

Sivas'ta bir psikiyatri kliniğinden taburcu olan hastaların ruhsal durumları, işlevsellik düzeyleri ve ilgili etkenler

Leyla ANLAR,¹ Selma DOĞAN,² Orhan DOĞAN³

ÖZET

Amaç: Türkiye'de taburcu olan psikiyatri hastalarının yaşadığı sorunlar, işlevsellik düzeyleri ve hastalıklarının son durumuyla ilgili çalışma sayısı azdır. Bu çalışmanın amacı taburcu olan psikiyatri hastalarının işlevsellik ve psikiyatrik belirti düzeylerini değerlendirmektir. **Yöntem:** Kayıtlardan, 2000-2007 yılları arasında Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Servisi'nden taburcu olan ve Sivas il merkezinde yaşayan 816 hastanın olduğu saptandı. Veriler, bu hastalardan 343'ü ile evlerinde görüşülerek toplanmıştır. Veri toplama araçları olarak Kişisel ve Hastalık Özellikleri Bilgi Formu, Özgül İşlev Düzeyi Ölçeği ve Kısa Belirti Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Student's t testi, ANOVA, Pearson's korelasyon analizi kullanılmıştır. **Bulgular:** Hastaların %38.8'i tedavilerini ve kurumla ilişkilerini sürdürürken, %17.5'i doktorunun kararıyla tedavisini kesmişti. Genel olarak hastaların işlevsellik düzeyi yeterli olarak bulundu, en düşük işlevsellik düzeyi şizofreni hastalarındaydi. İşlevsellik düzeyi puanı çalışmayan hastalarda, son iki yılda hastanede yatanlarda ve hastaneye dört veya daha çok sayıda yatanlarda, hastane randevularına düzenli gelmeyenlerde ve ilaçlarını düzenli kullanmayanlarda daha düşüktü. Hastaların Kısa Belirti Ölçeği puan ortalaması 0.98 olarak bulundu. Kısa Belirti Ölçeği puan ortalaması hastaneye dört veya daha çok sayıda yatanlarda, ailede sorumluluk almayanlarda, randevularına düzensiz gelenlerde, ilacını düzensiz kullananlarda, ilaç kullanmaktan memnun olmayanlarda, anksiyete bozukluğu olanlarda, ev kadınlarında diğer gruplardan daha yüksek bulunmuştur. **Tartışma:** Bu sonuçlara göre ciddi psikiyatrik bozukluğu olan hastaların taburculuktan sonra izlenmesi ve desteklenmesi gereklidir. (Anadolu Psikiyatri Derg 2009; 10:293-300)

Anahtar sözcükler: Taburcu olan hastalar, uyum, işlev düzeyi, psikiyatrik belirtiler

The mental status, functional levels, and related factors of patients discharged from a psychiatric clinic in Sivas, Turkey

ABSTRACT

Objective: In Turkey, the number of studies related to the problems, the functional levels, and last psychiatric status of discharged patients from a psychiatric unit is few. The aim of this study was to assess the levels of functional and psychiatric symptoms. **Methods:** Between the years 2000-2007, there were 816 patients who live in Sivas and who were discharged from Cumhuriyet University Hospital Psychiatric Clinic according to hospital registrations. Data were collected on 343 subjects by interviewing with their homes. The Personal and Disease Characteristic Information Form, Specific Level of Functioning Scale, and the Brief Symptom Inventory were used as the tools of data collection. The Student's t test, ANOVA, Pearson's correlation analysis was used in statistical analysis of data. **Results:** While 38.8% of the patients were continuing their treatments and their relationship with the institution, 17.5% had stopped their treatment based on the doctor's decision. In general, the level of func-

¹ Hem., Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi, Sivas

² Prof.Dr., Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Sivas

³ Prof.Dr., Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Sivas

Yazışma adresi/Address for correspondence:

Prof.Dr. Orhan DOĞAN, C.Ü. Hastanesi Psikiyatri ABD, 58140 Sivas/Turkey

E-mail: ordogan@gmail.com

tioning of the patients was found as satisfactory, the lowest level functioning score was in patients with schizophrenia. The level of functioning score was lower in the patients who were not working, had been admitted in the last two years and four or more times to the hospital, and in women. The Brief Symptom Inventory mean scores of patients were found to be as 0.98. These scores were higher in patients had been admitted four or more times to the hospital, had not taking responsibility, irregularly kept their appointments, had taken their medication irregularly, not satisfaction taking drug, had anxiety disorders, and in housewives than the other groups. **Conclusion:** According to these results, it is necessary for the patients with severe psychiatric disorders to be monitored and to be supported after discharge. (*Anatolian Journal of Psychiatry* 2009; 10:293-300)

Key words: discharged patients, compliance, level of functioning, psychiatric symptoms

GİRİŞ

Psikiyatrik bozukluklar genel olarak uzun süreli, yineleyici, yüksek kronikleşme eğilimindedir; hasta ve ailesini önemli ölçüde olumsuz olarak etkiler; bireysel ve toplumsal olarak uyum bozukluğuna neden olur.¹ Son yıllarda hastaların yatış süresi kısalmıştır ve olabildiğince kısa sürede taburcu edilir; tedavilerini yaşadıkları çevrede sürdürür. Taburculuk sonrasında, özellikle şizofreni hastalarıyla yapılan bazı çalışmalar vardır. Bu çalışmaların bir bölümü taburculuk sonrasında hastaların psikososyal durumu, ilaca uyumu, kontrol randevularına gelmeleri, yeniden hastaneye yatırılmaları ve işlevsel durumlarıyla ilgilidir.²⁻⁹ Son yıllarda taburculuk sonrasında taburculuk eğitim programlarının etkinliği, psikososyal beceri geliştirme, evde bakımla ilgili çalışmaların sayısında artış vardır.¹⁰⁻¹⁵

