

**T.C.  
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği  
Anabilim Dalı**

# **HASTA VE YAKINLARININ BAKIŞ AÇISIYLA PSİKİYATRİK YATIŞIN NEDENLERİ**

**Nimet SAYGIN**

**Yüksek Lisans Tezi**

**Antalya, 2007**

**T.C.**  
**AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği**  
**Anabilim Dalı**

# **HASTA VE YAKINLARININ BAKIŞ AÇISIYLA PSİKİYATRİK YATIŞIN NEDENLERİ**

**Nimet SAYGIN**

**Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı**  
**Prof. Dr. Kadriye BULDUKOĞLU**

**Bu Çalışma Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Yönetim Birimi  
Tarafından Desteklenmiştir (Proje No:2006.02.0122.001)**

**“Kaynakça gösterilerek tezinden yararlanılabilir”**

**Antalya, 2007**  
Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne;

Bu çalışma jürimiz tarafından Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir. .../.../2007

**Tez Danışmanı:** Prof.Dr. Kadriye BULDUKOĞLU  
Akdeniz Üniversitesi  
Antalya Sağlık Yüksekokulu

**Üye:** Doç.Dr. Hakan YAMAN  
Akdeniz Üniversitesi  
Tıp Fakültesi

**Üye:** Yrd.Doç.Dr. Özen KULAKAÇ  
Akdeniz Üniversitesi  
Antalya Sağlık Yüksekokulu

**Üye:** Yrd.Doç.Dr. Neşe ZAYİM  
Akdeniz Üniversitesi  
Tıp Fakültesi

**Üye:** Yrd.Doç.Dr. Zeynep CANLI ÖZER  
Akdeniz Üniversitesi  
Antalya Sağlık Yüksekokulu

**ONAY:**

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulu'nca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun ..../..../..... Tarih ve ..../..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Nurettin OĞUZ

Enstitü Müdürü

## ÖZET

Psikiyatrik yatışın ruhsal bozukluğu olan birey, bireyin ailesi ve toplum üzerinde olumlu etkileri olduğu kadar, olumsuz etkileri de olabilir. Hastaneye yatarak tedavi görme bireyin çevresine uyumunu bozabilir, bireylere ve topluma finansal olarak ağır yük getirebilir. Bu nedenle yatışa neden olan faktörleri tanımlamak önemlidir.

Bu çalışma hasta ve yakınlarının bakış açısıyla psikiyatrik yatışın nedenlerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırma, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Antalya Devlet Hastanesi'ne bağlı Aşur Aksu Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği ve Atatürk Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde yatarak tedavi gören hastalar (450) ve bu hastaların yakınlarının (390) bakış açısıyla psikiyatrik yatışın nedenlerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Çalışmada elde edilen veriler SPSS-13 paket programında iki oran arasındaki farkın anlamlılık testi, ki-kare önemlilik testi ve Fisher'in kesin ki-kare testi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Yapılan bu çalışma sonucunda hasta ve yakınlarının ifadelerine göre psikiyatrik yatış nedenlerinin “sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak”, “hastalığından kurtulmak ve tedavi olmayı istemek”, “verilen tedavilere evde uyamamak”, “aileden, evden ve çevreden biraz uzak kalmak”, “kendisine ve çevresine zarar vermemek”, “yemek yiyememe ve uykusuzluk” ve “dengesiz davranışlar” olduğu saptanmıştır. Buna ek olarak “ailenin bakamaması”nın sadece hasta yakınları tarafından ifade edilen bir yatış nedeni olduğu ve hastaların bazılarının yatış nedenini bilmediği bulunmuştur. Hastaların cinsiyet, yaş, eğitim durumu, çocuk sayısı, meslek ve oturdukları yer özelliklerinin; hasta yakınlarının ise cinsiyet, medeni durum, meslek, aile tipi ve oturdukları yer özelliklerinin yatış nedenleri üzerinde etkileyici bir faktör olduğu saptanmıştır.

Bu araştırmanın sonucunda elde edilen psikiyatrik yatış nedenlerinin, uygun hemşirelik müdahaleleri kullanılarak birey ve ailesinin baş etmelerinin güçlendirilmesi yoluyla ortadan kaldırılabilecek nedenler olduğu düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Psikiyatrik yatış, Hasta, Hasta yakını, Psikiyatri hemşireliği

## ABSTRACT

Psychiatric hospitalization can have bad effects as much as good effects on the patient, the family and the society. Psychiatric hospitalization can break the environmental adaptation of the person, make financial difficulties on the people and the society. For that reason, defining the factors to cause psychiatric hospitalization has great importance.

This study was done to define the causes of having psychiatric hospitalization with the patients' and their relatives' viewpoints. The research performed to identify the reasons of psychiatric hospitalization with view of the patients (450) who had psychiatric hospitalization at Psychiatric Ward of the Hospital of Akdeniz University, Psychiatric Ward of Aşır Aksu State Hospital affiliated to Antalya State Hospital and Psychiatric Ward of Atatürk State Hospital and their relatives' (390) viewpoints. The datas obtained from this study were assessed by using independent samples-T test, pearson chi-square test and Fisher's exact test at SPSS 13 (Statistical Package for Social Science) programme.

At the result of this study, according to the patients and the relatives of them, the reasons of psychiatric hospitalization were determined as follows: "to have anxiety, tension and psychological discomfort", "to deserve to get rid of his/her illness and to get treatment", "unable to follow the medical home-based treatment", "to be away from family, home and society", "not to be self-harmed and violent to others", "unable to sleep and eat" and "mentally unbalanced behaviours". In addition to this, "Not to care by the family" was the reason of having psychiatric hospitalization which had been expressed by the families only and also some patients were not know why they have psychiatric hospitalization. Patients' sexuality, age, educational degree, number of children, profession and the environmental conditions, on the other hand the relatives of the patients' sexuality, marital status, profession, type of family and the environmental conditions were determined as the effective factors on the reasons of psychiatric hospitalization.

It is thought that the reasons of psychiatric hospitalization which were acquired from this study can be abated by using adequate nursing interventions to sustain coping with the mechanisms of the patient and his/her family.

**Key words:** Psychiatric hospitalization, Patient, Patient's relatives, Psychiatric nursing

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans öğrenimim ve tez çalışmam süresince göstermiş olduğu ilgi, hoşgörü ve yönlendirmeleriyle sonuca ulaşmamda en büyük desteği aldığım danışmanım Sayın Prof.Dr. Kadriye BULDUKOĞLU'na,

İstatistiksel değerlendirmelerde yardımcı olan Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof.Dr. Osman SAKA'ya ve Araş.Gör. Selen BOZKURT'a,

Değerli eleştirileri ile çalışmama katkıları olan Doç.Dr. M. Mehmet ERYILMAZ'a,

Değerli görüş ve düşünceleri ile çalışmama katılan Antalya Devlet Hastanesi, Atatürk Devlet Hastanesi ve Akdeniz Üniversitesi Hastanesi psikiyatri kliniklerinde yatan hasta ve bu hastaların yakınlarına,

Çalışmam için gerekli ortamın sağlanmasında destek olan Antalya Devlet Hastanesi, Atatürk Devlet Hastanesi ve Akdeniz Üniversitesi Hastanesi psikiyatri kliniklerinde çalışan ekip üyelerine,

Manevi desteğini sürekli hissettiğim Öğ.Gör. Sayın İlkay KAYACAN KESER'e ve çalışmama destek olan tüm Antalya Sağlık Yüksekokulu öğretim elemanları ve çalışanlarına,

Çalışmamın her aşamasında yardımlarını, hoşgörülerini ve manevi desteklerini sürekli hissettiğim başta ailem olmak üzere, yakın arkadaşlarım ve çalışma arkadaşlarıma teşekkür ederim.

## İÇİNDEKİLER

	Sayfa
<b>ÖZET</b>	iv
<b>ABSTRACT</b>	v
<b>TEŞEKKÜR</b>	vi
<b>İÇİNDEKİLER DİZİNİ</b>	vii
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ</b>	ix
<b>TABLolar DİZİNİ</b>	x
<b>GİRİŞ</b>	
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
<b>GENEL BİLGİLER</b>	
2.1. Psikiyatrik Yatış	4
2.2. Geçmişten Günümüze Psikiyatrik Yatış	4
2.3. Psikiyatrik Yatış Çeşitleri	6
2.3.1. Gönüllü Yatış	6
2.3.2. Gönülsüz Yatış	7
2.4. Psikiyatrik Yatış Nedenleri	8
2.5. Psikiyatrik Yatışın Etkileri	10
2.5.1. Psikiyatrik Yatışın Birey Üzerine Etkileri	10
2.5.2. Psikiyatrik Yatışın Aile Üzerine Etkileri	11
2.5.3. Psikiyatrik Yatışın Toplum Üzerine Etkileri	12
2.6. Psikiyatrik Yatış Yönetim Sürecinde Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşiresinin Rolü	12
<b>GEREÇ VE YÖNTEM</b>	
3.1. Araştırmanın Şekli	31
3.2. Araştırmanın Yeri	31
3.3. Araştırmanın Evreni	31
3.4. Araştırmanın Örneklemi	32
3.5. Verilerin Toplanması	32
3.6. Soru Formunun Hazırlanması	32
3.7. Soru Formunun Uygulanması	32
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	33
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	33

<b>BULGULAR</b>	<b>34</b>
<b>TARTIŞMA</b>	<b>80</b>
<b>SONUÇLAR</b>	<b>104</b>
<b>ÖNERİLER</b>	<b>111</b>
<b>KAYNAKLAR</b>	<b>113</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ</b>	<b>125</b>
<b>EKLER</b>	
<b>EK:I-A</b> Hastaların Bakış Açısıyla Psikiyatrik Yatış Nedenlerinin Belirlenmesine Yönelik Form	
<b>EK:I-B</b> Hasta Yakınlarının Bakış Açısıyla Psikiyatrik Yatış Nedenlerinin Belirlenmesine Yönelik Form	



## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

<b>ABD</b>	: Amerika Birleşik Devletleri
<b>APA</b>	: American Psychiatric Association (Amerikan Psikiyatri Birliği)
<b>AMA</b>	: American Medical Association (Amerikan Tıp Birliği)
<b>DSM</b>	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Bozuklukların Tanı ve Sınıflandırılması)
<b>ICD</b>	: International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems (Uluslararası Hastalık Sınıflandırması)
<b>Max</b>	: Maksimum
<b>Min</b>	: Minimum
<b>N</b>	: Yanıt veren birey sayısı
<b>OD</b>	: Ortanca Değer
<b>Ort</b>	: Ortalama
<b>NANDA</b>	: North American Nursing Diagnosis Association (Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği)
<b>S</b>	: Verilen Yanıt Sayısı
<b>Sd</b>	: Standard Deviation (Standart Sapma)
<b>TUİK</b>	: Türkiye İstatistik Kurumu
<b>WHO</b>	: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo</b>		<b>Sayfa</b>
<b>Tablo 4.1</b>	Hastaların ve Yakınlarının Tanımlayıcı Özellikleri	<b>34</b>
<b>Tablo 4.2</b>	Hastaların Hastalığı ile İlgili Özellikler	<b>37</b>
<b>Tablo 4.3</b>	Hasta ve Yakınlarına Göre Hastaların Yatışı ile İlgili Özellikler	<b>38</b>
<b>Tablo 4.4</b>	Hasta ve Yakınlarına Göre Hastaların Yatış Öncesi İlaç Kullanması ile ilgili Özellikler	<b>39</b>
<b>Tablo 4.5</b>	Hastaların İfadesine Göre Son Günlerde Önemli Bir Olay Yaşama	<b>40</b>
<b>Tablo 4.6</b>	Hasta ve Yakınlarına Göre Hastanın Yatış Nedenleri	<b>41</b>
<b>Tablo 4.7</b>	Hasta ve Yakınlarının Yatışın Gerekliliğine İlişkin Düşünceleri	<b>42</b>
<b>Tablo 4.8</b>	Hasta ve Yakınlarının Hastanede Yatırılmadan Tedavi Edilebilme ile İlgili Görüşleri	<b>43</b>
<b>Tablo 4.9</b>	Hasta ve Yakınlarının Doktor ve Hemşirelerden Beklentileri	<b>44</b>
<b>Tablo 4.10</b>	Hasta ve Yakınlarının Psikiyatrik Yatışın Sonucuna İlişkin Beklentileri	<b>45</b>
<b>Tablo 4.11</b>	Hasta ve Yakınlarına Göre Taburculuk İçin Çözümlemesi Beklenen Sorunlar	<b>46</b>
<b>Tablo 4.12</b>	Hasta Yakınlarının Hastalarının Hastane ya da Benzeri Bir Kurumda Sürekli Barındırılmasına Yönelik Görüşleri	<b>47</b>
<b>Tablo 4.13</b>	Hasta ve Yakınlarına Göre Ruhsal Hastalıkların Tedavisi İçin Hastaneler Dışında Gerekli Olan Kurumlar	<b>48</b>
<b>Tablo 4.14</b>	Yatış Nedenlerine İlişkin İfadelerin Hasta ve Yakınlarının Cinsiyetlerine Göre Dağılımı	<b>49</b>
<b>Tablo 4.15</b>	Yatış Nedenlerine İlişkin İfadelerin Hasta ve Yakınlarının Yaşlarına Göre Dağılımı	<b>50</b>
<b>Tablo 4.16</b>	Yatış Nedenlerine İlişkin İfadelerin Hasta ve Yakınlarının Medeni Durumlarına Göre Dağılımı	<b>51</b>

