

T.C.
Sağlık Bakanlığı
Ankara Eğitim Hastanesi

**BİR PSİKİYATRİ KLİNİĞİNİN
ÇALIŞMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ
VE AİLE HEKİMLERİNE ÖNERİLER**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Mehmet Onat Çakıt

Ankara, 1999

İÇİNDEKİLER

I) GİRİŞ VE AMAÇ	1
II) GENEL BİLGİLER	3
A) AİLE HEKİMLİĞİNDE PSİKİYATRİ	3
B) AİLE HEKİMLİĞİNDE EN SIK KARŞILAŞILAN PSİKİYATRİK HASTALIKLAR: HANGİLERİNE MÜDAHALE EDEBİLİRİZ ?	5
C) AİLE HEKİMLİĞİNDE PSİKİYATRİK TANIYA YARDIMCI YÖNTEMLER	14
D) HİZMET KALİTESİNİN ARTIRILMASI VE RİSK YÖNETİMİ	18
E) YATAN HASTALAR VE AİLE HEKİMLERİNİN YAPABİLECEKLERİ	21
III) GEREÇ VE YÖNTEM	34
IV) BULGULAR	35
A) GENEL ÖZELLİKLER	35
B) YATIŞ VE TANILARIN DEĞERLENDİRİLMESİ	38
V) SONUÇ, TARTIŞMA VE ÖNERİLER	43
VI) ÖZET	49
VII) KAYNAKÇA	51

ÖNSÖZ

Eğitim sürem boyunca asistanlıklarını yapmaktan gurur duyduğum değerli hocalarım 3. Dahiliye Klinik Şefi Dr. İlhami Gülayman, 1. Genel Cerrahi Klinik Şefi Prof. Dr. Seçkin Sarı, Kadın Hastalıkları ve Doğum Klinik Şefi Doç. Dr. Bülent Gökmen, SSK Ankara Eğitim Hastanesi Psikiyatri Klinik Şefi Doç. Dr. Haluk Özbay'a ve koordinatörlüğümüzü yaparak ilgi ve desteklerini esirgemeyen Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Klinik Şefi Prof. Dr. Gülten Tanyer'e teşekkür ediyorum. Asistanlığım sırasında yakın desteğini gördüğüm tüm çalışma arkadaşlarıma ve özellikle tezimin hazırlanması sırasında katkı ve yardımlarını esirgemeyen başasistanımız Dr. Asena Akdemir'e ayrıca teşekkür etmek istiyorum.

Dr. Mehmet Onat Çakıt, 1999

I) GİRİŞ VE AMAÇ

Aile hekimi her yaştan hastaya ve ailelerine, bir hastalığın olup olmamasına ve yakınmalarının türüne bağlı olmaksızın sürekli, geniş çaplı ve oldukça kişiye özel bir bakım sunar. Aile hekimleri bir bireyin tüm sağlık ihtiyaçlarının karşılanması konusunda sorumluluk üstlenirken, ayrıca hastalarıyla çok dürüst ve içten bir ilişki kurarlar. Hastanın sağlık ihtiyaçlarının yüzde 95'i aile hekiminin kendisi tarafından karşılanır; hastanın geri kalan sorunları için konsültan hekimleri veya bakımı sağlayacak sağlık alanında uzman diğer kişileri de aile hekimi seçer¹. Tüm uzmanların çabalarının koordinasyonu, hastanın bakımı için sürekli bir sorumluluk taşıyan aile hekimi tarafından koordine edilir. Aile hekimliği toplam sağlık yönetimi sorumluluğu taşır; bu ilk görüşmeden itibaren başlar ve sonrasında oluşabilecek her türlü kronik sorunu kapsar. Koruyuculuk ve erken tanı bu disiplinin temel özellikleridir. Vakit kaybını en aza indirecek şekilde gerekli tüm sağlık hizmetlerinin koordinasyonu ve bütünlüğü ile çoğu tıbbi sorunla başa çıkabilme yeteneği, bu uzmanlık dalının fiyat/etkinlik oranının uygun olmasını sağlar.

Aile hekimliği, kapsam olarak diğer disiplinlerle pek çok paylaşımı olan bir uzmanlıktır. Diğer uzmanlıklarla konuların paylaşılmasına ek olarak aile hekimliği aile dinamikleri, kişilerarası ilişkiler, danışmanlık ve psikoterapi konularında da bilgi sahibi olmayı gerektirir. Bununla birlikte uzmanlığın esası klinikte ve özellikle hasta olmuş kişilerle ilgilenmeyi gerektirir.

Ülkemizde aile hekimliği, diğer ülkelerde olduğu gibi poliklinik ve klinik hizmetlerin bir karışımı şeklinde uygulanmaktadır. Uygulamada önem verilen beş ana klinik branş olan genel dahiliye, pediatri, genel cerrahi, kadın hastalıkları ve doğum ile psikiyatri, batı ülkelerinde de aile hekimlerinin alması gereken zorunlu stajlardır. Bunun yanında ihtisasın temelini dahili hastalıklar oluşturmaktadır. Hatta bazı Avrupa ülkelerinde son yıllarda genel dahiliye ve genel pediatri tamamen aile hekimlerine bırakılmıştır. Bununla birlikte akıl ve ruh hastalıklarının popülasyonda yaygın olması ve hem sağlıklı, hem de hasta bireylerle ilk görüşen hekim olmaları nedeniyle psikiyatri de aile hekimlerinin üzerinde en çok durmaları gereken bilimlerden biridir.

Gelişmiş ülkelerde son yirmi yıldır yapılan araştırmalar göstermektedir ki aile hekimleri rutin olarak bilişsel, duygudurumsal ve davranışsal sorunlarla karşı karşıya kalmaktadırlar (ve gittikçe daha fazla oranda bu hastalıkları tedavi etmektedirler)^{2,3}. Akıl hastalıkları ve bağımlılık prevalansını inceleyen bir yıllık ileriye dönük bir çalışma² göstermiştir ki, anksiyete bozukluğu olan hastalar, psikiyatri uzmanları tarafından tedavi edildikleri kadar aynı oranda da aile hekimliği uzmanları tarafından tedavi edilmektedirler. Bu çalışmadan elde edilen bir diğer sonuç ta, aile hekimleri tarafından tanısı konan ve tedavi edilen alkol kötüye kullanımı, distimi ve somatizasyon bozuklukları oranları da, akıl sağlığı uzmanları ile aynı orandadır.

Bizim çalışmamızdaki amaç, ülkemizde hem devlet, hem de özel sektörde poliklinik ve klinik hizmeti veren aile hekimlerinin eğitim aldığı ve çalıştığı bir psikiyatri kliniğinin (SSK Ankara Eğitim Hastanesi Psikiyatri Kliniği) çalışmalarını, hizmet verdiği kitlenin çeşitli özelliklerini, tanılarını, klinikte kalış sürelerini inceleyerek, aile hekimlerinin gerek psikiyatri kliniklerinde, gerekse ayaktan tedavide nasıl daha başarılı olabileceklerini literatür ışığında tartışmaya açmaktır. Bu çalışmadaki diğer bir amaç ise, genel sağlık sigorta sistemi ve aile hekimliği sisteminin yaygınlaştırılmasının sağlık sistemi planlanmasında ilk sıraya alındığı içinde bulunduğumuz dönemde, son yıllarda hızla gelişmekte olan bu iki uzmanlık dalının birlikte ve koordinasyon içinde çalışmasının, gerek sağlık giderlerini azaltmada, gerekse psikiyatri uzmanlarının da çözümüne ihtiyaç duyduğu bir sorun olan hastaların uzun süreli ve taburculuk sonrası takibinde sağlayacağı yararlar konusunda çıkarımlar yapmak ve bazı öneriler geliştirmektir.

II) GENEL BİLGİLER

A) AİLE HEKİMLİĞİNDE PSİKİYATRİ

Aile hekimliği sistemi, 1980'lere kadar yavaşça yaygınlaşan bir sistem olmuştur. Bununla birlikte 1980'lerden itibaren özellikle gelişmiş ülkelerde çok hızlı bir ivmelenme göstermiştir. İçinde bulunduğumuz yıllar içerisinde ABD.'de tıbbi sigortası olan hastaların çoğunluğu aile hekimliği sigorta kapsamına alınmışlardır.

Aile hekimliğinin yaygınlaşmasındaki belirginleşme çok sayıda sosyal ve ekonomik nedene bağlanmaktadır. Mutlak sağlık harcaması miktarının önemli olduğu batı ülkelerinde, bu sistemin hastalık giderlerini azaltması başlıca nedendir (sağlık harcamalarında yeni bir alternatif getirilmeden kısıtlamaya gidilmesi çözüm getirmemektedir). Bir diğer etken, diğer uzmanlık alanlarındaki hekimlerin sayılarının yetersiz kalması ve hastanelerdeki yatak sayısının ihtiyaca göre az oluşudur. Bu sorunlar karşısında yeni bir uygulamaya gidilmesi kaçınılmazdır. Sağlık sektörü üzerindeki ekonomik baskılara dikkat edilmediği takdirde hastaların yararlanımlarında azalma ve hizmet kalitesi düşüklüğü gelişecektir. Bu bölümde ilk olarak aile hekimliğinin klinik, ekonomik, etik ve pratik yönleri üzerinde durulacaktır. Sonrasında ise organize bir psikiyatrik hizmetin aile hekimliği ile nasıl ilişkilendirilebileceği açıklanacaktır.

Günümüzde çoğu özel sigorta şirketi aile hekimliği sistemini sigorta kapsamlarına dahil etmektedirler. Bununla birlikte ülkemizde aile hekimliği uygulamasında birçok açıklar bulunmaktadır. Hangi hizmeti biz vereceğiz? Kime vereceğiz? Ne kadar süreyle vereceğiz? Ve hangi fiyattan vereceğiz? Verilecek hizmetin kalitesinin belirlenmesi, hizmete ulaşımın nasıl olacağı ve hekimlerin etik olarak uyması gerekenler halen saptanmamıştır. Özellikle sigorta sisteminin de özelleştirilmesine çalışıldığı ülkemizde özel şirketler arasındaki rekabet nedeniyle, aynen batı ülkelerinde olduğu gibi, aile hekimliğinin vereceği hizmetin tek bir kalıbının olamayacağı tahmin edilebilir. Rekabet, harcamaları azaltması yoluyla daha ucuz bir hizmet getirebilir, ancak bu hizmetin daha iyi olacağını garanti etmediği gibi,

hizmetten yararlanımın eşit olamayacağı da açıktır. Aile hekimliğinin merkezinde bulunan hizmet giderleri ve etkinlik konularının, kalite, eşitlik ve ulaşılabilirlik ile dengede olması gerekmektedir⁴.

Aile hekimlerinin hastalarıyla karşılıklı güvenilirlik yoluyla kurdukları güzel ilişki, önceden belirlenmiş, ölçülebilir hizmetleri, anlaşma yapılmış ücretlerden veren sigorta şirketlerinin müdahalesi nedeniyle bozulabilmektedir. Bu yolla hekimler klinik uygulamadaki otonomluklarını büyük ölçekli işverenlere karşı kaybetmektedirler. Bununla birlikte sınırsız ödemeli sağlık sistemlerinin yerleşmesini beklemek de gerçek dışıdır. Sağlık hizmeti sunanlara verilen her hizmetin bedelini ödemek, sadece gereğinden fazla hizmet vermeye ve sağlık harcamalarında enflasyona yol açmaktadır. Per kapita ödemeler, yani verilen hizmet sayısına bakılmaksızın sabit bir ücret ödenmesi, klinik başarı ile mali hedefleri (ki bunlar tüketici yani hasta ile hekim tarafından da önemsenmektedir) dengede tutmak için çok iyi bir alternatiftir⁴.

Özel sağlık sigorta şirketlerinin sunduğu sevkli poliçe hizmeti harcamaları kısıtlamakla birlikte, uygulamada bunun en belirgin nedeni üyeleri sıklıkla düşük ve yüksek risk grubu olarak ayırması ve düşük risk gruplarını tercih etmesidir. Düşük riskli gruplara cazip teklifler götürmek yoluyla bu sistemler yüksek riskli ve harcama gerektiren hastaları almamakta, dolayısıyla bu tip hastalar da diğer türde sağlık hizmetlerinden yararlanmak zorunda kalmakta, sonuçta ise yapılan harcama daha da fazla olabilmektedir. Bunun için belki de en anlamlı örnek, kronik akıl hastalığı olan hastalarda görülmektedir. Bu hastaların hastalıklarının kalıcılığı ve şiddeti, akut, idame ve rehabilitasyon aşamaları olan bir hizmet almalarını gerektirmektedir. Bu popülasyonun yaşam kalitesinin artırılması için psikiyatrik, psikolojik, tıbbi ve sosyal uyum tedavileri gerekmektedir ki bunların hepsi de pahalı hizmetlerdir. İşte bu tür hastalara kapitasyon sistemiyle hizmet verilmesi en uygundur. Bununla birlikte genel olarak kronik akıl hastalığı olanlar sağlık sistemlerine dahil edilmemektedirler. Bu ayırım bir işadama göre mantıklı olabilir, ancak hizmet eşitliği sağladığı da düşünülemez. Kronik hastalığı olanlar sigorta sistemine uygun bir şekilde dahil edilmedikçe aile hekimliği sistemine katılan ve hizmet veren hekimler er ya da geç bu karmaşık etik ve sosyal sorunla yüzyüze geleceklerdir.

Sağlık sistemine dahil olan hekimler başka etik sorunlarla da karşı karşıya kalmaktadırlar. Hekimlerden, kapı görevlileri, hizmet denetleyicileri, ve risk paylaşımı yoluyla da maddi ortaklar olmaları nedeniyle kendilerini hastalar ile “şirket” arasında bir yere oturtmaları istenmektedir. Psikiyatristler sağlık sistemindeki kapı görevliliği hizmetiyle yüzyüze gelmemektedirler. Bu görev sağlık sistemlerinde aile hekimine verilmiştir⁴. Bununla birlikte eğer psikiyatristler “kapı”nın nasıl işleyeceği konusunda kural koyucu olurlarsa (örneğin hangi durumlarda hastanın bir psikiyatriste danışılacağı), klinik olarak ideal tedavi ile gerekenden fazla hizmet ve tutar arasında kalabilirler. Çok fazla sayıda hastada görülen depresyonun aile hekimleri tarafından mı yoksa psikiyatristler tarafından mı tedavi edileceği bu soruna bir örnektir.

Hizmet denetçileri olarak psikiyatristlerden istenen, hizmete gereksinim olup olmadığı, nasıl bir hizmet gerektiği (yatarak ya da ayakta tedavi gibi) ve ne kadar süreyle hizmet verileceğinin tespitidir.

B) AİLE HEKİMLİĞİNDE EN SIK KARŞILAŞILAN PSİKİYATRİK HASTALIKLAR: HANGİLERİNE MÜDAHALE EDEBİLİRİZ ?

İster mental bozukluk, psikiyatrik sorun, strese bağlı hastalık, isterse işlevsel bozukluk olarak görülsün, her geçen gün daha da karmaşıklaşmakta olan toplumumuzda psikolojik bozukluklar diğer tüm hastalıklardan veya bozukluklardan daha sık görülmeye ve insanları daha mağdur hale getirmeye başlamıştır. Aile hekimliğinin sağlık sisteminde tam olarak yer aldığı ülkelerde yapılan araştırmalar göstermiştir ki, akıl hastalığı olan hastaların yarısından fazlası sadece aile hekimleri tarafından tedavi edilmektedir^{5,6}. Birçok çalışma, birinci basamak hastalarının yüzde 25 ila 33’ünün bir DSM-IV akıl hastalığından tedavi gördüğünü göstermiştir⁷. Bunlardan başka, akıl hastalığı olan birinci basamak hastalarının psikiyatrik olmayan tıbbi hizmetlerden yararlanma oranı da diğer hastaların yaklaşık olarak iki katıdır⁸. Yine bu hastalar akıl hastalığı olmayanlara göre organik hastalıklara daha fazla yatkındırlar. Ailenin tüm üyeleriyle uzun süreli teması bulunan aile hekimlerinin akıl sağlığı ile ilgili sorunların tanınması ve tedavi edilmesi konusunda özel bir olanak ve

sorumlulukları vardır.

Rutin hasta takibi sırasında karşımıza gelebilecek akıl hastalıkları arasında anksiyete ve depresyon, en sık görülenleridir⁹. Anksiyete, birinci basamakta konan klinik tanılar arasında beşinci sırayı almaktadır⁹. Bundan başka, ABD.'nde yapılan ve 90,000 hastanın katıldığı bir ulusal araştırmada anksiyete ve sinirliliğin hekimlere gidiş sebebinin yüzde 11'ini oluşturduğu görülmüştür¹⁰. Antianksiyete ilaçları ve özellikle benzodiyazepinler 1970'lerden beri en çok reçete edilen ilaçlar arasında olmuşlardır ve bu ilaçların yüzde 85'i birinci basamak hekimleri tarafından yazılmıştır.

Anksiyete sosyal sorunlar ile oluşabileceği gibi, sıklıkla tıbbi hastalıklar ile ortaya çıkabilir. Örneğin Zung toplumda yüzde 9, birinci basamakta tedavi görenlerde yüzde 32 ve bilinen bir kalp hastalığı olanlarda yüzde 52 oranında ciddi anksiyete olduğunu göstermiştir. Anksiyete sıklıkla kronik tıbbi hastalığı olanların yakınmalarının artmasına ve bu hastalıklardaki (örneğin anjina pectoris, astım, peptik ülser hastalığı) patofizyolojinin de, muhtemelen sempatik sistem hiperaktivitesi nedeniyle bozulmasına yol açmaktadır¹¹.