Türkiye'de genel olarak psikiyatrik hasta hizmetleri hastane tedavisinde yoğunlaşmıştır ve kronik hastalar için özellikle taburculuk sonrasında tedaviye ve topluma uyumu artıran sistematik programlar yoktur. Taburcu olan hastalar tümüyle ailelerinin sorumluluğundadır. Öte yandan aileyi destekleyici hizmetler yoktur, bu eksiklik hastaneye daha çok yatma ve tedaviye uyumsuzluğa neden olmaktadır.^{8,12,13,16-18} Günümüzde ev bakım hizmetleri psikiyatri hastalarının tedavisinde ve bakımında giderek önem kazanmaktadır. Bireyin bağımsızlığını, üretkenliğini, kendi çevresinde en uygun sağlık koşullarına ulaşmayı sağlama ve yaşam kalitesini artırma Dünya Sağlık Örgütü'nün 21. yüzyıl hedeflerinden biridir.

Ülkemizde, taburculuk sonrasında psikiyatri hastalarının ve ailelerinin durumunu gösteren birkaç çalışma vardır. Bu çalışmalarda hastaların ve ailelerinin hastalığa, tedaviye ve topluma uyumunu artırmak için destekleyici girişimlerin etkileri araştırılmıştır. Bu çalışmalar daha çok şizofreni hastalarıyla ilgilidir.^{10,19,20}

Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Servisi'nde taburculuk sonrasıyla ilgili olarak hastalar ve ailelerine yönelik düzenli bir eğitim

yoktur. Bu çalışmada bir psikiyatri servisinden taburcu olan hastaların psikiyatrik belirtilerinin ve işlevsellik düzeylerinin belirlenmesi, bunlarla hastalık özellikleri arasındaki ilişkinin saptanması amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Örneklem

Bu çalışma Ocak 2000-Aralık 2007 tarihleri arasında Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde yatırılarak tedavi gören 343 hastayla yürütüldü. Bu tarihler arasında yatan tüm hastaların kayıtları incelendi ve 816 hastanın Sivas il merkezinde yaşadığı belirlendi. Bu hastalardan 274'ü belirtilen adreste bulunamadı, 82 hasta çalışmaya katılmayı kabul etmedi, 38 hasta ölmüştü ve 79 hasta il dışındaydı (il dışına göç, il dışında öğrenci veya asker). Çalışma hakkında bilgi verilen ve bilgilendirilmiş onayları alınan 343 hasta, önceden randevu alınarak evlerinde ziyaret edildi. Veriler Kişisel ve Hastalık Özellikleri Bilgi Formu, Özgül İşlev Düzeyi Ölçeği ve Kısa Belirti Ölçeği ile toplandı.

Araçlar

Kişisel ve Hastalık Özellikleri Bilgi Formu: Bu form hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, gelir düzeyi, ailedeki sorumluluk düzeyi gibi kişisel özellikleri ve psikiyatrik tanısı, hastaneye yatış sayısı, yatış sıklığı, randevularına gelme, ilaç kullanma durumu gibi özelliklerini sorgulayan toplam 26 maddeden oluşuyordu.

Özgül İşlev Düzeyi Ölçeği-ÖİDÖ (Specific Level of Functioning Scale): ÖİDÖ'yü Schneider ve Struening, psikiyatri hastalarının günlük yaşamdaki işlevselliğini belirlemek amacıyla 1983'te geliştirmiştir.²¹ Ölçek 43 madde ve 6 alt ölçek içerir: Fiziksel işlevsellik (5 madde), kişisel bakım becerileri (7 madde), toplumsal yaşam etkinlikleri (11 madde), kişilerarası ilişkiler (7 madde), çalışma becerileri (6 madde), toplumsal

kabul görme (7 madde). ÖİDÖ maddeleri 1-5 arasında puanlanan Likert tipi bir ölçüm aracıdır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 43, en yüksek puan 215'tir. Yüksek puan daha yüksek bir işlevsellik düzeyini gösterir.

Kısa Belirti Ölçeği-KBÖ (The Brief Symptom Inventory): KBÖ'yü Derogatis psikiyatrik belirti leri belirlemek amacıyla 1992'de geliştirmiş, α iç tutarlılık katsayısını 0.71-0.85 arasında bulmuştur.²² KBÖ 53 maddeden ve 9 alt ölçekten oluşmuştur ve maddeleri 0-4 arasında puanlanan Likert tipi bir ölçektir (0-hiç yok, 4-aşırı düzeyde var). Ölçekten alınacak en düşük puan 0, en yüksek puan 212'dir. KBÖ'nün toplam puanının büyüklüğü bireyin belirtilerinin sıklığını gösterir. Ölçeğin Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirliği 1994 yılında yapılmış ve Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.96 olarak bulunmuştur.²³

İşlem

Çalışma Ocak-Haziran 2008 ayları arasında yapıldı. Hastaların adresleri belirlenerek telefonla randevular düzenlendi. Hastaların tanısı ve hastalık öyküsü hasta kayıtlarından alındı. Çalışmanın amaçları anlatılan ve bilgilendirilmiş onayları alınan hastalara yukarıda belirtilen ölçekler uygulandı.

İstatistiksel değerlendirme

İstatistiksel değerlendirme SPSS for Windows ver. 11.0.1 kullanılarak yapıldı. Değerlendirmede Student's t testi, ANOVA, Pearson's korelasyon analizi kullanıldı. Anlamlılık düzeyi için $p < 0.05$ değeri kabul edildi.

