

Araştırma / Original article**Döner kapı olgusu: Toplum temelli ruh sağlığı hizmet modeline geçişin psikiyatri servisine yatış üzerine etkisi**Erkan AYDIN,¹ Abdülkadir TABO,² K. Oğuz KARAMUSTAFALIOĞLU,³ Gazi ALATAŞ,⁴ Sadık YİĞİT,⁵ Emine AYDIN,⁶ Gizem H. ERKUŞ⁷**ÖZET**

Amaç: Genel anlamda sık yatış olarak tanımlanan 'döner kapı olgusu' toplum temelli bakım planlarının etkin sunulması ile aşılabilir. Bu çalışmada, pilot proje olarak açılan Zeytinburnu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde (ZTRSM) döner kapı olgusuna uyan hastalar saptanmış ve sosyodemografik özellikleri araştırılmıştır. ZTRSM'de sunulan hizmetlerin hastaların psikiyatri servisine yatışına etkisinin belirlenmesi hedeflenmiştir. **Yöntem:** ZTRSM'de izlenen ve döner kapı olgusu ölçütlerine uyan hastalar, kaydedildiği tarihte ve izlenmelerinin 18. ayında ölçeklerle değerlendirilmiş, önce ve sonra uygulanan ölçekler karşılaştırılmıştır. Hastaların 18 aylık izlenmeleri süresince gerçekleşen yatış gün ve sayıları, izleme öncesindeki yatış gün ve sayıları ile de karşılaştırılmıştır. **Bulgular:** Döner kapı olgusuna uyan 18 hastanın 18 aylık izlenmesi sonunda yalnız beş yatışının olduğu, aynı hasta grubunun izleme öncesinde 18 ay süresince yatış sayısının 49 olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü. Depo tedavi ve klozapin kullanım oranı değişmeden pozitif, negatif, depresif belirtiler ve sosyal işlevsellikte düzelleme gerçekleşmiştir. **Tartışma:** Döner kapı olgusu ölçütlerini karşılayan hastaların yatış sayıları toplum temelli bakım planı temelinde sunulan hizmetler ile azalmıştır. Bu sonuca ulaşmakta, ZTRSM'nin hastaların tedavisinde bütüncül yaklaşım uygulamasının önemli rolü olduğu düşünülmektedir. (*Anadolu Psikiyatri Derg* 2014; 15:185-191)

Anahtar sözcükler: Şizofreni, döner kapı olgusu, toplum ruh sağlığı merkezi

Revolving door phenomenon: the effect of application of community-based mental health services model at acute psychiatric hospitalization**ABSTRACT**

Objective: 'Revolving door' phenomenon describes patients with severe mental illness who are frequently admitted to hospital. The availability of better resources in the community, particularly outreach programs may play a significant role in reducing relapse and readmission. In this study, we aimed to give brief information about the effect of Zeytinburnu Community Mental Health Center (ZCMHC) organization on the need of acute psychiatric hospitalization. **Methods:** In order to evaluate the effect of ZCMHC organization, registered patients were investigated for the number of acute hospitalizations. Patients who met the criteria for revolving door phenomenon were followed at least 18 months and the number of previous hospitalizations was compared within 18 months follow-up period. **Results:** From 18 patients with a previous hospitalization due to revolving door phenomenon,

¹ Uzm.Dr., Bağıcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Bağıcılar Toplum Ruh Sağlığı Merkezi, İstanbul

² Uzm.Dr., ⁶ Arş.Gör.Dr., Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

³ Prof.Dr., Üsküdar Üniversitesi, İstanbul

⁴ Uzm.Dr., Aile Sosyal Politikalar Bakanlığı

⁵ Psikolog, Zeytinburnu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi, İstanbul

⁷ Uzm.Dr., Bolu Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Bolu

Yazışma adresi / Address for correspondence:

Uzm.Dr. Erkan AYDIN, Barbaros Mah. 6/1 Sk. No.42 Bağıcılar/İstanbul, Türkiye

E-mail: aydinerk@gmail.com

Geliş tarihi: 16.03.2013, Kabul tarihi: 26.11.2013, doi: 10.5455/apd.33996

we recorded only 5 hospitalizations were during our follow-up period, while previous hospitalizations were totally 49 in previous 18 months; this difference was also statistically significant. Also some remission has been achieved in positive and negative symptoms and social functionality without a change in the ratio of the use of depot treatment and clozapine. **Discussion:** Patient follow-up with CMHC system may reduce the number of acute hospitalizations. ZCMHC has adopted a holistic approach in the treatment of patients which has an important role to reach this result. (*Anatolian Journal of Psychiatry* 2014; 15:185-191)

Key words: schizophrenia, revolving door phenomenon, community mental health center

GİRİŞ

On sekizinci ve on dokuzuncu yüzyıllarda şizofreni hastaları toplumu korumak için şehir merkezinden uzak, 'tımarhane' olarak bilinen büyük hastanelerde tutuluyordu. 1960'lı yıllardan itibaren büyük bir hastanede uzun süre kalmanın yeti yitimini hızlandırdığının fark edilmesi, ilaç ve diğer tedavi yöntemlerindeki ilerlemeler, hasta ve hasta haklarına bakışta değişimler sonucunda çoğu ülkede 'kurum dışılaştırma' olarak adlandırılan, büyük hastanelerin kapatılma süreci ortaya çıkmıştır.¹⁻³

