

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ PSİKİYATRİ KLİNİĞİNDE
YATAN HASTALARIN TEDAVİ MALİYETLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ
Dr. CEMAL KOÇAK

ANKARA 2016

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ PSİKİYATRİ KLİNİĞİNDE
YATAN HASTALARIN TEDAVİ MALİYETLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ
Dr. CEMAL KOÇAK

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Mustafa Necmi İLHAN

ANKARA 2016

ÖNSÖZ

Uzmanlık tezi çalışması sürecinde rehberlik, emek ve bilgisini esirgemeyen danışman hocam Prof. Dr. Mustafa Necmi İlhan'a;

Halk Sağlığı uzmanlık eğitimim boyunca her türlü bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, mesleğimi daha çok sevmeme vesile olan değerli hocalarım Prof. Dr. Sefer Aycan, Prof. Dr. Seçil Özkan, Prof. Dr. Fatma Nur Baran Aksakal, Öğretim Görevlisi Dr. Asiye Uğraş Dikmen'e;

Tez çalışmamı destekleyen Gazi Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı ve anabilim dalı başkanı Prof. Dr. Aslı Kuruoğlu'na;

Beraber çalışmaktan mutluluk duyduğum tüm asistan arkadaşlarıma;

Hayallerim için dua edip çaba göstermeyi bana öğreten, başarılarımın esas mimarları olan annem ve babama;

Yoğun tez döneminde sabır ve hoşgörü gösteren, beni her zaman daha çok çalışmaya teşvik eden eşime ve bana moral kaynağı olan canım kızıma;

Teşekkür ederim.

Dr. Cemal Koçak

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

Tez Sınav Tutanağı

Adı ve Soyadı	Cemal KOÇAK
Baba Adı	Yüksel
Doğum Yeri / Tarihi	Ankara / 25.09.1987
Diploma Tarihi / Diploma No	25.06.2012 / 4542
Mezun Olduğu Fakülte	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
İhtisas Yaptığı Anabilim Dalı / Bilim Dalı	Halk Sağlığı
İhtisas Süresi	Yıl: 4 Ay:-
Sınav Yapılmasını İsteyen Makam	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı

UZMANLIK TEZİNİN ADI: Bir Üniversite Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastaların
Tedavi Maliyetlerinin Değerlendirilmesi

JÜRİ KARARI: UYGUNDUR

JÜRİ ÜYELERİ

BAŞKAN

Prof.Dr. Fatma Nur Baran AKSAKAL

ÜYE

Prof.Dr. Mustafa Necmi İLHAN

ÜYE

Prof.Dr. Tuğrul ERBAYDAR

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
Önsöz	ii
Kabul ve Onay	iii
İçindekiler	iv
Tablo dizini	vi
Şekil dizini	viii
Kısaltmalar	ix
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Psikiyatrinin Tarihçesi	4
2.2. DSM V'e Göre Psikiyatrik Hastalıkların Sınıflandırılması	11
2.3. DSM V'e Göre Bazı Psikiyatrik Hastalıkların Tanısal Ölçütleri	16
2.4. Psikiyatrik Hastalıkların Epidemiyolojisi	30
2.5. Psikiyatrik Hastalıkların Tedavileri	35
2.6. Psikiyatrik Hastalıklarda İlaç Dışı Tedaviler	46
2.6.1. EKT	46
2.6.2. Psikoterapiler	48
2.7. Sağlık Ekonomisi Kavramı	51
2.8. Dünya'da ve Türkiye'de Sağlık Harcamaları	52
2.9. Sağlıkta Ekonomik Değerlendirme Yöntemleri	55
2.10. Maliyet kavramı (Doğrudan-Dolaylı maliyet)	59
2.11. Maliyet Analizinde Perspektifler (Bakış Açıları)	61
3. GEREÇ-YÖNTEM	63
3.1. Araştırmanın Tipi	63
3.2. Araştırmanın Evreni	63
3.3. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri	64
3.4. Çalışmadan Hariç Tutulma Kriterleri	64
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	64
3.5.1. Bağımlı Değişkenler	64

3.5.2. Bağımsız Değişkenler	65
3.6. Araştırmada Kullanılan Araç-Gereç	65
3.7. Araştırmanın Uygulama Şekli	66
3.8. Maliyetlerin Dolar Olarak Hesaplanması	68
3.9. Etik Kurul İzni	68
3.10. Veri Girişi ve Verilerin Düzenlenmesi	68
3.11. Veri Analizi-İstatistiksel Yöntemler	69
3.12. Araştırma Takvimi	70
3.13. Araştırmanın Kısıtlılıkları	70
4. BULGULAR	72
4.1. Maliyet Dışı Bulgular	72
4.2. Maliyet Bulguları	85
5. TARTIŞMA	99
5.1. Maliyet Dışı Bulguların Tartışılması	99
5.2. Maliyetler Bulgularının Tartışılması	109
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	119
7. KAYNAKLAR	122
8. ÖZET	129
9. SUMMARY (İNGİLİZCE ÖZET)	131
10. EKLER	133
Ek-1 Veri Toplama Formu	133
Ek-2 Etik Kurul Onayı	135
Ek-3 Başhekimlik İzni	137
11. ÖZGEÇMİŞ VE İLETİŞİM BİLGİLERİ	138

TABLO DİZİNİ

	Sayfa
Tablo 1. Türkiye’de 2000 Yılı Sonrası Anksiyete Bozuklukları Üzerine Yapılan Epidemiyolojik Araştırmalar	33
Tablo 2. Sağlık Hizmetlerinde Ekonomik Değerlendirme Özeti	59
Tablo 3. Korelasyon Katsayısına Göre İlişki Durumu	70
Tablo 4. Hastaların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı, Ankara, 2015	73
Tablo 5. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Medeni Durum ve Çalışma Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2015	74
Tablo 6. DSM V’e Göre Hastaların Hastaneye Yatış Tanılarının Cinsiyete Göre ve Toplam Dağılımı, Ankara, 2015	75
Tablo 7. DSM V’e Göre Hastaların Hastaneye Yatış Tanılarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı, Ankara, 2015	77
Tablo 8. DSM V’e Göre Hastaların Hastaneye Yatış Tanılarının Medeni Duruma Göre Dağılımı, Ankara, 2015	78
Tablo 9. DSM V’e Göre Hastaların Hastaneye Yatış Tanılarının Öğrenim Durumuna Göre Dağılımı, Ankara, 2015	78
Tablo 10. Birden Fazla Yatışı Yapılan Hastaların Tanı Dağılımları, Ankara, 2015	79
Tablo 11. Hastaların Sağlık Uygulama Tebliği Tanıya Dayalı İşlem Puan Listesine Göre Psikiyatrik Hastalık Sınıflarının Dağılımı, Ankara, 2015	80
Tablo 12. Hastaların Tanılarına Göre Hastalıklarının İlk Belirti Yaşlarının Dağılımı, Ankara, 2015	81
Tablo 13. Hastaların Tanılarına Göre Hastalıklarının Mevcut Sürelerinin Dağılımı, Ankara, 2015	82
Tablo 14. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Hastanede Yatış Sürelerinin Dağılımı, Ankara, 2015	83
Tablo 15. Hastaların Tanılarına Göre Hastanede Yatış Sürelerinin Dağılımı, Ankara, 2015	84

Tablo 16. Psikiyatri Paket Ücerti Oluşturan Bazı İşlemlerin Maliyetleri, Ankara, 2015	85
Tablo 17. Hastaların Günlük Ortalama Maliyetleri, Ankara, 2015	86
Tablo 18. Hastaların Yatış Başına Toplam Maliyetleri, Ankara, 2015	86
Tablo 19. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Günlük Toplam Maliyetlerinin Karşılaştırılması, Ankara, 2015	87
Tablo 20. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Toplam Yatış Maliyetlerinin Karşılaştırılması, Ankara, 2015	89
Tablo 21. Hastaların Tanılarına Göre Günlük Toplam Maliyetlerinin Dağılımı, Ankara, 2015	91
Tablo 22. Hastaların Tanılarına Göre Toplam Maliyetlerinin Dağılımı, Ankara, 2015	92
Tablo 23. Yaş, Yatış Süresi ve Maliyetin Gösterdiği İlişkinin Değerlendirilmesi, Ankara, 2015	94
Tablo 24. Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri ve Tanılarının Yatış Süresine Etkisini Değerlendirmek Üzere Yapılan Lojistik Regresyon Analizi Sonucu, Ankara, 2015	96
Tablo 25. Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri ve Tanılarının Toplam Yatış Maliyetine Etkisini Değerlendirmek Üzere Yapılan Lojistik Regresyon Analizi Sonucu, Ankara, 2015	98

ŞEKİL DİZİNİ

	Sayfa
Şekil 1. Maliyetlerin sınıflandırılması	60
Şekil 2. Maliyet Analizinde Perspektifler (Bakış Açıları)	62
Şekil 3. Hastaların Tanılarına Göre Dağılımı, Ankara, 2015	76
Şekil 4. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Toplam Yatış Maliyetlerinin Karşılaştırılması, Ankara, 2015	90
Şekil 5. Hastaların Yaş Gruplarına Göre Toplam Yatış Maliyetlerinin Karşılaştırılması, Ankara, 2015	90
Şekil 6. Hastaların Tanılarına Göre Toplam Yatış Maliyetlerinin Karşılaştırılması, Ankara, 2015	93
Şekil 7. Hastaların Yaş İle Hastanede Yattığı Gün Sayılarının Korelasyon Grafiği, Ankara, 2015	94
Şekil 8. Hastaların Yaş İle Toplam Yatış Maliyetlerinin Korelasyon Grafiği, Ankara, 2015	95

KISALTMALAR

TC: Türkiye Cumhuriyeti

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

DSM: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)

Yy: Yüzyıl

Bkz.: Bakınız

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

KB: Kişilik Bozukluğu

EPS: Ekstrapiramidal Sistem

BPB: Bipolar Bozukluklar

EKT: Elektrokonvülsiv Tedavi

DDD: Duygudurum Düzenleyiciler

SSRI: Selektif Serotonin Gerilim İnhibitörleri

EKG: Elektrokardiyogram

EEG: Elektroensefalogram

BUN: Blood Urea Nitrogen (Kan Üre Nitrojeni)

GSMH: Gayrı Safi Milli Hasıla

OECD: Organisation for Economic Cooperation and Development (Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü bazen de İktisadi İşbirliği ve Gelişme Teşkilatı)

AB: Avrupa Birliği

NHS: National Health Service (Ulusal Sağlık Hizmetleri Kurumu)

QALY: Quality-Adjusted Life Years (Kaliteye Uyarlanmış Yaşam Yılı)

DALY: Disability-Adjusted Life Years (Yeti Kaybına Uyarlanmış Yaşam Yılları)

WHOQOL: World Health Organization Quality of Life (Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi)

IWB: Index of Well-Being (Esenlik İndeksi)

SQLI: Spritzer Quality of Life Index (Spritzer Yaşam Kalitesi İndeksi),

KDQOL: Kidney Disease Quality of Life Instrument (Böbrek Hastalığı Yaşam Kalitesi Formu)

SPSS: Statistical Package for Social Sciences (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paketi)

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu

SUT: Sağlık Uygulama Tebliği

TL: Türk Lirası

USD: Amerikan Doları

€: Euro

Rs: Sri Lanka Rupisi

AMATEM: Alkol ve Uyuşturucu Madde Bağımlılıkları Tedavi ve Araştırma Merkezi

MRG: Manyetik Rezonans Görüntüleme

EEG: Elektroensefalografi

EKG: Elektrokardiyografi

1. GİRİŞ

DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü), sağlığı “yalnız hastalık ve sakatlığın olmayışı değil; bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlamıştır. Bu tanımın üç önemli unsurundan biri ruh sağlığıdır (1).

Psikiyatrik hastalıklar ya da ruhsal bozukluklar; ruh, düşünce ve davranışları geniş bir yelpazede etkileyen sağlık koşulları olarak ifade edilir. Birçok kişide zaman zaman bu ruh sağlığı bozuklukları gelişebilir. Ancak ruh sağlığını etkileyen bu tür kaygı uyandırıcı durumların süreklilik arz etmesi, strese neden olması ve günlük faaliyetleri olumsuz etkilemesi, olayı hastalık düzeyine taşır.

DSM V’e göre psikiyatrik hastalıklar; nörogelişimsel bozukluklar, şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar, bipolar (ikiuçlu) ve ilişkili bozukluklar, depresyon bozuklukları, kaygı (anksiyete) bozuklukları, obsesif-kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar, örselenme (travma) ve tetikleyici etkenle (stresörle) ilişkili bozukluklar, çözülme (dissosiyasyon) bozuklukları, bedensel belirti bozuklukları ve ilişkili bozukluklar, beslenme ve yeme bozuklukları, dışa atım bozuklukları, uyku-uyanıklık bozuklukları, cinsel işlev bozuklukları, yıkıcı bozukluklar, dürtü denetimi ve davranım bozuklukları, madde ile ilişkili bozukluklar ve bağımlılık bozuklukları, nörobilişsel bozukluklar, kişilik bozuklukları, cinsiyetten yakınma (hoşnut olmama) bozuklukları, cinsel sapkınlık (parafili) bozuklukları, diğer ruhsal bozukluklar, ilaçların yol açtığı devinim bozuklukları ve ilaçların diğer yan etkileri, klinik ilgi odağı olabilecek diğer durumlar şeklinde sınıflandırılır (2).

Psikiyatrik hastalıklar sık görülmeleri, tekrarlamaları ve kronikleşebilmeleri nedeniyle yeti yitimine yol açabilirler. Bu yüzden hem kişiye hem de topluma maliyetleri yüksektir. Herhangi bir psikiyatrik bozukluğun yaşam boyu prevelansı %25-50 arasında değişmektedir (3). Son bir yıl içerisinde herhangi bir psikiyatrik bozukluğun görülme sıklığı ise %10-29 arasında değişmektedir (4). Uluslararası “Küresel Hastalık Yüğü” çalışmasında, tüm hastalık ve yaralanmalar içinde psikiyatrik bozuklukların toplam hastalık yükünün %9,7’sini oluşturduğu saptanmıştır. 2020’de bunun %15’e ulaşacağı ve tek uçlu majör depresyonun hastalık yükü açısından 2. sıraya yükseleceği öngörülmektedir (5). Benzer bir yöntem ile ülkemizde yapılmış olan hastalık yükü çalışmasında nöropsikiyatrik hastalıkların toplam hastalık yükünün %13,3’ünü oluşturduğu ve kardiyovasküler hastalıklardan sonra 2. sırada olduğu görülmüştür. Ayrıca en fazla hastalık yükü oluşturan hastalık sıralamasında 4. sırada tek uçlu majör depresyon ve 20. sırada şizofreni yer almaktadır (6).

Oluşturduğu hastalık yükü göz alınırsa psikiyatrik bozuklukların tanı, tedavi ve rehabilitasyonu önemli maddi kayıplara neden olmaktadır. Bir hastalığın toplam maliyetini, doğrudan (direk) ve dolaylı (indirek) maliyetler oluşturmaktadır. Doğrudan maliyet; doğrudan sağlık bakım harcamaları ve doğrudan tıbbi olmayan harcamalar olarak sınıflandırılabilir. Doğrudan sağlık bakım harcamaları arasında yatarak tedavi giderleri, ayaktan tedavi giderleri, ilaç ve tıbbi cihaz giderleri yer almaktadır. Doğrudan tıbbi olmayan harcamalar arasında sosyal hizmet giderleri ve hasta nakil giderleri yer almaktadır. Dolaylı maliyetler ise hastalık nedeniyle işe gidememe, erken emeklilik ve erken ölüme bağlı giderlerdir (7).

Ülkemizde, son yıllarda ruhsal bozuklukların sıklığını saptamaya yönelik araştırmaların sayısı artmaktadır. Ancak bu bozuklukların sosyodemografik ilişkileri ve maliyetlerine ilişkin bilgimiz yine de kısıtlıdır. Ruhsal bozuklukların yaygınlığının, bu durumla ilgili risk faktörü olabilecek sosyodemografik faktörlerin ve tedavi maliyetlerinin bilinmesi hem bilimsel ve klinik açıdan önemli hem de ruh sağlığı politikalarının geliştirilmesi açısından gereklidir. Eldeki olanaklarla maliyet-etkin tedavi seçenekleri daha fazla kişinin en uygun şekilde yararlanması için her zaman ön plâna çıkarılmalıdır. Sağlıklı bir maliyet-etkinlik çözümlemesinin yapılabilmesi için önce kabaca genel tedavi maliyetinin bilinmesi gerekmektedir.

Bu çalışmada, Gazi Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Servisi'ne 2015 yılında yatırılan hastaların tanımlayıcı özelliklerine ve tanı gruplarına göre hastane yatış maliyetlerinin hesaplanması ve analiz edilmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Psikiyatrinin Tarihçesi

2.1.1. İlkel Çağlar

İlkel çağlarda hastalıkların nedeni olarak doğaüstü güçler ve zararlı ruhlar görülmüştür. Büyücü hekimler ve şamanlar; çeşitli törenler, danslar ile zararlı ruhları kovarak hastalıkları iyileştirmeye çalışmışlardır. Doğa karşısında güçsüz ve çaresiz kalan ilkel insan, açıklayamadığı her şeyi tanrısal olarak algılamış ve açıklamaya çalışmıştır (8).

2.1.2. Eski Çağlar

Mısır, İbrani ve Yunan uygarlıklarının gelişmesiyle, insanlık tarihinin düşünme, çevreyi gözleme ve olaylar arasında sebep sonuç ilişkilerini araştırma dönemi başlamıştır. Toplumun ihtiyaçlarından çıkan bu akım sağlık alanında da sözcülerini bulmuş ve hastalıkları kötü niyetli kuvvetlerin oyunu ve tanrısal ceza sayan tıbbın yanında, deliliğin de bir hastalık olduğu ve tedavi edilmesi gerektiğini ileri süren görüşler ortaya çıkmıştır (9).

Bu çağda yaşamış Hipokrat akıl hastalıklarını doğal etkenlerle açıklamıştır. O çağlara kadar kutsal bir hastalık olarak bilinen epilepsinin bir beyin hastalığı olduğunu savunarak bilimsel bir bakış açısının geliştirilmesinde etkili olmuştur (8).

Hipokrat'tan sonra Eflatun, Aristo, Aesculapiades, Cicero, Soranos da akıl hastalıklarının doğal olaylarla açıklanmasına katkıda bulunmuşlardır (8). Akıl hastalığı sadece korkulan ve rahatsız olunan bir durum olmaktan çıkmış, hakkında

daha kabullenici ve insancıl yorumlar yapılmaya başlanmıştır. Örneğin; Erasmus, “Deliliğe Övgü” adlı eserinde akıl hastalıklarına karşı toplumda var olan yargıların tamamen dışına çıkarak, deliliğin bilgelik olduğunu söylemiştir (10).

2.1.3. Orta Çağ

Batı dünyasında karanlık çağlar olarak bilinen orta çağda gerileme olmuş ve yeniden gizemci, büyüsel düşünce egemenlik kazanmaya başlamıştır. Bu gerilemede Eski Yunan ve Roma’nın çöküşünün mü, yoksa gelişen Hristiyanlığın dogmatik biçimde büyüsel değerlere önem verişinin mi etkili olduğu tartışılabilir. Ancak Musevilik ve Hristiyanlık dinlerinin ruh sağlığı anlayışına büyüsel düşüncenin ötesinde bir değişiklik getirmediği gerçektir. Bu dinlerin kitaplarındaki açıklamalar; akıl hastalarına yapılan işkencelerin kaynağı ve destekçisi olarak kullanılmıştır. Orta Çağ Avrupası’nda akıl hastalarının diri diri yakıldıkları bilinen gerçeklerdir (8).

Akıl hastası olan bireyler toplumun düzen ve huzurunu bozduğu, kötü ruhun temsilcisi olduğundan uzak kırlara yollanmış bir tüccar veya hacı grubuna emanet edilmişlerdir. Belediye örgütleri akıl hastalarını tutuklayabilmişler. Hatta bu dönemlerde yüklerinin yanı sıra akıl hastalarını da bir şehirden başka şehre taşıyan gemiler de vardır (11).

2.1.4. Rönesans

Avrupa’da 12. ve 13. yüzyıllardan başlayarak Hristiyan kilisenin katı, acımasız, dogmatik tutumlarına karşı giderek artan tepkiler belirmiştir. Sanatta,

kültürel yaşamın her kesiminde gücünü dinden alan otokratik ve feodal kuruluşların egemenliği giderek zayıflamaya başlamıştır. Artık büyücü avı, akıl hastalarını şeytanın temsilcisi diye yakma uygulamaları sonlanmıştır. Avrupa toplumu, İslam dünyasının gelişmiş bilimsel çalışmalarını, eski Yunan düşünürlerini tanımıştır ve bütün bu değişiklikler ve akımlar bilimsel düşünme ve araştırma yapma kapılarını açmıştır. 16 ve 17. yüzyıllardan sonra tıp alanında büyük değişikliklere yol açacak bir ortam doğmaya başlamıştır (8).

17. yüzyılın ortalarından itibaren akıl hastaları yakılmaktan kurtulmuştur ancak bu kez de son derece kötü mekanlara kapatılmaları söz konusu olmuştur. 1956 yılında Paris’te genel hastanelerin kurulması ilk bakışta reform gibi görünen bir uygulama olmasına karşın, aslında hiçbir tıbbi temele oturtulmamış, o dönemde Fransa’da örgütlenmekte olan monarşik ve burjuva düzenin bir yürütme makamı halini almıştır. Bu genel hastaneler ev, hastane, huzurevi gibi var olan pek çok kurumu birlikte ele almışlar; hastaların yanı sıra fakirlerin de buraya kapatılmasını öngörmüş ve akıl hastaları ile birlikte fakirler de toplumdan tecrit edilmişlerdir (11).

2.1.5. Çağdaş Psikiyatrinin Gelişimi

17. yüzyılda, ruh hastalıkları hakkında kararların hekimlerce verilmesi gerektiği kabul görmüştür. Artık akıl hastalıklarına karşı daha bilimsel bir yaklaşımın gelişmesi gerekiyordu. Bunlar arasında ilklerden kabul edilen ve oldukça önemli olan gelişme 1795’de Fransız hekim doktor Pinel’in akıl hastalarını zincirlerinden kurtarması olmuştur. Pinel “Traitment Moral” adlı kitabı ile planlı psikoterapinin ilkelerini belirten ilk hekimdir. Pinel’in başlattığı bu insancıl akım,

Avrupa ve Amerika'ya yayılmış ve giderek ruh hastalarına hastanelerde, bakım evlerinde tedavi verme görüşü genel uygulama alanı bulmuştur. Pinel dışında İngiltere'de William Tike ve Amerika'da Benjamin Rush çağdaş psikiyatrinin öncüleri olmuşlardır (12).

Ruhsal bozuklukların anlaşılmasında, dinamik psikiyatrinin gelişmesine öncü olan hekim Freud'dur. Freud çoğunluğu nevrotik davranış bozukluğu gösteren hastaları arasından, özellikle histeri belirtileri gösterenleri giderek artan bir ilgiyle incelemiştir. Freud, hipnoz yerine serbest çağrışım yöntemini uygulamış ve ilk kez psikanalizm ismini ortaya atmıştır (13).

Freud'un öğrencilerinden olan Alfred Adler, libido kuramını normal dışı davranışların temeli olarak kabul etmemiş, çocukluk cinselliğine karşın insan benliğine ve ilişkilere önem vermiştir. Adler'in davranışları inceleme yöntemi bireyi algıları, düşünceleri, amaçları ve diğer öznel tepkileri üzerinde konuşmaya yöneltme şeklindedir (14).

Freud'dan sonra gelen Gustav Jung ve Otto Rank önce psikanalizi benimserken sonradan eleştirerek kendi kuramlarını oluşturmuşlardır. Jung kişiliğin tümünü "psişe" olarak adlandırmış ve bilinç, kişisel bilinçdışı, toplumsal bilinçdışı sistemlerinden söz etmiştir. Jung gerçekte insanların bu parçaların bir araya gelmesinden oluştuğunu kabul etmez ve zaten bir bütün olarak doğduğunu savunur. Otto Rank ise tüm ruhsal sorunları doğum travmasına bağlamıştır. Psikanaliz yerine psikoterapi terimini kullanmaya başlamış, psikiyatrik sosyal hizmet terimi ile de danışmanlık ve psikiyatrik eğitim alanlarında oldukça etkili olmuştur (13).

Çağdaş psikiyatristleri etkileyen kuramcılar arasında sayabileceğimiz Karen Horney bozuk davranışların aile içi ilişkilerdeki aksaklıklar sonucu ortaya çıktığını söyleyerek çocukluk yıllarında var olan gerçek bir canayakınlık ve sevecenlik yoksunluğunun bu davranışlara neden olduğunu savunmuştur.

Bu dönemlerde yaşanan gelişmelerden bir diğeri de Pavlov'un köpeklerle yaptığı çalışmalarıyla uyaran-refleks arasındaki ilişkiden hareketle koşullu tepki, öğrenme ilkeleri kuramlarını oluşturması ve psikoloji ile psikiyatriye ayrı bir boyut olarak davranışçı okulu kazandırmış olmasıdır. Böylelikle bu koşullanma ilkeleri aşk, öfke, tutku, fobi gibi tepkilerin izlenmesinde kullanılabilmektedir (15).

20. yüzyılın başlarında Pratt bir grup tüberkülozlu hastanın tedavisini bir arada yaparak hastalıkların tedavisinde grup tedavisi kavramını gündeme getiren ilk hekim olmuştur. Aynı dönemlerde Moreno ise bireysel ve grup tedavilerinde psikodramayı kullanmaya başlamıştır (16).

1917 yılında Viyanalı doktor Julius Vagner von Jauregg sifilize bağlı genel paralizde maloryoterapi uygulaması ile psikiyatri tarihinde ilk bilimsel farmakoterapiyi gerçekleştirmiştir (16).

1952 yılı ise psikiyatrik hastalıkların farmakoterapisi tarihinde en önemli gelişmelerin olduğu yıldır. Bu tarihte iki Fransız cerrah Huagenad ve Laborit büyük cerrahi girişimlerden önce hastalarda premedikasyon amacıyla klorpromazin adlı ajanı kullanarak hastalarda ağır bir uyku haline yol açmaksızın sedasyon yaptığını ve onların heyecanlarını yok ettiğini gözlemiştir. Klorpromazinin antipsikotik bir ajan olduğunun anlaşılmasından sonra peş peşe yeni antipsikotikler sentezlenmiş ve kullanılmaya başlanmıştır. Böylelikle var olan depo hastanelerden de hastalar

taburcu olabilmiş ve bu ilaçlar yardımı ile tedavilerine hastane dışında devam edilebilmişlerdir (16).

2.1.6. Türkiye’de Psikiyatrinin Gelişimi

İslamiyet öncesi Orta Asya Türkleri’nin hastalık anlayışı ve tedavi yöntemleri Şamanizm’e dayanır. Tedavi görevini üstlenmiş olan Şaman; cinlerin, kötü ruhların, şeytanın etkisiyle hastanın bedenini terk eden iyi ruhların geri dönmesi için Gök Tanrı’ya yalvarırmış. Doğu Karahan’da yaşayan Türk şairi Yusuf Has Hacip’in yazdığı Kutadgu Bilig adlı manzumede, bedensel ve ruhsal hastalıkları ilaçla tedavi eden hekimlerin yanında, eski Türk toplumlarında yer alan Gök Tanrı ile bağlantı kuran büyücülerin de olduğu belirtilmiştir (17). İslamiyet’in kabulünden ve diğer İslam toplumları ile yakın ilişkiye girilmesinden sonra Türkler’de hastalık anlayışı geleneksel İslam tıbbına göre olmuş, fakat Şamanizm’in etkisinde de kalınmıştır (8).

İslam uygarlığında hekimlik, sağlık, tıp alanında İslam bilginlerinden başka Hristiyan, Hintli, İranlı bilginler de yer almış, bunların hemen hepsi eserlerini Arapça yazmışlardır. Eski Yunan filozoflarının yapıtları da Arapça’ya çevrilmiştir. 10. yüzyılın ortalarına kadar süren bu gelişmeler İslam dünyasında felsefe, bilim, hekimlik ve tıp alanlarında gelişme sağlamıştır (17).

11.yy’da yaşamış olan İbn-i Sina hekimlik alanında önemli gelişmeler yaratmıştır. Ruhu bitkisel, hayvansal ve insani olarak 3 öğeye ayırmıştır. Bitkisel ruhun beslenme ve üreme, hayvansal ruhun algılama ve hareket, insani ruhun da yüksek idealler ve ahlaki değerleri yürütme işlevi olduğunu savunmuştur (8).

Orta çağda Avrupa’da akıl hastalarına karşı acımasız tutumlar sergilenirken, Türk ve İslam toplumlarında akıl hastalarına karşı bir hoşgörü egemen olmuştur. Selçuklu ve Osmanlı dönemlerinde akıl hastaları darüşşifaların kapsamı içinde bulunan bimarhanelerde tedavi edilmişlerdir (17).

İlk gerçek akıl hastanesi Fatih tarafından yaptırılmıştır. 1500 senesinde Kanuni yine bir akıl hastanesi açmıştır. 2. Selim’in eşi Nur Banu Sultan tarafından yaptırılan Toptaşı Akıl Hastanesi, Cumhuriyet dönemine kadar Türkiye’nin akıl hastanesi olmuştur. Buranın başhekimliğini yapan Mazhar Osman Usman Türk çağdaş psikiyatrisinin kurucusu olarak bilinir (12).

Bu darüşşifaları Amasya, İstanbul, Edirne, Manisa külliyesi takip etmiştir. Padişah 2. Abdülhamit döneminde, Gülhane Askeri Tatbikat okulu ve hastanesi açılmıştır. 1898’de açılan bu hastanenin başhekimliğini Raşit Tahsin yapmış ve akıl hastalıkları dersleri vermiştir. Böylelikle Türkiye’de çağdaş psikiyatri kuramsal ve uygulamalı olarak başlamıştır (17). Raşit Tahsin ve köhnemiş olan Toptaşı tımarhanesini 1927’de Bakırköy’e taşıyan Mazhar Osman gibi efsaneleşmiş isimleri; Gülhane’de Nazım Şakir, üniversitede İhsan Şükrü Aksel ve Fahrettin Kerim Gökay izlemiştir. 20. yüzyılın ilk yarısında Türk psikiyatrisinin temsilcisi olan bu hekimler Türkiye’de Kreaplin okulunu öğretmişlerdir (6). 1945’de Ankara Tıp Fakültesinin kuruluşu ile psikiyatri kliniğini kuran Rasim Adasal ise psikiyatriyi topluma tanıtan bir hekim olmuştur (12).

Son yıllarda hızla çoğalan üniversite psikiyatri poliklinikleri ve giderek çağdaş görünüme bürünen Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri sayesinde akıl hastalıkları toplum tarafından daha çok tanınır hale gelmektedir.

2.2. DSM V'e GÖRE Psikiyatrik Hastalıkların Sınıflandırılması (2)

2.2.1. Nörogelişimsel Bozukluklar

DSM V'e göre nörogelişimsel bozukluklar; entelektüel yeti yitimleri, iletişim bozuklukları, otizm açılımı kapsamında bozukluk, dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu, özgül öğrenme bozukluğu, devinsel (motor) bozukluklar, istençdışı devinim (tik) bozuklukları, diğer nörogelişimsel bozukluklar olarak sınıflandırılır.

2.2.2. Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluklar

DSM V'e göre şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar; şizotipal bozukluk, sanrılı (delüzyonel) bozukluk, kısa psikoz bozukluğu, şizofreniform bozukluk, şizofreni, şizoaffektif bozukluk, maddenin/ilacın yol açtığı psikoz bozukluğu, başka bir sağlık durumuna bağlı psikoz bozukluğu, başka bir ruhsal bozukluğa eşlik eden katatoni, başka bir sağlık durumuna bağlı katatoni, tanımlanmış diğer bir şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluk, tanımlanmamış diğer bir şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluk olarak sınıflandırılır.

2.2.3. Bipolar (İkiuçlu) ve İlişkili Bozukluklar

DSM V'e göre bipolar (ikiuçlu) ve ilişkili bozukluklar ; o sıradaki ya da en son dönem mani, o sıradaki ya da en son dönem depresyon, o sıradaki ya da en son dönem tanımlanmamış, siklotimi bozukluğu, maddenin/ilacın yol açtığı bipolar ve

ilişkili bozukluk, başka bir sağlık durumuna bağlı bipolar ve ilişkili bozukluk, tanımlanmış diğer bir bipolar ve ilişkili bozukluk, tanımlanmamış diğer bir bipolar ve ilişkili bozukluk olarak sınıflandırılır.

2.2.4. Depresyon Bozuklukları

DSM V'e göre depresyon bozuklukları; yıkıcı duygudurum düzensizliği bozukluğu, majör depresyon bozukluğu, süregiden depresyon bozukluğu (distimi), premenstrüel disfori bozukluğu, maddenin/ilacın yol açtığı depresyon bozukluğu, başka bir sağlık durumuna bağlı depresyon bozukluğu, tanımlanmış diğer bir depresyon bozukluğu, tanımlanmamış diğer bir depresyon bozukluğu olarak sınıflandırılır.

2.2.5. Kaygı (Anksiyete Bozuklukları)

DSM V'e göre kaygı (anksiyete bozuklukları); ayrılma kaygısı bozukluğu, seçici konuşmazlık (mutizm), özgül fobi (hayvan, doğal çevre, kan, iğne, yaralanma, vs...), sosyal fobi, panik bozukluğu, agorafobi, yaygın kaygı bozukluğu, maddenin/ilacın yol açtığı kaygı bozukluğu, başka bir sağlık durumuna bağlı kaygı bozukluğu, tanımlanmış diğer bir kaygı bozukluğu, tanımlanmamış diğer bir kaygı bozukluğu olarak sınıflandırılır.

2.2.6. Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar

DSM V'e göre obsesif-kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar; obsesif-kompulsif bozukluk, beden algısı bozukluğu (vücut dismorfik bozukluğu),

biriktiricilik bozukluğu, trikotillomani (saç yolma bozukluğu), deri yolma bozukluğu, maddenin/ilacın yol açtığı takıntı-zorlantı bozukluğu, başka bir sağlık durumuna bağlı takıntı-zorlantı bozukluğu, tanımlanmış diğer bir takıntı-zorlantı bozukluğu, tanımlanmamış diğer bir takıntı-zorlantı bozukluğu olarak sınıflandırılır.

2.2.7. Travma ve Stresörle İlişkili Bozukluklar

DSM V'e göre örselenme (travma) ve tetikleyici etkenle (stresörle) ilişkili bozukluklar; tepkisel bağlanma bozukluğu, sınırsız toplumsal katılım bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, akut stres bozukluğu, uyum bozuklukları, tanımlanmış diğer bir travma ve stres ile ilişkili bir bozukluk, tanımlanmamış travma ve stres ile ilişkili bir bozukluk olarak sınıflandırılır.

2.2.8. Çözülme (Dissosiyasyon) Bozuklukları

DSM V'e göre çözülme (dissosiyasyon) bozuklukları; kimlik çözülmesi bozukluğu, unutkanlık çözülmesi (dissosiyatif amnezi), kendine yabancılaşma (depersonalizasyon)/ gerçekdışılık (derealizasyon) çözülmesi, tanımlanmış diğer bir çözülme bozukluğu, tanımlanmamış çözülme bozukluğu olarak sınıflandırılır.