<b>Tablo 4.17</b> Yatış Nedenlerine İlişkin İfadelerin Hasta ve Yakınlarının Çocuk Sayılarına Göre Dağılımı	<b>52</b>
<b>Tablo 4.18.a</b> Hastaların Yatış Nedenlerine İlişkin İfadelerinin Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı	<b>53</b>
<b>Tablo 4.18.b</b> Hasta Yakınlarının Yatış Nedenlerine İlişkin İfadelerinin Hasta Yakınlarının Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı	<b>54</b>
<b>Tablo 4.19.a</b> Hastaların Yatış Nedenlerine İlişki İfadelerinin Hastaların Mesleklerine Göre Dağılımı	<b>55</b>
<b>Tablo 4.19.b</b> Hasta Yakınlarının Yatış Nedenlerine İlişkin İfadelerin Hasta Yakınlarının Mesleklerine Göre Dağılımı	<b>56</b>
<b>Tablo 4.20</b> Yatış Nedenlerine İlişkin İfadelerin Hasta ve Yakınlarının Aile Tiplerine Göre Dağılımı	<b>57</b>
<b>Tablo 4.21</b> Yatış Nedenlerine İlişkin İfadelerin Hasta ve Yakınlarının Oturdukları Yere Göre Dağılımı	<b>58</b>
<b>Tablo 4.22</b> Hastaların Yatış Nedenlerine İlişkin İfadelerinin Hastaların Tanılarını Bilme Durumuna Göre Dağılımı	<b>59</b>
<b>Tablo 4.23</b> Hastaların Yatış Nedenlerine İlişkin İfadelerinin Hastaların Tanılarına Göre Dağılımı	<b>60</b>
<b>Tablo 4.24</b> Hastaların Yatış Nedenlerine İlişkin İfadelerinin Hastaların İkinci Tanılarına Göre Dağılımı	<b>62</b>
<b>Tablo 4.25</b> Hastaların Yatış Nedenlerine İlişkin İfadelerinin Hastaların Hastalığının Süresine Göre Dağılımı	<b>63</b>
<b>Tablo 4.26</b> Hastaların Yatış Nedenlerine İlişkin İfadelerinin Hastaların Yatış Sayısına Göre Dağılımı	<b>64</b>
<b>Tablo 4.27</b> Yatış Nedenlerine İlişkin İfadelerin Hastaların Kliniğe Yatırılma Şekline Göre Dağılımı	<b>65</b>
<b>Tablo 4.28</b> Hastaların Yatış Nedenlerine İlişkin İfadelerinin Hastada Başka Bir Hastalığın Varlığına Göre Dağılımı	<b>66</b>
<b>Tablo 4.29</b> Yatış Nedenlerine İlişkin İfadelerin Hastaların Yatış Öncesi İlaç Kullanma Durumuna Göre Dağılımı	<b>67</b>
<b>Tablo 4.30</b> Hastaların Yatış Nedenlerine İlişkin İfadelerinin Hastaların Önemli Bir Olay Yaşama Durumuna Göre Dağılımı	<b>68</b>

<b>Tablo 4.31</b>	Hastaların Yatış nedenlerine İlişkin İfadelerinin Hastaların Yaşadıkları Olaya Göre Dağılımı	<b>69</b>
<b>Tablo 4.32</b>	Hasta Yakınlarının Yatış Nedenlerine İlişkin İfadelerinin Hasta Yakınlarının Yatışın Gerekliliğine İlişkin Düşüncelerine Göre Dağılımı	<b>70</b>
<b>Tablo 4.33</b>	Yatış Nedenlerine İlişkin İfadelerin Hasta ve Yakınlarının Hastanede Yatırılmadan Tedavi edilebilme ile ilgili Görüşlerine Göre Dağılımı	<b>71</b>
<b>Tablo 4.34.a</b>	Hastaların Yatış Nedenlerine İlişkin İfadelerinin Hastaların Yatışın Yarar Sağlayacağına İnanma Durumuna Göre Dağılımı	<b>72</b>
<b>Tablo 4.34.b</b>	Hasta Yakınlarının Yatış Nedenlerine İlişkin İfadelerin Hasta Yakınlarının Yatışın Yarar Sağlayacağına İnanma Durumuna Göre Dağılımı	<b>73</b>
<b>Tablo 4.35.a</b>	Hastaların Yatış Nedenlerine İlişkin İfadelerinin Hastaların Taburculuk İçin Çözümlemesini Bekledikleri Sorunlara Göre Dağılımı	<b>74</b>
<b>Tablo 4.35.b</b>	Hasta Yakınlarının Yatış Nedenlerine İlişkin İfadelerinin Hasta Yakınlarının Taburculuk İçin Çözümlemesini Bekledikleri Sorunlara Göre Dağılımı	<b>77</b>

## GİRİŞ

### 1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Ruhsal bozukluk kavramının, bütün durumları kapsayan belirgin bir tanımı olmamakla birlikte, düşüncede, duyguda ve davranışta görülen değişikliklerle belirgin durumlardır şeklinde ifade edilebilmektedir (1). Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) ruhsal bozukluğu, bireyde meydana gelen, klinik olarak önemli bilişsel, davranışsal ve psikolojik bir sendrom olarak tanımlamıştır (2,3).

Ruhsal hastalığı olan bireyde algılamada, düşüncelerde ve konuşmalarda görülen bozukluklar nedeniyle kişi, diğer bireylerle olan ilişkilerini sürdürmekte güçlük çeker, çevresine uyum sağlayamaz, endişeli ve korkuludur (2). Kendisini toplumdan soyutlar, rol ve sorumluluklarını yerine getiremez (4). Bu nedenle ruh sağlığı bozuk olan bireyler, ailelerine değişik derecelerde maddi ve manevi anlamda yük getirirler. Jungbauer ve arkadaşlarının (5) şizofreni hastalarının ebeveynlerindeki subjektif yükü araştırdıkları çalışmada ebeveynlerin, sürekli yüksek düzeyde yük (%40), diğer yüklerin egemenliği (%18), pozitif gelişme nedeniyle azalan yük (%14), semptomların kötüleşmesi nedeniyle artan yük (%8), değişen yük (%8), sürekli düşük düzeyde yük (%8) hissettikleri tespit edilmiştir.

Ruhsal bozukluklar, Dünyada ve ülkemizde sık görüldüğü ve bireyde ağır yeti yitimi yarattığı için topluma ekonomik açıdan ağır yük getirmektedir (6). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) (7) verilerine göre, Dünyada 450 milyon insan, ruhsal ve davranışsal bozukluklar nedeniyle acı çekmektedir. Her yıl neredeyse 1 milyon insan intihar girişiminde bulunmaktadır. Yaklaşık dört aileden birinde en az bir kişinin ruhsal bozukluğu vardır. Ruhsal bozuklukların Amerikan toplumuna maliyeti (1990 yılı fiyatlarıyla) 148 milyar dolardır. Kanada'da 1998 yılında ruhsal hastalıkların maliyeti 14.4 milyar Kanada dolarıdır ve bunun 8.1 milyar Kanada dolarını ruhsal hastalıklara bağlı üretim kaybı oluşturmaktadır. İngiltere'de ise (1996-1997 yılları fiyatlarıyla) bu maliyet 32 milyar Euro'dur ve bunun %45'lik payını ruhsal hastalıklara bağlı üretim kaybı oluşturmaktadır. Tüm bu nedenlerden dolayı ruhsal hastalıklar birey, aile ve toplum için önemli sorunlardandır (8).

Ruhsal bozukluğu olan bireylerin tedavisinde hastaneler önemli bir yer tutmaktadır. Psikiyatrik yatış, duygusal krizlerin ve ruhsal bozuklukların tedavisi için bir tercihtir (3). Ruhsal bozukluğu olan bireyin kendisinin ve çevresinin güvenliğini tehdit eden davranışları olduğunda, bulunduğu çevrede destek sistemleri yoksa ve birey davranışlarını kontrol edemiyorsa psikiyatrik yatışa karar verilmektedir. Psikiyatrik yatış kısa süre için ruhsal bozukluğu olan bireyin stresini azaltır. Bireyin iyileşmeye yoğunlaşmasına izin verir (9).

Ruhsal hastalığı olan bireylerin psikiyatri kliniklerine yatırılma nedenleri arasında kendine ve çevresine zarar verme riski, önemli belirtilerin varlığı, bireysel bakımını karşılayamaması, ailesel ve sosyal desteğin olmaması sayılabilir. Klinikte tedavi edildikten sonra taburcu edilen bazı hastalar için madde bağımlılığı, psikososyal uyumsuzluk, sosyal izolasyon, ikinci psikiyatrik tanılama, kontrol altına alınamayan dürtüsel davranışlar, hastane sonrası destek sistemlerinin olmaması ya da eksikliği, tedaviye uymama, kullanılan ilaçların yan etkileri, saldırganlık ve intihar riski nedeniyle yeniden psikiyatrik yatışa karar verilebilmektedir (10,11). Yapılan bir araştırmada taburcu olduktan sonra bir yıl içinde tekrar hastaneye yatma oranının yaklaşık %40-50 olduğu saptanmıştır (12).

Ruhsal yönden hasta bireylerin hastaneye yatırılması genel olarak iki şekilde gerçekleşmektedir. Gönüllü yatış, hastanın kendisinin ve ailesinin onayı ile psikiyatri kliniğine yatırılmasıdır. Bu durumda bireyden ya da aile üyelerinden birinden, yazılı onay alınmaktadır. Gönülsüz yatış ise bireyin rızası olmadan yapılan psikiyatrik yatıştır. Gönülsüz yatış, bireyin kendine veya başkalarına zarar verdiği durumda, psikiyatrik tedavi ve bakıma ihtiyaç duyduğu durumlarda yapılmaktadır (1,2).

Psikiyatrik yatış, hasta ve ailesi için destekleyici olabileceği gibi, duygusal olarak travmatik de olabilir. Hastaneye yatarak tedavi görme bireyin çevresine uyumunu bozabilir, bireylere ve topluma finansal olarak ağır yük getirebilir. Bu nedenle yatışa neden olan faktörleri tanımlamak önemlidir. Hastanın poliklinikte karşılanması, yatış kararı verildikten sonra kliniğe kabulü, kliniğe uyum sağlaması, tedavisi ve bakımının planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi ekip yaklaşımını gerektirir (13,14).

Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresi klinikte yatan hastaların en çok etkileşimde bulunduğu ekip üyesidir. Hemşire tarafından hastaya verilen tedavi ve bakım, hastanın iyileşme sürecini ve tekrarlı yatışlarını etkilemektedir. Hemşire, "hemşirelik süreci sistemi" modeli doğrultusunda vereceği bakımla, onların taburculuk sonrası karşılaşılabilecekleri problemlerin çözümünde daha uygun başatmeler kullanmalarına yardımcı olabilir. Bu durum gereksiz yatışları da engelleyerek, bireyin ve ailenin yaşam düzeninde aksama ve kesintilerin önlenmesini sağlayabilir. Bireyin üretkenliği, sosyal yaşamı, üstlenmiş olduğu roller daha az oranda olumsuz etkilenir. Hasta ve ailesi için öngörülen yararların gerçekleşebilmesi için, hastaların kliniğe yatış nedenlerinin belirlenmesi gerekli olduğundan, bu çalışmanın yapılması önemlidir.

## **1.2.Araştırmanın Amacı**

Bu çalışmanın amacı; psikiyatri kliniklerine yatırılan hasta ve yakınlarının bakış açısıyla psikiyatrik yatış nedenlerini belirlemek ve bu alanda yapılacak olan araştırmalara veri tabanı oluşturmaktır.

Araştırmada yanıt aranan sorular şunlardır:

1. Hastalara ve yakınlarına göre psikiyatrik yatış nedenleri nelerdir?
2. Hastalar ve yakınları tarafından ifade edilen psikiyatrik yatış nedenleri arasında fark var mıdır?
3. Hastaların hastalığı ile ilgili özellikler ifade edilen yatış nedenleri üzerinde etkili midir?
4. Hastaların yatış öncesi ilaç kullanıp kullanmaması ifade edilen yatış nedenleri üzerinde etkili midir?
5. Hastaların yatış öncesi önemli bir olay yaşayıp yaşamaması ifade edilen yatış nedenleri üzerinde etkili midir?
6. Hastaların ve yakınlarının tedaviye ilişkin düşünce ve beklentileri nelerdir?

## GENEL BİLGİLER

### 2.1.Psikiyatrik Yatış

Psikiyatrik yatış, duygusal krizlerin ve ruhsal bozuklukların tedavisi için yapılan tercihlerden biridir (3). Ruhsal bozukluğu olan bireyler hastaneye yatırılarak ilaç ve diğer terapi yöntemleriyle tedavi edilir (15). Hastaların ilk değerlendirme, yoğun terapi ve hatta stresli ortamlardan uzaklaşmaları için psikiyatrik yatışa karar verilir (3) Psikiyatrik yatışın hedefi, hastanın problemleri davranışlarını hastane dışındaki yaşama yeniden uyum sağlayabilecek şekilde düzeltmektir (16). Bu hedefine ulaşabilmek için yatış, bireyin kendisine ve çevresine zarar vermesini önlemeyi, kriz durumundaki bireyin dengesini sağlamayı, psikotropik ilaç tedavisine başlamayı veya değiştirmeyi amaçlar. Ayrıca hastanın eski durumuna yeniden dönmesi ya da eski durumuna dönmeyi amaçlaması için, özel problem çözümü tasarlamak, ayaktan hasta terapisi için hızlı plan oluşturmak da yatış amaçları arasında yer almaktadır (3). Son yıllarda tedavi ve bakımı daha az kısıtlayıcı bir şekilde dengeleme ve konfüzyon, disorganizasyon ve kendi bakımını yerine getirmede yetersizlikle sonuçlanan şiddetli semptomların yönetimi psikiyatrik yatışın amaçları arasına dahil edilmiştir (17).

