

Araştırma Makalesi

Mersin Üniv Sağlık Bilim Derg 2020;13(1):75-86

doi: 10.26559/mersinsbd.674605

Bir üniversite hastanesi psikiyatri kliniğinde psikotik semptomların tekrarlayan yatışlara etkisi

Merve Tsakir Chasan, Gonca Karakuş, Lut Tamam, Mehmet Emin Demirkol

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD., Adana

Öz

Amaç: Ruhsal bozukluklarda tekrarlayan yatışlar hastalığın bireysel, toplumsal ve mali yükünü arttırmaktadır. Bu çalışmada psikotik semptomları olan ve olmayan olguların tekrarlayan yatış oranlarının belirlenmesi, tekrarlayan yatışlar açısından sosyodemografik ve klinik değişkenlerin karşılaştırılması amaçlanmaktadır. **Yöntem:** Kliniğimizde 01.07.2013-30.06.2017 tarihleri arasında yatarak sağaltım gören tüm hastalar retrospektif olarak çalışmaya dahil edilmiştir. Psikotik bulguları olan ve olmayan olgular sosyodemografik ve klinik değişkenler açısından karşılaştırılmıştır. Çalışmaya dahil edildiği yatışla beraber 18 ay içinde birden fazla yatışı olan hastalar tekrarlayan yatış; 3 ve üzeri yatışı olan hastalar döner kapı fenomeni olarak kabul edilmiştir. Tekrarlayan yatışı ve döner kapı fenomeni olan olgular diğerleri ile sosyodemografik ve klinik değişkenler açısından karşılaştırılmıştır. **Bulgular:** Çalışmaya dahil edilen 903 hastanın yaş ortalaması 40.02 ±14.31 idi. DSM-5 tanı ve sınıflandırma sistemine göre hastalık ana tanıları en sık depresif bozukluklar (%35.3), 2. sıklıkta şizofreni ve psikoz ile giden diğer bozukluklar (%18.2), 3. sıklıkta bipolar ve ilişkili bozukluklar (%17.8) olarak bulunmuştur. Tüm hastaların %38.7'sinin psikotik, %61.4'ünün psikotik olmayan grupta olduğu görülmüştür. Tüm hastaların %24'ünü tekrarlayan yatışları olan hastalar, % 6.9'unu döner kapı fenomeni hastaları oluşturmuştur. Psikotik hastaların %22.7'sinin, psikotik olmayan hastaların %24.8'inin tekrarlayan yatışı olduğu görülmüştür. Psikotik bulguları olan ve olmayan hastalar arasında yatış sayıları açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0.05). **Sonuç:** Çalışmamızda psikotik bulguların tekrarlayan yatışlar üzerine etkisi gösterilmemiştir. Tekrarlayan yatışlar üzerine etkili olabilecek diğer faktörlerin de değerlendirildiği ileriye dönük, geniş hasta sayısına sahip izlem çalışmaları bu konunun aydınlatılmasına yardımcı olacaktır.

Anahtar kelimeler: Döner kapı fenomeni, psikotik bulgu, tekrarlayan yatışlar

Yazının geliş tarihi: 14.01.2020 **Yazının kabul tarihi:** 24.02.2020

Sorumlu Yazar: Mehmet Emin Demirkol, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Psikiyatri Polikliniği, Sarıçam/Adana. e-posta: emindemirkol@gmail.com., Cep tel: +90 535 5849684

Not: Bu makale Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık öğrencisi Dr. Merve Tsakir Chasan'ın uzmanlık tezinden hazırlanmıştır. Tezin adı: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniğinde Yatan Psikotik Ve Psikotik Olmayan Hastalarda Tekrarlayan Yatışların Karşılaştırılması.

The effect of psychotic symptoms on rehospitalizations at a psychiatric clinic of a university hospital

Abstract

Aim: Rehospitalizations in mental disorders increase the individual, social, and financial burden of the disorder. In this study, we aimed to determine the rates of rehospitalization of patients with and without psychotic symptoms and to compare sociodemographic and clinical variables. **Methods:** All patients who admitted to our inpatient psychiatry clinics between 01.07.2013-30.06.2017 were retrospectively included in the study. Patients with and without psychotic symptoms were compared in terms of sociodemographic and clinical variables. Patients with recurrent hospitalizations within 18 months of admission included in the study as the group of recurrent hospitalizations; patients with three and above rehospitalizations were included as the group of revolving door phenomena. Patients with recurrent hospitalization and revolving door phenomena were compared with others in terms of sociodemographic and clinical variables. **Results:** The mean age of 903 patients included in the study was 40.02±14.31. According to the DSM-5, the most common diagnoses were the depressive disorders (35.3%), schizophrenia and other psychotic disorders (18.2%), bipolar and associated disorders (17.8%). 38.7% of the patients were psychotic, and 61.4% were non-psychotic. 24% of the patients had recurrent hospitalizations, and 6.9% were patients with revolving door phenomena. 22.7% of psychotic patients and 24.8% of non-psychotic patients had recurrent hospitalizations. There were no significant differences in the number of hospitalizations between patients with and without psychotic symptoms ($p>0.05$). **Conclusions:** The effect of psychotic symptoms on rehospitalizations could not be demonstrated in our study. Prospective follow-up studies with larger sample sizes, which include other factors that may have an impact on rehospitalizations, will help to clarify this issue.

