağrısı,

güvensizlik maddelerinin kontrol grubunda daha sık olduğu saptanmıştır. Bu belirtiler nedeniyle araştırma grubundaki hastaların yatışlarının daha erken dönemlerinde konsültasyon isteniyor olabilir. Bu belirtilerin olmaması veya fark edilmemesi nedeniyle kontrol grubundan konsültasyon istenmiyor olabilir.

Çalışmamızda en sık konulan tanıların sırasıyla %24 (n:48) oranında uyum bozukluğu, % 10.5 (n: 21) anksiyete bozukluğu, %10 (n:20) depresyon, % 9.5 (n:19) karışık anksiyete depresyon olduğu bulunmuştur. Toft ve ark. birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran hastaların % 50' sinin ICD-10 tanı sınıflamasına ait bir psikiyatrik tanısının olduğunu, bunların üçte birinde, birden fazla psikiyatrik tanı olduğunu, somatoform bozuklukların %35.9, anksiyete bozukluklarının %16.4, duygudurum bozukluklarının %13.5, organik mental bozukluğunun %3.1, alkol kötüye kullanımının %2.2 prevalansı olduğunu bulmuşlardır(66). Yatan veya ayaktan hastalardaki anksiyete bozukluğu ya da anksiyete belirtilerinin yaygınlığının %10 ile %70 arasında olduğu belirtilmektedir(48). Psikiyatrik konsültasyonların epidemiyolojisi ile ilgili çalışmalarda ise en sık görülen tanının depresyon olduğu bildirilmiştir(45, 50). Devasagayam ve ark.' a göre en sık konsültasyon isteme nedeni %30 depresyon, %27 psikiyatrik öykü, %25 suisid olarak saptanmıştır(45). Bir çok çalışmada özellikle en sık iki tanının depresyon ve anksiyete bozukluğu olduğu bildirilmiştir.(12, 45, 44, 30, 46, 25). Uyum bozukluğu tanısı birçok çalışmada anılmazken, araştırmamızda uyum bozukluğu tanısı koyduğumuz hasta oranı birçok çalışmaya göre de beklenenden yüksektir.( 45, 44, 30, 47). Pek çok çalışmada uyum bozukluğu tanısının yer almaması bir yaşam olayı sonrasında ortaya çıkan depresyon veya anksiyete belirtilerinin majör depresif bozukluk veya anksiyete bozukluğu olarak değerlendirilmesi sonucu olabilir. Yani önemli bir yaşam olayı olan hastalık ve hastaneye yatış sonrasında hastalarda görülen anksiyete veya depresyon belirtileri, uyum bozukluğunun belirtileri olarak değil de doğrudan depresif bozukluğun veya anksiyete bozukluğunun belirtileri olarak yorumlanıyor olabilir. Sonuçta hastalara, genellikle bedensel hastalıklarına bağlı uyum bozukluğu tanısı yerine depresyon, anksiyete bozukluğu gibi tanıları konuyor olabilir. Bu anlamda, uyum bozukluğu tanısının görmezlikten gelindiği söylenebilir.

Araştırmamızda konsültasyon istemlerinin büyük bir kısmı dahiliye(%25), fiziksel tıp ve rehabilitasyon (%10), nöroloji (%9), radyasyon onkolojisi (%9) ve



