

112 Acil Sağlık Hizmetine Başvurulardaki Psikiyatrik Olguların Değerlendirilmesi - Samsun 2004

Servet AKER,¹ Ömer BÖKE,² Yıldız PEKŞEN³

ÖZET

Amaç: Samsun ilinde, 2004 yılında, 112 acil sağlık hizmetlerinden yararlanan ve psikiyatrik başvuru olarak değerlendirilen hastaların demografik ve klinik özelliklerinin tanımlanması amaçlanmıştır. **Yöntem:** Samsun İl Sağlık Müdürlüğü Acil Sağlık Hizmetleri Şube Müdürlüğü İstasyon ve Komuta Kontrol Merkezi Vaka Formları 2004 yılı kayıtları temel alınarak veriler oluşturulmuş ve SPSS for Windows 10.0 istatistik paket programına aktararak analiz edilmiştir. Samsun 1.5 milyona yaklaşan nüfusu ile Orta Karadeniz'in en büyük ilidir. Samsun İl Sağlık Müdürlüğü, merkez ilçede dört, çevre ilçelerde beş olmak üzere toplam dokuz acil sağlık istasyonunda 10 ambulans, 50 hekim, 130 sağlık çalışanı ile 112 acil sağlık hizmeti vermektedir. **Bulgular:** Samsun'da, 2004 yılında, 112 acil sağlık hizmeti almak için toplam 9015 başvuru olmuştur. Bu başvuruların %12.3'ü psikiyatrik başvuru olarak kabul edilmiştir. Olguların %39.5'i erkek, %60.5'i kadın olup yaş ortalamaları sırasıyla 37.92±15.41 ve 36.39±14.95 yıldır. Başvuruların en sık Haziran ve Şubat aylarında olduğu dikkat çekmektedir. Ancak, psikiyatrik başvuruların aylara ve mevsimlere göre dağılımında istatistiksel bir fark yoktur ($p>0.05$). Başvurular incelendiğinde, en sık çağrı nedeninin bayılma-senkop (%48.1) olduğu, muayene sonrasında en sık konulan ön tanının konversiyon bozukluğu (%62.6) olduğu saptanmıştır. Kadınlarda en sık konulan ön tanılar %73.6 ile konversiyon bozukluğu ve %9.1 ile intihar girişimidir. Erkeklerde ise, en sık konulan ön tanılar %45.9 ile konversiyon bozukluğu ve %23.1 ile alkol alımıdır. Başvuruların en sık çarşamba günü yaşandığı, saat 16.00'dan sonra başvuru sıklığının arttığı dikkat çekmektedir. **Sonuç:** İyi organize edilmiş bir acil yardım hizmeti ile sınırlı zamanda, etkin önlemlerle hastaların hızlı ve düzgün yönlendirilmesi sağlanabilir ve böylece hastalık yükü en aza indirilebilir. (Anadolu Psikiyatri Dergisi 2006; 7:211-217)

Anahtar sözcükler: 112, acil, acil psikiyatri, ambulans, Samsun

Evaluation of psychiatric disorders among admittances to 112 emergency services in Samsun - 2004

ABSTRACT

Objective: This study aimed to determine the demographic and clinical characteristics of the patients admitted to 112 emergency services with psychiatric disorders in Samsun city centre in 2004. **Methods:** Data were obtained from the records of Emergency Health Care Services Department and analyzed by using SPSS 10.0 for Windows package program. Samsun is the biggest city of the Middle Black Sea Region, with a population for about 1.5 million. Samsun Province Directorate of Health provides 112 emergency services in nine health station (four of them in main district and five in the periphery) which contains 10 ambulances, 50 physicians, 130 healthcare personnel's. **Results:** A total of 9015 cases admitted to 112 emergency services in Samsun, in 2004. Of the patients, 39.5% was men and 60.5% was women and the mean ages of men and women were 37.9±15.4 and

¹ Dr., ³ Prof.Dr., Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, SAMSUN

² Yrd.Doç.Dr., Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, SAMSUN

Yazışma adresi: Dr. Servet AKER, Ondokuz Mayıs Univ. Tıp Fak. Halk Sağlığı ABD 55139/SAMSUN
E-posta: saker@omu.edu.tr; s.aker@yahoo.com

36.3±14.9 years, respectively. Of the cases, 12.3% admitted due to psychiatric disorders. It is notable that most of the applications take place in February and June. However, there is no statistically significant difference between the psychiatric applications regarding the months and seasons ($p>0.05$). The most common reason for calling the 112 emergency services was syncope (48.1%) and the most diagnosed psychiatric disorder was conversion disorder (62.6%). The most frequent prediagnosis in females are conversion disorders (73.6%) and suicide attempts (9.1%). In males the most frequent prediagnosis are conversion disorders (45.9%) and alcohol consumption (23.1%). It was considered that frequency of applications increase on Wednesdays and after 16.00. **Conclusion:** It's possible to direct the patients through the correct clinics faster and to reduce the disease load by means of a well-organized emergency health care service. (*Anatolian Journal of Psychiatry* 2006; 7:211-217)