Keywords: Revolving door phenomenon, psychotic symptom, rehospitalization

Giriş

Günümüzde ruhsal bozuklukların tanınması ölçütleri ve sınıflandırmaları Ruhsal Bozuklukların Tanınması ve Sayımsal El Kitabı 5. Baskı (DSM-5) ve Uluslararası Hastalık Sınıflandırması (ICD) kılavuzlarına göre yapılmaktadır.^{1,2} Ruhsal Bozuklukları sınıflandırmada geçmiş dönemde kullanılan nevroz ve psikoz kavramlarının günümüzde daha çok klasik ve tarihsel önemi bulunmaktadır. Nevroz, bireyde bunaltı ya da bunaltıya karşı olan savunma belirtileri ile giden, bireyin gerçeği değerlendirme yetisinin ve toplumsal uyumun fazla bozulmadığı, psikozlara göre işlevselliğin daha az bozulduğu rahatsızlıklar kümesi olarak tanımlanmaktadır.³ DSM-5'te ise bu bozukluklar beş ayrı tanı başlığı altında yer almaktadır: anksiyete bozuklukları, obsesif kompulsif ve ilişkili bozukluklar, travma ve stresle ilişkili bozukluklar, disosiyatif bozukluklar, somatik belirti bozuklukları ve ilişkili bozukluklar.¹ Psikoz ise bireyin gerçeği değerlendirme yetisinin bozulduğu,

hastalığa içgörünün olmadığı, kişilerarası ilişkilerde gerçeklerden uzaklaşarak kendine özgü bir yaşantı yaşadığı, duygu, düşünce ve davranış bozukluklarından oluşan ruhsal bozukluklar olarak tanımlanmaktadır.³ DSM-5'te şizofreni, şizofreniform bozukluk, şizoaffektif bozukluk, sanrısız bozukluk, kısa psikotik bozukluk, katatoni ve şizotipal kişilik bozukluğu 'şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar' başlığı altında toplanmıştır.¹ Bu hastalıklar dışında psikotik belirtiler duygudurum bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar, madde kullanım bozuklukları ve genel tıbbi duruma bağlı bozukluklara da eşlik edebilmektedir.¹

Bir hastada psikotik belirtiler sorgulanırken ruhsal muayene sırasında iyi bir gözlem, dikkatli ve detaylı bir sorgulama ve aile görüşmesi mutlaka gereklidir. Psikotik bulgular işitsel, görsel varsanılar; perseküsyon, referans, somatik, dini içerikli, jelözik (kıskançlık), grandiyöz (büyüklük), erotomanik, bizar (acayip) sanrılar gibi

düşünce içeriği bozuklukları; toplumdan geri çekilme, konuşma içeriğinin fakirleşmesi, iradeli eylemlere başlayamama (avolisyon), kendine bakımda azalma, anhedoni gibi negatif semptomlar; dezorganize hareketler, dezorganize konuşma ve katatonik belirtiler şeklinde kendini gösterebilir.¹

Bir psikiyatri hastasını hastaneye yatırma kararı genellikle bir tartışma kaynağıdır.⁴ Hospitalizasyon kararı sadece hastanın semptomlarına, teşhisine veya sıkıntı derecesiyle değil aynı zamanda bir dizi davranışsal, ailevi, sosyal ve durumsal değişkenlere de bağlıdır.⁵ Hasta yatış endikasyonlarını belirleyen durumlar şu şekilde sıralanabilir: hastanın kendine ya da çevresindekilere karşı potansiyel tehlike oluşturması, hastanın gerçeği değerlendirme yetisinde bozulma, hastanın durumunun destekleyici önlemlere karşın hızla kötüye gitmesi, hastanın tedavisi için yatışı zorunlu kılan nörolojik, psikotik ve düzensiz durumların varlığı, hastanın sosyal yaşam çevresinde yatış yapmaksızın tedaviyi zorlaştıracak unsurların varlığı.⁶ Yatışlardan birçok hasta yarar görmekte ve yatış öncesi işlevselliğine geri dönebilmektedir. Yatışlarda hedeflenen alevlenme belirtilerinin iyileştirilmesi, hastanın başa çıkma yeteneklerinin artırılması, çevreye uyumun sağlanması, alevlenmeye neden olabilen yaşam olaylarının değerlendirilmesi, tedavi planının hazırlanması, ayaktan tedaviye uyumun sağlanmasıdır.⁷ Kısa süreli yatışlardan yarar sağlamamış hastalar uzun süreli yatışlara gerek duyarlar. Tüm psikiyatrik hastalar içinde bu grup % 10-30 oranındadır.⁸

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler ve üniversitelerde psikiyatri hastaları için ayrılmış yatak sayıları diğer branşlara göre yetersiz olup psikiyatrik yatışların diğer yatışlara oranı %1.2'dir^{9,10}. Sağlık Bakanlığı'nın 2015 yılı verilerine göre diğer branşlarda ortalama yatış süresi 4.1 gün iken psikiyatri servislerinde ortalama yatış süresi 12.1 gün olarak belirlenmiştir.¹⁰ Bu durum psikiyatrik hastalık yüklerinin ağır, tedavi sürelerinin uzun olması ile açıklanabilmektedir. Bu sorunların yanı sıra ruhsal bozukluklar için tekrarlayan yatışlar ayrıca önemli bir konudur.¹¹ Tekrarlayan yatış sorunu hasta, yakınları ve toplum

açısından negatif sonuçlar doğurmakta, mali yükün ve relapsların artmasına neden olmaktadır.¹²

Ruhsal bozukluklarda tekrarlayan yatışlara neden olan faktörlerin saptanması ve müdahale edilmesi hastalığın bireysel, sosyal ve mali yükünün azaltılmasına yardımcı olacaktır. Bu çalışmada bir üniversite hastanesi psikiyatri kliniğinde yatarak sağaltım gören hastaların sosyodemografik ve klinik değişkenlerinin karşılaştırılması, tekrarlayan yatış oranlarının belirlenmesi, psikotik bulguların tekrarlayan yatışlar açısından bir risk faktörü olup olmadığının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi, Akdeniz, Güneydoğu ve Doğu Anadolu bölgelerine, yaklaşık 20 milyon kişiye sağlık hizmeti vermektedir. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Psikiyatri servisi erişkin kadın, erişkin erkek ve nadiren çocuk hastalar için yatış kararının ağırlıklı olarak acil servis ve poliklinikten alındığı, 30 yatak kapasitesine sahip yarı açık servis özelliği taşımaktadır. Çalışma aralığımızın yürütüldüğü 01.07.2013-30.06.2017 tarihleri arasında %87 yatak doluluk oranı ile hizmet vermiştir.

