



**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI**

**AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
PSİKİYATRİ SERVİSİ'NDE 2006-2013 YILLARI ARASINDA
YATARAK TEDAVİ ALAN OLGULARIN RETROSPEKTİF
OLARAK SOSYODEMOGRAFIK VE
KLİNİK ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Özgül ÖZDİLMEN

Antalya, 2014



**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI**

**AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
PSİKİYATRİ SERVİSİ'NDE 2006-2013 YILLARI ARASINDA
YATARAK TEDAVİ ALAN OLGULARIN RETROSPEKTİF
OLARAK SOSYODEMOGRAFİK VE
KLİNİK ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Özgül ÖZDİLMEN

Tez Danışmanı: Doç.Dr. M. Mehmet ERYILMAZ

“Kaynak gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

Antalya, 2014

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa :</u>
Simgeler ve Kısaltmalar Dizini	ii
Tablolar Dizini	iii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Psikiyatrik Epidemiyolojinin Tarihçesi ve Gelişmesi	4
2.2. Türkiye’de Psikiyatrik Epidemiyoloji	7
2.3. Psikiyatrik Epidemiyolojinin Amaçları, Yararları ve Kullanma Alanları	7
3. HASTALAR ve YÖNTEM	10
3.1. Örneklem	10
3.2. Veri Toplama Araçları	11
3.3. İstatistiksel Değerlendirme	11
4. BULGULAR	12
5. TARTIŞMA	25
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	29
7. ÖZET	31
8. ABSTACT	33
9. KAYNAKLAR	35
10. EKLER	38
Ek 1. Çalışma Formu	38

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ECA	Epidemiologic Catchment Area
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EKT	Elektrokonvulsif Tedavi
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
MATT	Michigan Alkolizm Tarama Testi
NIMH	National Institute of Mental Health (Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü)
SADS	Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SSRI	Serotonin reuptake inhibitörü
SNRI	Serotonin ve noradrenalin reuptake inhibitörü

TABLOLAR DİZİNİ

<u>Tablo</u>	<u>Sayfa</u>
4.1. Yıllara ve tanılarına göre hasta dağılımı	12
4.2. Cinsiyet, medeni durum ve eğitim düzeyi dağılımı	13
4.3. Meslek dağılımı	14
4.4. Çalışma durumları	15
4.5. Tanı dağılımları	16
4.6. Yatış endikasyonları	17
4.7. Komorbidite	17
4.8. Non-psikiyatrik komorbidite dağılımı	18
4.9. Sigara kullanımı oranları	19
4.10. Alkol kullanımı oranları	19
4.11. Madde kullanımı oranları	20
4.12. Uygulanan tedavi dağılımı	21
4.13. Tanı dağılımı, soygeçmişte psikotik hastalık öyküsü	22
4.14. Taburculuk şekilleri	22
4.15. Yatış süresine katkıda bulunan değişkenler	23
4.16. Yatış süresi	24

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Son yıllarda araştırmacılarca, hastaların sosyodemografik özellikleri ile psikiyatrik epidemiyoloji ve ruh sağlığı hizmetlerini kullanma biçimleri arasındaki ilişkinin araştırıldığı bilinmektedir. Çalışmalar belirli sosyodemografik özelliklere sahip bireylerle psikiyatrik hizmet veren kurumlara başvurma arasında ilişki olduğunu göstermiştir. Hizmeti kullanmada belirleyici olan sosyal ve demografik bilgileri sağlamanın, ruh sağlığı hizmetlerini planlama, geliştirme ve değerlendirmede önemli olduğu belirtilmektedir (3). Psikiyatrik epidemiyolojide, hastanede yatan hastalar üzerinde yapılan retrospektif arşiv taramaları; tedavi hizmetlerinin, ruhsal hastalıkların klinik tablosunun ve seyrinin, tedavi yöntemleri ve etkinliklerinin değerlendirilmesinde, ülkenin ruh sağlığı politikalarının oluşturulmasında önemlidir.

Genel hastaneler içinde yer alan psikiyatri bölümlerinin yataklı servis hizmetlerinin işlevleri, hastaların kendilerine ya da çevrelerine zarar verme olasılığına karşı hastayı ve çevreyi korumak; hastayı hastalığını arttıran çevresel etkenlerden uzaklaştırarak yaşamını/varlığını mümkün olduğunca sadeleştirmek, yalınlaştırmak; tanı ve ayırıcı tanı değerlendirmesinin poliklinik ortamında yeterince sağlıklı bir şekilde yapılamaması durumunda hastanın yakından gözlemi ile tanı değerlendirmesini yapmak; ayaktan uygulanan tedaviye yanıt vermeyen hastaların tedavilerini destekleyici bakım ve gözetim altında gerçekleştirmektir (4). Psikiyatri hastalarına sunulan tedavinin daha sağlıklı koşullarda planlanması ve ülkemizin sağlık politikalarının biçimlendirilmesi için psikiyatri kliniklerinin yatak kapasitelerinin ve yıllık hasta yatışının bilinmesi önemlidir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler ve üniversitelerde psikiyatri hastaları için ayrılmış yatak sayıları, ortalama yatış günü ve yıllık yatan hasta sayılarına ilişkin istatistikler oldukça yetersizdir (1).

Kısıtlı mevcut literatürdeki çalışmalarda; Sağlık Bakanlığı'na ait 1990 yılında yapılan istatistiksel değerlendirmede psikiyatri kliniklerinde yatarak tedavi gören hastaların tanı dağılımlarının %46.5 psikotik bozukluk, %38.3 nevrotik bozukluk, %11.7 alkol bağımlılığı, %3.4 ilaç bağımlılığı, %2 zeka geriliğidir. Ruh sağlığı ve hastalıkları hastanelerinde Sağlık Bakanlığı 2006 verilerine göre bir

hastanın ortalama yatış günü 33.3 gün olarak gösterilmiştir. 2003 yılında Yıldız ve arkadaşları tarafından Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yapılan bir çalışmada iki yıl boyunca yatarak tedavi alan hastaların %33 hastada unipolar depresyon; %21.3 şizofreni; %14 bipolar bozukluk tanısı saptanmıştır. Ortalama yatış süresi 35.36 gün olarak bulunmuştur.

2005 yılında Soygür ve arkadaşları tarafından Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri kliniğinde yapılan çalışmada; majör depresif bozukluk %35.4; psikotik bozukluk %33.3; bipolar affektif bozukluk %11.1; anksiyete bozukluğu %8.3; somatoform bozukluk %5.6; madde kullanım bozukluğu %%4.2; uyum bozukluğu %2.1 oranında saptanmıştır. Tanı gruplarına göre yatış süreleri karşılaştırıldığında şizofreni ve diğer psikotik bozukluk tanısıyla yatırılan hastaların ortalama yatış süresi (31.02 gün) diğer tanı gruplarına göre anlamlı derecede yüksek saptanmıştır (2).

Bu çalışmanın amacı Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Yataklı Tedavi Kurumunda 2006 – 2013 yılları arasında tedavi edilen hastaların geriye dönük olarak tanı dağılımları, sosyodemografik verileri ve aldıkları tedavinin değerlendirilmesidir.

2. GENEL BİLGİLER

Psikiyatrik Epidemiyoloji, psikiyatrik araştırmaların bir dalı olarak psikiyatrik bozuklukların toplumdaki dağılımını, bu dağılımı etkileyen fiziksel, biyolojik ve toplumsal etkenleri inceler (Doğan ve ark., 1995; Goldman, 1984; Mezzich and Üstü, 2005). ‘Toplumda anlamına gelen ‘epidemic’, ‘çalışma’ anlamına gelen ‘logos’ sözcüğünden köken alır (Mezzich and Üstü, 2005; Murphy et al., 1988; Murphy et al., 1999). Crawford’a (2006) göre, Latince arasında anlamındaki ‘epi’ ile toplum anlamındaki ‘demos’ sözcüklerinden köken alır. Psikiyatrik epidemiyolojinin önemini Shepherd (1978) şöyle belirtmektedir: *‘Psikiyatri kadar epidemiyolojiye gereksinmesi olan bir başka tıp dalı yoktur.’*

Psikiyatrik epidemiyolojik çalışmalar 3 düzeyde yapılır (Burke and Reiger, 1996; Crawford, 2006; Doğan, 2002):

1. Tanımlayıcı düzey (çalışmalar)

Bu çalışmalar bir toplumda psikiyatrik bozuklukların görülme oranlarını saptamayı ve değerlendirmeyi sağlar. Aynı zamanda toplumda tedavi edilmemiş hastaların oranı, uygun bakım sağlamayı önleyen engellerin belirlenmesi, sağlık hizmetlerinin kullanılması konularında da bilgi sağlar.

2. Çözümleyici (analitik) düzey (çalışmalar)

Bu çalışmalar, bir bozukluğu ortaya çıkaran risk etkenlerini belirlemek için değişik grupların oranları arasındaki farklılıkları ortaya koymak için yapılır. Tanısal testlerin performansının değerlendirilmesinde, yüksek riskteki hastaların belirlenmesinde de yararlı bilgi sağlar. Bir toplumda psikiyatrik bozuklukların oranlarının bilinmesi, yüksek risk altındaki grupların belirlenmesi açısından önemli bir çıkış noktası sağlar. Yüksek risk grupları belirlenince, bu grupların daha özgül özelliklerini belirlemeye yönelik çalışmalar düzenlenebilir.

3. Deneysel düzey (çalışmalar)

Bu çalışmalar, bir psikiyatrik bozukluğun gidişini veya sonlanmasını değiştirmek için düzenlenen koruyucu veya tedavi edici girişimlerin etkinliğini değerlendirir. Psikofarmakoterapi ve psikoterapi gibi farklı

tedavi girişimlerinin ne kadar etkin olduğunun kontrollü çalışılmasına da olanak sağlar.

2.1. Psikiyatrik Epidemiyolojinin Tarihçesi ve Gelişmesi

Epidemiyolojinin kökenleri 3200 yıl öncesine dayanır. Tevrat'taki leprayla ilgili bulaşma, tedavi, beslenme gibi kurallar başlangıç olarak görülebilir (Crocetti ve al. 1971). Bulaşıcı olmayan diğer hastalıkların araştırmalarıyla karşılaştırıldığında, psikiyatrik bozukluklarda epidemiyolojik araştırmaların yapılmasının daha yavaş ilerlediği görülmektedir. Prince ve arkadaşlarına (2008) göre, Kessler bunun nedenini “kısmen psikiyatrik bozuklukların temelini iyi anlaşılamamasına ve son 50-60 yıla kadar olan dönemde psikiyatrik bozukluklara etkin müdahale eksikliğine” bağlamaktadır.