Hizmetin temelde ayaktan sunulduğu bu dönemde, hastaneye sadece şiddetli akut alevlenme yaşayan hastalar, kısa süreli yatışlar için kabul edilmiştir.⁴ Ancak bazı hastaların taburcu olduktan sonra kısa aralıklarla tekrar tekrar hastaneye yattığı görülmüştür. 'Döner kapı olgusu' olarak adlandırılan bu durum birçok araştırmamanın konusu olmuştur. Genel anlamda sık yatış olarak tanımlanan 'döner kapı olgusu' için çalışmalarda farklı ölçütler belirlenmiştir. Örneğin, Roick ve arkadaşları 30 ayda üçten fazla yatışı kabul ederken,⁵ Botha ve arkadaşları 18 ayda üçten fazla yatış veya 12 ayda iki yatış ve klozapin tedavisi alma veya 12 ayda iki yatış ve hastanede 120 günden fazla kalma ölçütlerinden herhangi birinin karşılanması biçiminde tanımlamıştır.⁴

Bazı hastaların daha sık yatışında tedaviye uyumsuzluk, alkol madde kullanımı, belirtiler tam düzelmeden taburcu edilme, şiddet ve kendine zarar verici davranışlar gösterme, yetersiz toplumsal destek gibi etkenler rol oynamaktadır.^{4,6} Toplum temelli bakım planlarının etkin sunulduğu ülkelerde 'döner kapı olgusu' başarıyla aşılmıştır.⁴ Bu nedenle günümüzde TRSM'lerin sık yatışları engelleme oranı, toplum ruh sağlığı merkezlerinin etkinliğini değerlendiren en önemli göstergelerden biri olarak kabul edilmektedir.^{1,7,8} Literatürde TRSM'lerin yatış gün sayısını %20-85 arasında değişen oranlarda azalttığını bildiren çalışmalar vardır.⁹ Bu çalışmada, pilot proje olarak açılan ZTRSM' de döner kapı olgusuna uyan hastalar saptanmış ve sosyodemografik özellikleri ara-

tırılmıştır. Bu merkezde, olgu yönetimi temelinde sunulan hizmetlerin bu hastaların gidişine olan etkisinin belirlenmesi hedeflenmiştir.

YÖNTEM

Çalışmanın başladığı tarihten itibaren ZTRSM'ye kaydedilen DSM IV-TR tanı ölçütlerine göre şizofreni tanısını konmuş ardışık her hasta, merkez dışından bir hekim tarafından döner kapı olgusuna uygunluğu (geçmiş 18 ayda üçten fazla yatış veya geçmiş 12 ayda iki yatış ve klozapin tedavisi alma veya geçmiş 12 ayda iki yatış ve hastanede 120 günden fazla yatmış olma ölçütlerinden herhangi birinin karşılanması)⁴ açısından değerlendirilmiştir. Ölçütleri karşılayan tüm hastalar çalışmaya alınmıştır. Çalışmaya alınan hastalar sonuçların genellebilmesi için merkez çalışanları ile paylaşılmamıştır. Aynı hekim bu hastalara merkeze kabulünde ve izlenmelerinin 18. ayında ölçekleri uygulamıştır. Önce ve sonra uygulanan ölçekler karşılaştırılmıştır. Ayrıca hastaların 18 aylık izlenmeleri süresince gerçekleşen yatış ve gün sayıları, merkeze kabullerinden önceki 18 aylık süredeki yatış ve gün sayıları ile karşılaştırılmıştır. Hastaların Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'ne yatışları ve hastanede geçirdikleri gün sayıları hastane veri tabanı taraması ile belirlenmiş, diğer hastanelere yatışları ise hasta ve yakınlarından öğrenilmiştir. İstatistiksel analizler SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) for Windows paket programı kullanılarak yapılmıştır. Ön test ve son test sonuçları ile yatış gün ve sayıları Wilcoxon işaretli diziler testi kullanılarak karşılaştırılmıştır.

Veri toplama araçları

Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS): Kay ve arkadaşlarının geliştirdiği bu ölçek,¹⁰ 30 maddelik ve yedi puanlı şiddet değerlendirmesi içeren, yarı-yapılandırılmış bir görüşme ölçeğidir. Bu 30 maddenin 18'i Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeğinden (BPRS), 12'si ise Psikopatolojik Değerlendirme Ölçeğinden uyarlanmıştır. Değerlendirilen maddelerin yedisi pozitif sendrom alt ölçeğine (aralık: 7-49 puan), yedisi negatif sendrom alt ölçeğine (aralık: 7-49 puan)

ve 16'sı genel psikopatoloji alt ölçeğine (aralık: 16-112 puan) aittir. Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Kostakoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.¹¹

Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (CŞDÖ): Addington ve arkadaşlarının geliştirdiği CŞDÖ,¹² şizofreni ve psikotik bozukluk hastalarında depresif belirti düzeyinin ve şiddet değişiminin ölçülmesi amacıyla kullanılır. Ölçek, görüşmecinin değerlendirdiği bir ölçektir ve dördümlü Likert tipinde değerlendirilen dokuz maddeden oluşmuştur. Bu maddeler depresif duygudurum, umutsuzluk, değersizlik duygusu, suçlulukla ilgili alınma düşünceleri, patolojik suçluluk, sabah depresyonu, erken uyanma, özkiyim ve gözlenen depresyon belirtilerini içermektedir. Her madde 0-3 puan arasında puanlanır ve toplam puan bunların toplanmasından elde edilir. Ölçeğin toplam puan aralığı 0-27'dir, Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Aydemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.¹³

Şizofreni Hastaları için Yaşam Nitelikleri Ölçeği (ŞYNÖ): Heinrichs ve arkadaşlarının geliştirdiği ŞYNÖ son bir aydaki işlevselliği değerlendirir.¹⁴ Görüşmecinin doldurduğu 21 maddelik yarı-yapılandırılmış bir görüşme formudur. Kişilerarası ilişkileri, mesleksel veya öğrenilmiş rol işlevselliğini, ruhsal kapasiteyi ve yaşam etkinliklerini değerlendirmektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Soygür ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.¹⁵

Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ): Birchwood ve arkadaşlarının geliştirdiği SİÖ şizofreni hastalarının son bir ayda yedi alandaki performanslarını değerlendirmektedir.¹⁶ Bu alanlar toplumsal çekilme, kişilerarası iletişim, günlük yaşam etkinlikleri, boş zamanı değerlendirme, toplumsal etkinlikler, bağımsız yaşama yeterliliği ve iş/çalışma alanlarıdır. Ölçeğin hasta ve hasta yakını için iki ayrı formu vardır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Erakay tarafından yapılmıştır.¹⁷

İntihar Düşüncesi Ölçeği (İDÖ): Linehan ve Nielsen tarafından geliştirilmiştir.¹⁸ İntihar düşüncesinin şiddetini ve girişimle ilgili bilgileri saptamaya yönelik olan ölçeğin, ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Dilbaz ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. 'Evet' veya 'hayır' olarak yanıtlanan 17 maddeden oluşur. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 17 olup, yüksek puan intihar düşüncelerinin varlığına işaret etmektedir.¹⁹

İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi (İGD): Tek bir ölçü kullanarak genel çerçevesiyle kişi-

lerin klinik gidişini izlemeye yardımcı bir ölçektir. İGD ile psikolojik, toplumsal ve mesleksel işlevsellik değerlendirilir; fiziksel veya çevresel kısıtlamalara bağlı işlevsellik bozulmaları değerlendirilemez. Ölçekle yapılan değerlendirme o sıradaki veya geçmişteki bir dönem için klinisyen tarafından 1-100 arasında bir puan verilerek kişinin işlevselliğinin derecelendirilir.²⁰

Akıl Hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeği (AHİÖ): Amador ve arkadaşları geliştirmiştir. Tüm sorular şimdi ve geçmiş için ayrı ayrı kodlanır. Ölçekte üç giriş ve 17 belirti sorusu vardır. İlk üç soruda şimdi ve geçmiş için ayrı ayrı altı puan hesaplanır. Bunlar hastalığın, tedavinin etkisinin ve hastalığın toplumsal sonuçlarının farkında olmayı sorgular. Hastanın yanıtları 1-5 puan arası kodlanır. Daha sonra var olan belirtilerin her birinin farkındalığı ve neye yüklendiği sorgulanır. Bu bölüm de şimdi ve geçmiş için 1-5 arası puanlanır. Sonuçta belirti farkındalığı ve yükleme için dört puan hesaplanır. Puan arttıkça farkındalık azalır. Ölçek kısmi olarak da kullanılabilir. Amador ve arkadaşları ölçeğin dokuz sorudan oluşan kısaltılmış formunu da yayımlamıştır.²¹ Stereotipik davranışlar gibi az görülen belirtiler için güvenilirliğini göstermek zordur ve özgün ölçek çalışmasında da bu belirtilerin güvenilirliği şüphelidir. Bu nedenle AHİÖ'nün Türkçe uyarlamasına sadece kısaltılmış sürümündeki sorular alınmıştır.²² Ölçek bu haliyle üç giriş ve yedi belirti sorusu içerir. Sorular şimdi ve geçmiş için 1-5 arasında puanlanır. Yedi belirti için yükleme ve farkındalık ayrı ayrı değerlendirilir.

İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği (İTUÖ): Yıldız ve arkadaşları tarafından Şizofreninin Ruhsal-Toplumsal Tedavisinde Sosyal Beceri Eğitimi başlıklı çalışmada kullanılmıştır.²³ İlaç tedavisine uyumu kendiliğinden düzenli kullanıyor, yardımla düzenli kullanıyor, düzensiz kullanıyor ve uyumsuz olarak dört gruba ayırır. Bu çalışmada ölçek, hastaların değerlendirmelerden önceki bir ay süresince doldurdukları Tedaviyi Değerlendirme Çizelgeleri dikkate alınarak yorumlanmıştır.

ZTRSM'de hasta izlenmesinin anahtar noktaları

Hastane temelli modelde her hastaya aynı biçimde hizmet verilmesi bazı hastaların korunmuş bazı yetilerinin kaybına neden olabilmektedir.² Kişiye özgü tedavi arayışları 'olgu yönetimi' olarak adlandırılan yöntemi ortaya çıkarmıştır. Olgu yönetiminde amaç, yeti yitimi olan hastaların daha üretken bir yaşama kavuşmaları ve

iyileşmelerinin önündeki engellerin kaldırılması, hastalara gerekli beceri ve desteklerin sağlanmasıdır. Olgu yönetimi psikiyatri uzmanı ve diğer ruh sağlığı çalışanlarından (hemşire, sosyal çalışmacı, psikolog) oluşan bir ekip tarafından, aile üyelerinin ve hastanın katılımı ile yapılır.⁸ Olgu yönetimi ekibinden hastaların gereksinimlerini değerlendirmesi, kapsamlı bakım planı yapması, erişilebilir, verimli bir bakım ve tedavi hizmetini kesintisiz sürdürmesi, kurumlar arası koordinasyonu sağlaması ve tüm işlemleri kayıt altına alması beklenir.⁸ ZTRSM'de olgu yönetimi ekibinde üç hemşire, bir psikolog, bir sosyal çalışmacı ve bir hekim vardır. Çalışanların tamamı Dünya Sağlık Örgütü'nün Türkiye için hazırladığı 60 saatlik standart eğitimi almıştır. Bu eğitim TRSM'nin amacı ve çalışma biçimi, TRSM ekip üyelerinin rolü, ekip çalışması, sosyal olanakları kullanma, zor olguya yaklaşım konularını içermektedir.

Her hasta ayda en az bir kez veya kendisine reçete edilen ilaçların bitiminde mutlaka aranmakta, tıbbi açıdan değerlendirilmek ve yeni reçete için merkeze çağrılmaktadır. Merkezde Ruhsal-Toplumsal Beceri Eğitimi,²⁴ iş-uğraşı gibi ruhsal toplumsal destek tedavileri sunulmaktadır. Farmakolojik tedavi dahil, tüm uygulamalar hastaların katılımı ile şekillenmektedir.