BULGULAR

Hastaların %56'sı kadın, %44'ü erkekti. Hastaların yaş ortalaması 39.43'tü, %59.5'i evliydi. Duygudurum bozuklukları %28.3 oranındaydı. Hastaların %43.7'si bir kez yatmıştı, %47.3'ü kendi kararıyla kontrol randevusuna gelmemişti, %33.1'i ilaçları kullanmıştı, %32.6'sı çalışıyordu, %62.1'i orta veya yüksek düzeyde sorumluluk alıyordu. Hastaların tümü aileleriyle birlikte yaşıyordu ve aile desteğinin olduğunu belirtmişti. Hastaların bazı klinik ve sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Hastaların ÖİDÖ ve KBÖ alt ölçeklerinden aldığı puanların ortalaması Tablo 2'de gösterilmiştir. En yüksek ÖİDÖ alt ölçek puanı ortalaması kişisel bakım becerilerinde (4.75), en düşük kişilere-rası ilişkiler alt ölçeğinde (3.37) saptanmıştır. En

Tablo 1. Hastaların bazı klinik ve sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	192	56.0
Erkek	151	44.0
Yaş grubu		
15-24	46	13.4
25-34	81	23.6
35-44	102	29.7
45-54	73	21.3
55 ve üzeri	41	12.0
Medeni durumu		
Bekar	96	28.0
Evli	204	59.5
Dul + ayrı	43	12.5
Eğitim düzeyi		
Okuryazar değil	51	14.9
İlkokul	126	36.7
Ortaokul	39	11.4
Lise	94	27.4
Üniversite	33	9.6
Çalışma durumu		
Ev kadını	159	46.4
Çalışıyor (+öğrenci)	112	32.6
Çalışmıyor	72	21.0
Ailenin ekonomik düzeyi		
Düşük	38	11.1
Orta	262	76.4
Yüksek	43	12.5
Ailedeki sorumluluk düzeyi		
Orta veya yüksek	213	62.1
Az veya yok	130	37.9
Psikiyatrik tanılar (s=343)		
Duygudurum bozuklukları	97	28.3
Şizofreni ve diğer psikotik boz.	94	27.4
Anksiyete ve somatoform boz.	88	25.7
Alkol ve madde kullanım boz.	33	9.6
Diğer (demans, kişilik ve yeme bozuklukları)	31	9.0
Hastaneye yatış sayısı (s=343)		
Bir	150	43.7
İki	63	18.4
Üç	43	12.5
Dört ve üzeri	87	25.4
Randevusuna gelme (s=343)		
Düzenli	82	23.9
Düzensiz	51	14.9
Gelmiyor (doktor kararıyla)	60	17.5
Gelmiyor (kendi kararıyla)	150	43.7
İlaç kullanma durumu (s=335)		
Düzenli	111	33.1
Düzensiz	73	21.8
Kullanmıyor (doktor kararıyla)	51	15.2
Kullanmıyor (kendi kararıyla)	100	29.9
İlaç kullanmayla ilgili görüşü (s=184)		
Yararlı, memnunum	85	46.2
Zorunluyum, memnun değilim	99	53.8

yüksek KBÖ alt ölçek puanı ortalaması anksiyete (1.15), en düşük psikotizm (0.71) alt ölçeğinde saptanmıştır.

Hastaların ÖİDÖ ve KBÖ toplam puanıyla klinik özelliklerinin karşılaştırılması Tablo 3'te gösterilmiştir. Klinik özelliklerin tümü arasındaki puan farkı anlamlı bulunmuştur. ÖİDÖ toplam puanı en yüksek hastaneye bir kez yatanlarda, doktor kararıyla randevuları sonlandırılanlarda, ilaçlarını düzenli kullananlarda, ilaç kullanmaktan memnun olanlarda, ailedeki sorumluluk düzeyi yüksek olanlarla, anksiyete ve somatoform bozukluklar grubundakilerde bulunmuştur. KBÖ toplam puanı en düşük hastaneye bir kez yatanlarda, doktor kararıyla randevuları sonlandırılanlarda, ilaçlarını düzenli kullananlarda, ilaç kullanmaktan memnun olanlarda, ailedeki sorumluluk düzeyi yüksek olanlarla, alkol ve madde kullanım bozuklukları grubundakilerde bulunmuştur.

Hastaların ÖİDÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının psikiyatrik tanı grubuna göre dağılımı Tablo 4'te gösterilmiştir. En yüksek ÖİDÖ

Tablo 2. ÖİDÖ ve KBÖ puan ortalaması

Ölçekler	Ort.±SD
Özgül İşlev Düzeyi Ölçeği (min:1.00 maks:5.00)	
Fiziksel işlevsellik	4.55±0.03
Kişisel bakım becerileri	4.75±0.03
Kişilerarası ilişkiler	3.37±0.06
Toplumsal kabul görme	4.60±0.03
Toplumsal yaşam etkinlikleri	4.53±0.04
Çalışma becerileri	3.92±0.06
Toplam	4.30±0.04
Kısa Belirti Ölçeği	
Anksiyete	1.15±0.05
Obsesif kompulsif belirtiler	1.09±0.05
Somatizasyon	1.08±0.05
Depresyon	1.06±0.05
Kişilerarası duyarlılık	1.06±0.05
Hostilite	0.93±0.05
Paranoid düşünceler	0.92±0.05
Fobik anksiyete	0.72±0.04
Psikotizm	0.71±0.04
Ek maddeler	1.11±0.05
Toplam	0.98±0.04

Tablo 3. Hastaların ÖİDÖ ve KBÖ puan ortalamaları ile klinik özelliklerinin karşılaştırılması