İtalya'da 17. yüzyılda psikiyatrik belirtilerin toplumda görülme biçimleri tanımlanmasına karşın, Avrupa'da psikiyatrik epidemiyoloji 19. yüzyılın sonuna doğru kalıtımla ilgili özellikleri ve bakım gereksinimlerini değerlendirilme çabalarıyla gelişmeye başlamıştır. 1838'de Esquirol psikiyatrik hastalık nedeniyle hastaneye yatırılanların 15 yılda dört kat arttığını bildirmiştir (Mezzich and Üstün 2005). Goldberger, 1914'te dikkatli gözlem ve olgu kontrol yöntemini kullandığı çalışmasında Pellegra Psikozunun beslenme eksikliğine bağlı olduğunu göstermiştir (Doğan, 2002; Weissman and Klerman, 1989).

1897'de Fransa'da Emile Durkheim'in 'Suicide' adlı eseri yayımlandı. Durkheim, bu eserinde Avrupa'nın intihar oranlarının bölgesel, ulusal ve geçici değişkenlerini çalışmıştır. Durkheim'in çalışması, çalışma alanı, bakış açısı, ampirik ve kuramsal yaklaşımların birleşimi açısından dikkate değerdi (Prince et al., 2008).

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) psikiyatrik bozuklukların yaygınlık araştırmaları girişimi 1855'te Massachusettes'te başlamıştır. Weissman ve Klerman'a (1978) göre, Jarvis, zeka geriliğinin ve akıl hastalığının yaygınlığını belirlemiştir.

İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra birçok çalışma yapılmıştır. Mezzich ve Üstün'e (2005) göre, Brugger 1929'da Almanya'da belirlenen bir grupta psikiyatrik bozuklukların yaygınlığını değerlendirmiştir. Faris ve Dunham 1930'lu

yıllarda ilk kez hastaneye yatırılan psikiyatri hastalarının coğrafi ve toplumsal değişkenlerin önemini göstermiştir (Doğan, 2002; Doğan ve ark., 1995; Mezzich and Üstün, 2005; Murphy et al., 1999; Weissman ve Klerman, 1989).

İkinci Dünya Savaşı için askere alınacaklar arasında zeka geriliği, psikiyatrik bozukluklar ve yoğun sıkıntı durumları araştırılmıştır. Bu çalışmaların sonucunda stresin önemi ve stresin ortaya çıkarıcı özelliği vurgulanmıştır.

İkinci Dünya Savaşı sonrasında (1946) ABD’de Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü (National Institute of Mental Health - NIMH) kurulmuş ve 1949’da işlerlik kazanmıştır. İkinci Dünya Savaşı’ndan sonraki çalışmaların amacı, psikiyatrik hizmetlerin planlanmasına katkıda bulunmaktır. 1950’li yıllarda büyük örneklem gruplarıyla yüz yüze görüşülerek tedavi türleriyle toplumsal sınıf arasındaki ilişki çalışılmıştır (Doğan, 2002; Mezzich and Üstün, 2005; Muphy et al., 1999; Weissman ve Klerman, 1989). Bu çalışmalarda psikiyatrik bozuklukların yaygın oranları yüksek bulunmuştur. Örneğin, Midtown-Manhattan çalışmasında önemli bir psikiyatrik bozukluğu olanların oranı %23, hiçbir psikiyatrik belirtisi olmayanların oranı %19 olarak bulunmuştur. Çeşitli kaynaklara göre (Doğan, 2002; Weissman ve Klerman, 1989) Hollingshead ve Redlich şizofreni hastalarıyla yaptıkları çalışmada, tedavi gerektiren psikiyatrik bozuklukların önemli bir belirleyicisi olarak sosyal sınıfın önemini göstermiştir; 10 yıl sonra Myers ve Bean de benzer sonuçları bulmuştur.

İkinci Dünya Savaşı’ndan sonraki çalışmalar daha çok psikiyatri hizmetlerinin planlamasına yardım etme amacındaydı. Gelişmiş ülkelerde hizmetler hastane hizmetlerinden toplum hizmetlerine doğru ilerledi. Bu değişme genel sağlık olanaklarına ulaşmayı daha önemli duruma getirdi (Weissman ve Klerman, 1989). Aile çalışmaları ve genetik çalışmalar başladı.

Bu dönemde Avrupa’da yapılan çalışmalar her psikiyatrik bozukluğun farklı etiyolojik etkenlere, klinik görünüme, gidişe, tedaviye, toplumsal ve çevresel etkenlerden çok biyolojik etkenlere sahip olduğu varsayımı temelindeydi (Doğan, 2002; Weissman ve Klerman, 1989).

1960’lı yıllarda Avrupa’da çeşitli araştırmalar yapılmış, U.S. – U.K. Diagnostic Project (New York ve Londra) ile şizofreni oranlarındaki farklılıklar ve nedenleri araştırılmıştır (Burke and Reiger, 1996; Doğan, 2002; Murphy et al.,

1999). Bu çalışmanın temel amacı, ABD'deki daha yüksek şizofreni oranının Avrupa'dakinden gerçek bir farklılık gösterip göstermediğinin veya görünürdeki farkın salt tanısal uygulamalardaki uyumsuzlıktan kaynaklanıp kaynaklanmadığını araştırmaktır. Bu çalışmanın en önemli özelliği, deneklerin psikiyatrik görüşmesinde standardize bir protokol uygulanmasıydı (Wing et al., 1974). Bu protokol araştırmacının elde edeceği bilgiyi tam olarak belirledi, araştırmacıların bilgiyi yorumlamalarının uyumlu olması için araştırmacılara eğitim verildi. Olgulardan elde edilen bilgilerin tümü panellerde gözden geçirilerek ölçüt değişkenliği en aza indirildi (Burke and Reiger, 1996).

1970'li yıllarda tanıya özgü, geçerli, güvenilir, standardize, yapılandırılmış, uzman gerektirmeyen ve kolay uygulanabilen ölçekler geliştirilmiştir. Yeni tanısal ölçekler topluma (500 kişi) ilk olarak 1975'te uygulanmıştır (Weissman et al., 1978). 1972'de Washington Üniversitesi'ndeki araştırmacılar, araştırma deneklerini tanımlara ayırmada özgül ölçütler belirleyerek araştırmada ölçüt uyumsuzluğunu kontrol etmek için yeni bir yol önerdiler (Feighner et al., 1972). Bu yaklaşım (bir görüşme protokolü ve bir kesin ölçüt seti) 1970'lerin ortasında yeni bir ölçüt seti (Tanı Koydurucu Araştırma Ölçütleri - Research Diagnostik Criteria) geliştirilmesiyle ilgiliydi. Bu ölçütler temelinde eş zamanlı standardize bir görüşme geliştirildi (Schdule for Affective Disorders and Shcizophrenia - SADS) (Endicott and Spitzer, 1978). Özel bir tanısal kategoriye ayırmayı sağlayan ve özgül ölçütlerle standardize bir görüşme ölçeği kullanan bu yaklaşım, araştırmacıların tanısal değerlendirmede bir güvenilirlik standardına ulaşmasını sağladı. Bu özellik onun yaygın olarak kullanılmasını sağladı (Burke and Reiger, 1996).

Bu dönemde Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) çeşitli psikiyatrik bozukluklar ve madde kullanımı gibi alanlarda öncülük yapmış, Uluslar arası Şizofreni Pilot Çalışması'nı başlatmış ve sonuçlandırmıştır (Burke and Reiger, 1996; Doğan, 2002).

Bunların ardından 1980'lerin başında toplum çalışmalarının sayısı arttı. Bunlardan en geniş kapsamlı olanı, yirmiden çok psikiyatrik bozukluğun yaygınlığını araştıran ve ABD'de yapılan ECA (Epidemiologic Catchment Area) çalışmasıdır.

Bu dönemde toplum çalışmalarının yanı sıra, ailede ve risk etkenlerinde odaklanan çalışmalar yapılmıştır. En çok çalışılan risk etkenleri arasında demografik özellikler, ailesel-genetik, toplumsal sınıf, ekonomik durum, kültürlerarası farklılık, iş değişiklikleri ve işsizlik, kentleşme/endüstrileşme süreçleri, çevresel etkenler sayılabilir (Burke and Reiger, 1996; Doğan, 2002; Murphy et al., 1999; Weissman ve Klerman, 1989).

2.2. Türkiye’de Psikiyatrik Epidemiyoloji

Türkiye’de psikiyatrik epidemiyolojiyle ilgili ilk alan çalışması 1963’te yapılmıştır (Noyan, 1964). Türkiye Akıl Hıfzıssıhhası Cemiyeti on bin kişilik bir tarama çalışması yapmış, fakat bu çalışmadan elde edilen verilerin istatistiksel değerlendirmesi yapılmamıştır. Ülkemizde 1970’li yılların sonundan başlayarak geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış olan, standardize, yapılandırılmış ölçekler kullanılmaya başlanmış; küçük yerleşim birimlerinde çalışmalar yapılmıştır (Doğan, 2002). Bu çalışmalar psikiyatrik epidemiyoloji alan çalışmaları değil, bir mahalle veya köy gibi küçük ölçekli çalışmalardır. Ülkemizde geniş ölçekli iki alan çalışması yapılmıştır (Doğan ve ark., 1995; Doğan ve ark., 1996; Erol ve ark., 1998): Sivas il merkezinde 1991 yılından bu yana yapılan (Doğan ve ark., 1995; Doğan ve ark., 1996; Doğan, 2010) ve Sağlık Bakanlığı’nın ülke düzeyinde yapılan çalışmalardır (Erol ve ark., 1998).

2.3. Psikiyatrik Epidemiyolojinin Amaçları, Yararları ve Kullanma Alanları

Gruenberg ve Turns (1995), epidemiyolojinin ‘koruyucu tıbbın temel bilimi’ olduğunu belirtmiştir. Epidemiyolojinin temel amacı olan ‘klinik durumu önleyecek ve ortadan kaldırmaya yarayacak bilgi sağlamak’, psikiyatrik epidemiyoloji için de geçerlidir.