Psikiyatrik yatışın hedefine ulaşmasında klinik ortamın önemli bir yeri vardır. Tedavi edici ortam, hastaneye kabul edilen bireylerin en kısa sürede kendi sosyal yaşamlarına geri dönmelerine yardım eden, onların öz-güvenlerini, benlik değerlerini, çevresindeki diğer bireyler ile olan ilişkilerini geliştiren ve yeteneklerini arttıran ideal ve dinamik bir ortamdır (2,18). Tedavi edici ortam, bireyi duygusal ve fiziksel travmalardan koruyucu nitelikte olmalıdır. Hastanın fiziksel ihtiyaçlarını karşılaması, hastalar ve çalışanlar arasında iletişim ve etkileşim olanaklarının yaratılması için ev atmosferinde olmalıdır. Tedavi edici ortam, hastanın yeni davranış modellerinin oluşumunda deneme zemini sağlamalıdır. Ayrıca kuralları, düzenlemeleri ve politikaları içeren davranışsal beklentileri hastaya açıklamalıdır. Ortam hastanın grup aktivitelerine katılımını ve diğer hastalarla sosyal olarak kabul edilebilir bir tarzda iletişime girmesini desteklemelidir ve hastayı, problemlerinin ve çatışmalarının çözümünde kişisel kaynaklarını kullanması konusunda cesaretlendirmelidir. Terapötik ortamda, hastanın ilerlemesi, tedavi ve hemşirelik müdahaleleri sürekli olarak değerlendirilmelidir (2).

### 2.2.Geçmişten Günümüze Psikiyatrik Yatış

Eski çağlar, insanların hastalıkları doğaüstü güçlere bağladıkları çağlardır. Bu çağlarda, hastalıkların tanrı tarafından verilen bir ceza olduğuna inanılmıştır. Bu dönemlerde hastalıklar, büyücü hekimler tarafından çeşitli törenlerle iyileştirilmeye çalışılmıştır. Yine bu dönemde Hipokrat, hastalıkların doğa-üstü güçlere değil, doğal etkenlere bağlı olarak ortaya çıktığını göstermiştir (2,3,8,19).



Ortaçağda ruh hastaları, ruhlarına şeytan girdi gerekçesi ile avlanmışlar ve diri diri yakılmışlardır. Ruh hastalığı olan insanlar diğer suçlulardan ayrılmıştır. Bu kişiler, şehir dışında ya da kırsal bölgelerde yaşamışlardır. Tehlikeli akıl hastalığı bulunanlar, hapishanelerde zincire bağlanmışlar ve açlıktan ölmeye bırakılmışlardır (8,19).

İlk akıl hastanesi, Ortaçağda Moslems tarafından kurulmuştur (1). 1790'larda Philippe Pinel ve William Tukes tarafından yaptırılan akıl hastanelerinde, kırbaçlanan, dövülen, aç bırakılan ruhsal hastalığı olan bireyler barındırılmıştır. Pinel'in başlattığı insancıl akımla, birçok ülkede ruhsal bozukluğu olan bireyler hastanelerde ve bakım evlerinde tedavi edilmeye başlanmıştır. Zamanla hastanelerin sayısı arttırılmıştır (1,2,3,19,20).

Pinel'in başlattığı aydınlanma dönemi kısa sürmüştür. Hastanelerin durumu kötüleşmiş ve bakıcılar, hastaları suistimal ettikleri gerekçesiyle suçlanmışlardır. Kırsal bölgelerdeki hastaneler, hastaların evlerinden ve ailelerinden uzaklaştırma yeri olarak görülmüştür. Akıl hastanesi, koruyucu barınak olmasından ziyade, negatif anlamda ele alınmıştır (1,2,3,19).

İslam topluluklarında ve Türklerde tam tersine, ruhsal bozukluğu olan insanlara karşı anlayışlı ve hoşgörülü davranılmıştır. Selçukluların açtıkları şifahanelerin bir kısmında, ruhsal hastalığı olan kişiler tedavi edilmeye çalışılmıştır. Osmanlılar döneminde ruh hastaları toplumdan uzaklaştırılmamış ve kötü muamele görmemiştir. Osmanlılar döneminde ilk akıl hastanesi Fatih Sultan Mehmet tarafından İstanbul'da açılmıştır. Daha sonra çeşitli padişahlar tarafından tımarhaneler açılmış ve ruhsal bozukluğu olan kişilere buralarda iyi bakım verilmiş ve müzikle tedavi yapılmıştır (8).

1950'lerde bulunan psikotrop ilaçların kullanıma girmesiyle, psikiyatrik hastalıkların tedavisinde büyük ilerleme kaydedilmiştir. Hastalarla daha rahat iletişim kurulabilmiş, hastane yatış süresi kısalmıştır (1,2,3,19,20). Bu döneme kadar akıl hastanelerinde tutulan hastaların büyük bir kısmı taburcu edilmiş ve ailelerinin yanında yaşamaya başlamışlardır (21).

1960'lardan bu yana ise yapılan araştırmalar sonucunda toplum ruh sağlığı ve koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin ön plana çıkması nedeniyle, bireyin hastanede yatış süresinin kısa tutularak, topluma geri dönmesinin sağlanması amaçlanmıştır (22). Bu amaçla Amerika Birleşik Devletleri'nde genel ruhsal hastanelerdeki yatak sayısı 1955'te 560.000'den 1995'e kadar 80.000'e azaltılmıştır (23). İlerleyen zamanlarda, anti-kurumsallaşmanın pozitif etkileri olduğu kadar negatif etkilerinin olduğu da görülmüştür. Hastanedeki yatak sayısı %80'e kadar azaltılmasına rağmen, bu yataklara kabul edilen hasta sayısında %90 artış olduğu tespit edilmiştir. Ağır ve sürekli ruhsal hastalığı olan bireylerin hastanede kalış süreleri kısalmış, fakat hastaneye kabul sıklığı artmıştır (12,19). Bunun nedeninin, bireyin yeterli bakım almaması olarak düşünülmüş ve bireyin tedavi ve bakımının kendi sosyal çevresinde sürdürülmesi amacıyla birçok ülkede gündüz hastaneleri, yarıyol evleri gibi birimler

kurulmuştur. (1,2,3,19,24,25). Ancak bizim ülkemizde sağlık bakanlığı bünyesinde bu şekilde birimler olmadığı için hastaneler tek seçenek olarak varlığını korumaktadır (8).

### **2.3.Psikiyatrik Yatış Çeşitleri**

Ruhsal yönden hasta bireylerin hastaneye yatırılması genel olarak iki şekilde gerçekleşmektedir: Gönüllü yatış ve gönülsüz yatış.

#### **2.3.1.Gönüllü Yatış**

Gönüllü yatış hastanın ve ailesinin onayı ile psikiyatri kliniğine yatırılmasıdır. Bu durumda bireyden ya da aile üyelerinin birinden yazılı onay alınmaktadır (1,2,3,20,26). WHO (26)'ya göre yazılı onayın geçerli olabilmesi için aşağıdaki kriterlere uyulmalıdır:

- Birey ya da hasta izin verecek yetkide olmalıdır ve tersi kanıtlanmadıkça yetki geçerli sayılmalıdır.
- İzin, tehdit veya uygunsuz teşvikler olmaksızın özgürce alınmalıdır.
- Uygun ve yeterli açıklama olmalıdır. Açıklama tedavinin beklenen yararlarını, muhtemel süresini, metodunu ve amaçlarını içermelidir.
- Amaçlanan tedavinin oluşabilecek riskleri, acısı veya sıkıntısı ve ortaya çıkabilecek yan etkileri yeterli ölçüde hastayla tartışılmalıdır.
- Önerilen seçimler, elde edilebilirlik, iyi klinik uygulama uyarınca özellikle daha az zorlayıcı alternatif tedavi biçimleri tartışılmalı ve hastaya önerilmelidir.
- Bilgi hastanın anlayabileceği şekilde olmalıdır.
- Hasta, tedaviyi durdurma ve reddetme hakkına sahiptir.
- Hastaneden taburcu olmayı da içerebilen tedaviyi reddetmenin sonuçları hastaya açıklanmalıdır.

Gönüllü yatışta birey, tedavisini ve bakımını kabul eder ve hastane kurallarına uyum gösterebilir. Birey problemlerinin farkındadır ve problemleriyle başetmek için tedavisine ve bakımına aktif katılım gösterir. Gönüllü yatışta ruhsal bozukluğu olan bireyin bütün vatandaşlık hakları saklıdır. Bireyin tedavi ortamından ayrılmasına karar verildiğinde kendi taburculuğunu imzalayabilir (1,2,3,20,27).

Gönüllü yatan hastanın taburculuk kararının verilmesinde, iki anahtar faktör önemlidir. Bunlardan ilki hastanın yeterliliğini değerlendirme, ikincisi ise hastanın kendisine veya çevresine yönelik tehlike oluşturabilme potansiyelini değerlendirmedir (28). Bunun yanında, American Medical Association (AMA), hastanın taburculuk kararının verilmesinde bu iki anahtar faktörle birlikte aşağıdakilerin de bulunmasını istemiştir (28):

- Hastanın ruhsal durumunun ayrılmayı istemesi,
- Hastanın niçin ayrılmak istediğini tanımlaması,

- Ayrılmanın muhtemel risklerinin hastaya açıklanarak tartışılması,
- Bakımı izleme ve tıbbi tedaviler hakkında bilgi verme,
- Mevcut önemli kişilerle konuşma,
- Hastanın gideceği yer ve ulaşım yöntemi.

### **2.3.2.Gönülsüz Yatış**

Gönülsüz yatış bireyin rızası olmadan yapılan psikiyatrik yatıştır. Gönülsüz ve zorunlu yatış, bireyin kendine veya başkalarına zarar verdiği veya verme ihtimali olduğu durumda, psikiyatrik tedavi ve bakıma ihtiyaç duyduğu durumlarda yapılmaktadır. (1,2,3). Gönülsüz yatış, kişisel özgürlük ve seçim hakkını etkilediği için ruh sağlığı alanında çelişkili konulardan biridir. Diğer taraftan ise gönülsüz yatış ve tedavi, bireyin kendisine ve çevresine zarar vermesini önleyebilir ve bireyin sağlığına kavuşmasına yardım edebilir (26).

The MI Principles (1991), European Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms (1950) ve The Declaration of Hawaii (1983) gibi uluslararası insan hakları belgeleri ruhsal bozukluğu olan bireylerin gönülsüz tedavisi ve yatışının bazen ihtiyaç olduğunu kabul etmektedir. Ancak gönülsüz yatış ve tedavinin sadece ruhsal bozukluğu olan hastaların oluşturduğu bir azınlık için gerekli olduğu önemle vurgulanmaktadır. İnsancıl tedavi ve gönüllü bakım olanağı sağlandığında gönülsüz tedavi ve yatış azaltılmalıdır (26). Gönülsüz yatış, “acil”, “gözlem amaçlı ya da geçici”, “belirsiz veya uzamış” olmak üzere 3 şekilde gerçekleşmektedir. (1,2,3).

### **Acil Gönülsüz Yatış**

Acil gönülsüz yatış, bireyin kendine ve başkalarına zarar verdiği durumlarda yapılır. Bu durumdaki birey intihar, adam öldürme veya saldırgan davranış nedeniyle acile gelebilir ya da başkaları tarafından getirilebilir. Bu tür yatışta polis, doktor ve ruh sağlığı profesyonelleri bireyin yatış kararını değerlendirirler (1,2,3). Acil gönülsüz yatışta amaç, hastanın kendisine ve çevresine zarar vermeye yönelik tehdidinin kontrol altına alınmasıdır. Birey 3–30 gün yatırılabilir (20).

### **Gözlem Amaçlı veya Geçici Gönülsüz Yatış**

Gözlem amaçlı veya geçici gönülsüz yatış, ruhsal bozukluğu olan veya kendine ve başkalarına zarar veren bireyin gözlem, tanılama ve tedavi için yatırılmasıdır. Bu durumda birey, bir yakını tarafından, bazen de mahkeme kararıyla hastaneye getirilebilir. Gözlem amaçlı veya geçici gönülsüz yatış sonunda hasta taburculuğa hazır değilse konsey tarafından uzun süreli yatış kararı verilir (1,2,3,20).

### **Süresi Belirsiz veya Süresi Uzamış Gönülsüz Yatış**

Belirsiz veya uzamış gönülsüz yatışta temel amaç ruhsal hastalığı olan bireylerin tedavisi ve bakımınıdır. Bu nedenle bu tip yatış, gözlem altındaki bireylerin tedavisi için yapılmaktadır. Bu tür yatışta tedavi periyodunun uzunluğu 60–180 gün arasında değişmektedir (1,2,3).

### **2.4.Psikiyatrik Yatış Nedenleri**

Ruhsal hastalığı olan bireylerin psikiyatri kliniklerine yatırılma nedenleri arasında genel olarak kendine ve çevresine zarar verme riski, önemli belirtilerin varlığı, psikiyatrik tedaviyle ilişkili olan ya da psikiyatrik tedaviyle ilişkili olmayan ihtiyaçlar, bireysel bakımını karşılayamaması, poliklinik tedavisinde başarısızlık, ailesel ve sosyal desteğin olmaması sayılabilir (3,10,11).

