



T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

**BURSA YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ**

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

**TÜRKİYE KIRSALINDA YAŞAYAN TELEMENTAL TIP
YÖNTEMİ İLE TAKİP EDİLEN PSİKIYATRİ
HASTALARININ BİR YILLIK TAKİP SONUÇLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Emre YALÇINTAŞ

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

BURSA/2020



T.C.

SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

**BURSA YÜKSEK İHTİSAS EğTİM VE ARAşTIRMA
HASTANESİ**

AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ

**TÜRKİYE KIRSALINDA YAşAYAN TELEMENTAL TIP
YÖNTEMİ İLE TAKİP EDİLEN PSİKİYATRİ
HASTALARININ BİR YILLIK TAKİP SONUÇLARININ
DEğERLENDİRİLMESİ**

Dr. Emre YALçINTAş

Tez Danışmanı:

Doç. Dr. Hakan DEMİRCİ

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

BURSA/2020

I.	TEŞEKKÜR.....	v
II.	KISALTMALAR.....	vi
III.	ŞEKİL LİSTESİ... ..	vii
IV.	TABLO LİSTESİ	viii
V.	EK LİSTESİ.....	ix
VI.	ÖZET.....	x
VII.	ABSTARCT	xi
1.	GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.	GENEL BİLGİLER	6
2.1	KRONİK PSİKİYATRİK HASTALIKLAR	6
2.1.1	Kronik psikiyatrik hastalıkların yaygınlığı.....	7
2.1.2	Kronik psikiyatrik hastalıkların takibi	8
2.1.3	Psikiyatrik hastalıkların yönetiminde karşılaşılan sorunlar	9
2.2	TELETIP.....	11
2.2.1	Teletıp uygulamaları	11
2.2.2	Teletıp ihtiyacı.....	12
2.2.3	Teletıp kullanım yöntemleri.....	12
2.2.4	Teletıp geleceği	13
2.3	TELETIP UYGULAMALARI İLE KRONİK PSİKİYATRİK HASTALIKLARIN YÖNETİMİ	13
2.3.1	Teletıp takibinin hastaların işlevselliği üzerindeki etkisi	14
2.3.2	Teletıp takibinin hastalıkların alevlenmesi üzerindeki etkisi	14
2.3.3	Teletıp takibinin tehlikeli davranışlar üzerindeki etkisi	15
2.3.4	Teletıp takibinin hastaların ilaç uyumu üzerindeki	

	etkisi	15
2.3.5	Teletıp takibinin hastaların hastaneye yatışı üzerindeki etkisi	15
2.4	TELETIP İLE AŞILAN SORUNLAR	16
2.4.1	Hasta veya hastalığa ait sorunların aşılması	16
2.4.2	Coğrafi sorunların aşılması.....	17
2.4.3	Mali ve zaman sorunlarının aşılması	19
2.4.4	Damgalanma sorununun aşılması.....	20
3.	GEREÇ VE YÖNTEMLER	21
4.	BULGULAR	25
5.	TARTIŞMA.....	51
6.	ÇALIŞMANIN GÜÇLÜ VE SINIRLI YÖNLERİ	54
7.	SONUÇ	55
8.	KAYNAKLAR.....	57
9.	ÖZGEÇMİŞ	61
10.	EKLER	62

I. TEŞEKKÜR

Aile hekimliği uzmanlık eğitimim boyunca bilgilerini, deneyimini ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, her zaman yanımda olan başta tez danışmanım değerli hocam Doç. Dr. Hakan DEMİRCİ ve ilkokul yıllarımdan üniversite yıllarıma kadar öğrenim hayatım boyunca üzerimde emeği olan tüm hocalarıma,

Uzmanlık eğitimim boyunca tanışmaktan ve birlikte çalışmaktan memnuniyet duyduğum tüm hekim arkadaşlarıma,

Tezimde büyük katkıları ve manevi destekleri olan birlikte çalıştığım kıymetli aile sağlığı alışanım Ebe Elif YAYLA ERDEM olmak üzere, tüm Büyükorhan Aile Sağlığı Merkezi alışanlarına,

Fedakârlıklarıyla beni bu günlere getiren, hayatımın her aşamasında desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen değerli annem ve babama ve kendilerine ait olan zamanımı bu çalışmalar için harcamamda hep yanımda olan eşim Meltem YALÇINTAŞ ve oğlum Erem YALÇINTAŞ'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

**Dr. Emre
YALÇINTAŞ**

II. KISALTMALAR

DSM:	Diagnostic and statistical manual of mental disorders
SANS:	The Scale for the Assessment of Negative Symptoms
SAPS:	The Scale for the Assessment of Positive Symptoms
TRSM:	Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
WONCA:	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü

III. ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1	Katılımcıların işlevsellik skorlarının izlemler arasındaki değişimi.....	33
Şekil 2	SAPS total skorlarının izlemler arasındaki değişim.....	35
Şekil 3	Katılımcıların SANS total skorlarının izlemler arasındaki değişimi.....	38
Şekil 4	SHEEHAN total skorlarının izlemler arasındaki değişimi.....	41

IV. TABLO LİSTESİ

Tablo 1	Katılımcıların sosyodemografik özellikleri	26
Tablo 2	Katılımcıların yaş, çocuk, kardeş sayısı ve gelir durumu özellikler	27
Tablo 3	Katılımcıların kilo, boy, bel çevresi ve kan basıncı özellikler	28
Tablo 4	Katılımcıların aile öyküsü, madde kullanımı ve psikiyatrik hastalık özellikleri.....	29
Tablo 5	Katılımcıların işlevsellik, kendisine, başkalarına zarar verme, savunmazlık, alevlenme riski skorlarının 1., 2., 3., 4. ve 5. izlemler arasındaki değişimi	31
Tablo 6	Katılımcıların SAPS skorlarının 1., 2., 3., 4. ve 5. izlemler arasındaki değişimi	34
Tablo 7	Katılımcıların SANS skorlarının 1., 2., 3., 4. ve 5. izlemler arasındaki değişimi	36
Tablo 8	Katılımcıların CALGARY ve YOUNG mani skorlarının 1., 2., 3., 4. ve 5. izlemler arasındaki değişimi	39
Tablo 9	Katılımcıların SHEEHAN skorlarının 1., 2., 3., 4. ve 5. izlemler arasındaki değişimi	40
Tablo 10	Katılımcıların klinik global izlenim ölçeği skorlarının 1., 2., 3., 4. ve 5. izlemler arasındaki değişimi	42
Tablo 11	Katılımcıların Hamilton Depresyon ve genel psikopatoloji riski skorlarının 1., 2., 3., 4. ve 5. izlemler arasındaki değişimi.....	43

Tablo 12	Katılımcıların hastanede yatma, ilaç kullanımı ve tedavi değişikliği durumunun 1., 2., 3., 4. ve 5. izlemler arasındaki değişimi.....	44
Tablo 13	Son bir yılda hastanede yatma durumunun sosyo-demografik değişkenlere göre dağılımı.....	46
Tablo 14	Son bir yılda hastanede yatma ile sayısal değişkenler ilişkisi.....	48
Tablo 15	Minimental test skorunun ile sosyo-demografik değişkenlere göre dağılımı.....	48
Tablo 16	Minimental test skoru ile sayısal değişkenler arasındaki korelasyon sonuçları	49

V. EK LİSTESİ

EK 1. TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİ HASTA BİLGİ FORMU	62
EK 2. TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİ RİSK DEĞERLENDİRME FORMU VE YÖNETİM PLANI.....	64
EK 3. POZİTİF BELİRTİLERİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (SAPS)	67
EK 4. NEGATİF BELİRTİLERİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (SANS) .	69
EK 5. CALGARY ŞİZOFRENİDE DEPRESYON ÖLÇEĞİ.....	71
EK 6. MİNİMENTAL TEST	74
EK 7. YOUNG MANİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ	75
EK 8. SHEEHAN YETİ YİTİMİ ÖLÇEĞİ.....	79
EK 9. KLİNİK GLOBAL İZLENİM ÖLÇEĞİ	80
EK 10. HAMİLTON DEPRESYON DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ.....	81
EK 11. GENEL PSİKOPATOLOJİ ÖLÇEĞİ	82
EK 12. ETİK KURUL ONAMI.....	83

VI. ÖZET

Amaç: Bu çalışmada, teletıp yönteminin kronik psikiyatrik hastalığı bulunan hastalar üzerinde kullanımının mümkün olduğunun gösterilmesi planlandı.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma, Temmuz 2017-Temmuz 2018 tarihleri arasında Bursa ili Büyükorhan ilçesi kırsalında yaşayan kronik psikiyatrik hastalığı bulunan hastaların katılımıyla yapıldı. Hastalar ilk izlemde psikiyatri uzmanı eşliğinde ikametgâhlarında ziyaret edildi. Çalışmanın devamında üç aylık periyotlar ile hastalar, aile hekiminin gezici hizmet saatlerinde video ve sesli iletişime izin veren aygıtlar yardımı ile hazır bulunan psikiyatri uzmanına konsülte edilerek takip edildi. Çalışmaya katılan hastalardan alınan bilgiler doğrultusunda toplum ruh sağlığı merkezlerince kullanılan hasta bilgi formu dolduruldu. Mini mental test uygulandı. Takipler sırasında her üç aylık izlemde risk değerlendirme formu ve yönetim planı, pozitif belirtileri değerlendirme ölçeği, negatif belirtileri değerlendirme ölçeği, şizofreni tanılı hastalarda Calgary şizofrenide depresyon ölçeği, iki uçlu duygu durum bozukluğu olan hastalarda Young mani derecelendirme ölçeği, Sheehan yeti yitimi ölçeği, Klinik global izlenim ölçeği, şizofreni dışı hastalarda Hamilton depresyon değerlendirme ölçeği, genel psikopatoloji ölçeği dolduruldu.

Bulgular: Kronik psikiyatrik hastalığı bulunan hastaların tamamına yakını düzenli hekim kontrolü ve tedaviye uyumu olmayan hastalar olduğu belirlendi. Bu takip ve tedaviden yoksun hastaların işlevselliklerinin ileri derecede düşük olduğu tespit edildi. Hastaların büyük bölümünün uygun olmayan tedavileri kullandığı tespit edildi. Hastaların yatarak tedavi ihtiyacı olmasına rağmen bunun gerçekleşmediği saptandı. Teletıp yöntemi ile takip edilen hastaların düzenli kontrollerinin gerçekleşmesi ile tedavi uyumlarının iyileştiği. Bunun neticesinde işlevsellik skorlarının yükseldiği tespit edilmiştir. Psikiyatri hastalarının düzenli hekim kontrolünün önündeki engellerin tamamının teletıp yöntemi ile aşıldığı görülmüştür.

Sonuç: Bildiğimiz kadarıyla bu çalışma ülkemizdeki teletıp yöntemi ile psikiyatrik hastalar üzerinde yapılan ilk çalışmadır. Çalışma sonuçları psikiyatrik hastaların düzenli takiplerinin kendileri ve sosyal ilişki içinde bulunduğu kişilerin hayatlarını olumlu yönde etkilemektedir. Bu hastalıkların tedavisi ile planlanan işlevselliğin geliştirilmesi ve korunması hedefleri teletıp yöntemi ile mümkün olmaktadır. Teletıp

yöntemi pek çok alanda uygulamaya hazır olması ile birlikte özellikle hastalıkların doğası gereği psikiyatrik hastalıklar üzerinde hızla kullanıma girmesi uygundur. Yakın gelecekte teletıp devletler açısından zaruri bir yöntem olarak yerini alacak görünmektedir.

Anahtar Kelimeler: Aile hekimliği; kronik psikiyatrik hastalıkların yönetimi; teletıp



I. ABSTRACT

Aim: In this study, it was aimed to show that tele-medicie technique is useful to manage chronic psychiatric diseases.

Methods: This study was conducted between July 2017 and July 2018 with the participation of patients with chronic psychiatric disease living in the rural of Büyükorhan district of Bursa. During the first follow-up, the patients were visited at their residence with a psychiatrist. In the continuation of the study, the patients were followed up by consultation with the psychiatrist who was present with the help of devices that allow video and voice communication during the mobile service hours of the family physician in three-month periods. In accordance with the information received from the patients participating in the study, the patient information form used by the community mental health centers was filled. Mini mental test was applied. Risk assessment form and management plan, positive symptoms assessment scale, negative symptoms assessment scale, Calgary patients with schizophrenia, depression scale in patients with schizophrenia, Young mania rating scale, Sheehan disability scale, Clinical global during follow-ups Impression scale, Hamilton depression assessment scale in non-schizophrenia patients, general psychopathology scale were filled.

Results: Almost all of the patients with chronic psychiatric disease were determined to have regular physician control and non-compliance with treatment. It was found that the functionality of patients lacking this follow-up and treatment was extremely low. It was determined that the majority of patients used inappropriate treatments. It was found that this did not happen even though the patients needed inpatient treatment. Patients who were followed up with telemedicine method improved their treatment compliance with regular checks. As a result, it was found that functionality scores increased. It has been observed that all the obstacles in front of regular physician control of psychiatric patients are overcome by telemedicine method.

Conclusions: As far as we know, this study is the first study on psychiatric patients using telemedicine method in our country. The results of the study positively affect the regular follow-up of psychiatric patients and the lives of those with whom they have social relationships. The objectives of developing and protecting the planned

functionality with the treatment of these diseases are possible by telemedicine method. Although the telemedicine method is ready to be used in many areas, it is suitable to be used rapidly on psychiatric diseases, especially due to the nature of the diseases. It seems to take its place as an essential method for telemedicine states in the near future.

Keywords: Family medicine; chronic psychiatric diseases; telemedicine; Telemental medicine; işlevsellik; functionality; DSM-5;



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Teletıp; elektronik bilgi ve iletişim teknolojilerinin sağlık hizmetinin sunumunda kullanılmasıdır. Teletıp uygulamaları sayesinde coğrafi engellerin üstesinden gelinmekte ve kısıtlı kaynaklarla çok daha geniş bir alanda sağlık hizmeti sunulmaktadır. Teletıp aynı zamanda sağlık çalışanları arasındaki bilgi paylaşımı ve yardımlaşmayı da kapsayan bir kelimedir.

Telemental tıp ise bu modern iletişim teknolojilerinin ruh ve sinir hastalıkları alanında kullanımını ifade eder.

Kronik psikiyatrik hastalıklar toplumun yüzde onundan fazlasını ilgilendiren bir sağlık problemidir. Bu hastalıklar içinde en yüksek istatistiklere sahip olanları major depresyon, psikotik bozukluk, mental retardasyon ve bipolar bozukluktur.

Psikiyatride 2010 yılından itibaren psikiyatrik hastalıklarla ilgili olarak yeni bir hedef belirlenmiştir. Bu yeni hedef hastaların işlevselliğinin sağlanması ve korunmasıdır.

Kronik psikiyatrik hastalıklarda en dikkat çekici problemler; hastaların tedaviye uyumsuzluğu, takiplerinin sürekli aksaması ve bu durumun planlanan hedeflerin uzağında kalınmasına yol açmasıdır. Hastalıkların kontrol dışına çıkması hem hastaya hem de yakınlarına baş edilmesi güç problemler çıkarmaktadır. Saldırganlık, depresif ya da manik epizodlar, intihar düşüncesi bu problemlerin başlıcalarıdır.

Hastaların kontrol zamanları geldiğinde şikayetlerinin alevlenmeleri sağlık hizmetine olan taleplerini olumsuz yönde etkilemektedir. Zaten kontrolü zor olan bu hastalar, yakınları tarafından ilgili hekim muayenesine ulaştırılamamaktadır. Bütün bu hastalığa ait engellere bir de coğrafi koşulların, zaman sıkıntısının ve mevcut mali kaynakların oluşturduğu engeller ilave olunca hastaların takibi imkansız hale gelmektedir.

Kronik psikiyatrik hastalıklardaki en sık karşılaşılan problemler hasta tedavi uyumu, düzenli ilaç kullanımı, hastaların yakın takibi, bakım verenin sıra dışı durumlarda başvuracağı bir sağlık profesyonelinin bulunmaması nedeniyle hastalık sürecinin kötü yönetimidir.

İşte teletıp uygulamalarının psikiyatri hastalarının tedavilerinin düzenlenmesinde ve takiplerinde kullanılmasının amacı bu engelleri ortadan kaldırarak psikiyatri hastalarında istenen hedeflere ulaşılmasının sağlanmasıdır. Bu teletıp uygulamasının bir ayağını psikiyatri uzmanı oluştururken diğer ayağını aile hekimi oluşturmaktadır.

Aile Hekimliği gibi birinci basamak yönelimli bir uzmanlık alanının bu hizmeti sunması varlık sebebini gerçekleştirmesinin önemli bir adımıdır. Aile hekimi bu uygulama ile hasta ve ortama dayalı bir doktor hasta ilişkisini tesis edecek, kronik bir hastalığın yönetiminde hastasının sürekli yanında olacak, hasta için ilk temas noktası olacak ve hastanın sağlığı ile ilgili bütüncül bir bakış açısı ile tedavisinin düzenlenmesinde aracı olacaktır.

Telemental tıp uygulamasında hasta, psikiyatri uzmanının belirlediği bir zamanda ya da hastanın sağlık durumunda yaşanan olumsuz bir durumda aile hekimi aracılığı ile psikiyatri uzmanına konsülte edilecektir. Bu konsültasyon, aile hekiminin hastayı değerlendirmesi ve psikiyatri uzmanına sunması öncesi gerekli hazırlıkları yapmasını takiben görüntülü ve sesli görüşme imkanı sağlayan bir teknoloji ile gerçekleştirilecektir. Böylece hastanın mevcut durumu bir hekim tarafından, hatta bu uygulama ile düzenli kontrol eden bir hekim tarafından, değerlendirildikten sonra ilgili uzmana danışılacaktır. Bu sayede sağlık hizmetinin sunumu hem daha sağlıklı hale getirilecek hem de hızlanacaktır. Ancak bundan çok daha önemli olarak hastanın bir kliniğe başvurma sürecinde yaşanacak problemler tamamen ortadan kalkmış olacaktır. Hastayı ikna etme hatta çoğu zaman kontrol altına alma problemi hiç yaşanmayacaktır. Hastalığın kontrol zamanları profesyonelce yönetilecek. Hastanın hekime ulaşmasının son derece zor olduğu coğrafi engeller böylece tamamen ortadan kalkacaktır. Ayrıca hastanın durumunun riskli hale geldiği öngörülebilecek ve olası bir felaket senaryosu ortaya çıkmadan bertaraf edilmiş olacaktır.

Telemental tıp uygulaması ile psikiyatrik hastaların takiplerinin sağlıklı bir şekilde yapılması, tedavilerinin aksamadan yürütülmesi ve hastanın işlevselliğinin sürekli kılınması amaçlanmaktadır.

Bu tez ile teletıp uygulamasının hastaların genel durumları, tedaviye uyumunun nasıl olduğu, hastalıklarının seyrindeki riskler üzerindeki etkisi, hastaneye yatış sayıları, işlevselliklerinin ne ölçüde sağlandığı veya devam ettirildiği, hastalardaki intihar girişimlerinin üzerindeki olumlu etkisi araştırılmaktadır.

Şimdiye kadar yapılan teletıp çalışmaları içinde mevcut teknolojinin en etkin kullanıldığı ve en efektif çalışma olma özelliği taşımasının hedeflendiği bu tez ile yoğun mesai içerisinde hastalara nasıl daha faydalı olunabilir diye düşünerek hareket edilmiştir. Bu çalışma ile sağlık hizmetinin sunumunda konsültasyon imkanlarının kolaylaştırılması ve genişletilmesinin asli görevimiz olan hastalar üzerindeki olumlu etkisinin görülmesi ve tüm dünyada sağlık hizmetini yeni bir seviyeye taşınması amaçlanmıştır.

Teletıp uygulaması dünyada ilk kez 100 yıl önce Norveç' te gerçekleştirilmiştir. 1920 yılında Haukeland Hastanesinde radyo bağlantısı kullanılarak denizde bulunan gemilere sağlık hizmetleri sunulmuştur. Kayıtlardaki ilk teletıp uygulaması bu olmuştur.

Teknolojik gelişmelerle birlikte haberleşme ve bilgisayar alanında yeni olanaklar ortaya çıkmıştır. Özellikle uzay çağının başladığı 1960'lı yıllardan sonra ivme kazanan bu yeni olanaklar hızla sağlık alanında da kullanılmaya başlanmış ve teletıp için yeni imkanlar sunmuştur.

Uzay seyahatlerinin başlaması ile birlikte NASA uzaya gönderdiği astronotların fizyolojik verilerini uydu aracılığı ile almış ve sağlık durumlarının takiplerini gerçekleştirmiştir. 1967 yılında astronotların kan basıncı, karbondioksit oranları, EKG gibi verileri Houston'daki merkezce sürekli olarak takip edilmiştir.

Özellikle Amerika Birleşik Devletleri, Birleşik Krallık, Kanada, Avustralya ve Almanya gibi ülkeler teletıp yönteminin hem ilk uygulayıcıları hem de geliştiricileri olmuşlardır.