Hastanın aile içindeki konumunu, ailenin ilişki biçimini, yaşanan ortamı değerlendirmek ve gerektiğinde hastaya yerinde girişken tedavi modeline uygun toplumsal beceri ve öz bakım becerisi kazandırmak için her hastaya ev ziyaretleri de yapılmaktadır.⁷

Klinik izleme

Çalışmada 18 hasta için 18 ay süresince toplam 100 kez (ortalama her hasta için 5.5 kez) ev ziyareti yapılmıştır. İlk ev ziyaretleri en az 60 dakika sürmüş, 15 gün aralıklarla üç kez ev ziyareti yapılmış, gereksinmeye göre bu ziyaretler yinelenmiştir. Yedi hasta haftada 45'er dakikadan iki ayrı oturum şeklinde yapılan ruhsal-toplumsal beceri eğitim grubuna katılmıştır. Hastaların tümü bireysel olgu yöneticiliği hizmeti almış bu görüşmeler için her hasta ortalama iki haftada bir gün mutlaka olgu yöneticisi ile görüşmüştür.

BULGULAR

10 Ekim 2010-30 Haziran 2012 tarihleri arasında merkeze kayıtlı olan 157 şizofreni hastası döner kapı olgusu açısından değerlendirilmiştir. Ölçütlerden bir veya daha fazlasına uyan 18

hasta çalışmaya alınmıştır. Döner kapı olgusu için belirlenen ölçütlerden herhangi birini karşılamadığı için 139 hasta çalışmaya alınmamıştır.

Sosyodemografik özellikler

Hastaların en küçüğü 24 en büyüğü ise 69 yaşında olup, yaş ortalaması 41.72±11.29'du. Hastaların sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. Hastaların 11'i erkek; sekizi evli, 10'u bekar; biri okuryazar değil, 10'u ilkökul, üçü ortaokul ve dördü lise mezunu; ikisi yalnız yaşıyor; hiçbiri çalışmıyordu. Bir kişide yoğun alkol kullanımı ve üç kişide madde kullanımı vardı.

Tablo 1. Olguların sosyodemografik özellikleri

	Sayı	%
Cinsiyet		
Erkek	11	61.1
Kadın	7	38.9
Medeni durum		
Evli	8	44.4
Bekar	6	33.3
Boşanmış-dul	4	22.3
Eğitim düzeyi		
Yok	1	5.6
İlkokul	10	55.6
Ortaokul	3	16.7
Lise	4	22.2
Üniversite	0	0
Birlikte yaşadığı kişi		
Yalnız	2	11.1
Birinci derece akraba	14	77.8
Uzak akraba-arkadaş	2	11.1
Alkol kullanımı		
Var	1	5.6
Yok	17	94.4
Madde kullanımı		
Var	3	16.7
Yok	15	83.3

Ölçek sonuçlarının değerlendirilmesi

Hastaların TRSM'ye ilk başvurularında ve TRSM izlemelerinin 18. ayında uygulanan ölçek sonuçlarına göre, hastaların SİÖ'nün çekilme, kişilerarası ilişkiler, bağımsız performans, bağımsız yetkinlik, hobiler, öncü sosyal etkinlikler alt ölçeklerinde anlamlı yükselme gözlenmiştir. Aynı ölçeğin iş alt ölçeğinde ise anlamlı değişiklik olmamıştır. Hastaların yaşam niteliği ölçeği ve İGD ölçek puanları da anlamlı derece-

Tablo 2. Ölçek sonuçlarının karşılaştırılması

Ölçekler	Başlangıç puanı Ort.±SS	18 ay sonraki puan Ort.±SS	Sıra ortalaması pozitif/negatif	z	p
PANSS pozitif	33.22±6.64	13.06±5.20	0.00/9.50	-3.73	<0.05
PANSS negatif	33.55±5.57	16.56±3.60	0.00/9.50	-3.74	<0.05
PANNS genel	57.05±9.73	25.39±5.13	0.00/9.50	-3.72	<0.05
SIÖ-Ç	80.69±8.54	101.16±6.21	9.50/0.00	-3.73	<0.05
SIÖ-K	82.30±13.08	102.38±10.25	9.00/0.00	-3.63	<0.05
SIÖ-BP	68.72±10.64	92.63±14.68	9.50/0.00	-3.72	<0.05
SIÖ-BY	98.08±15.93	105.22±14.59	7.00/0.00	-3.18	<0.05
SIÖ-H	70.13±4.81	83.16±7.47	9.50/0.00	-3.73	<0.05
SIÖ-ÖSE	84.19±4.67	98.88±8.13	9.50/0.00	-3.73	<0.05
SIÖ-İ	82.25±3.18	78.91±20.53	1.50/3.00	0.00	>0.05
AHIÖ-RBFOD	3.50±0.78	1.61±0.84	0.00/9.50	-3.94	<0.05
AHIÖ-İTEFOD	3.44±0.78	1.44±0.70	0.00/9.50	-3.94	<0.05
AHIÖ-RBSSFOD	3.83±0.78	1.72±0.75	0.00/9.50	-3.86	<0.05
ŞYNÖ	29.50±9.08	65.55±11.27	9.50/0.00	-3.73	<0.05
İDÖ	8.22±4.45	1.66±1.57	0.00/9.00	-3.63	<0.05
İGD	40.55±4.50	58.88±6.07	9.50/0.00	-3.82	<0.05
ŞCDÖ	6.77±3.43	1.11±1.71	0.00/9.00	-3.63	<0.05

PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği; SIÖ: Sosyal İşlevsellik Ölçeği (Alt ölçekleri Ç: Çekilme, K: Kişilerarası iletişim, BP: Bağımsızlık performansı, BY: Bağımsızlık yetkinlik, H: Hobiler, ÖSE: Öncü sosyal etkinlikler, İ: İş); AHIÖ: Akıl Hastalığına İlgörüsüzlük Ölçeği (Alt ölçekleri RBFOD: Ruhsal bozukluğun farkında olma düzeyi, İTEFOD: İlaç tedavilerinin farkında olma düzeyi, RBSSFOD: Ruhsal bozukluğun sosyal sonuçlarının farkında olma düzeyi); ŞYNÖ: Şizofreni Hastaları için Yaşam Nitelikleri Ölçeği; İGD: İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi; İDÖ: İntihar Düşüncesi Ölçeği; ŞCDÖ: Şizofreni Hastaları için Calgary Depresyon Ölçeği

Tablo 3. İlaç kullanım şekli ve ilaç tedavisine uyumun değerlendirilmesi

	İlk değerlendirme		Son değerlendirme	
	Sayı	%	Sayı	%
Düzenli kullanan	3	16.7	10	55.6
Yardımla düzenli kullanan	1	5.6	8	44.4
Düzensiz kullanan	12	66.7	0	0
Kullanmayan	2	11.1	0	0
Birinci kuşak depo kullanan	6	33.3	5	27.8
İkinci kuşak depo kullanan	6	33.3	7	38.8
Klozapin kullanan	1	5.6	1	5.6
Olanzapin kullanan	2	11.1	1	5.6
Tekli antipsikotik kullanan	1	5.6	1	5.6

de yükselmiştir. AHIÖ'nün genel ve alt ölçeklerinde ise anlamlı düşme gözlenmiş olup, bu sonuç hastaların içgörüsünün arttığını göstermektedir. Hastaların PANSS, İDÖ ve ŞCDÖ puanları anlamlı düzeyde azalmıştır. (Tablo 2)

İlaç tedavisi ve uyumunun değerlendirilmesi

İlk değerlendirmede hastaların birinin (%5.6) klozapin, ikisinin (%11.1) olanzapin kullandığı;

ikinci değerlendirmede bir hastanın (%5.6) olanzapin, bir hastanın klozapin (%5.6) kullandığı görülmüştür. Birinci ve ikinci değerlendirmede bir hasta (%5.6) bir antipsikotik kullanırken, diğer hastalar birden çok antipsikotik almaktaydı. İlk ve son değerlendirmede 12 hasta (%66.6) depo antipsikotik almaktaydı (Tablo 3).

İlk değerlendirmede hastaların üçünün (%16.7)

Tablo 4. On sekiz hastanın, izlenme öncesi ve sonrasındaki hastalık ve hastane özellikleri

	İzlemeden önceki 18 ay	İzleminin 18. ayı	Sıra ortalaması pozitif/negatif	z	p
Hastanede geçen toplam gün	1057	69	0.0/9.50	-3.72	<0.05
Hastanede geçen gün (Ort.±SS)	58.16±31.17	3.83±6.90			
Toplam yatış sayısı	49	5	0.0/9.50	-3.83	<0.05
Ortalama yatış sayısı (Ort.±SS)	2.72±0.82	0.27±0.46			

ilaçlarını kendiliğinden düzenli kullandığı, birinin (%5.6) yardımla düzenli kullandığı, 12'sinin (%66.7) düzensiz kullandığı, ikisinin (%11.1) hiç ilaç kullanmadığı görülmüştür. Son değerlendirmede hastaların 10'unun (%55.6) kendiliğinden düzenli ilaç kullandığı, sekizinin (%44.4) yardımla düzenli ilaç kullandığı görülmüştür.

Yatış gün ve sayılarının değerlendirilmesi

İzlenmelerinden önceki ve izlenmelerinin 18. ayına kadar olan yatış sayısı ve hastanede geçirilen gün sayılarının karşılaştırılması Tablo 4' te verilmiştir. Hastaların izlenmelerinin 18 ayı süresince ortaya çıkan yatış ve hastanede geçirdikleri gün sayıları TRSM izlemelerinden önceki 18 aylık döneme göre anlamlı düzeyde azalmıştır.

TARTIŞMA

ZTRSM tarafından izlenen, döner kapı olgusu tanımına uyan 18 hastanın, merkeze kabullerinden önceki 18 ay boyunca toplam 49 yatırılmış ve bu hastalar toplam 1057 gün hastanede yatmıştır. TRSM'de izlendikleri 18 ayda sadece beş hasta birer kez yatmış ve toplam 69 gün hastanede yatmıştır. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. İzleme sonunda hastalardan hiçbirinin döner kapı olgusu ölçütlerine uymaması, hastaların yatış sayısı ve süresindeki anlamlı değişiklikler, TRSM modelinin döner kapı olgusu için uygun bir seçenek olabileceğini göstermektedir.

Yalnız yaşayan, eğitim düzeyi düşük, toplumsal desteği zayıf, evsiz veya çok kötü şartlarda yaşayan erkek hastaların servislere sık yattığı görülmüştür.⁴ Bu çalışmada da, hastaların çoğunun erkek ve düşük eğitim düzeyinde olması, hiçbirinin işinin çalışmaması literatürle uyumludur. Madde kullanımı sık yatış için önemli bir unsurdur ve bu konuda yapılan çalışmalarda %70'e varan oranlarda madde kullanımı bildirilmiştir.⁴ Çalışmamızda madde kullanım oranı %16'dır.