Depresyon, yüksek görülme sıklığı, aile hekimlerinin değerlendirme ve tedavideki anahtar görevleri ve sağlık ile tıbbi destek verilme gereksinimindeki güçlü gereksinim nedeniyle aile hekimliğinde önemli bir yer tutar. Depresyonlu hastalar psikiyatristlere oranla aile hekimlerine daha sık giderler ve aile hekimleri de antidepresan ilaçları psikiyatristlere göre daha fazla yazmaktadırlar. Depresyon kolay ve etkili bir biçimde tedavi edilebilir, ancak tedavi edilmediğinde ise çok fazla kayıp yaratan bir hastalıktır. Bundan başka, majör depresyonlu ya da klinik olarak belirgin olmayan depresyonu olan hastaların diğer tıbbi hizmetlerden de daha fazla yararlandığı görülmüştür¹². Tanının yanlış konması ve tedavideki eksiklikler gereksiz tıbbi hizmete ve araştırmalara neden olur.

Majör depresyonun prevalansı yüzde 5 ile 10 oranında tahmin edilmektedir ve bu oran subklinik depresif belirtileri olan hastalarda iki ile üç katına çıkar. Depresyon birinci basamakta en sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıktır; hatta hipertansiyon da dahil olmak üzere diğer tüm birinci basamak hastalıklarından daha sık görülebilir¹³. Kayıtlı bir depresyon hikayesi olmayan hastalarda bile antidepresan ilaç yazımı ve depresyon açısından konsültasyon istemi görülebilmektedir.

Depresyon tedavisinde antidepresanların ve psikoterapinin yeri oldukça belirgindir, ancak klinik olarak önemli olan pek çok depresyon tedavisiz bırakılmaktadır. Tedavi edilmeyen depresyonun bireyin kendisi, ailesi ve toplum için maliyeti yüksektir. Depresyonu olan aile hekimliği hastalarının yarısının yaşamlarını idame ettirmede ciddi sorunları ve bazen de intihar riski olduğu belirtilmektedir. Genel olarak depresyon ve depresif belirtiler, artrit, kronik akciğer hastalıkları, diyabet ve hipertansiyona oranla işlevlerde daha fazla bir bozulmaya yol açmaktadır¹⁴. ABD.'nde tedavi edilmemiş depresyonun toplumu ilgilendiren sağlık sorunlarının en önemlilerinden biri olduğu, bunun çözümünün de aile hekimleri ve diğer birinci basamak hekimlerinin depresyonu daha iyi tespit ve tedavi etmeleriyle mümkün olabileceği önerilmiştir (ABD Ulusal Akıl Sağlığı Enstitüsü, 1983).

Aile hekimleri, karşılaştıkları depresyon vakalarının önemli bir kısmını, belki de yüzde 30 ila 50'sini gözden kaçırmaktadırlar. Bununla birlikte aile hekimlerine gelen ağır depresyonlu hastaların da çok azı depresyondan yakınmakta ya da ziyaret sebeplerinin depresyon nedeniyle olduğunu söylemektedirler. Hatta çoğu hasta, sorulduğunda bile depresyonda olduklarını inkar etmektedirler. Depresyonları ile ilgili bilgi vermek istediklerinde bile, tanımladıkları belirtiler sıklıkla somatik yakınmalar ya da yorgunlukla ilgili olmaktadır. Böyle durumlarda hekimin bu belirtileri, birinci basamakta depresyonla birlikte görülen akut veya kronik hastalıklardan ayırdedebilmesi gereklidir. Bazen önemli derecede depresif belirtilerin varlığını, bunların diğer hastalıklardan ayırdedilmesini ve uygun tanının konmasını sağlamak için fazla sayıda hasta ziyareti gerekebilir.

Aile hekimliğinde görülen depresyonlu hastaların öğrenim düzeyleri genellikle düşüktür, önceden bir psikiyatrik tedavi görmüş olma olasılıkları azdır, ziyaret öncesi dönemlerinde anksiyete bozukluğu ve madde bağımlılığı gibi diğer psikopatolojilerinin olma oranı daha yüksektir, ve hareketliliklerini ya da aktivitelerini kısıtlayan fiziksel belirtilerinin veya kronik sağlık sorunlarının olma olasılığı daha yüksektir¹⁵. Bu tip hastaların, eğer tanı konmada gecikme olmuşsa, bu işlev bozukluklarının ya da depresif durumlarının uzun süreler devam ettiği bulunmuştur. Aile hekimliğinde görülebilecek bu tip hastaların antidepresanlarla, psikoterapiyle, ya da her ikisiyle birlikte tedavi edildiğinde bundan ne kadar yararlanabilecekleri bilinmemektedir.

Şurası kabul edilmelidir ki depresyon, tam bir sendrom olarak görülmediği zamanlarda bile tıbbi hizmet sunumu ve sağıtım üzerinde ciddi etkilere sahip olabilir. Örneğin, eşlik eden fiziksel bulgusu olmayıp tekrarlayıcı, çok sayıda yakınması olan ve bu yüzden hastalık taklidi yaptığı düşünölen kişilerde, kontrol gruplarına göre önemli derecede daha fazla depresyon bulunduğu görölmüşür¹⁶. Hafif depresyonlu hastaların erken tanınması ve kısa bir psikoterapötik tedavi muhtemelen bu hastaların konsültasyon sayılarında, laboratuvar ve röntgen çalışmalarında ve hastanede yatış sürelerinde azalmaya neden olacaktır.

Anksiyete ve depresyondan sonra, kişilik bozukluğu olan hastalardan da bahsetmek gereklidir. “Nefret dolu” hastalar, hekimlerin en korktukları hastalardır¹⁷. Bu hastalar, uğraşılması en zor hastalardır ve onlar da çoğu hekimde nefret uyandırırılar. Bu zor hastaların hekimde uyandırdıkları sert tepkiler, onların aldığı tıbbi hizmet kalitesinin de bozulmasına yol açabilir. Bu hastalar hekimde sıklıkla yetersizlik, başarısızlık hissine, hekimin kendisinin de nedenini tam olarak anlayamadığı kızgınlığa, ya da cinsel olarak baştan çıkarılmış olma hissine yol açarlar. Bu kişiler genellikle hekimlerine şiddetli, agresif ve bağımlı bir biçimde bağlanırlar. Hekimin bilinçsizce gösterdiği nefret ise hekim-hasta ilişkisinin kopmasına yol açar. Hasta anlaşılammak, dinlenmemekten yakınırken, hekim ise yanlış anlaşılmaktan ve yaptığı işten tatmin olamamaktan yakınır. Verimsiz bir hasta-hekim ilişkisi tıbbi deneyimin bozulmasına ve tıbbi hizmetin kalitesinin de düşmesine yol açar.

Birinci basamak hekimliğinde hasta-hekim ilişkisinin verimsiz olmasının pek çok nedeni vardır. Genellikle göz ardı edilmekle birlikte bunun en önde gelen nedenlerinden biri ise hastanın (bazen de hekimin) kişilik bozukluğu olmasıdır. Kişilik bozukluklarının sıklıkla gözden kaçmasının nedeni bu tip hastaların ciddi boyutlarda kişisel bir sıkıntı içinde olmalarına rağmen daha tipik olan psikiyatrik belirtileri göstermemeleri ya da dile getirmemeleridir. Kişilik bozuklukları sıklıkla sekonder olarak aile, arkadaşlar ya da hastayla yakın ilişki içinde bulunan kimselerin yakınması sonrasında anlaşılabilir. Bireyin ciddi boyutlarda sosyal, bireysel veya mesleki işlev kaybı olduğunda kişilik bozukluklarının tanınması kolaylaşır.

Aile hekimliğine başvuran ve yukarıda sözü edilen hastaların tanınması sırasında “kişilik yapısı” ile “kişilik bozukluğu” ayırımının da iyi yapılması

gereklidir. “Kişilik yapısı”, kişinin yaşamı boyunca alışkanlık haline getirdiği düşünce, duygu ve davranış yapısıdır. Bu tanıma göre her bireyin kendine özgü, kalıcı ve yavaş yavaş biçimlenen bir algılama organizasyonu, tipik bir düşünce ve hayal tarzı, bir duygusal gereksinimler hiyerarşisi, bir değerler ve idealler sistemi vardır. Kişilik yapısı aynı zamanda kişinin kendine olan yaklaşımı ve iç çelişkilerle başa çıkma özelliklerini, diğer bireylerle kendisi arasında ilişki kurabilme yöntemlerini ve dış gerçeklerle etkileşime girme ve uyum sağlayabilmede sıklıkla kullanılan yöntemleri de kapsar.

Kişilik yapısı ve kişilik bozukluğu arasındaki ayırım tartışılabilir. Kişilik yapısının kişinin sosyal ya da işsel kayıba yol açacak kadar sert, şiddetli ve kendisine ya da başkalarına zarar verecek hale gelmesine kişilik bozukluğu denir. Her birey kendine özgü olduğu halde sıklıkla görülen kişilik yapıları ve bozuklukları arasında bir benzerlik görülmektedir.

Bir organik ya da psikolojik temele oturtulamayan yakınmalarla hekime başvuran hastalar, oldukça yoğun bir tıbbi analize tabi tutulmaktadırlar. Bir taraftan hipokondriyak veya somatize edici hastalar gibi tanılar alırlarken, diğer taraftan da uzun süren testlere, işlemlere ve tedavilere maruz kalmaktadırlar. Bu belirtiler sıklıkla potansiyel olarak tehlikeli hastalıkları taklit ettiği halde, özel bir neden bulunamadığından bu tür bir yaklaşım hem bu hastalarla ilgilenmede bir hatayı, hem de bu tür hastaların sorunlarını anlamadaki bir eksikliği göstermektedir. En önemlisi, bu tür hastalar uygun tedavi ve semptomatik rahatlamaya sahip olamadıklarından gereksiz miktarda sıkıntı çekmektedirler. Aile hekimi bu tür hastalara yaklaşımda sadece organik bir hastalığı elimine etmek yerine, böyle vakaları daha iyi tanıma ve tedavi etme yeteneğine sahip olmalıdır, çünkü ilk yöntemin kullanılması, somatizasyonun kendisinin daha da çok artmasına neden olabilir. Değerlendirmede olabilecek her türlü hastalığı elimine etmek yerine, belirtilere göre olası hastalıkları düşünmek yöntemine gidilmelidir.

Yapılan araştırmalar ısrarla göstermektedir ki birinci basamak hekimine başvuran hastaların yüzde 50 gibi büyük bir kısmının yakınmaları, tıbbi sorunlardan çok psikososyal nedenlerle ortaya çıkmaktadır. Bu hastaların büyük bölümü depresyon veya anksiyete belirtileri (veya her ikisi birden) göstermektedirler¹⁸. Somatoform bozukluklar veya bir psikiyatrik tanı konmayan strese bağlı yakınmalar

da somatik hastaların büyük bölümünde gözlenmektedir. Duygulanım bozukluğu olan hastaların çoğu ilk olarak fiziksel belirtiler gösterdiklerinden öncelikle psikiyatristten çok birinci basamak hekimine müracaat etmektedirler. Maalesef çalışmalar göstermektedir ki hekimler depresyonu en iyi olasılıkla vakaların yarısında tespit edebilmektedirler. Cadoret ve ark. (1980)'nın bildirdiğine göre spesifik olmayan işlevsel yakınmalar ve yanısıra ağrı ve anksiyete yakınmaları, depresyon tanısı konabilenlerde, tanıdan önceki bir yılda en üst düzeye çıkmış ve başarılı bir depresyon tedavisinden sonra da normal düzeylere inmiştir. Bu ve benzeri çalışmalara dayanarak şu karara varılabilir: tipik bir somatik hasta, bir hastalık taklitçisi değildir; bu hasta gerçekten sıkıntı içindedir ve bilinen pek çok psikiyatrik hastalıklardan herhangi biri ile mücadele ediyor olabilir. Burada aile hekimine düşen görev, bu olasılıkları sırasıyla gözden geçirmek ve anksiyete ya da depresyon olup olmadığına dikkatlice karar vermektir; bunun yanında tedavinin uygun şekilde seçilmesi için gerekli laboratuvar çalışmalarını da dikkatlice seçmelidir.

Son olarak, hem poliklinik ortamında, hem de klinikte fazlaca görülen alkol kötüye kullanımı ve bağımlılığın söz etmek gereklidir. Çoğu batı ülkesinde bireylerin yüzde 90 ya da daha fazlası yaşamlarının bir kesiminde alkollü içecek almışlardır; bunların yüzde 70'i halen alkol kullanmaktadır. Ülkemizde de durum böyledir. Alkol alımı erkeklerde kadınlara oranla daha yüksek olmakla birlikte her iki cins arasındaki fark gittikçe kapanmaktadır. Çoğu bireyler ilk içkilerini 12-14 yaş arasında almakta, miktar ve aralık olarak adolesan yaşın sonu ile yirmili yaşların ortalarında en yüksek seviyesine ulaşmakta, sonrasında da her yıl tüketilen alkol oranında azalma söz konusu olmaktadır.

Yazıktır ki adolesan dönemin sonlarında ve erken erişkinlikte geçici alkol sorunları yüksek prevalans göstermektedir. Erkeklerin yaklaşık yüzde 50'si ve kadınlarda bunun daha azı alkolle ilişkili bir "karanlık dönem" (içki alımından sonraki dönemin tümünü veya bir kısmını hatırlayamama), içme nedeniyle okul veya işe gidememe, alkolle ilgili bir trafik kazasına karışma, alkol nedeniyle bir kez göz altına alınma veya benzeri bir sorunla karşı karşıya kalmaktadır. Neyse ki bu bireylerin çoğu alkol alımlarını kendiliğinden düzene sokabilmekte ve alkolizm olarak adlandırılacak daha kalıcı ve şiddetli sorunlara maruz kalmamaktadırlar.

Yapılan çalışmalar, alkolizm tanı kriterlerine uymayan kimselerde bile hemen

daima bir alkol alımı öyküsü bulunduğuna dikkat çekmektedir. İçicilik, ağır alkol alımı ve alkolle bağlantılı geçici sorunlar o kadar sıklıkla karşımıza çıkmaktadır ki herhangi bir hastanının alkol alımı ve ilişkili sorunlarıyla ilgili öyküsünü almadan tedavi edilebilmesi çok zordur. Alkolik olmayanlarda bile her zamanki içme örneği kazalara ve alkolle ilişkili olmayan diğer tıbbi ve psikiyatrik bozuklukların artmasına neden olabilir¹⁹.

Burada tanımlanan kriterlere uyan alkolizm, özellikle gelişmekte olan ülkemizde de, gelişmiş ülkelerde olduğu gibi en önemli bozukluklardan biri olmaya başlamıştır. Kriterleri çok daralttığımızda bile, erkeklerde yaşam boyu bu bozukluğun görülmesi riski en az yüzde 10, ve belki de yüzde 15 gibi yüksek bir orandır¹⁹. Benzeri sorunlar kadınlarda da yüzde 5 oranındadır.

Büyük şehir hastanelerinde eğitim gören hekimlerin çoğuna, tipik bir alkoliğin tamamen yoldan çıktığı, tedavi merkezlerine sık sık yatırıldığı ve çok nadiren uzun süreli bir iyileşme görüldüğü öğretilmektedir. Bu stereotip kabul edildiği takdirde, yanlış olarak alkoliklerin tedavisinin çok zor olduğuna ya da onlarla ilgilenmenin sonuçsuz kalacağına inanılabilir. Bu nedenle, özellikle aile hekimlerinin yüzyüze geldiği popülasyonun genişliği göz önüne alınarak, aşağıdaki düzeltmeleri yapmak gerekmektedir.

İlk olarak, “yoldan çıkmış kişi” stereotipi, alkoliklerin yalnızca yüzde 5’inde görülür. Klinik ortamda ortalama bir alkolik sakin, bakımlı, ve yoldan çıkmış bir kimseden beklenebilecek özellikleri pek göstermeyen bir şekilde gözlemlenir. Gerçekte tipik alkolik, günlük yaşamda gördüğümüz sıradan insandır. Bir işi ve mali desteği, yakın arkadaşları ve akrabaları vardır ve gerektiğinde uzun süre alkolden uzak durabilmektedir.

Yanlış bilinen ikinci bir konu da alkoliklerin tedavide nadiren ilerleme kaydettikleridir. Zannedilenin tersine, çok sayıda çalışmanın gösterdiğine göre, tedaviyi kabul eden ve rehabilitasyon programını tamamlayan ortalama bir alkoliğin 1 yıl süreyle alkolden uzak durma ihtimali yüzde 60 ila 70’tir²⁰. 12 aylık takibi aşan çalışma az olmakla beraber bu süreyi tamamlayabilmiş kimselerde bu süreden sonra alkolsüz kalabilme şansı fazladır. Buna ek olarak vakaların yüzde 20’si “spontan remisyona girmekte”, yani bir tedavi protokolü ya da terapi uygulanmasa bile kendiliğinden yaşam boyu alkolden uzak kalabilmektedir^{21,22}.

Alkolizm için resmi kriterler DSM-IV (1994)'te bildirilmiştir. Burada hekim, bireyin sunulan yedi kriterden dördüne uyması halinde alkol bağımlısı olduğuna karar verebilmektedir. Tanımlanan sorunlar arasında tolerans gelişimi veya çekilme belirtileri olmakla birlikte ayrıca, bireyin zararına olan fiziksel veya psikolojik sonuçlarına, bireyin alkolü tüketmek ya da etkilerinden kurtulmak için çok vakit harcamasına, aile ile ya da diğer kimselerle etkileşimin kaybolmasına rağmen tüketimin devam etmesini de göz önüne almaktadır. Kriterlere uygun olabilmesi için bu sorunların her birinin tekrarlayıcı şekilde meydana gelmesi, yaşamsal işlevlerini bozması ve üç ya da daha fazla kategorideki maddenin bir araya gelmesi ve bunların herhangi bir 12-aylık sürede oluşması gereklidir.