Klinik özellikler	Özgül İşlev Düzeyi Ölçeği			Kısa Belirti Ölçeği		
	Ort.±SD	Test	p	Ort.±SD	Test	p
Hastaneye yatış sayısı (n=343)		F=4.92	<0.01		F=2.72	<0.05
Bir	4.41±0.05			0.90±0.06		
İki veya üç	4.34±0.08			0.93±0.09		
Dört ve üzeri	4.09±0.08			1.16±0.08		
Randevularına gelme (n=343)		F=6.30	<0.01		F=7.27	<0.001
Düzenli	4.31±0.05			0.90±0.07		
Düzensiz	4.04±0.10			1.24±0.09		
Gelmiyor (doktor kararıyla)	4.57±0.06			0.67±0.08		
Gelmiyor (kendi kararıyla)	4.28±0.06			1.05±0.06		
İlaç kullanma durumu (n=335)		F=8.00	<0.001		F=7.34	<0.001
Düzenli	4.32±0.06			0.89±0.06		
Düzensiz	4.00±0.10			1.28±0.08		
Kullanmıyor (doktor kararıyla)	4.60±0.05			0.64±0.09		
Kullanmıyor (kendi kararıyla)	4.31±0.07			1.04±0.08		
İlaç kullanmayla ilgili görüşü (n=184)		t=3.58	<0.05		t=22.72	<0.001
Yararlı, memnunum	4.36±0.06			0.90±0.07		
Zorunluyum, memnun değilim	4.08±0.12			1.15±0.09		
Çalışma durumu (n=328)		F=14.21	<0.001		F=3.68	<0.05
Çalışıyor	4.57±0.04			0.81±0.07		
Çalışmıyor	3.94±0.10			0.95±0.08		
Ev kadını	4.29±0.05			1.10±0.06		
Ailedeki sorumluluk düzeyi (n=343)		t=106.02	<0.001		t=57.14	<0.001
Az veya yok	3.66±0.09			1.22±0.08		
Orta veya yüksek	4.58±0.05			0.82±0.06		
Psikiyatrik tanı (n=343)		F=9.52	<0.01		F=5.03	<0.01
Duygudurum bozuklukları	4.45±0.06			0.83±0.06		
Şizofreni ve diğer psikotik boz.	3.98±0.07			1.03±0.07		
Anksiyete ve somatoform boz.	4.57±0.08			1.31±0.12		
Alkol ve madde kullanım boz.	4.47±0.08			0.78±0.09		
Diğer (demans, kişilik, yeme b.)	4.07±0.04			1.23±0.13		

Tablo 4. Hastaların Özgül İşlev Düzeyi Ölçeği toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının psikiyatrik tanılara göre dağılımı

			Özgül İşlev Düzeyi Ölçeği alt ölçekleri						
Tanılar	Sayı	%	Toplam Ort.±SS	Fiziksel işlevsellik Ort.±SS	Kişisel bakım bec. Ort.±SS	Kişilerarası ilişkiler Ort.±SS	Toplumsal kabul görme Ort.±SS	Toplumsal yaşam etk. Ort.±SS	Çalışma becerileri Ort.±SS
Duygudurum boz.	97	28.3	4.45±0.06	4.61±0.05	4.78±0.07	3.70±0.11	4.77±0.04	4.61±0.08	4.15±0.11
Şizofr. ve psik. b.	94	27.4	3.98±0.07	4.52±0.06	4.60±0.07	2.60±0.11	4.50±0.07	4.20±0.10	3.42±0.13
Somatoform boz.	46	13.4	4.45±0.10	4.45±0.10	4.92±0.03	3.66±0.15	4.62±0.08	4.72±0.06	4.23±0.14
Anksiyete bozukl.	42	12.3	4.56±0.07	4.70±0.05	4.91±0.04	3.88±0.15	4.73±0.07	4.84±0.04	4.25±0.14
Alkol ve madde k.b.	33	9.6	4.47±0.08	4.52±0.09	4.82±0.05	3.79±0.17	4.53±0.12	4.72±0.07	4.24±0.14
Diğer (demans, kişilik,yeme boz.)	31	9.0	4.07±0.04	4.46±0.11	4.59±0.19	3.09±0.22	4.24±0.15	4.34±0.20	3.56±0.25
Toplam	343	100.0	4.30±0.04	4.55±0.03	4.75±0.03	3.37±0.06	4.60±0.03	4.53±0.04	3.92±0.06
			F=9.52 p<0.01	F=1.46 p>0.05	F=3.06 p<0.05	F=15.22 p<0.001	F=5.15 p<0.01	F=5.15 p<0.01	F=6.58 p<0.01

toplam puanı anksiyete ve somatoform bozuklukları grubunda, en düşük şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar grubunda bulunmuştur. ÖİDÖ alt ölçeklerinin çoğunda şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar grubunun ortalama puanı diğer gruplarından daha düşüktür.

Hastaların KBÖ puan ortalamasıyla ÖİDÖ puan ortalaması arasında istatistiksel yönden anlamlı negatif bir ilişki saptanmıştır ($r=-0.50$, $p<0.01$).

TARTIŞMA

Bu çalışmanın sonuçları, psikiyatri kliniğinden taburcu olan hastaların işlevsellik düzeyi puan ortalamasının genel olarak pozitif ve yeterli, psikiyatrik belirti açısından toplumdan biraz daha kötü olduğunu göstermiştir.