İlaç uyumsuzluğu ve şiddetli belirtiler yeniden yatışı artıran önemli unsurlardır. Birçok çalışmada her iki kuşaktaki tüm antipsikotikler uyum açısından farklılaşmamaktadır.²⁵ İlaça uyumu zor olan hastalarda ikinci kuşak depo antipsikotik kullanmanın depresmeyi ve dolayısıyla sık yatışı azalttığı görülmüştür. Ancak ilaç uyumu zayıf olan hastalarda ilaç kullanımı ile ilgili bir 'ikna savaşı' yerine, belirti yönetiminin ve işlevselliği artırmanın daha etkin olduğu bildirilmiştir.^{4,26,27} Hastaların TRSM gibi ruhsal toplumsal destek sunan servislere kolay erişebilmesi ile hastaların ilaç uyumunu ve işlevselliğini artırarak, sık yatışların önüne geçilebilmiştir.^{4,6,28} Bu çalışmada da hastalarda ilk değerlendirmede %33.3 oranında birinci kuşak ve %33.3 oranında ikinci kuşak depo ilaç kullanılması, bu grup hasta için depo tedavi seçeneğinin büyük oranda uygulandığını göstermektedir. Son değerlendirmede benzer oranlarda depo ilaç kullanılması, ilaç uyumunu sağlama ve yatışı engellemede depo ilaç tedavisi seçiminin etkisinin kısıtlı olduğunu düşündürmektedir.

Hastaların PANSS toplam ve alt ölçek puanlarındaki, İDÖ ve ÇSDÖ puanlarındaki anlamlı düşme ile AHİÖ puanlarındaki anlamlı yükselme, TRSM etkinliklerinin hastalardaki klinik belirtilerin düzelmesine katkı yaparak yatış gün ve sayısını azalttığını göstermektedir. SİÖ ve ŞYNÖ'deki anlamlı artış ve ilaç tedavisine uyumda olumlu değişme görülmüştür. Bu sonuçlarla merkezin etkinliklerinin hastaların işlevselliğini ve ilaç uyumunu etkileyerek yatışları azalttığı kabul edilebilir.

Çalışmamızın dikkat çeken sonuçlarından birisi PANSS ölçeğinin tüm alt ölçeklerinde anlamlı azalma olmasıdır (p<0.05). Sık yatan şizofreni hastalarının üç kümede de belirtileri daha şiddetlidir.⁴

İlaç tedavisi özellikle pozitif ve dağınık belirtilerde etkili olmakla birlikte, negatif belirtiler ve bilişsel yeti kaybını daha az iyileştirir.²⁹ Klozapin dışındaki tüm antipsikotiklerin 'eksiklik belirtile-

rine' benzer etkinlikte olduğu kabul edilmektedir. Bu nedenle ilaç tedavisinin mutlaka ruhsal toplumsal tedavilerle desteklenmesi önerilmiştir.²⁹ Çalışmamızda ilk ve son değerlendirmede klorzapin kullanma oranı değişmemiştir. ZTRSM'de bütüncül bir tedavi yaklaşımı uygulanmıştır. Hem reçete edilen ilacın yardımıyla veya kendiliğinden düzenli kullanıma oranının (%80) artması, hem de ruhsal toplumsal destek tedavilerinin birlikte uygulanması ile üç belirti kümesinde de anlamlı düzelme sağlanmıştır.

Eşlik eden duygudurum belirtilerinin şizofreninin uzun süredeki gidişine etkisi tartışmalı olmakla birlikte, genel kanı duygudurum belirtilerinin kötü gidiş yordayıcısı olmasıdır.⁴ Şizofreni hastalarının özellikle depresif dönemleri, bu hasta grubunda artmış olan intihar riski için yakın gözlem ve gerektiğinde yatışın düşünülmesi gereken dönemlerdir.³⁰ Bir çalışmada erken dönemde yeniden yatan hastaların taburculuklarında %40.6 oranında depresif belirtilere sahip olduğu ve bunun kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür.³¹ Schennach ve arkadaşları, taburculuk sonrası yüksek Hamilton Depresyon Ölçeği puanını, hastalığın alevlenmesinin ve yeniden yatışın anlamlı yordayıcısı olarak belirtmiştir.³² Çalışmamızda da yatış sayıları azalırken depresif belirtilerin ve intihar düşüncelerinin anlamlı olarak azalması, TRSM modelinin sık yatan şizofreni hastalarında eş zamanlı görülen duygudurum belirtilerine de olumlu etki yaptığını göstermektedir.

Sık yatırılan hastalar, yoğun toplumsal sorunlar yaşamaktadır. Kent ve Yellowless, bu hasta grubunun %82'sinin yakın ilişki kurmadığını bulmuştur.⁵ Toplumsal beceri eğitimlerine odaklanmayan, sadece hastaların acil gereksinmelerine çözüm üretmeye çalışan TRSM'lerin, hastaların toplumsal işlevselliğine etkisinin sınırlı olduğunu gösteren çalışmalar olmakla birlikte, toplum temelli hizmet modeli ile son 25 yılda şizofreni hastalarının toplumsal işlevselliği ve yaşam kalitesi artmış, yatış oranları azalmıştır.^{9,33,34} Bu çalışmada da sık yatan hastaların yatış oranlarındaki azalmaya toplumsal işlevsellikteki ve yaşam niteliğindeki artma eşlik etmektedir.