Bağımlılık kriterlerini doldurmayan bireylerde hekim alkol kötüye kullanımını düşünmelidir. Bu son tanının konabilmesi için dört kategorideki sorundan birinde tekrarlayıcı sorunlar yaşanmalıdır: sosyal veya kişilerarası sonuçlarına rağmen alkol alımının devam etmesi; tehlike yaratabilecek durumlarda (örneğin yakalanıp yakalanmamaya bakılmaksızın alkollüken araç kullanmak); ve diğer sosyal, yasal ya da kişilerarası sorunların varlığı. DSM-IV'te bağımlılık ve kötüye kullanım arasındaki farklar, tanı koyma ile ilgili olan değişik ekollerin görüş farklılıklarını da yansıtmaktadır. Bağımlılık oldukça üzerinde durulmuş ve güvenilir olduğu bilinen bir tanı olmakla birlikte bir kötüye kullanım tanısının potansiyel olarak ne anlam ifade edebileceğini araştıran çalışmalar çok daha azdır²³.

Klinisyene oldukça yardımcı olabilecek bir tanısallık yaklaşımında ise günlük sosyal hikayeye bakılarak oluşturulan ve alkolle ilişkili ciddi yaşamsal sorunları değerlendirmeye alan bir yöntem kullanılmaktadır²⁴. Buna göre aşağıdakilerden herhangi birisinin öyküde bulunması yeterlidir: alkole bağlı olarak eşten ayrılık ya da boşanma; içmeye bağlı olarak çok sayıda gözaltına alınma; alkolün sağlığı bozduğunu gösteren fiziksel deliller; veya alkol alımına bağlı olarak işten uzaklaştırma veya atılma. Hastaların bu kriterlere uyması, alkolün bir sorun yarattığını gösteren erken uyarı belirtilerini dikkate almadıklarını ve bunun da alkolle ilişkili daha ciddi yaşamsal bozukluklara yol açtığını göstermektedir. Diğer bir deyimle alkol onlar için, yarattığı sorunlardan daha değerlidir. Takip çalışmalarının sonuçlarına göre bir kez bu kriterlere uyulduktan sonra alkol bırakılmadığında, yüksek bir olasılıkla ciddi yaşamsal sorunlar oluşmaya devam edecektir²⁴.

Elbette ki bilgilerin hepsini hastanın kendisinden öğrenmek her zaman mümkün olamayabilir. Birçok hastanın ciddi yaşamsal sorunları olduğunu söylemelerine ve bunlarda alkolün de rol aldığını sıklıkla kabul etmelerine rağmen davranışsal tıp ile ilgili her konu, hastayla ilgili ek bilgilerin toplanmasını gerektirir. Bu tür bir çalışma sıklıkla hastanın öyküsünü bilen biriyle, genellikle bir akrabayla ve en sık olarak da eş ile görüşme yoluyla yapılabilir.

Tanı koymaya yardımcı olacak diğer yaklaşımlar da mevcuttur. Yine de bunlardan hiçbirisi kesin bir tanı koyamaz; bunlar sadece ciddi bir sorun olabileceği ile ilgili şüphe uyandırabilir. İlk olarak, bir seri kan testi (örneğin gama-glutamil transferaz) ve fizik bulgudan yararlanılabilir. Diğer eski bir yöntemle göre de hastaya bir grup basit (dolayısıyla pek gelişmiş olmayan) anket verilerek bazı soruları cevaplama istenir. Bunlardan en yaygın olarak kullanılanı Michigan Alkolizm Gözlem Testi'dir. Burada beş ya da daha fazla konuda olumlu cevap almak, daha fazla bilgi almayı gerektirir.

Alkolizm ile ilgili olarak primer ve sekonder alkolizm ayırımını da iyi yapmak gerekir. Tedavi için başvuranlardan yaklaşık dörtte üçünde daha önceden bir psikiyatrik bozukluk bulunmamaktadır. Klinik çalışmalarda en sık kullanılan ve sözü edilen grup ta budur. Primer alkoliklerde hastalığın doğal seyri ve rehabilitasyon yöntemleri, alkolle ilgili yaşamsal sorunlarını diğer bir psikiyatrik hastalık sonrasında geliştiren sekonder alkoliklerden daha farklıdır. Bu geri kalan yüzde 20 ila 30 sekonder alkoliklerin sıklıkla daha öndeden şiddetli bir antisosyal yaşam sorunu (antisosyal kişilik bozukluğu zemininde sekonder alkolizm gibi) ya da alkol bağımlılığı öncesinde ilaç kullanımıyla ilgili ciddi sorunları (primer ilaç kötüye kullanımı zemininde sekonder alkolizm) mevcuttur.

Sonuç olarak alkolizm ile ilgili değişik tanısal kriterler benzer popülasyonları tanımlamaktadır. Bunların hepsinde de bağımlılık tespitinde kişinin yaşamı ve sosyal rolü ile ilgili bozulmaya yol alacak kadar ileri derecede fazla ve sürekli alkol alımı belgelenmektedir. Alkolizmin ortaya çıkan ilk majör psikiyatrik bozukluk olduğu ve vakaların yüzde 70 ila 80'ini oluşturan grupta alkolik, muhtemelen tahmin edilebilecek bir seyir izler.

C) AİLE HEKİMLİĞİNDE PSİKİYATRİK TANIYA YARDIMCI YÖNTEMLER

Aile hekimliğine başvuran psikiyatrik hastaların prevalansına bakıldığında, bu uzmanlığın ihtiyaçlarına uygun bir tanı kitabına gerek duyulacağı anlaşılabılır. Bu bölümde, *Akil Hastalıkları Tanı ve İstatistik Kitabı*, 4'üncü baskı, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri sürümü (DSM-IV-PC²⁵) üzerinde tartışılacak ve aile hekiminin klinikte bu kitapçığı nasıl kullanabileceği incelenecektir. DSM-IV-PC, birinci basamakta en yaygın olarak görülen psikiyatrik hastalıkların tanımlanması için dokuz tanısal algoritma kullanmaktadır. DSM-IV²⁶ ile DSM-IV-PC arasında tanısal benzerlikler olduğu gibi, sadece DSM-IV-PC'ye özgü tanısal özellikler de bulunmaktadır.

Birinci basamakta hastalara ayrılması gereken zamanın kısıtlı olması nedeniyle, aile hekimlerinin psikiyatrik bozuklukları sınıflandırabilmesi için etkili bir yöntem ihtiyacı vardır. Özel bazı psikiyatrik hastalıkların incelenmesinde kullanılan kendi kendine analiz testlerinin (örneğin Duke Anksiyete-Depresyon Skalası²⁷), ya da birçok hastalığı aynı anda tarayan metodların (örneğin PRIME-MD²⁸, SDDS-PC²⁹) da aralarında bulunduğu çok sayıda tanı yöntemi geliştirilmiştir. Bununla birlikte, DSM-IV-PC'ün geliştirilmesiyle birlikte, aile hekimleri ilk kez bir seri psikiyatrik hastalığa tanı koymak için evrensel bir kılavuza kavuşmuşlardır. DSM-IV-PC'nin, Uluslararası Hastalık Sınıflaması (ICD-10)³⁰ kodları ile uyumlu bir uluslararası sürümü de mevcuttur.

DSM-IV-PC, tanısal algoritmalara dallanan belirtiler kullanmak yoluyla oluşturulmuştur. Aile hekimi hastanın belirtilerini değerlendirir ve aynen bir çalışma kitabında olduğu gibi, bunlarla ilişkili psikiyatrik tanılara ulaşır. DSM-IV-PC'nin çok sayıda başka pratik avantajı da mevcuttur. İlk olarak, birinci basamak şartlarında en sık olarak rastlanan psikiyatrik fenomenler özellikle vurgulanmıştır. İkinci olarak, kitapçık özet halindedir, anlaşılması kolaydır (belirtileri basamak basamak işler) ve psikiyatrik jargondan mümkün olduğunca kaçınır. Son olarak, DSM-IV-PC'de önerilen tanımlar, kodlama ve takip açısından DSM-IV ve ICD-10 ile tamamen uyumludur.

Aile Hekimliğinde Psikiyatrik Hastalıkların Prevalansı

Gelişmiş ülkelerde son yirmi yıldır yapılan araştırmalar göstermektedir ki aile hekimleri rutin olarak bilişsel, duygudurumsal ve davranışsal sorunlarla karşı karşıya kalmaktadırlar (ve gittikçe daha fazla oranda da bu hastalıkları tedavi etmektedirler)^{2,3}. Akıl hastalıkları ve bağımlılık prevalansını inceleyen bir yıllık ileriye dönük bir çalışma² göstermiştir ki, anksiyete bozukluğu olan hastalar, psikiyatri uzmanları tarafından tedavi edildikleri kadar aynı oranda da aile hekimliği uzmanları tarafından tedavi edilmektedirler. Bu çalışmadan elde edilen bir diğer sonuç da, aile hekimleri tarafından tanısı konan ve tedavi edilen alkol kötüye kullanımı, distimi ve somatizasyon bozuklukları oranları da, akıl sağlığı uzmanları ile aynı orandadır. DSM-IV-PC, aile hekimlerinin mental ve bağımlılık bozuklukları ile ilgili tanısal bilgilerini acilen artırmak ve bu hekimlerin güvenilir tanımlar koymalarını ve yaptıkları sevklerin uygun olmasını sağlamak amacıyla tasarlanmıştır.

DSM-IV

Psikiyatristler tarafından kullanılan DSM-IV ve ICD-10'un aile hekimliğinde kullanılabilirliği fazla değildir. İlk olarak, bu iki yöntem ansiklopediktir; geleneksel psikiyatri kliniklerinde karşılaşılabilecek kompleks ve zor olguları tanımlar. Aile hekimleri ise paranoid şizofreni gibi bir psikotik hastalıktan çok, tipik olarak önceki bölümde bahsettiğimiz daha genel psikiyatrik konuları, özellikle de anksiyete, depresyon ve somatik uğraşları değerlendirmek ve tedavi etmek durumundadırlar. Bunun yanında aile hekimlerinin hergün değerlendirmek ve tedavi etmek zorunda olduğu hasta tipleri daha geniş bir dilimi kapsadığından, DSM-IV ya da ICD-10'daki karmaşık terminoloji ya da tanımlama amaçları, bu hekimlerin günlük ritmini aşmaktadır.

DSM-IV ile DSM-IV-PC'nin benzerlikleri

Psikiyatri ve aile hekimliği uzmanlıkları tarafından ortak geliştirilen DSM-IV-PC, DSM-IV'ün aile hekimlerine adapte edilmiş bir sürümüdür. İki sürüm de ortak bazı özellikler taşımaktadırlar. İkisi de altta yatan kapsam ya da teorik modelden çok (örneğin psikodinamik), tanımlamalı bir yaklaşıma sahiptir (yani, belirtilerin tanınmasına çalışırlar)³¹. Her ikisi de DSM-III-R'den türeyen tüm yenilikleri kapsarlar.

En önemlisi ise, hem DSM-IV, hem de DSM-IV-PC, önceleri “organik” ve “işlevsel” olarak tanımlanan ve sanki iki ayrı grupmuş gibi yaklaşılan psikiyatrik ve fiziksel bozuklukları üniter bir model ile tanımlar. Her iki kitap da psikiyatrik bozuklukların madde intoksikasyonu ya da çekilmesi, ilaç etkileri, zehirlere maruz kalma ya da genel tıbbi bir durum nedeniyle gelişen doğrudan fizyolojik sonuçlar olabileceğini vurgularlar. Bundan başka her iki kitap da karşılaşılan belirtilerin bu fenomenler nedeniyle mi, yoksa psikolojik ve/veya sosyal etkenler nedeniyle primer olarak mı geliştiğinin anlaşılabilmesi için kriterler sunarlar.

DSM-IV-PC’ye özgü konular

Aşağıdaki bilgiler, sadece DSM-IV-PC ‘ye özgü özellikleri vurgulamaktadır:

- Aile Hekimliğine Uygun Hale Getirme: Kitapçık sadece birinci basamakta görülebilecek psikiyatrik bozuklukları vurgulamakta, DSM-IV’teki gibi tüm psikiyatrik spektrumla ilgilenmemektedir.

- Basitleştirilmiş Tanısal Teknik: Anahtar bir özellik olarak, “Aile Hekimliği’nde Sık Görülen Vakalarla İlgili Algoritmalar”ın işlendiği bölümde aile hekimliğinde en sık olarak karşılaşılan belirtiler ve bunları takiben dokuz algoritma sunulmuştur. Bir psikiyatrik kesin tanıya ulaşabilmek için gerekli işlemler teker teker anlatılmış, en sık rastlanan olgular ise çok detaylı şekilde tartışılmıştır.

- Ayırıcı tanı için hızlı yöntemler: Kitapçıkta uygun algoritmayı seçmek için iki hızlı yaklaşım sunulmuştur. “Tanısal Algoritmalar İçin Hızlı Referans” başlıklı bir yaklaşım türünde hastanın o andaki semptomunu dokuz uygun tanısal algoritmadan birine kolayca uydurabilmek için yardımcı olacak bir karar ağacı sunulmuştur. Bu bölümde ayrıca DSM-IV-PC’de bulunan dokuz esas algoritmanın her birinin de detaylı ve iyi organize edilmiş açıklamalarını içerir. İkinci yaklaşım, “Sık Görülen Vakalar için Belirti İndeksi” adını taşımaktadır. Belirti indeksi hem başlık, hem de alfabetik sırayla düzenlenmiştir. Sık görülen bir vakayı ilgili açıklayıcı kısım ve semptomun “başvurulan belirti” olarak isimlendirildiği bir algoritma izler. Belirti indeksinde ayrıca kullanıcıya yol göstermesi amacıyla bir de “İlk başvurulacak kısım” adıyla sunulan kılavuz vardır. Örneğin, başvurulmuş semptomun ağrı olduğu bir vakada kullanıcı önce “Tanımlanmayan Fiziksel Belirtiler” ya da “Depresif duygulanım” algoritmalarına yönlendirilir.

DSM-IV-PC ayrıca hastalıkları birinci basamakta görülen haliyle özetleyen bir bölüme sahiptir ve psikiyatri dışı hastalıklarla, madde bağımlılıklarıyla ve daha şiddetli psikiyatrik hastalıklarla ilgili ayırıcı tanıları sunar.

Diğer Psikiyatrik Tanılar ve Sorunlar

Bir hastanın diğer psikiyatrik sorunlarının değerlendirilebilmesi için DSM-IV-PC'de psikososyal sorunları, ve bebeklik, çocukluk ve adolesans dönemlerinde başgösteren sorunları da inceleyen ek bölümler vardır. Psikososyal sorunlarla ilgili olarak hekim, klinik olarak ilgi gösterilmesi gereken, ancak tek başına herhangi bir psikiyatrik sınıflamaya sokulamayan bir seri konuya ulaşabilir. Bu konular, "Psikososyal/Çevresel Liste" adı altında toplanmıştır.

Şizofreni gibi daha şiddetli psikiyatrik bozukluklar, DSM-IV-PC'de "Diğer Psikiyatrik Bozukluklar" adı altında sınıflandırılmış ve aile hekimliğine uygun şekilde sunulmuştur. Zarar verici davranış, dikkat eksikliği ve öğrenim becerisi bozuklukları gibi sıklıkla bebeklik, çocukluk ve adolesansta tanısı konulan hastalıklara da yer verilmiştir.

DSM-IV-PC'nin Kısıtlamaları

DSM-IV-PC'nin aile hekimleri için yararları tartışmamızın daha önceki bölümlerinde açıkça görülmüştür. Bununla birlikte daha çözülmemiş birkaç kısıtlama da mevcuttur. İlk olarak, DSM-IV-PC'nin köken aldığı en son DSM serisi, sistemik ya da ilişkisel terimler kullanmak yoluyla tanımlanan bir klinik formülasyonunun olmaması nedeniyle eleştirilmektedir³². Bundan başka, hastanın patolojisini kullanarak elde edilen tanıların kullanılmasının, hekimin ve hastanın ortadaki sorun için ortak olarak üretebilecekleri çözümleri kısıtlayabileceği düşünülmektedir³¹.

İkinci olarak, DSM-IV çok eksenli yapısı nedeniyle geniş bir biyopsikososyal parametre grubunu içermekteyken, DSM-IV-PC'de bu çok eksenli şema ele alınmamıştır. Örneğin birinci basamak şartlarında diğer psikiyatrik hastalıklardan ayrılması zor olabilecek kişilik bozuklukları ile ilgili olarak kitapçık çok az bilgi vermektedir.

Üçüncü olarak, DSM-IV-PC, kullanılmadan önce bir miktar aşına olunmasını gerektirecek derecede büyük ve karmaşık bir cilttir³³. Bu kitabın hekim eğitimindeki değeri tartışılmazken, özellikle de yoğun hasta döngüsü olan ülkemiz şartlarında aile hekiminin günlük hasta takibi sırasında bu kitapla ne kadar ilgilenebileceği

tartışılabilir. Tanısal şemaların ve bir tanıya ulaşmak için gerekli zamanın uzun olması, bu kitabın en önemli kısıtlamaları olarak eleştirilmektedir³¹. Bütün bir referans kitabından çok, kritik tanı noktalarını açıklığa kavuşturacak daha kısa bir sürümün aile hekimleri için daha yararlı olabileceği önerilmektedir³⁴.

Son olarak, DSM-IV-PC'nin tanı kriterlerinin aile hekimliği ortamında yeteri kadar geçerli olup olmadığını kanıtlamaya yönelik çalışmalar henüz yeterli sayıda değildir. Önümüzdeki yıllar içerisinde araştırma sonuçlarının elimize geçmesi ile birlikte bu sistemin daha hızlı bir şekilde yaygınlaştırılması mümkün olabilecektir.