Key words: 112, emergency, emergency psychiatry, ambulance, Samsun

GİRİŞ

Psikiyatrik aciller, düşünce, duygu ve davranış alanlarının bir ya da birkaçında ortaya çıkan belirtilerin, hasta veya diğer insanlar için tehdit oluşturduğu ve acil psikiyatrik yardım gerektirdiği durumlar şeklinde tanımlanmaktadır.¹ Psikiyatrik aciller birçok kronik ruhsal hastalık, psiko-sosyal stres etkenleri ve olumsuz yaşam olaylarından kaynaklanabildiği gibi; zehirlenmeler, madde kullanımı, ilaç yan etkileri ve ilaç-ilaç etkileşimleri sonrasında da gelişebilmektedir.^{1,2} Bu durumlarda sağlık çalışanları doğru tanının konması ve tedavinin acilen planlanması gerekmektedir.

Psikiyatrik acil hizmetler, sınırlı zamanda, etkin önlemlerle hastaların hızlı ve doğru yönlendirilmesi, hastalığın maddi ve manevi yüklerinden hasta ve yakınlarının en az kayıpla kurtulmasını sağlar. Acil psikiyatrik yardımın koruyucu psikiyatri açısından da önemi büyüktür. Çünkü başarılı bir ilk yardım, ikinci bir acil durumu önleyebileceği gibi, hastanın daha sonraki tedavilere uyumunu da kolaylaştırabilmektedir.²

112 Acil Sağlık Hizmet Servisleri, İl Sağlık Müdürlüklerine bağlı olarak faaliyet gösteren İlk ve Acil Yardım Komuta Kontrol Merkezi'ne bağlı olarak çalışmaktadır. Hastaya çıkış talimatları bu merkezden verilmekte olup günün 24 saati, kesintisiz ve ücret alınmadan hizmet verilmektedir. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'na bağlı 890 istasyonda, 1033 ambulans ile 112 acil sağlık hizmeti verilmektedir.³

Bu çalışmada Samsun ilinde, 2004 yılında, 112 acil sağlık hizmetlerinden yararlanan ve psikiyatrik başvuru olarak değerlendirilen hastaların demografik ve klinik özelliklerinin tanımlanması amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Tanımlayıcı tipteki bu çalışmanın verileri, Samsun Sağlık İl Müdürlüğü Acil Sağlık Hizmetleri Şube Müdürlüğü İstasyon ve Komuta Kontrol Merkezi Vaka Formları 2004 yılı kayıtları temel

alınarak oluşturulmuştur.

Samsun 1.5 milyona yaklaşan nüfusu ile Orta Karadeniz'in en büyük ilidir. Samsun İl Sağlık Müdürlüğü 112 komuta kontrol merkezine bağlı, merkez ilçede dört, çevre ilçelerde beş olmak üzere toplam dokuz acil sağlık istasyonunda 10 ambulans, 50 hekim, 130 sağlık çalışanı ile 112 acil sağlık hizmeti vermektedir.

Çalışma kapsamında 2004 yılına ait veriler, gerekli izinler alındıktan sonra araştırmacılar tarafından taranmış ve SPSS for Windows 10.0 istatistik paket programına aktararak analiz edilmiştir.

BULGULAR

Acil sağlık hizmetleri kayıtlarına göre, 2004 yılı içinde Samsun'da, 112 acil sağlık hizmeti almak için toplam 9015 başvuru olmuştur. Bu başvuruların 1108'i (%12.3) 112 acil sağlık ekibi tarafından psikiyatrik başvuru olarak kabul edilmiştir. Aylara göre başvuruların dağılımı Tablo 1'de sunulmaktadır. Psikiyatrik başvuruların aylara ve mevsimlere göre dağılımında istatistiksel bir fark yoktur (Aylar için $\chi^2=16.74$; mevsimler için $\chi^2=2.36$, $p>0.05$). Ancak, psikiyatrik başvuruların en sık Haziran ve Şubat aylarında olduğu dikkat çekmektedir.

112 acil sağlık ekibi tarafından psikiyatrik başvuru olarak değerlendirilen olguların 438'i (%39.5) erkek, 670'i (%60.5) kadın olup yaş ortalamaları sırasıyla 37.92±15.41 ve 36.39±14.95 yıldır. Başvuranların cinsiyetlerine göre yaş ortalamaları açısından istatistiksel bir fark yoktur ($t=1.57$, $p>0.05$) Başvuranların cinsiyetlerine göre yaş grupları dağılımları Grafik 1'de sunulmaktadır. Grafik incelendiğinde başvuruların genç erişkin yaş grubunda yoğunluk kazandığı görülmektedir.