Psikiyatrik epidemiyolojinin amaçları, yararları ve kullanma alanları aşağıdaki gibi özetlenebilir (Burke and Reiger, 1996; Doğan, 2002; Doğan et al., 1995; Gelder et al., 2001; Gruenberg and Turns, 1995; Mezzich ve Üstün, 2007):

1. Epidemiyolojik oranların elde edilmesi: Psikiyatrik bozuklukların yaygınlığı, sıklığı gibi epidemiyolojik oranlar sağlar.
2. Risk etkenlerinin belirlenmesi: Psikiyatrik bozukluklar için yatkınlık yaratabilecek veya ortaya çıkarabilecek nitelikteki etkenlerin belirlenmesine, kısmen etiyolojiye yönelik bilgiler sağlar.
3. Risk gruplarının belirlenmesi: Psikiyatrik bozukluklar açısından yaş, cinsiyet, medeni durum gibi demografik değişkenlere göre risk gruplarının belirlenmesini sağlar.
4. Toplumun sağlık durumu ve algısı hakkında bilgi sağlar.
5. Toplumdan elde edilen epidemiyolojik verilerle klinik verilerin bütünleştirilmesini sağlar.
6. Psikiyatrik bozuklukların kliniği, gidişi, sonlanması, komorbiditesi hakkında bilgi sağlar.
7. Tanı koydurucu araçların geçerliliği, güvenilirlik ve değerlendirilmesiyle ilgili bilgi sağlar.
8. Psikiyatrik bozuklukların yaşam kalitesini etkileme düzeyi ve yeti yitimine yol açması konusunda bilgi sağlar.
9. Psikiyatrik bozukluklarla ilgili olarak bozukluk-birey-çevre arasındaki etkileşim konusunda bilgi sağlar.
10. Verilen hizmetlerin, hizmet verilen ortamların niceliği ve niteliği hakkında bilgi sağlar.
11. Tedavi seçeneklerinin etkinliği ve ekonomik boyutu hakkında bilgi sağlar.
12. Psikiyatrik hizmetlere gereksinim düzeyi, hizmetlere ulaşma yolları ve çare arama davranışları hakkında bilgi sağlar.
13. Toplumun psikiyatrik bozukluklarla ilgili tutum ve inanışlarının belirlenmesini sağlar.
14. Psikiyatrik bozukluklara kültürel bakış açısı ve kültürle ilişkisi hakkında bilgi sağlar.
15. Kültürlerarası farklılıkların ortaya konmasını sağlar.
16. Toplumun ruh sağlığı ve psikiyatrik bozukluklarla ilgili gereksinimlerinin belirlenmesini sağlar.

17. Psikiyatrik hizmetlerin planlanması: Yukarıda açıklanan konularda elde edilen veriler psikiyatrik hizmetlerin nasıl verilmesi gerektiği konusunda yol gösterici olur.

Psikiyatrik epidemiyolojinin sağladığı verilerle koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin planlanması ve uygulanması, risk etkenlerinin kontrol altına alınmaya çalışılması, risk gruplarının yakından izlenmesi, psikiyatrik bozuklukların olumsuz gidişinin ve yarattıkları yeti yitiminin kontrol altına alınmaya çalışılması, hizmet verilen ortamların iyileştirilmesi, topluma sunulan hizmetlerin ve hizmetlere ulaşma yollarının iyileştirilmesi, toplumun eğitiminin gerçekçi olarak planlanması, ulusal ruh sağlığı programlarının ve politikasının geliştirilmesi sağlanabilir (5).

3. HASTALAR VE YÖNTEM

3.1. Örneklem

Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Servisinde 01.01.2006 – 31.08.2013 tarihleri arasında yatarak tedavi alan 737 hastanın dosyası çalışmaya dahil edilmiştir. Retrospektif olarak olguların yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim düzeyi, meleş, çalışma durumu, yaşadığı bölge, yatış süresi, yatış mevsimi, yatış sayısı, başvuru şekli, yatış endikasyonu, komorbidite, alkol-madde-sigara kullanımı, suicid girişimleri, adli sorunlar, soygeçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü, uygulanan tedavi, poliklinik kontrol uyumlarına bakılmıştır. Tekrarlayan yatışı olanların son yatışı değerlendirilmiştir.

Hastaların tanısı; Uluslararası Hastalık Sınıflaması'na (ICD 10) göre belirlenmiş ve aşağıdaki şekilde gruplandırılmıştır:

- F00-F09 Semptomatik ve organik mental bozukluk
- F10-F19 Psikoaktif madde kullanımına bağlı zihin ve davranış bozuklukları
- F20-F29 Şizofreni, şizotipal ve delüzyonel bozukluklar
- F30-F39 Duygu durum (duygulanım) bozukluklar
- F40-F43 Anksiyete bozuklukları
- F44-F59 Nörotik, stressle ilgilili bozukluklar, somatoform bozukluklar ve diğerleri
- F60-F69 Erişkin kişilik ve davranış bozuklukları
- F70-F79 Zeka geriliğı
- F80-89 Psikolojik gelişme bozuklukları
- F99 Mental bozukluklar tanımlanmamış

11 hastaya ICD kodu verilmediğı gözlemlendi. Bu hastaların dosya incelemesinde daha çok tanı için yatırılan ve birçok tanı aldığı halde kodlanmayan hastalar olduğu görüldü, 2 hastada ise muhtemelen ilaca bağılı eps nedeni ile yatırılmış idi ve G22 Parkinsonizm tanısı almışlardı.

Çalışma Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından, 02.10.2013 tarihinde, 70904504 sayılı protokolle onaylanmıştır.

3.2. Veri Toplama Araçları

Veriler Akdeniz Üniversitesi Hastanesi psikiyatrik hasta takip dosyalarından ve MEDIHASTA programı ile hastane bilgisayar kayıtlarından elde edilmiştir.

3.3. İstatistiksel Değerlendirme

F70 – F99 arası ICD tanılarını alan olgular az sayıda olduğundan istatistiksel değerlendirmeye alınmamıştır.

İstatistiksel analiz için Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 16.0, Chicago, Illinois) yazılımı kullanılmıştır. Verilerin çözümlemesinde dağılımlar araştırılırken khi kare testi, parametrik değişkenlerin karşılaştırılmasında t testi ve yerine göre varyans analizi (ANOVA) yapıldı. Alfa anlamlılık değeri 0,05 olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

8 senede toplam 723 hasta yatırılarak tedavi görmüştür. Son 4 senede yatış sayılarında artış gözlenmektedir. Başvurular mevsimlere ve ayların dağılımına göre değerlendirildiğinde ise istatistiksel olarak gruplar arası anlamlı fark saptanmadı (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Yıllara ve tanılarına göre hasta dağılımı.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total
Organik mental bozukluklar	1	3	5	2	4	3	3	4	25
Psikoaktif madde kullanımına bağlı bozukluklar	7	2	3	2	2	0	3	3	22
Şizofreni, şizotipal ve delüzyonel bozukluklar	30	33	23	14	8	26	35	54	223
Duygudurum bozuklukları	24	21	21	32	24	35	54	59	270
Anksiyete bozuklukları	14	11	7	10	18	19	16	18	113
Nörotik, stresle ilgili ve somatoform bozukluklar	3	2	2	0	3	4	3	5	22
Erişkin kişil ve davranış bozuklukları	3	2	6	5	5	7	8	5	41
Zeka geriliği	0	0	0	0	0	3	0	2	5
Gelişimsel bozukluklar	0	1	0	0	0	0	1	0	2
TOPLAM	82	75	67	65	64	97	123	150	723

X²(42)=62.308
p<0.025

Yatarak tedavi alan hastaların sosyodemografik verileri incelendiğinde; tüm olguların yaş ortalaması 40.59±14.8 (en küçük=10, en büyük 80) olarak saptandı. Hastaların %59.2'si kadın, %40.6'sı erkek idi (Tablo 4.2).

Olguların medeni durumları incelendiğinde; şizofreni, şizotipal ve delüzyonel bozuklukları tanıları alan hastaların %55.6'sı hiç evlenmemişlerdi. Boşanmış hastaların %36.4'ü şizofreni, şizotipal ve delüzyonel bozukluk tanılarını almıştı. Evli hastaların %50.1'inde en yüksek oran ile duygudurum bozuklukları tanıları mevcuttu. Ayrı yaşayan hastaların %40'ı erişkin kişilik ve davranış bozuklukları tanıları almıştı (Tablo 4.2).

Hastaların eğitim düzeylerine bakıldığında %35.7 (n=259) ile en yüksek oranı ilkokul mezunu olanlar oluşturuyordu. Hastaların %27.5'i (n=200) lise mezunu, %21.5'i (n=156) yüksek okul ve üniversite mezunuydu; %3.3'ü (n=24) ise hiç okula gitmemişti. Gruplar arası dağılımda ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Cinsiyet, medeni durum ve eğitim düzeyi dağılımı.

	Erkek	Kadın	Bekar	Evli	Boşanmış	Yok	İlkokul	Lise	YO- Üniv	Total
Semptomatik ve organik mental bozukluk	14	11	8	11	5	0	13	4	5	25
Psikoaktif madde kullanımına bağlı zihin ve davranış bozuklukları	15	7	6	12	3	0	7	4	7	22
Şizofreni, şizotipal ve delüzyonel bozukluklar	105	118	124	65	31	6	66	79	51	223
Duygu durum (duygulanım) bozukluklar	96	175	48	179	41	11	99	66	54	271
Anksiyete bozuklukları	46	69	31	66	14	5	43	27	29	115
Nörotik, stresle ilgili bozukluklar, somatoform bozukluklar ve diğerleri	2	20	13	9	0	2	9	5	5	22
Erişkin kişilik ve davranış bozuklukları	15	26	13	14	12	0	16	14	5	41
Zeka geriliği	0	5	2	1	2	0	5	0	0	5
Gelişimsel bozukluklar	2	0	2	0	0	0	1	1	0	2
Toplam	295	431	247	357	108	24	259	200	156	726

Meslek dağılımı incelendiğinde tüm hastaların en yüksek oran ile %29'u ev kadınıydı. Sonrasında sırasıyla %12.4'ü öğretmen dışı memur, %12 serbest meslek, %10.1 öğretmen, %9.2 öğrenci, %8.8 çalışmıyor, %8.3 işçiydi. Şizofreni, şizotipal ve delüzyonel bozukluk grubundaki hastaların %70.2'si çalışmıyordu. Söz konusu grupta çalışılan hastalarda ise en yüksek oran serbest meslekti. Duygudurum bozuklukları tanısı alan hastaların %38.2'si ev kadınıydı, %25.2'si öğretmen ve öğretmen dışı memurdu. Duygudurum bozukluklarına benzer şekilde anksiyete bozukluklarında hastaların %31.1 ile büyük çoğunluğu ev kadınları, sonrasında sırasıyla %16.0'sı öğretmen, %9.4'ü öğretmen dışı memurdu. $p < 0.001$ olup, gruplar arası farklılık istatistiksel olarak anlamlıydı (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Meslek dağılımı.