D. HİZMET KALİTESİNİN ARTIRILMASI VE RİSK YÖNETİMİ

Sağlık sistemimiz büyük bir değişime doğru gitmektedir. Özellikle son zamanlardaki tüm hükümetlerin sağlık politikalarında ilk sırada yer alan genel sağlık sigortası ve bu kapsamda yer alan aile hekimliği sisteminin yaygınlaştırılması projeleri nedeniyle tıbbi tedaviye ulaşma, tedavi maliyetleri ve sunulan hizmetin kalitesi konularını yeniden gözden geçirmek durumundayız.

1960 ila 1970 yılları arasında birinci basamak sağlık hizmetlerinin ve özellikle de sağlık ocaklarının yaygınlaştırılmasına verilen önem nedeniyle, en azından teorik olarak Türk halkının çoğuna sağlık hizmeti götürülmüştür. Bundan sonra, sigorta sistemlerindeki hatalı uygulamalar ve ideal bir birinci basamak hizmetin tam olarak düzenlenememesi nedeniyle özellikle 1980'li yıllardan itibaren Sosyal Sigortalar Kurumu, Bağkur ve Emekli Sandığı gibi sigorta sistemleri büyük bir çöküş içine girmeye başlamıştır. İçinde bulunduğumuz 1999 yılı itibariyle sağlık giderleri, hesaplanan tüketici maliyetlerinin üç katını aşmıştır. Devlet bu durumda bu büyük yükten kurtulmak amacıyla sigorta sisteminin tamamen özelleştirilmesi projelerini gündeme almıştır. Ancak 70 milyon nüfuslu ülkemizde bunun da kendine özgü riskleri olduğundan çok yavaş ilerleyebilmektedir. Özel sağlık sigorta şirketleri ise, zaten az sayıda olan kayıtlı hastaları üzerinden halen kara geçememektedirler. Bu nedenle öncelikle tedavi giderlerinin azaltılması amacıyla birtakım düzenlemelere ve denetimlere başlamışlardır. Ancak kalite ne olacaktır? 2000 yılının tıbbi hizmetlerinin göstergesi, artık sağlık giderleriyle değil, gelişmiş ülkelerde olduğu gibi yapılan

yatırımdan alınan hizmet kalitesiyle ölçülmek zorundadır³⁵. Yapılan işlemler artık sonuca yönlenecek, ve artık yapılacak sağlık yatırımlarına karar verilirken neyin çalışabildiği, neyin en etkili olduğu, ve ekonomist gözüyle bakıldığında bir tür tüketici olan halka en yararlı yatırımın hangisi olacağı önem kazanacaktır. Kalite, ne için ve kime para ödeyeceğimizi tayin eden en önemli etken olacaktır³⁶.

Psikiyatrik hastalıklar açısından da bu yeni kalite dönemi göz önüne alınmalı, hatta olabildiğince çabuk olunmalıdır. Psikiyatristler bu konuda diğer uzmanlık dallarından biraz daha zor durumdadırlar, çünkü diğerlerine göre daha fazla bir klinik belirsizlik söz konusu olabilmektedir. Özellikle maddi olmayan mental tedavinin ağır bastığı bu klinik dal da, sağlık harcamalarını azaltmayı amaçlayan bürokratların hedefi haline gelebilir³⁵. Planlanmış bir sağlık hizmeti yönetiminin kalitede bir düşüklük meydana getirip getirmeyeceğine dair çok sayıda tartışma vardır. Bununla birlikte, çalışmamızda yer alan yer alan tartışmalardan da görüleceği gibi, tedavi giderlerindeki bir kısıtlama, mutlaka beraberinde kalitede düşmeyi getirmek zorunda değildir. Gerçekte, Wells ve arkadaşlarının hazırladığı rapora göre, batı ülkelerinde yaygınlaşan ve aile hekimliği ile birlikte çalışan, giderlerin sürekli denetim altında tutulduğu sağlık sistemlerinde ve yaşlı depresyonlu hastaların bakımında ilerleme kaydedilebilmiştir³⁶.

Bu çalışmanın en ilgi çekici yönü, tedavi için kullanılabilecek para azaldığında klinisyenler ve hastaneler verilen hizmette daha kaliteli olmaktadır. Bu olay kendisini yatan hastalarda daha az komplikasyon, hastaların sevkedilmesinde azalma ve taburcu edildikten sonra hastaneden çıkana kadar geçen sürede azalma şeklinde göstermektedir. Çalışmacıların da belirttiği gibi, bu çalışmada incelenmeyen bir konu, bu hastaların taburcu sonrasında kontrollere rahatlıkla ulaşip ulaşmadığı ve bu bakımın kalitesidir. Elbetteki böyle hastalar için en iyi prognoz, daha kaliteli bir hastane hizmeti vermenin yanında, taburcu sonrası takip ve toplum içi tedaviye de öncelik vermektir³⁵. Yine çalışmacıların belirttiği gibi, tıbbi kayıt sisteminde de ilave kalite düzeltmeleri yapılmalıdır. Örneğin bu çalışmada dikkat çeken bir konu, başvuran depresyonlu yaşlı hastaların sadece yarısı intihar riski açısından değerlendirilmiştir.

Bu raporun vurguladığı belki de en önemli konu, kalitede ilerlemenin gösterilebilir olduğu ve bu türde çalışmaların bundan sonra da yapılacak olduğudur.

Genel tıbbın her klinik branşında acil tıbbi durumlardan farklı olarak, bir de gerek hasta gerekse hekim hakları açısından risk taşıyan durumlar vardır. Psikiyatrik rahatsızlıklar kendilerini doğrudan davranışlarda gösterdiklerini için risk taşıyan durumların belirlenmesi gereklidir. Böyle bir bilgi psikiyatri kliniklerinin olağan hizmet ötesindeki güçlüklerin ve sınırlarının görülebilmesi ve ileride doğabilecek gereksiz hukuki sorumluluklardan psikiyatri tedavi ekibini kurtarabilmek açısından yararlı olacaktır³⁷.

Psikiyatri kliniklerinde hizmetlerin daha sağlıklı yürütülebilmesi için belli riskler gerektiren koşullar ve bu durumlarda neyin, nasıl yapılması gerektiği konusunda şunları söyleyebiliriz:

1. Psikiyatrik olarak riskli olarak değerlendirilen durumların başında, intihar ve başkalarına zarar verme davranışı gelmektedir. Böyle durumlar doğrudan doğruya bir psikiyatrik rahatsızlıktan kaynaklanabilecekleri gibi nedenleri arasında birçok başka etken de sayılabilir ve her koşulda, psikiyatri klinik hizmetlerinin çok ötesine geçen ve adli vaka niteliği taşıyan bu durumlarda riskin ortadan kaldırılmasında çok boyutlu bir yaklaşım ve işbirliği gerekmektedir³⁷. Bu konu psikiyatri kliniğindeki hizmetler açısından, intihar etme ve başkalarına zarar verme riski olan hasta grubunun tanımlanarak değerlendirilmesini, sonuçların dokümantasyonu ve karar verilemeyen karışık olgularda gerekli konsültasyonların yapılmasını, hasta onay formunun kullanılmasını ve personelin bu tür olayın yaşanması halinde eğitilerek, bu konularda izlenecek stratejinin önceden belirlenmesini kapsamaktadır³⁸.

2. Psikiyatri kliniklerinde hizmetlerin sunulması sırasında belli bir risk taşıyan diğer durum da, elektrokonvülsif tedavi gibi tedavilerle ilgilidir. Bu tip risklerle başedebilmek için, sunulan hizmetin kalitesini artırmanın ve hekim-hasta-hasta yakınları ilişkisinde güvene dayalı bir işbirliği sürdürmenin yanı sıra, yapılacak tedaviler açısından yeterince açıklayıcı bilgi vermek ve hastadan ve ailesinden yazılı onay almak gerekmektedir. Zaten her türlü riskin en alt düzeye indirilebilmesinde, hastalar hakkında karar verilirken değerlendirme sisteminin hiçbir şüpheye yer bırakmadan yapılmaya gayret edilmesi, verilen kararların mutlaka yazılı bir hale sokulması, karar verilemeyen ya da karmaşık durumların danışılması ve ortak ekip kararı alınması tartışılmaz genel ilkelerdendir.

3. Hasta hakları açısından risk taşıyan durumlarla ilgili olarak birinci amaç, tıbbi kötü uygulamaların (malpraktis) önüne geçebilmektir; bu yapılabildiğinde psikiyatrik hizmetin kalitesi artmış, tedavi ekibinin çalışmaları izlenebilmiş olacaktır³⁹. Ancak tedaviyi reddetme hakkı gibi kısmi durumlarda sağlıklı bir değerlendirme olanağı oldukça zorlaşmaktadır. Çünkü psikiyatrik hastaların bir kısmı tedaviyi reddettikleri halde, zorla yatırılmak durumunda kalınmaktadır. Bu hastaları zorla yatırmanın asıl gerekçesi, onların tedaviyi reddetmelerinin özerkliklerini gerçekleştirmek adına, inançlarından dolayı ya da tedavinin yan etkilerinden değil, doğrudan hastalıklarına bağlı bir tutum olarak ortaya çıktığı iddiasıdır. Tedaviyi reddeden birçoğu duygudurum bozukluğu, şizoaffektif veya şizofrenik bozukluğu olan hastalarda, hastalıkla ilgili içgörülerinin daha az olduğu, hastaneye yatırılmaya geçmişte, şimdi ve gelecek için önerilen tedavilere karşı olumsuz bir tutum içinde oldukları saptanmıştır.

Psikiyatri alanında zaman zaman düzelme gösteren ve ataklarla seyreden hastalıklar için önerilen Ulysses sözleşmesi'ne göre, bu hastalar düzelme dönemlerinde, herhangi bir atak sırasında kendilerine uygulanacak tedaviler konusunda, hekimleriyle görüşüp aydınlatılmış onam verilerek ilerideki tedavilerini yönlendirmektedirler. Bu sözleşme psikiyatri alanında hastanın özerkliğine saygının en özgün anlatımlarından biridir.

E. YATAN HASTALAR VE AİLE HEKİMLERİNİN YAPABİLECEKLERİ

Daha önceden aile hekimlerinin gerek devlet hastaneleri, gerekse özel hastanelerdeki psikiyatri kliniklerinde hem poliklinik, hem de yataklı bölümlerde görev aldıkları bildirilmişti. Önceki bölümlerde aile hekimlerinin psikiyatride genel olarak neler yapabileceği, doğru psikiyatrik tanı koyabilmelerinde hangi yöntemlerin faydalı olabileceği tartışıldıktan sonra bu bölümde bir psikiyatri kliniğinin işleyişi, daha verimli hale getirilebilmesi ve hastaların maliyetlerini azaltmak, bir yandan da aynı kalitede hizmet alabilmelerini sağlamak için neler yapılabileceği tartışılacaktır.

Nöropsikiyatrik bilimlerde araştırma, laboratuvar ve görüntüleme tekniklerinde son yıllarda yapılan dev atılımlar ve genel hastanenin bir birimi olarak

psikiyatri kliniklerinin yönetimindeki gelişmeler, psikiyatri kliniğine hasta yatırmayı artık dört amaçla sınırlar hale getirmiştir. Psikiyatri kliniğine hasta yatırmanın amaçları şunlardır:

1. Koruma: Delirium, demans gibi organik ruhsal bozukluklarda, ağır kişilik bozukluklarında, akut mani, psikotik-suisid riskli depresyon, psikotik alevlenme gibi kimi durumlarda, hastadaki düşünce yargılama ve davranış bozuklukları, onu kendisi ve çevresi için zarar verebilecek bir hale getirebilir. Bu durumda hospitalizasyonun koruyucu bir işlevi vardır.
2. Kontrol: Hospitalizasyon yine bazı klinik durumlarda korumaya benzer bir biçimde hastanın düşünce, duygu ve dürtülerinin kontrol altında tutulması ve hastanın bu beceriyi kazanması amacına hizmet edebilir, ama yine de kontrol amaçlı hospitalizasyon, koruma amaçlı hospitalizasyondan farklıdır³⁷.
3. Hızlı ve yoğun tanısal değerlendirme: Hastanın klinik koşullarında, yirmidört saat boyunca yakın gözlemde tutulması, birçok ayırıcı tanı güçlüğünün çözülmesinde yardımcı olabilir.
4. Denetimli bir ortamda tedaviye başlama: Özellikle elektrokonvülsif tedavi (EKT) gören ve başka tıbbi sorunları nedeniyle psikofarmakolojik tedavi yan etki ve komplikasyonları açısından yakın gözlem altında olması gereken hastalarda hospitalizasyon zorunludur⁴⁸.

Eğer bu hospitalizasyon amaçlarını hastanın belirtilerine ve gereksinimlerine göre değerlendirecek olursak hospitalizasyonun şu durumlarda gerekli olduğu sonucuna varabiliriz:

1. Hastaları yaşamakta oldukları ortamdaki kişilerarası çatışmalardan veya yanlış anlamalar, düşmanlık ve inkar gibi özellikleriyle öne çıkan iletişim atmosferinden kurtarmak,
2. Hastanın yarattığı ve gerilim durumuyla daha fazla başedemeyen aileyi rahatlatmak (örneğin bakılması gereken bir çocuğun veya hamile birinin varlığı; ailenin kısıtlı maddi olanakları nedeniyle hastayla ilgilenememesi),
3. Geçirdiği son psikotik ataktan sonra, önceki yaşam çevresine geri gönderilen ancak bu koşullara katlanamayan veya zor uyum gösteren ve daha az beklentisi olan bir ortama gereksinim duyan hastaları bulundukları

ortamdan uzaklaştırmak,

4. Eğer klinik koşulları bu olanağı sağlayacak şekilde düzenlenmişse ve hastanın yararlanabileceği düşünülüyorsa hastayı bireysel ve grup terpilerinin verildiği özel bir yaşama tarzı ve meşguliyet ortamı sağlayan bir tedavi ortamı sağlamak,
5. Kendisine güvensiz, sıkıntılı, belirsiz kötülöklere hedef olduğunu düşünen hastaya, kliniğin güvenilir ortamını sunmak,
6. Riskleri ya da terapötik endeksi dar veya yüksek dozda bir ilaç tedavisine başlamak; hastanın bedensel sağlığının görece risk taşıdığı durumlarda hastayı daha yakın gözlem altında tutmak, ilaç tedavisine veya EKT'ye almak,
7. Hastanın yalnızlık, yardımsızlık veya geri çekilmişlik, şüphecilik, ilgisizlik duygularının ortadan kalkması için yardımcı olmak.

Hastane masraflarının kontrol edilmesi ile ilgili tartışmaların başında, hastaların hastanede yatış sürelerinin ideal düzeyinin ne olabileceği bulunmaktadır. Özel sigorta şirketleri tarafından yapılan ödemelerde de hastanın kalış süresine dikkat edilmektedir.

Akıl hastalıkları kliniklerinde yatış sürelerinin araştırıldığı en kapsamlı bir çalışmaya göre hastaların ortalama yatış süreleri 23 gündür⁴⁰. Bununla birlikte değişik hastalık gruplarında yatış süresi oldukça değişmektedir; buna örnek olarak, yatan hastaların dörtte birinin yedi gün veya daha az sürede taburcu edilmesi gösterilebilir. Bunun yanında, yatan hastaların beşte biri ise hastanede üç aydan fazla yatmaktadırlar.

Kiesler'e göre hastanelerdeki ortalama kalış süresi hastanenin yapısıyla ilişkilidir⁴¹. Bu bulguya göre, yatışların hastane politikalarına ve hizmet veren hekimlerin uygulamalarına göre değiştiği "kısa-yatışlı" ve "uzun-yatışlı" hastaneler bulunmaktadır.

Yatış süreleri, hep birlikte bir kliniğin tedavi deneyimini oluşturan çok sayıda neden tarafından belirlenir. Maxmen ve arkadaşlarının belirttiğine göre, bir klinikteki yatış süreleri, o kliniğin benimsediği teorik tedavi yöntemleri, tedavi amaçları ve kullanılan özel tedavi metodlarına bağlıdır. Kriz girişimi, tedavi grupları, bireysel görüşme ve tecrit bakımlarındaki değişik uygulamalar, Maxmen ve arkadaşlarının

klinikleri sınıflama sırasında kullandığı tedavi uygulamalarıdır⁴².

Doğal olarak hastanede yatış sürelerinin kısalması, belirtilerin düzelmesi ve hastaneden taburcu sonrasında ayaktan tedavi ve sürekli bakım hizmetlerinin verilebilirliği ile sınırlanmaktadır. Hastaların sosyal becerilerinde ilerleme göstermeleri ve kişisel sorunlarıyla başa çıkabilmelerinin tam olarak sağlanabilmesi için, kısa bir yatışın yetmeyeceği çoğunlukla kabul edilmektedir.

Gerçekten de Trauer, hastanede kalış süresinin azaltılmasının, bir hastanın tam uyum sağlamasının birkaç hafta ile birkaç ay arasında zaman alacağı tedavi gruplarının kurulmasını çok zorlaştırdığını belirtmiştir⁴³. Kalış sürelerinin artırılması ile, kısa süreli tedavilerde mümkün olamayan ve ciddi yan etkilerin görülebildiği yüksek psikotrop ilaç dozlarının azaltılması gibi avantajlı birtakım uygulamalardan yararlanılabilir.

