

**T.C.  
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
SAĞLIK KURUMLARI İŞLETMECİLİĞİ ANABİLİM DALI  
SAĞLIK KURUMLARI İŞLETMECİLİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**ANKARA'DA ÖZEL BİR PSİKİYATRİ HASTANESİNDE  
ORTALAMA YATIŞ SÜRELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**HAZIRLAYAN**

**GÖNENÇ KÖROĞLU**

**TEZ DANIŐMANI**

**PROF. DR. ŞAHİN KAVUNCUBAŞI**

**ANKARA-2015**

**T.C.  
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
SAĞLIK KURUMLARI İŞLETMECİLİĞİ ANABİLİM DALI  
SAĞLIK KURUMLARI İŞLETMECİLİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**ANKARA'DA ÖZEL BİR PSİKİYATRİ HASTANESİNDE  
ORTALAMA YATIŞ SÜRELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**HAZIRLAYAN**

**GÖNENÇ KÖROĞLU**

**TEZ DANIŐMANI**

**PROF. DR. ŞAHİN KAVUNCUBAŞI**

**ANKARA-2015**

## KABUL VE ONAY SAYFASI

Gönenç KÖROĞLU tarafından hazırlanan “Ankara’da Özel Bir Psikiyatri Hastanesinde Ortalama Yatış Sürelerinin Değerlendirilmesi” adlı bu çalışma jürimizce Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Kabul(sınav)Tarihi: 06/02/2015

(Jüri Üyesinin Unvanı,Adı-Soyadı ve Kurumu):

İmzası

Jüri Üyesi : Prof. Dr. Nermin Özgülbaş

Jüri Üyesi : Prof. Dr. Simten Malhan

Jüri Üyesi : Prof. Dr. Şahin Kavuncubaşı

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

...../...../20....

Prof. Dr. Doğan TUNCER

Enstitü Müdürü

## ÖZET

Psikiyatri hastalarına sunulan tedavinin daha sağlıklı koşullarda planlanması ve ülkemizin sağlık politikalarının biçimlendirilmesi için psikiyatri kliniklerinin yatak kapasitelerinin ve yıllık hasta yatışının bilinmesi önemlidir. Bu çalışmanın amacı Türkiye'de örnek bir psikiyatri hastanesi olan Boylam Psikiyatri Hastanesi'nde en sık görülen hastalıklara sahip hastaların ortalama yatış sürelerini belirlemektir. Çalışmanın evrenini 2009-2014 yılları arasında Boylam Psikiyatri Hastanesi'nde yatarak tedavi gören tüm hastalar oluşturmaktadır. Çalışmanın örnekleme ise aynı tarihler arasında en sık yatışı yapılan psikiyatri hastalıkları tanısı almış 526 hasta olarak belirlenmiştir. Çalışmada, 5 yıllık (2009-2014) bir dönem boyunca yatılı hasta olarak psikiyatri hastanesine giriş yapan ve taburcu olan hastaların kayıtlarına geriye dönük (retrospektif) analiz uygulanmıştır. Çalışmada hastanede birinci yatış süresi ortalama  $21,85 \pm 19,20$  gün olarak bulunmuştur. En yüksek yatış süreleri ortalamaları 36-55 yaş grubunda gerçekleşmiştir. Kadınların tüm ortalama yatış süreleri daha uzundur ancak yapılan analizde sadece ikinci yatış süresi ortalamaları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. SGK kapsamında olan hastaların tüm ortalama yatış süreleri SGK kapsamında olmayanlara göre daha yüksektir. Yatış sayısı daha fazla olan hastaların toplam yatış süresi ortalamaları da daha fazladır. Şizofreni hastalarında birinci yatış süresi ortalama 36 olarak saptanmış olup bu sayı diğer hastalıklara oranla en yüksek oran olarak çıkmıştır. Depresyon, mani, OKB, uyuşturucu ve uyarıcı kullanımı tedavisi ve anksiyete bozukluğu tedavisinde görülen ortalama yatış süreleri birbirlerine çok yakın olup, genelde 21-25 hasta yatış günü olarak belirlenmiştir. En kısa yatış süresi olarak ise opiyat (eroïn) kullanımı gözlemlenmiş, bu hastalığın ortalama yatış süresi ise 15,26 gün olarak saptanmıştır. Bununla birlikte hastalıklar arasındaki yatış süresi farklılıkları istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur. Bu çalışmada, özel bir psikiyatri hastanesinin yataklı servis hizmetlerinin sonuçları ortaya konularak, hem hastanemizin gelecek yıllarının verimli olmasını sağlayacak bir altyapı planlamasının ilk adımları atılmış, hem de ülke genelinde yürütülen ruh sağlığı hizmetlerinin iyileştirilmesi çabalarına küçük de olsa bir katkı sunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** psikiyatri hastanesi, ortalama yatış süresi, psikiyatrik hastalıklar, Ankara.

## ABSTRACT

It is important to know the annual hospitalization and the bearing capacity of the psychiatry clinics in order to achieve the treatment offered to psychiatric patients to plan more healthy conditions and for the formulation of health policy in our country. The purpose of this research is to determine the average length of stay of patients with the most common diseases treated in Boylam Psychiatric Hospital. The population of the patients are taken from Boylam Psychiatric Hospital between the years 2009 and 2014. The sample of the study is consisting of the 526 patients with the most seen diseases. The study used a retrospective analyze consisting of the five year period (2009-2014) of 526 patients which had been treated and discharged. It is discovered that the average length of stay of the patients are  $21,85 \pm 19,20$ . The highest length of stay is seen in the male patients which are aged between 36 to 55. The average length of stay of the patients which are covered by social insurance is seen higher than who doesn't have social insurance. It is discovered that patients who suffer from schizophrenia has the highest length of stay with the average number of 36 hospitalization days. Other diseases such as depression, OCD, drug abuse and anxiety disorder has similar number of hospitalization days which are between 21 and 25. The shortest length of stay had been seen in the treatment of heroin addiction with the average hospitalization days of 15,26. This study revealed the results of a psychiatric hospital inpatient services average length of stays and tried to improve the hospital's efficiency.

**Key Words:** Psychiatric hospital, average length of stay, psychiatric diseases, Ankara

## ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

Psikiyatri diğler ana bilim dallarına oranla hastalık gözle görülemediğinden dolayı çok daha zor ve tedavisi mücadele gerektiren bir anabilim dalıdır. Psikiyatri hastalarının tedavilerinde yardımcı olmak için ise bir psikiyatri hastanesinde sadece sağık çalışanlarının değil tüm personelin bu alanda belli bir düzeyde eğitilmiş olması gerekmektedir.

2009 yılının Ekim ayında faaliyete geçen Boylam Psikiyatri Hastanesi'nde çalıştığım bu altı yıl içinde gözlemlediğim en önemli konunun çalışan personelin psikiyatri hakkında ne kadar bilgi sahibi olursa hastalara o kadar yardımcı dokunabildiğiydi. Ben de Turizm ve Otel İşletmeciliği lisansımın üzerine Sağık Kurumları Yönetimi Yüksek Lisans Programına katılmaya bu anda karar verdim. Eğitimim sırasında bana yol gösteren ve yardımcı olan hocalarım Prof. Dr.Korkut Ersoy'a, Prof. Dr. Nermin Özgülbaş'a, Prof. Dr. Simten Malhan'a, çok değerli hocam ve aynı zamanda tez danışmanın olan Prof. Dr. Şahin Kavuncubaşı'na ve eğitimimin birinci gününden beri yanımda olan anneme ve psikiyatrinin ne kadar zevkli bir dal olduğunu anlamama yardımcı olan babama sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

## İÇİNDEKİLER

ÖZET .....	i
ABSTRACT .....	ii
ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
TABLolar LİSTESİ .....	v
BÖLÜM I. GİRİŞ .....	1
BÖLÜM II. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Sağlık ve Sağlık Hizmetleri .....	3
2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri .....	5
2.3. Hasta Yatış Süresi Tanımı ve İlişkili Kavramlar .....	9
2.4. Hasta Yatış Süresi En Fazla Olan Psikiyatrik Hastalıklar .....	11
2.4.1. Şizofreni .....	11
2.4.2. İki Uçlu (Bipolar) Bozukluğu.....	20
2.4.3. Depresyon.....	24
2.4.4. Obsesif-Kompulsif Bozukluk (Takıntı-Zorlantı Bozukluğu).....	26
2.4.5. Alkol Kullanım Bozukluğu .....	28
2.4.6. Alzheimer Hastalığı (Demans) .....	33
2.4.7. Yaygın Kaygı (Anksiyete) Bozukluğu .....	35
BÖLÜM III. ÇALIŞMANIN YÖNTEMİ .....	37
3.1. Çalışmanın Amacı.....	37
3.2. Çalışmanın Evreni ve Örneklemi .....	37
3.3. Çalışmada Kullanılan Değişkenler .....	38
3.4. Hipotezler .....	38
3.5. Verilerin Analizinde Kullanılan Yöntemler .....	38
BÖLÜM IV. BULGULAR.....	40
4.1. Psikiyatri Hastalarının Sosyo-Demografik Özellikleri.....	40
4.2. Psikiyatri Hastalarının Yatış Özellikleri.....	41
4.3. Tanı Gruplarına Göre Psikiyatri Hastalarının Özellikleri.....	43
4.4. Psikiyatri Hastalarının Sosyo-Demografik Özellikleri ve Yatış Özellikleri ile Ortalama Yatış Süreleri Arasındaki İlişkiler .....	45
BÖLÜM V. TARTIŞMA VE SONUÇ .....	50
KAYNAKLAR.....	54

## TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Dallara Göre Hastane ve Yatak Sayıları, 2012, Türkiye.....	8
Tablo 2. Yıllara ve Sektörlere Göre Yatan Hasta Ortalama Yatış Süresi.....	10
Tablo 3. Araştırmaya Dahil Edilen Psikiyatri Hastalarının Cinsiyete Göre Dağılımı.....	40
Tablo 4. Araştırmaya Dahil Edilen Psikiyatri Hastalarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı ....	40
Tablo 5. Araştırmaya Dahil Edilen Psikiyatri Hastalarının SGK Kapsamında Olma Durumlarına Göre Dağılımı .....	41
Tablo 6. Araştırmaya Dahil Edilen Psikiyatri Hastalarının Tanı Sınıflarına Göre Dağılımı ...	41
Tablo 7. Araştırmaya Dahil Edilen Psikiyatri Hastalarının Yatış Sayılarına Göre Dağılımı ...	42
Tablo 8. Araştırmaya Dahil Edilen Psikiyatri Hastalarının Ortalama Yatış Sürelerine Göre Dağılımı .....	42
Tablo 9. Hastaların Tanı Sınıflarına Göre Cinsiyet Dağılımı.....	43
Tablo 10. Hastaların Tanı Gruplarına Göre Yaş Dağılımı .....	44
Tablo 11. Hastaların Tanı Sınıflarına Göre Yatış Sayıları Dağılımı .....	45
Tablo 12. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Ortalama Yatış Süreleri .....	46
Tablo 13. Yaş Ve Yatış Süreleri Arasındaki Korelasyon.....	46
Tablo 14. Yaş Gruplarına Göre Ortalama Yatış Süreleri .....	47
Tablo 15. Hastaların SGK Kapsamında Olma Durumlarına Göre Ortalama Yatış Süreleri ....	47
Tablo 16. Hastaların Yatış Sayılarına Göre Ortalama Yatış Süreleri.....	48
Tablo 17. Hastaların Tanı Gruplarına Göre Ortalama Yatış Süreleri (Ort±SS) .....	49



## BÖLÜM I. GİRİŞ

Psikiyatri hastanelerinde, hastaların hastaneye yatırımlarının birtakım nedenleri vardır. Bunlardan bazıları ilaçlarının düzenlenmesi, hastanın kendisinin ve etrafındakilerin güvenliğinin sağlanması, toplum düzenini bozan davranışlarının düzeltilmesi ve kendi kişisel ihtiyaçlarının bir başkası tarafından karşılanması olarak sıralandırılabilir. Hastanın bulunduğu ortama ayak uydurabilmesinin öğretilmesi de hastaneye yatırılması için önemli bir gerekçe olarak gösterilebilir.

Gelişmiş ülkelerdeki ortalamalara göre psikiyatri hastalarının dört ile altı hafta arası hastanede yatırımlarının, onların daha uzun süre yatmaları kadar etkili olduğu gözlemlenmiştir. Yatış yaptıkları hastanelerde, hastaların bireysel etkinlikler içerisinde olmaları da en az tedavinin kendisi kadar etkili olduğu görülmüştür. Psikiyatri hastanelerinin hastaları için genel amacı, yatan hastaların kişisel bakımlarını tekrar kendilerinin üstlenebilmesini sağlamak, taburcu olduktan sonra iş sahibi yapmak, yaşam kalitelerini yükseltmek ve toplumsal beceriler sağlamak olmalıdır. Yatışları süresince sürekli aileleri ve yakınları ile iletişim halinde olmak, hastaların gelişimi hakkında bilgi vermek ve aldıkları yolu paylaşmak, uzun dönemde hastalar için faydalı olacaktır.

Sağlık hizmeti ile beraber eşzamanlı sosyal hizmet de sunan hastanelerde (sanat, spor ve kişisel gelişim gibi), yatmış hastaların daha kolay iyileştikleri ve toplumun daha kolay birer parçası oldukları gözlemlenmiştir. Bunun gibi nedenlerden dolayı psikiyatri hastalarının hastanede tedavi altına alınmaları hem kendileri ve aileleri hem de toplum için uzun vadede çok daha faydalı olmaktadır.

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler ve üniversitelerde psikiyatri hastaları için ayrılmış yatak sayıları, ortalama yatış günü ve yıllık yatan hasta sayılarına ilişkin istatistikler oldukça yetersizdir. Psikiyatri hastalarına sunulan tedavinin daha sağlıklı koşullarda planlanması ve ülkemizin sağlık politikalarının biçimlendirilmesi için psikiyatri hastanelerinin ve kliniklerinin yatak kapasitelerinin ve yıllık hasta yatışının bilinmesi önemlidir (Soygür ve diğerleri, 2005).

Bu çalışmanın amacı Türkiye'de örnek bir psikiyatri hastanesi olan Boylam Psikiyatri Hastanesi'nde en sık görülen hastalıklara sahip hastaların ortalama yatış sürelerini belirlemektir. 2009-2014 yılları arasındaki veriler ele alındığı zaman en sık yatışı yapılan 12 psikiyatri hastalığı şu şekilde sıralanabilir: Şizofreni, ikiüçlü (bipolar) bozukluğu mani, depresyon, obsesif-kompulsif bozukluğu, alkol kullanım bozukluğu, kannabis (esrar) kullanım bozukluğu, uyarıcı (kokain) kullanım bozukluğu, opiyat (eroin) kullanım bozukluğu, Alzheimer hastalığı, birden fazla madde bağımlılığı ve anksiyete bozukluğu. Bu çalışma, söz konusu hastalıkların tanısı konan hastaların birinci ve sonraki yatışlarında ortalama hastanede yatış sürelerini saptamak amacıyla yapılmıştır.

Bu amaç doğrultusunda, çalışmanın ikinci bölümünde sağlık ve sağlık hizmetleri ile ilgili kavramlar üzerinde durulmuş, tedavi edici sağlık hizmetleri ayrıntılı bir şekilde anlatılmış, hasta yatış süresi ile ilişkili kavramlar üzerinde durularak, Türkiye'de ve Dünya'da hasta yatış süresine ait istatistikler ve psikiyatri hastanesinde hasta yatış süresi en uzun olan hastalıklar açıklanmıştır. Çalışmanın üçüncü bölümünde araştırmanın metodolojisi anlatılmış, dördüncü bölümde de araştırmanın bulguları ortaya konulmuştur. Son olarak, sonuç ve öneriler başlıklı beşinci bölümde elde edilen bulgular doğrultusunda psikiyatrik hastalıklara göre yatış süreleri incelenen hastane açısından değerlendirmeler yapılarak, psikiyatri alanında hizmet veren diğer hastaneler açısından öneriler geliştirilmiştir.

## BÖLÜM II. GENEL BİLGİLER

Bu bölümde sağlık, sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, hasta yatış süresi kavramları açıklanmakta, psikiyatri dalında en fazla yatışa neden olan hastalıklar detaylı olarak anlatılmaktadır.

### 2.1.Sağlık ve Sağlık Hizmetleri

Sağlık kavramı toplumun bütününe ilgilendiren ve ülkelerin temel gelişmişlik düzeyini gösteren en önemli kavramlardan biridir. Bir toplumu oluşturan kişilerin sağlıklı veya hastalık sahibi olması bireysel bir durum olmanın ötesinde, toplumda yaşayan diğer bireyleri de etkileyen bir durum olarak ortaya çıkmaktadır (Akbal, 2008). Bu doğrultuda, bir toplumda üretimin her alanında verimliliğin sağlanmasının ancak o toplumu meydana getiren bireylerin sağlıklı olmasıyla mümkün olacağı söylenebilmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan sağlık tanımı da günümüzde en çok kabul görmüş sağlık tanımı olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu tanıma göre sağlık, “Yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir” (WHO, 1948) şeklinde tanımlanmıştır.

Temel insan hakları arasında yer alan sağlıklı olma ve sağlıklı bir çevre içinde yaşama hakkı İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi'nin 25. maddesinde şu şekilde yer almaktadır: “Herkesin kendisinin ve ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır.” İşte bu noktada sağlıklı bir toplum yaratabilmek ve sürdürebilmek için bireylere sağlanan sağlık hizmetlerinin önemi ortaya çıkmaktadır.

Sağlık hizmetleri 05 Ocak 1961 gün ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'da “İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların ise alıştırılması için gerçekleştirilen tıbbi faaliyetler” şeklinde tanımlanmıştır.

Toplumların sosyal yaşamları ve kültürel yapılarında var olan farklılıklar sağlık ve hastalık kavramlarına bakış açılarını önemli derecede etkilemekte, bu farklılıklar sonucunda sağlık hizmetlerinin kapsamı da etkilenmektedir (Altay, 2007).

Kişilerin sağlıklı kalmalarını; hastalanmaları halinde sağlıklarını kazanmalarını; iş kazası ile meslek hastalığı, hastalık ve analık sonucu tıbben gerekli görülen sağlık hizmetlerinin karşılanmasını, iş göremezlik hallerinin ortadan kaldırılmasını veya azaltılmasını sağlamayı amaçlayan sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetleri olarak üç ana grupta toplanmaktadır (Hayran, 2010; Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010).

Koruyucu sağlık hizmetleri, gelecekte olması muhtemel hastalık ve sakatlığın riskini, ciddiyetini ve süresini en aza indirecek veya engelleyecek, hastanın farkında olmadığı hastalık belirtileri ortaya çıkmadan önce teşhis edip tedavinin hastalığın erken döneminde yapılmasını sağlayan hastalık öncesi sağlık hizmetlerini kapsamaktadır (Bulun ve diğerleri, bt). Bir başka deyişle toplumu hastalık etkenlerinden uzak tutmaya veya hastalık etkenlerinin yok edilmesine yönelik faaliyetleri (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010) içermektedir ve koruyucu sağlık hizmetleri aynı zamanda birinci basamak sağlık hizmetleri olarak da nitelendirilmektedir.