	Çalışmıyor	Memur	İşçi	Öğretmen	Sağlık Pers	Esnaf	Ev Kadını	Öğrenci	Serbest	Çiftçi	Total
Semptomatik ve organik mental bozukluk	1	2	4	3	0	0	7	2	3	1	23
Psikoaktif madde kullanımına bağlı zihin ve davranış bozuklukları	2	5	0	2	1	1	2	0	5	2	20
Şizofreni, şizotipal ve delüzyonel bozukluklar	40	19	13	15	10	7	39	20	26	5	194
Duygu durum (duygulanım) bozukluklar	8	34	21	28	4	8	94	16	23	10	246
Anksiyete Bozuklukları	2	10	11	17	2	5	33	9	11	6	106
Nörotik, stresle ilgili bozukluklar, somatoform bozukluklar ve diğerleri	1	2	2	0	0	1	6	7	2	0	21
Erişkin kişilik ve davranış bozuklukları	1	9	3	1	1	1	6	6	8	0	36
Zeka geriliği	1	0	0	0	0	0	2	0	0	1	4
Gelişimsel bozukluklar	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Toplam	57	81	54	66	18	23	189	60	78	25	651

Hastaların halihazırdaki çalışma durumları incelendiğinde tüm hastaların %57.9'u aktif olarak çalışıyordu; %14.0'ü emekli, %1.7'si ise malulen emekliydi. Şizofreni, şizotipal ve delüzyonel bozukluklarda %47.7'si (n=104) aktif olarak çalışırken, %42.7'si (9.3) ise mesleğini aktif olarak yapmıyordu. Aktif olarak en yüksek çalışma oranı %76.2 (n=16) ile Nörotik, stresle ilgili bozukluklar ve somatoform bozukluklar grubundaydı. Duygudurum bozukluklarında %64.2'si (n=163) aktif olarak çalışıyor, %20.9'u (n=53) emekliydi. Anksiyete bozukluklarında ise %65.5'i (n=72) aktif çalışırken, %15.5'i (n=17) emekliydi (Tablo 4.4) ($p < 0.001$).

Tablo 4.4. Çalışma durumları.

Çalışma Durumları	İnaktif	Aktif	Emekli	Malulen Emekli	Total
Semptomatik ve organik mental bozukluk	5	11	4	3	23
Psikoaktif madde kullanımına bağlı zihin ve davranış bozuklukları	5	12	5	0	22
Şizofreni, şizotipal ve delüzyonel bozukluklar	93	104	14	7	218
Duygu durum (duygulanım) bozukluklar	37	163	53	1	254
Anksiyete bozuklukları	20	72	17	1	110
Nörotik, stresle ilgili bozukluklar, somatoform bozukluklar ve diğerleri	5	16	0	0	21
Erişkin kişilik ve davranış bozuklukları	14	21	4	0	39
Zeka geriliği	2	3	0	0	5
Gelişimsel bozukluklar	2	0	0	0	2
Toplam	183	402	97	12	694

Yatış tanılarına göre ilk 3 sırayı alan hastalıkların yüzdesi 83.8'dir. Duygudurum bozuklukları tanısı hastaların en büyük oranını %37.3 (n=271) ile hastaların en büyük oranını oluşturur. Sonra sırasıyla %30.7 (n=223) ile şizofreni, şizotipal ve delüzyonel bozukluklar ve %15.8 (n=115) anksiyete bozuklukları gelmektedir.

Olguların %3.4'ü (n=25) semptomatik ve organik mental bozukluk; %3'ünde (n=22) psikoaktif madde kullanımına bağlı zihin ve davranış bozuklukları; %3 (n=22) nörotik, stresle ilgili bozukluklar, somatoform bozukluklar ve diğerleri, %5.6'sında (n=46) erişkin kişilik ve davranış bozuklukları, %0.7 (n=5) zeka geriliği, %0.3'ünde (n=2) psikolojik gelişme bozuklukları saptanmıştır.

Erkeklerde en sık %35.6 ile şizofreni, şizotipal ve delüzyonel bozukluklar, kadınlarda ise en sık %40.5 ile duygudurum bozuklukları tanıları mevcuttu (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Tanı dağılımları.

Tanı Dağılımları	Sayı (n)	Yüzde (%)
Semptomatik ve organik mental bozukluk	25	3,4
Psikoaktif madde kullanımına bağlı zihin ve davranış bozuklukları	22	3,0
Şizofreni, şizotipal ve delüzyonel bozukluklar	223	30,7
Duygu durum (duygulanım) bozukluklar	271	37,30
Anksiyete bozuklukları	115	15,8
Nörotik, stresle ilgili bozukluklar, somatoform bozukluklar ve diğerleri	22	3,0
Erişkin kişilik ve davranış bozuklukları	41	5,6
Zeka geriliği	5	0,7
Psikolojik gelişme bozuklukları	2	0,3

Hastaların yatış endikasyonlarına bakıldığında; en çok %45.1 (n=326) tedavi düzenlenmesi için yatırılmıştı. İkinci sırada %24.2 (n=175) ile atak nedeni ile yatırılmıştı, sonra sırasıyla; %14.2 (n=103) suikid girişimi veya riski, %12.6 (n=91) tedavi amaçlı, %2.6 (n=19) tedavi uyumsuzluğu, %1.2 (n=9) ise ilaç yan etkisi nedeniyle yatırılmıştı.

Tanı dağılımlarına göre yatış endikasyonları incelendiğinde ise; semptomatik ve organik mental bozuklukların %56'sı (n=14) tanı amaçlı; psikoaktif madde kullanımına bağlı zihin ve davranış bozukluklarının %77.3'ü (n=7) tedavi düzenlenmesi için; şizofreni, şizotipal ve delüzyonel bozuklukların %38.3 (n=85) tedavi düzenlenmesi, %37.4 (n=83) psikotik alevlenme nedeniyle; duygu durum bozuklukları %39.6 (n=107) tedavi düzenlenmesi, %30.4'ü (n=82) atak, %20.7 (n=56) suikid girişimi veya riski nedeniyle yatırılmıştı. Anksiyete bozukluklarının %66.7'si (n=76), nörotik, stresle ilgili bozukluklar, somatoform bozuklukların %63.6'sı (n=14) tedavi düzenlenmesi için; erişkin kişilik ve davranış bozuklukları en sık %43.9 (n=189) suikid girişimi veya riski nedeniyle servise kabul edilmişti.

Tablo 4.6. Yatış endikasyonları.

	Tanı Amaçlı		Suicid Girişimi		Tedavi Düzenlenmesi		Tedavi Uyumsuzluğu		Akut Alevlenme		İlaç Yan Etkisi		Total	
	yüzde	sayı	yüzde	sayı	yüzde	sayı	yüzde	sayı	yüzde	sayı	yüzde	sayı	yüzde	sayı
Organik mental bozukluklar	15,4%	14	,0%	0	2,5%	8	,0%	0	1,7%	3	,0%	0	3,5%	25
Psikoaktif madde kullanımına bağlı bozukluklar	1,1%	1	2,9%	3	5,2%	17	,0%	0	,6%	1	,0%	0	3,0%	22
Şizofreni, şizotipal ve delüzyonel bozukluklar	26,4%	24	9,7%	10	26,1%	85	78,9%	15	47,40%	83	55,6%	5	30,7%	222
Duygudurum bozuklukları	19,8%	18	54,4%	56	32,8%	107	21,1%	4	46,9%	82	33,3%	3	37,3%	270
Anksiyete bozuklukları	24,2%	22	11,7%	12	23,3%	76	,0%	0	2,3%	4	,0%	0	15,8%	114
Nörotik, stresle ilgili ve somatoform bozukluklar	3,3%	3	3,9%	4	4,3%	14	,0%	0	,6%	1	,0%	0	3,0%	22
Erişkin kişilik ve davranış bozuklukları	7,7%	7	17,5%	18	4,3%	14	,0%	0	,6%	1	11,1%	1	5,7%	41
Zeka geriliği	2,2%	2	,0%	0	,9%	3	,0%	0	,0%	0	,0%	0	,7%	5
Gelişimsel bozukluklar	,0%	0	,0%	0	,6%	2	,0%	0	,0%	0	,0%	0	,3%	2
TOPLAM	100,0%	91	100,0%	103	100,0%	326	100,0%	19	100,0%	175	100,0%	9	100,0%	723

Hastalardaki ek tanı incelendiğinde; %45.4'ünde (n=328) komorbidite saptanmadı. Hastaların %35.2'sinde (n=254) non-psikiyatrik komorbidite, %9.4'ünde (n=68) psikiyatrik komorbidite, %10 (72) hastada ise hem psikiyatrik hem non-psikiyatrik komorbidite mevcuttu (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Komorbidite.

	Komorbidite				
	Yok	Psikiyatrik	Non Psikiyatrik	Her ikisi	Total
Organik mental bozukluklar	4	0	15	5	24
Psikoaktif madde kullanımına bağlı bozukluklar	4	8	8	2	22
Şizofreni, şizotipal ve delüzyonel bozukluklar	125	21	64	12	222
Duygudurum bozuklukları	117	17	107	28	269
Anksiyete bozuklukları	40	14	41	20	115
Nörotik, stresle ilgili ve somatoform bozukluklar	13	3	5	1	22
Erişkin kişilik ve davranış bozuklukları	24	0	14	3	41
Zeka geriliği	0	4	0	1	5
Gelişimsel bozukluklar	1	1	0	0	2
TOPLAM	328	68	254	72	722

Non-psikiyatrik komorbiditelere bakıldığında; tüm tanı gruplarda en sık endokrin, beslenme ve metabolizma hastalıkları eşlik ediyordu. Endokrin, beslenme ve metabolizma hastalıklarına ek olarak; Semptomatik ve organik mental bozukluk grubundaki hastalarda Sinir sistemi patolojileri (%22.2), Nörotik, stresle ilgili bozukluklar, somatoform bozukluklarda ise üriner sistem hastalıkları (%8.3) saptandı. Endokrin, beslenme ve metabolizma hastalıkları ek tanısı olan hasta gruplarına bakıldığında sırasıyla; %44.5 ile duygudurum bozuklukları, %23.8 ile şizofreni, şizotipal ve delüzyonel bozukluklar saptandı (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Non-psikiyatrik komorbidite dağılımı.

