



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

PSİKIYATRİ SERVİSİNDE TEKRARLAYAN HASTA YATIŞI İLE İLİŞKİLİ ETMENLER

MEHMET AKİF SUDA

UZMANLIK TEZİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. ALİ SAVAŞ ÇİLLİ

2024-SAKARYA

T.C.

SAKARYA ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

**PSİKIYATRİ SERVİSİNDE TEKRARLAYAN HASTA YATIŞI
İLE İLİŞKİLİ ETMENLER**

MEHMET AKİF SUDA

UZMANLIK TEZİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Prof. Dr. ALİ SAVAŞ ÇİLLİ

2024-SAKARYA

TEZ ONAYI

Kurum : Sakarya Üniversitesi/Tıp Fakültesi

Program türü : Uzmanlık Tezi

Anabilim Dalı : Ruh Sağlığı ve Hastalıkları

Tez Sahibi : Mehmet Akif SUDA

Sınav Tarihi : **Saat:**

Tez Başlığı : Psikiyatri Servisinde Tekrarlayan Hasta Yatışı İle İlişkili Etmenler

Bu çalışma, içerik ve kalite bakımından Uzmanlık Tezi olarak Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.

	Unvan, Adı-Soyadı (Kurum adı)	İmza	Kabul/Red*
Danışman (Üye)			
Üye			
Üye			

* Red kararının gerekçesi onay sayfasının arkasında belirtilmelidir.

ONAY

“Bu tez .././202.. tarihinde yukarıdaki jüri tarafından Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.”

.././202..

Tıp Fakültesi Dekanı

BEYAN

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Bu çalışma T.C. Sakarya Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 30.06.2021 tarihinde onay alarak (onay no: E-71522473-050-01-04-39820-337) hazırlanmıştır.

Tarih:

.../.../.....

Mehmet Akif SUDA

İmza

TEŞEKKÜR



İÇİNDEKİLER

BEYAN	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMA VE SİMGELER.....	vi
TABLO LİSTESİ.....	vii
ÖZET.....	ix
ABSTRACT.....	x
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Kurum Temelli Hizmet Sunumundan Toplum Temelli Hizmet Sunumuna Geçiş	3
2.2. Psikiyatri Hastalarında Yataklı Tedavi	5
2.3. Psikiyatri Servisinde Yatırılarak Takip Edilen Hastaların Tanıları	7
2.3.1. Şizofreni	7
2.3.2. Bipolar duygudurum bozukluğu	7
2.3.3. Majör depresif bozukluk	8
2.3.4. Diğer hastalıklar	8
2.4. Yatan Hastaların Tedavisinde Kullanılan Yöntemler	9
2.4.1. İlaç tedavileri.....	9
2.4.2. Psikosomatik yöntemler	11
2.5. Tekrarlayan Hasta Yatışı ya da Döner Kapı Fenomeni	11
2.6. Döner Kapı Fenomeni ile İlişkili Faktörler	13

2.6.1.	Sosyodemografik özelliklerle ilişkili faktörler	13
2.6.2.	Hastalıkla ve tedaviyle ilgili faktörler.....	14
2.6.3.	Toplumsal faktörler.....	17
2.6.4.	Tekrarlayan yatışı azaltma girişimleri.....	18
3.	GEREÇ VE YÖNTEM.....	20
3.1.	Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	20
3.2.	Araştırmanın Örneklemi.....	20
3.3.	Uygulama	21
3.3.1.	Araştırmanın dahil edilme kriterleri.....	22
3.3.2.	Araştırmanın dışlama kriterleri	22
3.4.	İstatistiksel Analiz.....	22
3.5.	Çalışmanın Sınırlılıkları	23
4.	BULGULAR.....	24
4.1.	Döner Kapı Olan ve Olmayan Hastaların Sosyodemografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması.....	24
4.2.	Döner Kapı Olan ve Olmayan Hastaların Tanılarına, EKT, Depo Antipsikotik ve Klozapin Tedavisi Alıp Almamalarına ve TRSM Başvurusu Olup Olmamasına Göre Karşılaştırılması	27
4.3.	Döner Kapı Olan ve Olmayan Hastaların Yatış Sayısı, Yatış Süreleri ve İlk Yatış Yaşlarının Karşılaştırılması.....	29
4.4.	Hastaların Ayaktan Psikiyatri ve TRSM Başvurularının Karşılaştırılması	30
4.5.	Hastaların Ayaktan Reçetelerindeki İlaçların Karşılaştırılması.....	33
4.6.	Hastaların Yataklı Tedavi Sırasında Kullandıkları İlaçların Karşılaştırılması.....	35
4.7.	Hastaların Yataklı Tedavi Sırasında Kullandıkları Antipsikotik İlaçların Dozlarının Karşılaştırılması	37
4.8.	Hastaların Alkol veya Madde Kullanımının Karşılaştırılması.....	38

4.9.	Hastaların EKT, Depo Antipsikotik ve Klozapin Tedavisi, TRSM Başvurusu Öncesi ve Sonrası Yılda Ortalama Yatış Sayılarının Karşılaştırılması	38
4.10.	Döner Kapı Olan ve Olmayan Hastalarla İlgili Değişkenlerin Lojistik Regresyon Analizi	39
5.	TARTIŞMA ve SONUÇ	41
6.	KAYNAKLAR	51
7.	EKLER.....	62
	EK-1: Etik Kurul Kararı	62
	ÖZGEÇMİŞ	63

KISALTMA VE SİMGELER

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EPS: Ekstrapiramidal sistem

EKT: Elektrokonvulsif tedavi

GAS: Global Değerlendirme Ölçeği

PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği

RSHH: Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi

TRSM: Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri

TABLO LİSTESİ

Tablo 4.1. Döner Kapı olan ve olmayan hastaların sosyodemografik özelliklere göre karşılaştırılması	25
Tablo 4.2. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar tanılı Döner Kapı olan ve olmayan hastaların sosyodemografik özelliklere göre karşılaştırılması	26
Tablo 4.3. İkiuçlu Duygudurum Bozuklukları tanılı Döner Kapı olan ve olmayan hastaların sosyodemografik özelliklere göre karşılaştırılması	26
Tablo 4.4. Diğer Psikiyatrik Bozukluklar tanılı Döner Kapı olan ve olmayan hastaların sosyodemografik özelliklere göre karşılaştırılması	27
Tablo 4.5. Döner Kapı olan ve olmayan hastaların hastalık tanı grupları, EKT, depo antipsikotik ve klozapin tedavisi ve TRSM başvurusu olup olmamasına göre karşılaştırılması	28
Tablo 4.6. Döner Kapı olan ve olmayan hastaların hastalık tanılarına göre karşılaştırılması	29
Tablo 4.7. Döner Kapı olan ve olmayan hastaların 2011-2020 tarihleri arasındaki; yatış sayısı, yatış süreleri ve ilk yatış yaşlarının karşılaştırılması.....	31
Tablo 4.8. Döner kapı olan ve olmayan hastaların ayaktan psikiyatri ve TRSM başvuru sayılarının karşılaştırılması.....	32
Tablo 4.9. Döner Kapı olan ve olmayan hastaların tanı gruplarına göre ayaktan poliklinik ve TRSM başvurularının karşılaştırılması	33
Tablo 4.10. Döner Kapı olan ve olmayan hastaların tanı gruplarına ve ayaktan reçetelerindeki ilaç etken madde gruplarına göre karşılaştırılması.....	34

Tablo 4.11. Döner Kapı olan ve olmayan hastaların tanı gruplarına ve yatarak reçetelerindeki ilaç etken madde gruplarına göre karşılaştırılması.....	36
Tablo 4.12. Döner Kapı olan ve olmayan hastaların tanı gruplarına ve yatan reçetelerindeki antipsikotik ilaçların klorpromazin eşdeğer dozlarının (ortanca ve maksimum değerlerinin) göre karşılaştırılması.....	37
Tablo 4.13. Hastaların TRSM başvurusu, EKT, depo antipsikotik ve klozapin tedavisi öncesi ve sonrası yılda ortalama yatış sayılarının karşılaştırılması.....	38
Tablo 4.14. Döner kapı hastalarının TRSM başvurusu, EKT, depo antipsikotik ve klozapin tedavisi öncesi ve sonrası yılda ortalama yatış sayılarının karşılaştırılması.....	39
Tablo 4.15. Döner kapı olmayan hastaların TRSM başvurusu, EKT, depo antipsikotik ve klozapin tedavisi öncesi ve sonrası yılda ortalama yatış sayılarının karşılaştırılması	39
Tablo 4.16. Döner kapı olan ve olmayan hastalarla ilgili değişkenlerin lojistik regresyon analizi ^a	40
Tablo 4.17. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluk hastalarından döner kapı olan ve olmayan hastalarla ilgili değişkenlerin lojistik regresyon analizi ^a	40

ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Kurumsuzlaştırma politikalarının ardından psikiyatri hastalarında tekrarlayan yatış önemli bir sorun haline gelmiştir. Bu çalışmada psikiyatri servisinde tekrarlayan hasta yatışıyla ilişkili olabilecek sosyodemografik, klinik ve toplumsal faktörlerin tespit edilmesi ve aradaki ilişkinin açığa çıkarılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Nisan 2011 ile Mart 2020 tarihleri arasında Sakarya Eğitim Araştırma Hastanesi Psikiyatri Servisinde yatan 2903 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalardan taburcu olduktan sonraki 1 yıl içinde 2 veya daha fazla tekrar yatışı olanlar döner kapı hastası olarak tanımlandı.

BULGULAR: Döner kapı hastalarının daha genç, daha yüksek oranda bekar olduğu, tedavilerinde daha yüksek oranda depo antipsikotik, klozapin ve EKT kullanıldığı, TRSM başvuru sayılarının daha fazla olduğu tespit edildi. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar tanımlı hastaların tekrarlayan yatışlarının daha fazla olduğu bulundu. Depo antipsikotik ve klozapin tedavisi, EKT ve TRSM takibi sonrasında tekrarlayan yatışların öncesine göre azaldığı bulundu.

SONUÇ: Sık tekrarlayan yatışı olan hastaların depo antipsikotik, klozapin, EKT ve TRSM başvurusu sonrası yatış sayısı azalmaktadır. Sık tekrarlı yatışların daha iyi anlaşılması için hastalık şiddeti, belirti profili ve tedavi uyumuyla ilgili diğer değişkenler, hasta bakımı ve sosyal destek özelliklerinin araştırılması faydalı olabilir. Tekrarlayan yatışı fazla olan hastalarda depo antipsikotik, klozapin gerekirse EKT kullanımı düşünülebilir. Hastaların TRSM'ye düzenli gitmesi teşvik edilebilir.

Anahtar Kelimeler: Döner Kapı, klozapin, psikiyatri, tekrarlayan yatış, toplum ruh sağlığı merkezleri

ABSTRACT

Factors associated with rehospitalization in the psychiatry outpatient clinic

AIM: Following deinstitutionalization policies, rehospitalizations in psychiatric patients have become an important problem. This study aimed to identify sociodemographic, clinical and social factors that may be associated with recurrent hospitalization in the psychiatric ward and to reveal the relationship between them.

MATERIALS AND METHODS: 2903 patients hospitalized in the Psychiatry Service of Sakarya Training and Research Hospital between April 2011 and March 2020 were included in the study. Patients who had 2 or more rehospitalizations within 1 year after discharge were defined as revolving door patients.

RESULTS: It was determined that revolving door patients were younger, had a higher rate of being single, had a higher rate of using depot antipsychotics, clozapine and received ECT in their treatment, and had a higher number of CMHC applications. In this study that patients diagnosed with schizophrenia and other psychotic disorders had more rehospitalizations. It was founded that after depot antipsychotics and clozapine treatment, ECT and CMHC follow-up, recurrent hospitalizations decreased compared to before.

CONCLUSION: The number of patients with frequent rehospitalizations decreases after the application of depot antipsychotics, clozapine, ECT and CMHC. To better understand frequent rehospitalizations, it may be useful to investigate disease severity, symptom profile and other variables related to treatment compliance, patient care and social support characteristics. In patients with many recurrent hospitalizations, the use of depot antipsychotics and clozapine, if necessary, ECT may be considered. Patients may be encouraged to visit CMHC regularly.

Keywords: Community Mental Health Centers, clozapine, rehospitalization, psychiatry, revolving door

1. GİRİŞ

Ruh sağlığı hakkındaki politikalar 1960'lı yıllarda İtalya'da başlamış ve ardından Avrupa ülkelerine yayılmıştır. Ülkemizde ise 2011 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerine geçilmesini hedefleyen bir Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı oluşturulmuştur. Bu model; daha önceden uygulanan Hastane Temelli Ruh Sağlığı modelinde var olan geniş yatak kapasiteli ve genellikle şehirden uzakta bulunan Ruh Sağlığı hastanelerinin sayısını ve yatak kapasitesini azaltmayı bununla birlikte genel hastanelerin içinde psikiyatri yatak sayısını artırmayı ve hastaların toplumun içinde, kendi bulundukları şehirlerde tedavi olmalarını sağlamayı hedeflemektedir. Bu modele geçiş aşamasında birçok Avrupa ülkesinde ve ülkemizde psikiyatri hastalarına ve hastaların hastanede yatırılarak tedavi edilmesine olan bakış da değişime uğramıştır. Hastaların durumları elverir elvermez hastaneden taburcu edilmesi ve birinci basamak sağlık sistemine entegre edilmesi veya açılması planlanan Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde (TRSM) tedavilerine devam etmeleri planlanmaktadır.

Bu durumun sonucunda hastaların hastanede yatış süreleri azalmış ve yapılan ilk çalışmalarda bu durumun artıları ortaya konmuştur. Ancak ilerleyen yıllarda yapılan araştırmalar başka bir sorunu gündeme getirmiştir. Hastaların hastaneden erken taburculuğu bu hastaların hastaneye daha sık başvurmalarına yol açmış ve tekrarlayan hasta yatışı ya da “döner kapı” hastaları adı verilen tablonun oluşmasına sebep olmuştur.

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde ve şehrimizde de tekrarlayan hasta yatışı önemli bir problem kaynağıdır. İlinin tek yataklı tedavi birimi olan Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Servisi 2011 yılında 20 yatak ile uzmanlık eğitimi vermeye başlamış, 2013 yılında yatak sayısını 41'e çıkararak kapalı kadın ve erkek servisi olarak hizmet vermeye devam etmiştir. Sakarya TRSM ise 2011 yılı Ekim ayında açılan, çalışma tarihleri arasında Sakarya iline hizmet veren tek TRSM'dir.

Çalışmamızda döner kapı hastaları ile döner kapı olmayan hastaları karşılaştırması yapılarak tekrarlayan hasta yatışı ve bununla ilişkili etmenler incelenmiş, bu faktörlerin genel literatürle olan ilişkisi ve çözüm önerileri tartışılmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

Ruhsal bozukluklar yaşam boyu %20 oranıyla toplumda yaygın görülen hastalıklardır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ruhsal bozuklukların 2030 yılında dünyada engelliliğe sebep olan en önemli üç sebepten biri olacağını öngörmektedir (Fernández Trujillo ve ark., 2022).

Tarihsel süreç içerisinde psikiyatri hastalarına ve hastalıklara olan bakış değişmiş modern tedavi yöntemleri ile hastaların toplum içinde tedavi edilmesi gerektiği genel kabul haline gelmiştir.

2.1. Kurum Temelli Hizmet Sunumundan Toplum Temelli Hizmet Sunumuna Geçiş

Yirminci yüzyılın başlarında Avrupa'nın genelinde ve Amerika Birleşik Devletleri'nde psikiyatri hastaları için ayrılmış hastaneler giderek yaygınlaşmış ve her birinde yüzlerce hastanın kaldığı hastaneler açılmıştır (Çiçekoglu ve Duran, 2018). Literatürde “depo hastane” olarak geçen bu kurumlar, kronik hastaların tedavisinden çok bakımına odaklanan ve yaşamlarını toplumdan uzak bir şekilde geçirdiği yerler haline gelmiştir. Ülkemizde diğer ülkelere benzerlik gösteren bir tutumla süreç öncelikle Bakırköy Reşadiye kışlasının hastaneye çevrilmesi ve yatak sayısının artırılması ardından Manisa, Elâzığ, Samsun ve Adana'da açılan depo hastanelerle ilerlemiştir (Gözen, 2018).

İkinci Dünya Savaşı'nın ardından ise tüm dünyada sağlığa ve sağlıklı olmaya bakışta değişimler yaşanmaya başlanmıştır. DSÖ'nün herkes için sağlık yaklaşımını benimsemesiyle ülkeler sağlık politikası geliştirmeye ve var olan politikalarında değişikliğe gitmeye başladılar. 2005 yılında Helsinki'de gerçekleştirilen toplantıyla birlikte Avrupa ülkeleri bir ruh sağlığı eylem planı ortaya koydu. Ülkemizde ise 2006 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından Ulusal Ruh Sağlığı Politikası geliştirilmiştir. 2007 yılında ise üniversite ve eğitim araştırma hastanesi hekimleri ve bu alanda çalışan profesyonellerin ve dernek temsilcilerinin katılımlarıyla ruh sağlığı yürütme kurulu oluşturulmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2011).

Kurumsal değişimlerin yanında hastaların yönetimi ve tedavisiyle ilgili değişiklikler de gündeme gelmiştir. Dünyada giderek yaygınlaşan ruh sağlığı, herkes için sağlık kavramları hastane temelli sağlık politikalarının gözden geçirilmesine sebep olmuştur. Ruh sağlığı politikalarında başlıca üç modelden bahsedilebilir. Hastanelerin başrol oynadığı model Avrupa ve Amerika Birleşik Devletleri'nde "asylum" adı verilen genellikle şehrin dışına kurulan 1500-2000 kişilik yatak kapasitesine sahip kurumlar üzerinden yürütölen modeldir (Çiçekoğlu ve Duran, 2018).

Kişilerin bu kadar kalabalık ortamlarda, kendi bildikleri ve tanıdıkları çevreden uzakta tedavi edilmesinin sağlıklı olmadığı ve bu kalabalık hastanelerin tedaviden ziyade gözetim altında tutmaya yaradığı fikri insanları farklı bir arayışa yönlendirdi. Toplum temelli model bu ihtiyaca cevaben ortaya çıkmıştır. Kişilerin kendi bulundukları ortamda ve minimum süre yatırılarak tedavi edilmesinin daha sağlıklı olabileceğini vurgulayan bu görüş, gündüz bakımevleri, toplum ruh sağlığı merkezleri (TRSM), korumalı işyerleri, korunaklı bakımevleri gibi kurumların kurulmasına ve tedavide daha başat rol almasına vesile oldu. Ayrıca tek başına psikiyatri hastalarının tedavi edildiğı "depo hastanelerin" yerine genel yataklı hastaneler içinde psikiyatri servislerinin kurulması teşvik edildi (Çiçekoğlu ve Duran, 2018).

Üçüncü bir yol olarak da bu iki görüşün ortasında bir yerde kendini konumlandıran toplum-hastane denge modeli görüşü ortaya atıldı. Hastaların atak durumlarında tedavide yine hastanelerin başat rol üstlenmesi ancak remisyondaki hastaların bakımında ve gözetiminde toplum merkezlerinin aktif rol oynamasını tavsiye eden bu görüş, ölkemizde giderek yaygınlaşan ve Sağlık bakanlığı tarafından uygulanmaya çalışılan görüş oldu (S. Karataş ve Çalışkan, 2020).

Ölkemizde bu geçişi teşvik etmek için ilki Bolu'da olmak üzere TRSM'ler açılmaya başlandı. Toplum temelli modele geçişin ardından yapılan ilk çalışmalar depo hastanelerin kapatılmasının ve TRSM'lerin açılmasının hastaların tedavisinde büyük gelişmeler sağladığını ve hastaların iyilik hallerinin artırıldığını vurguluyordu (Ensari ve ark., 2013; Noordsy ve O'Keefe, 1999).

Geçiş politikalarının ardından yapılan ilk araştırmalar kurumsuzlaştırma politikalarının faydalarını gösteriyor olsa da zamanla yapılan çalışmalar bu geçişle ilgili eksiklikleri de göz önüne getirmiştir (Hamden ve ark., 2011). Plansız yapılan geçişin bireyleri kurumdan çıkarıp toplumsal rehabilitasyona dahil etmek yerine; bir kurumdan diğerine geçişine sebep olduğuna dair fikirler ortaya atılmıştır (Primeau ve ark., 2013).