ortopedi kliniklerinden (%7) yapılmıştır. Bir çok çalışmada bu oranlar ve bölümler değişkenlikler göstermektedir.( 12, 29, 48, 26). Bu değişkenliğe rağmen onkoloji kliniklerinden istenen konsultasyon oranlarının pek çok çalışmada benzer olduğu ve bu oranın genellikle % 10 civarında olduğu dikkat çekmektedir (12, 49, 45, 25, 44, 30). Onkoloji hastaları üzerinde yapılan bazı başka çalışmalar bu oranların daha yüksek olması gerektiğini düşündürmektedir. Çalışmalar onkoloji hastalarının %47 (20) ile %51' inde (50) psikiyatrik bir tanı olduğunu bildirmektedir (51). Dereogatis ve ark.'nın 1983 yılında yaptıkları 'Psychosocial Collaborative Oncology Group' (PSYCOG) çalışmasının sonuçlarına göre kanser hastalarının %47' sinde tanı konacak düzeyde ruhsal bozukluk saptanmıştır (52). O halde onkoloji servislerinden istenen konsultasyon oranlarının % 10 civarında olması, bu servislerde yatan hastalarda psikiyatrik rahatsızlıkların görülme sıklığından bağımsız bazı faktörlerin konsultasyon istemini etkilediğini düşündürmektedir. Bu etkenlerden biri kanser tanısı olan hastaların kullandığı bazı yaygın savunma mekanizmaları ve tedavi sürecinde geliştirdikleri baş etme yöntemleri olabilir. Kanser tanısı alan hastaların savunucu ve aşırı kontrollü oldukları, gerginliklerini motor ya da sözel yollarla boşaltamadıkları, belirgin olarak yadsıma ve bastırma mekanizmalarını kullandıkları, bazen aşırı sabırlı oldukları, kendi gereksinimlerini geri planda tuttukları ve kolayca memnun oldukları gösterilmiştir(53). Onkoloji hastalarında yüksek oranda psikiyatrik morbidite bulunmasına rağmen konsültasyon istenme oranının düşük olmasının sebebi hastaların bu özellikler sonucunda psikiyatrik belirtileri saklamaları olabilir. Ayrıca hekimlerin, hastaların ve hasta yakınlarının kanser tanısını telaffuz etmekteki güçlükleri, kanser hastalarının ruhsal süreçlerinin de göz ardı edilmesine sebep olabilir.

Çalışmamızda, araştırma grubunda psikiyatrik bir hastalığın tanı konma oranı %78, kontrol grubunda %60 olarak bulunmuştur. Çeşitli kliniklerde yatan hastaların %30 ila 60 oranında psikiyatrik hastalığı olduğu bazı çalışmalarda gösterilmiştir. (12, 13, 44). Genel hastanelerde yatan hastaların en azından % 30'unda tanı konulabilir bir psikiyatrik hastalık olduğu belirtilmektedir. İmam ve ark. yatan hastalarda %30.5 oranında depresyon tanısının olduğunu bulmuşlardır(54). Ateşçi ve ark' nın çalışmasında Prime-md ile tanısı konulan yatan hastalarda psikiyatrik bozukluk oranı %23.4 olarak bulunmuştur(29). Bazı çalışmalarda bu oranlar daha

yüksek bulunmuştur. Cottencin ve ark. yatan hastalarda psikiyatrik morbidite oranını %57 olarak bulmuşlardır(70). Aslan ve ark.'nın çalışmasında konsültasyon istenen hastalarda tanı koyma oranı %85.9 olarak bulunmuş(55). Gala ve ark. konsültasyonla değerlendirilmesi istenen hastaların %83'üne psikiyatrik tanı koymuştur(56). Bizim çalışmamızda araştırma grubunun tanı konma oranlarının literatür bilgisiyle uyumlu olduğu görülmektedir. Araştırma grubunda, duygu durum bozukluğu, uykusuzluk, ajitasyon, ağlama, ilaç düzenlenmesi ve sinirlilik gibi nedenler, konsültasyon talebinin %60'ını oluşturmaktadır. Konuşmama, iştahsızlık, tedavi uyumsuzluğu, psikiyatrik değerlendirme, içe kapanma gibi nedenler ise %18'lik bir kısmı oluşturmaktadır. Araştırma grubu ile kontrol grubunun GSA maddeleri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Dolayısıyla, hangi belirtilerin konsültasyon talebinde etkili olduğuna dair herhangi bir veri elde edilememiştir. Bu durum çalışmamızı kısıtlayıcı bir faktör olarak değerlendirilebilir. Bu açıdan daha detaylı araştırmaların yapılması gerekmektedir.