Hastalık veya hastalık belirtileri ortaya çıktıktan sonra hastalığın tanı, teşhis ve tedavi sürecini kapsayan tedavi edici sağlık hizmetleri uzman hekim sorumluluğunda, diğer sağlık personelinin ekip halinde çalışmasıyla sunulmakta olan hizmetlerdir. Tedavi edici sağlık hizmetleri ayaktan tedavi ve yataklı tedavi hizmetleri olmak üzere 2 ana grupta toplanmaktadır (Aktan ve Işık, 2007; Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010).

Rehabilitasyon, Dünya Sağlık Örgütü tarafından “bireylerdeki özür lülüğün etkilerinin ve engel koşullarının azaltılmasını amaçlayan, bu bireylerin sosyal entegrasyonunu sağlamaya yönelik bütün önlemler” şeklinde tanımlanmaktadır (WHO, 1948). Hastalık ve/veya kazalara bağlı olarak ortaya çıkan kalıcı bozukluklar ve sakatlıkların kişinin günlük hayatını etkilemesini engellemek veya bu etkiyi en aza indirmek, kişinin bedensel ve ruhsal yönden başkalarına bağımlı olmadan yaşamasını ve

böylece ekonomik, sosyal ve kültürel olarak güçlendirilmesini sağlamak amacıyla düzenlenen rehabilite edici sağlık hizmetleri, yataklı ve yataksız rehabilitasyon merkezleri tarafından sağlanmaktadır (Altay, 2007; Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010; Hayran, 2010). Rehabilitasyon merkezleri 13 Ocak 1983 gün ve 17927 sayılı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği (1983)'nde "Organ, sinir, adale ve kemik sistemi hastalıkları ile kaza ve yaralanmalar veya cerrahi tedaviler sonucu meydana gelen arıza ve sakatlıkların tıbbi rehabilitasyonunu uygulayan yataklı kurum veya servisler" şeklinde tanımlanmaktadır.

## 2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Hastalık veya hastalık belirtileri ortaya çıktıktan sonra hastalığın tanı, teşhis ve tedavi sürecini, bir başka deyişle hastalanan insanların tekrar sağlığına kavuşması için yapılan tüm faaliyetleri kapsayan tedavi edici sağlık hizmetleri, ayakta tedavi birimlerinden en üst seviyedeki modern hastanelere kadar uzanan bir yapı içerisinde verilir (Yıldırım, 1994; Altay, 2007; Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010).

İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olarak da nitelendirilen tedavi edici hizmetleri ayaktan ve yataklı tedavi hizmetleri şeklinde sınıflandırılmaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010).

*a. Ayaktan (Günübirlik) Tedavi Hizmetleri: Ayaktan tedavi hizmetleri, hastane gibi yataklı tedavi kurumuna yatışı gerektirmeyen hastalıkların tanı ve tedavisiyle ilgili hizmetleri içermekte ve çeşitli sağlık kurumları tarafından sağlanmaktadır.*

*b. Yataklı Tedavi Hizmetleri: Yataklı tedavi hizmetleri, muayene, tahlil, tetkik, tıbbi müdahale, ameliyat, tıbbi bakım ve diğer tedavi hizmetlerini kapsamaktadır.*

Yetişmiş personel ve fiziki imkânlar ile yönetim ve finansman gibi çok önemli boyutları olan tedavi edici sağlık hizmetleri özel muayenehaneden, dev büyüklükteki hastanelere kadar çok çeşitli sağlık kuruluşları tarafından sunulmaktadır (Altay, 2007; Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010).

- 1. Özel Muayenehaneler:** Tanı ve tedavi hizmetleri üreten, hekim veya diş hekimleri tarafından sunulan kurumlardır. Özel muayenehanelerde çalışan hekimler ya

serbest hekim olarak ya da limitet şirket içerisinde yer alarak faaliyet gösterirler. Ülkemizde Türk vatandaşı olan ve hekimlik diploması olan herkes muayenehane açarak serbest hekimlik yapabilir (Sağlık Bakanlığı, 2007). Ancak, ülkemizde tam gün yasasının uygulanmaya başlamasıyla birlikte, özel muayenehane sayısında ciddi bir azalma meydana gelmiş, 2005 yılında 20.500 olan özel muayenehane sayısı 2010 yılına gelindiğinde 4.500'e düşmüştür.

- 2. Özel Poliklinikler ve Tıp Merkezleri:** Bir veya birden çok tıpta uzmanlık dalı ve/veya genel pratisyenlik olarak en az iki hekimin hizmet verdiği, bunun yanında diş hekimliği hizmetlerinin de sunulabildiği özel sağlık kuruluşlarıdır. Ülkemizde yaygın bir şekilde hizmet veren özel poliklinikler ve tıp merkezlerine 2009 yılında yapılan toplam müracaat sayısı 34.405.697'dir (Sağlık Bakanlığı, 2009).
- 3. Günübirlik Cerrahi Merkezleri:** Günübirlik cerrahi merkezleri, ameliyat işlemi tamamlandıktan sonra hastaların hastaneden 24 saatten daha kısa sürede taburcu edildikleri cerrahi işlemler olarak tanımlanan günübirlik cerrahi hizmetlerini sağlayan kurumlardır. Türkiye'de günübirlik cerrahi merkezleri gerekli şartlara sahip olan tıp merkezlerinde ve hastane içinde ayrı bir bölümde olmak üzere iki farklı yapıda hizmet sunmaktadırlar (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010).
- 4. Hastaneler:** Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği (1983)'nde "Hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayaktan veya yatarak müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurumlardır." şeklinde tanımlanan hastaneler, tedavi hizmetlerinin en büyük üreticisi durumunda olan kurumlardır. Hastanelerin en temel işlevi tedavi hizmetleridir. Bunun yanında hastanelerin koruyucu sağlık hizmetleri sunma, araştırma ve eğitim işlevleri de bulunmaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010).

Mülkiyet, eğitim statüsü, hizmet türü, büyüklük ve hastaların yatış süresi hastanelerin sınıflandırılmasında kullanılan başlıca ölçütlerdir (Dowling, 1984; Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010).

- Mülkiyet durumuna göre hastaneler, mülkiyetinin hangi kurum ve kuruluşlara ait olduğuna göre sınıflanmaktadır. Ülkemizde hastaneler Sağlık Bakanlığı, Üniversite, Özel ve Diğer Hastaneler olarak mülkiyet durumlarına göre sınıflandırılmıştır.
- Eğitim statüsü bakımından ise eğitim hastaneleri ve eğitim amaçlı olmayan hastaneler olarak iki gruba ayrılmaktadır. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği (1983)'nde eğitim hastaneleri "Öğretim, eğitim ve araştırma yapılan uzman ve ileri dal uzmanları yetiştirilen genel, özel dal yataklı tedavi kurumları ile rehabilitasyon merkezleridir" şeklinde tanımlanmıştır. Eğitim amacı olmayan hastaneler ise geleneksel teşhis ve tedavi hizmetleri sunan kurumlardır.
- Verdikleri hizmet türüne göre hastaneler genel hastaneler ve özel dal hastaneleri olarak 2'ye ayrılmaktadır. Genel hastaneler "Her türlü acil vak'a ile yaş ve cins farkı gözetmeksizin, bünyesinde mevcut uzmanlık dallarıyla ilgili hastaların kabul edildiği ve ayakta hasta muayene ve tedavilerinin yapıldığı yataklı kurumlardır", özel dal hastaneleri "Belirli bir yaş ve cins grubu hastalar ile belirli bir hastalığa tutulanların yahut bir organ grubu hastalarının müşahede, muayene, teşhis ve tedavi edildikleri yataklı kurumlardır" şeklinde tanımlanmaktadır (Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, 1983). Tablo 1'de yıllara ve dallara göre hastane sayıları yer almaktadır.
- Büyüklüklerine göre hastaneler sınıflandırılırken yatak sayısı, personel sayısı, hasta gün sayısı başlıca kullanılan ölçütlerdir.
- Hasta yatış süresine göre hastaneler akut bakım hastaneleri ve kronik bakım hastaneleri olarak sınıflandırılmaktadır. Akut bakım hastaneleri genellikle 30 günden kısa süreli yatış gerektiren ve ortalama yatış süresi 7 ile 8 gün arasında değişen hastanelerdir. Kronik bakım hastaneleri ise 30 günden uzun süreli yatış gerektiren kronik, psikiyatrik hastalıklar gibi hastalıkların tedavisi ile ilgilenmekte olan ve ortalama yatış süresinin 3 ile 6 ay arasında değiştiği hastanelerdir (Dowling, 1984; Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010).

**Tablo 1. Dallara Göre Hastane ve Yatak Sayıları, 2012, Türkiye**

	<b>Hastane sayısı</b>	<b>Yatak sayısı</b>
Genel Hastane	1.341	176.943
Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi	43	7.452
Göz Hastalıkları Hastanesi	26	604
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri	15	2.009
Göğüs Hastalıkları Hastanesi	15	4.111
Psikiyatri Hastanesi	11	4.393
Diş Hastanesi	8	96
Kalp Damar Cerrahisi Merkezleri	6	836
Çocuk Hastalıkları Hastanesi	5	1.729
Kemik Hastalıkları Hastanesi	3	585
Meslek Hastalıkları Hastanesi	2	156
Onkoloji Hastanesi	2	910
Lepra Hastanesi	1	50
Zührevi Hastalıklar Hastanesi	1	31
Cerrahi Hastanesi	1	70
Ortopedi ve Travmatoloji Hastanesi	1	29
Lösemili Çocuklar Hastanesi	1	14
Spastik Çocuklar Hastanesi ve Rehabilitasyon Merkezi	1	54
<b>Toplam</b>	<b>1.483</b>	<b>200.072</b>

**Kaynak:** T.C. Sağlık Bakanlığı (2013) Sağlık İstatistikleri Yıllığı

**5. Evde Bakım:** Evde bakım, sağlık düzeyini iyileştirmek ve yükseltmek için bireylere ev ortamında sağlık hizmeti sağlanmasıdır ve temel amacı en doğru tedavinin uygulanması ile hastalığın ve yetersizliğin etkilerini en aza indirerek hastanın yaşam kalitesini yükseltmektir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010). Ülkemizde hastane, tıp merkezi veya polikliniklerde ayrı bir birim olarak gerekli standart donanım ve personel ile evde bakım hizmetleri sunulmaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010).



- 6. Terminal Dönem Bakım Merkezleri:** Hastalığın tedavisinden çok hastalığın verdiği ağrıların giderilmesi, hastaların psikolojik ve manevi yönden desteklenmesi ile hastaların rahatlatılmasını sağlamayı amaçlayan terminal dönem bakım (palyatif bakım) merkezleri, terminal evredeki yani yaşamının son günlerini yaşayan, ölmek üzere olan hastaların bakımıyla ilgilenen ve büyük ölçüde kanserli hastaları kabul eden sağlık kurumlarıdır (Bahar, 2007; Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010).
- 7. Hemşirelik Bakım Merkezleri:** Uzun süreli bakım hizmetlerinin en önemlilerinden bir tanesi olan hemşirelik bakım merkezleri (Shortell, 1984), ağırlıklı olarak yaşlı kişilere sağlık ve kişisel bakım hizmetleri vermektedir. Bağımsız bir kurum olarak çalışabildikleri gibi bir hastanenin bölümü olarak da faaliyet gösteren hemşirelik bakım merkezleri ülkemizde yaygın değildir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010).

### 2.3.Hasta Yatış Süresi Tanımı ve İlişkili Kavramlar

**Hasta yatış süresi** hastanın hastaneye kabulünden taburculuğuna kadar geçen gün sayısını ifade etmektedir (Kjekhus, 2005). Bir başka deyişle bir hastanın hastanede tedavi olmak için yattığı sürenin gün olarak ölçümüdür ve hasta yatış süresi hesaplanırken hastanın taburcu edildiği gün bu hesaplama dâhil edilmez (Sümbüloğlu, 2000).

**Ortalama hasta yatış süresi** hastaların hastanede ortalama kaç gün yattığını gösteren değerdir (OECD, 2009) ve taburcu edilen hastaların hastanede yatış gün sayılarının toplamının taburcu edilen hasta sayısına bölünmesiyle elde edilir (Sümbüloğlu, 2000; Sağlık Bakanlığı, 2008).

$$\bar{x} = \frac{\sum x_t}{n_t}$$

$\bar{x}$  = Ortalama hasta yatış süresi

$x_t$  = Taburcu edilen hastanın (ölenler dâhil) yatış gün sayısı

$n_t$  = Taburcu edilen hasta sayısı (ölenler dâhil)

Tanımları yapılan bu kavramlar doğrultusunda Türkiye'deki yıllara ve sektörlere göre ortalama hasta yatış sürelerine bakıldığı zaman 2002 yılından 2009 yılına gelindiğinde ortalama yatış sürelerinin düştüğü görülmektedir. Tablo 2'de yıllara ve sektörlere göre ortalama yatış süreleri verilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2009):

**Tablo 2. Yıllara ve Sektörlere Göre Yatan Hasta Ortalama Yatış Süresi**

	2002	2006	2007	2008	2009
<b>Sağlık Bakanlığı</b>	5,1	5,2	4,7	4,4	4,6
<b>Üniversite</b>	8,6	7,8	7,0	6,7	6,1
<b>Özel</b>	3,1	2,4	2,0	1,9	2,0
<b>Toplam</b>	5,3	5,1	4,6	4,2	4,2

**Kaynak:** T.C. Sağlık Bakanlığı (2009) Sağlık İstatistikleri Yıllığı

2009 yılı verileri doğrultusunda ortalama yatış süreleri Sağlık Bakanlığı hastanelerinde 4,6, üniversite hastanelerinde 6,1 ve özel hastanelerde 2,0 gün olarak belirlenmiştir. 2002 yılında 5,3 olan ortalama yatış süresinin 2009 yılında 4,2 güne düştüğü tespit edilmiştir.

Türkiye'deki ortalama hasta yatış sürelerinin 1995 yılından itibaren düşen bir eğilim gösterdiğini söylemek mümkündür. 1995 yılında Türkiye'de ortalama yatış süresi 5,7 iken, 2009 yılına gelindiğinde ortalama yatış süresi 4,2 güne düşmüştür. Türkiye sahip olduğu ortalama ile 8,7-6,5 ortalama sahip OECD ülkelerine göre daha kısa bir ortalama yatış süresine sahiptir. Kişi başına düşen (1.000 kişiye) yatak sayısına bakıldığı zaman ise, Türkiye 1995-2002 yıllarına göre sahip olduğu 2,1-2,7 ortalama ile 4,7-3,8 ortalama sahip OECD ülkelerine göre düşük bir ortalama sahiptir ([http://www.oecd.org/topic/0,3699,en\\_2649\\_37407\\_1\\_1\\_1\\_1\\_37407,00.htm](http://www.oecd.org/topic/0,3699,en_2649_37407_1_1_1_1_37407,00.htm)).

Türkiye'de düşen bir eğilim gösteren hasta yatış süresi, Kjekhus'un (2005) da belirttiği gibi hastane verimliliğinin ölçümünde, hasta sayısını maksimize etmede kullanılan önemli bir göstergedir ve hasta yatış süresini etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bu konuyla ilişkili literatüre bakıldığında, hasta yatış süresi üzerine yapılmış olan çalışmalar, hastanın yaşının (Schoetz ve diğerleri, 1997; McAleese ve

Odling-Smee, 1994; Jose ve diğerleri, 2009; Downing ve diğerleri, 2009), operasyon sonrası veya tedavi süresince oluşan komplikasyonların (McAleese ve Odling-Smee, 1994), hastane mülkiyet durumunun (Mawajdeh ve diğerleri, 1997), kişilerin sahip olduğu sağlık sigortasının (Mawajdeh ve diğerleri, 1997; Clarke, 1996; Sepehri ve diğerleri, 2006), hastalığın ilerleme durumunun (Downing ve diğerleri, 2009; Clarke, 1996; Sepehri ve diğerleri, 2006), başka hastalıkların eşlik etmesinin (Furlanetto ve diğerleri, 2003; Downing ve diğerleri, 2009; Clarke, 1996; Sepehri ve diğerleri, 2006), uygulanan operasyon yönteminin (Downing ve diğerleri, 2009), hastaneye yatış uygulamalarının (Downing ve diğerleri, 2009; Clarke, 1996; Sepehri ve diğerleri, 2006) ve sosyoekonomik durum, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, etnik köken, yaşanılan coğrafik bölge gibi sosyodemografik özelliklerin (Clarke, 1996; Sepehri ve diğerleri, 2006) yatış süresini etkileyen faktörler olduğunu göstermektedir.

Literatüre bakıldığı zaman hastalık türleri ile hasta yatış süresi arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar olduğunu ortaya koyan birçok çalışma olduğu görülmektedir (Frantz ve diğerleri, 1999; Somova ve diğerleri, 2000; Chiu ve diğerleri, 2003). Türkiye’de hasta yatış süresini etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla Numanoğlu Tekin (2011) tarafından yapılan tez çalışmasında da tanı sınıflarına göre ortalama yatış sürelerinde farklılık olduğu, en yüksek ortalama yatış süresinin 8,62 gün ile Mental ve Davranışsal Bozukluklar tanı sınıfında yer alan hastalarda olduğu tespit edilmiş ve oluşan bu farklılığın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu belirlenmiştir.

## **2.4.Hasta Yatış Süresi En Fazla Olan Psikiyatrik Hastalıklar**

Bu bölümde Özel Boylam Psikiyatri Hastanesi’nde 2009-2014 yılları arasında yatış süresi en fazla olan psikiyatrik hastalıklar açıklanmaktadır.

### **2.4.1. Şizofreni**

Şizofreni, bu tanıyı almış olan kişileri ve ailelerini büyük ölçüde etkileyen ruhsal hastalıklardan biridir. Dolayısıyla şizofreni ile ilgili daha çok bilgi sahibi olunarak ve sık karşılaşılan sorunlarla nasıl başa çıkılacağı öğrenilerek, bu hastalığın hem hastaya, hem de yakınlarına getirdiği yük azaltılabilir (Barlow, 2008).

Şizofreni, karmaşık bir hastalıktır. Toplumsal işlevsellik düzeyinde, kendine bakım becerilerinde sorunlar çıkarmasının yanı sıra gerçekle gerçek olmayı ayırt etmede güçlüklerle neden olan da bir hastalıktır. Biyolojik kökenlerinin olduğuna ilişkin güçlü kanıtlar vardır ve beyindeki kimyasal maddelerde bir dengesizlik sonucu ortaya çıktığı düşünülmektedir. Kullanılan ilaçlar bu dengesizliği düzelterek, hastalığın tedavisine yardımcı olur. Ancak, çevresel etkenler hastalığı ağırlaştırabilmekte, hastanın yaşamında zorlanması daha çok belirti çıkarmasına neden olmaktadır. Dolayısıyla hastanın yaşamını zorlayıcı etkenlerin azaltılması da tedavi sürecinde önem taşır (Andreasen, Black, 2006).

Şizofreni tanısı konmasını sağlayan, ne bir biyokimyasal, ne de bir görüntüleme yöntemi vardır. Diğer bir deyişle, tanı koyduracak özgül bir laboratuvar incelemesi yoktur. Tanıyı, ancak psikiyatri uzmanları, yaptıkları görüşmelerle koyabilirler. Psikiyatristler, gerektiğinde, benzer belirtilere neden olan bedensel hastalıkları dışlamak için gerekli diğer muayeneleri de yaparlar (Andreasen, Black, 2006; Hales ve diğerleri, 2008).