Türkiye’de taburculuk sonrasında hastalar için planlanan yaygın bir sistem olmadığı ve hastalar için en büyük desteğin aileleri ve yakın çevreleri olduğu gerçeği göz önüne alındığında, sonuçların aile desteğinin olumlu olduğunu gösterdiği söylenebilir. Taburcu olan psikiyatri hastalarının işlevsellik düzeyinin sağlıklı gruptan daha düşük olduğu bulunmuştur.²⁴⁻²⁶ Çalışmamızda şizofreni ve diğer psikotik bozukluk hastalarının taburculuk sonrasında işlevsellik düzeyini diğer bozukluk gruplarından daha düşük bulduk. Bu sonuç genel olarak literatürdeki çalışma sonuçlarına benzerdir.^{5,19,27-31} Bunun nedeni, şizofreninin yaşamın hemen her döneminde yeti yitimine neden olan, ciddi ve kronik bir bozukluk olması olabilir. Çalışmamızda, tüm bozukluklarda ÖİDÖ’nün sadece kişilerarası ilişkiler ve çalışma becerileri alt ölçek puanları ortalama toplam

puandan daha düşükken; şizofreni hastalarında tüm ÖİDÖ alt ölçek puanlarını ölçek ortalama puanından daha düşük bulduk; bu durum en çok kişilerarası ilişkiler ve çalışma becerilerinde yetersizlik alt ölçek puanlarında belirgindi. Klappow ve arkadaşları⁵ ise, taburcu olan şizofreni hastalarının toplumsal yaşam becerilerinin sağlıklı bireylere göre önemli düzeyde yetersiz olduğunu bulmuştur. Çeşitli çalışmalarda da sonuçlarımıza benzer sonuçlar bulunmuştur.^{6,19,32,33}

Çalışma grubumuzda, şizofreni hastalarının özellikle kişilerarası ilişkiler ve çalışma becerileri puanlarının düşük olması, bu iki işlevin hastaların kişisel beceri ve performansına sahip olmasını gerektirmesiyle ilgili olabilir. Kişisel bakım, toplumsal kabul edilebilirlik, toplum yaşamı etkinlikleri işlevlerinde hastaların çoğuna aileleri destek olmaktadır. Çalışma grubumuzun tümü aileleriyle birlikte yaşamaktadır ve tümü aile desteğinin olduğunu belirtmiştir. Hastalar için sosyal desteğin olması önemlidir.

Günümüzde şizofreni hastalarının kendi çevrelerinde uyumunu ve tedavilerini sağlayan ev sağlık bakımı önem kazanmıştır. Bu nedenle, hastaların kişisel ve toplumsal davranışlarını, toplumsal becerilerini geliştirme programlarını iyileştiren ruhsal eğitim girişimleri artarak sürmektedir.^{34,35} Bu tip programların çalışma grubumuzdaki şizofreni ve diğer psikotik bozukluk hastalarının işlevselliğini artırmak için gerekli olduğu söylenebilir. Çalışmamızda diğer bozukluklar grubundaki hastalarda (demans, kişilik ve yeme bozuklukları) en düşük puanlar kişilerarası ilişkiler, toplumsal kabul görme ve çalışma becerileri alt ölçeklerinde saptanmıştır. Demans hastalarının da evde uygun biçimde desteklenmesinin gerekli

olduğu söylenebilir. Diğer tanı gruplarındaki hastalar taburculuk sonrasında genellikle yeterli işlevsellik düzeyinde bulunmuştur.

Taburculuk sonrasında hastaların %56.3'ünün yeniden hastaneye yattığı (%25.4'ü 4-6 kez), %23.9'unun randevusuna düzenli olarak geldiği, %14.9'unun randevusuna düzensiz geldiği, %43.7'sinin kendi kararıyla randevusuna gelmediği saptanmıştır. Taburcu olan hastaların %97.7'sine ilaç önerilmiş, ancak sadece %33.1'i ilaçlarını düzenli olarak kullanmış, %21.8'i ilaçlarını düzensiz olarak kullanmış, %29.9'u ilaçlarını kendiliğinden bırakmıştır. İlaç kullanan hastaların %53.8'i ilaç kullanmaktan hoşnut olmadığını belirtmiştir. Bu sonuçlar hastaların randevu ve ilaç tedavisine yeterli düzeyde uymadığını gösterir. Benzer özellikteki çalışmaların sonuçlarına bakınca, Rothbard ve arkadaşları⁸ izlenen psikiyatrik hastaların %20-30'unun üç yıl içinde yeniden hastaneye yatırıldığını belirtmiştir. Schoenbaum ve arkadaşları¹³ taburcu olan 580 hastanın yaklaşık üçte birinin altı ay içinde yeniden hastaneye yatırıldığını ve evde ziyaret edilen hastalarda yeniden yatırılma oranının düşük olduğunu bulmuştur. Nelson ve arkadaşları¹⁸ taburcu edildikten sonra izlenmeyen hastaların yeniden yatırılma oranını izlenenlere göre iki kat daha yüksek bulmuştur. Berghofer ve arkadaşları¹⁶ 272 hastayı ayaktan izlemiş ve %23'ünün kendi kararıyla tedavisini kestiğini bulmuştur. Gillis ve arkadaşları³⁶ da ilaca uyumsuzluğun taburculuktan sonraki iki yılda yüksek olduğunu bulmuştur. Geller ve arkadaşları² taburculuktan sonraki on yıl içinde hastaların yarısının yeniden hastaneye yatırıldığını bulmuştur. Donnelly ve arkadaşları¹⁷ ise, taburculuktan sonraki altı yıl içinde hastaların 1/3'ünün yeniden hastaneye yatırıldığını bulmuştur. Bauml ve arkadaşları taburculuktan sonra standart tedavi gören 24 ve buna psikoeğitim eklenen 24 hastayı yedi yıl izlemiştir.¹⁴ Standart tedavi uygulanan grupta yeniden hastaneye yatırılma oranı %88, psikoeğitim grubunda %54; hasta başına yatırılma sayısı sırasıyla 2.9 ve 1.5 olarak bulunmuştur. Yazarlar psikoeğitim grup tedavisinin şizofreninin uzun süreli gidişinde önemli etkiye sahip olduğunu ve şizofreninin standart tedavisine eklenmesinin zorunlu olmasını önermiştir. Çeşitli çalışma sonuçları da ilaca uyumsuzluğu göstermiştir.^{12,37} Bu bulgular hastaların taburculuk sonrasında tedaviye uyumlarının düşük olduğunu ve yeterince izlenmediğini göstermektedir.