Bir proje olarak ilk teletıp uygulaması yine psikiyatri hastaları üzerinde olmuştur. Nebraska Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne bağlı Nebraska Psikiyatri enstitüsü yaklaşık 200 km uzaklıktaki eyalet ruh ve sinir hastalıkları hastanesine kapalı devre televizyon sistemi ile bağlanarak bu çalışma gerçekleştirilmiştir. Bu ilk teletıp ve ilk telemental tıp projesi 1967 yılında yapılmıştır (1).

Kuzey Amerika ilerleyen zamanlarda özellikle kırsal alanda sağlık hizmetini sunabilmek için teletipten faydalanmış sırf bu amaç için özel hatlar döşenmiştir. Bu şekilde patoloji sonuçları incelenebilmiş, röntgenler değerlendirilebilmiştir. Hatta bu yöntemle akciğer oskültasyonu dahi gerçekleştirilmiştir.

1970'ler ve 1980'ler teletıbbın gelişimine ve gerilemesine şahit olunan yıllardır. ABD ve Kanada'da pek çok teletıp uygulaması bu yollarda denenmiş ancak gerek iletişim imkanlarının bugüne nazaran ilkel olması ve mevcut olanın kullanımının yüksek maliyetleri nedeniyle teletıp uygulamaları duraklama dönemine girmiştir.

1990'larla beraber teknolojideki gelişmeler yeni iletişim imkanları sunmasının yanında bunların uygun maliyetli sunumu ve yaygınlaşmasını da sağlamıştır. Teletıp yöntemleri bu yeni gelişmelerle tekrar yaygınlık kazanmaya başlamıştır. Haberleşme araçlarındaki yüksek ivme teletıp uygulamalarının da yolunu açmıştır ve bu tarihten itibaren artan bir hızla yaygınlaşmaktadır.

Teletıp uygulamaları ile takip edilen diyabet hastaları üzerine yapılan bir çalışma ile HbA1c üzerinde anlamlı bir azalma sağlanmıştır (2).

Yine teletıp yöntemi kalp hastaları ile yapılan bir çalışmada uygulanmış ve kalp yetmezliği bulunan hastalarda hastaneye yatışta ve mortalite de azalma görülmüştür (3)

Dermatoloji hastaları ile yapılan bir çalışmada cilt problemi yaşayan yaşlılarda problemlili bölgenin fotoğrafı çekilerek dermatoloji uzmanına gönderilerek tanı konulmuştur (4)

Göğüs hastalıkları uzmanları ile gerçekleştirilen bir teletıp çalışmasında astım ve KOAH'lı hastalarda acil başvuruları ve hastaneye yatışlarda azalmanın yanında yaşam kalitesinde iyileşme sağlanmıştır (5)

Dünyada 1950'li yıllarda başlayan teletıp uygulamaları Türkiye'de 2000'li yıllarda gündeme gelmiştir. Acil Eylem Planı çerçevesinde Devlet Planlama Teşkilatı'nın başlattığı e-dönüşüm Türkiye projesi" kapsamında e-sağlık çalışma grubunun koordinasyonunu Sağlık bakanlığı üstlenmiş, 2006'da bir eylem planı hazırlanarak yürürlüğe sokulmuştur. Teletıp bu eylem planında yer alan dört eylemden biri olarak kendisine yer bulmuştur (6).

Türkiye'de ilk teletıp projesi Gazi Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları bölümü ile on tane sağlık ocağı arasında web üzerinden tele konsültasyon olarak uygulanmıştır (7).

Dicle Üniversitesi Hastanesi'nde bilgisayar destekli protez tasarım ve üretim sistemi kullanılarak, hastalar merkeze gelmeden protezleri hazırlanmaktadır (8)

Teletıp uygulaması her geçen gün ile birlikte kendisine modern sağlık hizmetleri içerisinde daha fazla yer bulmaktadır. Modern Dünyanın büyük bölümünde 70 yılı aşkın süredir teletıp uygulamaları devam etmektedir. Türkiye geç başladığı bu yolculukta genç, dinamik ve çok yönlü bakış açısında sahip sağlık çalışanları ile hızlı ve büyük adımlar atarak ön sıralara ilerleyecektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. KRONİK PSİKİYATRİK HASTALIKLAR

Kronik psikiyatrik hastalıklar toplumda sık karşılaşılan ve gerek hastanın gerekse de yakın çevresinin hayatını son derece olumsuz etkileyen bir sağlık problemidir. Bu hastalıkların yönetimi hem hastalığın doğası hem de kişilerin hastalıklarına karşı sergiledikleri tavır nedeniyle pek çok zaman aksaklığa uğramaktadır. Kronik psikiyatrik hastalıkların çoğunluğunda ulaşılmak istenen işlevselliğin iyileştirilmesi ve korunması hedeflerine ulaşamamaktadır. Hastaların düzenli takibi bu hedeflere ulaşma yolundaki en önemli adım olarak kabul edilmektedir. Halen dünyada pek çok alternatif yöntem hastaların düzenli gözetimini sağlamak amacı ile denenmektedir.

Kronik psikiyatrik hastalıklar Amerikan Psikiyatri Birliği'nin aralıklı olarak düzenlediği bir kılavuz ile kategorize edilmektedir. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders olarak yayımlanan bu kılavuz son olarak DSM-5 olarak güncellenmiştir (9).

DSM-5 kılavuzuna göre kronik psikiyatrik hastalıklar belirli kategorilere ayrılmıştır.

Bunlar:

- Nörogelişimsel Bozukluklar
- Şizofreni Spektrumu Ve Diğer Psikotik Bozukluklar
- Bipolar Ve İlgili Bozukluklar
- Depresif Bozukluklar
- Anksiyete Bozuklukları
- Obsesif-Kompulsif Ve İlgili Bozukluklar
- Travma Ve Strese Bağlı Bozukluklar
- Disosiyatif Bozukluklar

- Somatik Semptom Ve İlgili Bozukluklar
- Beslenme Ve Yeme Bozuklukları
- Eliminasyon Bozuklukları
- Uyku-Uyanma Bozuklukları
- Cinsel İşlev Bozuklukları
- Cinsel Kimlik Disforisi
- Yıkıcı, Dürtü Kontrol Ve Davranış Bozuklukları
- Nörobilişsel Bozukluklar
- Kişilik Bozuklukları
- Parafilik Bozukluklar
- Diğer Ruhsal Bozukluklar olarak sınıflandırılmıştır.

2.1.1 KRONİK PSİKİYATRİK HASTALIKLARIN YAYGINLIĞI

Kronik psikiyatrik hastalıklar toplumun %10-30 sini ilgilendiren son derece yaygın bir sağlık problemidir. Bu yaygınlık, psikiyatrik hastaların tanı almak istememesi, sağlık hizmetine ulaşım gibi nedenlerle gerçeği yansıtmıyor olabilir. Hali hazırda toplumda varlığı her geçen gün artan bir sağlık problemine göre istatistiksel olarak bu kadar geniş bir aralığın varlığı bu durumun ispatı gibidir.

Sık karşılaşılan ve salt bireyi değil yakın çevresini (aile, arkadaş, komşu vb.) çeşitli şekillerde rahatsızlığa sürükleyen bu hastalıkların istatistikleri: Şizofreni için %1 (10) , bipolar bozukluk için %3 (11), Major depresyon için %3,5 (12), mental retardasyon %0,5-1 (13) olarak görünmektedir.

Yalçıntaş ve arkadaşlarının yapmış olduğu bu çalışma ile ilgili hastalıklara ait reel istatistiklere ulaşmak daha kolay olacaktır.

2.1.2 KRONİK PSİKİYATRİK HASTALIKLARIN TAKİBİ

Kronik psikiyatrik hastalıklarda DSM-5 ile ulaşılmak istenen hedef bu hastaların işlevselliğinin geliştirilmesi ve korunmasıdır. Bunun sağlanması için de en büyük engel hastaların tanınması, tedavi uyumlarının sağlanması ve düzenli hekim kontrolünde olmalarıdır (14). Dünyada bununla ilgili pek çok yöntem denenmesine karşın etkili bir yöntem bulunamadığı hastaların tedavi uyumlarındaki iyileşme göstergelerinden anlaşılmaktadır.

Ülkemizde de son yıllarda bu hastaların takibi, işlevselliklerinin tesisi ve sürdürülmesi, aynı zamanda sosyal birer birey haline gelebilmeleri ve çeşitli uğraşlarla hastalıklarının tedavi sürecinde olumlu etkiler elde edebilmek için 2016 yılında toplum ruh sağlığı merkezleri oluşturulmuştur (15).

Bu merkezler öncelikle merkez ilçelerde kurulmuş ve sosyal uyum ve işlevsellik açısından sorun yaşayan hastaların rehabilitasyonu hedeflenmiştir. İlk olarak psikiyatri uzmanları tarafından takip edilen ve uygun görülen hastaların yönlendirmesi ile hasta kabulüne başlayan merkezler zamanla bu çabanın beklenen sonuç ulaşmak için yeterli olmadığı görülmüştür. Psikiyatri uzmanı kontrolüne gelen hastalar, hastalıkları açısından iç görü sahibi olan hastalar olup zaten tedavilerine etkin bir şekilde katılanlardan oluşmaktadır. TRSM (Toplum Ruh Sağlığı Merkezi) ise sosyal hayata ve tedaviye uyum sorunu yaşayan hastalar için planlanmış bir teşkilatlanmadır.

Aile hekimleri hasta ile temasta ilk kişi olma, akut ve kronik hastalıkların yönetiminde ön safta yer alması gibi özellikleri nedeniyle bu hastaların takibinde rol alması öngörülmüştür. Aile hekimliği çekirdek yeterliliklerine gönderme yapılarak bu hizmette yer almaları ön görülmüştür (16). Türkiye’de aile hekimliği sisteminde kullanılan aile hekimliği bilgi sistemlerinde ICD kodlamasına göre psikiyatrik tanı alan hastalarla ilgili ruh sağlığı izlemi bölümü hazırlanmıştır. Bu hastaların bu yöntemle tanılarının bir sistematik içerisinde kayıt edilmesi hedeflenmiştir. Sağlık bakanlığı tarafından 2017 yılında aile hekimlerine psikiyatrik hastalıkların takipleri ve tedavi aşamaları ile ilgili eğitimler verilmiştir (17).

Yine aile hekimleri TRSM'lerin psikiyatri uzmanlarının yönlendirmeleri ile hasta kabulünün etkili sonuç vermemesi üzerine ön plana çıkmışlardır. Bu kapsamda kronik psikiyatrik hastalıkların özellikle toplumsal izolasyona neden olanları konusunda eğitimler düzenlenmiş ve toplum ruh sağlığı merkezlerine aile hekimleri tarafından yönlendirilmeleri konusunda teşvik edilmeleri planlanmıştır.

2.1.3 PSİKİYATRİK HASTALIKLARIN YÖNETİMİNDE KARŞILAŞILAN SORUNLAR

Kronik psikiyatrik hastalıklar hem kişisel hem çevresel hem de sosyal olarak pek çok engel nedeniyle yeterince yönetilmemektedir. Bu açıdan karşılaşılan problemler öngörülenin ötesinde pek çok farklı şekilde tezahür edebilir.

Kişisel problemler olarak en sık karşılaşılanlar hastalığa ait olanlardır. Hiç kuşkusuz ki psikiyatrik hastalıklar belirli alevlenme dönemlerine sahiptirler. Bu alevlenmelerin sayısı etkin bir takip ve tedavi ile azaltılabilir. Ancak alevlenme dönemleri yine hastalığın öz nitelikleri nedeniyle sağlık hizmeti almanın zorlaştığı dönemlerdir . Özellikle şizofreni hastalarında alevlenme dönemleri hem kendi hem de sosyal ilişki içerisinde bulunduğu kişiler açısından sıkıntılı bir süreçtir(18).

Alevlenmelerdeki en önemli etken tedavi uyumsuzluğu olarak göze çarpmaktadır. Bu dönemlerde tedavi gereksinimleri karşılanmadığı için hastalar bu durumla karşılaşır. Aynı zamanda sağlık hizmeti talepleri de yine bu dönemde en aza inmektedir. İçinde bulunduğu ruhsal ya da düşünsel bozukluk kontrolü kaybetmesine neden olur. Bu dönem aynı zamanda sosyal ilişkilerin ve işlevselliğin de kaybolduğu bir döneme tekabül eder. Tüm bu sorunlar hastanın yakın çevresi tarafından sağlık hizmeti alması yönündeki telkinlerinde karşılıksız kalmasına neden olmaktadır.

Bir diğer engel ise çevresel olanlardır. Bunların içerisinde coğrafi engeller ilk sırada yer alır. Psikiyatri uzmanları il merkezlerinde ya da belirli büyüklükteki ilçelerde bulunmaktadır. Ancak bu hastaların önemli bir bölümü ailesinin iradesi ile merkezden uzak daha az nüfusa sahip bölgelerde yaşamayı tercih etmektedirler. Bu

hastaların daha özgür daha insanca yaşamaları nedeniyle alınmış bir karar olarak düşünülebilir. Hastaların ve birlikte yaşadığı insanları konforu için planlanan bu değişiklik hastalığın yönetimi açısından beraberinde bir sorunu taşımaktadır. Düzenli takip ihtiyacı olan hastaların bu hizmetten mahrum kalmasıdır. Bu durum zamanla hastalığın yönetimini olumsuz etkilemektedir.

Bir diğer çevresel kabul edebileceğimiz neden coğrafi mesafelerin hasta açısından aşılmasında ihtiyaç duyulan ekonomik gereksinimlerin karşılanamamasıdır. Büyük bölümü çalışma yaşında olan hastaların işlevsellikleri kayıp olduğu için önemli bir bölümü ekonomik sıkıntı içerisinde. Hekime başvurma ve ilaçların kullanımlarının ve ilaç raporlarının düzenlenmesi bu hastalar için vazgeçilmez ihtiyaçlardır. İlaç ücretleri ve hekime ulaşım ekonomik olarak zaten hayatta kalma çabası içerisindeki hastalar için ayrı bir yük olarak görünmektedir. Aynı zamanda kırsalda toplu taşıma hizmeti ya hiç yok ya da çok sınırlı şekilde bulunmaktadır. Bu hasta için aynı belirli günlerinde seyahatini mümkün kılan bir durumdur.

Coğrafi engellere hava koşullarını da eklemek gerekir. Türkiye’de özellikle belirli coğrafyalarda kırsal kesimde ulaşımın sekteye uğradığı bir gerçektir. Bu engelleri aşabilmek hasta açısından imkânsız hale gelebilir.

Karşılaşılan engellerden sonuncusu sosyal engellerdir. Bu psikiyatrik hastalıklardaki istatistikî verilerin geniş bir aralıkta sunulmasının en önemli nedeni olabilir.

Ben deli miyim sorusu kişilerin hekime başvurularının önünde büyük bir engel olarak durmaktadır. Damgalanma (stigmatizasyon) korkusu hastaların hem tanı hem takipleri açısından büyük bir engel teşkil etmektedir. Stigmatizasyon salt bireyin kendisini değil aynı zamanda ortak yaşam tesis ettiği kişileri de etkilemektedir. Pek çok hasta yakınlarının kendisine hastalığı yakıştırmamaları nedeniyle geç teşhis almaktadır. Stigmatizasyon tek seferlik bir duygu değildir (19). Her hekim başvurusunda bunun dış dünya tarafından bilinirliğinin gerçekleşmesi ile tekrarlanır. Pek çok hasta damgalanma korkusu ile sağlık hizmetine başvurmayı geciktirmekte yahut hiç başvurmamaktadır.

2.2 TELETIP

DSÖ'ye göre teletip; bireylerin ve toplumların sağlık düzeylerinin iyileştirilmesi, hastalıkların ve kazaların önlenmesi; sağlık personelinin sürekli eğitimi ile tüm sağlık profesyonelleri tarafından bilgi ve iletişim teknolojileri kullanılarak, uzaktan ve geçerli bilgi iletişim yöntemleri ile sağlık hizmetlerinin verilmesi şeklinde tanımlanmaktadır.

Tıp teknolojik gelişmelerin katalizörü konumundadır. Bu hem insanlık için sağlığın öneminden hem de teknolojik iyileşmelerin ilk kullanıcısı/müşterisi olmasından ileri gelmektedir.

Teknolojideki yüksek ivme haberleşme ve bilgisayar teknolojileri ile her yeni gün daha nitelikli bir imkanı hizmete sunmaktadır. Nihayetinde tüm dünyada kullanıma girecek olan bu imkanların ilk olarak sağlık hizmetleri tarafından kullanılması son derece tabiidir.

2.2.1 TELETIP UYGULAMALARI

Yaklaşık olarak 100 yıl önce radyo dalgalarının kullanımı ile başlayan teletip serüveni telefon hatlarının yaygınlaşması ile telefon aracılığı ile yürütülmeye başlanmıştır.

Özellikle Kuzey Amerika'da teletip uygulamaları için özel hatlar çekilmiştir. Bu özel iletişim kanallarının tesis edilmesi başta teletip uygulamalarının yaygınlaşması amacı ile yapılmış olsa da ortaya çıkan yüksek maliyetler teletip için bir duraklama dönemine sebep olmuştur. 1970 ve 1980 li yıllar boyunca dünyanın içinde bulunduğu şartlar teletip alanındaki yeni yatırımları engellemiş ancak 1990 larda başlayan dönem ile teletip tekrar gündeme gelmiştir. 1990 dan itibaren artarak iyileşen ve gelişen iletişim teknolojileri teletip için yeni imkanlar doğurmuştur. Aynı zamanda maliyetlerin düşmesi ile birlikte daha ulaşılabilir hale gelen teletip ile ilgili yapılan çalışmalar bu uygulama ile elde edilebilecek olumlu sonuçları da ortaya çıkarmıştır. Zaman-mekan sınırını ortadan kaldıran teletip hiç kuşku yoktur ki bireye ve topluma ait pek çok sınır silik hale getirmiştir.

2.2.2 TELETIP İHTİYACI

Dünyada ulaşımın kolaylaşması, sağlık profesyonellerinin sayısının artışı ve sağlık hizmetlerinin sunumundaki iyileşmeler sağlık hizmeti talebindeki artışı karşılayamamaktadır. Toplumun sağlığı üzerindeki bilincinin artması sağlık hizmeti arayışını da arttırmıştır. Bu artış coğrafi engellerin tekrar gündeme gelmesine neden olmuştur.

Aynı zamanda dünyanın sağlık alanında karşılaşılabileceği sorunlara yönelik yapılan projeksiyonlarda çok da ciddiye alınmayan salgın hastalıklar döneminde hastalara evde hizmet vermenin gerekliliği ortaya çıkmıştır. Toplumun izolasyona zorunlu olarak maruz kaldığı dönemde teletip uygulamalarının yaygınlaşmış olması pek çok ihtiyacın bu şekilde ortadan kaldırılabilmesine yardımcı olabilirdi.

2.2.3 TELETIP KULLANIM YÖNTEMLERİ

Teletip yöntemlerini günlük rutinizde farkında olmadan pek çok farklı şekillerde kullanırız. Bunların bir kısmını profesyonel olarak yürütürken bir kısmını şahsi ilişkilerimiz üzerinden yönetiriz.

Örneğin birinci basamakta yürütülen takip uygulamalarının bir kısmını aile sağlığı çalışanları telefon ile halletmektedir. Hastaların sağlık durumlarının kontrolü, aşılama için hastanın davet edilmesi, gebe ve loğusa takiplerinde randevu ayarlanması bunların sadece bir kısmıdır.

Bunun haricinde hekimlerin tamamı ihtiyaç halinde ilgili alandaki bilgisine güvendikleri bir arkadaşlarına hususi ilişkilerini kullanarak tıbbi bir konuda fikir danışmaktadır.

Acil serviste görevli pek çok hekim EKG, röntgen gibi tereddüt ettiği konularda ilgili uzmana cep telefonu aracılığı ile ulaşabilmektedir. Yine SVO gibi akut ihtiyaçlar halinde çekilen tomografiler evindeki uzmana danışılmakta ve dahi raporlanabilmektedir.

Görüldüğü üzere teletıp farkında olunarak ya da çokça farkında olunmadan günlük rutinimizde yer almıştır.

2.2.4 TELETİBBİN GELECEĞİ

Haberleşme ve bilgisayar teknolojilerindeki iyileşmeler her geçen gün hayatımıza hayalini bile kuramayacağımız yenilikler getirmektedir.

Modern insanın en büyük problemlerinden biri olan zaman kısıtı bu uygulamalarla nispeten çözülmüştür. Bu zaman kısıtının sağlık hizmeti açısından varlığı mutlakdır.

Bir diğer ihtiyacımız olan kişisel alanımız ve mahremiyetimiz teletıp ile daha net bir şekilde korunabilmektedir.