Geleneksel olarak son yıllara gelene değin, 2 aya kadar olan yatışların kısa; 2-6 ay arasındaki yatışların orta; 6 aydan fazla olan yatışların ise uzun yatışlar olarak sınıflandırıldıkları görülmektedir. Oysa yeni gelişme ve uygulamalarla, böyle bir sınıflama mümkün olamamaktadır. Bugünkü yaklaşım, eldeki teknolojik olanaklarla bir an önce hastanın tanısını netleştirip, tedavisini planlayarak ve akut krizin yatışmasını sağlayarak, hastayı toplum içinde, ayaktan izlemeye almaktır. Bu durumda daha önceleri “kısa hospitalizasyon”, “krize müdahale” gibi adlarla anılan, 7-10 günlük bir süre olarak planlanan, ilk 24 saatte yoğun psikofarmasötik girişim ile belirtileri kontrol altına alınmaya ve sosyal destek için yoğun aile görüşmelerinin yapılmaya çalışıldığı yatış biçimlerini yeniden ele almak daha uygun bir tutum olacaktır. Çünkü önceleri “kısa hospitalizasyon” adı verilen bu tarz, şimdi giderek normal ve olağan psikiyatrik hospitalizasyon haline gelmeye başlamış, hastanın orta ve uzun süreli hospitalizasyonun gerektiren durumlar ise daha ikincil bir önem almaya başlamıştır. Bununla birlikte yine de literatür bilgisine dayanarak, “kısa hospitalizasyon” denilen durum hakkında bilgi vermek gerekirse şunlar söylenebilir:

Kısa hospitalizasyonun amaçları, akut belirtilerin azaltılması, savunmaların düzeltilmesi, çevrenin düzenlenmesi, krizin başlamasına neden olan etkenin değerlendirilmesi, ilaçların dozunun ayarlanması ve ayaktan yapılamayan konsültasyonların yapılmasıdır³⁷. Hastaların daha sonra ayaktan izleme, gündüz hastanesi, parsiyel hospitalizasyon şeklinde devam edecek olan tedavi sürecini

başlatabilmek için gerekli olan kısa süreli yatırımları da kısa hospitalizasyonun amaçları arasında sayılabilir. Ama kısa hospitalizasyonun ne kadar süreceği hakkında literatürde bir görüş birliği olmadığı da belirtilmelidir.

Kısa hospitalizasyonun endikasyonları ise çevre, tedavi ve hastalık olmak üzere üç başlık altında toplanmaktadır. Çevresel etkenler arasında, destekleyici aile sistemi veya diğer sosyal destek sistemlerini varlığı, presipite edici stresörlerin net oluşu sayılırken, tedaviyle ilgili etkenler önceki yatışta iyi yanıt öyküsü, önceden yatış olmaması, majör tedavi komplikasyonlarının bulunmaması, ve sınırlı tedavi hedeflerinin olması şeklinde belirlenmektedir. Kısa hospitalizasyonun endikasyonlarını belirleyen hastalıkla ilgili etkenler ise, hastanın kendisi için ya da başkaları için tehlikeli olması ya da ayaktan tedavi ile geçmeyen veya kontrol edilemeyen belirtilerin varlığı, ayaktan tedaviye uyumsuzluk ve giderek tablonun bozulması, hastaneye yatırılarak ayrıntılı değerlendirilmesi gereken karmaşık psikopatolojinin olduğu aile dinamiklerinin varlığı, madde bağımlılığı le birlikte başka bir psikiyatrik bozukluk ya da bozuklukların olduğu ikili tanılarının bulunması, yaşamı tehdit eden kesilme sendromlarının olması, ayaktan tedavinin sürdürülmesine olanak vermeyen aktarım (transferans) krizleri olarak belirlenmiştir.

Nasıl bazı hastalar için kısa hospitalizasyon ölçütleri daha uygunsa, diğer bazıları içinse uzun hospitalizasyona gerek vardır. Bu tip hastaların oranı oldukça düşük olmasına rağmen (%10) psikiyatrik harcamaların % 70'ten fazlası bu hastalara yapılmaktadır⁴⁹. Hemen daima uzun hospitalizasyon gerektiren durumlar şu şekilde sınıflanabilir:

1. Tedaviye dirençli yeme bozuklukları
2. Tedaviye yavaş yanıt veren eksen I ve II tanılarının birlikte olduğu durumlar
3. Ağır kişilik bozuklukları
4. Tedavi ile gelişme gösteren fakat bu gelişmenin yavaş olduğu kronik şizofreni tanısı alan hastalar
5. Kronik depresif bozukluğun tedaviye yanıt vermediği durumlar

Uzun hospitalizasyon endikasyonlarını da üçe ayırarak inceleyebiliriz. Uzamış hospitalizasyon endikasyonunun çevresel etkenleri arasında, aile sisteminin kaotik oluşu, destekleyici olmaması, yokluğu ya da hastane sonrası destekleyici sistemlerin

bulunmaması sayılabilir. Uzun hospitalizasyonun endikasyonlarını belirleyen tedavi ile ilgili etkenler ise, kısa hospitalizasyon da dahil olmak üzere daha önceki tedavi girişimlerinin yetersiz kalması, majör tedavi komplikasyonlarının ortaya çıkması, hastada psikoterapötik bir değişiklik yaratma, meslek kazandırma, sosyal rehabilitasyon gibi hospitalizasyonun katkı sağlayacağı düşünülen tedavi amaçlarının bulunmasıdır. Uzun hospitalizasyonun hastalıkla ilgili endikasyonları şu şekilde sıralanabilir:

1. İleri derecede ağır impulsif ve psikotik semptomatoloji gösteren ve antipsikotiklere yanıt vermeyen ağır yıkımı olan şizofreni tanısı almış olan hastalar, impulsif kontrol bozukluklarının baskın olduğu kişilik bozuklukları, bazı disosiyatif bozukluklar, ağır yeme bozuklukları,
2. Tedavilere yanıt vermeyen, ısrarlı ve yineleyen intihar davranışı; kendine zarar verici ve zor kullanıcı davranışlar sergileyen hastalar,
3. Tedaviye yanıtsız bağımlılıkları da içeren, ağır eksen II patolojileri ile komplike olmuş eksen I bozuklukları
4. Yoğun mesleki ve rehabilitasyon destek almadan, hastane dışında işlevlerini sürdüremeyen kronik şizofreni tanısı alan hastalar
5. Tedaviyi bozan borderline hastalar.

Hastanede kalış süreleriyle ilgili yazılmış literatürün önemli bir kısmı, kısa ya da uzun süreli yatışlarla ilgili değişkenleri tanımlamışlardır. Bazı çalışmalarda da klinikte değişken sürelerde yatan ve yatış süreleri klinik protokolleriyle değiştirilemeyecek hastaların özellikleri tanımlanmıştır. Bu tür kontrolsüz çalışmalardan elde edilen sonuçlardan, tanı koymanın ve hastanın kendisine ait özelliklerin hastanın yatış süresine etkisi öğrenilebilmektedir.

Hasta özellikleri:

1- Tanı: Psikiyatrik tanı ile hastaların kalış süreleri arasında kurulan ilişkide birbiriyle tutarsız sonuçlar bulunmuştur. Faden ve Taube, hastaların hastanede kalış sürelerinin değişkenlik gösterdiğini ve bunun çalışılan beş hasta değişkeni olan yaş, cinsiyet, tanı, ırk ve sigorta türü ile izah edilemediğini göstermişlerdir. Bununla birlikte, alkol ve madde bağımlılığı ile kişilik bozuklukları nedeniyle yatan hastaların, diğerlerinden daha az yattığını açıklamışlardır.

Heiman ve Shanfield, Amerika Birleşik Devletlerindeki altı hastanede

yaptıkları incelemede hastaların yatış sürelerinin yaş veya cinsiyetten çok, konan tanıyla ilgili olduğunu bulmuşlardır. Şizofreni ve majör affektif bozukluğu olan hastalar, nörotik hastalardan daha uzun süre yatmaktaydılar.

Doherty, yatış ortalaması 50 gün olan özel bir psikiyatri kliniğindeki hastaları incelediğinde, konan tanının, sadece erkeklerin yatış sürelerini belirlemede etkin olduğunu buldu. Kadınlarda, hastane içindeki sosyal davranış ile yatış süresi ilişkiliydi; daha huzurlu davranan hastalar daha erken taburcu ediliyordu.

Çok fazla karar verdirici olmayan bu sonuçlara rağmen, “uzun süre yatan” hastalarda konulan tanının bu yatış süresini belirleyen etkenlerden önemli birisi olduğu düşünülmektedir. Bu hastalar sıklıkla yaşlı ve demanslı hastalar ile şizofreni ve kişilik bozukluğu olan genç ve ciddi yeti kaybı olan hastalardan oluşmaktadır.

2- Hastalığın şiddeti: Horn ve arkadaşları, hastalığın şiddetinin, hastanın yatış süresi üzerinde artırıcı bir etkisinin olup olmadığını araştırmışlardır⁴⁴. Bu araştırmacılar tarafından tanımlanan Psikiyatrik Hastalık Şiddeti ölçütüne göre hastalar aşağıdaki yedi boyuta göre oluşturulmuş dört tip hastalık şiddetinden birine dahil edilirler: esas tanının evresi, komplikasyonlar, kişilik bozukluğu gibi daha önceden varolan durumlarla etkileşimler, gereken bakımın derecesi, sosyal desteğin derecesi, tedaviye yanıtın hızı, ve akut belirtilerin gerileme hızı. On değişik hastaneden alınan 1418 vaka incelemesinin sonucunda, Horn ve arkadaşları bu tanımlanan dört değişik hastalık şiddeti grubunun hastanede kalış süresinin yüzde 34 ila 50 kadarını tanımlayabildiğini bulmuşlardır.

Horn çalışmasının sonuçları, Mezzich ve Coffman tarafından yürütülen ve 139 akıl sağlığı uzmanını kapsayan bir anket ile de uyumludur. Bu uzmanlara göre bir hastanın semptomatolojisi, işlevsel açıdan uyum sağlayabilmeleri, ve sosyal destekleri de hastaların yatış süreleri üzerinde, tanıdan daha önemli belirleyicilerdir.

Birçok diğer çalışma da hastanede kalış süresiyle hastalık şiddeti arasındaki ilişkileri araştırmışlardır. Bulgulardan bazıları aşağıda belirtilmiştir:

- Hastanede uzun süre yatan hastalar, kısa süreli yatanlardan daha az işlevseldirler.
- İntihar davranışı içerisinde bulunanlar, ya da kendine ya da başkasına zarar verebilme riskinden ötürü tecrit edilmek zorunda kalan hastalar daha uzun süre kalmaktadırlar.

- Ego gelişimleri akranlarına göre daha düşük düzeyde olan adolesan ve genç erişkin hastalar, yaşları, zeka düzeyleri ve sorunlu davranışları klinikte kontrol edilse bile akranlarından daha uzun süre hastanede kalmaktadırlar.
- Ayaktan tedavi ve daha önceden yatarak tedavi gören ve bunlardan yararlanamayan hastalar daha uzun süreler kalmaktadırlar.
- Uzun süre yatan hastalar genellikle ya genç, ciddi biçimde işlev bozukluğu olan şizofren ya da kişilik bozukluklu hastalar, ya da yaşlı ve organik bozukluğu olan hastalardır. Her iki grup da sadece çok iyi yapılanmış ve gözetim altında tutulan birimlerde hizmet alırlarsa toplumda varlık gösterebilirler.

3- Çevre özellikleri: Hastanın sosyal çevresinin özelliklerinin de yatış süresiyle ilişkili olduğu bilinmektedir. Örneğin hastaneye kabullerinden önce daha yoğun psikolojik stres altında kalan hastalar, daha uzun süre yatmaktadırlar.

Diğer bir çalışmada, taburcu edildikten sonra hizmetin devamının sağlanmasında ve uygun yaşam ortamının bulunmasında sorun yaşanan hastalar, tüm hastalara göre kalış süresinin doksan persentili geçtiği hasta sayısının yüzde 65'ini oluşturmaktadırlar. Araştırmacıların bildirdiğine göre, bazı hastalar hastanede kalışları sırasında hem evlerini, hem de gelirlerini kaybetmişler, bu şartlar tekrar sağlanamadan da hastaneden taburcu edilememişlerdir.

Özetle, literatüre göre hastanın esas tanısı, kalış süresi ile ilgili olarak tek başına yol gösterici değildir. Bununla birlikte hastanın işlevsellik derecesini, psikososyal stresörleri ve kişilik bozukluklarını değerlendiren çok boyutlu bir tanısallık yaklaşım, hastaların kalış sürelerini tahminde yardımcı olabilecektir.

Gelecekte hastanede kalış sürelerini araştırarak çalışmalar, hastane yönetimlerinin ya da özel sigorta şirketlerinin hastaların daha az yatmalarını sağlamaya çalışmaları nedeniyle etki altında kalarak yapılabilir.

Hastanede kalış süresinin sonuca etkisi:

Yukarıda sayılan nedenlerden ötürü hastaların daha az yatmalarını desteklemek amacıyla başlatılan yeni dönemde, kısa süreli yatan hastalarla alışılmış sürelerde ya da daha uzun süre yatan hastaların prognozları arasında karşılaştırmalar yapan çok sayıda çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalar kontrollü ve kontrolsüz olmak

üzere iki grupta incelenecektir.

1- Kontrolsüz çalışmalar: Kontrollü çalışmalar birbiriyle karşılaştırılabilen gruplar sağlamak amacıyla randomizasyon teknikleri uygulamakla birlikte, doğal tedavi ortamlarında yapılan çalışmalar sıklıkla hastaları, muhtemel yarar sağlayabilecek özelleşmiş tedavi türlerine göre seçerler. Bu kontrolsüz çalışmalara göre kronik ve psikotik olmayan hastalar için kısa yatış süreleri tercih edilebilir.

Örneğin Hibbard ve Trimboli'nin yaptığı çalışmada acil servisten kliniğe sevk edilen ve 21 günden az yatan hastalar incelenmiştir. Kısa yatış süresinden en çok yararlanan hastalar psikotik belirtiler, kognitif bozukluklar, şüphecilik ya da uygunsuz duygudurum göstermeyen hastalardır.

Kontrolsüz çalışmalar uzun ve kısa süre yatan hastaların prognozları arasında ciddi bir fark bulamamışlardır. Caton, 6 adet şehir hastanesinde yatan toplam 119 kronik şizofren hastayı incelemiştir. Bu hastaların ortalama yatış süreleri 21 ila 70 gün arasında değişmektedir. Bu hasta gruplarının bir yıl sonraki tekrar hospitalize edilmeleri, işlevsellik dereceleri, ya da taburcu edildikten sonra tedaviye gösterdikleri uyum arasında hiçbir fark bulunamamıştır. Bu çalışmaya göre bazı kronik şizofren hastalarda bir relaps krizi, kısa bir hospitalizasyon ile tedavi edilebilmektedir.

Gordon ve Breakey, 14 günlük yatış süresi olan 120 hastayla aynı zamanda 25 gün yatırılarak tedavi edilen diğer bir 120 hastalık grup arasında sonradan yeniden hospitalize edilme oranlarını karşılaştırmışlardır. Her iki grup ta aynı türden tanılar almışlar ve diğer yönlerden de birbirleriyle karşılaştırılabilir durumdadırlar. Hastaların taburcu edilmelerinden bir yıl sonra, yeniden hastaneye yatma oranları arasında hiçbir fark gözlenememektedir. Bu çalışma ile ilgili bir sorun, yüksek oranda bir grubun yerinin tespit edilememesi (her iki grup için yüzde 20) ve görüşmeyi kabul etmeyen hastaların (14 günlük grupta yüzde 27 ve 25 günlük grupta yüzde 39) varlığıdır.

2- Kontrollü çalışmalar: Hastanede kalış süreleriyle ilgili yapılmış altı büyük kontrollü çalışma vardır⁴⁵. Çalışmalar tip ve amaç olarak farklıdır. Bu altı çalışmadan ikisinde taburcu sonrası bakım da ele alınmıştır. Altı çalışmanın çoğunda duygudurum bozuklukları, alkolizm, nörotik bozukluklar ve şizofreninin de dahil edildiği karışık tanı grupları ele alınmıştır, ancak yalnızca ikisinde sadece şizofrenik hastalar çalışılmıştır.

Çalışmalar esas olarak kısa ve uzun süreli yatış tanımlarında farklılık göstermektedirler. Kısa olarak tanımlanan hastane yatışları Herz ve arkadaşları ile Kennedy ve Hird'ün çalışmasında 11 gün iken, Mattes ve arkadaşlarının çalışmasında 89 gündür. Uzun olarak tanımlanan hastane kalışları ise Kennedy ve Hird'ün çalışmasında ortalama 24 gün iken, Mattes ve arkadaşlarının çalışmasında 179 gündür. Gerçekten de, 22 ila 29 gün arasındaki bir yatış süreci üç çalışmada kısa olarak tanımlanırken, diğer ikisinde bu süre uzun olarak kabul edilmiştir.

Altı çalışmadan beşinde kısa ve uzun süre yatırılan hastalar arasında yeniden hospitalize edilme açısından fark bulunamamıştır. Kennedy ve Hird'e göre, kısa kalış süresi olan hastaların (ortalama 10.8 gün), uzun süre yatan (ortalama 24.1 gün) hastalara göre daha fazla yeniden hospitalize edilme oranına sahiptir. Bundan başka çalışmacılar, ilk yatışın uzun olduğu hastalarda sonraki yatışların da uzun olduğunu bildirmişlerdir.

Dört çalışma, işlevsellik açısından kısa ve uzun süre yatan hastalar arasında fark bulamamıştır. Herz ve arkadaşları ise hastanede 60 günden fazla kalan hastaların, 11 gün ya da daha az kalan hastalara göre sosyal ve mesleki işlevsellik açısından daha kötü durumda olduklarını bildirmişlerdir. Glick grubuna göre hastaneye yatmadan önce işlevselliği iyi olan şizofrenik hastalardan oluşan bir alt grup, uzun süre yattıklarında, taburcu edildikten sonra daha iyi işlevsellik göstermektedirler.

