

Psikiyatri Kliniklerinin Uygulamalarındaki Gelişmeler ve Bir Klinik Çalışmasının Sonuçları

Doç.Dr.Haluk Özbay
SSK Ankara Hastanesi Psikiyatri Kliniği Şefi

Dr.Erol Göka
SSK Ankara Hastanesi Psikiyatri Kliniği Asistanı

Dr.Emine Öztürk
SSK Ankara Hastanesi Psikiyatri Kliniği Asistanı

Psk.Gül Hınçal
SSK Ankara Hastanesi Psikiyatri Kliniği

Psk.Serpil Güngör
SSK Ankara Hastanesi Psikiyatri Kliniği

*Nöroleptiklerin,
antidepresanların,
lityum tuzları ve
anksiyolitiklerin
bulunması somatik
tedavilerin daha
hümanistik, etkili
ve kolay
sürdürülmesine
yol açmıştır.*

ÖZET:

Psikiyatrik tedavilerde tedavi topluluğu ve psikoçevresel bir modelin önemi 1950'li yıllardan başlayarak gündeme gelen bir konudur. Bu görüş ışığında yaptığımız bu çalışmada amaç, psikiyatri kliniklerinin uygulamalarındaki gelişmeleri gözden geçirmek ve kliniğimizin bu paraleledeki çalışmalarını ve sonuçlarını aktarmak, böylelikle ülkemizde klinikler arasında bir diyalog ve bilgi aktarımının gelişmesine hizmet etmektir.

SUMMARY:

The importance of therapeutic community and a psychoenvironmental model is under discussion since 1950's in psychiatric literature. In this point of view our aim in this research was to make a short survey of the progress in psychiatry clinic works and to illuminate our work and the outcome in our clinic in this parallel. We hope to serve the development of transformation of information and the beginning of a dialogue between psychiatry clinics in our country.

PSİKİYATRİ KLİNİKLERİNİN UYGULAMALARINDAKİ GELİŞMELER VE BİR KLİNİK ÇALIŞMASININ SONUÇLARI:

18. yüzyılın sonunda Pinel'in akıl hastalarını zincirlerinden kurtarması ve moral tedavi uygulamasıyla psikiyatride açılan çığır, Fransa'dan tüm dünyaya yayılarak ve sürekli yeni başarılar elde ederek günümüze kadar gelmiştir. Psikiyatrideki gelişmeler, en genel biçimde iki yönlüdür:

a) Psikiyatrik rahatsızlığı olanlara karşı toplumun ve sağlık personelinin tutumlarındaki insancıl yönelimli gelişmeler,

b) Tanı ve tedavi yöntemlerindeki psikiyatrik rahatsızlığın iyileşmesini amaçlayan gelişmeler.



Elbette gelişmenin bu iki yönünün birbirleri üzerinde karşılıklı etkileri vardır ve biri diğerinden ayrı değerlendirilemeyecek niteliktedir.

Yüzyılımızın başında paralizi generalin nedeninin saptanması, 1930'larda insulün koma ve elektrokonvulsif terapinin ortaya çıkması ve psikoanaliz, psikiyatrinin İkinci Dünya Savaşı öncesi genel tıbbın bir dalı olarak yerini sağlamlaştırmıştır. Savaş sonrasında kuramsal ve uygulama alanında, ruh sağlığı için çaba gösterme bilincinin ortaya çıkmasında ve örgütlenmesinde büyük başarılar yaşanmıştır. Nöroleptiklerin, antidepresanların, lityum tuzları ve anksiyolitiklerin bulunması somatik tedavilerin daha hürmanistik, etkili ve kolay sürdürülmesine yol açmıştır. Psikoanaliz ve davranışçılık yeni ve farklı yaklaşımlarla kendi içlerinde gelişme gösterirken, onların dışında daha bir çok başka bireysel ve grup psikoterapisi akımları ortaya çıkmış, benimsenmiş ve uygulanmaya başlanmıştır. Yine bu arada psikiyatrik hizmetlerin vazgeçilmez gerekliliğinin toplum ve yöneticilerce kavranması, örgütsel alanda bir canlanmaya neden olmuş. Örneğin; ABD'de 1946'da ulusal ruh sağlığı uyanışı olayı başlamış, 1949'da yalnızca hastaların tedavisine değil, psikiyatri personelinin eğitimine, ruh sağlığı alanındaki araştırmalara ruhsal rahatsızlıkların önlenmesi ve rehabilite edilmesine yönelik hizmetleri amaçlayan Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüleri kurulmuştur.

İşte böyle bir ortamda Maxwell Jones (1953) somatik ve psikolojik tedavi yöntemlerine ek olarak "tedavi topluluğu" (therapeutic community) adlı bir tedavi yöntemi önerdi. Buna göre bir psikiyatri ünitesi, üyelerin birbirlerinin davranışlarını karşılıklı olarak etkilediği bir sistem olarak görülüyor, bir sistemin işlevinin burada da aynı biçimde işlediği ileri sürülüyordu. Böyle bir yaklaşım bir psikiyatri ünitesinde personel ve hastalar arasında açık ve etkili bir iletişim kurulduğunda en yüksek tedavi etkisinin sağlanacağını öngörüyordu. Gofman'ın araştırmasının (1961) asıl olarak gözetim yapan ruh sağlığı kuruluşlarında yapılan tedavinin gerçekte gözardı etmek, kötüye kullanma, insan yerine koymama ve iatrojenik belirtilere yol açmaktan, daha doğrusu antiterapötik olmaktan başka bir işe yaramadığını göstermesi ve öteki bir çok araştırma, tedavi ortamının önemini kanıtladı. Etkili bir "tedavi topluluğundaki" temel öge, personelin anlayışlı tutumudur. Ama her hastanın durumu bireyselleşmiş bir yaklaşım gerektirir. Yani bilgili ve bilinçli olmak hastalığı uygunsuz bir tepki vermeden ele almak demektir. Bilindiği gibi, birçok sorun yaşamadaki ego-sintonik

Etkili bir "tedavi topluluğundaki" temel öge, personelin anlayışlı tutumudur. Ama her hastanın durumu bireyselleşmiş bir yaklaşım gerektirir. Yani bilgili ve bilinçli olmak hastalığı uygunsuz bir tepki vermeden ele almak demektir.

İyi bir hastanenin kabul edici, bilinçli, hoşgörülü ortamında bir hasta yeni aktiviteler ve tutumlar yaşamak, duygusal gereksinimlerini karşılayabileceği daha uyumlu ve etkili yollar öğrenmek olanağı elde etmelidir.

kişilik eğilimleri ve tutumlarından kaynaklanmaktadır. Öyle ise, hastane hastanın kendisini görebileceği bir ayna olmalıdır. İyi bir hastanenin kabul edici, bilinçli, hoşgörülü ortamında bir hasta yeni aktiviteler ve tutumlar yaşamak, duygusal gereksinimlerini karşılayabileceği daha uyumlu ve etkili yollar öğrenmek olanağı elde etmelidir.

Tüm bu gelişme ve değişmelerden psikiyatrik bireylerin kendileri ve hastanede kalış süreleri de etkilenmiştir. ABD'de 1963'teki toplumsal ruh sağlığı merkezleri çalışmalarının etkisiyle tüm dünyada psikiyatrik hospitalizasyon toplumsal temelli araçlarının önemini vurgulayan genel hastanelerdeki psikiyatri birimlerine doğru kaydırılmakta, uzun süreli hastane tedavisi olabildiğince sınırlandırılmakta, onun yerini kısa tedavi süreleri almaktadır. Bu gelişmelere bağlı olarak daha 1971'de ABD'de tüm psikiyatrik başvuruların % 45'i genel hastanelerdeki psikiyatri birimlerine, % 32'si devlet akıl hastanelerine, geri kalanı da özel ve askeri hastanelerle toplumsal ruh sağlığı merkezlerine olmaya başlamıştır. Ayrıca 1990 yılına kadar tüm psikiyatri yataklarının % 90'ının genel hastanelerde bulundurulacağı ileri sürülmektedir. 1963 de başlatılan hastaneye yatırmama davranışıyla 1978'de daha önce akıl hastanelerinde kalan hastaların 2/3'ü kendi yaşam çevrelerinde rehabilitasyona alınabilmiştir. 1955'de tüm hastaların % 23'ü hastane dışında izlenirken, bu sayı 1975'de % 70'e ulaşmıştır.

Gelişmenin bir diğer yönü de daha önce sözünü ettiğimiz gibi hospitalizasyonun biçimiyle ilgilidir. 1940'lı yıllarda kronik şizofreni gibi psikiyatrik hastalara ayrılan yatak sayısının arttırılması kaygısı ile Sovyetler Birliği'nde başlatılan gündüz hastaneleri uygulamaları daha sonra tüm dünyada şu nedenlerle uygulama alanına konulmuştur:

a) II.Dünya Savaşı sonrası hastanelerin toplumsal yapısıyla ilgili olarak sosyolog ve antropologların çalışmaları sonucunda terapistlerin koğuşlardaki hastaların gündelik yaşamlarıyla ilgilenemediklerinin, hastanın ego gelişim ve olgunlaşmasını amaçlayan psikoterapi anlayışına karşın hospitalizasyonun hastayı infantilleştirdiğinin, çoğu kez personelle arasındaki çözümlenmeden kalan çatışmalardan hastaların olumsuz etkilendiklerinin bulunması,

b) Tedavi topluluğu yaklaşımlarının hastaneleri daha demokratik duruma getirirken, trankilizan ilaçlarla hastaların daha sorumluca davranmalarının sağlanması ve onların işlev yetenekleri ile ilgili yüksek beklentilerin hastaların pekala açık kapılı bir hastanede yaşayabileceği düşüncesinin doğurması,

c) Batesan (1956), Ackerman (1958), Jackson (1960), ve Lidz (1966) in şizofrenik hastalardaki aile dinamikleri ile ilgili çatışmalarının ve aile içi tedavisindeki gelişmelerin sonucunda tedavi birimi olarak ailenin alınması gerektiğinin, eğer yalnızca hasta değiştirilip aile aynı kalırsa, hastanın aynı patojenik çevreye döneceğinden bir sonuç alınamayacağına, ailenin hastayı itmesinin önüne geçilme zorunluluğunun anlaşılması.

d) Terapötik sonuç araştırmalarının (Örneğin; Antony ve arkadaşları 1972) özellikle psikotik hospitalize hastalara uygulanan tedavi türleri ne olursa olsun ikinci kez hastalanma ve iş yapabilme oranlarının etkilenmediğini, yani terapötik başarının gündelik yaşam sorunları üzerine ancak çok küçük etkileri olduğunun görülmesi,

e) Hospitalizasyona alması çalışmalarda, akut psikotik hastaların tedavi-

sinde hastane dışı aile kriz tedavisi birimlerinde hospitalize edilmeye göre daha etkili olunması (Langsley ve arkadaşları.1971), orta süreli bir hospitalizasyonla gros semptomları düzeltilen şizofreniklerin, evde bakımla izlenmelerinin hospitalizasyona göre daha iyimser sonuçlar vermesi (Pasamanick ve arkadaşları 1967, Davis ve arkadaşları 1974).

Bugün gündüz hastaneleri şeklindeki uygulama, gece hospitalizasyonu, akşam ve hafta sonu hastane bakımı gibi değişik biçimlerde sürdürülmektedir. Ancak böyle bir uygulamanın gerçekleşebilmesi için hastalara ve ailelere hizmet veren toplumsal destek sistemlerine gerek olduğu açıktır (8,1,7,3,6).

Psikiyatrik uygulamalardaki gelişmenin bir yönü de fiziksel tedavi çevreleriyle ilgilidir. Ruh sağlığı ile ilgilenenler, çevre psikolojisi ve mimarlıkta gelişmelerin de etkisiyle psikoçevresel bir modelle uğraşmaya başlamışlardır. (2,5). Psikoçevresel model, fiziksel çevre ile davranış ve psikoterapötik ortam arasında karşılıklı ilişkiler bulunduğunu varsayarak klinik tasarımıdaki mimari görünümünün terapötik etkileri üzerinde durur. Bir gündüz odasındaki mobilyaların değiştirilmesiyle geriatrik hastalar arasındaki toplumsal ilişkilerin iki katına çıktığını gösteren Sommer ve Ross'un çalışmaları (9) modernize edilmiş bir psikiyatri biriminde şizofrenik hastaların patolojik davranışlarında objektif olarak azalmalar olduğunu saptayan Higgs'in çalışması (4) bir psikiyatri servisinin yapısının toplumsal ilişkiyi cesaretlendirici toplumsal düzenleyicilerle yeniden tasarlanmasıyla hastaların psikopatolojisinde azalmalar olduğunu kanıtlayan Whitehead ve arkadaşlarının çalışması (10), psikoçevresel model ile ilgili verilebilecek örnek çalışmalardır. Bu çalışmalar ve benzerlerinin klinik içi ve çevre düzenlenemelerinin hastaların toplumsallaşmalarında, yaratıcılık ve aktivitelerinde artma, psikopatolojilerinde azalma sağlandığını söstermesiyle son dönemde bir yandan hospitalizasyon süresi kısaltılıp yeni hospitalizasyon biçimleri uygulamaya girerken bir yandan da hastanın hospitalize edildiği süreden en iyi biçimde yararlanılması için tedavi topluluğu modeline psiko çevresel bir model de eklenmekte buna göre klinik içi düzenlemeler yapılmaya gidilmektedir.

Ülkemizde ruh sağlığı hizmetlerinin dünyadaki gelişmelere ayak uydurabilmesi, ruh sağlığı hizmetlerinde yeni atılımlar yapılabilmesi için klinik çalışmalarının ortaya konmasının ve klinikler arası iletişim ve işbirliğinin artırılmasının önemi açıktır.

Bu çalışmanın amacı, psikiyatri kliniklerinin uygulamalarındaki gelişmelerin ışığında kliniğimizdeki uygulamaları gözden geçirmektir. Öncelikle kliniğimizin yapısı ve çalışma düzeni üzerinde kısaca durmak istiyoruz.

Kliniğimiz SSK Ankara Hastanesi'nin I. katında bulunan 10'u kadın, 20'si erkek olmak üzere toplam 30 yataklı bir klinikdir. 2'si kadın, 3'ü erkek olmak üzere 5 hasta yatak odası ve balkona açılan çok amaçlı salonu olan kliniğimizin mimari planı EK: I'de görüldüğü gibidir.

Kliniğimizde bir şef, bir şef yardımcısı olmak üzere 4 psikiyatri uzmanı, 2; psikiyatri asistanı, 6 psikolog (3 psikolog poliklinikte çalışmakta), 7 hemşire, 11 yardımcı sağlık personeli vardır. Ayrıca hastalarımızla ilgilenen hastane kadrosunda bir sosyal hizmet uzmanı ve uğraşı tedavisinin sürdürülmesinde bize yardımcı olan Halk Eğitim Merkezi'nden bir uzman bulunmaktadır.

Kliniğimize hasta yatışları, polikliniğe ve acil servise yapılan başvurular sonucunda olmakta ancak, hastanemize ülkenin her yanından hasta sevki ya-

Bugün gündüz hastaneleri şeklindeki uygulama, gece hospitalizasyonu, akşam ve hafta sonu hastane bakımı gibi değişik biçimlerde sürdürülmektedir. Ancak böyle bir uygulamanın gerçekleşebilmesi için hastalara ve ailelere hizmet veren toplumsal destek sistemlerine gerek olduğu açıktır.

Sorumlu bir hemşire tarafından hastaların gündelik işlerinin yine kendilerini tarafından yürütülmesini sağlamak amacıyla haftada bir kez görev bölümü toplantısı yapılmaktadır.

pıldığından hasta yatışları aynı gün yapılamamakta, bu eksiklik randevulu çalışma düzeni ile giderilmeye çalışılmaktadır.

Kliniğimizde hospitalizasyonu mümkün olduğunca kısa tutma, hastayı toplumdaki kendi yaşam alanında izleme ve "tedavi topluluğu" ilkeleri benimsenmiştir. Ortalama hasta yatış süresi bir aydır. Yatan uygun hastalara somatik terapilerin yanı sıra bireysel ve grup terapileri uygulanmaktadır. Sorumlu bir hemşire tarafından hastaların gündelik işlerinin yine kendileri tarafından yürütülmesini sağlamak amacıyla haftada bir kez görev bölümü toplantısı yapılmaktadır. Ayrıca çok amaçlı salon, çay ve eğlence toplantıları oturma salonu ve occupational terapi amacıyla da kullanılmaktadır. Yine yatış süresi içinde uygun görülen hastaların klinik dışına sinema, tiyatro, müze, park gezilerine ve pikniklere götürülmesi sağlanmaktadır. Kısa süreli hospitalizasyonu izleyen günlerde uygun görülen hastalara ev yada işyeri ziyaretleri düzenlenmektedir. Hastaların tedavileri uygun aralarla kontrole çağrılarak, hastane dışında klinikte yapılan bireysel veya grup terapilerine katılarak veya gündüz hastası şeklinde sürdürülmektedir.

Şüphesiz ilk bakışta böyle bir klinik planının ve çalışma düzeninin bazı handikapları olacaktı gibi görünmektedir. Örneğin; Pencereleri ve balkonuyla, kaçısa ve intihara oldukça elverişli bir ortam olmuyor mu? sorusu sık duyduğumuz bir sorudur.

Bu nedenlerle biz çalışmamızı daha çok genel bir hastanenin bir birimi olan açık ve karma bir psikiyatri kliniğinden beklenen hadikaplara yoğunlaştırdık. Kliniğimizin bir yıllık çalışmalarını bu yönden değerlendirdik.

MATERYAL VE YÖNTEM:

1.1.1986 ve 31.12.1986 tarihleri arasında kliniğimize yatışları yapılan hastaların dosyaları, amaca uygun bir tarama formu oluşturularak retrospektif olarak tarandı.

Oluşturulan tarama formunda hastalar beş ayrı yaş grubunda (18, 22-30, 30-45, 45-60 ve üstü) ayrıldı. Araştırma kolaylığı açısından hastaların aldıkları tanımlar, DSM III ölçütlerinden yola çıkılarak beş büyük tanı kümesine bölündü.

- a) Organik mental bozukluklar,
- b) Şizofrenik ve paranoid bozukluklar,
- c) Neurotik bozukluklar, (Anksiyete bozuklukları, somatoform bozuklukları, dissosiyatif bozuklukları, psikoseksüel bozukluklar, faktitious bozukluklar, uyum bozuklukları, distimik bozukluklar)
- d) Major affektif bozukluklar,
- e) Kişilik bozuklukları,

Birden daha çok tanı alan hastalarda tabloya egemen olan tanı kategorisi esas alındı. Yaşlarına ve aldıkları tanı kümesine göre sınıflanan hastalar, kliniğe yatış biçimleri ve klinik içi olumsuz tutumlarına göre değerlendirildi. Bu

çalışmaya özel olarak klinik içi olumsuz hasta tutumları kavramı, genel bir hastanenin bir birimi olan açık ve karma bir psikiyatri kliniğinin çalışma düzeninde bazen hastaya ve çevresine zarar veren tutumlar anlamında kullanıldı. Bunlar kaçış, intihar girişimi, cinsel ilişki girişimi, fiziksel saldırı ve kurrallara uyumsuzluk şeklinde belirlendi.

SONUÇLAR VE TARTIŞMA :

Bu araştırmada bir yıl boyunca kliniğimizde yatışları yapılan 280'i erkek, 120'si kadın olmak üzere toplam 400 hasta dosyası tarandı. Bu dosyaların 18 tanesi 2 kez, 5 tanesi 3 kez yatışları yapılan aynı hastalara ait olduğundan toplam 377 hasta (264 erkek, 113 kadın) kapsamındaydı.

Taranan 400 dosyanın aldığı tanı grubuna göre dağılımı ise şöyle olmuştur: 39 hasta organik mental bozukluk, 127 hasta şizofrenik ve paranoid bozukluk, 167 hasta nevrotik bozukluk, 49 hasta major affektif bozukluk, 18 hasta kişilik bozukluğu. Tanı gruplarına, hastaların yaş ve cinsiyetlerine göre dağılımları Tablo 1'de görülmektedir.

TABLE 1
HASTALARIN ALDIKLARI TANI, YAŞ VE CİNSİYETLERİNE GÖRE DAĞILIMLARI

YAŞ	Organik Mental Bozukluk		Şizofrenik Paranoid Bozukluk		Nevrotik Bozukluk		Majör Affektif Bozukluk		Kişilik Bozukluk		
	E	K	E	K	E	K	E	K	E	K	
18-21	1	-	12	-	12	8	3	1	-	2	39
22-29	4	1	19	4	13	16	5	3	4	1	70
30-44	22	-	49	21	45	39	16	8	8	2	210
45-59	10	-	19	1	22	8	11	1	1	-	73
60-üs	1	-	1	1	1	3	1	-	-	-	8
Toplam	38	1	100	27	93	74	36	13	13	5	
		39		127		167		49		18	400

Kliniğe yatış biçimi ve klinik içi tutumlarına göre genel dağılımları ise şöyledir: Toplam 400 yatıştan 248'i isteyerek (177 erkek, 71 kadın), 130'u yakınlarının isteği ile (81 erkek, 49 kadın), 22 erkek hastanın ise, güvenlik güçlerinin yardımı ile olmuştur (Tablo II).

Bir yıl boyunca tümü erkek hasta olmak üzere toplam 16 (%4) kaçış olayı olmuştur. Kliniğe kendiliklerinden geri dönenler ve evine gittiği için yakınları tarafından tekrar getirilenler de bu sayıya dahil edilmişlerdir. Yine bir yıllık süre boyunca 400 yatıştan 2'si erkek, 2'si kadın olmak üzere 4 hasta da (%1) intihar girişimi görülmüş, ancak bunların hiç biri ölüm veya bedensel yaralanma ile sonuçlanmamıştır. Bu süre içinde karşı cinsten yalnızca 2 hastanın (%0.5) cinsel ilişki girişimi olmuştur. 13'ü diğer hastalara, 1'i personele olmak üzere, 14 hastada da fiziksel saldırı görülmüştür.

Bu sonuçların tanı gruplarına göre dağılımları ise, kısaca şu şekildedir: Toplam 16 kaçışın 10'u (%62.5) erkek şizofrenik paranoid bozukluklarda, geri kalan 6'sı ise, her birinden ikişer hasta olmak üzere, major affektif (2 erkek), nevrotik

Taranan 400 dosyanın aldığı tanı grubuna göre dağılımı ise şöyle olmuştur: 39 hasta organik mental bozukluk, 127 hasta şizofrenik ve paranoid bozukluk, 167 hasta nevrotik bozukluk, 49 hasta major affektif bozukluk, 18 hasta kişilik bozukluğu.

(2 erkek) ve kişilik bozukluklarında (2 erkek) görülmüştür. Tanı gruplarına göre dağılımlar Tablo 3,4,5,6,7'de görülmektedir.

4 intihar girişiminin 3'ü nevrotik (2 kadın, 1 erkek, % 75), 1 tanesi ise, şizofrenik ve paranoid bozukluklarda (1 kadın, % 25) görülmüştür.

Cinsel ilişki girişiminde bulunanlar ise, major affektif gruptan 1 kadın hasta ile kişilik bozuklukları grubundan 1 hastadır.

Toplam 14 fiziksel saldırının 4'ü (3 erkek, 1 kadın, % 28.4) major affektif bozukluk, 3'ü (3 erkek, % 21.4) organik mental bozukluk, yine 3'ü (2 erkek, 1 kadın, % 21.4) şizofrenik ve paranoid bozukluk, 2'si ise, (2 erkek, % 14.2) nevrotik bozukluk grubundandır. Kişilik bozukluğu tanısı alan hastalarda ise, 2 fiziksel saldırı görülmüştür. Hastane çalışanlarına yapılan tek fiziksel saldırı ise, kişilik bozukluğu tanısı alan bir kadın hasta tarafından olmuştur.

Kliniğe uyum sorunu olan toplam 63 hastadan 22'si (16 erkek 6 kadın, % 34.9) şizofrenik ve paranoid bozukluk, 17'si (9 erkek, 8 kadın, % 26.9) nevrotik bozukluk, 13'ü (10 erkek 3 kadın, % 20.6) major affektif bozukluk, 9'u (9 erkek, % 12.4) organik mental bozukluk ve 2'si (1 erkek, 1 kadın, % 3.1) kişilik bozukluğu grubundandır.

TABLO 2
HASTALARIN KLİNİĞE YATIŞ BIÇIMLARI VE KLİNİK İÇİ TUTUMLARI

YAŞ	YATIŞINNASILOLDUĞU İSTEYEREK-YAKINLARI-Güvenlik				KAÇIŞ		İntihar girişimi		Cinsel ilişki		FİZİKSEL SALDIRI Hastalara-Çalışanlara				KURAL UYUMU			
	E	K	E	K	E	K	E	K	E	K	E	K	E	K	E	K		
18-21	14	4	12	7	2	-	2	-	1	2	-	-	2	1	-	-	10	4
22-29	29	15	13	10	3	-	4	-	-	-	1	1	-	-	-	-	9	5
30-44	94	44	35	26	11	-	9	-	-	-	1	-	7	1	-	1	20	9
45-59	39	5	19	5	6	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	4	-
60-üs	2	3	2	1	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	2	-
Toplam	177	71	81	49	22	-	16	-	2	2	1	1	11	2	-	1	45	18
	248		130		22		16		4		2		13		1		63	
	400												14					

TABLO 3 : Tanı grubu: Nevrotik Bozukluklar

'YAŞ	YATIŞINNASILOLDUĞU İSTEYEREK-YAKINLARI-Güvenlik				KAÇIŞ		İntihar girişimi		Cinsel ilişki		FİZİKSEL SALDIRI Hastalara-Çalışanlara				KURAL UYUMU			
	E	K	E	K	E	K	E	K	E	K	E	K	E	K	E	K		
18-21	8	3	3	5	1	-	-	-	2	-	-	1	-	-	-	2	2	
22-29	8	12	3	4	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3	
30-44	37	30	3	9	4	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	3	3	
45-59	19	3	1	5	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	
60-üstü	-	2	1	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	2	-	
toplam	122		35		10		2		3		-		2		-		17	

TABLO 4: Tanı grubu: Şizofrenik ve Paranoid Bozukluklar

'YAŞ	YATIŞINNASILOLDUĞU İSTEYEREK-YAKINLARI-Güvenlik				KAÇIŞ		İntihar GİRİŞİMİ		Cinsel İLİŞKİ		FİZİKSEL SALDIRI Hastalara-Çalışanlara				KURAL UYUMU	
	E	K	E	K	E	K	E	K	E	K	E	K	E	K	E	K
18-21	4	-	7	-	1	-	1	-	-	-	1	-	-	-	7	-
22-29	11	1	7	3	1	-	3	-	-	-	-	-	-	-	2	1
30-44	26	8	20	13	3	-	6	1	-	-	1	1	-	-	7	5
45-59	3	1	12	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
60-üstü	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Toplam	56		62		9		10		1		3		-		22	

TABLO 5: Tanı grubu : Organik Mental Bozukluklar

'YAŞ	YATIŞINNASILOLDUĞU İSTEYEREK-YAKINLARI-Güvenlik				KAÇIŞ		İntihar GİRİŞİMİ		Cinsel İLİŞKİ		FİZİKSEL SALDIRI Hastalara-Çalışanlara				KURAL UYUMU	
	E	K	E	K	E	K	E	K	E	K	E	K	E	K	E	K
18-21	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
22-29	2	-	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-
30-44	16	-	5	-	1	-	-	-	-	-	3	-	-	-	5	-
45-59	8	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
60-üstü	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Toplam	27		11		1		-		-		3		-		9	

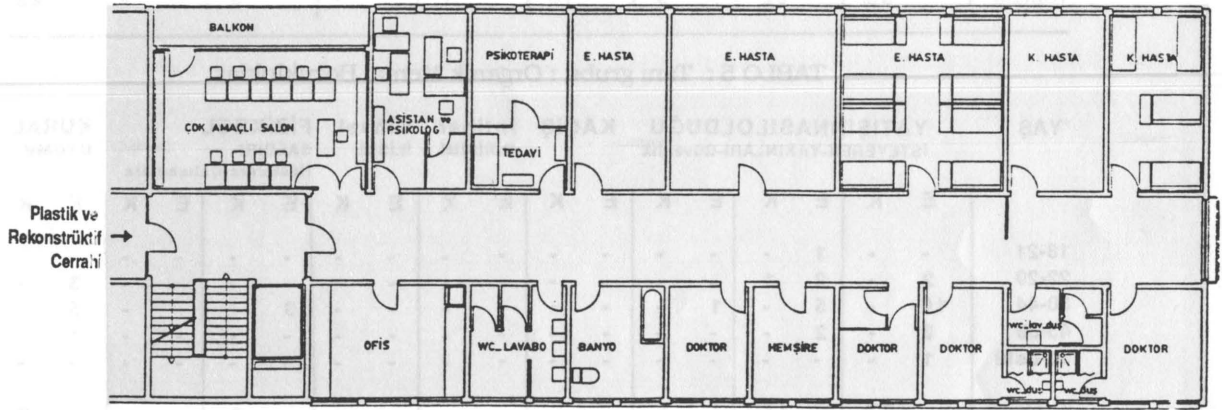
TABLO 6: Tanı grubu : Major Affektif Bozukluklar

'YAŞ	YATIŞINNASILOLDUĞU İSTEYEREK-YAKINLARI-Güvenlik				KAÇIŞ		İntihar GİRİŞİMİ		Cinsel İLİŞKİ		FİZİKSEL SALDIRI Hastalara-Çalışanlara				KURAL UYUMU	
	E	K	E	K	E	K	E	K	E	K	E	K	E	K	E	K
18-21	2	-	1	1	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	1	2
22-29	4	1	1	2	-	-	1	-	-	1	1	-	-	-	3	1
30-44	10	4	5	4	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	4	-
45-59	8	1	3	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-
60-üstü	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Toplam	30		18		1		2		1		4		-		13	

TABLO 7: Tanı grubu : Kişilik Bozukluğu

'YAŞ	YATIŞINNASILOLDUĞU İSTEYEREK-YAKINLARI-Güvenlik				KAÇIŞ		İntihar GİRİŞİMİ		Cinsel İLİŞKİ		FİZİKSEL SALDIRI Hastalara-Çalışanlara				KURAL UYUMU	
	E	K	E	K	E	K	E	K	E	K	E	K	E	K	E	K
18-21	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
22-29	4	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
30-44	5	2	2	-	1	-	1	-	-	1	-	1	-	1	1	1
45-59	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
60-üstü	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Toplam	13		4		1		1		1		1		1		2	

Elbette bu sonuçlar alabildiğince yoruma açık, kimi yönleriyle de (major afektif bozukluk grubunda intihar girişimi olmaması, kurallara uyum sorunlarının kişilik bozukluklarında ender görülmesi gibi) oldukça ilginçtir. Hastaların büyük tanı gruplarında kümelenmeleri ise hatalı ancak, sunuşa uygun bir hale getirmek için gerekliydi. Bizim amacımız bunlardan ziyade, bir ülke ruh sağlığı hizmetlerinin planlanmasının daha çok düşünüldüğü bu günlerde klinikler arası diyalog ve işbirliğine hasta-personel ilişkilerinin, klinik yönetimlerinin ve klinik içi düzenlemelerin çağdaş durumlara uyarlanması gerekliliğine dikkat çekebilmektir. Bu amaçla kendi uygulamalarımızın bir dö-kümünü yapmaya çalıştık.



Kaynakça:

- 1) Feigelson, E.B. "Overview of Psychiatric Hospitalizasyon" *Comprehensive Textbook of Psychiatry/III*. Kaplan, H.I., Freedman, A.M., Sadock, B.J., William Wilkins, Baltimore 1980, 2359-61
- 2) Hall, C.W.R., Holt, E.R., Beresford, P.T.: "Psychiatric Education in the 1980 s: The role of Consultation Psychiatry" *Psychosomatic*. 24 (8):745, 1983
- 3) Herz, M.I., "Partial Hospitalizasyon, Brief Hospitalizasyon and Aftercare" *Comprehensive Textbook of Psychiatry/III*, Kaplan, H.I., Freedman, A.M., Sadock, B.J., William Wilkins, Baltimore, 1980, 2368-81
- 4) Higgs, W., "Effects of Gross Environmental Change Upon Behavior of Schizophrenics Cautionary note" *J. Abnormal Psychology* 26:421, 422, 1970
- 5) Ittelson W.H., Proshansky H.M., Rivlin I.G., "The environmental Psychology of Psychiatric Ward" in "The Environmental Psychology; Man and His Physical Setting" Edited by Proshansky H.M., Ittelson W.H., Rivlin L.G., New York, Holt, Rinehart and Winston, 1970
- 6) Mora, G. "Historical and Theoretical Trends in Psychiatry" *Comprehensive Textbook of Psychiatry/III*, Kaplan H.I., Freedman A.M., Sadock B.J., William Wilkins, Baltimore, 1980, 4
- 7) Robbins, L.L., "The Hospital as a Therapeutic Community" *Comprehensive Textbook of Psychiatry/III*, Kaplan H.I., Freedman A.M., Sadock B.J., William Wilkins, Baltimore, 1980, 2362-68
- 8) Sederen, L.I., "Inpatient Psychiatry: What Place The Milieu?" *Am. J. Psychiatry*, 141-5, May, 1984, 673-674
- 9) Sommer, R., Ross, H. "Social Interaction on a Geriatric Ward" *Int. J. Social Psychiatry* 4, 128-133, 1958
- 10) Whitehead, C.C., Polsky, R.H., Crooks, C., Fik, E., "Objective and Subjective Evaluation of Psychiatric Ward Redesign" *Am. J. Psychiatry* 141:5 May, 1984, 639-644