APA'ya (29) göre hastaneye yatışın klinik kriterleri şu şekildedir:

- Bireyin kendine zarar verme girişiminin veya niyetinin olması
- Bireyin çevresine zarar verme riskinin olması
- Aktif psikiyatrik bozukluğu olan bireyin daha etkili bir şekilde ve acısının daha hızlı azaltılması için tedavi edilmesi
- Bireyin bir ya da daha fazla alanda (eğitim, iş, aile veya sosyal/eş ilişkileri) yaşına uygun sorumluluklarını gerçekleştirme yetisinde akut ve ağır kötüleşme
- Aktif psikiyatrik semptom ya da semptomların bulunması ve/veya tedavisi nedeniyle tıbbi durumun akut kötüleşme riski
- Kilo kaybı nedeniyle hastanın ideal kilosunun %15 altında olması veya büyüme periyodunda beklenen ağırlık artışında başarısızlık

Dündar'ın (10) duygu durum bozukluğu ve psikotik hastalarda aile ortamı ve bu ortamın hastaneye yatış sıklığına etkisini araştırdığı çalışmasında, hasta yakınlarına göre, hastanın hastaneye yeniden yatırılmasıyla ilişkili gösterilen nedenler; hastanın iyileştiğini düşünerek ilacını bırakması (%46.7), kontrollere gitmemesi (%36.7), hastalığı kabul etmemesi (%40), düzensiz ilaç kullanma (%30), hastalıkla ilgili yetersiz bilgi (%20), ilaç kullanmayı reddetme (%20), aile desteğinin olmaması (% 20), hastalığın aile tarafından kabul edilmemesi (% 3.3), ekonomik nedenler (% 3.3) olarak belirtilmiştir. Abas ve arkadaşları (30) psikiyatrik yatışın nedenleri üzerine yaptıkları araştırmada, hastaneye kabulün temel nedenlerini tıbbi tedavinin yeniden düzenlenmesi, yoğun gözlem ve bireyin kendisine ve çevresine risk oluşturması olarak belirlemiştir.

Kriz yaşayan bireyler problemlerinin üstesinden gelemediği durumda, bireylerin başarılı bir şekilde krizin üstesinden gelmesine yardım etmek amacıyla psikiyatrik yatışa karar verilebilmektedir (31). Örneğin sevilen bir kişinin kaybı, işin kaybı, tecavüz gibi travmatik stresli olaylar, durumsal krizlerin yaşanmasına neden olmaktadır. Çocuğun kaybının, anne ve babanın yaşamında en stresli olay olduğu düşünülmektedir. Bu bakımdan çocuğun kaybı, psikiyatrik yatış nedenlerinden biri olarak kabul edilebilmektedir (32).

Schwartz ve arkadaşları (33) anksiyete bozukluğu olan hastalar üzerinde yaptığı pilot çalışmada, anksiyete bozukluğu olan hastaların orta düzeyde anksiyete belirtileri göstermesinin hastaneye yatırma nedenlerinden biri olduğunu belirtmiştir.

Klinikte tedavi edildikten sonra taburcu edilen bazı hastalar için madde bağımlılığı (3,10,11,12), psikososyal uyumsuzluk, sosyal izolasyon, ikinci psikiyatrik tanılama, kontrol altına alınamayan dürtüsel davranışlar, hastane sonrası destek sistemlerinin olmaması ya da eksikliği (3,10,11), tedaviye uymama (3,10,11,12,34), kullanılan ilaçların yan etkileri (3,10,11), saldırganlık ve intihar riski (3,10,11,34) nedeniyle yeniden psikiyatrik yatışa karar verilebilmektedir. Yapılan bir araştırmada taburcu olduktan sonra bir yıl içinde tekrar hastaneye yatma oranının yaklaşık %40–50 olduğu belirlenmiştir (12).

Ruhsal bozukluğu olan bireylerin yeniden hastaneye yatırılması, hastanın demografik özellikleri, psikiyatrik durumu, hastaneye ilgili düşüncesi, yaşamının niteliği, aile özellikleri, sosyal uyum, hastanede kalış süresi, evinin kırsal ya da kentsel bölgede olması, hastane sonrası bakımın niteliği ve ulaşılabilirliği gibi değişkenlerden etkilenmektedir (12,34).

Kent ve Yellowlees (35) yaptıkları araştırmada, iç görü azlığı veya hastalığı inkar etme (%62.2), ilişki problemleri (%61.1), tedaviye uyumsuzluk (%43.2), kalacak yer problemi (%38), finansal problemler (%27.6), son zamanlarda ilacı kötüye kullanım (%22.9), son zamanlarda diğer bireyleri tehdit etme (%22.6), son zamanlarda alkolü kötüye kullanım (%20.8), son zamanlarda kendine zarar verme (%18.1) gibi nedenlerin, tekrarlı yatışların psikiyatrik ve sosyal nedenleri arasında yer aldığını saptamıştır. Owen ve arkadaşları (36) tekrarlı yatışlar üzerine yaptığı araştırmada, parasal durumla ilişkili memnuniyetsizliğinin tekrar yatış riskini arttırdığını saptamıştır.

Tekrarlanan psikiyatrik yatış, hem hasta, hem de ailesi tarafından negatif bir yaşantı olarak algılanmaktadır (12). Bu nedenle tekrarlı yatışların önlenmesinde yatışa neden olan risk faktörlerinin azaltılması büyük önem taşımaktadır. Hastanın taburculuk durumu, fonksiyonel yeteneği, kişilik bozukluğu, akut fiziksel hastalığı, yasal problemleri, ilişki problemleri, sosyal/duygusal/çevresel destekleri, kendisine zarar verici davranış hikâyesi gibi değişkenler bazen azaltılabilir potansiyeli olan değişkenler arasında yer alırken, taburculukta ruhsal hastalık belirtilerinin durumu ve şiddeti, ilaç/alkolü kötüye kullanım, önceki yatışında hastanede kalma süresi, ifade edilen duygusal/ailesel çatışmaların düzeyi, sınırlanmış boş zaman aktiviteleri, yakın zamanda tıbbi tedavinin değişimi, kriz hatlarını kullanım sıklığı gibi değişkenler tamamıyla azaltılabilir değişkenler arasında yer almaktadır (37).

Tekrar hastaneye yatma, geleneksel olarak tedavi programının başarısının objektif bir ölçüsü olarak tanımlanmaktadır. Uygulanan tedavi programının başarısının değerlendirilmesinde, bir kişinin hastaneye tekrar kabul edilip

edilmemesi, çok güvenilir bir ölçüt olarak nitelendirilmiştir (12,34). Uygun tedavi ve bakımla hastanın psikiyatrik durumu stabilize edilmişse ve toplum tedavisi için planlama yapılmışsa hastanın hastaneye geri dönmeyeceği varsayılmaktadır (38).

## **2.5.Psikiyatrik Yatışın Etkileri**

### **2.5.1.Psikiyatrik Yatışın Birey Üzerine Etkileri**

Psikiyatrik yatış, hasta ve ailesi için destekleyici olabileceği gibi, duygusal olarak travmatik de olabilir (14,39). Psikiyatrik yatış, birey ve ailenin sorunlarla baş edemediğinin, içinde bulunduğu duruma uyum sağlayamadığının bir göstergesi olarak kabul edilmektedir (40). Yatış, ruhsal bozukluğu olan bireyin stresini kısa süre için azaltır ve bireyin iyileşmeye yoğunlaşmasına izin verir (9). Hastaneye yatma, bireyin sorunlarının kaynaklandığı çevre ve koşullardan bir süre uzaklaşmasını, sakinleşmesini ve belirtilerin hafiflemesini sağlayabilmektedir (40). Ayrıca benzer sorunları olan kişilerle bir arada bulunma, bakım hizmeti alma ve hastanenin sosyal servislerinden yararlanma, psikiyatrik yatışın birey üzerindeki olumlu etkileri arasında yer almaktadır (24). Bu nedenle psikiyatri hastaneleri ve psikiyatri klinikleri ruhsal bozukluğu olan bireyler için bir yuva, uğraşı yeri, arkadaşlık ortamı, kişisel ilgi ve bakımın bulunduğu yerler olarak da kabul edilebilmektedir (41).

Bunların yanı sıra hastaneye yatma nedeniyle birey, güçsüzlük hissedebilir. Bu güçsüzlüğün iki temel nedeni vardır. Bunlar; bireyin kendisi ve çevresi üzerinde kontrolünü kaybettiğini düşünmesi ve ayrıca bireyin ve ailenin hastalığa ve hastalığın yol açacağı sorunlara ilişkin bilgi eksikliğidir (42). Bu nedenle hastaneye yatarak tedavi görme bireyin çevresine uyumunu bozabilir, bireylere ve topluma finansal olarak ağır yük getirebilir. (14,39). Ruhsal bozukluğu olan bireyin hastaneye yatışı mesleki ve ailesel sorunlara neden olduğu için bireyin yaşam kalitesini de düşürmektedir (43).

Akpınar'ın (24) yaptığı bir araştırmaya göre ruh sağlığı bozuk olan bireylerin psikiyatri kliniğine yatmaya bağlı yaşadığı stresörler, psikiyatrik hastalığa sahip olma (%90), yalnızlık ve izolasyon yaşama (%64), yatarak tedavi olma zorunluluğu (%62), iş-okuldan uzak olma (%60), ziyaret saatlerinin süresi (%34), doktor ve hemşireye ulaşabilme (%33), doktorların hastalara karşı yaklaşımları (%28), hastanenin fiziksel koşulları (%28), klinikte sigara içmenin serbest olması (%24) ve kliniğin fiziksel özellikleri (%8) olarak tespit edilmiştir.

Ruhsal bozukluğu olan bireyin hastaneye yatarak tedavi görmesi, birtakım olumsuz tutumlarla karşılaşmasına neden olmaktadır (44). Bu nedenle birey, büyük utanç duyabilmektedir. Hastaneye yatırılmayı, yaşamla başetmede başarısız olmasının bir sembolü olarak görebilmekte ve hastaneye yatmanın, iş yaşamına olan etkisinden endişelenebilmektedir. Çoğu hastanın, hastaneye yatırılmayla birlikte artan ekonomik sorunları vardır. Bazı ruhsal bozukluğu olan bireyler psikiyatri kliniğine yatırılma nedeniyle ailesi, çevresi, arkadaşları ve iş arkadaşları tarafından damgalanmaktan endişe duymaktadırlar (16).

Hastane tedavisinden sonra yaşadığı topluma geri dönen birey, bazen karşılaştığı sorunların üstesinden gelememektedir. Bu durum bazı dönemlerde bireyin, tekrar hastaneye yatma ihtiyacını doğurmaktadır. Hastaneye tekrarlayan yatış, bireyin topluma uyum gösteremediğinin ve karşılaştığı sorunlarla baş edemediğinin bir göstergesidir (10).

Hastalık süresinin uzunluğu ve hastaneye yatış sayısının fazlalığı, bireyin tedaviye uyumunu olumsuz yönde etkilemektedir. Özellikle hastalık süresinin uzun olması ve sık yatışlar nedeniyle birey, hastalığının iyileşemeyeceği ve tedavinin etkili olmayacağı düşüncesiyle, tedaviye uyum sağlamaz (43). Ayrıca, hastaneye tekrarlı yatışın sıklığı ve yatış sürelerinin uzunluğu, hastalığın belirtilerinin düzelmesini etkilemediği için bireyin sosyal olarak gerilemesine neden olur (40).

### **2.5.2. Psikiyatrik Yatışın Aile Üzerine Etkileri**

Aile üyelerinden birisinin psikiyatri ünitesine kabul edilmesine yönelik aile üyeleri çok farklı tepkiler göstermektedir. Psikiyatrik yatış aile üyeleri arasında rahatlamaya neden olabileceği gibi, aynı zamanda da ruhsal bozukluğu olan bireylerin tekrarlı ve uzun süre hastanede yatması hasta ve ailesinin duygusal, sosyal ve ekonomik kayıplar yaşamasına neden olmaktadır (40,45). Bu da aile bütçesine önemli yükler getirmektedir (40).

Aile, hem aile üyelerinin ruhsal bozukluğu olan bireyin garip davranışlarının üstesinden gelme güclüğü, hem de kendisine ve çevresine zarar verme riski ya da zarar verme davranışına ilişkin güvenlik endişesi nedeniyle, bireyin hastaneye kabul edilmesini isteyebilir. Hasta birey bir kuruma gönülsüz yatırıldığında, aile üzerinde çatışan duygular yükselebilir. Aile bir taraftan bireyin hastaneye kabul edilmesini isterken, bir taraftan da kabul sırasında güç kullanılmasını veya baskı uygulanmasını kabul etmeyebilir (45).

Ruhsal bozukluğu olan bireyin hastaneye yatması ve uzun süreli olan hastane yatışı ailenin karmaşık duygular yaşamasına neden olmaktadır. Ailelerin çoğu ruhsal bozukluğu olan bireyin hastanede iyileşeceğine inanırken, bir yandan da bireyi hastaneye yatırmaktan dolayı kendilerini suçlayabilirler. Hastanede yatan bireyin nasıl bakıldığını merak eder, bireyin bakımı, bireye olan yaklaşımlar ve hastalığın gidişatı ve bireyin iyileşip iyileşmeyeceği konusunda bilgi almak isterler. Bu nedenle bireyin hastaneye yatmasından dolayı ailenin bilgi ve destek gereksiniminin arttığı söylenebilir (40).