Çalışmamızda dört kez ya da daha çok sayıda hastaneye yatırılan hastaların işlevsellik düzeyi puanını (4.09) bir kez yatırılanlarınkinden (4.41) daha düşük bulduk ($p<0.01$). Randevularına

düzenli olarak gelenlerin (4.31) ve doktor tarafından kontrol muayenelerine gerek duyulmayanların işlevsellik düzeyi puanları (4.57), randevularına düzenli olarak gelmeyenlerinkinden (4.04) daha yüksek bulundu ($p<0.01$). İlacını düzenli olarak kullananların (4.32) ve ilacı doktor tarafından kesilenlerin işlevsellik düzeyi puanları (4.60), ilacını düzenli olarak kullanmayanlarınkinden (4.00) daha yüksek bulundu ($p<0.01$). Halen çalışmakta (4.57) ve ailede sorumluluğu olan (4.58) hastaların işlevsellik düzeyi puanları, herhangi bir işte çalışmayan (3.84) ve sorumluluğu olmayanların (3.66) işlevsellik düzeyi puanlarından daha yüksek bulundu. Honkonen ve arkadaşları 15-64 yaşları arasındaki 2168 şizofreni hastasıyla taburculuktan üç yıl sonra görüşerek çalışma yönünden durumlarını gözden geçirmiştir.³⁸ Bu sürede yarışma gerektiren bir işte çalışma oranı düşerken, yarışma gerektirmeyen bir işte çalışma oranı aynı kalmıştır. Yazarlar yüksek işsizlik oranı ve sık iş değiştirmenin olumsuz etkiye sahip olduğunu öne sürerek, iş rehabilitasyonunun yaygınlaştırılmasını ve iş olanaklarının artırılmasını önermiştir.

Linn ve arkadaşları,²⁸ taburculuktan sonra ilaca uyumu ve sosyal becerileri yetersiz olan hastalarda yüksek relaps oranı bulmuştur. Valencia-Collazos ve arkadaşları³⁹ taburculuk sonrasında ilaç kullanmayan ve yeniden hastaneye yatırılan şizofreni hastalarında psikososyal işlevselliği diğer hastalardan daha düşük bulmuştur. Bu bulgular kronikleşmeye eğilim gösteren psikotik hastaların düşük işlevsellik düzeyine sahip olduğunu gösterir.⁴⁰ Literatürde psikiyatrik bozukluklar sırasında doğal yeteneklerde kaybı olan hastaların işlevsel bozukluklara sahip olduğu belirtilmiştir. Çalışmalarda sık ve uzun süreli hastaneye yatışların nedeninin yetersiz işlevsellik düzeyinin olduğu belirtilmiştir. Hastaların işlevsellik düzeyi hastanede iyileşse bile, onların dış dünyaya uyum sağlamalarında kullanacakları becerileri geliştirmek için profesyonel yardıma gereksinme duydukları da belirtilmiştir.²⁷

Çalışmamızda hastaların KBÖ puan ortalaması (0.98), sağlıklıların (0.41) ve şizofreni hastalarının ailelerinin (0.73) puanlarından daha yüksek bulunmuştur.⁴¹ Bu sonuçlar hastaların psikiyatrik sorunlarının taburculuk sonrasında da sürdüğünü göstermektedir. Bunun nedenleri arasında, hastaların hastanenin koruyucu ortamından dış dünyaya çıktıklarında fiziksel ve çevresel birçok olumsuz etkenle yeniden karşılaşmalarının olduğu belirtilmektedir.^{42,43}

KBÖ puanları dört veya daha çok sayıda hastaneye yatanlarda, randevularına düzensiz gelen-

lerde, ilacını düzenli kullanmayanlarda, ilaç kullanmaktan memnun olmayanlarda, ev kadınlarında, ailede sorumluluk almayanlarda, anksiyete ve somatoform bozukluklar grubunda diğer gruplardan daha yüksek bulunmuştur. En düşük KBÖ puanları hastaneye bir kez yatanlarda, doktor kararıyla randevuları ve ilaç kullanması sonlandırılanlarda, ilaç kullanmaktan memnun olanlarda, çalışanlarda, ailede sorumluluk alanlarda, alkol ve madde kullanım bozukluğu grubundakilerde bulunmuştur (Bağımlılık merkezimiz olmadığı için, alkol ve madde kullanım bozukluğu grubundaki hastalar genellikle yıkıma uğramamış ve kötüye kullanım sorunu olanlardı). Bu verilerin tümü, hastaların tedavilerine uyumunun ve doktorlarıyla ilişkilerini sürdürmelerinin önemli olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda ÖİDÖ alt ölçeklerinin tümünde hastaların belirtileri arttıkça, işlevsellik düzeyi azalmaktadır ($r=-0.50$, $p<0.01$). Literatürde psikiyatrik bozukluk belirtilerinin hastaların işlevselliğini etkilediği belirtilmiştir; patolojik belirtiler hastaların yaşam becerilerini ve yaşam kalitesini olumsuz olarak etkiler.^{32,44,45} Hastaların belirtileri şiddeti arttıkça, yeti yitiminin ciddiliği de artar.¹