Şizofreninin sık görülen belirtileri hezeyanlar, halüsinasyonlar ve duygusal dışa vurumun azalmasıdır. Ancak her hastanın gösterdiği belirtiler kendine özgüdür. Şizofreni tanısı koyduran belirtilerin, hastalık süreci boyunca her zaman görülmesi gerekmez. Ancak şizofreni tanısı alan bireyler, toplumsal işlevsellik alanlarında ve çalışma, okuma, ana baba sorumluluklarını yerine getirme ya da kendine bakım gibi alanlarda birtakım sorunlar yaşarlar. Bununla birlikte şizofreni tanısı alan çoğu kişinin hastalığına karşı bir iç görüşü yoktur, diğer bir deyişle bu kişiler böyle bir hastalıklarının olduğunu genelde kabul etmezler (Köroğlu ve Güleç, 2007).

Her 100 insandan 1'inde (% 1 oranında) yaşamın bir döneminde şizofreni gelişir. Şizofreni, toplumun her kesiminde, her kültürde ortaya çıkabilen bir hastalıktır. Şizofreni tanısı alan hastaların çok büyük bir çoğunluğu kendi başına yaşayamaz (Köroğlu, 2004).

Şizofreni, daha çok ergenlik yıllarının sonlarında ve genç erişkinlik yıllarında başlar; en çok 16-30 yaşları arasında başladığı görülür. Kadınlarda biraz daha ileri yaşlarda başlar. Seyrek olarak 35 yaşından sonra başladığı da görülür. Ergenlik yıllarından önce başlayan çocukluk şizofrenisi seyrek görülen bir durumdur ve bunun başka bir hastalık olabileceği düşünülmektedir (Köroğlu, 2004).

Şizofreni, genellikle, genel işlevsellik düzeyinde bir düşme olmasının yanı sıra topluma karışabilme ve yaşamdan zevk alabilme yeterliğinde de bir düşme olması ile kendini gösterir. Şizofreninin genellikle ilk belirtileri, genel bir çökkünlük duyma (depresyon), günlük etkinliklerden artık zevk almama ve toplumdan uzaklaşmaya başlama gibi belirtiler olur. Sıklıkla, okuduğuna odaklanamamaya başlama, sayısal becerilerin düşmesi, unutkanlığın başlaması, mantıksal ilişkiler kuramamaya başlama gibi zihinsel işlev bozuklukları ortaya çıkar. Bütün bunlar da kişinin okul ya da iş yaşamını ve diğer insanlarla olan ilişkilerini bozmaya başlar. Bu tür sorunların başlamasından bir süre sonra kişide hezeyan ya da halüsinasyon gibi psikoz belirtileri görülür ve bu durumda hemen tedaviye başlanması ya da hastanın bir psikiyatri hastanesine yatırılarak tedavi edilmesi gerekir. Şizofreninin gelişmesi aylar, hatta yıllar alabilir (Sharfstein ve diğerleri, 2006).

Hastanın ailesi, başlangıçta bu değişikliklerin ne olduğunu anlayamayabilir ya da bunları hastanın içinde bulunduğu ergenlik dönemine bağlayabilir. Bir şeylerin yolunda gitmediğini anlayıp bir uzmana başvurduklarında, bu yaşlarda bu tür davranışların olağan olduğu, üzülecek bir şey olmadığı söylenebilir. Çünkü konunun uzmanları bile, hastalığın erken evrelerinde bu tanıyı koymakta güçlük çekebilirler (Köroğlu, 2009).

Şizofreni tanısı alanların, hastalanmadan önce diğer çocuklardan ya da ergenlerden daha değişik olup olmadıkları yıllardır üzerinde durulan bir konu olmuştur. Buna verilebilecek yanıt hem evet, hem de hayır olacaktır. Şizofreni tanısı almış olan birçok kişi, hastalanmadan önce oldukça iyi bir toplumsal işlevsellik düzeyi tutturmuş olabilir. Sınıfının çalışkan bir öğrencisi ya da iyi bir sanatçı olmuş olabilir (Köroğlu, 2009).

Ancak bir kesimi, hastalanmadan önce de topluma yeterince uyum sağlayamamış bireylerden oluşur ve yaşadıkları sorunlar çocukluk yıllarına dek uzanabilir. Bu bağlamda iki değişik uyumsuzluk örüntüsünden söz edilir. Kimileri, bu hastalık gelişmeden önce de kendi içine kapanık, az arkadaşı olmuş ya da hiç arkadaşı olmamış olan ya da özellikle karşı cinsle olmak üzere yakın ilişkiler kuramamış olan kişilerdir. Çocukluk yıllarında başlamış olan bu toplumsal sorunlar şizofreninin ortaya çıkmasıyla birlikte daha da ağırlaşır. Kimileri de, çocukluk yıllarında başlayan ve daha çok hiperaktivite (aşırı hareketlilik), dikkat sorunları, davranış bozuklukları ve dürtüsellikle giden birtakım davranış sorunları gösterir. Bu sorunlar, çocuğun okul başarısını ve toplumsal işlevselliğini bozar. Söz konusu sorunlar ilerleyen

yıllarda da sürüp gidebilir. Ancak bu gibi sorunlar yaşayan çoğu çocuk ya da ergende de şizofreni gelişmeyebilir. Dolayısıyla kimde şizofreni gelişeceğini kesin olarak öngörmek bugün için olanaklı değildir (Köroğlu, 2009).

Şizofreni, belirtilerinin yeğinliği zamanla değişen, dönemsel değişiklikler gösterebilen bir hastalıktır. Hastalığın ağırlaştığı dönemlerde, süre giden belirtiler daha da kötüleşir, yatışmış olan belirtiler yeniden ortaya çıkar ve hastanın bir psikiyatri hastanesine yatırılması gerekebilir (Andreasen, Black, 2006).

Şizofreninin gidişi ve ilerleyişi hastadan hastaya değişir. Kimilerinin birkaç hastalık dönemi olur ve bu kişiler, uygulanan tedaviden sonra olağan işlevsellik düzeylerine geri dönerler. Kimilerinin daha sık hastalık dönemleri olur ve bu dönemler arasında önceki işlevsellik düzeylerine tam olarak geri dönemezler. Bu kişiler başlangıçta daha sık psikiyatri hastanesine yatırılmayı gerektirirler. Hastaların az bir kesiminin hastalığı daha yeğin olur ve daha uzun süreli olarak psikiyatri hastanesine yatırılmayı gerektirirler, çünkü bu kişilerde kendine bakım güçlükleri ortaya çıkar (Sadock ve Sadock, 2008).

İnsanlar, şizofreninin nasıl ilerleyeceğini ve nasıl sonlanacağını genelde bilmek isterler, ancak bu olanaklı değildir. Ancak şizofreninin erken tanınması ve tedavi edilmesi büyük yarar getirir, çünkü bu hastalık geliştikten sonra ne denli hızlı bir tedavi uygulanırsa, hastanın gösterdiği belirtiler o denli hızlı ve etkili bir biçimde denetim altına alınabilir. Böyle bir hastalığı olduğuna ilişkin iç görüşü olan, diğer bir deyişle hastalığını kabul eden ve gereklerini yerine getiren kişilerin hastalıklarının gidişi daha iyi olur (Sadock ve Sadock, 2008).

Daha önce de sözü edildiği üzere, insanların yaklaşık % 1'inde şizofreni gelişir. Ancak kişinin ana babası ya da kardeşi gibi birinci derecede bir akrabasında şizofreni varsa bu olasılık % 5-10'lara çıkar. Kişinin hem annesi, hem de babası şizofreni ise bu olasılık % 15-20'lere çıkar. Kişinin teyzesi, halası, dayısı ya da amcası şizofreni tanısı almış ise bu olasılık % 2-3'ler düzeyinde olur. Ancak özgül bir kalıtım örneği olmadığı gibi, bu hastalığın geçişinden sorumlu olan bir gen de bugün için bulunamamıştır. Öte yandan, tek yumurta ikizlerinin her ikisinde de şizofreni gelişme olasılığının % 50-70'lerde olduğu göz önünde bulundurulursa, kalıtsal etkenlerin tek başına sorumlu olmadığı düşünülebilir (Köroğlu,

2009).

Şizofreni belirtileri beş ana başlıkta toplanabilir. Bunlar, (1) psikoz belirtileri, (2) negatif belirtiler, (3) bilişsel bozukluklar, (4) duygu durum bozuklukları ve (5) davranışsal bozukluklardır. Davranışsal bozukluklar dışarıda tutulacak olursa, şizofreni tanısı almış olan neredeyse herkeste, diğer başlıklar altında yer alan belirtilerden bir ya da birkaçı bulunur, ancak hiç kimsede bütün belirtiler bir arada bulunmaz. Şizofreni tanısı almış herhangi iki kişinin belirtileri tam olarak birbirine benzemez; herkesin gösterdiği belirtiler, belirli bir kapsamda, kendine özgüdür (Koroğlu, 2013).

Psikoz belirtileri, ruh sağlığı yerinde olan başka insanlarca paylaşılmayan, gerçeklikten kopuk inançları ya da duyusal algıları kapsar. Bu belirtilere şizofreninin pozitif belirtileri adı da verilir. Şizofrenide iki tür psikoz belirtisi sık görülür, bunlar hezeyanlar ve halüsinasyonlardır. Bu belirtiler zamanla dalgalanmalar gösteren belirtilerdir. Kimi zaman çok yoğun olabilirler ve kişinin yakından izlenmesini ya da bir psikiyatri hastanesine yatırılmasını gerektirebilirler. Kimi zaman öyle yoğun olmazlar ya da hiç bulunmayabilirler. Şizofreni tanısı almış kişilerin yaklaşık dörtte biri ile yarısının sürekli psikoz belirtileri olur (Koroğlu, 2013).

Hezeyanlar, kişinin içinde yaşadığı kültürün ve bağlı olduğu dinin üyelerince paylaşılmayan, yanlış inanışlardır. Kişinin hezeyanları kendisine oldukça gerçekmiş gibi gelir, ancak başkalarına olanaksız ya da gerçekten olmayacakmış gibi gelir. Birçok hezeyan türü vardır. Kötülük görececek olma ya da kuşkuculuk hezeyanları, kişinin izlendiği, gözlemlendiği, kendisine kötülük yapılacağı gibi geldiği konuları kapsar. İnsanlar onu çıldırtmak istiyorlardır, ailesi onu zehirlemek istiyordur, MIT kendisini izliyordur gibi hezeyanlar olabilir. Göndergesel hezeyanlar, kişinin kendisine iletiler gönderildiğine ya da göndermeler yapıldığına ilişkin yanlış düşünceleri kapsar. Kişi, radyodaki ve televizyondaki birtakım konuşmalarda ya da gazete ve dergilerdeki birtakım yazılarda kendisine göndermeler yapıldığı, iletiler verildiği yanlış düşüncesine kapılmıştır (Sadock ve Sadock, 2008).

Denetim altındalık hezeyanlarında kişi, bir dış gücün kendi düşünce ve davranışlarını yönetip yönlendirdiği yanlış düşüncesine kapılmıştır. Söz gelimi vücuduna yerleştirilmiş olan

bir aygıt düşüncelerini yönetip yönlendirmektedir. Başkaları, başının içine birtakım düşünceler yerleştirmekte ya da düşüncelerinin alıp dışarı çıkarmaktadır. Diğer bir hezeyan türü ise büyüklük hezeyanlarıdır. Bu tür hezeyanları olan kişiler özel bir yeteneklerinin olduğuna, çok özel becerilerle donanmış olduklarına, büyük buluşlar yapmış olduklarına gerçekten inanmış olabilirler (Sadock ve Sadock, 2008).

Şizofrenide en çok görülen hezeyanlar, kötülük görececek olma hezeyanları, göndergesel hezeyanlar, denetim altındalık hezeyanları ve büyüklük hezeyanlarıdır; ancak bu hezeyan türlerinin dışında da birtakım hezeyan türleriyle karşılaşılabilir. Kişi, herhangi bir organının çürüdüğüne inanmış olabilir (bedensel hezeyanlar) ya da bir başkasına geçmişte çok büyük bir kötülük yapmış olduğuna yanlış bir biçimde inanıyor olabilir (suçluluk hezeyanları) (Sadock ve Sadock, 2008).

Halüsinasyonlar, başkalarının yaşadığı, ancak söz konusu kişinin yaşadığı gerçek olmayan duyuşsal algılardır. Bu algılar, çevrede olmayan şeyleri duyma (işitme), görme, hissetme, tadını alma ve kokusunu duyma gibi algılardır. Şizofreni tanısı almış olan kişilerin yaklaşık dörtte üçünün duyma (işitme) halüsinasyonları olur, yaklaşık dörtte birinin görme halüsinasyonları olur, yaklaşık onda birinin ise diğer türlerde halüsinasyonları olur (Sadock ve Sadock, 2008).

İşitme halüsinasyonları genellikle kişinin kulağına gelen sesler olarak yaşantılanırsa da, kişinin başının içinden gelen sesler olarak tanımlandığı da olur. Duyulan sesler, sanki yan odadan ya da sokaktan geliyormuş gibi, oldukça gerçek seslermiş gibi duyulabilir. Kimi zaman bu halüsinasyonların gerçek olduğu bile düşünülebilir (Tanrı'dan gelen seslermiş gibi), bir başka zaman bunların gerçek olmadığı bilinir. Bu sesler, kişinin eylemleriyle ilgili olarak konuşan ve yorum yapan sesler olabilir, onun adını çağıran ya da kötü bir insan olduğunu söyleyen sesler olabilir ya da birçok insanın açık seçik olmayan mırıldanmalarından oluşabilir. Duyulan bu halüsinasyonlar kişiye çok sıkıntı verebilir. Kimileri halüsinasyonlarının olduğunu kabul eder, kimileri etmez. Kişinin halüsinasyonlarının olduğunun dışarıdan gözlenebilen bir göstergesi, kendi başına konuşuyor ya da gülüyor olmasıdır. Böyle bir durumda kişi genelde halüsinasyonlarına yanıt veriyordur (Sadock ve Sadock, 2008).



Şizofreninin negatif belirtileri, pozitif belirtilerden değişik olarak, olağan düşüncelerin, duyguların ya da davranışların olmayışı ile belirlidir. Dolayısıyla bunları hastalık belirtisi olarak tanımlamak daha güç olur. Pozitif belirtiler zamanla artıp azalmalar gösterirken, negatif belirtiler zamanla oldukça kalıcılık gösterirler. Şizofreninin negatif belirtileri arasında duygulanımda donukluk ya da küntlük, aloji, avolisyon ve anhedoni gibi belirtiler vardır. Bu kavramlardan aşağıda söz edilecektir (Sadock ve Sadock, 2008).

Duygulanım, kişinin duygularını nasıl dışa vurduğunu, duygularının dışarıdan nasıl görüldüğünü anlatmak için kullanılır. Şizofreni tanısı almış olan kişilerin genel yüz ifadelerinde genelde bir donukluk ve kendilerini sesli bir biçimde ifade etmelerinde genelde bir azalma görülür. Eğlendirici ya da üzücü bir konudan, yüzlerinde ya da seslerinde herhangi bir sevinç ya da üzülmeye belirtisi olmadan söz edebilirler. Sözü edilen bu duygusal anlatım eksikliğine duygulanımda donukluk ya da küntlük adı verilir. Ancak burada önemli bir konu vardır, o da duygularını uygun bir biçimde dışa vuramamak demek, onları yaşayamamak demek değildir. Şizofreni tanısı almış olan kişiler birtakım duyguları yaşayabilirler, ancak bunları gösteremeyebilirler (Köroğlu, 2004).

Aloji, az şey söylemeye (konuşma yoksulluğu adı da verilir) ya da konuşma yoluyla az şey aktarmaya (konuşma içeriği yoksulluğu adı da verilir) karşı gelen bir terimdir. Konuşma yoksulluğu, konuşma içeriği yoksulluğundan çok daha sık görülür. Bu kişilerin konuşmaya katılmaları istendiğinde bunda güçlük çekilebilir, ayrıca bu kişilerle karşılıklı bir konuşmayı uzun bir süre sürdürmekte de güçlük çekilebilir. Bu durum, kişinin konuşmak istememesinden değil, daha çok söyleyecek bir şey bulamamasından kaynaklanır (Köroğlu, 2004).

Şizofreni tanısı almış olan kişiler, kişisel amaçları doğrultusunda ilerleme ve bu doğrultuda çalışma ya da bağımsız bir biçimde işlevselliklerini sürdürme konusunda isteksiz davranabilirler (avolisyon). Söz konusu isteksizlik, kendine bakım gibi en temel işlevlerde bile görülebilir, kişinin insanlardan uzak durmasıyla ya da gün boyu uyku uyumasıyla kendini gösterebilir. Kimileri geleceğe ilişkin bir beklenti içinde değildir, kimileri de yaşamıyla ilgili olarak büyük bir aldırılmazlık içindedir. İçsel güçten yoksun olabilirler ve kolay yorulabilirler (Köroğlu, 2004).

Anhedoni de hoşlanma, zevk alma ve eğlenme yeterliğinde düşme olması demektir. Kitap ya da dergi okuma, film izleme, oyun oynama, başka insanlarla bir araya gelip söyleşme gibi etkinliklerden zevk almayabilirler. Dolayısıyla zevk almayacaklarını düşündükleri için bu gibi etkinliklere katılmaktan uzak durabilirler (Köroğlu, 2004).

Şizofrenide görülen diğer belirtiler arasında bilişsel (düşünce süreçleriyle ilgili) belirtiler vardır. Bunlar arasında yaşadıkları birtakım bilgi işlem sorunları vardır. Odaklanmakta, düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırmakta güçlük çekebilirler. Çevreden gelen uyanların yanı sıra kendi düşünceleri bile dikkatlerini dağıtabilir. Söz gelimi, biriyle konuşurken başka birinin sıradan bir davranışı ya da çevreden gelen bir sesle ilgi odakları yer değiştirebilir (Köroğlu, 2004).

Düşünme hızları yavaşlamış olabilir ve bilgiyi işlemek için daha çok zamana gereksinirler, dolayısıyla sorulan sorulara yanıt verme süreleri uzamış olabilir. Bellek sorunları yaşayabilirler. Söz gelimi, bir şey almak üzere dışarı çıktıktan sonra, alacakları şeyi almayı unutup geri dönebilirler (Köroğlu, 2004).

Ayrıca, soyut düşünmeyi, tasarlamayı ve sorun çözmeyi gerektiren karmaşık yönetsel işleri yapmakta da güçlük çekebilirler. Söz gelimi, ilerideki gereksinmelerini öngörmeden para harcadıkları için parasal açıdan güç duruma düşebilirler. Karşılaştıkları beklenmedik güç koşullarla baş etmekte güçlük çekebilirler. Söz gelimi işyerlerinde bir güçlük karşılaştıklarında, karşılaştıkları güçlük baş etmek üzere üstleriyle konuşmak yerine işe gitmemeye başlayabilir ve işlerinden olabilirler (Köroğlu, 2004).

Şizofreni tanısı almış olan kişiler, başkalarıyla etkileşimde buldukları kimi zamanlarda, karşılarındaki kişilerin toplumsal iletilerini kavramakta güçlük çekebilirler. Diğer insanların yüz ifadelerinden, ses tonlarından bir anlam çıkaramayabilir ya da karşılarındaki insanların neye üzülüp, neye sevindiklerini kavrayamayabilirler. Bu yüzden konuşma sırasında kendileriyle “belirli bir nokta”ya gelinemeyebilir. Karşılarındaki insanın bakış açısını göremeyebilir ve karşılarındaki insanın yaşadığı duyguları anlayamayabilirler (Andreasen, Black, 2006).