	Non-Psikiyatrik Komorbidite Dağılımı											
	0	Metabolik-Endokrin	CVS	Nörolojik	Solunum Sist	Nefro	Derma	Gastro	Hemato	Diğer	FTR	Genetik
Organik mental bozukluklar	3	6	4	6	0	1	0	0	1	6	0	0
Psikoaktif madde kullanımına bağlı bozukluklar	12	4	0	1	0	0	0	2	0	4	0	0
Şizofreni, şizotipal ve delüzyonel bozukluklar	140	37	16	10	1	0	4	4	5	8	1	1
Duygudurum bozuklukları	131	69	34	17	7	1	3	3	8	21	1	2
Anksiyete bozuklukları	54	30	14	11	3	2	4	3	3	6	0	1
Nörotik, stresle ilgili ve somatoform bozukluklar	16	2	0	1	0	2	0	1	0	0	0	2
Erişkin kişilik ve davranış bozuklukları	24	7	1	3	1	0	0	2	2	4	0	0
Zeka geriliği	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Gelişimsel bozukluklar	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Toplam	386	155	69	49	12	6	11	15	19	49	2	7

Hastalardaki sigara kullanım oranları değerlendirildiğinde; hastaların %52'si (n=296) sigara kullanmıyor veya bırakmıştı, %48 (n=273) ise aktif sigara içicisiydi. Aktif sigara içicilerinin %35.5'inde (n=97) duygudurum bozuklukları, %32.2'sinde (n=88) şizofreni, şizotipal ve delüzyonel bozukluklar, üçüncü sırada %12.8 (n=35) ile anksiyete bozuklukları saptandı.

Tablo 4.9. Sigara kullanımı oranları.

Organik mental bozukluklar	Sigara Kullanmıyor		Halen Kullanım Var	
	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı
Psikoaktif madde kullanımına bağlı bozukluklar	%4.7	14	%1.8	5
Şizofreni, şizotipal ve delüzyonel bozukluklar	%1.4	4	%5.5	15
Duygudurum bozuklukları	%31.8	94	%32.2	88
Anksiyete bozuklukları	%36.8	109	%35.5	97
Nörotik, stresle ilgili ve somatoform bozukluklar	%16.6	49	%12.8	35
Erişkin kişilik ve davranış bozuklukları	%4.1	12	%2.6	7
Zeka geriliği	%3.0	9	%9.2	25
Gelişimsel bozukluklar	%1.4	4	0%	0
TOPLAM	%0.3	1	%0.4	1
	100,0%	296	100,0%	273

p=0.001

Hastaların alkol kullanımı incelendiğinde sosyal içicilerin %37.4’ünde duygudurum bozuklukları, %28.6’sında şizofreni, şizotipal ve delüzyonel bozukluklar, %13.2’sinde erişkin kişilik ve davranış bozuklukları saptandı. Alkol bağımlılığı olan hastaların %52.6’sı psikoaktif madde kullanımına bağlı zihin ve davranış bozuklukları, %21.1’i duygudurum bozuklukları, %15.8’i erişkin kişilik ve davranış bozuklukları tanısı almıştı (p<0.001).

Tablo 4.10. Alkol kullanımı oranları.

	Alkol Kullanımı		
	Yok	Sosyal İçici	Bağımlılık Düzeyi
Organik mental bozukluklar	17 (%3.2)	3 (%3.3)	1 (%5.3)
Psikoaktif madde kullanımına bağlı bozukluklar	4 (%0,8)	6 (%6,6)	10 (%52,6)
Şizofreni, şizotipal ve delüzyonel bozukluklar	173 (%32,5)	26 (%28,6)	0
Duygudurum bozuklukları	202 (%38.0)	34 (%37,4)	4 (%21,1)
Anksiyete bozuklukları	88 (%16,5)	9 (%9,9)	1 (%5,3)
Nörotik, stresle ilgili ve somatoform bozukluklar	19 (%3.6)	1 (%1.1)	0
Erişkin kişilik ve davranış bozuklukları	22 (%4.1)	12 (%13.2)	3 (%15.8)
Zeka geriliği	5 (%0.9)	0	0
Gelişimsel bozukluklar	2 (%0.4)	0	0
TOPLAM	532 (%100)	91 (%100)	19 (%100)

p<0.001

Madde kullanım dağılımına bakıldığında muhtemelen başvuruların daha çok alkol ve madde bağımlılığı tedavi merkezi'ne olması nedeniyle olgu sayıları az olmakla birlikte; madde kötüye kullanımı olan hastaların %35.3'ünde duygudurum bozuklukları, %29.4'ünde şizofreni, şizotipal ve delüzyonel bozukluklar saptanmıştır. Benzer şekilde madde bağımlılığı saptanan hastaların %33.3'ünde duygudurum bozuklukları, %23.8'inde şizofreni, şizotipal ve delüzyonel bozukluklar vardı. Çoklu madde kullanımı olan hastaların en yüksek oran ile %30.8'inde şizofreni, şizotipal ve delüzyonel bozukluklar saptanması dikkat çekicidir. $p<0.001$ olup, istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır.

Tablo 4.11. Madde kullanımı oranları.

	Madde Kullanımı			
	Yok	Kötüye Kullanım	Bağımlı	Çoklu Kullanım
Organik mental bozukluklar	20	1	0	0
Psikoaktif madde kullanımına bağlı bozukluklar	13	0	3	3
Şizofreni, şizotipal ve delüzyonel bozukluklar	184	5	5	4
Duygudurum bozuklukları	225	6	7	2
Anksiyete bozuklukları	93	1	2	2
Nörotik, stresle ilgili ve somatoform bozukluklar	19	0	0	1
Erişkin kişilik ve davranış bozuklukları	28	4	4	1
Zeka geriliği	5	0	0	0
Gelişimsel bozukluklar	2	0	0	0
TOPLAM	589	17	21	13

$p<0.001$

Uygulanan tedaviler değerlendirildi. %53.2 (n=379) polifarmasi saptandı. %33.0 (n=234) monoterapi, %9.5 (68) EKT tedavisi almış; %4.3 (n=31) hasta ise klinikte ilaçsız izlenmiştir. Monoterapi en sık %37.4 (n=88) ile şizofreni, şizotipal ve delüzyonel bozukluklardaydı. Polifarmasi ise en yüksek oran %38.5 ile (n=146) duygudurum bozukluklarında saptandı. En sık EKT endikasyonu yine duygudurum bozukluklarındaydı (%76.5, n=52) (Tablo 4.12).

Tablo 4.12. Uygulanan tedavi dağılımı.

	İlaçsız İzlem	Monoterapi	Polifarmasi	Ekt
Organik mental bozukluklar	4	12	9	0
Psikoaktif madde kullanımına bağlı bozukluklar	1	3	18	0
Şizofreni, şizotipal ve delüzyonel bozukluklar	1	88	124	8
Duygudurum bozuklukları	5	59	146	52
Anksiyete bozuklukları	9	50	54	2
Nörotik, stresle ilgili ve somatoform bozukluklar	6	6	5	5
Erişkin kişilik ve davranış bozuklukları	5	15	19	1
Zeka geriliği	0	2	2	0
Gelişimsel bozukluklar	0	0	2	0
TOPLAM	31	235	379	68

p<0.001

Uygulanan farmakoterapiye bakıldığında; en sık antipsikotik grubu ilaçların kullanıldığı saptandı. En sık kullanılan antipsikotik risperidondur (n= 128), sonrasında sırasıyla ketiyapin (n=105) ve olanzapin (n=82) geliyordu. Atipik antipsikotik kullanımı, tipik antipsikotik kullanımına oranla yaklaşık 8 kat daha fazla bulunmuştur. Tüm hasta grupları dahil edildiğinde en sık kullanılan antipsikotik risperidon iken, şizofreni, şizotipal ve delüzyonel bozuklukta en sık amisülpirid kullanımı saptanmıştır. Duygudurum bozukluklarında ise en sık kullanılan antipsikotik ketiyapindi. Depo tedavi oranı ise %5.3'dü (n=39).

Antidepresan ilaç kullanımında alt gruplara bakıldığında ilk sırada selektif seretonin geri alım inhibitörleri (SSRI)'nin olduğu, ikinci sırada ise SNRI'ların kullanıldığı görülmüştür. Etken madde olarak bakıldığında en sık sertralin (n=75) ve Venlafaksin (n=68) saptanmıştır.

Duygudurum dengeleyici kullanımında en sık tercihin Valproik asit (n=659) olduğu görüldü, sonrasında sırayla; Lityum (n=41), Lamotrijin (n=21), Karbamazepin (n=11) gelmektedir.

Şizofreni, şizotipal ve delüzyonel bozukluklar, duygu durum (duygulanım) bozuklukları ve anksiyete bozuklukları ile soygeçmişte psikotik hastalık öyküsü varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p <0.001) ve bu anlamlılığı şizofreni grubunda psikoz öyküsünü %33 olması belirlemektedir (Tablo 4.13). Duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve diğer tanı gruplarında benzer ilişki saptanmamıştır.

Tablo 4.13. Tanı dağılımı, soygeçmişte psikotik hastalık öyküsü.

Soygeçmişte psikoz öyküsünün varlığı	%
Şizofreni, şizotipal ve delüzyonel bozukluklar	33
Duygu durum (duygulanım) bozukluklar	13
Anksiyete Bozuklukları	12

$\chi^2(2)=32.84$; $p<0.001$

Hastaların taburculuk şekilleri incelendiğinde; %56'sı şifa ile, %18.2'si kısmi şifa ile taburcu olmuştur. %16.5'u ise tedavi tamamlanmadan hasta ve hasta yakınlarının imzası ile taburcu olmuştur. Tedavi tamamlanmadan taburcu olan hastaların %40.7'sini duygudurum bozuklukları oluşturuyordu. Kurumumuzda kapalı servis olmaması nedeni ile hastaların %1.5'i sevk edilmiştir.%0.8'i ise diğer kliniklere devredilerek taburcu olmuştur ($p<0.001$) (Tablo 4.14).