Noda ve arkadaşları taburcu edilen ve rehabilitasyon programı uygulanan 224 şizofreni hastasının %79'unun başarılı bir şekilde topluma yeniden katıldığını belirtmiştir.⁴⁶ Chan ve arkadaşları da taburcu edilen ve destekleyici grup evlerinde kalan hastaların pozitif belirtilerinde, boş zaman ve toplumsal etkinlik alanlarında düzelmeler olduğunu bulmuştur.¹⁵

Sonuçlarımız taburculuk sonrasında psikiyatri hastalarının (özellikle psikotik hastaların) kapsamlı ve sürekli olarak izlenmesi gerektiğini göstermektedir. Günümüzde evde bakım, beceri geliştirme, telefonla izleme gibi girişimler vardır.^{47,48} Kronik psikiyatri hastalarının tedavisinde genel amaç belirtileri yatıştırmak, relapsları önlemek ve hastaya hastalık öncesi psikososyal işlevselliğini kazandırmaktır.^{27,34,48} Kronik psikiyatrik bozuklukların tedavisinde hem farmakolojik, hem de psikososyal tedavi gereklidir.

SONUÇ

Bulgularımız şizofreni ve diğer kronik psikotik bozukluk hastaları, çok sayıda hastaneye yatanlar ve tedaviye uyumu kötü olanlar için bazı programların planlanmasının gerekli olduğunu göstermektedir: Bu programlar taburculuk sonrasında düzenli izleme, evde bakım, ilaç ve tedavi eğitimi, kişilerarası ve toplumsal becerileri artıran programlar olabilir.

Bu çalışmanın güçlü yönü, bir psikiyatri kliniğinden taburcu olan ve ulaşılabilen, çalışmaya katılmayı kabul eden tüm hastaları gözden geçirmesi ve örneklemin büyük olmasıdır. Bu açıdan sonuçların gelecekte uygulanabilecek programlar yapmak için yeterli veri sağladığı söylenebilir. Çalışmanın kısıtlılığı, hastaların taburculuk sonrası durumlarındaki iyileşmenin araştırılmamış olması, hastaların yalnız çalışma sırasındaki durumlarının yansıtılmış olmasıdır.

KAYNAKLAR

1. Fortinash MK, Holoday-Worret PA. *Psychiatric mental health nursing*. St. Louis, Mosby Year Book, 1996.
2. Geller JL, Fisher WH, Simon LJ, Wirth-Cauchon JL. Second-generation deinstitutionalization, II: The impact of Brewster v. Dukakis on correlates of community and hospital utilization. *Am J Psychiatry* 1990; 148:816-817.
3. Keck PE, McElroy SL, Strakowski SM, West SA, Sax KW, Hawkins JM, et al. 12-month outcome of patients with bipolar disorder following hospitalization for a manic or mixed episode. *Am J Psychiatry* 1998; 155:646-652.
4. Kisely S, Preston N, Rooney M. Pathways and outcomes of psychiatric care: does it depend on who you are, or what you've got? *Aust N Z J Psychiatry* 2000; 34:1009-1014.
5. Klapow JC, Evans J, Patterson TL, Heaton RK, Koch WL, Jeste DV. Direct assessment of functional status in older patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1997; 154:1022-1024.
6. Nikkonen M. Life after the mental hospital: the way of life of deinstitutionalized psychiatric patients. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 1996; 3:373-383.
7. Priebe S, Hoffmann K, Isermann M, Kaiser W. Do long-term hospitalized patients benefit from discharge into the community? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002; 37:387-392.
8. Rothbard AB, Kuno E, Schinnar AP, Hadley TR, Turk R. Service utilization and cost of community care for discharged state hospital patients: a 3-year follow-up study. *Am J Psychiatry* 1999; 156:920-927.
9. Strakowski SM, Keck PE, McElroy SL, West SA, Sax KW, Hawkins JM, et al. Twelve-month outcome after a first hospitalization for affective psychosis. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55:49-55.
10. Dogan S, Sabanciogullari S. The effects of patient education in lithium therapy on quality of life and compliance. *Arch Psychiatr Nurs* 2003; 17:270-275.
11. Halford WK, Harrison C, Kalyansundaram Mountrey KC, Simpson S. Preliminary results from a psychoeducational program to rehabilitate chronic patients. *Psychiatr Serv* 1995; 46:1189-1191.