Yaşadıkları düşünsel sorunlar konuşmalarına da yansır. Konuşmaları sırasında bir

konudan bir başkasına geçebilirler (çağrışımlarda dağınıklık, konu dışı sapmalar gösterme), konuşulan konuyla hiç ilgisi olmayan bir başka konuya geçebilirler. Kurdukları cümlenin ortasında durabilirler, ne söyleyeceklerini unutabilirler. Yeni birtakım sözcükler uydurabilirler ya da var olan sözcüklere yeni birtakım anlamlar yükleyebilirler (Andreasen, Black, 2006).

Şizofreni tanısı almış olan kişilerin önemli bir çoğunluğunun böyle bir hastalığı olduğuna ilişkin iç görüşü yoktur, diğer bir deyişle büyük bir çoğunluğu böyle bir hastalığı olduğu gerçeğini kabul etmez. Hiç arkadaşları olmasa bile, işe ya da okula gitmiyor olsalar bile ve en temel gereksinmelerini karşılayamıyor ve kendilerine hiç bakmıyor olsalar bile, herhangi bir rahatsızlıklarının olduğunu düşünmüyor olabilirler. Ancak zamanla belirli bir ölçüde bir iç görü geliştirebilirler, böyle bir iç görü geliştirmeleri tedaviye olan uyumlarını artırır (Andreasen, Black, 2006).

Şizofreni tanısı almış olan kişilerde hem kısa süreli, hem de uzun süreli duygusal belirtiler de sıklıkla bulunur. Bunlar arasında çökkünlük (depresyon), intihar düşünceleri ya da girişimleri, kaygı, bunaltı, öfke, düşmanca duygular gibi duygular vardır. Duyguları oldukça değişken ya da uygunsuz olabilir. Özellikle süre giden psikoz belirtileri olan kişilerin yaşadıkları belirtiler kendileri için çok sıkıntı verici olabilir. Kendilerini küçültücü, aşağılayıcı ya da kendilerini öldürmeleri komutu veren sesler duymaları, intihar girişiminde bulunmaları sonucunu doğurabilir. Yine psikoz belirtilerinden kaynaklanan bir bunaltı duygusu yaşayabilirler (Sadock ve Sadock, 2008).

Görsel ya da yazılı basın yoluyla kendilerine göndermeler yapıldığına inanmaları, kendilerine kötülük yapılacağına ilişkin hezeyanları ya da kendilerini aşağılayan halüsinasyonları yüzünden gerginlik ve bunaltı duyabilirler, dolayısıyla belirli durumlardan kaçmaya başlarlar. Seyrek olarak da olsa, yoğun kuşku hezeyanları olan kişiler, gözlerinin korktuğu ve kaçamayacak durumda kaldıklarını düşündükleri durumlarda birden saldırganlaşabilirler. Toplumsal birtakım durumlarda da yoğun kaygı duyabilir ve bunabilirler. Başkalarıyla olan etkileşimlerinde güçlük yaşadıkları için, başkalarının yanında kendilerini hiç rahat hissetmezler. Çalışmakla ilgili güçlükler yaşadıkları, yakın arkadaşlıklar kuramadıkları, belirli ölçülerde güzel bir yaşam sürdüremedikleri için ya da yaşadıkları psikoz belirtilerinden (hezeyan ve halüsinasyonlar) ötürü kolayca öfkelenebilir ve

başkalarına karşı kuşkucu bir tutum sergileyebilirler (Andreasen, Black, 2006).

Şizofreni tanısı almış olan kişiler gösterdikleri belirtiler üzerinde genelde konuşmak istemezler. Ancak gösterdikleri belirtilerle ilgili olarak “çok biliyormuş” gibi davranmaktan sakınarak onları dinlemek yarar sağlayabilir. Bu konularda konuşmak istemiyorsa, özel yaşamlarına saygı duyulmalıdır; konuşmak istiyorsa, bu konularda üzerlerine gidilmemeli, tartışmaya girilmemelidir.

Birtakım belirtilerinin olduğunu yadsıyorlar ya da belirli birtakım hezeyanlarının gerçek olduğu konusunda direniyorlarsa, tartışmaya girilmemeli, dinlemeye ve bakış açılarını anlamaya çalışmalıdır. Belirtileri üzerinde konuşmanın amacı, gerçekten ne yaşadıklarını anlamak ve bu belirtilerinin onları nasıl etkilediğini kavramaktır. Çünkü hezeyan ve halüsinasyon gibi psikoz belirtileri onların “gerçeklik”idir ve bu gerçeklik onlar için dünyayı ileri derecede öngörülemez, korkutucu bir yer durumuna getirebilir. Yaşadıkları negatif belirtiler kendi içlerine kapanmalarına ve “boş vermelerine yol açabilir. Yaşadıkları bilişsel güçlükler, insanlarla ilişki kurmaktan kaçınmalarına yol açabilir ve işyerlerinde ya da okudukları okulda amaçsızlaşmalarına neden olabilir.

#### **2.4.2. İki Uçlu (Bipolar) Bozukluğu**

İki uçlu (bipolar) bozukluk, yaklaşık 70 kişiden birinde görülen ve kişinin ailesini, toplumsal yaşamını ve iş yaşamını derinden etkileyen bir duygusal durum (duygu durum) bozukluğudur. Bu kişilerde bedensel birtakım sorunlar, alkol ve madde kullanım bozuklukları, hatta intihar girişimi görülme olasılığı da yüksektir. Ancak iki uçlu bozukluk, umudun yitirilmemesi gereken bir hastalıktır; çünkü ilaçlar, psikoterapi ve kendi kendini yönetme yöntemlerinin yardımıyla duygu durum oynamaları, mani dönemlerinden depresyon dönemlerine, depresyon dönemlerinden mani dönemlerine geçişler denetim altında tutulabileceği gibi, daha sonra yeni dönemlerin ortaya çıkması da önlenebilir (Koroğlu, 2005).

Söz konusu hastalıkla ilgili gerçeklerin bilinmesi, bu hastalığın kabullenilmesini, gereklerinin yapılmasını sağlayacak ve bu hastalıkla yaşamayı kolaylaştıracaktır. Dolayısıyla, bu hastalığın ne gibi belirtiler gösterdiği, bu hastalık bir yana bırakılacak olursa

kişinin nasıl bir insan olduğu, hastalığın nereden kaynaklandığı, kişinin yeniden bir hastalık dönemine girdiğini nasıl bilebileceği, ne gibi etkenlerin hastalık dönemlerini tetiklediği, yeniden bir hastalık dönemi geçirme olasılığını düşürmek için neler yapılabileceği, hastalığın başkalarına nasıl açıklanabileceği ve gelecekte ne beklenebileceği gibi konularla ilgili olarak daha çok bilgi sahibi olmak doğru olacaktır.

Hastalığın en önemli özelliği aşırı duygu durum dalgalanmalarıdır. Bu duygu durum dalgalanmalarının bir ucunda mani (coşkunluk, taşkınlık) dönemi, diğer ucunda depresyon (çökkünlük) dönemi bulunur. Kişinin öncelikle duygularını etkilediği için bu hastalık bir duygu durum bozukluğu olarak adlandırılır. Ayrıca kişinin duyguları, coşkunluk/taşkınlık ve çökkünlük gibi iki uç arasında dalgalandığı için iki uçlu bozukluk adı verilir (Sadock ve Sadock, 2008).

Coşkunluk ve taşkınlığın olduğu mani durumunda, kabarmış bir duygu durum (aşırı bir sevinç, coşku) ya da çok kolay kızma (aşırı bir alınganlık ve öfke gösterme), uyku gereksiniminde azalma, yeteneklerini ve kendi önemini abartmanın yanı sıra büyüklük düşünceleri taşıma, daha konuşkan olma, düşüncelerinin sanki birbirleriyle yarışıyor gibi gelmesi, etkinlik ve içsel güç düzeyinde artma, dikkat düzeyinde artma ve olumsuz sonuçlarını öngörmeden dürtüsel davranma gibi belirtiler görülür. Bu dönemler, kişinin kendisini çökkün hissettiği, hiçbir şeyden zevk almadığı, yapa geldiği etkinliklere artık ilgi duymadığı, yemek yeme isteği değişikliklerinin olduğu, kolay yorulduğu, uyku sorunları yaşadığı, kendisini kötü ve kimi zaman suçlu hissettiği, düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırmakta, odaklanmakta ya da karar vermekte güçlük çektiği ve zaman zaman “ölsem de kurtulsam” düşüncesine kapıldığı dönemlerle yer değiştirebilir.

Mani ya da depresyon dönemleri günler ya da haftalarca sürebilir. Hastaların % 40 dolayında bir kesimi, mani ve depresyon dönemlerini, biri diğerinin yerine geçerek değil, bir arada yaşar. Bu dönemlere de karma dönem adı verilir (Sadock ve Sadock, 2008).

İki uçlu bozukluk dönemleri çok büyük bir çoğunlukla bir gecede başlayıvermez ve nasıl başladığı ve yeğlinliği kişiden kişiye büyük ölçüde değişir. Birçok kişide adım adım bir gelişme olur. Söz gelimi mani döneminin erken evrelerindeki kişiler, içlerinde bir coşkunluk duymaya başlarlar ve değişik konularda birtakım düşünceler başlarına üşüşmeye başlar.

Giderek daha az uykuya gereksinmeye başlarlar. İçleri içlerine sığmamaya, ele avuca sığmamaya, “uçarı”laşmaya başlarlar (Andreasen, Black, 2006).

Daha sonra tam bir mani görünümü ortaya çıkar, kendilerini “çok iyi” hissetmeye, çok para harcama gibi dürtüsel birtakım davranışlar sergilemeye ve taşkınca birtakım davranışlarda bulunmaya başlarlar. En ileri döneminde zihinsel bir şaşkınlık durumuna girebilirler, hezeyanları ve halüsinasyonları olabilir. Ancak herkeste bütün bu evreler olmaz ve çoğu kişi en ileri evreye geçmeden önce tedavi edilmiş olur. Depresyon dönemine, genellikle böyle keskin birtakım evrelerden geçmeden girerler (Andreasen, Black, 2006).

Kimilerinde mani ve depresyon dönemleri arası zamanlarda herhangi bir belirti görülmez. Kimilerinde ise, uyku bozuklukları, süre giden bir sinirlilik durumu ya da yeğın olmayan bir çökkünlük ve coşku durumu olmak üzere birtakım belirtiler kalır. Bu kişilerin çoğu, toplumsal ve iş yaşamında, hastalığından ötürü birtakım sorunlar yaşar (Andreasen, Black, 2006).

Toplumun % 0,8 ile 1,6’sında “iki uçlu I bozukluğu” vardır ve bu kişilerde maniden depresyona geçişler görülür. Yine toplumun yaklaşık % 0,5’inde (200 kişide bir kişide) “iki uçlu II bozukluğu” vardır. Bu kişilerde yeğın bir mani değil, hipomani olarak adlandırılan, bunun öyle yeğın olmayan bir biçimi görülür. Hastalığın genelde başlangıç yaşı 15 ile 19 yaşları arasındır. Yapılan çalışmalarda ilk depresyon ya da mani belirtilerinin görüldüğü dönemden, hastalık tanısının konduğu döneme dek yaklaşık sekiz yıl gibi bir sürenin geçtiği bulunmuştur (Köroğlu, 2013).

İki uçlu I bozukluğu tanısı konabilmesi için en az bir mani dönemi ya da karma dönem geçirilmiş olmalıdır. Tanı konabilmesi için bu dönemde, kabarmış duygu durumun yanında maninin en az üç belirtisinin (büyüklük düşünceleri, uyku gereksiniminde azalma, basınçlı konuşma, etkinlik ya da içsel güç düzeyinde artma, düşüncelerinin sanki birbirleriyle yarışıyor gibi gelmesi, düşünce uçuşmaları, dikkat dağınıklığı, dürtüsel davranış) daha bulunması ve bunların en az bir haftadır sürüyor olması gerekir. Kabarmış duygu durumun yerine duygu duruma kolay kızma egemense, tanı konabilmesi için maninin en az dört belirtisinin daha bulunması ve bu belirtilerin en az bir haftadır sürüyor olması gerekir (Köroğlu, 2013).

İki uçlu I bozukluğu olan çoğu kişinin yaşamının bir evresinde, depresyon hastalığının beş ya da daha çok belirtisi (çökkün duygu durum, yapıla gelen etkinliklere karşı ilgi yitimi, yemek yeme isteği değişiklikleri, kilo verme ya da alma, içsel gücünü yitirme ya da kolay yorulma, yerinde duramama ya da davranışlarında bir yavaşlama gösterme, odaklanamama, değersizlik düşünceleri, uyku sorunları yaşama, intihar düşünceleri ya da girişimleri) en az iki hafta süreyle görülür ve bu dönemde genel yaşam işlevselliğinde bir düşme olur (Köroğlu, 2013).

İki uçlu bozukluğu olan kişilerde mani ve depresyon dönemlerinin ardışıklığı değişik biçimlerde görülür. Kimilerinde mani dönemlerini depresyon dönemleri, depresyon dönemlerini de herhangi bir duygu durum belirtisinin bulunmadığı olağan ara dönemler izler. Kimilerinde depresyon dönemlerini mani dönemleri, mani dönemlerini de herhangi bir duygu durum belirtisinin bulunmadığı olağan ara dönemler izler. Kimilerinde de hızlı bir döngü görülür. Bu kişiler bir yıl içinde en az dört duygu durum dönemi geçirirler. Ancak bu kişiler de bütün yaşamları boyunca hızlı döngü göstermezler. Bu durum da, belirli bir zaman dilimiyle sınırlı gibi görünmektedir (Köroğlu, 2013).

Kişide hiç depresyon dönemi görülmemiş bile olsa, bir mani döneminin görülmüş olması, iki uçlu bozukluk tanısı koymaya yeter. Bu yaklaşım, er ya da geç bir depresyon dönemi görüleceği varsayımına dayanır. Yukarıda sözü edilen karma dönemlerde de, en az bir hafta süreyle, neredeyse her gün, hem depresyon döneminin, hem mani döneminin tanı ölçütleri karşılanır. Kimileri, karma dönemlerinde kendilerini “yorgun ama coşkun” olarak tanımlarlar. Kişi ileri derecede karamsar, umutsuz ve yorgun olabilir, düşüncelerini odaklamakta güçlük çekebilir, ancak yine de “yüksek bir hız” sergiliyor olabilir, diken üzerinde, gergin de olsa birtakım amaçların ardı sıra koşuyor, uyku gereksinimi azalmış ve hızlı düşünüyor olabilir (Köroğlu, 2013).

İki uçlu bozukluğun başlamasında kalıtsal etkenlerin önemi büyüktür. Ailede iki uçlu bozukluk öyküsünün olması ya da en azından bir depresyon hastalığının bulunması burada bir göstergedir. Ancak yeni ortaya çıkan hastalık dönemleri daha çok çevresel zorlayıcı etkenlerden, uyku bozukluklarından, alkol ve madde kötüye kullanımından, ilaç tedavisine uyum göstermemekten kaynaklanır (Sadock ve Sadock, 2008).

İki uçlu bozukluğu olan kişilerin birinci derecede akrabalarından her beş kişiden birinde bir duygu durum bozukluğu görülür (yaklaşık % 20'sinde). Bunların yaklaşık beşte ikisinde (% 8'inde) İki uçlu bozukluk, yaklaşık beşte üçünde (% 12'sinde) mani ya da hipomani dönemleri olmadan büyük depresyon dönemleri görülür (Sadock ve Sadock, 2008).

Buradan olmak üzere, kişinin İki uçlu bozukluğu varsa, bu bozukluğu çocuklarına geçirme olasılığı yaklaşık % 8'dir. Depresyon da içinde olmak üzere bir duygu durum bozukluğunu çocuklarına geçirme olasılığı yaklaşık % 20'dir. Ancak İki uçlu bozukluğun çocuklara geçirilme olasılığı, şizofreninin çocuklara geçirilme olasılığından (% 13) daha düşük bir olasılıktır (Sadock ve Sadock, 2008).

### **2.4.3. Depresyon**

Depresyon, kişinin kendisini nasıl hissettiğini, nasıl düşündüğünü ve nasıl davrandığını değiştiren bir durumdur. Duygusal durumla ilgili, bellek ve düşünmeyle ilgili (bilişsel) değişiklikler, ayrıca davranışsal ve bedensel değişiklikler ortaya çıkartan, önemli bir ruhsal hastalık olan depresyon, dünyada en sık görülen tıbbi sorunlardan biridir. Ancak depresyonun iyi yanı iyileştirilebilir bir hastalık olmasıdır. Depresyonu olan çoğu kişi, uygun bir tedavi ile birkaç hafta içinde düzelmekte ve olağan etkinliklerine geri dönebilmektedir. Kişi, yitirdiği içsel gücüne (enerjisine) ve yaşam sevincine yavaş yavaş yeniden kavuşmakta, geleceği karanlık gibi görünen bir dünyanın yerini aydınlık bir dünya almaktadır (Koroğlu, 2008).

Depresyon, kendi başına ortaya çıkabileceği gibi başka bir hastalığın bir sonucu olarak da ortaya çıkabilir. İlaç kullanımına bağlı olarak ortaya çıkabilir. Doğum sonrası ortaya çıkabilir. Alkol kullanıma bağlı olarak ortaya çıkabilir. Bir iş değişikliği, sevilen birinin yitilmesi ya da katlanılması zor başka bir olaya bir tepki olarak ortaya çıkabilir. Kimi zaman da belirgin tetikleyici bir uyarı olmaksızın kendiliğinden ortaya çıkar. Depresyon, kişinin yaşına, işine, gelir düzeyine, cinsiyetine, nerede oturduğuna, hangi ulustan ya da dinden olduğuna bakmaksızın herkeste ortaya çıkabilir. Depresyon, kadınlarda, erkeklerden İki kat daha sık görülür (Koroğlu, 2008).

İlk depresyon dönemi daha çok 25-44 yaşları arasında ortaya çıkar. Hastaların



yaklaşık yarısında ilk depresyon dönemi 40 yaşından önce görülür. Ancak, hem çocukluk ve ergenlik döneminde, hem de yaşlılık döneminde ilk kez ortaya çıkabilir. Depresyon sık görülen bir rahatsızlıktır. Çok sık görülmesi nedeniyle ruh sağlığı alanının “soğuk algınlığı” gibi olduğu düşünülür. Yaklaşık olarak 10 erkekten biri (% 10) ve 5 kadından biri (% 20) yaşamının bir döneminde klinik depresyon geçirir (Köroğlu, 2008).

Daha önce de sözü edildiği gibi, depresyon çoğu zaman gözden kaçan ve tedavi edilmeden kalan bir hastalıktır. Hekimler, yorgunluk, bitkinlik, baş ağrısı, ağrı ya da uykusuzluk gibi bedensel yakınmaları depresyonla ilişkilendiremeyebilirler. Depresyondaki bireyler de çoğu zaman belirtilerini yadsırlar ya da önemsiz olarak göstermeye çalışırlar. Duygularını bedensel yakınmalarla dile getiren kişiler, diğer bir deyişle yakınmalarını bedenselleştiren ve duygularını sözelleştirmektense beden dili ile dışa vuran kişiler böyle bir rahatsızlığın tanınmasını en zorlaştıran kişilerdir (Andreasen, Black, 2006).

Depresyonla "boğuşan" çoğu kişi için bir yardım yolu vardır. Antidepresan ilaçlar ve diğer tedavi yöntemleri, çoğu zaman, depresyon belirtilerinde birkaç hafta içinde şaşırtıcı değişiklikler ortaya çıkarırlar. Doğru bir tedavi ile depresyondaki hastaların en az % 80'i düzelir (Andreasen, Black, 2006).