Bu geçiş psikiyatrik hastalar için ayrılan yatak sayısında hızlı bir düşüşe sebep oldu. Ancak beraberinde planlanması gereken toplum temelli hizmet kurumlarının yeterince organize olamaması birtakım sorunları ortaya çıkardı. Azalan yatak sayısı yatak başına düşen hasta sayısında artmaya sebep oldu ve bazen hastaların tam iyilik haline ulaşmadan taburcu edilmesiyle sonuçlandı. Tüm bunların neticesinde döner kapı hastalarının sayısında artmalar oldu (Botha ve ark., 2010).

Bu konuda Norveç'te yapılan bir çalışmada 1925'te yatışların %30'u tekrarlayan yatış iken 1964'te bu oranın neredeyse iki katına çıkarak %56,4 olduğu görüldü (Ødegard, 1968). Yatan hastaların tanılarının ve yatış sürelerinin de değiştiğine dair çalışmalar yapılmıştır. Örneğin Ontario'da yapılan bir çalışmada yatırılarak takip edilen hastalardaki psikotik hastaların oranı 1950'lerde %50 iken 1970'lere gelindiğinde %8'lere kadar düşmüştü (Martin ve ark., 1976).

2.2. Psikiyatri Hastalarında Yataklı Tedavi

Psikiyatri hastaları orta çağdan itibaren toplumdan dışlanıyor, bazen güvenlik bazen de farklı sebeplerle insani olmayan şartlarda hastanelerde ömür boyu takip ve tedavi ediliyordu. Pinel' in Fransa'da yapmış olduğu çalışmalar psikiyatrik hastaların takibiyle ilgili değişiklikler için ön ayak oldu (Artvinli, 2011). Modern psikiyatrinin oluşumu incelendiğinde ilk aşamanın 1700lü yılların ortalarında tımarhane (asylum) diye isimlendirilen hastaların uzun süre tutulduğu merkezlerin doktorların kontrolüne geçmesi olarak söylenebilir. Bu dönem İngiltere'de Samuel Tuke, İtalya'da Vincenzo Chiarugi, Amerika Birleşik Devletleri'nde Benjamin Rush ve Fransa'da özellikle Philippe Pinel'in bulunduğu dönemdir (Messias, 2014). Sonraki aşamalar sırasıyla Kreapelin'in psikiyatrik tanımlamaları oturtması, Freud'un

psikoanaliz teorileri ve ilaçların keşfiyle psikofarmakoloji döneminin başlaması olarak sayılabilir (Messias, 2014).

Ülkemizde ise yataklı tedavinin Osmanlı döneminde hizmet veren bimarhanelerle başladığı kabul edilebilir. Fatih Bimarhanesi, Haseki Bimarhanesi ve Valide-i Atik (Toptaşı) Bimarhanesi bunlar arasındadır (Artvinli, 2011). Toptaş Bimarhanesi zamanla Bakırköy'e taşınmış ve günümüzde Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi olarak hizmet vermektedir (Erkoç ve ark., 2010). İstanbul Emraz-ı Akliye ve Asabiye Hastanesi adıyla Reşadiye Kışlası arazisinde hizmet vermeye başlayan hastanenin hasta sayısı bir dönem 5000 kişiyi bulmuştur (Erkoç ve ark., 2010).

2011 yılında yayınlanan rapora göre ülkemizde hastalara sunulan ruh sağlığı yataklı tedavi hizmetleri ağırlıklı olarak kamu tarafından yürütülmektedir. Sağlık Bakanlığı'na bağlı toplam 8 adet Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi (RSHH) mevcuttur. Ayrıca genel hastaneler içinde veya üniversite hastaneleri bünyesinde de yataklı tedavi ve poliklinik hizmetleri verilmektedir. Ülkemizde RSHH'lerindeki adli, kronik bakım ve bağımlılık tedavisi için kullanılan yataklar da dâhil edilecek olursa ruh sağlığı hastalarına ayrılmış toplam yatak sayısı 7356'dır (Sağlık Bakanlığı, 2011). 2006 yılındaki eylem planının sonrasında 101 hastanede 1999 yatak faaliyete geçmiş, hizmet vermesi planlanan 71 merkezdeki 187 yatak ise henüz faal hale getirilememiştir (Sağlık Bakanlığı, 2011). Son durumdaki yataklı tedavi hizmetlerine bakacak olursak ülkemizde 2020 Kasım ayı itibarıyla 100 bin kişiye düşen psikiyatri ve çocuk ergen psikiyatrisi yatak sayısı 12'dir. Bu yatakların 3573 tanesi ruh sağlığı hastanelerindedir (https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/Yayinlarimiz/Eylem_Planlari/Ulusal_Ruh_Sagligi_Eylem_Plani_2021-2023.pdf, Erişim Tarihi: 06 Kasım 2023).

Hastaların tedavi edildiği merkezler adli, tutuklu, kapalı, açık, alkol ve madde, kronik, çocuk ve ergen, korumalı evler olarak sınıflandırılabilir. Kapalı servisten kastedilen genellikle akut psikiyatri yataklarıdır (Sağlık Bakanlığı, 2011). Kapalı psikiyatri servisi "Hastalığın sebebiyle kendisi ya da toplum için tehlikelilik arz eden kişilerin; yakın gözlemlerle takip edildiği tecrit ve gerekirse tespit

uygulamalarının yapıldığı giriş çıkışları kontrollü olan güvenlik tedbirlerinin olduğu servislerdir.” (<https://khgmsehirhastaneleridb.saglik.gov.tr/TR-54440/ygap-hastaneleri-nedir.html>, Erişim Tarihi: 1 Ocak 2023) şeklinde tanımlanmıştır. Kapalı psikiyatri servislerinde takip edilen çoğunlukla şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar ve duygudurum bozukluklarına sahip kişilerdir. Örneğin 150 yatan hastanın yer aldığı bir çalışmada hastaların %42’ si şizofreni, %29,3’ü bipolar bozukluk, %17,3’ü depresif bozukluk ve %11,4’ü diğer hastalıklar şeklinde bulunmuştur (Uygun, 2019). Başka bir çalışmada ise 156 hastanın %35,5’i şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar %35,5’i duygudurum bozuklukları (bipolar bozukluk ve majör depresif bozukluk) ve %30’u diğer hastalıklar şeklinde bulunmuştur (G. Karataş, 2005). Akut psikiyatri servisinde yatırılarak takip edilen hastaların dahil edildiği bir çalışmada ise hastaların %45’i şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar olarak bulunurken %43,7’si bipolar duygulanım bozukluğu olarak saptanmıştır (Korkmaz ve Küçük, 2016).

2.3. Psikiyatri Servisinde Yatırılarak Takip Edilen Hastaların Tanıları

2.3.1. Şizofreni

Şizofreni yüz yılı aşkın süredir psikiyatri hekimlerinin en çok ilgilendiği, ancak hala tam olarak aydınlatılamamış bir hastalıktır. Genellikle genç yaşlarda başlayan, kişinin gerçeklerden uzaklaşmasına sebep olan; düşünce, algı ve davranışlarda bozulmayla seyreden bir hastalıktır (Öztürk ve Uluşahin, 2016). Şizofreni ve diğer psikotik bozuklukların yaşam boyu görülme sıklığı ile ilgili veriler değişkenlik göstermektedir. Ancak genellikle bu oran %0,4 ile %0,7 arasında değişmektedir. Yaygınlığında kadınlarla erkekler arasında belirgin fark bulunmamıştır. Sosyoekonomik seviyesi düşük toplumlarda daha yaygın gözükmemektedir (Saha ve ark., 2005). Ülkemizde yapılan bir çalışmada yaygınlık %0,89 saptanmış ve erkek cinsiyet yüksek riskle ilişkili bulunmuştur (Binbay ve ark., 2011).

2.3.2. Bipolar duygudurum bozukluğu

Bipolar duygudurum bozuklukları yaşam boyu en az bir manik epizodun görüldüğü veya bir hipomanik ve depresif dönemlerin görüldüğü bir hastalık grubudur.

Kişilerin işlevselliğini ciddi oranda azaltır ayrıca yüksek kardiyovasküler hastalık ve intihar oranları sebebiyle erken ölümlere sebep olur (McIntyre ve ark., 2020). Bipolar bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı %1 ile %3 arasındadır (Martini ve ark., 2024).

2.3.3. Majör depresif bozukluk

Majör depresif bozukluk dünya genelinde oldukça yaygın görülen ve işlevsellikte bozulmayla giden bir ruhsal hastalıktır. Amerika Birleşik Devletleri'nde hayat boyu yaygınlığı %17 bulunmuştur (Olchanski ve ark., 2013). Kadınlarda erkeklere oranla 2 kat daha sık görülür. DSÖ engellilikle geçen yıllar göz önüne alındığında depresyonun sakatlığa uyarlanmış yaşam yılı ölçütüne göre dördüncü önemli engellilik sebebi olduğunu belirtmektedir. Ayrıca yapılan diğer çalışmalar göz önünde bulundurulduğunda bu durumun ikinci sıraya kadar yükseleceği tahmin edilmektedir (Reddy, 2010).

2.3.4. Diğer hastalıklar

Psikiyatri servislerinde diğer hastalar kadar sık olmasa da yatarak takip edilen hastalıklardan birisi de anksiyete bozukluklarıdır. Anksiyete bozukluğu kişide en belirgin semptom olarak huzursuzlukla giden bir hastalıktır (Özcan ve ark., 2006). Yaygın anksiyete bozukluğunun 12 aylık yaygınlığı Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada kadınlarda %6,8 erkeklerde ise %4,6 bulunmuştur (Kessler ve ark., 2012). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise ayaktan psikiyatri polikliniğine başvuranlarda yaygınlığı %10,3 bulunmuştur (Özcan ve ark., 2006).

Bir diğer hasta grubu olan yeme bozuklukları hastalarının da bazen serviste yatırılarak takip edilmesi gerekmektedir. Çoğunlukla gençleri ve kadınları etkileyen bu hastalıklar bazen kronikleşme eğiliminde olabilir (Herpertz ve ark., 2011). Yaygınlıkları anoreksiya nervosa için %0,2 ila %0,8 arasında, bulimia nervosanın ise %2 denebilir (Herpertz ve ark., 2011).

Yaşamın görece erken yıllarında başlayan yaşam boyu yayınlığı %2-3 seviyelerinde olan obsesif kompulsif bozukluk da bazen yatırılarak takip ve tedavi edilmektedir (Stein ve ark., 2019; Veale ve ark., 2016).

2.4. Yatan Hastaların Tedavisinde Kullanılan Yöntemler

2.4.1. İlaç tedavileri

Klorpromazinin sentezlenmesiyle birlikteyse psikiyatrik hastalıkların tedavisinde yeni bir dönem başlamış oldu. O zamana kadar kullanılan ilaçlardan farklı olarak klorpromazin hastaları sedatize etmenin yanında hastalığı da tedavi ediyordu. Bunun ardından diğer ilaçlar hızlıca sentezlenmeye başlandı; 1950 yılında anksiyolitik olan meprobamat ve 1951 yılında imipraminin sentezlenmesiyle psikiyatrik hastalıkların tedavisinde de ilaçlar kullanılabilir hale gelmiş oldu (Braslow ve Marder, 2019).

2.4.1.1. Antipsikotikler

Psikiyatri hastalarında tedavi amaçlı ilacın kullanılabileceği fikrinin ardından klorpromazin yaygın bir şekilde kullanılmaya başlandı. Ancak üzerinden iki yıl geçtikten sonra yan etkilere dair endişeler artmaya başladı. Parkinsonizm, distoni ve hatta geç diskineziler rapor edilmeye başlandı. Ekstrapiramidal sistem (EPS) yan etkileri olarak adlandırılan bu tablo antipsikotik ilaçlara karşı olan ilgide bir azalmaya yol açtı (Shen, 1999).

1990 yılında klozapinin tekrar kullanılmaya başlanmasına kadar antipsikotik ilaçlar EPS ile yakın ilişkili tutulmaya devam edildi. Klozapinin hem tedaviye dirençli hastalardaki etkinliği hem de EPS yan etki ihtimalinin düşüklüğü sebebiyle “atipik” antipsikotik kavramı ortaya çıkmış oldu. Klozapinin ardından risperidon, olanzapin, sertindol, ketiapin, ziprasidon keşfedilip tedavide kullanılır hale geldi. Ancak kullanılan hastalarda ciddi yan etkiler yapması sebebiyle klozapin bir müddet sonra doktorların tercih etmediği bir ilaç haline geldi (Shen, 1999).

Klozapinin hayatı tehdit eden yan etkileri olarak miyokardit, epilepsi nöbetleri, agranülositoz sayılabilir. Bu kadar ciddi olmasa bile kullanırken yol açtığı sedasyon, kilo alımı, gece hipersalivasyonu sebebiyle ilk sıra tedavi olarak kullanılmamaya başlandı (Warnez ve Alessi-Severini, 2014). Ancak tedaviye dirençli şizofreni hastalarında klozapin etkinliğini gösteren çalışmalar kullanılmaya devam ettirdi (Tiihonen ve ark., 2017). Ayrıca şizofreni hastalarında intihar riskini azalttığına dair çalışmalar da vardır (Gürcan ve ark., 2023).

Antipsikotik ilaçların hastalarda nüksü ve uzun dönemde yaşanabilecek yan etkileri azalttığı bildirilmektedir, buna rağmen hastalar ilaca uyum sağlamak konusunda problem yaşamaktadır (Cramer ve Rosenheck, 1998). Yan etkilerinin daha az olmasına karşın ikinci kuşak antipsikotiklerle ilaç uyumu konusunda da anlamlı bir fark bulunmamıştır (Valenstein ve ark., 2004).

Depo antipsikotikler ilk olarak tipik antipsikotik olarak adlandırılan ilaçların ester molekülünün her 1-6 haftada bir yağlı bir solüsyon içinde kas içine enjekte edilmesinden oluşacak şekilde 1960'lı yıllarda kullanılmaya başlanmıştır. Daha sonra atipik antipsikotiklerin keşfiyle birlikte depo tipik antipsikotiklerden oral atipik antipsikotiklerin kullanımına doğru bir geçiş olmuştur (M. X. Patel ve David, 2005). Atipik ilaçların da depo formlarının kullanılmaya başlamasıyla depo ilaçlar yeniden yaygınlık kazanmaya başlamıştır. Depo ilaçların oral ilaçlara göre nüks azaltmada daha etkili olduğunu bildiren yayınlar vardır (C. Leucht ve ark., 2011).

Antipsikotik ilaçlar arasında değişim yaparken kullanılmak üzere eşdeğer doz kavramı oluşturulmuştur. Eşdeğer dozu belirlemek her birinin güçlü ve zayıf yönleri olan çeşitli yöntemler vardır (S. Leucht ve ark., 2016). Bu yöntemlerden biri tanımlanmış günlük dozlara göre eşdeğer ilaç dozu ayarlama yöntemidir. Bu yöntemin güçlü yanları tüm ilaçlar için doz hesaplamasına imkan vermesi ve çoğu ilaç için güvenilir dozlar arasında karşılaştırma yapma imkanı tanımasıdır (S. Leucht ve ark., 2016). İlk kuşak antipsikotik ilaçlar için eşdeğer doz hesaplaması yapmak daha kolayken ikinci kuşak ilaçlar için bu daha zordur.

2.4.1.2. Antidepresanlar

İlk antidepresan etkinliğe sahip olan imipramin farklı bileşikler denenirken 1950'li yılların ortalarında keşfedildi (Vetulani ve Nalepa, 2000). Antidepresan ilaçlar monoamin oksidaz enzimini inhibe edenler (molebemit), monoamin alım inhibitörleri (imipramin, desipramin, amitriptilin), seçici serotonin geri alım inhibitörleri (fluoksetin, paroksetin, sitolopram) ya da hem serotonin hem noradrenalin inhibitörleri olarak sıralanabilir (Vetulani ve Nalepa, 2000). Daha sonra keşfedilen noradrenalin ve dopamin geri alım inhibitörü (bupropion), noradrenerjik ve spesifik serotonin geri alım inhibitörü (mirtazapin), multimodal

antidepresan olarak sınıflandırılanlar (vortiksetin, vilazadon) ve monaaminerjik olmayan ajanlar (agomelatin) olarak eklenebilir (Alvano ve Zieher, 2020).

2.4.1.3. Duygudurum düzenleyiciler

Duygudurum düzenleyiciler net bir tanımı olmasa da bipolar bozukluk hastalarının akut ve idame dönemlerinde kullanılan psikiyatrik ilaçları ifade eder (Ghaemi, 2001). Bu alanda etkili olduğu bildirilen ilk ilaç lityum olmuştur (Cade, 1949). Karbamazepin, valproik asit ve lamotrijin gibi antiepileptik ilaçlar da duygudurum düzenleyici olarak kabul edilirler (Grunze ve ark., 2009). Duygudurum düzenleyici ilaçlar bazen şizoaffektif bozuklukta veya depresyon hastalarında güçlendirme amacıyla da reçetelenirler (Baethge ve ark., 2004).

2.4.2. Psikosomatik yöntemler

2.4.2.1. Elektrokonvulsif tedavi (EKT)

EKT beyin dokusuna elektrik akımı verilerek generalize nöbet geçirilmesiyle etki eden bir tedavi yöntemidir (Kulaksizoglu ve ark., 2022). EKT ilk kez 1938 yılında İtalya'da uygulanmıştır. 1968 yılına kadar anestezi verilmeden yapıldığı için çeşitli yan etkileri olmuştur (Salinas, 2022). Çoğu nöbet 15 ila 70 saniye sürer, 15 saniyeden daha kısa süren nöbetler yeterli etkinlik göstermeyebilir aynı zamanda 2 dakikadan uzun süren nöbetler uzamış nöbet olarak değerlendirilir ve ciddi yan etkilere sebep olabilir (Salinas, 2022). EKT majör depresif bozukluk, bipolar bozukluk, şizofreni gibi hastalıkları tedavi etmek için, ilaç tedavisine yanıt alınmayan hastalarda kullanılan güvenli ve etkili bir prosedürdür (Eddington ve ark., 2023).

2.5. Tekrarlayan Hasta Yatışı ya da Döner Kapı Fenomeni

Psikiyatrik bozuklukların tedavisinde karşılaşılan birçok sorun vardır. Bozukluklara toplumun bakışı, hasta olan bireylerin damgalanması, hastaların tedavi uyumunun düşük olması gibi hastalığa ve hastalara ait sebepler tedavide zorluklara sebep olmaktadır. Psikiyatrik hastaların tekrarlayan yatışlarının olması da önemli bir problem olarak karşımızda durmaktadır. Tedavide kullanılan ilaç sayısının ve ilaç

dışı yöntemlerin (psikosomatik veya psikoterapötik) artmasına rağmen bazı hastaların tekrarlayan başvurularında azalma olmamıştır (Gültekin ve ark., 2013).

Bazı hastaların taburcu edildikten sonra kısa süre içerisinde tekrar hastaneye başvurmaları ve yatarak tedavi almaları gerekliliği veya uzun dönemli takiplerde diğer hastalara göre daha sık hastaneye başvurması bu konu üzerine araştırmaları artırdı. Çalışmalar 1970'li yıllardan beri devam etmekte ve tekrarlayan yatışı azaltmak için çözümler önerilmektedir (Talbott, 1974). Bu hastalara sık kullanıcılar (Botha ve ark., 2010; Morlino ve ark., 2011), tekrar yatan hastalar ya da döner kapı hastaları ismi verilmiştir (Davis, 1975; Gobbicchi ve ark., 2021; Weiden ve Glazer, 1997). Tekrarlayan yatışların nereye kadar normal kabul edileceği veya hangi hastalara döner kapı hastası deneceği konusunda literatürde tam bir netlik sağlanamaması yapılan çalışmalarda farklı kriterler kullanılması farklı sonuçlara sebep olmaktadır (R. Di Lorenzo ve ark., 2015).

Örneğin; Botha ve arkadaşlarının çalışmasında 18 ayda 3 veya daha fazla veya 36 ayda 5 veya daha fazla yatışı olanlar, 12 ayda 2 veya daha fazla yatışı olup klozapin kullananlar, 12 ayda 2 veya daha fazla yatışı olup yatış süresi 120 günden fazla olanlar döner kapı hastası olarak kabul edilmiş iken (Botha ve ark., 2010), başka bir çalışmada bir yılda 3 veya daha fazla yatışı olan hastalar döner kapı hastası kabul edilmiştir (Rosaria Di Lorenzo ve ark., 2016). De Moura ve arkadaşlarının çalışmasında ise çalışma süresi içerisinde (6,5 yıl) 3 veya daha fazla yatışı olan hastalar döner kapı hastası olarak kabul edilmiştir (de Moura EC, 2017)

Genel sağlık sistemine geçiş, sosyal devlet kavramlarının artması ve bu hastaların maliyetlerinin büyük kısmını devletin üstlenmesinin ardından alandaki çalışmalar tanımlayıcı olmanın yanında döner kapının nasıl engellenebileceğiyle ilgili önerileri de içerir hale geldi. Bunun için bu fenomene en çok neyin katkıda bulunduğu, hangi sebeple bu hastaların tekrar tekrar yattığı ve müdahalelerle bunun önüne geçilip geçilemeyeceği araştırılmaya başlandı (Juven-Wetzler ve ark., 2012).