Tablo 4.14. Taburculuk şekilleri.

	Taburculuk Şekilleri											
	Tedavi olmadan taburcu		Şifa		Kısmi Şifa		Haliyle Taburcu		Sevk ile		Diğer kliniklere devir	
	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı
Organik mental bozukluklar	%3.4	4	1,8%	7	3,8%	5	14,3%	7	,0%	0	16,7%	1
Psikoaktif madde kullanımına bağlı bozukluklar	%2.5	3	3,8%	15	,8%	1	2,0%	1	,0%	0	16,7%	1
Şizofreni, şizotipal ve delüzyonel bozukluklar	%25.4	30	29,5%	118	46,9%	61	16,3%	8	45,5%	5	,0%	0
Duygudurum bozuklukları	%40.7	48	42,2%	169	28,5%	37	16,3%	8	45,5%	5	66,7%	4
Anksiyete bozuklukları	%22.0	26	13,2%	53	14,6%	19	20,4%	10	,0%	0	,0%	0
Nörotik, stresle ilgili ve somatoform bozukluklar	%2.5	3	3,0%	12	1,5%	2	6,1%	3	9,1%	1	,0%	0
Erişkin kişilik ve davranış bozuklukları	%2.5	3	5,8%	23	3,1%	4	20,4%	10	,0%	0	,0%	0
Zeka geriliği	%0.8	1	0.5%	2	0.8%	1	2,0%	1	,0%	0	,0%	0
Gelişimsel bozukluklar	,0%	0	0.2%	1	,0%	0	2,0%	1	,0%	0	,0%	0
TOPLAM	100,0%	118	100,0%	400	100,0%	130	100,0%	49	100,0%	11	100,0%	6

$p<0.001$

Yatış sürelerini etkileyen faktörler “stepwise logistic” regresyon analizinde değerlendirildi. Yatış süresi bağımlı değişken olarak, diğer tüm değişkenler “predictor” olarak alındı. Sonuçta alkol kullanımı, soygeçmişte ruhsal hastalık öyküsü, tedavi modalitesi ve suicid sayısı hastaların yatış süresi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde regresyon formülüne katıldığı saptanmıştır (Tablo 4.15).

Tablo 4.15. Yatış süresine katkıda bulunan değişkenler.

	B	Std. Error	Beta	t	P
Sabit katsayı (C)	11.040	2,69		4.103	0,000
Tedavi	8.801	1,06	0,35	8.326	0,000
ICD tanı kategorisi	-1.639	0,58	-0,12	-2.837	0,005
Alkol kullanımı	-4.933	1,63	-0,13	-3.035	0,003
Soygeçmişte psikiyatrik bozukluk varlığı	3.922	1,69	0,10	2.322	0,021
Suicid girişimi sayısı	-1.419	0,70	-0,09	-2.030	0,043

Alkol kullanmama, psikotik ve duygudurum bozukluğu tanısı varlığı, EKT ve polifarmasi uygulanması, soygeçmişte pozitif hastalık öyküsü ve suicid sayısı yatış süresini arttırmaktadır (Tablo 4.16)

Tablo 4.16. Yatış süresi.

Yatış Süresi					
Alkol Kullanımı - Yatış Süresi (Gün) İlişkisi		N	Mean	sd	
Alkol	Alkol yok	537	21,31	18.911	
	Sosyal	93	15,87	13.598	
	Bağımlılık düzeyi	19	13,11	9.643	
	Total	649	20,29	18.161	
	F(2, 648)= 5.160		p<0.01	Alkol Yok > Sosyal	
ICD Tanı Kategorisi - Yatış Süresi (Gün) İle İlişkisi		N	Mean	sd	
Tanı	Semptomatik ve organik mental bozukluk	25	12,48	10.465	
	Psikoaktif madde kullanımına bağlı zihin ve davranış bozuklukları	22	15,45	14.556	
	Şizofreni, şizotipal ve delüzyonel bozukluklar	223	25,18	22.524	
	Duygu durum (duygulanım) bozukluklar	270	21,33	15.422	
	Anksiyete bozuklukları	113	12,58	10.171	
	Nörotik, stresle ilgili bozukluklar, somatoform bozukluklar ve diğerleri	22	18,18	18.020	
	Erişkin kişilik ve davranış bozuklukları	41	10,46	9.542	
	Total	716	19,94	17.703	
	F(6, 725)= 10.542		p<0.001	sch, dd > anks, kb	
Tedavi Modalitesi - Yatış Süresi (Gün) İle İlişkisi		N	Mean	sd	
Tedavi	İlaçsız izlem	36	10,36	12.145	
	Monoterapi	238	15,25	11.798	
	Polifarmasi	378	20,21	17.077	
	Ekt	68	36,19	26.018	
	Total	720	19,59	17.487	
	F(3, 719)= 32.610		p<0.001	ekt> tümünden Poli > ilaçsız, mono	
Soygeçmişte Psikiyatrik Bozukluk Öyküsü - Yatış Süresi (Gün) İle İlişkisi		N	Mean	sd	
Sg var/yok	Soygeçmişte psikiyatrik bozukluk	yok	519	18,93	16.555
		var	187	23,21	20.524
	t(227,941)=2.56		p<0.05		
Suicid Girişimi Sayısı - Yatış Süresi (Gün) İle İlişkisi		N	Mean	sd	
Nsuicid	Yok	539	20,72	18.744	
	1 girişim	106	18,79	14.942	
	2 girişim	34	14,59	11.341	
	3 girişim	20	22,45	20.449	
	3den fazla girişim	35	14,97	11.989	
	Total	734	19,93	17.789	
	F(4, 733)= 1.928		p>0.05		
	r = -0.76		p<0.05		

5. TARTIŞMA

Yıllar içinde hasta yatış sayısındaki artış kurumumuzda 2011 yılında yeni klinik ile birlikte yatış kapasitesinin artması ile açıklanabilir.

Çalışmamızdaki ruh sağlığı hizmetlerini planlama, geliştirme ve değerlendirmede önemli olduğu belirtilen sosyodemografik veriler açısından çalışmamızdaki bulgular literatürdeki diğer çalışmalar ile uyumluydu. Hastaların %59.2'si (n=430) kadın, %40.6'sı (n=295) erkekti. Yaş ortalaması 59±14.8 (en küçük=10, en büyük 80) olarak saptandı. Hastaların %49.2 (n=357) evli; %34.0 (n=247) hiç evlenmemiş; %10.6 (n=77) boşanmış; %3.6'sı (n=26) dul; %0.7'si (n=5) resmi olarak evli olmalarına rağmen ayrı yaşıyordu.

Hastaların eğitim düzeyinin dağılımına bakıldığında; %35.7'si ilkokul mezunu, %27.5'i lise mezunu, %21.5'i yüksekokul veya üniversite mezunuydu.

Komorbidite deyimini ilk defa 1970'de Feinstein, kronik medikal hastalıklar için kullanılmıştır (7). Feinstein'a göre ek tanı, 'Bir kişide, ilgilendiğimiz ('index') hastalıkla birlikte farklı bir hastalığın daha bulunmasıdır'. Fakat bu deyim, her ne kadar fizik hastalıklar için tanımlanmışsa da, psikiyatri de daha çok kullanılır olmuştur. Son büyük epidemiyolojik çalışmalardan olan NCS-R çalışmasına göre, tüm psikiyatrik hastaların %45'i birden çok tanı almaktadır (8). Bu çalışmada hastaların %35.2'sinde (n=254) non-psikiyatrik komorbidite, %9.4'ünde (n=68) psikitarik komorbidite, %10 (72) hastada ise hem psikiyatrik hem non- psikiyatrik komorbidite mevcuttu.

Hastada öngörülemeyen komplikasyonlara veya var olan psikiyatrik bozuklukların şiddetinin artmasına neden olabileceğinden psikiyatrik hastalıklarda komorbiditelerin saptanması önemlidir. Hastaların kendini iyi ifade edememesi ve psikiyatrist olmayan sağlık çalışanlarının önyargılı tutumunun yanı sıra tıbbi sorunları psikiyatri dışı diğer sağlık çalışanları kadar psikiyatristlerin de büyük ölçüde ihmal edebilmesi nedeniyle yanlış tanı alma veya gerekenden daha yetersiz tedavi edilme ihtimalleri olduğu saptanmıştır (17,18). Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 2013 yılında yapılan bir çalışmada ek tanımlar için istenilen konsültasyonlar değerlendirilmiş; istenen branşlara göre konulan tanımlar incelendiğinde merkezi sinir sistemi ile ilgili ön

tanılar olguların %23.7'sini, solunum sistemi hastalıkları (%15.5), kas-iskelet sistemi hastalıkları (%14.4), endokrin ve metabolizma hastalıkları (%13.3) olarak bildirilmiştir (14). Brown ve arkadaşları tarafından yapılan ayaktan izlenen psikiyatrik hastalarda yapılan bir çalışmada ise; beslenme ve metabolizma hastalıkları %13.6, diyabet %4.3, dolaşım sistemi hastalıkları %13.0, sinir sistemi ve duyu organları %10.7 oranında bulunduğu belirtilmiştir (18). Bipolar bozukluk tanısı alan 496 hastasında yapılan bir diğer çalışmada saptanan en yaygın tıbbi durumların hipotiroidi, hipertiroidi ve diyabet olduğu saptanmıştır (19). Çalışmamızda tüm tanı gruplarında en sık non-psikiyatrik komorbidite endokrin ve metabolik hastalıklar (%19) saptandı. Bilindiği gibi endokrin metabolik bozukluklar hem psikiyatrik hastalıkların etiyolojisinde hem de psikotrop ilaçların yan etkileri olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu yüksek orandaki endokrin ve metabolik hastalık komorbiditesinin ne kadarının 'neden', ne kadarının tedavi 'sonuç' olarak ortaya çıktığının tesbiti için daha uzun süreli izlem çalışmalarına gerek vardır.