Psikoterapi, genellikle yeterince açık olmayan ve çoğu zaman "kafa karıştıran" bir terim olarak karşımıza çıkar. Karışıklık yaratmasının bir nedeni, değişik psikoterapi türlerinin olmasıdır. Diğer bir nedeni de insanların psikoterapi ile psikanalizi genelde birbirleriyle karıştırmalarıdır. Yoğun ve uzun süreli bir tedavi yaklaşımı olan psikanaliz bugün çok daha az kullanılmaktadır. Psikoterapi, dinleme, konuşma, duygu ve düşüncelerle ilgilenme ve düşünce, duygu ve davranış değişiklikleri yaratma yoluyla ruhsal bozuklukları tedavi etme yaklaşımı olarak tanımlanabilir (Barlow, 2008).

Kişinin depresyonunun ne denli ağır olduğuna ve seçilen terapi türüne göre psikoterapi yalnızca birkaç görüşme sürebileceği gibi, aylarca da sürebilir. Genelde depresyon ne denli ağırsa, tedavi edilmesi için geçecek zaman o denli uzun olur (Barlow, 2008).

Hem terapi gören, hem de terapi uygulayan kişi başarılı sonuçlar elde edileceğine

inanmadıkça psikoterapi yararlı olamaz. Terapistin becerileri önemli olsa da kişinin "masaya ne getirdiği"nin de büyük önemi vardır. Diğer bir deyişle, kişinin tutumu, beklentileri, ne ölçüde kendisini verdiği ve katılımı terapinin işleyişi açısından çok önemlidir. Kişi, "hiç kimse bana yardımcı olamaz" ya da "bir işe yarayacağını hiç sanmıyorum" yaklaşımlarıyla terapiye giderse terapinin sonuca ulaşma olasılığı çok düşer (Barlow, 2008).

#### **2.4.4. Obsesif-Kompulsif Bozukluk (Takıntı-Zorlantı Bozukluğu)**

Takıntı-Zorlantı Bozukluğu (TZB), kişilerin önemli ölçüde zamanını alan, onlara sıkıntı veren ve bunaltan, olağan günlük işlevselliklerini ve başkalarıyla olan ilişkilerini bozan bir rahatsızlıktır. Bu rahatsızlığın tıptaki adı obsesif-kompulsif bozukluktur. Takıntılar, kişinin kendisini düşünmekten alıkoyamadığı sürekli düşünceler, dürtüler, düşlemler ya da imgelerdir ve kişide kaygı ve bunaltı uyandırır (Rapoport, 1991).

Zorlantılar, takıntıları ortadan kaldırmak ya da bunların doğurduğu kaygı ve bunaltıyı gidermek için yapılan zihinsel eylemler ya da yineleyici davranışlardır. Çoğunlukla bunlar, hastalık, ölüm, istenmedik bir durum gibi korkulan bir olaydan "büyüsel" olarak korunma ya da kaçınma amacını taşırlar (Andreasen, Black, 2006).

TZB'nun çok çeşitli görünüşleri varsa da, böyle bir rahatsızlığı olan kişilerin gösterdikleri düşünce ve davranışlar büyük ölçüde birbirine benzer. TZB'nun başlıca türleri şunlardır (Sadock ve Sadock, 2008):

- Yıkılan ve yıkayanlar, kir, pislik, mikrop ya da yabancı maddelerin bulaşabileceği düşüncelerini sürekli düşünmekten uzak duramayan kişilerdir. Bu kişiler, sürekli olarak, söz konusu etkenlerden ötürü zarar görecekleri ya da başkalarına bir biçimde zarar verecekleri korkusu içinde yaşarlar.
- Denetleyiciler, "gereği gibi yapmadıkları" davranışlarından ötürü, başkalarının başına gelebilecek olası tehlikeli durumlardan kendilerini aşırı derecede ve anlamsız bir biçimde sorumlu tutma eğiliminde olan kişilerdir. Bu kişiler, kapıları, pencereleri, elektrikle ya da gazla çalışan ev gereçlerini kapatıp kapatmadıklarını denetleyip durmaktan kendilerini alıkoyamayan, yoksa başlarına kötü bir şey geleceği düşüncesini taşıyan kişilerdir.
- Düzenleyiciler, belirli nesnelere, özel bir biçimde, "tam olarak yerine" koyarak bir

düzen tutturmaya zorlandığını duyumsayan kişilerdir. Bu nesnelere yer değiştirilirse, bunlara dokunulursa ya da bunlar başka bir düzene sokulursa, bundan ileri derecede rahatsızlık duyarlar.

- Salt takıntı düşünceliler, başkalarına zarar vereceğini düşündükleri istenmedik düşüncelerini, düşlemlerini ve imgelerini savuşturamayan kişilerdir. Bu kişiler, törensel yineleyici davranışları yapmak yerine yineleyici düşüncelere kapılabilirler. Kendilerinde kaygı uyandıran düşüncelere karşı koymak için sayı sayma, Tanrı'ya yakarma, belirli birtakım sözcükleri yineleyip durma gibi zihinsel eylemlere başvurabilirler.
- Biriktirip saklayanlar, önemsiz birtakım nesnelere toplayan ve bunları atmakta zorluk yaşayan kişilerdir.

Birçok kişide, yukarıda sayılanlara benzer takıntı belirli bir ölçüde bulunabilir. Kapıyı kitlemiş olup olmadığına İkinci bir kez bakmayan kaç kişi vardır? Bir kişinin okunmuş gazeteleri toplayıp atmaması bir başkasına çok saçma gelebilir. Söz konusu durumun bir rahatsızlık olarak kabul edilip edilemeyeceğine ilişkin önemli bir ölçü, kişinin düşünce ya da davranışlarının günlük işlevselliğini ne ölçüde bozduğuyla sınırlıdır. Yoksa herkesin, “kabul edilebilir ölçülerde” kendisini düşünmekten alıkoyamadığı takıntıları ve kendisini yapmaktan alıkoyamadığı davranışları olabilir ve bunlar kişinin günlük işlevselliğini bozmadıkça bir hastalık olarak kabul edilemez. Ancak, gösterdiğiniz belirtiler böyle bir tanı koymaya yetecek denli ağır olmasa bile, daha sonra sözü edilecek olan bilişsel-davranışçı tedavi yaklaşımının yönergelerine uyarsanız, sizde rahatsızlık uyandıran bu tür takıntılardan ve zorlantılardan kurtulabilirsiniz. Öte yandan, böyle bir rahatsızlık yaşayanlarda bu belirtiler değişik bileşimlerde ortaya çıkabileceği gibi, belirli bir belirti yıllarca baskın olduktan sonra bunun yerini başka bir belirti alabilir. Bu rahatsızlığın belirli bir gidiş örüntüsü yoktur (Andreasen, Black, 2006).

Takıntı-zorlantı bozukluğu en sık görülen dördüncü ruhsal rahatsızlıktır. Bir kişinin yaşamında böyle bir rahatsızlığın ortaya çıkma olasılığı % 2,5'tur. Bu veri, her 40 kişiden birinde böyle bir rahatsızlığın görüldüğü anlamına gelir. Böyle bir rahatsızlık geliştirenlerin % 65'inde bu rahatsızlık 25 yaşından önce başlar, ancak % 15'inde 35 yaşından sonra başlar. Kadınlarda biraz daha sık görülür. Ancak erkek çocuklarda, kız çocuklarına göre İki kat daha fazla görülür (Sadock ve Sadock, 2008).

TZB belirtilerinin başlangıcı genellikle yavaş yavaş olur. Bu kişilerin az bir kesiminde birden başladığı görülür. Kişinin iş yaşamında ya da özel yaşamında zorlandığı dönemlerde belirtilerde alevlenmeler görülebilir. İlk kez evden ayrılma, gebelik, çocuk doğurma, gebeliğin sonlanması, kişinin yaşamındaki sorumlulukların artması, sağlık sorunları gibi önemli yaşam olayları, TZB belirtilerinin başlamasına ya da artmasına yol açabilir (Sadock ve Sadock, 2008).

TZB çok değişik biçimlerde kendini gösterebilirse de en sık görülen belirtileri denetleme zorlantıları ve yıkama ya da temizleme zorlantılarıdır. Diğer belirtileri arasında bakışım (simetri) gereksinmesi, istenmedik cinsel ve/ya da saldırganlık düşünceleri, zorlayıcı sayma, sürekli bir güvence arayışında olma gereksinmesi, törensel davranışlarda bulunma ve biriktirip saklama vardır (Sadock ve Sadock, 2008).

Birtakım kişiler “yalnızca takıntı düşüncelidirler. Bu kişilerin takıntıları vardır, ancak zorlantıları yoktur. Bu kişilerin, daha çok, kendi kendilerini kınamalarına yol açan, saldırganlık ya da cinsel eylemlerde bulunmaya yönelik yineleyici düşünceleri olur. Diğer birtakım kişilerde “birincil takıntısız yavaşlık” görülür. Yavaşlık, bu kişilerde görülen başlıca belirtidir. Bu kişilerin yıkanmaları, giyinmeleri ve yemek yemeleri her gün saatler alır (Sadock ve Sadock, 2008).

TZB’nda belirtilerin ortaya çıkış örüntüsü çok değişkendir. TZB olan birçok kişinin, yaşamları boyunca tek bir belirtisi olabilirken, başkalarının çoğu kez birden çok takıntı düşüncesi ve zorlantısı olur. Sözelimi denetleme zorlantıları olan birinin eşzamanlı yıkanma zorlantıları da olabilir. Bunların yanı sıra belirtiler zamanla yer değiştirebilir ve değişkenlik gösterebilir. Sözelimi, kendini birtakım düşünceleri düşünmekten alıkoyamayan ve daha sonra bunun üstesinden gelen bir gencin, erişkinlik döneminde yıkanma zorlantıları ortaya çıkabilir, daha sonraki yaşlarda da denetleme zorlantıları görülebilir (Sadock ve Sadock, 2008).

#### **2.4.5. Alkol Kullanım Bozukluğu**

Birçok insan alkol alır, ancak bu insanların büyük bir çoğunluğu bu yüzden bir sorun yaşamaz. Ancak bir kesiminde alkol almak birtakım büyük sorunlar yaratır ve bu kişiler, bu

yüzden, alkol almayı bırakmak isterler. Bunun için kimileri alkolü bırakmak için uzmanlardan yardım alır, kimileri ise alkol almayı kendi başına bırakmaya çalışır (Andreasen, Black, 2006).

Alkol almayla ilgili sorunlar genellikle bir gecede ortaya çıkmaz, bunlar aylar ya da yıllar içinde giderek artan sorunlardır. Genellikle kişinin kendisinden önce yakınları birtakım kaygılar yaşarlar.

Kimi insanların “alkolik” olarak damgalanıyor olması, insanlar sanki İkiye ayrılıyormuş gibi bir izlenim bırakmaktadır. Kişi alkolikse, içkiyi tümüyle bırakmak dışında bir seçeneği yokmuş gibi; değilse, içki içmeyi istediğinde sürdürebilirmiş gibi algılanmaktadır. Oysa çoğu zaman, böylesine keskin bir sınır çizilemeyeceği gibi, “alkolik” olunmasa bile, aşırı ölçülerde alkol almanın doğurduğu kötülükler artık iyi bilinmektedir.

Dolayısıyla burada sorulması gereken en önemli soru, aşırı ölçülerde içilip içilmediğidir. Alkolün, düşük düzeylerde alındığında, çoğu insana bir kötülüğünün dokunmadığı, hatta belirli birtakım kalp hastalıkları için yararının bile olduğu öne sürülmektedir. Ancak bu sınırların üzerinde alındığında birtakım sağlık sorunlarına ve toplumsal sorunlara yol açtığı bilinmektedir. Ancak bu gibi sorunlar henüz ortaya çıkmamış olsa bile, üzerinde özellikle durulması gereken kavram, aşırı yemek yeme kavramına benzer biçimde, aşırı içki içme kavramıdır.

Hangi ölçünün ya da sınırın üzeri aşırıdır? Belirlenen üst değerler, kadınlar için günde bir ölçü, erkekler içinse günde İki ölçü içkidir. Ayrıca, vücudu dinlendirmek için, haftada en az İki gün hiç içki içilmemesi gerekir. Alkolün yol açtığı sağlık sorunları açısından, hiç içmemekle, günde bir-İki ölçü içmek arasında büyük bir ayrım olmadığı gösterilmiştir. Kadınların günde İki ölçü, erkeklerin ise günde üç ölçü içki içmeye başlamalarıyla birlikte, alkol içmeyle ilgili sağlık sorunları baş göstermeye başlar. Bu aşamadan sonra, ne denli çok içilirse, sağlık sorunlarına yol açma olasılığı o denli yüksek olur.

Ancak bütün bunlar ortalama değerlerdir. Çevrenizde, çok içki içen, çok sigara içen, çok yemek yiyen ve yağlı yemeklerden uzak durmayan, ancak sağlıklı ve uzun bir yaşam sürmüş olan birileri olmuş olabilir. Kural dışı bu tür az görülen durumlar olabilir, ancak bu

gibi durumlar genel ortalamayı etkilemez. Çok içki içen, çok sigara içen, çok yemek yiyen ve yağlı yemeklerden uzak durmayan kişilerin çok büyük bir çoğunluğunun sağlıklı ve uzun bir yaşam sürme olasılıkları düşük olacaktır. Sigara içmek ve aşırı yemek yemek gibi, aşırı içki içmek de yaşamı 10-15 yıl kısaltmakta ve yaşam niteliğini büyük ölçüde bozmaktadır.

Ancak içkinin kötülüklerini görebilmek için kimi zaman yıllarca beklemek gerekmez, tek bir kez çok aşırı ölçülerde içki içilmesiyle birlikte olanlar olabilir. Bunun bilinen bir örneği, araba kullanmadan önce içki içmektir. Araba kullanırken güvenli kan alkol düzeyi sıfırdır. Çok düşük ölçülerde alkol bile, dikkati, algılamayı, yargılamayı ve diğer zihinsel işlevleri bozabildiği için, güvenli araba kullanmayı güçleştirebilir. Buradaki güçlük, kişinin zihinsel işlevlerinin bozulduğunu kendisinin ayırt edemiyor olmasıdır. Dolayısıyla alkol aldıktan sonra araba kullanmak gibi kaçınılmaz bir durumla karşı karşıya kalınmışsa, aşırı ölçülerde sıvı alınarak, alkolün vücuttan atılmasına yardımcı olunmaya çalışılmalıdır.

Ne denli içildiğinin ya da sorun yaratabilecek hangi durumlarda içildiğinin yanı sıra içki içmenin, o sırada, kişinin kendisi ve çevresindekiler üzerinde ne gibi sorunlara yol açtığı da bilinmesi gerekir. Bu duruma tıpta “alkol kötüye kullanımı” adı verilir. Burada önemli olan, içki içmenin yarattığı kötülüklerin ayırımına varmaktır.

Tıpta bir de “alkol bağımlılığı” kavramı vardır. Kimileri, içki içmeyince, terleme, titreme, kalp atışlarında hızlanma gibi birtakım yoksunluk belirtileri yaşıyor olmakla, bu kavramı eşdeğer tutarlar. Bu kavramı böyle anlamak belirli bir dereceye dek doğrudur, ancak alkol bağımlılığı içki içmeyince yoksunluk yaşamaktan daha kapsamlı bir kavramdır. Alkol bağımlısı birtakım kişiler, içki içmediklerinde yoksunluk yaşamayabilirler.

Bağımlılık, daha genel anlamda, kişinin yaşamını giderek kapsayan bir süreçtir. İçki içmek için daha çok para harcanır, yine içki içmek için ya da içki içmenin etkilerinden kurtulabilmek için giderek daha çok zaman harcanır. Sonunda, kişinin yaşamında, sürdürdüğü etkinliklerinin ya da kurduğu insan ilişkilerinin yerini alkol almaya başlar. Kişi, alkol almadan nasıl uyuyacağını ya da alkol almadan karşılaştığı güçlüklerle nasıl başa çıkabileceğini bile bilemez. Zaman zaman alkolü bırakma girişimleri olur, ancak oldukça hızlı bir biçimde alkole yeniden başlar. Kısacası, yaşamının başlıca odağı alkol olur.

Burada önemli olan, kişilerin değil, davranış ve tutumların adlandırılması gerektiğidir. Alkolik ya da sorunlu içici demek yerine, sorunlu içme davranışından söz etmek daha doğru olur. Aralarında çok büyük bir ayrım yokmuş gibi gelebilir, ancak vardır. Çünkü insanları damgalamak aşağılayıcı olabilir ve değişme sürecini güçleştirebilir. Ayrıca “alkolik” olarak adlandırılan bir kişi, içki içmeyle ilgili davranış sorununu ele almaya karşı bir direnç gösterebilir. İçki içmenin ne gibi sorunlara yol açtığı sorulacak olsa, bir dizi sorunu sıralayabilirler, ancak içki sorunu olan bir insan olup olmadıkları sorulacak olsa “hayır” yanıtı verebilirler. Çünkü utanç ya da suçluluk duyguları içindeyken kişinin davranışlarını gözden geçirmesi kolay değildir. Dolayısıyla birtakım adlar koyup damgalamak yerine, kişinin yaşamında ne olup bittiğine bakmak, daha doğru bir yaklaşım olur.

Çözüm yollarından biri alkol almayı tümüyle bırakmaktır. Birçok kişi, alkol almaktan tümüyle uzak durarak aşırı içme sorununun önüne geçmiştir. Kimi zaman en akılcı ve en kolay çözüm yolu budur. Bunu yapabilmiş olanlara, bu tutumlarını sürdürmeleri önerilir.

Ancak aşırı ölçülerde içki içen herkes, içki içmeyi tümüyle bırakmak istemeyebilir. Tam bırakmanın amaçlandığı tedavi girişimlerinden sonra bile, her dört kişiden üçünün yeniden içki içmeye başladığı görülmektedir. Bu nedenle, aşırı ölçülerde içki içen birçok kişi, içki içmeyi tümüyle bırakmak yerine azaltmayı ve davranışlarını yönetmeyi istemektedir. Bu da başka bir çözüm yolu olarak görülebilir.

İnsanların çoğu, alkolün kimi yanlarını sever, kimi yanlarını sevmez. Değişmenin ilk adımı, neyi sevip, neyi sevmediğini doğru belirlemekten geçer. Bunun için, öncelikle, alkolün ne gibi iyi yanlarının olduğu düşüncesi üzerinde ve içki içmenin neden sürdürüldüğünün yanı sıra neden azaltmak (ya da tümüyle bırakmak) istendiği üzerinde durulmalıdır. Bunları yalnızca düşünmekle kalmamalı, düşünülenler bir kâğıda da geçirilmelidir. Kâğıdın sol yarısına, içki içilmeyecek olsa kaçırılacak olanlar, diğer bir deyişle içki içmenin nedenleri yazılır. Kâğıdın sağ yarısına ise içki içilme iyi olur diye düşündüren etkenler sıralanır. İçki içmenin iyi yanları ile ilgili olarak, söz gelimi rahatlattığı, utanç duygusunu önlediği, arkadaşlarla geçirilen zamana bir anlam kattığı, tadından hoşlanıldığı gibi özellikleri sıralanabilirken; içki içmeyi azaltmanın ya da içki içmeyi bırakmanın nedenleri olarak, söz gelimi ertesi sabah kendini daha iyi hissetmek, anımsama güçlüklerinin önüne geçmek, sağlığını korumak, işini yitirme korkusu, aile ilişkilerinin

bozulması gibi etkenler sıralanabilir.