Bu duruma sebep olabilecek faktörler; hastayla ilişkili faktörler yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durumu, tedaviyle ilgili faktörler (hastanın birincil hastalık tanısı, ilaç seçimi, poliklinik hizmet sunumu, hastalığın başlangıç yaşı, atak sayısı), sosyal

çevreyle ilişkili faktörler (bakım evlerinin, gündüz ayaktan tedavi kliniklerinin varlığı) olarak sınıflandırılabilir (Frick ve ark., 2013).

2.6. Döner Kapı Fenomeni ile İlişkili Faktörler

2.6.1. Sosyodemografik özelliklerle ilişkili faktörler

Hastaların yaşı ile döner kapı arasında ilişki olup olmadığı konusunda literatürde farklı veriler vardır. Danimarka’da yapılan bir çalışmada genç erkek hastaların döner kapı açısından en riskli grup olduğu tespit edilmiştir (Kastrup, 1987). İtalya’da gerçekleştirilen bir çalışmada da hastalık başlangıç yaşının erken olması (30 yaşından önce) sık kullanıcı olmak açısından risk faktörü olarak bulunmuştur (Morlino ve ark., 2011). Başka çalışmalarda da döner kapı hastalarının ortalama yaşı döner kapı olmayan gruptan daha düşük bulunmuştur (de Moura EC, 2017; Gobbicchi ve ark., 2021; Silva ve ark., 2009). Ülkemizde gerçekleştirilen ve erken başlangıçlı şizofreni hastalarında döner kapı fenomeninin incelendiği bir çalışmada ise yaş ile döner kapı hastası olmak arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte erken yaşta başlayanların daha sık hastaneye başvurduğu tespit edilmiştir (Turan ve ark., 2022). İngiltere’de yapılan bir çalışmada hastalık başlangıç yaşının erken olmasının da döner kapı açısından riskli bir durum olduğu tespit edilmiştir (E. Langdon, 2001).

Hastaların cinsiyetlerinin döner kapı olma üzerine etkisi incelendiğinde literatürde erkek cinsiyette olmanın tekrarlayan yatış için daha riskli bulunduğu çalışmalar olmakla beraber (Haywood ve ark., 1995; Kastrup, 1987) bazı çalışmalarda döner kapı olan hastalar ile olmayan hastalar arasında cinsiyet yönünden anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (Botha ve ark., 2010; Rosaria Di Lorenzo ve ark., 2016; Gobbicchi ve ark., 2021; Roick ve ark., 2004). Ülkemizde yapılan bir çalışmada da erkek cinsiyette olanların kadınlara göre daha fazla tekrarlayan yatışları olduğu bulunmuştur (Koparal ve ark., 2021).

Medeni durum açısından incelendiğinde bekar olanların döner kapı olma ihtimali daha yüksek bulunmuştur (Gobbicchi ve ark., 2021; Morlino ve ark., 2011; Silva ve ark., 2009). Evli olmak ve yeterli sosyoekonomik koşullara sahip olmak döner kapı

açısından koruyucu bir faktör olarak tespit edilmiştir (Rosaria Di Lorenzo ve ark., 2016).

Hastaların alışma durumlarının incelendiği bir çalışmada döner kapı olan hastalarla olmayan hastalar arasında çalışma durumu açısından anlamlı fark olmadığı ve iki grupta da çalışmayanların oranının yüksek olduğu bulunmuştur (E. Langdon, 2001). Başka alışma da ise sık kullanıcıların işsiz olma eğiliminde daha az kullananlarınsa emekli olma ihtimalinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Morlino ve ark., 2011). Yine bir çalışma da çok sık yatan hastaların daha yüksek oranda engelli maaşı aldığı bulunmuştur (Rosaria Di Lorenzo ve ark., 2016). Brezilya’da gerçekleştirilen bir çalışmada da sık kullanıcıların daha yüksek oranda işsiz olduğu sosyoekonomik açıdan daha iyi olan hastaların tekrarlayan yatışlarının daha az olduğu tespit edilmiştir (Silva ve ark., 2009).

Eğitimle tekrarlayan yatış incelendiğinde ise bir çalışmada sık kullanan hastaların daha yüksek oranda ortaokul ve ilkokul mezunu hastanede daha az sıklıkla yatanların ise görece daha yüksek oranda lise mezunu olduğu tespit edilmiş (Morlino ve ark., 2011) başka bir çalışmada hastaların eğitim durumu ile tekrarlayan yatış arasında bir ilişki tespit edilememiştir (Silva ve ark., 2009).

2.6.2. Hastalıkla ve tedaviyle ilgili faktörler

Hastalıkla ilişkili faktörlere bakıldığında hastalığın tanısının döner kapı fenomeni açısından önemli olduğu bulunmuştur. Korkeila ve arkadaşları yaptıkları çalışmada psikotik bozukluk, duygudurum bozukluğu ve kişilik bozukluğu tanısına sahip olan hastaların, zeka geriliği veya organik bozukluk tanılarına sahip olan hastalara göre iki kat daha fazla tekrarlayan yatış riskine sahip olduğunu tespit etmişlerdir (Korkeila ve ark., 1998). Akut erkek psikiyatri servisinde yapılan ve kriz sebebiyle taburculuk sonrasında yeniden yatışı araştıran bir çalışmada ise hastaların tanılarının şizofreni, bipolar bozukluk ve şizoaffektif bozukluk olduğu tespit edilmiştir (Niehaus ve ark., 2008). C. Gobbichi ve arkadaşlarının yaptığı 5 yıllık süreyi kapsayan bir çalışmada ise döner kapı hastaların büyük çoğunluğunun şizofreni ve ilişkili psikotik bozukluklar veya duygudurum bozukluğu tanısı olduğu tespit edilmiştir (Gobbicchi ve ark., 2021). Başka bir çalışmada da organik olmayan

psikotik bozukluk tanısına sahip olmanın tekrarlayan yatış açısından risk faktörü olduğu tespit edilmiştir (de Moura EC, 2017). Başka çalışmalarda da şizofreni ve ilişkili psikotik bozukluk hastalarının diğer hasta gruplarından daha sık yattığı tespit edilmiştir (Lorine ve ark., 2015; Silva ve ark., 2009).

Hastalıkların şiddeti de araştırılan konulardan birisidir. Bununla ilgili Botha ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada daha sık yatan grubun “Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği” (PANSS) skorlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Botha ve ark., 2010). Ülkemizde yapılan bir çalışmada da tekrarlayan yatış riskinin PANSS skorlarının yüksek olmasıyla arttığı tespit edilmiştir (Gültekin ve ark., 2013). Kişilerin işlevselliğinin ölçüldüğü bir ölçek olan Global Değerlendirme Ölçeği’nin (GAS) kullanıldığı başka bir çalışmada ise tekrarlayan yatışı olan hastaların ölçek puanlarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Suzuki ve ark., 2003).

Yapılan çalışmalarda tekrarlayan yatışı olan hastaların komorbid tanılarının da olduğu ve en sık eşlik eden tanının alkol-madde kullanım bozukluğu tanısı olduğu tespit edilmiştir. De Moura ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada psikotik bozukluk tanısı olan ve madde kullanım bozukluğu/bağımlılığı olan hastalar döner kapı hastaları arasındaki en yaygın hasta grubunu oluştururken affektif bozukluk tanısı olup madde kullanımı olan hastalar da ikinci grubu oluşturmuştur (de Moura EC, 2017). İtalya’da yapılan bir çalışmada da tekrarlayan yatışı olan hastalarda şizofreni ve madde kullanımı birlikteliği yüksek tespit edilmiştir (Rosaria Di Lorenzo ve ark., 2016). Başka çalışmalar da eşlik eden madde kullanım bozukluğu olan hastaların hastanede daha sık tekrarlayan yatış yaptığı tespit edilmiştir (Gobbicchi ve ark., 2021; Golay ve ark., 2019; Haywood ve ark., 1995; Leon ve ark., 1998). Botha ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da döner kapı hastası olan ve olmayan iki grupta da alkol kullanımının yaygın olduğu, iki grupta da en çok tercih edilen yasadışı maddenin esrar olduğu, ancak döner kapı hastalarının yaşam boyu madde kullanım riskinin daha yüksek olduğu ve madde kullanımının uyumsuzluğu ve yeniden yatış riskini artırdığı tespit edilmiştir (Botha ve ark., 2010).

Hastaların erken taburcu edilmesine sebep olan kriz deşarjının da hastaların tekrarlayan yatışlarında etkili olduğu söylenmektedir. Hasta tam düzelme

sağlamadan daha öncelikli tıbbi müdahale gerektiren hastaların varlığı sebebiyle taburcu edilmesi anlamına gelen kriz deşarjının hastaların tekrarlayan yatışlarını artırdığı tespit edilmiştir (Botha ve ark., 2010). Erken taburculuğun etkilediği gibi hastane yatış süresinin de tekrarlayan yatışı etkilediği düşünülmektedir. Bir çalışmada daha uzun süre hastanede kalması gereken hastaların tekrarlayan yatışlarının daha fazla olduğu bulunmuştur (Korkeila ve ark., 1998). Başka çalışmalarda da döner kapı hastalarının döner kapı olmayan hastalara göre daha uzun süre hastanede kaldığı tespit edilmiştir (de Moura EC, 2017; Zhou ve ark., 2014).

Tedavide kullanılan ilaçların döner kapı olma üzerine etkileri incelendiğinde döner kapı hastalarına taburcu edilirken daha yüksek oranda tipik antipsikotik reçete edildiği (Grubic ve ark., 2009) ayrıca bu hastalara daha fazla uzun etkili antipsikotik reçetelendiği bulunmuştur (Gobbicchi ve ark., 2021). Başka bir çalışmada ise döner kapı olmayan gruba daha sıklıkla uzun etkili antipsikotik ilaçların reçetelendiği tespit edilmiştir (Botha ve ark., 2010). Bipolar hastalarda yapılan başka bir çalışmada ise döner kapı hastalarında benzodiazepinlerin, ikinci kuşak antipsikotiklerin ve antidepresanların daha yaygın reçetelendiği tespit edilmiştir (Menculini ve ark., 2020). Şizofreni veya şizoaffektif bozukluk tanısı olan hastalardan döner kapı hastalarının daha yüksek oranda duygudurum düzenleyicisi ile tedavi edildiği tespit edilmiştir (Botha ve ark., 2010).

Hastaların tedaviye uyumundaki yetersizlik psikiyatrik tedavide önemli bir sorun olarak karşımızda durmaktadır. Hastaların ilaçların yan etkisi sebebiyle mi yoksa hastalığın doğası gereği mi tedaviyi bıraktığı tartışılan bir konudur. Temel sebepten bağımsız olarak tedavinin bırakılmasının hastalık nüksüne ve yeniden yatışa sebep olduğu düşünülmektedir. Nitekim Botha ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ilaç kullanımına devam etmenin tekrarlayan yatıştan koruyucu bir faktör olduğu tespit edilmiştir (Botha ve ark., 2010). Başka çalışmalarda da ilaca olan uyumun bozulmasının tekrarlayan yatış riskini artırdığı tespit edilmiştir (Haywood ve ark., 1995). Japonya’da yapılan bir çalışmada ise düşük nöroleptik dozu ve tedavi uyumunun az olması tekrarlayan yatış için riskli bulunmuştur (Suzuki ve ark., 2003). Tedavi uyumunu sadece ilaç olarak değil tedavi planına uyum olarak

düşündüğümüzde taburcu olduktan sonra planlanmış randevularına devam eden hastaların etmeyen hastalara göre tekrar yatma riskinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Silva ve ark., 2009). Ülkemizde yapılan çalışmada da döner kapı hastalarının taburculuk sonrası poliklinik kontrollerine daha az geldiği tespit edilmiştir.

2.6.3. Toplumsal faktörler

Bir çalışmada evsizler, bakımevleri veya bir apartman dairesinde yanında aile üyesi olmadan kalan hastaların tekrarlayan yatış riskinin diğer hastalara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Lorine ve ark., 2015). Başka bir çalışmada da evsiz olmanın akıl hastalığı açısından daha fazla risk içerdiği, aynı zamanda bu hastaların daha yüksek oranda acil veya yataklı servis başvuruları olduğu ve toplumsal tedavilerden daha az oranda yararlandıkları tespit edilmiştir (Bravo ve ark., 2022). Sosyal desteklerinin az olması da hastaların tekrarlayan yatışlarını artıran bir faktördür (Zhao ve ark., 2020). Evsiz hastalara bir çalışan tarafından 9 aylık bir süreçte giderek azalacak şekilde vakit ayrılması ve sosyal desteklerinin artırılmasını içeren bir çalışmada hastaların tekrarlayan yatışlarının azaldığı, ayrıca sosyal hizmet çalışanın takibi bıraktıktan sonraki süreçte de bu hastaların tekrarlayan yatışlarının daha az olduğu tespit edilmiştir. Bu kritik zamandaki müdahalenin uzun dönemde de etkili olabileceğini düşündürmüştür (Tomita ve Herman, 2012).

2.6.3.1. Bakımevleri

Bir çalışmada döner kapı hastalarının daha az sosyal destek aldıkları ve daha izole bir yaşam sürdükleri tespit edilmiştir (E. Langdon, 2001). Ülkemizde ağır engelliliği olan veya bakım ihtiyacı olduğu düşünülen hastalara bakımevi hizmeti sunulmaktadır. Hastalarımızın sosyal desteklerini artırmak ve onlara daha profesyonel bakım verebilmek için bazen “Yatılı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri/Engelsiz Yaşam Merkezleri” gündeme gelir. Bedensel, zihinsel ve ruhsal engeli nedeni ile günlük hayatın tekrar eden gereklerini yerine getiremeyecek durumda olan engelli bireyler herhangi bir gelirinin olup olmamasına bakılmaksızın bu merkezlerimizden ücretsiz olarak bakım hizmeti alabilmektedir. Yatılı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezlerinde bakım hizmeti yanında rehabilitasyon hizmetleri

de sunulmaktadır (https://www.aile.gov.tr/ss/engelli-ve-yasli-hizmetleri-genel-mudurlugu/engelli-bakim-hizmeti/, Erişim Tarihi: 08 Kasım 2023).

Kurumsal bakım hizmeti alanların almayanlara göre tekrar hastaneye yatması iki kat daha az bulunmuştur (Frick ve ark., 2013; Schmutte ve ark., 2010). Tekrarlayan yatışı azaltmanın yanında hastaların taburcu olunca kurumsal bakım hizmeti sunan yerler yerine evine gitmesinin tedaviye uyumu azalttığı tespit edilmiştir (Stahler ve ark., 2009).

2.6.3.2. TRSM

Toplum temelli ruh sağlığı hizmet modeline geçişin planlanmasının ardından ülkemizde ilk TRSM 2008 yılında Bolu’da açılmıştır (Alataş ve ark., 2009). TRSM’ler, kendi bölgelerindeki ağır ruhsal hastalığı olan hastaların ayaktan tedavi ve takiplerinin yapıldığı, psikoeğitim ve grup veya bireysel tedavi gibi tedavilerin uygulandığı psikiyatri klinikleri ile ilişki içinde çalışan ve gerektiğinde evde sağlık hizmeti de sunabilen birimler olarak tanımlanmıştır (Çiçekoğlu ve Duran, 2018; Sağlık Bakanlığı, 2011). Ülkemizde yapılan bir çalışmada daha önceden döner kapı hastası olan 18 hasta 6 ay boyunca TRSM’de takip edilmiş ve bu süre içerisinde hastane yatışlarının olup olmayacağı araştırılmıştır. Süreç içinde hastalardan 5’inin birer kez hastane yatışı olduğu ve TRSM düzenli takibinin tekrarlayan yatış açısından koruyucu olabileceği bulunmuştur (Aydın ve ark., 2014). Taburculuktan sonra Brezilya için toplum ruh sağlığı merkezi olarak kabul edilebilecek birinci basamak ruh sağlığı merkezine başvuran hastaların birden fazla yeniden hastaneye başvurma olasılığı, normal bakıma yönlendirilenlere göre %20 daha az olduğu tespit edilmiştir (Silva ve ark., 2009).

2.6.4. Tekrarlayan yatışı azaltma girişimleri

Tekrarlayan yatışları azaltmak için de çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Bunlardan birinde tedavinin sürekliliği adı verilen bir model uygulanmış ve hastalar taburcu olduktan sonra da kendilerini takip eden ilgili kişilerin ayaktan takiplere devam etmesi planlanmıştır. Bu kişiler bazen telefonla arayarak bazen yüz yüze görüşmelerle taburcu olan hastaları takip etmeye devam etmişlerdir (Juven-Wetzler ve ark., 2012). Diğer hastalara standart bakım tedavisi uygulanmaya devam edilen

Çalışmada hastaların tekrarlayan yatışlarının ve hastanede kalış sürelerinin anlamlı ölçüde azaldığı tespit edilmiştir (Juven-Wetzler ve ark., 2012). Başka bir müdahale çalışmasında da normal bakıma ek olarak taburculuk sonrası yoğun psikoeğitim, grup terapisi, hastalarla daha sık görüşme ve sosyal destek uygulanmış ve bu hastaların da normal bakım verilen hastalara göre tekrarlayan yatışlarının daha az olduğu tespit edilmiştir.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmamız kliniğimizde asistan eğitiminin başladığı tarih olan 01.04.2011 ile Covid-19 tedbirleri sebebiyle hastane politikalarının değiştiği 30.03.2020 tarihleri arasında 9 yıl süreyle Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri servisinde yatırılarak takip edilen hastalarda gerçekleştirildi.

3.2. Araştırmanın Örneklemi

Hastanemiz 10.11.2006 tarihinde üçüncü basamak sağlık tesisi olarak hizmet vermeye başlamış olup o tarihlerde 20 yataklı karışık psikiyatri servisi hizmet sunmaktaydı. Akut vakaların serviste tedavisi her zaman olanaklı olmadığı için saldırgan hastalar bölge ruh sağlığı hastanelerine sevk edilmekteydi. 2009 yılında tıp fakültesi ile protokol imzalanıp aynı zamanda üniversite hastanesi olarak hizmet vermeye başlayan hastanemiz ruh sağlığı asistan eğitimi sunmaya 2011 yılında başlamıştır. Bir milyonu geçkin nüfusa sahip Sakarya’da ruh sağlığı alanında yataklı tedavi hizmeti sunan tek kurum hastanemizdir.

2011 yılı Ekim ayı içerisinde de ilimizdeki ilk toplum ruh sağlığı merkezi hizmet sunmaya başlamıştır. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar tanıları ile duygudurum bozuklukları tanılarına sahip hastalara ayaktan ruh sağlığı hizmeti sunmak üzere planlanan TRSM çalışma tarihlerimiz arasında ilimizdeki tek TRSM olarak hizmet vermiştir.

01.04.2011 ile 30.03.2020 tarihleri arasında en az bir psikiyatri hekimi tarafından değerlendirilen 18 yaşından büyük, psikiyatrik hastalığı sebebiyle yatırılarak takip ve tedavi edilmesi gerektiğine karar verilen hastalar çalışmamıza dahil edildi. Bu süreç içerisinde toplam 2951 hasta yatışı gerçekleşti. Çalışma tarihleri içinde açılan AMATEM servisi öncesi psikiyatri servisinde yatarak tedavi gören 39 alkol madde kullanım bozukluğu olan hasta, serviste sadece gözlem amaçlı takip edilen psikiyatrik hastalığı olmayan 6 hasta ve deliryum sebebiyle takip edilen 3 hasta

çalışmaya dahil edilmedi. Yabancı uyruklu hastalar T.C. kimlik numarasına sahip olmadıkları ve bu sebeple medikal geçmişleri takip edilemediği için çalışmaya dahil edilmedi. Kriterleri karşılamayan hastalar çıkarıldıktan sonra kalan 2903 hasta çalışmaya dahil edildi.