Teletıp ihtiyacı bugün olandan daha fazla şekilde yakın gelecekte karşımıza çıkacaktır. Bu yöntemlerin daha profesyonel ve organize şekilde kullanıma sunulması hem hastalar hem de sağlık profesyonelleri açısından oldukça verimli sonuçlar elde etmemize yardımcı olacaktır.

2.3 TELETIP UYGULAMALARI İLE KRONİK PSİKİYATRİK HASTALIKLARIN YÖNETİMİ

Teletıp modern iletişim teknolojilerinin kullanılması ile hekim-hekim, hekim-hasta iletişiminin gerçekleştirilmesidir. Teletıp günümüzde pek çok farklı şekilde çoğu zaman farkında olmadan kullandığımız bir yöntemdir. Aile sağlığı çalışanlarının 15-49 yaş izlemi gibi bir yöntem için, aşılama ve bebek izlemi gibi pek çok durumda hastaların bununla ilgili bilgilendirilmesi buna örnektir. Hastanın tetkik sonuçlarının ilgili uzmana danışmamız yine buna başka bir örnektir.

Her geçen gün bir yenisi ile tanışılan iletişim teknolojileri sağlık sisteminin üzerinde bariz bir iyileştirme özelliğine sahiptir. Bu iyileştirmenin en önemli katkısı sağlık hizmeti sunumundaki kaliteyi ve hızı artırmalarıdır.

Kalitedeki artışın nedeni ilgili alandaki uzman kişiye ulaşımın kolay olmasıdır. Bir diğer kaliteyi artıran özellik ise sınırlamaları aşma konusundaki yardımdır. İletişim kurulmak istenen kişi ile orta bir mekanda bulunma gerekliliği ortadan kalkmıştır

Hızdaki iyileşme ise en büyük katkıyı sağlamaktadır. Böylece anlık iletişim mümkün olmaktadır. Konsültasyon daha iyi işler hale gelmektedir. Örneğin çekilen bir EKG ilgili uzmana anlık danışılabilmekte. Bir radyolojik değerlendirme sonucu acil olarak öğrenilebilmekte. Hasta ile görsel işitsel temas sağlanması ile sağlık hizmeti sunumu mümkün olmaktadır.

2.3.1 TELETIP TAKİBİNİN HASTALARIN İŞLEVSELLİĞİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

Teletıp uygulamaları ile yakın takip ihtiyacı bulunan hastaların takibinin kolaylaşması ve sağlık hizmetine etkin ulaşımın gerçekleşmesi ile hastaların takibi kolaylaşmaktadır. Yakın takip ile düzenli kontrol olan hastaların işlevselliği hem tesis edilmekte hem de olası kayıplar kısa zamanda tespit edilerek engellenmektedir.

2.3.2 TELETIP TAKİBİNİN HASTALIKLARIN ALEVLENMESİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

Psikiyatri hastalarında alevlenme mutlak önüne geçilebilecek nedenlerden değildir. Hastanın tüm takip ve tedavi sürecine uyması halinde dahi alevlenme gerçekleşebilir. Ancak mutlak ki takip ve tedavi sürecinde aksama yaşayan hastalar çok daha yüksek alevlenme riskine sahiptirler. Teletıp ile takip düzeninin sağlanması daha kolay olduğundan ve düzenli takiplerle hastanın alevlenmesi yönündeki belirtiler daha erken tespit edilebileceğinden pek çok alevlenme önlenir.

2.3.3 TELETIP TAKİBİNİN TEHLİKELİ DAVRANIŞLAR ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

Psikiyatri hastaları yüksek oranda kendilerine ve çevrelerine zarar verme riski taşırlar. Psikiyatri hastalarındaki intihar ve intihar girişim oranları toplumun diğer üyelerine nazaran daha yüksektir. Aynı zamanda hastalık yönetimi konusunda başarılı olunamayan hasta sosyal çevresi için de bir tehlike arz etmektedir. Düzenli değerlendirme sağlanması intihar riski ve saldırganlık açısından risk taşıyan hastanın tespitinin yapılması ve gerekli tedbirlerin alınması açısından son derece önemlidir.

2.3.4 TELETIP TAKİBİNİN HASTALARIN İLAÇ UYUMU ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

Hastaların ilaç uyumu hastalığın yönetiminde belirlenen hedeflere ulaşmada ana aşamayı oluşturmaktadır. İlaç uyumunun olumsuz olmasının en büyük nedenleri hastalığın alevlenme döneminde tedaviyi reddetme ve ilaca ulaşma problemidir. İlaça ulaşma problemi ilgili uzmanca reçete edilmesi gereken ilacın çeşitli nedenlerle elde edilememesi, ilaç raporlarının sürelerinin dolmasını takiben gerekli raporların yeniletilmemesinden kaynaklanmaktadır. Teletip ile her iki durum için de geçerli olan problemler sağlık hizmetine ulaşmadaki sorunlardan kaynaklanan bu problemler kolayca aşılabilmektedir.

2.3.5 TELETIP TAKİBİNİN HASTALARIN HASTANEYE YATIŞI ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

Kronik psikiyatrik hastalıkların tedavisinde hedeflenen işlevselliğin tesis edilmesi ve sürdürülmesi için bu hastaların tedavi ihtiyaçları zaman kaybetmeden belirlenebilmelidir. Bir konsültasyon işlevini de taşıyan teletip hastanın ihtiyacı olan yatış işlemlerinin aile hekimi aracılığıyla yönlendirilebilmesi hususunda işlevselliğe sahiptir.

2.4 TELETIP İLE AŞILAN SORUNLAR

2.4.1 HASTA VEYA HASTALIĞA AİT SORUNLARIN AŞILMASI

Psikiyatrik hastalıklar doğaları gereği alevlenmelerle seyrederler. Bu alevlenme dönemlerinin en büyük nedeni tedavi uyumunun bozulmasıdır. Tedavi uyumunun görece iyi olduğu durumlarda dahi alevlenmeler gerçekleşebilmektedir. Hastanın kontrolü kaybettiği dönemde tedavi olma isteği de azalmakta hatta çoğu zaman kaybolmaktadır. Bu dönemde birlikte yaşadığı ya da kendisine yardımcı olan kişilerden gelen tedavisine ya da sağlık hizmeti almasına yönelik teklifler kişinin kendisi tarafından reddedilmektedir. Hastaların bu alevlenme dönemlerinde saldırgan davranış sergilemeleri ya da iletişime kapalı hale gelmeleri aile bireyleri ya da sosyal ilişki içinde bulunduğu kişileri de kendisinden uzaklaştırmaktadır.

Bir kısır döngü haline dönüşen bu durumun düzelmesi çok zor olmaktadır. İlacını almamış/alamamış bir şizofren hasta etrafa saldırmakta birlikte yaşadığı insanların hayatını olumsuz etkilemektedir. Yakınları ilacı alması gerektiğini söylediğinde saldırgan tavırlar sergilemekte ve çoğu zaman hasta olduğunu reddetmektedir.

Aile hekimi aracılığı ile uygulanan teletıp yöntemi bu problemde bir dış güç olarak yer alır. Aile hekiminin sorunun çözülmesindeki payı pek çok farklı yönden tezahür etmektedir.

Hasta aile hekimi ile düzenli iletişim halinde olduğu ve kendisine yardımcı olduğunu bildiği için hastanın gözünde bağımsız ve iyi bir yerdedir. Aile hekimi bir sağlık profesyoneli olduğu için hasta ile iletişimde uygulaması gereken yöntemleri hastanın yakınlarına göre daha iyi bilmektedir. Ayrıca pek çok psikiyatrik hasta aile bireyelerine nazaran doktoruna karşı daha sakin kalmakta ve sınırlı da olsa iletişime izin vermektedir.

Yine aile hekimi hastanın ayağına gitmektedir. Gezici hizmet kapsamında hasanın sağlık profesyoneli ile karşılaşması için zorlamaya ihtiyaç büyük ölçüde ortadan kalkmış olmaktadır. Kontrol edilemeyen bir psikiyatrik hasta için kolluk kuvvetlerine haber verilmekte, sağlık ekibi ile kolluk görevlileri organize olarak yerleşim yerine giderek hastayı çoğu zaman zor kullanarak kontrol altına almakta ve ilgili sağlık birimine ulaştırmaktadırlar. Zihnimize canlandırdığımız bu senaryo ne yazık ki oldukça sık tekrarlanmaktadır. Bu tatsız ortam hem aile tarafından istenmemekte hem de hastanın kendisini konumlandığı ve olmak istediği hale ulaşmasına zarar vermektedir. Aynı zamanda bu görevde bulunan kamu personelinin mesaisine ek bir yük getirmektedir.

Teletıp ile aile hekimi hastanın yanında görüntülü ve sesli iletişim araçları ile psikiyatri uzmanına hastanın durumunu bildirir. Psikiyatri uzmanının önerileri doğrultusunda hastanın genel kontrolünü yaparak tedavi uygulamalarını yerine getirir. Hastanın eksik alan ilaçlarının reçete ettirilmesi, süresi bitmiş raporlarının yenilenmesi ve uygun görülen acil tedavilerin gerçekleştirilmesi bunlardan bazılarıdır.

Bir psikiyatri hastasının bu olumsuz şartlarla karşılaşmasının daha da önemlisi olarak çözümünün teletıp yöntemi ile gerçekleştirilmesi oldukça kolay olmaktadır. Teletıp yöntemi hasta ve hastalığa bağlı bu sorunlarda son derece etkili bir yer tutmaktadır.

2.4.2 COĞRAFİ SORUNLARIN AŞILMASI

Türkiye Cumhuriyeti 81 il ve 922 ilçeden müteşekkildir (20). Bu yerleşim yerlerinde görevli psikiyatri uzmanı sayısı 1120 dir. Toplam nüfusun yaklaşık dördte biri kırsal kesimde yaşamaktadır (21). Bu ilçelerin önemli bir bölümünde psikiyatri uzmanı bulunmaktadır. Bu durum göstermektedir ki hastaların büyük bir bölümü ikamet ettikleri yerleşim yerlerinde psikiyatri hekiminden hizmet alamamaktadır.

Kırsal nüfusunun büyük bir bölümü bu psikiyatri uzmanına ulaşamayacak durumda olan bölgelerde yerleşmiştir. Toplumun yüzde 10'dan fazlasını etkileyen bir

sağlık problemin için bu sağlık hizmetlerinin yetersiz olduğu ortadadır. Bu hizmetten mahrum olan ilçelerin neredeyse tamamında köylerden ilçe merkezine ulaşım imkânı bulunmamaktadır. Pek çok yerleşim yerlerinde sadece pazar olan günlerde ve genellikle gayri resmi olarak ulaşım imkânı sağlanmaktadır. Köy bazında dağınık yerleşimin yaygın olduğu Türkiye’de bu ulaşım imkânları, daha doğrusu imkânsızlıkları ile sağlık hizmetine ulaşmak oldukça zor olmaktadır. Bu ulaşım problemleri aşılarak ilçeye ulaşılması halinde dahi psikiyatri uzmanından hizmet almak ilgili uzmanın bulunmaması nedeniyle mümkün olamamaktadır.

Köyde yaşayan bir psikiyatri hastası için uzman hekime ulaşma aşaması şu şekilde kabaca şu şekilde gerçekleşebilir. İlçede pazar kurulduğu gün sabah köyden minibüs ile şehir merkezine gidilecek. Bu süre 30 ile 90 dakika arası sürmektedir. İlçe merkezinden psikiyatri uzman hekimin bulunduğu en yakın yerleşim birimine yine başka bir araç ile yolculuk edilecektir. Bu süre 45 ile 120 dakika arası sürmektedir. Bütün bu süreçte hiçbir aksaklık yaşanmadığı ulaşım imkânlarında bir eksiklik olmadığı kabul edilirse kişi şehir merkezinde hastaneye gidebilecek ve psikiyatri uzmanına muayene olabilecektir. Şehir içi ulaşım ile birlikte süre 1,5 ile 4 saat arası sürmektedir. Muayenenin beklemeden olunabildiğini ve bu sürede hastanın ve yakınlarının başka hiçbir ihtiyaçlarının olmadığını kabul edersek dahi gidiş dönüş muayene ile birlikte 8 saati aşabilmektedir. Bütün bunlar bu hizmete ulaşmanın coğrafi engellerinden yalnız birini oluşturmaktadır. Bir diğeri kırsal nüfusun yaşadığı bölgede hava şartları nedeniyle toplu taşımacılığın gerçekleşemediği durumlar vardır. Köyden ilçeye ulaşımın bir şekilde mümkün olması halinde dahi şehir merkezine ulaşım imkânsız olabilmektedir.

Takip ve tedavisinin düzenli olarak gerçekleştirilmesi gereken ve pek çoğu ömür boyu sürecek bu grup hastalıklarda bu engellerin hastalığın seyri üzerinde olumsuz etki yaratacağı mutlaktır.

Teletıp yöntemi tüm bu coğrafi engelleri bir bıçak gibi keserek ortadan kaldırmaktadır. Hastanın her hangi bir yere gitmesi ya da ulaşım engellerini düşünmesi gerekmemektedir. Aile hekimi düzenli takip ettiği hastaların kontrollerini yapacağı zamanı önceden tespit edebilir. Psikiyatri uzmanı ile plan yaparak hasta için uygun görüşme zamanı ve mekânını ayarlayabilir.

2.4.3 MALİ VE ZAMAN SORUNLARININ AŞILMASI

Sağlık hizmeti ülkemizde kamu kuruluşları tarafından ücretsiz olarak sunulmaktadır. Ancak sağlık hizmetine ulaşmak bazen bu hizmeti satın almaktan daha masraflı olabilmektedir. Hastaların ve çoğunlukla kendilerine refakat edecek yakınlarının düzenli aralıklarla bu hizmet için işlerini bırakmaları gerekmektedir. Bu zaten işlevselliğindeki kayıp nedeniyle işgücünden yoksun olan hastaya ek bir mali yük getirmektedir. Mali problem sağlık hizmetine ulaşma, tedavi ve ilaç hizmetleri açısından gerçekleşmektedir. Kırsalda yaşayan bu nüfus için günlük görevlerini devretmek oldukça zordur. Mesai içerisinde çalışan kişiler işlerini devretme ya da erteleme hususunda bu konuda daha az zorlukla karşı karşıyadır.

Örneğin hayvancılıklar geçinen bir kişi için hayvanların düzenli hatta dakiklik derecesinde yapılması gereken işleri vardır. Hayvanların sağılması, dışarı çıkarılarak otlatılması, yemlerinin verilmesi, temizliklerinin yapılması gibi. Hastalığı ya da hastasıyla ilgilenmesi gereken kişi bu görevlerini bir komşusundan ancak rica edebilir. Kişiler kırsalda genellikle kendi iş güçlerinin sınırında çalışmakta bakabildiği kadar hayvan bakmakta ekebildiği kadar tarla ekmektedir. Haliyle ilave bir görev için mesai imkanı bulunmamaktadır. Yine çiftçilikle uğraşan bir kişi için ürün hasat dönemleri günlerle sınırlıdır. Kişi tüm yıl boyunca yapmış olduğu emeğin karşılığını bu sınırlı günlerde elde etmektedir. Bu döneme denk gelen bir günlük bir mesai boşluğu yıllık gelirini 10-20 gün aralığına yaymış kişi için yıllık gelirinin 1/10 – 1/20 sine denk gelmektedir.

Kişiler bu döneme denk gelen bir sağlık hizmeti ihtiyacını her zaman ertelemek durumundadır. Ancak bu durum psikiyatrik hastalıkların kontrolünün kaybedilmesindeki fitili ateşleyen durumdur.

Teletıp ile bu mali ve zaman sorunları hiçbir zaman bir problem olarak karşılaşılmayacaktır. Teletıp zamanın kullanımını hem sağlık profesyonelleri hem de sağlık hizmeti talep edenler açısından en faydalı şekilde kullanımını sağlamaktadır.

Teletıp uygulamalarının farklı şekillere bürünmesi ve alternatif yöntemler geliştirilmesi ile daha az tanı için başvuru psikiyatrik problemler için de umut ışığı olabilecektir.

2.4.4 DAMGALANMA SORUNUNUN AŞILMASI

Psikiyatrik hastalıkların tanı almasını ya da takiplerin aksamasının en büyük nedenlerinden biri de damgalanma (stigmatizasyon) sorunudur.

Damgalanma, hastanın gerek kendi içi dünyasında gerekse toplum nazarında hastalığına bağlı farklılığının belirginleşmesi demektir. Damgalanma korkusu hastanın tanı almaktan imtina etmesine neden olur. Aynı zamanda damgalanma tedavi sürecinde de kendisini gösterir ve hastanın normal olma iddiası tedaviye başvurusunun göz önünde gerçekleşmesini istememesine neden olur. Bu durum da pek çok zaman hastanın tedaviyi reddetmesi anlamına gelir.

Teletıp hastaların mahremiyetini en düzeyde gerçekleştirmektedir. Hastalar bir hastaneye gitmemekte hekimle görüşmeleri kendi mahremiyetleri korunarak evlerinde gerçekleşmektedir. Tedavinin aksaması durumunda meydana gelebilecek alevlenmelerde kolluk kuvvetleri sağlık çalışanları gibi ekiplerle hasta ifşa edilmeyecektir.

Bu durum hastaların tedavilerinin aksamasındaki engelleri bertaraf etmekten ziyade tanı almaları hususundaki gecikmeleri büyük ölçüde önleyecektir.

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu çalışma, Temmuz 2018- Temmuz 2019 tarihleri arasında Bursa ili Büyükorhan ilçesinde ikamet eden kronik psikiyatri hastalarının katılımı ile yapıldı.

SBÜ Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi 11.07.2018 tarihli 2011-KAEK-25 2018/02-08 sayılı karar numarası ile “Türkiye Kırsalında Yaşayan telemental tıp yöntemi ile takip edilen psikiyatri hastalarının bir yıllık takip sonuçlarının değerlendirilmesi” adlı uzmanlık tezi çalışmasını onaylamıştır.

Çalışmaya 30 hasta katılmıştır.

Araştırmaya dahil olma kriterleri:

Bursa ilinde Büyükorhan ilçesinde yaşıyor olmak.

Psikiyatrik bir hastalığı bulunmak.

Çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmak

Çalışmamız tanımlayıcı çalışma niteliğindedir. Çalışmada hasta takip formları kullanılmıştır. Hastalar ikamet ettikleri yerlerde ziyaret edilmiştir. Hastalar ilk izlemde psikiyatri uzmanı eşliğinde ikametgâhlarında ziyaret edildi. Çalışmanın devamında üç aylık periyotlar ile hastalar, aile hekiminin gezici hizmet saatlerinde video ve sesli iletişime izin veren aygıtlar yardımı ile hazır bulunan psikiyatri uzmanına konsülte edilerek takip edildi. Çalışmaya katılan hastalardan alınan bilgiler doğrultusunda toplum ruh sağlığı merkezlerince kullanılan hasta bilgi formu dolduruldu. Mini mental test uygulandı. Takipler sırasında her üç aylık izlemde risk değerlendirme formu ve yönetim planı, pozitif belirtileri değerlendirme ölçeği, negatif belirtileri değerlendirme ölçeği, şizofreni tanılı hastalarda Calgary şizofrenide depresyon ölçeği, iki uçlu duygu durum bozukluğu olan hastalarda Young mani derecelendirme ölçeği, Sheehan yeti yitimi ölçeği, Klinik global izlenim ölçeği, şizofreni dışı hastalarda Hamilton depresyon değerlendirme ölçeği, genel psikopatoloji ölçeği dolduruldu.

TRSM Hasta bilgi formunda hastanın ad, soyad, medeni hali, barınma, çocuk sayısı, kardeş sayısı, gelir durumu, hastalığına ait mevsimsel değişimler, EKT uygulamaları, intihar girişimi, psikotik özellik gösterme durumu, atak sayısı ve iyileşme durumu, boy, kilo, tansiyon gibi veriler sorgulanmaktadır (EK 1).

TRSM risk değerlendirme formu ve yönetim planı ile hastanı (EK 2) kendisine zarar verme riski, başkalarına zarar verme riski, savunmazlık durumu ve alevlenme riski sorgulanmıştır. Tüm değerlendirmeler evet hayır şeklinde iki seçeneğe sahiptir. Değerlendirme sonucunda evet değerleri toplanarak istatistiksel açıdan yorumlanmıştır. Kendisine zarar verme riski toplam değerlendirme alanı 16 farklı sorudan oluşmaktadır. Başkalarına zarar verme riski toplam değerlendirme alanı 14 farklı sorudan oluşmaktadır. Savunmazlık durumu toplam değerlendirme alanı 14 farklı sorudan oluşmaktadır. Alevlenme riski toplam değerlendirme alanı 12 farklı sorudan oluşmaktadır.

Pozitif ve belirtileri değerlendirme leği (EK 3): SAPS leği 1991 yılında Dollfus, S., Petit, M., Lesieur, P., & Menard, J. F tarafından geliştirilmiştir (22). Bu leğin Türkçe güvenilirlik ve geçerliliği ise ř Erkoç, O Arkonaç, C Ataklı, E zmen tarafından yapılmıştır (23). Bu lek ile hastalığa ait pozitif belirtiler kabul edilen varsanılar, hezeyanlar, garip davranışlar ve pozitif formal düşünce bozukluğu sorgulanmaktadır.