Öner (46) şizofrenik hasta yakınlarının hastalıkla ilgili bilgileri ve destekleme yaklaşımlarını araştırdığı çalışmasında hasta yakınları hastalarına yaklaşımda hangi tutumun doğru ya da yanlış olduğunu bilemediklerini belirtmişlerdir. Aynı araştırmada hasta yakınlarının hastalarına karşı olumsuz yaklaşımlarının tavsiye ve nasihatle bulunma (%18.1), hasta bireyden uzaklaşma-sorunla ilgilenmeme (%10.3), hasta bireye baskı uygulama-yargılama (%6.4) olduğu saptanmıştır.

Ayrıca psikiyatrik yatış nedeniyle, aile içerisindeki suistimal veya tecavüz ortaya çıkabilmektedir. Suistimal edilen bireyler bu sırrın ortaya çıkması nedeniyle rahatlayabildikleri gibi, suistimale maruz kalma nedeniyle öfkelenebilir, suistimali kabul etmeyebilir veya utanç duyabilirler. Geleceğe ilişkin korku, ceza korkusu ve suistimalin yasal sonuçlarının korkusu nedeniyle kaygı yaşayabilirler (45).

### **2.5.3. Psikiyatrik Yatışın Toplum Üzerine Etkileri**

Ruhsal hastalıklar, Amerika ve diğer göze çarpan ekonomilerde en önemli yetersizlik nedenlerindedir. Ruhsal hastalıkların neden olduğu duygusal, sosyal ve fiziksel sekeller acı vermesinden dolayı, yaşamın niteliğini önemli bir şekilde tehlikeye düşürmektedir. Psikiyatrik bozukluklar ve madde bağımlılığı nedeniyle hastane faturalarındaki artış, ruhsal hastalıkların topluma ağır yük getirdiğinin bir göstergesi olarak kabul edilebilmektedir (47).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde şizofren hastaların tekrarlayan kısa dönem yatışları için her yıl 2.3 milyar dolar harcanmaktadır (48). 1996 yılı verilerine göre ruhsal hastalıkların tedavi ve rehabilitasyonunun doğrudan maliyeti 69 milyar dolar olarak tespit edilmiştir. Bunun 17.7 milyar doları Alzheimer tedavisi için, 12.6 milyar doları ise ilaç ve alkolü kötüye kullanım tedavisi için harcanmıştır (49).

WHO (7) verilerine göre Güney Afrika'da genel hastane kabullerinin %25-30'u direkt ya da indirekt bir şekilde alkol kötüye kullanımla ilişkilidir. Alkol kötüye kullanım tedavi merkezleri kabullerinin %65-70'ini alkolle ilişkili problemler ve bağımlılık oluşturmaktadır. ABD'nde alkolle ilişkili sağlık harcamaları 26.3 milyar dolardır. İngiltere'de her yıl 150 000 kişi alkolle ilişkili hastalıklar ve kazalardan dolayı tedavi görmektedir.

Ülkemizde ruhsal hastalıkların maliyetine yönelik yeterli çalışmalar olmamakla birlikte Yıldız ve Cerit (50) şizofreni tedavisinin yıllık maliyetini hesapladıkları çalışmada hastaneye yatarak tedavi gören bir şizofreni hastasının yıllık ortalama maliyetinin 1091, 01 USD olduğunu saptamıştır.

## **2.6. Psikiyatrik Yatış Yönetim Sürecinde Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşiresinin Rolü**

### **Tanımlama**

Psikiyatrik yatış yönetim sürecinin, tanımlama aşamasında öncelikle ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresinin ruhsal bozukluğu olan, yatış gerektiren ya da gerektirmeyen bireylere ve ailelerine yönelik bireysel değer ve tutumlarını gözden geçirmesi son derece önemlidir. İçinde bulunduğu toplumun bir üyesi olarak hemşirenin, toplumun ruhsal bozukluğu olan bireylere ve ailelerine yönelik olumsuz tutum ve inançlarından etkilenmesi terapötik ortamı olumsuz olarak etkileyecektir.



Bunun sonucunda ruhsal bozukluğu olan bireylere ve ailelerine yönelik müdahalelerde yetersiz kalacaktır (51).

Tanılama aşamasında hemşirenin dikkat etmesi gereken önemli noktalardan biri de ruhsal bozukluğu olan bireyin ve ailesinin içinde yaşadığı toplumun kültürüdür. Çünkü bireyin inançları, davranışları, problem çözümü, iletişimi, kişilerarası ilişkileri, karşılaştığı stresörler ve ruhsal sağlık problemleriyle başa çıkma davranışı, içinde bulunduğu kültürle şekillenir (52). Ruhsal hastalıkların tedavisi ve bakımı, bireyin tutumlarından, inançlarından, değerlerinden, aile ve toplumla iletişiminden etkilenir. Bu nedenlerden dolayı ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresinin bireyin bakımı ve tedavisinde bütüncül yaklaşım için ruhsal bozukluğu olan bireyin ve ailenin kültürel özelliklerini bilmesi önemlidir (1,53,54).

Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresinin tanılama aşamasında bireyin davranışları, hastalık semptomlarının süresi ve geçmiş tedavilerini öğrenmesi önemlidir. Ruhsal bozukluğu olan birey hastalığı nedeniyle aile bireyelerine ya da çevresindeki diğer bireylere yönelik saldırgan davranışlarda bulunmuş olabilir. Bu tür veriler ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresinin bakım sürecine ve bireyin tedavisinin planlanmasına katkıda bulunur (54,55).

Ayrıca ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresi, ruhsal bozukluğu olan bireyin fiziksel problemleri, ilaç tedavisi, tıbbi problemleri, tehlike yaratma riski, ruhsal durumu, destek sistemleri, aile dinamikleri, ailenin bireye verdiği bakım, ruhsal bozukluğu olan bireyin aile içindeki rolü, maddenin kötüye kullanımı ve yasal problemleri, gelir düzeyini içeren geniş kapsamlı biyopsikososyal değerlendirme yapmalıdır (45,54,55). Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresi tanılama aşamasında, ruhsal bozukluğu olan bireyle terapötik ilişkiyi başlatmalı ve terapötik iletişim tekniklerini kullanmalıdır. Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresi terapötik iletişim teknikleriyle, ailenin de bakıma katılımını sağlamasıyla, bireye verilecek olan tedavi ve bakımla, bireyin ve ailenin sorunlarıyla başetmesine yardımcı olacaktır. Bu sayede birey ve ailenin ruh sağlığı korunabileceği gibi, ruhsal bozukluğu nedeniyle hastaneye yatan bireyin kendi sosyal çevresine yeniden dönüşü hızlanacak, hastanede kalma süresi kısılacak, tekrarlı yatışlar önlenecek ve ruhsal bozuklukların birey, aile ve topluma maliyeti azalacaktır (3,18).

#### **Hemşirelik Tanısı:**

NANDA (Kuzey Amerikan Hemşirelik Tanıları Derneği)'ya göre ruhsal bozukluğu olan bireye ve aileye yönelik yaklaşımda ele alınabilecek hemşirelik tanılarının bazıları; ruhsal bozukluğa bağlı kendine zarar verme riski, etkisiz bireysel başetme, aile süreçlerinin devamlılığında bozulma, aile başetmesinde yetersizlik, benlik saygısında azalma, bilgi eksikliği, düşünme süreçlerinde bozulma, sosyal etkileşimde bozulma, sosyal izolasyon, şiddet riski, terapötik rejimi etkisiz yönetme olarak sıralanabilir (1,19,53,55,56).

Ruhsal bozukluğu olan bireye ve ailesine yönelik hemşirelik müdahalelerinin planlanmasında amaç, bireyin ve ailenin güvenliğinin sağlanması, hemşirelik müdahalelerinin bireyin, ailenin amaçlarına, kültürel değerlerine ve kurumun kurallarına uygun olması, bilimsel yöntemlere dayanması ve bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımının sağlanmasıdır (3). Hemşirelik müdahalelerinin planlanmasında sonuç kriterlerine ulaşmak için, ruhsal bozukluğu olan bireyin ve ailenin bakıma katılımı önemlidir. Ruhsal bozukluğu olan bireye ve aileye yönelik olan ve bireyin ve ailenin sosyokültürel ihtiyaçlarını dikkate alan kapsamlı bir bakım planı, ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresinin rollerini de içeren biyolojik, psikolojik ve sosyal müdahalelerle bütünleşmelidir (1,54).

Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresinin ruhsal bozukluğu olan bireye ve ailesine yönelik hemşirelik yaklaşımında bazı hemşirelik müdahalelerine aşağıdakiler örnek olarak verilebilir (1,56,54,57):

Hemşirelik Tanısı	Sonuç Kriterleri	Planlama ve Müdahaleler
<p><b>Kendine Zarar Verme Riski</b></p>	<p>Kendisine veya başkalarına zarar vermeyecek</p> <p>Stres ve duygusal problemleriyle baş etmede kullanacağı alternatif yollar tanımlayacak</p> <p>Kendisine zarar verici olmayan alternatif yolları seçecek</p> <p>Yıkıcı davranışlarını, diğer psikiyatrik problemlerini ve güvenli ilaç kullanımını sözel olarak ifade edecek</p> <p>Gelecekte kriz durumunda kullanacağı toplumsal destek planını geliştirecek</p>	<p>Önyargısız ifadeler ve davranışlarla bireyin değerli bir kişi olarak görüldüğünü göstermek</p> <p>Bireyi zarar verme davranışının tetikleyici öğelerini tanıması ve farkında olması için cesaretlendirmek</p> <p>Yeni davranışlar geliştirmesini kolaylaştırılmak</p> <p>Bireyin mevcut olan uygun baş etme becerilerini onaylamak</p> <p>Bireyi pozitif düşünme, meditasyon, gevşeme teknikleri gibi egzersizleri kullanması için cesaretlendirmek</p> <p>Her zaman alternatiflerin olduğunu vurgulamak</p> <p>Zarar vermenin bir seçenek olduğunu, kontrol edilemez bir şey olmadığını vurgulamak</p> <p>Bireye duygu ve düşüncelerini sözel olarak ifade edebilmesi için fırsatlar tanımak</p>

<b>Hemşirelik Tanısı</b>	<b>Sonuç Kriterleri</b>	<b>Planlama ve Müdahaleler</b>
<b>Kendine Zarar Verme Riski (Devam)</b>		<p>Bireyin fiziksel dışavurumlarının kabul edilebilir formda olması için olanak sağlamak</p> <p>Bireyin toplumsal destek sistemlerini harekete geçirmek</p> <p>Aileye, duyguların yapıcı bir şekilde ifade edilmesi konusunda eğitim vermek</p> <p>Aileye, bireyin zarar verme niyetinin düzeylerinin nasıl tanınacağı, uygun girişimlerle nasıl destekleneceği ve zarar verme davranışıyla nasıl başa çıkılacağı konusunda eğitim vermek</p> <p>Acil durumlarda ailenin başvurabileceği kurumlar hakkında bilgi vermek</p> <p>Aileye toplumsal destek kaynakları konusunda bilgi vermek</p>

Hemşirelik Tanısı	Sonuç Kriterleri	Planlama ve Müdahaleler
<p><b>Etkisiz Bireysel Baş Etme</b></p>	<p>Kendi kişisel başetme şeklini ve davranışının yol açtığı sonuçları tanımlayacak</p> <p>Güçlü yönlerini tanıyacak ve verilen desteği kabul edecek</p> <p>Uygun olmayan başetme davranışlarını kullanmayacak</p> <p>Eğitimsel, sosyal ve eğlence aktivitelerini içeren günlük rutine uyum sağlayacak</p>	<p>Bireyin mevcut başetme durumunu değerlendirmek ve uygun başetme yollarını desteklemek</p> <p>Bireyin kendi davranışını kendisinin değerlendirmesi için bireyi cesaretlendirmek</p> <p>Problem çözümünde bireye yardımcı olmak</p> <p>Bireyin stres azaltıcı aktiviteleri (egzersiz, yoga vb.) uygulamasını desteklemek</p> <p>Gevşeme tekniklerini bireye öğretmek</p>

<b>Hemşirelik Tanısı</b>	<b>Sonuç Kriterleri</b>	<b>Planlama ve Müdahaleler</b>
<b>Aile Süreçlerinin Devamlılığında Bozulma</b>	<p>Aile bireyleri duygularını birbirlerine ve hemşireye sık sık sözel olarak ifade edecek</p> <p>Uygun toplumsal kaynaklar tanınacak</p>	<p>Aileyi gerçekçi bir bakış açısına sahip olmaları için cesaretlendirmek</p> <p>Aileyi toplumsal destek kaynaklarına yönlendirmek</p> <p>Ruhsal bozukluğu olan bireyin tedavi ve bakımına ailenin de katılımını sağlamak</p> <p>Aile üyelerinin duygularını ifade etmeleri için cesaretlendirmek</p> <p>Bireyin hastalığından aile üyelerinin sorumlu olmadığını vurgulamak</p> <p>Bireyin davranışlarını kontrol etmede ailenin kullandığı etkisiz yöntemleri aile ile tartışmak</p> <p>Bireyin hastalığının tekrarlamaya olasılığı ve tekrarlamasına neden olabilecek faktörler hakkında aileyi bilgilendirmek</p>

<b>Hemşirelik Tanısı</b>	<b>Sonuç Kriterleri</b>	<b>Planlama ve Müdahaleler</b>
<b>Aile Başetmesinde Yetersizlik</b>	<p>Aile, sağlıksız baş etme davranışlarını keşfedecek ve sonuçlarını değerlendirecek</p> <p>Aile üyeleri beklentilerini ifade edecek</p> <p>Mevcut toplumsal kaynaklar ile bağlantı kuracak</p>	<p>Aileye geçmişteki ve şimdiki aile fonksiyonlarını değerlendirmeleri için yardım etmek</p> <p>Duruma ilişkin düşüncelerini tartışmaları için aile üyelerine fırsat sağlamak</p> <p>Aile üyelerinin birbirlerini suçlamalarını engellemek</p> <p>Ailenin gerçekçi beklentiler koymasına yardımcı olmak</p>