ABD'de 2001 yılı verilerine göre sigara içenlerin %30'unda bir ruhsal hastalık olduğu tahmin edilmektedir (10). Avrupa ve ABD'de ayaktan ya da yatarak tedavi edilmekte olan psikiyatrik hastalarda sigara içme oranları %52-59 arasında bildirilmektedir (11). Türkiye'de de bu rakamlarla kısmen uyumlu olarak, ayaktan başvuran tüm psikiyatrik hastalarda sigara kullanım sıklığı %29 olarak bildirilirken, şizofreni hastalığı olan hastalarda bu oran %45 (12) ve %50 olarak aktarılmaktadır. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı 2012 verilerine göre 15 yaş üzeri nüfusun sigara içme oranı %27.1 (15). Çalışmamızda yatarak tedavi alan hastaların %48'i (n=273) sigara kullanıyordu. Toplum verilerine göre anlamlı yüksekti. Tanı gruplarına göre değerlendirildiğinde en yüksek %35.5 (n=97) duygudurum bozuklukları, ikinci sırada %32.2 (n=88) ile şizofreni, şizotipal ve delüzyonel bozukluklar geliyordu.

"Psikiyatrik hasta" popülasyonunda alkol kullanımının genel topluma göre yüksek olduğu bildirilmiştir. Bir genel psikiyatri kliniğinde 100 hastanın alınarak MATT (Michigan Alkolizm Tarama Testi) kullanılarak yapılan bir çalışmada; hastaların %35'i (n=35) hiç alkol içmediklerini bildirmiş, %47'sinin (n=47) sorunsuz alkol içtikleri, %18'inin de (n=18) sorunlu içici oldukları bulunmuştur

(16). Bizim çalışmamızda ise hastaların %82.9 (n=532) alkol kullanmıyordu, %14.2 (91) sosyal içici, %3 (19) hastada ise alkol bağımlılığı mevcuttu ($p<0.001$). Bu çalışmada oranların daha düşük olması; bir kısım başvuruların Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma ve Uygulama Merkezine olmasıyla açıklanabilir.

Psikiyatrik hospitalizasyonda amaç, hastanın en doğru tanıyı alması ve en uygun tedaviyi almaya başlamasını ve mümkün olduğunca toplum içi işlevselliğini sürdürmesini sağlamaktır.

Bunu yaparken, hastaları tamamen izole eden ve bağımlı kılan gereğinden uzun yatışlar kadar ve ekonomik kaygılarla hızlı yatış-çıkış sağlamak adına planlanan gereken kısa yatışlardan da kaçınmak gerekir (6). Literatürde konuya ilişkin çalışmaların bazıları kısa hospitalizasyonu bazıları da yatış süresinin uzaması ile terapötik uyumun ve taburculuk sonrası işlevselliğin daha çok düzelme gösterebileceğini iddia etmektedirler.

Ruh sağlığı ve hastalıkları hastanelerinde Sağlık Bakanlığı 2006 verilerine göre bir hastanın ortalama yatış günü 33.3 gün olarak gösterilmiştir. Bizin çalışmamızda ise ortalama yatış süresi 19.94 ± 17.70 (en az=1, en çok=167) olarak saptandı. Söz konusu yatış süresindeki farklılık, bu çalışmanın bir genel hastanelerin psikiyatri kliniğinde yapılması ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Çoklu ilaç kullanımı ya da polifarmasi, birden fazla ilaç kullanımını tanımlamaktadır. Hedef tek ilaçla tedavi olsa da, psikiyatride polifarmasiye sıkça başvurulduğu ve son 20 yıllık dönem içerisinde polifarmanın %30-40 oranında arttığı belirtilmektedir. (20) Polifarmasi nedeni olarak; Her hastalık için belirli bir tedavi algoritması olmasına rağmen, hastaların birden fazla doktor tarafından tedavi edilmeleri, doktorların ilaçlardan daha güçlü ya da daha hızlı etki beklemeleri, kanıta dayalı olarak ortaya konulmuş algoritmaların uygulanmamasına ve yeterli kanıt olmamakla birlikte hastaların daha fazla ilaç kullanmasına neden olmaktadır (21).Yenilmez Ç ve arkadaşları tarafından Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği'nde yatan hastalarda yapılan bir çalışmada polifarmasi oranı %72.1 olarak saptanmış. Ülkemizde yapılan geriye dönük bir çalışmada ise Ensari ve arkadaşları (25), 3 farklı psikiyatri hastanesinde yaptıkları incelemede, iki ve daha fazla psikotrop ilaç kullanımı oranını %30.2 olarak bildirmişlerdir. Bu çalışmada ise polifarmasi

oranı %53.2'dir. Farlı çalışmalardaki farklı sonuçların nedeni polifarmasinin tanımının standart olmaması ve tedaviye yönelik hekimleri farlı yaklaşımları neden olarak gösterilebilir.

Bu çalışmanın en önemli kısıtlılığı, retrospektif olması nedeniyle dosyalardaki veri eksiklikleridir. Ayrıca aynı bölgede Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma ve Uygulama Merkezi olması nedeniyle psikoaktif madde kullanımına bağlı zihin ve davranış bozuklukları olgu sayısının beklenenden daha düşük olması beklenebilir. Diğer bir kısıtlılık ise çalışmanın 3. basamak niversite hastanesi kliniğinde yapılmış olması; aynı alanda hizmet veren diğer emsallerine göre daha zor olguları kapsamasa ve son tedavi kurumlarından biri olarak görülmesi nedeniyle olgular tüm evrenden bazı farklılıklar içerebilir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bir üniversite hastanesi psikiyatri kliniğinde 8 yıllık geriye dönük olarak yatarak tedavi alan olgular tanı dağılımları, sosyodemografik veriler ve aldıkları tedaviler açısından değerlendirilmiş olup, bu çalışmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

1. Sekiz senede toplam 723 hasta yatarak tedavi görmüştür. Son 4 senede yatış sayılarında artış gözlenmektedir. Başvurular mevsimlere ve ayların dağılımına göre değerlendirildiğinde ise istatistiksel olarak gruplar arası anlamlı fark saptanmamıştır.
2. Bütün tanı grupları için ortalama yatış süresi 19.94 ± 17.70 gün olarak saptanmıştır. Alkol kullanmama, psikotik ve duygudurum bozukluğu tanısı, EKT ve polifarmasi uygulanması, soygeçmişte pozitif hastalık öyküsü, suicid sayısının çokluğu yatış süresini arttırmaktadır.
3. Tüm tanı gruplarında en sık nonpsikiyatrik komorbidite endokrin ve metabolik bozukluklardır.
4. Uygulanan tedaviler içinde polifarmasi oranı %53.2 idi. Polifarmasi uygulanan hastaların üçte birinden fazlası duygudurum bozukluğu tanısı almıştı.
5. En sık kullanılan ilaç grubu antipsikotikler olup, atipikler, tipiklere oranla yaklaşık 8 kat daha fazla tercih edilmiştir.

Bu çalışmaya ilişkin öneriler:

1. Psikiyatrik bozukluklarda tedaviye direnci arttıran, olumsuz prognostik faktörlerden biri olan endokrin ve metabolik hastalıklara ilişkin uzunlamasına izlem çalışmalarına ihtiyaç vardır.
2. Psikiyatride yatış süresinin standardizasyonuna ilişkin devam eden tartışmalara açıklık getirmesi açısından kısa ve uzun yatış süresine sahip hastalar karşılaştırılarak uzun vadede prognoz ve işlevselliklerinin nasıl etkilendiğini araştıran yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

3. Çalışmada depo tedavi alan hasta sayısının az olması nedeni ile depo ilaç kullanımının tekrarlayan yatış sayıları, yatış süresi ve taburculuk sonrası kontrol uyumları üzerine etkisinin gösterilmesi açısından daha büyük örnekleme sahip çalışmalar yapılması önerilir.

7. ÖZET

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Servisi'nde 2006-2013 Yılları Arasında Yatarak Tedavi Alan Olguların Retrospektif Olarak Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Amaç

Bir üniversite hastanesi psikiyatri kliniğinin yataklı servis uygulamalarının 8 yılı değerlendirilmiş ve alınan sonuçlar literatür ışığında değerlendirilmiştir.

Yöntem

01.01.2006 – 31.08.2013 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde yatarak tedavi gören 737 hasta değerlendirilmeye alınmıştır.

Bu hastaların bilgileri, geriye dönük olarak, psikiyatrik hasta takip dosyalarından ve hastane bilgisayar kayıtlarından elde edilen veriler incelenmiştir.

Sonuç

Yatarak tedavi gören 737 hasta (430 kadın, 295 erkek) çalışmaya alınmıştır. Hastaların yaş ortalaması 59 ± 14.8 (en küçük=10, en büyük 80) olarak saptandı. Hastaların psikiyatrik tanı dağılımı ICD 10 sınıflandırma sistemine göre: Yatış tanılarına göre ilk 3 sırayı alan hastalıkların yüzdesi 83.8'dir. Duygudurum bozuklukları %37.3 (n=271) ile hastaların en büyük oranını oluşturur. Sonra sırasıyla %30.7 (n=223) ile şizofreni, şizotipal ve delüzyonel bozukluklar ve %15.8 (n=115) anksiyete bozuklukları gelmektedir. Erkeklerde en sık %35.6 ile şizofreni, şizotipal ve delüzyonel bozukluklar, kadınlarda ise en sık %40.5 ile duygudurum bozuklukları tanıları mevcuttu. Non-psikiyatrik komorbiditelere bakıldığında; tüm tanı gruplarında en sık endokrin, beslenme ve metabolizma hastalıkları eşlik ediyordu. Uygulanan tedaviler değerlendirildi. %53.2 (n=379) polifarmasi saptandı. Monoterapi en sık %37.4 (n=88) ile şizofreni, şizotipal ve delüzyonel bozukluklardaydı. Polifarmasi ise en yüksek oran %38.5 ile (n=146) duygudurum bozukluklarında saptandı. En sık EKT endikasyonu duygudurum

bozukluklarındaydı (%76.5, n=52) En sık kullanılan ilaç grubu antipsikotiklerdi. Ortalama yatış süresi 19.94 ± 17.70 gündü. Yatış sürelerinin etkileyen faktörler ICD tanı kategorisi, tedavi modalitesi, alkol kullanımı, suicid girişimi sayısı ve soygeçmişte psikiyatrik bozukluk öykü varlığıdır.

Tartışma

Hizmeti kullanmada belirleyici olan sosyal ve demografik bilgileri sağlamanın, ruh sağlığı hizmetlerini planlama, geliştirme ve değerlendirmede önemli olduğu belirtilmektedir. Bu çalışma ile ülke genelinde yürütülen ruh sağlığı hizmetlerinin iyileştirilmesi çabalarına küçük de olsa bir katkı sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Yataklı tedavi, sosyodemografik veriler, klinik özellikler.