Negatif belirtileri değerlendirme leği (EK 4): SANS leği 1989 yılında Andreasen, N. C. Tarafından geliştirilmiştir(24). Bu leğin Türkçe güvenilirlik ve geçerliliği ise Erkoç, ř., Arkonaç, O., Ataklı, C., & zmen, E. tarafından yapılmıştır (25). Bu lek ile hastalığa ait negatif belirtiler kabul edilen duygusal küntleşme, aloji, apati, anhedoni ve dikkat azalması sorgulanmaktadır.

şizofreni hastalarında depresyonun değerlendirilmesinde Calgary Depresyon leğinden yararlanılmıştır (EK 5). Bu lek 1993 yılında Addington, D., Addington, J., & Maticka-Tyndale, E. Tarafından geliştirilmiştir (26). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise Aydemir, ., Esen Danacı, A., Deveci, A., & İçelli, İ. tarafından yapılmıştır. Ölçek ile şizofreni hastalarında depresyon durumu değerlendirilmiştir (27).

Hastaların mental durumlarının değerlendirilmesi amacı ile mini mental testten yararlanılmıştır (EK 6). Cockrell, J. R., & Folstein, M. F. (28) tarafından geliştirilen testin Türkçe geçerliliği Güngen, C., Ertan, T., Eker, E., Yaşar, R., & Engin, F. (29) tarafından yapılmıştır.

İki uçlu duygu durum bozukluğu olan hastalarda mani durumunun değerlendirilmesi için Young Mani Derecelendirme leğinden yararlanılmıştır (EK

7). Bu test Altman EG, Hedeker D, Janicak PG ve ark. (1994) tarafından geliştirilmiştir (30). Türkçe geçerliliği ise Karadağ, F., Oral, E. T., Aran Yalçın, F., & Erten, E. Tarafından 2001 yılında yapılmıştır (31).

Psikiyatri hastalarında takibin değerlendirilmesi açısından önemli bir gereksinim yeti durumundaki iyileşmedir. Bu amaçla Sheehan Yeti Yitimi ölçeğinden yararlanılmıştır. Ölçek Leon, A. C., Olfson, M., Portera, L., Farber, L., & Sheehan, D. V. tarafından geliştirilmiştir (32). Türkçe geçerliliği ise Uluğ, B., Ertuğrul, A., Göğüş, A., & KABAKÇI, E. Tarafından yapılmıştır (33).

Klinik global izlenim ölçeği ile hastanın hastalık şiddeti, düzelme durumu, yan etki şiddeti değerlendirilmiştir (EK 9). Ölçek Haro, J. M., Kamath, S. A., Ochoa, S. O., Novick, D., Rele, K., Fargas, A., ... & Araya, S. Tarafından geliştirilmiştir (34). Türkçe geçerliliği ise Aydemir, Ö., Üçok, A., Esen-Danaci, A., Canpolat, T., Karadayı, G., Emiroğlu, B., & Sariöz, F. ekibi tarafından yapılmıştır (35).

Şizofreni hastaları hariç kullandığımız Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği ile şizofreni hariç hastalarda düzenli takip ile depresyon durumunun takibi gerçekleştirilmiştir. Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği 1988 yılında Williams, J. B. Tarafından geliştirilmiştir (36). Testin Türkçe geçerliliği Aydemir, Ö., Deveci, A., & İçelli, İ. (37).

Hastaların genel psikiyatrik durumunu değerlendirmek için genel psikopatoloji ölçeği kullanılmıştır. Ölçek Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. Tarafından 1987 yılında geliştirilmiştir (38). Ölçeğin Türkçe geçerliliği ise Kostakoğlu, A. E., Batur, S., Tiryaki, A., & Göğüş, A. Tarafından yapılmıştır (39).

3.1. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

"Elde edilen veriler SPSS Statistical Package® 21.0 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Tüm istatistiksel analizlerle $p < 0,05$ anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiş ve ilişkiler %95 güven aralığında değerlendirilmiştir.

Çalışma grubunun tanımlayıcı bulguları; kategorik değişkenler için sayı ve yüzde dağılımları, sürekli değişkenler için ise ortalama, standart sapma, ortanca, 25.persentil, 75.persentil, en küçük ve en yüksek değerleri ile verilmiştir.

Normal dağılıma uygunluk Kolmogorov Smirnov ve Shapiro Wilk testleri ile kontrol edilmiştir. Beş farklı zamandaki sayısal değişkenler arasındaki fark Friedman testi, kategorik değişkenler arasındaki fark ise Cochran's Q testi ile incelenmiştir. Kategorik bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişki Fisher exact ve Fisher-Freeman-Halton testleri ile, sayısal bağımlı ve kategorik bağımsız değişkenler arasındaki ilişki ise Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis testleri ile değerlendirilmiştir. "

4. BULGULAR

Çalışmamızda Büyükorhan İlçesi'nde ikamet eden 37 hasta ile görüşülmüştür. Hastaların kabul etmemesi nedeniyle 7 hasta çalışmaya dahil edilmemiştir. 30 hasta ile çalışma tamamlanmıştır.

Çalışmaya kronik psikiyatrik hastalığı olan 30 hasta gönüllü olarak katılmıştır. Çalışmamızda kadın erkek oranı %60 kadın (18 hasta) %40 erkek (12 hasta) olarak gerçekleştirilmiştir.

Hastaların 5'inin (%16,7) eğitim durumu okur yazar değil, 15'i (%50) ilkokul mezunu, 5'i (%16,7) ortaokul, 4'ü (%13,3) lise ve 1'i (%3,3) üniversite mezunudur.

Medeni durumlarına bakıldığında 14'ü (%46,7) evli, 12'i(%40) boşanmış, 4'ü (%13,3) bekar olarak tespit edilmiştir.

Sosyal güvence olarak 1'i (%3,3) Bağ-kur, 2'si (%6,7) emekli, 13'ü (%43,3) engelli sosyal güvencesi, 5'i (%16,7) eşinin sgksından yaralanıyor, 5'i (%16,7) ssklı, 4'ünün (%13,3) herhangi bir sağlık güvencesi olmadığı tespit edildi.

Barınma olarak 8'i (%26,7) kendi evinde yalnız, 11'i (%36,7) anne babası ile birlikte, 11'i (%36,7) eşi ile birlikte yaşamaktadır. (Tablo 1)

Hastaların boy-kilo ölçümleri yapılmış aynı zamana tansiyonları ölçülerek kayıt altına alınmıştır. Boy ölçümlerinde ortalama değer 166,90cm olarak tespit edilmiştir. Kilo ölçümlerinde ortalama değer 71,97 kg olarak bulunmuştur. Hastaların ortalama tansiyon değerleri Sistolik 122,83, diastolik 76,83 olarak kayıt edilmiştir. (Tablo 2)

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

		Sayı	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	18	60,0%
	Erkek	12	40,0%
Eğitim	Okuryazar değil	5	16,7%
	İlkokul	15	50,0%
	Ortaokul	5	16,7%
	Lise	4	13,3%
	Üniversite	1	3,3%
Medeni Durum	0	14	46,7%
	1	12	40,0%
	3	4	13,3%
Meslek	0	24	80,0%
	1	6	20,0%
Sosyal Güvencesi	Bağkur	1	3,3%
	Emekli	2	6,7%
	Engelli	13	43,3%
	Eşi	5	16,7%
	SGK	5	16,7%

	Yok	4	13,3%
Barınma	Kendi evinde yalnız	8	26,7%
	Ailesinin evinde (anne baba)	11	36,7%
	Eşi ile birlikte	11	36,7%

Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması 25,43 tür. Hastaların ortalama çocuk sayısı 1,2 olarak tespit edilmiştir. Hastaların kardeş sayısı ortalama olarak 3,1 olarak bulunmuş ve hastaların büyük bir bölümü 2. Çocuk olduğu tespit edilmiştir.

Maddi durum olarak hastaların ortalama geliri 1408,33 TL olarak tespit edilmiştir. (Tablo 2)

Tablo 2. Katılımcıların yaş, çocuk, kardeş sayısı ve gelir durumu özellikler

	Ortalama	Standart sapma	Ortanca	25. persentil	75. persentil
Yaş	25,43	10,80	26,00	17,00	33,00
Çocuk sayısı	1,20	1,37	0,50	0,00	2,00
Kardeş sayısı	3,10	1,32	3,00	2,00	4,00
Kaçıncı çocuk	2,00	1,11	2,00	1,00	3,00
Gelir durumu	1408,33	782,25	1200,00	700,00	2000,00

Hastaların boy-kilo ölçümleri yapılmış aynı zamanda tansiyonları ölçülerek kayıt altına alınmıştır. Boy ölçümlerinde ortalama değer 166,90cm olarak tespit edilmiştir. Kilo ölçümlerinde ortalama değer 71,97

kg olarak bulunmuştur. Hastaların ortalama tansiyon değerleri Sistolik 122,83, diastolik 76,83 olarak kayıt edilmiştir. (Tablo 3)

Tablo 3. Katılımcıların kilo, boy, bel çevresi ve kan basıncı özellikler

	Ortalama	Standart sapma	Ortanca	25. persentil	75. persentil
Kilo	71,97	19,60	68,00	58,00	85,00
Boy	166,90	11,77	165,00	160,00	174,00
Bel çevresi	79,43	21,66	73,50	64,00	101,00
Sistolik tansiyon	122,83	13,37	120,00	110,00	130,00
Diastolik tansiyon	76,83	10,87	75,00	70,00	85,00

Hastalara ailede psikiyatrik hastalık öyküsü sorgulanmış ve %30’unda pozitif tespit edilmiştir.

Hastaların madde kullanım öyküsü sorgulanmış sadece 1’inde (%3,3) pozitif bulunmuştur.

Çalışmaya dahil edilen hastaların hastalık dağılımları ise 16’sı (%53,3) şizofreni, 9’u (%30,0) bipolar duygu durum bozukluğu, 2’si (%6,7) mental retardasyon, 1’i (%3,3) atipik psikoz, 1’i (%3,3) kronik major depresyon olarak tespit edilmiştir.

Hastaların atakları arasında en az iki aylık bir düzelmeye sahip olup olmadığı sorgulanmış ve 18’inde (%60) bu durumun yokluğu tespit edilmiştir. Hastaların 12’si (%40) ataklar arası en az iki aylık bir düzelmeye sahiptir.

Takip edilen hastalarda psikotik özellik bulunup bulunmadığı sorgulanmış ve bu sorgulamanın sonucunda 18’inde (%60) psikotik özellik

olduğu tespit edilmiştir.

İntihar girişimi sorgulanan hastaların 21'inde (%70) hiç intihar teşebbüsü bulunmadığı, 6'sının (%20) bir kez intihara teşebbüs ettiği, 3'ünün ise (%10) birden fazla kere intihara teşebbüs ettiği saptanmıştır.

Hastalarda ilaç tedavisi haricinde uygulanan elektrokonvülf tedavi uygulaması sorgulanmış ve 8'inde (%26,7) bu uygulamanın daha önce yapıldığı bilgisine ulaşılmıştır. (Tablo 4)

Tablo 4. Katılımcıların aile öyküsü, madde kullanımı ve psikiyatrik hastalık özellikleri

		Sayı	Yüzde
Ailede psikiyatrik hastalık	Yok	21	70,0%
	Var	9	30,0%
Madde kullanımı	Yok	29	96,7%
	Var	1	3,3%
Hastalık tipi	Şizofreni	16	53,3%
	Bipolar Bozukluk	9	30,0%
	Mental Retardasyon	2	6,7%
	Kronik Depresyon	1	3,3%
	Atipik Psikoz (ayrışmamış psikotik bozukluk)	1	3,3%
	6	1	3,3%
Ataklar arası düzelme en az 2 ay	Yok	18	60,0%
	Var	12	40,0%
Psikotik özellik	Yok	12	40,0%

	Var	18	60,0%
İntihar girişimi	0	21	70,0%
	1	6	20,0%
	2	3	10,0%
EKT uygulaması	Yok	22	73,3%
	Var	8	26,7%

Çalışmada takip edilen hastaların güncel psikiyatrik hedefler doğrultusunda işlevsellikleri takip edilmiştir. Klinik global izlem ölçeği ile gerçekleştirilen bu takip boyunca hastaların işlevsellik skorlarında ilk izlemlerinden son izlemlerine kadar belirgin şekilde iyileşme kaydedilmiştir. İlk izleminde ortalama 7 üzerinden 1,5 olan işlevsellik skoru hastaların çalışmaya dahil edilmesiyle beraber hızlı bir yükselme göstermiş ve ilk izlemin sonunda ortalama olarak iki katına çıkmış ve 7 üzerinden 3 olarak gerçekleşmiştir. Devam eden izlemler boyunca hastaların işlevselliğinin arttığı veya mevcut işlevselliklerini koruduğu gözlemlenmiştir. Hastaların çalışmaya dahil edildiklerinde 7 üzerinden 1,5 olan ortalama işlevsellik skoru, çalışmanın tamamlanması sırasında 7 üzerinden 5 olarak gerçekleşmiştir. Hastaların işlevselliklerinin ortalama, 25. Persentil ve 75. Persentil değişimleri Şekil 1’de gösterilmiştir.

Çalışmada hastaların kendisine zarar verme riski, başkalarına zarar verme riski, savunmazlık durumu ve alevlenme riski Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM) tarafından kullanılan risk değerlendirme anketi ile takip edilmiştir. Bu takipler sonucunda elde edilen sonuçlar kendisine zarar verme riski açısından takiplerin başlangıcında ortalama olarak 5 seviyesinde iken

takiplerle ortalama olarak 3 seviyesine inmiştir. İlk takip sırasında hızla edinilen bu iyileşme sonraki izlemler boyunca korunmuştur.

Başkalarına zarar verme riski açısından 14 üzerinden değerlendirilmede ortalama skor ilk görüşmede 5 olarak görülmüş ve takipler boyunca bu skor ortalama olarak 3 devam etmiştir.

Dışarıdan gelebilecek zararlara karşı kendisini savunma skoru ilgili ölçek ile takip edilmiş ve hastaların savunmazlık skoru çalışmanın başında ortalama olarak 3 seviyesinde iken, çalışmanın sonlandırıldığı dönemde ortalama olarak 1 seviyesine gerilemiştir.

Alevlenme riskinin izlemler sırasında 5 ortalamadan 3 ortalamaya gerilediği ve bu seviyenin korunduğu tespit edilmiştir.

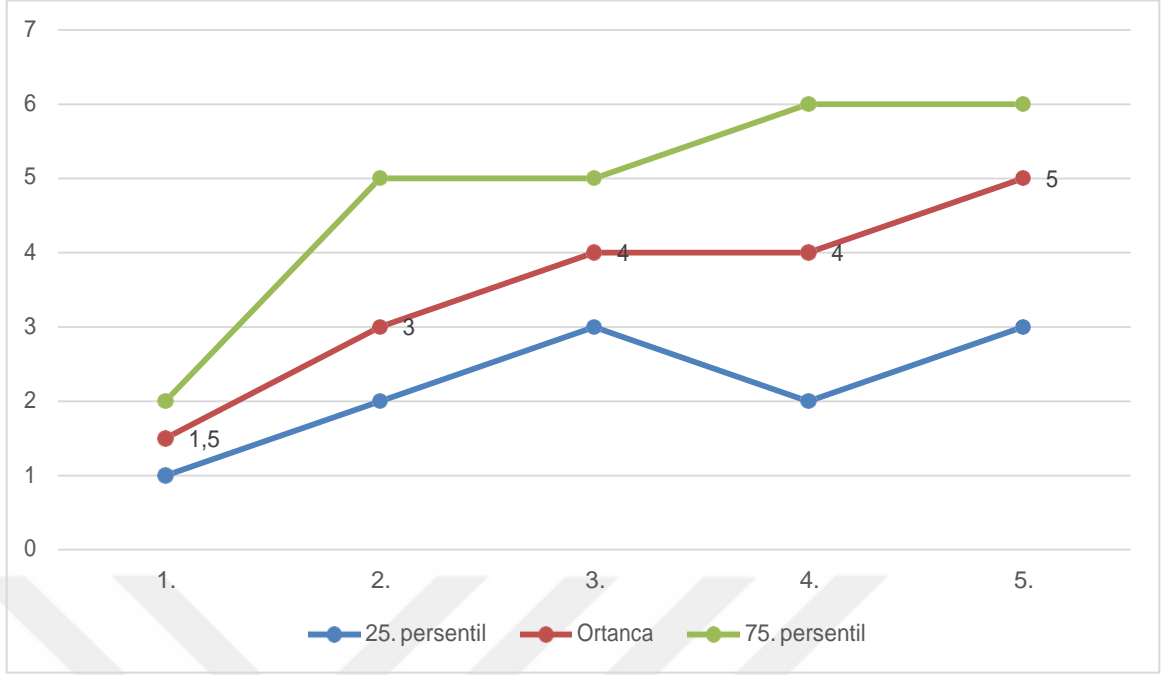
Risk değerlendirmede tüm izlemlere rağmen hastalıkların doğası ve değiştirilemeyen sabit girdiler nedeniyle iyileşme durumları belirli seviyenin ötesine götürülemez. Ancak elde edilen değerler ile sürdürülebilirlik açısından anlamlı sonuçlara ulaşılmıştır (Tablo 5).

Tablo 5. Katılımcıların işlevsellik, kendisine, başkalarına zarar verme, savunmazlık, alevlenme riski skorlarının 1., 2., 3., 4. ve 5. izlemler arasındaki değişimi

	Ortanca	25. persentil	75. persentil	Minimum	Maximum	p değeri*
İşlevsellik skoru						
1.	1,50	1,00	2,00	1,00	7,00	<0,001
2.	3,00	2,00	5,00	1,00	7,00	
3.	4,00	3,00	5,00	1,00	7,00	
4.	4,00	2,00	6,00	1,00	7,00	
5.	5,00	3,00	6,00	1,00	7,00	
Kendisine zarar verme riski						
1.	5,00	3,00	6,00	,00	11,00	<0,001

2.	4,00	2,00	5,00	,00	9,00	
3.	3,00	2,00	5,00	,00	7,00	
4.	3,00	2,00	4,00	,00	7,00	
5.	3,00	2,00	4,00	,00	7,00	
Başkalarına zarar verme riski						
1.	5,00	2,00	6,00	,00	10,00	
2.	3,00	1,00	5,00	,00	7,00	
3.	3,00	1,00	4,00	,00	6,00	<0,001
4.	3,00	1,00	4,00	,00	6,00	
5.	3,00	1,00	4,00	,00	6,00	
Savunmazlık						
1.	3,00	1,00	4,00	,00	8,00	
2.	1,50	,00	3,00	,00	5,00	
3.	1,00	,00	3,00	,00	5,00	<0,001
4.	1,00	,00	2,00	,00	5,00	
5.	1,00	,00	2,00	,00	5,00	
Alevlenme riski						
1.	5,00	3,00	7,00	,00	9,00	
2.	3,50	1,00	5,00	,00	9,00	
3.	3,00	1,00	5,00	,00	7,00	<0,001
4.	3,00	1,00	4,00	,00	7,00	
5.	3,00	1,00	4,00	,00	6,00	

*Friedman testi



Şekil 1. Katılımcıların işlevsellik skorlarının 1., 2., 3., 4. ve 5. izlemler arasındaki değişimi

Şizofreni tanısı ile takip edilen hastalar şizofrenide görülen pozitif belirtiler açısından SAPS (Scale for the Assessment of Positive Symptoms) ölçeği ile takip edilmiştir. Şizofrenide pozitif belirtiler olarak kabul edilen bulgular varsanılar, hezeyanlar, garip davranışlar ve pozitif formal düşünce bozukluğu olarak sınıflandırılmıştır. Bu skorlar hastalığın takibindeki iyileşmeyi gösterme ve kontrol altına alınması planlanan bulgular üzerindeki mevcut tedavinin etkinliğini göstermek açısından önemlidir.