2.2.9. Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar

DSM V'e göre bedensel belirti bozuklukları ve ilişkili bozukluklar; bedensel belirti bozukluğu, hastalık kaygısı bozukluğu, dönüştürme (konversiyon), bozukluğu, diğer sağlık durumlarını etkileyen ruhsal etkenler, yapay bozukluk,

tanımlanmış diğ er bir bedensel belirti bozukluğu ve ilişkili bozukluk, tanımlanmamış diğ er bir bedensel belirti bozukluğu ve ilişkili bozukluk olarak sınıflandırılır.

2.2.10. Beslenme ve Yeme Bozuklukları

DSM V'e göre beslenme ve yeme bozuklukları; pika, geri çıkarma (geviş getirme) bozukluğu, kaçıngan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu, anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza, tıkanırcasına yeme bozukluğu, tanımlanmış diğ er bir beslenme ve yeme bozukluğu, tanımlanmamış beslenme ve yeme bozukluğu olarak sınıflandırılır.

2.2.11. Dışa Atım Bozuklukları

DSM V'e göre dışa atım bozuklukları; enürezis (idrar kaçırma), enkoprezis (dışkı kaçırma), tanımlanmış diğ er bir dışa atım bozukluğu, tanımlanmamış diğ er bir dışa atım bozukluğu olarak sınıflandırılır.

2.2.12. Uyku-Uyanıklık Bozuklukları

DSM V'e göre uyku-uyanıklık bozuklukları; uykusuzluk bozuklukları, aşırı uykululuk bozuklukları, narkolepsi, solunumla ilişkili uyku bozuklukları, parasomniler olarak sınıflandırılır.

2.2.13. Cinsel İşlev Bozuklukları

DSM V'e göre cinsel işlev bozuklukları; geç boşalma, sertleşme bozukluğu, kadında orgazm bozukluğu, kadında cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu, cinsel organlarda-pelviste ağrı/içe girme bozukluğu, erkekte düşük cinsel istek bozukluğu, erken boşalma, maddenin/İlacın yol açtığı cinsel işlev bozukluğu, diğer cinsel işlev bozuklukları olarak sınıflandırılır.

2.2.14. Yıkıcı Bozukluklar, Dürtü Denetimi ve Davranım Bozuklukları

DSM V'e göre yıkıcı bozukluklar, dürtü denetimi ve davranım bozuklukları; karşıt olma, karşı gelme bozukluğu, aralıklı patlayıcı bozukluk, davranım bozukluğu, antisosyal kişilik bozukluğu, piromani, kleptomani, diğer bozukluklar olarak sınıflandırılır.

2.2.15. Madde İle İlişkili Bozukluklar ve Bağımlılık Bozuklukları

DSM V'e göre madde ile ilişkili bozukluklar ve bağımlılık bozuklukları; alkolle ilişkili bozukluklar, kafeinle ilişkili bozukluklar, hallüsinojenle ilişkili bozukluklar, inhalanla ilişkili bozukluklar, opiyatla ilişkili bozukluklar, sedatif, hipnotik ya da anksiyolitik ilişkili bozukluklar, uyarıcıyla ilişkili bozukluklar, tütünle ilişkili bozukluklar, diğer bir maddeyle ilişkili bozukluklar olarak sınıflandırılır.

2.2.16. Nörobilişsel Bozukluklar

DSM V'e göre nörobilişsel bozukluklar; deliryum, şiddetli ve ağır olmayan nörobilişsel bozukluklar olarak sınıflandırılır.

2.2.17. Kişilik Bozuklukları

DSM V'e göre kişilik bozuklukları; A kümesi kişilik bozuklukları (paranoid kişilik bozukluğu, şizoid kişilik bozukluğu, şizotipal kişilik bozukluğu), B kümesi kişilik bozuklukları (antisosyal kişilik bozukluğu, borderline kişilik bozukluğu, histriyonik kişilik bozukluğu, narsistik kişilik bozukluğu), C kümesi kişilik bozuklukları (çekingen kişilik bozukluğu, bağımlı kişilik bozukluğu, obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu), diğer kişilik bozuklukları olarak sınıflandırılır.

2.2.18. Diğer Bozukluklar

DSM V'te psikiyatrik hastalıklar yukarıdaki grupların dışında cinsiyetten yakınma (hoşnut olmama) bozuklukları, cinsel sapkınlık (parafili) bozuklukları, diğer ruhsal bozukluklar, ilaçların yol açtığı devinim bozuklukları ve ilaçların diğer yan etkileri, klinik ilgi odağı olabilecek diğer durumlar şeklinde sınıflandırılır.

2.3. DSM V'e Göre Bazı Psikiyatrik Hastalıkların Tanısal Ölçütleri (2)

2.3.1. Şizofreni

a. Aşağıdakilerden en az ikisi, bir aylık bir sürenin önemli bir kesiminde bulunur. Bunlardan en az birinin (a), (b) ya da (c) olması gerekir.

1. Sanrılar

2. Varsanılar

3. Darmadağın konuşma

4. İleri derecede dağınık davranış ya da katatoni davranışı

5. Silik (negatif) belirtiler (duygusal katılımda azalma ya da kalkışmama)

b. Bu bozukluk başladıktan sonra, iş, kişilerarası ilişkiler ya da kendine bakım gibi, bir ya da birden çok ana alanda işlevsellik düzeyi, bu bozukluğun başlangıcından önceki düzeyin belirgin olarak altındadır.

c. Bu bozukluğun süregiden bulguları en az 6 ay sürer.

2.3.2. Şizofreniform Bozukluk

a. Şizofrenin ‘a’ tanı ölçütleri (bkz. şizofreni)

b. Bu bozukluğun bir dönemi, en az 1 ay, en fazla 6 ay sürer. İyileşmeyi beklemeden tanı konması gerekirse, ‘geçici tanı’ denilmelidir.

2.3.3. Şizoaffectif Bozukluk

Majör bir duygudurum dönemiyle (majör depresyon ya da mani dönemi) eşzamanlı olarak şizofreninin tanı ölçütlerinin karşılandığı, kesintisiz bir hastalık sürecinin olması (not: majör depresyon dönemi çökkün duygudurum tanı ölçütünü karşılamalıdır).

Hastalığın yaşam boyu, majör bir duygudurum döneminin olmadığı en az 2 hafta, sanrılar ya da varsanılar bulunur. Majör bir duygudurum döneminin tanı ölçütlerini karşılayan belirtileri, hastalığın açık ve artakalan kesiminde, toplam sürenin büyük bir çoğunluğunda bulunur.

Bu bozukluk bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

2.3.4. Kısa Psikoz Bozukluğu

a. Aşağıdaki belirtilerden en az birinin varlığı gereklidir. Bunlardan en az birinin (1), (2) ya da (3) olması gerekir.

1. Sanrılar
2. Varsanılar
3. Darmadağın konuşma
4. İleri derecede dağınık davranış ya da katatoni davranışı

b. Bu bozukluğun bir dönemi, en az 1 gün, en fazla 1 aydır ve en sonunda hastalık öncesi işlevsellik düzeyine tam geri dönülür.

2.3.5. Sanrılı (Delüzyonel) Bozukluk

- a. En az 1 ay süreyle delüzyonlardan en az birinin varlığı
- b. Şizofreninin ‘a’ tanı kriterlerinin hiçbirisi görülmeyecek
- c. Delüzyonların ve yansımalarının etkisi dışında fonksiyonlar belirgin şekilde bozulmaz ve davranışlar olağandışı değildir
- d. Eğer manik veya depresif epizod meydana gelmiş ise delüzyonların dönemi görece kısa sürelidir.
- e. Bu bozukluk bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

Sanrılı (delüzyonel) bozukluğun erotomanik, grandiyöz, kıskançlık, perseküsyon, somatik, miks ve özelleştirilemeyen tip gibi değişik alt grupları vardır.

2.3.6. Bipolar Bozukluklar

Bipolar 1 bozukluğu tanısı koyabilmek için, bir mani dönemi için aşağıdaki mani tanı ölçütlerinin karşılanmış olması gerekir. Mani döneminin öncesinde ya da sonrasında hipomani ya da majör depresyon dönemleri bulunabilir.

Bipolar 2 tanısı koyabilmek için, o sırada ya da geçmişte ortaya çıkmış olan hipomani ya da majör depresyon dönemi için aşağıdaki tanı ölçütlerinin karşılanmış olması gerekir (Hiçbir zaman bir mani dönemi geçirilmemiştir).

2.3.6.1. Mani Dönemi

a. Kabarmış, taşkın ya da çabuk kızan, olağandışı ve sürekli bir duygudurumun ve amaca yönelik etkinlikte ve içsel güçte, olağandışı ve sürekli bir artışın olduğu ayrı bir dönemin, en az 1 hafta süreyle neredeyse her gün günün büyük bir bölümünde bulunması.

b. Duygudurum bozukluğunun olduğu ve içsel güçte ya da etkinlikte artma olduğu dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden en az üçü (çabuk kızan bir duygudurum varsa dördü) belirgin derecede vardır ve bunlar olağan davranışlardan önemli ölçüde değişiktir:

1. Benlik saygısında abartılı bir artış ya da büyüklük düşünceleri
2. Uyku gereksiniminde azalma (örn; yalnızca 3 saatlik bir uykuyla kendini dinlenmiş olarak duyumsar)

3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma
4. Düşünce uçuşması ya da düşüncelerinin sanki birbirleriyle yarışıyor gibi birbiri ardı sıra geldiğine ilişkin öznel yaşantı
5. Dikkat dağınıklığı (kişinin dikkati, önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyarana kolaylıkla dağılır) olduğu bildirilir ya da öyle olduğu gözlenir.
6. Amaca yönelik etkinlikte artma (toplumsal olarak, işte ya da okulda ya da cinsel bağlamda) ya da psikodevinsel kışkırtma (ajitasyon)
7. Kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere aşırı katılma (örn; aşırı para harcama, düşüncesizce cinsel girişimlerde bulunma ya da gereksiz iş yatırımları)

2.3.6.2. Hipomani Dönemi

a. Kabarmış, taşkın ya da çabuk kızan, olağandışı ve sürekli bir duygudurumun ve amaca yönelik etkinlikte ve içsel güçte, olağandışı ve sürekli bir artışın olduğu ayrı bir dönemin, en az dört ardışık gün süreyle, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunması.

b. Mani dönemi ‘b’ tanı kriterleri (bkz. mani dönemi)

2.3.6.3. Majör Depresyon Dönemi

a. Majör depresyon bozukluğu ‘a’ tanı kriterleri (bkz. majör depresyon bozukluğu)

b. Bu belirtiler klinik açıdan bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında düşmeye neden olur.

2.3.7. Depresyon Bozuklukları

2.3.7.1. Majör Depresyon Bozukluğu

a. Aynı 2 haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden en az beşi bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; bu belirtilerden en az biri ya (1) çökkün duygudurum ya da (2) ilgisini yitirme ya da zevk almamadır.

1. Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bunu ya kişinin kendisi bildirir ya da bu durum başkasınca gözlenir.

2. Neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur.

3. Kilo vermeye çalışmıyorken çok kilo verme ya da kilo alma (örn; bir ay içinde ağırlığının %5'inden daha çok olan bir değişiklik) ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma.

4. Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.

5. Neredeyse her gün, psikodevinsel kıskırma (ajitasyon) ya da yavaşlama

6. Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması

7. Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (sanrısallık olabilir)

8. Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama

9. Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), öznel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama.

b. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer alanlarda işlevsellikte düşmeye neden olur.

c. Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

2.3.8. Anksiyete Bozuklukları

2.3.8.1. Toplumsal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi)

a. Kişinin başkalarınca değerlendirilebilecek olduğu bir ya da birden çok toplumsal durumda belirgin bir korku ya da kaygı duyması. Örnekleri arasında toplumsal etkileşimler (örn. karşılıklı konuşma, tanımadık insanlarla karşılaşma), gözlenme (örn. yemek yerken ya da içerken) ve başkalarının önünde bir eylemi gerçekleştirme (örn. bir konuşma yapma) vardır.

b. Kişi, olumsuz olarak değerlendirilecek bir biçimde davranmaktan ya da kaygı duyduğuna ilişkin belirtiler göstermekten korkar

c. Söz konusu durumlar, neredeyse her zaman, korku ya da kaygı doğurur.

d. Söz konusu toplumsal durumlardan kaçınılır ya da yoğun bir korku ya da kaygı ile bunlara katlanılır.

e. Duyulan korku ya da kaygı, söz konusu toplumsal ortamda çekinilecek duruma göre ve toplumsal-kültürel bağlamda orantısızdır.

f. Korku, kaygı ya da kaçınma sürekli bir durumdur, altı aydan uzun sürer.

g. Korku, kaygı ya da kaçınma, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda işlevsellikte düşmeye neden olur.

2.3.8.2. Yaygın Anksiyete Bozukluğu

a. En az 6 aylık bir sürenin çoğu gününde, birtakım olaylar ya da etkinliklerle (işte ya da okulda başarı gösterebilme gibi) ilgili olarak, aşırı bir kaygı ve kuruntu (kaygılı beklenti) vardır.

b. Kişi, kuruntularını denetim altına almakta güçlük çeker.

c. Bu kaygı ve kuruntuya, aşağıdaki altı belirtiden en az üçü eşlik eder.

1. Huzursuzluk ya da gerginlik ya da sürekli diken üzerinde olma

2. Kolay yorulma

3. Odaklanmakta güçlük çekme ya da zihnin boşalması

4. Kolay kızma

5. Kas gerginliği

6. Uyku bozukluğu (uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük çekme ya da dinlendirmeyen, doyurucu olmayan bir uyku uyuma)

d. Bu belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer alanlarda işlevsellikte düşmeye neden olur.

2.3.9. Obsesif-Kompulsif Bozukluk

a. Takıntıların (obsesyonların), zorlantıların (kompulsiyonların) ya da her ikisinin birlikte varlığı ile karakterize hastalıklardır.

Obsesyonlar (1) ve (2) ile tanımlanır:

1. Kimi zaman zorla ve istenmeden geliyor gibi yaşanan, çoğu kişide belirgin bir kaygı ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler.

2. Kişi, bu düşüncelere aldırmamaya ya da bunları baskılamaya çalışır ya da bunları başka bir düşünce ya da eylemle yüksüzleştirme (bir zorlantıyı yerine getirerek) girişimlerinde bulunur.

Kompulsiyonlar (1) ve (2) ile tanımlanır:

1. Kişinin takıntısına tepki olarak ya da katı bir biçimde uyulması gereken kurallara göre yapmaya zorlanmış gibi hissettiği yinelemeli davranışlar (örn. el yıkama, düzenleme, denetleyip durma) ya da zihinsel eylemler (örn. dinsel değeri olan sözler söyleme, sayı sayma, sözcükleri sessiz bir biçimde yineleme).

2. Bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, yaşanan kaygı ya da sıkıntıdan korunma ya da bunları azaltma ya da korkulan bir olay ya da durumdan sakınma amacıyla yapılır; ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, yüksüzleştireceği ya da korunulacağı tasarlanan durumlarla gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça aşırı bir düzeydedir.

b. Takıntılar ya da zorlantılar kişinin zamanını alır ya da klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya neden olur ya da işlevsellikte düşmeye neden olur.

2.3.10. Travma Sonrası Stres Bozukluğu

a. Aşağıdaki yollardan en az biriyle, gerçek ya da göz korkutucu bir biçimde ölümle, ağır yaralanmayla karşılaşmış ya da cinsel saldırıya uğramış olma:

1. Doğrudan örseleyici olaylar yaşama

2. Başkalarının başına gelen olayları, doğrudan doğruya görme

3. Bir aile yakınının ya da yakın bir arkadaşın başına örseleyici olaylar geldiğini öğrenme. Aile bireyinin ya da arkadaşının gerçek ölümü ya da ölüm olasılığı kaba güçle ya da kaza sonucu olmuş olmalıdır.

4. Örseleyici olayların sevimsiz ayrıntılarıyla, yineleyici bir biçimde ya da aşırı bir düzeyde karşı karşıya kalma (örn. insan kalıntılarını toplayan ilk kişiler, çocuk sömürsünün ayrıntılarıyla yeniden karşılaşan polis memurları)

b. Örseleyici olaylardan sonra başlayan, örseleyici olaylara ilişkin, istenç dışı gelen aşağıdaki belirtilerden birinin varlığı:

1. Örseleyici olayların yineleyici ve istemsiz gelen, sıkıntı veren anıları
2. İçeriği ya da duygulanımı örseleyici olaylarla ilişkili, yineleyici sıkıntı veren düşler
3. Kişinin örseleyici olaylar yeniden oluyormuş gibi hissettiği ya da davrandığı çözülme tepkileri
4. Örseleyici olayları simgeleyen ya da çağrıştıran iç ya da dış uyaranlarla karşılaşınca yoğun ya da uzun süreli bir ruhsal sıkıntı yaşama
5. Örseleyici olayların simgeleyen ya da çağrıştıran iç ya da dış uyaranlara karşı fizyolojiyle ilgili belirgin tepkiler gösterme

c. Aşağıdakilerden en az birisinin olmasıyla belirli, örseleyici olaylardan sonra ortaya çıkan, örseleyici olaylara ilişkin uyaranlardan kaçınma:

1. Örseleyici olaylarla ilgili ya da yakından ilişkili, sıkıntı veren anılar, düşünceler ya da duygulardan kaçınma
2. Örseleyici olaylarla ilgili ya da yakından ilişkili, sıkıntı veren anılar, düşünceler ya da duyguları uyandıran dış anımsatıcılardan kaçınma

d. Aşağıdakilerden en az ikisinin olmasıyla belirli, örseleyici olayların ortaya çıkmasından sonra başlayan ya da kötüleşen, örseleyici olaylara ilişkin duygudurumda olumsuz değişiklikler olması:

1. Örseleyici olayların önemli bir yönünü anımsayamama
2. Kendisi, başkaları ya da dünya ile ilgili olarak, sürekli ve abartılı olumsuz inanışlar ya da beklentiler
3. Örseleyici olayların nedenleri ve sonuçlarıyla ilgili olarak, kişinin kendisini ya da başkalarını suçlamasına yol açan, süreklilik gösteren, çarpık bilişler
4. Süreklilik gösteren olumsuz duygusal durum (örn. korku, dehşet, öfke, suçluluk ya da utanç)
5. Önemli etkinliklere karşı duyulan ilgide ya da katılımıda belirgin azalma
6. Başkalarından kopma ya da başkalarına yabancılaşma duyguları
7. Sürekli bir biçimde, olumlu duygular yaşayamama

e. Aşağıdakilerden en az ikisinin olmasıyla belirli, örseleyici olayların ortaya çıkmasından sonra başlayan ya da kötüleşen, örseleyici olaylarla ilintili, uyarılma ve tepki gösterme biçiminde belirgin değişiklikler olması:

1. İnsanlara ya da nesnelere karşı sözel ya da sözel olmayan saldırganlıkla dışa vuran, kızgın davranışlar ve öfke patlamaları
2. Sakınmaksızın davranma ya da kendine zarar veren davranışlar
3. Her an tetikte olma
4. Abartılı irkilme tepkisi gösterme
5. Odaklanma güçlükleri
6. Uyku bozukluğu

- f. Bu bozukluğun süresi (b, c, d ve e tanı ölçütleri) bir aydan daha uzundur
- g. Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer alanlarda işlevsellikte düşmeye neden olur.

2.3.11. Uyum Bozuklukları

- a. Tanımlanabilir tetikleyici etkenlere tepki olarak, bu etkenlerin ortaya çıkmasından sonraki üç ay içinde, duygusal ya da davranışsal belirtiler gelişmesi
- b. Bu belirtiler ya da davranışlar, aşağıdakilerden en az biri ile belirlidir.
 - 1. Belirtilerin ağırlığını ve görünümünü etkileyebilecek dış bağlam ve kültürel etkenler göz önünde bulundurulduğunda, tetikleyici etkenin ağırlığı ya da yoğunluğu ile orantısız, belirgin bir sıkıntı
 - 2. Toplumsal, işle ilgili alanlarda işlevsellikte ileri derecede düşme
- c. Tetikleyici etkenle ilişkili bu bozukluk başka bir ruhsal hastalığın tanı ölçütlerini karşılamaz ve var olan ruhsal bozukluğun yalnızca alevlenmesi değildir
- d. Belirtiler olağan yası göstermez
- e. Tetikleyici etken ya da bunun getirdiği sonuçlar bir kez ortadan kalkınca, belirtiler bir altı aydan daha uzun bir süre daha sürmez

2.3.12. Bedensel Belirti ve İlişkili Bozukluklar

2.3.12.1. Dönüştürme (Konversiyon) Bozukluğu

- a. Bir ya da birden çok, istemli motor ya da duygusal işlev değişikliği
- b. Klinik bulgular, söz konusu belirti ile bilinen nöroloji ya da genel tıp durumları arasında bağdaşmazlık ve uyumsuzluk olduğuna ilişkin kanıtlar sağlar.

c. Bu belirti ya da eksiklik başka bir sağlık durumu ya da ruhsal durumla daha iyi açıklanamaz.

d. Bu belirti ya da eksiklik, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur ya da sağlık açısından değerlendirmeyi gerektirir.

2.3.13. Beslenme ve Yeme Bozuklukları

2.3.13.1 Anoreksiya Nervoza

a. Gereksinimlere göre enerji alımını kısıtlama tutumu, kişinin yaşı, cinsiyeti, gelişimsel olarak izlediği yol ve beden sağlığı bağlamında belirgin bir biçimde düşük bir kilosu olmasına yol açar.

b. Kilo almaktan ya da şişmanlamaktan çok korkma ya da belirgin bir biçimde düşük kiloda olmasına karşın, kilo almayı güçleştiren sürekli davranışlar

c. Kişinin kilosu ya da vücut biçimini nasıl algıladığıyla ilgili bir bozukluk vardır, kişi kendini değerlendirirken kilosu ve vücut biçimine yersiz bir önem yükler ya da o sıradaki düşük kilonun önemini hiçbir zaman kavrayamaz.

2.3.13.2. Bulimiya Nervoza

a. Yineleyici tıkanırcasına yeme dönemleri ile karakterize hastalıktır. Bir tıkanırcasına yeme dönemi aşağıdakilerden her ikisi ile belirlidir:

1. Benzer koşullarda, çoğu kişinin yiyebileceğinden açıkça daha çok yiyeceği, ayrı bir zaman biriminde (örn. herhangi iki saatlik bir sürede) yeme.

2. Bu dönem sırasında yemek yemeyle ilgili denetiminin kalktığı duyurunun olması

b. Kilo almaktan sakınmak için, kendi kendini kusturma, laksatif ilaçları, diüretik ilaçları ya da diğer ilaçları yanlış yere kullanma, neredeyse hiç yememe ya da aşırı spor yapma gibi yineleyen, uygunsuz ödünleyici davranışlarda bulunma.

c. Bu tıkanırcasına yeme davranışlarının ve uygunsuz ödünleyici davranışların her ikisi de, ortalama üç ay içinde, en az haftada bir kez olmuştur.

d. Kendilik değerlendirmesi, vücut biçiminden yersiz bir biçimde etkilenir.

e. Bu bozukluk, yalnızca anoreksiya nervoza dönemleri sırasında ortaya çıkmamaktadır.

2.3.14. Madde İle İlişkili Bozukluklar ve Bağımlılık Bozuklukları

Madde ile ilişkili bozukluklar 10 ayrı madde kümesini kapsar. Alkol; kefein; kenevir (kannabis); hallüsinojenler (fensiklidin ya da benzer etkili arilsikloheksilaminler); uçucular (inhalanlar); opiyatlar; sedatif, hipnotik ve anksiyolitikler; uyarıcılar (amfetamin türü maddeler, kokain ve diğer uyarıcılar); tütün ve diğer maddeler. Aşırı ölçüde alınan her madde, ortak bir özellik olarak, beyindeki ödül dizgesini doğrudan etkinleştirir, dolayısıyla davranışların pekişmesine ve anı oluşumuna katkıda bulunur.

Madde ile ilişkili bozukluklar iki kümeye ayrılır. Madde kullanım bozuklukları ve maddenin yol açtığı bozukluklar. Maddenin yol açtığı durumlar: entoksikasyon, yoksunluk ve maddenin/ilacın yol açtığı ruhsal bozukluklardır (psikozla giden bozukluklar, bipolar ve ilişkili bozukluklar, depresyon

bozuklukları, kaygı bozuklukları, obsesif-kompulsif bozukluklar, uyku bozuklukları, cinsel işlev bozuklukları, deliryum ve nörobilişsel bozukluklar).

2.4. Psikiyatrik Hastalıkların Epidemiyolojisi

Epidemiyoloji bir sağlık sorununun toplum içindeki dağılımı, sıklığı, süresi ve bu soruna etki eden faktörlerin araştırılmasını, bu bilgiler ışığında da önlenmesine yönelik girişimleri içerir. Psikiyatrik bozukluklara ait epidemiyolojik veriler bu hastalıkların toplum içinde yaygın olarak görüldüklerini göstermektedir. Batı ülkelerinde anksiyete bozuklukları, depresif bozukluklar ve alkol ya da diğer maddelerin kötüye kullanımı en sık görülen psikiyatrik bozukluklardır.

Finlandiya’da 30 yaş ve üzerindekilerde yapılan yaygınlık çalışmasında ruhsal bozuklukların yaygınlığı yüzde 17,4 olarak bulunmuştur. En yaygın olarak fobiler ve anksiyete bozuklukları (%6,2) bildirilirken; depresyon yaygınlığı %4,6 ve şizofreni yaygınlığı %1,3 olarak bulunmuştur (18).

ABD’de (Amerika Birleşik Devletleri), disosiyatif kimlik bozukluğu psikiyatri hastaneleri başvuruları içinde %0,5-3 oranında ve kadınlarda 5-9 kat daha sık ve genellikle geç ergenlik ile erken erişkinlik döneminde görülmektedir. Depersonalizasyon bozukluğu ise kadınlarda 2 kat daha sık ve ortalama 16 yaş civarında görülmektedir. Herhangi bir tür yeme bozukluğunun ergen ve genç erişkinlerde görülme sıklığı %4 olarak bildirilmektedir. Anoreksiya nervoza en sık ikinci dekadın ortalarında başlamaktadır. Ergen kadın popülasyonunda %0,5-1 sıklıkta ve erkeklere göre 10-20 kat daha sık görülmektedir. Bulimia nervoza genç kadınların %1-3’ünde görülmektedir. Kadınlarda erkeklerden daha sık ancak

anoreksiyaya göre ergenliğin sonlarında daha sık başlamaktadır. ABD’de yaşam boyu madde kötüye kullanımı sıklığı %20 civarındadır.

ABD’de şizofreninin yaşam boyu sıklığı %1’dir ve insidansı endüstrileşmiş bölgelerin şehirlerinde daha yüksektir. Genel sıklığı her iki cinsten eşittir. Kadınlarda en sık başlangıç 25-35, erkeklerde ise 10-25 yaş arasındadır.

ABD’de, majör depresyon genel toplumda %15’lik, kadınlarda %25’lik yaşam boyu prevalansı ile psikiyatrinin en sık görülen hastalıklarındandır. Bipolar bozukluğun ise şizofreni gibi yaşam boyu prevalansı %1 düzeyindedir. Distimik bozukluk genel toplumda %5-6 civarında görülmektedir. Kadınlarda erkeklere göre daha sıktır. Ayrıca evlenmemişlerde, gençlerde ve düşük gelirli grupta daha sıktır. Siklotimik bozukluk ise tüm psikiyatrik bozukluklar içinde %5 civarında görülmektedir. Kadın/erkek oranı 3/2 gibidir.

ABD’de, anksiyete bozuklukları toplum içinde en sık görülen psikiyatrik bozukluklardandır. Bir yıllık prevalansı %17,7’dir. Kadınlarda %30,5, erkeklerde %19,2 düzeyindedir ve sıklık sosyoekonomik düzeyin artışı ile azalmaktadır. Panik bozukluk için yaşam boyu prevalans %1,5-5 düzeyindedir. Kadınlarda 2-3 kat daha sık görülmekte, ırka göre bir fark görülmemekte ancak yakın dönemde boşanma ya da ayrılık etkili olmaktadır. Genellikle genç yaşta başlamakta ve ortalama ilk atak yaşı 25 civarındadır. Fobilerin yaşam boyu prevalansı %5-10 civarındadır. Özgül fobinin yaşam boyu prevalansı %11 olup kadında en sık, erkekte ise madde kullanımını takiben ikinci en sık ruhsal bozukluktur. Kadınlarda 2 kat daha sıktır. Sosyal fobinin yaşam boyu prevalansı %3-13 arasında bildirilmekte,

epidemiyolojik çalışmalarda kadınlarda daha sık, ancak klinik örneklemelerde erkeklerde daha sıktır. En sık başlangıç ikinci dekada rastlamaktadır.

ABD’de, obsesif kompulsif bozukluğun yaşam boyu prevalansı %2-3 civarındadır. Erişkinde kadın ve erkekler eşit dağılım gösterirken, ergenlerde erkeklerde daha sık görülmektedir. Ortalama başlangıç yaşı 20 olup, hastaların 2/3’ünde semptomlar 25 yaş öncesinde başlamaktadır. Yine ABD’de, TSSB’nin (travma sonrası stres bozukluğu) genel toplumda yaşam boyu prevalansı %8 olarak bildirilmektedir (19,20).

Türkiye’de ilk psikiyatrik epidemiyoloji araştırmaları kurum istatistiklerine dayanmıştır (21). 1980’li yıllarda hastalıkların dağılımını saptamak için genel toplum araştırmaları yapılmıştır. 1990’lı yıllardan sonra ise uluslararası geçerliği olan yöntem ve araçların kullanıldığı araştırmalar yapılmaya başlanmıştır. Sonuçları 1998’de yayınlanan Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması ülkemizde ilk genel nüfus örneklemleri araştırma olma özelliğindedir (22). Bu araştırma ile hem çocukluk yaş grubuna, hem de erişkinlik yaş grubuna dair birçok psikiyatrik hastalık için uluslararası karşılaştırmalara uygun yaygınlık hızları elde edilmiş ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) gibi önde gelen kurumlarla işbirliği geliştirilmiştir (23). Sonraki yıllarda ise Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması çapında herhangi bir araştırma planlanarak risk etkenlerini ya da koruyucu özellikleri inceleyen genel toplum araştırmaları yapılmamıştır (24).

Yapılan farklı çalışmalarda kadınlarda depresyon sıklığı; İzmir’de %25,8 (25), Şanlıurfa’da %7,3 (26), Ankara’da %27,9 (27), Sivas’ta %27,5 (28) bulunmuştur. Üniversite öğrencilerinde yapılan çalışmalarda depresyon sıklığı

Bursa’da %27,1 (29), Manisa’da %20,6 (30) bulunmuştur. Ankara’da askere alınan genç erkeklerde depresyon sıklığı %29,9 (31), Konya’da mahkumlarda %29,2 (32) ve İstanbul’da asistan hekimlerde %16,0 (33) bulunmuştur.

Anksiyete bozuklukları üzerine yapılan epidemiyolojik araştırmalar Tablo 1’de yer almaktadır (34).

Tablo 1. Türkiye’de 2000 Yılı Sonrası Anksiyete Bozuklukları Üzerine Yapılan Epidemiyolojik Araştırmalar

Bölge-şehir, kaynak	Örneklem, yaş, yaygınlık	Örneklem büyüklüğü	Tarama aracı	Sonuç	Notlar
Konya, (Cilli ve ark. 2004)	Genel toplum taraması, 18 yaş ve üzeri, son 1 yıl yaygınlığı	3012	UBTG 2.1	%3 OKB	Başlama yaşı 26; ayrı yaşayan, boşanmış ve dullarda 4,2 kat fazla; %30 obsesyon, %68,5 obsesyon + kompulsiyon.
Aydın, (Gültekin ve Dereboy 2011)	Üniversite öğrencileri, nokta yaygınlık	700	LSAS	% 21,7 SAB	Özgül SAB: %5,7; yaygın SAB: %16,0, SAB’de düşük yaşam kalitesi
Sivas, (Kirmizioglu ve ark. 2009)	Genel toplum taraması, 65 yaş ve üzeri, nokta yaygınlık	462	SCID-I	PB %0,4, OKB %3,2, TSSB %1,9, SAB %2,8, YAB %6,9, ÖF %11,5	-
Adana, (Yoldascan ve ark. 2009)	Üniversite öğrencileri, nokta yaygınlık	804	UBTG 2.1	%4,2 OKB	-
Sivas, (Izgic ve ark. 2004)	Üniversite öğrencileri, nokta yaygınlık	1003	DIS-III-R	%9,6 SAB	SAB olanlarda düşük öz benlik saygısı
Şanlıurfa, (Simsek ve ark. 2008)	15-49 yaş, kadınlar; yaşamboyu yaygınlık	270	SCID-I	%4,8 FB, %3,6 TSSB, %3,2 OKB, %2,2 TBAB, %1,2 PB	Aile içi şiddet, önceki travma öyküsü, anemi ve kütanözlaşmanyasız varlığı ruhsal hastalıkların önemli öngörütücüleri
Van, (Selvi ve ark. 2010)	Lise son sınıf öğrencileri, nokta yaygınlık	520	UBTG 2.1	%5,9 OKB	Ruhsal hastalık aile öyküsü olanlarda ve sigara içenlerde daha sık OKB

UBTG 2.1: Uluslararası birleşik tanı görüşmesi 2.1 versiyonu, OKB: Obsesif ve kompulsif bozukluk, LSAS: Liebowitz sosyal anksiyete ölçeği, SAB: Sosyal anksiyete bozukluğu, SCID-I: DSM-IV Eksen I için Yapılandırılmış Görüşme Ölçeği, PB: Panik bozukluğu, TSSB: Travma sonrası stres bozukluğu, YAB: Yaygınlaşmış anksiyete bozukluğu, ÖF: Özgün fobi, DIS-III-R= Tanısal Görüşme Ölçeği-III, FB: Fobik bozukluk, TBAB: Tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğu.

Ülkemizde şizofreni ve psikotik bozukluklar üzerine kısıtlı sayıda genel toplum araştırması bulunmaktadır (35). İzmir’de yapılan bir çalışmada klinik anlamlılığı olan psikoz benzeri yaşantılar %3,5 düzeyinde görülmektedir (36). Bu belirtiler kadınlar, düşük eğitimliler ve alkol kullananlarda daha yüksek saptanmıştır. Başka bir araştırmada Türkiye’de ilk kez bir genel toplum

örnekleminde psikotik bozuklukların yaşam boyu yaygınlığı %2,6 olarak saptanmıştır (37).

Ülkemizde klinik hizmetlerde sık karşılaşılan bir sorun olmasına rağmen konversiyon bozukluğunun yaygınlığıyla ilgili genel kabul görmüş bir sıklık bulunmamaktadır. Sağlık hizmetlerine başvuranlarda yapılan araştırmalarda konversiyon bozukluğu oranları %4,5-32 arasında bulunmuştur (38).

Psikiyatri polikliniklerinde disosiyasyon bozukluklarının toplam yaygınlığı %10-12 dolayındadır (39) ve bu oranın en yüksek olduğu yer %34,9 ile acil psikiyatri birimidir (40). Ayaktan ve yataklı psikiyatri birimlerinde disosiyatif yaşantıları değerlendiren ölçeklerde kesme noktalarını aşanlar %15-30 arasında değişirken, madde bağımlıları ya da acil psikiyatri hizmetleri başvurularında %40 dolayında olmaktadır (41).

Türkiye İstatistik Kurumu alkol kullanma sıklığını %12,6 (erkeklerde %21,1 ve kadınlarda %4,4) olarak bildirilmiştir (42). Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması'nda ise alkol kullanımına bağılı sorunlar yeti yitimine neden olan hastalıklar arasında 18. sırada saptanmıştır (43).