Başvurular incelendiğinde en sık çağrı nedeninin bayılma-senkop (%48.1) olduğu (Tablo 2), muayene sonrası ekip hekimi tarafından en sık konulan ön tanının konversiyon bozukluğu

Tablo 1. Başvuranların aylara göre dağılımı

Aylar	Başvuru sayısı		%
	Toplam	Psikiyatrik	
Ocak	760	91	12.0
Şubat	724	99	13.7
Mart	670	83	12.4
Nisan	609	78	12.8
Mayıs	724	89	12.3
Haziran	699	109	15.6
Temmuz	887	115	13.0
Ağustos	858	87	10.1
Eylül	794	98	12.3
Ekim	708	80	11.3
Kasım	745	75	10.1
Aralık	837	104	12.4
Toplam	9015	1108	12.3

Tablo 2. Başvuranların çağrı nedenlerine göre dağılımı

Çağrı Nedenleri	Sayı	%
Bayılma-Senkop	533	48.1
Fenalaşma	131	11.8
Sinir krizi	67	6.0
İlaç alımı	65	5.9
Göğüs ağrısı	44	4.0
İntihar girişimi	44	4.0
Kalp krizi	32	2.9
Hipertansiyon	32	2.9
Düşme	26	2.3
Saldırganlık	25	2.3
Nefes darlığı	24	2.2
Diğer	85	7.6
Toplam	1108	100.0

(%62.6) olduğu (Tablo 3) saptanmıştır. Cinsiyete göre ön tanımlara bakıldığında, kadınlarda en sık konulan ön tanımların %73.6 ile konversiyon bozukluğu, %9.1 ile intihar girişimi olduğu görülmektedir. Erkeklerde en sık konulan ön tanımlar ise, %45.9 ile konversiyon bozukluğu ve %23.1 ile alkol alımıdır.

Başvuruların başvuru günlerine göre dağılımı Grafik 2'de, başvuru saatlerine göre dağılımı Grafik 3'de sunulmaktadır. Başvuruların, en sık çarşamba günü olduğu, saat 16.00'dan sonra başvuru sıklığının arttığı dikkati çekmektedir (Grafik 2 ve 3).

112 acil sağlık hizmet başvuruları incelendiğinde, başvuruların 1026'sının (%92.6) telefonla, 44'ünün (%4.0) polis aracılığıyla olduğu; başvuru adresi olarak 596'sının (%53.8) evi, 263'ünün (%23.7) açık alanı belirttiği görülmüştür. Kayıtlarda sosyal güvence bilgisi 923 (%83.3) olgu için bulunmaktadır. Bu olgulardan 313'ü (%33.9) SSK'lı olup 306'sının (%33.2) herhangi bir sosyal güvencesi yoktur.

Muayene sonrasında hastaların %57.9'una yerinde müdahale edilmiş, %39.0'ı hastaneye nakledilmiştir (Tablo 4). Bunlardan %78.7'si herhangi bir devlet hastanesine, %17.8'i Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'ne, %3.5'i ise Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne nakledilmiştir.

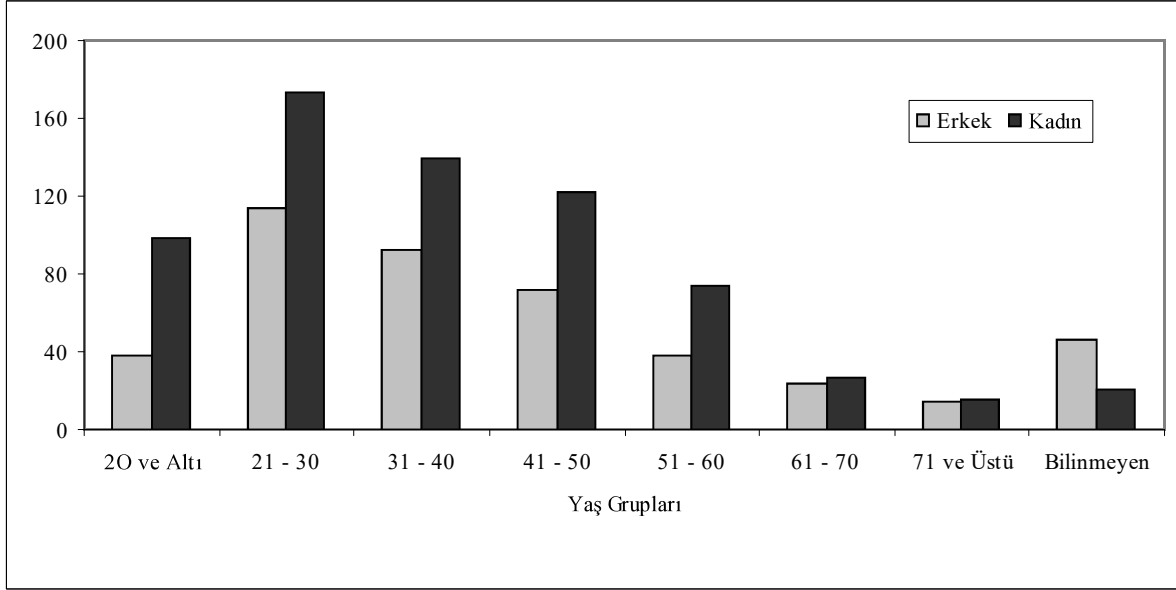
Tablo 3. Başvuranların ön tanımlarına göre dağılımı