Bu sonuçlara göre kısa bir yatış süresi, uzun yatışa göre prognoz açısından daha verimli değildir, ancak en azından bazı grup hastalar için daha da kötü değildir. Bu sonuç, kısa süreli yatışın getirdiği ekonomik avantajlar da göz önüne alındığında, hastaların kısa sürelerle yatırılmasının geniş bir kitle tarafından kabul edilmesine yol açmıştır. Bununla birlikte yukarıda açıklanan çalışmaların, kliniklerde uygulanagelmekte olan alışılmış yatış sürelerinin tamamen azaltılmasını sağlayacak kadar yeterli olmadığı da düşünülmektedir.

Ek çalışmalar:

Daha önceden belirtildiği gibi, hastaların yattıkları süre içerisinde aldıkları hizmetle ilgili çok sayıda etken, yatış süreleri ile birlikte prognoza etki etmektedir. Lehman ve arkadaşları tarafından yürütülen bir çalışmaya göre, hospitalizasyonla ilgili pek çok yöntem tedavi sonuçlarına doğrudan etki etmektedir⁴⁵.

A.B.D'de yapılan bu çalışma, bir sosyal tedavi grubu ile bir psikiyatrik

klilikte yatan hastalara, hastaya özel uygulamalar yapıldığında bu hastaların prognozlarının nasıl olacağını araştıran iki yıllık ileriye dönük bir çalışmadır. Kalış süreleri sosyal tedavi grubunda ortalama 23 gün, ve psikiyatrik klinikte ortalama 14 gündür. Sosyal tedavi grubundaki daha uzun olan yatış süresi, burada kullanılan sosyal ve ailesel tedavi metodlarının tam anlamıyla uygulanabilmesi için olmuştur. Bu çalışma, hastanede uygulanan metodların bildirilmesinin, sadece yatış süresinin bildirilmesinden daha önemli olduğunu vurgulamaktadır.

Hastanede kalış süresinin terapötik yararlanıma en fazla şekilde nasıl yardım edeceğini gösteren daha fazla sayıda çalışmaya ihtiyaç vardır. Hızlı bir tedavi protokolü olan çok sayıda klinik olmakla birlikte, kısa süreli tedavi tanımları oldukça değişiklik göstermektedir. Maxmen ve arkadaşları, kısa süreli tedavi ile 21 veya daha az süreli yatışı tanımlamışlardır. Deneysel çalışmalarda kısa süreli yatışın 11 ila 90 gün arasında değiştiği görülmektedir. Dahası, kısa süreli tedavinin alt sınırının, yani artık hastanın yarar göremeyeceği kadar az kalmasının ne olabileceği hakkında bir ortak görüş bulunmamaktadır.

Daha kısa süreli yatışlar sonrasında, hastaların orta ya da uzun süreli hizmet veren kliniklere sevk sayılarında ve taburcu edilmişlerse de tekrar yatma oranlarında artma görülmektedir. Küçük kapsamlı bir çalışmada DeFrancisco ve arkadaşları büyük bir devlet hastanesindeki psikiyatri kliniğinde ortalama yatış süresi olan dokuz gün sonrasında taburcu olan hastalara çıkışta yeteri kadar plan yapılamadığını ve taburcu edildikten sonraki bir ay içinde tekrar hastaneye yatış oranında artma olduğunu bildirmişlerdir⁴⁷. Klinik protokolü değiştirilip ortalama yatış süresi dokuz günden 26 güne artırıldığında, taburcu sonrası ilk ay içerisinde hastaneye tekrar yatma oranında yüzde 55 düşme görülmüştür.

Hastanede yatış süresinin ideal üst sınırı da yeteri kadar belirlenmemiştir. Uzun bir kalış süresi, klinik ve ekonomik olarak ne zaman gereksiz hale gelmiş sayılabilir? Bazı hastane programlarında yer alan uzun süre yatırma programlarının en büyük sosyal dezavantajının, hastaların sosyal ve toplumsal mücadele mekanizmalarını yitirdikleri bir “sosyal yıkım sendromu” olduğu düşünülmektedir⁴⁵.

Hastane bakımının etkilerinin anlaşılması, spesifik tedavi amaçlarına ulaşılabilmesi için ne kadar zaman gerektiğinin tespit edilmesi ile daha kolay hale gelebilir. Örneğin, spesifik semptomatolojili sendromu olan hastaların psikotrop ilaç

kullanımı ile sağıtılması için ortalama olarak gereken zamanın bilinmesi; tüm belirtileri kaybolduktan sonra hangi hastaların günlük koşuşturmanın içine dönmeden önce az bir miktar daha klinikte kalmak istedikleri; ve esas tedavi amacına ulaşmak için diğerlerinden daha fazla tıbbi desteğe ihtiyacı olan hastaların özelliklerinin bilinmesi yararlı olabilir. Bu bilgilerin elde edilebilmesi, hastanede ideal kalış süresinin klinik protokolüne girmesine yardımcı olabilir.

Kontrollü çalışmalardan hiçbirinde hastanede altı ayı aşan bir kalış süresi çalışma programına dahil edilmemiştir. Bununla birlikte, çok özelleşmiş kliniklerde altı aydan iki yıla kadar tedavi gören hastaların doğal ortamlarında yapılan çalışmalar, bu hastaların prognozlarıyla ilgili olumlu sonuçlar bildirmiştir.

Hastanede yatarak alınan tedavilerle ilgili yeni çalışmalar özellikle uzun süre yatışların hasta, ailesi ve sağlık sistemi üzerinde ne gibi etkileri olduğunu araştırmaya yönelmelidir. Bununla birlikte, hastalığın şiddeti ile kalış süresi arasında bir ilişki mevcut olduğundan, karşılaştırmalı tedavi değerlendirmeleri bir vakayı değerlendirirken hastalık şiddetini de kontrol etmelidir.

Bu çalışmalarda dikkatlice seçilmiş ve değişik sürelerle hastanede kalan homojen hasta grupları ele alınmalıdır. Hastaların prognozları, aynı süre yatarak fakat çok farklı tedavi yöntemleri uygulanarak ta değerlendirilebilir. Örneğin uzun süreli bir sürekli hospitalizasyonla, gündüz hastane tedavisi, gece ise tedavi grubu hizmeti alan uzun süreli bir tedavi hizmeti karşılaştırılabilir.

Allen ve arkadaşları, hastanede kalış süresiyle prognoz arasında sürekli bir ilişkinin kurulamamasının, tatmin edici prognoz tanımlamalarının eksikliğinden kaynaklanabileceğini bildirmişlerdir. Aynen Glick ve ekibinde olduğu gibi onlar da, özellikle de tedavi amaçlarının kendilik algılamasının ve kişilerarası ilişkilerin değiştirilmesi olduğu ve uzun süreli aktif tedavi gereken hastalarda ego işlevselliği ve yargılaması ile ilgili çok ileri ve detaylı tanımlamaların gerektiğini vurgulamaktadırlar.

Kısaca psikiyatrik hospitalizasyonla ilgili olarak ele almamız gereken bir durum da yatan hastalarla yapılan grup tedavileridir. Grup psikoterapileri, somatik tedavilerden ve bireysel psikoterapiden ayrı olarak ortaya çıkmış, bir psikiyatrik tedavi yaklaşımıdır. Diğer tedavilerle birlikte, ya da destekleyici amaçla kullanılabildiği gibi, uygun endikasyon olduğunda bir psikiyatrik rahatsızlığın

tedavisinde ilk ve tek tedavi olarak seçilebilir. Ancak, bizi burada ilgilendiren genel olarak grup psikoterapilerinden daha çok bir psikiyatri kliniğinde yatan hastalara uygulanan, hastaların gerek tedavilerine, gerekse klinik yönetimine katkıda bulunan grup psikoterapileridir. Daha çok psikodinamik yönelimin egemen olduğu kliniklerde uygulanan bu tedavi biçiminin yapılabilmesi için bu konuda yetişmiş grup psikoterapistlerine gereksinim olduğu, aksi taktirde psikiyatri kliniklerinde böyle uygulamalara yer verilmemesi gerektiği açıktır.

Psikiyatri bir bilim dalı ve genel hastanenin bir birimi olarak hızla gelişirken, hastalar da daha bilimsel ve insanca olan hizmet anlayışlarından yararlanmaktadırlar. Bu hizmet anlayışı sonucu zamanla hastanın gereksinimlerine daha uygun, esnek hospitalizasyon biçimleri bulundu ve psikiyatri kliniklerinin standart uygulamaları arasında yer almaya başladı. Bu alternatif hospitalizasyon biçimlerine, hizmetin veriliş şekillerine göre “gündüz hastanesi”, “parsiyel hospitalizasyon” gibi adlar verilmektedir. Alternatif hospitalizasyon biçimlerinin sağladıkları kolaylıklar arasında örneğin kimi hastaların gündüz kliniğe gelerek klinik olanaklarından yararlanması sayılabilir. Bu uygulama sayesinde hem hemen her toplumda sorun olan psikiyatri yatağı sorununa çözüm bulunabilir, hem de hastanın tedavisinde ve topluma uyumunda daha kolay yol alınırken, bir yandan da ailenin yükü azaltılmış olur. Alternatif hospitalizasyonun bir başka şekli de, hastaların gündüz işlerine veya okullarına gidip, akşam klinik ortamına dönmeleri ya da bazı günler evine gidebileceği bir izin olanağının sağlanmasıdır.

III) GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırmada veriler, esas olarak 1998 yılında SSK Ankara Eğitim Hastanesi Psikiyatri Kliniği'ne yatırılan hasta dosyalarından elde edilmiştir. 1998 yılının tümüne ait hasta dosyaları, hastane arşivinden sağlanarak ayrıntılı bir biçimde taranmış, bu dosyalardan elde edilen bilgiler, bu araştırma için geliştirmiş olduğumuz bir forma aktararak kaydedilmiştir.

Araştırma sırasında bir fikir birliği sağlayabilmek için tanılar, ortak bir kodlama sistemi kullanan DSM-IV ve DSM-IV-PC tanı sistemine uygun bir biçimde düzenlenmiştir.

Hasta dosyalarından ve diğer kaynaklardan elde edilen verilerin kaydedildiği formlar daha sonra Microsoft Windows 98 ortamında Microsoft Office 97'ye aktarılmış, ayrıca veriler istatistik analiz uygulanması amacıyla sosyal Bilimler İstatistik Programı –SPSS for Windows'ta analiz edilmiştir.

IV) BULGULAR

A) GENEL ÖZELLİKLER

TABLO A-1 AYLARA GÖRE YATIRILAN HASTA DAĞILIMI

	Sayı	Yüzde
Ocak 1998	34	6,1
Şubat 1998	60	10,8
Mart 1998	46	8,2
Nisan 1998	32	5,7
Mayıs 1998	35	6,3
Haziran 1998	39	7,0
Temmuz 1998	54	9,7
Ağustos 1998	57	10,2
Eylül 1998	59	10,6
Ekim 1998	43	7,7
Kasım 1998	38	6,8
Aralık 1998	61	10,9
TOPLAM	558	100

Araştırmanın yapıldığı dönem olan 1998 yılının 12 ayı boyunca en çok yatış 61 kişi ile Aralık ayında (% 10.9), en az yatış ise 32 kişi ile Nisan ayında (%5.7) yapılmıştır. (Tablo A-1)

TABLO A-2 HASTALARIN CİNSİYETLERİNE GÖRE DAĞILIMI

	Sayı	Yüzde
Erkek	332	59
Kadın	230	41
TOPLAM	562	100

Klinikte kadın-erkek için katı yatak sınırlaması yoktur. Özellikle yatış için bekleyenler gözönüne alınarak zemin kattaki odalar gereksinime göre kadın ya da erkek yatağı yapılabilmektedir. (Tablo A-2)

TABLO A-3 HASTALARIN YAŞ DAĞILIMI

	Ortalama	Standart Sapma	Minimum	Maksimum
Yaş	38,0	12.0	16	80

Yaş ortalaması 37.99 ± 11.98 , yatırılan en küçük yaş 16, en büyük yaş 80 'dir. Klinikte yaş grubuna göre ayrı bölüm ve yatak yoktur. (Tablo A-3)

TABLO A-4 GENÇLİK DÖNEMİ YAŞ DURUMU

	Ortalama	Standart Sapma	Sayı	Yüzde
Gençlik dönemi	19,04	1,66	53	9,43
Diğer yaşlar	39,97	10,9	509	90,57
TOPLAM			562	100

Psikiyatri Kliniği'nin bir alt ünitesi olan Gençlik Ünitesi ile ilgili olarak ta, bu yaş dönemi (14-21) içerisindeki hastalar, yatan hastaların yüzde 9.43'ünü oluşturmaktadırlar. Gençlik yaş grubunda %15-20 oranında anlamlı psikiyatrik bozukluk bulunduğu birçok epidemiyolojik çalışmada gösterilmiştir. Bununla birlikte, bu olguların çoğunluğu psikiyatri hekimine gelmemektedir. (Tablo A-4)

9015-20

TABLO A-5 HASTALARIN GELDİKLERİ ŞEHİRLERE GÖRE DAĞILIMI

	Sayı	Yüzde
Ankara	356	64,3
Zonguldak	25	4,5
Çorum	16	2,9
Kırıkkale	16	2,9
Kastamonu	10	1,8
Antalya	9	1,6
Afyon	8	1,4
Kırşehir	8	1,4
Konya	7	1,3
Çankırı	6	1,1
Malatya	6	1,1
Sivas	6	1,1
Kayseri	5	0,9
Elazığ	4	0,7
Kahramanmaraş	4	0,7
Mersin	4	0,7
Tokat	4	0,7
Trabzon	4	0,7
Aksaray	3	0,5
Bartın	3	0,5
Bolu	3	0,5
Erzincan	3	0,5
Gaziantep	3	0,5
Kütahya	3	0,5
Yozgat	3	0,5
7 Farklı İlden İkişer	14	2,5
19 Farklı İlden Birer	19	3,4
Yurt Dışı SSK sigortalısı	2	0,4
TOPLAM	554	100

Eğitim veren bir özelliği olması nedeniyle referans kabul edilebilecek bir klinik olan servisin ülke genelinde hizmet vermesi beklenebilir. Bununla birlikte yatan hastaların yüzde 64.3'ü Ankara'da yaşamakta olan hastalardır. Bu sayı, 1995'in ilk 7 ayını kapsayan ve aynı klinikte yapılan bir çalışmada bulunan yüzde 74.2'lik değerden daha düşük olmakla birlikte, yine de bir referans hastaneden beklenecek kadar şehir dışı hastaya hizmet verdiği söylenemez. (Tablo A-5)

TABLO A-5 HASTALARIN ÖĞRENİM DURUMLARI

	Sayı	Yüzde
Öğrenim görmemiş	69	12,3
İlkokul	273	48,6
Ortaokul	84	15,0
Lise	92	16,3
Meslek lisesi / Teknik lise	20	3,6
Üniversite / Lisansüstü	11	1,9
Öğrenilemeyen	13	2,3
TOPLAM	562	100

Hizmetin planlanmasında ve tedavide işbirliğinde eğitim durumunun önemi büyüktür. Ancak hastalarımızın eğitim düzeyinin düşük olduğu görülmektedir.

B) YATIŞ VE TANILARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışmamızda tanımlamada bir standart olması, kliniğimizde tercih edilmesi ve aile hekimliğinde kullanılması önerilen DSM-IV-PC sürümüyle hastalık sınıflamalarının aynı olması nedeniyle yatan hastaların tanılarının sınıflandırılmasında Akıl Hastalıkları Tanı ve İstatistik Kitabı-4. Baskı (DSM-IV) kullanılmıştır. Burada hasta klinik görünümü ve hikayesi ile beş eksen boyunca kodlanmakla birlikte, kesin tanı sadece ilk üç eksen kullanılarak yapılabilmektedir.

Çalışmamızda kullanılan tanı kodlamaları ve içerilen hastalıklar şu şekilde olmuştur:

Eksen I: Klinik bozukluklar

- Psikoaktif madde kullanımına bağlı ruhsal ve davranışsal bozukluklar
- Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar
- Duygudurum (Duygulanım) bozuklukları: Majör depresif bozukluk, distimik bozukluk ve bipolar bozukluklar bu gruba dahildir.
- Anksiyete bozuklukları: Bu grupta DSM-IV'te tanımlanan 5 ana grup (panik bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk, jeneralize anksiyete bozukluğu, fobiler ve travma sonrası stres bozukluğu) bulunmaktadır.
- Somatoform bozukluklar: Somatizasyon bozukluğu, konversiyon bozukluğu, ağrı bozukluğu, hipokondriasis dahildir.
- Bilişsel (Kognitif) bozukluklar: Delirium, demans ve diğer kognitif bozukluklar. Bunlar daha önceden "organik mental bozukluklar" adı altında tanımlanmaktaydı.
- Disosiyatif bozukluklar:
- Yeme bozuklukları: Anoreksia nervosa ve bulimia nervosa dahildir.

Diğer bozukluklar

- Psikoaktif ilaç yan etkisi nedeniyle tedavi altına alınan 1 hasta bu gruba dahil edilmiştir.

Eksen II: Kişilik bozuklukları: Bu gruptaki kişilik özellikleri bazen bir Eksen I tanısı tarafından gölgelenebildiği halde, hastanın işlevselliğini bozan esas unsur olduğunda bu gruba dahil edilmiştir.

Uyum bozuklukları: Depresyon ile, anksiyete ile, hem depresyon hem anksiyete ile ve ileti bozukluğu ile beraber görülen tipleri bu gruptadır.

Zeka Geriliği: IQ'nun 70'in altında olduğu hastalar bu gruptadır.

Eksen III: Başka bir gruba girmeyen genel tıbbi durumla ilişkili mental bozukluklar. (Fizyolojik ve fiziksel etkenlerle ilgili bozukluklar)

Eksen IV: Psikososyal ve çevresel baskılayıcılar: Örneğin eş ölümü, iş kaybı.