SAPS ölçeği ile yapılan takiplerde hastaların total skorlarında ortalama 31,5 olan ilk değerlendirme sonuçları takipler sonrasında 6 olarak gerçekleşmiştir. Düzenli takip ve etkin tedavi ile hastaların pozitif bulguları üzerinde elde edilen sonuç $p < 0,001$ düzeyinde anlamlı sonuçlar elde edilmesini sağlamıştır. (Tablo 6)

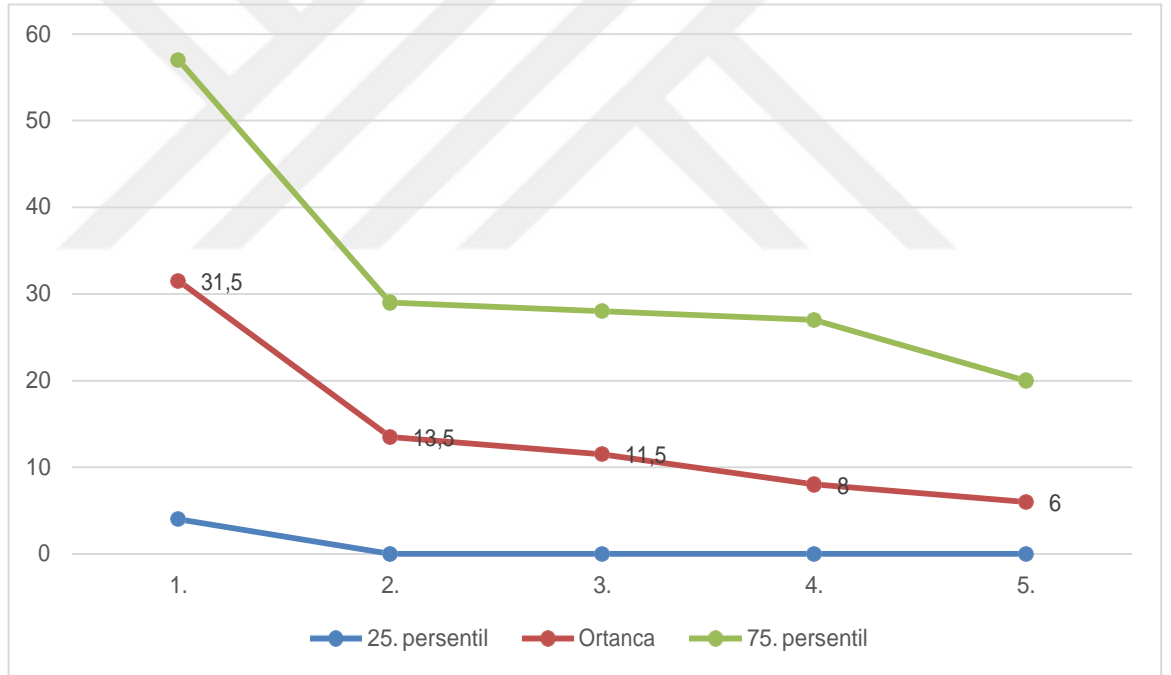
Hastaların pozitif belirtilerinin takip edildiği bu ölçekte hastaların ilk değerlendirme sonrası anlamlı bir iyileşme kaydedilmesi bu hastaların sağlık hizmeti ihtiyaçlarını göstermektedir. Elde edilen iyileşmenin korunmuş olması uygulanan yöntemin etkinliğini vurgulamaktadır. (Şekil 2)

Tablo 6. Katılımcıların SAPS skorlarının 1., 2., 3., 4. ve 5. izlemler arasındaki değişimi

	Ortanca	25. persentil	75. persentil	Minimum	Maximum	p değeri*
SAPS Skor Varsanılar						
1.	1,00	,00	19,00	,00	30,00	<0,001
2.	1,00	,00	9,00	,00	23,00	
3.	1,00	,00	8,00	,00	18,00	
4.	,50	,00	6,00	,00	17,00	
5.	,00	,00	5,00	,00	16,00	
SAPS Skor Hezeyanlar						
1.	5,50	,00	12,00	,00	44,00	<0,001
2.	2,50	,00	6,00	,00	21,00	
3.	2,00	,00	6,00	,00	20,00	
4.	1,00	,00	6,00	,00	20,00	
5.	1,00	,00	5,00	,00	12,00	
SAPS skor garip davranışlar						
1.	3,50	,00	8,00	,00	26,00	<0,001
2.	1,50	,00	6,00	,00	16,00	
3.	1,00	,00	5,00	,00	14,00	
4.	1,00	,00	5,00	,00	14,00	
5.	1,00	,00	5,00	,00	13,00	
SAPS skor pozitif formal düşünce bozukluğu						
1.	9,00	,00	20,00	,00	38,00	<0,001
2.	4,00	,00	10,00	,00	36,00	
3.	4,00	,00	10,00	,00	24,00	

4.	2,00	,00	14,00	,00	22,00	
5.	1,00	,00	8,00	,00	22,00	
SAPS total						
1.	31,50	4,00	57,00	,00	136,00	<0,001
2.	13,50	,00	29,00	,00	87,00	
3.	11,50	,00	28,00	,00	62,00	
4.	8,00	,00	27,00	,00	62,00	
5.	6,00	,00	20,00	,00	61,00	

*Friedman testi



Şekil 2. Katılımcıların SAPS total skorlarının 1., 2., 3., 4. ve 5. izlemler arasındaki değişim

Şizofreni tanısı olan hastaların izleminde kullandığımız bir diğre ölçek ise SANS (Scale for the Assessment of Negative Symptoms) ölçegidir. Bu ölçekte şizofreni hastalarında karşılaşılan negatif belirtiler takip edilmektedir. Bu negatif

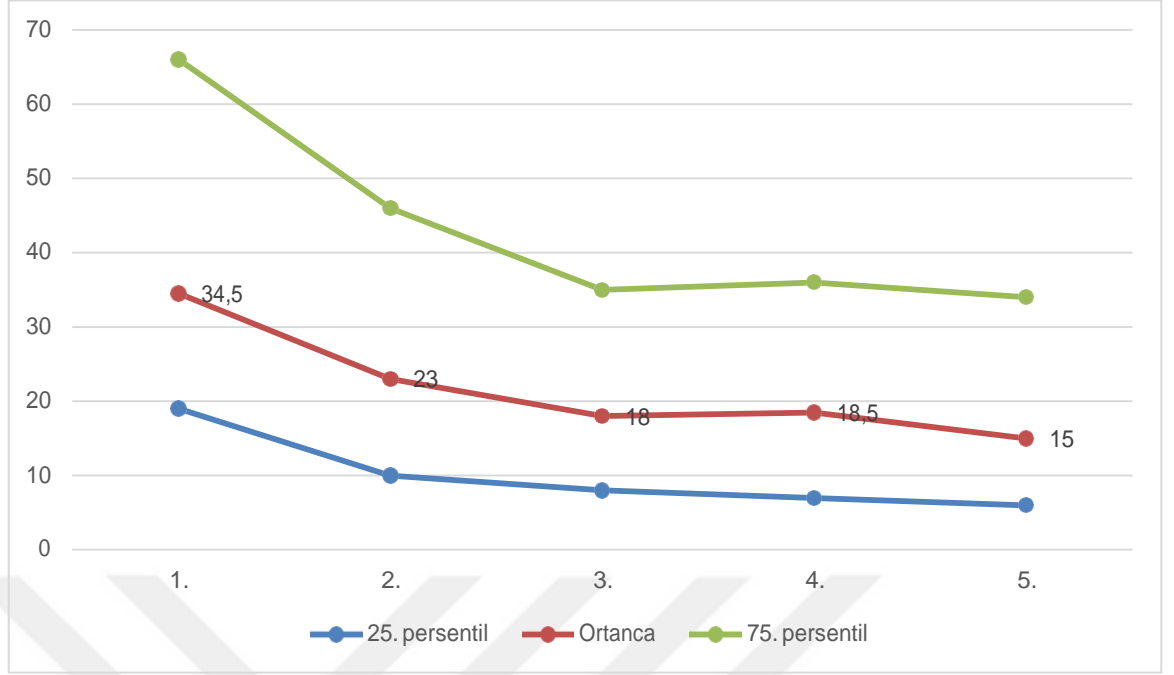
belirtiler duygusal küntleşme, konuşmanın içeriğinin fakirleşmesi (alogia), duygusuzluk kayıtsızlık (apati), zevk alamama durumu (anhedoni) ve dikkat dağınıklığı olarak tasnif edilmiştir. Teletıp yöntemi ile takip edilen hastalarda ilk izlemde tespit edilen ortalama sans skoru 34,5 olarak bulunmuştur. Bir yıllık izlem boyunca üç aylık periyotlarla takip edilen hastaların negatif belirtilerinin ortalama skoru 15'e gerilemiştir (Tablo 7). Hastaların iyileşme durumunun takip eden izlemlerde korunduğu tespit edilmiştir (Şekil 3).

Tablo 7. Katılımcıların SANS skorlarının 1., 2., 3., 4. ve 5. izlemler arasındaki değişimi

	Ortanca	25. persentil	75. persentil	Minimum	Maximum	p değeri*
SANS skor duygusal küntleşme						
1.	11,00	6,00	27,00	,00	40,00	<0,001
2.	8,50	2,00	17,00	,00	33,00	
3.	8,00	2,00	14,00	,00	33,00	
4.	7,00	1,00	14,00	,00	33,00	
5.	6,00	1,00	12,00	,00	33,00	
SANS skor alogia						
1.	2,00	,00	7,00	,00	25,00	<0,001
2.	,00	,00	6,00	,00	25,00	
3.	,00	,00	6,00	,00	25,00	
4.	,00	,00	5,00	,00	25,00	
5.	,00	,00	5,00	,00	25,00	
SANS skor apati						
1.	6,00	2,00	14,00	,00	19,00	<0,001
2.	3,50	1,00	8,00	,00	32,00	
3.	3,00	1,00	8,00	,00	15,00	

4.	2,50	1,00	8,00	,00	14,00	
5.	2,00	1,00	7,00	,00	14,00	
SANS skor anhedonia sosyallik						
1.	8,00	3,00	20,00	,00	25,00	<0,001
2.	4,50	1,00	11,00	,00	20,00	
3.	3,50	1,00	10,00	,00	21,00	
4.	4,50	1,00	10,00	,00	20,00	
5.	3,00	1,00	7,00	,00	20,00	
SANS skor dikkat						
1.	6,00	,00	14,00	,00	18,00	<0,001
2.	3,50	,00	6,00	,00	13,00	
3.	3,00	,00	6,00	,00	14,00	
4.	3,00	,00	6,00	,00	13,00	
5.	3,00	,00	7,00	,00	13,00	
SANS total						
1.	34,50	19,00	66,00	3,00	117,00	<0,001
2.	23,00	10,00	46,00	,00	104,00	
3.	18,00	8,00	35,00	,00	104,00	
4.	18,50	7,00	36,00	,00	103,00	
5.	15,00	6,00	34,00	,00	103,00	

*Friedman testi



Şekil 3. Katılımcıların SANS total skorlarının 1., 2., 3., 4. ve 5. izlemler arasındaki değişimi

Şizofreni tanısı ile takip edilen hastalarda depresyon takibi için bu Calgary Depresyon ölçeği kullanılmıştır. Calgary depresyon ölçeği şizofreni hastalarının depresyon takibinde kullanılan özel bir testtir. Hastaların ilk görüşme sonucundaki ortalama skorları 9 iken çalışmanın son izleminde bu skorun 4'e gerilediği görülmüştür. Bu değişim p değerinin 0,001 değerindeki anlamlılık ölçüsünde anlamlı bulunmuştur(Tablo 8).

İki uçlu duygu durum bozukluğu (bipolar duygu durum bozukluğu) tanısı ile takip edilen hastalarda mani durumunun takibi için Young Mani Değerlendirme Ölçeği kullanılmıştır. Bu ölçek ile hastaların içinde buldukları durumun manik epizod ile ilişkisi tespit edilmiş olası bir mani durumunun derecesi bulunmuştur. Bipolar tanılı hastaların ilk görüşme skorlarında özellikle 75. persentil değerleri ve maksimum değerleri anlamlı olarak iyileşmiştir. Bu anlamlılık p 0,001 düzeyinde gerçekleşmiştir (Tablo 8).

Tablo 8. Katılımcıların CALGARY ve YOUNG mani skorlarının 1., 2., 3., 4. ve 5. izlemler arasındaki değişimi

	Ortanca	25. persentil	75. persentil	Minimum	Maximum	p değeri*
CALGARY skor						
1.	9,00	4,00	17,00	,00	22,00	<0,001
2.	6,00	3,00	11,00	,00	14,00	
3.	6,00	2,00	8,00	,00	14,00	
4.	5,00	2,00	9,00	,00	19,00	
5.	4,00	2,00	7,00	,00	11,00	
YOUNG mani skor						
1.	2,00	1,00	8,00	,00	23,00	0,001
2.	1,00	1,00	4,00	,00	23,00	
3.	1,00	1,00	4,00	,00	20,00	
4.	1,00	1,00	4,00	,00	14,00	
5.	1,00	1,00	4,00	,00	12,00	

*Friedman testi

Psikiyatrik hastalıkların tedavilerinde hedeflenen sonuç işlevselliğin oluşturulması ve korunmasıdır. Bu hedefle takip edilen hastalardaki önemli göstergelerden biri yetilerin korunmuş olup olmamasıdır. Yeti korunumu ya da yitimi açısından kullanılan test Sheehan Yeti Yitimi Ölçeğidir.

Çalışmamızda takip ettiğimiz hastaların iş yaşamı, sosyal yaşam ve boş zaman faaliyetleri ve aile yaşamı ve evdeki sorumluluklar açısından ayrı ayrı skorlar kayıt altına alınmıştır. Takiplerimiz sonucunda tüm yeti alanlarında belirgin iyileşme sağlanmış ve total değerlendirmede ortanca skor $p < 0,001$ derecesinde anlamlı olarak

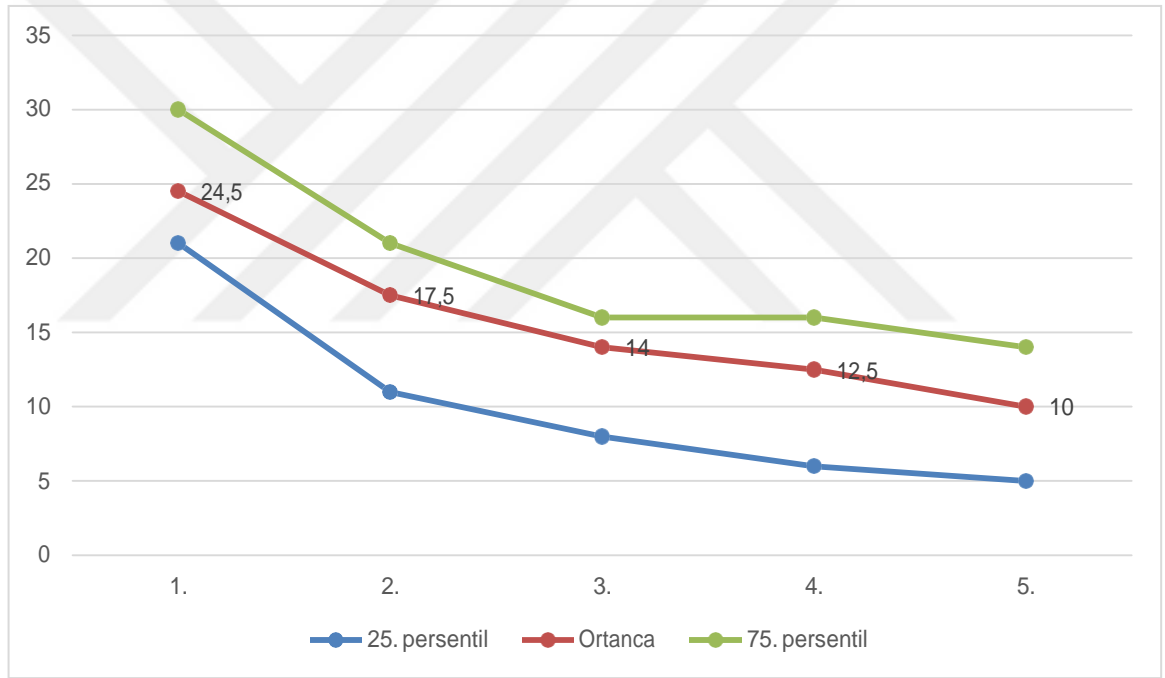
iyilemiştir (Tablo 9). Sheehan yeti yitimi skoru ortanca değeri çalışmanın başlangıcında 24,5 iken çalışmanın son değerlendirmesinde 10 olarak tespit edilmiştir (Şekil 4).

Tablo 9. Katılımcıların SHEEHAN skorlarının 1., 2., 3., 4. ve 5. izlemler arasındaki değişimi

	Ortanca	25. persentil	75. persentil	Minimum	Maximum	p değeri*
SHEEHAN yeti yitimi iş						
1.	10,00	7,00	10,00	,00	10,00	<0,001
2.	6,00	5,00	7,00	,00	10,00	
3.	5,00	3,00	7,00	,00	10,00	
4.	4,50	2,00	6,00	,00	10,00	
5.	4,00	2,00	6,00	,00	10,00	
SHEEHAN yeti yitimi sosyal yaşam						
1.	9,50	8,00	10,00	1,00	10,00	<0,001
2.	6,00	5,00	7,00	1,00	10,00	
3.	4,00	3,00	5,00	1,00	10,00	
4.	3,50	2,00	5,00	1,00	10,00	
5.	3,00	2,00	4,00	1,00	10,00	
SHEEHAN yeti yitimi aile						
1.	7,00	4,00	10,00	,00	10,00	<0,001
2.	5,00	3,00	6,00	,00	10,00	
3.	4,00	2,00	5,00	,00	10,00	
4.	3,00	1,00	5,00	,00	10,00	

5.	3,00	1,00	4,00	,00	10,00	
SHEEHAN yeti yitimi total						
1.	24,50	21,00	30,00	3,00	30,00	<0,001
2.	17,50	11,00	21,00	3,00	30,00	
3.	14,00	8,00	16,00	3,00	30,00	
4.	12,50	6,00	16,00	3,00	30,00	
5.	10,00	5,00	14,00	,00	30,00	

*Friedman testi



Şekil 4. Katılımcıların SHEEHAN total skorlarının 1., 2., 3., 4. ve 5. izlemler arasındaki değişimi

Katılımcıların hastalık şiddeti, hastalıklarına bağlı şikayetlerinin düzelme durumu ve tedavi yan etkileri klinik global izlenim ölçeği ile değerlendirilmiştir. Bu değerlendirme neticesinde hastalık şiddeti ve düzelme durumları $p < 0,001$ düzeyinde anlamlı bulunmuş ancak tedavi yan etkileri üzerinde anlamlı bir fark elde edilememiştir (Tablo 10).

Tablo 10. Katılımcıların klinik global izlenim ölçeği skorlarının 1., 2., 3., 4. ve 5. izlemler arasındaki değişimi

	Ortanca	25. persentil	75. persentil	Minimum	Maximum	p değeri*
Klinik global izlenim ölçeği hastalık şiddeti						
1.	5,50	4,00	6,00	1,00	7,00	<0,001
2.	4,00	2,00	5,00	1,00	6,00	
3.	3,00	2,00	4,00	1,00	6,00	
4.	3,00	2,00	4,00	1,00	6,00	
5.	3,00	2,00	3,00	1,00	6,00	
Klinik global izlenim ölçeği düzelme						
1.	,00	,00	,00	,00	4,00	<0,001
2.	3,00	3,00	3,00	1,00	4,00	
3.	2,00	2,00	3,00	1,00	4,00	
4.	2,00	2,00	3,00	1,00	6,00	
5.	2,00	2,00	3,00	1,00	4,00	
Klinik global izlenim ölçeği yan etki						
1.	1,00	1,00	2,00	,00	4,00	0,594
2.	2,00	1,00	2,00	,00	3,00	
3.	2,00	1,00	2,00	,00	3,00	
4.	2,00	1,00	2,00	,00	4,00	
5.	2,00	1,00	2,00	,00	3,00	

*Friedman testi

Şizofreni tanısı almış hastalara özel olarak depresyonun değerlendirilmesi için Calgary ölçeği kullanılmışken diğer tanılı hastalar için Hamilton Depresyon

Ölçeği kullanılmıştır. Hamilton depresyon ölçeğinin uygulanması ile hastaların depresyon durumlarının kontrol altına alındığı tespit edilmiş ve uygulamanın $p < 0,001$ değerinde anlamlı sonuçlandığı görülmüştür (Tablo11).

Hastaların genel psikopatoloji durumlarını yansıtmak için ilgili anket kullanılmış ve hastaların genel psikopatoloji skorlarında dramatik iyileşme kaydedilmiştir. Ortanca değerler ilk izlemde 60,50 ike son değerlendirme ile 23 olarak gerçekleştiği görülmüştür (Tablo11).

Tablo 11. . Katılımcıların Hamilton Depresyon ve genel psikopatoloji riski skorlarının 1., 2., 3., 4. ve 5. izlemler arasındaki değişimi

	Ortanca	25. persentil	75. persentil	Minimum	Maximum	p değeri*
Hamilton depresyon skoru						
1.	24,00	21,00	46,00	,00	56,00	<0,001
2.	22,00	18,00	30,00	,00	50,00	
3.	22,00	18,00	27,00	,00	48,00	
4.	19,00	17,00	25,00	,00	48,00	
5.	19,00	17,00	24,00	,00	48,00	
Genel psikopatoloji skoru						
1.	60,50	42,00	74,00	16,00	100,00	<0,001
2.	37,50	29,00	42,00	16,00	82,00	
3.	27,00	23,00	36,00	16,00	82,00	
4.	24,50	23,00	35,00	16,00	82,00	
5.	23,00	19,00	28,00	15,00	82,00	

*Friedman testi

Takip edilen hastaların düzenli tedavi ve takip ile her ne kadar genel hastalıkları açısından ve işlevsellikleri açısından olumlu sonuçlar elde edilmişse de hastanede yatma oranları belirgin olarak iyileşmemiştir. Bu durum gerek hastaların ihtiyaç duydukları tedavi rejimlerinin düzenlenmesinin gereği olarak hastane yatış ihtiyaçlarının takip öncesinde gerçekleşmemesi gerekse de yakın takipteki hastalara hızlı müdahalenin mümkün olması neticesinde meydana çıkmıştır.