Çalışmanın etik onamı Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından verilmiştir (01.02.2019 tarihli toplantı, 85 no'lu karar). Çalışma Helsinki Bildirgesi prensiplerine uygun olarak yürütülmüştür. 01.07.2013-30.06.2017 tarihleri arasında yatarak sağaltım gören tüm hastalar retrospektif olarak çalışmaya dahil edilmiştir. Adli rapor amaçlı başvuru hakkında karar verilebilmesi için yatış kararı verilen 34 hasta, sağaltımı devam etmekte iken ön planda fiziksel hastalık saptanan ve başka servise devredilen 2 hasta çalışma dışı bırakılmıştır.

Hastaların tanıları psikiyatri uzmanı tarafından DSM-5 ölçütlerine göre yapılan görüşme ile koyulmuştur.¹ Tarafımızca hazırlanan sosyodemografik veri formu ve hastalığın klinik özelliklerinin sorgulandığı

(belirtilen tarihlerde kliniğimizde yatış sayısı, hastalık tanıları, hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi, özkıyım girişimi, psikotik bulgu varlığı gibi.) veri formu doldurulmuştur.

Çalışmada kullanılan sosyodemografik ve klinik kayıtlar tüm hastaların yatış dosyaları ve varsa poliklinik dosyaları çıkarılarak toplanmıştır. Dosya üzerindeki verilerle bilgisayar sistemi verileri çelişki olup olmadığı yönünde karşılaştırılmıştır. Çalışmaya dahil edilen olgular psikotik bulgusu olan ve olmayan olarak iki gruba ayrılmıştır. Bu hastalardan oluşturulan gruplar sosyodemografik ve klinik değişkenler açısından karşılaştırılmıştır.

Çalışmada, çalışmaya dahil edildiği yatışla beraber 18 ay içinde birden fazla yatışı olan hastalar tekrarlayan yatış, 3 ve üzeri yatışı olan hastalar döner kapı fenomeni olarak kabul edilmiştir.¹³ Tekrarlayan yatışı ve döner kapı fenomeni olan olgular diğerleri ile sosyodemografik ve klinik değişkenler açısından karşılaştırılmıştır.

Veri Toplama Araçları

Sosyodemografik Veri Formu

Çalışmada tarafımızca hazırlanan veri formu kullanılmıştır. Bu form kullanılarak hastaların, yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum, çalışma durumu, yaşam biçimi, fiziksel hastalık, ailede psikiyatrik hastalık gibi sosyodemografik veriler hastaların dosyalarından, klinisyen tarafından doldurulmuştur. İstatistiksel değerlendirmelerin kolay yapılabilmesi için bekar ve dul olan bireyler bekar; ev hanımı, emekli ve öğrenciler ise çalışmayan olarak değerlendirilmiştir. Kurum ve kuruluşlarda kalanlar aile ile yaşamadıklarını belirttiklerinden yalnız yaşayanlar grubuna dâhil edilmiştir.

Klinik Veri Formu

Çalışmada tarafımızca hazırlanan klinik veri formu kullanılmıştır. Klinisyen tarafından doldurulan bu form ile, hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi, psikotik bulgu varlığı, özkıyım girişimi öyküsü, içgörü, yatış endikasyonu, hastalık tanısı, tekrarlayan yatış varlığı, ilk yatışında hastanede kalış süresi, varsa ilk yatış ile ikinci yatış arası

geçen süre, çıkış durumu, taburculuk sonrası yeniden yatışı olan grupta hastanedeki yatış süresi ve sayısı, taburculuk durumu, taburculuk sonrası poliklinik kontrolü süresi klinik kayıtlarının incelenmesi ile elde edilmiştir.

Bu çalışmada psikotik bulgu varlığı hastaların öykü, ruhsal muayene ve klinik izlem notlarından yapılan değerlendirme ile belirlenmiştir. Şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar dışındaki hastalıklarda psikotik bulgu olarak sanrı, varsanı, dezorganize davranış ve düşünceler, katatoni değerlendirilmiştir. Son 3 ay içinde herhangi bir madde kullanımı olan hastalar madde kullanıyor olarak kabul edilmiştir.

İstatistiksel İşlemler

Çalışmanın istatistiksel analizleri SPSS 19.0 paket programında yapılmıştır. Nicel değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleriyle; nitel değişkenler frekans ve yüzde ile gösterilmiştir. Nicel değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testi ile incelenmiştir. Normal dağılım göstermeyen değişkenlerin 2 grup arasında karşılaştırmalarında Fisher, Yates ve Pearson ki-kare testleri kullanılmıştır. Çalışmadaki tüm istatistiksel analizlerde p değeri 0.05'in altındaki sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Çalışma grubunda eksik verinin olduğu değişkenlere ait hastalar söz konusu analizlerde değerlendirmeye alınamamıştır.

Bulgular

Çalışmaya dahil edilen ve yaşları 14 ile 86 arasında değişen toplam 903 hastanın yaş ortalaması 40.02 ± 14.31 idi. Hastaların 348'inin (%38.7) klinik öyküden alınan bilgilere göre psikotik bulgu taşıdığı saptanmıştır. Örneklem grubunun sosyodemografik özellikleri ele alındığında, grubun çoğunluğunun kadın (%64.5), evli (%57.3), çocuklu (%59.8), ilköğretim ve üstü düzeyde eğitim aldığı (%91), çalışmadığı (%76.3), kentte yaşam sürdüğü (%93), ailesi ile yaşadığı (%95.7) saptanmıştır. Hastaların yaklaşık yarısının (%49.7) sigara kullandığı,

alkol kullanma sıklığının %14.1, madde kullanım sıklığının %5.9 olduğu belirlenmiştir.