Hemşirelik Tanısı	Sonuç Kriterleri	Planlama ve Müdahaleler
<p><b>Benlik Saygısında Azalma</b></p>	<p>Benlik saygısını tehdit eden kaynakları tanıyacak ve bunlarla başa çıkılmaya çalışacak</p> <p>Kendi olumlu yönlerini tanıyacak</p> <p>Kendi davranışlarını ve davranışlarının sonuçlarını analiz edecek</p> <p>Değişiminin en az bir olumlu yönünü tanıyacak</p>	<p>Bireyi duygu ve düşüncelerini ifade etmesi için cesaretlendirmek</p> <p>Bireyin hastalığı ve tedavisi konusunda soru sormasını cesaretlendirmek</p> <p>Olumsuz eleştirilerde bulunmaktan kaçınmak</p> <p>Diğer bireylerin yardımını kabul etmesi için ruhsal bozukluğu olan bireyi desteklemek</p> <p>Bireyin güçlü yönlerini ve destek kaynaklarını ortaya çıkarmak</p> <p>Bireyin beklentilerini ortaya çıkarmak</p> <p>Bireyi toplumsal kaynaklara yönlendirmek</p>



Hemşirelik Tanısı	Sonuç Kriterleri	Planlama ve Müdahaleler
<b>Bilgi Eksikliği</b>	<p>Öğrenme yeteneğini bozan problemlerde azalma gösterecek</p> <p>Öğrenmeye ilgi gösterecek</p> <p>Kendi bakım ihtiyaçları, davranışları, problemleri veya hastalığı, tedavi programı veya güvenli ilaç kullanımını hakkında öğrenmeye katılım gösterecek</p> <p>Kendi bakım ihtiyaçlarıyla ilişkili yeterli beceri gösterecek</p> <p>Toplumsal kaynakları kullanacak</p>	<p>Bireyin bilgi düzeyini, yanlış inanışlarını, öğrenme yeteneğini, öğrenmeye hazır oluşunu ve bilgi ihtiyacını değerlendirmek</p> <p>Bireyin anksiyete düzeyini ve öncelikli ihtiyaçlarını değerlendirmek</p> <p>Bireyin bilgi ihtiyacına yönelik hemşirelik bakım planı doğrultusunda kapsamlı eğitim planı hazırlamak</p> <p>Bireye ihtiyaç duyduğu bilgi ile ilişkili olarak yazılı materyaller sağlamak</p> <p>Bireyin soru sormasına fırsat vermek. Soru sorduğunda olumlu geribildirim vermek</p> <p>Bireyin verilen bilgileri anlayıp anlamadığını değerlendirmek</p>

<b>Hemşirelik Tanısı</b>	<b>Sonuç Kriterleri</b>	<b>Planlama ve Müdahaleler</b>
<b>Düşünme Süreçlerinde Bozulma</b>	<p>Düşünce ve davranışındaki değişimleri tanıyacak ve kabul edecek</p> <p>Hallüsinasyonlardan ve sanrılardan önce meydana gelen/gelebilecek olan durumları tanıyacak</p> <p>Hallüsinasyonlar ve sanrılarla ilgili etkili başetme stratejilerini kullanabilecek</p> <p>Spesifik aktivitelere katılacak</p> <p>Sanrılarında daha az sıklıkla söz edecek</p> <p>Olası risk faktörlerini tanıyacak ve mümkünse ortadan kaldıracak</p>	<p>Bireye sakin ve destekleyici bir tavırla yaklaşımda bulunmak</p> <p>Bireyle iletişimde kısa, açık ve net cümleler kullanmak</p> <p>Bireye yerine getiremeyecek sözler vermekten kaçınmak</p> <p>Bireyin sözel ve sözel olmayan hallüsinasyonlarını gözlemlemek</p> <p>Bireyi içsel kaynaklardan ortaya çıkan uyarılar ile dışsal uyarıları ayırt etmesi için cesaretlendirmek</p> <p>Bireyin yanlış inanışları ile anksiyete düzeyinin artması konusunda bağlantı kurmasına yardım etmek</p>

Hemşirelik Tanısı	Sonuç Kriterleri	Planlama ve Müdahaleler
<p><b>Düşünme Süreçlerinde Bozulma</b> <b>(Devam)</b></p>		<p>Bireyle alternatif baş etme yöntemleri konusunda tartışmak</p> <p>Bireyi gerçekçi beklentilerine ulaşması için cesaretlendirmek</p> <p>Bireyin tedavi ve bakımına katılımını desteklemek</p> <p>Bireyi daha fazla sorumluluk aldığı durumlarda ödüllendirmek</p> <p>Bireyin geleceğe ilişkin gerçekçi planlar oluşturmasına yardım etmek</p> <p>Bireyin yıkıcı davranışlarına kesin ve nazık bir şekilde sınır koymak</p> <p>Bireyin negatif duygularını sözel olarak ya da yapıcı aktivitelerle ifade etmesine izin vermek</p> <p>Bireyin toplumsal yaşama uyum sağlamasına ilişkin endişelerini ve güçlüklerini ortaya çıkararak bireyle tartışmak</p>

<b>Hemşirelik Tanısı</b>	<b>Sonuç Kriterleri</b>	<b>Planlama ve Müdahaleler</b>
<b>Düşünme Süreçlerinde Bozulma (Devam)</b>		Bireyin taburculuğuna ilişkin ailenin tepkilerini ortaya çıkarmak Bireye toplumsal yaşamdaki stresle başa çıkması için eğitim vermek Bireyi, toplumsal yaşama uyum sağlamasına yardımcı olabilecek sosyal kurumlar konusunda bilgilendirmek

<b>Hemşirelik Tanısı</b>	<b>Sonuç Kriterleri</b>	<b>Planlama ve Müdahaleler</b>
<b>Sosyal Etkileşimde Bozulma</b>	<p>Diger bireylerle etkileşime girecek</p> <p>Sosyalizasyonunu bozan problem yaratıcı davranışlarını tanıyacak</p> <p>Rahatsız edici sosyal davranışlarını yapıcı davranışlarla değiştirecek</p> <p>Etkili sosyalizasyonu sağlayacak stratejiler geliştirecek</p>	<p>Bireyle destekleyici ilişki kurmak</p> <p>Bireyin başatme durumu değerlendirmek ve uygun başatme becerilerini desteklemek</p> <p>Bireyin duygularını ifade etmesine fırsat tanımak ve problem yaratan durumları ortaya çıkarmak</p> <p>Toplumdaki diğer bireylerle olan iletişimde nasıl yaklaşımda bulunacağı konusunda bireye eğitim vermek</p> <p>Bireye ailedeki rol ve sorumlulukları konusunda eğitim vermek</p> <p>Bireye anksiyete belirtileri ve anksiyetenin üstesinden gelinmesi konusunda eğitim vermek</p> <p>Bireyi anlamları ve gereken desteği sağlamaları konusunda aile üyelerine destek olmak</p>

<b>Hemşirelik Tanısı</b>	<b>Sonuç Kriterleri</b>	<b>Planlama ve Müdahaleler</b>
<b>Sosyal Etkileşimde Bozulma (Devam)</b>		<p>Bireyin hastalığı, tedavisi ve hastalığın seyri konusunda aileye gerçekçi bilgiler vermek</p> <p>Ailedeki üyelerin duygularını ifade etmeleri için fırsat tanımak</p> <p>Aile üyelerinin suçluluk duygularının ve kendi davranışlarının ruhsal bozukluğu olan bireyi nasıl etkilediğini ifade etmeleri için aileye izin vermek</p>

Hemşirelik Tanısı	Sonuç Kriterleri	Planlama ve Müdahaleler
<b>Sosyal İzolasyon</b>	<p>İzolasyon duygularının nedenlerini bilecek</p> <p>Diğer bireylerle anlamlı ilişkilerini artırma yollarını tartışacak</p>	<p>Bireyde sosyal izolasyona neden olan faktörleri belirlemek</p> <p>Bireyi, duyguları hakkında konuşması için cesaretlendirmek</p> <p>Bireyin sosyal destek sistemlerini otaya çıkararak, bu sistemlerin harekete geçirilmesini sağlamak</p> <p>Bireye etkileşimin başlatılması, doğal olma, aktivitelere ilgi gösterme, gerektiğinde yardım isteme ve daha fazla göz teması kurma konularında eğitim vermek</p> <p>Diğer bireylerle sosyal etkileşime girdiğinde bireyi gözlemlemek ve gerektiğinde bireyi ödüllendirmek</p> <p>Bireyi, toplumsal destek kaynaklarına yönlendirmek</p>

Hemşirelik Tanısı	Sonuç Kriterleri	Planlama ve Müdahaleler
<b>Şiddet Riski</b>	<p>Başkalarının yardımı ile davranışlarına kontrol koyacak</p> <p>Davranışlarının nedenlerini ve olası koruyucu önlemleri tanımlayacak</p> <p>Yapılan girişimlerin gerekçelerini açıklayacak</p>	<p>Bireyin şiddet davranışı gösterme potansiyelini ve öyküsünü değerlendirmek</p> <p>Bireyin duygularını kabul etmek</p> <p>Bireye davranışının kontrolünde yardım edileceğini ve yıkıcı herhangi bir şey yapmasına izin verilmeyeceğini belirtmek</p> <p>Bireyin başkaları için risk oluşturduğu durumda davranışlarına sınır koymak</p> <p>Bireyin duygularını eylemle ifade etmek yerine sözel olarak ifade etmesi için cesaretlendirmek</p> <p>Bireye sakin bir yaklaşımda bulunmak</p> <p>Birey kendini kontrol edebildiğinde olumlu geribildirim vermek</p> <p>Bireyi alternatif başetme stratejileri geliştirmesi konusunda desteklemek</p>



<b>Hemşirelik Tanısı</b>	<b>Sonuç Kriterleri</b>	<b>Planlama ve Müdahaleler</b>
<b>Terapötik Rejimi Etkisiz Yönetme</b>	<p>Hastalık sürecini, nedenlerini, semptomlara neden olan ve arttıran faktörleri, hastalığın/semptomların kontrolüne yönelik tedaviyi tanımlayacak</p> <p>Hastalığı ve tedavisi ile ilgili bilgisini sözel olarak ifade edecek</p> <p>Hastalık sürecine uyum sağlama becerilerini öğrenecek</p> <p>Tedaviye uyumu engelleyen faktörleri tanımlayacak</p> <p>Uyumu sağlamak için ihtiyaç duyduğu kaynakları tanımlayacak</p>	<p>Terapötik rejime uyumsuzluk yaratan faktörleri ortaya çıkarmak</p> <p>Bireyin güçlü yönlerini ortaya çıkarmak ve bunları onaylamak</p> <p>Bireyi ve aileyi duygularını ifade etmeleri için cesaretlendirmek</p> <p>Tedavi ve bakıma birey ve ailenin de katılımını sağlamak</p> <p>Birey ve aileyi bilgi istemeleri konusunda cesaretlendirmek</p> <p>Birey ve aileyi hastalık süreci, tedavisi, ilaçların uygulanış nedeni, etkileri ve yan etkileri, kontrole gelme süreleri gibi konularda bilgilendirmek</p>

<b>Hemşirelik Tanısı</b>	<b>Sonuç Kriterleri</b>	<b>Planlama ve Müdahaleler</b>
<b>Terapötik Rejimi Etkisiz Yönetme (Devam)</b>		Birey ve aileyi tedaviden beklentilerini ifade etmeleri için cesaretlendirmek  Birey ve aileyi toplumsal destek kaynakları konusunda bilgilendirmek

## GEREÇ VE YÖNTEM

### 3.1.Araştırmanın Şekli

Bu çalışma psikiyatri kliniklerine yatırılan hastaların ve onların yakınlarının bakış açısıyla psikiyatrik yatışın nedenlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan tanımlayıcı bir çalışmadır.

### 3.2.Araştırmanın Yeri

Araştırma, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Antalya Devlet Hastanesi'ne bağlı Aşır Aksu Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği ve Atatürk Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde yapılmıştır.

Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Kliniği 12 yatak kapasitesi ile hizmet vermektedir. Hasta yoğunluğunun fazla olduğu durumlarda ek yatak konularak yatak kapasitesi 14'e çıkarılmaktadır. Aşır Aksu Devlet Hastanesi Antalya Devlet Hastanesine bağlı olarak 2005 yılında hizmete girmiştir ve Antalya Devlet Hastanesinde bulunan psikiyatri kliniği buraya taşınarak 28 yatak kapasitesi ile hizmet vermeye başlamıştır. Hasta yoğunluğunun fazla olması sebebiyle yatak kapasitesi 31'e çıkarılmıştır. Halen 31 yatak kapasitesiyle hizmet vermektedir. Atatürk Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği 17 yatak kapasitesi ile hizmet vermektedir. Her üç psikiyatri kliniğine hasta yatışı poliklinik, acil ve diğer kliniklerden nakil yoluyla yapılmaktadır ve tıbbi tanılamada DSM-IV (Diagnostic Criteria from American Psychiatric Association) tanı sınıflandırması kullanılmaktadır. Ancak devlet hastanelerinde, hastaların tıbbi tanıları bilgisayara ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) hastalık sınıflandırmasına göre kaydedilmektedir.