3.3. Uygulama

Hastanenin bağlı olduğu il sağlık müdürlüğü ve başhekimliğin onayıyla hastane bilgi işlem merkezinden ilgili tarihler arasında servisimizde yatırılarak takip edilen tüm hastaların kayıtları elektronik ortamda temin edildi. Hastalara ait kayıtlar her bir hastaya hastane tarafından atanan dosya numarası ve T.C. kimlik numaraları eşleştirilerek birleştirildi ve incelendi. Hastaların yatış ve taburculuk bilgilerinin yanında hastanemiz polikliniklerine ve acil servislere başvuruları, ayaktan tedavilerindeki reçete kayıtları ve yatarak tedavi planındaki ilaç kayıtları temin edildi. Hastaların epikrizleri incelendi. Epikrizlerde yer almayan bilgiler istatistiklere dahil edilmedi.

Üzerinde fikir birliğine varılmamış olsa da döner kapı tanımı için literatürde yaygın kullanılan tanımlardan birisi olan bir yıl içinde 3 yatış kriteri, taburcu olduktan sonraki bir yıllık süreç içerisinde iki veya daha fazla yatışı olan hastalar olarak uygulandı ve bu kriteri karşılayan hastalar döner kapı hastası, diğer hastalar döner kapı olmayan hasta olarak kabul edildi.

Hastaların kullandıkları ilaçlar tipik antipsikotikler, atipik antipsikotikler, duyudurum düzenleyiciler, antidepresanlar ve benzodiazepinler olarak gruplandırıldı. Depo antipsikotik ve klozapin kullanımı ayrıca değerlendirildi. Hastaların kullanmış olduğu diğer ilaçlar çalışmaya dahil edilmedi. Antipsikotiklerin klorpromazin eşdeğer dozları hesaplanarak hastalara yatışları sırasında verilen ortalama ve maksimum antipsikotik eşdeğer dozları bulun (Citrome, 2021; S. Leucht ve ark., 2016).

Hastaların yatış sayılarının yanında yıllara göre yatış sayıları da hesaplandı. Bunun için hastaların hastanemizde psikiyatriye ilk başvurdıkları tarih ile çalışmamızı sonlandırdığımız 2020 tarihi arasındaki süre alındı. İlk TRSM başvurusu, ilk kez

EKT yapılan tarih ve ilk kez klozapin veya depo antipsikotik kullanılan tarih bulundu. Bu tarihler ile ilk başvuru tarihi arasındaki süredeki yatış sayıları öncesi yatış sayısı/yıl olarak hesaplandı. 2020 ile bu tarihler arasındaki yatış sayıları da sonrası yatış sayısı/yıl olarak hesaplandı. Bu parametreler için öncesi ve sonrası yatış sayısı/yıl arasındaki istatistiksel farklar bulundu.

3.3.1. Araştırmanın dahil edilme kriterleri

18 yaşından büyük olma

Psikiyatrik servisinde yatırılarak takip edilme

Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı olma

3.3.2. Araştırmanın dışlama kriterleri

18 yaşından küçük olma

Sadece alkol madde kullanım bozukluğu sebebiyle serviste yatırılarak takip edilme

EKT için yapılan gününbirlik yatışlar

Serviste takip edilmesine karşın herhangi bir psikiyatrik hastalık tanı olmaması

3.4. İstatistiksel Analiz

Çalışmanın verilerinin istatistiksel analizi Windows 11 yazılım paketi ile çalışan bir bilgisayarda IBM SPSS Statistics 26.0 programı aracılığıyla yapıldı. Verilerin, normal dağılıma uygun olup olmadıkları Kolmogorov-Smirnov testi ile incelendi ve normal dağılmadıkları bulundu. Bu veriler için nonparametrik testler uygulandı. Grupların karşılaştırılmasında kategorik olan değişkenler için ki kare testi kullanıldı. Sürekli değişkenlerden bağımsız değişkenlerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi, bağımlı değişkenlerin karşılaştırılmasında Wilcoxon signed-rank testi kullanıldı.

3.5. Çalışmanın Sınırlılıkları

Hastaların döner kapı hastası olarak tanımlanması için taburcu olduktan sonraki bir yıl içindeki yatışlarında sadece hastane verilerinin kullanılması, her ne kadar bir milyon nüfuslu bir şehir olan Sakarya’da psikiyatri hastaları için yataklı tedavi hizmeti sunan tek kurum olsa da il dışındaki başka hastanelere yatışların dahil edilmemesi sınırlılık oluşturmaktadır. Hastaların bilgilerinin retrospektif olarak incelenmesi geçmişteki dosyaların eksik veri içermesi nedeniyle sınırlılık oluşturmaktadır. Özellikle hastanelerin otomasyon ve bilişim sistemlerindeki değişiklikler sırasında yaşanan veri kayıpları nedeniyle 2015 yılı öncesine ait reçete ve yatarak tedavi planı verilerine ulaşılamadı.

4. BULGULAR

Sakarya ilinde yataklı tedavi hizmeti veren tek psikiyatri kliniği olan kliniğimizde 2011-2020 yılları arasındaki 9 yıllık dönemde araştırmaya dahil etme ölçütlerimizi karşılayan toplam 2903 hasta yattı. Yatan hastaların %3,6'sının (n=107) döner kapı ölçütlerini karşıladığı, %96,4'ünün (n=2796) karşılamadığı görüldü.

Çalışma tarihlerimiz arasında gerçekleşen toplam 4532 hastane yatışının %13'ü döner kapı hastalarına aitken %87'si döner kapı olmayan hastalara aitti

4.1. Döner Kapı Olan ve Olmayan Hastaların Sosyodemografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Döner kapı ölçütlerini karşılayan ve karşılamayan hastaların cinsiyet dağılımında anlamlı fark bulunmadı. Döner kapı grubunda %44,9 kadinken (n=48), döner kapı olmayan grupta %49,9'u kadındı (n=1401) (Tablo 4.1.). Cinsiyetin döner kapı olma üzerinde anlamlı etkisi olmadığı bulundu.

Döner kapı olan ve olmayan hastalar medeni durum açısından kıyaslandığında; döner kapı hastalarının %53,9'u bekar %27,50'si evli %18,80'i dul veya boşanmışken döner kapı olmayan hastaların %36,40'ı bekar %47,80'i evli %15,70'i dul veya boşanmıştı. Döner kapı hastalarında bekarların oranı daha yüksekti ($X^2=11.492$, $p=0.003$) (Tablo 4.1.).

Hastaların eğitim durumu karşılaştırıldığında iki grupta da ilköğretim mezunu olanların çoğunlukta olduğu (%39,1'e karşın %40,1) döner kapı grubunda ortaokul mezunu olanların oranı %26,6 iken döner kapı olmayan grupta bu oranın %19,5 olduğu görüldü. İki grubun eğitim durumu açısından karşılaştırılmasında anlamlı fark olmadığı bulundu (Tablo 4.1.).

İki grubu çalışma durumu açısından kıyasladığımızda döner kapı grubunda çalışamayanların oranı %78,1 çalışanlar %14,1 emekli olanlar %7,8 iken döner kapı olmayan grupta çalışamayanlar %69,10, çalışanlar %23,60 ve emekli olanlar ise

%7,20 idi. İki grubun çalışma durumu açısından karşılaştırılmasında anlamlı fark olmadığı bulundu ($X^2=3.146$ $p=0,207$) (Tablo 4.1.).

Tablo 4.1. Döner Kapı olan ve olmayan hastaların sosyodemografik özelliklere göre karşılaştırılması

	Döner Kapı		Döner Kapı Olmayan		İstatistik
	n	%	n	%	
Cinsiyet					
Erkek	59	55,1	1401	50,1	$X^2=1.044$ $p=0,307$
Kadın	48	44,9	1395	49,9	
Medeni Durum					
Bekar	37	53,6	624	36,4	$X^2=11.492$ $p=0,003$
Evli	19	27,5	819	47,8	
Dul/Boşanmış	13	18,8	269	15,7	
Eğitim Durumu					
Okuma Yazma Bilmiyor	4	6,3	88	6,1	$X^2=4.486$ $p=0,344$
İlkokul	25	39,1	583	40,1	
Ortaokul	17	26,6	284	19,5	
Lise	16	25,0	355	24,4	
Lisans ve üstü	2	3,1	144	9,9	
İş Durumu					
Çalışmıyor	50	78,1	1040	69,1	$X^2=3.146$ $p=0,207$
Çalışıyor	9	14,1	355	23,6	
Emekli	5	7,8	109	7,2	

Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar tanılı hastalarda evli olanların (%15'e karşın %33,6) daha düşük oranda döner kapı hastası olduğu bulundu ($X^2=5,974$ $p=0,015$) (Tablo 4.2.).

İkiliçli duygudurum bozuklukları tanılı hastalar karşılaştırıldığında döner kapı hastalarında kadınların oranı %76'a karşın %55 ile daha yüksekti ($X^2=4.290$ $p=0,038$) (Tablo 4.3.). Bu grupta hastaların ortaokul ve daha alt okullardan mezun olanların oranı da %82,4'e karşın %56,9 ile daha yüksekti ($X^2=4.302$ $p=0,038$) (Tablo 4.3.).

Diğer psikiyatrik bozukluklar tanıları olan hastaların sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırılması Tablo 4.4.'te gösterildi.

Tablo 4.2. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar tanılı Döner Kapı olan ve olmayan hastaların sosyodemografik özelliklere göre karşılaştırılması

	Döner Kapı		Döner Kapı Olmayan		İstatistik
	n	%	n	%	
Cinsiyet					
Erkek	44	68,8	766	61,6	$X^2=1.329$ $p=0,249$
Kadın	20	31,3	478	38,4	
Medeni Durum					
Bekar/Dul/Boşanmış	34	85	502	66,4	$X^2=5.974$ $p=0,015$
Evli	6	15	254	33,6	
Eğitim Durumu					
Ortaokul ve Altı	24	64,9	464	70,1	$X^2=0,474$ $p=0,491$
Lise ve Üstü	13	35,1	197	29,8	
İş Durumu					
Çalışmıyor/Emekli	31	83,8	563	84,4	$X^2=0,100$ $p=0,919$
Çalışıyor	6	16,2	104	15,6	

Tablo 4.3. İkiuçlu Duygudurum Bozuklukları tanılı Döner Kapı olan ve olmayan hastaların sosyodemografik özelliklere göre karşılaştırılması

	Döner Kapı		Döner Kapı Olmayan		İstatistik
	n	%	n	%	
Cinsiyet					
Erkek	6	24	249	45	$X^2=4,290$ $p=0,038$
Kadın	19	76	304	55	
Medeni Durum					
Bekar/Dul/Boşanmış	10	52,6	134	38,3	$X^2=1,559$ $p=0,212$
Evli	9	47,4	216	61,7	
Eğitim Durumu					
Ortaokul ve Altı	14	82,4	174	56,9	$X^2=4.302$ $p=0,038$
Lise ve Üstü	3	17,6	132	43,1	
İş Durumu					
Çalışmıyor/Emekli	15	88,2	219	69,1	$X^2=2.821$ $p=0,093$
Çalışıyor	2	11,8	98	30,9	

Tablo 4.4. Diğer Psikiyatrik Bozukluklar tanılı Döner Kapı olan ve olmayan hastaların sosyodemografik özelliklere göre karşılaştırılması

	Döner Kapı		Döner Kapı Olmayan		İstatistik
	n	%	n	%	
Cinsiyet					
Erkek	9	50	386	38,6	$X^2=0,961$ $p=0,327$
Kadın	9	50	618	61,4	
Medeni Durum					
Bekar/Dul/Boşanmış	6	60	257	38,3	$X^2=1,244^*$ $p=0,339$
Evli	4	40	349	61,7	
Eğitim Durumu					
Ortaokul ve Altı	8	80	317	65,1	$X^2=0,962^*$ $p=0,506$
Lise ve Üstü	2	20	70	34,9	
İş Durumu					
Çalışmıyor/Emekli	9	90	367	70,9	$X^2=1,796^*$ $p=0,294$
Çalışıyor	1	10	153	29,1	

* Fisher's exact testi kullanılmıştır.

4.2. Döner Kapı Olan ve Olmayan Hastaların Tanılarına, EKT, Depo Antipsikotik ve Klozapin Tedavisi Alıp Almamalarına ve TRSM Başvurusu Olup Olmamasına Göre Karşılaştırılması

Hastaların tanıları 3 grup olarak sınıflandırıldı; Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar, ikiüçlü ve ilişkili bozukluklar ve diğer psikiyatrik bozukluklar grubudur (Tablo 4.5.).

Diğer psikiyatrik bozukluklar grubunda bulunan hastalık tanıları Tablo 4.6.'te ayrıntılı olarak belirtildi.

Döner kapı ölçütlerini karşılayan grupta, şizofreni ve diğer psikotik bozukluk tanısı grubunda olan hastaların oranı %59,8, ikiüçlü ve ilişkili bozukluk grubunda olan hastaların oranı %23,4, diğer psikiyatrik hastalıklar grubunda olan hastaların oranı %16,8 olarak bulunmuştur. Döner kapı olmayan grupta ise şizofreni ve diğer psikotik bozukluk grubunda olan hastaların oranı %44,4, ikiüçlü ve ilişkili bozukluk grubunda olan hastaların oranı %19,8, diğer psikiyatrik hastalıklar grubunda olan hastaların oranı ise %35,8'dir. Döner kapı hastalarında şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar grubundan olanların daha yüksek oranda olduğu bulundu ($X^2=16,551$, $p<0,001$) (Tablo 4.5.).

EKT'nin döner kapı hastalarında daha yüksek oranda uygulandığı bulundu (%12,1'e karşın %2,7) ($X^2=30.846$, $p<0,001$). Benzer şekilde döner kapı hastalarında depo antipsikotik (%68,2'e karşın %31,2) ($X^2=64.386$ $p<0,001$) ve klorzapin kullanımının da (%38,3'e karşın %10,6) ($X^2=77.286$ $p<0,001$) daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 4.5.).

Tablo 4.5. Döner Kapı olan ve olmayan hastaların hastalık tanı grupları, EKT, depo antipsikotik ve klorzapin tedavisi ve TRSM başvurusu olup olmamasına göre karşılaştırılması

	Döner Kapı n %	Döner Kapı Olmayan n %	İstatistik
Psikiyatrik Tanı			
Şizofreni ve Diğer Psikotik Bzk.	64 %59,8	1244 %44,5	$X^2=16.551$ $p<0,001$
İkili ve İlişkili Bzk.	25 %23,4	553 %19,8	
Diğer	18 %16,8	999 %35,7	
Tedavi			
EKT*	13 %12,1	76 %2,7	$X^2=30.846$ $p<0,001$
Depo antipsikotik	73 %68,2	872 %31,2	$X^2=64.386$ $p<0,001$
Klorzapin	41 %38,3	296 %10,6	$X^2=77.236$ $p<0,001$
TRSM başvurusu	46 %43	488 %17,5	$X^2=44.722$ $p<0,001$

*Fisher's exact testi kullanılmıştır.

Döner kapı hastalarında TRSM'ye en az bir kez başvurma oranı döner kapı olmayan gruptan yüksekti (%43'e karşın %17,5) ($X^2=44,722$ $p<0,001$) (Tablo 4.5.).

Hastaları tanıları açısından kıyasladığımızda iki grupta da şizofreni ve diğer psikozlar daha yaygın görülürken bazı tanılarına sahip hastaların hiç döner kapı hastası olmadığı görüldü. Ayrıca intihar girişimi sonrası servisimizde gözlem amaçlı yatırılan 9 hasta herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısı almamıştı (Tablo 4.6.).

Tablo 4.6. Döner Kapı olan ve olmayan hastaların hastalık tanılarına göre karşılaştırılması

Hastalık Tanısı	Döner Kapı		Döner Kapı Olmayan	
	n	%	n	%
Şizofreni ve Diğer Psikozlar	50	46,73%	1155	41,31%
Bipolar Duygulanım Bozukluğu	25	23,36%	553	19,78%
Şizoaffectif Bozukluk	14	13,08%	87	3,11%
Depresif Nöbet	11	10,28%	537	19,21%
Anksiyete Bozukluğu	3	2,80%	168	6,01%
Davranış Bozukluğu	2	1,87%	22	0,79%
Yeme Bozukluğu	1	0,93%	38	1,36%
Organik Ruhsal Bozukluk	1	0,93%	27	0,97%
Bunama	-		20	0,72%
Obsesif Kompulsif Bozukluk	-		45	1,61%
Stres -Uyum Bozuklukları	-		48	1,72%
Disosiyatif Bozukluk	-		40	1,43%
Somatizasyon Bozukluğu	-		4	0,14%
Kişilik Bozukluğu	-		22	0,79%
Zekâ Geriliği	-		21	0,75%
İntihar Girişim	-		9	0,32%

4.3. Döner Kapı Olan ve Olmayan Hastaların Yatış Sayısı, Yatış Süreleri ve İlk Yatış Yaşlarının Karşılaştırılması

Çalışma tarihlerimiz arasında toplam 4532 hastane yatışı gerçekleştirildi. Bu yatışların %13'ü döner kapı hastalarına aitken %87'si döner kapı olmayan hastalara aitti. Beklendiği üzere hastalarımızdan döner kapı olanların ortalama yatış sayıları 5 (4-7) iken döner kapı olmayan grupta ortalama yatış sayısı 1(1-2) idi (U=6.438 p<0,001).

2011 yılından sonra hastanemizdeki ilk yatışlarına ilişkin veriler incelendiğinde döner kapı olan grupta ortalama yatış süresi 28 (15-37) güne karşın 19 (8-31) gün daha yüksekti ($U=114.370$ $p<0,001$) (Tablo 4.7.).

Tüm hastane yatışlarına bakıldığında döner kapı hastalarının ortalama yatış sürelerinin 23,5 (17-32,5) güne karşın 19 (9-30) gün ile daha yüksek olduğu bulundu ($U=118.772$ $p<0,001$) (Tablo 4.4.). En uzun yatış sürelerinin ortancası da döner kapı hastalarında 42 (30-57) güne karşın 21 (10-34) gün ile daha yüksek bulundu ($U=61.371$ $p<0,001$) (Tablo 4.7.).

Hastaların birinci ve ikinci yatışları arasında geçen süreler incelendiğinde döner kapı hastalarında aradaki sürenin 138 (36-335) güne karşın 392 (173-813) gün ile daha kısa olduğu bulundu ($U=55.354$ $p<0,001$). Tüm yatışlar dikkate alınarak yatışlar arasındaki günler incelendiğinde de döner kapı hastalarının 137 (73-207) güne karşın 414 (237-78) gün ile daha sık aralıklarla yattığı bulundu ($U=63.567$ $p<0,001$) (Tablo 4.7.).

Döner kapı hastalarının hastanede yattığı toplam gün sayısı ortancasının da 135 (73-213) güne karşın 22 (10-43) gün daha fazla olduğu bulundu ($U=22.801$ $p<0,001$) (Tablo 4.7.).

4.4. Hastaların Ayaktan Psikiyatri ve TRSM Başvurularının Karşılaştırılması

Çalışma tarihlerimiz arasında hastanemizde en az bir kez yatan hastalar tarafından toplam 47423 poliklinik başvurusu yapıldığı bulundu. 239 hastanın hiç poliklinik başvurusu yokken 216 hastanın bir kez 197 hastanın ise iki kez hastanemiz polikliniklerine başvurduğu tespit edildi. En çok poliklinik başvurusu olan hastanın 153 başvurusu varken bir sonraki hastanın ise 146 başvurusu vardı.

Hastalarımızın döner kapı olma durumları ile poliklinik başvurularını incelediğimizdeyse döner kapı hastalarının poliklinik başvuru ortancasının 26 (14-47)'e karşın 9 (3-21,5) daha yüksek olduğu bulundu ($U=76302$, $p<0,001$) (Tablo 4.8.).

Hastalarımızın TRSM başvurularını kıyasladığımızda ise döner kapı olmayan hastalarının döner kapı hastalarına göre daha fazla TRSM başvurusu olduğu bulundu.

Tablo 4.7. Döner Kapı olan ve olmayan hastaların 2011-2020 tarihleri arasındaki; yatış sayısı, yatış süreleri ve ilk yatış yaşlarının karşılaştırılması

	Döner Kapı Ortanca (%25-%75)	Döner Kapı Olmayan Ortanca (%25-%75)	İstatistik
Yatış sayısı	5 (4-7)	1 (1-2)	U=6.438 p<0,001
İlk Yatış Süresi (gün)	28 (15-37)	19 (8-31)	U=114,370 p<0,001
Yatış süresi (gün)*	23,5 (17-32,5)	19 (9-30)	U=118772 p<0,001
En uzun yatış süresi	42 (30-57)	21 (10-34)	U=61.371 p<0,001
İlk ve ikinci yatış arasındaki süre (gün)	138 (36-335)	392 (173-813)	U=55.354 p<0,001
Tekrarlayan yatışlar arasındaki süre (gün)*	137 (73-207)	414 (237-78)	U=63.567 p<0,001
Hastanede geçen toplam süre (gün)	135 (73-213)	22 (10-43)	U=22.801 p<0,001
İlk yatış yaşı	34 (26-44)	37 (28-48)	U=168,428 p=0,027

* Birden fazla yatışı olan hastalar için ortanca değer kullanılmıştır.