TABLO B-1 KESİN TANILARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

	Sayı	Yüzde
Psikozitif madde kullanımına bağlı ruhsal bozukluklar	118	21,0
Szofreni ve diğer psikotik bozukluklar	143	25,5
Duygudurum (Duygulanım) bozuklukları	81	14,4
Anksiyete bozuklukları	38	6,8
Somatiform bozuklukları	47	8,4
Bilişsel (Kognitif) bozukluklar	8	1,4
Disosiyatif bozukluklar	2	0,3
Yeme bozuklukları	2	0,3
Psikozitif ilaç yan etkisi	1	0,2
Kişilik bozuklukları	17	3,0
Uyum bozuklukları	4	0,7
Zeka Geriliği	34	6,1
Diğer tüm nedenlerle ilişkili mental bozukluklar	8	1,4
Psikososyal ve çevresel baskılayıcılar	5	0,9
Birde fazla farklı gruptan psikopatoloji saptanan	11	1,9
Psikopatoloji bulunmayan	28	5,0
Tam konanmayan (Ayaktan takibe bırakılanlar da dahil)	15	2,7
TOPLAM	562	100

Hastaların kesin tanıların değerlendirilmesinde, ilk sırada yüzde 25,5 (143 hasta) ile szofreni ve diğer psikotik hastalıklar grubu, 2. sırada yüzde 21,0 (118 hasta) ile psikozitif madde kullanımına bağlı ruhsal bozukluklar grubu, 3. sırada ise yüzde 14,4 (81 hasta) ile duygudurum (duygulanım) bozuklukları yer almaktadır. 4. sıradaki somatiform bozukluklar (yüzde 8,4) ile 5. sırada yer alan anksiyete bozuklukları (yüzde 6,8) da göz önüne alındığında, yatan hastaların yaklaşık dörtte üçünün (yüzde 76,1) yalnızca bu bes grup hastalık nedeniyle klinikte yatarak tedavi gördüğü görülebilir. Bununla birlikte, aynı klinikte 1995 yılının ilk 7 ayında yapılmış olan ve 140 hastayı kapsayan bir çalışmada bu ilk bes grubun yüzde 94,2'yi

kapsaması, son üç yıl içerisinde konan tanılardaki başarının ve daha zor tanınabilecek diğer hastalık gruplarının tedavi başarısının arttığını düşündürmektedir.(Tablo B-1)

TABLO B-2 YATIŞ SÜRELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

	Ortalama (Gün)	Standart Sapma	Minimum	Maksimum
Yattığı Gün Sayısı	15,29	11,47	2	77

Kliniğimizde hospitalizasyon olabildiğince kısa tutulmaktadır. Bunun başlıca nedeni, hastanın doğal ortamında izlenmesi düşüncesidir. Özellikle son yıllarda daha da önem verilen bu görüş nedeniyle, aynı klinikte 1988 yılında yapılan bir çalışmada ortalama yatış süresi bir ay ve 1995 yılında yapılan ve 190 hastayı kapsayan bir çalışmada ise ortalama süre 28.73 ± 18.96 gün iken, çalışmamızda bu sürenin yaklaşık olarak yarı yarıya azaldığı görülmektedir. Çalışmamızda klinik uyumsuzluk nedeniyle erken taburcu edilen hastalar ve klinikten izinsiz ayrılan hastalar dahil edilmediğinde bile ortalama yatış süresi 15.29 ± 11.47 bulunmaktadır. Uyumsuz ve izinsiz ayrılan hastalar (16 hasta, toplamın yüzde 2.8'i) dahil edildiğinde ortalama benzer şekilde 15.04 ± 11.44 bulunmaktadır. (Tablo B-2)

TABLO B-3 CİNSİYETE GÖRE YATIŞ SÜRESİ

	Sayı	Ortalama (Gün)	Standart Sapma
Erkek	313	13.89	9,43
Kadın	217	16,68	13,69

TABLO B-4 ANKARA VE ANKARA DIŞI HASTALARIN YATIŞ SÜRELERİ

	Sayı	Ortalama (Gün)	Standart Sapma
Ankara	336	14,62	11,11
Ankara Dışı	187	15,70	11,90

TABLO B-5 ÇIKIŞ TANILARINA GÖRE YATIŞ SÜRESİ ORTALAMALARI

	Ortalama (Gün)	Standart Sapma	Sayı
Psikoaktif madde kullanımı	13,69	10,16	114
Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar	16,54	11,97	134
Duygudurum (Duygulanım) bozuklukları	16,95	12,19	74
Anksiyete bozuklukları	17,03	13,63	36
Somatoform bozukluklar	15,25	8,91	44
Bilişsel (Kognitif) bozukluklar	9,38	4,41	8
Disosiyatif bozukluklar	18,00	11,31	2
Yeme bozuklukları	38,50	28,99	2
Psikoaktif ilaç yan etkisi	8,00	-	1
Kişilik bozuklukları	15,47	15,53	17
Uyum bozuklukları	7,00	4,24	4
Zeka Geriliği	9,50	5,63	34
Diğer tıbbi nedenlerle ilişkili mental bozukluk	11,86	9,08	7
Psikososyal ve çevresel baskılayıcılar	10,60	5,13	5
Birden fazla farklı grupta psikopatoloji	16,50	18,33	10
Psikopatoloji bulunmayan	12,05	9,70	21
Tanı konamayan (Ayaktan takip dahil)	16,67	11,93	13
TÜM HASTALAR	15,04	11,44	562

Kesin tanılarına göre yatış süreleri incelendiğinde, yatan tüm hastaların yüzde 76.1'ini oluşturan beş grup hastalığın (Psikoaktif Madde Kullanımı, Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar, Duygudurum Bozuklukları, Anksiyete Bozuklukları ve Somatoform Bozukluklar) yatış sürelerinin birbirine oldukça yakın olduğu görülmektedir (13,69 ila 17,03). En kısa sürede taburcu edilen hastalıklar ise, ortalama 9.50 gün ile Zeka Geriliği ve ilişkili sorunlar, 9.38 gün ile Bilişsel (Kognitif) bozukluklar, ve ortalama 7.0 gün ile Uyum Bozukluklarıdır. (Tablo B-5)

V) SONUÇ, TARTIŞMA VE ÖNERİLER

Bu bölümde, ülkemizde hem devlet, hem de özel sektörde poliklinik ve klinik hizmeti veren aile hekimlerinin eğitim aldığı ve çalıştığı bir psikiyatri kliniğinin (SSK Ankara Eğitim Hastanesi Psikiyatri Kliniği) çalışmalarını, hizmet verdiği kitlenin çeşitli özelliklerini, tanılarını, klinikte kalış sürelerini inceleyerek elde edilen bulgular değerlendirilecek ve bu klinikten yola çıkılarak, ülkemiz genelindeki ruh sağlığı hizmetleri, bunun yanında da aile hekimlerinin gerek psikiyatri kliniklerinde, gerekse ayaktan tedavide nasıl daha başarılı olabilecekleri tartışılıp bazı önerilerde bulunulacaktır.

Her geçen gün daha da karmaşıklaşmakta olan toplumumuzda psikolojik bozukluklar diğer tüm hastalıklardan veya bozukluklardan daha sık görülmeye ve insanları daha mağdur hale getirmeye başlamıştır⁵⁰. Aile hekimliğinin sağlık sisteminde tam olarak yer aldığı ülkelerde yapılan araştırmalar göstermiştir ki akıl hastalığı olan hastaların yarısından fazlası sadece aile hekimleri tarafından tedavi edilmektedir^{5,6}. Birçok çalışma, birinci basamak hastalarının yüzde 25 ila 33'ünün bir DSM-IV akıl hastalığından tedavi gördüğünü göstermiştir⁷. Bunlardan başka, akıl hastalığı olan birinci basamak hastalarının psikiyatrik olmayan tıbbi hizmetlerden yararlanma oranı da diğer hastaların yaklaşık olarak iki katıdır⁸. Yine bu hastalar akıl hastalığı olmayalara göre organik hastalıklara daha fazla yatkındırlar. Ailenin tüm üyeleriyle uzun süreli teması bulunan aile hekimlerinin akıl sağlığı ile ilgili sorunların tanınması ve tedavi edilmesi konusunda özel bir olanak ve sorumlulukları vardır. Bununla birlikte, ne yazık ki ülkemizin yapılanmasındaki hızlı değişim, çoğu alanda sağlıklı istatistiksel veri toplamaya engel olmaktadır. Bunun yanında halen ülkemizde genel sağlık sigorta sistemine geçilmediğinden ve bu nedenle bu kapsamda yer alan aile hekimliği sistemi tam olarak yaygınlaşmadığından bu çalışmanın kapsamındaki iki konuda da, yani hem ruh sağlığı hizmetleri, hem de aile hekimliği ile ilgili olarak ülkemizde güvenilir sağlık politikaları geliştirilememektedir.

Aile hekimlerinin psikiyatrik hastalıklarda Dünya Sağlık Örgütü ve Amerikan Aile Hekimleri Birliği tarafından ortak olarak önerilen yetkileri ve sorumlulukları şunlardır^{51,52}:

- Psikoaktif madde kullanımına bağlı ruhsal ve davranışsal bozukluklar:

Tanınması, birinci basamakta takibi. İkinci basamak tedavi kurumlarında psikiyatrist denetimi önerilir.

- Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar: Tanınması, sevkî. Bu hastaların birinci basamakta izlenmesi önerilmemektedir. İkinci basamak tedavi kurumlarında psikiyatrist ile birlikte tedavileri önerilir.
- Duygudurum (Duygulanım) bozuklukları: Burada depresyonda birinci ve ikinci basamakta tanı ve tedavi yetkileri vardır. Majör depresif bozukluk, distimik bozukluk ve bipolar bozukluklar için tanınması ve sevkî önerilir. Tedavilerinin psikiyatristler tarafından yapılması önerilmektedir.
- Anksiyete bozuklukları: Bu grupta DSM-IV'te tanımlanan 5 ana grup (panik bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk, jeneralize anksiyete bozukluğu, fobiler ve travma sonrası stres bozukluğu) için de hem birinci, hem de ikinci basamakta tedavi yetkileri vardır.
- Somatoform bozukluklar: Somatizasyon bozukluğu, konversiyon bozukluğu, ağrı bozukluğu, hipokondriazisin dahil olduğu bu grupta hem birinci, hem de ikinci basamakta tedavi yetkileri vardır.
- Bilişsel (Kognitif) bozukluklar: Delirium, demans ve diğer kognitif bozukluklarda diğer uzmanlıklara sevk önerilmektedir.
- Disosiyatif bozukluklar: Tanınması ve sevkî önerilir. Bu hastaların da tüm takiplerinin psikiyatristler tarafından yapılması gereklidir.
- Yeme bozuklukları: Anoreksia nervosa ve bulimia nervosa için tanınması ve birinci basamak takip yetkileri vardır. İkinci basamak tedavi kurumlarında psikiyatrist ile birlikte tedavileri önerilir.
- Kişilik bozuklukları: Tanınması ve birinci basamak takip yetkileri vardır. Karmaşık yapıları nedeniyle tedavilerin psikiyatrist ve psikologlar tarafından yapılması lazımdır

Görüldüğü üzere aile hekimlerinin genel olarak tanı ve tedavi etmeleri beklenen hastalık grupları, anksiyete bozuklukları, somatizasyon bozuklukları, duygudurum bozuklukları ve psikoaktif madde kullanımına bağlı ruhsal bozukluklardır. Zaten bu hastalıklar, tüm psikiyatrik hastalıklar içerisinde en sık görülenleri olduğu gibi, aile hekimliği hizmeti verilen hastaların çoğunun da bu hizmeti aldıkları dönem içerisinde bu hastalıkların bir veya birkaçına yakalandıkları

görülmektedir. İkinci basamak hizmetin verildiği ve araştırmamızın yapıldığı klinikte adı geçen bozukluklar, toplamın yarısını oluşturmaktadır. Demek ki yatan hastaların yaklaşık yarısını aile hekimleri tek başına tedavi edebilmektedirler. Daha önce belirtildiği gibi, geri kalan hastalar bir psikiyatrist gözetiminde tedavi edilmelidir. Araştırmamızın yapıldığı kliniğimizde ise her türlü hasta, hem bir uzman psikiyatrist, hem de sorumlu psikiyatri asistanına danışılarak tedavi edilmektedir.

Araştırmada tedavi edilen hastalıklarla ilgili olarak ortaya çıkan bir başka bulgu da, toplumda daha sık görülen bozuklukların, özellikle de anksiyete bozuklukları, somatoform bozuklukların klinikte daha az tedavi edildikleri görülmektedir. Klinikte tedavi edilen hastalarla ilgili bu bulguların ışığında şu yorumlar ve öneriler yapılabilir:

- 1- Toplumda genel olarak en sık görülen psikiyatrik hastalıklar, özellikle anksiyete bozuklukları, duygudurum bozuklukları, somatizasyon bozuklukları ve psikotrop madde alımıyla ilgili ruhsal bozukluklar, hospitalizasyondan çok ayakta ya da sınırlı sayıda yatak kapasitesi bulunan aile hekimliği merkezlerinde izlenebilecek hastalardır. Bu hastalar sıklıkla danışmanlık, psikoterapi ve bu şartlarda yapılacak psikoterapötik girişimlerden büyük bir olasılıkla yarar görecektir. Bununla birlikte bu bulgu, bu tip hastaların toplumda daha az hizmet almaları gerektiğini göstermediği gibi hastalıklarının herhangi bir anında ikinci basamak sağlık kurumlarından hizmet almayacaklarını da garanti etmez.
- 2- Toplumda bireylerin sağlıklarıyla ilgili olarak en rahat ulaştıkları hekimler, aile hekimleridir. Aile hekimleri hastalarıyla karşılıklı güvene dayanan güzel bir ilişki içerisindeyler. Bundan başka aile hekimleri, hastaları hem kişisel olarak, hem de bulunduğu çevre, ailesi, işi ve alışkanlıkları çerçevesinde değerlendirebilme özelliğine sahiptir. Sonuç olarak kişiler uzun zamandan beri tanımakta oldukları aile hekimlerine rahatsızlıklarını daha rahat anlatabilmekte, hekimler ise bu sorunları hastanın doğal ortamı içerisinde daha objektif bir biçimde değerlendirebilmektedirler.
- 3- Ülkemizde çalışmakta olan psikiyatri uzmanları da, uzmanlık dallarıyla ilgili olarak ayaktan tedavi hizmetlerinin yeterince yaygın olmadığını,

taburcu sonrası hasta takibi yetersizliği nedeniyle hastaların eldeki olanaklardan yeterince yararlanamadığını bildirmektedirler³⁷.

4- Genel sağlık sigorta sistemi ve aile hekimliği sisteminin yaygınlaştırılmasının sağlık sistemi planlanmasında ilk sıraya alındığı içinde bulunduğumuz sürede yapılabilecek öneriler şunlardır:

A- Kurulacak aile hekimliği merkezlerinde psikiyatri uzmanlarının da ihtiyaç içerisinde bulunduğu ayaktan takip ve tedavi hizmetlerinin verilmesi yaygınlaştırılmalıdır. Bu merkezlerde çalışan aile hekimleri bu görevde aktif rol oynamalı, bu görevi bölgedeki eğitim hastaneleri ya da yetkilendirilmiş psikiyatristler ile işbirliği ve danışma içerisinde yerine getirmelidirler.

B- Uzmanlık içi eğitime, özellikle de sık karşılaşılan ve aile hekimlerinin tedavi yetkileri içinde olan psikiyatrik hastalıklar önemle dahil edilmeli, hastalık tanımlamalarında standart oluşturulması ve psikiyatri uzmanlığıyla uyumlu olması açısından, psikiyatride yaygın olarak kullanılan DSM-IV'ün birinci basamak sağlık hizmetleri için uyarlanmış ve DSM-IV ile kod-uyumlu olan DSM-IV-PC kullanımı yaygınlaştırılmalıdır.

Araştırmamızda çalışılan diğer bir konu da hastaların klinikte yatış süresiyle ilgilidir. Bu konuda literatüre bakıldığında, hemen tüm sağlık hizmetlerinde olduğu gibi psikiyatride de hastaların mümkün olduğunca az yatırılması ve erken taburcu edilmesine çalışılmaktadır. Bunun iki önemli nedeni hastaların yatış sırasında aldıkları hizmetlerin sigorta sistemlerine getirdiği mali yük ve hastaların yattıkları süre içerisinde doğal ortamlarından uzak kalmalarıdır. Gerçekten de kliniğe yatırarak tedavi etme, ancak ayaktan tedavinin mümkün olamayacağı durumlarda, hastanın yatırılmasının hem kendisi, hem de çevresi için daha iyi sonuçlar doğuracağına emin olduğunda yapılmalı, yatış sonrasında da gerekli tanı ve tedavi planları hızlıca yapılarak hastanın bir an önce doğal ortamına, olağan yaşam koşullarına gönderilmesi sağlanmalıdır. Bununla birlikte, hastanın yatışının uzaması halinde alacağı yararlanımın mali endişeler nedeniyle önlenmesi de hiçbir şekilde vicdani ve etik olamaz. Dünyada psikiyatrinin, belki de tıbbın en hızlı değişmekte ve gelişmekte olan uzmanlıklarından bir olması nedeniyle, son yıllar içerisinde literatürde ortalama kabul

edilen yatış süreleri azalmaktadır. Önceleri bir ay, sonraki yıllarda da ortalama olarak üç hafta olduğu bildirilen ortalama yatış süreleri, araştırmamızı yaptığımız klinikte de daha önceden, 1988 ve 1995 yıllarında yapılmış iki çalışmada da benzer şekilde birer ay bulunmuştur^{37,53}. Biz ise 562 hastayı kapsayan bu çalışmamızda ortalama yatış süresini 15.04 ± 11.44 gün bulduk. Bu sürenin bu kadar kısalabilmesi açık olarak göstermektedir ki, klinikte son yıllarda tanı konması ve tedavi uygulanmasında bariz gelişmeler kaydedilmiş, SSK Ankara Eğitim Hastanesi Psikiyatri Kliniği dünya standartlarında ve çağdaş metodolojiyi takip eden bir klinik haline gelmiştir.