Çalışmamızda hem araştırma grubu hem de kontrol grubunda en sık konulan tanının sırasıyla %26 ve % 22 oranında 'uyum bozukluğu' olduğu bulunmuştur. Uyum bozukluğu tanısı oldukça sık konulan bir tanıdır(57). Uyum bozukluğunun sıklığının %7 ile %35 arasında olduğu bildirilmektedir(21). Tıbbi nedenlerle yatan hastalarda uyum bozukluğu oranı %13.7 olarak tahmin edilmektedir(71). Synder ve ark.'na göre bu oran % 21 olarak belirtilmiştir(72). Bu bulgu literatür ile uyumlu görünmektedir. (57, 58). Faravelli ve ark.'nın çalışmasında psikiyatrik tanı konulan hastaların %35.8'inde en az bir yaşam olayı olduğu bulunmuştur(59). Hoge ve ark.'nın yaptığı başka bir çalışmada 1763 askeri personelde %40 uyum bozukluğu tanısı bulunmaktadır(60). Hastaneye yatmak da hem hasta için hem de hasta yakınları için önemli bir yaşam olayıdır. Temiz ve ark.'na göre yaşam olaylarının süregelen olması uyum bozukluğunun şiddetini, seyrini ve sonlanımını olumsuz etkilemektedir(73). Ayrıca, sağlıkla ilgili konular, uyum bozukluğu tanısında önemli bir stres etkeni olarak belirlenmiştir. Bu önemli yaşam olayına bağlı olarak hem araştırma, hem de kontrol grubunda uyum bozukluğu tanısının bu oranda görülmesi beklenen bir durum olarak değerlendirilebilir.

Araştırmamızda, araştırma grubu ile kontrol grubunun HDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Depresyon tanısı

konma oranı araştırma grubunda %16, kontrol grubunda %4 olarak bulunmuştur. 10 yıllık bir izlem çalışmasında, tıbbi hastalıklarda major depresyonun oranı %6.4 den % 14.7 ye yükselmiştir(57). Başka bir çalışmada genel hastanede depresyon oranı %15-36 arasında bulunmuştur(45). Bedensel hastalığı olanlarda, depresyon, gerek belirti, gerekse sendrom düzeyinde sık görülmektedir(61). Aslan ve ark.'nın yaptıkları çalışmada fiziksel hastalık nedeniyle hastanede yatan hastalarda depresyon görülme oranı %9.6-%44.6 arasında bulunmuştur(55). Yurt dışında yapılan araştırmalarda bu oranın %19-%60 arasında olduğu belirtilmektedir(62). Ögel ve ark. nin yaptıkları çalışmada HDÖ puan ortalamaları 22.6 olarak bulunmuştur(63). Bizim çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlar da bu çalışmalardaki sonuçlarla uyumludur.

Çalışmamızda, araştırma grubu ile kontrol grubu HAÖ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p: 0.754). Anksiyete bozukluğu tanısı konma oranı araştırma grubunda %10, kontrol grubunda %11 olarak bulunmuştur. Kessler ve ark. nin yaptığı bir araştırmada, genel toplumda anksiyete bozukluğu prevalansı %17.3 olarak bulunmuştur(64). Berksun' a göre birinci basamakta anksiyete bozukluğu %25 oranında, psikiyatriye başvuran hastalarda ise %50 oranında görülmektedir(68). Fiziksel hastalık nedeniyle yatarak tedavi gören hastalarda anksiyete bozukluğu oranı %2.8-24.4 arasında değişmektedir. Yurt dışında yapılan bir çalışmada ise bu oran %23 olarak bulunmuştur(62, 65). Fatih ve ark.'nın yaptığı araştırma yatan hastalarda anksiyete bozukluğu oranı %16.6 olarak bulunmuştur(25). Çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlar da bu çalışmaların sonuçlarıyla paralellik göstermektedir. Özellikle kontrol grubunun HAÖ toplam puanlarının, araştırma grubuyla anlamlı bir farkının olmaması genel hastanede yatan hastaların psikiyatrik yardıma ihtiyaçları olduğunu, fakat bu yardım ihtiyacının klinisyenler tarafından yarı yarıya fark edilmediğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda, kontrol grubunun tanı konma oranları yüksek bulunmuştur. Kontrol grubunun genel hastanede yatan hasta popülasyonunu temsil ettiği düşünülürse bu oranlar psikiyatrik morbidite açısından önemlidir. Her ne kadar araştırma ve kontrol grubunda tanı konma oranları farklı olsa da HDÖ, HAÖ, GSA, ÇBASDÖ ve İGD toplam puan ortalamaları açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Bu sonuçlar, hem kontrol grubunda hem de araştırma grubunda anlamlı düzeyde depresif belirtilerin ve anksiyete belirtilerinin olduğunu,

işlevselliğın azaldığını göstermektedir. Konsültasyon isteyen hekimlerin konsültasyon isteme nedenlerine bakıldığında duygudurum bozukluğu, uykusuzluk, ajitasyon, ağlama, konuşmama, huzursuzluk, sinirlilik gibi belirtilerin daha çok dikkat çektiğı, bu belirtilerin konsültasyon isteme nedenlerinin %64' ünü oluşturduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar, her iki grup arasında ölçek puanları açısından anlamlı bir fark bulunmamasına rağmen neden bazı hastalardan konsültasyon istendiğı, bazılarının göz ardı edildiğı sorusuna bir cevap olabilir. Hem araştırma grubunun hem de kontrol grubunun ölçek puanlarının benzer olması ve %78'e %60 gibi yüksek oranlarda tanı konması, her iki grubun da psikiyatrik yardım alması gerekliliğini ortaya koyması açısından önemlidir.