12. Kelly GR, Scott JE, Manas J. Medication compliance and health education among outpatients with chronic mental disorders. *Med Care* 1990; 28:1181-1197.
13. Schoenbaum SC, Cookson D, Stelarich S. Postdischarge follow-up of psychiatric inpatients and readmission in an HMO setting. *Psychiatr Serv* 1995; 46:943-945.
14. Bauml J, Pitschel-Walz G, Volz A, Engel RR, Kessling W. Psychoeducation in schizophrenia: 7-year follow-up concerning rehospitalization and days in hospital in the Munich Psychosis Information Project Study. *J Clin Psychiatry* 2007; 68:854-861.
15. Chan H, Inoue S, Shimodera S, Fujita H, Fukuzawa K, Kii M, et al. Residential program for long-term hospitalized persons with mental illness in Japan: Randomized controlled trial. *Psychiatry Clin Neurosci* 2007; 61:515-521.
16. Berghofer G, Schmidl F, Rudas S, Schmitz M. Utilization of psychiatric treatment. Who drops out, who comes back and who stays? *Psychiatr Prax* 2000; 27:372-377.
17. Donnelly M, McGilloway S, Mays N, Perry S, Lavery C. A 3- to 6- year follow-up of former long-stay psychiatric patients in Northern Ireland. *Soc Psychiatr Psychiatr Epidemiol* 1997; 32:451-458.
18. Nelson EA, Maruish ME, Axler JL. Effects of discharge planning and compliance with outpatient appointments on readmission rates. *Psychiatr Serv* 2000; 51:885-889.
19. Dogan S, Dogan O, Tel H, Coker F, Polatoz O, Dogan FB. Psychosocial approaches in outpatients with schizophrenia. *Psychiatr Rehabil J* 2004; 27:279-282.
20. Doğan O, Doğan S, Tel H, Çoker F, Polatöz Ö, Başgeçmez FD. Şizofrenide psikososyal yaklaşımlar: Aileler. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2002; 3:133-139.
21. Schneider L, Struening E. SLOF: a behavioral rating scale for assessing the mentally ill. *Soc Work Res Abstr* p.9-21, 1983.
22. Derogatis LR. The Brief Symptom Inventory (BSI) administration, scoring and procedures manual-II. Clinical Psychometric Research Inc.; 1992.
23. Sahin NH, Durak A. Brief Symptom Inventory (in Turkish). *Turk J Psychol* 1994; 9:44-56.
24. Leff J, Dayson D, Gooch C, Thornicroft G, Wills W. Quality of life of long stay patients discharged from two psychiatric institutions. *Psychiatr Serv* 1996; 47:62-67.
25. Leff J, Triemen N. Long-stay patients discharged from psychiatric hospitals. *Br J Psychiatry* 2000; 176:217-223.
26. Pinkney AA, Gerber GJ, Lafave HG. Quality of life after psychiatric rehabilitation: the clients' perspective. *Acta Psychiatr Scand* 1991; 83:86-91.
27. Gibson DM. Reduced rehospitalization and reintegration of persons with mental illness into community living. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1999; 37:20-25.
28. Linn MV, Klett CJ, Caffey EM. Relapse of psychiatric patients in foster care. *Am J Psychiatry* 1982; 139:778-783.
29. McQuaid JR, Granholm E, McClure FS, Roepke S, Pedrelli P, Patterson TL, et al. Development of an integrated cognitive-behavioral and social skills training intervention for older patients with schizophrenia. *J Psychother Prac Res* 2000; 9:149-156.
30. Menezes PR, Rodrigues LC, Mann AH. Predictors of clinical and social outcomes after hospitalization in schizophrenia. *Eur Arch Psychiatr Clin Neurosci* 1997; 247:137-145.
31. Tops A, Hansson L. Subjective quality of life in schizophrenic patients living in the community. Relationship to clinical and social characteristics. *Eur Psychiatry* 1999; 14:256-259.
32. Krach P, Yong J. Functional status of older persons with chronic mental illness living in a home setting. *Arch Psychiatr Nurs* 1992; 6:90-97.
33. Tilley S, Chambers M. Quality of life for people with severe and enduring mental illness in the community. The issue of activity. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 1999; 6:71-72.
34. Avison WR, Speechley KN. The discharge psychiatric patient: a review of social, social-psychological, and psychiatric correlates of outcome. *Am J Psychiatry* 1987; 144:10-18.
35. Trauer T, Farhall J, Newton R, Cheung P. From long-stay psychiatric hospital to community care unit: evaluation at 1 year. *Soc Psychiatr Psychiatr Epidemiol* 2001; 36:416-419.
36. Gillis LS, Trollip D, Jakoet A, Holden T. Non-compliance with psychotropic medication. *South Afr Med J* 1987; 72:602-606.
37. Schaub RT, Berghofer A, Muller-Oerlinghausen B. What do patients in a lithium outpatient clinic know about lithium therapy? *J Psychiatr Neurosci* 2001; 26:319-324.
38. Honkonen T, Stengård E, Virtanen M, Salokangas RK. Employment predictors for discharged schizophrenia patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007; 42:372-380.
39. Valencia-Collazos M, Saldivar-Hernandez G, Rivera-Guevara E. 18-month follow-up of patients with schizophrenia. *Salud Publica Mex* 1994; 36:662-669.
40. Glass RM. Mental disorders quality of life: inequality of insurance coverage. *JAMA* 1995; 274:1557.
41. Yener F. Şizofren aile bireylerinde görülen ruhsal bozuklukların ve belirtilerin incelenmesi. *Düşünen Adam* 1991; 4:21-31.
42. Wells DA. Management of early postdischarge adjustment reactions following psychiatric hospitalization. *Hosp Community Psychiatry* 1992; 43:1000-1004.
43. Yıldız M. Psikiyatrik rehabilitasyon felsefesi. *3P Dergisi* 2000; 8(Ek sayı.4):11-15.
44. Jones BN, Jayaram G, Samuels J, Robinson H. Relating competency status to functional status at discharge in patients with chronic mental illness. *J Am Acad Psychiatry Law* 1998; 26:49-55.
45. Palmer VK, Unger KV. Supported education. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1997; 35:16-21.
46. Noda F, Clark C, Terada H, Hayashi N, Maeda K, Sato M, et al. Community discharge of patients with schizophrenia: a Japanese experience. *Psychiatr Rehabil J* 2004; 28:143-149.
47. Linszen D, Dingemans P, Van der Does JW, Nugter A, Scholte P, Lenior R, et al. Treatment, expressed emotion and relapse in recent onset schizophrenic disorders. *Psychol Med* 1996; 26:333-342.
48. McIntosh J, Worley N. Beyond discharge: telephone follow-up and after care. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1994; 32:21-27.