Hastaların genel klinik özelliklerine bakıldığında 903 hastanın 686'sının (%75.9) tek yatışı, 217'sinin (%24) tekrarlayan yatışı, 63'ünün (%6.9) döner kapı fenomenine uyan hasta grubuna dahil olduğu saptanmıştır. Son yatıştaki en sık görülen temel nedenler incelendiğinde 657 kişide (%73.1) ilaca uyumsuzluk veya yanıtızlık, 103 kişide (%11.5) özkıyım düşüncesi, 68 hastada (%7.6) kişiler arası sosyal problemler, 36 kişide (%4) alkol ve madde kötüye kullanımı, 29 kişide (%3.2) başkalarına zarar verici davranışlar görülmüştür.

Hastalık ana tanıları değerlendirildiğinde 'Depresif Bozukluklar' tanısı ile sağaltım gören hasta sayısı 319 (%35.3)'dur. Bununla beraber 164 kişide (%18.2) 'Şizofreni ve psikoz ile giden diğer bozukluklar', 161 kişide (%17.8) 'Bipolar ve ilişkili bozukluklar', 60 kişide (%6.6) 'Obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar', 61 kişide (6.8) 'Bedensel belirti bozuklukları ve ilişkili bozukluklar', 39 kişide (%4.3) 'Madde kullanımı ve ilişkili bozukluklar', 35 kişide (%3.8) 'Anksiyete bozuklukları', 9 kişide (%1) 'Disosiyasyon bozuklukları' saptanmıştır (Tablo 1).

Hastaların 195'inin (%21.6) ek psikiyatrik komorbiditesinin olduğu görülmüştür. En sık görülen psikiyatrik komorbiditelerin sırasıyla 53 hastada (%5.8) 'Kişilik bozuklukları', 44 hastada (%4.8) 'Depresif bozukluklar', 28 hastada (%3.1) 'Anksiyete bozuklukları' ve 28 hastada (%3.1) 'Bedensel belirti bozuklukları ve ilişkili bozukluklar' görülmüştür (Tablo 1).

Kliniğimizde aile ve kendisinin imzalı onam vermesi durumunda hastalar taburcu olabilmektedir. Kendi isteğiyle ya da doktor önerisiyle taburcu olmuş olanları ayırmaksızın klinik bulgularında gerileme olma oranına göre çıkış incelendiğinde hastaların %82.8'i kısmi/tam düzelmeye ile taburcu olurken 152 kişi (%17.2) haliyle taburcu olmuştur (Tablo 1).

Hasta profili incelendiğinde 348 hastanın (%38.7) psikotik özellik taşıdığı görülmüştür. Psikotik bulgusu olan ve

olmayan hastaların yatış sayıları Tablo 2'de karşılaştırılmıştır. Psikotik bulgusu olan hasta grubunun 18 ay içinde yatış sayısı ortalaması 1.33 ± 0.79 (en düşük:1, en yüksek:8), psikotik bulgusu olmayan hasta grubunun ise yatış sayısı ortalama 1.33 ± 0.67 (en düşük:1, en yüksek:4) bulunmuştur. Psikotik bulgusu olanlar ile olmayanlar arasında ardışık 18 ay içinde yatış sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. ($p > 0.05$). Ardışık 18 ay içinde tek yatışı olan 269 hastanın (%39.4) psikotik özellikler gösterdiği, 413 hastanın psikotik özellikler göstermediği saptanmıştır. 2 yatışı olan hastalardan psikotik bulgusu olan hasta sayısı 56 (%36.4), olmayan hasta sayısı 98 (%63.6) olarak görülmüştür. 3 ve üzeri yatışı olan hastaların 23'ünün (%36.5) psikotik bulgusu olduğu, 40 hastanın (63.5) psikotik bulgusu olmadığı saptanmıştır (Tablo 2).

Psikotik bulgusu olan ve olmayan hastaların klinik özelliklerinin karşılaştırılması Tablo 3'te verilmiştir. Psikotik bulgusu olan hastalarda eşlik eden fiziksel hastalık öykü oranı, psikotik bulgusu olmayanlara göre anlamlı derecede yüksekti ($p < 0.05$).

Psikotik bulgusu olmayanların hastalık başlangıç yaşı istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha yüksekti ($p < 0.001$). Psikotik bulgusu olmayanların hastalık süresi istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha uzundu ($p < 0.05$). Psikotik bulgusu olanlarla olmayanlar hastaneye son başvuru nedenleri bakımından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0.001$). Bakıldığında; psikotik bulgusu olanlarda alkol ve madde kötüye kullanım oranı %0.06 iken bu oran psikotik bulgusu olmayanlarda %6.2 olarak bulunmuştur. Bununla beraber başkalarına zarar verici davranış oranı psikotik bulgusu olanlar %6.6 iken psikotik bulgusu olmayanlar %1.1 olarak bulunmuştur (Tablo 3).

Psikotik bulgusu olanlarla olmayanlar hastaneye son başvurusundaki temel yatış endikasyonları bakımından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0.001$). Bakıldığında; psikotik bulgusu olanlarda

tedaviye yanıtızlık %53.6 iken bu oran psikotik bulgusu olmayanlarda %70.2 idi. Benzer şekilde psikotik bulgusu olanlarda akut alevlenme %41.2 iken bu oran psikotik bulgusu olmayanlarda %27.2 olarak

bulunmuştur. İç görü açısından karşılaştırıldığında psikotik bulgusu olmayan grupta iç görü varlığının anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür (p<0.001).