Böyle bir sıralamayı yapmasının ardından kişi, kendisine, içkiyi azaltmayı (ya da tümüyle bırakmayı) ne denli istediğini, diğer bir deyişle içkiyi azaltmasının (ya da tümüyle bırakmasının) kendisi için ne denli önemli olduğunu, bunu yapmak için kendisine ne denli güvendiğini sormalıdır. Kişi, kendisi istemedikçe hiçbir öğüt onun işine yaramaz.

İçkiyi azaltmanın değişik birtakım yolları vardır. Atılması gereken adımlardan biri, içki içmenin yanı sıra yaptıklarını değiştirmektir. Diğer bir deyişle, içme biçimini değiştirmektir. Alkol almayla ilgili çoğu sorun aşırı ölçülerde içki içmekle ilgili olduğu için, yapılabileceklerden biri, içme hızını değiştirmektir. Bunu yapabilmek görüldüğünden daha güçtür, çünkü içki içme biçimi, kendi başına bir alışkanlık olur. İnsanlar çok büyük bir olasılıkla içme hızlarının ayırımında değildirler, ancak bunun ayırımında olmaları gerekir (Barlow, 2008).

Benlik denetimi sağlayabilmenin diğer bir yolu, ne gibi etkenlerin içki içmeyi tetiklediğini anlamaktan geçer. Bu da, içki içilen durumları ve içki içmeden önce ne olup bittiğini araştırıp bulmayı gerektirir. Kimi insanlar, belirli başka birtakım insanlarla birlikte olduklarında ya da haftanın belirli günlerinde ya da saatlerinde daha çok içerler. Kimileri belirli birtakım duygular içine girdiklerinde daha çok içerler. Söz gelimi gerildiklerinde, çökkünlük duyduklarında, kızdıklarında ya da bir kutlama yaptıklarında daha çok içki içtikleri görülür (Barlow, 2008).

Birçok insan da, alkolün üzerinde yarattığı etkiler yüzünden çok içer. Kimi etkiler açık birtakım etkilerdir (sarhoş olmak gibi), kimi etkiler ise güçlkle ayırt edilebilen başka birtakım etkilerdir. Alkol almakla ne gibi bir beklentiye girildiği doğru anlaşılırsa, bu beklentinin başka nasıl karşılanabileceği üzerinde durulabilir ve başka birtakım seçenekler geliştirilebilir. Söz gelimi, gevşemek için, uykuya dalmak için ya da kendini daha iyi hissetmek için alkol alınmıyor olabilir. Ancak bu tür beklentiler başka birtakım yollarla da karşılanabilir.

İçki içme alışkanlığı olanlar, genellikle eğlenmekle içki içmeyi eşdeğer tutarlar. Bunun bir nedeni, eğlendikleri çoğu zaman birlikte içki de içiyor olmalarıdır. Oysa



çökkünleştirici (depresan) bir etkisi olan alkol, kendini daha iyi hissetmenin iyi bir yolu değildir. İnsanları yanılta, alkolün hoş zaman geçirilen bir etkinlikle eşleşmesidir. Yukarıda sözü edilen çalışmalarda, içtikleri içki alkol içermese bile, içki içtiği “düşüncesinde olan” insanların toplumsal durumlarda daha az gergin oldukları, kendilerini daha kolay koyverdikleri saptanmıştır. Dolayısıyla burada da önemli olan, eğlenmek için alkol alma gereği olduğu düşüncesinden kurtulmaktır (Barlow, 2008).

Öte yandan iyi bir uyku uyumanın yolu kesinlikle alkol almaktan geçmez. Yapılan bütün çalışmalarda, alkolün uykuya dalmayı kolaylaştırdığı, ancak uykunun niteliğini bozduğu gösterilmiştir. Dolayısıyla ilerleyen zamanda alkol, belirli nitelikli bir uyku düzeni tutturulamayacağı için, uyumayı daha da güçleştirebilmektedir. Önemli olan, iyi uyku uyumanın gereklerine uymaktır.

Kendini doğru ortaya koyabilmek ve diğer insanlarla iyi ilişkiler kurabilmek için de alkole gerek yoktur. Burada da insanlarla iyi ilişkiler kurabilmenin genel kurallarına uymak öncelik taşır. Kişinin karşısındakiyle gerçekten ilgilenmesi, söylediklerine özen göstermesi, ona saygı duyduğunu hissettirmesi, onu eleştirmeye kalkmaması, istenmedikçe öğüt vermeye kalkışmaması, aşırı sahiplenici bir tutum takınmaması ve karşısındakinin üzerinde baskı kurmaya çalışmaması, karşısındakinin duygularına saygı göstermesi, karşısındakinin kendisini rahat hissetmesini sağlaması ve sürekli “dır dır” etmemesi, yakınmaması, iyi insan ilişkileri kurmasını sağlar (Köroğlu, 2009).

Burada önemli olan, alkolün yerine getireceği düşünülen çoğu beklentinin, alkol alınmadan da sağlanabileceğinin düşünülmesi, alkolden ne gibi bir beklenti içinde olduğunun doğru belirlenip, bu beklentinin daha sağlıklı başka hangi yollarla sağlanabileceğinin araştırılıp bulunmasıdır. Alkol, sanıldığı gibi tersine, bu beklentilerin gerçekleşmesine yardımcı olmamaktadır; ancak yapılan birtakım anlamlı etkinliklerle eşleştiği için böyle yanlış bir izlenime kapılınabilmektedir (Köroğlu, 2009).

#### **2.4.6. Alzheimer Hastalığı (Demans)**

Demans (halk deyişiyile bunama), bellek bozukluğunu da kapsayan, çok sayıda bilişsel açıyla belirli bir durumdur. Demanslar, genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik

etkilerine, bir maddenin kalıcı etkilerine ya da birçok etkene (sözgelimi, serebrovasküler hastalığın ve Alzheimer hastalığının birleşik etkilerine) bağlı, çok sayıda bilişsel açığın (bellek bozukluğu da içinde olmak üzere) gelişmesi ile belirlidir (Medina, 1999).

Demans tanısı konabilmesi için bellek bozukluğunun olması gerekir. Bellek bozukluğu, erken ortaya çıkan, belirgin bir özelliğidir. Demansı olan kişiler, yeni bilgiler öğrenmede yetersiz kalmaya başlayabilirler ya da daha önceden öğrendikleri bilgileri unutabilirler. Ancak, demansı olan çoğu kişide, her İki tür bellek bozukluğu da bulunur. Bu kişiler, cüzdanları ya da anahtarları gibi değerli nesnelere koydukları yerleri bulamayabilirler, yemeği ocakta unutabilirler ve yollarını yitirebilirler. Demansın daha ileri evrelerinde, bellek bozukluğu çok yeğınleşebilir ve kişi ne iş yaptığını, okuduğu okulu, doğum gününü, aile üyelerini, kimi zaman adını bile unutabilir (Medina, 1999).

Demans tanısı konabilmesi için, bu kişilerde görülen bellek bozukluğunun yanı sıra afazi, apraksi, agnozi ya da yönetsel işlev bozukluğunun, toplumsal ya da işle ilgili işlevsellikte (okula gitme, çalışma, alışveriş yapma, giyinme, yıkanma, parasal konularla başa çıkma ve günlük yaşamın diğer etkinlikleri gibi) belirgin bir bozulmaya yol açacak denli ağır olması, ayrıca daha önceki işlevsellik düzeyine göre bir düşme olması gerekir.

Demans, 65 yaşının üzerindeki % 5-8 oranında, 75 yaşının üzerindeki % 15-20 oranında, 85 yaşının üzerindeki ise % 25-50 oranında etkileyen bir durumdur. Demansların en sık görülen türü Alzheimer türü demanstır ve bu durum, bütün demanslıların % 50-75'ini oluşturur. Yaş ilerledikçe bu oran daha da artar. İkinci sıklıkta demans nedeni vasküler demanstır. Demansın ve eşlik eden davranışsal belirtilerin kaynağı olabilecek ya da bunların gelişmesine katkısı olmuş olabilecek, genel tıbbi durumların bulunması ve tedavi edilmesi büyük önem taşır (Sadock ve Sadock, 2008).

Psikiyatriyle ilgili, bilişsel ve bilişsel olmayan belirtilerin ortaya çıkıp çıkmadığı, nasıl ilerledikleri ve tedavi girişimlerine nasıl yanıt verdikleri, belirli aralıklarla değerlendirilmelidir. Gerektiğinde hemen tedaviye başlanabilmesi, hastanın güvenliğinin sağlanabilmesi ve uygun zamanda gerekli önerilerde bulunabilmesi için, olağan izlemde, hastanın üç-altı ayda bir görülmesi gerekir (Medina, 1999).

Karmaşık ya da güvenliği ortadan kaldıran belirtilerin olması durumunda ya da özgül birtakım tedavilerin uygulandığı aşamalarda, hastaların çok daha sık görülmesi gerekebilir. Güvenlik önlemleri, intihar ya da şiddete başvurma olasılığının değerlendirilmesini, hastanın yeterince gözetim altında tutulması için önerilerde bulunulmasını, düşmelerinin önlenmesini, dolaşım durmasını kısıtlamayı, araba kullanmasına kısıtlama getirmeyi, genel bakımının sağlanmasını kapsar (Barlow, 2008).

#### **2.4.7. Yaygın Kaygı (Anksiyete) Bozukluğu**

Yaygın kaygı bozukluğunun başlıca özelliği, en az altı ay süreyle, hemen her gün, birçok olay ya da etkinlik hakkında aşırı kaygı ve kuruntu (endişeli beklentiler) duymadır. Kişi, kuruntularını denetlemeyi zor bulur. Kaygı ve kuruntuya, huzursuzluk, kolay yorulma, düşüncelerini odaklamada zorluk çekme, kas gerginliği ve uyku bozukluğunun kapsandığı bir listeden en az üç ek belirti eşlik eder. Yaygın kaygı bozukluğu olan kişiler, üzüntülerini her zaman "aşırı" olarak tanımlamasalar da sürekli üzüntü çekmelerinden ötürü sıkıntı duyduklarını, üzüntülerini kontrol etmeyi zor bulduklarını ya da toplumsal ve mesleki alanlarda ya da işlevselliğin önemli diğer alanlarında bununla ilişkili olarak bir bozulma yaşadıklarını söylerler (Koroğlu, 2006).

Korku duyulan olayın gerçek olabilme olasılığına ya da ortaya çıkabilecek etkilerine göre kaygı ve kuruntunun yoğunluğu, süresi ya da görülme sıklığı çok fazladır. Kişi, üzücü ve endişelendirici düşüncelerinin, elindeki işlere gösterdiği dikkatini dağıtmasına engel olamaz ve söz konusu kişinin üzüntülerini sonlandırmakla ilgili bir güçlüğü vardır. Yaygın kaygı bozukluğu olan erişkinler, işlerinde yeni ortaya çıkabilecek sorumluluklar, parasal sorunlar, aile bireylerinin sağlıkları, çocuklarının başına gelebilecek kazalar ya da diğer küçük konular (günlük ev işleri, arabanın onarımı ya da randevularına geç kalma gibi) gibi günlük, sıradan yaşam koşulları hakkında çoğu zaman üzüntü duyar ve endişelenirler. Bu bozukluğun gidişi sırasında üzüntü odağı bir alandan diğerine kayabilir (Campbell, 1989; Koroğlu, 2009; Rachman, De Silva, 2004).

Yararlı olmayan, işlevsel olmayan tasalanma, sürekli bir sorun olmaya başlarsa kişinin "yaygın kaygı bozukluğu" (YKB) olduğundan söz edilebilir. Yaygın kaygı bozukluğunda yararlı ve işlevsel olmayan tasalanma süre giden bir sorundur. Kişi çok sık

kaygı duyar ve olur olmadık şeyler için tasalanır, bu duyguları çok yoğun bir biçimde, çok uzun yaşar. Amaç, duyulan kaygı ve tasalanmayı tümüyle ortadan kaldırmak değil; yararlı olmayan, dolayısıyla kişinin işlevselliğini bozan tasalanmayı azaltmaktır (Köroğlu, 2006; Köroğlu, 2015).

## BÖLÜM III. ÇALIŞMANIN YÖNTEMİ

### 3.1. Çalışmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı Türkiye'de örnek bir psikiyatri hastanesi olan Boylam Psikiyatri Hastanesi'nde en sık görülen hastalıklara sahip hastaların ortalama yatış sürelerini belirlemektir. Son beş yıldaki veriler (2009-2014) ele alındığı zaman en sık yatışı yapılan psikiyatri hastalıkları şu şekilde sıralanabilir: Şizofreni, iki uçlu (bipolar) bozukluğu mani, depresyon, obsesif-kompulsif bozukluğu, alkol kullanım bozukluğu, kannabis (esrar) kullanım bozukluğu, uyarıcı (kokain) kullanım bozukluğu, opiyat (eroin) kullanım bozukluğu, Alzheimer hastalığı, birden fazla madde bağımlılığı ve anksiyete bozukluğu. Bu çalışma, söz konusu hastalıkların tanısı konan hastaların birinci ve sonraki yatışlarında ortalama hastanede yatış sürelerini saptamak amacıyla yapılmıştır.

### 3.2. Çalışmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini 2009-2014 yılları arasında Boylam Psikiyatri Hastanesi'nde yatarak tedavi gören tüm hastalar oluşturmaktadır. Çalışmanın örneklemini ise aynı tarihler arasında en sık yatışı yapılan psikiyatri hastalıkları tanısı almış 526 hasta olarak belirlenmiştir. Çalışmada, 5 yıllık (2009-2014) bir dönem boyunca yatılı hasta olarak psikiyatri hastanesine giriş yapan ve taburcu olan hastaların kayıtlarına geriye dönük (retrospektif) analiz uygulanmıştır.

Özel Boylam Psikiyatri Hastanesi, ruhsal hastalıkların yanı sıra alkol ve diğer madde bağımlılıklarının tanı ve tedavisi konusunda uzmanlaşmış, 51 yataklı özel bir hastanedir. Hastanede şizofreni, bipolar bozukluk (manik depresyon), depresyon, panik bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk, sosyal fobi, özgül fobi, travma sonrası stres bozukluğu, somatoform bozukluklar, dissosiyatif bozukluklar, Alzheimer ve diğer tür demanslar, alkolizm ve diğer madde bağımlılıkları, internet ve kumar bağımlılığı, uyku bozuklukları, anoreksiya ve bulimiya gibi yeme bozuklukları, cinsel işlev bozuklukları ve başta sınırdaki (borderline) kişilik bozukluğu olmak üzere kişilik bozuklukları tedavi edilmektedir. Hasta başına 90 m<sup>2</sup> kapalı, 500 m<sup>2</sup> açık alanı ile dünya standartlarının da üzerinde, Türkiye'nin en büyük özel psikiyatri hastanesidir. 49 hasta yatağı, 2 yoğun bakım yatağı, 2 gözlem yatağı ve bir uyku laboratuvarı yatağı ile hizmet

vermektedir. Hastane, Ankara-İstanbul Anadolu (TEM) Otoyolu'nun üzerinde, kendi yerleşkesinde konumlanmıştır.

### **3.3. Çalışmada Kullanılan Değişkenler**

Boylam Psikiyatri Hastanesi'nde en sık yatış yapılan hastalıkların ortalama yatış süresinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada hasta yatış süresi bağımlı değişken, aşağıda sıralanan faktörler de bağımsız değişkenler olarak kabul edilmiştir. Bu faktörler:

- Hastanın yaşı
- Hastanın cinsiyeti
- Sigorta kapsam türü
- ICD-10 Kodu'na göre hastalık sınıfı
- Hastanın birden fazla yatış yapma durumu

### **3.4. Hipotezler**

H<sub>1</sub>: Ortalama hasta yatış süresi hastanın yaşına göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermektedir.

H<sub>2</sub>: Ortalama hasta yatış süresi hastanın cinsiyetine göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermektedir.

H<sub>3</sub>: Ortalama hasta yatış süresi hastanın sosyal güvence kapsam türüne göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermektedir

H<sub>4</sub>: Ortalama hasta yatış süresi hastanın tanısına göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermektedir

H<sub>5</sub>: Ortalama hasta yatış süresi hastanın birden fazla yatış yapma durumuna göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermektedir.

### **3.5. Verilerin Analizinde Kullanılan Yöntemler**

Boylam Psikiyatri Hastanesi'nde en sık yatış yapılan hastalıkların ortalama yatış süresinin belirlenmesi amacıyla hastane kayıtlarından elde edilen 526 hasta verileri ile ilgili SPSS 18.0 paket programında istatistiksel analizler yapılmıştır. İlk aşamada yatan hastaların sosyo-demografik özelliklerine ve tanılarına ilişkin tanımlayıcı analizler yapılmıştır. Bu kapsamda yaş gruplarına, cinsiyete, sigorta kapsam türüne, tanıya ve

birden fazla yatış yapma durumuna göre frekans dağılımları oluşturulmuştur. Sonraki aşamada hasta yatış süresi ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi ortaya koyabilmek için hipotez testlerinin uygulanmasına karar verilmiştir. Parametrik hipotez testlerinin; verilerin aralıklı ya da oransal olması, normal dağılıma uyması ve varyansların homojenliği varsayımları değerlendirilmiştir. Hasta yatış süresi ile ilgili değişkenlerin (birinci, ikinci, üçüncü, toplam ve ortalama yatış süreleri), yapılan normallik testi değerlendirmesi sonucunda normal dağılıma benzemediği belirlenmiştir ( $p < 0,05$ ). Bunun sonucunda, ikili gruplardan oluşan değişkenler ile hasta yatış süresi arasındaki ilişki incelenirken Parametrik olmayan Mann-Whitney U Testi, ikiden fazla gruptan oluşan değişkenler ile hasta yatış süresi arasındaki ilişki incelenirken Parametrik olmayan Kruskal Wallis Testi uygulanmıştır. Bu doğrultuda öncelikle;

- Cinsiyete göre ortalama hasta yatış süresi
- Yaş gruplarına göre ortalama hasta yatış süresi
- Sigorta kapsam türüne göre ortalama hasta yatış süresi
- Hasta yatış tanılarına göre ortalama hasta yatış süresi
- Birden fazla yatış yapma durumuna göre ortalama hasta yatış süresi değerlendirilmiştir.

## BÖLÜM IV. BULGULAR

Boylam Psikiyatri Hastanesi'nde 2009-2014 yılları arasında yatış yapan 526 hastanın kayıtlarına geriye dönük (retrospektif) analiz uygulanmıştır. Bu bölümde analiz sonuçları açıklanmaktadır.

### 4.1. Psikiyatri Hastalarının Sosyo-Demografik Özellikleri

Boylam Psikiyatri Hastanesi'nde 2009-2014 yılları arasında yatış yapan 526 hastanın cinsiyetlerine göre dağılımı Tablo 3'de gösterilmektedir.

**Tablo 3. Araştırmaya Dahil Edilen Psikiyatri Hastalarının Cinsiyete Göre Dağılımı**

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Erkek	282	53,6
Kadın	244	46,4
Toplam	526	100,0

Hasta kayıtlarında yapılan inceleme sonucu araştırmaya dâhil edilen 526 psikiyatri hastasının %53,6'sı erkek, %46,4'ü kadındır.

Araştırma kapsamındaki 526 hastanın yaşları 16 ile 80 arasında dağılım göstermekte olup, ortalama yaş  $37,8 \pm 12,3$  yıldır. Tablo 4'de yaş gruplarına göre dağılım gösterilmektedir.