Elbette ki bir klinikte hastaların taburcu edilebilme hızına tek başına bakılarak bir sağlık sistemindeki başarıyı değerlendirmek mümkün değildir. Hastaların taburculuk sonrasında günlük işlevselliklerini ideal şekilde sürdürebilmeleri ve tekrarlayıcı yatışlardan uzak kalabilmeleri için taburcu sonrası tıbbi desteklerinin de örgütlenmesi ve sürdürülebilmesi gereklidir. Bu, daha önceden önerdiğimiz ve aile hekimliği sistemi ile psikiyatri uzmanlığının birlikte çalışmasını öneren yapılaşma sayesinde mümkün olabilir görünmektedir.

Araştırma bulgularının gösterdiği diğer bir durum da, klinikte yatan hastaların bir büyükşehir, özellikle de başkent popülasyonundan daha düşük bir öğrenim durumuna sahip olmalarıdır. Bununla birlikte bu klinikte hizmet verilen kesim büyük çoğunlukla işçiler ve aileleri olduğundan bu durum beklenebilir ve psikiyatrik hastalıkların düşük öğrenim durumlu kesimde daha yüksek oranda görüldüğüne işaret etmez. Bundan başka birinci basamak sağlık sistemi ve aile hekimliği, ülkemizin genelinde hizmet verecek şekilde tasarlandığından burada bulunan eğitim düzeyi, hitap edilecek popülasyondan çok farklı olmayacaktır. Hatta eğitim düzeyi düşük olan popülasyonun psikiyatrik hizmet alma istemi sevindirici olarak kabul edilebilir.

SSK Ankara Eğitim Hastanesi Psikiyatri Kliniği, hem psikiyatri, hem de aile hekimliği asistanlarına eğitim veren bir 3. basamak referans hastanesi konumundadır ve ülkemizin hemen tüm bölgelerindeki SSK hastalarına sağlık hizmeti vermesi amaçlanarak kurulmuştur. Bununla birlikte araştırmamızın bulgularına göre bu klinikte yatarak tedavi gören Ankara dışı hastalar, toplamın yüzde 36'sını oluşturmaktadır. Bu oran, üç yıl önce aynı klinikte yapılan çalışmada³⁷ bulunan değer olan yüzde 26'dan daha fazla olmakla birlikte, yine de bu konumda bulunan bir klinikten beklenenden daha azdır. Kliniğin yatak kapasitesinin hemen daima yüzde

yüzü kullanılmakta, hatta kliniğe yatışlar randevuyla yapılabilmektedir. Bunun yanında diğer SSK hastaneleri gerekli donanım ve yeterli uzmana sahip değildir. Bu sonuçlar, muhtemelen Ankara dışında yaşayan hastaların kliniğe ulaşımında ve iletişimde zorluk içerisinde bulunduklarını göstermektedir.

Genel sağlık sigorta sisteminin ve bu kapsamda aile hekimliğinin işlevsel hale getirilmesi, bunun yanında aile hekimliği uzmanlığıyla psikiyatri uzmanlığının entegre bir biçimde çalışmasının sağlanması sonucunda hastalar bulundukları bölgelerde, kolaylıkla ulaşabildikleri merkezlerde daha rahat ve etkin biçimde tedavi edilebilecekler, konsültasyon ya da ileri tedavi gerektiğinde de, aile hekimliğinin ilgilendiği diğer tüm branşlarda olduğu gibi, aile hekiminin gözetiminde konsülte ve sevk edileceklerdir. Bu durumda, çağdaş sağlık politikası uygulayan ülkelerde görüldüğü gibi, hem hasta tedavi maliyetleri azalacak, hem de çok önemli bir hizmetin daha geniş bir halk kitlesine -hatta ideal olarak tüm halka- ulaşması sağlanabilecektir.

VI) ÖZET

Aile hekimi her yaştan hastaya ve ailelerine, bir hastalığın olup olmamasına ve yakınmalarının türüne bağlı olmaksızın sürekli, geniş çaplı ve oldukça kişiye özel bir bakım sunar. Diğer uzmanlıklarla konuların paylaşılmasına ek olarak aile hekimliği aile dinamikleri, kişilerarası ilişkiler, danışmanlık ve psikoterapi konularında da bilgi sahibi olmayı gerektirir. Aile hekimliği ülkemizde de, diğer ülkelerde olduğu gibi poliklinik ve klinik hizmetlerin bir karışımı şeklinde uygulanmaktadır. Hem sağlıklı, hem de hasta bireylerle ilk görüşen hekim olmaları, bunun yanında akıl ve ruh hastalıklarının popülasyonda en yaygın olarak görülen hastalıklar olması nedeniyle psikiyatri, aile hekimlerinin üzerinde en çok durmaları gereken bilimlerden biridir.

Bizim çalışmamızdaki amaç, aile hekimlerinin eğitim aldığı ve çalıştığı bir psikiyatri kliniğinin (SSK Ankara Eğitim Hastanesi Psikiyatri Kliniği) çalışmalarını, hizmet verdiği kitlenin çeşitli özelliklerini, tanılarını, klinikte kalış sürelerini inceleyerek, aile hekimlerinin gerek psikiyatri kliniklerinde, gerekse ayaktan tedavide nasıl daha başarılı olabileceklerini, önceki literatürlerin de ışığında tartışmaya açmaktır. Bu çalışmadaki diğer bir amaç ise, genel sağlık sigorta sistemi ve aile hekimliği sisteminin yaygınlaştırılmasının sağlık sistemi planlanmasında ilk sıraya alındığı içinde bulunduğumuz dönemde, son yıllarda hızla gelişmekte olan bu iki uzmanlık dalının birlikte ve koordinasyon içinde çalışmasının, gerek sağlık giderlerini azaltmada, gerekse psikiyatri uzmanlarının da çözümüne ihtiyaç duyduğu bir sorun olan hastaların uzun süreli ve taburculuk sonrası takibinde sağlayacağı yararlar konusunda çıkarımlar yapmak ve bazı öneriler geliştirmektir.

Bu araştırmada veriler, esas olarak 1998 yılının tümünde SSK Ankara Eğitim Hastanesi Psikiyatri Kliniği'ne yatırılan toplam 562 hasta dosyasından elde edilmiştir. Hasta dosyaları, hastane arşivinden sağlanarak ayrıntılı bir biçimde taranmış, bu dosyalardan elde edilen bilgiler, bu araştırma için geliştirmiş olduğumuz bir forma aktararak kaydedilmiştir. Araştırma sırasında bir fikir birliği sağlayabilmek için tanılar, ortak bir kodlama sistemi kullanan DSM-IV ve DSM-IV-PC tanı sistemine uygun bir biçimde düzenlenmiştir.

Toplumda genel olarak en sık görülen psikiyatrik hastalıklar, özellikle

anksiyete bozuklukları, duygudurum bozuklukları, somatizasyon bozuklukları ve psikotrop madde alımıyla ilgili ruhsal bozukluklar, hospitalizasyondan çok ayakta ya da sınırlı sayıda yatak kapasitesi bulunan aile hekimliği merkezlerinde izlenebilecek hastalardır. Bu hastalar sıklıkla danışmanlık, psikoterapi ve bu şartlarda yapılacak psikoterapötik girişimlerden büyük bir olasılıkla yarar görecektir. Toplumda bireylerin sağlıklarıyla ilgili olarak en rahat ulaştıkları hekimler olan aile hekimleri, hastaları hem kişisel olarak, hem de bulunduğu çevre, ailesi, işi ve alışkanlıkları, yani doğal ortamları içerisinde değerlendirebilme özelliğine sahiptir. Diğer taraftan psikiyatri uzmanlarının da uzun süreli ve taburculuk sonrası kronik bakımın eksikliğini duyduğu göz önüne alındığında, bu iki uzmanlık dalının koordinasyon içinde çalışması sonucunda psikiyatrik hizmetlerin çoğunun aile hekimliği merkezlerinde verilebileceği rahatlıkla görülebilir.

Yine uygulanması amaçlanan uzmanlık içi eğitime, özellikle de sık karşılaşılan ve aile hekimlerinin tedavi yetkileri içinde olan psikiyatrik hastalıklar önemle dahil edilmeli, hastalık tanımlamalarında standart oluşturulması amacıyla, psikiyatri uzmanlarının yaygın olarak kullandıkları DSM-IV'ün birinci basamak sağlık hizmetleri için uyarlanmış ve DSM-IV ile kod-uyumlu olan DSM-IV-PC kullanımı yaygınlaştırılmalıdır.

Genel sağlık sigorta sisteminin ve bu kapsamda aile hekimliğinin işlevsel hale getirilmesi, bunun yanında aile hekimliği uzmanlığıyla psikiyatri uzmanlığının entegre bir biçimde çalışmasının sağlanması sonucunda hastalar bulundukları bölgelerde, kolaylıkla ulaşabildikleri merkezlerde daha rahat ve etkin biçimde tedavi edilebilecekler, konsültasyon ya da ileri tedavi gerektiğinde de, aile hekimliğinin ilgilendiği diğer tüm branşlarda olduğu gibi, aile hekiminin gözetiminde konsülte ve sevk edileceklerdir. Bu durumda, çağdaş sağlık politikası uygulayan ülkelerde görüldüğü gibi, hem hasta tedavi maliyetleri azalacak, hem de çok önemli bir hizmetin daha geniş bir halk kitlesine ulaşması sağlanabilecektir. Sonuçta halkımız akıl ve ruh sağlığı açısından daha sağlıklı bir duruma gelecek, hastalanan bireylerin de hastalık nükslerinde önemli oranda azalma kaydedilecektir.

VII) KAYNAKÇA:

1. American Academy of Family Physicians: Facts About: Family Practice. Kansas City, MO, American Academy of Family Physicians, 1994b
2. Regier DA, Narrow WE, Rae DS, et al. The de facto U.S. mental and addictive disorders service system. Epidemiologic catchment area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services. Arch Gen Psychiatry 50:85-94, 1993
3. Schappert SM. National ambulatory medical care survey: 1992 summary. Hyattsville, Md.: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, 1994, publication no. 253.
4. Lloyd I. Sederer, R. Lawrence St. Clair: Managed Health Care and the Massachusettes Experience. Am J Psychiatry 146:9, September 1989
5. Regier DA, Myers K, Kramer M, et al: The NIMH epidemiologic catchment area (ECA) program: Historical Context, major objectives, and study population characteristics. Arch Gen Psychiatry: 41:934, 1984
6. Shapiro S, Skinner EA, Kessler LG, et al: Utilization of Health and mental health services: Three epidemiologic catchment area sites. Arch Gen Psychiatry 41:971, 1984
7. Hooper EW, Nyczi GR, Cleary PD: Estimated prevalence of RDS mental disorder in primary care. Int J Ment Health 8:6, 1979
8. Hankin J, Oktay JS: Mental disorder primary medical care. An analytic review of the literature. In: National Institute of Mental Health, Series D, No. 7, publication no. (ADM) 78-661, Rockville, MD, 1979
9. Marsland DW, Wood M, Mayo F: Content of family practice: a data bank for patient care curriculum, research family practice-526,196 patient problems. J Fam Pract 3:25, 1976
10. Schurman RA, Kramer PD, Mitchel JB: The hidden mental health network: Treatment of mental illness by nonpsychiatrist physicians. Arch Gen Psychiatry 2:89, 1985
11. Katon W, Roy-Byrne PP: Panic disorder in the medically ill. J Clin

- Psychiatry 50:299, 1989
12. Regier DA, Hirshfeld RMA, Goodwin FK, et al: NIMH Depression Awareness, Recognition and Treatment Program: structure, aims and scientific basis. *Am J Psychiatry* 145:1351, 1988
 13. Katon W: The epidemiology of depression medical care. *Int J Psychiatr Med* 17:93, 1987
 14. Wells KB, Stewart A, Hays RD, et al: The functioning and well-being of depressed patients: Results from the medical outcomes study. *JAMA* 262:914, 1989
 15. Coyne JC, Schwenk TL,: A follow-up of depressed primary care and psychiatric patients. Washington DC, 1993
 16. Katon W, Von Korff M, Lin E, et al: Distressed high utilizers of medical care: DSM-III-R diagnoses and treatment needs. *Gen Hosp Psychiatry* 12:355, 1990
 17. Grooves JE: Taking care of the hateful patient. *N Eng J Med* 298:883, 1978
 18. Cadoret RJ, Widmer RB, North C: Depression in family practice: Long term prognosis and somatic complaints. *J Fam Pract* 10:625, 1980
 19. Robins LN, Helzer JE, Guze, SB: Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Arch Gen Psychiatry* 41:949, 1984
 20. Neubuerger OW, Miller SI, Schmitz RE, et al: replicable abstinence rates in an alcoholism treatment program. *JAMA* 248:960, 1982
 21. Helzer J, Robins L, Taylor J, et al: The extent of long term moderate drinking among alcoholics. *N Eng J Med* 312:1678, 1985
 22. Ludwig AM: Cognitive process associated with "spontaneous" recovery from alcoholism. *J Stud Alcohol* 46:53, 1985
 23. Rapaport MH, Tipp JE, Schukit MA: A comparison of ICD-10 and DSM-III-R criteria for substance abuse and dependence. *Am J Drug Alcohol Abuse* 19:143, 1993
 24. Schukit MA: The clinical implications of primary diagnostic groups among alcoholics. *Arch Gen Psychiatry* 42:1043, 1985b
 25. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of*

- Mental Disorders. 4th ed., primary care. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1995
26. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association
 27. Parkerson GR Jr, Broadhead WE: Screening for anxiety and depression in primary care with the Duke Anxiety-Depression Scale. *Fam Med* 29:177-81, 1997
 28. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Linzer M, et al.: Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *JAMA* 272:1749-56, 1994
 29. Broadhead WE, Leon AC, Weissman MM, Barrett JE, et al.: Development and validation of the SDSS-PC screen for multiple mental disorders in primary care. *Arch Fam Med* 4:211-9, 1995
 30. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Geneva: World Health Organization, 1992
 31. David Pingitore, Ph.D., Randy A. Sansone: Using DSM-IV Primary Care Version: A Guide to Psychiatric Diagnosis in Primary Care. *American Family Physician* 58:1347-52, 1998
 32. Gabbard GO: Psychodynamic psychiatry in clinical practice. 2d ed. Washington D.C. American Psychiatric Press, 1994
 33. DeGruy FV 3d, Pincus H. The DSM-IV-PC: A manual for diagnosing mental disorders in the primary care setting. *J Am Board Fam Prac* 9:274-81, 1996
 34. Golden WF: Commentary. Abstracts of Clinical Care Guidelines. Oakbrook Terrace, Ill.: Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations, 7:8, 1995
 35. Sharfstein Stephen S.: Quality Improvement. *Am J Psychiatry* 150:12, December 1993
 36. Goldman HH, Sharfstein SS: Are specialized psychiatric services worth the higher cost? *Am J Psychiatry* 144:626-628, 1987
 37. Berber, M. Sezai: Bir Psikiyatri Kliniğinin Çalışmalarının

- Değerlendirilmesi ve Yeni Öneriler. Uzmanlık Tezi, Ankara, s 14-23, 1995
38. Tan MW, Donough WJ: Risk management in Psychiatry. The Psychiatric Clinics of North America. 13(1):135-47, 1990
 39. Coleman RL. Hospital quality assurance and risk management. Review of Psychiatry vol. 11. Washington D.C., American Psychiatry Press, 585-600, 1992
 40. Rosenstein MJ, Steadman HJ, et al.: Characteristics of Admissions to the Inpatient Services of State and County Mental Hospitals. Mental Health Statistical Note 177. Rockville, Md, National Institute of Mental Health, 1986
 41. Kiesler CA: Public and professional myths about mental hospitalization. American Psychologist 37:1323-1339, 1982
 42. Maxmen JS: Hospital treatment, in Management of Chronic Schizophrenia. Oxford University Press, 1984
 43. Trauer T: The current status of the therapeutic community. British Journal of Medical Psychology 57:71-79, 1984
 44. Horn SD, Horn RA, et al.: Psychiatric severity of illness: a case mix study. Baltimore, Johns Hopkins University, 1986
 45. Caton, Carol L. M., Gralnick, Alexander: A Review of Issues Surrounding Length of Psychiatric Hospitalization. Hospital and Community Psychiatry, 38: 858-63, 1987
 46. Lehman AF, Strauss JS, et al.: First-admission psychiatric ward milieu. Archives of General Psychiatry. 39: 1293-98, 1982
 47. DeFrancisco D, Anderson D, Pantano R, et al.: The relationship between length of hospital stay and rapid-readmission rates. Hospital and Community Psychiatry 31:196-7, 1980
 48. Sifneos PE, Greenberg WE. Patient management. Cambridge: The belknap press of Harvard University. 589-603, 1988
 49. Sharfstein SS.: Managed mental health care. Review of Psychiatry vol.11. American Psychiatric Press. 570-84, 1992
 50. Önder ME, Şahin AR.: Türkiye’de psikiyatrinin bugünü. Psikiyatri

- Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi. 1(1):64-71,1993
51. Carlat, Daniel J.: The Psychiatric Review of Symptoms: A Screening Tool for Family Physicians. American Family Physician, published by American Academy of Family Physicians. 58:1617-24,1998
52. Rakel, Robert E.: Textbook of Family Practice, 5th edition. Published by: W.B. Saunders, 1995
53. Özbay H., Göka E., Öztürk E, Hınçal G, Güngör S.: Psikiyatri kliniklerinin uygulamalarındaki gelişmeler ve bir klinik çalışmasının sonuçları. Toplum ve Hekim. (Mart):22-30, 1988