Çalışmaya alınan 18 hastanın hiçbirinin işi yoktu. İzlenmelerinin 18. ayında yapılan değerlendirmede, SİÖ ve ŞYNÖ toplam puanlarındaki düzelmeye rağmen, SİÖ'nün meslek alanında anlamlı artış görülmemiştir. Çalışma sonunda sadece iki hastanın ücretli bir iş yerinde çalıştığı görülmüştür. Toplum temelli dengeli modelin

diğer kurumlarından olan korumalı iş yerlerinin ve destekli yarışmalı iş yerlerinin ülkemizde kurulması ve yaygınlaştırılması ile bu grup hastaların çalışma yaşamına katılımı artırılabilir.³⁵⁻³⁷

TRSM modeli sık yatışları azaltmak için etkili bir yöntem olmakla birlikte, tedavi sonuçları ve izlenen hastaların yatış oranları bu merkezlerin yapısı ve çalışma düzenine göre değişebilmektedir.^{9,28,38} TRSM'lerde en iyi verimi alabilmek amacıyla bir psikiyatristin tam zamanlı çalışması önerilmektedir.³⁹⁻⁴¹ Hekimin tam zamanlı çalışması hastaların ilaç tedavisini izlemeyi kolaylaştırmakta, aile hekimleri ile bilgi paylaşımının ve hizmet içi eğitimin daha etkin yapılmasını sağlamaktadır.^{39,42,43} TRSM ekibinin büyüklüğünün yerel gereksinmelere ve izleme yaptıkları olgulara göre belirlenmesi ve olgu yöneticisi başına en fazla 30 hasta düşmesi önerilmektedir.^{8,44} Merkezimizde olgu yöneticisi başına düşen olgu sayısı çalışmanın ilk 12 ayında 30'dan az ve sonrasında en çok 40 olmuştur. ZTRSM'de hekimin tam zamanlı çalışması, olgu yükünün önerilen oranlarda olması, çalışma sonuçlarına olumlu katkı yapan etkenler olarak görülmektedir. Hastayı yaşadığı yerde görme ve izlemenin tedavi sonuçlarını olumlu etkilediği ileri sürülmektedir.⁴⁵ Kuzey İrlanda'da yapılan geriye dönük bir araştırmada ev temelli ruh sağlığı hizmetlerinin hastaneye yatış oranlarını %50 azalttığı bildirilmiştir.⁴⁵ ZTRSM'de hastaların yalnız merkeze gelmesi beklenmemiş, gezici ekip hastaları yaşadığı yerde izlemiştir. Bu yaklaşımın hastaların tedaviye katılımının artmasında ve yatış oranını (%91) anlamlı düzeyde azalmasında etkili olduğu düşünülmektedir.^{43,45}

Sınırlılıklar

Çalışmanın hastane odaklı poliklinik izlemesinde düzenli hizmet alan bir kontrol grubunun bulunmaması önemli bir sınırlılık olarak değerlendirilmektedir. Çalışmanın bir kontrol grubuyla karşılaştırılması çalışmayı daha geçerli kılabilirdi. Çalışmanın örneklem büyüklüğü de bir diğer sınırlılık olarak söylenebilir. 'Döner kapı olgusu' için değerlendirilen 157 hastadan 18'i ölçütlerden bir veya daha fazlasını karşılamış ve araştırmaya alınmıştır. TRSM izlemelerinden önceki 18 ayda 157 hasta için 74 yatışın gerçekleştiği, bu yatışların 49'unun (%66.20) araştırmaya alınan 18 hasta için olduğu görülmüştür. Bu sonuç araştırmaya alınan hastalardan elde edilen bulguların önemini göstermektedir.

Ancak çalışmanın çok merkezli olarak, 'döner kapı olgusu'na uyan hastalardan oluşan daha geniş örnekleme yinelenmesi yararlı olacaktır.

SONUÇ

Döner kapı olgusu ölçütlerini karşılayan hasta-

ların yatış sayıları toplum temelli bakım planı temelinde sunulan hizmetlerle azalmıştır. ZTRSM'nin hastaların tedavisinde bütüncül yaklaşım uygulaması ile depo ilaç tedavisi ve klozapin kullanım oranı değişmeden pozitif ve negatif belirtilerde, depresif belirtilerde ve toplumsal işlevsellikte düzelme gerçekleşmiştir.

KAYNAKLAR

1. Alatas G, Akfer K, Arslan M, Yanık M. Toplum Temelli Ruh Sağlığı Modeli ve Türkiye'de Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Projesi. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2009; 46(Özel Sayı):25-29.
2. Burns T. Community mental health teams. *Community Psychiatry* 2004; 3:9.
3. Honkonen T, Saarinen S, Salokangas RK. Deinstitutionalization and schizophrenia in Finland II: discharged patients and their psychosocial functioning. *Schizophr Bull* 1999;25:543-51.
4. Botha UA, Koen L, Joska JA, Parker JS, Horn N, Linda M, et al. The revolving door phenomenon in psychiatry: comparing low-frequency and high-frequency users of psychiatric inpatient services in a developing country. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010; 45:461-468.
5. Roick C, Heider D, Kilian R, Matschinger H, Toumi M, Angermeyer MC. Factors contributing to frequent use of psychiatric inpatient services by schizophrenia patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39:744-751.
6. Gastala FL, Andreolib SB, Quintanab MI, Gameiroa MA, Leitea SO, McGrathc J. Predicting the revolving door phenomenon among patients with schizophrenic, affective disorders and non-organic psychoses. *Revista de Saúde Pública* 2000; 34:280-285.
7. Liberman PR. Yeti Yitiminden İyileşmeye: Psikiyatrik İyileştirim Elkitabı. M Yıldız (Çev. Ed.), Ankara: Türkiye Sosyal Psikiyatri Demeği Yayınları, 2011.
8. Holloway F, Oliver N, Collins E, Carson J. Case management: a critical review of the outcome literature. *Eur Psychiatry* 1995; 10:113-128.
9. Baronet A-M, Gerber GJ. Psychiatric rehabilitation: efficacy of four models. *Clin Psychol Rev* 1998; 18:189-228.
10. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987; 13:261-276.
11. Kostakoğlu AE, Batur S, Tiryaki A, Göğüş A. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinin (PANSS) Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi* 1999; 14:23-32.
12. Addington D, Addington J, Maticka-Tyndale E, Joyce J. Specificity of the Calgary Depression Scale for schizophrenics. *Schizophr Res* 1994; 11:239-244.
13. Aydemir Ö, Esen Danacı A, Devenci A, İçelli İ. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği'nin Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2000; 37:82-86.
14. Heinrichs DW, Hanlon TE, Carpenter WT. The quality of life scale: an instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophr Bull* 1984; 10:388-398.
15. Soygür H, Aybaş M, Hınçal G, Aydemir Ç. Şizofreni hastaları için yaşam nitelikleri ölçeği: güvenilirlik ve yapısal geçerlik çalışması. *Düşünen Adam* 2000; 13:204-210.
16. Birchwood M, Smith J, Cochrane R, Wetton S, Opestate S. The Social Functioning Scale. The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *Br J Psychiatry* 1990; 157:853-859.
17. Erakay SY. Şizofreni Tanılı Hastalarda Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ) Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirliğinin Araştırılması. Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi, İzmir, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, 2001.
18. Levine S, Ancill RJ, Roberts AP. Assessment of suicide risk by computer-delivered self-rating questionnaire: preliminary findings. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 80:216-220.
19. Dilbaz N, Holat H, Bayram G, Tüzer T, Bitlis V. İntihar düşüncesi ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliği. 31. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı, İstanbul, 1995, s.40-41.
20. Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-IV). E Köroğlu (Çev. Ed.), Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1995.
21. Amador XF, Flaum M, Andreasen NC. Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51:826-836.
22. Bora E, Özdemir F, Özaşkın S. Akıl hastalığına içgörüsüzlük ölçeğinin kısaltılmış Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Türkiye'de Psikiyatri* 2006; 8:74-80.