Türkiye'de madde kullanımına yönelik ülke çapında ilk genel toplum araştırması 2002 yılında yapılmıştır. Alkol ve sigara dışında bağımlılık yapan madde kullanımı %0,3, yaşam boyu en az bir kez madde kullanımı %1,3 olarak saptanmıştır (44). Adana, Ankara, Diyarbakır, İzmir, İstanbul ve Samsun'da gerçekleştirilen Türkiye'de Madde Kullanımı Ulusal Değerlendirme Çalışması'nda edinilen bilgilerden 15-64 yaş arası erişkin nüfusta opiyat kullanımı yaygınlığı %0,05 ve uçucu madde kullanımı yaygınlığı %0,06 olarak öngörülmüştür (45).

Türkiye’de 2000’li yıllarda KB (kişilik bozukluğu) epidemiyolojisi ile ilgili genel toplum desenli herhangi bir araştırma yapılmamıştır. Genelde klinik örneklem gruplarında oranlar bildirilmiştir. Üniversite öğrencileri arasında ise sınırdaki KB yaygınlığı %8,5 olarak bildirilmiştir (46).

2.5. Psikiyatrik Hastalıkların Tedavileri

2.5.1. Şizofreni

Şizofreni tedavisi uzun süreli ve fedakarlık gerektiren bir süreçtir. Tedavide hekim, hasta ve hasta yakınlarının işbirliği önemlidir. Hastanede yatarak da tedavi gerekebilir. Hekim kontrolünde düzenli ve uzun süreli antipsikotik ilaç tedavisi ön plandadır.

Pek çok tedavi kılavuzu şizofrenide monoterapiyi önermesine karşın, klinik pratikte birden fazla antipsikotik kullanımı, özellikle tedaviye dirençli şizofrenide sık karşılaşılan bir durumdur. Kombinasyon düşünmeden önce, herhangi bir monoterapi maksimum tolere edilebilen doza kadar yükseltilmelidir (47).

Şizofreni hastalarının çoğu tek başına uygulanan bir tedaviye göre antipsikotik ilaçlarla psikososyal tedavilerin kombine edildiği tedavilerden daha fazla yarar görmektedir (48).

2.5.1.1. Hastaneye yatış

Hastaneye yatış primer olarak tanı koyma amacı, tedavinin stabilizasyonu, özkıyım düşünceleri nedeniyle hastanın güvenliği ve temel beslenme, giyinme ve barınma gereksinimlerini de kapsayan ileri desorganize ve uygunsuz davranışların

olduğu durumlarda gereklidir. Hastanın stresini azaltır ve günlük aktivitelerinin yapılandırılmasına yardımcı olur. Araştırmalar kısa süreli hastane yatışının (4-6 hafta), uzun süreli yatış kadar etkili olduğunu ve aktif davranışsal yaklaşımı olan hastanelerin daha etkili olduğunu göstermiştir (48).

2.5.1.2 Farmakoterapiler

2.5.1.2.1. Birinci kuşak antipsikotikler

Antipsikotikler, klorpromazin ile Fransa'da 1950'li yıllarda kullanılmaya başlanmıştır. Tüm geleneksel antipsikotik ajanlar yüksek afiniteli dopamin D2 reseptör antagonistlerdir. Klorpromazin, trifluoperazin, tiyoridazin, flufenazin, haloperidol, tiyotiksen, loksapin, molindon, pimozid bu gruptandır (49). 1. kuşak antipsikotikler pozitif semptomlar üzerinde etkiliyken negatif semptomlar, kognitif defisitler, komorbid durumlar, çökkünlük, anksiyete ve madde kullanımı gibi şizofreninin diğer yönlerinde daha az etkilidirler. 1. kuşak antipsikotiklerin EPS (ekstrapiramidal sistem) gibi ciddi yan etkileri vardır ve bu durum tedaviye uyumu bozmaktadır (50).

2.5.1.2.2. İkinci kuşak antipsikotikler

Atipik antipsikotik döneminin başlangıcı 1959'da klozapinin keşfidir (50). Atipik antipsikotikler reseptör bağlanması, yapı özellikleri ve yan etkileri açısından heterojen bir gruptur. 2. kuşak antipsikotikler serotonin reseptörlerine, dopamin reseptörlerinden daha fazla afinite göstermektedirler (49). Klozapin, olanzapin, risperidon, ketiapin, ziprasidon, aripiprazol, sülpirid bu gruptandır. Klinik açıdan

bakıldığında, 2.kuşak antipsikotikler daha az EPS yan etkilerine neden olurken negatif fonksiyonlar üzerinde daha etkindir (51).

2.5.1.3. EKT (Elektrokonvülsiv Tedavi)

İlk çalışmalar EKT'nin şizofreni tedavisinde farmakoterapiden daha iyi olduğunu desteklerken, son dönemdeki çalışmalar bunun tersini söylemektedir (52). Günümüzde ABD'de uygulanan tüm EKT'lerin %5-10'u şizofreni hastalarına yapılmaktadır (53). Tedavilere dirençli şizofreni olgularında antipsikotik ajanlarla beraber EKT uygulamasının, yalnız başına antipsikotik ya da EKT seçimine göre daha başarılı olduğuna yönelik kanıtlar vardır. Akut şizofrenik hastaların tedavisinde EKT daha fazla düzelme sağlamaktadır (54,55). Ayrıca negatif belirtilerin hakim olduğu şizofrenide EKT'nin bir etkisi yoktur.

2.5.1.4. Psikososyal tedaviler ve rehabilitasyon

Psikososyal terapiler şizofrenide sosyal yetenekleri artırmak, kendi kendine yeterlilik, pratik beceriler ve kişiler arası ilişkileri artırmak için çeşitli yöntemleri kapsar. Amaç, ciddi hastalığı olan kişinin bağımsız yaşaması için sosyal ve iş becerileri geliştirmesini sağlamaktır. Bunlara örnek olarak; sosyal beceri eğitimi, aile yönelimli terapiler, davranışçı yada dinamik yönelimli grup terapileri, bilişsel davranışçı terapi, uğraşı terapisi verilebilir (48).

2.5.2. BPB (Bipolar Bozukluklar)

BPB tedavisinde hedef, akut dönemlerin tedavisi, yinelenmelerin önlenmesi ve işlevselliğin en üst düzeyde sürdürülmesidir (56).

2.5.2.1. Akut Dönem Tedavisi

Akut mani döneminin tedavisindeki temel hedefler; riskli davranışların denetim altına alınması, hastanın ve çevrenin güvenliğinin sağlanması, belirtilerin tedaviyle ilgili yan etkiler en azda tutulacak biçimde yatıştırılması ve yeni hastalık dönemlerinin önlenmesine yönelik koruyucu sağaltım yapılmasıdır (56).

Tedavide temel ilaçlar duygudurum düzenleyicilerdir (DDD) . Hem manide hem de depresyonda etkinliği olan ve intihar riskini azalttığı gösterilmiş tek DDD lityumdur. Karbamazepin ve valproat akut mani tedavisinde diğer seçeneklerdir. Ağır ya da psikotik özellikler içeren dönemlerin tedavisinde antipsikotik ilaçlar ek olarak kullanılabilir. Hafif ve orta şiddetteki depresif dönemlerde sadece lityum ya da lamotrigine başlanılabilir (56). Psikotik özellikli depresif dönem tedavisinde lityum, antidepresan ve antipsikotik ilaçlar birlikte kullanılabilir (57). İlaç tedavisine yanıt vermeyen ya da hızlı tedavi edilmesi gereken durumlarda EKT uygulanabilir.

2.5.2.2. Koruyucu Tedavi

BPB tekrarlama riskine sahip olduğu için koruyucu tedavi yapılması gereklidir. Lityum tedavisi ilk seçenek olmakla beraber, yan etki ve direnç durumlarında diğer DDD'ler ya da yeni nesil antipsikotikler kullanılabilir.

Koruyucu tedavinin ne kadar zaman devam etmesi sorusunun kesin bir yanıtı yoktur. Lityumun aniden kesilmesi tekrarlamalara yol açabilir. Hızlı

kesilmesi durumunda tekrarlama riski 5 kat daha hızlı olurken, kesilme sonrası tekrar lityum başlandığında direnç gelişme ihtimali vardır (58).

2.5.3. Major Depresif Bozukluk

Depresyon tedavisi planlanırken hedeflerin belirlenmesi gereklidir. Bu amaçla depresyonun ve tedavisinin seyri ile ilgili tanımlar geliştirilmiştir. Bunlar; yanıt (response), düzelme (remission), iyileşme (recovery), depreşme (relapse) ve yinelemedir (recurrence) (59). Psikiyatride ölçekler depresyonun ve tedavisinin seyrini en kullanışlı biçimde değerlendirmeye olanak sağlayan araçlardır.

2.5.3.1. Depresyon Tedavisine Yanıt

Yanıt ölçütü başlangıç puanına göre ölçek puanında en az %50 azalma sağlanmasıdır (60). Bu artık ilaç çalışmalarının kabul gören bir yanıt ölçütü olmuştur ve kullanılan tüm ölçekler için geçerlidir (61). Yanıt ölçütünün sağlanması ile hastanın sürmekte olan tedaviye devam edip etmeyeceği veya bu tedavide nasıl bir yol izleneceği öngörülmektedir.

2.5.3.2. Depresyon Tedavisinde Düzelmeyin Tanımı

Düzelme ölçütü olarak ölçeklerde kesme puanı hesaplaması en çok tercih edilen yöntemdir. Belirlenen kesme puanının altına düşen hastaların düzelmiş kabul edilmesidir. Örneğin Hamilton Depresyonu Derecelendirme Ölçeği'nde 7 veya 8 puanın altına düşme düzelme olarak tanımlanmaktadır (60).

2.5.3.3. Major Depresif Bozuklukta Tedavinin İzlenmesi

Özellikle ilaç çalışmaları başta olmak üzere, gündelik uygulamada çok çeşitli ölçütler tedavinin seyrini izlemek için önerilmiştir (61):

1. Başlangıç puanına göre % değişim
2. Kesme puanı
3. Tanı ölçütlerinin artık karşılanmaması
4. İşlevsellik değerlendirmesi: Hastanın hastalık öncesi işlevsellik düzeyi ölçüt alınarak, tedavi sonucunda işlevselliğindeki gelişme izlenir ve belirlenir.
5. Normalleşme: Hastanın tedavi sonucunda hastalık öncesindeki ile aynı normal yaşamına dönmesi ölçüt kabul edilir.
6. Klinik yargı: Hekim tarafından tedavi dönemi sonucunda hastanın düzeldiği kanaatine varılması ölçüt kabul edilir.
7. İstatistiksel değerlendirme: Hastanın puanının başlangıç puanına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşme göstermesi ölçüt olarak kabul edilir.

Depresyonun ve tedavisinin seyri ile ilgili en yaygın olarak kullanılan ölçekler arasında Hamilton Depresyonu Derecelendirme Ölçeği, Montgomery Asberg Depresyonu Derecelendirme Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri, CES-Depresyon Ölçeği, Depresif Belirti Envanteri ve Seri Depresif Belirti Envanteri (Quick Inventory of Depressive Symptomatology) bulunmaktadır (62).

2.5.4. Anksiyete Bozuklukları

Anksiyeteye genel yaklaşımda tıbbi bir sebep, madde ya da ilacın etkisi, belli bir durumda ortaya çıkıp çıkmadığı, sorunun özellikleri, yol açtığı kayıplar,

mevcut ve eski başa çıkma yolları, tetikleyenler, sonuçları, sorunu arttıran ve azaltan durumlar, hastanın soruna yorumu, hastanın hayat biçimi değerlendirilmelidir (63).

Panik bozukluğu psikoterapisi, psikoeğitim ve hastanın yanlış inanışlarının yeniden yapılandırılmasına odaklanmaktadır. Hastaya güvence verilmesi, denetimi ele almasının sağlanması, bedensel belirtileri anlaması, iç ve dış uyaranlara karşı duyarsızlaştırılması gerekir. Panik atak sırasında belirtileri yok eden bir ilacın olmadığı vurgulanmalı, hedefin belirtilerin dindirilmesi ve nüksün önlenmesi olduğu hastaya anlatılmalıdır (64,65).

Panik bozuklukta tedavi düşük doz SSRI'larla başlar. Yanıt alana kadar doz yavaş arttırılır. Tedavi yaklaşık bir yıldır ve yavaş kesilmelidir. Benzodiazepinler ilk tercih olamaz. Sadece çok acil durumlarda (anksiyete başlangıçta şiddetliyse, tedavi uyumunun bozulma riski varsa) düşük doz, 2-4 hafta kullanılabilir (66,67).

Yaygın anksiyete bozukluğu hastasının son aylarda özellikle gerginliği ve kötü bir şey olacak endişesi olup olmadığı, endişesinin neyle ilgili olduğu ve endişesini kontrol altına alıp alamadığı sorgulanmalıdır. Klinisyen anksiyete oluşturan durumları belirleyebilir, hastanın ya da ailesinin yardımı ile çevreyi değiştirebilir, günlük işlerinde ve ilişkilerinde etkili işlev görmesine yardımcı olabilir. Hastalar böylece kendileri için tedavi edici olan yeni ödüller ve hazlar ortaya çıkarabilirler (65).

Antidepresanlar depresyonda kullanıldığı dozlarda kullanılmalıdır. Buspiron bağımlılık potansiyeli olmayan, bilişsel belirtilere etkili bir

anksiyolitikdir. Ancak etkileri geç ortaya çıkar (6-8 hafta). İdame tedavisinin 6 ay-1 yıl sürmesi önerilmektedir (65,67).

Sosyal fobide; sosyal anksiyete semptomlarını azaltmak, korku ile ilgili abartılı düşünce ve duyguların kontrolü, korkulan durumlardan fobik kaçınmayı azaltmak, anksiyetenin oluşturduğu fizyolojik ve otonomik belirtileri azaltmak, yaşam kalitesini iyileştirmek ve komorbid durumları tedavi etmek esastır. Spesifik tipte performans kaygısı için, 30 dakika önce propranolol 10-40 mg kullanılabilir. Yaygın tipinde SSRI'lar etkilidir (66,67).

2.5.5. Obsesif-Kompulsif Bozukluk

Obsesyon ve kompulsiyonların gün içerisinde görülme sıklığını azaltmak, dirençli vakalarda birinci aşama ajanını güçlendirmek ve komorbid durumların tedavisini kapsar (66).

Birinci seçenek olan SSRI'lar ve klomipramin tedavide tek başına %60 etkilidir ve kalan %40 için güçlendirme tedavisi gereklidir. Antipsikotik veya lityum ile güçlendirme tedavisi uzmanlık işidir (66).

Psikoterapi ile hastanın sıkıntısını ve kompulsiyonlarını arttıran durumların üstüne gitmesi sağlanmaktadır. Kompulsiyonların etkin bir biçimde durdurulması ya da önlenmesiyle hastaların en korktukları durumlarla karşı karşıya kalmaları, korku ve sıkıntının alıştırmayla giderek azalması sağlanır (65,66).

2.5.6. Post-Travmatik Stres Bozukluğu

Kişinin olayla ilgili duygularını paylaşmak, cesaretlendirmek, olayı kabul etmesine yardımcı olmak, desteklemek ve basit fakat önemli konularda alternatifler sunmak başlangıç ve izlem aşamasını oluşturmaktadır. Kişideki anksiyeteyi makul düzeye indirmek en önemli tedavi adımıdır (66).

Farmakolojik tedavide ilk seçilecek ilaç grubu SSRI'lardır. Yanıt için 8 hafta beklemek ve 1 yıl tedaviye devam etmek gereklidir. Benzodiazepinler tedavide etkisizdir, hatta tabloyu kötüleştirebilirler (67).

2.5.7. Yeme Bozuklukları

Amaç normal, bireyselleştirilmiş, sabit bir vücut kilosu elde etmek, anormal yeme davranışlarını kontrol altına almak, sağlıksız şemaların yerine dengeli bir duygusal ve bilişsel durum oluşturmak, eşlik eden hastalıkları tedavi etmek, nüksleri kontrol altına almaktır (68,69). Tedavi yöntemleri tıbbi, besinsel, psikoterapötik, davranışsal ve farmakolojik yaklaşımları içerir (70).

2.5.7.1. Anoreksiya Nervoza Tedavisi

Sağlıklı kilonun %20 altına inenlerde yatarak tedavi gerekir. Anoreksiya nervoza hastası sağlıklı kilosunun %85'ine ulaştığında kısmi hastane bakımına geçilebilir. Nazogastrik beslenme normalde önerilmemektedir, ancak bazı ergen ve çocuklarda geceleri kullanılabilir. Tedavinin kısa dönem hedefi hastanın yaş, boy ve cinsiyetine uygun ideal kiloya ulaşması, adetinin normale dönmesinin %50 oranında sağlanmasıdır (71).

Anoreksiya tedavisinde 2. kuşak antipsikotiklerden sıklıkla olanzapin, ketiyapin ve risperidon kullanıldığı saptanmıştır. Öte yandan SSRI ile tedavinin anoreksiyadaki etkinliği ile ilgili veriler sınırlı olmasına karşın, son dönem araştırmalarda relapsı önlemede etkin olduğu belirtilmektedir.

Psikoterapinin özü başarılı bir şekilde hastaları tutma, onlarla bağlantı kurma, hastaların kendilik farkındalığı ile motivasyonu sağlaması, kilo kaybetmenin çekiciliği ile ilgili aşırı değer verilen inançları ve fobik şişmanlık korkusunun yerine sağlıklı, normal kiloyu kabul etmesini, kişisel yeteneklerini fark etmesini sağlamaktır. Bilişsel-davranışçı terapilerin etkinliği ile ilgili kanıtlar giderek artmaktadır. Psikodinamik yönelimli psikoterapiler, odaksal analitik yaklaşımlar, aile ve kişiler arası terapiler yararlı olmaktadır (72).

2.5.7.2. Bulimiya Nervoza Tedavisi

Normal kilodaki bulimiya hastalarının tedavisi ayaktan takiple sürdürülebilir. Belirgin zayıflamaya neden olan inatçı semptomların varlığında, ayaktan tedaviye cevap alınamayan durumlarda, özkıyımaya yatkın olma, özellikle sınır kişilik bozukluğu, madde kötüye kullanımı ve duygudurum bozukluğu gibi eşlik eden tanıların varlığında hastaneye yatırılabilir (73).

Bilişsel davranışçı psikoterapi programları hem bireysel hem de grup formatlarında etkilidir. Psikodinamik yönelimli psikoterapiler bulimik hastalarda henüz yeterli şekilde araştırılmamıştır (74).

Fluoksetin bulimik hastalarda en fazla araştırılan farmakolojik ajan olup, tek tedavi ajanı olarak kullanılmasının yeterli olmadığı söylenmektedir. Bupropion bulimik hastalarda epilepsi riski nedeniyle kontrendikedir (75).

2.5.8. Alkol Bağımlılığı Tedavisi

Tedaviye başlanmadan önce hastadan ayrıntılı anamnez alınmalı, fizik ve nörolojik muayene yapılmalı, bilinç düzeyi ve ruhsal durumu değerlendirilmelidir. Rutin laboratuvar tetkikleri (akciğer ve kafa grafisi, EKG, EEG, tam kan ve idrar incelemeleri, kan şekeri, BUN, elektrolitler, karaciğer işlevleri) istenmelidir.

Alkol bağımlılığı tedavisi kısa süreli ve uzun süreli tedavi olmak üzere ikiye ayrılır. Kısa süreli tedavi detoksifikasyon tedavisi ve çıkabilecek akut durumların tedavisidir. Uzun vadeli tedaviler daha çok alkol kullanımını engellemeye yönelik olan psikoterapiler, farmakolojik tedavi ve sosyal desteği kapsar.

2.5.8.1. Alkol Entoksikasyonu Tedavisi

Alkol entoksikasyonundaki saldırgan davranışların tedavisi için aşırı sedasyon yapmamaya dikkat ederek benzodiyazepin oral veya intramusküler (İM) olarak kullanılabilir. Yine aynı amaçla halloperidol sedasyon sağlanana kadar her yarım saatte bir kullanılabilir. Stupor ve komanın olduğu ağır bir entoksikasyonun tedavisi yoğun bakım biriminde yapılmalıdır. Vital bulgular, sıvı ve elektrolit dengeleri yakından izlenmelidir. Tiamin preparatları verilmelidir. Tedaviye yanıt alınamıyor ya da kan alkol düzeyi çok yüksek ise hemoperfüzyon ya da hemodiyaliz uygulanmalıdır.

2.5.8.2. Alkol Yoksunluğunun Tedavisi

Alkol kesildikten sonra ortaya çıkan belirtilerin önlenmesi ve tedavisi için hasta sessiz ve rahat bir odaya alınır. Proteinden ve sıvıdan zengin bir beslenme düzeni uygulanır. Yüksek doz B (özellikle tiamin) ve C vitaminleri verilir. Alkol yoksunluk belirtilerinin tedavisinde ve yoksunluk sırasında oluşan epileptik nöbetlerde primer ilaç benzodiazepindir. 0, 60, 120. dakikalarda diazepam veya eşdeğerleri verilmelidir.

Psikoterapi kişinin spesifik olarak alkol alma nedenleri üzerine odaklandığında daha faydalı olmaktadır. Hastanın alkol aldığı durumlar, bunun ardındaki uyarıcı güçler, alkol alma sonucunda beklenenler ve alternatif başa çıkma yolları spesifik olarak odaklanılan noktalardır. Davranışçı terapide kişiye anksiyeteye başa çıkma yolları öğretilir. Gevşeme eğitimleri, karşı koyma eğitimi, kendini kontrol etme becerileri, çevreyi kontrol etmek için yeni yöntemler kazandırılması önemlidir (76).

2.6. Psikiyatrik Hastalıklarda İlaç Dışı Tedaviler (EKT, Psikoterapiler)

2.6.1. EKT

Elektrokonvülsif terapi (EKT) beyin dokusunu elektrik akımıyla uyarak genelleşmiş (jeneralize) konvülsiyonlar oluşturma işlemi olup, 1938'den beri etkin bir araç olarak kullanılmaktadır (77). 1950'li yıllarda psikotrop ilaçların (önce antipsikotiklerin ve ardından antidepresanların) geliştirilmesiyle birlikte EKT daha az tercih edilir olmuş olsa da 1980'li yıllarda psikotrop ilaçların bazı hastalarda etkisiz olduğu görülünce EKT'nin yıldızı yeniden parlamıştır (78,79).

EKT'ye yönelik eleştiriler etkinliğinden çok uygulamanın hasta/hasta yakınları ve toplum tarafından olumsuz algılanması; cezalandırma, eziyet yarattığı düşüncesiyle ilişkili olumsuz duygulardan kaynaklanmaktadır. Modifiye EKT olarak tanımlanan genel anestezi altında ve kas gevşetici kullanılarak uygulanan biçimi ile söz konusu olumsuz bakış kısmen giderilmiştir (80).

EKT başlıca depresif bozuklukların tedavisinde kullanılmaktadır. Kısmen yerini ilaç tedavilerine bırakmış olsa da, halen en hızlı etkili antidepresan tedavidir (81) ve kısa süreli depresyonda ilaç tedavisinden daha etkindir (82). EKT'nin plasebo, antidepresanlar ve yalancı EKT ile karşılaştırıldığı çalışmaların meta-analizi EKT'nin depresyon tedavisindeki etkinliğini ortaya koymaktadır (83). EKT'nin trisiklikler, triptofan, SSRI'lar dahil çeşitli antidepresanlarla karşılaştırıldığı 18 çalışmanın sonuçları EKT'nin antidepresanlardan anlamlı düzeyde daha etkili olduğunu göstermiştir (84).

EKT'nin depresyon tedavisinde 1. sıra tedavi olarak önerilen durumlar; hızlı kesin yanıt gerekmesi, yüksek intihar riski, ağır psikomotor retardasyon ve bağlantılı beslenememe ya da fiziksel durumda bozulma, tedaviye dirençli depresyon, antidepresan ve antipsikotiklerin olası teratojen etkilerinden endişe edilen gebelik, hasta tercihi olarak sıralanabilir.

EKT'nin manide etkinliği ile ilgili kanıtlar, kısmen şiddetli manik olan hastaların çalışmalara alınmasındaki güçlük nedeni ile sınırlı olsa da, bulgular etkinliği desteklemektedir (85). Bir klinik çalışmada lityum ile tedavi edilen hastalara kıyasla EKT tedavisi gören hastalar ilk 8 haftada daha fazla düzelme

göstermişlerdir. Ancak klinik değerlendirmelerde ve izlem sürecinde relaps/rekürens ve tekrar yatış oranlarında anlamlı farklılık saptanmamıştır (86).

Şizofrenide ilk sıra tedavi antipsikotiklerdir, yine de EKT de bir tedavi seçeneği olabilir. Psikotik belirtilerde EKT'ye iyi yanıt gösteren çalışmalarda, genellikle EKT ve standart antipsikotikler birlikte kullanılmıştır (87).

Hastanemizde 2015 için belirlenen EKT ücreti seans başına 59,40 TL'dir.

2.6.2. Psikoterapiler

Psikoterapi, kişinin uyumunu bozan davranışlarını gidermek, içgörü geliştirmek ya da semptomu ortadan kaldırmak amacıyla, normal ve patolojik gelişim kuramları temel alınarak uygulanan, terapist ile hastanın sözlü iletişimlerine ve dinamik bir ilişki içerisinde etkileşimlerine dayanan, değişim oluşturmayı amaçlayan psikiyatrik bir tedavi yöntemidir. Yapılan çalışmalar bu tedavilerin etkinliğini göstermektedir. Bazı bozukluklar için (örn. yeme bozuklukları) ilk seçilecek tedavi psikoterapidir, bazı bozukluklarda ise (örn. şizofreni, duygudurum ve anksiyete bozuklukları) ilaç tedavisi ile birlikte uygulandığında daha olumlu sonuç alınır (88).

2.6.2.1. Psikoterapi Türleri

2.6.2.1.1. Psikoterapistin Hastaya Yanaşma Biçimi ve Tutumuna Göre

Bastırıcı (suppressive), destekleyici (supportive), derinliğine araştırmacı (explorative) tipleri vardır.

2.6.2.1.2. Psikopatoloji Anlayışı ve Kuramsal Çıkış Noktasına Göre

Psikodinamik temellere dayananlar;

- * Freud'un geliştirdiği psikanaliz ve bunun uyarlanmış biçimleri
- * Freud'dan yöntemce büyük ayrılma göstermeyen fakat kuramsal açıdan ayrılıkları olan yeni analiz okulları (Jung, Adler, Rank, Horney, Sullivan...)
- * Psikanalitik nesne ilişkileri kuramı (Klein, Fairbairn, Kernberg...),
- * Psikanalitik benlik (Ego) psikolojisi (Hartmann, Rapaport, Erikson...),
- * Psikanalitik kendilik (Self) psikolojisi (Kohut...) dir.

Öğrenme ilkelerine dayanan davranışçı psikoterapi türleri;

- * Sistematik duyarsızlaştırma (systematic desensitization),
- * Alıştırma (exposure),
- * İtici koşullama (aversive training),
- * Olumlu pekiştirme ve söndürme (positive reinforcement, extinction) dir.

Davranışçı tedavilerde, davranışı oluşturan etkenler üzerinde durulmadan, doğrudan doğruya davranışın kendisi ele alınır. Kişi ve içinde yaşadığı sosyal çevre açısından uyumsuz görülen davranışlar yerine, yeniden koşullandırma yoluyla uyumlu davranışların ortaya çıkarılmasına çalışılır.

Yukardaki iki grup dışında bilişsel psikopatoloji, bilgi işleme (information processing), sosyal psikoloji ilkelerine dayanan bilişsel davranışçı tedaviler (Beck, Ellis...) ve varoluşçu (egzistansiyel) ve olgu-bilimsel (phenomenologic) temellere dayanan (Binswanger, Minkowski, Frankl, Strauss) psikoterapi türleleri de vardır.

2.6.2.1.3. Tedavi Durumunun Biçimi ve Yapısına Göre

Bireysel (individual) psikoterapi, küme (group) psikoterapisi, psikodrama, oyun psikoterapisi ve aile psikoterapisi olarak ayrılır.

2.6.2.2. Psikoterapi Türlerinde Kullanılan Ruhsal ve Fiziksel Araçlar

Daha çok bastırıcı ve destekleyici psikoterapi türünde; eğindirme (telkin, suggestion), inandırma (ikna, persuasyon), yol gösterme-rehberlik (guidance) ve danışma (counseling) kullanılır.

Bastırıcı, destekleyici ve derinliğine araştırmacı türlerde; uyutum (hipnoz), uyuşturma (narkoz), boşaltma (katarsis) kullanılır.

Genellikle derinliğine araştırmacı, çözümleyici psikanalitik türlerde; güdümsüz görüşme (non-directive interview), serbest çağrışım (free association), düşlerin çözümülenmesi, dil sürçmelerinin (parapraksis) çözümülenmesi, simgelerin (sembollerin) çözümülenmesi, direnç (resistance) ve aktarımın (transference) çözümülenmesi, açıklama-yorumlamalar kullanılır.

Daha çok davranış psikoterapilerinde; gevşeme-kosullama, edimsel kosullama, alıştırma (exposure), ödöl-ceza teknikleri, pekiştirme, söndürme ve çeşitli öğretme teknikleri kullanılır.

Diğer araçlar ise; çevrenin değıştirilmesi (aile düzenlenmesi, hava ve iş değışimi...), ilaçlar, fizik sağaltım yolları (faradi, banyolar, spor...), çeşitli uğraşı, iş ve uyumlandırma (rehabilitasyon) yolları gibidir.

Psikoterapide her tür sağaltımda bu araçların herhangi biri, yeri ve sırası gelince kullanılabilir. Örneğin, en koyu geleneksel bir psikanalizde bile gerekince

eğindirim, rehberlik, yol gösterme kullanılabileceği gibi destekleyici psikoterapide de bir düş yorumlaması yapılabilir (89).

Hastanemizde 2015 yılı için seans başına belirlenen bireysel psikoterapi ücreti 19,25 ve aile görüşmesi ücreti 11,25 TL'dir.

2.7. Sağlık Ekonomisi Kavramı

Sağlık Ekonomisi, "Sağlık alanında ekonomi biliminin kurallarının, yöntemlerinin ve inceleme tekniklerinin uygulanması olarak tanımlanacağı gibi; sağlık hizmeti sunumunda kullanılan kaynakların belirli dönemlerdeki miktarını, organizasyonunu, finansmanını, sağlık alanında kullanılmak üzere paylaştırılan kaynakların etkililiğini ve verimliliğini, bireysel ya da ulusal düzeydeki koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin etkisini inceler" şeklinde tanımlanabilir (90).

Tıpla ilgili bilimlerin ve klinik uygulamaların bugün geldiği noktada da en zengin ülkelerde dahi bireye yararlı olacak tüm sağlık hizmetleri sunulamamaktadır. Bu nedenle sağlık alanında da;

- Sınırlı kaynaklar (işgücü, zaman, para, aletler, makina, bina vb.) yararsız faaliyetlere ziyan edilmemeli,
- Belirli yarar sağlayan işler gerektiğinden fazla kaynak harcanmadan yapılmalı,
- Kullanılan birim kaynak başına en fazla yarar sağlayan işlerin yapılmasına öncelik verilmeli,

- Kısıtlı kaynaklar birim kaynak başına fazla yarar sağlamayan işlerde kullanmamalıdır.

Bu nedenlerden dolayı, etkili olmayan işler ayıklanmalı, kaynak israfı önlenmeli, ilk koşulu yerine getiren farklı seçenekler arasında önceliklere karar verilmelidir (91).

2.8. Dünya’da ve Türkiye’de Sağlık Harcamaları

Sağlık ekonomisi dünyada giderek önem kazanmaktadır. Zira sağlığa yapılan harcamalarda önemli bir artış söz konusudur. Genel itibariyle son yıllarda çoğu gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde sağlık harcamalarındaki artış, milli gelir artışının üstündedir (92).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD) dünyada sağlığa en fazla harcama yapan ülkedir. ABD, Gayri Safi Milli Hasılasının (GSMH) %16’sını sağlığa harcamaktadır (2005). ABD’nin toplam sağlık harcaması 2 trilyon ABD Doları (2005), kişi başına düşen sağlık harcaması 6,700 ABD Dolarıdır. ABD’nin kişi başına sağlık harcaması, OECD ülkeleri ortalamasının %140 üstündedir. Toplam ilaç harcamasında 200 milyar ABD Doları, kişi başına düşen ilaç harcamasında ise 680 ABD Dolarıyla 1. sırada yer almaktadır (92).

Avrupa Birliği’ne (AB) üye ülkelerde artan sağlık harcamaları bütçesel endişeler yaratmaktadır. Giderek yaşanan nüfuslar ve artan tedavi maliyetleri gerek günlük harcamalarda, gerekse geleceğe yönelik planlamalarda kaynakların etkin kullanımını gerektirmektedir (92).

İngiltere’de sağlık hizmetleri “Ulusal Sağlık Hizmetleri Kurumu” (NHS- National Health Service) tarafından sağlanmaktadır. Tüm vatandaşlar NHS hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanabilirler ve NHS’in bütçesi toplanan vergilerden sağlanmaktadır. İsteyenler ayrıca özel sağlık sigortası da yaptırabilirler. İngiltere’de nüfusun %10’u özel sağlık sigortasına sahiptir. Özel sağlık sigortası çoğunlukla işveren tarafından ödenmektedir. Kendi cebinden özel sağlık sigortası yaptıran sayısının düşük olduğu tahmin edilmektedir. İngiltere’nin toplam sağlık harcaması GSMH’nin %8,3’ü olup, kişi başına 2,724 ABD Dolarıdır. İngiltere’nin ilaç harcaması toplam 15,5 milyar Euro, kişi başına 257 ABD Doları’dır (92).

Almanya’da vatandaşların %98’i sağlık sigortasına sahiptir. Devlet tarafından sağlanan sağlık sigortası programına katılım zorunludur ve %90’ını aşkın bir bölümü bu kapsamdadır. Ancak belli bir eşiğin üstünde gelir sahibi olan kişilere devlet sağlık sigortası yerine özel sağlık sigortası sahibi olma imkanı tanımaktadır. Sağlık sigortası primleri gelirle orantılı biçimde ödenmektedir. Düşük gelir gruplarındaki vatandaşlar daha düşük sigorta ücretleri ödemektedir. Sigortasız %2’lik kesim sigorta primlerini ödemedikleri için sigorta kapsamına dahil değildir. Almanya’nın toplam sağlık harcaması GSMH’nin %10,7’sini oluşturmaktadır. Kişi başına sağlık harcaması 3,287 ABD Doları civarındadır. Toplam ilaç harcaması 24,8 milyar Euro olup, kişi başına ilaç harcaması 301 ABD Doları’dır (92).

Fransa, GSMH’sine oran itibariyle ABD ve İsviçre’nin ardından sağlığa en fazla harcama yapan 3. ülkedir. Toplam sağlık harcaması GSMH’nin %11’idir. Kişi başına sağlık harcaması 3,374 ABD Dolarıdır. Toplam ilaç harcaması 23,8 milyar Euro, kişi başına ilaç harcaması 378 ABD Doları’dır. Fransa’da ikamet eden herkes

2000 yılından beri Ulusal Sağlık Sigortası kapsamındadır. Sağlık sigortası, 3 büyük, 11 küçük fon tarafından sağlanmaktadır. Bu fonların en büyüğü ücretli çalışanlar içindir ve Fransa'da ikamet edenlerin %84'ünü kapsar. Bir diğeri çiftçiler ve tarım çalışanları için olup, nüfusun %7'sini kapsar. Sonuncusu ise bağımsız çalışanlar içindir ve nüfusun %5'ini kapsamaktadır. Nüfusun %4'lük kesimi ise diğer küçük fonlar tarafından kapsanır. Yasal statü itibariyle bu fonların tamamı kamu hizmeti sağlamakla mükellef özel şirket konumundadır. Pratikte ise yarı kamu kurumu niteliğinde olup, Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından gözetilirler (92).