Tablo 1. Hastaların ana ve ek tanı oranları

Hastalık Ana Tanısı		
Tanı yok	16	1,8
Depresyon Bozuklukları	319	35,3
Kişilik Bozuklukları	6	0,7
Yıkıcı Bozukluklar Dürtü Denetimi ve Davranım Bozuklukları	6	0,7
Travma ve Stresörle İlişkili Bozukluklar	6	0,7
Nörogelişimsel Bozukluklar	7	0,8
Nörobilişsel Bozukluklar	4	0,4
Kalıcı Komplike Yas Reaksiyonu	2	0,2
Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar	61	6,8
Bipolar ve İlişkili Bozukluklar	161	17,8
Şizofreni ve Psikoz ile Giden Diğer Bozukluklar	164	18,2
Anksiyete Bozuklukları	35	3,8
OKB ve İlişkili Bozukluklar	60	6,6
Disosiyasyon Bozuklukları	9	1
Madde ve İlişkili Bozukluklar ve bağımlılık Bozuklukları	39	4,3
Beslenme Ve Yeme Bozuklukları	8	0,9
Ek Hastalık Tanısı		
Yok	708	78,4
Depresyon Bozuklukları	44	4,87
Kişilik Bozuklukları	53	5,87
Nörogelişimsel Bozukluklar	1	0,11
Nörobilişsel Bozukluklar	3	0,33
Kalıcı Komplike Yas Reaksiyonu	2	0,22
Anksiyete Bozuklukları	28	3,10
İlaçların Yol Açtığı Devinim Bozuklukları ve İlaçların Diğer Yan Etkileri	1	0,11
Cinsel İşlev Bozuklukları	1	0,11
Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar	28	3,10
Bipolar ve İlişkili Bozukluklar	1	0,11
Şizofreni ve Psikoz ile Giden Diğer Bozukluklar	8	0,89
OKB ve İlişkili Bozukluklar	13	1,44
Disosiyasyon Bozuklukları	9	1,00
Madde ve İlişkili Bozukluklar ve bağımlılık Bozuklukları	3	0,33
Çıkış Durumu		
Haliyle	152	17,2
Kısmi Düzelme	351	39,6
Tam Düzelme	383	43,2

Tablo 2. Psikotik Bulgusu olan ve Olmayan Hastaların Yatış Sayılarına Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Psikotik Bulgusu Olanlar	Psikotik Bulgusu Olmayanlar	p
18 Ay içindeki Yatış Sayısı(Ort ± SS)	1.33±0.79	1.34± 0.67	0.826
1 Yatış	269 (%39.4)	413 (%60.6)	0.726
2 Yatış	56 (%36.4)	98 (%63.6)	
3 ve Üzeri Yatış	23 (%36.5)	40 (%63.5)	

Tablo 3. Psikotik bulgusu olan ve olmayan hastaların klinik özelliklerine göre karşılaştırılması

Değişkenler	Psikotik Bulgusu Olanlar	Psikotik Bulgusu Olmayanlar	p
	n	n	
Eşlik Eden Fiziksel Hastalık Öyküsü			
Yok	155 (%45.1)	189 (%54.9)	0.002
Var	192 (%34.7)	362 (%65.3)	
Hastalık Başlangıç Yaşı	21 (1-79)	28 (2,5-74.0)	<0.001
Hastalık Süresi	9 (1-51)	10 (1-50)	0.013
Hastaneye Son Başvurudaki Temel Nedeni			
İlaça Yanıtsızlık / Uyumsuzluk	269 (%77.5)	387 (%70.2)	<0.001
Özkıyım Düşüncesi	33 (%9.5)	70 (%12.7)	
Yakınlar Arası Sosyal Problemler	20 (%5.8)	48 (%8.7)	
Alkol ve Madde Kötüye Kullanımı	2 (%0.06)	34 (%6.2)	
Başkalarına Zarar Verici Davranışlar	23 (%6.6)	6 (%1.1)	
Hepsi	0 (%0)	6 (%1.1)	

Tablo 3 (devamı).

Hastaneye Son Başvurudaki Temel Yatış Endikasyonu			
Tedaviye Yanıtsızlık (Kısmi/Hiç)	186 (%53.6)	387 (%70.2)	} <0.001
Akut Alevlenme	145 (%41.2)	150 (%27.2)	
Genel Tıbbi Durumu Nedeni İle	15 (%4.3)	13 (%2.4)	
Diğer	1 (%0.9)	1 (%0.2)	
İçgörüsü			
Yok	235 (%71.4)	94 (%28.6)	<0.001
Var	112 (%19.7)	457 (%80.3)	
İlk Yatışındaki Ortalama Kalış Süresi	25.9±14.5 (1.8-115.50)	23.0±17.7 (1.1-115.5)	0.008
İlk Yatış ile İkinci Yatış Arası Geçen Süre (Gün)	187 (1.00-1040)	183 (4-1010)	0.274
Ardışık 18 Ay İçerisinde Hastanede Yatış Süresi (gün)	34.4±26.5 (1.80-190.9)	30.9±24 (1.10-153.8)	0.047
Taburculuk Sonrası Poliklinik Kontrolü			
0-1 Ay	266 (%39.3)	411 (%60.7)	} 0.794
1-6 Ay	59 (%36.4)	103 (%63.6)	
6 Ay Ve Üzeri	23 (%38.3)	37 (%61.7)	

Psikotik bulgusu olan ve olmayan grup karşılaştırıldığında ilk yatışta hastaların ortalama kalış süresi açısından psikotik bulgu özelliği taşıyanların ortalama kalış sürelerinin anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür ($p<0.001$). İlk yatış ve ikinci yatış arasında geçen sürenin psikotik bulgu varlığı açısından anlamlı olmadığı görülmüştür. Ardışık 18 ay içerisinde hastanede yatış süresinin psikotik bulgusu olanlarda anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Ayrıca kendisinde özkıyım girişim öyküsü, ailede ruhsal hastalık öyküsü, ailede özkıyım girişim öyküsü, ailede özkıyım

girişim sonucu ölüm ele alındığında psikotik bulgusu olanlar ve olmayan gruplar arasında anlamlı farklılık görülmemiştir (her biri için $p>0.05$).