23. Yıldız M, Yazıcı A, Ünal S, Aker T, Özgen G, Ekmekçi H, ve ark. Şizofreninin ruhsal-toplumsal tedavisinde sosyal beceri eğitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2002; 13(1):41-47.
24. Yıldız M. *Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi. İstanbul: Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği Yayınları, 2011.*
25. dosReis S, Johnson E, Steinwachs D, Rohde C, Elizabeth A, Skinner EA, et al. Antipsychotic treatment patterns and hospitalizations among adults with schizophrenia. *Schizophr Res* 2008; 101:304-311.
26. Kane JM. Review of treatments that can ameliorate nonadherence in patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2006; 67(Suppl.5):9-14.
27. Weiden PJ. Understanding and addressing adherence issues in schizophrenia: from theory to practice. *J Clin Psychiatry* 2007; 68(Suppl.14):14-19.
28. Wanchek TN, McGarvey EL, Leon-Verdin M, Bonnie RJ. The effect of community mental health services on hospitalization rates in Virginia. *Psychiatr Serv* 2011; 62:194-199.
29. Tandon R, Nasrallah HA, Keshavan MS. Schizophrenia, "Just the Facts" 5. Treatment and prevention past, present, and future. *Schizophr Res* 2010; 122:1-23.
30. Besnier N, Gavaudan G, Navez A, Adida M, Jollant F, Courtet P, et al. Clinical features of suicide occurring in schizophrenia (I). Risk-factors identification. *Encephale* 2009; 35:176-181.
31. Olfson M, Mechanic D, Boyer CA, Hansell S, Walkup J, Weiden PJ. Assessing clinical predictions of early rehospitalization in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 1999; 187:721-729.
32. Schennach R, Obermeier M, Meyer S, Jäger M, Schmauss M, Laux G. Predictors of relapse in the year after hospital discharge among patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2012; 63:87-90.
33. Chang L, Lin Y, Chang HW, Chen Y, Huang W, Liu C, et al. Psychopathology, rehospitalization and quality of life among patients with schizophrenia underhome care case management in Taiwan. *J Formosan Med Assoc* 2013; 112:208-215.
34. Shivashankar S, Telfer S, Arunagiriraj J, McKinnon M, Jauhar S, Krishnadas R, et al. Has the prevalence, clinical presentation and social functioning of schizophrenia changed over the last 25 years? Nithsdale schizophrenia survey revisited. *Schizophr Res* 2013; 146:349-356.
35. Thornicroft G, Tansella M. Balancing community-based and hospital-based mental health care. *World Psychiatry* 2002; 1:84-90.
36. Ensari H. *Koruyucu Psikiyatri Açısından Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Rehabilitasyon Çalışmaları. Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi* 2011; 4:86-93.
37. Thornicroft G, Tansella M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: Overview of systematic evidence. *Br J Psychiatry* 2004; 185:283-290.
38. Mueser KT, Bond QR, Drake RE, Resnick SQ. Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. *Schizophr Bull* 1998; 24:37-74.
39. Durham ML, La Fond JQ. Assessing psychiatric care settings. Hospitalization versus outpatient care. *Int J Technol Assess Health Care* 1996; 12:618-633.
40. Belling R, Whittock M, McLaren S, Burns T, Catty J, Jones IR, et al. Achieving continuity of care: facilitators and barriers in community mental health teams. *Implement Sci* 2011; 18:23.
41. Lang L, Orton S, Sallah D, Hewitt-Moran T, Zhang D, Cullen S, et al. A survey of engagement and competence levels in interventions and activities in a community mental health workforce in England. *BMC Health Serv Res* 2001; 11:352.
42. Priebe S, Fakhoury W, White I. Pan-London Assertive Outreach Study Group. Characteristics of teams, staff and patients: associations with outcomes of patients in assertive outreach. *Br J Psychiatry* 2004; 185:306-311.
43. McGrew JH, Pescosolido B, Wright E. Case managers' perspectives on critical ingredients of assertive community treatment and on its implementation. *Psychiatr Serv* 2003; 54:370-376.
44. Evans S, Huxley P, Baker C, White J, Philpin S, Onyett S, et al. The social care component of multidisciplinary mental health teams: a review and national survey. *J Health Serv Res Policy* 2012; 17(Suppl.2):23-29.
45. Iqbal N, Nkire N, Nwachukwu I, Young C, Russell V. Home-based treatment and psychiatric admission rates: Experience of an adult community mental health service in Ireland. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2012; 16:300-306.