Döner kapı hastalarının TRSM başvurusunun ortanca değeri 6 (2,00-16,00) iken döner kapı olmayan hastalarda bu rakam 13 (3,00-35,00) idi (U=14.067 p=0,004). Yıla göre TRSM başvuru sayı ortancaları incelendiğinde döner kapı hastalarının 2 (1,00-5,00) başvurusuna karşın döner kapı olmayan grubu 4,73 (2,00-10,00) başvuru ile daha fazla TRSM başvurusu olduğu tespit edildi (U=14.657, p=0,001) (Tablo 4.8.).

TRSM'ye başvurular incelendiğinde en çok başvuru yapan hastanın 1230 başvurusunun olduğu ve sırasıyla bunu 1000, 949 ve 915 başvurusu olan hastaların takip ettiği bulundu. 76 hastanın ise sadece 1 kez TRSM'ye başvuru yaptığı görüldü. Bir yıl içinde yapılan başvurular incelendiğinde en çok başvurunun 177,40 olduğu bunu sırasıyla 158,17 ve 152 başvuru ile diğer hastaların takip ettiği bulundu.

TRSM'nin tüm hastalara hizmet vermediği göz önünde bulundurularak tanıya göre TRSM başvuruları incelendiğinde şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar grubundan döner kapı olma ölçütünü karşılayan hastalarının bir yılda TRSM başvurularının ölçütleri karşılamayanlara göre 2 (1,00-5,00) başvuruya karşın 4,67 (2,00-11,50) başvuru ile daha az olduğu bulundu (U=8.868,5 p=0,002) (Tablo 4.9.).

Yatıştan önceki bir yıl sürede döner kapı hastalarının psikiyatri poliklinik başvuru sayısı ortancasının 4,63 (2,40-6,50) başvuruya karşın 1 (0,00-3,00) başvuru ile daha fazla olduğu bulundu (U=68.230 p<0,001) (Tablo 4.8.).

Hastalarımızın taburculuk sonrası psikiyatri poliklinik başvurularının ortanca değerleri incelendiğinde döner kapı hastalarının 180 gün içinde psikiyatri poliklinik başvuru ortancalarının 3,55 (2,00-5,00) başvuruya karşın 2 (1,00-4,50) başvuru ile daha yüksek olduğu bulundu (U=107.149 p<0,001) (Tablo 4.8.).

Tablo 4.8. Döner kapı olan ve olmayan hastaların ayaktan psikiyatri ve TRSM başvuru sayılarının karşılaştırılması

	Döner Kapı Ortanca (%25-75)	Döner Kapı Olmayan Ortanca (%25-%75)	İstatistik
Poliklinik başvuru sayısı	26,00 (14,00-47,00)	9,00 (3,00-21,50)	U=76302 p<0,001
Poliklinik başvuru sayısı (yılda)	5,43 (3,56-7,50)	3,00 (1,78-5,14)	U=839118 p<0,001
TRSM başvuru sayısı	6,00 (2,00-16,00)	13,00 (3,00-35,00)	U=14067 p=0,004
TRSM başvuru sayısı (yılda)	2,00 (1,00-5,00)	4,73 (2,00-10,00)	U=14657 p=0,001
Yatış öncesi 1 yıl içinde başvuru	4,63 (2,40-6,50)	1,00 (0,00-3,00)	U=68230 p<0,001
Taburcu sonrası 1 ay içinde başvuru	1,00 (0,60-1,40)	1,00 (0,00-1,50)	U=134883 p=0,074
Taburcu sonrası 6 ay içinde başvuru	3,55 (2,00-5,00)	2,00 (1,00-4,50)	U=107149 p<0,001

Tablo 4.9. Döner Kapı olan ve olmayan hastaların tanı gruplarına göre ayaktan poliklinik ve TRSM başvurularının karşılaştırılması

	Döner Kapı Ortanca (%25-%75)	Döner Kapı Olmayan Ortanca (%25-%75)	İstatistik
Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar			
TRSM başvuru sayısı	5,00 (2,00-17,00)	14,00 (3,00-46,00)	U=8446 p=0,11
TRSM başvuru sayısı (yılda)	2,00 (1,00-5,00)	4,67 (2,00-11,50)	U=8868,5 P=0,002
İkiüçlü duygudurum bozuklukları			
TRSM başvuru sayısı	8,00 (1,00-15,00)	9,00 (5,00-22,00)	U=464 P=0,254
TRSM başvuru sayısı (yılda)	3,63 (1,00-7,00)	5,50 (2,00-8,75)	U=453 P=0,324

4.5. Hastaların Ayaktan Reçetelerindeki İlaçların Karşılaştırılması

Şizofreni ve diğer psikotik bozukluk tanılı döner kapı hastalarının %55'inde tipik antipsikotik reçete edilirken döner kapı olmayan grupta bu oran %24 olarak daha düşük bulundu ($X^2=31.492$ $p<0,001$). Klozapin (%50,8'e karşın %19,1) ($X^2=36328$ $p<0,001$) ve depo antipsikotikler de döner kapı hastalarında daha yüksek oranda reçetelenmiş idi (%85,7'e karşın %56,7) ($X^2=20805$, $p<0,001$) (Tablo 4.10.).

İkiüçlü duygudurum bozukluk tanılı hastaların döner kapı grubunda atipik antipsikotik reçete edilme oranı %100 iken, döner kapı olmayan grupta bu oran %88,2 idi ($X^2=3.309$ $p=0,97$) (Tablo 4.7.). Döner kapı grubu hastalarında ayaktan klozapin reçete edilen hasta yoktu. Bu hastalarda döner kapı grubunda depo antipsikotik reçetelenme oranının döner kapı olmayan gruptan daha yüksek olduğu bulundu (%44'e karşın %19,5) ($X^2=8.785$ $p=0,003$) (Tablo 4.7.). Duygudurum düzenleyici reçetelenme oranı da döner kapı grubunda daha yüksekti (%100'e karşın %80,5) ($X^2=5.978$ $p=0,008$) (Tablo 4.10.).

Diğer psikiyatrik bozukluk tanılı döner kapı hastalarında tipik antipsikotik reçetelenme oranı döner kapı olmayan gruptan yüksek bulundu (%29,4'e karşın %3) ($X^2=13692$, $p=0,004$) (Tablo 4.10.).

Tablo 4.10. Döner Kapı olan ve olmayan hastaların tanı gruplarına ve ayaktan reçetelerindeki ilaç etken madde gruplarına göre karşılaştırılması

	Döner Kapı n %	Döner Kapı Olmayan n %	İstatistik
Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar	63	1159	
Tipik antipsikotik	35 %55,6	277 %23,9	X ² =31492 p<0,001
Atipik antipsikotik	62 %98,4	1048 %90,4	X ² =4582 p=0,032
Klozapin	32 %50,8	222 %19,2	X ² =36328 p<0,001
Depo antipsikotik	54 %85,7	656 %56,6	X ² =20805 p<0,001
Duygudurum düzenleyici	26 %41,3	256 %22,1	X ² =12385 p<0,001
Antidepresan	26 %41,3	436 %37,6	X ² =0,369 p=0,561
Benzodiazepin*	4 %6,3	72 %6,2	-
İkiüçlü duygudurum bozuklukları	25	519	
Tipik antipsikotik*	6 %24	82 %15,8	X ² =1183 p=0,269
Atipik antipsikotik*	25 %100	458 %88,2	X ² =3309 p=0,97
Klozapin	-	5 %1	-
Depo antipsikotik	11 %44	101 %19,5	X ² =8785 p=0,003
Duygudurum düzenleyici*	25 %100	418 %80,5	X ² =5974 p=0,008
Antidepresan	7 %28	169 %32,9	X ² =0,227 p=0,827
Benzodiazepin*	6 %24	45 %8,7	X ² =6597 p=0,22
Diğer psikiyatrik bozukluklar	17	790	
Tipik antipsikotik*	5 %29,4	50 %,3	X ² =13692 p=0,004
Atipik antipsikotik*	16 %94,1	557 %70,5	X ² =4506 p=0,032
Klozapin	-	5 %0,6	-
Depo antipsikotik*	2 %11,8	25 %3,2	X ² =3806 p=0,108
Duygudurum düzenleyici	7 %41,2	127 %16,1	X ² =7572 p=0,13
Antidepresan*	14 %82,4	579 %73,3	X ² =0,701 p=0,580
Benzodiazepin*	4 %23,5	77 %9,7	X ² =3501 p=0,081

* Fisher kesin testi kullanılmıştır

4.6. Hastaların Yataklı Tedavi Sırasında Kullandıkları İlaçların Karşılaştırılması

Hastalarımızdan yatırılarak tedavi sırasındaki kullandığı ilaç kaydı mevcut olan ve döner kapı olma ölçütlerini karşılayıp şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar grubundan olan hasta sayısı 54 iken, ikiüçlü duygudurum bozuklukları grubundan hasta sayısı 19 diğer psikiyatrik bozukluklar grubundan hasta sayısıysa 17 idi. Döner kapı olma ölçütlerini karşılamayıp şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar grubundan olan 928, ikiüçlü duygudurum bozuklukları grubundan 425 diğer psikiyatrik bozukluklar grubundansa 584 hasta vardı (Tablo 4.11.).

Şizofreni ve diğer psikotik bozukluk tanılı döner kapı hastası olanlarda tipik antipsikotiklerin döner kapı hastası olmayanlardan daha yüksek oranda kullanıldığı bulundu (%79,6'ya karşın %49) ($X^2=19.127$ $p<0,001$) (Tablo 4.8.). Klozapin kullanımı da döner kapı grubunda daha yüksek idi (%53,7'e karşın %19,1) ($X^2=36,583$ $p<0,001$) (Tablo 4.11.).

İkiüçlü duygudurum bozukluğu tanılı döner kapı hastalarında tipik antipsikotik kullanıma oranı daha yüksek bulundu (%73,7'e karşın %46,8) ($X^2=5.257$ $p=0,024$) (Tablo 4.8.). Duygudurum düzenleyici kullanımı da döner kapı grubunda daha yüksek idi (%94,7'e karşın %74,6) ($X^2=3.986$ $p=0,054$) (Tablo 4.11.).

Diğer psikiyatrik bozukluklar tanılı döner kapı hastalarında da tipik antipsikotik kullanım oranı döner kapı olmayanlardan daha yüksek idi (%41,2'e karşın %14,6) ($X^2=9.030$ $p=0,008$). Bu hastalarda duygudurum düzenleyici kullanım oranının da döner kapı hastalarında daha yüksek olduğu bulundu (%41,2'e karşın %12,5) ($X^2=11.702$ $p=0,007$) (Tablo 4.11.).

Hastalarda tanıdan bağımsız bir şekilde kullanılan ilaçlar değerlendirildiğinde en yaygın kullanılan antipsikotik ketiapin, duygudurum düzenleyicisi valproik asit, benzodiazepin ise lorezapam olarak bulunmuştur.

Tablo 4.11. Döner Kapı olan ve olmayan hastaların tanı gruplarına ve yatarak reçetelerindeki ilaç etken madde gruplarına göre karşılaştırılması

	Döner Kapı n %	Döner Kapı Olmayan n %	İstatistik
Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar	54	928	
Tipik antipsikotik	43 %79,6	428 %49	$X^2=19.127$ $p<0,001$
Atipik antipsikotik*	54 %100	852 %97,5	$X^2=1.292$ $p=0,633$
Klozapin	29 %53,7	167 %19,1	$X^2=36,583$ $p<0,001$
Depo antipsikotik	43 %79,6	382 %43,7	$X^2=26.438$ $p<0,001$
Duygudurum düzenleyici	26 %48,1	175 %20	$X^2=23.709$ $p<0,001$
Antidepresan	26 %48,1	179 %20,5	$X^2=22.621$ $p<0,001$
Benzodiazepin	35 %64,8	356 %40,7	$X^2=12.098$ $p=0,001$
İkiüçlü duygudurum bozuklukları	19	425	
Tipik antipsikotik	14 %73,7	199 %46,8	$X^2=5.257$ $p=0,032$
Atipik antipsikotik	18 %94,7	403 %94,8	-
Klozapin*	2 %10,5	4 %0,9	$X^2=12.354$ $p=0,024$
Depo antipsikotik*	9 %47,4	51 %12	$X^2=19.466$ $p<0,001$
Duygudurum düzenleyici*	18 %94,7	317 %74,6	$X^2=3.986$ $p=0,054$
Antidepresan*	3 %15,8	56 %13,2	$X^2=0,108$ $p=0,728$
Benzodiazepin	15 %78,9	189 %44,5	$X^2=8.704$ $p=0,004$
Diğer psikiyatrik bozukluklar	17	584	
Tipik antipsikotik*	7 %41,2	85 %14,6	$X^2=9.030$ $p=0,008$
Atipik antipsikotik*	17 %100	467 %80	$X^2=4.299$ $p=0,055$
Klozapin	-	6 %1	-
Depo antipsikotik	3 %17,6	15 %2,5	$X^2=16.503$ $p=0,007$
Duygudurum düzenleyici	7 %41,2	73 %12,5	$X^2=11.722$ $p=0,004$
Antidepresan	14 %82,4	402 %68,8	$X^2=1.417$ $p=0,295$
Benzodiazepin	9 %52,9	182 %31,2	$X^2=3.613$ $p=0,067$

*Fisher kesin testi kullanılmıştır

4.7. Hastaların Yataklı Tedavi Sırasında Kullandıkları Antipsikotik İlaçların Dozlarının Karşılaştırılması

Şizofreni ve diğer psikotik bozukluk tanılı döner kapı hastalarının yataklı tedavi sırasında bir günde kullandıkları antipsikotik ilaçların eşdeğer dozlarının toplam değerinin ortancası 600,50 (450,00-725,00) mg/gün'e karşın 450,00 (300,00-638,00) mg/gün ile döner kapı olmayan gruptan daha yüksekti (U=16.417 p=0,001) (Tablo 4.9.). Bir günde kullanılan en yüksek antipsikotik eşdeğer dozu da döner kapı hastalarında 1164,06 (938,11-1350,62) mg/gün'e karşın 675,01 (464,53-959,88) mg/gün ile daha yüksekti (U=9.771 p<0,001) (Tablo 4.12.).

Tablo 4.12. Döner Kapı olan ve olmayan hastaların tanı gruplarına ve yatan reçetelerindeki antipsikotik ilaçların klorpromazin eşdeğer dozlarının (ortanca ve maksimum değerlerinin) göre karşılaştırılması

	Döner Kapı Ortanca %25-%75	Döner Kapı Olmayan Ortanca %25-%75	İstatistik
Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar			
Antipsikotik eşdeğer dozu (ortanca)	600,50 (450,00-725,00)	450,00 (300,00-638,00)	U=16.417 p=0,001
Maksimum antipsikotik eşdeğer dozu	1164,06 (938,11-1350,62)	675,01 (464,53-959,88)	U=9771 p<0,001
İkiüçlü duygudurum bozuklukları			
Antipsikotik eşdeğer dozu (ortanca)	601,0 (525,00-690,00)	397,00 (225,00-601,00)	U=2015 p=0,004
Maksimum antipsikotik eşdeğer dozu	975,02 (875,30-1259,30)	584,29 (300,30-869,06)	U=1344 p<0,001
Diğer psikiyatrik bozukluklar			
Antipsikotik eşdeğer dozu (ortanca)	210,0 (113,00-255,00)	150,00 (75,00-300,00)	U=3219 p=0,215
Maksimum antipsikotik eşdeğer dozu	319,05 (296,76-675,31)	224,77 (75,08-367,29)	U=2100 p=0,001

Diğer psikiyatrik bozukluk grubundan olup döner kapı olma ölçütlerini karşılayan hastalarda da kullanılan maksimum eşdeğer antipsikotik miktarının daha fazla olduğu bulundu (U=2.100 p=0,001) (Tablo 4.12.).

4.8. Hastaların Alkol veya Madde Kullanımının Karşılaştırılması

Hastalarımızdan döner kapı grubunda olup idrarda alkol madde testi bakılan hasta sayısı 68 olup bu hastaların 9'unda (%13,2) alkol veya madde testinin pozitif olduğu, döner kapı olmayan gruptaki 1053 hastadan ise 126'sının (%12) alkol veya madde testinin pozitif olduğu bulundu. Alkol veya madde kullanımı ile döner kapı olma arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulundu ($\chi^2=0,097$ $p=0,702$).

4.9. Hastaların EKT, Depo Antipsikotik ve Klorzapin Tedavisi, TRSM Başvurusu Öncesi ve Sonrası Yılda Ortalama Yatış Sayılarının Karşılaştırılması

Hastalardan 89'una (%3) EKT yapıldığı tespit edildi, bu hastaların EKT sonrası yılda yatış sayılarının daha düşük olduğu bulundu ($Z=-7.622$ $p<0,001$) (Tablo 4.13.). Hastalardan 337'sinin (%11) klorzapin kullandığı, 945'inin (%33) depo antipsikotik kullandığı bulundu, klorzapin (-13.954 $p<0,001$) ve depo antipsikotik ($Z=19.911$ $p<0,001$) kullanımı sonrası yatış sayısının daha düşük olduğu bulundu (Tablo 4.13.).

Tablo 4.13. Hastaların TRSM başvurusu, EKT, depo antipsikotik ve klorzapin tedavisi öncesi ve sonrası yılda ortalama yatış sayılarının karşılaştırılması

	n	Öncesi Yatış/Yıl Ortanca %25-%75	Sonrası Yatış/Yıl Ortanca %25-%75	İstatistik
TRSM	534	0,17 0,00-0,46	0,00 0,00-0,25	$Z=-4.813$ $p<0,001$
EKT	89	1,00 0,40-1,00	0,00 0,00-0,25	$Z=-7.622$ $p<0,001$
Klorzapin	337	0,60 0,33-1,00	0,00 0,00-0,20	$Z=-13.954$ $p<0,001$
Depo Antipsikotik	945	0,50 0,25-1,00	0,00 0,00-0,29	$Z=-19.911$ $p<0,001$

Hastaları döner kapı olanlar ve olmayanlar olarak iki gruba ayırıp yılda yatış sayılarını karşılaştırdığımızdaysa döner kapı hastalarında EKT ($Z=-2.472$ $p=0,013$), klorzapin ($Z=-4.577$ $p<0,001$) ve depo antipsikotik ($Z=-3.922$ $p<0,001$) kullanımı sonrası yılda yatış sayısının daha düşük olduğu bulundu (Tablo 4.14.).

Döner kapı hastası olmayan gruptaysa TRSM başvurusu ($Z=-5.029$ $p<0,001$), EKT ($Z=-7.307$ $p<0,001$), klorzapin ($Z=-13.262$ $p<0,001$) ve depo antipsikotik ($Z=-19.736$

$p<0,001$) kullanımı sonrası yılda yatış sayısının daha düşük olduğu bulundu (Tablo 4.15.).

Tablo 4.14. Döner kapı hastalarının TRSM başvurusu, EKT, depo antipsikotik ve klorapin tedavisi öncesi ve sonrası yılda ortalama yatış sayılarının karşılaştırılması

	n	Öncesi Yatış/Yıl Ortanca %25-%75	Sonrası Yatış/Yıl Ortanca %25-%75	İstatistik
TRSM	46	0,46 0,22-0,82	0,50 0,00-0,79	$Z=-0,536$ $p=0,592$
EKT	13	1,00 0,77-2,00	0,20 0,00-0,83	$Z=-2,472$ $p=0,013$
Klorapin	41	1,00 0,84-1,58	0,33 0,00-0,67	$Z=-4,577$ $p<0,001$
Depo Antipsikotik	73	1,00 0,70-1,50	0,60 0,17-1,00	$Z=-3,922$ $p<0,001$

Tablo 4.15. Döner kapı olmayan hastaların TRSM başvurusu, EKT, depo antipsikotik ve klorapin tedavisi öncesi ve sonrası yılda ortalama yatış sayılarının karşılaştırılması

	n	Öncesi Yatış/Yıl Ortanca %25-%75	Sonrası Yatış/Yıl Ortanca %25-%75	İstatistik
TRSM	488	0,14 0,00-0,37	0,00 0,00-0,22	$Z=-5,029$ $p<0,001$
EKT	76	1,00 0,39-1,00	0,00 0,00-0,09	$Z=-7,307$ $p<0,001$
Klorapin	296	0,50 0,29-1,00	0,00 0,00-0,14	$Z=-13,262$ $p<0,001$
Depo Antipsikotik	872	0,60 0,16-1,00	0,00 0,00-0,20	$Z=-19,736$ $p<0,001$

4.10. Döner Kapı Olan ve Olmayan Hastalarla İlgili Değişkenlerin Lojistik Regresyon Analizi

Anlamlı bulunan değişkenler dahil edilerek lojistik regresyon modeli oluşturuldu. Epikrizlerdeki eksik veriler sebebiyle sosyodemografik değişkenlerden medeni durum, eğitim durumu ve iş durumu modele dahil edilmedi. İlgili model tüm hastalar için uygulandı, ayrıca hastalıklara göre gruplandırılarak tekrar uygulandı.