Psikotik bulgusu olan ve olmayanlarda ilk yatışlarında EKT uygulanıp uygulanmaması arasında anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0.05$). Hastaların çıkış durumları açısından psikotik bulgusu olanlar ile olmayanlar arasında anlamlı fark görülmemektedir ($p>0.05$). Hastaların taburculuk sonrasında poliklinik kontrolüne sıklıkla 1 ay içinde geldiği görülmekle birlikte psikotik bulgu varlığının ya da

yokluğunun geliş süreleri açısından anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Döner kapı fenomenine uyan 63 hasta psikotik olan ve olmayan olmak üzere ikiye ayrıldığında psikotik bulgusu olanlarla olmayanlar arasında yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, çocuk varlığı, yaşam şekli, yaşadığı yer, çalışma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir (her biri için $p>0.05$). Döner kapı hastalarında psikotik bulgusu olanlarda bekarların anlamlı olarak daha fazla sayıda olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Döner kapı hastalarının sigara, alkol ve madde kullanımı alışkanlıklarının psikotik bulgu ile ilişkisi incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemiştir.

Psikotik bulgusu olanların hastalık başlangıç yaşı istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha yüksekti ($p:0.001$). Psikotik bulgusu olanlarla olmayanların hastalık süreleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0.05$).

Tartışma

Psikiyatri kliniklerinde maliyeti arttıran en önemli unsurun tekrarlayan yatışlar ve döner kapı olgusu olduğu yönünde yaygın bir kanı vardır.¹³ Çalışmamıza dahil edilen 903 hastanın 217'sinin (%24) tekrarlayan yatışı olmuştur. 63 hasta (%6.9) döner kapı fenomeni hastalarını oluşturmuştur. Tekrarlayan yatışı olan 217 hastanın 79'unun (%36.4) psikotik semptomları olan grupta, 138'inin (%63.6) psikotik olmayan grupta olduğu görülmüştür. Psikotik olan 348 hastanın %22.7'sinin, psikotik olmayan 555 hastanın %24.8'inin tekrarlayan yatışı olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda hastaların 348'inin (%38.7) psikotik özellikler gösterdiği saptanmıştır. Psikotik olan ve olmayan grup arasında tekrarlayan yatış sıklığı ve döner kapı fenomeni açısından anlamlı fark görülmemiştir. Döner kapı fenomeni çalışmaları sıklıkla şizofreni, şizoaffektif bozukluklar ve nadiren de bipolar bozukluk hastaları ile yapılmıştır.^{8,14} Çalışmamızda ise psikotik olan ve olmayan her iki grup da değerlendirilmiştir. Gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmaması diğer

hastalıklarda da sık yatış yapılmasından kaynaklanıyor olabilir. Bir diğer neden olarak bazı hastaların Adana'da bulunan Ruh Sağlığı Hastalıkları Hastanesi'nin kapalı, açık ve madde bağımlılığı servisleri ile istemsiz yatışların da kabul edilebildiği, görece fazla yatak kapasitesine sahip olmasından kaynaklanabilir. Ayrıca yatış sıklıkları sadece hastanemiz kayıtlarında değerlendirilmiştir. Bu süre içinde başka bir hastaneye yatıp yatmadığı konusunda net bilgi edinilememiştir. Bu durum çalışmamızın kısıtlılıkları arasında sayılabilir.

Psikotik olan ve olmayan gruplar arasında sosyodemografik değişkenler karşılaştırıldığında yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk varlığı, eğitim düzeyinde istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklılık görülmüştür. Bu durum literatürle uyumlu olarak psikotik hastalıkların daha genç yaşta başlaması, daha çok erkek cinsiyette görülmesi, evli olmayanlarda daha sık görülmesi ile açıklanabilir.^{15,16} Çalışmamızda lise ve üzeri eğitim seviyesine sahip hastaların psikotik bulguya sahip olma oranlarının daha düşük eğitim seviyelerine sahip hastalara göre daha fazla olduğu görülmüştür. Bu durumun sebebinin eğitim düzeyi yüksek hastaların farkındalıklarının yüksek olması ve tedavi için daha yüksek sıklıkla hastaneye başvurduklarının göstergesi olarak düşünülebilir.

Kliniğimizde yatan hastaların büyük kısmı (%35.3) depresif bozukluk tanısı ile takip edilmiş olup, %18.2'si şizofreni ve psikoz ile giden diğer bozukluklar, % 17.8'i bipolar ve ilişkili bozukluklar tanısı ile takip edilmiştir. Soygür ve ark.¹⁷ bir psikiyatri kliniğinde yatan hastaları değerlendirmiş ve çalışmamızla benzer sıralama ile yatış oranlarını %35.4 depresif bozukluk, %33.3 psikotik bozukluk, %11.1 bipolar bozukluk olarak saptamıştır. Ülkemizde yapılmış başka bir çalışmada hastaların %31.5'i bipolar bozukluk, %26.1'i psikotik bozukluk, %5.4 paranoid bozukluk ve %2.2'si psikotik depresyon tanıları ile izlenmiştir.¹⁸ Hastaların tanı dağılımlarındaki değişiklik nedenleri arasında bölgenin sosyokültürel etkileri, hastane yatak kapasitesi, servis özellikleri, sınırlı kapasitede çalışan hastanelerin hasta yatırmadaki öncelikleri sayılabilir.

İntihar riski en çok ruhsal hastalıklar ile ilişkilidir.¹⁹ Bir ruhsal bozukluğa sahip insanların yaklaşık %25-50'si yaşam boyu en az bir kez intihar girişiminde bulunmakta, %8-19'u ise tamamlanmış intihar sonucunda hayatını kaybetmektedir.²⁰ Çalışmamızda geçmiş çalışmalarla uyumlu şekilde yaşam boyu intihar girişiminde bulunma oranları %28.6 olarak bulunmuştur.