Bir diğer ihtiyaç duyulan ancak bir sorun olarak süregelen ilaç uyumunun düzenli takip ile $p < 0,001$ anlamlılık düzeyinde gerçekleştirilmiş olmasıdır. Düzenli ilaç kullanımında çalışmanın sonlandırılması sırasında ulaşılan sonuç hastaların tamamının ilaç tedavilerine uyduğu şeklindedir. Çalışmanın başlangıcında tedavi uyumu ancak %31 düzeyinde tespit edilmiştir. Teletıp ile takip edilen bir yıllık dönemin sonunda bu oran %100 olarak gerçekleşmiştir.

Takip edilen hastaların tedavi değişiklikleri ise ilk izlemde %82,76 iken son izlemde bu oran %3,7 olarak tespit edilmiştir. Bu durum hastaların takibe alınmadan önce hali hazırda uyguladıkları tedavinin geçersizliğinin belirgin bir göstergesidir (Tablo 12)

Tablo 12. Katılımcıların hastanede yatma, ilaç kullanımı ve tedavi değişikliği durumunun 1., 2., 3., 4. ve 5. izlemler arasındaki değişimi

		Sayı	Yüzde	p değeri [^]
Son 3 ayda hastanede yatma				
1	Hayır	26,00	89,66	0,010
	Evet	3,00	10,34	
2	Hayır	21,00	72,41	
	Evet	8,00	27,59	
3	Hayır	27,00	93,10	
	Evet	2,00	6,90	

4	Hayır	28,00	96,55		
	Evet	1,00	3,45		
5	Hayır	26,00	92,86		
	Evet	2,00	7,14		
İlaç kullanımı düzenli mi					
1	Hayır	20,00	68,97		<0,001
	Evet	9,00	31,03		
2	Hayır	1,00	3,45		
	Evet	28,00	96,55		
3	Hayır	2,00	6,90		
	Evet	27,00	93,10		
4	Hayır	3,00	10,34		
	Evet	26,00	89,66		
5	Hayır	,00	,00		
	Evet	28,00	100,00		
Tedavi değişikliği oldu mu					
1	Hayır	5,00	17,24	<0,001	
	Evet	24,00	82,76		
2	Hayır	12,00	41,38		
	Evet	17,00	58,62		
3	Hayır	25,00	86,21		
	Evet	4,00	13,79		
4	Hayır	25,00	86,21		
	Evet	4,00	13,79		
5	Hayır	27,00	96,43		

	Evet	1,00	3,57	
--	------	------	------	--

^Cochran's Q testi

Son bir yılda hastanede yatma oranları açısından kadın hastaların %40, erkek hastaların ise %60 oranında olduğu bulunmuştur. Hastanede yatan hastaların tamamı en çok ilkokul düzeyinde eğitim almış kişilerden oluşmaktadır. Hastanede yatma oranlarında evli hastaların %80'lik bir oranla en fazla orana sahip oldukları görülmektedir. Bu durum hastaların evli oldukları zaman tedavi ihtiyaçlarına yönelik güdülenmelerinin olumlu olduğu sonucunu çıkarabilir. Keza boşanmış hastalarda bu oran %0'dır. Her halükarda hastaneye yatış oranları açısından sosyo-demografik özellikler bakımından anlamlı fark bulunamamıştır (Tablo 13).

Tablo 13. Son bir yılda hastanede yatma durumunun sosyo-demografik değişkenlere göre dağılımı

		Son 1 yılda hastanede yatma				p değeri
		Hayır		Evet		
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Cinsiyet	Kadın	16	64,0%	2	40,0%	0,364*
	Erkek	9	36,0%	3	60,0%	
Eğitim	Okuryazar değil	3	12,0%	2	40,0%	0,511 ⁺
	İlkokul	12	48,0%	3	60,0%	
	Ortaokul	5	20,0%	0	0,0%	
	Lise	4	16,0%	0	0,0%	
	Üniversite	1	4,0%	0	0,0%	

Medeni durum	0	13	52,0%	1	20,0%	0,229 ⁺
	1	8	32,0%	4	80,0%	
	3	4	16,0%	0	0,0%	
Meslek	0	19	76,0%	5	100,0%	0,553*
	1	6	24,0%	0	0,0%	
Sosyal güvencesi	Bağkur	1	4,0%	0	0,0%	- [‡]
	Emekli	2	8,0%	0	0,0%	
	Engelli	11	44,0%	2	40,0%	
	Eşi	4	16,0%	1	20,0%	
	SGK	4	16,0%	1	20,0%	
	Yok	3	12,0%	1	20,0%	
Barınma	Kendi evinde yalnız	8	32,0%	0	0,0%	0,149 ⁺
	Ailesinin evinde (anne baba)	10	40,0%	1	20,0%	
	Eşi ile birlikte	7	28,0%	4	80,0%	

*Fisher exact test, ⁺Fisher-Freeman-Halton testi

[‡]Gözlerdeki gözlemler yetersiz olduğu için p değeri hesaplanamamıştır.

Hastaneye yatış oranları açısından yaş, çocuk sayısı, kardeş sayısı, gelir durumu, boy, kilo ve tansiyon değerleri açısından anlamlı fark tespit edilememiştir (Tablo 14).

Tablo 14. Son bir yılda hastanede yatma ile sayısal değişkenler ilişkisi

	Son 1 yılda hastanede yatma						p değeri [^]
	Hayır			Evet			
	Ortanca	25. persentil	75. persentil	Ortanca	25. persentil	75. persentil	
Yaş	25,00	16,00	33,00	27,00	23,00	31,00	0,597
Çocuk sayısı	,00	,00	2,00	2,00	1,00	2,00	0,549
Kardeş sayısı	3,00	2,00	4,00	3,00	2,00	4,00	0,862
Kaçıncı çocuk	2,00	1,00	3,00	1,00	1,00	2,00	0,361
Gelir durumu	1400,00	700,00	2000,00	1000,00	1000,00	1100,00	0,388
Kilo	74,00	59,00	86,00	53,00	51,00	63,00	0,037
Boy	169,00	160,00	176,00	161,00	150,00	163,00	0,058
Bel çevresi	74,00	65,00	101,00	70,00	60,00	82,00	0,760
Sistolik kan basıncı	125,00	120,00	130,00	110,00	110,00	120,00	0,106
Diastolik kan basıncı	80,00	70,00	85,00	70,00	70,00	70,00	0,220

[^]Mann Whitney-U testi

Minimental test skoru açısından sosyodemografik değişkenlere göre anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 15).

Tablo 15. Minimental test skorunun ile sosyodemografik değişkenlere göre dağılımı

		Minimental test skoru			p değeri
		Ortanca	25. persentil	75. persentil	
Cinsiyet	Kadın	27,50	24,00	30,00	0,699 [^]
	Erkek	27,50	25,00	29,00	
Eğitim	Okuryazar değil	26,00	17,00	26,00	0,112 [‡]
	İlkokul	28,00	24,00	29,00	
	Ortaokul	30,00	24,00	30,00	

	Lise	29,50	27,50	30.00	
	Üniversite	30,00	30,00	30.00	
Medeni durum	0	28,00	19,00	30.00	0,151 [‡]
	1	26,50	24,00	28.50	
	3	29,50	28,50	30.00	
Meslek	0	26,50	21,50	29.00	0,022 [^]
	1	30,00	28,00	30.00	
Sosyal güvencesi	Bağkur	19,00	19,00	19.00	0,384 [‡]
	Emekli	29,00	28,00	30.00	
	Engelli	29,00	24,00	30.00	
	Eşi	29,00	27,00	29.00	
	SGK	27,00	24,00	30.00	
	Yok	25,00	18,50	27.00	
Barınma	Kendi evinde yalnız	26,00	20,50	29.00	0,093 [‡]
	Ailesinin evinde (anne baba)	30,00	27,00	30.00	
	Eşi ile birlikte	27,00	24,00	29.00	

[^]Mann Whitney U testi, [‡]Kruskal Wallis testi

Minimental test skoru açısından sayısal değişkenlere göre anlamlı fark bulunmamıştır

(Tablo 16).

Tablo 16. Minimental test skoru ile sayısal değişkenler arasındaki korelasyon sonuçları

		Minimental test skoru
Yaş	Korelasyon katsayısı	-0,281
	p değeri	0,132

Çocuk sayısı	Korelasyon katsayısı	-0,025
	p değeri	0,898
Kardeş sayısı	Korelasyon katsayısı	0,073
	p değeri	0,700
Kaçınıcı çocuk	Korelasyon katsayısı	0,315
	p değeri	0,090
Gelir durumu	Korelasyon katsayısı	0,325
	p değeri	0,080
Kilo	Korelasyon katsayısı	0,415
	p değeri	0,022
Boy	Korelasyon katsayısı	0,268
	p değeri	0,153
Bel çevresi	Korelasyon katsayısı	0,424
	p değeri	0,020
Sistolik kan basıncı	Korelasyon katsayısı	0,059
	p değeri	0,757
Sistolik kan basıncı	Korelasyon katsayısı	0,144
	p değeri	0,446

5. TARTIŞMA

Bursa İli Büyükorhan İlçesi kırsalında yaşayan hastalarla yapılan bu çalışma neticesinde görülmüştür ki kronik psikiyatrik hastaların düzenli takip ve tedavi ile küresel olarak hedeflenen sonuçlara ulaşmaları daha olasıdır. İşlevselliğini kaybetmiş bu hastalar düzenli kontrol ile bu niteliklerini geri kazanmakta ve bu kazanımları takip süresince korunmaktadır.

Hastaların gerek tanı almaları gerekse de tedavilerini sürdürmeleri konusunda çekince yaratan damgalanma korkusu aile hekimi aracılığı ile yapılan teletıp yönteminin uygulanması ile ortadan kalkmaktadır. Bu yöntem sayesinde hastanın mahremiyeti ileri düzeyde korunabilmektedir. Damgalanma korkusunun ortadan kalkması ile tanılarının erken konacağı ve hekim kontrolüne başvurmadaki gecikmelerin önüne geçileceği mutlaklıdır.

Hastaların hastalıkları nedeniyle içine düştükleri kısır döngü, hastalığın alevlenmesi ile başlayıp sağlık hizmetinin reddiyle devam eden, teletıp yöntemi ile kırılmaktadır. Aile hekimi hastasını her an ziyaret edebilir ve düzenli kontroller aile hekimliğinde sunulan hizmetin gerekleri neticesinde bir çeşit zaruriyet halindedir. Aynı zamanda hastaların sağlık profesyoneli olarak ilk temas olarak iletişim kurdukları aile hekimleri ile aralarında diğer hekimlere nazaran daha gelişmiş bir güven ortamı olduğu aşıkardır. Hastalar aile hekimlerini zaman içerisinde özel alanlarına dahil etmekte ve uzmanlık alanının isminin de hak ettiği şekilde aileden biri olarak görmektedirler. Yine aile hekimleri aile hekimliğinin çekirdek yeterliliklerinden olan kişi merkezli bakım kapsamında hastasına sürekli hizmet vermektedir. Kapsamlı yaklaşım ile hastasının kronik problemlerinin yönetiminde etkin rol almaktadır. Koordinasyon ve savunuculuk gibi hastasının sağlık serüveninin etkin yönlendiricisi olmaktadır. Hasta ile ortak karar alan aile hekimi aynı zamanda hastanın fiziksel, sosyolojik, psikolojik özellikleri ve kültürel değerlerini göz önünde bulundurarak hareket etmektedir. Aile hekimi hasta açısından hem

ilk temas kişisi hem de sürekli iletişim imkanı bulunan bir sağlık profesyonelidir.

Aile hekimliği hizmeti özellikle kırsal bölgelerde gezici hizmet ile bütünleşmiş olarak sunulmaktadır. Gezici hizmet sağlık profesyonellerinin hastaların ayağına giderek hizmet sunmasıdır. Gezici hizmet pek çok durumda ulaşım engellerinin çözümü olmaktadır. Psikiyatri hastaları için bu durum damgalanmanın önüne geçilmesi, tedavilerinin aksatılmadan sürdürülmesi için anlamlıdır. Teletıp uygulamalarının gezici hizmet günlerinde gerçekleştirilmesi aile hekiminin mesaisini aşırı derecede arttırmadığı gibi psikiyatri hastası açısından büyük bir öneme sahiptir. Gezici hizmet sağlık hizmetinden faydalanma açısından pek çok coğrafi engeli bertaraf etmektedir. Bu durum psikiyatri hastaları açısından sunulan anlık konsültasyon hizmeti ile daha ileri bir seviyeye taşınmaktadır.

Kronik psikiyatrik hastalarda işlevselliğin sağlanması ve korunması bu hastaların düzenli takip ve tedavileri ile mümkün olmaktadır. Teletıp yönteminin uygulanması ile bu düzenliliğin sağlanmasının önündeki hasta ve hastalık, coğrafi ve mali engeller ile damgalanma gibi kişisel korkular ortadan kalkmaktadır. Hastalar muayene için özel bir zaman dilimi ayarlama problemini hiçbir şekilde yaşamamaktadırlar. Mahremiyetleri gözetilerek dış dünyadan izole bir şekilde psikiyatri uzmanı tarafından değerlendirilmekte ve gerekli tedavileri aynı gizlilik içinde yürütülmektedir. Bu mahremiyet hastanın damgalanma riskini ortadan kaldırdığı nispette korkunun da önüne geçmektedir. Damgalanma korkusunun olmaması hastaların tanı ve tedavi süreçlerini olumlu etkilemiştir.

Teletıp ile sunulan hizmet neticesinde hastaların işlevselliğinde belirgin iyileşme görülmüştür. Bu durum hastaların ilk değerlendirmesi sonucu özellikle belirgin olarak artmıştır. Hastaların tedavi ve takip ihtiyacının önemli bir göstergesi olarak çalışmada yer bulmuştur. Neredeyse tamamı düzenli doktor takibinden uzak kalmış ve kontrolünü haliyle işlevselliğini önemli ölçüde yitmiş hastalardan oluşmaktadır.

Hastaları ilk hekim değerlendirmesi ile gerçekleşen tedavi değişiklikleri hastalar üzerinde hemen sonuç alınmasına yardımcı olmuş ve işlevsellikte iki kat artış görülmüştür. Devam eden takipler boyunca işlevsellikteki artışın devam ettiği görülmüş olup hastaların günlük hayatındaki değişikliğe bizzat şahit olunmuştur. Bu değişiklikler kronik psikiyatrik hastalıklarda ulaşılmak istenen işlevsellik hedefi açısından umut vericidir. Teletıp uygulaması hastaların düzenli takibini mümkün kılarak hastaların hayatına dokunmuştur.

Yine çalışma ile özellikle yeti yitiminin belirgin olduğu şizofreni gibi hastalıktan muzdarip kişilerin hem kendi hem de sosyal ilişki içerisinde bulunduğu insanların hayatına olumsuz etki eden belirtilerin önüne geçilmiştir. Bu hastalarda günlük hayatlarına son derece olumsuz yansıyan ve ilişki içerisindeki insanları korkutan ve ilişkilerini kesmelerine neden olan pozitif ve negatif belirtiler ile kaydedilen ilerleme hastanın hayatını iyileştiren bir diğer özelliktir.

Hastaları değerlendirirken kullanılan depresyon ölçekleri hastaların yada bakım verenlerin farkında olmadıkları depresyon tablosunu ortaya çıkarmış ve yine buna yönelik tedbirler ile olumlu sonuçlar alınmıştır.

Hastaların tedavi uyumları ve uzman hekim tarafından takip edilmelerinde eksiksiz bir sonuca ulaşılmıştır. Hastaların hastane yatışında anlamlı bir fark edilememiş olması bu hastaları her türlü tedbire rağmen zaman zaman tedavilerinin yatarak düzenlenmesi gerekliliğini ortaya çıkarmış ve bu müdahaleler ile hastaların işlevselliğinin korunması sağlanmıştır.

Hastaların düzenli takibi ve tedavi uyumları hiç kuşkusuz ki her uzmanlık alanında son derece önemlidir. Ancak psikiyatri hastalarında diğer hastalar göre dezavantajlı bir durum hastalıklarının tedavi taleplerini olumsuz yönde etkileyerek bir kısır döngüye girilmesine neden olmaktadır. Bu kısır döngünün hem sebebi hem de kırılmasının önünde pek çok farklı neden bulunmaktadır. Teletıp yöntemi burada bahsedilen engellerin

aşılması hususunda oldukça yenilikçi ve umut vaat edici bir adım olarak görünmektedir. Elde edilen küresel hedefler ışığındaki sonuçlar bu durumun en belirgin göstergesidir.

6. ÇALIŞMANIN LİMİTASYONLARI

Çalışma kırsalda yaşayan hastaların ikametgahlarında çoğunluğu gezici hizmet süreleri dahilinde gerçekleştirilmiştir. Ulaşım ve zaman problemi olmasaydı daha fazla sayıda hasta izleme dahil edilip daha yüksek güvenilirliğe sahip istatistiki veriye ulaşılabilirdi.

Çalışmada psikiyatri hastalarının iletişim yeteneklerinin kısıtlı olması zaman zaman kullanılan ölçeklerin cevaplanması hususunda yakınlarından yardım almayı zaruri kılmıştır. Hastaların kendisinin tüm ölçeklerde cevap vermesi daha tutarlı sonuçlara ulaşılmasını sağlayabilirdi.

Hastaların izlemlerinin daha sık aralıklarla gerçekleştirilebilmesi hastalık yönetiminde daha etkili sonuçlar alınmasını sağlayabilirdi.

Çalışmanın benzer özellikteki bir kontrol grubu ile karşılaştırılması daha net olarak teletıp yönteminin etkilerini göstermesi açısından daha iyi olurdu.

7. SONUÇ

Çalışmamızda teletıp yönteminin kullanımının kronik psikiyatrik hastalarında takip ve tedavileri üzerinde olumlu etkileri tespit edilmiştir. Elde edilen veriler ışığında teletıp yöntemi ile takip edilen hastaların sağlık durumlarının belirgin şekilde iyileştiği görülmektedir. Bu iyileşme, modern psikiyatri görüşünün beklentileri doğrultusunda işlevsellik üzerinden takip edilmiştir.

Teletıp yöntemi ile hastaların takip edilmesinin hastaların tedaviye uyumlarını iyileştirmektedir.

Kronik psikiyatrik hastalığı olan hastaların düzenli takip ve tedaviye uzak kalmalarının en önemli nedeni hastalıklarının alevlenme dönemlerinde kontrollerini kaybetmeleridir. Diğer hastalıkların aksine tedavi ihtiyacının doğması psikiyatrik hastalıklarda tedavi reddini de beraberinde getirmektedir. Bu kısır döngü teletıp yöntemi ile kırılabilir.

Düzenli tedavinin önündeki bir diğer engel damgalanma korkusu olmaktadır. Bu korku hem geç tanı konulmasına hem de tedaviye başvurmanın sürekli ertelenmesine neden olmaktadır. Aile hekiminin görevi tanı bu hizmeti sunma konusunda yükümlülükleri vardır. Aile hekimliğinin çekirdek yeterliliklerinin önemli bir bölümü hastanın sorunlarının çözümü için çeşitli yollar türetmeyi gerektirmektedir.

İşlevselliğini kaybetmiş olan psikiyatrik hastaların büyük bölümü mali sıkıntılarla da boğuşmaktadır. Bu problem kırsalda yaşayan hastaların uzman hekimden sağlık hizmeti almaları için karşılamaları gereken maddi giderlerle daha görünür hale gelmektedir. Bu mali sıkıntılar takip ve tedavi sürecini aksatmaktadır. Bu durum hastanın alevlenmesini tetikleyerek kısır döngünün ateşleyicisi olmaktadır.

Türkiye kırsalında yaşayan nüfusun büyük bir bölümü için psikiyatri uzmanına ulaşmak için çeşitli engellerle karşılaşmaktadır. Bu engeller ulaşım imkanlarının bulunmaması ve coğrafi özelliklerin buna engel olmasıdır. Gezici hizmet ile bu sorunların tamamen ortadan kalktığı görülmektedir.