**Tablo 4. Araştırmaya Dahil Edilen Psikiyatri Hastalarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı**

	Sayı (n)	Yüzde (%)
16-25	53	10,1
26-35	195	37,1
36-55	218	41,4
56 ve üstü	60	11,4
Toplam	526	100,0

Araştırmaya dâhil edilen hastaların %41,4'ü 35-55, %37,1'i 26-35 yaşları arasındadır.

Araştırma kapsamındaki 526 hastanın Sosyal Güvenlik Kurumu kapsamında olma durumlarına göre dağılımı Tablo 5'de gösterilmektedir.



**Tablo 5. Araştırmaya Dahil Edilen Psikiyatri Hastalarının SGK Kapsamında Olma Durumlarına Göre Dağılımı**

	Sayı (n)	Yüzde (%)
SGK Kapsamında	474	90,1
SGK Kapsamında Değil	52	9,9
Toplam	526	100,0

Araştırmaya dâhil edilen hastaların sadece %9,9'u SGK kapsamında değildir.

#### 4.2. Psikiyatri Hastalarının Yatış Özellikleri

Boylam Psikiyatri Hastanesi'nde 2009-2014 yılları arasında yatış yapan 526 hastanın tanı sınıflarına göre dağılımı Tablo 6'da gösterilmektedir.

**Tablo 6. Araştırmaya Dahil Edilen Psikiyatri Hastalarının Tanı Sınıflarına Göre Dağılımı**

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Alkol Bağımlılığı	50	9,5
Alzheimer Hastalığı	50	9,5
Anksiyete Bozukluğu	40	7,6
Birden Fazla Madde Bağımlılığı	50	9,5
İki uçlu (Bipolar) I Bozukluğu, Depresyon	36	6,8
İki uçlu (Bipolar) I Bozukluğu, Mani	50	9,5
Kannabis (Esrar) Kullanım Bozukluğu	50	9,5
Majör Depresyon Bozukluğu	50	9,5
Obsesif-Kompulsif Bozukluk	38	7,2
Opiyat (Eroin) Kullanım Bozukluğu	50	9,5
Şizofreni	50	9,5
Uyarıcı (Kokain) Kullanım Bozukluğu	12	2,3
Toplam	526	100,0

Araştırmaya dâhil edilen psikiyatri hastalarının yatış sayılarına göre dağılımı Tablo 7'de gösterilmektedir.

**Tablo 7. Araştırmaya Dahil Edilen Psikiyatri Hastalarının Yatış Sayılarına Göre Dağılımı**

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sadece 1 kez	411	78,1
2 kez	73	13,9
3 kez	42	8,0
Toplam	526	100,0

Boylam Psikiyatri Hastanesi'nde 2009-2014 yılları arasında yatış yapan 526 hastanın ortalama yatış süreleri ile ilgili dağılımları Tablo 8'de gösterilmektedir.

**Tablo 8. Araştırmaya Dahil Edilen Psikiyatri Hastalarının Ortalama Yatış Sürelerine Göre Dağılımı**

	Sayı	Min	Maks	Ortalama	SS
Birinci Yatış Süresi	526	1	178	21,85	19,209
İkinci Yatış Süresi	115	1	139	19,62	22,177
Üçüncü Yatış Süresi	42	2	89	14,76	19,351
Toplam Yatış Süresi	526	1	269	27,32	28,332
Ortalama Yatış Süresi	526	1	178	21,27	18,64

*Min= Minimum değer; Maks= Maksimum değer; SS=Standart Sapma*

Tablo 8'de görüldüğü gibi en az bir kez yatış yapan 526 hastanın ortalama birinci yatış süresi  $21,85 \pm 19,20$  gün, en az 2 kez yatış yapan 115 hastanın ikinci yatış süresi ortalama  $19,62 \pm 22,17$  gün ve üçüncü kez yatış yapan 42 hastanın ortalama üçüncü yatış süresi  $14,76 \pm 19,35$  gündür. Hastaların %21,9'unun birden fazla kez hastaneye yatış yapması aslında tedavilerinin tamamlanmadığını veya taburculuk sonrası hastalığın seyrinin değiştiğini göstermektedir. Bu doğrultuda psikiyatri hastanesinde tedavi süresine göre toplam yatış süresi tüm yatış sürelerinin toplamı olarak hesaplanmış ve ortalama  $27,32 \pm 28,33$  gün olarak belirlenmiştir. Ayrıca yine hastaların birden fazla kez yatmaları dikkate alınarak tüm yatışlarının ortalaması hesaplanmıştır. Sadece 2 kez yatış yapan hastalar için birinci yatış süresi ile ikinci yatış süresi toplamı 2'ye, 3 kez yatış yapan hastaların tüm yatış süreleri toplamı 3'e bölünerek hesaplama yapılmıştır ve tüm yatışlar dikkate alındığında ortalama yatış süresi  $21,27 \pm 18,64$  gün olarak belirlenmiştir.

### 4.3. Tanı Gruplarına Göre Psikiyatri Hastalarının Özellikleri

Boylam Psikiyatri Hastanesi'nde 2009-2014 yılları arasında yatış yapan 526 hastanın tanı gruplarına göre cinsiyet dağılımı Tablo 9'da gösterilmektedir.

**Tablo 9. Hastaların Tanı Sınıflarına Göre Cinsiyet Dağılımı**

	ERKEK		KADIN	
	N	%	N	%
Alkol Bağımlılığı	27	54,0	23	46,0
Alzheimer Hastalığı	27	54,0	23	46,0
Anksiyete Bozukluğu	15	37,5	25	62,5
Birden Fazla Madde Bağımlılığı	32	64,0	18	36,0
İki uçlu (Bipolar) I Bozukluğu, Depresyon	13	36,1	23	63,9
İki uçlu (Bipolar) I Bozukluğu, Mani	25	50,0	25	50,0
Kannabis (Esrar) Kullanım Bozukluğu	36	72,0	14	28,0
Majör Depresyon Bozukluğu	19	38,0	31	62,0
Obsesif-Kompulsif Bozukluk	21	55,3	17	44,7
Opiyat (Eroin) Kullanım Bozukluğu	32	64,0	18	36,0
Şizofreni	26	52,0	24	48,0
Uyarıcı (Kokain) Kullanım Bozukluğu	9	75,0	3	25,0

Hastaların cinsiyetlerine göre tanıları değerlendirildiğinde bazı tanı gruplarında erkeklerin, bazılarında ise kadınların daha fazla olduğu görülmektedir. Yapılan ki-kare analizi sonucunda tanı sınıfına göre cinsiyetlerdeki farklılık istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ( $X^2= 27,216$ ,  $p<0,05$ ). Özellikle uyarıcı (kokain) kullanım bozukluğu, kannabis (esrar) kullanım bozukluğu, birden fazla madde bağımlılığı ve opiyat (eroin) kullanım bozukluğu tanısı alan hastalarda erkeklerin daha fazla olduğu görülmektedir.

Tanı gruplarına göre hastaların yaş dağılımı Tablo 10'da gösterilmektedir.

**Tablo 10. Hastaların Tanı Gruplarına Göre Yaş Dağılımı**

	<b>N</b>	<b>Min</b>	<b>Maks</b>	<b>Ortalama</b>	<b>SS</b>
Alkol Bağımlılığı	50	25	65	42,44	9,796
Alzheimer Hastalığı	50	46	80	64,20	6,531
Anksiyete Bozukluğu	40	28	65	41,40	9,386
Birden Fazla Madde Bağımlılığı	50	16	53	28,36	7,067
İki uçlu (Bipolar) I Bozukluğu, Depresyon	36	30	51	39,25	5,813
İki uçlu (Bipolar) I Bozukluğu, Mani	50	22	44	34,52	5,281
Kannabis (Esrar) Kullanım Bozukluğu	50	18	42	27,58	4,949
Majör Depresyon Bozukluğu	50	26	61	37,86	7,502
Obsesif-Kompulsif Bozukluk	38	25	46	32,26	5,617
Opiyat (Eroin) Kullanım Bozukluğu	50	16	46	27,24	5,954
Şizofreni	50	25	58	41,70	7,678
Uyarıcı (Kokain) Kullanım Bozukluğu	12	26	42	35,42	5,160

Hastaların yaşına göre tanıları değerlendirildiğinde bazı tanı gruplarında yaş ortalamasının daha yüksek olduğu görülmektedir. Yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda tanı sınıfına göre yaş ortalamalarındaki farklılık istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ( $F= 100,416$ ,  $p<0,05$ ). Özellikle, biyolojik faktörlere bağlı olarak yaşlı bireylerde görülen Alzheimer hastalığı tanısı alan bireylerin yaş ortalamalarının daha yüksek olduğu, buna karşılık kannabis kullanım bozukluğu ve opiyat kullanım bozukluğu tanısı alan hastaların yaş ortalamalarının daha düşük olduğu göze çarpmaktadır.

Hastaların tanı sınıflarına göre yatış sayıları dağılımı Tablo 11’de gösterilmektedir.

**Tablo 11. Hastaların Tanı Sınıflarına Göre Yatış Sayıları Dağılımı**

	Bir kez yatış		İki kez yatış		Üç kez yatış	
	n	%	n	%	n	%
Alkol Bağımlılığı	27	54,0	12	24,0	11	22,0
Alzheimer Hastalığı	42	84,0	8	16,0	0	,0
Anksiyete Bozukluğu	38	95,0	2	5,0	0	,0
Birden Fazla Madde Bağımlılığı	41	82,0	6	12,0	3	6,0
İki uçlu (Bipolar) I Bozukluğu, Depresyon	32	88,9	4	11,1	0	,0
İki uçlu (Bipolar) I Bozukluğu, Mani	41	82,0	8	16,0	1	2,0
Kannabis (Esrar) Kullanım Bozukluğu	46	92,0	2	4,0	2	4,0
Majör Depresyon Bozukluğu	43	86,0	7	14,0	0	,0
Obsesif-Kompulsif Bozukluk	34	89,5	2	5,3	2	5,3
Opiyat (Eroin) Kullanım Bozukluğu	23	46,0	11	22,0	16	32,0
Şizofreni	33	66,0	10	20,0	7	14,0
Uyarıcı (Kokain) Kullanım Bozukluğu	11	91,7	1	8,3	0	,0

Hastaların tanı sınıflarına göre yatış dağılımları incelendiğinde bazı tanılarda daha fazla yatış yapıldığı görülmektedir. Yapılan ki-kare analizi sonucunda tanı sınıfına göre yatış sayılarındaki farklılık istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ( $X^2= 101,892$ ,  $p<0,05$ ). Özellikle alkol bağımlılığı, opiyat kullanım bozukluğu ve şizofreni tanılarında daha fazla sayıda yatış yapıldığı belirlenmiştir.

#### **4.4. Psikiyatri Hastalarının Sosyo-Demografik Özellikleri ve Yatış Özellikleri ile Ortalama Yatış Süreleri Arasındaki İlişkiler**

Çalışmanın amacı doğrultusunda, Boylam Psikiyatri Hastanesi'nde 2009-2014 yılları arasında yatış yapan 526 hastanın sosyo-demografik özellikleri ve yatış özelliklerine göre ortalama yatış süreleri incelenmiştir. Tablo 12'de hastaların cinsiyetlerine göre ortalama yatış süreleri ve analiz sonuçları gösterilmektedir.

**Tablo 12. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Ortalama Yatış Süreleri**

	<b>ERKEK</b>	<b>KADIN</b>	<b>p</b>
	<b>Ort±SS</b>	<b>Ort±SS</b>	
Birinci Yatış Süresi	21,15±18,99	22,66±19,46	0,272
İkinci Yatış Süresi	17,50±20,84	22,68±23,86	0,041*
Üçüncü Yatış Süresi	13,70±17,53	16,67±22,80	0,721
Toplam Yatış Süresi	26,68±28,92	28,06±27,66	0,405
Ortalama Yatış Süresi	20,07±17,63	22,66±19,69	0,109

Ort. = Ortalama \*%95 güven seviyesinde  $p < 0,05$  istatistiksel olarak anlamlı.

Tablo 12’de görüldüğü gibi kadınların tüm ortalama yatış süreleri daha uzundur ancak yapılan Mann-Whitney U testi analizinde sadece ikinci yatış süresi ortalamaları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0,05$ ).

Hastaların ortalama yatış süreleri ile yaş değişkeninin karşılaştırılmasında öncelikle gruplandırılmamış yaş değişkeni ile korelasyon analizi daha sonra da kategorik yaş gruplarına göre ortalama yatış sürelerinin değerlendirildiği Kruskal Wallis testi yapılmıştır. Tablo 13’de yaş ve ortalama yatış süreleri arasındaki korelasyonu gösteren Pearson korelasyon analizi sonuçları gösterilmektedir.

**Tablo 13. Yaş Ve Yatış Süreleri Arasındaki Korelasyon**

	<b>YAŞ</b>	<b>p</b>
	<b>r</b>	
Birinci Yatış Süresi	0,042	0,333
İkinci Yatış Süresi	0,104	0,271
Üçüncü Yatış Süresi	0,384	0,012*
Toplam Yatış Süresi	0,41	0,348
Ortalama Yatış Süresi	0,062	0,154

$r$ =korelasyon katsayısı

Tablo 13’de görüldüğü gibi yaş ve yatış süresi arasında pozitif yönlü ancak zayıf bir ilişki vardır, Pearson korelasyon analizi sonucunda sadece üçüncü yatış süresi ile yaş arasındaki pozitif yönlü zayıf korelasyon istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0,05$ ).

Tablo 14’de yaş gruplarına göre ortalama yatış süreleri ve Kruskal Wallis analiz sonuçları gösterilmektedir.

**Tablo 14. Yaş Gruplarına Göre Ortalama Yatış Süreleri**

	16-25 Yaş	26-35 Yaş	36-55 Yaş	56 Yaş ve üstü	p
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	
Birinci Yatış Süresi	17,85±15,55	21,01±19,37	24,20±20,31	19,60±16,62	0,048*
İkinci Yatış Süresi	13,33±12,81	15,12±12,86	26,20±29,84	15,18±9,13	0,163
Üçüncü Yatış Süresi	7,63±6,34	14,53±14,05	18,35±26,55		0,645
Toplam Yatış Süresi	22,77±22,26	25,37±24,57	31,52±34,16	22,38±17,45	0,062
Ortalama Yatış Süresi	16,42±13,71	20,19±18,67	23,86±19,95	19,65±16,25	0,009*

Tablo 14’de görüldüğü gibi en yüksek yatış süreleri ortalamaları 36-55 yaş grubunda gerçekleşmiştir. Yapılan Kruskal Wallis test analizi sonucunda birinci yatış süresi ve ortalama yatış süresi ortalamaları yaş gruplarına göre anlamlı farklılık göstermektedir ( $p<0,05$ ).

Tablo 15’de hastaların SGK kapsamında olma durumlarına göre ortalama yatış süreleri ve Mann-Whitney U testi sonuçları yer almaktadır.

**Tablo 15. Hastaların SGK Kapsamında Olma Durumlarına Göre Ortalama Yatış Süreleri**

	SGK KAPSAMINDA OLMAYANLAR	SGK KAPSAMINDA OLANLAR	p
	Ort±SS	Ort±SS	
Birinci Yatış Süresi	9,35±11,42	23,22±19,40	0,000*
İkinci Yatış Süresi	10,63±11,46	20,29±22,66	0,100
Üçüncü Yatış Süresi	6,00±	14,98±19,54	0,810
Toplam Yatış Süresi	11,10±15,56	29,10±28,85	0,000*
Ortalama Yatış Süresi	9,00±9,62	22,62±18,90	0,000*

Tablo 15’de görüldüğü gibi SGK kapsamında olan hastaların tüm ortalama yatış süreleri SGK kapsamında olmayanlara göre daha yüksektir. Yapılan Mann Whitney U testi

sonucunda, SGK kapsamında olan hastaların birinci yatış süresi, toplam yatış süresi ve ortalama yatış süresinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir ( $p<0,05$ ).

Tablo 16’da hastaların yatış sayılarına göre ortalama yatış süreleri ve Kruskal Wallis test sonuçları gösterilmektedir.

**Tablo 16. Hastaların Yatış Sayılarına Göre Ortalama Yatış Süreleri**

	<b>Bir kez yatış</b>	<b>2 kez yatış</b>	<b>3 kez yatış</b>	<b>p</b>
	<b>Ort±SS</b>	<b>Ort±SS</b>	<b>Ort±SS</b>	
Birinci Yatış Süresi	21,40±18,58	23,15±22,40	23,95±19,48	0,596
İkinci Yatış Süresi		21,16±25,07	16,93±15,87	0,609
Üçüncü Yatış Süresi			14,76±19,35	
Toplam Yatış Süresi	21,40±18,58	44,32±41,40	55,64±46,11	0,000*
Ortalama Yatış Süresi	21,40±18,58	22,14±20,70	18,52±15,36	0,411

Tablo 16’da görüldüğü gibi yatış sayısı daha fazla olan hastaların toplam yatış süresi ortalamaları da daha fazladır, yapılan Kruskal Wallis analizi sonucunda farklılığın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ).

Tablo 17’de tanı sınıflarına göre ortalama yatış süreleri ve Kruskal Wallis test sonuçları gösterilmektedir.



**Tablo 17. Hastaların Tanı Gruplarına Göre Ortalama Yatış Süreleri**

	<b>Birinci yatış süreleri</b>	<b>İkinci yatış süreleri</b>	<b>Üçüncü yatış süreleri</b>	<b>Toplam yatış süreleri</b>	<b>Ortalama yatış süreleri</b>
	<b>Ort±SS</b>	<b>Ort±SS</b>	<b>Ort±SS</b>	<b>Ort±SS</b>	<b>Ort±SS</b>
Alkol Bağımlılığı	21,76±14,14	16,04±11,95	9,45±8,52	31,22±20,49	19,81±12,47
Alzheimer Hastalığı	18,48±17,84	14,00±8,05		20,72±17,31	19,07±17,52
Anksiyete Bozukluğu	21,85±16,62	39,50±41,71		23,83±23,10	21,70±16,85
Birden Fazla Madde Bağımlılığı	18,66±14,99	16,33±18,74	25,67±22,36	23,14±25,99	17,39±13,25
İki uçlu (Bipolar) I Bozukluğu, Depresyon	23,03±15,84	65,75±59,83		30,33±34,36	25,54±19,47
İki uçlu (Bipolar) I Bozukluğu, Mani	17,30±8,19	13,89±8,29	6,00±	19,92±9,87	17,27±7,87
Kannabis (Esrar) Kullanım Bozukluğu	17,22±14,90	14,50±11,21	14,50±12,02	18,96±16,86	16,90±14,75
Majör Depresyon Bozukluğu	26,12±24,37	20,14±24,3		28,94±29,11	25,63±24,09
Obsesif-Kompulsif Bozukluk	25,24±20,31	11,75±6,39	6,00±4,24	26,79±20,31	24,78±20,51
Opiyat (Eroin) Kullanım Bozukluğu	15,26±9,80	11,59±6,41	8,06±8,74	24,10±16,94	13,26±7,07
Şizofreni	36,00±25,11	34,82±30,78	37,57±34,30	53,10±51,51	34,01±22,01
Uyarıcı (Kokain) Kullanım Bozukluğu	24,25±49,29	10		25,08±49,02	24,45±49,21
<i>p</i>	<i>0,000*</i>	<i>0,088</i>	<i>0,073</i>	<i>0,000*</i>	<i>0,000*</i>

Tablo 17’de görüldüğü gibi bazı tanı sınıflarında birinci yatış süresi, toplam yatış süresi ve ortalama yatış süresi daha fazladır, yapılan Kruskal Wallis analizi sonucunda farklılığın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ).