Türkiye'nin sağlık harcamaları OECD'nin 2004 yılı verilerine göre GSMH'nin %7,7'sidir ve 2004 yılı itibariyle 23 milyar ABD Doları düzeyindedir. Türkiye'de sağlığın finansmanı %72,4 oranında (2006) kamu tarafından sağlanırken, yapılan sağlık harcamalarının %27,6'sı cepten harcamalar dahil özel sektör tarafından karşılanmaktadır. Türkiye'de cepten yapılan harcamaların toplam sağlık harcamalarına oranı, Fransa ve Almanya'ya oranla daha yüksek, ABD ve Yunanistan'a oranla ise daha düşüktür (92).

Türkiye'nin toplam sağlık harcamaları 2006 yılında 43,2 milyar TL olmuştur. Bunun 31,3 Milyar TL'si kamu, 11,9 milyar TL'si özel sektör tarafından karşılanmıştır. Türkiye'nin sağlık harcamaları 2005 yılında GSMH'ye oran itibariyle %7,6 ile %9 olan OECD ortalamasının altındadır, ancak IMF tarafından tespit edilen benzer gelir grubundaki Brezilya, Bulgaristan, Macaristan, Endonezya, Meksika, Filipinler, Polonya, Rusya gibi ülkelerin ortalamasının ise üstündedir. Kişi başı harcama da 546 ABD Doları ile OECD içinde yine en düşüktür (92).

2.9. Sağlıkta Ekonomik Değerlendirme Yöntemleri

Sağlık hizmetlerinde temelde dört ekonomik değerlendirme yöntemi fikir vardır. Yöntemler arasındaki temel farklılık sonuç değerlendirilmesine ilişkindir. Yöntemlerin hepsinde girdi bileşeni olarak maliyet alınırken, sonuç bileşeni ekonomik değerlendirme yöntemine göre değişebilmektedir.

2.9.1. Maliyet Minimizasyonu Analizi (Cost-Minimization Analysis)

Maliyet minimizasyon analizi, yalnızca alternatif seçeneklerin maliyetinin ölçümünü yapan ekonomik değerlendirmenin en basit biçimidir. İki veya daha fazla tedavi yönteminin sonuçları birbirine eşit olduğunda kullanılmaktadır (93,94). Tam bir ekonomik değerlendirme analizi olarak kabul edilmeyen maliyet minimizasyon analizi, en az maliyetli alternatifi belirlemek için kullanıldığından alternatiflerin sonuçlarının aynı olması gerekmektedir (94,95). Sağlık sektöründe aynı sonuçları ortaya çıkaran müdahalelerin sınırlı sayıda olması nedeniyle bu tekniğin kullanımı çok yaygın değildir (96).

2.9.2. Maliyet-Fayda Analizi (Cost Benefit Analysis)

Maliyet-fayda analizi alternatif sağlık programlarının veya tedavi yöntemlerinin maliyetlerini ve faydalarını parasal olarak ölçen bir tekniktir. Bir başka ifadeyle, bir alternatifi maliyetinin faydalarına değer olup olmadığını tahmin etmek için kullanılmaktadır. Yöntem hem sağlık sektörü hem de diğer sektör programların ekonomik değerlendirmesini yapabilmektedir (97). Sağlık

programlarının sağladığı bütün faydaların parasal olarak ifade edilmemesi bu analiz için önemli bir sorundur (96,98).

Literatürde bir program ya da müdahaleden beklenen faydanın ölçülmesinde iki farklı yaklaşım geliştirilmiştir. Bunlardan ilki beşeri sermaye (human capital) yaklaşımı, diğeri ödeme istekliliği (willingness-to-pay) yaklaşımıdır. Beşeri sermaye yaklaşımı, beklenen yarar olarak bireyin gelecekteki gelirinin bugünkü değeri kullanılarak ölçülmektedir. Beşeri sermaye yaklaşımının yüksek gelirli ile düşük gelirli, çalışanlar ile çalışmayanlar (yaşlı, çocuk vb.) arasında bir ayrıma neden olması ve bireyin ölümü, yaralanması ve hastalanması gibi sağlıkla doğrudan ilişkili riskleri göz önüne almaması sebebiyle ödeme istekliliği (willingness-to-pay) yaklaşımı geliştirilmiştir (99,100). Ödeme istekliliği yaklaşımı, kişilere hasta olmamak veya sağlıklarında bir iyileşme sağlamak için ne kadar ödeyeceklerinin değerlendirilmesidir (93). Bu yöntem, insan sağlığı ile ilgili sonuçları parasal olarak ifade edilmesini gerektirdiği için eleştirilmektedir.

2.9.3. Maliyet Yararlanım Analizi (Cost-Utility Analysis)

Çağdaş tıp uygulamaları sadece yaşamın niceliğine değil, kalitesine de önem vermektedir. Bazı tedavi yöntemleri yaşam süresini uzatırken, bazıları yaşam kalitesini düşürebilmektedir (101). Maliyet yararlanım analizi ilk kez 1968’de Klarman ve Rosenthal tarafından kronik böbrek yetmezliğinin tedavisinde kullanılan böbrek nakli ile diyaliz tedavisinin ekonomik karşılaştırılmasında kullanılmıştır. Araştırma sonucunda böbrek nakli ile kişinin yaşam kalitesinin daha fazla arttığı sonucuna varılmıştır (99). Maliyet yararlanım analizinin amacı; bir

tedavinin verilmesiyle yaşam süresindeki artış ile tedavi sonucu yaşam kalitesindeki kazancı tahmin ederek her ikisini beraber değerlendirmektir (98).

Maliyet yararlanım analizinde en yaygın çıktı ölçütü kaliteye göre ayarlanmış yaşam yılıdır (Quality-Adjusted Life Years-QALY). Maliyet yararlanım analizinin tercih edilmesinin en önemli nedeni, herhangi bir sağlık programının uygulanması sonucunda bireyin yaşam kalitesinde meydana gelen değişikliklerin çıktı ölçütü QALY ile değerlendirilmesidir (96,99). Maliyet-yararlanım analizinde programın ilave maliyeti, programa atfedilen ilave sağlık çıktısıyla karşılaştırılır. İlgili sağlık çıktısı sıklıkla QALY veya engelliliğe ayarlanmış yaşam yılı (Disability-Adjusted Life-Years-DALY) cinsinden ölçülmektedir (102). Maliyet yararlanım analizinde diğer önemli bir husus, QALY değerini tespit ederken sağlıkla ilgili hangi yaşam kalitesi ölçeğinin kullanılacağıdır. En yaygın kullanılan jenerik (genel) ölçekler aşağıda verilmiştir (103).

- EQ-5D-5L Ölçeği (EuroQoL-5D-5L),
- Kısa Form-36 (Medical Outcome Study, SF-36),
- WHOQOL (World Health Organization Quality of Life),
- Nottingham Sağlık Ölçeği (Nottingham Health Profile),
- Hastalık Etki Ölçeği (Sickness Impact Profile),
- McMaster Sağlık İndeks Anketi (McMaster Health Index Questionnaire),
- Tıbbi Sonuç Çalışması (Medical Outcome Study General Health Survey),
- Duke Sağlık Ölçeği (Duke Health Profile),

- Esenlik İndeksi (Index of Well-Being-IWB),
- Spritzer Yaşam Kalitesi İndeksi (Spritzer Quality of Life Index-SQLI),
- Böbrek Hastalığı Yaşam Kalitesi Formu (KDQOL),
- McGill Ağrı Anketi.

2.9.4. Maliyet-Etkililik Analizi (Cost Effectiveness Analysis)

Sağlık hizmetlerinde önceliklerin belirlenmesinde ekonomik değerlendirme tekniklerinden en sık kullanılan maliyet etkililik analizidir (93).

Maliyet-etkililik analizi, sağlık hizmeti çıktıları ile bu hizmetleri gerçekleştirebilmek için kullanılacak olan girdiler arasındaki ilişkiyi ifade etmektedir (96). Sağlık sektöründe sık kullanılan bu yöntemde, maliyetler para ile ifade edilirken farklı yollardan ulaşılan çıktı ise, kazanılan yaşam süresi, kurtarılan yaşam, azaltılan hasta gün sayısı gibi ölçülebilir birimler ile değerlendirilmektedir (98,104). Ayrıca maliyet-etkililik analizi bir verimlilik değerlendirme tekniği olarak kaynakların verimli tahsisi ile ilgili karar sürecinde dikkate alınması gereken önemli bir ölçüt olarak değerlendirilmektedir (97).

Maliyet etkililik analizinde maliyetler parasal olarak ifade edilirken sonuçlar çoğunlukla her alternatif için etkililik birimi başına maliyet olarak ifade edilmektedir. Bu yöntemde etkililik birimi başına en düşük maliyete sahip olan sağlık programı/teknolojisi (yüksek etkililiğe sahip ve en az maliyetli) tercih edilmektedir (99). Maliyet-etkililik analizinde çıktılar doğal birimlerle ölçülmektedir (95). Örneğin, kronik böbrek yetmezliği gibi hayat kurtarmanın söz konusu olduğu bir tedavide en uygun sonuç ölçüsü kazanılan yaşam yıllarıdır (97).

Sağlık hizmetlerinde önceliklerin belirlenmesinde maliyet-etkililik analizi diğer kriterlere göre daha objektif sonuçlar sunmakla birlikte bu süreçte diğer faktörlerle birlikte değerlendirilmesi daha tutarlı kararlar alınmasını sağlayacaktır (99).

Tablo 2. Sağlık Hizmetlerinde Ekonomik Değerlendirme Özeti

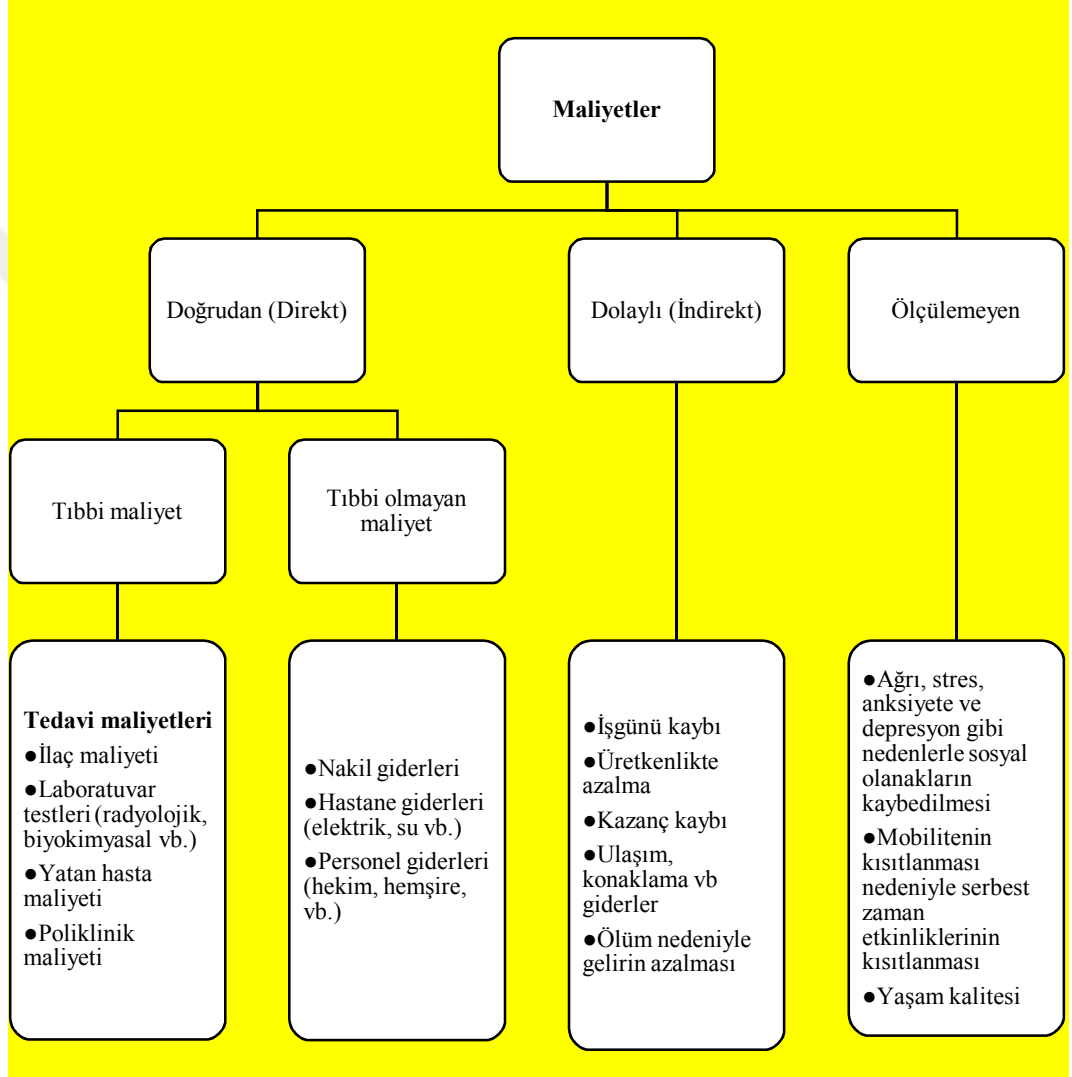
Yöntem	Girdilerin Ölçümü	Kazanım Ölçümü	Çıktıların ölçümü	Sonuçların Kullanımı
Maliyet-Minimizasyon Analizi (Cost Minimization)	Maliyet - Para	Eşit Sonuçlar	-	Vaka başı Maliyet (Eşdeğer tedavi yöntemleri içinde en düşük maliyetli olanın seçimi)
Maliyet-Fayda Analizi (Cost Benefit)	Maliyet - Para	Parasal Sonuçlar	Parasal Fayda (Benefit)	Maliyet/Fayda Oranı
Maliyet-Yaralanım Analizi (Cost Utility)	Maliyet - Para	Değersel	QALY, HYE	QALY Başına Maliyet
Maliyet-Etkililik Analizi (Cost Effectiveness)	Maliyet - Para	Etkililik Ölçümü	Doğal birimler (başarı ile tedavi edilen hastalar, kazanılan yaşam yılı, sağlıklı geçen zaman)	Etkili Tedavi Vakası Maliyeti: (CT+CTSE-CTE)/LY
QALY (Quality Adjusted Life Years) : Kaliteye Ayarlı Yaşam Yılı HYE (Healthy Years Equivalents) : Sağlıklı Geçen Yıllar Eşdeğeri CT (Cost of Treatment) : Tedavi Maliyeti CTSE (Cost of Treating Side Effects) : Yan Etkileri Tedavi Etmenin Maliyeti CTE (Cost of Treating Events) : Hastalığı Düşük Seviyeye İndirilmesi ile Kazanılan Maliyetler LY (Increase in number of Life Years) : Tedavinin Etkisiyle Kazanılan İlave Yıllar				

Kaynak: (Kurtulmuş, 1998:76; Hoch and Dewa, 2005: 161; Dewar, 2010:12)

2.10. Maliyet Kavramı (Doğrudan, Dolaylı Maliyet)

“Maliyet, bir mamul veya hizmetin edinilmesi için, o dönem içinde yapılan harcamalarla, daha önceki dönemde yapılan harcamalardan o mamul ve hizmetin edinilmesinde katlanılan fedakarlıkların parasal tutarıdır. Bir başka deyişle, maliyet; herhangi bir mamulü veya hizmeti, kullanıldığı veya satıldığı yerde veya durumda elde edebilmek için doğrudan doğruya ve dolaylı olarak yapılan toplam harcamalardır.” (105)

Maliyetler, “doğrudan”, “dolaylı” ve “ölçülemeyen” olmak üzere 3 kategoride sınıflandırılabilir (Şekil 1) (105).



Şekil 1. Maliyetlerin sınıflandırılması (105)

Doğrudan maliyetler, tıbbi maliyetler ve tıbbi olmayan maliyetler olmak üzere ikiye ayrılır. Doğrudan tıbbi maliyetler hastanede tedavi görmenin getirdiği maliyetlerdir; satın alınabilir hizmetleri kapsar. Doğrudan tıbbi olmayan maliyetler

ise hastanede tedavi görmenin dışındaki maliyetlerdir; nakil giderleri, hastane giderleri, personel giderleri gibi giderler bu kategoride yer alır (105).

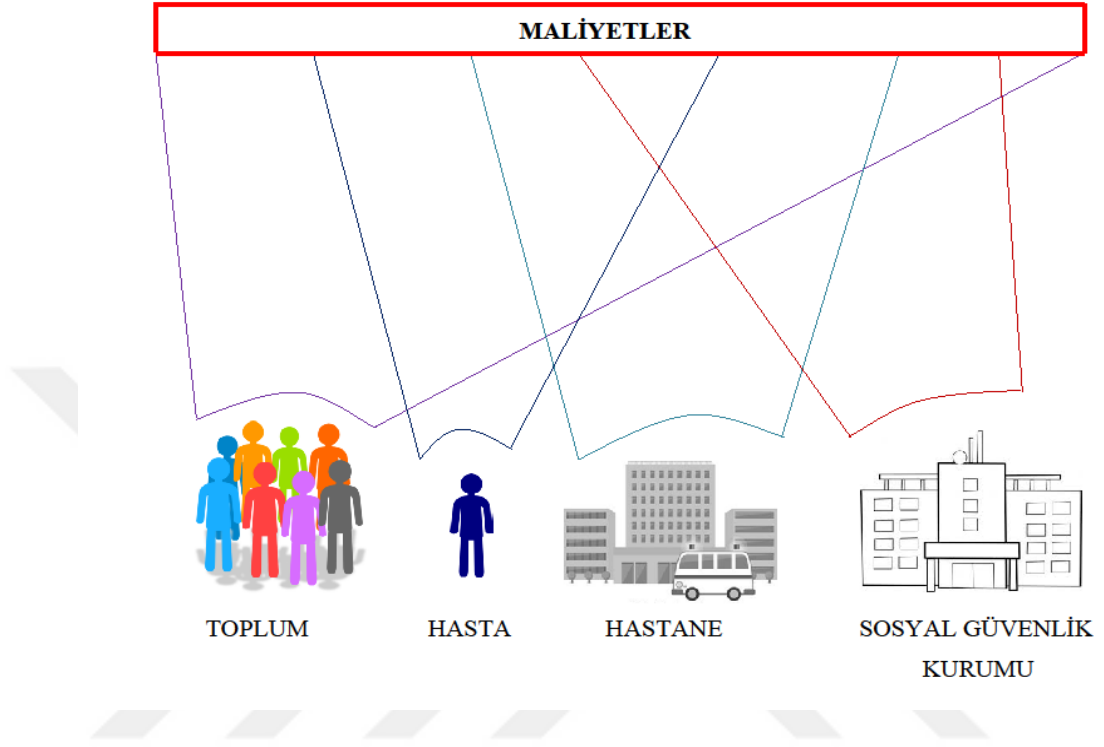
Dolaylı maliyetler ise, hastalığın (veya uygulanan tedavi yönteminin) kişinin verimliliğinde meydana getirdiği değişimdir. İşgücü kaybı, üretkenlikte azalma, bireyin sağlık durumunda değişme, yaşam kalitesi kaybı gibi nedenlerle oluşan maliyetler bu kategoridedir (105).

Ölçülemeyen maliyetler, hastalığın (veya uygulanan tedavi yönteminin) neden olduğu sosyal-fiziksel maliyetlerdir. Ölçülmeleri çok zordur. Bunlara örnek olarak, ağrı, stres, anksiyete ve depresyon gibi nedenlerle sosyal olanakların kaybedilmesi, mobilitenin kısıtlanması nedeniyle serbest zaman etkinliklerinin de kısıtlanması verilebilir (105).

Bu çalışmada sadece doğrudan maliyetlerden tıbbi maliyet grubuna giren yatan hasta tedavi maliyetleri incelenmiştir.

2.11. Maliyet Analizinde Perspektifler (Bakış Açıları)

Bakış açısı, maliyetlerin kim açısından ele alındığını gösterir. Bakış açısı değiştikçe, maliyet değişecektir. Bakış açısı temel alınarak doğru maliyetler ve sonuçlar belirlenmelidir. En yaygın kullanılan bakış açıları, toplumsal, hasta, sağlık uzmanları, kurum, sigortacılar, ilaç endüstrisi ve işverenler olarak sayılabilir (105). Toplumsal bakış açısı, maliyet ve sonuçların tüm bakış açılarını kapsadığından konuyu en fazla içine alan bakış açısıdır; eğer bakış açısı seçiminde belirsizlikler varsa ve karar vermede zorlanılıyorsa bu bakış açısı seçilmelidir (Şekil 2) (106). Bu çalışmada maliyetler hastane bakış açısıyla incelenmiştir.



Şekil 2. Maliyet Analizinde Perspektifler (Bakış Açıları)

3. GEREÇ-YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı bir maliyet analizi çalışmasıdır. Retrospektif olarak hasta dosyaları ve hastane hasta veri tabanı (ENLİL) incelenmiştir. Hastane fatura biriminden ilgili tarihlerdeki işlem ücretleri öğrenilerek hasta başına ve toplam maliyetler hesaplanmıştır.

3.2. Araştırmanın Evreni

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi 2 Ekim 1979 yılında Ankara İktisadi ve Ticari İlimler Akademisi'ne bağlı olarak kurulmuş, Ankara merkezde hizmet veren bir üniversite hastanesidir. Bünyesinde 413 öğretim üyesi, 14 öğretim görevlisi, 23 uzman, 575 araştırma görevlisi, 764 hemşire ve 1150 idari personel görev yapmaktadır. 1028 (aktif 960) yatak kapasitesine sahiptir. Psikiyatri kliniği ise, 1984 yılında Trafik Hastanesinin acil servisindeki bir odada hizmet vermeye başlamış aynı yılın Eylül ayında Gazi Üniversitesi'nin Gölbaşı yerleşkesine taşınmış ve 20 yıl hizmetlerini burada sürdürmüştür. 2004 yılında, Gölbaşı yerleşkesindeki alkol ve madde bağımlılığı birimi dışındaki tüm birimler şu anda hizmet vermekte olduğu Beşevler yerleşkesine taşınmıştır.

2010 yılında, klinik bünyesinde Konsültasyon ve Liyezon Psikiyatrisi (KLP) Bilim Dalı kurulmuştur. Psikiyatrik değerlendirmelerde hakem hastane konumunda olan kliniğin, alkol ve madde bağımlılığı birimi, Sağlık Bakanlığı'nın AMATEM eğitim merkezleri içinde yer almaktadır.

16 erkek ve 15 kadın hasta için olmak üzere toplam 31 yatak kapasiteli 2 ayrı serviste yıllık ortalama 500 civarı yatan hasta, poliklinikte ise 15.000 ayaktan hasta tedavisi yapılmaktadır. Anabilim dalında 10 öğretim üyesi, 18 araştırma görevlisi, 14 hemşire, 1 psikolog ve 1 sosyal hizmet uzmanı görev yapmaktadır.

Anabilim Dalında; konsültasyon ve liyezon psikiyatrisi (KLP), davranışçı bilişsel terapi, psikofarmakoloji ve travmayla ilgili çalışmalar, ayaktan ve yatan hastalarla grup terapileri, psikoz hastalarıyla yürütülen aile eğitimlerine ilişkin programlar yürütülmektedir.

3.3. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

01.01.2015 ve 31.12.2015 tarihleri arasında Gazi Hastanesi Psikiyatri Kliniği'ne herhangi bir sebepten yatışı yapılmış ve en az 1 gün süreyle hastane yatmış tüm hastalar çalışmaya dahil edilmiştir.

3.4. Çalışmadan Hariç Tutulma Kriterleri

01.01.2015 ve 31.12.2015 tarihleri arasında Gazi Hastanesi Psikiyatri Kliniği'ne herhangi bir sebepten yatırılmış tüm hastalar durumuna uymayan hastalar çalışmaya alınmamıştır. Gündüz hastası olarak yatışı gözüken 14 hasta çalışmadan çıkarılmıştır.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

3.5.1. Bağımlı Değişkenler

- Psikiyatrik hastalıkların tanıları
- Hastalıkların ilk belirti yaşı

- Hastalıkların mevcut süresi
- Hastanede yatış süresi
- Günlük toplam maliyet
- Toplam yatış maliyeti

3.5.2. Bağımsız Değişkenler

- Yaş
- Yaş grupları
- Cinsiyet
- Medeni durum
- Öğrenim durumu
- Çalışma durumu
- Ek hastalık varlığı
- Psikiyatrik hastalıkların tanıları

3.6. Araştırmada Kullanılan Araç-Gereç

a. Veri Toplama Formu

Araştırmada ilk önce hangi bilgilerin taranacağını belirlemek üzere ek-1’de sunulan veri toplama formu oluşturulmuştur. Bu form ‘tanımlayıcı bilgiler’, ‘hastalıkla ilgili bilgiler’ ve ‘maliyetlerle ilgili bilgiler’ olmak üzere 3 kısımdan oluşmaktadır. Daha sonra bu formdan yararlanarak “SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 21.0 (SPSS Inc, Chicago, IL)” programı ile veri tabanı oluşturulmuş ve hasta bilgileri direkt olarak veri tabanına işlenmiştir.

3.7. Araştırmanın Uygulama Şekli

Araştırma, Ankara’da Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı’nda araştırma görevlisi olan araştırmacı tarafından Gazi Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Servisinde 1 Ocak-31 Aralık 2015 yılında yatışı yapılan tüm hastalar üzerinden gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın etik kurul ve hastane başhekimlik izinleri alınmış olup Ek-2 ve Ek-3’te sunulmuştur.

Şekil 1’de de bahsedildiği gibi maliyetler, “doğrudan”, “dolaylı” ve “ölçülemeyen” olmak üzere 3 kategoride sınıflandırılabilir. Bu çalışmada sadece doğrudan maliyetlerden tıbbi maliyet grubuna giren yatan hasta tedavi maliyetleri incelenmiştir.

Çalışmada dökümü yapılan maliyetler, T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) Sağlık Uygulama Tebliği’ne (SUT) uygun olarak hastane tarafından düzenlenip SGK’ya faturalandırmak üzere hasta veri tabanına girilen tutarları ifade etmektedir. Hastane bilgi sistemi kullanılmış ve hizmet sorgulama menüsünden yapılan işlemlere ait ücretlerin dökümü çıkarılmıştır.

SGK Sağlık Uygulama Tebliği’ne göre; psikiyatri servis hastalarının tedavileri SUT eki EK-2C listesinde (tanıya dayalı işlem puan listesi) yer alan puanlar üzerinden faturalandırılır. Yapılan işlemlerin grubuna göre, serviste SGK ücretlendirmesi paket ücretlerle olmaktadır. Bu paket ücretlendirme çerçevesinde günlük standart bir ücretlendirme yapılmakta, belirlenmiş özel durumlar dışında yapılan tüm tedavi ve işlemler için ek bir ödeme yapılmamaktadır (107). Ancak hastane veri tabanı programı incelendiğinde hastalar için paket ücretler dışında ek

maliyetler de tanımlandığı görülmüştür. Bu maliyet ayrıca değerlendirilmiş ve paket ücretlerle ek maliyetler toplanarak toplam maliyetler hesap edilmiştir.

“Paket İşlem Fiyat Listesine” göre 1. grup hastalıklar olan semptomatik ve organik mental bozukluklar, şizofreni, şizotipal ve delüzyonel bozukluklar ve duygudurum bozukluklarının toplam günlük yatış maliyeti karşılığı olarak 113,10 TL; 2. grup hastalıklar olan orta depresif nöbet, yineleyen depresif bozukluk, siklotimi, nörotik, stresle ilgili ve somatoform bozukluklar, yeme bozuklukları, erişkin kişilik ve davranış bozuklukları, zeka geriliği, konuşma ve dil özel gelişimsel bozuklukları, yaygın gelişimsel bozukluklar, hiperkinetik bozukluklar, davranış bozuklukları ve davranışsal ve duygusal karma tip bozuklukların toplam günlük yatış maliyeti karşılığı 100,10 TL; 3. grup hastalıklar olan zihin ve davranış bozuklukları, kafein ve diğer stimülanların kullanımına bağlı, zihin ve davranış bozuklukları, tütün kullanımına bağlı, hafif depresif nöbet, yineleyen depresif bozukluk, şimdiki nöbet hafif şiddetli, fobik anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar, diğer nörotik bozukluklar, fizyolojik bozukluklar ve fiziki faktörlerle birlikte seyreden davranış bozukluğu sendromları, psikolojik gelişme bozuklukları, genellikle çocukluk ve adolesan döneminde başlayan davranışsal ve emosyonel bozukluklar için 87,10 TL ödenmektedir. Tanısına bakılmaksızın 45 günden daha uzun yatan hastalar (45. güne kadar ilgili grup psikiyatrik hasta günlük tedavi işlem puanı üzerinden) 4. grup sayılır ve günlük 74,10 TL karşılır. 5. grup ise psikoaktif madde kullanımına bağlı zihin ve davranış bozukluklarıdır ve günlük paket ücreti 146,89 TL’dir.

3.8. Maliyetlerin Dolar Olarak Hesaplanması

Maliyetler, Türk Lirası (TL) olarak hesaplanmış olup uluslararası yayınlar ile karşılaştırılmasında yıl ortası (30 Haziran 2015) Merkez Bankası Türk Lirası/Amerikan Doları döviz kuru (1 ABD Doları=2,6898 TL) göz önüne alınmıştır. Tartışma kısmında bahsi geçen çalışmaların tamamı için, ilgili çalışmanın yapıldığı dönemki TL ve USD döviz kuru bulunarak tüm değerler TL ve USD para birimine çevrilmiştir. Çalışmalar bu şekilde kıyaslanmıştır.

3.9. Etik Kurul İzni

Bu araştırmanın etik açıdan uygunluğu, Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Baştabipliği Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 13.04.2016 tarihli toplantısında müzakere edilip etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir (Ek 2).

3.10. Veri Girişi ve Verilerin Düzenlenmesi

Araştırma verileri, Nisan - Mayıs 2016'da SPSS 21.0 istatistik paket programına araştırmacı tarafından girilmiş, veri girişi tamamlandıktan sonra veri kontrolü yapılmıştır.

Tablo 24'de tanımlayıcı özelliklerin ve hastalık tanılarının hastanede yatış süresine etkisini değerlendirmek üzere lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Bu analizde hastanede yatış süresi 25 gün ve altı ile 25 gün üstü olarak iki gruba ayrılarak incelenmiştir. Hastalık tanıları hastanedeki sıklık sırasına göre çoktan aza doğru regresyon analize dahil edilmiştir. Diğer hastalıklar şizofreniye göre değerlendirilmiştir.

Tablo 25’de tanımlayıcı özelliklerin ve hastalık tanılarının toplam yatış maliyetine etkisini değerlendirmek üzere lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Bu analizde toplam yatış maliyeti 3000 TL ve altı ile 3000 TL üzeri olarak iki gruba ayrılarak incelenmiştir. Hastalık tanıları hastanedeki sıklık sırasına göre çoktan aza doğru regresyon analize dahil edilmiştir. Diğer hastalıklar şizofreniye göre değerlendirilmiştir.

3.12. Veri Analizi ve İstatistiksel Yöntemler

Araştırma verisi “SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 21.0 (SPSS Inc, Chicago, IL)” aracılığıyla bilgisayar ortamına yüklenmiş ve değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma, ortanca (en küçük-en büyük), frekans dağılımı ve yüzde olarak sunulmuştur. Kategorik değişkenlerin değerlendirmesinde Pearson Ki-Kare Testi uygulanmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov) kullanılarak incelenmiştir. Normal dağılıma uymadığı saptanan değişkenler için iki bağımsız grup arasındaki istatistiksel anlamlılıklarda Mann-Whitney U Testi, üç ve daha fazla bağımsız grup arasında Kruskal Wallis Testi istatistiksel yöntem olarak kullanılmıştır. Üç ve daha fazla bağımsız grup arasında anlamlı fark saptandığında farkın kaynağını saptamaya yönelik Bonferroni Düzeltmesi uygulanmıştır. Yapılan ikili karşılaştırmalarla belirlenen farklı prediktörlerin hastanede yatış süresini ve yatış maliyetlerini öngörmedeki etkileri çek değişkenli lojistik regresyon analiziyle değerlendirilmiştir. Model uyumu değerlendirmede Hoshmer-Lemeshow testi

kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişki Spearman Testi ile değerlendirilmiştir. Korelasyon katsayısına göre ilişki durumu Tablo 3’de sunulmuştur. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Tablo 3. Korelasyon Katsayısına Göre İlişki Durumu (108)

Korelasyon Katsayısı	İlişki Durumu
0-0,24	Zayıf ilişki
0,25-0,49	Orta ilişki
0,50-0,74	Güçlü ilişki
0,75-1,00	Çok güçlü ilişki

3.12. Araştırma Takvimi

Konu belirlendikten sonra 2016 Ocak, Şubat ve Mart aylarında literatür taranmış ve araştırma önerisi mart ayında kabul edilmiştir. 13 Nisan 2016 tarihinde etik kurul onayı alındıktan sonra Nisan ve Mayıs aylarında veriler toplanmış ve bilgisayara aktarılmıştır. Haziran ayında verilerin analizi, tablo ve grafik yapımı tamamlanmış ve rapor yazımına geçilmiştir. Rapor yazımı Temmuz, Ağustos ve Eylül aylarında da devam etmiş ve 19 Eylül 2016 tarihinde tamamlanmıştır. 3 Ekim 2016 tarihinde rapor jüriye sunulmuştur.

3.13. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Hastalık maliyetleri, “doğrudan”, “dolaylı” ve “ölçülemeyen” maliyetler olmak üzere üç kategoride incelenir. Bu çalışmada sadece doğrudan maliyetlerden tıbbi maliyet grubuna giren yatan hasta tedavi maliyetleri incelenmiştir. Bu yüzden bu çalışmanın hastaların tüm maliyetlerini yansıttığı söylenemez.

Hastane veri tabanında hastalar için çıkarılan hizmet dökümleri incelendiğinde paket ücretler dışında bazı işlemlerin ayrıca maliyetlendirildiği görülmüştür. Bunların bir kısmının paket ücret dışı işlemler olduğu gibi bir kısmı da paket ücret içerisinde yer alması beklenen işlemlerdir. Bu uygulamanın genellikle hastaların ilk yatış günü yapılması ilk gün için paket ücretin geçerli sayılmadığı ve poliklinik işlemleri gibi değerlendirildiği düşüncesini doğurmuştur. Bir gün içerisinde tekrarlayan işlemler için de aynı uygulamanın yapıldığı görülmüştür. Çalışmamız, hastane bakış açısını yansıttığı için paket dışı değerlendirilen bu maliyetler değiştirilmemiştir.

Hastanemiz psikiyatri servisinde paket ücret sistemi kullanıldığı için tek tek hizmet kalemlerinin maliyeti çıkarılmamıştır. Paket ücret hastalık gruplarına göre kabaca belirlenmiş bir ücrettir. Paket ücretin hastaların yattıkları her gün için masrafları karşılayıp karşılamadığını bilebilmek mümkün değildir. Ayrıca her hasta aynı değildir ve hastalara standart bir ücret belirlemek tartışmalıdır.

Çalışma sadece Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yapıldığı için tüm Türkiye'ye genellenemez. Nitekim merkezi konumda yer alan bu hastanenin, tüm Ankara'yı temsil etmesi de beklenemez.

3. BULGULAR

3.1. Maliyet Dışı Bulgular

Çalışmada 403 hastaya ait, 439 psikiyatri kliniğine giriş kaydı bulunmaktadır. Bu 403 hastadan 14 tanesi gündüz hastası olduğu tespit edildiğinden analiz dışı bırakılmıştır. Geriye kalan 389 hasta toplamda 1 yıl içinde Gazi Hastanesi Psikiyatri Servisi'ne 425 kez yatırılmıştır. Ortalama her hasta 1,09 kez hastaneye yatırılmıştır.