Ön Tanılar*	Sayı	%
Konversiyon	694	62.6
Alkol bağımlılığı	106	9.6
Şantaj intihar girişimi	82	7.4
Ajitasyon	54	4.9
Anksiyete bozukluğu	43	3.9
Psikotik bozukluklar	40	3.6
İlaç zehirlenmesi	30	2.7
Depresyon	30	2.7
Panik atağı	18	1.6
Madde bağımlılığı	9	0.8
Posttravmatik stres boz.	2	0.2
Toplam	1108	100.0

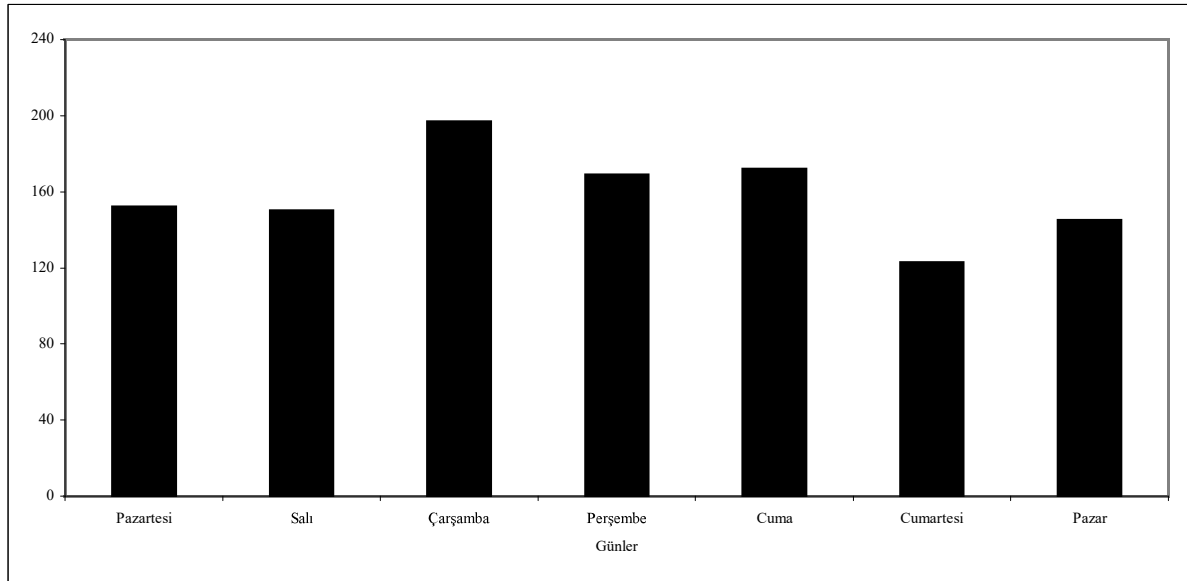
* Komuta kontrol merkezi vaka formu ön tanımları

TARTIŞMA

2004 yılında, Samsun'da 112 acil sağlık hizmeti almak için başvuranların %12.3'ü psikiyatrik nitelikte olgulardır. Genel hastanelerin acil servislerine başvuruların %3-12'sinin psikiyatrik özellikli başvurular olduğu belirtilmektedir.² Bir çalışmada acil servis başvurularının %7.5'inin,⁴ diğerinde %17.3'ünün⁵ psikiyatrik başvuru olduğu belirtilmektedir. Sağlık Bakanlığı verilerine göre, 2004 yılında 112 acil sağlık hizmetinden yararlananların, Türkiye genelinde %7.7'sini, Karadeniz bölgesinde %10.3'ünü psikiyatrik olgular oluşturmaktadır.³ 2002 yılında, Ankara'da 112 acil sağlık hizmetlerine başvuruların %4.6'sını, 2003'te %5.0'ını, 2004'te %6.6'sını;