Çalışmamızda, araştırma ve kontrol grubunda sırasıyla %19 ve %33 oranında psikiyatrik öykü olduğu saptanmıştır. Psikiyatrik öyküsü olanlardan 43 (%82.7) hastaya psikiyatrik tanı konulduğu saptanmıştır. psikiyatrik öyküsü olmayan 138 hastadan 95' ine (% 64.2) tanı konulmuştur. Psikiyatrik öyküsü olan hastaların olmayanlara göre HDÖ, HAÖ ve GSA toplam puan ortalamalarının daha yüksek, ÇBASDÖ ve İGD toplam puan ortalamalarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Psikiyatrik öyküsü olan hastaların, hem tanı konma oranlarının daha yüksek, hem de ölçek puanlarının anlamlı olarak farklı olması önemli bir bulgudur. Sonuç olarak psikiyatrik öykünün varlığı, o anki ruhsal durum açısından önemli bir belirteç olarak değerlendirilebilir. Genel hastanede yatan hastaların psikiyatrik öykülerinin sorgulanması, konsültasyon isteminde tutarlı bir ölçüt olabilir.

Çalışmamızda araştırma grubu ile kontrol grubunun GSA (p: 0.609), İGD (p: 0.463) ve ÇBASDÖ (p: 0.608) toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak farklı olmadığı saptanmıştır. ÇBASDÖ puanları ile HDÖ (r:-0.282) ve HAÖ (-0.352) puanları arasında negatif yönde, HDÖ ile HAÖ puanları arasında (r: 0.806) pozitif yönde korelasyon saptanmıştır. Ayrıca konsültasyon öncesi hastanede kalış süreleri ile İGD puanları arasında (r:-0.186) negatif yönde korelasyon saptanmıştır. Kocaman ve ark.' nın çalışmasında fiziksel bir hastalık varlığı önemli bir stres faktörü olarak bulunmuştur(74). Kisely ve Goldberg, fiziksel hastalıklar ile psikiyatrik morbidite arasında önemli bir ilişki olduğunu saptamıştır(67). Sosyal desteğı iyi olan hastaların psikiyatrik belirtileri daha az olabilir. Ancak psikiyatrik belirtilerin daha az olması da sosyal desteğın iyi olarak algılanmasına neden olabilir.

Hastanede yatarak tedavi görmek, hastaların, olağan sosyal çevrelerinden ayrı kalmalarına bir sebep olarak düşünülebilir. İşe gidememek, aile ve arkadaşlarıyla görüşmemek, olağan günlük aktivitelerini yapamamak, sosyal desteğin azalması açısından bir risk faktörü olarak düşünülebilir. Sınırlı zamanlarda sınırlı kişilerle görüşmek, hastanın kendisini daha yalnız, izole edilmiş, çaresiz hissetmesine sebep olabilir. Sonuçta fiziksel hastalıklarla beraber psikiyatrik belirtilerde şiddetlenme veya yeni psikiyatrik belirtiler gözlenebilir.