### 3.3.Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Akdeniz Üniversitesi Hastanesi, Antalya Devlet Hastanesi ve Atatürk Devlet Hastanesi'nde psikiyatri kliniklerine yatan hastalar ve yakınları oluşturmuştur. Geçen bir yıl içinde, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi psikiyatri kliniğine 251, Antalya Devlet Hastanesi psikiyatri kliniğine 746, Atatürk Devlet Hastanesi psikiyatri kliniğine 654 hasta yatırılmıştır. Bu rakamlar elde edilirken her bir kliniğe bir yıl içerisinde yatırılan toplam hasta sayısı alınmış olup, yeterli istatistiki veri olmaması nedeniyle tekrarlı yatışlara ilişkin veri elde edilememiştir.

### 3.4.Araştırmanın Örneklemi

Hastaların ne kadarının örnekleme alınacağı Medcalc paket programı ile hesaplanmıştır. Hesaplama parametre olarak  $power=0.90$ ,  $\alpha=0.05$ ,  $p=0.15$  alınmıştır. Araştırmanın örneklemini aşağıda belirtilen özellikleri taşıyan 450 hasta ve 450 hasta yakını olmak üzere toplam 900 kişi oluşturmuştur.

- 18 yaş üstü,
- İletişim problemi olmayan,
- Hastanede en fazla 2 gündür yatmakta olan,
- Araştırmaya katılmayı kabul eden.

Çalışmada tüm örnekleme ulaşılmış ve 450 hastayla görüşülmüştür. Bu hastaların yakınlarından 60 kişi araştırmaya katılmayı kabul etmediği için 390 hasta yakınıyla görüşme yapılmıştır.

### 3.5.Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri, hastaları ve yakınları için benzer soruları içeren ancak ayrı ayrı hazırlanan iki soru formu ile elde edilmiştir. Hasta soru formu 34, hasta yakınları soru formu 33 soru içermektedir (EK-I). Her iki formda da sadece hastaların dosya numaraları ve tıbbi tanıları hasta dosyasından elde edilmiştir.

### 3.6.Soru Formunun Hazırlanması

Araştırmada kullanılan soru formları, araştırmacı tarafından konu ile ilgili literatür (1,2,3,10,37) ile araştırmacının gözlem ve klinik deneyimlerden yararlanılarak geliştirilmiştir. Formlar hasta ve yakınlarının tanıtıcı özelliklerini, hastaların hastalığı ile ilgili özellikleri, hastaların yatış öncesi ilaç kullanma ve önemli bir olay yaşama durumunu, hasta ve yakınlarının yatışa ilişkin düşüncelerini ve hasta ve yakınlarının tedaviye ilişkin düşünce ve beklentilerini belirlemeye yönelik sorular içermektedir. Soruların anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacıyla Antalya Devlet Hastanesi Aşır Aksu Devlet Hastanesi ve Atatürk Devlet Hastanesi psikiyatri kliniklerinde yatarak tedavi gören 10 hasta ve bu hastaların yakınları ile ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonrasında hastalara yönelik hazırlanan soru formunda anlaşılmayan bir soru düzeltilmiş, benzer olan ve aynı anlama gelen iki soru birleştirilmiş ve bir sorunun seçeneğine ilave yapılmıştır.

### 3.7.Soru Formunun Uygulanması

Araştırmanın yapılabilmesi için gerekli yasal izinler alındıktan sonra veri toplama süreci başlamıştır. Veriler 03.10.2005 ile 10.12.2006 tarihleri arasında toplanmıştır. Veri toplama sürecinde, her yatış yeni yatış olarak kabul edilerek, tekrarlı yatışı olan hastalar da araştırma kapsamına dahil edilmiştir. Soru formları araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. Görüşmelerin kesintiye uğramaması için veriler görüşme odası veya doktor odasında toplanmıştır. Hastaların ve yakınlarının dikkatlerini konuya odaklamak, aktif katılımlarını sağlamak, gerekli açıklamaları standart olarak ve zamanında yapmak amacıyla, soru

formundaki sorular araştırmacı tarafından okunmuş ve hasta ve yakınlarının yanıtları yine araştırmacı tarafından kaydedilmiştir. Her bir soru formunun doldurulması ortalama 20 dakika sürmüştür.

### **3.8.Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırmada anket formunda yer alan açık uçlu sorulardan elde edilen veriler, her bir sorunun altına, hasta ve yakınlarının ifadeleri şeklinde sıralı olarak yazılmış ve benzer yanıtlar gruplandırılmıştır. Tıbbi tanılar DSM-IV tanı ölçütlerine göre gruplandırılmıştır. Hasta yakınlarına yönelik olarak hazırlanan soru formundaki yatış nedenlerine yönelik iki sorunun yanıtlarının benzerlik göstermesi nedeniyle hasta yakınları tarafından bu iki soruya verilen yanıtlar, yatış nedenleri altında birlikte değerlendirilmiştir.

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde SPSS-13 paket programı kullanılmıştır. Veriler için tanımlayıcı istatistikler hesaplanmış, yaş değişkeni için ortalama, gelir değişkeni için uç değerlerin fazla olmasından ötürü ortanca kullanılmıştır. Diğer değişkenlerin ise sıklıkları incelenmiştir. Değişkenler arası karşılaştırmalar için; değişkenlerin özelliklerine göre iki oran arasındaki farkın anlamlılık testi, ki-kare önemlilik testi ve Fisher'in kesin ki-kare testi kullanılmıştır.

### **3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Bu çalışma 03.10.2005 ile 10.12.2006 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Antalya Devlet Hastanesi'ne bağlı Aşır Aksu Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği ve Atatürk Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde yatarak tedavi alan hastalar ve yakınları ile sınırlıdır.

Araştırma; 18 yaş üstü, iletişim problemi olmayan ve hastanede en fazla 2 gündür yatmakta olan hastalar ve yakınları ile sınırlıdır.

Araştırma kapsamına, hasta yakınlarının da psikiyatrik yatışa ilişkin düşüncelerini ortaya koymak amacıyla sadece yakınları olan hastalar alınmıştır.

## BULGULAR

Bu bölümde Antalya Devlet Hastanesi, Atatürk Devlet Hastanesi ve Akdeniz Üniversitesi Hastanesi psikiyatri kliniklerine yatan hastalar (n=450) ve bu hastaların yakınlarıyla (n=390) görüşülerek elde edilen bulgular verilmektedir.

**Tablo 4.1** Hastaların ve Yakınlarının Tanımlayıcı Özellikleri

Özellikler	Hastalar		Hasta Yakınları	
	s	%	s	%
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	264	58.7	244	62.6
Erkek	186	41.3	146	37.4
<b>Yaş</b>	<b>39.6 ± 13.7</b>		<b>43.37 ± 13.1</b>	
18–29	123	27.3	62	15.9
30–41	146	32.4	104	26.7
42–53	106	23.6	143	36.7
54 ve üzeri	75	16.7	81	20.8
<b>Medeni durum</b>				
Evli	258	57.3	314	80.5
Bekâr	129	28.7	39	10.0
Diğer*	63	14.0	37	9.5
<b>Çocuk sayısı</b>				
Yok	160	35.6	55	14.1
1–2	191	42.4	194	49.7
3–4	80	17.8	109	27.9
5 ve üzeri	19	4.2	32	8.2
<b>Aile tipi</b>				
Çekirdek	356	79.1	332	85.1
Geniş	47	10.4	39	10.0
Parçalanmış	47	10.4	19	4.9
<b>Oturdukları yer</b>				
Şehir içi	326	72.4	295	75.6
İlçe/köy	124	27.6	95	24.4
<b>Hastaya yakınlık derecesi</b>				
Eş	-	-	143	36.7
Anne-baba	-	-	118	30.3
Evlat	-	-	49	12.6
Kardeş	-	-	49	12.6
Akraba	-	-	31	7.9
<b>Aynı evde</b>				
Yaşıyor	-	-	334	85.6
Yaşamıyor	-	-	56	14.4

\*Boşanmış, eşi ölmüş, ayrı yaşıyor

**Tablo 4.1** (Devam)

Özellikler	Hastalar					Hasta Yakınları				
	s		%			s		%		
<b>Eğitim durumu</b>										
Okur-yazar değil	25		5.6			24		6.2		
Okur-yazar	18		4.0			13		3.3		
İlkokul	155		34.4			188		48.2		
Ortaöğretim	189		42.0			124		31.8		
Yükseköğretim	63		14.0			41		10.5		
<b>Meslek</b>										
Ev Hanımı	174		38.7			173		44.4		
İşçi	79		17.6			56		14.4		
Serbest	71		15.8			68		17.4		
Emekli	50		11.1			47		12.1		
Memur	35		7.8			32		8.2		
İşsiz	23		5.1			5		1.3		
Öğrenci	18		4.0			9		2.3		
<b>Sosyal güvence</b>										
Var	425		94.4			370		94.9		
Yok	25		5.6			20		5.1		
<b>Ücretli bir işte çalışma durumu</b>										
Çalışıyor	114		25.3			-		-		
Çalışmıyor	336		74.7			-		-		
<b>Aylık Gelir</b>										
Bilmiyorum	50		11.1			30		7.7		
Belli olmuyor	21		4.7			34		8.7		
Gelir belirten	379		84.2			326		83.6		
<b>Toplam</b>	<b>450</b>		<b>100.0</b>			<b>390</b>		<b>100.0</b>		
	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>Ort.</b>	<b>OD</b>	<b>Sd</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>OD</b>	<b>Med</b>	<b>Sd</b>
Gelir	0	20000	895.63	600	1455.433	0	20000	999.78	685	1406.165

Min=minimum, Max=maksimum, Ort=ortalama, OD=ortanca değer, Sd=standart sapma

Hastaların ve yakınlarının tanımlayıcı özellikleri Tablo 4.1’de verilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların %58.7’si kadın, %41.3’ü erkek, hasta yakınlarının %62.6’sı kadın, %37.4’ü erkektir. Hastaların yaş ortalaması  $39.6 \pm 13.7$  iken, hasta yakınlarının yaş ortalaması  $43.37 \pm 13.1$ ’dir.

Araştırma kapsamına alınan hasta ve yakınlarının medeni durumuna bakıldığında, hastaların % 57.3’ünün, hasta yakınlarının ise %80.5’inin evli olduğu görülmektedir. Hastaların %79.1’i çekirdek ailede ve %72.4’ü şehir içinde yaşıyorken, hasta yakınlarının %85.1’i çekirdek ailede ve %75.6’sı şehir içinde yaşamaktadır. Araştırmaya katılan hasta yakınlarının hastaya yakınlık derecesi eş (%36.7), anne-baba (%30.3), evlat (%12.6), kardeş (%12.6) ve akraba (%7.9) şeklinde sıralanmaktadır ve dörtte üçünden fazlası (%85.6) hastası ile aynı evi paylaşmaktadır.

Hastaların yarısına yakını (%42) ortaöğretim mezunu iken, hasta yakınlarının yarısına yakınının (%48.2) ilkokul mezunu olduğu ve hastaların %38.7’sinin, hasta yakınlarının da %44.4’ünün ev hanımı olduğu saptanmıştır. Her iki grubun tamamına yakınının (hastalar=%94.4, hasta yakınları=%94.9) sosyal güvencesi vardır.

Hastaların sadece %25.3'ü ücretli bir işte çalışmaktadır. Hastaların %11.1'i aylık gelir durumunu "bilmiyorum", %4.7'si "belli olmuyor" diye ifade etmiş, %84.2'si ise aylık gelirini belirtmiştir. Gelir belirten hastaların aylık gelir ortanca değeri 600 (min=0, max=20000, ort= 895.63, sd=1455.433) YTL iken, hasta yakınlarında bu oran 685 (min=0, max=20 000, ort=999.78, sd=1406.165) YTL'dir.



**Tablo 4.2** Hastaların Hastalığı ile İlgili Özellikler

<b>Özellikler</b>	<b>s</b>	<b>%</b>
<b>Tamsını bilme</b>		
Biliyor	173	38.4
Bilmiyor	277	61.6
<b>Hastalığının adı</b>		
Depresif bozukluklar	203	45.1
Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar	148	32.9
Bipolar bozukluklar	43	9.6
Alkol kullanım bozuklukları	23	5.1
Anksiyete bozuklukları	10	2.2
Somatoform bozukluklar	9	2.0
Diğer*	14	3.1
<b>Hastalığın süresi</b>		
1 ay–11 ay	90	20.0
1 yıl–5 yıl	174	38.7
6 yıl–10 yıl	72	16.0
11 yıl–15 yıl	35	7.8
16 yıl ve üzeri	74	16.4
Diğer**	5	1.1
<b>Başka bir hastalık varlığı</b>		
Evet	112	24.9
Hayır	338	75.1
<b>Toplam</b>	<b>450</b>	<b>100.0</b>
<b>Başka hastalık † (n=112)</b>		
Hipertansiyon	29	25.9
Diabetes mellitus	18	16.1
Hipertiroidi	11	9.8
Akciğer hastalığı	11	9.8
Mide ve bağırsak hastalığı	11	9.8
Kalp ve damar hastalığı	9	8.0
Nörolojik bozukluk	8	7.1
Hemoroid	7	6.3
Böbrek hastalığı	7	6.3
Karaciğer ve safra kesesi hastalığı	7	6.3
Lomber disk hernisi	6	5.4
Eklemler hastalığı	6	5.4
Diğer‡	9	8.0

\* Demans, yeme bozuklukları, dürtü denetim bozuklukları, uyum bozuklukları, , kişilik bozuklukları, tik bozuklukları

\*\* Hasta değişim ifadesini kullananlar alınmıştır

† Bu soruya birden fazla yanıt verildiği için n katlanmıştır

‡ Prostat hiperplazisi, hormon bozukluğu, hematolojik hastalık, CP sekeli, görme bozukluğu

Tablo 4.2’de hastaların hastalığı ile ilgili özellikler yer almaktadır. Tablo incelendiğinde hastaların yarısından fazlasının (%61.6) tanısını bilmediği görülmektedir. Hastaların %45.1’i depresif bozukluk, %32.9’u şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar, %9.6’sı bipolar bozukluk, %5.1’i alkol kullanım bozuklukları, %2.2’si anksiyete bozuklukları tanısına sahiptir. Grupta 45 hasta ikili tanıya sahiptir. Bu hastalara konulan ikinci tanılar alkol kullanım bozuklukları (n=10), şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar (n=2), depresif bozukluklar (n=18), bipolar bozukluklar (n=1), anksiyete bozuklukları (n=4), somatoform bozukluklar (n=5) ve diğer bozukluklar (n=5)’dir. Hastalığın süresine bakıldığında, hastaların çoğunluğunun (%38.7) 1–5 yıldır ruhsal hastalığa sahip olduğu görülmektedir.