Yatışı yapılan 389 kişiden; 172'si (%44,2) kadın, 217'si (%55,8) erkektir. Yaş ortalaması $41,12 \pm 13,56$ 'dır. 178 kişi evli (%48,8), 135 kişi bekar (%37,0) ve 52 kişi boşanmış/duldur (%14,2). Hastaların evinde yaşayan kişi sayısı ortalama $3,19 \pm 1,30$ 'dur (ortanca 3, minimum 1, maksimum 8).

Hastaların %25,7'si en fazla ilkokul mezunuyken; %9,4'ü ortaokul, %38,6'sı lise ve %26,3'ü ise yüksekokul/üniversite mezunudur, %66,6'sı yatış anında herhangi bir işte çalışmamaktadır. Hastaların %8'inde ek bir psikiyatrik hastalık bulunurken, %21,1'inde de ek başka bir hastalık vardır (Tablo 4).

Tablo 4. Hastaların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı, Ankara, 2015

		Sayı (%)
Yaş (n=389)		
Ortalama±SD		41,12±13,56
Ortanca (minimum-maksimum)		39 (16-90)
Yaş Grupları (n=389)		
16-25 Yaş		48 (12,3)
26-35 Yaş		97 (24,9)
36-45 Yaş		110 (28,3)
46-55 Yaş		74 (19,0)
56 ve Üzeri Yaş		60 (15,4)
Cinsiyet (n=389)		
Erkek		217 (55,8)
Kadın		172 (44,2)
Medeni Durum (n=365)		
Evli		178 (48,8)
Bekar		135 (37,0)
Boşanmış/Dul		52 (14,2)
Öğrenim Durumu (n=308)		
En Fazla İlkokul		79 (25,7)
Ortaokul		29 (9,4)
Lise		119 (38,6)
Yüksekokul/Üniversite		81 (26,3)
Çalışma Durumu (n=296)		
Çalışıyor		99 (33,4)
Çalışmıyor		197 (66,6)
Ek Hastalık Durumu*		
Yok		282 (72,5)
Var		107 (27,5)
Ek Hastalık Varlığı		
Ek Psikiyatrik Hastalık Var Olanlar		31 (8,0)
Psikiyatri Dışı Ek Hastalık Var Olanlar		82 (21,1)

%; Sütun yüzdesi; SD: Standart Sapma, *Bazı hastalar hem psikiyatrik hem de psikiyatri dışı hastalığa sahiptir,

Tablo 5’de hastaların cinsiyetlerine göre medeni durum ve çalışma durumlarının dağılımı verilmiştir. Buna göre evli olanları sıklığı cinsiyetler arası benzerken; bekar olma erkeklerde, boşanmış/dul olma ise kadınlarda daha fazladır. Cinsiyet açısından medeni durumlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$). Erkeklerin %43,1’i bir işte çalışırken, kadınlarda bu sadece %22,1’dir ($p<0,001$).

Tablo 5. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Medeni Durum ve Çalışma Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2015

	Erkek	Kadın	p
	Sayı (%)	Sayı (%)	
Medeni Durum (n=365)			
Evli	96 (47,3)	82 (50,6)	p<0,001*
Bekar	89 (43,8)	46 (28,4)	
Boşanmış/Dul	18 (8,9)	34 (21,0)	
Çalışma Durumu (n=296)			
Çalışıyor	69 (43,1)	30 (22,1)	p<0,001*
Çalışmıyor	91 (56,9)	106 (77,9)	

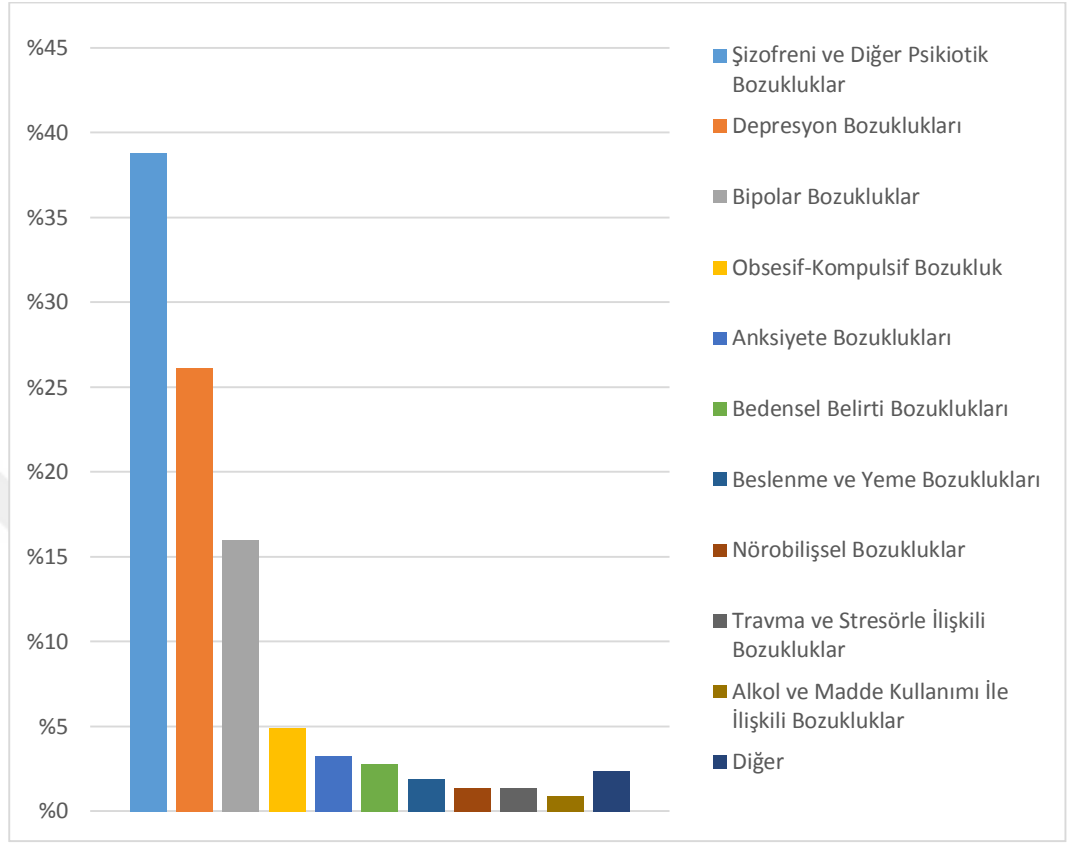
%%: Sütun yüzdesi, *Pearson ki-kare

Hastanemize yatan hastaların yatış tanıları DSM V’e göre incelendiğinde ilk üç sırada şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar (%38,8), depresyon bozuklukları (%26,1) ve bipolar bozukluklar (%16,0) gelmektedir. Erkek ve kadınlarda ilk üç hastalığın sırası değişmemektedir (Tablo 6, şekil 3).

Tablo 6. DSM V'e Göre Hastaların Hastaneye Yatış Tanılarının Cinsiyete Göre ve Toplam Dağılımı, Ankara, 2015

	Erkek	Kadın	Toplam
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)
Tanıların Dağılımı (n=425)			
Şizofreni ve Diğer Psikotik Bzk,	111 (47,6)	54 (28,1)	165 (38,8)
Depresyon Bozuklukları	50 (21,5)	61 (31,8)	111 (26,1)
Bipolar Bozukluklar	35 (15,0)	33 (17,2)	68 (16,0)
Obsesif-Kompulsif Bozukluk	8 (3,4)	13 (6,8)	21 (4,9)
Anksiyete Bozuklukları	6 (2,6)	8 (4,2)	14 (3,3)
Bedensel Belirti Bozuklukları	3 (1,3)	9 (4,7)	12 (2,8)
Beslenme ve Yeme Bozuklukları	3 (1,3)	5 (2,6)	8 (1,9)
Nörobilişsel Bozukluk	6 (2,6)	0 (0,0)	6 (1,4)
Travma ve Stresörle İlişkili Bozukluklar	1 (0,4)	5 (2,6)	6 (1,4)
Alkol ve Madde Kullanımı İle İlişkili Bzk,	4 (1,7)	0 (0,0)	4 (0,9)
Diğer*	6 (2,6)	4 (2,1)	10 (2,4)

%; Yüzde; *Somatofrom bozukluk, somatizasyon bozukluğu, alışkanlık ve impuls bozuklukları, davranış bozukluğu, özel kişilik bozukluğu, dissosiyatif amnezi



Şekil 3. Hastaların Tanılarına Göre Dağılımı, Ankara, 2015

DSM V'e göre hastaların hastaneye yatış tanılarının yaş gruplarına, medeni duruma ve eğitim durumlarına göre dağılımı tablo 6, 7 ve 8'de verilmiştir. Yaş gruplarına bakıldığında en sık olarak 16-25 yaş, 26-35 yaş, 36-45 yaş ve 46-55 yaşta şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar görülürken; 56 yaş ve üzerinde en sık depresyon bozuklukları görülmektedir (Tablo 7).

Evlilerde en sık rastlanılan psikiyatrik hastalık %35,0 ile depresyon bozuklukları iken; bekarlarda en sık şizofreni ve diğer psikotik bozukluklara (%54,1), boşanmış/dullarda ise her iki hastalığa eşit sıklıkta (%34,5) rastlanılmıştır. Medeni durumlar arasında tanı açısından anlamlı fark vardır (Tablo 8).

Bütün eğitim seviyelerinde en fazla şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar görülmektedir. Eğitim durumlarına göre hastalıkların dağılımı tablo 9’da verilmiştir.

Tablo 7. DSM V’e Göre Hastaların Hastaneye Yatış Tanılarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı, Ankara, 2015

	16-25 Yaş Sayı (%)	26-35 Yaş Sayı (%)	36-45 Yaş Sayı (%)	46-55 Yaş Sayı (%)	56 Yaş Üzeri Sayı (%)
Tanıların Dağılımı (n=425)					
Şizofreni ve Diğer Psikotik Bzk,	18 (35,3)	49 (45,8)	55 (45,5)	26 (33,8)	17 (24,6)
Depresyon Bozuklukları	6 (11,8)	24 (22,4)	29 (24,0)	22 (28,6)	30 (43,5)
Bipolar Bozukluklar	11 (21,6)	16 (15,0)	13 (10,7)	14 (18,2)	14 (20,3)
Obsesif-Kompulsif Bozukluk	4 (7,8)	7 (6,5)	4 (3,3)	6 (7,8)	0 (0,0)
Anksiyete Bozuklukları	2 (3,9)	3 (2,8)	2 (1,7)	3 (3,9)	4 (5,8)
Bedensel Belirti Bozuklukları	1 (2,0)	3 (2,8)	8 (6,6)	0 (0,0)	0 (0,0)
Beslenme ve Yeme Bzk,	5 (9,8)	1 (0,9)	2 (1,7)	0 (0,0)	0 (0,0)
Diğer*	4 (7,9)	4 (3,7)	8 (6,6)	6 (7,8)	4 (5,8)

%. Sütun yüzdesi, *Nörobilişsel bozukluk, travma ve stresörle ilişkili bozukluklar, alkol ve madde kullanımı ile ilişkili bzk, somatofrom bozukluk, somatizasyon bozukluğu, alışkanlık ve impuls bozuklukları, davranış bozukluğu, özel kişilik bozukluğu, dissosiyatif amnezi

Tablo 8. DSM V'e Göre Hastaların Hastaneye Yatış Tanılarının Medeni Duruma Göre Dağılımı, Ankara, 2015

	Evli Sayı (%)	Bekar Sayı (%)	Boşanmış/Dul Sayı (%)
Tanıların Dağılımı (n=425)			
Şizofreni ve Diğer Psikotik Bzk,	54 (27,0)	79 (54,1)	19 (34,5)
Depresyon Bozuklukları	70 (35,0)	18 (12,3)	19 (34,5)
Bipolar Bozukluklar	33 (16,5)	25 (17,1)	7 (12,7)
Obsesif-Kompulsif Bozukluk	9 (4,5)	10 (6,8)	2 (3,6)
Anksiyete Bozuklukları	8 (4,0)	1 (0,7)	3 (5,5)
Bedensel Belirti Bozuklukları	10 (5,0)	1 (0,7)	1 (1,8)
Beslenme ve Yeme Bozuklukları	1 (0,5)	6 (4,2)	1 (1,8)
Diğer*	15 (7,5)	6 (4,2)	3 (5,5)

%. Sütun yüzdesi, *Nörobilişsel bozukluk, travma ve stresörle ilişkili bozukluklar, alkol ve madde kullanımı ile ilişkili bzk., somatofrom bozukluk, somatizasyon bozukluğu, alışkanlık ve impuls bozuklukları, davranış bozukluğu, özel kişilik bozukluğu, dissosiyatif amnezi, pearson ki-kare $p<0,001$

Tablo 9. DSM V'e Göre Hastaların Hastaneye Yatış Tanılarının Öğrenim Durumuna Göre Dağılımı, Ankara, 2015

	En Fazla İlkokul Sayı (%)	Ortaokul Sayı (%)	Lise Sayı (%)	Lise Üzeri Sayı (%)
Tanıların Dağılımı (n=425)				
Şizofreni ve Diğer Psikotik Bzk,	30 (33,7)	18 (56,3)	55 (42,0)	35 (39,8)
Depresyon Bozuklukları	32 (36,0)	6 (18,8)	32 (24,4)	16 (18,2)
Bipolar Bozukluklar	9 (10,1)	3 (9,4)	22 (16,8)	19 (21,6)
Obsesif-Kompulsif Bozukluk	3 (3,4)	2 (6,3)	5 (3,8)	6 (6,8)
Anksiyete Bozuklukları	2 (2,2)	2 (6,3)	2 (1,5)	2 (2,3)
Bedensel Belirti Bozuklukları	4 (4,5)	1 (3,1)	4 (3,1)	1 (1,1)
Beslenme ve Yeme Bzk,	0 (0,0)	0 (0,0)	7 (5,3)	1 (1,1)
Nörobilişsel Bozukluk	4 (4,5)	0 (0,0)	1 (0,8)	0 (0,0)
Diğer*	5 (5,6)	0 (0,0)	3 (2,3)	8 (9,0)

%. Sütun yüzdesi, *Travma ve stresörle ilişkili bozukluklar, alkol ve madde kullanımı ile ilişkili bzk., somatofrom bozukluk, somatizasyon bozukluğu, alışkanlık ve impuls bozuklukları, davranış bozukluğu, özel kişilik bozukluğu, dissosiyatif amnezi

2015 yılı içerisinde Gazi Hastanesi Psikiyatri Servisi'ne 1'den fazla yatışı yapılan hastaların tanı dağılımları tablo 10'da sunulmuştur. Buna göre 1. yatışa ek olarak depresyon hastalarında 19 kez tekrar yatış olduğu görülmüştür. Onu 8 yatışla şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar izlemektedir. Toplamda 36 tekrar yatış olmuştur.

Tablo 10. Birden Fazla Yatışı Yapılan Hastaların Tanı Dağılımları, Ankara, 2015

	Sayı (%)
Tanıların Dağılımı (n=36)	
Depresyon Bozuklukları	19 (52,8)
Şizofreni ve Diğer Psikotik Bzk,	8 (22,2)
Bipolar Bozukluklar	6 (16,7)
Bedensel Belirti Bozuklukları	2 (5,6)
Travma ve Stresörle İlişkili Bozukluklar	1 (2,8)
Diğer*	0 (0,0)
Toplam	36 (100,0)

%: Sütun yüzdesi; * DSM V'e Göre Diğer Psikiyatrik Hastalıklar

Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK), Sağlık Uygulama Tebliği Taniya Dayalı İşlem Puan Listesi Ek-2C'ye göre hastanemiz psikiyatri servisine yatan hastaların %72,5'i 1.grup psikiyatrik hastadır. %23,9'u 2.grup, %3,6'sı 3.grup iken 5.grup hasta hiç yatmamıştır. Hastalar 45 gün yattıktan sonra 4.grup hasta olarak değerlendirilmektedir (Tablo 11).

Tablo 11. Hastaların Sağlık Uygulama Tebliği Tanıya Dayalı İşlem Puan Listesine Göre Psikiyatrik Hastalık Sınıflarının Dağılımı, Ankara, 2015*

n=389	Sayı (%)
Tanıların Dağılımı (n=389)	
1. Grup Psikiyatrik Hasta	282 (72,5)
2. Grup Psikiyatrik Hasta	93 (23,9)
3. Grup Psikiyatrik Hasta	14 (3,6)

%. Sütun yüzdesi; *45 günün üzerindeki her yatılan gün için kişi, 4. Grup hasta olarak değerlendirilmektedir. Hastanemize 2015 yılında yatırılan 5. Grup psikiyatrik hasta yoktur.

Tablo 12’de hastaların tanılarına göre hastalıklarının ilk belirti yaşlarının dağılımı verilmiştir. Burada ortalanca yaşlar incelendiğinde beslenme ve yeme bozuklukları en genç yaşta (ortalanca:20) ortaya çıkan hastalık olarak göze çarparken, travma ve stresörle ilişkili bozukluklar en geç (ortalanca:46) ortaya çıkan hastalık olarak tespit edilmiştir. Hastalıklar ikişerli gruplar halinde karşılaştırıldığında anlamlı farkın beslenme ve yeme bozuklukları ile depresyon, obsesif-kompulsif bozukluk ile depresyon bozuklukları, şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar ile depresyon bozuklukları ve bipolar bozukluklar ile depresyon bozuklukları arasında olduğu görülmüştür.

Tablo 12. Hastaların Tanılarına Göre Hastalıklarının İlk Belirti Yaşlarının Dağılımı, Ankara, 2015

	n	$\bar{X} \pm S$	Medyan (min-maks)
Şizofreni ve Diğer Psikotik Bzk,	143	28,16±11,10	25,00 (12-81)
Depresyon Bozuklukları	95	38,74±14,62	36,00 (14-89)
Bipolar Bozukluklar	61	29,59±14,13	24,00 (14-68)
Obsesif-Kompulsif Bozukluk	18	24,28±11,39	22,00 (5-46)
Anksiyete Bozuklukları	13	35,15±16,81	34,00 (11-71)
Bedensel Belirti Bozuklukları	12	32,67±8,89	33,00 (18-45)
Beslenme ve Yeme Bozuklukları	8	22,75±7,79	20,00 (15-37)
Travma ve Stresörle İlişkili Bzk,	5	40,40±11,76	46,00 (20-49)
Nörobilişsel Bozukluklar	4	45,00±15,05	44,00 (29-63)
Alkol ve Madde Kullanımı Bzk,	4	22,25±4,27	22,50 (17-27)
Diğer*	8	39,50±18,43	31,50 (21-66)
Toplam	371	31,72±13,82	29,00 (5-89)

$\bar{X}$: Ortalama; S: Standart sapma, *Somatofrom bozukluk, somatizasyon bozukluğu, alışkanlık ve impuls bozuklukları, davranış bozukluğu, özel kişilik bozukluğu, dissosiyatif amnezi, Kruskal Wallis Test **p<0,001**

Tablo 13’de hastaların tanılarına göre hastalıklarının mevcut sürelerinin dağılımı verilmiştir. Obsesif-kompulsif bozukluk ortalama 155,67 ay ile en uzun süredir varlık gösteren hastalık olarak göze çarparken, travma ve stresörle ilişkili bozukluklar 17,80 ay ile en kısa süreli hastalık olarak tespit edilmiştir. Hastalıklar ikişerli gruplar halinde karşılaştırıldığında anlamlı farkın sadece beslenme ve yeme bozuklukları ile şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar arasında olduğu görülmüştür.

Tablo 13. Hastaların Tanılarına Göre Hastalıklarının Mevcut Sürelerinin Dağılımı, Ankara, 2015*

	n	$\bar{X} \pm S$	Ortanca (min,-maks,)
Şizofreni ve Diğer Psikotik Bzk,	142	140,51±110,47	120,00 (1-500)
Depresyon Bozuklukları	95	101,81±103,03	72,00 (2-384)
Bipolar Bozukluklar	61	130,25±118,73	96,00 (1-588)
Obsesif-Kompulsif Bozukluk	18	155,67±115,20	144,00 (6-384)
Anksiyete Bozuklukları	13	141,77±146,26	144,00 (3-420)
Bedensel Belirti Bozuklukları	11	48,82±50,66	36,00 (1-180)
Beslenme ve Yeme Bozuklukları	8	22,50±18,47	18,00 (2-60)
Travma ve Stresörle İlişkili Bzk,	5	17,80±17,06	12,00 (2-36)
Nörobilişsel Bozukluklar	4	60,00±50,91	54,00 (12-120)
Alkol ve Madde Kullanımı Bzk,	4	126,00±101,11	120,00 (24-240)
Diğer**	8	96,25±96,57	60,00 (2-252)
Toplam	369	120,69±110,69	96,00 (1-588)

$\bar{X}$: Ortalama; S: Standart sapma, *Süre ay olarak alınmıştır, **Somatofrom bozukluk, somatizasyon bozukluğu, alışkanlık ve impuls bozuklukları, davranış bozukluğu, özel kişilik bozukluğu, dissosiyatif amnezi, Kruskal Wallis Test $p<0,001$

Tablo 14’de hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre hastanede yatış sürelerinin dağılımı verilmiştir. Erkekler ortalama 25,21 gün hastanede kalmışken, kadınlarda bu 29,86 gündür. Aradaki fark anlamlıdır ($p=0,002$). Yaş gruplarına bakıldığında yaş arttıkça anlamlı şekilde hastanede kalış süresinin de arttığı görülmüştür ($p=0,033$). Medeni durum, öğrenim durumu, çalışma durumu ve ek hastalık varlığını ise hastanede kalış süresini istatistiksel olarak anlamlı şekilde etkilemediği görülmüştür (Tablo 14).

Tablo 14. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Hastanede Yatış Sürelerinin Dağılımı, Ankara, 2015

	n	$\bar{X} \pm S$	Ortanca (min-maks)	p
Cinsiyet (n=425)				0,002*
Erkek	233	25,21±13,58	24,00 (2-72)	
Kadın	192	29,86±16,29	28,00 (1-82)	
Yaş Grupları (n=425)				0,033**
16-25 Yaş Arası	51	23,47±14,62	23,00 (1-58)	
26-35 Yaş Arası	107	24,69±14,20	22,00 (1-59)	
36-45 Yaş Arası	121	28,86±14,80	26,00 (2-72)	
46-55 Yaş Arası	77	29,04±15,12	27,00 (1-80)	
56 ve Üzeri Yaş	69	29,59±16,14	28,00 (2-82)	
Medeni Durum (n=401)				0,792**
Evli	200	27,92±15,35	26,50 (1-82)	
Bekar	146	27,47±14,57	27,00 (1-72)	
Boşanmış/Dul	55	27,29±15,58	23,00 (2-71)	
Öğrenim Durumu (n=351)				0,242**
En Fazla İlkokul	89	28,25±15,96	25,00 (3-80)	
Ortaokul	32	25,28±14,56	23,00 (4-56)	
Lise	136	28,24±14,39	28,00 (2-72)	
Yüksekokul/Üniversite	94	24,47±12,62	23,50 (1-53)	
Çalışma Durumu (n=327)				0,328*
Çalışıyor	108	26,46±15,28	23,50 (2-71)	
Çalışmıyor	219	28,00±15,45	27,00 (1-80)	
Ek Hastalık Varlığı (n=425)				0,805*
Var	121	26,93±14,82	25,00 (1-82)	
Yok	304	27,47±15,13	26,00 (1-80)	
Toplam	425	27,32±15,03	26,00 (1-82)	

$\bar{X}$: Ortalama; S: Standart sapma, *Mann Whitney U Test, **Kruskal Wallis Test

Hastaların mevcut tanılarının hastanede yatış süresi ile ilişkisi incelendiğinde ortalanca değer olarak en uzun hastane yatışı gerektiren patoloji 28,00 gün ile şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar olmuştur. Onu 26,00 gün ile bipolar bozukluklar takip etmektedir. En kısa yatış süresi olan ilk iki hastalık ise 14,00 gün ile nörobilişsel bozukluklar ve 15,50 gün ile bedensel belirti bozukluklarıdır. Hastanede yatış süresi açısından patolojiler arasında anlamlı fark yoktur ($p=0,223$) (Tablo 15).

Tablo 15. Hastaların Tanılarına Göre Hastanede Yatış Sürelerinin Dağılımı, Ankara, 2015

	n	$\bar{X} \pm S$	Medyan (min-maks)
Şizofreni ve Diğer Psikotik Bzk,	165	28,07 $\pm$ 13,14	28,00 (3-72)
Depresyon Bozuklukları	111	27,51 $\pm$ 15,45	25,00 (2-82)
Bipolar Bozukluklar	68	29,91 $\pm$ 17,42	26,00 (1-80)
Obsesif-Kompulsif Bozukluk	21	26,33 $\pm$ 19,21	24,00 (1-71)
Anksiyete Bozuklukları	14	25,14 $\pm$ 17,08	19,00 (2-55)
Bedensel Belirti Bozuklukları	12	19,50 $\pm$ 13,34	15,50 (2-44)
Beslenme ve Yeme Bozuklukları	8	28,87 $\pm$ 18,65	23,00 (2-57)
Travma ve Stresörle İlişkili Bzk,	6	23,67 $\pm$ 10,07	23,50 (11-37)
Nörobilişsel Bozukluklar	6	16,00 $\pm$ 8,31	14,00 (7-28)
Alkol ve Madde Kullanımı Bzk,	4	18,00 $\pm$ 10,98	18,00 (8-28)
Diğer*	10	21,00 $\pm$ 11,21	22,00 (3-36)
Toplam	425	27,32$\pm$15,03	26,00(1-82)

$\bar{X}$: Ortalama; S: Standart sapma, Kruskal Wallis Test $p=0,223$, *Somatofrom bozukluk, somatizasyon bozukluğu, alışkanlık ve impuls bozuklukları, davranış bozukluğu, özel kişilik bozukluğu, dissosiyatif amnezi

3.2. Maliyet Bulguları

Tablo 16’da psikiyatri paket ücreti oluşturan bazı işlemlerin maliyetleri verilmiştir. Buna göre en yüksek maliyeti MRG (manyetik rezonans görüntüleme) ve anestezi EKT protokolü oluşturmaktadır.

Tablo 16. Psikiyatri Paket Ücreti Oluşturan Bazı İşlemlerin Maliyetleri, Ankara, 2015

İşlem	Ücret (TL)
MRG (Beyin)	71,50
Anestezi EKT Protokolü	59,40
MRG (Difüzyon)	35,75
EEG	32,67
Standart Yatak Ücreti	30,00
Prokalsitonin Düzeyi	28,05
Bireysel Psikoterapi	19,25
Normal Poliklinik Muayene	15,50
EKT Sonrası Bilinç ve Oryantasyon Kontrolü	15,00
Aile Görüşmesi	11,25
Kanda Lityum Düzeyi	11,00
Valproik Asit Düzeyi	11,00
İntravenöz İlaç İnfüzyonu	8,90
Folat Düzeyi	7,15
Klinik Değerlendirme Ölçek	6,00
Konsültasyon	6,00
İdrar Tetkiki	5,50
Vitamin B12 Düzeyi	5,50
İntramusküler Enjeksiyon	5,40
Damar Yolu Açılması	4,80
Tam Kan	3,30
EKG	3,00

MRG: Manyetik Rezonans Görüntüleme, EEG: Elektroensefalografi, EKG: Elektrokardiyografi

Hastaların günlük maliyetleri incelendiğinde; hasta başına ortalama 101,53±22,91 TL (37,74±8,51 USD=ABD Doları) paket ücret, 19,09±15,01 TL (7,09±5,58 USD) diğer maliyetler olmak üzere günlük toplam 120,45±30,31 TL (44,78±11,26 USD) harcandığı görülmüştür (Tablo 17).

Tablo 17. Hastaların Günlük Ortalama Maliyetleri, Ankara, 2015

	n	$\bar{X}\pm SD$	Medyan (min-maks)
Paket Ücret	424	101,53±22,91	98,07 (17,34-260,00)
Diğer Maliyetler	425	19,09±15,01	14,92 (4,14-148,61)
Toplam Maliyet	425	120,45±30,31	115,36 (32,13-303,59)

$\bar{X}$: Ortalama; SD: Standart sapma

Hastaların yatış başına maliyetleri incelendiğinde; hasta başına ortalama 2729,80±1561,97 TL (1014,87±580,70 USD) paket ücret, 455,92±377,98 TL (169,50±140,52 USD) diğer maliyetler olmak üzere toplam 3181,07±1831,83 TL (1182,64±681,02 USD) harcandığı görülmüştür (Tablo 18).

Tablo 18. Hastaların Yatış Başına Toplam Maliyetleri, Ankara, 2015

	n	$\bar{X}\pm SD^*$	Medyan (min-maks)
Paket Ücret	424	2729,80±1561,97	2552,32 (95,70-9754,79)
Diğer Maliyetler	425	455,92±377,98	364,98 (28,00-3968,48)
Toplam Maliyet	425	3181,07±1831,83	2916,59 (170,17-12034,03)

$\bar{X}$: Ortalama; SD: Standart sapma

Hastaların tanımlayıcı özellikleri ile günlük toplam maliyetler arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (Tablo 19).

Tablo 19. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Günlük Toplam Maliyetlerinin Karşılaştırılması, Ankara, 2015

	n	$\bar{X} \pm SD$	Medyan (min-maks)	p
Cinsiyet (n=425)				0,921*
Erkek	233	119,28 $\pm$ 25,70	115,52 (32,13-235,20)	
Kadın	192	121,88 $\pm$ 35,11	115,23 (42,51-303,59)	
Yaş Grupları (n=425)				0,283**
16-25 Yaş Arası	51	125,72 $\pm$ 27,96	119,38 (75,71-236,01)	
26-35 Yaş Arası	107	118,96 $\pm$ 30,76	114,24 (33,85-303,59)	
36-45 Yaş Arası	121	118,37 $\pm$ 35,21	112,60 (32,13-283,26)	
46-55 Yaş Arası	77	122,86 $\pm$ 23,97	116,43 (80,27-233,92)	
56 ve Üzeri Yaş	69	119,84 $\pm$ 28,44	117,97 (42,51-238,30)	
Medeni Durum (n=401)				0,731**
Evli	200	122,04 $\pm$ 35,13	114,53 (42,51-303,59)	
Bekar	146	120,05 $\pm$ 27,12	116,73 (32,13-236,01)	
Boşanmış/Dul	55	115,65 $\pm$ 19,24	114,10 (66,19-160,95)	
Öğrenim Durumu (n=351)				0,298**
En Fazla İlkokul	89	116,93 $\pm$ 27,72	113,29 (33,85-238,30)	
Ortaokul	32	118,93 $\pm$ 22,53	117,58 (74,11-175,45)	
Lise	136	120,65 $\pm$ 30,99	112,60 (57,22-303,59)	
Yüksekokul/Üniversite	94	124,97 $\pm$ 30,65	122,22 (32,13-236,01)	
Çalışma Durumu (n=327)				0,181*
Çalışıyor	108	120,12 $\pm$ 33,64	113,65 (57,22-283,26)	
Çalışmıyor	219	122,22 $\pm$ 30,46	118,01 (39,22-303,59)	
Ek Hastalık Varlığı (n=425)				0,129*
Var	121	118,06 $\pm$ 28,23	112,20 (33,85-238,30)	
Yok	304	121,40 $\pm$ 31,09	117,26 (32,13-303,59)	

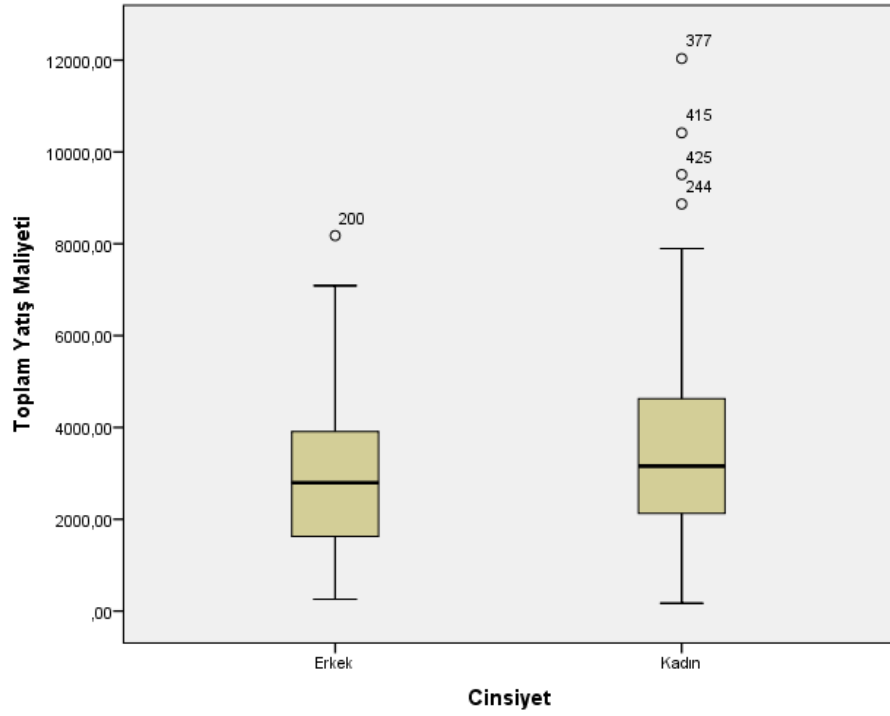
$\bar{X}$: Ortalama; SD: Standart sapma, * Mann Whitney U Test, **Kruskal Wallis Test

Tablo 20’de hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre toplam yatış maliyetlerinin karşılaştırılması verilmiştir. Erkek hastaların toplam yatış maliyetleri $2922,08 \pm 1592,02$ TL iken, kadınlarınki $3495,37 \pm 2046,81$ TL’dir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,005$) (Şekil 4). Genel olarak yaş arttıkça maliyetin arttığı görülmüştür ($p=0,028$) (Şekil 5). Medeni durum, öğrenim durumu, çalışma durumu ve ek hastalık varlığı ile toplam yatış maliyetleri arasında anlamlı fark yoktur.