Araştırmamızda konsültasyon isteminde bulunan hekimlerin, %56 oranında öğretim üyeleri, %31 oranında araştırma görevlileri olduğu sonucu ortaya çıkmıştır. Hasta ile daha yakın bir ilişki içinde buldukları düşünülürse, konsültasyon isteyen hekimlerin, araştırma görevlileri olması beklenir. Öğretim üyeleri konsültasyon talebinde bulunurken hastanın ruhsal durumu hakkında yeterince bilgi sahibi olmayabilir. Buna bağlı olarak bölümlerin konsültasyon isteme oranları, bölümlerde çalışan hekimlerin tutumuna göre değişkenlik gösteriyor olabilir. Araştırma görevlisi hekimlerin %53' ü, psikiyatrik konsültasyon istediğini hastasına söylememektedir. Canan ve ark. bu oranı %84 olarak bulmuştur(25). Bu bulgu, hekimin hastasıyla sağlıklı bir iletişim kuramadığının bir göstergesi olabilir. Ayrıca hekimlerin %91' i hastanın ruhsal durumuna müdahale etmenin tıbbi bir sorumluluk olduğunu düşünse de, %77' si psikolojik etkilerin, fiziksel bir hastalığa bağlı olmadığını düşünmektedir. Konsültasyon istenen hasta hakkında ilk bilgi, %41 oranında araştırma görevlisi hekim tarafından verilirken, %38 hasta yakını, %19 intern doktor ve %2 servis hemşiresi tarafında verilmektedir. Bu oranlar Canan ve ark.'nın sonuçlarıyla uyumlu görünmektedir. Kontrol grubunun %33' ünün geçmiş psikiyatrik öyküsü olduğu ve ölçek puanlarının anlamlı olarak yüksek olduğu halde konsültasyon istenmediği saptanmıştır. Sonuçta konsültasyon talebinin, belirli, sistematik, tutarlı bir yöntemle değil, belirli bir düzen içermeden, sağlıklı bir iletişim kurulmadan yapıldığı düşünülebilir. Bu bulgular ışığında yapılandırılmış bir görüşme sonrasında istenecek konsültasyon, bu konuda daha tutarlı sonuçlar verecektir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

1. Araştırma grubu ile kontrol grubunun GSA toplam puan ortalamaları birbirine benzer bulunmuştur.
2. Araştırma grubunda psikiyatrik tanı konma oranları kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. Ancak kontrol grubunun tanı konma oranları da yüksektir.
3. Araştırma grubu ile kontrol grubunun tanıları, uyum bozukluğu ve anksiyete bozukluğu açısından benzer, depresyon ve karışık anksiyete depresyon açısından farklıdır.
4. Araştırma grubundaki kadınların GSA puan ortalamaları, dolayısıyla belirti şiddetleri, erkeklere göre daha yüksektir.
5. Kontrol grubundaki hastaların anksiyete düzeyleri, depresyon düzeyleri, sosyal destek düzeyleri ve işlevsellik düzeyleri, araştırma grubuyla benzerdir.
6. Psikiyatrik öyküsü olan hastaların belirti şiddetleri, olmayanlara göre yüksektir.
7. Araştırma grubunda, hastanede kalış sürelerinin daha erken dönemlerinde konsültasyon istenmektedir.
8. Araştırma ve kontrol grubunda hastanede kalış süresi uzadıkça işlevsellik azalmaktadır.

Çalışmamızda kısıtlayıcı etkenler vardır. Bedensel hastalığın ve hastanın kullandığı ilaçların psikopatoloji üzerine etkileri olabilir. Mevcut bedensel hastalıklar ve ilaç kullanımı araştırılmamıştır. Araştırma bir üniversite hastanesinde yapılmıştır. Diğer kamu ve özel hastanelerdeki konsültasyon istenen tüm hasta gruplarını kapsamamaktadır. Ayrıca araştırma, yapısı gereği tüm tanı gruplarını içermemektedir. Çalışmanın kesitsel nitelikte olması, verilerin değerlendirilmesini kısıtlamaktadır. Bu açıdan çok merkezli, uzun süreli, izlem çalışmalarına gereksinim vardır.

Sonuç olarak hastanede yatarak tedavi gören hastalarda, yüksek oranlarda psikiyatrik eş tanılar olacaktır. Psikiyatrik hastalıkların tedavi maliyetlerine ve

hastanede kalış sürelerine etkileri giderek önem kazanmaktadır. Psikiyatri dışı kliniklerde görevli hekimlerin, daha tutarlı, geçerli ve sistematik değerlendirme ölçütleri kullanmaları, psikiyatrik rahatsızlıkları tanıyabilmelerini kolaylaştıracaktır. Bu amaçla, belirli aralıklarla eğitim toplantıları, düzenli görsel yayınlar, konsültasyon liyezon psikiyatrisi rotasyonları yapılabilir. Liyezon psikiyatrisinin güçlenmesi için bu alanda çok boyutlu ve uzun erimli çalışmaların devamının gerekli olduğunu düşünürüz.