Grafik 1. Başvuranların cinsiyetlerine göre yaş grupları dağılımı



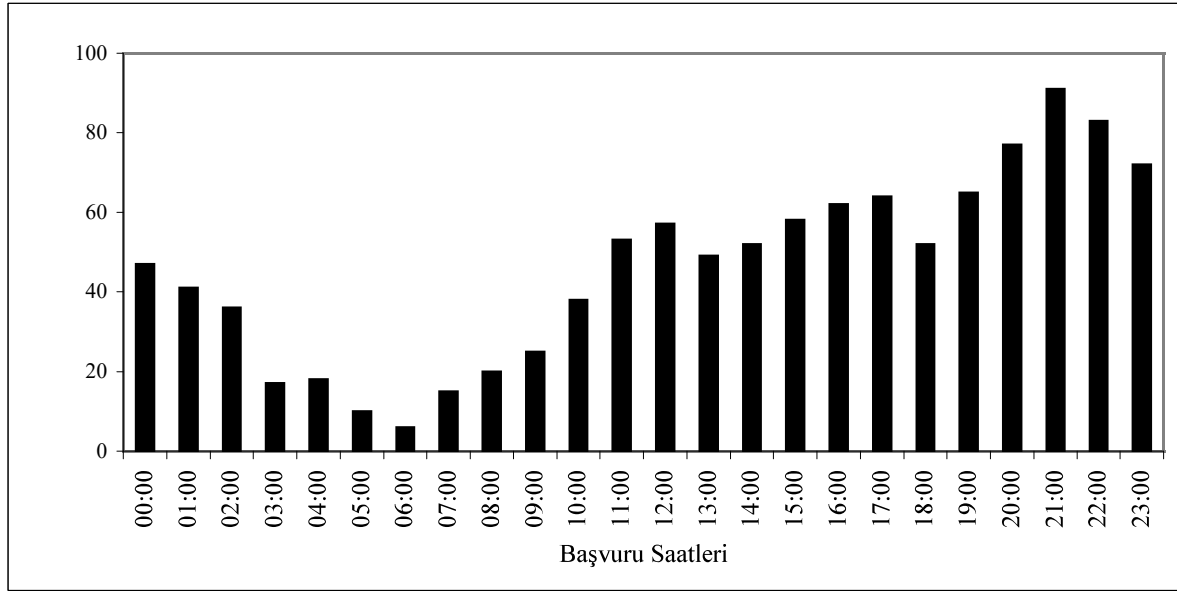
Grafik 2. Başvuranların günlere göre dağılımı

tanısı konmuş olanların 2002'de %5.1'ini, 2003'te %6.5'i-ni, 2004'te %7.3'ünü psikiyatrik başvuruların oluşturduğu bildirilmektedir.⁶⁻⁸ Acil sağlık hiz-metlerine başvuran hastaları inceleyen bir başka çalışmada, başvuruların en az %9.0'ının psikiyatrik nitelikte olduğu belirtilmektedir.⁹

Yapılan çalışmalarda, acil başvurular içindeki psikiyatrik olguların oranları hem hastaneler arasında, hem de hastanelerle 112 acil sağlık hizmet servisleri arasında farklılık göstermek-

tedir. Ancak bu çalışma, Sağlık Bakanlığı verileri ve diğer acil servis çalışmaları, acil başvuruların %3-15'lik kısmının psikiyatrik olgulardan oluştuğu bilgisini doğrular niteliktedir.

Ondokuz Mayıs Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada, psikiyatrik acil başvurularının %71.4'ünü kadınların oluşturduğu belirtilirken,⁵ Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılan çalışmada erkeklerin daha çok başvurduğu belirtilmektedir.⁴ Sudak ise, acil psikiyatrik başvurular arasında cinsiyet farkının



Grafik 3. Başvuranların saatlere göre dağılımı

Tablo 4. Psikiyatrik olguların sonuçlarına göre dağılımı

Sonuç	Sayı	%
Yerinde müdahale	642	57.9
Hastaneye nakil	432	39.0
Eve nakil	14	1.3
Nakil reddi	12	1.1
Görev iptali	4	0.4
Diğer	4	0.4
Toplam	1108	100.0

olmadığını belirtmektedir.¹ Çalışma grupları arasındaki farklılıklar ve çalışılan grubun tanı profili, başvuruların cinsiyetlerindeki farklılıkları açıklayabilir. Başvurulardaki cinsiyet farklılıkları konusunda ortak bir görüş sağlanamamakla birlikte çoğu çalışmada, bu çalışmada olduğu gibi başvuruların çoğunun genç erişkin yaş grubundan olduğu bildirilmektedir.^{4,5,10,11}

Bu çalışmada, konversiyon bozukluğu en sık (%62.6) konulan ön tanıdır ve 112 acil sağlık hizmeti başvurularının %7.7'sini oluşturmaktadır. Konversiyon bozuklukları batı ülkelerinde toplumda yüz binde 11-300 oranında görülen, psikiyatri polikliniği başvurularının %1-3'ünü oluşturmaktadır. Buna karşılık konversiyon bozuklukları psikiyatri hastanelerine başvurularının %1'inden azını oluşturur ve acil servislerde seyrek olarak tanı konur.¹²