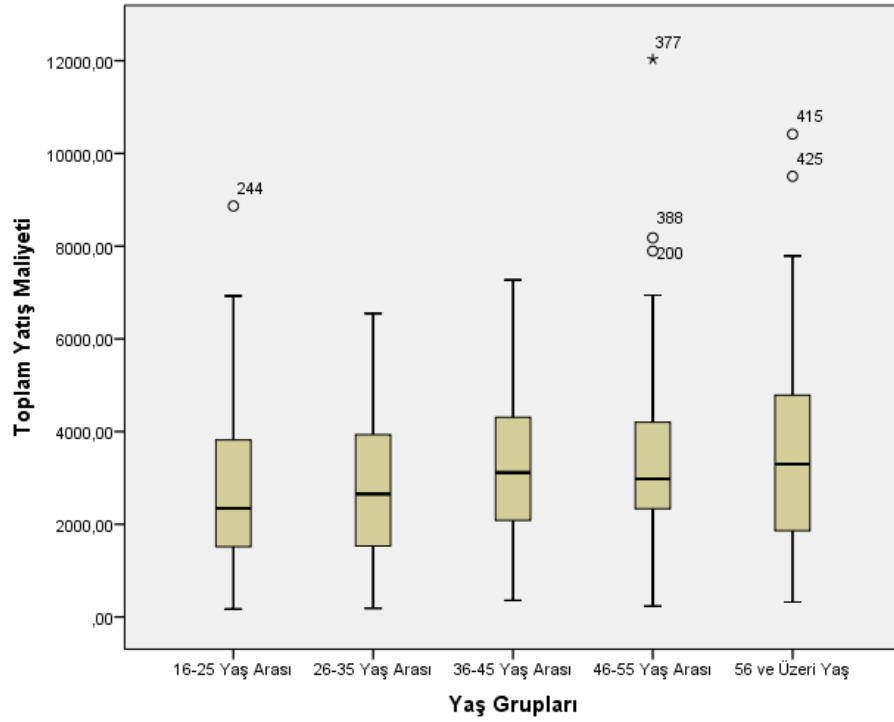
Tablo 20. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Toplam Yatış Maliyetlerinin Karşılaştırılması, Ankara, 2015

	n	$\bar{X} \pm SD$	Medyan (min-maks)	p
Cinsiyet (n=425)				0,005*
Erkek	233	2922,08 $\pm$ 1592,02	2797,36 (258,39-8178,70)	
Kadın	192	3495,37 $\pm$ 2046,81	3159,62 (170,17-12034,03)	
Yaş Grupları (n=425)				0,036**
16-25 Yaş Arası	51	2831,01 $\pm$ 1925,76	2342,89 (170,17-8867,08)	
26-35 Yaş Arası	107	2809,16 $\pm$ 1564,84	2653,25 (186,92-6548,60)	
36-45 Yaş Arası	121	3275,10 $\pm$ 1639,71	3115,23 (358,12-7269,48)	
46-55 Yaş Arası	77	3469,14 $\pm$ 1975,22	2979,17 (233,92-12034,03)	
56 ve Üzeri Yaş	69	3563,97 $\pm$ 2172,98	3333,77 (321,90-10415,15)	
Medeni Durum (n=401)				0,736**
Evli	200	3292,85 $\pm$ 1949,24	2977,68 (233,92-12034,03)	
Bekar	146	3199,44 $\pm$ 1781,78	2944,45 (170,17-8867,08)	
Boşanmış/Dul	55	3067,40 $\pm$ 1671,69	2664,83 (321,90-7273,54)	
Öğrenim Durumu (n=351)				0,488**
En Fazla İlkokul	89	3313,21 $\pm$ 2124,33	2829,09 (338,47-12034,03)	
Ortaokul	32	2899,70 $\pm$ 1644,54	2781,99 (536,86-6940,55)	
Lise	136	3234,65 $\pm$ 1598,33	2981,94 (258,39-8178,70)	
Yüksekokul/Üniversite	94	2930,35 $\pm$ 1608,10	2703,24 (170,17-8867,08)	
Çalışma Durumu (n=327)				0,182*
Çalışıyor	108	3006,25 $\pm$ 1690,23	2620,29 (256,18-7020,51)	
Çalışmıyor	219	3320,02 $\pm$ 1950,90	3013,63 (170,17-12034,03)	
Ek Hastalık Varlığı (n=425)				0,565*
Var	121	3115,77 $\pm$ 1857,57	2918,22 (233,92-10415,15)	
Yok	304	3207,07 $\pm$ 1823,93	2916,52 (170,17-12034,03)	

$\bar{X}$: Ortalama; SD: Standart sapma, *Mann Whitney U Test, **Kruskal Wallis Test



Şekil 4. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Toplam Yatış Maliyetlerinin Karşılaştırılması, Ankara, 2015



Şekil 5. Hastaların Yaş Gruplarına Göre Toplam Yatış Maliyetlerinin Karşılaştırılması, Ankara, 2015

Tablo 21’de hastaların tanılarına göre günlük toplam maliyetlerinin dağılımı verilmiştir. Buna göre günlük maliyeti en yüksek hastalık 130,71±30,84 TL (48,59±11,46 USD) ile nörobilişsel bozukluklardır. En düşük maliyeti olan hastalık ise 107,53±17,69 TL (39,97±6,57 USD) ile beslenme ve yeme bozukluklarıdır. Patolojiler arasında günlük toplam maliyetler arasında anlamlı fark vardır (p=0,003). Hastalıklar ikiyeşerli gruplar halinde karşılaştırıldığında anlamlı farkın sadece depresyon bozuklukları ile bipolar bozukluklar arasında olduğu görülmüştür.

Tablo 21. Hastaların Tanılarına Göre Günlük Toplam Maliyetlerinin Dağılımı, Ankara, 2015

	n	$\bar{X} \pm SD$	Ortanca (min-maks)
Şizofreni ve Diğer Psikotik Bzk.	165	121,36±27,23	117,37 (33,85-283,26)
Depresyon Bozuklukları	111	114,71±29,05	110,44 (32,13-238,30)
Bipolar Bozukluklar	68	129,66±31,17	122,15 (57,22-273,42)
Obsesif-Kompulsif Bozukluk	21	127,12±38,10	117,86 (83,87-233,92)
Anksiyete Bozuklukları	14	116,51±17,55	122,13 (68,93-134,22)
Bedensel Belirti Bozuklukları	12	123,88±64,77	113,89 (62,30-303,59)
Beslenme ve Yeme Bozuklukları	8	107,53±17,69	110,25 (81,61-129,20)
Travma ve Stresörle İlişkili Bzk.	6	118,21±13,30	115,70 (104,19-134,49)
Nörobilişsel Bozukluklar	6	130,71±30,84	141,69 (81,11-159,23)
Alkol ve Madde Kullanımı Bzk.	4	113,42±26,04	119,62 (77,71-136,73)
Diğer*	10	102,32±22,57	106,03 (63,79-146,57)
Toplam	425	120,45±30,31	115,36 (32,13-303,59)

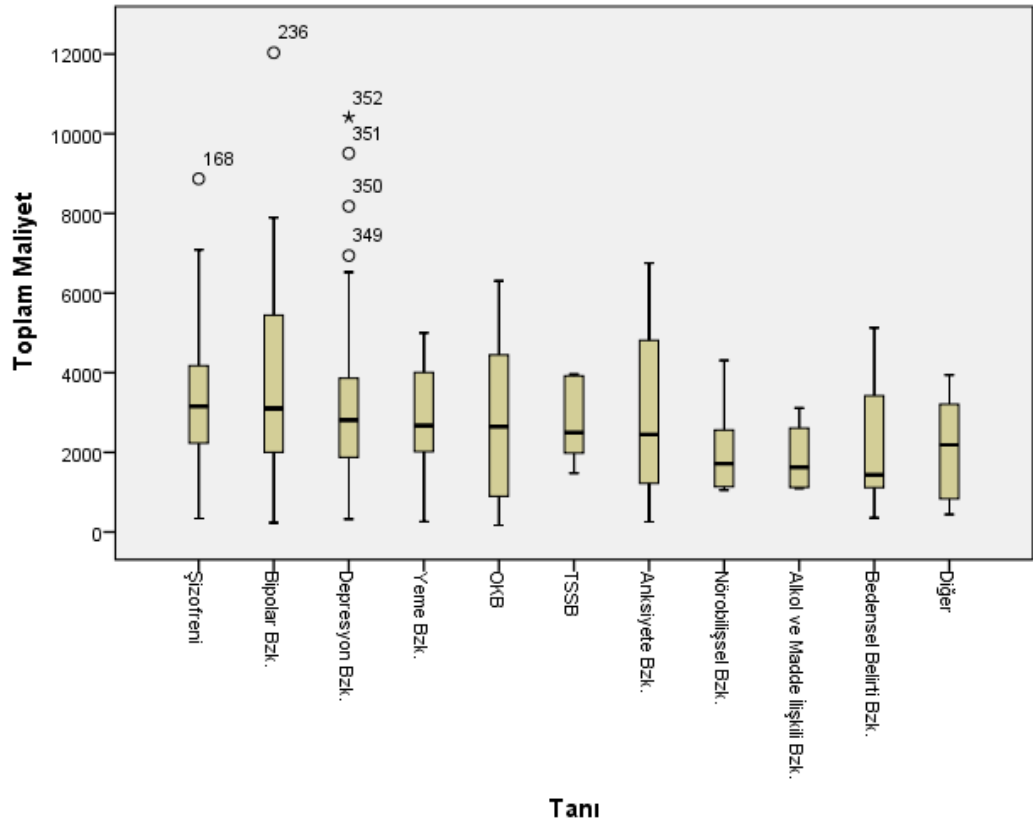
$\bar{X}$: Ortalama; SD: Standart sapma, *Somatoform bozukluk, somatizasyon bozukluğu, alışkanlık ve impuls bozuklukları, davranış bozukluğu, özel kişilik bozukluğu, dissosiyatif amnezi, Kruskal Wallis Test p=0,003

Tablo 22’de hastaların tanılarına göre toplam yatış maliyetlerinin dağılımı verilmiştir. Buna göre yatış maliyeti en yüksek hastalık 3757,66±2272,25 TL (1397,00±844,76 USD) ile bipolar bozukluklardır. En düşük maliyeti olan hastalık ise 1864,77±952,30 TL (693,27±354,04 USD) ile alkol ve madde kullanım bozukluklarıdır. Patolojiler arasında toplam yatış maliyetleri arasında anlamlı fark vardır (p=0,024). İkili karşılaştırmalarda farkın bedensel belirti bozuklukları ile şizofreni ve bipolar bozukluklar arasında olduğu görülmüştür.

Tablo 22. Hastaların Tanılarına Göre Toplam Yatış Maliyetlerinin Dağılımı, Ankara, 2015

	n	$\bar{X} \pm SD$	Medyan (min-maks)
Şizofreni ve Diğer Psikotik Bzk.	165	3332,70±1604,56	3155,31 (338,47-8867,08)
Depresyon Bozuklukları	111	3055,43±1844,96	2809,96 (321,90-10415,15)
Bipolar Bozukluklar	68	3757,66±2272,25	3101,63 (236,01-12034,03)
Obsesif-Kompulsif Bozukluk	21	2856,95±1977,82	2643,37 (170,171-6307,22)
Anksiyete Bozuklukları	14	2923,98±2098,73	2450,85 (256,18-6750,78)
Bedensel Belirti Bozuklukları	12	2144,71±1550,20	1432,13 (358,12-5128,42)
Beslenme ve Yeme Bozuklukları	8	2831,38±1492,89	2671,07 (258,39-4997,98)
Travma ve Stresörle İlişkili Bzk.	6	2722,24±1035,94	2495,58 (1479,35-3960,41)
Nörobilişsel Bozukluklar	6	2080,77±1260,06	1715,41 (1049,24-4306,55)
Alkol ve Madde Kullanımı Bzk.	4	1864,77±952,30	1625,02 (1093,83-3115,23)
Diğer*	10	2179,04±1332,60	2187,74 (439,72-3940,22)
Toplam	425	3181,07±1831,83	2916,59 (170,17-12034,03)

$\bar{X}$: Ortalama; SD: Standart sapma, *Somatoform bozukluk, somatizasyon bozukluğu, alışkanlık ve impuls bozuklukları, davranış bozukluğu, özel kişilik bozukluğu, dissosiyatif amnezi, Kruskal Wallis Test **p=0,024**



OKB: Obsesif-Kompulsif Bozukluk, TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

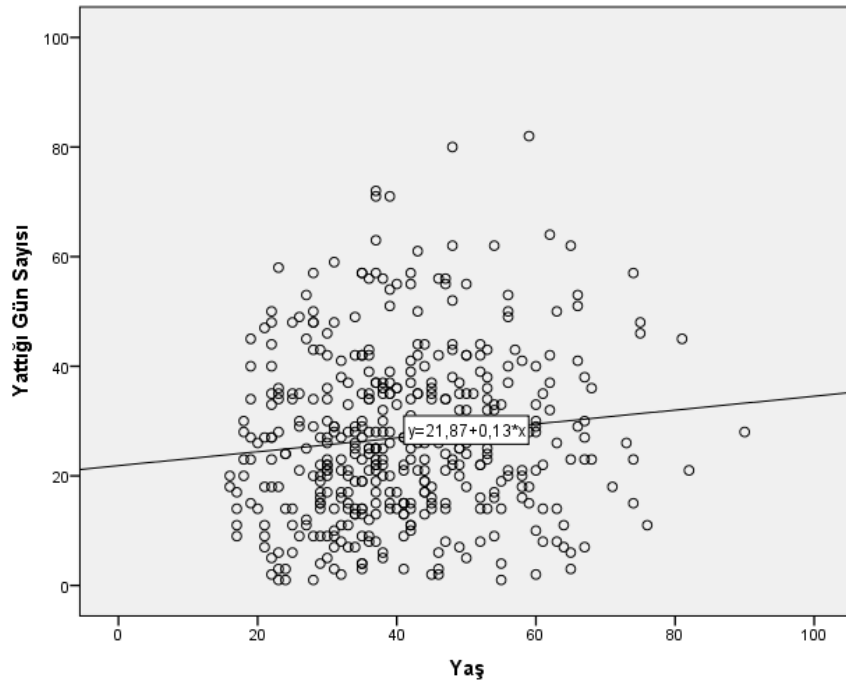
Şekil 6. Hastaların Tanılarına Göre Toplam Yatış Maliyetlerinin Karşılaştırılması, Ankara, 2015

Hastaların yaş, yatış süreleri ve maliyetlerin gösterdiği ilişki incelendiğinde yaş ile yatış süresi ve toplam maliyet arasında pozitif yönlü zayıf korelasyon olduğu görülmüştür. Beklenildiği şekilde yatış süresi uzadıkça toplam yatış maliyeti artmaktadır ($r=0,94$, $p<0,001$). Yatış süresi ile günlük paket dışı maliyet arasında negatif yönlü orta derece korelasyon vardır (tablo 23, şekil 7, şekil 8).

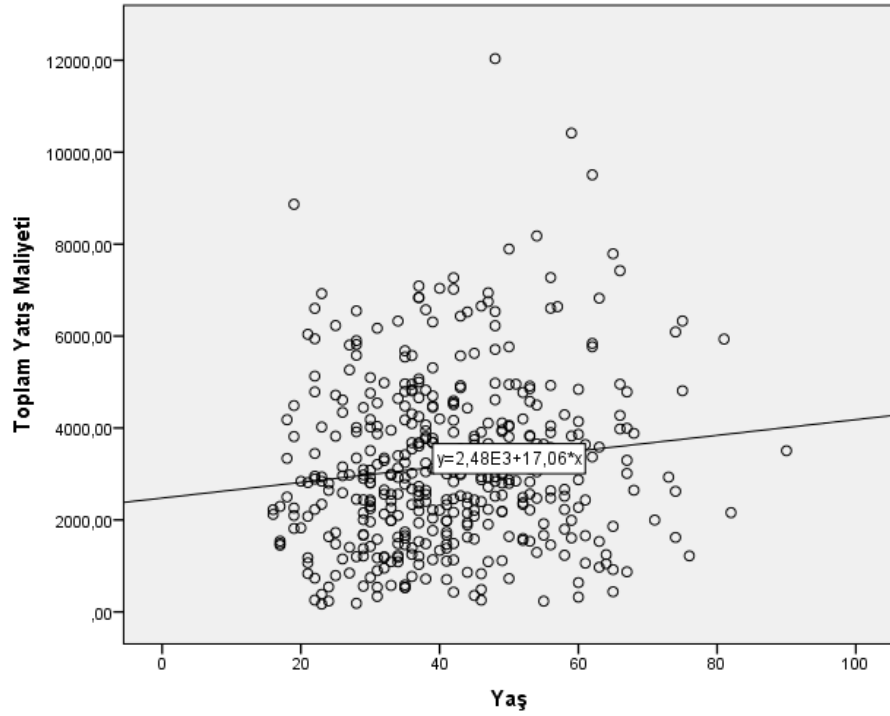
Tablo 23. Yaş, Yatış Süreleri ve Maliyetlerin Gösterdiği İlişkinin Değerlendirilmesi, Ankara, 2015

	Yatış Süresi	Günlük Paket Dışı Maliyet	Günlük Toplam Maliyet	Toplam Maliyet
	r, p değeri	r, p değeri	r, p değeri	r, p değeri
Yaş	0,12 (0,010)	0,01 (0,800)	0,00 (0,970)	0,12 (0,010)
Yatış Süresi	-	-0,33 (0,001)	-0,24 (0,001)	0,94 (0,001)
Günlük Toplam Maliyet	-0,24 (0,001)	0,57 (0,001)	-	0,04 (0,390)
Günlük Paket Dışı Maliyet	-0,33 (0,001)	-	0,57 (0,001)	-0,19 (0,001)
Toplam Yatış Maliyeti	0,94 (0,001)	-0,19 (0,001)	0,04 (0,390)	-

r: Korelasyon katsayısı, p: Anlamlılık değeri



Şekil 7. Hastaların Yaş İle Hastanede Yattığı Gün Sayılarının Korelasyon Grafiği, Ankara, 2015



Şekil 8. Hastaların Yaş İle Toplam Yatış Maliyetlerinin Korelasyon Grafiği, Ankara, 2015

Tablo 24’de hastaların tanımlayıcı özellikleri ve tanılarının yatış süresine etkisini değerlendirmek üzere yapılan lojistik regresyon analizi sonucu verilmiştir. Daha önce yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu belirlenen yaş grupları, cinsiyet, öğrenim durumu, çalışma durumu ve hastalık tanıları bağımsız değişkenler olarak, hastanede yatış süresi ise bağımlı değişken olarak analize dahil edilmiştir. Hastanede yatış süresi; ortalama yatış süresi olan 27 gün baz alınarak, 27 gün ve daha az yatanlar ve 27 günden uzun yatanlar olarak değerlendirilmiştir. Buna göre hastanede yatış süresini cinsiyet ve hastalık tanıları etkilemektedir ($p<0,05$). Kadın olmanın erkek olmaya göre yatış süresini 1,99 kat uzattığı görülmüştür. Depresyon bozukluklarının şizofreniye göre yatış süresini 2,08 (1/0,48) kat azalttığı görülmüştür. Yaş grupları, öğrenim durumu ve çalışma durumu ise hastanede yatış süresini etkilememektedir ($p>0,05$).

Tablo 24. Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri ve Tanılarının Yatış Süresine Etkisini Değerlendirmek Üzere Yapılan Lojistik Regresyon Analizi Sonucu, Ankara, 2015

	OR	%95 GA	p
Yaş Grupları			
26-35 Yaş	1,33	0,53-3,32	0,535
36-45 Yaş	1,84	0,75-4,56	0,182
46-55 Yaş	1,55	0,52-4,62	0,431
56 Yaş ve Üzeri	2,44	0,80-7,43	0,114
Cinsiyet*	1,99	1,09-3,61	0,023
Öğrenim Durumu			
Ortaokul	1,29	0,45-3,69	0,628
Lise	1,64	0,80-3,34	0,169
Lise Üstü	0,61	0,28-1,33	0,220
Çalışma Durumu	1,09	0,57-2,05	0,789
Tanı**			
Depresyon Bzk.	0,48	0,24-0,96	0,038
Bipolar Bzk.	0,77	0,35-1,70	0,527
OKB	0,69	0,21-2,21	0,532
Anksiyete Bzk.	0,25	0,04-1,52	0,134
Bedensel Belirti Bzk.	0,20	0,03-1,11	0,067
Beslenme ve Yeme Bzk.	0,48	0,09-2,59	0,396
Nörobilişsel Bzk.	0,23	0,02-2,39	0,223
TSSB	0,91	0,10-8,38	0,939
Diğer	0,16	0,01-1,53	0,114

OKB: Obsesif-kompulsif bozukluk, TSSB: Travma sonrası stres bozukluğu, OR: Odd's ratio, GA: Güven aralığı, p: Anlamlılık değeri, *Kadın olmanın erkek olmaya göre, **Hastalıklar hastanedeki sıklık sırasına göre çoktan aza sıralanmış ve şizofreni baz alınarak diğer hastalıklar ona göre değerlendirilmiştir.

Tablo 25’de hastaların tanımlayıcı özelliklerinin ve tanılarının toplam yatış maliyetine etkisini değerlendirmek üzere yapılan lojistik regresyon analizi sonucu verilmiştir. Daha önce yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu belirlenen yaş grupları, cinsiyet, çalışma durumu ve hastalık tanıları bağımsız değişkenler olarak, toplam yatış maliyeti ise bağımlı değişken olarak analize dahil edilmiştir. Toplam yatış maliyeti ortalama yatış maliyeti olan 3000 TL baz alınarak 3000 TL ve altı ve 3000 TL’nin üzeri olarak değerlendirilmiştir. Buna göre toplam yatış maliyetini yaş grupları, cinsiyet ve hastalık tanıları etkilemektedir ($p<0,05$). Çalışma durumu ise etkilememektedir ($p>0,05$). 36-45 yaş arası olmanın 16-25 yaşa göre 2,61 kat, 56 yaş ve üzeri olmanın 16-25 yaşa göre 2,93 kat, kadın olmanın da erkek olmaya göre 1,78 kat yatış maliyetini arttırdığı görülmüştür. Hastanemizde en sık görülen şizofreniye göre; depresyon bozuklukları 2,56 (1/0,39) kat, bedensel belirti bozuklukları ise 6,25 (1/0,16) kat yatış maliyetini azaltmaktadır.

Tablo 25. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerinin ve Tanılarının Toplam Yatış Maliyetine Etkisini Değerlendirmek Üzere Yapılan Lojistik Regresyon Analizi Sonucu, Ankara, 2015

	OR	%95 GA	p
Yaş Grupları			
26-35 Yaş	1,76	0,73-4,22	0,201
36-45 Yaş	2,61	1,10-6,17	0,028
46-55 Yaş	2,00	0,79-5,09	0,142
56 Yaş ve Üzeri	2,93	1,15-7,49	0,024
Cinsiyet*	1,78	1,08-2,94	0,024
Çalışma Durumu	1,44	0,83-2,50	0,185
Tanı**			
Depresyon Bzk.	0,39	0,21-0,72	0,003
Bipolar Bzk.	0,82	0,42-1,59	0,565
OKB	0,61	0,22-1,73	0,362
Anksiyete Bzk.	0,37	0,09-1,44	0,153
Bedensel Belirti Bzk.	0,16	0,03-0,83	0,030
Beslenme ve Yeme Bzk.	0,69	0,13-3,61	0,667
Nörobilişsel Bzk.	0,16	0,01-1,52	0,113
TSSB	0,56	0,08-3,97	0,565
Diğer	0,14	0,01-1,28	0,082

OKB: Obsesif-Kompulsif bozukluk, TSSB: Travma sonrası stres bozukluğu, OR: Odd's ratio; GA: Güven aralığı, *Kadın olmanın erkek olmaya göre, **Hastalıklar hastanedeki sıklık sırasına göre çoktan aza sıralanmış ve şizofreni baz alınarak diğer hastalıklar ona göre değerlendirilmiştir.

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada bir üniversite hastanesi psikiyatri servisine 1 Ocak - 31 Aralık 2015 tarihleri arasında yatırılan toplam 389 hastaya ait 425 yatış sosyodemografik özellikler, hastalıkların dağılımı ve yatış sırasında yapılan maliyetler açısından incelenmiştir.

5.1. Maliyet Dışı Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda yer alan hastaların %44,2'si kadın, %55,8'i erkektir. Yaş ortalaması 41,12'dir. %48,8 evli, %37,0 bekar ve %14,2 boşanmış/duldur. Ulaş ve arkadaşlarının 2007 yılında yaptığı benzer bir çalışmada hastaların %53'ü kadın, %47'si erkektir. Yaş ortalaması 39,9'tur. %46,7 evli, %37,8 bekar ve %15,5 boşanmıştır (109). 2005-2009 yılları arası yatan hastalarla Isparta'da yapılan bir çalışmada katılımcıların %48,7'si kadın, %51,3'ü erkek iken yaş ortalaması 38,9 bulunmuştur. %59,6 evli, %32,6 bekar ve %7,9 boşanmış/duldur (110). 1999-2001 yılları arasında İzmir'de yatan hastalarda yapılan başka bir çalışmada ise hastaların %58,8'inin kadın, %41,2'sinin erkek olduğu görülmüştür. Yaş ortalaması 38,67'dir (111). 2005-2013 yılları arasında Çin'de 25289 mental bozukluğu olan hasta ile yapılan bir çalışmada ortalama yaş 42,2 iken, hastaların %50,7'si kadın ve %39,0'ı evlidir (112). Sri Lanka'da 91 şizofreni hastasıyla yapılan bir çalışmada katılımcıların %53,8 kadın, %42,9 evli, %56 çalışmıyor bulunmuştur (113). Bizim çalışmada sadece şizofreni hastaları incelenirse %32,7'sinin kadın, %35,5'inin evli ve %64,9'unun çalışmıyor olduğu görülmektedir.

Psikiyatrik hastaların incelendiği yukardaki çalışmalarda en düşük sıklıkta kadın hasta çalışmamızda tespit edilmiştir. Bunun nedeni hastanelerde kadın-erkek yatak sayısının farklılığı veya çalışma bölgelerindeki sosyoekonomik veya hastalık dağılım farklılıkları olabilir. Tüm çalışmalarda yaş ortalaması birbirine yakın şekilde 38 ile 42 arasında tespit edilmiştir. Bu da psikiyatri servislerine yatan hastaların çoğunlukla orta yaş grubunda olduğunu ispatlamaktadır. Hastaların medeni durumları incelendiğinde ufak farklar olmakla birlikte hastaların en büyük grubunu evlilerin oluşturduğu, onu bekarların takip ettiği ve tüm çalışmalarda boşanmış/dulların 3. sırada olduğu görülmektedir.

Çalışmamızdaki hastaların %25,7'si en fazla ilkokul mezunuyken; %9,4'ü ortaokul, %38,6'sı lise ve %26,3'ü ise yüksekokul/üniversite mezunudur. Her üç hastadan ikisi yatış anında herhangi bir işte çalışmamaktadır. Çalışmamızdaki 157 şizofreni hastasının %22,0'ı en fazla ilkokul, %12,1 ortaokul, %40,2 lise ve %25,8 yüksekokul/üniversite mezunudur. %66,1 çalışmamaktadır.

Tav'ın 2006 yılında İstanbul'da şizofreni hastaları üzerinde yaptığı bir çalışmada hastalar %4,4 eğitimsiz, %29,4 ilkokul mezunu, %17,6 ortaokul mezunu, %32,4 lise mezunu, %16,2 üniversite mezunudur. Hastaların %81,6 çalışmadığı görülmüştür (114). Bu çalışmada şizofreni hastalarının eğitim düzeyinin bizim şizofreni hastalarımıza göre daha düşük olduğu net bir şekilde görülmektedir. Nitekim sadece üniversite/yüksekokul mezunları arasında %9,6'lık bir fark vardır. Bunun nedeni hastaların sosyoekonomik farklılığı veya hastanelerin hasta profillerinin farklılığı olabilir. Birçok benzer çalışmada hastaların öğrenim durumu

ya toplam yıl olarak verilmiş ya da hiç kullanılmamıştır. Bu da öğrenim durumlarını kıyaslama olanağını ortadan kaldırmaktadır.

Hastanemize yatan hastaların yatış tanıları DSM V'e göre incelendiğinde ilk üç sırada şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar (%38,8), depresyon bozuklukları (%26,1) ve bipolar bozukluklar (%16,0) gelmektedir. Erkeklerde %47,6 şizofreni, %21,5 depresyon, %15,0 bipolar bozukluk, kadınlarda ise %31,8 depresyon, %28,1 şizofreni, %17,2 bipolar bozukluk görülmüştür. Erkeklerde en sık şizofreni görülürken, kadınlarda birinci sırada depresyon gelmektedir.

1999-2001 yılları arasında yatan hastalarla İzmir'de yapılan bir çalışmada unipolar depresyon %33, şizofreni %21 ve bipolar bozukluk %14 bulunmuştur. Erkeklerde %26 şizofreni, %25 unipolar depresyon ve %14 bipolar bozukluk görülürken, kadınlarda %39 unipolar depresyon, %18 şizofreni ve %14 bipolar bozukluk saptanmıştır (111). Bu çalışmada erkek ve kadınlarda sıralama bizim çalışmaya benzemesine rağmen toplamda depresyon, şizofreniden fazla görülmüştür. Çünkü depresyon kadınlarda daha sıktır ve bu çalışmada (%58,8) bizim çalışmaya (%44,2) nazaran daha fazla kadın hasta vardır.

Ulaş ve arkadaşlarının 2007 yılında yaptıkları başka bir çalışmada ise hastalar %56 duygudurum bozukluğu, %26 şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar, %7 alkol ve madde kullanımı ile ilişkili bozukluk, %5 anksiyete bozukluğu tanısı almıştır (109). Burada unipolar depresyon ile bipolar depresyon duygudurum bozukluğu adı altında birlikte incelendiği için en yüksek duygudurum bozukluğu çıkmıştır. Gruplandırma farklıdır.

Isparta’da yapılan bir çalışmada ise hastaların %26,3 unipolar depresyon, %20,6 şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar, %20,3 bipolar manik ve karma, %17,1 alkol ve madde kullanımına bağlı bozukluklar, %6,0 bipolar depresyon, %5,8 anksiyete bozuklukları, %3,9 diğer bozukluklar olarak saptanmıştır (110).

2005-2013 yıllarında Çin’de 2 psikiyatri hastanesinden alınan verilerle yapılan bir çalışmada %36,5 şizofreni, şizotipal kişilik bozukluğu ve delüzyonel bozukluklar, %15,9 somatofrom bozukluklar ve %15,7 duygudurum bozuklukları bulunmuştur (112).

Yukardaki çalışmalardan sadece Çin’de yapılan çalışmada şizofreni sıklığı çalışmamıza benzer çıkarken, yurt içi yayınlarda yaklaşık %10 kadar daha düşük şizofreni sonuçlarına ulaşılmıştır. Bu durum hastanelerin farklı hasta profillerine sahip olmaları ile ilgili olabilir. Yurt içi yayınlarda unipolar depresyon %26-33, bipolar bozukluk ise %14-20 bandında birbirine yakın sayılabilecek değerler almıştır. Isparta’da alkol ve madde kullanımına bağlı bozukluklar %17 iken bizde %0,9 çıkması Isparta’da çalışmanın yapıldığı yıl AMATEM (Alkol ve Uyuşturucu Madde Bağımlılıkları Tedavi ve Araştırma Merkezi) bulunmamasından kaynaklanabilir. Yine Ankara’da AMATEM etkili kullanıldığından hastanemizde hasta yatırmak için başka tanılara yoğunlaşmış olabilir.

Yaş gruplarına bakıldığında 16-25, 26-35, 36-45 ve 46-55 yaş gruplarında en sık olarak şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar görülürken; 56 yaş ve üzerinde en sık depresyon bozuklukları görülmektedir. Hastalıkların başlangıç ortanca yaşları incelendiğinde beslenme ve yeme bozuklukları (ortanca:20) ve obsesif-kompulsif bozukluk (ortanca:22) en genç yaşta ortaya çıkan hastalıklar olarak göze

çarparken, travma ve stresörle ilişkili bozukluklar (ortanca:46) ve nörobilişsel bozukluk (ortanca:44) en geç ortaya çıkan hastalıklar olarak tespit edilmiştir. Şizofreni de genç yaşta başlayan hastalıklar arasında bulunmuştur (ortanca:25). Psikotik bozuklukları ve özelde şizofreniyi araştıran alan çalışmaları erken çocukluk cinsel ve fiziksel kötüye kullanım öykülerinin psikotik bozuklukların ortaya çıkmasına yol açtığını bulmuştur (115). Bu da şizofreninin genç yaşta başlamasının nedeni olabilir.

Isparta’da yapılan bir çalışmada tanı grupları yaş bakımından karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel fark saptanmıştır. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluk tanısı alan hastaların yaş ortalamasının diğer tanı grupları yaş ortalamasına göre düşük olduğu (32,5) ve bunun istatistiksel olarak da anlamlı olduğu bulunmuştur (110). Bizim çalışmada da şizofreni hastalarının yaş ortalaması 39,2 olarak tespit edilmiştir.

Uluslararası literatüre bakıldığında çalışmamızla uyumlu şekilde disosiyatif bozukluklar, yeme bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk da genç yaşlarda başlamaktadır. Gençlerin kilo kaygısını daha çok yaşaması yeme bozukluklarının gençlerde daha sık görülmesini açıklamaktadır. Majör depresif bozukluğun ise ortalama başlangıç yaşı 40’tır. Diğerlerine göre geç ortaya çıkmaktadır (20). İleri yaşlarda daha fazla yaşanmışlıklar olması (iş kaybı, yakın birinin ölümü, hastalanma) depresyonun daha çok geç yaşlarda görülmesinin nedeni olabilir.

Evlilerde en sık rastlanılan psikiyatrik hastalık %35,0 ile depresyon bozuklukları iken; bekarlarda en sık şizofreni ve diğer psikotik bozukluklara

(%54,1), boşanmış/dullarda ise bu her iki hastalığa eşit sıklıkta (%34,5) rastlanılmıştır. Medeni durumlar arasında tanılar yönünden anlamlı fark vardır.

Ulaş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2007) evlilerde duygudurum bozuklukları (%54), bekarlarda şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar (%55) daha sık görülürken, boşanmış kişilerde bizim çalışmamıza benzer şekilde bu iki grup hastalık (%17, %16) yaklaşık eşit görülmüştür (109). Duygudurum bozuklukları tek başına depresyonu yansıtmasa da önemli bir komponenti depresyon olduğu için sonuç bizimkine benzer denilebilir.

Bipolar bozukluk ve travma sonrası stres bozukluğunun bekar ve boşanmış/dullarda daha sık görüldüğünü bildiren çalışmalar mevcuttur (20).

Isparta'da yapılan çalışmada bekarlarda çalışmamıza benzer şekilde şizofreni ve psikotik bozukluk görülme (%39,7), evli (%10,9) ve boşanmış-dullara göre (%14,7) daha yüksekken, anksiyete bozuklukları görülme boşanmış-dullarda (%11,8), evli (%6,6) ve bekarlara göre (%2,8) yüksek düzeyde tespit edilmiştir. Medeni duruma göre hastaların tanı grupları arasında istatistiksel fark görülmüştür (110). Bizim çalışmada da anksiyete bozuklukları en yüksek boşanmış/dullarda (%5,5), en az bekarlarda (0,7) görülmüştür. Bekarlarda şizofreninin daha sık görülmesinin muhtemel nedeni bu hastalığın ağır seyretmesi sebebiyle bu kişilerin evlenememesi olabilir. Dolayısıyla göreceli olarak evlilerde de psikiyatrinin diğer çok görülen hastalık grubu depresyon bozuklukları daha sık görülmektedir. Anksiyete bozukluklarının boşanmış/dullarda daha sık görülmesinin nedeni ise bu kişilerin eşinden ayrılmış olmalarının verdiği travmanın etkisine bağlanabilir.

Hastalar ortalama 27,32 gün hastanede kalmışlardır. Erkekler ortalama 25,21 gün hastanede kalmışken, kadınlarda bu 29,86 gündür. Aradaki fark anlamlıdır ($p=0,002$). Yapılan lojistik regresyon analizi sonucuna göre kadın olmanın erkek olmaya göre yatış süresini 1,99 kat uzattığı görülmüştür ($p<0,05$). Depresyon bozukluklarının şizofreniye göre yatış süresini 2,08 (1/0,48) kat azalttığı görülmüştür. Yaş grupları, öğrenim durumu, çalışma durumu ve ek hastalık varlığı ise hastanede kalış süresini istatistiksel olarak anlamlı şekilde etkilememektedir.