Tüm hastalar dahil edilerek yapılan analizde, yatış süresindeki azalmanın ($p<0,001$ $B=-0,93$ $OR=0,911$) maksimum yatış süresinde ise artmanın ($p<0,001$ $B=0,71$ $OR=1077$) tekrarlayan yatışla ilişkili olduğu tespit edildi. Tedavide depo antipsikotik kullanımı tekrarlayan yatış riskini artırıyordu ($p=0,014$ $B=0,711$ $OR=2,035$). Hastaların ayaktan tedavi hizmetlerine başvurularında artma, TRSM

başvurularının olması ve taburcu olduktan sonraki 1 aylık sürede polikliniğe başvuru sayıları da tekrarlayan yatış riskini artırıyordu (Tablo 4.16.).

Tablo 4.16. Döner kapı olan ve olmayan hastalarla ilgili değişkenlerin lojistik regresyon analizi^a

	B	S.H	p	OR	95% GA OR	
					Düşük	Yüksek
Cinsiyet	,277	,239	,246	1,320	,826	2,110
Yatış Süresi*	-,093	,013	<0,001	,911	,888	,934
Maksimum Yatış Süresi	,074	,008	<0,001	1,077	1,060	1,094
Tedavi						
EKT	-,142	,527	,787	,867	,309	2,438
Depo antipsikotik	,711	,289	,014	2,035	1,156	3,584
Klozapin	,426	,304	,161	1,532	,844	2,780
TRSM başvurusu	,546	,273	,045	1,726	1,011	2,946
Poliklinik başvuru sayısı (yılda)	,156	,035	<0,001	1,169	1,092	1,251
Taburcu sonrası 1 ay içinde başvuru	-,409	,188	,029	,664	,460	,959
Taburcu sonrası 6 ay içinde başvuru	-,055	,053	,298	,946	,852	1,050
İlk yatış yaşı	-,013	,009	,175	,987	,969	1,006

a -2 LL=652.931 Nagelkare R²=0,301

*Birden fazla yatışı olan hastalar için ortanca değer dikkate alınmıştır.

Hastalıklara göre gruplandırılarak aynı model tekrarlandığında şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar grubunda diğer bulguların yanında klozapin kullanımının (p<0,004, B=0,981 OR=2,666) ve çalışma tarihleri arasındaki ilk yatış yaşının artmasının da tekrarlayan yatış riskini artırdığı tespit edilmiştir (p=0,028 B=1,050 OR=0,981) (Tablo 4.17.).

Tablo 4.17. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluk hastalarından döner kapı olan ve olmayan hastalarla ilgili değişkenlerin lojistik regresyon analizi^a

	B	S.H	p	OR	95% GA OR	
					Düşük	Yüksek
Cinsiyet	,124	,323	,702	1,132	,600	2,133
Yatış Süresi*	-,067	,014	,000	,936	,911	,961
Maksimum Yatış Süresi	,050	,009	,000	1,051	1,034	1,069
Tedavi						
EKT	,071	,581	,903	1,074	,344	3,351
Depo antipsikotik	1,050	,476	,028	2,858	1,123	7,272
Klozapin	,981	,338	,004	2,666	1,374	5,174
TRSM başvurusu	,071	,581	,903	1,534	,344	3,351
Poliklinik başvuru sayısı (yılda)	1,050	,476	,028	1,153	1,123	7,272
Taburcu sonrası 1 ay içinde başvuru	,981	,338	,004	,596	1,374	5,174
Taburcu sonrası 6 ay içinde başvuru	,071	,581	,903	,921	,344	3,351
İlk yatış yaşı	1,050	,476	,028	,981	1,123	7,272

a -2 LL=360.431 Nagelkare R²=0,316

*Birden fazla yatışı olan hastalar için ortanca değer dikkate alınmıştır.

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Psikiyatrik bozuklukların tedavisinde güncel olarak kullanılan farklı birçok ilaç, psikososyal tedaviler ve diğer tedavi seçeneklerine karşın hastaların bir kısmının yatarak tedaviyi gerektiren durumları ve tekrarlayan yatışları halen önemli bir sorun olarak karşımızdadır. Sık tekrar yatan, döner kapı hastaları olarak tanımladığımız hastalarla diğer hastaları karşılaştırmayı amaçladığımız araştırmamızın bulguları döner kapı hastaları ile diğer hastalara ait bazı sosyodemografik ve klinik özellikler ve tedavi kullanımları arasındaki farkları ortaya koydu.

Psikiyatrik hastaların tekrarlayan yatışlarının nedenini anlamaya yönelik farklı ülkelerde değişik yöntemler kullanılarak araştırmalar yapılmıştır. Bunları tekrarlayan yatış hastalarının sosyodemografik ve klinik özelliklerine göre sınıflandıran ve anlatan tanımlayıcı çalışmalar (Botha ve ark., 2010; de Moura EC, 2017; Fonseca Barbosa ve Gama Marques, 2023; Gobbicchi ve ark., 2021), akut psikiyatri servislerinde yapılan çalışmalar (Rosaria Di Lorenzo ve ark., 2016) ve hastalık bazlı çalışmalar (Gastal ve ark., 2000; Menculini ve ark., 2020) şeklinde gruplandırabiliriz. Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise psikotik bulguların tekrarlayan yatışlarla ilişkisi (Chasan ve ark., 2020), açık serviste yatan hastaların tekrarlayan yatışları (Geniş ve ark., 2022) ve kapalı servisteki şizofreni hastalarının (Gültekin ve ark., 2013) tekrarlayan yatışları araştırılmıştır. Görebildiğimiz kadarıyla kapalı psikiyatri servisinde yatan ve farklı tanılara sahip tüm hastaları kapsayan araştırmamız bu yönleriyle ülkemizde ilktir.

Tekrarlayan yatışla ilgili en çok kullanılan kavramlardan biri döner kapı fenomenidir. İlk kez 1974 yılında Talbott (Talbott, 1974) tarafından kullanılan ve günümüzde de kullanılmaya devam edilen bu kavramın tekrar yatan hangi hastaları kapsayacağı konusunda fikir birliğine varılamamıştır. Yakın dönemde yapılan araştırmalarda döner kapı tanımı için 12 ay içinde 3 veya daha fazla yatış olması kriterinin tercih edildiği görülmektedir (Gobbicchi ve ark., 2021).

Tekrarlayan yatışın sık incelenen konu olmasının sebeplerinden biri bu durumun hasta bakımının kalitesini gösterdiği düşüncesidir (Shameer ve ark., 2018). Örneğin Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Kalite Güvence Komitesi akıl sağlığı hizmetlerinin verimli kullanımı için yeniden kabul oranlarının bir kalite göstergesi olarak kullanılmasını önerilmiştir (Byrne ve ark., 2010). Bu düşünce psikiyatrik durumunun tedavi edilmesi ve toplum tedavisinin tam olarak planlanması ve uygulanması halinde hastaneye tekrar dönüşün gerçekleşmeyeceğini varsaymaktadır. Ancak bunun doğru olmadığını, hastaneye tekrar yatışın hastane veya sağlık hizmetleriyle ilişkili olmadığını savunan görüşler de vardır (Lyons ve ark., 1997). Aksi yöndeki bu görüşe göre hastanın tekrar hastaneye yatması hastane hizmet sunumundan ziyade hastanın taburculuk sonrasındaki tedavisine devam etmesi ve toplumsal destek ile ilişkilidir.

Tekrarlayan yatışlarla ilgili farklı oranlar bildirilmiştir. Çalışmamızda %3,6 olarak bulunan orana yakın olan %5,1 (Gobbicchi ve ark., 2021) ve %8,6 (da Rocha ve ark., 2023) oranları olduğu gibi %51 (E. Langdon, 2001) ve %40,5 (Morlino ve ark., 2011) değerleriyle çok daha yüksek oranlar da bulunmuştur. Bu farklılıklar muhtemelen döner kapı tanımında farklı ölçütlerin kullanılmasına, gözlem sürelerine, örneklemelerin özelliklerine ve ruh sağlığı hizmet sunumundaki farklılıklara bağlıdır.

Çalışmamız tüm hastalar dikkate alınarak incelendiğinde kadın ve erkek hastalara ait tekrarlayan yatış oranlarında anlamlı fark bulunmamıştır. Literatürdeki bazı çalışmalarda (Botha ve ark., 2010; E. Langdon, 2001; Gobbicchi ve ark., 2021; Morlino ve ark., 2011; Turan ve ark., 2022) cinsiyetler arasında fark olmadığı bulunurken bazı çalışmalarda erkek cinsiyette olmanın tekrarlayan yatış açısından riskli olduğu bulunmuştur (Chasan ve ark., 2020; de Moura EC, 2017; Kastrup, 1987). Şizofreni ve diğer psikotik hastalıkların seyrinde erkek cinsiyette olmanın kötü seyir göstergesi olduğu kabul edilir (Karakuş ve ark., 2017). Bu sebeple erkek cinsiyette olanların hastanede tekrarlayan yatışlarının da daha fazla olması beklenebilir ancak çalışmamızda ve literatürdeki çalışmaların çoğunda bu yönde bulgu elde edilmemiştir. Bu da hastaların sık tekrar yatışlarının hastalık seyrinin dışında başka etkenlerle ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.

Sadece bipolar hastalar değerlendirildiğinde ise kadın olanların tekrarlayan yatış riskinin daha fazla olduğu bulunmuştur. Ülkemizin ve şehrimizin sosyokültürel özellikleri kadın hastaların duygudurum alevlenmeleri döneminde toplumsal bakımlarını zorlaştırıyor ve bu sebeple hastaneye sık başvurmalarına sebep oluyordur olabilir.

Hastaların eğitim düzeyinin sık tekrarlı yatış üzerine etkisiyle ilgili çalışmalar incelendiğinde Japonya ve İtalya'daki çalışmalarda ortaokul üstünde bir eğitim düzeyinde olmanın tekrarlayan yatıştan koruyucu olduğu tespit edilirken, Brezilya'da gerçekleştirilen çalışmada eğitim düzeyi ile tekrarlayan yatış arasında anlamlı fark tespit edilmemiştir (Morlino ve ark., 2011; Silva ve ark., 2009; Suzuki ve ark., 2003). Her iki grupta da ilköğretim ve ortaokul mezunu olanların daha yoğun olduğu bizim çalışmamızda da gruplar arasında eğitim durumu ile tekrarlayan yatış arasında anlamlı bir fark bulunmadı. Eğitim düzeyinde fark bulunmaması ülkemizdeki ortaokula kadar okula devam etme zorunlu ile ilişkili olabileceği gibi hastalarımızdan döner kapı olmayanların yüksek eğitime devam edememiş olmasıyla da ilişkili olabilir. Eğitimin henüz devam ettiği erken yaşlarda ortaya çıkan ağır psikiyatrik hastalıklar kişilerin eğitimlerine devam etmesine engel olmaktadır.

Hastaların yaşı ile döner kapı arasında ilişki de tartışılan konulardan birisidir. Psikiyatrik hastalıkların değişik düzeyde mental yıkımla seyredebildiği düşünüldüğünde hastalık başlangıç yaşının erken olması genelde daha agresif bir hastalık seyri gösterir. Literatürdeki çoğu çalışmada hastalık başlangıç yaşının erken olmasının tekrarlayan yatışı artırdığı tespit edilmiştir (Kastrup, 1987; Morlino ve ark., 2011). Bizim çalışmamız retrospektif ve dosyalar üzerinden yürütülen bir çalışma olduğu için hastaların hastalık başlangıç yaşını tespit edemedik. Ancak hastaların yatışları sırasındaki yaşları karşılaştırıldığında döner kapı grubunun daha genç olduğunu tespit ettik ki bu erken başlama yaşıyla tekrarlayan yatış arasında ilişki bulan çalışmaların bulgularını desteklemektedir (de Moura EC, 2017; Gobbicchi ve ark., 2021)

Çalışmamız da Langdon'un (E. Langdon, 2001) çalışmasında olduğu gibi hastaların büyük çoğunluğunun çalışmadığı örnekleme sahipti ve çalışma durumuna göre tekrarlayan yatış sayısında anlamlı fark bulunmamaktaydı. Buna karşın literatürde döner kapı hastaların daha yüksek oranda işsiz olduğunu gösteren çalışmalar çoğunluktadır (Rosaria Di Lorenzo ve ark., 2016; Morlino ve ark., 2011; Silva ve ark., 2009). "Çalışmak iyileştirir" söylemiyle öne çıkarılan çalışmanın şizofreni hastalarında iyileştirici bir yanı olduğu düşüncesi genel olarak benimsenir (Harding ve ark., 1987). Şizofreni hastalarının taburculuk sonrası bir yıl takip edildiği bir çalışmada bir işte çalışan hastaların remisyon sürelerinin daha uzun olduğu ve kendilerini hastaneden dışarda tutmayı daha iyi başardıkları tespit edilmiştir (Schennach ve ark., 2012). Bu nedenle korunaklı çalışma yöntemleri ve destekli istihdam modelleri tavsiye edilmektedir (Schennach ve ark., 2012). Ülkemizde psikiyatri hastaları için hassas korunaklı iş yerleri bulunmadığı için psikiyatri hastaları iş bulmakta daha çok zorlanmaktadır (Kayıhan, 2018; Koparal ve ark., 2021). Bu sebeple diğer çalışmalardan farklı olarak çalışmamızda iki grupta da çalışmama oranı yüksek bulunmuş ve aralarında anlamlı fark oluşmamış olabilir.

Bekar olmanın tekrarlayan yatış için bir risk faktörü olduğunu gösteren çalışmalar vardır (Gobbicchi ve ark., 2021; Morlino ve ark., 2011; Silva ve ark., 2009). Bizim çalışmamız da bu açıdan literatürle uyumlu sonuç vermiştir. Bekar olanlarda ağır psikiyatrik hastalıkların seyrinin olumsuz yönde etkilendiği bilinmektedir (Ambler ve ark., 2021; Li ve ark., 2015). Ayrıca psikiyatri hastalarının sosyal desteklerinin daha az olduğu ve sosyal becerilerinin de azaldığı düşünüldüğünde bu beklenen bir sonuç olarak yorumlanabilir.

Hastalık tanılarının tekrarlayan yatışlara etkisi olup olmadığı sıklıkla incelenen ve tartışılan bir konudur. Şizofreni hastalığının kronik seyirli olması ve çoğunlukla remisyon dönemlerinde bile tam bir düzelme göstermemesi sebebiyle diğer hastalıklardan daha sık tekrarlayan yatışlara sebep olması beklenebilir. Gastal ve arkadaşlarının çalışmasında şizofreni, affektif bozukluk ve diğer psikotik bozukluklardan daha sık tekrarlayan yatışlara yol açtığı (Gastal ve ark., 2000), Korkeila ve arkadaşlarının çalışmasında şizofreniye ek olarak kişilik bozukluğu tanısı olanların da diğer hastalardan daha çok tekrarlayan yatışı olduğu tespit

edilmiştir (Korkeila ve ark., 1998). Çalışmamızda da şizofreni ve diğer psikotik bozukluk hastalarının diğer hastalardan, şizofreni hastalarını hariç tutulduğunda iki uçlu duygudurum bozukluğu tanısına sahip hastaların diğer hastalarından daha fazla tekrarlayan yatışlarının olduğunu tespit ettik.

Hastalık şiddetinin de tekrarlayan yatış riskini artırdığını gösteren çalışmalar vardır (Botha ve ark., 2010; Gültekin ve ark., 2013; Suzuki ve ark., 2003). Çalışmamız geriye dönük bir çalışma olması ve hastanemiz bilgi sistemlerinde hastalık şiddetine dair bir veri olmaması sebebiyle hastalık şiddeti ile tekrarlayan yatış arasında bir ilişki incelenememiştir.

Yatışa neden olan psikiyatrik tanıya ek olarak komorbid tanıların tekrarlayan yatışlarla ilişkisi de araştırılmıştır. Çalışmamızın tasarımında sadece ana tanıları dahil edildiği için kişilik bozuklukları ve diğer komorbid tanıların tekrarlayan yatışa etkisi araştırılamamıştır. Sadece hastalarımızın hastanede verdikleri idrarda madde tarama testlerinin sonuçları incelenmiş ve hastaların madde kullanımının tekrarlayan yatışlara etkisi araştırılmıştır. Literatürde ana psikiyatrik tanının yanında alkol ve/veya madde kullanım bozukluğu olanların tekrarlayan yatış riskinin daha fazla olduğu vurgulanmıştır (Botha ve ark., 2010; de Moura EC, 2017; Rosaria Di Lorenzo ve ark., 2016; Gobbicchi ve ark., 2021; Weiden ve Glazer, 1997). Bazı çalışmalarda ise eşlik eden madde kullanımının risk üzerinde anlamlı bir etki yapmadığı tespit edilmiştir (Roick ve ark., 2004). Bizim çalışmamızda da alkol veya madde kullanımının tekrarlayan yatışlar açısından risk oluşturmadığı tespit edilmiştir. Çalışmamızda alkol ve madde kullanımı tanısının konulmasında idrar numunesi pozitifliği şartı olduğu için var olandan daha az kişiye tanı konulmuş olabilir. Ayrıca çalışma yıllarımız arasında ülkemizde yaygın kullanılan uyuşturucu maddelerden bir kısmının sentetik kannabinoid türevleri (Hamza ve Banazılı, 2020) olması ve bu maddenin idrarda yalancı negatif sonuç verebilmesi nedeniyle (Küme ve ark., 2017) madde kullanan hastaların bir kısmını tespit edememiş olabiliriz.

Hastaların hastanede geçirdikleri sürenin de tekrarlayan yatışlara etkisi olabilir. Bizim çalışmamızda döner kapı grubunun hem en uzun yatış süresinin hem de ortanca yatış süresinin döner kapı olmayan hastalardan fazla olduğu tespit edilirken,

regresyon analizinde maksimum yatış süresinde artmanın ortanca yatış süresinde ise azalmanın tekrarlayan yatış riskini artırdığı tespit edildi. Bu literatürdeki bulgularla kısmen uyumludur (Figueroa ve ark., 2004; Zhou ve ark., 2014). Bu konuda yapılan bir derleme çalışmasında 11 çalışmadan sadece birinde yatış süresi ile tekrarlayan yatış arasında ilişki olduğu tespit edilmiştir (Durbin ve ark., 2007). Hastanın planlanan ve istenenden erken taburcu edilmesinin ise tekrarlayan yatışı artıracakı vurgulanmıştır (Durbin ve ark., 2007). Botha ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kriz deşarjı tabiri kullanılmış ve daha acil durumdaki hastayı yatırabilmek için servisteki kısmi iyilik hali olan hastayı taburcu etmenin tekrarlayan yatışı artırdığı bulunmuştur (Botha ve ark., 2010). Hastaların tam iyileşmeden kriz deşarjı, hastaneden kaçma, tedaviyi reddetme gibi sebeplerle taburcu olduğu durumların da tekrarlayan yatış riskini artırdığı vurgulanan bir bulgudur (B. Lay ve ark., 2006; Niehaus ve ark., 2008). Hastanemiz verilerinden kriz deşarjı verisi elde edilemediği için çalışmamızda bu kısım değerlendirilememiştir. Bizim çalışmamıza göre daha uzun süre tedavi gerektiren hastaların tekrarlayan yatış risklerinin daha fazla olduğu söylenebilir.

Hastaların daha önceki hastaneye yatış sayılarının tekrarlayan yatışlara etkisi de literatürde sıklıkla incelenen bir konudur ve önceki yatış sayısının fazlalığıyla tekrarlayan yatış sayısı arasında ilişki bulunmuştur (Haywood ve ark., 1995; Lorine ve ark., 2015; Silva ve ark., 2009; Song ve ark., 1998; Thompson ve ark., 2003; Zhang ve ark., 2011). Çalışmamız retrospektif olduğu ve hastaların önceki yatışları dahil edilmediği için bu konuda bir inceleme yapılamamıştır. Ancak hastalara tedavi planlaması yapılırken bu bilgi de göz önünde bulundurulmalı ve daha önceden yatışı olan hastaların daha yüksek ihtimalle döner kapı hastası olabileceği dikkate alınmalıdır.