Türkiye'de konversiyon bozukluğunun yaygınlığı ile ilgili net bir oran verilememekle birlikte, batı ülkelerinden daha sık gözlemlendiği belirtilmektedir.¹³ Ülkemizde farklı merkezlerde yapılan çalışmalarda acil psikiyatrik başvuruları içinde konversiyon bozukluğunun sıklığı dikkat çekmektedir.^{4,5,14,15}

Konversiyon bozukluğu tanısının ancak, etiyolojik nörolojik ya da genel tıbbi durumları dışlamak için tam bir tıbbi araştırma yapıldıktan sonra konulması gerektiği her zaman akılda tutulmalıdır. Birçok açık konversiyon bozukluğu olgusunda genel tıbbi bir etiyolojinin açığa çıkması yıllar alabileceği için konan tanı geçici tanı olarak görülmelidir. Önceki yıllarda yapılan çalışmalarda başlangıçta konversiyon belirtileri tanısı konan kişilerin 1/4-1/2'sinde daha sonra genel tıbbi etiyolojik etkenler bulunmuştur.^{12,16}

112 acil sağlık hizmetine yapılan başvuru sonrasında, ekip başvuru adresine ulaşmakta, ekipte bulunan hekim tarafından hasta değerlendirilmekte ve gerekli girişimler yapıldıktan sonra komuta merkezine bilgi verilmektedir. Her hekim kendi bilgi ve becerisiyle kısa sürede tanı koymak zorunda kalmaktadır. Hastalara acil servislerde konan tanı ile daha sonraki değerlendirmelerde konan tanıların farklılıklar gösterdiği bilinmektedir.¹⁷ Bu çalışma kapsamında değerlendirilen olguların, daha sonraki değerlendirmeleri ve tanıları konusunda bilgi sahibi olunmaması, net bir yorum getirilmesini zorlaştırmaktadır.

Başvurular incelendiğinde, dikkati çeken bir başka durum intihar girişimi sıklığıdır. Komuta kontrol merkezi kayıt formunda yer alan, şantaj intihar girişimi ön tanıli olgular ve ilaç zehirlenmeleri bir arada intihar girişimi olarak değerlendirilebilir. Bu çerçevede bakıldığında intihar girişiminin tüm olgularda %10.1, erkeklerde %11.6, kadınlarda %9.1 olduğu görülmektedir. Türkiye'de yapılan çalışmalarda yaşam boyu intihar girişimi sıklığı Manisa'da %2.3,¹⁸ yıllık intihar girişimi sıklığı Trabzon'da 31.5/100.000,¹⁹ Ankara Mamak'ta 57.9-112.1/100.000²⁰ olarak bulunmuştur. Acil servis başvurularının incelendiği iki farklı çalışmada ise, başvuru nedeni intihar girişimi olanların oranı %6.5⁴ ve %19.2⁵ olarak belirtilmektedir. Ankara 112 acil hizmetlerinden yararlanan olgulardan psikiyatrik nedenle başvuranların %23.8'inin intihar girişimi nedeniyle olduğu belirtilmektedir.²¹ İntihar girişimleri hem toplumdaki yaygınlıkları, hem de acil girişim gerektiren psikiyatrik hastalıklar içindeki öncelikli durumları ile önem taşımaktadır.

İntihar girişiminde bulunan kişi gerçekten ölmek isteğinde olabileceği gibi, bu davranışıyla acısını, çaresizliğini ve umutsuzluğunu dile getirmek amacını da gütmüş olabilir. Bu nedenle sağlık çalışanlarının intihar girişiminde bulunan kişilere karşı etiketleyici bir tutum sergilemeden gerekli girişimleri hızlı ve etkin biçimde yapmaları gerekir. Ancak komuta kontrol merkezi kayıt formunda intihar girişimi olgularının şantaj intihar girişimi olarak tanımlanması, hekimlerin psikiyatrik hastalara karşı önlenemeyen etiketleyici tavrının, hekimler kadar sağlık örgütlenmesini de etkilediğini göstermesi açısından önemlidir.

Bu çalışmada, panik atağı ön tanısı konmuş olgular tüm psikiyatrik başvuruların %1.6'sını oluşturmaktadır. Acil servis başvurularını inceleyen bir çalışmada, psikiyatrik başvuruların %4.7'sine panik bozukluğu tanısı konduğu belirtilmektedir.⁴ Bu açıdan bakıldığında panik bozukluğu olan hastaların 112 acil servislerini, hastane acillerine göre daha az kullandığı söylenebilir. Panik nöbeti geçirmekte olan bir hasta için ambulansı evde beklemek yerine, hastaneye kendisinin gitmesi, beklenen bir durumdur. Anksiyetelerini kontrol edemeyen hastalar, anksiyeteye girişimde bulunma zamanını kontrolleri altında tutmak istiyor olabilir. Ayrıca panik bozukluğu olan bir hasta için, eve göre hastane daha güvenli bir ortamdır.