## BÖLÜM V. TARTIŞMA VE SONUÇ

Psikiyatri hastalarına sunulan tedavinin daha sağlıklı koşullarda planlanması ve ülkemizin sağlık politikalarının biçimlendirilmesi için psikiyatri kliniklerinin yatak kapasitelerinin ve yıllık hasta yatışının bilinmesi önemlidir. Türkiye'de örnek bir psikiyatri hastanesi olan Bozlam Psikiyatri Hastanesi'nde en sık görülen hastalıklara sahip hastaların ortalama yatış sürelerini belirleme amacıyla yapılan bu çalışmanın sonuçları aşağıda özetlenmektedir.

Hasta kayıtlarında yapılan inceleme sonucu araştırmaya dâhil edilen 526 psikiyatri hastasının %53,6'sı erkek, %46,4'ü kadındır. Araştırma kapsamındaki 526 hastanın yaşları 16 ile 80 arasında dağılım göstermekte olup, ortalama yaş  $37,8 \pm 12,3$  yıldır. Araştırmaya dâhil edilen hastaların %41,4'ü 35-55, %37,1'i 26-35 yaşları arasındadır. Araştırmaya dâhil edilen hastaların sadece %9,9'u SGK kapsamında değildir. Hastaların %21,9'u birden fazla kez hastaneye yatış yapmıştır.

Hastaların yaşına göre tanıları değerlendirildiğinde özellikle, biyolojik faktörlere bağlı olarak yaşlı bireylerde görülen Alzheimer hastalığı tanısı alan bireylerin yaş ortalamalarının daha yüksek olduğu, buna karşılık kannabis kullanım bozukluğu ve opiyat kullanım bozukluğu tanısı alan hastaların yaş ortalamalarının daha düşük olduğu gözle çarpmaktadır.

Hastaların cinsiyetlerine göre tanıları değerlendirildiğinde özellikle uyarıcı (kokain) kullanım bozukluğu, kannabis (esrar) kullanım bozukluğu, birden fazla madde bağımlılığı ve opiyat (eroyn) kullanım bozukluğu tanısı alan hastalarda erkeklerin daha fazla olduğu görülmektedir. Birçok çalışmada gösterildiği üzere, şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar erkeklerde daha şiddetli seyretmektedir ve hastalığın şiddeti arttıkça, hastaneye yatırma oranı da artmaktadır (Soygür ve diğerleri, 2005).

Hastaların tanı sınıflarına göre yatış dağılımları incelendiğinde özellikle alkol bağımlılığı, opiyat kullanım bozukluğu ve şizofreni tanılarında daha fazla sayıda yatış yapıldığı belirlenmiştir. Literatürde de psikotik bozukluklar, madde bağımlılığı,

duygudurum bozukluğu gibi 1. eksen ve kişilik bozukluğu gibi 2. Eksen tanılarının yatış sayısını artırdığı belirtilmektedir (Soygür ve diğerleri, 2005).

Çalışmada hastanede birinci yatış süresi ortalama  $21,85 \pm 19,20$  gün olarak bulunmuştur. Yurtdışı kaynaklı çalışmalarda çocuk ve ergenlerde hastane yatış süreleri farklılık göstermektedir. ABD (Mayes ve diğerleri, 2001), Avustralya (Gavidia ve diğerleri, 2003) veya Yeni Zelanda (Swadi ve Bobier, 2005) gibi ülkelerde sağlık sigortası sistemlerine bağlı olarak yatış süreleri genellikle 4 haftadan daha kısa sürerken; Avrupa'daki yataklı hizmetlerde ortalama 97 ve 128 gün (Jacobs ve diğerleri, 2004; Tulloch ve diğerleri, 2008) gibi sürelerden bahsedilmektedir. Bizim çalışmamızdaki yatış süresi ABD'de görülene benzer niteliktedir. Ayrıca Türkiye'de üniversite hastanelerine bağlı psikiyatri kliniklerinde yapılan çalışmalarla da büyük ölçüde benzerlik göstermektedir (Soygür ve diğerleri, 2005).

Literatür incelendiğinde bazı yazarlar kısa yatış süreleri önerirken, bazıları da yatış süresinin uzaması ile tedavi edici uyumun ve taburculuk sonrası işlevselliğin daha çok düzelme gösterebileceğini belirtmektedirler. Psikiyatri kliniklerinde uzun süreli yatarak tedavi görme sağlık giderlerine büyük yük getirmesine rağmen, hastanın kendisine ya da çevresine zarar verme olasılığı, tedaviye direnç durumu ya da hastanın uygun bir aile ortamından yoksun olması gibi zorunlu durumlarda yatış sürelerinin uzaması kaçınılmazdır (Soygür ve diğerleri, 2005).

En yüksek yatış süreleri ortalamaları 36-55 yaş grubunda gerçekteşmiştir. Kadınların tüm ortalama yatış süreleri daha uzundur ancak yapılan analizde sadece ikinci yatış süresi ortalamaları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. SGK kapsamında olan hastaların tüm ortalama yatış süreleri SGK kapsamında olmayanlara göre daha yüksektir. Yatış sayısı daha fazla olan hastaların toplam yatış süresi ortalamaları da daha fazladır.

şizofreni hastalarında birinci yatış süresi ortalama 36 olarak saptanmış olup bu sayı diğer hastalıklara oranla en yüksek oran olarak çıkmıştır. Depresyon, mani, OKB, uyuşturucu ve uyarıcı kullanımı tedavisi ve anksiyete bozukluğu tedavisinde görülen ortalama yatış süreleri birbirlerine çok yakın olup, genelde 21-25 hasta yatış günü olarak

belirlenmiştir. En kısa yatış süresi olarak ise opiyat (eroïn) kullanımı gözlemlenmiş, bu hastalığın ortalama yatış süresi ise 15,26 gün olarak saptanmıştır. Bununla birlikte hastalıklar arasındaki yatış süresi farklılıkları istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur. Bu veriler psikiyatrik hastalığın şiddetinin artmasıyla hastanede yatış süresinin uzadığı bilgisiyle uyumludur. Psikotik bozuklukların uzun süreli yatıştan, depresif bozuklukların ise kısa süreli yatışlardan daha çok yararlandıkları bildirilmektedir (Soygür ve diğerleri, 2005).

Literatüre bakıldığı zaman Mental ve Davranışsal Bozukluklar tanı sınıfında yer alan hastalıklarla ilişkili birçok çalışma yapıldığı ve benzer sonuçlar elde edildiği görülmektedir. Lyketsos ve diğerleri (2002) tarafından yapılan bir çalışmada psikiyatrik hastaların eşlik eden hastalığı olması ile birlikte ortalama yatış süresinin eşlik eden hastalığı olmayanlara oranla artış yaptığı belirlenmiştir. Imai ve diğerleri (2005) tarafından çoklu doğrusal regresyon yöntemi kullanılarak psikiyatrik hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada cinsiyetin ve hastane yatak kapasitesinin hasta yatış süresi üzerinde etkili olduğu, erkek hastaların kadın hastalara oranla daha uzun süre yatış yaptığı ve hastane yatak kapasitesi arttıkça, hasta yatış sürelerinin de arttığı belirlenmiştir. Chung ve diğerleri (2009) tarafından psikiyatrik hastaların yatış sürelerini etkileyen faktörlerin belirlenmesine yönelik çok değişkenli lojistik regresyon yöntemi kullanılarak yapılan bir çalışmada, 65 yaş ve üstünde ve erkek olan hastalarda ortalama yatış süresinin önemli derecede arttığı tespit edilmiştir. Aynı çalışmada, psikiyatrik hastalarda ortalama yatış süresinin hastane mülkiyet durumuna, hizmet türüne ve yerleşim yerine göre de anlamlı farklılık gösterdiği, kamu hastanelerine kıyasla özel hastanelerde yatan hastaların, genel hastanelerde yatan hastalara kıyasla psikiyatri hastanelerinde yatan hastaların ve kırsal alanda bulunan hastanelerde yatan hastaların daha uzun süreli yatış yaptıkları belirlenmiştir. Numanoğlu Tekin (2011) tarafından Türkiye’de hasta yatış sürelerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada da 2 gün ve altı yatış süresine sahip olan Mental ve Davranışsal Bozukluklar tanısıyla yatan hastalar 2 günden fazla yatış süresine sahip olan hastalara göre; eşlik eden hastalık olup olmama durumu ve hastanenin bulunduğu coğrafik bölge açısından negatif yönde, yaş, cinsiyet, hastane yatak kapasitesi, hastane mülkiyet durumu, yatış yapılan mevsim, hastane hizmet türü ve hastane yerleşim yeri açısından pozitif yönde etkilenmektedir.

Bu çalışmada, özel bir psikiyatri hastanesinin yataklı servis hizmetlerinin sonuçları ortaya konularak, hem hastanemizin gelecek yıllarının verimli olmasını sağlayacak bir altyapı planlamasının ilk adımları atılmış, hem de ülke genelinde yürütülen ruh sağlığı hizmetlerinin iyileştirilmesi çabalarına küçük de olsa bir katkı sunulmuştur.

## KAYNAKLAR

- Akbal, A. 2008. Sağlığın Değişen Anlamı. Kasapoğlu, A. (Editör) *Madalyonun İki Yüzü: Hastalık ve Sağlık*. Ankara: Phoenix Yayınevi, 39-76.
- Aktan, C.C. ve Işık, A.K. 2007. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler. *Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi*, s. 10-21, İstanbul: Aura Kitapları. Editörler: Aktan, C.C. ve Saran, U.
- Altay, A. 2007. Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi. *Sayıştay Dergisi*, 64: 33-58.
- Köroğlu, E.(Çev.). 2013. *Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı*, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı, Hekimler Yayın Birliği 2013.
- Andreasen NC, Black DW. 2006. *Introductory Textbook of Psychiatry*, Fourth Edition. American Psychiatric Publishing.
- Bahar, A. 2007. Ölüm Sürecinde Olan Hasta: Terminal Bakım ve Hospis. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(6): 147-158.
- Barlow DH (ed). 2008. *Clinical Handbook of Psychological Disorders*, Fourth Edition. Guilford Publications.
- Bulun, M., Demirbaş, F. ve Safa Kapıcıoğlu, M.İ. B.T. Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde Bilişim Teknolojileri Kullanımının Önemi. [ab.org.tr/ab02/tammetin/57.doc](http://ab.org.tr/ab02/tammetin/57.doc), 10.02.2011.
- Campbell RJ. 1989. *Psychiatric Dictionary*, Sixth Edition. Oxford University Press.
- Chiu,H.C., Lee,L.J., Hsieh,H.M. ve Mau, L.W. 2003. Inappropriate Hospital Utilization For Long-Stay Patients in Southern Taiwan. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 19(5): 225-232.
- Chung, W., Cho, W.H. ve Yoon, C.W. 2009. The Influence of Institutional Characteristics on Length of Stay For Psychiatric Patients: A National Database Study in South Korea. *Social Science & Medicine*, 68: 1137-1144.
- Clarke, A. 1996. Why are We Trying to Reduce Length of Stay? Evaluation of The Cost and Benefits of Reducing Time in Hospital must Start from The Objectives that Govern The Change. *Quality in Health Care*, 5: 172-179.
- Dowling, W.L. 1984. The Hospital. S.J.Williams ve P.R.Torrens (Derleme), *Introduction to Health Services*: 49-83. USA: Wiley Medical.

- Downing, A., Lansdown, M., West, R.M., Thomas, J.D., Lawrence, G. ve Forman, D. 2009. Changes in and Predictors of Length of Stay in Hospital After Surgery for Breast Cancer Between 1997/98 and 2004/05 in two regions in England: A Population-Based Study. *BMC Health Services Research*, 9(202).
- Frantz, T.T., Lawrence, J.C., Somov, P.G. ve Somova, M.J. 1999. Factors in Hospice Patients' Length of Stay. *American Journal of Hospice & Palliative Care*, 16(2): 449-454.
- Furlanetto, L.M., Silva, R.V. ve Bueno, J.R. 2003. The Impact of Psychiatric Comorbidity on Length of Stay of Medical Inpatients. *General Hospital Psychiatry*, 25: 14-19.
- Gavidia-Payne S, Littlefield L, Hallgren M ve diğerleri. 2003. Outcome evaluation of a statewide child inpatient mental health unit. *Aust N Z J Psychiatry* 37: 204-211.
- Hales RE, Yudofsky SC, Gabbard GO. 2008. *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychiatry*, Fifth Edition. American Psychiatric Publishing.
- Hayran, O. 2010. Sağlık Hizmetleri ve Sistemleri. *Sağlık Yönetimi Yazıları*. Ankara: Sage Yayınları: 39-52.
- Imai, H., Hosomi, J., Nakao, H., Tsukino, H., Katoh, T., Itoh, T. ve Yoshida, T. 2005. Characteristics of Psychiatric Hospitals Associated with Length of Stay in Japan. *Health Policy*, 74: 115-121.
- Jacobs B, Green J, Kroll L ve diğerleri. 2004. Two and a half thousand hours: the children and young persons inpatient evaluation study (CHYPIE) into process and outcome of inpatient child and adolescent psychiatry report for department of health. [www.csip.org.uk/silo/files/chypie-final-report-short.doc](http://www.csip.org.uk/silo/files/chypie-final-report-short.doc)
- José A. San Román, J.A.S., Luquero, F.J, Fuente, L, Rubio, A.P., Tamames, S., Avilés, F.F. ve Castrodeza, J. 2009. Assessment of Inappropriate Hospital Stays in a Cardiology Department. *Revista Espanola de Cardiologia*, 62(2): 211-215.
- Kaufman AS, Kaufman NL.2005. *Essentials of Research Design and Methodology*. Wiley, New Jersey.
- Kavuncubaşı, Ş. ve Yıldırım, S. 2010. *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Kjekshus, L.E. 2005. Primary Health Care and Hospital Interactions: Effects for Hospital Length of Stay. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33: 114-122.
- Koroğlu E, Güleç C.(ed).2007. *Psikiyatri Temel Kitabı*, İkinci Baskı. Hekimler Yayın Birliği.

- Köroğlu E. 2009. *Boylam, Klinik Uygulamada Psikiyatri, Tanı ve Tedavi Kılavuzları*. Hekimler Yayın Birliği.
- Köroğlu E. 2008. *Depresyon Nedir, Nasıl Baş Edilir*, Dördüncü Baskı. HYB Yayıncılık.
- Köroğlu E. 2015. *Hastane Odaklı Psikiyatri Elkitabı*, Hekimler Yayın Birliği.
- Köroğlu E. 2006. *Kaygılarımız, Korkularımız*. HYB Yayıncılık.
- Köroğlu E. 2009. *Panik Bozukluğu Nedir, Nasıl Baş Edilir*, İkinci Baskı. HYB Yayıncılık.
- Köroğlu E. 2005. *Psikiyatri Elkitabı*. Hekimler Yayın Birliği.
- Köroğlu E. 2004. *PsikoNozoloji, Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri*. Hekimler Yayın Birliği.
- Kumar R. 2005. *Research Methodology*, 2. baskı. Sage Publications, Londra.
- Lyketsos, C.G., Dunn, G.D., Kaminsky, M.J. ve Breakey, W.R. 2002. Medical Comorbidity in Psychiatric Inpatients Relation to Clinical Outcomes and Hospital Length of Stay. *Psychosomatics*, 43: 24-30.
- Mawajdeh, S., Hayajneh, Y. ve Al-Qutob, R. 1997. The Effect of Type of Hospital and Health Insurance on Hospital Length of Stay in Irbid, North Jordan. *Health Policy and Planning*, 12(2):166-172.
- Mayes DS, Calhoun SL, Krecko VF ve diğerleri. 2001. Outcome following child psychiatric hospitalization. *J Behav Health Serv Res* 28: 96-103.
- McAleese, P. ve Odling-Smee, W. 1994. The Effect of Complications on Length of Stay. *Annals of Surgery*, 220(6): 740-744.
- Medina J. 1999. *What You Need to Know About Alzheimer's*. New Harbinger Publications.
- Numanoğlu Tekin, R. 2011. *Hasta Yatış Süresini Etkileyen Faktörler: Türk Sağlık Sistemi Açısından Bir Değerlendirme*. Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi.
- OECD. 2009. *Health at a Glance 2009: OECD Indicators*. Fransa.
- Rachman S, De Silva P. 2004. *Panic Disorder*, Second Edition. Oxford University Press.
- Rapoport JL. 1991. *The Boy Who Couldn't Stop Washing, The Experience and Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder*. Signet.
- Resmi Gazete 05.01.1961 tarihli 224 sayılı *Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun*.
- Resmi Gazete 13.01.1983 tarihli 17927 sayılı *Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği*.



- Sadock BJ, Sadock VA. 2008. *Kaplan and Sadock's Concise Textbook of Clinical Psychiatry*, Third Edition. Lippincott Williams and Wilkins.
- Schoetz, D.J., Bockler, M., Rosenblatt, M.S., Malhotra, S., Roberts, P.L., Murray, J.J., Collier, J.A. ve Rusin, L.C. 1997. "Ideal" Length of Stay After Colectomy. Whose Ideal? *Dis Colon Rectum*, 40(1): 806-810.
- Sepehri, A., Simpson, W. ve Sarma, S. 2006. The Influence of Health Insurance on Hospital Admission and Length of Stay – The Case of Vietnam. *Social Science & Medicine*, 63: 1757-1770.
- Sharfstein SS, Dickerson FB, Oldham JM. 2009. *Textbook of Hospital Psychiatry*, APA.
- Shortell, S.M. 1984. Factors Associated With The Use of Health Services. S.J.Williams ve P.R.Torrens (Derleme), *Introduction to Health Services*: 49-83. USA: Wiley Medical.
- Somova, M.J, Somov, P.G., Lawrence, J.C. ve Frantz, T.T. 2000. Factors associated with length of stay in a mid-sized, urban hospice. *American Journal of Hospice & Palliative Care*, 17(2): 99-105.
- Soygür, H. ve diğerleri. 2005. Yeni kurulan bir psikiyatri kliniği yataklı servisinin ilk beş yüz günü: Bir değerlendirme çalışması. *Anatolian Journal of Psychiatry* 6:170-176.
- Sümbüloğlu, K. 2000. *Sağlık Alanına Özel İstatistiksel Yöntemler*. Ankara: Somgür Yayıncılık.
- Swadi, H, Bobier, C.2005. Hospital admission in adolescents with acute psychiatric disorders: how long should it be? *Australas Psychiatry* 13: 165-168.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. 2007. *Türkiye'de Sağlığa Bakış 2007*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. 2008. *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2008*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. 2009. *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2009*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. 2013. *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Tulloch S, Lelliott P, Bannister D ve diğerleri. 2008. The costs, outcomes and satisfaction for inpatient child and adolescent psychiatric services (COSI-CAPS) study. <http://www.rcpsych.ac.uk/clinicalservicestandards/centreforappliedresearch/cosicaps.ap>
- WHO. 1948. *Constitution of World Health Organization*. Geneva: World Health Organization. Ekim 2010.
- [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf)

Yıldırım, S. 1994. *Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi*. Uzmanlık Tezi.

Ankara: Devlet Planlama Teşkilatı.

[http://www.oecd.org/topic/0,3699,en\\_2649\\_37407\\_1\\_1\\_1\\_1\\_37407,00.htm](http://www.oecd.org/topic/0,3699,en_2649_37407_1_1_1_1_37407,00.htm)