8. ABSTRACT

Assessment of the Sociodemographical and Clinical Characteristics of the Subjects Who Are Hospitalized in the Psychiatry Clinic of Akdeniz University Hospital Between the 1st of January 2006 and 31st of August 2013: A Retrospective Study

Objective

The aim of this study is to assess the clinical practice of a psychiatry inpatient clinic of a university hospital during last 8 years and also to compare the results with existing findings of the literature.

Method

The data is collected from the records of hospital registration system and also the files of 737 (430 female, 295 male) patients who are hospitalized in psychiatry inpatient clinics of Akdeniz University Hospital between the 1st of January 2006 and 31st of August 2013.

Results

737 (430 female, 295 male) subjects are attached to the study. The mean value of age was 59 ± 14.8 (between 10 to 80 years old). The reference diagnostic distribution is defined according to ICD 10. The most prevalent three diagnosis were: Affective disorders 37.3% (n=271), schizophrenia, schizotypal and delusional disorders 30.7% and anxiety disorders 15.8% (n=115). These three most prevalent diagnostic classes consist of 83.8% of the entire subjects. The most prevalent diagnosis was schizophrenia, schizotypal and delusional disorders (35.6%) among male patients whereas the affective disorders (40.5%) were the leading cause of hospitalization among females.

Regarding non-psychiatric co-morbidities endocrine, nutritional and metabolic diseases were the most remarkable groups. Concerning the treatment strategies polypharmacy was detected in 53.2% (n=379) of the subjects. Mono-therapeutic strategies were mostly frequent among schizophrenia, schizotypal

and delusional disorders with the percentage of 37.4% (n=88). Polypharmaceutical strategies were mostly frequent among affective disorders with 38.5% (n=146) percentage.

The leading indication of the ECT was also affective disorders (76.5%, n=52). The most frequently used group of medication was antipsychotics.

The mean length of hospitalization was 19.94 ± 17.70 days. The most considerable factors that affect the duration of hospitalization were the category of ICD diagnosis, treatment modality, alcohol use, number of suicide attempt and presence of psychiatric disorder family history.

Discussion

The present study demonstrated that it is important to hold the social and demographical data within the context of planning, developing and assessment of medical service. Contribution to the development of mental healthcare programs ongoing over all the country was the most important benefit of the study.

Key words: Inpatient treatment, socio-demographic data, clinical features.

9. KAYNAKLAR

1. Güleç Öyekçin D, Mızrak S. İki Anadolu Kenti Psikiyatri Servisinde Yatan Olguların Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi. Türkiye’de Psikiyatri 2009, 11: 104-11.
2. Soygür H, Özalp E, Şahin Cankurtaran E. Yeni kurulan bir psikiyatri kliniği yataklı servisinin ilk beş yüz günü: Bir değerlendirme çalışması. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2005; 6: 170-6.
3. Lin E, Georing PNR, Offord DR, Campbell D, Boyle MH. The use of mental health services in Ontario: epidemiologic findings. Can J Psychiatry 1996; 41: 572-7.
4. Menninger WW. Role of the psychiatric hospital in the treatment of mental illness. VA Sadock, BJ Sadock (ed), Comprehensive Textbook of Psychiatry, Yedinci Baskı, Philadelphia 2000; 3210-8.
5. Doğan O. Psikiyatrik Epidemiyoloji. 1.Baskı. Sivas Esform Ofset 2011; 147.
6. Yıldız A, Onur E, Turgut K, Tunca Z. Bir Üniversite Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde Hasta Yatış Sürelerini Etkileyen Faktörler. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2003; Cilt: 13, Sayı: 3.
7. Feinstein AR. The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. J Chronic Dis 1970; 23: 455-68.
8. Kessler RC, Chiu WT, Demier O, Walters EE. Prevalence, severity and comorbidity of 12-month DSM-4 disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry 2005; 62: 617-27.
9. Üneri Ö, Tural Ü, Memik NÇ. Şizofreni ve Sigara İçimi: Biyolojik Bağlantı Nerede?. Türk Psikiyatri Dergisi 2006; 17(1): 55-64.
10. Chou KR, Chen R, Lee JF. The effectiveness of nicotine-patch therapy for smoking cessation in patients with schizophrenia. Int J Nurs Stud 2004; 41: 321-30.
11. Poirier MF, Canceil O, Bayle F. Prevalence of smoking in psychiatric patients. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 2002; 26: 529-37.
12. Yıldız M, Ozcan ME. Ayaktan izlenen psikiyatri hastalarında nikotin bağımlılığı yaygınlığı. Bağımlılık Dergisi 2000; 1: 86-8.

13. Uzun O, Cansever A, Basoğlu B. Smoking and substance abuse in outpatients with schizophrenia: A 2-year follow up study in Turkey. *Drug Alcohol Depend* 2003; 70: 187-92.
14. Karşıdağ Ç, Aksoy UM, Yüksel G, Alpay N, Uysal A. Yataklı Tedavi Hizmeti Sunan Psikiyatri Kliniklerinde Ek Tanılar. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2013; 16(1): 47-52.
15. T.C. Sağlık Bakanlığı Tütün Çalışmaları. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-15787/turkiyede-tutun-kontrolu-calismalari.html>
16. Pektaş Ö, Mırsal H, Kalyoncu A, Tan D, Beyazyürek M. Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hastalarda alkol kullanımı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2003; 4: 26-9
17. Leung MW, Xiong GL, Leamon MH. General Medical hospital admissions from a public inpatient psychiatric health facility: A review of medical complications over 30 months. *Psychosomatics* 2010; 51: 498-502
18. Druss BG, Von Esenwein SA, Compton MT. A randomized trial of medical care management for community mental health settings: The primary care access, referral, and evaluation (pcare) study. *Am J Psychiatry* 2010; 167: 151-9
19. Brown S, Inskip H, Barrowclough B. Causes of the excess mortality of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2000; 177; 212-7.
20. Yenilmez Ç, Güleç G, Büyükkınacı A, Dayı A, Turgut H. Bir Üniversite Hastanesinde Yatarak Tedavi Gören Hastalarda Çoklu İlaç Kullanımı: Geriye Dönük Bir Çalışma, Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2012; 25: 43-50.
21. Uluoğlu C. Psikiyatrik hastalıklarda polifarmasi ne zamanakılıdır? *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2007; 10: 151-64.
22. Lucas B, Harrison-Read P, Tyrer P, Ray J, Shipley K, Hickman M, et al. Costs and characteristics of heavy inpatient service users in outer London. *Int J Soc Psychiatr* 2001; 47(1): 63–74.
23. Kolbasovsky A, Reich L, Futterman R. Predicting future hospital utilization for mental health conditions. *J Behav Health Serv Res* 2007; 34(1): 34–42.

24. Korkeila JA, Lehtinen V, Tuori T, Helenius H. Frequently hospitalised psychiatric patients: a study of predictive factors. Soc Psychiatr Psychiatr Epidemiol 1998; 33(11): 528–34.
25. Ensari H, Ceylan ME, Kılınç E, Kenar J. Türkiye’deki ruh hastalıkları hastanelerindeki psikofarmakolojik tedavilerin kalite yönünden değerlendirilmesi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2004; 14: 68-78.
26. Pau AK. Polypharmacy problems: drug interactions in the multidrug therapy of HIV infection. The PRN Notebook 2002; 7: 4-9.
27. TPD Psikiyatri Bülteni Cilt 13, 2010.
28. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı; Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011.
29. Binbay T. Türkiye’de psikiyatrik epidemiyoloji: Yakın zamanlı araştırmalarda temel bulgular ve gelecek için öneriler. Türk Psikiyatri Dergisi 2013; 24.

10. EKLER

Ek 1. Çalışma formu.

- ☐ Dosya Numarası:
- ☐ Adı-Soyadı:
- ☐ Cinsiyet:
- ☐ Yaşı:
- ☐ Medeni Durumu: Bekar / Boşanmış / Dul / Ayrı yaşama
- ☐ Çocuk sayısı:
- ☐ Eğitim düzeyi: yok / İlkokul mezunu / Lise mezunu / Yüksek okul – Üniversite mezunu
- ☐ Mesleği:
 - ☐ Çalışmıyor
 - ☐ Memur
 - ☐ İşçi
 - ☐ Öğretmen
 - ☐ Sağlık personeli
 - ☐ Esnaf
 - ☐ Ev kadını
 - ☐ Öğrenci
 - ☐ Serbest
 - ☐ Çiftçi
- ☐ İş durumu: Aktif/ İnaktif/ Emekli / Malulen emekli
- ☐ Yaşadığı yer: Antalya / Antalya Dışı
- ☐ BAŞVURU ŞEKLİ:
 - ☐ 1. Poliklinik
 - ☐ 2. Acil Servis
 - ☐ 3. Sevk ile
 - ☐ 4. Diğer kliniklerden devir

- ☐ Yatış ayı ve yılı:
- ☐ Mevsim:
- ☐ Yatış Süresi (gün) :
- ☐ Kurumda toplam yatış sayısı:
- ☐ Grup içi ve gruplar arası tanı değişimi:
- ☐ TANISI:
- ☐ Komorbidite:
- ☐ Alkol-madde kullanımı:
- ☐ Sigara:
- ☐ YATIŞ ENDİKASYONU:
 - ☐ Tanı Amaçlı
 - ☐ Suicid Girişimi, Riski
 - ☐ Tedavi Düzenlenmesi
 - ☐ Tedavi Uyumsuzluğu
 - ☐ Akut Alevlenme
 - ☐ İlaç Yan Etkisi
- ☐ TEDAVİSİ:
 - ☐ 1.EKT :
 - ☐ 2. İlaç :
 - ☐ 1.Monoterapi
 - ☐ 2.Çoklu ilaç kullanımı
 - ☐ 3.İlaçsız izlem
- ☐ ÇIKIŞ ŞEKLİ:
 - ☐ Tedavi tamamlanmadan taburcu
 - ☐ Şifa ile taburcu
 - ☐ Kısmi şifa ile taburcu
 - ☐ Haliyle taburcu
 - ☐ Sevk ile taburcu
 - ☐ Başka kliniğe devir ile
- ☐ Özgeçmiş, Suicid girişimi:
- ☐ Soygeçmiş: Ruhsal hastalık öyküsü yok / var
- ☐ Poliklinik kontrolü: İlk kontrole geliş zamanı, toplam izlem süresi, toplam kontrol sayısı