Çalışmamızda psikotik bulguları olan grupta hastalık başlangıç yaşı daha küçük, hastalık süresi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde uzun bulunmuştur. Bu durum psikotik hastalık gruplarının büyük çoğunluğunu belirleyen şizofreni ve ilişkili psikotik bozuklukların sayıca fazla olmasından, bu hastalık grubunun literatürde de bahsi geçtiği üzere hastalık başlangıç yaşının küçük ve hastalık süresinin uzun olmasından kaynaklanıyor olabilir.¹¹

Hastaların çalışmaya dahil edildiği başvurularındaki temel nedenler incelendiğinde tüm hasta gruplarında ilaca uyumsuzluk/yanıtsızlık en sık neden olarak görülmektedir. Bu durum tekrarlayan yatışı olan hastalarda son başvurularına bakıldığında literatürde yapılmış çalışmalar ile uyum göstermektedir.^{21,22} Aynı zamanda bu neden psikotik olan grupta anlamlı olarak daha yüksek görülmüştür. İlaç uyumsuzluğunun içgörünün sıklıkla azaldığı, gerçeği değerlendirme yetisinin bozulduğu psikotik tablolarda beklenen bir durumdur.²³ Tedavi uyumsuzluğu ve aktif psikotik semptomların varlığı saldırganlık olasılığını arttırmaktadır.²⁴ Çalışmamızda da psikotik bulgusu olan grupta hastaneye son başvuru temel neden olarak ilaca yanıtsızlık/uyumsuzluk ve başkalarına zarar verici davranışlar anlamlı olarak daha yüksek bulunurken, psikotik bulgusu olmayan grupta suicidal düşünce, kişiler arası sosyal problemler, alkol ve madde kötüye kullanımı ve tüm bunların hepsi anlamlı yüksek düzeyde hastaneye başvuru sebebi olarak bulunmuştur. Depresyon ya da distimi tanımlı tekrarlayan yatışların incelendiği bir çalışmada en sık yeniden hastaneye başvuru nedenlerinin suicidal girişim olduğu görülmüştür.²⁵

Toplumda psikiyatrik bozukluk tanısı konan hastaların çoğunluğu kadındır.

Birçok çalışmada sıklıkla çalışma grubunu orta yaşlardaki hastalar oluşturmaktadır.²⁶ Klinik verilerimize baktığımızda birçok çalışma ile benzerlik gösteren orta yaş ve kadın cinsiyet çalışmamızda da ön plana çıkmaktadır. Ruhsal bozuklukların evlilerde düşük, boşanmış ve ayrı yaşayanlarda ise yüksek olduğu tespit edilmiştir.²⁷ Çalışmamızda ise; yatan hastaların çoğunluğu evli olduğu gözlenmiştir. Bazı çalışmalarda geleneksel yaşam tarzlarını kaybetmeyen toplumlarda evli olma oranlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.²⁸ Çalışmamızda da evli olan hasta sayısının yüksek olmasının bu veri ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Fiziksel hastalıklar yapısal, yetenek ve işlevsellik alanlarında önemli kayıplara yol açarak ruhsal bozuklukların gelişme riskini arttırmalar. Wells ve ark.²⁹ kronik fiziksel hastalığı olan hastaları incelemişler ve bu kişilerde normal popülasyona oranla %41 oranında daha fazla ruhsal bozukluk görüldüğünü bildirmişlerdir. Çalışmamızda yatan hastaların %61'inde eşlik eden fiziksel hastalık olduğu görülmüştür.

Çalışmamızın tek merkezli olması ve retrospektif olarak yapılması, psikotik bulgu varlığına sadece dosyalardan klinik öykü ve ruhsal muayene bölümlerine bakılarak karar verilmesi, ayrıca farklı ruhsal bozukluklardaki psikotik belirtilerin çalışmaya dahil edilmesi kısıtlılıklarındandır. Kliniğimizde kapalı servis bulunmamakta ve sınırlı düzeyde yatak kapasitemiz ile hizmet verilmektedir. Çalışmamızda 18 aylık süre içinde sadece kliniğimize yapılmış yatışlar yatış sayısı olarak alınmıştır. Bu süre içinde hastaların dış merkezde başka bir serviste yatışı olup olmadığı konusunda net bilgi edinilememesi çalışmamızın diğer kısıtlılıkları arasında sayılabilir.

Sonuç olarak tekrarlayan yatışta etkili olan çok sayıda faktör vardır. Çalışmamızda psikotik bulguların tekrarlayan yatışları etkileyen bir faktör olmadığı bulunmuştur. Bununla birlikte diğer hastane kayıtlarının da kontrol edildiği, faktörlerin tümünün değerlendirildiği ileriye dönük, psikoz varlığının ölçeklerle değerlendirildiği, geniş hasta sayısına sahip

izlem çalışmaları bu konunun aydınlatılmasına yardımcı olacaktır.

Yazarların katkıları: M.T.C.: Çalışmanın planlanması, literatür tarama, dosya değerlendirmesi, verilerin toplanması, istatistik, makale yazımı; G.K.: Çalışmanın planlanması, literatür tarama, istatistik, makale yazımı; L.T.: Çalışmanın planlanması, istatistik, makale yazımı; M.E.D.: Çalışmanın planlanması, istatistik, makale yazımı.

Çıkar çatışması: Bulunmamaktadır.

Mali destek: Alınmamıştır.