Birinci kuşak antipsikotiklerle ikinci kuşak antipsikotikleri karşılaştıran bir çalışmada iki yıllık takibin sonunda risperidon veya olanzapin kullanan hastaların birinci kuşak antipsikotik kullanan hastalara göre daha az hastaneye yattığı tespit edilmiş iken (Rabinowitz ve ark., 2001), başka bir çalışmada birinci kuşak antipsikotiklerle takip edilen hastaların risperidon veya olanzapinle takip edilenlerden daha az tekrarlayan yatış riskinin olduğu tespit edilmiştir (N. C. Patel

ve ark., 2002). Başka bir çalışmada ise birinci kuşak antipsikotik kullanımı ile ikinci kuşak arasında tekrarlı yatış açısından anlamlı bir fark bulunmazken, klorzapin ile taburcu edilen hastalarla depo ilaç ile taburcu edilen hastalar karşılaştırıldığında klorzapin ile taburculuğun tekrarlayan yatış riskini azalttığı tespit edilmiştir (Valevski ve ark., 2012). Bir çalışmada ise klorzapinin başlanma zamanının da tekrarlayan yatışla ilişkili olabileceği, tedaviye dirençli hastalarda hastalık başlangıcından kısa süre sonra başlanan klorzapinin tekrarlayan yatış riskini azaltacağı vurgulanmıştır (Hatano ve ark., 2023). Bizim çalışmamızda birinci grup ile ikinci grup antipsikotiklerin birbiriyle karşılaştırılması yapılmamış olup klorzapinin tekrarlayan yatışı olan hastalarda daha çok tercih edildiği, ancak literatürle uyumlu bir şekilde klorzapin başlandıktan sonra hastaların yatış/yıl oranlarında düşüş olduğu bulunmuştur.

Çalışmamızda Botha ve arkadaşlarının (Botha ve ark., 2010) çalışmasında olduğu gibi şizofreni ve diğer psikotik bozukluk hastalarından tekrarlayan yatışı olanlara duygudurum düzenleyicisi reçetelenmesi daha fazlaydı. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluk hastalarından şizoaffektif bozukluk hastalarına ve bazen affektif bozukluğu olmasa da tedavide psikotik bozukluk tedavisini güçlendirme amaçlı diğer hastalara da duygudurum düzenleyiciler reçete edilmektedir. Döner kapı hastalarına daha fazla duygudurum düzenleyicisi reçete edilmiş olması bu hastalarda tedavi düzenlemesinin ve iyilik hali elde etmenin daha zor olduğunu düşündürülebilir.

Uzun etkili depo antipsikotiklerin keşfedilmesinin ardından özellikle tedaviye uyumsuz hastaların ilaç uyumunun daha yüksek olacağı ve daha efektif bir tedavi sağlanacağı düşünülmüştür. Depo ilaç kullanımının hastaya sağladığı kullanma ve kararlı doza ulaşma kolaylığı nedeniyle ilaç uyumu iyi olan hastalarda da tercih edilmesi gerektiğini dile getirenler vardır. Tekrarlayan yatışla depo etkili ilaçlar arasındaki ilişki ise karmaşıktır. Döner kapı hastalarına daha sık reçetelendiği yönünde çalışma (Gobbicchi ve ark., 2021) olduğu gibi az yatan hastalara daha sık reçetelendiği tespit edilen çalışma da (Botha ve ark., 2010) vardır. Bizim çalışmamızda döner kapı hastalarına oransal olarak daha fazla depo ilaç reçetelendiği tespit edilmiş, aynı zamanda hastaların depo ilaç reçetelendikten sonraki sürede yıl/yatış oranlarının öncekine göre düşük olduğu bulunmuştur. Bu

bulgumuza göre literatürle uyumlu bir şekilde depo ilaç kullanan hastaların daha az tekrarlayan yatışlarının olduğu söylenebilir (N. C. Patel ve ark., 2002; Schooler, 2003).

Hastaların serviste yatarken kullandıkları ilaçlar incelendiğinde döner kapı hastalarında tipik antipsikotik kullanımının daha yaygın olduğu görülmektedir. Psikoz hastalarında genel olarak atipik antipsikotikler tercih edilmesine karşın döner kapı hastalarında ek olarak tipik antipsikotiklerin kullanılmasına ihtiyaç duyulduğu anlaşılmaktadır. Servisimizde en yaygın kullanılan tipik antipsikotiğin haloperidol olduğu düşünüldüğünde tekrarlayan yatışı olan hastaların serviste daha agresif olduğu ve kimyasal stabilizasyon amacıyla daha yüksek oranda tipik antipsikotik kullanıma ihtiyacı duyulduğu düşünülebilir. Yine aynı şekilde benzodiazepin kullanımı da döner kapı hastalarında daha fazladır ve özellikle erken dönemde sedasyon sağlamak için kullanıldığı şeklinde yorumlanabilir. Döner kapı olan veya olmayan hastalarda atipik antipsikotik kullanımı açısından fark çıkmamıştır. Öncelikle en sık kullanılan atipik antipsikotik olan ketiapin olmak üzere genel olarak atipik antipsikotikler tüm hastalarda yaygın bir şekilde, bazen ve özellikle erken dönemde, antipsikotik etkinlik dışında, sedasyon ve hipnotik etkilerinden faydalanmak için kullanılmaktadır.

Çalışmamızda EKT'nin de döner kapı hastalarında daha yaygın olarak kullanıldığı ve literatürle uyumlu bir şekilde tekrarlayan yatışları da azalttığı tespit edilmiştir (Shelef ve ark., 2015; Slade ve ark., 2017; Ying ve ark., 2021). 27.851 hastanın dahil edildiği depresif bozukluk hastalarıyla yapılan bir çalışmada (Stenmark ve ark., 2021) da EKT yapılan hastaların tekrarlayan yatış riskinin daha az olduğu tespit edilmiştir. EKT bazen tedaviye dirençli hastalarda bazen de hızlı yanıt istenen hastalarda kullanılan bir tedavidir. Daha çok ilaç tedavisine dirençli olan hastalarda seçilen bir tedavi olan EKT'nin tekrarlayan yatışı olan hastalarda daha çok uygulanması tekrarlayan yatışla hastalık şiddeti ve tedaviye direnç arasında bir ilişkiyi yansıtır olabilir.

Hastalarımızın sosyal desteklerinin kötü olmasını tekrarlayan yatış riskini artırmaktadır (E. Langdon, 2001; Frick ve ark., 2013; Kent ve Yellowlees, 1995;

Barbara Lay ve ark., 2006; Lorine ve ark., 2015; Munk-Jørgensen ve ark., 1991; Roick ve ark., 2004). Servise erken yeniden yatışı araştıran bir çalışmada en önemli belirteçlerden birinin sosyal yalnızlık hissi ve bir topluluğa ait olamama duygusu olduğu tespit edilmiştir (Zhao ve ark., 2020). Aile üyeleriyle beraber yaşamak, tedavi uyumunu artırarak tekrarlayan yatış riskini azaltabilir. Aile üyeleri, hastalara destek ve rehberlik sağlayarak onların sosyal uyumlarını ve yaşam kalitelerini iyileştirmeye yardımcı olabilirler. Çalışmamızda hastaların kimlerle yaşadıkları ve sosyal destekleri ile ilgili yeterli bilgiye kayıtlardan ulaşamamıştır.

Sosyal desteği olmadığı için kurumda kalmaya başlayan hastalara ait bilgilere kurumlar arası protokoller nedeniyle ulaşamadığı için kurumda yaşamının tekrarlı yatış üzerinde etkisi araştırılamadı. Kurumda yaşamının en azından tedavi uyumu üzerine olumlu etkisinin olacağı ve tekrarlı yatışı azaltacağı öngörülebilir.

Hastaların sosyal desteklerini ve ilaç uyumlarını artırmayı planlayan merkezlerden birisi olan TRSM'nin etkilerine bakıldığında döner kapı olmayan hastalarının TRSM başvurusu daha yüksek çıkmıştır. Ayrıca TRSM'ye başvuran hastaların takip eden süreçteki yatış sayısı/yıl oranlarının düşük olduğu bulunmuştur. Bu bulgular TRSM'ye başvurunun tekrarlayan yatış için koruyucu bir faktör olabileceğini göstermektedir. Literatürde TRSM'lerin tekrarlayan yatışları azalttığı yönünde çalışmalar olduğu gibi (Madianos ve Economou, 1999; Shaeffer ve ark., 1978; Silva ve ark., 2009; Wanchek ve ark., 2011), TRSM başvurusu olan hastaların daha sık tekrarlayan yatışları olduğunu bulan çalışmalar da (Volpe ve ark., 2018) vardır. Ülkemizde yapılan bir izlem çalışmasında hastaların TRSM'ye başvurduktan sonra tekrarlayan yatışlarının azaldığı tespit edilmiştir (Aydın ve ark., 2014). Toplum destekli tedaviye geçişte temel hedeflerden birisi hastaların ayaktan tedavilerini ve psikososyal desteklerini artırmaktır. Bu hedefin ülkemizdeki uygulama alanlarından birisi olan TRSM'lerin etkin kullanımı hastalarımızın tekrarlayan yatışlarını azalttığı bulundu. Döner kapı hastalarının TRSM başvuru sayısının daha düşük olması hastaların hastalık şiddetinin fazla olması ve sosyal işlevlerindeki azalma sebebi olabilir. TRSM başvurularının öncesi ve sonrasındaki yatış sayıları karşılaştırıldığında TRSM'nin tekrarlayan yatışları azalttığı göz önünde bulundurulmalıdır.

Hastalarımızın çoğu genelde tek ve kısa süreli bir yatışa ihtiyaç duyarken küçük bir kısmı döner kapı hastası olarak nitelendirilebilir ve mevcut yatışın üçte birini gerçekleştirmektedir. Bu hastalar genellikle daha yüksek miktarda antipsikotik kullanılan, depo antipsikotik ve klozapinin daha fazla reçetelendiği, hastanede geçirdiği süre daha fazla olan hastalardır.

Tedaviye dirençli hastalarda önerilen tüm tedavi algoritmaları kullanıldığı halde (antipsikotiğin miktarını artırmak, klozapin tedavisine geçmek, EKT uygulamak) bu hastaların tekrarlayan yatışlarının fazla olması gözden kaçırduğımız bir yer olduğunu düşündürmektedir. Sayıca az olmalarına rağmen sağlık sistemi üzerinde hem maddi hem de iş yükü ve zaman açısından daha fazla yük oluşturmaktadırlar. Bu sebeple bu hastaları erkenden tespit etmek ve onlara uygun tedavi planı hazırlamak veya hastaneye yatışlarına alternatif bir yöntem geliştirmek önemlidir.

Çalışmamız geriye dönük olması ve sistemdeki kayıtlar üzerinden hareket etmesi sebebiyle eksik veriler içermektedir. İleriye dönük çalışmalar planlanması, hastalık şiddetinin, hastaların taburculuklarındaki iyilik hallerinin, tedavi uyumların, aile desteklerinin, alkol veya madde kullanımlarının dahil edildiği bir çalışma planlanması ve tekrarlayan yatışlar üzerindeki etkilerinin incelenmesi bu konu hakkındaki bilgilerimizi daha da artıracaktır.

6. KAYNAKLAR

Alataş, G., Karaoğan, A., Arslan, M., & Yanık, M. (2009). Toplum Temelli Ruh Sağlığı Modeli ve Türkiye'de Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Projesi. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*, 46.

Alvano, S. A., & Zieher, L. M. (2020). An updated classification of antidepressants: A proposal to simplify treatment. *Personalized Medicine in Psychiatry*, 19-20, 100042. doi:<https://doi.org/10.1016/j.pmip.2019.04.002>

Ambler, G., Arundell, L. L., Brabyn, S., Buckman, J. E. J., Cohen, Z. D., Davies, M. R., . . . Wiles, N. (2021). Role of age, gender and marital status in prognosis for adults with depression: An individual patient data meta-analysis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 30, e42. doi:10.1017/S2045796021000342

Artvinli, F. (2011). Toptaşı Bimarhanesi (1873-1927): Delilik, siyaset ve toplum.

Aydın, E., TABO, A., KARAMUSTAFALIOĞLU, K. O., ALATAŞ, G., YİĞİT, S., AYDIN, E., & ERKUŞ, G. H. (2014). Döner kapı olgusu: Toplum temelli ruh sağlığı hizmet modeline geçişin psikiyatri servisine yatış üzerine etkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 15(3).

Baethge, C., Gruschka, P., Berghöfer, A., Bauer, M., Müller-Oerlinghausen, B., Bschor, T., & Smolka, M. N. (2004). Prophylaxis of schizoaffective disorder with lithium or carbamazepine: outcome after long-term follow-up. *Journal of affective disorders*, 79(1-3), 43-50.

Binbay, T., Ulaş, H., Elbi, H., & Alptekin, K. (2011). Türkiye’de psikoz epidemiyolojisi: Yaygınlık tahminleri ve başvuru oranları üzerine sistematik bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Derg*, 22(1), 40-52.

Botha, U. A., Koen, L., Joska, J. A., Parker, J. S., Horn, N., Hering, L. M., & Oosthuizen, P. P. (2010). The revolving door phenomenon in psychiatry: comparing low-frequency and high-frequency users of psychiatric inpatient services in a developing country. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(4), 461-468.

Braslow, J. T., & Marder, S. R. (2019). History of Psychopharmacology. *Annu Rev Clin Psychol*, 15, 25-50. doi:10.1146/annurev-clinpsy-050718-095514

Bravo, J., Buta, F. L., Talina, M., & Silva-dos-Santos, A. (2022). Avoiding revolving door and homelessness: The need to improve care transition interventions in psychiatry and mental health. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 1021926.

Byrne, S. L., Hooke, G. R., & Page, A. C. (2010). Readmission: A useful indicator of the quality of inpatient psychiatric care. *Journal of affective disorders*, 126(1), 206-213. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.02.135>

Cade, J. F. (1949). Lithium salts in the treatment of psychotic excitement. *Medical Journal of Australia*.

Chasan, M. T., Karakuş, G., Tamam, L., & Demirkol, M. E. (2020). Bir üniversite hastanesi psikiyatri kliniğinde psikotik semptomların tekrarlayan yatışlara etkisi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(1), 75-86.

Citrome, L. (2021). Long-acting injectable antipsychotics: what, when, and how. *CNS Spectrums*, 26(2), 118-129. doi:10.1017/S1092852921000249

Cramer, J. A., & Rosenheck, R. (1998). Compliance with medication regimens for mental and physical disorders. *Psychiatric Services*, 49(2), 196-201.

Çiçekoğlu, P., & Duran, S. (2018). Dünyada ve Türkiye’de toplum temelli koruyucu ruh sağlığı hizmetleri. *Ünsal Barlas G, editör. Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği. Ankara: Türkiye Klinikleri*.

da Rocha, H. A., Reis, I. A., & Cherchiglia, M. L. (2023). Early and Frequent Psychiatric Readmissions in a Brazilian Cohort of Hospitalized Patients Between 2001 and 2013. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 1-15.

Davis, J. M. (1975). Overview: maintenance therapy in psychiatry: I. Schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 132(12), 1237-1245. doi:10.1176/ajp.132.12.1237

de Moura EC, V. F., Bastos PAS, Martins LC, Fragoso YD. (2017). Revolving Door" In Psychiatric Units Seems To Remain a Common Phenomenon in the 21st Century. *Journal of Psychiatry Depression & Anxiety* 3: 008.

Di Lorenzo, R., Sagona, M., Landi, G., Martire, L., Piemonte, C., & Del Giovane, C. (2016). The revolving door phenomenon in an Italian acute psychiatric ward: a 5-year retrospective analysis of the potential risk factors. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(9), 686-692.

Di Lorenzo, R., Sagona, M., Landi, G., Martire, L., Piemonte, C., & Ferrari, S. (2015). The “revolving Door Phenomenon” in an Acute Psychiatric Ward: a 5-year Retrospective Analysis. *European Psychiatry*, 30, 1366. doi:https://doi.org/10.1016/S0924-9338(15)32032-0

Durbin, J., Lin, E., Layne, C., & Teed, M. (2007). Is readmission a valid indicator of the quality of inpatient psychiatric care? *The journal of behavioral health services & research*, 34, 137-150.

E. Langdon, L. Y., June Brown, Alex Hope, Peter. (2001). Who walks through the'revolving-door'of a British psychiatric hospital? *Journal of Mental Health*, 10(5), 525-533.

Eddington, S., Pal, R., Cheng, T., Zorumski, C. F., & Cristancho, P. (2023). Electroconvulsive Therapy. In *Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology*: Elsevier.

Ensari, H., Gültekin, B. K., Karaman, D., KOÇ, A., & BEŞKARDEŞ, A. F. (2013). Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi hizmetlerinin şizofreni hastalarındaki yaşam kalitesi, yeti yitimi, genel ve sosyal işlevsellik üzerine etkisi: Bir yıllık izleme sonuçları. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14(2).

Erkoç, Ş., Kardeş, F., & Artvinli, F. (2010). Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Kısa Tarihi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 25, 13-30.

Fernández Trujillo, A., López Ortiz, C., Cuñat Rodriguez, O., del Hoyo Buxo, B., Parrilla, F. J., Serrano-Blanco, A., & Berrade Zubiri, J. J. (2022). History of mental disorder in an ICU and referrals to psychiatry. *Medicina Intensiva (English Edition)*, 46(10), 559-567. doi:<https://doi.org/10.1016/j.medine.2022.05.005>

Figuerola, R., Harman, J., & Engberg, J. (2004). Use of claims data to examine the impact of length of inpatient psychiatric stay on readmission rate. *Psychiatric Services*, 55(5), 560-565.

Fonseca Barbosa, J., & Gama Marques, J. (2023). The revolving door phenomenon in severe psychiatric disorders: A systematic review. *Int J Soc Psychiatry*, 69(5), 1075-1089. doi:[10.1177/00207640221143282](https://doi.org/10.1177/00207640221143282)

Frick, U., Frick, H., Langguth, B., Landgrebe, M., Hübner-Liebermann, B., & Hajak, G. (2013). The revolving door phenomenon revisited: time to readmission in 17'415 Patients with 37'697 Hospitalisations at a German Psychiatric Hospital. *PloS one*, 8(10), e75612.

Gastal, F. L., Andreoli, S. B., Quintana, M. I. S., Gameiro, M. A., Leite, S. O., & McGrath, J. (2000). Predicting the revolving door phenomenon among patients with schizophrenic, affective disorders and non-organic psychoses. *Revista de saúde pública*, 34, 280-285.

Geniş, Ç., Aksu, M. H., & Coşar, B. (2022). Psikotik belirtili psikiyatrik hastalıklarda hastanede kalışı ve bir yıl içindeki tekrarlayan kabulü ön gören değişkenler: Retrospektif bir çalışma. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 25(4).

Ghaemi, S. N. (2001). On defining 'mood stabilizer'. *Bipolar Disorders*, 3(3), 154-158.

Gobbicchi, C., Verdolini, N., Menculini, G., Cirimbilli, F., Gallucci, D., Vieta, E., & Tortorella, A. (2021). Searching for factors associated with the "Revolving Door phenomenon" in the psychiatric inpatient unit: A 5-year retrospective cohort study. *Psychiatry Research*, 303, 114080. doi:<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114080>

Golay, P., Morandi, S., Conus, P., & Bonsack, C. (2019). Identifying patterns in psychiatric hospital stays with statistical methods: towards a typology of post-deinstitutionalization hospitalization trajectories. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 54(11), 1411-1417. doi:[10.1007/s00127-019-01717-7](https://doi.org/10.1007/s00127-019-01717-7)

Gözen, Ö. (2018). Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Koruyucu ve Önleyici Boyutun Değerlendirilmesi.

Grubic, V. N., Zalar, B., & Saje, M. (2009). P.3.a.003 The revolving door patients – are they different? *European Neuropsychopharmacology*, 19, S481-S482. doi:https://doi.org/10.1016/S0924-977X(09)70758-8

Grunze, H., Vieta, E., Goodwin, G. M., Bowden, C., Licht, R. W., Moeller, H.-J., . . . Vieta, E. (2009). The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of bipolar disorders: update 2009 on the treatment of acute mania. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 10(2), 85-116.