## KAYNAKLAR

1. Kaçmaz N, Konsültasyon liyezon psikiyatrisi ve konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği: tarihsel bakış, Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006;9(1):75-85.
2. Guthrie E, Creed F. Seminars in Liasion Psychiatry, College Seminars Series, London.1996
3. Özkan S. Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi, Roche Yayınları, İstanbul, Aralık. 1993.
4. Dyke CV ,Goldberg RJ. Consultation Psychiatry in General Hospital in:Goldman HH(eds.) Review of General Psychiatry, The McGraw-Hill Companies Inc. New York.2000.s.522-529
5. Hackett PT, Cassem NH. Handbook of General Hospital Psychiatry ,PSG Publishing Company , Massachutsetts.1987.s.1-14
6. Aysev A. Hekimlerin çocuk psikiyatrisine ilişkin duygu ve düşünceleri.XXVI. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongre Kitabı,UDK Yayınları,Ankara.1989.s.271-277.
7. Çevik A,Soykan A,Düzyürek S,Ünal S. Bir üniversite hastanesinde deliryum olgularına birincil hekim ve cerrahların ve psikiyatri konsültanlarının yaklaşımı XXVII. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongre Kitabı, UDK Yayınları,İzmir,1990.s.135-127.
8. Menchetti M, Bortolotti B, Rucci P, Scocco P, Bombi A, Berardi D. Depression in primary care: interpersonal counseling vs selective serotonin reuptake inhibitors. BMC Psychiatry.2010;25:10:97.
9. Royal College of Psychiatrists (2001) 5,Higher Training Programmes Leading to Award of Certificates of Completion of Speciality Training (CCST's) in Psychiatry. Higher Specialists Training Handbook,London 1998(rew'd in march 2001).s.16-30.
10. Holmes TH, Rahe RH. The social readjustments rating scales. Joutnal of Psychosomatic Research. 1967;11:213-218.



11. Bourgeois AJ, Hilty DM, Servis ME, Hales RE, Consultation-liaison psychiatry advantages for healthcare systems. *Dis Manage Health Outcomes* 2005;13(2):93-106.
12. Göktaş K, Yılmaz E, Bir eğitim hastanesinde istenen psikiyatri konsültasyonlarının değerlendirilmesi, *Anatolian Journal of Psychiatry* 2006; 7:27-32.
13. Wise MG, Rundell JR. *Clinical Manual Of Psychosomatic Medicine, A Guide to Consultation-Liaison Psychiatry*, Washington, DC, London, 2005.s.1-10.
14. Kaptanoğlu C. Eskişehir Osmangazi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Konsültasyon-Liyezon Biriminin Çalışma Düzen ve İlkeleri.s.1-4.
15. Christodoulou C. transfers to psychiatry trough the C-L psychiatry service, 2008.
16. Huyse F, Herzog T, Lobo A, et al. European consultation-liaison psychiatric services: the ECLW collaborative study. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 101:360-6.
17. Özkan S. *Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi 2002-2004*, Kavuk Gazetecilik ve Matbaacılık Ltd. Şti, İstanbul, 2006.
18. Katon W, Unützer J. Consultation psychiatry in the medical home and accountable care organizations: achieving the triple aim. *General Hospital Psychiatry*. 2011;33:305–310.
19. Ebert MH, Loosen PT. *Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi*. Güneş Kitabevi, Ankara, 2003.
20. Kaplan HI, Sadock BJ: *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 8 th Edition, Güneş Kitabevi; 2007.s.2225-2240.
21. Newcorn JH, Strain JJ, Mezzich JE. Adjustment disorders. BJ Sadock, VA Sadock (Eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, seventh ed., Philadelphia, Williams & Wilkins, 2000, p.1714-1722.
22. Fava GA. Psychosomatic renewal of health care. *Pnminerma Med*.2010;52(3):239-48.
23. Yılmaz A. Kumbasar H. psychosomatic disorders in general medicine practise. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*.2008;1(2):17-28.
24. Özkan M, İstanbul Tıp Fakültesi' nde konsültasyon liyezon psikiyatrisi bilim dalı' nın gelişiminin değerlendirilmesi: 14 yılda psikiyatrik konsültasyon, *İst. Tıp Fak. Derg*.2005; 68:105-112.