Tav ve arkadaşlarının 2006 yılında İstanbul'da şizofreni hastaları üzerinde yaptığı ve üniversite, ruh sağlığı hastanesi ve bir özel hastaneyi karşılaştırdığı çalışmada yatış süresi üniversite hastanesinde 27,70 gün, ruh sağlığı hastanesinde 42,57 gün ve özel hastanede 19,07 gün olarak bulunmuştur. Ortalama yatış gün sayısı 29,78'tir. Yatış süresi ile hasta yaşı ve hastalık süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (114). Hastanede kalış süresinin belirleyen farklı mekanizmalar olabilir. Ayrıca bu çalışmada üniversite hastanesinde elde edilen sonuç bizim sonuca çok yakındır. Bizim çalışmanın da üniversite hastanesinde yapılmış olması sonucun uyumlu olduğunu göstermektedir. Özel hastanenin ücretli olması yatış süresini kısaltıyor olabilir. Ruh sağlığı hastanesi ise alanında uzmanlaşmış bir hastane olması ile hastaları daha uzun süreli takip etme şansına sahip olduğu için buradaki yatış sürelerinin daha uzun olması anlaşılır bir gerekçedir.

1999-2001 yılları arasında İzmir'de yatan hastalarda yapılan çalışmada ortalama klinikte yatış süreleri 35,3 gün olarak hesaplanmıştır. Kadın hastalar ilk yatışlarında 36,9 gün, erkek hastalar ise 33,1 gün yatmışlardır ($p=0,162$) (111).

Ulaş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2007) ortalama yatış süresi 34,02 gündür. Ortalama her hasta 1 yıl içinde 1,04 gün hastanede kalmıştır (109). Bizim çalışmamızda hasta başına yıllık yatış sayısı 1,09'dur. Hasta başına yıllık yatış sayısının 1'e yakın olması servislerde yıl boyunca genellikle farklı insanların yatışı yapıldığını göstermektedir. Aynı yıl içinde tekrar yatış, çok rastlanan bir durum değildir.

Isparta'da yapılan bir çalışmada serviste toplam yatış süreleri ortalaması 40,9 gün olarak bulunmuştur (110).

Ülkemizde yapılan yukardaki bu 3 çalışmada da hastanede yatış süresi bizim çalışmaya göre daha yüksektir. Bunun pek çok nedeni olabilir. Hastane bakış açıları bunlardan birisidir. Kadınların biraz daha fazla hastanede kalmaları ve bizim çalışmaya göre bu çalışmalarda kadın sıklığının daha fazla olması da olası bir neden olabilir. İlk örnekte kadınların bizimkine benzer şekilde hastanede daha uzun kaldıkları görülmüştür. Çalışmamızı destekleyen bu bulgu kadınların daha geç düzelme gösteriyor olabileceklerini düşündürmektedir.

Almanya'da 2013 yılında 738 hasta ile yapılan bir çalışmada hastaların ortalama 58 gün hastanede kaldıkları görülmüştür. Hastanede kalış süresini artıran en önemli şeyin duygudurum bozukluğu varlığı olduğu görülmüştür. Bunu kronik hastalık varlığı takip etmektedir. Tersine erkek olmak ise hastanede daha az kalmayı beraberinde getirmektedir (116). 58 günlük yatış süresi Türkiye'deki çalışmalara göre yüksektir. Bunun nedeni Almanya'da yapılan çalışmadaki yatak sayısının fazla olması olabilir. Ya da ülkemizde bir sağlık politikası olarak hastalar, hastanede daha kısa süre tutuluyor olabilir. Nitekim paket ücretin 45. günden sonra

74,10 TL'ye düşmesi bunun bir göstergesidir. SGK 45 günden uzun kalan hastalar için hastanelere daha az ücret ödeyerek hastaları uzun süre hastanede tutmanın önüne geçmek istiyor olabilir.

Hastaların mevcut tanılarının hastanede ortalama yatış süresi ile ilişkisi incelendiğinde en uzun süre hastanede kalan 3 hastalık; bipolar bozukluk 29,91 gün, şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar 28,07 gün, depresyon bozuklukları 27,51 gün olurken; en kısa süre kalan 3 hastalık ise bedensel belirti bozuklukları 19,50 gün, alkol ve madde kullanım bozuklukları 18,00 gün ve nörobilişsel bozukluklar 16,00 gün olmuştur. Hastanede yatış süresi açısından patolojiler arasında anlamlı fark yoktur ($p=0,223$).

1999-2001 yılları arasında İzmir'de yapılan çalışmada bipolar bozukluk hastası olanlar ortalama 45,0 gün, unipolar bozukluk olanlar 31,3 gün, şizofreni hastaları 49,3 gün ve diğer hastalıklar 25,9 hastanede yatmıştır. Aradaki fark anlamlı bulunmuştur (111).

Ulaş ve arkadaşlarının çalışmasında şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar ortalama 38,4 gün, duygudurum bozuklukları 35,1 gün ve diğer bozukluklar 24,3 gün hastanede yatmıştır. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (109).

Yıldız ve Cerit'in 2006 yılında Kocaeli'de şizofreni hastaları ile ilgili yaptıkları çalışmada hastanede yatış süresi ortalama 37,42 gün bulunmuşken (119).

Isparta'da ise şizofreni hastalarının ortalama yatış süresi 49,7 olarak hesaplanmıştır. Tanı grupları arasında yatış süreleri bakımından istatistiksel fark saptanmıştır ($p<0,001$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre fark, şizofreni ve diğer psikotik bozuklukların yatış süreleri ortalamasının, duygudurum bozukluğu, alkol-

madde kullanımına bağlı bozukluklar ve diğer psikiyatrik hastalıklara göre yüksek olmasından ve duygudurum bozukluğu olanlarda toplam yatış süreleri ortalamasının, alkol-madde kullanımına bağlı bozukluk ve diğer psikiyatrik hastalıklara göre yüksek olmasından kaynaklanmaktadır (110).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda genel olarak hastanede yatış süresi en uzun hastalık şizofreni gibi görünmektedir. Bunun nedeni bu hastalıkta iyileşmenin geç olması ve tam düzelmenin iyi anlaşılamaması olabilir. Hemen hemen bütün hastalıkların hastanede kalış süresi bizim çalışmada daha kısadır. Malumdur ki bu çalışma daha yenidir. Psikiyatrik hastalıkların bilinen prevalansı artmıştır. Hasta sayısının artması ile daha çok hasta tedavi edebilmek için ülkede artık psikiyatrik hastalar için uygulanan SGK ve hastane politikasının bir sonucu olarak hastalar daha kısa süre hastanede tutuluyor olabilir. Hatta hastaların tam düzelmeden hastaneden refere edilip kontrole çağrılması da bir gelenek haline gelmiş olabilir.

2012-2013 yıllarında Çin’de majör depresif bozukluk ile ilgili yapılan bir çalışmada hastaların ortalama yatış süresi 33,4 gün bulunmuştur (117). Bizim alışmamızda depresyon için bu sre 27,51’dir. Bu fark ülkelerin patolojileri farklı tedavi rejimleriyle tedavi etmelerinden kaynaklanıyor olabilir.

Hindistan’da 104 bipolar ve şizofreni hastasıyla yapılan bir çalışmada ortalama hastanede kalış süresi 13 gün olarak saptanmıştır (118). Bu süre diğer çalışmalara göre oldukça kısadır. Bunun nedeni Hindistan nüfusunun fazla olması ve çalışmada adı geçen sağlık tesisinin daha fazla hasta tedavi edebilmek için yatış sürelerini kısa tutması olabilir.

5.2. Maliyet Bulgularının Tartışılması

389 hastaya ait 2015 yılındaki toplam yıllık maliyetler şu şekildedir: paket ücretler 1.157.435,45 TL, diğer maliyetler 193.768,63 TL ve toplam maliyet 1.351.204,08 TL'dir. Hasta başına ortalama yıllık yatış maliyeti 3473,50 TL'dir.

Hastaların günlük maliyetleri incelendiğinde; hasta başına ortalama 101.53 TL (37,74 USD) paket ücret, 19,09 TL (7,09 USD) diğer maliyetler olmak üzere günlük toplam 120,45 TL (44,78 USD) harcandığı görülmüştür. Hastaların yatış maliyetleri incelendiğinde; hasta başına ortalama 2729,80 TL (1014,87 USD) paket ücret, 455,92 TL (169,50 USD) diğer maliyetler olmak üzere toplam 3181,07 TL (1182,64 USD) harcandığı görülmüştür. Erkek hastaların toplam yatış maliyetleri 2922,08 TL iken, kadınlarınki 3495,37 TL'dir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,005$). Genel olarak yaş arttıkça maliyetin arttığı görülmüştür ($p=0,028$). Diğer tanımlayıcı özellikler ile toplam yatış maliyetleri arasında anlamlı fark yoktur.

Ulaş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada Dokuz Eylül Üniversitesi Psikiyatri Kliniğinde 2007 yılı içerisinde yatarak tedavi gören hastaların ortalama yatış maliyeti 1340,45 TL (1029,60 USD) olarak hesaplanmıştır. Toplam yatış maliyetini; yatak ücreti, bireysel, grup ve aile terapisi ücretleri, ilaç ücreti ve tetkik ücretleri oluşturmaktadır. Tüm hastalık grupları için ortalama günlük yatış maliyeti 40,81 TL (31,30 USD) hesaplanmıştır (109). Bu çalışmada ortalama yatış süresi (34,0 gün) bizim çalışmadakinden daha uzun olmasına rağmen (27,3 gün) günlük maliyet ve toplam yatış maliyeti bizim çalışmaya göre daha düşüktür. Hesaplama

yöntemlerinin farklı oluşu maliyet farklılığın bir sebebi olabilir. Zira hastenemizde paket ücret uygulaması kullanılmaktadır. Günlük olarak her hastalık grubu için belirlenmiş bir ücret bulunmaktadır. Hastaların başvuru günü yapılan işlemler ve aynı gün içinde tekrarlanan işlemler paket ücret dışında değerlendirilmiş ve diğer maliyetler içerisine eklenmiştir. Bu durum maliyetleri yükseltmiş olabilir. Sadece paket ücretleri esas alırsak çalışmamızda günlük maliyetin 37,74 USD ve toplam maliyetin 1014,87 USD olduğunu görmekteyiz. Bu değerler yukardaki çalışmayla daha uyumludur.

Isparta'da 2005-2009 yılları arasında yatarak tedavi gören hastaların ortalama yatış maliyeti 2255,7 TL olarak hesaplanmıştır. Bu 5 yıllık sürede ortalama USD döviz kuru 1 USD=1,3826 TL olarak alınırsa hasta başına ortalama yatış maliyeti 1631,5 USD'dir (110). Bu maliyet bizim toplam maliyetten yaklaşık 450 USD kadar yüksektir. Bunun nedeni büyük ihtimalle ortalama yatış süresinin Isparta çalışmasında çok daha uzun olmasıdır. Zira bizim çalışmada ortalama hastanede kalış süresi 27,3 gün iken, Isparta çalışmasında bu süre 40,9'dur.

Çin'de yapılan geniş kapsamlı bir çalışmada kişi başı yıllık hastalık maliyeti 2005 yılında 1467,1 TL (1094,8 USD) iken, 2013'te 7067,6 TL (3665,4 USD) olmuştur. Bu durum tüm Çin toplumuna uyarlanırsa 2005'te 28,1 milyar TL (21 milyar USD) olan toplam maliyetin 2013'te 171,2 milyar TL (88,8 milyar USD) ulaştığı söylenebilir (112). Çin'de 8 yıl içinde kişi başı sağlık harcaması 3 katından fazlasına ulaşmıştır. Bizim çalışma sadece yatış maliyetini sorguladığı için kuşkusuz bu çalışmayla kıyaslanamaz. Ancak yıllık maliyetin bu denli artışı psikiyatrik problemlerin Çin Devleti için öneminin arttığı şeklinde yorumlanabilir.

Benzer drumunun ülkemiz için söz konusu olup olmadığı farklı tarihlerde tekrarlanacak çalışmalar yapılarak anlaşılabilir.

Çalışmamızda yatış maliyeti en yüksek hastalık 3757,66 TL (1397,00 USD) ile bipolar bozukluklardır. Onu 3332,70 TL (1239,0 USD) ile şizofreni, 3055,43 TL (1135,9 USD) ile depresyon takip etmektedir. En az maliyeti olan hastalık ise 1864,77 TL (693,27 USD) ile alkol ve madde kullanım bozukluklarıdır. Patolojiler arasında toplam yatış maliyetleri arasında anlamlı fark vardır ($p=0,024$). Günlük maliyeti en yüksek hastalık 130.71 TL (48,59 USD) ile nörobilişsel bozukluklardır. Onu 129,66 TL (48,2 USD) ile bipolar bozukluklar, 127,12 TL (47,3 USD) ile obsesif-kompulsif bozukluk takip etmektedir. En az maliyeti olan hastalık ise 107,53 TL (39,97 USD) ile beslenme ve yeme bozukluklarıdır. Şizofreninin toplam günlük maliyeti ise 121,36 TL (45,1 USD) 'dir. Patolojiler arasında günlük toplam maliyetler arasında anlamlı fark vardır ($p=0,003$).

Isparta'da ortalama yatış maliyeti; şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar için 2685,5 TL (1942,3 USD), duygudurum bozuklukları için 2290,7 TL (1656,8 USD), anksiyete bozuklukları için 2542,4 TL (1838,8 USD), alkol ve madde kullanımına bağlı bozukluklar için 1729,3 TL (1250,7 USD) ve diğer psikiyatrik hastalıklar için 1405,1 TL (1016,2 USD) olarak hesaplanmıştır. Toplam yatış maliyetlerinin bizim çalışmadan fazla olmasının nedeni muhtemelen yatış sürelerinin daha uzun olmasıdır. Günlük yatış maliyetleri incelendiğinde ilk sırayı 57,26 TL (41,4 USD) ile duygudurum bozuklukları almaktadır. Onu 54,54 TL (39,4 USD) ile anksiyete bozuklukları, 54,02 (39,1 USD) TL ile şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar, 50,7 TL (36,6 USD) ile alkol ve madde kullanımına bağlı

bozukluklar ve 50,5 TL (36,5 USD) ile ‘diğer’ şeklinde sınıflanan hastalıklar takip etmektedir (110). Günlük maliyetler bizim çalışmadaki değerlere benzerdir.

Ulaş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hastalık maliyetleri şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar 1424,20 TL (1094,0 USD), duygudurum bozuklukları 1466,12 TL (1126,2 USD) ve diğer bozukluklar 832,98 TL (639,8 USD) şeklindedir ($p<0,001$). Tanı kategorilerine göre ortalama günlük yatış maliyeti, şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar için 38,57 TL (29,6 USD), duygudurum bozuklukları için 42,26 TL (32,2 USD) ve diğer psikiyatrik hastalıklar için 39,47 TL (30,1 USD) bulunmuştur. Günlük ortalama yatış maliyeti açısından 3 grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (109). Bu maliyetler bizim çalışmaya göre daha düşüktür. Sebep yine bizim hastanede paket ücret uygulamasının kullanılması olabilir. Tekrarlanan işlemlerin paket harici yeniden maliyet olarak hesap edilerek sisteme girilmiş olması maliyetleri yükseltmiş olabilir. Bunu göz ardı edip sadece paket ücretleri karşılaştırdığımızda daha yakın sonuçlar görmekteyiz.

Tav (2006) tarafından gerçekleştirilen diğer çalışmada ise şizofreni hastalarının ortalama yatış maliyetleri üç farklı kurumun psikiyatri kliniğinde araştırılmıştır. Bu çalışmada şizofreni hastalarının ortalama yatış maliyetlerinin kurumlar arasında farklılık gösterdiği saptanmıştır. Kurumlara göre ortalama yatış maliyeti üniversite hastanesi için 1627,89 TL (1233,7 USD), ruh sağlığı hastanesi için 1354,61 TL (1026,6 USD), özel bir hastane için 3483,90 TL (2640,3 USD) olarak bulunmuştur. Günlük ortalama yatış maliyeti; üniversite hastanesi için 63,63 TL (48,2 USD), ruh sağlığı hastanesi için 31,87 TL (24,1 USD), özel hastane için 202,18 TL (153,2 USD) olarak tespit edilmiştir. Yıllık doğrudan sağlık bakım

maliyeti; üniversite hastanesinde tedavi gören şizofreni hastalarında 2100,6 TL (1592 USD), ruh sağlığı hastanesinde 1819,5 TL (1379 USD) saptanırken, özel psikiyatri hastanesinde ise 3814,6 TL (2891 USD) 'dir (114). Bizim çalışmada şizofreninin günlük maliyeti 45,1 USD, toplam yatış maliyeti 1239,0 USD'dir. Bu değerlerin yukardaki çalışmadaki üniversite hastanesi değerlerine çok yakın olduğu görülmektedir. Şizofreninin toplam yatış maliyetinin özel hastanede yaklaşık 2,5 kat, günlük maliyetin de 3 kat daha fazla maliyetli olması beklenen bir sonuçtur.

Kocaeli'de 2001-2003 yılları arasında şizofreni nedeniyle yatan hastalar ile yapılan bir çalışmada şizofreni hastalarının ortalama yatış maliyeti 1451,0 TL (1091 USD), günlük maliyet 38,7 TL (29,16 USD) saptanmıştır. Bizim çalışmada şizofreninin günlük maliyeti 45,1 USD, toplam yatış maliyeti 1239,0 USD'dir. Kocaeli çalışmasında (37,42 gün) şizofreni hastaları bizim çalışmadaki şizofreni hastalarına (28,07 gün) göre hastanede daha uzun süre kalmasına rağmen maliyetler daha düşük hesaplanmıştır. Bunun nedeni hastanelerin farklı tedavi prosedürleri uygulamaları olabilir. Kocaeli çalışmasında şizofrenili bir hasta için yıllık ortalama yatış maliyeti 212,85 TL (160,38 USD) ve yıllık ayaktan tedavi maliyeti 2125,5 TL (1598,16 USD) toplanarak yıllık doğrudan tedavi maliyeti 2338,35 TL (1758,54 USD) hesaplanmıştır. Bu sonuç tüm Türkiye'ye uyarlandığında şizofreninin Türkiye için yıllık maliyeti 971,6 milyon TL (616 milyon USD) olduğu hesaplanmıştır (119). Bir şizofreni hastasının yıllık doğrudan maliyeti İngiltere'de 3316 USD (120), Amerika Birleşik Devletlerinde 2543 USD (121), Tayvan'da 2144 USD (122), İtalya'da ise 6267 USD (123) olarak bildirilmektedir. Bu çalışmalarda kullanılan hesaplama yöntemlerinin farklılığı şizofreni yıllık

doğrudan tedavi maliyetlerinin farklılıklarının birincil nedeni olarak göze çarpmaktadır. Ülkelerin gelişmişlik düzeyi de sağlığa yapılan harcamaları etkilemektedir.

2009 yılında yapılan bir araştırmada Fransa, Almanya ve Birleşik Krallık'ta 6 aylık bir dönem için şizofreni hastalarının toplam doğrudan sağlık-bakım harcamalarının ortalama 3190 € (6784,8 TL, 4328,1 USD) olduğu, bu maliyetin %57'sini yataklı bakım hizmetlerinin oluşturduğu saptanmıştır. Fransa'da şizofreni hastalarının günlük ortalama yatış maliyetinin 243 € (516,8 TL, 329,7 USD), Almanya'da 260 € (552,9 TL, 352,7 USD) ve Birleşik Krallık'ta 251 € (533,8 TL, 340,5 USD) olduğu saptanmıştır (124). Avrupa çalışmalarında elde edilen bu sonuç ülkemizdeki sonuçlardan çok farklıdır. Örneğin bizim çalışmamızda şizofreninin günlük maliyeti 45,1 USD iken Avrupa'da bunun 8 katı günlük maliyetle karşılaşmaktayız. Bunun Avrupa çalışmalarında ziyaret masrafları, personel giderleri, bina masrafları gibi ek kalemlerin de toplam maliyete dahil edilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

İsveç'te bipolar bozukluğun 1997-2005 yılları arasında hastane yatış maliyetinin araştırıldığı bir çalışmada ortalama toplam yıllık maliyetin 56,2 milyon € (90,9 milyon TL, 67,8 milyon USD) olduğu saptanmıştır. Bunun %81 personel giderlerine, %7 ilaç ve malzemeye, %9 kira giderlerine ve %3 genel giderlere harcandığı belirlenmiştir. Ortalama günlük yatış maliyetinin 375 € (606,6 TL, 452,7 USD) olduğu belirtilmektedir (125). Bu rakam bizim çalışmadaki bipolar bozukluk günlük yatış maliyetinden (48,2 USD) oldukça yüksektir. Bu fark ülkelerdeki günlük yatak ücretlerinin farklılığından ve bu maliyetler hesaplanırken alınan

parametrelerden kaynaklanabilir. Nitekim bizim çalışmaya personel ve kira giderleri dahil edilmemiştir.

ABD’de psikiyatrik hastalığı olan ergenlerin tedavi maliyetlerinin araştırıldığı bir çalışmada farklı kurumlarda ortalama günlük yatış maliyetinin 369-440 USD (483-576 TL) arasında değiştiği saptanırken ortalama yıllık maliyet 3146 USD (4124 TL) ’dir (126). Bu değerler bizim değerlerden yüksektir. Bunun pek çok nedeninden biri çalışmanın özellikli bir grupta (ergen) yapılmış olması olabilir.

2005 yılında ABD’de majör depresif bozukluğun direkt maliyeti 77,5 milyar dolar (103,8 milyar TL) iken, 2010 yılında 98,9 milyar dolara (156,3 milyar TL) çıkmıştır. İndirekt maliyetlerle bu rakamın 210,5 milyar dolar (332,8 milyar TL) olduğu hesaplanmıştır (127). Ülkemizde de tek tek hastalıkların ülke ekonomisine getirdiği yükü hesap etmek yeni sağlık politikalarına yön verebilir.

Avustralya’da 2014 yılında yapılan bir çalışmada son 3 ay içinde bulimiya nevroza hastalarının 3175 Avustralya doları (6359,2 TL, 3378,8 USD), anoreksiya nevroza hastalarının ise 1525 Avustralya doları (3054,4 TL, 1622,9 USD) harcadıkları tespit edilmiştir (128). Bizim çalışmada beslenme ve yeme bozuklukları için hastane yatış maliyeti 2831 TL (1052,5 USD)’dir. Avustralya çalışması son 3 aylık toplam sağlık harcamasını ölçtüğü için bizim çalışmayla karşılaştırılması güçtür. Yöntem farklıdır ancak beslenme ve yeme bozukluklarının tedavisinin sadece yeme-içmeyle sınırlı olmadığını göstermesi ve diğer psikiyatrik bozukluklar kadar tedavisinin maliyetli olduğunu ortaya koymasıyla bizim çalışmamızı destekler niteliktedir.

Çin’de 2012-2013 yıllarında majör depresif bozukluk hastalarında yapılan bir çalışmada ortalama yıllık direkt maliyet 1694,1 Yuan (534,9 TL, 275,9 USD) (%48,5 antidepresyon medikasyon) iken, en az 1 kez hastanede yatanlarda 21291,0 Yuan (6723,6 TL, 3468,3 USD) ‘dır. Hiç hastaneye yatışı yapılmayaların ise yıllık direkt maliyeti 1611 Yuan (508,7 TL, 262,4 USD) ‘dır (117). Hastane yatışı açısından bakarsak bizim çalışmada depresyon hastalarının yatış maliyeti 1135,9 USD’dir. Çin’de yaklaşık 3 kat fazla yatış maliyeti bulunmuştur. Bu çalışmada depresyon hastalarının ortalama hastanede yatış süresi 33,4’tür. Oysa bizim çalışmada bu süre 27,5 gündür. Maliyet farklılığının nedenlerinden biri budur. Ayrıca hasta başına yıllık yatış sayısı (1,2 kez) da bizim çalışmadan (1,09) fazladır.

Hindistan’da şizofreni ve bipolar bozukluğu olan 104 hasta ile yapılan bir çalışmada ortalama yatış maliyeti bizim çalışmaya benzer şekilde 2421 rupi (106,7 TL, 39,6 USD) bulunmuştur. Yiyecek, seyahat ve diğer dolaylı maliyetlerle bunun 3975 rupi (175,2 TL, 65,1 USD) olduğu tespit edilmiştir (118). Ülkemizde de dolaylı maliyetlerin hesaplandığı çalışmaların yapılmasına ihtiyaç vardır.

2008 yılında Japonya’da yürütülen bir çalışmada depresyonun yıllık toplam maliyeti 13,4 milyar TL (11 milyar USD) olarak hesaplanmıştır. Bu her bir depresif hastaya ortalama 5921,6 TL (4836 USD) harcandığı anlamına gelir. Hasta başına düşen doğrudan yıllık tıbbi maliyet 843 TL (689 USD) ‘dir. ABD’de ise yapılan çalışmalarda ortalama doğrudan yıllık tıbbi maliyet 1940,1 TL (1195 USD) ile 2272,9 TL (1400 USD) arasında değişmektedir. Bu farklılık Amerika’da genel olarak sağlık sektöründeki fiyatların OECD ortalamasından fazla iken Japonya’da daha az olmasından kaynaklanmaktadır (129). Bizim çalışmada yıllık toplam

maliyet hesaplanmamıştır. Ancak diğer ulusal çalışmalara bakılırsa bu iki ülkede depresyon için hesaplanan hasta başı yıllık maliyet Türkiye'den oldukça yüksektir. Bu durum ülkelerin gelişmişliğiyle ve sağlığa ayırdıkları parayla ilgili olabilir.

Sri Lanka'da 91 şizofreni hastasıyla 2011 yılında yapılan bir çalışmada tek hasta vizitinin ortalama maliyeti 500 Sri Lanka Rupisi (Rs) (10,15 TL) olarak hesaplanmıştır. Hastaların %70,3'ü informal bakım almıştır ve bunun ortalama maliyeti 33.540 Rs (680,8 TL)'dir. Bu değer bizim çalışmaya göre daha düşüktür. Zira bizim çalışmada şizofreni hastalarının ortalama yatış maliyeti 3332,70 TL'dir. Bu fark muhtemelen ülkelerin sağlık harcamaları ile ilgilidir. Informal bakımın niteliği de bu farkı ortaya çıkarmış olabilir. Sri Lanka çalışmasında ortalama indirekt maliyet ise 150.190 Rs (3048,8 TL)'dir. En yüksek pay %39,8 ile seyahat giderleriyken onu %26,4 ile medikasyon giderleri takip etmektedir (113).

Hastaların yaş ile yatış süresi ve maliyetler arasında pozitif yönlü zayıf korelasyon olduğu görülmüştür. Beklenildiği şekilde yatış süresi uzadıkça toplam yatış maliyeti artmaktadır ($r=0,94$, $p<0,001$). Yatış süresi ile günlük paket dışı maliyet arasında ise negatif yönlü orta derece korelasyon vardır. Yapılan lojistik regresyon analizi sonucuna göre 36-45 yaş arası olmanın 16-25 yaşa göre 2,61 kat, 56 yaş ve üzeri olmanın 16-25 yaşa göre 2,93 kat, kadın olmanın da erkek olmaya göre 1,78 kat yatış maliyetini arttırdığı görülmüştür ($p<0,05$). Şizofreniye göre; depresyon bozuklukları 2,56 (1/0,39) kat, bedensel belirti bozuklukları ise 6,25 (1/0,16) kat yatış maliyetini azaltmaktadır.

Almanya’da yapılan bir çalışmada ise, bizim çalışmaya benzer şekilde kadın olmanın hastanede daha uzun süre kalmayı beraberinde getirdiği gösterilmiştir (116).

İstanbul’da 2006 yılında şizofreni hastalarında yapılan bir çalışmada cinsiyet faktörüne göre ekonomik parametreler değerlendirildiğinde; kadınların hastalık süresi ve yaş ortalamasının erkeklere göre anlamlı derecede daha fazla olduğu ($p<0,05$) ancak cinsiyetler arasında ekonomik değişkenler açısından istatistiki olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (114). Bu sonuç bizim çalışmamızla uyumsuz çıkmıştır. Bu durum iki çalışmadaki hastaların hastalık profillerinin birbirinden farklı olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Isparta’da yapılan çalışmada ise hastaların yaş ve toplam hastalık süreleri azalıp, toplam eğitim süreleri arttıkça, toplam tedavi maliyetleri de artmaktadır. Aralarındaki bu ilişki çok zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı değildir (110). Burada da yaş ile maliyet arasındaki ilişki bizim çalışmayla uyumsuz çıkmıştır. Bizde yaş arttıkça hastane yatış maliyeti artmaktayken, Isparta çalışmasında tersine azaldığı görülmüştür. Çalışmaların yapıldığı yıl, il ve hastane koşulları ve de hastaların sosyodemografik özelliklerinin farklı olması bu farklı sonuçları doğuruyor olabilir. Uygun örneklem yöntemiyle tüm bölgelerden hastanelerin alındığı bir çalışmaya gereksinim vardır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak hastanemiz psikiyatri servisinde en sık şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar, depresyon bozuklukları ve bipolar bozukluklara rastlanmıştır. Erkeklerde şizofreni, kadınlarda depresyon daha sıktır. Beslenme ve yeme bozuklukları ve obsesif-kompulsif bozukluk erken, travma ve stresörle ilişkili bozukluklar ve nörobilişsel bozukluk ise geç yaşta başlayan hastalıklardır. Evlilerde en sık depresyona, bekarlarda şizofreniye rastlanmıştır.

Hastalar ortalama 27,32 gün hastanede kalırken, bu süre erkeklerde 25,21, kadınlarda 29,86 gündür ($p=0,002$). Kadın olmanın erkek olmaya göre yatış süresini 1,99 kat uzattığı görülmüştür. Depresyon bozukluklarının şizofreniye göre yatış süresini 2,08 (1/0,48) kat azalttığı görülmüştür. En uzun süre hastanede kalan hastalıklar; bipolar bozukluk, şizofreni ve depresyon olurken; en kısa süre kalan hastalıklar ise bedensel belirti bozuklukları, alkol ve madde kullanım bozuklukları ve nörobilişsel bozukluklardır.

2015 yılı toplam paket ücret 1.157.435,45 TL, diğer maliyetler 193.768,63 TL ve toplam maliyet 1.351.204,08 TL'dir. Günlük hasta başına ortalama 120,45 TL (44,78 USD) harcanmıştır. Hasta başına yatış maliyeti ortalama 3181,07 TL (1182,64 USD) 'dir. Erkek hastaların toplam yatış maliyetleri 2922,08 TL iken, kadınlarınki 3495,37 TL'dir ($p=0,005$). Yatış maliyeti en yüksek hastalık 3757,66 TL (1397,00 USD) ile bipolar bozukluklarken, en düşük 1864,77 TL (693,27 USD) ile alkol ve madde kullanım bozukluklarıdır. Günlük maliyeti en yüksek hastalık 130,71 TL (48,59 USD) ile nörobilişsel bozukluklar, en düşük 107,53 TL (39,97 USD) ile beslenme ve yeme bozukluklarıdır.

Hastaların yaş ile yatış süresi ve maliyetler arasında pozitif yönlü zayıf korelasyon olduğu görülmüştür. Beklenildiği şekilde yatış süresi uzadıkça toplam yatış maliyeti artmaktadır ($r=0,94$, $p<0,001$). Yatış süresi ile günlük paket dışı maliyet arasında ise negatif yönlü orta derece korelasyon vardır. Yapılan lojistik regresyon analizi sonucuna göre 36-45 yaş arası olmanın 16-25 yaşa göre 2,61 kat, 56 yaş ve üzeri olmanın 16-25 yaşa göre 2,93 kat, kadın olmanın da erkek olmaya göre 1,78 kat yatış maliyetini arttırdığı görülmüştür ($p<0,05$). Şizofreniye göre; depresyon bozuklukları 2,56 (1/0,39) kat, bedensel belirti bozuklukları ise 6,25 (1/0,16) kat yatış maliyetini azaltmaktadır.

Bu çalışmada sadece doğrudan maliyetlerden tıbbi maliyet grubuna giren yatan hasta tedavi maliyetleri incelenmiştir. Dolayısıyla hastaların diğer maliyetleri hakkında bilgi vermesi beklenemez.

Paket ücret uygulaması, SGK ve hastane açısından hesaplama kolaylığı sağlasa da net olarak hangi kalemlerin ne kadar gider oluşturduğunu hesap etmeyi güçleştirmektedir. Kaldı ki her hasta aynı değildir ve dolayısıyla aynı giderlere sahip olmaları beklenemez. Bu yüzden hasta tedavilerine standart ücretler belirlemek tartışmalıdır. Hasta için paket ücretin aşılması, hastanenin zarar etmesi anlamına gelmektedir. Bu durum hekimleri tetkik isteme ve terapi sayısını artırma konusunda sıkıntıya sokabilmektedir. Hasta için aynı gün içinde ne kadar terapi yapılırsa yapılsın bunun ücret olarak yansımaları olmamaktadır ve her türlü, SGK tarafından o hasta için günlük paket ücret ödenmektedir. Aynı durum görüntüleme hizmetleri için de geçerlidir. Hekimlerin tetkik istememe yönünden baskı altında olmaması gerekmektedir. Hasta yatış maliyetlerinin SGK'ya kalem kalem

birleştirildiği fakat bunun SGK tarafından da denetlendiği daha şeffaf bir sisteme ihtiyaç vardır.

Ülkemizde psikiyatrik hastalıkların maliyetlerini araştıran çalışma sayısı kısıtlıdır. Uzak Doğu, Avrupa ve ABD’de gerçekleştirilen benzer çalışmalara bakıldığında ülkemizdeki maliyetlerin oldukça düşük olduğu göze çarpmaktadır. Bunun nedeni ülkemizde yapılan çalışmaların sadece yatarak tedavi masraflarını hesaplarken, diğer çalışmaların personel giderlerini, rehabilitasyon hizmetlerini, evde tedaviyi, hastalara sağlanan ev ya da yurt olanaklarını ve diğer toplumsal yardımları da işin içine katmalarıdır. Ülkemizde de yatış ve ilaç dışı tedavi hizmetlerinin de uygulama kapsamında değerlendirilmesiyle maliyetin yükselmesi beklenebilir. Bu nedenlerle bu tür geniş kapsamlı çalışmaların yapılmasına ihtiyaç vardır.

Ülkemizde tek tek psikiyatrik hastalıkların doğrudan ve dolaylı maliyetlerinin birlikte hesaplandığı çalışmalara da ihtiyaç vardır. Bu hastalıkların sıklığından yola çıkarak sonuçlar tüm ülkeye genellenip her hastalığın ülke ekonomisine getirdiği yük hesap edilerek yeni sağlık politikalarına yön verilebilir.

7. KAYNAKLAR

1. Erginöz E. Halk Sağlığı ve Mental Hastalıklar. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri; Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi No: 62. Mart 2008 S:31-40
2. Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı 5. Baskı (DSM V). Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı’ndan. Çev. Köroğlu E. Hekimler Yayın Birliği. Ankara. 2014
3. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, et al. Prevalence of Mental Disorders In Europe: Results From The European Study of The Epidemiology of Mental Disorders. Acta Psychiatr Scand 2004;109: 21-7.
4. Wittchen HU, Jacobi F. Size and Burden of Mental Disorders In Europe; A Critical Review and Appraisal of 27 Studies. Eur Neuropsychopharmacol 2005;15:357-76.
5. Üstün TB. The Global Burden of Mental Disorders. Am J Public Health 1999;89:1315-8.
6. T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması 2004. Ankara. 2006.
7. Olesen J, Sobscki P, Truelsen T, et al. Cost of Disorders of The Brain In Denmark. Nord J Psychiatry 2008;62:114-20.
8. Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Hekimler Yayın Birliği. Ankara. 1992
9. Ersoy A, Turgay A, Savaşır Y. Psikiyatri Servisinde Çalışan Personelin Akıl ve Ruh Hastalarına ve Hastalıklarına Karşı Tutum ve İnançları Üzerinde Karşılaştırmalı Bir Çalışma, VIII. Milli Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Çalışmaları. İzmir. 1972; S. 473.
10. Erasmus. Deliliğe Övgü. Çeviri: Hızır N. BFS Yayınları. 1987
11. Foucault M. Büyük Kapatılma, Delilik ve Toplum. (Çev. Ergüden İ. ve Keskin F.). İstanbul Ayrıntı Yayınları. 2000. S. 78.
12. Sayıl I. Sosyal Psikiyatri. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları. Ankara. 1996.
13. Geçtan. Varoluş ve Psikiyatri. Metis Yayıncılık. 1990.
14. Adler A. Psikolojik Aktivite. Çev. Çorakçı B.D. Say Yayınları. 1993.
15. Çelen N. Öğrenme Psikolojisi. Ankara İmge Kitabevi. 1999.
16. Göğüş A. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Depresyon Tedavisi. Psikiyatri Dünyası. Cilt 2, Sayı 2, 1998.
17. Köknel Ö. Kötü Ruhtan Ruh Sağlığına. İstanbul Alfa Yayınevi. 1998.
18. Lehtinen V, Joukamaa M, Lahtela K, Raitasalo R, Jyrkinen E, Maatela J, Aromaa A. Prevalence of mental disorders among adults in Finland: basic results from the Mini Finland Health Survey. Acta Psychiatr Scand.1990;81(5):418-25.
19. Sadock BJ, Kaplan & Sadock’s Synopsis of Psychiatry. 11. Baskı. 2014.

20. Ertan T. Psikiyatrik Bozuklukların Epidemiyolojisi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Sempozyum Dizisi No:62. Mart 2008 S:25-30.
21. Küey L, Üstün TB, Güleç C. Türkiye’de Ruhsal Bozukluklar Epidemiyolojisi Araştırmaları Üzerine Bir Gözden Geçirme Çalışması. Toplum ve Hekim. 1987; 44:16-30.
22. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M. ve ark. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması, Ana Rapor. Ankara T. C. Sağlık Bakanlığı. 1998.
23. Kılıç C. Türkiye Ruh Sağlığı Profili, Erişkin Nüfus Sonuçları. Sağlık Bakanlığı. Ankara. 1998.
24. Binbay T, Ulaş H, Alptekin K. Şizofreni Epidemiyolojisine Türkiye’den Katkı Yapmak: Nasıl ve Neden. Klinik Psikiyatri Dergisi 13 (Ek 1): 2010;9-15.
25. Kayahan B, Altıntoprak E, Karabilgin S ve ark. 15-49 Yaşlar Arasındaki Kadınlarda Depresyon Prevalansı ve Depresyon Şiddeti Arasındaki İlişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi 4: 2003;208-19.
26. Şimşek Z, Ak D, Altındağ A. ve ark. Prevalence and Predictors of Mental Disorders Among Women In Şanlıurfa. Turkey. J Public Health (Oxf) 2008; 30: 487-93.
27. Karacam Z, Ancel G. Depression, Anxiety And Influencing Factors In Pregnancy: A Study In A Turkish Population. Midwifery 2009; 25: 344-56.
28. Gölbaşı Z, Kelleci M, Kısacık G. ve ark. Prevalence And Correlates Of Depression In Pregnancy Among Turkish Women. Matern Child Health 2010; J14: 485-91.
29. Bayram N, Bilgel N. The Prevalence and Socio-Demographic Correlations of Depression, Anxiety and Stress Among A Group of University Students. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2008; 43: 667-72.
30. Taşkın EO, Yüksel EG, Özmen E. Üniversite Birinci Sınıf Öğrencilerinde Ayrılma Bireyleşme Özellikleri ve Depresyon İlişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2009; 10: 174-80.
31. Tekbaş OF, Ceylan S, Hamzaoglu O ve ark. An Investigation Of The Prevalence Of Depressive Symptoms In Newly Recruited Young Adult Men In Turkey. Psych Iatry Res 2003; 119: 155-62.
32. Kaya N, Güler Ö, Çilli AS. Konya Kapalı Cezaevi’ndeki Mahkumlarda Psikiyatrik Bozuklukların Yaygınlığı. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2004; 5: 85-91.
33. Demir F, Ay P, Erbaş M ve ark. İstanbul’da Bir Eğitim Hastanesinde Çalışan Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinde Depresyon Yaygınlığı ve İlişkili Etkenler. Türk Psikiyatri Dergi 2007;18: 31-7.
34. Binbay ve ark. Türkiye’de Psikiyatrik Epidemiyoloji: Yakın Zamanlı Araştırmalarda Temel Bulgular ve Gelecek İçin Öneriler. Türk Psikiyatri Dergisi 2013;24.
35. Binbay T, Ulaş H, Elbi H ve ark. Türkiye’de Psikoz Epidemiyolojisi: Yaygınlık Tahminleri ve Başvuru Oranları Üzerine Sistematiik Bir Gözden Geçirme. Türk Psikiyatri Dergisi 2011;22:40-52.
36. Alptekin K, Ulaş H, Akdede BB ve ark. Prevalence And Risk Factors Of Psychotic Symptoms: İn The City Of Izmir, Turkey. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2009;44: 905-10.
37. Binbay T, Alptekin K, Elbi H ve ark. İzmir Kent Merkezinde Şizofreni ve Psikotik Belirtili Bozuklukların Yaşam boyu Yaygınlığı ve İlişkili Oldukları Sosyodemografik Özellikler. Türk Psikiyatri Dergisi 2012b ;23: 149-60.

38. Özen Ş, Özbulut Ö, Altındağ A. Acil Serviste Konversiyon Bozukluğu Tanısı Konan Hastaların Sosyodemografik Özellikleri, Stres Faktörleri, I. ve II. Eksen Eş tanıları. Türkiye’de Psikiyatri 2000;2: 87-97.
39. Sar V, Kundakçı T, Kızıltan E ve ark., The Axis-I Dissociative Disorder Comorbidity Of Borderline Personality Disorder Among Psychiatric Outpatients. Journal Of Trauma & Dissociation 2003: 4: 119-36.
40. Sar V, Koyuncu A, Öztürk E ve ark. Dissociative Disorders İn The Psychiatric Emergency Ward. Gen Hosp Psychiat, 2007b: 29:45-50.
41. Sar V. Epidemiology of Dissociative Disorders: An Overview. Epidemiology Research International. 2011.
42. Türkiye İstatistik Kurumu Sağlık Araştırması. Ankara. 2010
43. Sağlık Bakanlığı Hastalık Yüğü Çalışması. Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Ankara. 2006.
44. Işıklı S, Irak M. Türkiye’de Madde Kullanımı ve Bağımlılığı Profili Araştırması. Türk Psikologlar Derneği. Ankara. 2002 S. 55-65.
45. UNODC Health Services, Education and Community Action-Preventing Drug Abuse İn Turkey; National Assessment On Drug Abuse (Based On Studies Conducted İn 6 Cities). Ankara. 2004.
46. Sar V, Akyuz G, Kuğu N ve ark. Axis I Dissoc İative Disorder Comorbidity İn Borderline Personality Disorder And Reports Of Childhood Trauma. J Clin Psychiatry. 2006 67: 1583-90.
47. Altınyazar V, Yüksel N. Şizofrenide Kombinasyon Tedavileri. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni. Cilt: 21, Sayı: 4, 2011.
48. Kaplan & Sadock . Klinik Psikiyatri. Synopsis Of Psychiatry .Ninth Edition.’den Çeviri Editörü: Hamdullah Aydın . Sf: 134-154, 2. Baskı. Güneş Kitabevi. İstanbul. 2005.
49. Conley Robert R, Kelly Deanna L. Pharmacologic Treatment of Schizophrenia 2003.
50. Nasrallah Henry A, Donald J, Smeltzer MA. Şizofreni Güncel Tanı ve Tedavi Kitabı. Sf: (27-31) (94-99) Çeviri Editörü Köksal Alptekin.1. Baskı. AND Yayıncılık. İstanbul. 2005.
51. Stahl SM. Essential Psychopharmacology, Neuroscientific Basis and Practical Application Second Edition. 401-459. Cambridge University Pres. Cambridge. 2000.
52. Abrams R. Electroconvulsive Therapy, 3rd Edition. Oxford Universty Pres. New York. 1997.
53. Thompson JW, Weiner RD, Myers CP. Use of ECT İn The United States İn 1975, 1980 and 1986. Am J Psychiatry 1994; 151:1657-1661.
54. Krueger RB, Sackeim HA. ECT and Schizophrenia. Edited By Hirsch SR, Weinberg DR. Cambridge, MA, Blackwell. 1995.
55. Weiner RD, Coffey CE. Indications For Use of Electroconvulsive Therapy, İn Review Of Psychiatry, Vol 7. Edited By Frances AJ, Hales RE. Washington. American Psychiatric Pres. 1988.
56. Işık E, Ender T, Işık U. Güncel Klinik Psikiyatri. Ankara 2008.
57. Vahip S, Yazıcı O. İki Uçlu Duygudurum Bozuklukları Sağaltım Kılavuzu. İstanbul. Okyanus Yayınları. 2003; 55–74.

58. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8. Baskı. Çeviri; Aydın H, Bozkurt A. Güneş Kitabevi 2007
59. Prien RF, Carpenter LL, Kupfer DJ. The Definition and Operational Criteria For Treatment Outcome of Major Depressive Disorder. A Review of The Current Research Literature. Arch Gen Psychiatry. 1991; 48(9):796-800.
60. Frank E, Prien RF, Jarrett RB, Keller MB, Kupfer DJ, Lavori PW, Rush AJ, Weissman MM. Conceptualization and Rationale For Consensus Definitions of Terms In Major Depressive Disorder. Remission, Recovery, Relapse and Recurrence. Arch Gen Psychiatry. 1991; 48(9):851-5.
61. Mulder RT, Joyce PR, Frampton C. Relationships Among Measures of Treatment Outcome In Depressed Patients. J Affect Disord 2003; 76:127-135.
62. Aydemir Ö. Major Depresif Bozuklukta Tedavi Hedefleri ve Tedavinin İzlenmesi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni. Cilt: 21, Ek Sayı: 1, 2011.
63. Öztürk M. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 10. Baskı. Nobel Tıp Kitabevi. Ankara. 2004: 343-89
64. Karamustafalıoğlu O, Akpınar A. Anksiyete Bozuklukları. Aile Hekimleri İçin Psikiyatri 1.Baskı. MT Uluslararası Yayıncılık. İstanbul. 2010: 71-88.
65. Karamustafalıoğlu O, Özçelik B. 1.Basamakta Ruh Sağlığı Eğitimi Notları 1.Baskı. İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Ruh Sağlığı ve Sosyal Hastalıklar Şube Müdürlüğü Yay. İstanbul. 2003:16.
66. Andrews G, Creamer M, Crino R, Hunt C, Lampe L, Page A. The Treatment of Anxiety Disorders: Clinician Guides and Patient Manuals. Cambridge University Press. 2002: 148-98.
67. Yüksel N. Psikofarmakoloji. 2. Baskı, İstanbul: Çizgi Tıp Yayınevi, 2003.
68. Kruger S, Kennedy SH. Psychopharmacotherapy of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Binge-Eating Disorder. J Psychiatry Neurosci 2000;25: 497-508.
69. Thiel A. Are Psychotropic Drugs Necessary For The Treatment of Anorexia and Bulimia Nervosa? Psychother Psychosom Med Psychol 1997;47:332-45.
70. Fisher CA, Hetrick SE, Rushford N. Family Therapy For Anorexia Nervosa. Cochrane Database Syst Rev 2010;(4):CD004780.
71. Keel PK, Brown TA. Update On Course and Outcome In Eating Disorders. Int J Eat Disord 2010;43:195-204.
72. Carter FA, Jordan J, McIntosh VV ve ark. The Long-Term Efficacy of Three Psychotherapies For Anorexia Nervosa: A Randomized, Controlled Trial. Int J Eat Disord 2010.
73. Zeeck A, Weber S, Sandholz A, Wetzler-Burmeister E, Wirsching M, Hartmann A. Inpatient Versus Day Clinic Treatment For Bulimia Nervosa: A randomized Trial. Psychother Psychosom 2009;78:152-60.
74. McIntosh VV, Carter FA, Bulik CM, Frampton CM, Joyce PR. Five-Year Outcome of Cognitive Behavioral Therapy and Exposure With Response Prevention For Bulimia Nervosa. Psychol Med 2010;2:1-11.

75. Bacaltchuk J, Hay P. Antidepressants Versus Placebo For People With Bulimia Nervosa. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;(4):CD003391.
76. Bayar R. Yavuz M. Alkol Bağımlılığı, Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi No:62. Mart 2008 S:221-230.
77. Oral ET. Duygudurum Bozukluklarında EKT: Endikasyonlar ve Etkinlik. Çelikkol A (Ed.). Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları: Elektrokonvülsif Tedavi. 3.Cilt, 2.Sayı. Bornova, İzmir. 1998: 265.
78. Evlice YEE. Elektrokonvülsif Terapi. Güleç C, Köroğlu E (Ed.). Psikiyatri Temel Kitabı 2.Cilt. Medicographics Ajans ve Matbaacılık Hizmetleri. Ankara. 1998: 1019.
79. Cimilli C. Elektrokonvülsif Tedavi: Tarihsel Gelişim ve Günümüzdeki Durum. Çelikkol A (Ed.). Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları 3.Cilt, 2.Sayı. Bornova, İzmir. 1998: 257.
80. World Psychiatric Association-Consensus Statement of The Use and Safety of ECT, 2003.
81. Mccall WV. Electroconvulsive Therapy In The Era of Modern Psychopharmacology. *Int J Neuropsychopharmacol* 2001; 4:315-324.
82. Mayor S. ECT May Be Better Than Drugs For Short Term Depression. *BMJ*. 2003.
83. Janicak PG, Davis JM, Preskorn SH, Ayd FJ. Principles and Practice of Psychopharmacotherapy, 2. Ed. Baltimore, Williams & Wilkins, 1997, P.373-374.
84. The UK ECT Review Group. Efficacy and Safety of Electroconvulsive Therapy In Depressive Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Lancet* 2003; 361:799-808.
85. Mukherjee S, Sackeim HA, Schnur DB. Electroconvulsive Therapy of Acute Manic Episodes: A Review of 50 Years’ Experience. *Am J Psychiatr* 1994; 151: 169-176
86. Small JG, Klapper MH, Kellams JJ, Miller MJ, Milstein V, Sharpley PH, et al. Electroconvulsive Treatment Compared With Lithium In The Management of Manic States. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45:727-732.
87. Chanpattana W, Chakrabhand ML, Buppanharun W, Sackeim HA. Effects of Stimulus Intensity On The Efficacy of Bilateral ECT In Schizophrenia. *Biol Psychiatry* 2000;48:222-228.
88. Özmen M. Psikoterapiler. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi No:62. Mart 2008 S:303-322.
89. Kulaksızoğlu IB. ve ark. Psikiyatri. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları. 2009.
90. Çilingiroğlu N. Sağlık Ekonomisi. Halk Sağlığı Temel Bilgiler İçinde. Ed. Bertan M. ve Güler Ç. Güneş Kitabevi. Ankara. 1995; S. 389-421.
91. Nesrin Çilingiroğlu. Halk Sağlığı Anabilim Dalı Ders Notları. Kasım 2003.
92. Buharalı C. Türkiye’de ve Dünyada Sağlık Ekonomisi. Deloitte Rapor. 2008.
93. Dewar DM. Essentials of Health Economics, Jones and Bartlett Publishers. Canada. 2010.
94. Kernick D. McDonald R. Getting Health Economics Into Practise, Edited By David Kernick. Radcliffe Medical Press. United Kingdom. 2002.
95. Drummond MF. Aguilar-Ibanez R. Ngxon J. Economic Evaluation. *Singapore Medical Journal*. 2006; 47(6): 456-462.

96. Ünal E. Sağlık Ekonomisi ve Yönetimi. Ekin Yayınevi. Bursa. 2013
97. Özgen H, Tatar M. Sağlık Sektöründe Bir Verimlilik Değerlendirme Tekniği Olarak Maliyet-Etkililik Analizi ve Türkiye’de Durum. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 10(2): 2007;109-137.
98. Çelik Y. Sağlık Ekonomisi. Siyasal Kitabevi. Ankara. 2005.
99. Çalışkan Z. Sağlık Hizmetlerinde Önceliklerin Belirlenmesinde Ekonomik Değerlendirme Yöntemi Olarak Maliyet-Etkililik Analizi, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2009;C.14, S.2 S.311-332.
100. Fidan D. Ekonomik Değerlendirme Yöntemleri. Sağlık Ekonomisi Dergisi. 2009;1: 4-7.
101. Öksüz E. Malhan S. Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi: Kalitemetri. Başkent Üniversitesi Yayınları. Ankara. 2005.
102. Ferguson ND, Scales DC, Pinto R. et al. Integrating Mortality and Morbidity Outcomes: Using Quality-Adjusted Life Years In Critical Care Trials. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 2013;187(3): 256-261.
103. Muennig P. Cost Effectiveness Analyses In Health A Practical Approach Second Edition. Published By Jossey-Bass. 2008.
104. Currie G. ve Manns B. (2002). Evidence-Based Health Economics: From Effectiveness To Efficiency In Systematic Review. Edit. Donaldson C, Mugford M, Vale L. Bmj Books, Bma House, Tavistock Square. London Russell. 1996:1172.
105. Süt N. Hastalık Maliyet Analizi. RAED Dergisi. 2012, 4(1): 24-28
106. Drummond MF, Schulper MJ, Torrance GW, O’Brein BJ, Stoddart GL. Methods for the Evaluation of Health Care Programmes. Third edition. Oxford University Press, 2005.
107. Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği (Resmi Gazete Tarih: 24.03.2013 Sayı: 28597) ([Http://www.Resmigazete.Gov.Tr/Eskiler/2013/03/20130324-3.Pdf](http://www.Resmigazete.Gov.Tr/Eskiler/2013/03/20130324-3.Pdf)) (Erişim: 08.08.2016)
108. Aksakoğlu G. Sağlıkta Araştırma Teknikleri ve Analiz Yöntemleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Yayın Komisyonu Yayını; İzmir, 2001 ISBN 957-93363-0-08.Baskı: D.E.Ü. Rektörlük Matbaası.
109. Ulaş H, Tunca Z. Bir Üniversite Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastaların Maliyet Analizi. Nöropsikiyatri Arşivi 2010; 47: 144-9
110. Çalışkan S. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniğinde 2005-2009 Yılları Arasında Yatan Hastaların Sosyodemografik Özellikleri, Tanı Dağılımı ve Tedavi Maliyetlerinin Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. Isparta. 2010.
111. Yıldız A, Onur E, Turgut K, Tunca Z. Bir Üniversite Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde Hasta Yatış Sürelerini Etkileyen Faktörler. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni. 2003;13:122-128
112. Xu J, Wang J, Wimo A, Qiu C. The Economic Burden of Mental Disorders In China, 2005–2013: Implications For Health Policy. Xu Et Al. BMC Psychiatry. 2016; 16:137
113. Silva JD, Hanwella H, Silva VD. Direct And Indirect Cost of Schizophrenia In Outpatients Treated In A Tertiary Care Psychiatry Unit. Ceylon Medical Journal 2012; 57: 14-18

- 114.** Tav AŞ. Şizofreni Tedavisinde Direkt Maliyeti Belirleyen Değişkenlerin Karşılaştırmalı Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. İstanbul. 2006
- 115.** Binbay T, Ulaş H, Alptekin K. Şizofrenide Psikososyal Etkenlerin Yeniden Önem Kazanması, Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar. 2007; 39-48
- 116.** Wolff J, McCrone P, Patel A, Kaier K, Normann C. Predictors of length of stay in psychiatry: analyses of electronic medical records Wolff et al. BMC Psychiatry. 2015 15:238
- 117.** Zhang L, Chen Y, Yue L, Liu Q, Montgomery W, Zhi L, Wang W. Medication Use Patterns, Health Care Resource Utilization, Economic Burden For Patients With Major Depressive Disorder In Beijing, People's Republic of China. Neuropsychiatric Disease and Treatment 2016;12 941–949
- 118.** Rejani PP, Sumesh TP, Shaji KS. Cost of Care: A Study of Patients Hospitalized for Treatment of Psychotic Illness. Indian J Psychol Med. 2015 Jan-Mar; 37(1): 71–74.
- 119.** Yıldız M, Cerit C. Şizofreni Tedavisinin Yıllık Maliyeti: Bir Üniversite Hastanesi Verilerinden Yapılan Hesaplama. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2006;16:239-244
- 120.** Davies LM, Drummond MF. Economics and schizophrenia: The real cost. Br J Psychiatry 1994; 165 (Supl.25): 18-21.
- 121.** Martin BC, Miller S. Expenditures For Treating Schizophrenia: A population-Based Study of Georgia Medicaid Recipients. Schizophr Bull 1998; 24: 479-488.
- 122.** Lang HC, Su TP. The Cost of Schizophrenia Treatment In Taiwan. Psychiatr Serv 2004;55: 928-930.
- 123.** Garattini L, Barbui C, Clemente R, Cornago D, Parazzini F, Study Group SCORE. Direct Costs of Schizophrenia and Related Disorders In Italian Community Mental Health Services: A Multicenter, prospective 1-year followup study. Schizophr Bull 2004; 30: 295-302.
- 124.** Heider D, Bernert S, König HH. Et Al. Direct Medical Mental Health Care Costs of Schizophrenia In France, Germany and The United Kingdom - Findings From The European Schizophrenia Cohort (Eurosc). Eur Psychiatry 2009; 24:216-24.
- 125.** Osby U, Tiainen A, Backlund L. et al. Psychiatric Admissions and Hospitalization Costs In Bipolar Disorder In Sweden. J Affect Disord 2009; 115:315-22.
- 126.** Costello EJ, Copeland W, Cowell A. Service Costs of Caring For Adolescents With Mental Illness In A Rural Community, 1993-2000. Am J Psychiatry 2007; 164:36-42.
- 127.** Greenberg PE, Fournier AA, Sisitky T, Pike CT, Kessler RC. The Economic Burden of Adults With Major Depressive Disorder In The United States. J Clin Psychiatry 76:2 February 2015
- 128.** Gatt L, Jan S, Mondraty N, Horsfield S, Hart S, Russell J, Laba TL, Essue B. The Household Economic Burden of Eating Disorders and Adherence To Treatment In Australia. BMC Psychiatry 2014, 14:338
- 129.** Okumara Y, Higuchi T. Cost of Depression Among Adults In Japan. Prim Care Companion CNS Disord 2. 011;13(3).

8. ÖZET

Bir Üniversite Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastaların Tedavi Maliyetlerinin Değerlendirilmesi

Psikiyatrik hastalıklar sık görülmeleri, tekrarlamaları ve kronikleşebilmeleri nedeniyle yeti yitimine yol açabilirler. Bu yüzden maliyetleri yüksektir. Bu çalışmada, Gazi Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Servisi'ne 2015 yılında yatırılan hastaların yatış maliyetlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. İstatistiksel analiz için SPSS 21.0 kullanılmış, tanımlayıcı veriler sıklık, yüzde, ortalama±standart sapma olarak sunulmuş, kategorik değişkenlerin değerlendirmesinde Pearson ki-kare, normal dağılıma uymayan bağımsız gruplarda Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis Testleri kullanılmıştır. Farklı özelliklerin hastane yatış süresi ve maliyetleri öngörülerini lojistik regresyonla, değişkenler arasındaki ilişki Spearman Korelasyon Testiyle değerlendirilmiştir. Anlamlılık düzeyi $p<0,05$ kabul edilmiştir.

Hastalarda en sık şizofreni (%38,8), depresyon (%26,1) ve bipolar bozukluk (%16,0) görülmüştür. Erkeklerde şizofreni (%47,6), kadınlarda depresyon (%31,8) ilk sıradadır. Evlilerde en sık hastalık %35,0 ile depresyon, bekarlarda şizofreni'dir (%54,1). Hastalar ortalama 27,32 gün hastanede kalmışlardır. Erkeklerde ortalama 25,21 gün, kadınlarda 29,86 gündür ($p=0,002$). Kadın olmanın erkek olmaya göre yatış süresini 1,99 kat uzattığı görülmüştür. Bipolar bozukluk 29,91 gün ile en uzun, nörobilişsel bozukluklar 16,00 gün ile en kısa hastanede kalan hastalıktır.

Hasta başına ortalama günlük maliyet 120,45 TL (44,78 USD), yatış maliyeti 3181,07 TL (1182,64 USD) 'dir. Erkeklerin yatış maliyeti 2922,08 TL,

kadınlarınkı 3495,37 TL'dir ($p=0,005$). Yaş arttıkça maliyetin arttığı görülmüştür ($p=0,028$). Yatış maliyeti en yüksek 3757,66 TL (1397,00 USD) ile bipolar bozukluk, en düşük 1864,77 TL (693,27 USD) ile alkol ve madde kullanım bozukluklarıdır ($p=0,024$). Şizofreniye göre; depresyon bozuklukları 2,56 kat, bedensel belirti bozuklukları ise 6,25 kat yatış maliyetini azaltmaktadır. Günlük maliyeti en yüksek 130,71 TL (48,59 USD) ile nörobilişsel bozukluklar, en düşük 107.53 TL (39,97 USD) ile beslenme ve yeme bozukluklarıdır ($p=0,003$).

Paket ücret uygulaması, hesaplama kolaylığı sağlasa da hangi kalemlerin ne kadar gider oluşturduğunu hesaplamayı güçleştirmektedir. Her hasta aynı değildir ve aynı giderlere sahip olmaları beklenemez. Hasta tedavilerine standart ücretler belirlemek tartışmalıdır. Daha şeffaf bir sisteme ihtiyaç vardır. Ülkemizde yatış ve ilaç dışı tedavi hizmetlerinin maliyetlerinin hesaplandığı çalışmaların yapılmasına ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: paket ücret, maliyet analizi, günlük maliyet, yatış maliyeti

9. SUMMARY (İNGİLİZCE ÖZET)

Evaluation of Treatment Costs for Patients Hospitalization In An University Hospital Psychiatric Ward

Psychiatric illnesses could cause disability due to their commonly occurring, tendency to recur and chronic character. Thence, psychiatric patients' treatment costs are high. In this study we aimed to evaluate treatment costs for patients who were hospitalized into Gazi University Hospital Psychiatric Ward in year 2015. Quantitative data analysis was executed using software program SPSS 21.0, descriptive values were given such as frequency, percent, mean±standard deviation. A Pearson Chi-square Test was used for categorical variables, a Mann-Whitney U Test and a Kruskal Wallis Test was used in independent groups lacking normal distribution. Hospital stay time and treatment costs predictions of different features were assessed with logistic regression. The relationship between variables was measured using Spearman Correlation Test. Statistical significance level was set as $p<0.05$.

Schizophrenia (%38.8) was the mostly encountered disease in the patient group, followed by depression (%26.1) and bipolar disorder (%16). Among male patients schizophrenia (%47.6) patients was the most while depression (%31.8) patients was the most among female patients. Depression (%35.0) was the mostly seen diagnosis in patients who were married while schizophrenia (%54.1) was the mostly seen diagnosis in patients who were single. Mean length of hospital stay of all patients was 27.32 days. The mean length of stay for men was 25.21 days and

for women was 29.86 days ($p=0.002$). It was seen that women had increased length of hospital stay by 1.99 times more than men. Bipolar disorder patients' mean length of hospital stay was the longest, 29.91 days and neurocognitive disorder patients' length of hospital stay was the shortest, 16.00 days.

Average cost per inpatient day was 120.45 TL (44.78 USD), average cost of hospitalization was 3181.07 TL (1182.64 USD). Average cost of hospitalization for men was 2922.08 TL, for women was 3495.37 TL ($p=0.005$). It was seen that the average hospitalization cost was increased as the age of the patients increased ($p=0.028$). Bipolar disorder hospitalization cost was the highest costing 3757.66 TL (1397 USD), alcohol and drug use disorder hospitalization cost was the least costing 1864.77 TL (693.27 USD) ($p=0.024$). Depression disorders reduce 2.56 times, somatoform disorders 6.25 times reduces the cost of hospitalization than schizophrenia. Average cost per inpatient day in neurocognitive disorders costing 130.71 TL (48.59 USD) was the highest and cost per inpatient day in eating disorders was the least, costing 107.53 TL (39.97 USD) ($p=0.003$).

Payment package applications, as though they provide an ease of calculation, make it harder to discriminate which facility costs for how much. Not every patient is same thus none of their treatment costs could expected to be the same. Setting standard payments for patient treatment is argumentative. More transparent systems are needed. Studies calculating costs of treatment services beside off hospitalization and drugs should be conducted in our country.

Key Words: payment package, cost analysis, cost per inpatient day, hospitalization cost

10. EKLER

Ek-1 Veri Toplama Formu

Bir Üniversite Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastaların Tedavi Maliyetlerinin Değerlendirilmesi Veri Toplama Formu

Hasta Adı Soyadı:

Dosya Tarihi:

Protokol No:

Telefon:

Tanımlayıcı Bilgiler

1- Cinsiyet:

1. Kadın 2. Erkek

2- Doğum tarihi:

3- Medeni durum:

1. Evli 2. Bekar 3. Boşanmış-Dul

4- Öğrenim Durumu

1. Okuma-yazma bilmiyor

2. Okuma yazma biliyor

3. İlkokul

4. Ortaokul

5. Lise

6. Üniversite

7. Lisans Üstü

5- Meslek:

6- Hastaneye yattığı anda bir işte çalışıyor mu?

1. Evet 2. Hayır

7- Yatışı sırasında evde yaşayan kişi sayısı:

8- Yatışı sırasında birlikte yaşadığı kişi(ler)

1. Ana-baba 2. Eş-çocuk 3. Kardeş 4. Akraba 5. Arkadaş 6. Geniş aile 7.

Yalnız başına

9- Yatışı sırasında sigara kullanımı

1. Var (.....paket yıl) 2. Yok

10- Yatışı sırasında alkol kullanımı 1. Var 2. Yok

Hastalıkla İlgili Bilgiler

11- Yatışı sırasında mevcut psikiyatrik hastalığı?

1. Unipolar Depresyon
 2. Bipolar Depresyon
 3. Bipolar Manik ve Karma
 4. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar
 5. Anksiyete Bozuklukları
 6. Alkol-Madde Kullanımına Bağlı Bozukluklar
 7. Diğer
- 12- Bu hastalığı ortaya çıkaran yaşam olayı
1. Var (.....) 2. Yok 3. Yetersiz Bilgi
- 13- İlk psikiyatrik belirti yaşı:
- 14- Ne kadar süredir bu hastalığa sahip?
- 15- Yatışı sırasında diğer psikiyatrik öykü
1. Unipolar Depresyon
 2. Bipolar Depresyon
 3. Bipolar Manik ve Karma
 4. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar
 5. Anksiyete Bozuklukları
 6. Alkol-Madde Kullanımına Bağlı Bozukluklar
 7. Diğer
- 16- Yatışı sırasında akrabalarında psikiyatrik hastalık varlığı:
1. Var (.....) 2. Yok
- 17- Yatışı sırasında eşlik eden psikiyatri dışı hastalık?
- 18- 2015 yılında kaç kez psikiyatride yattı?
- 19- Bu sefer kaç gün serviste yattı? (Gün olarak)
- 20- 2015 yılında toplam kaç gün psikiyatride yattı?
- 21- 2015 yılında yatışı dışında kullandığı psikiyatrik ilaçlar
- 22- 2015 yılında yatışı dışında kullandığı psikiyatri dışı ilaçlar
- 23- 2015 yılında EKT : 1. Yapılmış (...kere yapılmış) 2. Yapılmamış
- 24- Yatışından önce intihar girişimi: 1. Var 2. Yok
- 25- Ataklar arasında tam düzelme: 1. Var 2. Yok 3. Yetersiz Bilgi

Maliyetle İlgili Bilgiler

- 26- Bu yatışında hastane tedavi maliyetleri?

Günlük Paket Ücret Maliyeti	
Günlük Paket Dışı Maliyet	
Günlük Toplam Maliyet	
Toplam Paket Ücret Maliyeti	
Toplam Paket Dışı Maliyet	
Toplam Yatış Maliyeti	

Ek-2 Etik Kurul Onayı



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ankara İli Kamu Hastaneleri Birliği 2 Nolu Genel Sekreterliği
Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Baştabipliği
Klinik Araştırma Etik Kurulu

Sayı : 2012-KAEK-15/1123

13.04.2016

Konu: Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Etik Kurul Kararı

**KEÇİÖREN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMA
ETİK KURULU**

“Bir Üniversite Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastaların Tedavi Maliyetlerinin Değerlendirilmesi” adlı klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe,amaç,yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına ve kurulumuz kararının başvuru sahibi tarafından sağlık bakanlığına arzına gerek olmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.

Op.Dr. Ömer Faruk TANER
Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurul
Pınarbaşı Mahallesi Sanatoryum Cad.
Ardahan Sokak No:25 Keçiören / ANKARA
Web: www.akeah.gov.tr

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Bir Üniversite Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastaların Tedavi Maliyetlerinin Değerlendirilmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ		
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama
		SİGORTA
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒
	BIYOLOJİK MATERİYEL TRANSFER FORMU	☐
	İLAN	☐
	YILLIK BİLDİRİM	☐
	SÖNÜÇ RAPORU	☐
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐
	DİĞER:	☐

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:1123	Tarih: 13.04.2016
-----------------	---------------	-------------------

Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Op.Dr.Ömer Faruk TANER

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkisi	Katılım *	İmza
Op.Dr.Ömer Faruk TANER Bşk.	Plastik Ve Rekonstrüktif Cerrahi	Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Doç. Dr. Şamil HIZLI Bşk.Yrd.	Çocuk Gastroenteroloji	Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Doç.Dr. Handan GÜLEÇ Blg.Görevli üye	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Prof. Dr Ahmet ERGÜN	Fizyoloji	Ankara Üniv. Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Prof. Dr. Mehmet Ali ERGÜN	Tıbbi Genetik	Gazi Üniv. Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Op.Dr.Ömer Faruk TANER
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

Ek 3- Başhekimlik İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 08/03/2016-E.31069



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
Gazi Hastanesi Başhekimliği



Sayı : 90005124-100-
Konu : Eğitim - Öğretim İşleri (Genel)

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Anabilim Dalınız öğretim üyesi Prof.Dr. M.Necmi İLHAN'ın danışmanlığında Arş.Gör.Dr. Cemal KOÇAK tarafından yapılması planlanan "Bir Üniversite Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastaların Tedavi Maliyetlerinin Değerlendirilmesi" konulu çalışmanın Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında gerçekleştirilmesi talebi uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim

e-imzalıdır
Prof. Dr. Kadriye ALTOK
Başhekim

EK :
Yazı Örneği (1 Sayfa)

Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
06510 Beşevler/ANKARA
Tel:0 (312) 202 50 90/2026651 Faks:0 (312) 223 05 28
e-Posta :hastane@gazi.edu.tr İnternet Adresi :http://gazi-universitesi.gazi.edu.tr/

Bilgi için :Arzu Karahatıl
Genel Evrak Sorumlusu

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

11. ÖZGEÇMİŞ VE İLETİŞİM BİLGİLERİ

- 1. Adı Soyadı:** Cemal Koçak
2. Doğum Yeri ve Tarihi: Ankara - 1987
3. Ünvanı: Araştırma Görevlisi Doktor
4. Yabancı Dili: İngilizce
5. İletişim: cemal_kocak@hotmail.com
6. Öğrenim Durumu

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Lisans	Tıp	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi	2006-2012
Tıpta Uzmanlık	Halk Sağlığı	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi	2012-2016

7. Çalıştığı Kurumlar

Görev Ünvanı	Görev Yeri	Yıl
Pratisyen hekim	Karabük Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servis	2012
Araştırma Görevlisi	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı	2012-2016