Sonuç olarak yapılan bu çalışma ile teletıp yönteminin psikiyatri hastalarının takip ve tedavilerinin düzenlenmesinde etkin bir yöntem olduğu ortaya çıkmıştır. Bu etkinlik modern izleme ve değerlendirme yöntemleri ile ortaya konmuştur. Teletıp yönteminin uygulanması için teknolojik her hangi bir engel bulunmadığı ortadadır. Gelişen teknoloji ve iletişim olanaklarının efektif olarak kullanılması sağlık hizmeti sunumu açısından anlamlı fark yaratacaktır. Bununla ilgili yasal düzenlemeler ve gerekli organizasyonun gerçekleştirilmesi bir sağlık devriminin ilk adımı olacaktır.

8. KAYNAKLAR

1. Benschoter, R. A. (1967). MULTI-PURPOSE TELEVISION. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 142(2), 471-478.
2. Polisen, J., Tran, K., Cimon, K., Hutton, B., McGill, S., & Palmer, K. (2009). Home telehealth for diabetes management: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes, Obesity and Metabolism*, 11(10), 913-930.
3. Polisen, J., Tran, K., Cimon, K., Hutton, B., McGill, S., Palmer, K., & Scott, R. E. (2010). Home telemonitoring for congestive heart failure: a systematic review and meta-analysis.
4. McKoy, K., Antoniotti, N. M., Armstrong, A., Bashshur, R., Bernard, J., Bernstein, D., ... & Krupinski, E. A. (2016). Practice guidelines for tele dermatology. *Telemedicine and e-Health*, 22(12), 981-990.
5. McLean, S., Sheikh, A., Cresswell, K., Nurmatov, U., Mukherjee, M., Hemmi, A., & Pagliari, C. (2013). The impact of telehealthcare on the quality and safety of care: a systematic overview. *PloS one*, 8(8).
6. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/SDPturk.pdf>
7. Pazar, B., Taştan, S., & İyigün, E. (2015). Tele sağlık sisteminde hemşirenin rolü. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 11(1), 1-4.
8. KALENDER, N., & ÖZDEMİR, L. (2014). YAŞLILARA SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMUNDA TELE-TIP KULLANIMI. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(1), 50-58.
9. Harvard Medical School, 2007. National Comorbidity Survey (NSC). (2017, August 21). Retrieved from <https://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/index.php>. Data Table 2: 12-month prevalence DSM-IV/WMH-CIDI disorders by sex and cohort.
10. Saha, S., Chant, D., Welham, J., & McGrath, J. (2005). A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS medicine*, 2(5).
11. Merikangas, K. R., Jin, R., He, J. P., Kessler, R. C., Lee, S., Sampson, N. A., ... & Ladea, M. (2011). Prevalence and correlates of bipolar spectrum

- disorder in the world mental health survey initiative. Archives of general psychiatry, 68(3), 241-251.
- 12 Ferrari, A. J., Somerville, A. J., Baxter, A. J., Norman, R., Patten, S. B., Vos, T., & Whiteford, H. A. (2013). Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: a systematic review of the epidemiological literature. Psychological medicine, 43(3), 471-481.
 - 13 Roeleveld, N., & Zielhuis, G. A. (1997). The prevalence of mental retardation: a critical review of recent literature. Developmental Medicine & Child Neurology, 39(2), 125-132.
 - 14 Gelder, M., Gath, D., & Mayou, R. (1989). Oxford textbook of psychiatry. Oxford university press.
 - 15 Sağlık bakanlığı 2016 <https://www.saglik.gov.tr/TR,11269/toplum-ruh-sagligi-merkezleri-hakkinda-yonerge.html>
 - 16 World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians <https://www.woncaeurope.org/news/view/wonca-tree-reprint-requests> 2013
 - 17 Sağlık Bakanlığı Birinci Basamakta Ruh Sağlığı Hizmetlerini Güçlendirme Programı(RSGÜÇ) Eğitimi <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ruh-sagligi-egitimleri.html>
 - 18 Burns, T., Baldwin, D., Emsley, R., Kerwin, R., Steinberg, J., & Van Os, J. (1999). Treatment challenges in schizophrenia.
 - 19 Corrigan, P. W., & Penn, D. L. (2015). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. Stigma and Health, 1(S), 2.
 - 20 İçişleri Bakanlığı Nüfus ve idari yapılanma <https://www.e-icisleri.gov.tr/Anasayfa/MulkiIdariBolumleri.aspx>
 - 21 Çevre ve Şehircilik Bakanlığı Çevresel Göstergeler <https://cevresehgostergeler.csb.gov.tr/kentsel---kirsal-nufus-orani-i-85670>
 - 22 Dollfus, S., Petit, M., Lesieur, P., & Menard, J. F. (1991). Principal-component analysis of PANSS and SANS-SAPS global ratings in schizophrenic patients. European Psychiatry, 6(5), 251-259.

23. Erkoç, Ş., Arkonaç, O., Ataklı, C., & Özmen, E.. (1991) Pozitif semptomları değerlendirme ölçeğinin güvenilirliği ve geçerliliği. *Düşünen Adam*, 4, 20-24.
24. Andreasen, N. C. (1989). The Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS): conceptual and theoretical foundations. *The British journal of psychiatry*, 155(S7), 49-52.
25. Erkoç, Ş., Arkonaç, O., Ataklı, C., & Özmen, E. (1991). Negatif Semptomları değerlendirme Ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliği. *Düşünen Adam* 1991; 4: 16, 19.
26. Addington, D., Addington, J., & Maticka-Tyndale, E. (1993). Assessing depression in schizophrenia: the Calgary Depression Scale. *The British journal of psychiatry*, 163(S22), 39-44.
27. Aydemir, Ö., Esen Danacı, A., Deveci, A., & İçelli, İ. (2000). Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği'nin Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 37(1), 82-6.
28. Cockrell, J. R., & Folstein, M. F. (2002). Mini-mental state examination. *Principles and practice of geriatric psychiatry*, 140-141.
29. Güngen, C., Ertan, T., Eker, E., Yaşar, R., & Engin, F. (2002). Standardize mini mental test'in Türk toplumunda hafif demans tanısında geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(4), 273-281.
30. Altman EG, Hedeker D, Janicak PG ve ark. (1994) The Clinician-Administered Rating Scale for Mania (CARS-M): Development, reliability and validity. *Biol Psychiatry*, 36:124-134.
31. Karadağ, F., Oral, E. T., Aran Yalçın, F., & Erten, E. (2001). Young mani derecelendirme ölçeğinin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(2), 107-14.
32. Leon, A. C., Olfson, M., Portera, L., Farber, L., & Sheehan, D. V. (1997). Assessing psychiatric impairment in primary care with the Sheehan Disability Scale. *The international journal of psychiatry in medicine*, 27(2), 93-105.
33. Uluğ, B., Ertuğrul, A., Göğüş, A., & KABAKÇI, E. (2001). Yetiyitimi değerlendirme çizelgesinin (WHO-DAS-II) şizofreni hastalarında geçerlilik ve güvenilirliği. *Turk Psikiyatri Derg*, 12, 121-30.

34. Haro, J. M., Kamath, S. A., Ochoa, S. O., Novick, D., Rele, K., Fargas, A., ... & Araya, S. (2003). The Clinical Global Impression–Schizophrenia scale: a simple instrument to measure the diversity of symptoms present in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107, 16-23.
35. Aydemir, Ö., Üçok, A., Esen-Danaci, A., Canpolat, T., Karadayı, G., Emiroğlu, B., & Sariöz, F. (2009). Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği'nin Türkçe Sürümünün Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*, 19(2).
36. Williams, J. B. (1988). A structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale. *Archives of general psychiatry*, 45(8), 742-747.
37. Aydemir, Ö., Deveci, A., & İçelli, İ. (2006). Hamilton Depresyonu Değerlendirme Ölçeği Yapılandırılmış Görüşme Kılavuzu Mevsimsel Duygu Durumu Bozukluğu Versiyonu'nun Güvenilirlik ve Geçerliliği. *Psychiatry in Türkiye*, 8(1).
38. Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 13(2), 261-276.
39. Kostakoğlu, A. E., Batur, S., Tiryaki, A., & Göğüş, A. (1999). Pozitif ve negatif sendrom ölçeğinin (PANSS) Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 14(44), 23-32.

9. ÖZGEÇMİŞ

Bireysel Bilgiler

Adı-soyadı: Emre YALÇINTAŞ

Doğum yeri ve tarihi: Adana / 04.08.1981

Uyruğu: TC

Medeni durumu: Evli

İletişim adresi: 23 Nisan Mah. 258. Sk. No:1/B Nilüfer/BURSA

Tel: 0532 606 68 18

E-posta: emreyalcintas@hotmail.com

Yabancı dili: İngilizce

Eğitim Bilgileri:

2007 İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

1999 Bursa Kız Lisesi

1995 Elmasbahçe İlköğretim Okulu

1992 Demirtaş Paşa İlkokulu

Mesleki Deneyim

2007-2011 Bursa Büyükşehir İlçe Hastanesi

2011- 2013 Bursa/Karacabey Aile Sağlığı Merkezi


2013-2020 Bursa/ Büyükşehir İlçe Hastanesi Aile Sağlığı Merkezi

2014-2020 Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Bursa Yüksek İhtisas

Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

10. EKLER

EK 1. TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİ HASTA BİLGİ FORMU

**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**
BURSA YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİ
HASTA BİLGİ FORMU

Görüşmeci : Tarih: / / 20.....

Kimlik Bilgileri
Adı Soyadı: Cinsiyet: Kadın Erkek
Doğum Tarihi: / / Doğum Yeri:

İletişim Bilgileri
Telefon No: Ev: Cep: Yakını:
Adres:

Sosyodemografik Bilgiler
Eğitim durumu:
(Son mezun olduğu okul, eğitimini yarım bıraktıysa sebebi, sene kaybı olup olmadığı vb.)
.....

Medeni Durum:
Çocuk Sayısı: **Kardeş Sayısı:** **Kaçınca Çocuk:**

Mesleki Durum:
(Daha önce yaptığı işler ve süresi, şimdiki işi, daha önce aldığı meslek eğitimleri vb.)
.....

Sosyal Güvencesi:
Gelir Durumu:
(Geliri, hastalığı nedeniyle aldığı yardımlar, aileden aldığı destek vb.)
.....

Barınma:
(Nerede, kiminle yaşadığı, barınma ihtiyacı olup olmadığını vb. belirtiniz.)
.....

Ailesinde Psikiyatrik Hastalık: Yok Var
(Ailede psikiyatrik hastalık varsa, yakınlık derecesi, tanısı, tedavisi, hastalığın seyri vb.)
.....

Madde Kullanım Öyküsü:
(Sigara, alkol, esrar ve diğer maddelerin kullanımını belirtiniz.)
.....

Hastalık Öyküsü:
.....
.....
.....
.....
.....

Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Hasta Bilgi Formu Sayfa 1

12
19
26

Paz.
7
14
21
28

.....
.....
.....
.....
.....

Mizaç bozukluğu hastalık tipi:.....
Atak sayısı:..... Mani:..... Depresyon:.....
Mevsimsel özellik: Yok Var (Belirtiniz:.....)
Ataklar arası düzelme (en az 2 ay): Yok Var
Psikotik özellik: Yok Var (Belirtiniz:.....)
İntihar girişimi: Yok Var/Sayı:.....
EKT uygulaması: Yok Var/Sayı:.....
Genel Sağlık durumu
(ilaç tedavisine etki edecek, işlevselliğini kısıtlayacak herhangi bir kronik, kalıtsal, fiziksel özürlü ya da hastalığı var mı?)
.....

Kilo:..... Boy:.....

Metabolik Sendrom açısından Değerlendirme

Bel çevresi(cm):..... Arteriyel kan basıncı (mm Hg):.....

HDL (mg/dl):..... Trigliserd(mg/dl):.....

Açlık kan şekeri (mg/dl):..... Metabolik Sendrom Yok Var

Hastanın İşlevsellik Durumu

GAF skoru:..... KGI 1-7:.....

İlaç Tedavileri

Önceki ilaç tedavileri ve yanıtları
.....
.....

Kullanılan İlaçlar
.....
.....

İlaç Yan Etkileri
.....
.....

BAŞKALARINA ZARAR VERME RİSKİ

	EVET	HAYIR	?		EVET	HAYIR	?
Daha önce den şiddet olayları var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Başkalarıyla ilgili paronayak yanlıgıları var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Daha önce silah kullanmış mı ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Şiddet içerikli ve telkin edici sanrılar var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkol ya da uyuşturucu kullanımı var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Örke ve kızgınlık belirtileri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkek 35 yaş altı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cinsel olarak uygun olmayan davranışlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kişiyi etkilediği bilinen etkenler var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zihni şiddet içerikli düşünöcülerle dolumu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Başkalarına zarar vereceğine dair ifade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tedaviye katılımı az mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Silahlara erişimi var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Daha önce tehlikeli ve fevri davranışları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
olmuş mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

(Evet veya? Olanlarda ortaya çıkmasına veya sürmesine neden olan olası faktörler, kişinin bunlarla ilgili kontrol ve baş etme yöntemleri, destek aldığı kurum veya kişiler)

SAVUNMAZLIK

(Başkalarından gelebilecek zarar, ruh halinde meydana gelebilecek bozulma ve fiziksel ihmali riskini dikkate alınız.)

	EVET	HAYIR	?		EVET	HAYIR	?
Daha önce ihmale maruz kalmış mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Başkalarıyla ilgili paronayak yanlıgıları var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Daha önce istismara uğramış mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Kötü beslenme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Barınma sorunu var mı /evsiz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkol ya da uyuşturucu kullanımı var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mali sorunlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beden sağlığını idare etmede zorluk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toplum desteklerinden yoksunluk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
çekiyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	İlaçlı tedaviye uymama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bilişsel bozukluğu var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Daha önce başkaları tarafından suistimal edilmiş mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tedaviye katılımı az mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

(Önceki savunmasızlık durumlarıyla ilgili faktörler, alınan önlemler)

ALEVENME RİSKİ

	EVET	HAYIR	?		EVET	HAYIR	?
Birden fazla alevlenme öyküsü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yalnız yaşıyor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
İlaçlı tedaviye uymama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toplum desteklerinden yoksun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alevlenmeyi önleyici nitelikte plan yok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hastalığını iyi kavrayamıyor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tedaviye katılımı az	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	İlaçların olumsuz yan etkileri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bilişsel bozukluklar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alkol ya da madde kullanımı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uyuma zorluğu ya da uyuma alışkanlığında değişiklikler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yakın zamanda stres faktörleri var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Önceki alevlenme dönemleri; ortaya çıkan olası faktörler, alınan önlemler)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

RİSK FAKTÖRLERİ BAĞLAMI VE MEVCUT BAĞLAM

(Dikkate alınması gereken faktörler arasında çevresel tetikleyiciler, belirli bireylere özgü riskler, cinsiyet veya etnisiteye bağlı riskler ile toplum konumlarındaki riskler bulunmaktadır.)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

GÜÇLÜ YANLAR VE KORUYUCU FAKTÖRLER

(Dikkate alınması gereken faktörler arasında aile desteği, hizmetlere katılım, tedaviye uyum gösterme, düzenli barınma, istihdam, sosyal bağlılık, bilişsel işlev, ruh hali, stres bilgisi ve yönetimi ile baş etme stratejileri bulunmaktadır.)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

EK 3. POZİTİF BELİRTİLERİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (SAPS)

POZİTİF BELİRTİLERİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

0=Yok 1=Şüpheli 2=Hafif 3=Orta 4=Belirgin 5=Şiddetli

VARSANILAR

1. İşitsel varsanılar	0	1	2	3	4	5
2. Yorum yapan sesler	0	1	2	3	4	5
3. Aralarında konuşan sesler	0	1	2	3	4	5
4. Somatik ya da dokunsal varsanılar	0	1	2	3	4	5
5. Koku varsanıları	0	1	2	3	4	5
6. Görsel varsanılar	0	1	2	3	4	5
7. Global olarak varsanılar	0	1	2	3	4	5
Altölçek toplam ()						

SANRILAR

8. Kötülük görme sanrıları	0	1	2	3	4	5
9. Kıskançlık sanrıları	0	1	2	3	4	5
10. Suçluluk ya da günahkârlık sanrıları	0	1	2	3	4	5
11. Büyüklük sanrıları	0	1	2	3	4	5
12. Dinsel sanrılar	0	1	2	3	4	5
13. Somatik sanrılar	0	1	2	3	4	5
14. Referans sanrıları	0	1	2	3	4	5
15. Kontrol edilme sanrıları	0	1	2	3	4	5
16. Düşünce okunması sanrıları	0	1	2	3	4	5
17. Düşünce yayınlanması	0	1	2	3	4	5
18. Düşünce sokulması	0	1	2	3	4	5
19. Düşünce çekilmesi	0	1	2	3	4	5
20. Global olarak sanrılar	0	1	2	3	4	5
Altölçek Toplam ()						

GARİP DAVRANIŞ

21. Giyim ve görünüm	0	1	2	3	4	5
22. Toplumsal ve cinsel davranış	0	1	2	3	4	5
23. Saldırgan ve taşkın davranış	0	1	2	3	4	5
24. Yineleyici ya da stereotipik davranış	0	1	2	3	4	5
25. Global olarak garip davranış	0	1	2	3	4	5
Altölçek Toplam ()						

POZİTİF YAPISAL DÜŞÜNCE BOZUKLUĞU

26. Raydan çıkma	0	1	2	3	4	5
27. Teğetsellik	0	1	2	3	4	5
28. Enkoherans	0	1	2	3	4	5
29. Mantıksızlık	0	1	2	4	5	6
30. Çevresel konuşma	0	1	2	3	4	5
31. Baskılı konuşma	0	1	2	3	4	5
32. Çelinebilir konuşma	0	1	2	3	4	5
33. Klang çağrışım	0	1	2	3	4	5
34. Global olarak yapısal düşünce bozukluğu	0	1	2	3	4	5
Altölçek Toplam ()						

UYGUNSUZ DUYGULANIM

35. Uygunsuz duygulanım	0	1	2	3	4	5
-------------------------	---	---	---	---	---	---

ÖLÇEĞİN TOPLAM SKORU ()

EK 4. NEGATİF BELİRTİLERİ DEĞRELENDİRME ÖLÇEĞİ (SANS)

DUYGULANIMDA DÜZLEŞME YA DA KÜNTLEŞME

1. Değişmeyen yüz ifadesi	0	1	2	3	4	5
2. Kendiliğinden hareketlerde azalma	0	1	2	3	4	5
3. Jestlerde azalma	0	1	2	3	4	5
4. Zayıf göz ilişkisi	0	1	2	3	4	5
5. Duygusal tepkisizlik	0	1	2	3	4	5
6. Sesle vurgulamada yetersizlik	0	1	2	3	4	5
7. Duygulanımda düzleşmenin global değerlendirmesi	0	1	2	3	4	5

Altölçek Toplam ()

ALOJİ

8. Konuşmanın yoksulluğu	0	1	2	3	4	5
9. Konuşma içeriğinin yoksulluğu	0	1	2	3	4	5
10. Bloklar	0	1	2	3	4	5
11. Yanıttan önce bekleme süresinin uzaması	0	1	2	3	4	5
12. Alogianın global değerlendirmesi	0	1	2	3	4	5

Altölçek Toplam ()

ENERJİ VE İSTEĞİN AZALMASI

13. Kendine bakım ve temizlik	0	1	2	3	4	5
14. İş ya da okulda sebatsızlık	0	1	2	3	4	5
15. Fizik enerjinin azalması	0	1	2	3	4	5
16. Enerji ve isteğin azalmasının global değerlendirmesi	0	1	2	3	4	5

Altölçek Toplam ()

ZEVK ALMAMA VE TOPLUMSAL ÇEKİLME

17. Eğlenceye yönelik ilgi ve etkinlikler	0	1	2	3	4	5
18. Cinsel etkinlik	0	1	2	3	4	5
19. Yakınlık duygusu ve yakınlıkta yetersizlik	0	1	2	3	4	5
20. Arkadaş ve akranlar ile ilişkiler	0	1	2	3	4	5
21. Zevk almama ve toplumsal çekilmenin global değerlendirmesi	0	1	2	3	4	5

Altölçek Toplam ()

DİKKAT

22. Sosyal dikkatsizlik	0	1	2	3	4	5
23. Mental durum değerlendirmesi sırasında dikkatsizlik	0	1	2	3	4	5
24. Dikkatin global olarak değerlendirilmesi	0	1	2	3	4	5

Altölçek Toplam ()

ÖLÇEĞİN TOPLAM SKORU ()

EK 5. CALGARY ŞİZOFRENİDE DEPRESYON ÖLÇEĞİ

- 1) Depresyon:** Son iki hafta boyunca ruh halinizi nasıl tanımlarsınız? Yeterince neşelenebiliyor muydunuz, yoksa son zamanlarda aşırı çökkün ya da üzüntülü müydünüz? Son iki hafta içinde, her gün ne kadar sıklıkta kendinizi [KENDİ KELİMELERİ] hissediyorsunuz? Gün boyu?
0. Yok
 1. Hafif: Sorulduğunda biraz üzüntü ya da güvensizlik ifade eder
 2. Orta: Son iki hafta boyunca zamanın neredeyse yarısında süren belirgin çökkün duygudurum: Her gün var
 3. Şiddetli: Her gün zamanın yarısından fazlasında süren, olağan motor ve toplumsal işlevselliği etkileyen belirgin çökkün duygudurum
- 2) Umutsuzluk:** Geleceğinizi nasıl görüyorsunuz? Sizin için herhangi bir gelecek var mı? Yoksa yaşam oldukça umutsuz mu görünüyor? Kendinizi koyuverdiniz mi, yoksa hâlâ çaba göstermek için neden var mı?
0. Yok
 1. Hafif: Son iki hafta boyunca bazı zamanlar umutsuzluğa kapılmış ama hâlâ gelecek için belli düzeyde umut taşıyor
 2. Orta: Son iki hafta boyunca ısrarlı, orta düzeyde umutsuzluk duygusu. İşlerin daha iyiye gidebileceği konusunda ikna edilebiliyor
 3. Şiddetli: İsrarlı ve sıkıntı veren umutsuzluk duygusu
- 3) Değersizlik duygusu:** Başka insanlarla karşılaştığınızda, kendinizi nasıl görüyorsunuz? Kendinizi başka insanlardan daha mı iyi, daha mı kötü, yoksa yaklaşık aynı düzeyde mi görüyorsunuz? Kendinizi başkalarından aşağıda ya da hatta değersiz mi hissediyorsunuz?
0. Yok
 1. Hafif: Kısmen aşağılık duygusu var, değersizlik duygusu düzeyine ulaşmıyor
 2. Orta: Kişi kendini değersiz hissediyor, ama zamanın yarısından azında
 3. Şiddetli: Kişi zamanın yarısından fazlasında kendini değersiz hissediyor. Öyle olmadığı konusunda ikna edilebiliyor
- 4) Suçlulukla İlgili Alınma Düşünceleri:** Bir konuda itham edildiğiniz ya da hatta haksız yere suçlandığınız duygusuna kapıldınız mı? Hangi konuda? (Doğrulanabilir itham ya da suçlamaları dahil etmeyin. Suçluluk sanılarını dışlayın)
0. Yok
 1. Hafif: Kişi zamanın yarısından azında kendini itham altında hisseder ama suçlu hissetmez

2. Orta: İtham altında olduğuna dair ısrarlı duygular ve/veya ara sıra suçlu olduğuna dair duygular
3. Şiddetli: Suçlu olduğuna dair ısrarlı duygular. İnkna edilmeye çalışılınca, öyle olmadığını kabul eder

5) Patolojik Suçluluk: Geçmişte yapmış olabileceğiniz önemsiz şeylerden dolayı kendinizi kabahatli bulma eğiliminde misiniz? Bu konuyla bu derecede uğraşmayı hakkettiğinizi düşünüyor musunuz?