25. Canan F, Koçer E, İçmeli C. Bir üniversite hastanesinde yatan hastalar için istenen psikiyatrik konsültasyonlarının değerlendirilmesi, Düzce Tıp Fakültesi Dergisi. 2008; 1: 22-27.
26. Onur E, Yemez B, Polat S, Gürz NY, Cimilli C. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi uygulamaları ve farmakoterapi tercihlerindeki değişim, Klinik Psikofarmakoloji Bülteni. Cilt: 17, Sayı: 4, 2007.
27. Su JA, Chou SY, Chang CJ. Changes in Consultation-liaison Psychiatry in the First Five Years of Opearation of A Newly-opened Hospital, Chang Gung Med J 2010;33:292-300
28. Pelin SŞ, Tıp Evrimi Açısından ve Psikiyatri Özelinde Konsültasyon Kurumu, Klinik Psikiyatri 2000; 3: 117-125.
29. Ateşçi FC, Karadağ F, Oğuzhanoglu NK, Bir üniversite hastanesinde yatan hastalarda psikiyatrik bozukluk dağılımı, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2000; 1(3):148-156
30. Sertöz ÖÖ, Doğanavşargil GÖ, Noyan MA. Bir Üniversite Hastanesi Konsültasyon Liyezon Servisinde Psikiyatrik Hastalıkların Psikiyatri Dışı Hekimlerce Doğru Tanınma Oranları, Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2008;18:288-295.
31. First MB, Spitzer RL, Gibbon M. Structured Clinical İnterview for DSM-IV Clinical Version (SCID-I/CV). Washington DC: American Psychiatric Press;1997.
32. Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M. DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçe' ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması, İlaç ve Tedavi Dergisi. 1999;12:233-236
33. Eker D, Arkar H. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği' nin faktör yapısı, geçerlilik ve güvenilirliği. Türk Psikoloji Dergisi. 1995;34:45-55.
34. Hamilton MA. Rating Scale for Depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1960;23:56-62
35. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği' nin geçerliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi. 1996;4:251-259.

36. Williams BW. A structure interview guide for Hamilton Depression Rating Scale. *Arc Gen Psychiatry*. 1978;45:742-747.
37. Hamilton M. The Assesment of Anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*. 1959;32:50-55.
38. Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N, Karaağaoğlu E, Yolaç P. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, Değerlendiriciler Arası Güvenirlik ve Geçerlilik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*.1998;9:114-117.
39. Luborsky L. Clinicians judgements of mental health. *Arc Gen Psychiatry*.1962;7:407-417.
40. Güleç C, Köroğlu E. *Psikiyatri Temel Kitabı Cilt 1: Ankara;1997.s.265-353.*
41. Kılıç C. Genel Sağlık Anketi: Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1996;7:3-9.
42. Dönmez L, Dedeoğlu N, Özcan E. Sağlık ocaklarına başvuranlarda ruhsal bozukluklar. *Türk Psikiyatri Dergisi*.200;11:198-203.
43. Küey L. Depresyon ve Kadın.Sendrom.1990;2:49-51.
44. Arbabi M, Laghayepoor R, Diagnoses, Requests and Timing of 503 Psychiatric Consultations in Two General Hospitals, *Acta Medica Iranica*, 2012;50(1): 53-60
45. Devasagayam D, Clarke D. Changes to Inpatient Consultation-Liaison Psychiatry Service Delivery Over a 7-Year Period, *Australas Psychiatry* 2008 16: 418
46. Tamasan SC, Zarie G. Liaison Psychiatry, *TMJ* 2005, vol. 55, no. 2; 182-186
47. Clarke DM, Smith GC, consultation-liaison psychiatry in general medical units, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 1995;29(3);424-432.
48. Yazıcı K, Tot Ş, Yazıcı A, Erdem P. Bedensel hastalığı olan kişiler arasında psikiyatrik yardıma ihtiyacı olanlar tanınabiliyor mu?. *Klinik Psikiyatri*.2003;6:27-31.
49. Keyvan A, Topçuoğlu V. Psikiyatri konsültasyonu istenen geriatrik hastaların özellikleri: Geriye dönük karşılaştırmalı bir çalışma. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2010;23:109-114.
50. Soygür H, Özalp H, Cankurtaran EŞ. Onkoloji hekimlerinin gözünden psiko-onkoloji:'birim kurulurken ve iki yıl sonra'- bir anket çalışması. *Klinik Psikiyatri*. 2005;8:67-73.