Genel olarak tanılara göre başvuru sıklığına bakıldığında, kişilerarası çatışmalardan kaynaklanan acil psikiyatrik durumlarda, doğrudan

hastane acillerinden çok, 112 acil sağlık sisteminin kullanıldığı söylenebilir.

Komuta kontrol merkezi kayıt formu incelendiğinde psikiyatrik hastalıkların ön tanı sınıflandırmasında, 'ajitasyon'un bir psikiyatrik tanı olarak değerlendirildiği görülmektedir. Kayıt formunda yer alan tanı sisteminin bugünkü psikiyatrik sınıflamadan uzak olduğu dikkat çekmektedir. Böyle bir tanı sisteminin kullanılması hizmetin merkezi yapılandırılması konusunda soru işaretleri doğurmaktadır.

Kayıtları değerlendirdiğimizde en sık başvurunun Haziran ve Şubat aylarında olduğunu görmekteyiz. Türkdemir ve ark., Ankara'da 2003 yılında 112 acil sağlık hizmetleri için en sık psikiyatrik başvurunun Haziran ve Şubat aylarında,⁶ 2004 yılında Mart ve Haziran-Ağustos aylarında olduğunu belirtirken,⁷ 2002 ile ilgili değerlendirme çalışmasında ay ve mevsimlere göre bir farklılıktan söz etmemiştir.⁸ Bu çalışmalarda, psikiyatrik başvuru sıklığının benzer aylarda yüksek bulunması ilgi çekicidir. Şubat ve Haziran ayları ders yılı ara tatili ve yaz tatilinin başladığı zamanlardır ve bu aylarda okul-karne kaynaklı genç başvurularının olabileceği akla gelmektedir. Ancak aylara göre cinsiyet, yaş ortalamaları ve ön tanıları açısından belirgin bir fark yoktur. Başvurulardaki aylara göre farklılık, ailelerin okul tatili nedeniyle bir araya gelme sıklığındaki artışa bağlı olabilir.

Başvuruların günlere göre dağılımına bakıldığında, en çok başvurunun çarşamba günü olduğunu, hafta sonunda başvurunun en az olduğunu görmekteyiz. Stefanis, psikiyatrik acil başvuruların en çok çarşamba günü, en az hafta sonu olduğunu belirtmektedir.¹⁰

Başvurular günün ilk saatlerinde en düşük düzeydeyken, gün içinde artmakta ve en çok başvuru saat 18.00'den sonra olmaktadır. Bazı çalışmalarda da en sık başvurunun 16.00-24.00 saatleri arasında olduğu belirtilmektedir.^{5,22} Bu saatler ailenin bir araya geldiği saatlerdir. Saat 21:00'de başvurunun en üst düzeye ulaşması, ailenin bir araya gelmesi ile başvuru sıklığı arasındaki ilişkiyi destekler niteliktedir ve acil sağlık gereksinmesine neden olan psikiyatrik sorunların ortaya çıkışını, ailenin bir arada olmasının tetiklediği ileri sürülebilir.

Sağlık Bakanlığı verilerine göre, 2004 yılında 112 acil hizmeti alanların Türkiye genelinde %15.88'ine, Karadeniz bölgesinde %22.48'ine yerinde girişimde bulunulmuştur. Hastanelere sevk oranı Türkiye genelinde %68.05, Karade-

niz bölgesinde %65.25'dir.³ Bu çalışmada sadece psikiyatrik olguların çalışmaya alınması ve hastaların çoğunun yerinde girişime izin veren sorunlarının olması, yerinde girişim oranlarındaki yüksekliğin nedeni olarak düşünülmektedir.

SONUÇ

Samsun ili 2004 yılı 112 acil sağlık hizmetlerinden yararlananlar içinde önemli oranda psikiyatrik başvuru bulunmaktadır. İyi organize

edilmiş bir acil sağlık hizmeti ile sınırlı zamanda, etkin önlemlerle hastaların hızlı ve düzgün yönlendirilmesi sağlanabilir ve böylelikle hasta yükü en aza indirilebilir. Bu amaçla:

1. 112 acil sağlık hizmeti veren sağlık personeli psikiyatrik aciller konusunda sürekli hizmet içi eğitime tabi tutulmalıdır.
2. 112 acil ön tanıları yeniden gözden geçirilmeli, tanı ölçütleri belirlenmeli ve girişim algoritmaları geliştirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Sudak HS. *Psychiatric emergencies*. B Sadock, V Sadock (eds), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, eighth ed, Baltimore, Lippincott Williams & Wilkins, 2005, Vol. 2, s.2453-2470.
2. Bekaroğlu M, Bilici M. *Psikiyatrik aciller*. C Güleç, E Köroğlu (eds), *Psikiyatri Temel Kitabı*, Cilt II, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1998, s.835-855.
3. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. *Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2004 Yılı İkinci 6 Aylık Geri Bildirim Teyidi*, Ankara, 2005, Tablo 37-41. [www.saglik.gov.tr/extras/istatistikler/2004%20WE B/kapak-icindekiler.1.Doc](http://www.saglik.gov.tr/extras/istatistikler/2004%20WE%20B/kapak-icindekiler.1.Doc). 03.03.2006.
4. Kısa C, Aydın OD, Cebeci S, Aydemir Ç, Göka A. *Acil Psikiyatrik başvuruların ve acil psikiyatrik hizmetlerin değerlendirilmesi*. *Yeni Symposium Dergisi* 2001; 39:174-180.
5. Güz H, Doğanay Z, Güven H, Özcan A. *Acil servisten istenen psikiyatri konsültasyonlarının geriye dönük incelenmesi*. *Acil Tıp Dergisi* 2003; 3:11-14.
6. Türkdemir AH, Aysun A, İnan F, Uğurlu M. *Acil sağlık hizmetlerine yapılan başvuruların mevsimsel ilişkileri 2003*. IX. Ulusal Halk Sağlığı Günleri (28 Eylül-01 Ekim 2005), Ankara, *Bildiri Özet Kitabı*, 2005, s.284.
7. Türkdemir AH, Aysun A, Uğurlu M. *Acil sağlık hizmetlerine yapılan başvuruların mevsimsel ilişkileri 2002*. IX. Ulusal Halk Sağlığı Günleri (GATA 28 Eylül-01 Ekim 2005), Ankara, *Bildiri Özet Kitabı*, 2005, s.285.
8. Türkdemir AH, Aysun A, İnan F, Uğurlu M. *Acil sağlık hizmetlerine yapılan başvuruların mevsimsel ilişkileri 2004*. IX. Ulusal Halk Sağlığı Günleri (GATA 28 Eylül-01 Ekim 2005) Ankara, *Bildiri Özet Kitabı*, 2005, s.286.
9. Marks PJ, Daniel TD, Afolabi O, Spiers G, Nguyen-Van-Tam JS. *Emergency (999) calls to the ambulance service that do not result in the patient being transported to hospital: an epidemiological study*. *Emerg Med J* 2002; 19:449-452.
10. Stefanis N, Rabe-Hesketh S, Clark B, Bebbington P. *An evaluation of a psychiatric emergency clinic*. *J Ment Health* 1999; 8.
11. Segal SP, Akutsu PD, Watson MA. *Factors associated with involuntary return to a psychiatric emergency service within 12 months*. *Psychiatr Serv* 1998; 49:1212-1217.
12. Hollifield MA. *Somatoform disorders (conversion disorder)*. B Sadock, V Sadock (eds), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, eighth ed, Baltimore, Lippincott Williams & Wilkins, 2005, Vol. 1, s.1814-1818.
13. Öztürk O. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Doku-zuncu baskı, Ankara, 2002, s.393-411.
14. Arsayay G, Kendi M, Gül Aİ ve ark. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği'ne acil başvurular üzerine bir çalışma*. 34. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bilimsel Çalışmalar Kitabı, İzmir, 1998.
15. Işık B, Göka E, Örsel S ve ark. *SSK Eğitim Hastanesi Psikiyatri Kliniği'ne bir yıl içerisinde yapılan acil başvuruların geriye dönük olarak incelenmesi*. *Bahar Sempozyumları II Kitabı*, Antalya, 1998.
16. Amerikan Psikiyatri Birliği. *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı* 1994, (DSM-IV). E Köroğlu (çev. ed), Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1995.
17. Warner MD, Peabody CA. *Reliability of diagnosis made by psychiatric resident in a general emergency department*. *Psychiatr Serv* 1995; 46: 1284-1286.
18. Deveci A, Taşkın E, Erbay Dünder P, Demet M, Kaya E, Özmen E ve ark. *Manisa ili kent merkezinde intihar düşüncesi ve girişimi yaygınlığı*. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2005; 16:170-178.
19. Bekaroğlu M, Bilici M, Hocaoğlu Ç, Gürpınar S, Uluutku N. *Trabzon'da 1995 yılı intihar girişimi insidansı*. *Türk Psikiyatri Derg* 2000; 11:95-102.
20. Devrimci Özgüven H, Sayıl I. *Suicide attempts in Turkey: Results of the WHO-EURO multicentre study on suicidal behaviour*. *Can J Psychiatry* 2003; 48:324-329.
21. Türkdemir AH, Arıca F, Girgin G, Aysun A. *Psikiyatrik aciller* (Ankara, 2003). XIII. Ulusal Sosyal Psikiyatri Kongresi, Haziran 2006, Bursa.
22. Seow E, Wong HP, Phe A. *The pattern of ambulance arrivals in the emergency department of an acute care hospital in Singapore*. *Emerg Med J* 2001; 18:297-299.