Kaynaklar

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub. 2013.
2. World Health Organisation (WHO). *Multiaxial Presentation of the ICD-10 for Use in Adult Psychiatry*. Cambridge University Press. 2007.
3. Reed GM, Correia JM, Esparza P, Saxena S, Maj M. The WPA-WHO global survey of psychiatrists' attitudes towards mental disorders classification. *World Psychiatry* 2011;10(2):118-131.
4. Henisz JE, Etkin K, Levine MS. Criteria for psychiatric hospitalization: A checklist approach. *Behav Res Methods Instrum* 1981;13(4):629-636.
5. Mendel WM, Rapport S. Determinants of the decision for psychiatric hospitalization. *Arch Gen Psychiatry* 1969;20(3):321-328.
6. Geller JL. In again, out again: Preliminary evaluation of a state hospital's worst recidivists. *Psychiatr Serv* 1986;37(4):386-390.
7. Kalenderoğlu A. Kahta Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastaların Sosyodemografik Ve Klinik Özellikleri. *Klin Psikiyatr Derg* 2017;20(1):30-36.
8. Goodpastor WA, Hare BK. Factors associated with multiple readmissions to an

urban public psychiatric hospital. *Psychiatr Serv* 1991;42(1):85-87.

9. Keyder Ç, Üstündağ N. Doğu ve Güneydoğu Anadolu'nun Kalkınmasında Sosyal Politikalar. *Doğu ve Güneydoğu Anadolu'da Sos ve Ekon Öncelikler* 2006:90-149.
10. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017. Erişim yeri: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/31096,turkcesiydijiv1pdf.pdf?0>, Erişim Tarihi: 01.08.2019.
11. Gültekin BK, Güler J, Kesebir S, Irmak Ç, Küçüksubaşı Y. Tipik, Atipik Antipsikotik, Elektrokonvulsiv Tedavi ya da Birlikte Kullanımları ile Taburcu Edilen Şizofreni Tanılı Hastaların Altı Ay İçinde Tekrarlayan Yatış Oranları. *Klin Psikiyatr Derg* 2013;16(4):206-213.
12. Gilmer TP, Dolder CR, Lacro JP, Folsom DP, Lindamer L, Garcia P, Jeste DV. Adherence to treatment with antipsychotic medication and health care costs among Medicaid beneficiaries with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2004;161(4):692-699.
13. Aydın E, Tabo A, Karamustafaloğlu KO, Alataş G, Aydın E, Yiğit S, Erkuş GH. Döner kapı olgusu: Toplum temelli ruh sağlığı hizmet modeline geçişin psikiyatri servisine yatış üzerine etkisi. *Anadolu Psikiyatr Derg* 2014;15(3):185-191.
14. Surber RW, Winkler EL, Monteleone M, Havassy BE, Goldllnger SM, Hopkin JT. Characteristics of high users of acute psychiatric inpatient services. *Psychiatr Serv* 1987;38(10):1112-1114.
15. Lin CH, Chen MC, Chou LS, Lin CH, Chen CC, Lane HY. Time to rehospitalization in patients with major depression vs. those with schizophrenia or bipolar I disorder in a public psychiatric hospital. *Psychiatry Res* 2010;180(2-3):74-79.
16. Keshavan MS, Schooler NR. First-episode studies in schizophrenia: criteria and characterization. *Schizophr Bull* 1992;18(3):491-513.
17. Soygür H, Özalp E, Cankurtaran EŞ, Turhal L, Işık U, Çekiç T, Şengel A, Karahan R. Yeni kurulan bir psikiyatri kliniği yataklı servisinin ilk beş yüz günü: Bir

değerlendirme çalışması. *Anadolu Psikiyatr Derg* 2005;6:170-176.

18. Kelleci M, Doğan S, Ata EE, Avcı D, Sabancıoğulları S, Başeğmez F, İşkey M. Bir psikiyatri kliniğinde yatan hastaların psikotrop ilaç kullanma hakkında düşünceleri ve taburculuk sonrası telefonla izlem. *Psikiyatr Hemşireliği Derg.* 2011;2(3):128-135.

19. Windfuhr K, Kapur N. Suicide and mental illness: a clinical review of 15 years findings from the UK National Confidential Inquiry into Suicide. *Br Med Bull* 2011;100(1):101-121.

20. Latalova K, Kamaradova D, Prasko J. Suicide in bipolar disorder: a review. *Psychiatr Danub* 2014;26(2):108-114.

21. Marder SR. Overview of partial compliance. *J Clin Psychiatry* 2003;64(16):3-9.

22. Haywood TW, Kravitz HM, Grossman LS, Cavanaugh JL, Davis JM, Lewis DA. Predicting the "revolving door" phenomenon among patients with schizophrenic, schizoaffective, and affective disorders. *Am J Psychiatry* 1995;152(6):856-861.

23. Bergen J, Hunt G, Armitage P, Bashir M. Six-month outcome following a relapse of schizophrenia. *Aust N Z J Psychiatry* 1998;32(6):815-822.

24. Arseneault L, Moffitt TE, Caspi A, Taylor PJ, Silva PA. Mental disorders and violence in a total birth cohort: results from the Dunedin Study. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57(10):979-986.

25. van Alphen NR, Stewart JG, Esposito EC, Pridgen B, Gold J, Auerbach RP. Predictors of rehospitalization for depressed adolescents admitted to acute psychiatric treatment. *J Clin Psychiatry* 2017;78(5):592.

26. Belek İ. Sosyal sınıf, eğitim, gelir ve mahalle: Hangisi sağlığın en önemli belirleyicidir. *Sosyol Araştırmaları Derg* 1999;99:77-93.

27. Henderson C, Thornicroft G, Glover G. Inequalities in mental health. *Br J Psychiatry* 1998;173(2):105-109.

28. Arslan R. XIX. Yüzyılda Adıyaman'da sosyo-ekonomik yapı. *Dumlupınar*

Üniversitesi Sos Bilim Derg 2010;26:288-301.

29. Wells KB, Golding JM, Burnam MA. Chronic medical conditions in a sample of the general population with anxiety, affective, and substance use disorders. *Am J Psychiatry* 1989;146(11):1440-1446.