51. Tokgöz G. Kanser hastalarında majör depresyon yaygınlığı ve ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2008; 9:59-66.
52. Derogatis LR. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *The Journal of the American Medical Association*.1983;249:751-757.
53. Şener Ş. Meme kanserinin ruhsal ve sosyal etkileri üzerine bir çalışma. *Klinik Psikiyatri*. 1999;2:254-260.
54. İmam ZS, Hashmi SH, İslam MG. Liaison psychiatry and depression in medical inpatients. *J. Pak Med Assoc*. 2007;57;159-161.
55. Aslan S, Candansayar S, Coşar B, Işık E. Bir üniversite hastanesinde bir yıl süreyle gerçekleştirilen psikiyatri konsültasyon hizmetlerinin değerlendirilmesi. *Yeni Sempozyum Dergisi*. 2003;41:31-38.
56. Gala C. A multicenter investigation of consultation-liaison psychiatry in İtaly. *Gen Hosp Psychiatry* 1999;21:310-317.
57. Carta MG, Balestrieri M. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 2009,5:15.
58. Doruk A. Uyum Bozukluğu ve yaşam Olayları, *Anadolu Psikiyatri dergisi* 2008;9:197-202.
59. Faravelli C, Catena M, Scarpatto A, Ricca V. Epidemiology of life events: Life events and psychiatric disorders in the Sesto Fiorentino Study. *Psychother Psychosom* 2007; 76:361-368.
60. Hoge CW. The occupational burden of mental disorders in the U.S. military: psychiatric hospitalizations, involuntary separations, and disability. *Am J Psychiatry*. 2005;162:585-591.
61. Özmen E. Genel tıpta depresyon. *Genel Tıpta Psikiyatrik Sendromlar*, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1997:12-17.
62. Beausang P, Syed R, Screening for anxiety and depression in adult general medical inpatients in a Scottish District General Hospital. *Scott Med J*. 1998;43:177-180.
63. Ögel K, Terbaş Ö, Sarılgan GA, Ertekin E, Çakmak D, *Düşünen Adam*. 1994;8(2):7-10.
64. Kessler RC. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the USA. *Archives of General Psychiatry*.1994;51:8-19.

65. Kayahan M, Serbaş G. Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete-depresyon düzeyleri ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2007;8: 52-61.
66. Toft T, Fink P, Oernboel E. Mental disorders in primary care: prevalence and comorbidity among disorders. Results from the functional illness in primary care study. *Psychological Medicine*.2005;35:1175-1184.
67. Kisely SR, Goldberg DP. Physical and psychiatric comorbidity in general practice. *The British Journal of Psychiatry*.1996;169: 236-242.
68. Berksun OE. Anksiyete Bozuklukları. [http://www.umatkenanbingol.com/ekitaplar/300406/psi\\_anksiyete.pdf](http://www.umatkenanbingol.com/ekitaplar/300406/psi_anksiyete.pdf).
69. Kumbasar H, A.Ü.T.F Psikiyatri Anabilim Dalı'nda Konsültasyon Liyezon Çalışmaları ve Yeni Bir Uygulama, *Kriz Dergisi* 3 (1-2): 42-52.
70. Cottencin O, Lambert M. Consultation/liaison psychiatry practise: combined medical and psychiatric consultations. *Journal of Psychosomatic Research*. 2007;63:219-220.
71. Silverstone PH. Prevalence of psychiatric disorders in medical inpatients. *J Nerv Ment Dis*.1996;184(1):43-51.
72. Synder S, Strain JJ, Wolf D. Differentiating major depression from adjustment disorder with depressed mood in the medical setting. *General Hospital Psychiatry*.1990;12:159-165.
73. Temiz S, Güleç G, Kaptanoğlu C. Depresif Duygu Durum ile Giden Uyum Bozukluğunun Klinik Açıdan Major Depresif Bozukluk ile Karşılaştırılması. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 2012; 49: 20-8.
74. Kocaman N, Kutlu Y, Özkan M, Özkan S. Predictors of psychosocial adjustment in people with physical disease. *Journal of Clinical Nursing*.2006;16:6-16.
75. Kisely S, Campbell LA. Taking consultation-liaison psychiatry into primary care. *Int'l J. Psychiatry in Medicine*.2007;37(4):383-391.
76. Özkan M. Consultation liaison psychiatry in Turkey. *Journal of Psychosomatic Research*.2005;59:447-448.
77. Rymaszewska J, Söllner W. Training in consultation –liaison psychiatry in Eastern Europe. *Journal of Psychosomatic Research*.2012.