0. Yok
1. Hafif: Kişi bazen bazı küçük kabahatler konusunda olması gerekenden fazla suçluluk duyar, ama bu, zamanın yarısından azını alır
2. Orta: Kişi çoğu zaman (zamanın yarısından fazlasında) önemini abarttığı geçmiş eylemleri konusunda suçluluk duyar
3. Şiddetli: Kişi çoğu zaman kötü giden her şey için, hatta kendi hatası olmasa bile kendini kabahatli hisseder

6) Sabah Depresyonu: Son iki hafta boyunca, kendinizi çökkün hissederken, bu çökkünlüğün günün belli bir zamanında daha kötüleştiğini fark ettiniz mi?

0. Yok: Depresyon yok
1. Hafif: Depresyon var ama gün içi değişkenlik yok
2. Orta: Depresyonun sabahları kötüleştiği kendiliğinden belirtilir
3. Şiddetli: Sabahları belirgin biçimde daha kötü olan ve işlevselliğin bozulduğu depresyon akşamları düzelir

7) Erken Uyanma: Sabahları normalden daha mı erken uyanıyorsunuz? Bu, haftada kaç kez oluyor?

0. Yok: Erken uyanma yok
1. Hafif: Ara sıra (en çok haftada iki kez) olağan ya da gerekli uyanma zamanından en az 1 saat önce uyanıyor
2. Orta: Çoğunlukla (en çok haftada beş kez) olağan ya da gerekli uyanma zamanından en az 1 saat önce uyanıyor
3. Şiddetli: Her gün uyanma zamanından en az 1 saat önce uyanıyor

8) Özkıyım: Hayatın yaşamaya değer olmadığını hissediyor musunuz? Yaşamınıza son vermek hiç içinizden geçti mi? Kendinize ne yapabileceğinizi düşündünüz? Gerçekten denediniz mi?

0. Yok
1. Hafif: Sıklıkla keşke ölmüş olsaydım biçiminde düşünceler ya da ara sıra özkıyım düşünceleri

2. Orta: Üzerinde uğraşılmış özkıyım tasarısı ama girişimde bulunmamıştır
3. Şiddetli: Açıkça ölümle sonuçlanmak üzere hazırlanmış özkıyım girişimi (örn. şans eseri fark edilme ya da etkisiz yöntem)

9) Gözlenen Depresyon: Tüm görüşme boyunca görüşmecinin gözlemlerine dayanır. Görüşmede uygun anlarda sorulan "Kendinizi ağlamaklı hissediyor musunuz?" sorusu bu gözlem için gerekli bilgiyi sağlayabilir.

0. Yok
1. Hafif: Görüşmenin belirgin olarak yansız konuşmalarını içeren bölümlerinde bile kişi üzgün ya da kederli görünmektedir
2. Orta: Kişi görüşme boyunca sıkın, tekdüze bir ses tonuyla üzgün ve kederli görünmektedir ve bazen ağlar ya da ağlamaklı olur
3. Şiddetli: Kişi sıkıntı veren konularda boğulacak gibi olur, sıklıkla derin iç çeker ve açıkça ağlar ya da kişi ısrarlı olarak ısraptan donakalmış durumdadır ancak görüşmeci depresyonun varolduğundan emindir.



EK 6. MİNİ MENTAL TEST

Ek 1: STANDARDİZE MİNİ MENTAL TEST

Ad Soyad:
Eğitim (yıl):
T. Puan:

Tarih:
Meslek:

Yaş:
Aktif El:

YÖNELİM (Toplam puan 10)

- Hangi yıl içindeyiz..... ()
Hangi mevsimdeyiz ()
Hangi aydayız ()
Bu gün ayın kaçı ()
Hangi gündeysiz ()
Hangi ülkede yaşıyoruz ()
Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız ()
Şu an bulunduğunuz semt neresidir ()
Şu an bulunduğunuz bina neresidir ()
Şu an bu binada kaçınıcı kattasınız ()

KAYIT HAFIZASI (Toplam puan 3)

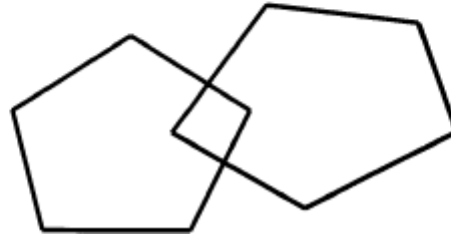
- Size birazdan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın
(Masa, Bayrak, Elbise) (20 sn süre tanınır) Her doğru isim 1 puan ()
DİKKAT ve HESAP YAPMA (Toplam puan 5)
100'den geriye doğru 7 çıkartarak gidin. Dur deyinceye kadar devam edin.
Her doğru işlem 1 puan. (100, 93, 86, 79, 72, 65) ()

HATIRLAMA (Toplam puan 3)

- Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyleyin.
(Masa, Bayrak, Elbise)..... ()

LİSAN (Toplam puan 9)

- a) Bu gördüğünüz nesnelerin isimleri nedir? (saat, kalem) 2 puan (20 sn tut) ()
b) Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar
edin. "Eğer ve fakat istemiyorum" (10 sn tut) 1 puan..... ()
c) Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi
yapın. "Masada duran kağıdı sağ/sol elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere
bırakın lütfen" Toplam puan 3, süre 30 sn, her bir doğru işlem 1 puan..... ()
d) Şimdi size bir cümle vereceğim. Okuyun ve yazıda söylenen şeyi yapın. (1 puan)
"GÖZLERİNİZİ KAPATIN" (arka sayfada)..... ()
e) Şimdi vereceğim kağıda aklınıza gelen anlamlı bir cümleyi yazın (1 puan)..... ()
f) Size göstereceğim şeklin aynısını çizin. (arka sayfada) (1 puan) ()



EK 7. YOUNG MANİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

Orijinalinde son 48 saat, ancak son yıllarda yapılan pek çok çalışmada son bir hafta değerlendirilmeye alınmaktadır. Hastanın söylediklerinden çok klinisyenin kanaati önemlidir. Bu çalışmada uygulanmamıştır ancak katılan bir geçerlik güvenilirlik çalışmasında 0-4 puanlı maddelerde (1, 2, 3, 4, 7, 10, 11) klinisyen karar veremiyorsa (örneğin 2 mi, 3 mü gibi) daha büyük olan puanı vermesi, 0-8 puanlı maddelerde (5, 6, 8, 9) ise aradaki değeri alması (yani 2 mi, 4 mü karar verilemiyorsa 3 puan verilmesi gibi) önerilmiştir. Tanı koymak amacıyla değil, o anki manik durumun şiddetini belirlemek için kullanılır. Ölçekteki her bir üst basamağın kendinden önceki alt basamakları kapsadığı kabul edilir. 15-30 dakikalık bir görüşme ile uygulanır. Hastanın kendi ifadelerine izin verilir. Görüşme anındaki değerlendirme dışında servis personeli ya da hasta ailesinden bilgi alınabilir.

1) Yükselmiş duygudurum

0. Yok
1. Hafifçe yüksek veya görüşme sırasında yükselebilen
2. Belirgin yükselme hissi; iyimserlik, kendine güven, neşelilik hali
3. Yükselmiş; yersiz şakacılık
4. Öforik; yersiz kahkahalar, şarkı söyleme

2) Hareket ve enerji artışı

0. Yok
1. Kendini enerjik hissetme
2. Canlılık; jestlerde artış
3. Artmış enerji; zaman zaman hiperaktivite, yatıştırılabilen huzursuzluk
4. Eksitasyon; sürekli ve yatıştırılamayan hiperaktivite

3) Cinsel ilgi

0. Artma yok
1. Hafif ya da olası artış
2. Sorulduğunda kişinin belirgin artış tanımlaması
3. Cinsel içerikli konuşma, cinsel konular üzerinde ayrıntılı durma, kişinin artmış cinselliğini kendiliğinden belirtmesi
4. Hastalara tedavi ekibine ya da görüşmeciye yönelik aleni cinsel eylem

4) Uyku

0. Uykuda azalma tanımlamıyor
1. Normal uyku süresi 1 saatten daha az kısalmıştır
2. Normal uyku süresi 1 saatten daha fazla kısalmıştır
3. Uyku ihtiyacının azaldığını belirtiyor
4. Uyku ihtiyacı olduğunu inkârediyor

5) İritabilite

0. Yok
2. Kendisi arttığını belirtiyor
4. Görüşme sırasında zaman zaman ortaya çıkan iritabilite, son zamanlarda gittikçe artan öfke veya kızgınlık atakları
6. Görüşme sırasında sıklıkla iritabl, kısa ve ters yanıtlar veriyor
8. Düşmanca. işbirliğine girmiyor, görüşme yapmak olanaksız

6) Konuşma hızı ve miktarı

0. Artma yok
2. Kendini konuşkan hissediyor
4. Ara ara konuşma miktarı ve hızında artma, gereksiz sözler ve lâf kalabalığı
6. Baskılı; durdurulması güç, miktarı ve hızı artmış konuşma
8. Basınçlı; durdurulamayan, sürekli konuşma

7) Düşünce yapı bozukluğu

0. Yok
1. Çevresel; hafif çelinebilir; düşünce üretimi artmış
2. Çelinebilir; amaca yönelememe; sık sık konu değiştirme; düşüncelerin yarışması
3. Fikir uçuşması; teğetsellik; takibinde zorluk; uyaklı konuşma; ekolali
4. Dikişsizlik; iletişim olanaksız

8) Düşünce içeriği

0. Normal
2. Kesin olmayan yeni ilgi alanları, plânlar
4. Özel projeler; aşırı dini uğraşlar
6. Büyüklük veya paranoid fikirler; alınma fikirleri
8. Sanrılar; varsanılar

9) Yıkıcı-Saldırgan Davranış

0. Yok, işbirliğine yatkın
2. Alaycı, küçümseyici; savunmacı tutum içinde, zaman zaman sesini yükseltiyor
4. Tehdide varacak derecede talepkâr
6. Görüşmeciyi tehdit ediyor; bağırıyor; görüşmeyi sürdürmek güç
8. Saldırgan; yıkıcı; görüşme olanaksız

10) Dış görünüm

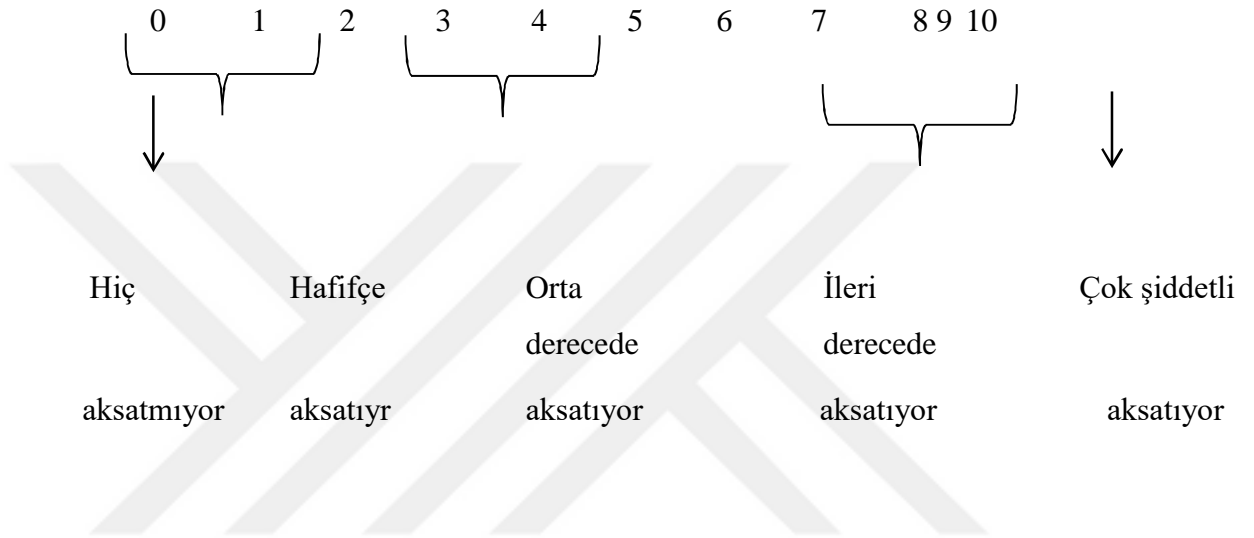
0. Durum ve koşullara uygun giyim ve kendine bakım
 1. Hafif derecede dağınıklık
 2. Özensiz giyim, saç bakımı ve giyimde orta derecede dağınıklık, gereğinden fazla giysilerin olması
 3. Dağınıklık; açık saçık giyim, gösterişli makyaj
 4. Darmadağınıklık; süslü, tuhaf giysiler

11) İçgörü

0. İçgörüsü var; hasta olduğunu ve tedavi gerektiğini kabul ediyor
 1. Hastalığı olabileceğini düşünüyor
 2. Davranışlarındaki değişiklikler olduğunu itiraf ediyor, ancak hastalığı olduğunu reddediyor
 3. Davranışlarında olasılıkla değişiklikler olduğunu itiraf ediyor, ancak hastalığı reddediyor
 4. Herhangi bir davranış değişikliği olduğunu inkâr ediyor

EK 8. SHEEHAN YETİ YİTİMİ ÖLÇEĞİ

Yönerge: Aşağıdaki şekilde 0 ile 10 arasındaki numaralarla, hastalığınızın hayatınızın çeşitli alanlarını ne kadar etkilediği belirtilmiştir. Her bir yaşam alanınızın ne kadar etkilendiğini bu numaralara göre belirleyerek, yandaki boşluklara o numarayı yazınız.



İş yaşamı:

Şu anda, iş yaşamınız, hastalığınız nedeniyle ne kadar bozuldu?----- (0 - 10)

Sosyal yaşam ve boş zaman faaliyetleri:

Şu anda, sosyal yaşamınız ve boş zaman faaliyetleriniz, hastalığınız nedeniyle ne kadar bozuldu?--- (0 - 10)

Aile yaşamı ve evdeki sorumluluklar:

Şu anda, aile yaşamı ve evdeki sorumluluklarınızı yerine getirmeniz, hastalığınız nedeniyle ne kadar bozuldu? (0 - 10)

EK 9. KLİNİK GLOBAL İZLENİM ÖLÇEĞİ (CGİ)

Hastalık Şiddeti (CGI-S)

Bu hasta grubu ile olan klinik deneyimlerinize dayanarak, sizce bu kişi ne kadar hasta?

1. Normal, hasta değil
2. Hastalık sınırında
3. Hafif düzeyde hasta
4. Orta düzeyde hasta
5. Belirgin düzeyde hasta
6. Ağır hasta
7. Çok ağır hasta

Düzelme (CGI-I)

Hastanın ilk değerlendirildiğindeki durumu düşünürseniz, sizce bu hasta ne kadar değişti?

1. Çok düzeldi
2. Oldukça düzeldi
3. Biraz düzeldi
4. Hiç değişiklik yok
5. Biraz kötüleşti
6. Oldukça kötüleşti
7. Çok kötüleşti

Yan Etki Şiddeti (Tolerabilite)

Bu maddeyi sadece ilaç etkisini göz önüne alarak değerlendiriniz. Yan etkiyi en iyi ifade eden seçeneği işaretleyiniz.

1. Hiç yok
2. Hastanın işlevselliğini önemli derecede etkilemiyor
3. Hastanın işlevselliğini önemli derecede etkiliyor
4. Terapötik etkinin yararlarını göz ardı ettirecek düzeyde etkiliyor

EK 10. HAMILTON DEPRESYON DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

		Puan
1. DEPRESİF (ÇÖKKÜN) RUH HALİ	(1-5)	<input type="checkbox"/>
2. ÇALIŞMA VE ETKİNLİKLER	(1-5)	<input type="checkbox"/>
3. GENİTAL SEMPTOMLAR	(1-3)	<input type="checkbox"/>
4. SOMATİK SEMPTOMLAR –GASTROİNTESTİNAL	(1-3)	<input type="checkbox"/>
5. KİLO KAYBI		
A. ÖZGEÇMİŞİNİ DEĞERLENDİRİRKEN	(1-4)	<input type="checkbox"/>
B. GERÇEK KİLO DEĞİŞİMİ	(1-4)	<input type="checkbox"/>
6. UYKUSUZLUK (BAŞLARKEN)	(1-3)	<input type="checkbox"/>
7. UYKUSUZLUK (ORTA)	(1-3)	<input type="checkbox"/>
8. UYKUSUZLUK (GEÇ)	(1-3)	<input type="checkbox"/>
9. SOMATİK BELİRTİLER (GENEL)	(1-3)	<input type="checkbox"/>
10. SUÇLULUK DUYGULARI	(1-5)	<input type="checkbox"/>
11. İNTİHAR	(1-5)	<input type="checkbox"/>
12. PSİŞİK KAYGI	(1-5)	<input type="checkbox"/>
13. SOMATİK KAYGI	(1-5)	<input type="checkbox"/>
14. HİPOKONDİRİ	(1-5)	<input type="checkbox"/>
15. İÇGÖRÜ	(1-3)	<input type="checkbox"/>
16. YAVAŞLAMA	(1-5)	<input type="checkbox"/>
17. AJİTASYON	(1-5)	<input type="checkbox"/>
TOPLAM	

EK 11. GENEL PSİKOPATOLOJİ ÖLÇEĞİ

Genel Psikopatoloji Ölçeği (G):

G1. Bedensel Kaygı: _____(1-7) G2. Anksiyete: __ (1-7)

G3. Suçluluk Duyguları: _____(1-7)

G4. Gerginlik: _____(1-7)

G5. Manyerizm Ve Vücut Duruşu: _____(1-7)

G6. Depresyon: _____ (1-7)

G7. Motor Yavaşlama: _____ (1-7)

G8. İşbirliği Kuramama: _____(1-7)

G9. Olağandışı Düşünce İçeriği _____(1-7) G 10. Yönelim Bozukluğu:_(1-7)

G 11. Dikkat Azalması: _____(1-7)

G 12. Yargılama Ve İçgörü Eksikliği:____(1-7) G 13. İrade Bozukluğu:_(1-7)

G 14. Dürtü Kontrolsüzlüğü: _____(1-7) G 15. Zihinsel Aşırı Uğraşı: __ (1-7)

G 16. Aktif Biçimde Sosyal Kaçınma:_(1-7)

Toplam puan: