



**T.C.  
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
ACİL TIP ANABİLİM DALI**

**ACİL SERVİSE BAŞVURAN VE PSİKİYATRİK ACİL DURUM OLARAK  
DEĞERLENDİRİLEN HASTALARIN EPİDEMİYOLOJİK İNCELENMESİ**

**Dr. Ramazan KIYAK**

**UZMANLIK TEZİ**

**Bursa – 2016**



T.C.  
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
ACİL TIP ANABİLİM DALI

ACİL SERVİSE BAŞVURAN VE PSİKİYATRİK ACİL DURUM OLARAK  
DEĞERLENDİRİLEN HASTALARIN EPİDEMİYOLOJİK İNCELENMESİ

Dr. Ramazan KIYAK

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Doç. Dr. Özlem KÖKSAL

Bursa – 2016

## İÇİNDEKİLER

Özet.....	ii
İngilizce Özet.....	iv
Giriş.....	1
Gereç ve Yöntem.....	19
Bulgular.....	21
Tartışma ve Sonuç.....	26
Kaynaklar.....	32
Ekler .....	36
Teşekkür.....	42
Özgeçmiş.....	43

## ÖZET

Bu çalışmada Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (UÜ-SUAM) Acil Servisine (AS) başvuran, önceden psikiyatrik herhangi bir tanısı ve/veya acil hekimlerince konulan yeni bir psikiyatrik ön tanısı olan hastaların epidemiyolojik olarak incelenmesi amaçlanmıştır.

16.10.2015 tarihinden itibaren 3 aylık süre içerisinde AS'e başvuran, önceden psikiyatrik herhangi bir tanısı ve/veya acil hekimlerince konulan yeni bir psikiyatrik ön tanısı olan ve  $\geq 18$  yaş tüm hastalar çalışmaya dahil edilmiş ve prospektif olarak incelenmiştir. Oluşturulan veri formu aracılığıyla çalışmaya alınan hastaların demografik bilgileri, başvuru şikayetleri, psikiyatrik/fizik muayene bulguları, tıbbi öyküleri, mevcut tanıları, AS'de aldıkları ön tanıları, laboratuvar ve radyolojik tetkikleri, hastaneye yatış, taburculuk, mortalite/morbidite gibi sonlanma durumları kaydedilmiştir. 18 yaş altı hastalar ile  $\geq 18$  yaş travma öyküsü olan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir. Çalışma için oluşturduğumuz formlardan elde ettiğimiz bilgiler istatistiksel değerlendirme için DSM-IV-TR eksen tanılarına göre sınıflandırılmıştır.

Hastaların, %69'u kadın, %31'i erkekti ve büyük çoğunluğunu (%79) 18-45 yaş arası erişkinler oluşturuyordu. Sosyodemografik verilere göre yapılan incelemede; erişkin yaş dönemi olan 18-45 yaş arası hastalar (%79.0) ve evli olanlar (%55.8) çoğunlukta idi, çocuğu olmayanlar tüm hastaların %49.6'sını oluşturmaktaydı. Çalışmaya alınan hastaların %51.22'sinin geçmiş psikiyatrik tıbbi öyküsü bulunmaktaydı ve eksen tanısı olanlar %56.4 idi. Eksen tanısı olan hastalardan ise psikiyatrik bozukluğu olanlar (%20) çoğunlukta idi. Çalışmaya katılan hastaların %22'sinin daha önceden hastaneye yatış öyküsü olduğu belirlendi. Hastaların başvuru sırasındaki bulgularına bakıldığında en çok psikotik bulgular (%68) ile geldikleri gözlemlendi. Çalışmaya alınan hastaların %12.6'sının hastaneye yatışı yapıldı ve bunların %85.7'sinin yatışı Psikiyatri kliniğine idi. Tüm

yatışların %31'i Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesine yapılırken, hastaların %69'u Bursa' daki diğer hastanelere sevk edildi.

Sonuç olarak başvuruların çoğunluğunu kadın, 18-45 yaş aralığında, evli, sosyal güvenceye sahip ve Üniversite mezunu hastaların oluşturduğu gözlenmiştir. AS'e en sık psikotik bozukluk tanılı hastaların geldiği ve psikiyatri hastalarının AS başvurularının sadece ruhsal rahatsızlıklarına bağlı değil, psikososyal stresörler, işsizlik, ekonomik yetersizlikler gibi birçok değişkenden etkilendiği gözlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Psikiyatrik acil durum, Psikiyatrik konsültasyon, Acil servis, Hasta özellikleri.

## SUMMARY

### **The Epidemiological Evaluation of Patients Presented to Emergency Department and Regarded as Psychiatric Urgent Medical Condition**

In this study, it is aimed to examine the patients with any previous psychiatric diagnostic or with a new psychiatric preliminary diagnosis established by emergency physician presented to Emergency Department (ED) of Uludağ University Medical Faculty Hospital.

All patients at the age of 18 with any previous psychiatric diagnosis or a new psychiatric preliminary diagnosis established by emergency physician, presented to ED in 3 months as from October 16 were included in this study conducted prospectively. The demographic data of patients enrolled in the study, complaints, mental / physical examination, medical history, current diagnoses, diagnoses they received in the ED, laboratory and radiological tests, hospitalization, discharge, mortality / morbidity and as the state was recorded through a form that was created for the study. All patients under the age of 18 and the patients at the age of 18 having a history of trauma were not included in this study. Using data forms created in accordance with information obtained from medical records of patients, the data used are classified according to DSM-IV-TR for statistical classification. A total of 500 patients were evaluated in the study.

Distribution according to gender of the patients enrolled in the study; 69% of women and 31% were male and the majority (79%), 18-45 years of age adults made up (n = 500) in the study based on demographic data, patients aged adult period is 18-45 years old and 395 people ( 79.0%) and married people with 279 (55.8%) with the majority. Among patients with 248 people without children (49.6%), respectively. 51.22% of the patients in the study had a history of psychiatric medicine and those diagnosed with the axis of the patient in the study was 56.4%. In patients with diagnosed psychiatric

disorder in axis (20%) were in the majority. 22% of patients in the study is determined that a history of previous hospital admissions. Given the findings at admission was the most psychotic symptoms (68%) was observed with the arrival. In our study, 12.6% of the patient's hospitalization is made of. 85.7% of the admissions admission tray is made of Psychiatry clinic. 31% of admissions Uludag University Medical Faculty Hospital, which has been lying on, and the remaining 69% of cases the Bursa have been referred to in other hospitals.

As a result, it has been observed that the majority of applicants were female in the range of 18-45, married, having a social assurance and university graduate. It has been observed that patients with a psychotic disorder most often diagnosed in the ED and the emergency applications of psychiatric patients depends not only on mental illness, psychosocial stressors, unemployment, economic weakness is also affected by many variables such as socio-demographic characteristics. A large portion of hospital patients in leading patients through referral is made to other hospitals in our province.

**Keywords:** Psychiatric emergencies, Psychiatric consultation, Emergency department, Patient characteristics.

## GİRİŞ

Psikiyatrik aciller, düşünce, duygu ve davranış alanlarının bir ya da birkaçında ortaya çıkan belirtilerin hasta ve diğer insanlar için tehdit oluşturduğu ve acil psikiyatrik yardım gerektiren durumlardır (1). Ancak acil psikiyatrik değerlendirme, hastanın tedavisi için yalnızca bir başlangıçtır. Bu süreçte hastanın bu akut dönemde gereksinimlerinin ayaktan takiple mi, yoksa hastaneye yatırılarak mı uygun şekilde ele alınması gerektiğine karar verilecek ve tedavisi sürdürülecektir (2).

Acil psikiyatride kurulan ilişki hasta ve yakın çevresini mevcut problemi çözmeye yönlendiren ilk basamaktır. Sorun her zaman hastanın Psikiyatri kliniğine yatırılmasını gerektirecek nitelikte olmayabilir. Kaldı ki günümüzde pek çok psikiyatrik hastalığın alevlenmeleri iyi ele alınırsa hastaneye yatırma en son çözüm yolu olarak kabul edilmektedir (3). Hekim için, acil koşullarda değerlendirdiği hastanın yatırılarak mı, ayaktan mı izleneceği kararını vermek her zaman kolay değildir. Psikiyatride yatış kavramı çok aşamalı bir süreçtir. Psikiyatrik yatışlarda amaç, hastanın doğru tanı ve tedaviyi almasını ve mümkün olduğunca toplum içi işlevselliğini sürdürmesini sağlamaktır (4).

Psikiyatrik aciller ruhsal hastalıktan ve olumsuz yaşam olaylarından kaynaklanabildiği gibi; zehirlenmeler, madde kullanımı, ilaç yan etkileri ve ilaç-ilaç etkileşimleri sonrasında da gelişebilmektedir (5).

Hastanelerin Acil Servislerinde (AS) görülen hastaların yaklaşık %3-12'sine psikiyatrik bir ön tanı konulmaktadır (1). Bu nedenle AS'de çalışan hekimlerin psikiyatrik hastalıkları iyi bilmeleri ve buna göre doğru tedavi algoritmasını planlamaları gerekmektedir. Psikiyatrik acil hizmetler sınırlı zamanda, etkin önlemlerle, hızlı ve doğru yönlendirilme ile hastaların en az kayıpla kurtulmasını sağlar (6). Ancak psikiyatrik hastalar genellikle mevcut tanıları yüzünden tam ve objektif bir değerlendirmeye tabii tutulamamakta, şikayetlerinin ve klinik durumlarının büyük bir kısmı psikiyatrik tanılarıyla açıklanmaya çalışılmakta, çoğu zaman yeterli tıbbi incelemeden yoksun kalmaktadırlar.



Acil psikiyatri, kriz dönemlerinde ortaya çıkan duygu durum, düşünce ve davranış bozukluklarına yönelik müdahaleleri ifade etmektedir. Bu ifade psikiyatrik değerlendirmeyi, ortaya çıkan belirtilerin ayırıcı tanısının yapılmasını ve tanıya özel farmakoterapi, psikoterapi ve sosyal terapinin verilmesini içerir (1). Psikiyatrik acil başvurusuna yol açan durum, birçok kronik ruhsal hastalık, psikososyal stres faktörleri ve olumsuz yaşam koşullarından kaynaklanabileceği gibi psikiyatrik semptomlara neden olan tıbbi hastalıklar, zehirlenmeler, madde kullanımları, ilaç yan etkileri ve ilaç etkileşimleri sonrasında da gelişebilir (6).

Psikiyatrik acil durumlarda AS'lerde zaman sınırlı olduğundan hastalarla ilgili bilgi edinmek acil hekimi için oldukça güçtür (7). Bu ortamda hekim az miktarda bilgi ile karar vermek zorundadır (1). Acil psikiyatrinin gelişme ilkeleri, acil psikiyatrik hastaya müdahale teknikleri ve acil psikiyatrik hastalıklara yaklaşımın iyi bilinmesi bu kararın verilmesine yardımcı olabilir (8).

Türkiye'de psikiyatrik tedavi hizmeti veren kuruluşlarda fiziksel yapı ve organizasyon eksiklikleri görülmektedir. Bunun yanı sıra hemşire, psikiyatrik sosyal hizmet görevlisi ve eğitilmiş yardımcı sağlık personelinin yeterli sayıda görevlendirilmesi de önemlidir (9). Başvuranlar genellikle ağır stres tepkisi ve uyum bozuklukları tanılarıyla takip edilen hastalardır. Bu hastalar sıklıkla karşı cins veya ana-baba ile çatışmalar, ayrılıklar, taciz, tecavüz, yas gibi nedenlerle merkezlere müracaat etmektedirler.

Sağlık Bakanlığı ülkemizde 2020 yılına kadar halkın psikososyal iyilik durumunu geliştirmeyi amaçlamakta anksiyete, depresyon, madde bağımlılığı, uyku düzensizliği ve somatizasyon gibi hastalıkların yaklaşık %20 oranında azaltılması ve intihar girişimindeki artışın önlenmesini amaçlamaktadır (10).

Acil servisler, toplum ruh sağlığı hizmetlerine girişin önemli bir noktasıdır (11). AS'de alınan kararlar sonraki tedavi planının seçimi ve hastalığın gidişini etkilediğinden hastayı AS'e nelerin getirdiğini bilmek önemlidir (12). Psikiyatrik bir acilin ortaya çıkması biyogenetik, durumsal, gelişimsel ve varoluşsal etkilerin bir araya gelmesiyle mümkündür (13). AS'e

psikiyatrik başvuru nedenleri çeşitlidir. Bunlardan bazıları kronik bir psikiyatrik hastalığın akut alevlenmesi, hastanın kendisine veya başkalarına yönelik şiddet davranışlarında bulunması, farmakoterapi ihtiyacı, hastanın tedavi reddi veya kriz yönelimli psikososyal müdahale ihtiyacıdır. Hastaları AS'e getiren bulgular ise ajitasyon, dezorganize düşünceler, varsanılar, sanrılar veya şiddet davranışları gibi özgül olmayan belirtilerdir (1). Şiddet, tedavisi beceri isteyen önemli bir psikiyatrik acil başvuru nedenidir. Saldırganlık, acile getirilen hastanın biyolojik ya da psikolojik hastalığının bir belirtisi olabilir. Ancak saldırganlığı olan her hastanın psikiyatrik bir aciliyeti olmayabilir ve bu yüzden yatışına gerek duyulmaz (12). Yapılan bir çalışmada AS'e başvuran ve şiddet gösteren hastaların hastaneye yatış kararında gösterilen şiddetin, hastalığın tanısı ve psikiyatrik durumun ciddiyeti gibi klinik değişkenlerden daha az önemli olduğu vurgulanmıştır (13). Hastadaki bozukluğun doğası nedeniyle şiddet bekleniyorsa, başkalarının zarar görmesini engellemek için hastayı etkin bir değerlendirmeden geçirmek gerekir. Psikotik bir hastanın değerlendirilmesi sırasında verilen en önemli karar, tıbbi bir hastalık ya da madde kullanımının ortaya çıkardığı belirtilerin şizofreni, bipolar bozukluk, depresyon ya da anksiyete bozukluğu gibi fonksiyonel psikiyatrik hastalıklardan ayırt edilmesidir. Bunların yanı sıra yaşam koşullarındaki stres ve zorluklar, birçok psikiyatrik rahatsızlığı olmayan insanın bile AS'lere başvurma nedenidir. İnsanların bir kısmı ölüm, hastalık, taşınma, yaşlanma, düşük ya da boşanma ile ilişkili kayıplar gibi sorunlar için yardım almaya gerek görmezken, bir diğer kısmı hafif bir kriz durumunda bile problem yaşayabilir (14). AS'e başvurmaya yol açan gelişim öyküsünü anlamak hastanın duyarlılıklarının anlaşılması için önemlidir. Bu nedenle ayrıntılı öykü almak esastır. Böylelikle hastalar, aileleri ve birincil bakım veren kişiler belki de zararsız görünen bir şeyin neden aciliyeti olan bir duruma dönüştüğünü daha iyi anlayabilirler. Bu iç görü, buna benzer başka krizleri önleyebilir veya hastalara yeni baş etme becerileri kazandırır (15).

Acil psikiyatrik olguların psikiyatrik muayenelerinde birçok etkenin aynı klinik tabloyu oluşturabileceği unutulmamalıdır (16). Acil hekimlerinin en önemli görevi aciliyete yol açan krizlerin etiyolojisini belirlemektir (1).

Psikiyatrik muayene hiyerarşik bir muayene olduğundan sistematik bir biçimde yapılmalı ve tıbbi durum değerlendirilmesinde bir standart olmalıdır (17). Acil bir psikiyatrik hasta ile görüşmede genel strateji, öncelikle hastanın ve diğer kişilerin zarar görmesini önlemek, hastanın psikiyatrik ve tıbbi öyküsü, soy geçmiş hikayesi ve psikoaktif madde kullanımı gibi bilgileri kısa zamanda değerlendirmek, genel tıbbi duruma bağlı kognitif bozuklukları ayırt etmek, varsa prepsikotik durumu fark etmektir. Başlangıç görüşmesi yalnızca önemli tanısal bilginin sağlanmasına hizmet etmekle kalmaz, aynı zamanda terapötik de olabilir (18).

Fizik ve nörolojik muayene psikiyatrik değerlendirmenin önemli parçalarıdır. Öyküde bu tür bir kuşku olduğu tüm durumlarda yapılmalıdır. Ayrıca hastanın durumuna uygun laboratuvar incelemelerini de yapmak gerekebilir (19). Başvuran hastanın altta yatan tıbbi bir durumu olduğunu düşündüren başlıca özellikleri şu şekilde sıralanabilir; hastalığın akut başlangıçlı olması, ilk epizod olması, ileri yaşta ortaya çıkması, işitsel halüsinasyonlar dışındaki algı bozukluklarının olması, bilinç kaybı, nöbetler, görme değişiklikleri gibi nörolojik semptomların varlığı, yürüme, konuşma ve hareket bozukluklarının olması, hastanın katatonik özellikler göstermesi, bilinç, bellek, yönelim, dikkat ve konsantrasyon bozukluklarıdır (20).

Kriz kavramı stresin aşırı artması ya da kişisel baş etme yeteneğinin bozulmasına bağlı olarak kişi ile çevresi arasındaki dengenin bozulmasıdır (3). Travmatik krizler, yas, boşanma, iş kaybı veya iş değişikliği, göç gibi nedenlerden meydana gelirken, gelişimsel krizler ergenlik dönemi, evlilik, çocuk doğumu, emeklilik benzeri dönemsel krizleri kapsar (19).

Kriz müdahalesinde ilişki kurulduktan sonra hasta ile ne yapılacağı konusunda uzlaşmaya varmak gerekir. Bu aşamada en kritik noktalardan birisi hastanın intihar riskini değerlendirmektir (20). Hekimin karar vermesi gereken konu, kriz müdahalesi ile sorunun çözümlenme olasılığı ya da hastanede yatışın gerekip gerekmediğinin değerlendirilmesidir. Kriz müdahalesinde sorunun geçici ve sürece bağlı doğası ve doğal yoldan sonlanacağı beklentisi vurgulanmalıdır. Bu sürecin geçici olduğu ve zamanla kişinin yaşamı ile bütünleşeceği varsayımına dayanarak kriz müdahalesinin

amacının, kişinin kendisi ve başkaları ile ilişkisindeki olanakları kullanarak iyileşme sürecini desteklemek ve altta yatan psikiyatrik hastalıklar varsa bunların uzun süreli tedavisini kolaylaştırmak olduğu söylenebilir (17).

DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) Psikiyatrik bozukluklar için yaygın olarak kullanılmakta olan Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (American Psychiatric Association) sınıflandırmasıdır. Eksen tanılarına göre alt gruplara ayrılıp psikiyatrik bozuklukları daha ayrıntılı tanımlamaya yardımcı olur (1).

DSM-4-TR'de hastalıkların eksen tanılarına göre tanı kriterleri:

Depresyon: İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki semptomlardan beşinin (yada daha fazlasının) bulunmuş olması; semptomlardan en az birinin ya depressif duygu durum yada ilgi kaybı yada artık zevk alamama olması gerekir.

- 1- Hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren depresif duygu durum,
- 2- Hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma
- 3- Kilo alımı ya da kilo kaybı,
- 4- Hemen her gün, insomnia yada hipersomnia olması,
- 5- Hemen her gün, psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması,
- 6- Hemen her gün, yorgunluk-bitkinlik ya da enerji kaybının olması,
- 7- Hemen her gün, değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının olması,
- 8- Hemen her gün, düşünme ya da düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinin azalması ya da karasızlık,
- 9- Yineleyen ölüm düşünceleri, yineleyen intihar etme düşünceleri ve intihar etmeye yönelik tasarılarının olması.

Bu semptomlar, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal-meşleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olması gerekir. Madde kullanımı ve genel tıbbi durumun etkileri ekarte edilmiş olmalı ve yasa bağlı durum ekarte edilmelidir (1).

Bipolar bozukluk: En az 1 hafta süren, olağan dışı ve sürekli, kabarmış, taşkın ya da irritabl, ayrı bir duygu durumun olması, Duygu durum bozukluğu dönemi sırasında, aşağıdaki semptomların üçü (yada daha fazlası, duygu durum irritabl ise dördü) belirgin olarak bulunur:

1- Benlik saygısında abartılı artma ya da grandiyözite,

2- Uyku gereksiniminde azalma,

3- Çok konuşma,

4- Fikir uçuşmaları, düşüncede hızlanma,

5- Disraktibilite,

6- Amaca yönelik etkinlikte artma,

7- Kötü sonuçlar doğurma olasılığı yüksek, zevk veren etkinliklere aşırı katılma olur (11).

Madde kullanımına bağlı bozukluk: Bir maddenin (kötüye kullanılabilen bir madde-ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç ya da toksinle karşılaşmak) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı oluşan sanrı ve varsanıların olmasıdır. Kişinin, madde kullanımının yol açtığı gerçeğinin farkında olduğu varsanılar bu kapsam içinde yer almaz (13)

Kişilik bozukluğu: Bu sınıflanmadaki hastalar paranoid, şizoid, şizotipal, antisosyal, borderline, histriyonik, narsistik, çekingen, bağımlı ve obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu olarak ayrılır (17).

Bilinen psikiyatrik tanısı olan ya da AS'de yeni psikiyatrik tanı koyduğumuz hastaların şikayetlerini dinlerken dikkatli olmalıyız. Hastanın mevcut psikiyatrik tanısı varsa semptomları öncelikte psikiyatri nedenli olduğunu düşünmemeli, altta yatan organik nedenleri araştırmalıyız (19) . Endokrin işlev bozuklukları ve kafa içi lezyonlar başta olmak üzere pek çok fiziksel hastalıkta ve çeşitli ilaçlarla değişik ruhsal bozuklukların ortaya çıktığı unutulmamalıdır. Hiperaktif konuşan, artmış persekütif sanrıları olan ve irritabl mizaç gösteren bir hasta manik atakta gibi değerlendirilip antipsikotik ilaç başlanabilir, ama dikkatli bir fizik muayene ile pupil dilatasyonu, taşikardi, hipertansiyon ve idrarda amfetamin metabolitlerinin bulunması, hastada amfetamin zehirlenmesine ikincil olarak gelişen bir organik bozukluğunun olduğunu gösterecektir (20).

Depresif bozukluklar her türlü nörolojik hastalığa ikincil olarak görülebilirler ancak; inme, demans ve epilepside daha sıkça görülürler. Kognitif tutulum hastalarda dikkat, bellek, dil, vizyospasyal işlevler ve frontal işlevlerde bozulmalara yol açar. Psikiyatrik belirtiler, kognitif belirtiler ve altta yatan hastalığın nörolojik belirtileri bir araya gelince hekimler için oldukça zorlayıcı olur. Ayırıcı tanı için ayrıntılı nörolojik, fizik muayene ile tedaviyi şekillendirmeliyiz.

Psikiyatrik tablolar genellikle kardiyovasküler hastalıkları olumsuz yönde etkilemekle birlikte, bazı psikiyatrik bozukluklar farklı etkiler göstermektedir. Mental stres ve yoğun emosyonel tepkilerin gösterildiği durumların kardiyovasküler olayların tetiklenmesinde rol oynadıkları klinik gözlemlerle belirlenmiş bir gerçektir. Birçok çalışmada koroner arter hastalığı olan bireylerde psikiyatrik semptom insidansının yüksek olduğu görülmüştür. Koroner arter hastalığı olan hastaların yaklaşık %20 ile 40'ında depresif semptomlar gözlenmektedir. Genelde miyokard enfarktüsünün başlangıcında emosyonel nedenlerin varlığı %30-38 düzeyleri arasında değişmektedir. Miyokard infarktüsü sonrasında depresif semptomların görülmesi çok sıktır ve bu semptomlar infarktüsten 18 ay sonrasına dek sürebilmektedir. Panik bozukluğu ile mitral kapak prolapsusu arasında anlamlı ilişkiler olduğu bilinmektedir. Ancak bu iki hastalık arasındaki ilişki halen çok açık değildir ve birinin diğerine predispozisyon yaratıp-yaratmadığı ya da altta yatan etyolojilerin aynı olup olmadığı tartışılmaktadır. Somatizasyon bozukluğunda kardiyovasküler semptomlar çok sık gözlenir. Somatizasyon bozukluğunda gözlenen bu belirtiler hekimi aldatabilir. Depresyon ya da panik atak gibi hekim tarafından daha kolaylıkla tanınabilecek belirtilerinden dolayı hasta kardiyak yönden değerlendirilmeyebilir.

### **Acil psikiyatrik müdahale gerektiren durumlar**

#### **Suisidal hastanın değerlendirilmesi**

Suisid (intihar) kavramı birçok farklı bakış açısı tarafından ele alınmış ve tanımlanmaya çalışılmıştır. Freud intiharı alt benlik, benlik ve üst benlik

arasındaki çatışmaların bir sonucu olarak açıklar. Nasıl tanımlanırsa tanımlansın günümüzde intihar, tıbbi ve psikiyatrik bir konu olmasının dışında kültürel, etik ve sosyokültürel yönleri olan önemli bir toplum sağlığı sorunudur (18).

İntihar, stres yaratan yaşam koşullarına karşı tepki veren normal kişilerden, ağır ruhsal rahatsızlıkları olan hastalara kadar geniş bir toplum kesiminde görülebilmektedir. İntihar eden kişi gerçekten ölmek arzusunda olabileceği gibi, bu davranışında acısını, çaresizliğini ve umutsuzluğunu dile getirmek amacı da gütmüş olabilir. Bu yönleri ile intiharı kişinin yardım çağrısı olarak değerlendirmek mümkündür (19).

İntihar ve intihar girişimi iki ayrı kavram gibi algılansa da intihar eylemine yönelik dinamik bir yaklaşım bu ayrımın hiç de kolay olmadığını gösterir. Mesela, birincil amacı ölüm olan kişi eylemden sonra yaşayabilir. Buna karşın yaşamdan tam kopmamış bazı kişiler ciddi olmayan bir eylem sonucu ölebilirler. Bu açıdan bakıldığında her intihar girişiminin ciddiyetle ele alınması gerektiği açıktır (20). Yapılan bir çalışmada, intihar girişiminde bulunanların 2/3'ünün aslında ölmeyi istemediği, bu girişimlerin adeta bir yardım çağrısı olduğu vurgulanmıştır. Bu kişilerin çoğunun karşı karşıya oldukları sorunlarla baş edebilmek için yardım aradıkları ancak bulamadıkları belirlenmiştir. Acil müdahale bu kişilere yardım için en uygun yaklaşımdır (21).

İntihar girişiminden sonra AS'de değerlendirilen ve taburcu edilen bazı hastalar, bir daha psikiyatriste başvurmayıp, gerekli psikiyatrik desteği almayı tercih etmeyebilir. Yapılan bir çalışmada, bilinen majör depresyon tanısı olan hastaların bile intihar girişiminden önceki ve sonraki dönemlerde uygun tedavi almadıkları ortaya çıkmıştır (22). AS, bu hastalara uygun yönlendirme ve desteğin verilebileceği önemli yerlerdendir. İntihar girişiminde bulunan kişiler genel hastanelerde tıbbi değerlendirmeleri yapıldıktan sonra psikiyatrik AS'lere getirilmektedir. Tamamlanmamış intihar girişimiyle AS'e başvurmuş olmak, daha sonra ölümlü sonuçlanan intihar girişiminde bulunma olasılığını artıran bir faktördür (20,21). Bu nedenle AS'e intihar girişimi ile başvuran olguların demografik özelliklerinin bilinmesi tekrar edebilecek bir

riski öngörebilir. Bu kişilere AS'lerde başlayacak psikiyatrik desteğin, önerilecek tedavilerle devamı uygundur.

İntihar girişiminin önlenmesi: Bir hekim için olası riskleri azaltmak mümkündür. İntihar riski olan hastaların yatırılması sadece hastayı korumakla kalmaz, risklerin azaltılması, desteklerin mobilize edilmesi ve hastanın bakım sonrası güvenliği için düzenlemelerin yapılması için zaman da kazandırır. İntiharın önlenmesinde primer, sekonder ve tersiyer korunma kavramları önemlidir. Primer korunmada amaç intihar girişimi olmayan bireyleri korumak, intihar riski oluşturan değiştirilebilir risk faktörlerini yok etmek ve intihar girişimlerinin insidansını azaltmaktır. İçinde bulunduğumuz yüzyılda intiharı önleme çalışmaları intihar krizinin önlenmesi kuramına dayanmaktadır (1). İkincil korunmada amaç, intiharın oluşma sürecini intihar girişimi olmadan durdurmaktır. Toplumda, intihar düşünceleri olan kişiler taranarak intihar girişimlerinin ya da tamamlanmış intiharların önlenmesi hedeflenir. Tersiyer korunmada intihar girişimlerinin fiziksel ve sosyal sonuçları ya da yeti kaybı azaltılmaya çalışarak, intihar girişimi sonrası oluşabilecek mortalite ve morbiditeyi en aza indirmek amaçlanır (22).

İntiharda, genetik bir predispozisyon olabileceğini gösteren çalışmalar olsa da, intihar ve intihara bağlı davranışlar tanıyı oluşturan semptom kümesinin bir parçası olarak değerlendirilmelidir. Tüm intihar girişimleri ciddiye alınmalıdır. Ancak bazı girişimlerde hedef aile üyelerinin ve sevilen diğer kişilerin ilgi ve dikkatini çekmeye yönelik de olabilmektedir. Bu tür hastalara aile terapisi başta olmak üzere farklı tedavi yöntemleri uygulamak ve uzun dönemli izleme programı oluşturmak önerilmektedir (3).

Saldırganlığın daha sık görüldüğü durumlar, erkek olmak, 15–24 yaş arasında olmak, yoksulluk ve eğitimsizlik, aile ve çevre desteğinin yetersiz olması, geçmişte saldırganlık öyküsü bulunması, çocuklukta şiddete maruz kalma, madde kullanımı, çözümlenemeyen önemli yaşam sorunları olması ve göçebelik olduğu söylenmektedir (17). Bazı araştırmacılara göre ise saldırgan hastaları, saldırgan olmayanlardan ayırmak çok da mümkün değildir (10). Psikiyatrik AS'e başvuran tehlikeli ve tehlikeli olmayan



hastaların karşılaştırıldıkları bir çalışmada, hastalar arasında demografik özellikler açısından herhangi bir fark gözlenmemiştir (11).

Şiddet riskinin yüksek olduğu tanılar; alkol veya madde yoksunluğu ya da intoksikasyonu, şizofreni, mani, depresyon ve kişilik bozuklukları olarak sayılabilir. Hekimin saldırgan bir hastayı değerlendirirken diğer hastaları, ekibini ve kendisini koruması çok önemlidir. Saldırganlığın devam etmesi halinde güven verici bir sesle hastaya yapmakta olduklarının uygun olmadığını, vazgeçmezse zorla durdurulacağı söylemelidir. Bununla beraber hastaya antipsikotik ve benzodiazepin gibi medikal tedavilerin verilmesi de uygun olabilir (25). Ancak saldırganlık devam ederse hastayı tespit etmek gerekebilir. Bu müdahale, hastanın ajitasyonunu yatıştırmakta yetersiz kaldığında uygulanan fiziksel bir kısıtlamadır (26). AS'in yüksek riskli bir çalışma ortamı olduğu ve saldırgan hastalar için önlemler gerektiği konusunda görüş birliği olsa da, tespit uygulamasının hasta ve çalışanları korumayan, yaralanma ya da ölüme yol açan, dava açılmasını gerektiren uygulamalar olduğunu iddia edenler de bulunmaktadır (27). Yapılan bir başka çalışmada hastaya fiziksel tespit uygulamasının hasta yararına yapılan bir işlem olmasına rağmen, hastanın özerkliğini kısıtladığı ve ölümlerle sonuçlanabilen zararlara neden olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada etik ilkelere uyararak, uygulamadan önce alternatif yöntemlerin denenmesi gerektiğinin önemi vurgulanmıştır (13). Saldırganlığın AS'de sona erdirilmesi zor, yinelemesi olası ve daha ileri değerlendirme ihtiyacı var ise hastanın kapalı servise yatırışı uygundur (3).

Psikotik hastaların AS'de değerlendirilmelerinde önemli nokta hastanın akut ya da kronik psikozda olup olmadığının belirlenmesidir. Akut psikozlar geçmişte şizofrenik bir bozukluğun alt sınıfı olarak kabul görseler de günümüzde mani, depresyon, ilaç veya madde intoksikasyonu ya da fiziksel hastalıklar gibi durumlarda da ortaya çıktıkları bilinmektedir. Akut psikotik bir hasta AS'e getirildiğinde çoğunlukla saldırgan ve negativist bir tutumda olduğundan hastayı değerlendirmek güçtür. Akut psikozda hezeyan, halüsinasyon, enkoherans, referans düşünceler gibi psikotik belirtiler vardır. Uykusuzluk, anksiyete, ajitasyon, hiperaktivite, emosyonel labilite gibi

değişiklerin de eklenmesiyle sendrom intihar, kendine zarar verici eylemler ya da saldırganlık gibi sonuçlar doğurabilir. Bunların dışında psikoz acil tıbbi girişim gerektiren fiziksel bir hastalığın belirtisi de olabilir. Böyle hastalarda laboratuvar tetkiklerine ihtiyaç vardır. Organik bir neden düşünüldüğünde hemen nöroleptik veya sedatif ilaç vermek yerine, etiyolojik davranarak spesifik tedaviye yönelmek uygundur (7).

Kronik psikotik hastalar ise başta akut alevlenmeler olmak üzere birçok nedenlerle AS'e getirilirler. Bu nedenlerin başlıcaları; halüsinasyon ve varsanılarda şiddetlenme, izolasyon ve apatinin artması, beslenme bozukluklarının olmasıdır. Kronik şizofrenide alevlenmenin en sık nedeni kullanılan ilaçların kesilmesi olarak gösterilmiştir (3). Kronik psikotik bir hastanın psikiyatrik AS'lere başvuru nedenleri hastanın ilaçlarını düzgün kullanmaması ya da nöroleptiklerin etkisini azaltan başka bir ilaçla kullanması, akatizi ya da katatoni benzeri belirtilere yol açacak denli yüksek doz ilaç kullanımı ve kullanılan nöroleptik dozunun yetersiz kalması olabilir (17). Şizofreni gibi kronik psikozu olan hastalara depresif görünmeler bile intihar düşünceleri sorulmalıdır. Çünkü bu tip hastalarda farklı sonuçlar olmakla birlikte intihar fikri oranı %40, intihar girişiminde bulunanların oranı %23 ve intihar sonucu ölen hastaların oranı ise %6.4 olarak hesaplanmıştır. Yapılan bir başka çalışmada şizofreni hastalarında ölümle sonuçlanan intiharların %10–13, intihar girişiminde bulunanların ise %40 gibi yüksek oranlarda görüldüğü belirtilerek, şizofrenide intihar oranlarının genel toplum ortalamalarının en az 20 katı olduğu belirtilmiştir (14). Psikotik bozukluklarda da intihar riskini arttıran bazı durumlar bulunmaktadır. Yapılan bir çalışmada şizofreni için intihar risk faktörleri, genç ve erkek olma, kronik gidişli çok sayıda alevlenme ile seyreden hastalık öyküsü, taburculuk sırasında yeti yitimi, hastalığın farkında olma olarak sıralanmaktadırlar. Şizofreni hastalarında intihar riskinin yüksek olduğu durumların araştırıldığı bir başka çalışmada erkek cinsiyet, daha önce de intihar girişimlerinin olması, madde kullanımı, sosyal izolasyon, depresyon ve umutsuzluk duygusu önemli belirteçler olarak öne çıkmıştır (28).

Psikotik hastalarda hastaneye yatış ve semptom arasındaki ilişkiye bakılacak olursa Shneiderian birinci sıra belirtilerin yatışın en önemli belirleyicisi olmadığı, perseküsyon hezeyanları ve herhangi bir formda işitsel halüsinasyonların varlığında hastaneye yatışın daha sık olduğu belirtilmiştir. Bizar davranışlar da yatış için belirleyici bir etkidir. Perseküsyon fikirleri ve davranış bozukluklarının varlığı yatış kararını daha çok etkiler. Şizoaffektif bozukluğu olan hastalarda semptomlar gürültülü ve sıklıkla tahripkâr olduğundan bu tip hastaların yatış olasılığı daha yüksektir (29). Psikotik bir hastayı hastaneye yatırarak tedavi etmekte amaç, hastanın kendisine veya başka birine zarar vermesini engellemek, semptomların psikiyatrik olmayan tıbbi bir duruma bağlı olup olmadığını tespit etmek ve hastanın beslenme, giyinme, korunma gibi temel ihtiyaçları karşılamakta yetersizliğe neden olan uygunsuz ve dezorganize davranışlarını düzeltmek olabilir (30).

### **Duygudurum bozukluğu olan hastanın değerlendirilmesi**

Bir kişinin duygu durumu çok geniş bir aralıkta değerlendirilebilir. Bu değişkenlik primer duygu durum bozukluklarında görülebileceği gibi, madde kullanımına bağlı intoksikasyon ya da yoksunlukta, tıbbi veya ilaç ilişkili durumlarda da gözlenebilir (31).

Depresif duygu durum bozukluklarıyla AS'de çok sık karşılaşılır. Tüm depresif hastalarda intihar riski özenli bir şekilde değerlendirilmelidir. Hastaneye yatış için gereksinim yalnızca bulguların ağırlığına bakılarak değil, aynı zamanda hastanın evde göreceği desteği değerlendirmekle de belirlenir. Depresif bir hastanın ev ortamı destekleyici ve güven verici ise intihar eğilimi bile olsa evde tedavi önerilebilir. Eğer aile içinde hastanın depresyonunu ağırlaştıracak çatışmalar varsa ya da hasta yalnız yaşıyorsa, hastayı yatarak tedaviye yönlendirmek uygundur. Hastane yatışının önerildiği durumlar, ağır depresyon varlığı, sosyal desteğin yetersiz olması, daha önceki tedaviye yanıt verilmemesi ya da intihar riski olması olarak özetlenebilir. Manik epizodlar da, hastaların kişisel yaşantıları, aileleri ve iş yaşantıları için önemli bir tehdit oluşturan ve genellikle acil tedavi gerektiren durumlardır (17). Manik

hastaların %75'inde saldırgan ya da tehdit edici davranışlar ya da kendine veya başkalarına zarar verme girişimleri görüldüğünden tedavi edilmeleri önemlidir (1). Düşünce bozukluklarının eşlik ettiği manik epizodlarda suisid girişimi de olabileceğinden bu hastalarda da intihar düşüncesi iyi sorgulanmalıdır. Manik durumda AS'e getirilen hastaların çoğu işlevselliği bozulmuş ve yatırılması gereken hastalardır (32). Yapılan bir çalışmada bipolar bozukluğu olan hastaların, hastalık sürelerinin %20'sinin hastanede geçtiği ortaya konmuştur (33). Manik epizodu olan hastalar için hastane yatışının önerildiği durumlar, hastaların kendilerine ya da başkalarına zarar verme risklerinin olması, uykusuzluk, yetersiz beslenme ya da aşırı hareketlilik gibi fiziksel durumu tehlikeye sokan durum mevcudiyeti, psikotik özelliklerin varlığı veya dürtü denetimi yetersizliği, geçmiş epizotlarda tedaviye cevap alınamaması ve hastanın sosyal desteğinin yetersiz olmasıdır (17).

### **Konversiyon bozukluğu olan hastanın değerlendirilmesi**

Acil servislere ülkemizdeki en sık başvuru nedenlerinden olan konversiyon bozukluğu; hipokondriazis, ağrı bozukluğu ve somatizasyon bozukluğu ile birlikte somatoform bozukluklar içinde sınıflandırılmaktadır (34, 36). Bu hastalık istemli motor ya da duyu işlevlerini etkileyen, nörolojik ya da diğer bir genel tıbbi durumu düşündüren, bir ya da birden fazla semptom veya defisit olduğu bozukluk olarak tanımlanabilir (38). AS'lere bedensel şikâyetlerle başvuranlarda fiziksel hastalığın dışlanması önceliklidir. Konversiyon bozukluğu tanısı ancak etyolojik, nörolojik ya da genel tıbbi durumları dışlamak için tam bir tıbbi araştırma yapıldıktan sonra konmalıdır (35). Konversiyon bozukluğu semptomlarından en sık görülenler paralizi, körlük ve mutizmdir. Konversiyon bozukluğunda bir diğer semptom yalancı nöbetlerdir. Yalancı nöbeti olan hastaların %15'inde epileptik nöbet de bulunabilir (36). Konversiyon bozukluklarına sıklıkla depresif bozukluk (%25) ve somatizasyon bozukluğu (%75) semptomları eşlik etmektedir. Bu kişiler

intihar riski taşıyabileceklerinden hastaneye yatış için ayrıntılı değerlendirmek uygundur.

### **Uyum bozukluğu olan hastanın değerlendirilmesi**

Uyum Bozukluğu, çağdaş tıp anlayışının ve psikiyatrideki kriz kuramı ve krize müdahale yaklaşımının bir parçasıdır. Tüm insanlar yaşamlarının bir döneminde zorlu yaşam olaylarıyla karşılaşabilir. Bu olaylarla mücadelede yetersiz kalınması durumlarında uyum bozukluğu ortaya çıkar (37). Uyum bozukluğu AS ortamında sık görülmektedir. Yapılan bir çalışmada bu hastaların AS'lere sıklıkla intihar riski nedeniyle başvuran, kısa süreli yatışları yapılan ve komorbid olarak madde kullanımları olan hastalar olduğu belirlenmiştir (38). Bu kişiler ile endişeleri ve olası seçenekleri üzerine yapılan empatik bir görüşme sıklıkla yarar sağlar.

### **Acil psikiyatride görülen diğer durumlar**

İlaç yan etkileriyle gelen hasta: İlaçlar ruhsal bozuklukların tedavisinde önceliklidir, ancak ilaçların ölümcül olabilecek yan etkileri göz ardı edilmemelidir. Bu yan etkiler ortaya çıktığında ilaçların kesilmesini gerekebilir. İdiyosinkratik tepkiler olabilmesine rağmen, birçok toksik etki ilacın dozuna ve hastanın yaşına bağlı olarak ortaya çıkmaktadır (39).

Anksiyeteli hasta: Anksiyete korkuya çok benzemesine karşın dışarıdaki uyarana uymayacak kadar şiddetli ve yersiz endişeleri içermesiyle korkudan ayrılan psikolojik, fizyolojik ve davranışsal tepkilere denir. Bu tür hastalarla psikiyatrik AS'lerde sık karşılaşılır ancak hastane yatışları çok sık değildir. Anksiyete bozukluğu ilaçlara ait yan etkiler, ilaç intoksikasyonu ya da yoksunluğundan da ayrılmalıdır. Hastayı hekime getirecek kadar şiddetli anksiyete belirtileri genellikle ileri tetkik, izlem ve tedavi gerektirir (40).

Alkol kötüye kullanımı olan hasta: Bu hastalar acil servislere en çok alkol intoksikasyonu, alkol yoksunluğu, travma, nörolojik yakınmalar ve depresyon tanıları ile başvururlar. Alkol intoksikasyonunda kişinin kendisine

veya çevresine zarar vermesini önlemek gerekir. Alkolün solunum depresyonu riski nedeniyle bu tip hastalarda saldırganlık eğilimi gözleendiğinde bile nöroleptik ilaç verilmesi sakıncalı bulunmaktadır (41). Alkol yoksunluğunda “deliryum tremens” adı verilen ve alkol bırakılmasını takiben 7-38 saat içinde gelişen uykusuzluk, tremor, irritabilite, bulantı, kusma, otonomik hiperaktivite ve psikomotor ajitasyon gibi belirtilerle karakterize bir rahatsızlık ortaya çıkar. Algı bozukluğuyla giden formunda özellikle taktil, görsel ve işitsel halüsinasyonlar vardır. Hangi hastanın deliryuma gireceğini önceden tespit etmek güç olduğundan hastaları yatırarak gözlemek uygun olabilir (3).

Madde kötüye kullanımı olan hasta: Madde kullanımıyla ilgili sorunların çok çeşitli görünüşleri vardır. Psikoaktif maddeler mizaç, algı ve bilişsel bozukluklar oluşturabilir. AS'lere başvuran hastalar içinde kullanımı en sık görülen maddeler, esrar, merkezi sinir sistemi (MSS) depresan ve stimulanları ile opiyatlardır. Madde kullanımında yoksunluk ve intoksikasyon kavramları önemlidir (14). Esrar intoksikasyonunda öfori, motor koordinasyon bozukluğu, anksiyete, zamanın yavaşladığı duygusu ile yaklaşık 2 saat sonrasında konjonktivaya kan oturması, ağız kuruluğu, iştah artması, taşikardi görülür. Hastaneye yatış nadirdir (3,42). Opiyat intoksikasyonunda aşırı dozlarda kullanım dışında genelde acile başvuru yoktur. Aşırı kullanımda ise hastalar solunumları yavaşlamış ve koma şeklinde AS'e getirilirler, ölüm görülebilir (3,33). Opiyat yoksunluğu eroin kesilmesinden yaklaşık 6 saat sonra ortaya çıkar ve bağımlıda göz yaşarması, burun akıntısı, terleme, ishal, ateş, uykusuzluk, huzursuzluk, tremor, halsizlik, bulantı, kusma ve eklem ağrıları görülür, ölüm nadirdir. Hastanede takip gerekebilir (1,3,33). MSS depresanları olan barbitüratlar ve benzodiazepinler gibi sedatif ve anksiyolitik ilaçlarla da bağımlılık ve intoksikasyon durumları ortaya çıkabilir (33). Anksiyete ilaçlarının yanlış ya da suicidal amaçla kullanılması sonucu acil olgular görülebilir (14,33). İntoksikasyonda genelde konuşmada peltekleşme, motor hareketlerde koordinasyon bozukluğu ve sersemlik görülür. Bu maddelerin yoksunluğu ise acil müdahale gerektirir. Deliryum, nöbet ve ölüme yol açabilir. Erken belirtiler anksiyete, huzursuzluk,

bulantı ve kusmayı takiben kas ağrıları olarak görülür. Hastalarda taşikardi, postural hipotansiyon ve tremor gelişir. Nöbetler görülebilir. Özellikle kısa etkili barbitüratların aşırı dozda alınmasında ölüm riski yüksektir. Benzodiazepin aşırı alımında solunum depresyonu riski nedeniyle yoğun bakım şartlarında gözlem gerekebilir (3,14). MSS stimulanları ise amfetaminler ve kokaindir. İntoksikasyonda önce mental ve fiziksel yetilerde artış hissi olur. Daha yüksek dozlarda, hipertansiyon, nabız ve ısı artışına bağlı huzursuzluk, ajitasyon, saldırganlık, irritabilite, doz yükseldikçe stereotipik davranışlar, tremor, perseküsyon ve referans hezeyanları, işitsel, görsel ve taktil halüsinasyonları içeren psikotik belirtiler ortaya çıkar. Yönelim bozulmaz. Semptomlar tedavisiz 24 saatte kaybolur. Yoksunluk durumunda ise disfori, anksiyete, uyku düzensizlikleri görülür. Hastalar intihar riski açısından gözlenmelidir. Bu süreç birkaç haftaya kadar uzayabilir. Daha uzun süren depresif duygudurumda altta affektif bir rahatsızlık olabileceği düşünülerek, antidepresan tedavi ile birlikte hastane yatışı gerekebilir (14).

Kişilik bozukluğu olan hasta: Psikososyal bir kriz nedeniyle AS'e gelen hastaların bir kısmında kişilik bozukluğu görülebilir. Bu tür hastalar aşırı ısrarcı olabilirler. AS'lerde sıkça görülen kişilik bozuklukları sınır kişilik ve antisosyal kişilik bozukluklarıdır (14). Antisosyal kişilik bozukluğu olan hastaları değerlendirmek yakınmaların dürüst ve içten anlatılmaması nedeniyle zor olabilir. Çünkü bu hastalar AS'leri sıkıntılarını anlatmaktan çok ilaç sağlamak veya suçla ilgili bir davadan kaçmak amacıyla kullanmaktadırlar (1). Sınır (borderline) kişilik bozukluğu olan hastalar ise AS'lere intihar veya homisidal düşünce ya da girişim, ilaç kötüye kullanımı, geçici psikotik atak veya dürtüsel başka davranışlar nedeniyle başvururlar. Bu hastalarda, duygu durum dalgalanmaları, impuls denetim bozuklukları, uygun olmayan yoğun öfke, bozuk kendilik duygusu, intihar tehditi ve boşluk duyguları olmasının yanı sıra bazı olgularda madde kullanımı ile komplike olmuş psikotik bulgular da olabilir. Müdahalede hastanın psikososyal sorunlarının değerlendirilmesinin yanı sıra duygu durum bozukluğu, alkol ve madde kullanımı gibi komorbid psikiyatrik hastalıkların ortaya çıkarılması

önemlidir. Bu hastalarda intihar riski değerlendirilmeli ve gerekli görülürse hastane yatışı yapılmalıdır (14).

### **Psikiyatride hastaneye yatış kavramı**

Psikiyatride yatış kavramı birçok evreden geçmiş ve günümüzde güvenlik, kriz stabilizasyonu, komorbid tanısı olan hastaların değerlendirilmesi ve riskli tedavilerin düzenlenmesi amacıyla uygulanır olmuştur (20). Acil psikiyatrik servise getirilen bir hastanın duygulanımı, düşüncesi, dürtü denetimi kendisine ve etrafına tehlikeli olabilecek derecede bozulmuş, yaşam biçimi psikiyatrik yapısını dağıtacak derecede karışmış, intihar riski yüksek ve desteği zayıf ise hastaneye yatırılması gerekmektedir (33). Günümüzde kısa hastane yatışının amaçları akut semptomların azaltılması, ortamın düzenlenmesi, duygusal dekompanzasyonun geriye döndürülmesi, olası kriz etkeninin değerlendirilmesi, ilaç dozlarının ayarlanması ve ayaktan sağlanamayan konsültasyonların yapılması şeklinde özetlenebilir (20). Kısa süreli yatışın amaçları arasında hastaların daha sonra gündüz hastanesi ve parsiyel hospitalizasyon ile ayaktan izleneceği tedavi sürecini başlatabilmek için kısa süreli takip ve yatışlar da sayılmaktadır (6,20). Türkiye “zorla hastaneye yatırma” uygulamasının yasal olarak düzenlenmediği az sayıdaki ülkelerden biridir. Konuyla ilgili özel kanuni bir düzenleme olmaması sebebiyle hastaneler arası farklı uygulamalar görülmektedir. Bazı hastanelerde hekimler hastalarını muayene ettikten sonra hastane yatışı lehine karar verirlerse, birinci derece akrabalarından yatış için onay istemekte ve bu onay doğrultusunda yatışları herhangi bir makama bildirilmeksizin yapılabilmektedir. Bazı hastanelerde ise hekimler hastaların tedavi görmek istememeleri durumunda, birinci derece akrabalarından aydınlatılmış onam alarak yatışlarını yapmaktadırlar (42).

Yukarıda anlatılanlar göz önüne alındığında, AS başvurularının yaklaşık %10'nu oluşturan ve hastalıklarının doğası gereği AS değerlendirmesinin karmaşık olabileceği psikiyatrik hastalar incelenmek istenmiş ve bir çalışma planlanmıştır. Bu çalışma UÜ-SUAM erişkin AS'ine



başvuran, önceden psikiyatrik herhangi bir tanısı ve/veya acil hekimlerince konulan yeni bir psikiyatrik ön tanısı olan hastaların genel profilini ortaya koymak, mevcut yatışları değerlendirmek ve hastaların epidemiyolojik incelenmesi amacıyla yapılmıştır.



## GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma, Helsinki Deklarasyonu kararlarına, Hasta Hakları Yönetmeliğine ve etik kurallara uygun olarak planlanmış olup, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 13 Ekim 2015 tarihli ve 2015-17/25 no'lu karar ile onay alındıktan sonra araştırmaya başlanmıştır.

Prospektif olarak yürütülen çalışmaya 16.10.2015 tarihinden itibaren 3 aylık süre içinde UÜ-SUAM erişkin AS'ine başvuran, önceden psikiyatrik herhangi bir tanısı ve/veya acil hekimlerince konulan yeni bir psikiyatrik ön tanısı olan ve  $\geq 18$  yaş tüm hastalar dahil edilmiştir. 18 yaş altı tüm hastalar ve  $\geq 18$  yaş travma öyküsü olan hastalar çalışma dışı bırakılmıştır. Hastaların demografik bilgileri, başvuru şikayetleri, psikiyatrik/fizik muayene bulguları, tıbbi öyküleri, mevcut tanıları, AS'de aldıkları ön tanılar, laboratuvar ve radyolojik tetkikleri, hastaneye yatış, taburculuk, mortalite/morbidite gibi sonlanma durumları çalışma için oluşturulan bir form aracılığıyla kaydedilmiştir. Hastaların tıbbi yatış kayıtlarından edilen bilgiler doğrultusunda oluşturulan veri formları kullanılmış olup, kullanılan veriler istatistiksel sınıflandırma için DSM-IV-TR eksen tanılarına göre sınıflandırılmış ve toplam 500 hasta değerlendirilmiştir.

Değerlendirme formunda kullanılan değişkenler hastaya ait sosyodemografik veriler olup; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, meslek, soy geçmiş özellikleri, sosyal güvence, alkol ve madde kullanımı, II. eksen kişilik özelliklerinin varlığı, intihar riski ya da kendine zarar verici davranışların varlığı, hastalığa ait veriler, ruhsal bozukluk tanısı (komorbid ruhsal bozukluk tanısı, ön tanı, çıkış tanısı), hastalık süresi, fiziksel hastalık varlığına ilişkin veriler (özgeçmişinde fiziksel hastalık öyküsü, ve komorbid fiziksel hastalık tanısı), hastaneye yatış ve hastaneden çıkışa ait veriler, varsa daha önceki yatış varlığı (tanısı, sayısı, tedavisi), yatış bulguları, yatış endikasyonu, hastaneye yatış şekli, yatış yeri gibi bilgileri içermektedir.

İstatiksel analiz için SPSS 22.0 paket programı kullanılmıştır. Çalışmada yer alan değişkenlerin özellikleri doğrultusunda tanımlayıcı istatistik değerleri kullanılmıştır.



## BULGULAR

Çalışmaya alınan toplam 500 hastanın yaşları 18 ile 78 yaş arasında değişmekteydi ve büyük bir çoğunluğunu (%79) 18-45 yaş arası erişkinler oluşturuyordu. Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımına bakıldığında; %69'u kadın ve %31'i erkekti (Tablo-1).

**Tablo-1:** Hastaların yaş grupları ve cinsiyetlerine göre dağılımı.

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş (Yıl)	18-45	395	% 79.0
	46-65	87	% 17.4
	66 ≤	18	% 3.6
Cinsiyet	Erkek	155	% 31.0
	Kadın	345	% 69.0

Hastaların medeni durumlarına bakıldığında; evli olanlar 279 kişi (%55.8) ile çoğunlukta idi. Çocuğu olmayanlar 248 kişi (%49.6) iken, 1 çocuğu olanlar 140 kişi (%28.0), 2 ve üzeri çocuk sahibi olanların sayısı ise 112 kişi (%22.4) idi (Tablo-2).

**Tablo-2:** Hastaların medeni durum ve çocuk sayısına göre dağılımı.

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Medeni durum	Evli	279	% 55.8
	Bekar	197	% 39.4
	Diğer	24	% 4.8
Çocuk Sayısı	Yok	248	% 49.6
	1	140	% 28.0
	2 ve üzeri	112	% 22.4

Hastaların eğitim durumlarına bakıldığında; Üniversite mezunu olanlar %45 ile ilk sırada yer alıyordu. Hastaların büyük kısmı (%47.4) çalışırken, sosyal güvencesi olanların oranı %92.6 idi (Tablo-3).

**Tablo-3:** Hastaların eğitim durumu, meslek ve sosyal güvencelerine göre dağılımı.

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Eğitim Durumu	Eğitimsiz	9	% 1.8
	İlkokul	56	% 11.2
	Ortaokul	42	% 8.4
	Lise	168	% 33.6
	Üniversite	225	% 45.0
Meslek	Çalışmıyor	178	% 35.6
	Çalışıyor	237	% 47.4
	Öğrenci	85	% 17.0
Sosyal Güvence	Ücretli	31	% 6.2
	Yeşil kart	6	% 1.2
	Diğer	463	% 92.6

Çalışmaya alınan hastaların %51.2'sinin geçmiş psikiyatrik tıbbi öyküsü varken, hastaların %66.8'inde herhangi bir alkol veya madde kullanımı (sigara dışında) olduğu, %51.2'sinde ise sigara kullanımı olduğu gözlemlendi (Tablo-4).

**Tablo-4 :**Hastaların aile öyküsü,sigara ve psikoaktif madde kullanımına göre dağılımı.

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Aile Öyküsü	Yok	243	% 48.6
	Var	256	% 51.2
Sigara Kullanımı	Yok	241	% 48.2
	Var	259	% 51.2
Psikoaktif Madde	Alkol Kullanımı	324	% 64.8
	Madde Kullanımı	13	% 2.6
	Her ikisi de var	3	% 0.6
	Yok	160	% 32.0

Çalışmaya katılan hastalardan eksen tanısı olanlar %56.4 idi. Eksen tanısı olan hastalardan ise psikiyatrik bozukluğu olanlar %20, kişilik bozukluğu olanlar %16.6 ve bipolar bozukluğu olanlar %9.4 oranındaydı (Tablo-5).

**Tablo-5:** Hastaların eksen tanısına göre dağılımı.

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Eksen Tanısı	Yok	218	%43,6
	Var	282	%56,4
Tanısı	Depresyon	37	%7,4
	Bipolar Bozukluk	47	%9,4
	Psikotik Bozukluk	100	%20,0
	Madde Kullanımına Bağlı Bozukluk	11	% 2,2
	Kişilik Bozukluğu	83	%16,6
	Diğer	4	% 0,8

Hastaların %90.8'inde intihar düşüncesi ya da girişimi yok iken, intihar girişimi olmadan düşüncesi olanların oranı %2.4, bir kez girişimi olanların oranı %4.8 ve birden çok girişimi olanların oranı ise %2 olarak saptandı (Tablo-6).

**Tablo-6 :** Hastaların intihar girişim öykülerine göre dağılımı.

		Sayı (n)	Yüzde (%)
İntihar düşüncesi	Yok	454	% 90.8
	Var	12	% 2.4
İntihar girişimi sayısı	Bir kez girişim	24	% 4.8
	Birden çok girişim	10	% 2.0

Çalışmaya katılan hastaların %22'sinin daha önceden hastaneye yatış öyküsü olduğu belirlendi. Hastaların %40'ının 6 aydan uzun süredir, % 6.8'inin 1-6 aydan bu yana, %5.2'sinin 1 aydan az bir süredir hastalığı olduğu ve % 48'inin ise hastalık süresini bilmedikleri saptandı (Tablo-7).

**Tablo-7:** Hastaların daha önce yatış öyküsü ve hastalık süresine göre dağılımı.

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Daha önce hastalık öyküsü	Yok	387	% 77.4
	Var	113	% 22.0
Hastalık süresi	Bilinmiyor	240	% 48.0
	< 1 ay	26	% 5.2
	1-6 ay	34	% 6.8
	>6 ay	200	% 40.0

Hastaların başvuru sırasındaki bulgularına bakıldığında en çok psikotik bulgular (%68) ile geldikleri gözlemlenirken, depresif bulgular %9.8, suicidal bulgular %7.6 ve manik bulgular %6.6 gibi oranlarda gözlemlendi (Tablo-8).

**Tablo-8:** Hastaların geliş bulgularına göre dağılımı.

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Geliş Bulguları	Psikotik	344	% 68.8
	Manik	33	% 6.6
	Depresif	49	% 9.8
	Suicidal	38	% 7.6
	Obsesif	12	% 2.4
	Dissosiyatif bulgular	8	% 1.6
	Psikiyatri dışı nedenler	16	% 3.2

Çalışmada hastaların %12.6'sının hastaneye yatışı yapıldı. Yatışı yapılan hastaların %20.6'sının yatışı kendi isteği dışında yapıldı. Yatışı olanların %85.7'sinin yatışı psikiyatri kliniğine yapıldı. Yatış endikasyonlarına göre yapılan değerlendirmede ise; %46 tanı ve tedavi amaç nedeniyle yatışlar ilk sırada yer alırken, ardından intihar riski (%36.5) ve metabolik nedenler (%11.1) gelmekteydi. Yatışı yapılan hastaların %31'i Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesine, geri kalan %69 olgu ise yer

olmadığından yatış amaçlı Bursa' daki diğer hastanelere sevk edildi (Tablo-9).

**Tablo-9:** Hastaların sonuçlanma durumları, yatış endikasyonu nedenleri, yatış şekli ve yatış yerleri.

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Sonuç	Yatış	63	% 12.6
	Taburcu	433	% 86.6
	Tedavi Red	4	% 0.8
Yatış Endikasyonu	Diğer	4	% 6.3
	İntihar Riski	23	% 36.5
	Metabolik Nedenler	7	% 11.1
	Tanı ve Tedavi	29	% 46.0
Yatış Şekli	İstemli	50	% 82.5
	İstemsiz	13	% 20.6
Yatış Yapılan Klinik	Psikiyatri Kliniği	54	% 85.7
	Psikiyatri dışı klinik	9	% 14.3
Yatış işe nereye	İl içi diğer hastaneler	43	% 69.0
	Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	20	% 31.0



## TARTIŞMA ve SONUÇ

Psikiyatrik sorunlar, toplumda sanılandan çok daha yaygındır. Sağlık Bakanlığı' nın ülkemizde yaptığı çalışmalarda her dört kişiden biri psikiyatrik açıdan sorun yaşamaktadır. Oranın yüksek olması nedeniyle doğal olarak AS'lere başvuran hastalar içinde de psikiyatrik sorunlar önemli yer tutmaktadır. Üstelik son yıllarda acil başvurularında artış görülmektedir. Toplumlardaki şiddet oranındaki artış, alkol ve madde kullanımındaki artışın bu başvuruları arttırdığı düşünülmektedir. Ayrıca birçok bedensel hastalığa sekonder ruhsal değişimlerin olabileceğinin fark edilmesi de insanların psikiyatrik nedenlerle acillere başvurularını arttırmıştır. Hali hazırda genel hastanelerin AS'lerine başvuran hastaların %3-12'sini psikiyatrik olgular oluşturmaktadır (3).

Çalışmamıza katılan 500 hastanın %69'unun kadın, % 31'inin erkek olduğu saptanmıştır. Yapılan bazı çalışmalarda cinsiyetin başvuruyu etkilediği, bazı çalışmalarda erkek, bazılarında kadın hastaların daha fazla başvurduğu şeklinde farklı sonuçlar ortaya çıkmıştır (1). Ülkemizde yapılan geriye dönük bir çalışmada ise başvuruda cinsiyetin etkisinin olmadığı bildirilmiştir (6).

Çalışmamızdaki hastaların %79'u 18–45 yaş aralığındadır. Genç ve orta yaşlar, kişilerin yaşamda aktif oldukları ve meslek seçimi, evlenme, boşanma, çocuk sahibi olma ve benzeri yaşamsal streslerle daha sık karşılaştıkları bir dönemdir (46). Böyle bir dönemde psikiyatrik hastaların AS'lere başvurma oranının ve psikiyatrik yatışların daha sık olması beklenebilir. Başvuruların daha çok kadın olmaları nedeniyle de genç-orta yaşta kadın olmanın AS'lere başvurup, yatışlar için risk faktörü olabileceği düşünülebilir.

Hastalarımızın %52.6'sını literatürle uyumlu olarak çalışmayan hastalar oluşturmaktadır. Bunların çoğunluğu ev hanımı, öğrenci ve işsizler gibi ekonomik olarak aktif olmayan kişilerdir. Öğrenci olmanın getirdiği

dönemsel stresler yanında, ev hanımı ya da işsiz olmak da kısa yatış için risk faktörü taşıyan gruplar arasındadır (46).

Çalışmamızda evli olguların oranı %55.8, bekâr olguların oranı %39.4 ve dul ya da boşanmış olguların oranı ise %4.8 olarak saptanmıştır. Ülkemizdeki boşanma oranı son yıllarda artış göstermekte birlikte, diğer ülkelere göre halen daha düşük seyretmektedir. Bu durum, ülkemizin sosyokültürel özellikleri ile birlikte düşünüldüğünde bireylerin evliliklerini devam ettirme çabası olarak açıklanabilir (47). Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada, psikiyatrik acil durumda başvuran kişilerin yüksek oranda evli olduğunu ortaya koymuştur. Bu çalışmada krizleri tetikleyen evlilik ile ilgili nedenler üzerinde durulmuştur. Bu nedenler arasında; eşler arasındaki iletişim sorunları, eşin bir başkası ile evlilik dışı ilişkisi, boşanma ya da eşlerden birinin boşanma isteği ve dayak gibi fiziksel saldırı öne çıkmıştır (48).

Çalışmamızdaki hastaların büyük bir kısmının (%45) Üniversite mezunu olduğu görülmüştür. Ülkemiz nüfusunun çoğunu ilköğretim mezunlarının oluşturmasına rağmen, hastanemize başvuran hastaların genel olarak yüksek eğitim düzeyinde olmaları, hastanemizin Üniversite yerleşkesi içindeki konumu dolayısıyla genç ve öğrenci nüfusun kolay ulaşımı ile açıklanabilir. Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada ise hastaların yarısına yakını ilkokul mezunu %49.5 olmakla beraber Üniversite mezunları %9.6 ve okur-yazar olmayanların sayısı %8.1 (47). Bu sonucun, ülkemiz nüfusunun çoğunluğunu ilköğretim mezunlarının oluşturması ve hastanelerine başvuran hastaların genel olarak düşük eğitim düzeyinde olmaları ile bağlantılı olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda hastaneye yatan hastaların %92.6'sının sağlık güvencesinin olduğu, ücretli hasta oranının %6.2, yeşil kartlı hasta oranının ise %1.2 olduğu belirlenmiştir. Bir diğer çalışmada ise vakaların %68,3'ünün herhangi bir sağlık güvencesinin olduğu, ücretli hasta sayısının %18,2 yeşil kartlı hasta sayısının ise %13 olduğu belirlenmiştir (48). Hastaların sosyal güvenceye sahip olmaları ekonomik açıdan zorlanmamaları için önemlidir. Bu hastalar AS'lere gitme konusunda kendilerini daha rahat ve güvende

hissetmektedirler. Başka bir bakış açısı ise sosyal güvencesi olmayan hastaların ekonomik zorluklar nedeniyle hastaneye başvurularının daha az olmasıdır.

Çalışmamızda yatış endikasyonuna göre yapılan değerlendirmede; tanının netleştirilmesi ve tedavinin planlanması için yapılan yatış oranı %46 iken, %36.5 oranında intihar riski nedeniyle yatışı yapılanlar yer almıştır. Hastaların %6.3'ünün yatış endikasyonu not edilmediğinden bilinmemektedir. AS'de değerlendirilerek yatış kararı verilen hastaların yarıya yakınının intihar riski ile yatırılması akıllara "defansif (savunucu) psikiyatri" kavramını getirmektedir. Bir çalışmaya göre doktorlar intihar girişimleri olan hastaları risk almamak adına hospitalize etmektedirler (46). Yapılan başka bir çalışmada ise yatış endikasyonuna göre değerlendirmede %54.1 oranında intihar riski nedeniyle yatışı yapılanlar yer alırken, tanının netleştirilmesi ve tedavinin planlanması için %26.3 hastanın yatışı yapılmıştır (49). Çalışmalardaki intihar riski nedeniyle yatış kararında, ülkemizde henüz güvenilir bir ayaktan takip sisteminin olmaması dolayısıyla hayati risk taşıyan hastanın programlı bir şekilde takip edilmesinin hastane şartlarında daha doğru ve kolay olacağı düşüncesinin tercih edilmesine bağlayabiliriz.

Çalışmamızda yer alan hastaların hekime başvurma yakınmaları içinde en sık psikotik bulgular gözlenirken (%66.8), depresif (%9,8) ve suicidal (%7.6) bulgularla gelen hastaların oranı da yüksek saptanmıştır. Benzer şekilde bir diğer çalışmada da hastaların hekime başvurma yakınmaları içinde en sık depresif bulgular görülürken (%45,7), suicidal (%39,9) ve psikotik ( %30,5) bulgularla gelen hastaların oranı da yüksektir (44). Psikiyatrik başvurularda kimi çalışmalarda psikotik, kimi çalışmalarda ise depressif yakınmaların ön planda olduğunu bildiren yayınlar da mevcuttur (49).

Çalışmamızda psikiyatrik yakınma dışı AS'e başvuru oranı %3.2 olarak tespit edilmiştir. Bu hastaların en sık yakınmaları; göğüs ağrısı, çarpıntı ve nefes alamama/nefes darlığı olarak saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada psikiyatri dışı yakınmalarla başvuran hasta oranı bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir (50). Bu tür yakınmalarla başvuran

hastalarda özellikle yoğun AS'lerde ön tanı sonrası kesin tanıya ulaşmak zordur. Bu hastalara uygun anamnez, yeterli fizik muayene ve gerekli tetkikler için uygun ortam sağlanmalıdır.

Kriz müdahalesinin AS'de hastaya yaklaşımın bir parçası olduğu düşünüldüğünde, çalışmamıza alınan hastaların kriz durumunu incelemek yerinde olacaktır. Hastalarımızdan herhangi bir kriz durumu yaşadıklarını söyleyenlerin oranı %45'dir. Yapılan bir çalışmada hastalardan son 3 ay içinde herhangi bir kriz durumu yaşadıklarını söyleyenlerin oranı %41,5 olarak saptanmıştır (51). Hastalarda kriz durumunu oluşturan koşullar; bir yakının ölümü, boşanma, işten çıkarılma, iflas etme, taşınma, çocuğunu evlendirme, aldatılma, yaşam kalitesini bozacak derecede bir hastalık tanısı alma, trafik kazası geçirme, aile içi çatışma ve benzeri durumlardır (52). Çalışmamızda krizi oluşturan nedenler irdelendiğinde; aile içi çatışma, işten çıkarılma ve eğitimdeki sorunların öne çıktığı görülmüştür

Çalışmamızda 9 hasta psikiyatri dışı kliniklere yatırılmıştır. Bu hastaların 7'si metabolik nedenlerden dolayı, 2'si de intihar girişimine bağlı gelişen metabolik bozukluklardan dolayı yatırılmıştır. Metabolik neden olarak; göğüs ağrısı ve gastrointestinal semptomların öne çıktığı görülmüştür. Ayrıca elektrolit bozukluğu, genel durum bozukluğu gibi nedenlerle de yatışı yapılan hastalar mevcuttur. Yapılan bir çalışmada psikiyatrik dışı kliniklere yatışlar genellikle madde kullanımı sonrası genel durum bozukluğu ve intihar sonrası yatışlar olduğu gözlenmiştir (48).

Hastalarımızdan yatışı yapılanların %1.2'sine herhangi bir tanı konmamış ve yatış endikasyonu belirtilmemiştir. Hastaların gelişmiş şikayetleri ve ön tanıları incelendiğinde, psikiyatrik hastalıklardaki semptom zenginliği görülebilir. Kimi zaman hastalıklar o kadar birbiri içinde yer alır ki, tanının konması özellikle AS koşullarında mümkün olmayabilir (49). Bu durum, yatış sonrası değerlendirmede tanının ertelenmesine neden olmuş olabilir.

Hastalarımızdaki madde kullanım oranı %2.6 ve hem alkol hem madde kullanan hasta oranı ise %0.6 idi. Hastaların madde kullandımlarını saklamaları ve madde kullanımını gösterecek tetkiklerin hastanemizde yapılamaması bu oranın düşük çıkmasına neden olmuş olabilir. Eksen tanısı

olan hastaların %55'inde alkol kullanımı mevcut iken, madde kullanımı olanların oranı %7, hem alkol hem madde kullananların oranı ise %5'dir (48). Özellikle psikiyatrik bir hastalığa eşlik eden madde kullanımının olumsuz prognostik faktörlerden olup, sık relaps ve hastaneye yatışlarla ilgili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (50). Benzer şekilde, alkol ve madde kullanımı eş tanılarının tedaviye uyumu en fazla bozan iki tanı olduğu gösterilmiştir (51). Alkol ve madde kullanımının özellikle şizofreni hastalarında psikiyatrik semptomları arttırdığını belirten çalışmalar bulunmaktadır. Yapılan bir başka çalışmada da madde kullanan ya da madde kullanmaya yeni başlayan hastaların bir yıl içinde AS'e başvurusu olduğu gösterilmiştir (52)

Çalışmamızda yatışı olan hastaların %20.6 gibi bir oranda istemsiz yatırıldığı saptanmıştır. Psikiyatrik hastaların şiddet davranışı istemsiz yatış için önemli bir kriterdir (53). Benzer bir başka çalışmada, agresyonun özellikle istemsiz yatışlarda önemli bir belirteç olduğu ve bu davranışın yatış süresini uzattığı belirtilmiştir. İstemsiz yatışın yüksek oranda olması, özellikle psikotik hastalıklarda görülen iç görü yoksunluğu ve bu dönemde artan saldırganlık ile ilgili olabilir. Gerçekten de yaşamının bir döneminde en az bir kez ruh sağlığı hastanesine yatırılma olasılığı olan nüfus oranının %1–2 olduğu ve bu yatışların bir kısmının psikiyatrik krizlere bağlı olabileceği düşünülürse, buna bağlı hastane yatışlarına dikkat çekmek yerinde olur (54).

Çalışmamıza alınan hastaların %91'i bir intihar düşüncesinin ve herhangi bir intihar girişiminin olmadığını söylerken, intihar düşüncesi olanların oranı %2, bir kez intihar girişimi olanların oranı %5, birden çok girişimi olanların oranı ise %2 olarak saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada, intihar düşüncesinin acil yatış kararı için etkili olduğu söylenmiştir (51). Ayrıca intihar düşüncesi ile intihar girişimi arasındaki farka dikkat çekerek bu iki olgunun ayrı değerlendirilmesi gerektiğini vurgulayan çalışmalara da rastlanmıştır (55).

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Bunlardan biri bazı verilerin hastaların kendisinden değil, yakınlarından alınmış olması nedeniyle bilgilerin doğruluğunun net olmamasıdır. Diğer kısıtlılık ise, çalışmaya alınan

hastalardan akut psikoz durumunda olanların saldırgan ve dürtüsel davranışları nedeniyle detaylı anamnez alınamamış olmasıdır. Yeterli anamnez alınamamış hastalarda tüm bilgiler geriye dönük incelemelerden veya daha sonra yapılan telefon görüşmelerinden elde edilmiştir.

Sonuç olarak acil psikiyatrik olgular hasta ve hasta yakınları için tehdit oluşturur ve acil müdahale gerektirir. İntihar girişimi, madde bağımlılığı, alkol intoksikasyonu, akut psikotik durumlar, saldırganlık, panik atak ve konversiyon AS'lerde görülen psikiyatrik durumlara örneklerdir. Psikiyatrik acillerde, genç-orta yaşlarda ve kadın olmanın hem AS'lere başvuruda hem de hastaneye yatışta risk faktörü olabileceğini düşündürmektedir. Öğrenci olmanın getirdiği dönemsel stresler yanında, ev hanımı ya da işsiz olmak da risk faktörü taşıyan gruplar arasında görülmektedir. Çalışmamızdaki hastaların genel olarak yüksek eğitim düzeyinde olmaları, hastanemizin Üniversite yerleşkesi içinde olması dolayısıyla genç ve öğrenci nüfusun kolay ulaşımı ile açıklanabilir. Hastaların sosyal güvenceye sahip olmaları AS'lere gitme konusunda kendilerini daha rahat ve güvende hissetmelerile ilgili olabilir.

## KAYNAKLAR

1. Saddock BJ, Saddock VA. Klinik Psikiyatri. Psikiyatrik Aciller, Aydın H, Bozkurt A (Çeviri Ed.) 8. Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi Ltd. Şti. 2007, 2442–60.
2. Fichtner CG, Flaherty JA. Emergency psychiatry training and the decision to hospitalize a longitudinal study of psychiatric residents *Academic Psychiatry* 1993;17:130–7.
3. Gelişen ÖŞ. Acil psikiyatrik başvurularda yatış kararını belirleyen faktörler. Uzmanlık Tezi. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 1996.
4. Göka E, Duman ÖY. Ülkemizdeki ruh sağlığı hizmetlerinin örgütlenme sorunları ve bazı öneriler. *T Klin Psikiyatri* 2002;3:80–92.
5. Yıldız A, Onur E, Turgut K, Tunca Z. Bir üniversite hastanesi psikiyatri kliniğinde hasta yatış sürelerini etkileyen faktörler. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2003;13;3:122–8.
6. Bekaroğlu M, Bilici M. Psikiyatrik Aciller. In: Güleç C, Köroğlu E, (Ed). *Psikiyatri Temel Kitabı*, Cilt 2. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1998, p. 835–55.
7. Blais M, Matthews J, Lipkis R et al. Predicting length of stay on an acute care medical psychiatric inpatient service. *Administration and Policy in Mental Health* 2003;31.
8. Gerson S, Bassuk E. Psychiatric emergencies. *Am J Psychiatry* 1980;137:111-5
9. Ulaş H. Batı Avrupa ülkelerinde ve Türkiye’de psikiyatrik hizmetler. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni* 2008; Cilt 11, Sayı 2, Sayfa 45-9
10. Coşkun B. Psychiatry in Turkey. *International Psychiatry* 2004;3:13–5.
11. Yanık M. Türkiye ruh sağlığı sistemi üzerine değerlendirme ve öneriler, ruh sağlığı eylem planı önerisi. *RHCP Özel Sayı*; 2001 Ekim
12. TC. Sağlık Bakanlığı Türkiye Cumhuriyeti Ulusal Ruh Sağlığı Politikası, T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü; 2006, Ankara
13. Sayıl I. Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi tanıtım kitabı. *Kriz Merkezi Yayınları*, Ankara Üniversitesi Basımevi, 1993.
14. TC. Sağlık Bakanlığı, Sağlık 21, Herkese sağlık, Türkiye'nin hedef ve stratejileri, Ankara, 2001.
15. McNiel DE, Hatcher C, Zeiner H, et al. Characteristics of persons referred by police to the psychiatric emergency room. *Hosp Community Psychiatry* 1991;42 425–7.
16. Turner PM, Turner TJ. Validation of the crisis triage rating scale for psychiatric emergencies. *Can J Psychiatry* 1991; 36:651–4.
17. Menninger WW. Ruh hastalıklarının tedavisinde psikiyatri hastanelerinin rolü. *Klinik Psikiyatri*, Saddock BJ, Saddock WA. (Editor) Aydın H, Bozkurt A (Çeviri Ed.) 8. Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi Ltd. Şti.2007, 3875– 80.

18. McNiel DE, Myers RS, Zeiner HK, et al. The role of violence in decisions about hospitalization from the psychiatric emergency room. *Am J Psychiatry*, 1992;149:207–12.
19. Arkonaç O. Acil Psikiyatri. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 1989.
20. Petit JR. Acil Psikiyatri El Kitabı, Coşkun M (Çeviri Ed.), 1. Baskı, İstanbul Medikal Yayıncılık, 2008, 85–92.
21. Aktaş AM. Kriz durumlarında sosyal hizmet müdahalesi. *Kriz Dergisi* 2003;11:37–44.
22. Odağ C. İntihar (Özkıyım), Tanım-Kuram-Sağaltım. İzmir Psikiyatri Derneği, Ege Üniversitesi Basımevi, 1995, Bornova-İzmir
23. Ryan J, Rushdy A, Perez-Avila CA et al. Suicide rate following attendance at an accident and emergency department with deliberate self harm. *J Accid Emerg Med* 1996;13:101–4.
24. Edwards MJ, Holden RR. Coping, meaning in life, and suicidal manifestations: examining gender differences. *J Clin Psychol* 2001;57: 1517–34.
25. Lubin G, Glasser S, Barell V. Epidemiology of suicide in Israel: a nationwide population Study. *Soc Psychiatry Epidemiol* 2001;36:123-7.
26. Chehill S. İntihar Riskinin Ele Alınması, Sağlık Alanlarında Çalışanlar İçin El Kitabı. İlk Basım. Sigma Publishing, İstanbul, 2009:6–30.
27. Karlıdere T. In: Güleç C, Köroğlu E. (Ed.). *Psikiyatri Temel Kitabı*, Hekimler Yayın Birliği, Ankara 2007, 544–60.
28. Sayıl I, Can S. Yineleyici intihar girişimleri. *Kriz Dergisi* 2004;12:53–62.
29. France K. *Crisis Intervention A Handbook of Immediate Person-to-Person Help*, Charles Thomas Publisher, 1990, Illinois, USA, 61–77.
30. Suominen K, Suokas J, Isometsa E, et al. Long-term risk factors for suicide mortality after attempted suicide-findings of a 14-year follow-up study. *Acta Psychiatr Scand* 2001;104:117–21.
31. Mossman D. Assessing predictions of violence being accurate about accuracy. *J Consult Clin Psychol* 1994; 62:783–92.
32. Beck JC, White KA, Gage B. Emergency Psychiatric Assessment of Violence. *Am J Psychiatry* 1991;148:1562–5.
33. Kayatekin ZE, Maner F, Abay E ve ark. Ruh hastalarında homisidal saldırganlık. *Düşünen Adam* 1991;4:22–7.
34. Swanson JW, Holzer CE, Ganju VK, et al. Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the epidemiologic catchment area surveys. *Hosp Comm Psychiatry* 1990;41:761–70.
35. Borum R, Swartz M, Swanson J. Assessing and managing violence risk in clinical practice. *J Prac Psych Behav Health* 1996;2:205–22.
36. Mossman D. Assessing predictions of violence being accurate about accuracy. *J Consult Clin Psychol* 1994; 62:783–92.
37. Beck JC, White KA, Gage B. Emergency Psychiatric Assessment of Violence. *Am J Psychiatry* 1991;148:1562–5.
38. Sercan M, Bilici R. Türkiye’de bir ruh sağlığı bölge hastanesindeki hasta bağlama uygulamalarının değişkenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 2009;20: 37–48.
39. Çevik A. Konversiyon bozukluğu. *Psikiyatri Dünyası*: 1999;1:11–4.



40. Rossi AM, Jacobs M, Monteleone M et al. Characteristics of psychiatric patients who engage in assaultive or other fear-inducing behaviors. *J. Nerv Ment Dis* 1986;174:154–60.
41. Şengül C, Şimşek D, Serinken M. Acil serviste şiddet yönetimi. *Türkiye Acil Tıp Dergisi* 2009;9:139–43.
42. Yıldız A. Akut ajitasyon sağaltımında benzodiazepinlerin, tipik ve atipik antipsikotiklerin yeri: bulguların gözden geçirilmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2003;14:134–44.
43. Kırkpınar İ, Aydın N. Şizofrenide intihar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2001; 2:47–52.
44. Antoon A, Leenaars Edwin S. Shneidman on suicide suicidology. 2010;1:5–18.
45. Uçan Ö. Türkiye’de intiharı konu alan yayınlar üzerine bir bibliyografya çalışması. *Kriz Dergisi* 2005;13:15–26.
46. Skodal AE, Karasu TB. Emergency psychiatry and assaultive patient. *Psychiatry* 1978;135: 202–5.
47. Yılmaz AT. Basel üniversitesi psikiyatrik krize müdahale servisinde tedavigören hastaların sosyodemografik ve psikiyatrik açıdan değerlendirilmesi. *Kriz Dergisi* 1999;7:15–9.
48. Liebermann PB, Strauss JS. Brief psychiatric hospitalization: what are its effects? *Am J Psychiatry* 1986;143:1557–62.
49. Angst J, Sellaro R. Historical perspectives and natural history of bipolar disorder. *Biol Psychiatry* 2000;48: 445–7.
50. Güz H, Doğanay Z. et al. Acil servisten istenen psikiyatri konsültasyonlarının geriye dönük incelenmesi. *Acil Tıp Dergisi* 2003; 3:16-9.
51. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition -DSM-IV. American Psychiatric Association, Washington DC, 1994.
52. Türkçapar H, Tütüncü R. Pseudoepileptik nöbet tanısı alan konversiyon bozukluğu hastalarının bir yıllık izlem sonuçları. *Klinik Psikiyatri* 2003; 6:76–9.
53. Belli H, Özçetin A, Ertem Ö et al. Şizofreni hastalarında sosyodemografik özellikler ve tedavi ile ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007;8:102–12.
54. Uzun Ö. Şizofreni ve Madde Kullanım Bozuklukları. Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri Şizofreni-II. 1.cilt. Ceylan ME, Çetin M. 3. baskı.52; 1371–83..
55. Meltzer HY. Suicidality in schizophrenia: A review of the evidence for risk factors and treatment options. *Current Psychiatry Reports* 2002:279-83.

## EKLER

### EK-1: Veri Toplama Formu

#### Acil Servise Başvuran ve Psikiyatrik Acil Durum Olarak Değerlendirilen Hastaların Epidemiyolojik İncelemesi

**Geliş tarihi;**

**Dosya no :**

#### **1. Yaş**

18-45: 1

46-65: 2

66 ve üstü:3

#### **2. Cinsiyet**

Erkek: 0

Kadın: 1

#### **3.Medeni Durum**

Evli: 0

Bekâr: 1

Diğer: 2

#### **4.Çocuk Sayısı**

Yok:0

1 çocuk:1

2 ve üzeri:2

#### **5.Eğitim Durumu**

Eğitimsiz: 0

İlkokul:1

Ortaokul:2

Lise:3

Üniversite:4

## **6.Meslek**

Çalışmıyor:0

Çalışıyor:1

Öğrenci:2

## **7.Sosyal Güvence**

Ücretli: 0

Yeşil Kart: 1

Diğer: 2 (E.S, Bağkur..Vb)

## **8.Soygeçmiş Özellikleri**

Özellik Yok:0

Özellik Var:1

## **9.Psikoaktif Madde Kullanımı**

Alkol Kullanımı: 0

Madde Kullanımı(bonzai,eroin...) : 1

Her ikisi: 2

## **10. Sigara Kullanımı**

Yok: 0

Var: 1

## **11. II. Eksen Tanısı**

Yok: 0

Var: 1

### **11.2 Eksen tanısı varsa tanısı**

1. Depresyon
- 2.Bipolar Bozukluk
- 3.Psikotik Bozukluk
- 4.Madde Kullanımına Bağlı Bozukluk
- 5.Kişilik Bozukluğu
- 6.Diğer

## **12.Suisid Girişimi**

Yok: 0

Fikri Var: 1

1 Kez Girişim:2

1'den Çok Girişim:3

## **13.Daha Önceki Yatış Varlığı**

Yok: 0

Var: 1

## **14.Kaç Yıldır Hasta (Ay Cinsinden)**

Bilinmiyor:0

1 aydan az:1

1-6 ay arası:2

6 aydan fazla:3

## **15.Yatış Bulguları**

Psikotik:1

Manik:2

Depresif:3

Suisidal:4

Obsesif:5

Dissosiyatif:6

Psikiyatri dışı sebepler: 7

## **16. metabolik bulgular**

Göğüs ağrısı çarpıntı 1

Elektrolit bozuklukları bulantı kusma 2

Nefes darlığı öksürük balgam 3

Ateş 4

Genel durum bozukluğu oral alamama hipotansiyon 5

Gastroenterolojik şikayetler gıç kanama ,ishal ,sarılık 6

Şuur bulanıklığı 7

**16.Yatış Endikasyonu**

Bilinmiyor:0

Suisid Riski: 1

Metabolik sebepler 2

Tanı&Tedavi: 3

**17.Yatış Şekli**

İstemli: 0

İstemsiz:1

**18.sonuç**

Yatış 0

Taburcu 1

Exitus 2

Tedavi redd 3

**19. yatış ise nereye**

Psikiyatri 0

Psikiyatri dışı 1

**20.yatış yeri**

İl içi hastaneler 1

İl dışı hastaneler 2

Uludağ üniversitesine 3

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, anlayıő ve hoőgörölü destekleri ile eğitimime büyük katkıda bulunan değerli hocalarım; Prof. Dr. Erol Armađan'a, Prof. Dr. Őule Akköse Aydın'a, Doç. Dr. Özlem Köksal'a, Uzm. Dr. Fatma Özdemir'e teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Asistanlığım boyunca her anı paylaőtıđım ve birlikte çalıőmaktan mutlu olduğum sevgili asistan arkadaşlarıma, hemşire, sekreter ve tüm personel arkadaşlarıma, varlığı, desteği ve sabrı için sevgili eőim Ceyda Kıyak'a, canım oğlum Mehmet Kıyak'a ve ayrıca bu zamana kadar beni destekleyen aileme sonsuz teşekkür ederim.

## ÖZGEÇMİŞ

10 Haziran 1985 tarihinde Balıkesir’de doğdum. İlköğrenimimi Bigadiç Dört Eylül İlköğretim Okulu’nda tamamladım. Orta ve Lise eğitimimi Balıkesir Rahmi Kula Anadolu Lisesi’nde bitirdikten sonra 2003 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi’ni kazanarak tıp öğrenimime başladım. 2010 yılında mezun oldum. Mezuniyet sonrası Zonguldak Çaycuma Devlet Hastanesinde pratisyen hekim olarak çalıştım. Eylül 2011’de Tıpta Uzmanlık Sınavı’nı kazanarak Uludağ Üniversitesi Acil Tıp Anabilim Dalı’nda ihtisas yapmaya hak kazandım. 14 Aralık 2011 tarihinden beri bu bölümde araştırma görevlisi olarak çalışmaktayım. Evliyim, 1.5 yaşında bir oğlum var.