Gültekin, B. K., Güler, J., Kesebir, S., Gülücü, A., & Ergelen, M. (2013). Şizofreni Hastalarında Tekrarlayan Yatış Sıklığı ve Öngörücüleri. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 16(4).

Gürcan, G., Şenol, Ş. H., Yağcıoğlu, A. E. A., & Ertuğrul, A. (2023). Effect of clozapine on suicidality in patients with schizophrenia at a university hospital in Turkey. *Schizophrenia Research*. doi:https://doi.org/10.1016/j.schres.2023.08.029

Hamden, A., Newton, R., McCauley-Elsom, K., & Cross, W. (2011). Is deinstitutionalization working in our community? *International Journal of Mental Health Nursing*, 20(4), 274-283.

Hamza, A., & Banazılı, A. M. (2020). Türkiye’de Uyuşturucu Madde Bağımlılığıyla Mücadele: Narkotik Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı Raporları Üzerinden Bir İnceleme. *Medeniyet Araştırmaları Dergisi*, 5(1), 63-80.

Harding, C. M., Strauss, J. S., Hafez, H., & Lieberman, P. B. (1987). Work and mental illness: I. Toward an integration of the rehabilitation process. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 175(6), 317-326.

Hatano, M., Kamei, H., Takeuchi, I., Gomi, K., Sakakibara, T., Hotta, S., . . . Yamada, S. (2023). Long-term outcomes of delayed clozapine initiation in treatment-resistant schizophrenia: A multicenter retrospective cohort study.

Haywood, T. W., Kravitz, H. M., Grossman, L. S., Cavanaugh, J. L., Davis, J. M., & Lewis, D. A. (1995). Predicting the "revolving door" phenomenon among patients with schizophrenic, schizoaffective, and affective disorders. *The American journal of psychiatry*.

Herpertz, S., Hagenah, U., Vocks, S., von Wietersheim, J., Cuntz, U., & Zeeck, A. (2011). The diagnosis and treatment of eating disorders. *Deutsches Ärzteblatt International*, 108(40), 678.

Juven-Wetzler, A., Bar-Ziv, D., Cwikel-Hamzany, S., Abudy, A., Peri, N., & Zohar, J. (2012). A pilot study of the “Continuation of Care” model in “revolving-door”

patients. *European Psychiatry*, 27(4), 229-233.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2011.05.003>

Karakuş, G., Kocal, Y., & Damla, S. (2017). Şizofreni: Etyoloji, klinik özellikler ve tedavi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 26(2), 251-267.

Karataş, G. (2005). Psikiyatri kliniğinde bir yıllık dönem boyunca yatan hastalarda alkol ve madde kullanım bozukluğu sıklığı. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim dalı Uzmanlık tezi, Adana*.

Karataş, S., & Çalışkan, B. (2020). Toplum ruh sağlığı modelleri: dünyada ve Türkiye'deki mevcut durum. *Türkiye Klinikleri J Intern Med*, 5(1), 34-41.

Kastrup, M. (1987). Who became revolving door patients? Findings from a nation-wide cohort of first time admitted psychiatric patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 76(1), 80-88.

Kayıhan, H. (2018). Türkiye'de ve dünyada mesleki rehabilitasyon. *Türkiye Klinikleri J Psychol-Special Topics*, 3(1), 30-41.

Kent, S., & Yellowlees, P. (1995). The relationship between social factors and frequent use of psychiatric services. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 29(3), 403-408.

Kessler, R. C., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Wittchen, H. U. (2012). Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International journal of methods in psychiatric research*, 21(3), 169-184.

Koparal, B., Ünler, M., Çisem Utku, H., & Candansayar, S. (2021). Revolving door phenomenon and related factors in schizophrenia, bipolar affective disorder and other psychotic disorders. *Psychiatria Danubina*, 33(1), 18-26.

Korkeila, J., Lehtinen, V., Tuori, T., & Helenius, H. (1998). Frequently hospitalised psychiatric patients: a study of predictive factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 528-534.

Korkmaz, G., & Küçük, L. (2016). Internalized Stigma and Perceived Family Support in Acute Psychiatric In-Patient Units. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(1), 55-61. doi:<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.10.003>

Kulaksizoglu, B., Soğucak, S., Erdoğan, A., & Tıraş, İ. (2022). Bir Üniversite Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde Elektrokonsülsif Terapi Uygulanmış Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Retrospektif Olarak İncelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 36(3), 257-265. doi:10.18614/deutip.1135618

Küme, T., Karakücü, Ç., PINAR, A., & COŞKUNOL, H. (2017). Yasadışı ve Kötüye Kullanılan Madde Analizlerinin Kapsamı, Kalite ve Güvenlik Gereklilikleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 23(3), 198-207.

- Lay, B., Lauber, C., & Rössler, W. (2006). Prediction of in-patient use in first-admitted patients with psychosis. *Eur Psychiatry*, 21(6), 401-409. doi:10.1016/j.eurpsy.2005.12.004
- Lay, B., Lauber, C., & Rössler, W. (2006). Prediction of in-patient use in first-admitted patients with psychosis. *European Psychiatry*, 21(6), 401-409. doi:https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.12.004
- Leon, S. C., Lyons, J. S., Christopher, N. J., & Miller, S. I. (1998). Psychiatric hospital outcomes of dual diagnosis patients under managed care. *American Journal on Addictions*, 7(1), 81-86.
- Leucht, C., Heres, S., Kane, J. M., Kissling, W., Davis, J. M., & Leucht, S. (2011). Oral versus depot antipsychotic drugs for schizophrenia—A critical systematic review and meta-analysis of randomised long-term trials. *Schizophrenia Research*, 127(1), 83-92. doi:https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.11.020
- Leucht, S., Samara, M., Heres, S., & Davis, J. M. (2016). Dose Equivalents for Antipsychotic Drugs: The DDD Method. *Schizophr Bull*, 42 Suppl 1(Suppl 1), S90-94. doi:10.1093/schbul/sbv167
- Li, X.-j., Wu, J.-h., Liu, J.-b., Li, K.-p., Wang, F., Sun, X.-h., & Ma, S.-h. (2015). The influence of marital status on the social dysfunction of schizophrenia patients in community. *International Journal of Nursing Sciences*, 2(2), 149-152.
- Lorine, K., Goenjian, H., Kim, S., Steinberg, A. M., Schmidt, K., & Goenjian, A. K. (2015). Risk factors associated with psychiatric readmission. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(6), 425-430.
- Lyons, J. S., O'Mahoney, M. T., Miller, S. I., Neme, J., Kabat, J., & Miller, F. (1997). Predicting readmission to the psychiatric hospital in a managed care environment: implications for quality indicators. *American Journal of Psychiatry*, 154(3), 337-340.
- Madianos, M. G., & Economou, M. (1999). The impact of a community mental health center on psychiatric hospitalizations in two Athens areas. *Community mental health journal*, 35, 313-323.
- Martin, B. A., Kedward, H. B., & Eastwood, M. R. (1976). Hospitalization for mental illness: evaluation of admission trends from 1941 to 1971. *Can Med Assoc J*, 115(4), 322-325.
- Martini, J., Bröckel, K. L., Leopold, K., Berndt, C., Sauer, C., Maicher, B., . . . Pfennig, A. (2024). Young people at risk for developing bipolar disorder: Two-year findings from the multicenter prospective, naturalistic Early-BipoLife study. *European Neuropsychopharmacology*, 78, 43-53. doi:https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2023.10.001

McIntyre, R. S., Berk, M., Brietzke, E., Goldstein, B. I., López-Jaramillo, C., Kessing, L. V., . . . Majeed, A. (2020). Bipolar disorders. *The Lancet*, 396(10265), 1841-1856.

Menculini, G., Gobbicchi, C., Verdolini, N., Cirimbilli, F., Moretti, P., & Tortorella, A. (2020). "Revolving door" and Bipolar Disorders: a retrospective study in an acute inpatient unit. *Psychiatr Danub*, 32(Suppl 1), 58-63.

Messias, E. (2014). Standing on the shoulders of Pinel, Freud, and Kraepelin: a historiometric inquiry into the histories of psychiatry. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(11), 788.

Morlino, M., Calento, A., Schiavone, V., Santone, G., Picardi, A., & de Girolamo, G. (2011). Use of psychiatric inpatient services by heavy users: Findings from a national survey in Italy. *European Psychiatry*, 26(4), 252-259. doi:<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.11.005>

Munk-Jørgensen, P., Mortensen, P. B., & Machón, R. A. (1991). Hospitalization patterns in schizophrenia: a 13-year follow-up. *Schizophrenia Research*, 4(1), 1-9.

Niehaus, D. J., Koen, L., Galal, U., Dhansay, K., Oosthuizen, P. P., Emsley, R. A., & Jordaan, E. (2008). Crisis discharges and readmission risk in acute psychiatric male inpatients. *BMC Psychiatry*, 8, 1-6.

Noordsy, D. L., & O'Keefe, C. (1999). Effectiveness of combining atypical antipsychotics and psychosocial rehabilitation in a community mental health center setting. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 47-53.

Ødegard, Ø. (1968). The pattern of discharge and readmission in Norwegian mental hospitals, 1936-1963. *American Journal of Psychiatry*, 125(3), 333-340.

Olchanski, N., Myers, M. M., Halseth, M., Cyr, P. L., Bockstedt, L., Goss, T. F., & Howland, R. H. (2013). The economic burden of treatment-resistant depression. *Clinical therapeutics*, 35(4), 512-522.

Özcan, M., Uğuz, F., & Çilli, A. S. (2006). Ayaktan psikiyatri hastalarında yaygın anksiyete bozukluğunun yaygınlığı ve ek tanılar. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(4), 276-285.

Öztürk, M. O., & Uluşahin, N. A. (2016). *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları* (Vol. 14). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.

Patel, M. X., & David, A. S. (2005). Why aren't depot antipsychotics prescribed more often and what can be done about it? *Advances in Psychiatric Treatment*, 11(3), 203-211. doi:10.1192/apt.11.3.203

Patel, N. C., Dorson, P. G., Edwards, N., Mendelson, S., & Crismon, M. L. (2002). One-year rehospitalization rates of patients discharged on atypical versus conventional antipsychotics. *Psychiatric Services*, 53(7), 891-893.

- Primeau, A., Bowers, T. G., Harrison, M. A., & XuXu. (2013). Deinstitutionalization of the mentally ill: Evidence for transinstitutionalization from psychiatric hospitals to penal institutions. *Comprehensive Psychology*, 2, 16.02. 13. CP. 12.12.
- Rabinowitz, J., Lichtenberg, P., Kaplan, Z., Mark, M., Nahon, D., & Davidson, M. (2001). Rehospitalization rates of chronically ill schizophrenic patients discharged on a regimen of risperidone, olanzapine, or conventional antipsychotics. *American Journal of Psychiatry*, 158(2), 266-269.
- Reddy, M. S. (2010). Depression: the disorder and the burden. *Indian J Psychol Med*, 32(1), 1-2. doi:10.4103/0253-7176.70510
- Roick, C., Heider, D., Kilian, R., Matschinger, H., Toumi, M., & Angermeyer, M. C. (2004). Factors contributing to frequent use of psychiatric inpatient services by schizophrenia patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 39(9), 744-751. doi:10.1007/s00127-004-0807-8
- Sağlık Bakanlığı. (2011). Ulusal ruh sağlığı eylem planı (2011-2023). Ankara, TC Sağlık Bakanlığı.
- Saha, S., Chant, D., Welham, J., & McGrath, J. (2005). A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS Med*, 2(5), e141. doi:10.1371/journal.pmed.0020141
- Salinas, F. V. (2022). Contemporary Anesthetic Evaluation and Management for Electroconvulsive Therapy. *Advances in Anesthesia*, 40(1), 201-221. doi:https://doi.org/10.1016/j.aan.2022.07.005
- Schennach, R., Musil, R., Möller, H.-J., & Riedel, M. (2012). Functional outcomes in schizophrenia: employment status as a metric of treatment outcome. *Current psychiatry reports*, 14, 229-236.
- Schmutte, T., Dunn, C. L., & Sledge, W. H. (2010). Predicting time to readmission in patients with recent histories of recurrent psychiatric hospitalization: a matched-control survival analysis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(12), 860-863.
- Schooler, N. R. (2003). Relapse and rehospitalization: comparing oral and depot antipsychotics. *J Clin Psychiatry*, 64 Suppl 16, 14-17.
- Shaeffer, D. E., Schulberg, H. C., & Board III, G. (1978). Effects of community mental health services on state hospital admissions: a clinical-demographic study. *Psychiatric Services*, 29(9), 578-583.
- Shameer, K., Perez-Rodriguez, M. M., Bachar, R., Li, L., Johnson, A., Johnson, K. W., . . . Dudley, J. T. (2018). Pharmacological risk factors associated with hospital readmission rates in a psychiatric cohort identified using prescriptome data mining.

BMC Medical Informatics and Decision Making, 18(3), 79. doi:10.1186/s12911-018-0653-3

Shelef, A., Mazeh, D., Berger, U., Baruch, Y., & Barak, Y. (2015). Acute electroconvulsive therapy followed by maintenance electroconvulsive therapy decreases hospital re-admission rates of older patients with severe mental illness. *The journal of ECT*, 31(2), 125-128.

Shen, W. W. (1999). A history of antipsychotic drug development. *Comprehensive Psychiatry*, 40(6), 407-414. doi:https://doi.org/10.1016/S0010-440X(99)90082-2

Silva, N. C., Bassani, D. G., & Palazzo, L. S. (2009). A case-control study of factors associated with multiple psychiatric readmissions. *Psychiatric Services*, 60(6), 786-791.

Slade, E. P., Jahn, D. R., Regenold, W. T., & Case, B. G. (2017). Association of electroconvulsive therapy with psychiatric readmissions in US hospitals. *JAMA psychiatry*, 74(8), 798-804.

Song, L.-Y., Biegel, D. E., & Johnsen, J. A. (1998). Predictors of psychiatric rehospitalization for persons with serious and persistent mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(2), 155.

Stahler, G. J., Mennis, J., Cotlar, R., & Baron, D. A. (2009). The influence of neighborhood environment on treatment continuity and rehospitalization in dually diagnosed patients discharged from acute inpatient care. *American Journal of Psychiatry*, 166(11), 1258-1268.

Stein, D. J., Costa, D. L., Lochner, C., Miguel, E. C., Reddy, Y. J., Shavitt, R. G., . . . Simpson, H. B. (2019). Obsessive-compulsive disorder. *Nature reviews Disease primers*, 5(1), 52.

Stenmark, L., Kellner, C. H., Landén, M., Larsson, I., Msghina, M., & Nordenskjöld, A. (2021). Electroconvulsive therapy and psychiatric readmission in major depressive disorder—A population-based register study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 144(6), 599-625.

Suzuki, Y., Yasumura, S., Fukao, A., & Otani, K. (2003). Associated factors of rehospitalization among schizophrenic patients. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 57(6), 555-561.

Talbott, J. A. (1974). Stopping the revolving door-- a study of readmissions to a state hospital. *Psychiatr Q*, 48(2), 159-168. doi:10.1007/bf01584680

Thompson, E. E., Neighbors, H. W., Munday, C., & Trierweiler, S. (2003). Length of stay, referral to aftercare, and rehospitalization among psychiatric inpatients. *Psychiatric Services*, 54(9), 1271-1276.

Tiihonen, J., Mittendorfer-Rutz, E., Majak, M., Mehtälä, J., Hoti, F., Jedenius, E., . . . Tanskanen, A. (2017). Real-world effectiveness of antipsychotic treatments in a

nationwide cohort of 29 823 patients with schizophrenia. *JAMA psychiatry*, 74(7), 686-693.

Tomita, A., & Herman, D. B. (2012). The impact of critical time intervention in reducing psychiatric rehospitalization after hospital discharge. *Psychiatric Services*, 63(9), 935-937.

Turan, S., Sağlam, Y., Ermiş, Ç., Eray, Ş., Tunctürk, M., Mutlu, C., . . . İnal, N. (2022). Erken Başlangıçlı Şizofreni Hastalarında “Döner Kapı Fenomeni”: Çok Merkezli Bir Çalışma. *Turk J Child Adolesc Ment Health*, 29(1), 41-46.

Uygun, A. N. (2019). *Psikiyatri servisinde yatan hastaların servis ortamı algılarının incelenmesi*. Sağlık Bilimleri Enstitüsü,

Valenstein, M., Blow, F. C., Copeland, L. A., McCarthy, J. F., Zeber, J. E., Gillon, L., . . . Stavenger, T. (2004). Poor antipsychotic adherence among patients with schizophrenia: medication and patient factors. *Schizophrenia Bulletin*, 30(2), 255-264.

Valevski, A., Gilat, Y., Olfson, M., Benaroya-Milshtein, N., & Weizman, A. (2012). Antipsychotic monotherapy and adjuvant psychotropic therapies in schizophrenia patients: effect on time to readmission. *International clinical psychopharmacology*, 27(3), 159-164.

Veale, D., Naismith, I., Miles, S., Gledhill, L., Stewart, G., & Hodsoll, J. (2016). Outcomes for residential or inpatient intensive treatment of obsessive-compulsive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 8, 38-49.

Vetulani, J., & Nalepa, I. (2000). Antidepressants: past, present and future. *European Journal of Pharmacology*, 405(1), 351-363. doi:[https://doi.org/10.1016/S0014-2999\(00\)00565-3](https://doi.org/10.1016/S0014-2999(00)00565-3)

Volpe, F. M., Braga, I. P., & da Silva, E. M. (2018). Community health services and risk of readmission in public psychiatric hospitals of Belo Horizonte, Brazil, 2005-2011. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, 40, 193-201.

Wanchek, T. N., McGarvey, E. L., Leon-Verdin, M., & Bonnie, R. J. (2011). The effect of community mental health services on hospitalization rates in Virginia. *Psychiatric Services*, 62(2), 194-199.

Warnez, S., & Alessi-Severini, S. (2014). Clozapine: a review of clinical practice guidelines and prescribing trends. *BMC Psychiatry*, 14(1), 1-5.

Weiden, P., & Glazer, W. (1997). Assessment and treatment selection for “revolving door” inpatients with schizophrenia. *Psychiatric Quarterly*, 68, 377-392.

Ying, Y.-b., Jia, L.-n., Wang, Z.-y., Jiang, W., Zhang, J., Wang, H., . . . Gao, F. (2021). Electroconvulsive therapy is associated with lower readmission rates in patients with schizophrenia. *Brain Stimulation*, 14(4), 913-921.

Zhang, J., Harvey, C., & Andrew, C. (2011). Factors associated with length of stay and the risk of readmission in an acute psychiatric inpatient facility: a retrospective study. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(7), 578-585.

Zhao, Y., Hoenig, J. M., Protacio, A., Lim, S., & Norman, C. C. (2020). Identification of risk factors for early psychiatric rehospitalization. *Psychiatry Research*, 285, 112803. doi:<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112803>

Zhou, Y., Rosenheck, R. A., Mohamed, S., Fan, N., Ning, Y., & He, H. (2014). Retrospective assessment of factors associated with readmission in a large psychiatric hospital in Guangzhou, China. *Shanghai Arch Psychiatry*, 26(3), 138-148. doi:10.3969/j.issn.1002-0829.2014.03.005



7. EKLER

EK-1: Etik Kurul Kararı

Evrak Tarih ve Sayısı: 30.06.2021-39820

 T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Fakülte Girişimsel Olmayan Etik Kurulu



Sayı : E-71522473-050.01.04-39820-**337** 30.06.2021
Konu : Girişimsel Olmayan Etik Kurul Başvuru
Dosyası Hk.

Sayın Prof. Dr. Ali Savaş ÇİLLİ

Sağlık Bakanlığı Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı

İlgi : 18.06.2021 tarihli 337 sayılı başvurunuz.

Destekleyicisi olduğunuz "**Psikiyatri Servisinde Tekrarlayan Yatış ile İlişkili Etmenler**" isimli çalışmanın ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen şekilde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına etik kurul üyelerince karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER
Etik Kurulu Başkanı

Güvenli Elektronik
İmzalı Aslı ile Aynıdır.
30.06.2021

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Doğrulama Kodu :BSN5B63KPS Pin Kodu :79772 Belge Takip Adresi : <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5783&eD=BSN5B63KPS&eS=3>

Adres:Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Korucuk Kampüsü, Korucuk,
Adapazarı/Sakarya
Telefon No:264 295 6630 Faks No:264 295 6629
e-Posta:tip@sakarya.edu.tr Elektronik Ağ:www.tip.sakarya.edu.tr

Bilgi için: Yücel Demir
Unvanı: Birim Evrak Sorumlusu
Telefon No: 2953129

ÖZGEÇMİŞ