Hastaların %24.9’u ruhsal hastalığının yanı sıra bedensel hastalığının da bulunduğunu ifade etmiştir. Bu bedensel hastalıkları hipertansiyon (%25.9), diabetes mellitus (%16.1), hipertiroidi (%9.8) gibi hastalıklar oluşturmaktadır.

**Tablo 4.3** Hasta ve Yakınlarına Göre Hastaların Yatışı ile İlgili Özellikler

Özellikler	Hastalar		Hasta Yakınları	
	s	%	s	%
<b>Yatış sayısı</b>				
1	206	45.8	-	-
2	90	20.0	-	-
3	52	11.6	-	-
4	29	6.4	-	-
5 ve üzeri	73	16.2	-	-
<b>Kliniğe yatırılma şekli</b>				
Gönüllü	399	88.7	328	84.1
Gönülsüz	51	11.3	62	15.9
<b>Kim tarafından getirildiği*</b>				
Anne, baba, kardeş	205	45.6	174	44.6
Eş	135	30.0	135	34.6
Akraba	64	14.2	61	15.6
Çocuk	52	11.6	59	15.1
Kendi	52	11.6	32	8.2
Komşu, arkadaş	23	5.1	23	5.9
<b>Görüşme sayısı</b>				
1	400	88.9	-	-
2	40	8.9	-	-
3	7	1.6	-	-
4	2	0.4	-	-
5	1	0.2	-	-
<b>Toplam</b>	<b>450</b>	<b>100.0</b>	<b>390</b>	<b>100.0</b>

\*Bu soruya birden fazla yanıt verildiği için n katlanmıştır

Hasta ve yakınlarına göre hastaların yatışı ile ilgili özellikler Tablo 4.3'te verilmiştir. Hastaların yatış sayısı incelendiğinde yaklaşık yarısının (%45.8) ilk defa hastaneye yattığı görülmektedir. Her iki grup da ağırlıklı olarak kliniğe gönüllü olarak yatırıldığını (hastalar=%88.7, hasta yakınları=%84.1) ve hastaneye anne, baba, kardeş tarafından getirildiğini (hastalar=%45.6, hasta Yakınları=%44.6) ifade etmiştir.

Araştırmanın veri toplama sürecinde araştırmaya katılan hastaların %88.9'u ile 1 defa, %8.9'u ile 2 defa, %1.6'sı ile 3 defa, %0.4'ü ile 4 defa ve %0.2'si ile 5 defa yüz yüze görüşme yapılmıştır.

**Tablo 4.4** Hasta ve Yakınlarına Göre Hastaların Yatış Öncesi İlaç Kullanması ile ilgili Özellikler

Özellikler	Hastalar		Hasta Yakınları	
	s	%	s	%
<b>Yatış öncesi ilaç kullanma</b>				
Evet	327	72.7	297	76.2
Hayır	123	27.3	93	23.8
<b>Toplam</b>	<b>450</b>	<b>100.0</b>	<b>390</b>	<b>100.0</b>
<b>Kullanma şekli</b>				
Düzenli kullanan	218	66.7	139	46.8
Düzenli kullanmayan	109	33.3	158	53.2
<b>Toplam</b>	<b>327</b>	<b>100.0</b>	<b>297</b>	<b>100.0</b>
<b>Düzenli kullanma nedenleri</b>	<b>n=218</b>		<b>n=139*</b>	
Doktor önerdiği için	90	41.3	14	10.1
Gerekliliğine inandığı için	117	53.7	80	57.6
İlaçlarını başkaları verdiği için	11	5.0	32	23.0
Hastalığının tekrarlamaması için	-	-	16	11.5
<b>Düzenli kullanmama nedenleri</b>	<b>n=109</b>		<b>n=158*</b>	
Sadece sıkıntı olduğunda kullanma	12	11.0	9	5.7
İyileşince kullanmayı bırakma	20	18.3	37	23.4
Yan etkisi nedeniyle kullanmayı bırakma	22	20.2	34	21.5
Maddi sıkıntı nedeniyle kullanmayı bırakma	8	7.3	4	2.5
Alkol alma nedeniyle kullanmayı bırakma	8	7.3	11	7.0
Saatinde almama	17	15.6	16	10.1
İlaç içmek istemediği için kullanmayı bırakma	14	12.8	29	18.4
Şüphe ve güvensizlik nedeni ile kullanmayı bırakma	8	7.3	18	11.4
Fikrim yok	-	-	7	4.4

\*Birden fazla yanıt verildiği için n katlanmıştır

Hasta ve yakınlarına göre hastaların yatış öncesi ilaç kullanması ile ilgili özellikler Tablo 4.4’te verilmiştir. Her iki grubun ifadesine göre hastaların dörtte üçü yatış öncesi ilaç kullanmaktadır. Yatış öncesi ilaç kullanan hastaların yarısından fazlası ilaçlarını düzenli kullandığını ifade ederken, hasta yakınlarının yarısından fazlası ilaçlarını düzenli kullanmadığını ifade etmiştir.

Her iki grupta da “gerekliliğine inandığı için” ilacını düzenli kullanma nedeni en fazla belirlenen nedendir (hastalar=%53.7, hasta yakınları=%57.6). Hasta grubunda düzenli kullanma nedeni olarak ikinci sırada (%41.3) “doktor önerdiği için” yer alırken, hasta yakınları grubunda “ilaçlarını başkaları verdiği için” (%23) yer almıştır. Hasta yakınlarının %11.5’i “hastalığının tekrarlamaması için” hastasının ilaçlarını düzenli kullandığını ifade ederken, hastalar böyle bir ifadeye bulunmamıştır.

Hastalar düzenli ilaç kullanmama nedeni olarak ilk sırada (%20.2) “yan etkisi nedeniyle kullanmayı bırakma”yı ifade ederken, hasta yakınları “iyileşince kullanmayı bırakma”yı (%23.4) ifade etmişlerdir. Hasta yakınlarına göre “yan etkisi nedeniyle kullanmayı bırakma” ikinci sırada (%21.5) yer alırken, hastalara göre “iyileşince kullanmayı bırakma” ikinci sırada (%18.3) yer almaktadır. Hastasının ilaçlarını “şüphe ve güvensizlik nedeni ile kullanmayı bıraktığını” ifade eden hasta yakınlarının oranı (%11.4), hastalardan daha fazladır (%7.3).

**Tablo 4.5** Hastaların İfadesine Göre Son Günlerde Önemli Bir Olay Yaşama

<b>Önemli bir olay (n=450)</b>	<b>s</b>	<b>%</b>
Yaşayan	239	53.1
Yaşamayan	211	46.9
<b>Yaşananlar* (n=239)</b>	<b>s</b>	<b>%</b>
Aile içi geçimsizlik yaşama	88	36.8
Boşanma, ayrılık, ölüm	57	23.8
Ailedeki diğer bireylerin sorunlarıyla yüz yüze gelme	50	20.9
Maddi sıkıntı	22	9.2
Akraba ve komşularla kavga	18	7.5
Dayak, taciz, tecavüze maruz kalma	14	5.9
Hamilelik ve doğum	5	2.1
Yanıtsız	9	3.8

\*Bu soruya birden fazla yanıt verildiği için n katlanmıştır

Hastaların son günlerde önemli bir olay yaşayıp yaşamadığına ilişkin bulgular Tablo 4.5’te verilmiştir. Buna göre hastaların yarısından fazlası (%53.1) son günlerde önemli bir olay yaşadığını belirtmiştir. Bu olaylar sırasıyla aile içi geçimsizlik (36.8), boşanma, ayrılık, ölüm (%23.8), ailedeki diğer bireylerin sorunlarıyla yüz yüze gelme (%20.9), maddi sıkıntı (%9.2), akrabalar ve komşularla kavga (%7.5), dayak, taciz, tecavüze maruz kalma (%5.9), hamilelik ve doğum (%2.1)’dur.

**Tablo 4.6** Hasta ve Yakınlarına Göre Hastanın Yatış Nedenleri

Yatış nedenleri*	Hastalar (n=362)		Hasta Yakınları (n=390)	
	s	%	s	%
Sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak	165	45.6	298	76.4
Hastalıktan kurtulmak ve tedavi olmayı istemek	129	35.6	133	34.1
Verilen tedavilere evde uyamamak	20	5.5	25	6.4
Aileden, evden ve çevreden biraz uzak kalmak	65	18.0	48	12.3
Kendisine ve çevresine zarar vermemek	46	12.7	82	21.0
Yemek yiyememe ve uykusuzluk	25	6.9	63	16.2
Dengesiz davranışlar	22	6.1	105	26.9
Ailenin bakamaması	-	-	30	7.7
Bilmiyor	5	1.4	-	-

\*Bu soruya birden fazla yanıt verildiği için n katlanmıştır

Tablo 4.6’da hasta ve yakınlarının ifadelerine göre hastaların yatış nedenleri verilmiştir. Tabloda yer alan yatış nedenlerine ilişkin ifadeler, yatışın gerekli olduğunu düşünen hastalara (n=362) ve hasta yakınlarının tamamına (n=390) aittir. Tablo incelendiğinde her iki grupta da “sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak” ilk sırada (hasta=%45.6, hasta yakınları=%76.4) ifade edilen yatış nedenidir. Her iki grupta da “hastalığından kurtulmak ve tedavi olmayı istemek” ikinci sırada (hastalar=%35.6, hasta yakınları=%34.1) belirtilen yatış nedenidir. Hastaların ifadesine göre “aileden, evden ve çevreden biraz uzak kalmak” üçüncü sırada (%18) yer alırken, yakınlarına göre “dengesiz davranışlar” üçüncü sırada (%26.9) yer almaktadır ve bu yatış nedenini ifade eden hasta yakınlarının oranı (%26.9) hastaların (%6.1) dört katıdır. Her iki grupta da “kendisine ve çevresine zarar vermemek” dördüncü sırada (hasta=%12.7, hasta yakınları=%21) yer alan yatış nedenidir ve bunu “yemek yiyememe ve uykusuzluk” (hasta=%6.9, hasta yakınları=%16.2) takip etmektedir. “Verilen tedavilere evde uyamadığı” için hastaneye yatırıldığını ifade eden hasta yakınlarının oranı (%6.4), hastalardan (%5.5) daha fazladır. Hasta yakınlarının %7.7’si yatış nedenini “ailenin bakamaması” olarak belirtirken, hastalar böyle bir ifadede bulunmamıştır. Hastaların %1.4’ü ise yatış nedenini bilmediğini ifade etmiştir.

**Tablo 4.7** Hasta ve Yakınlarının Yatışın Gerekliliğine İlişkin Düşünceleri

<b>Yatış gerekli miydi?</b>	<b>Hastalar</b>		<b>Hasta Yakınları</b>	
	<b>s</b>	<b>%</b>	<b>s</b>	<b>%</b>
Evet	362	80.4	348	89.2
Hayır	88	19.6	42	10.8
<b>Toplam</b>	<b>450</b>	<b>100.0</b>	<b>390</b>	<b>100.0</b>
<b>Neden gerekli değildi?</b>				
Doktor ve tedavinin yararı yok	36	40.9	22	52.4
Eş ve çocukların yanında kalmak gerekir	4	4.5	2	4.8
Durumu iyi	43	48.9	17	40.5
Yanıtsız	5	5.7	1	2.4
<b>Toplam</b>	<b>88</b>	<b>100.0</b>	<b>42</b>	<b>100.0</b>
<b>Tedavi ve bakım yeterli mi?*</b>				
Yeterli	-	-	188	48.2
Yeterli değil	-	-	85	21.8
Bilmiyorum	-	-	117	30.0
<b>Toplam</b>			<b>390</b>	<b>100.0</b>

\*Bu soru yalnızca hasta yakınlarına sorulmuştur

Hasta ve yakınlarının yatışın gerekliliğine ilişkin düşünceleri Tablo 4.7’de verilmiştir. Her iki grup da ağırlıklı olarak yatışın gerekli olduğunu düşünmekle birlikte, gruplar arası farklılığa bakıldığında hasta yakınlarında yatışın gerekli olduğunu düşünenlerin oranı (%89.2) hastalardan (%80.4) daha fazladır. Yatışın gerekli olmadığını düşünenlere “yatış neden gerekli değildi?” sorusu sorulduğunda, hastalar yanıt olarak ilk sırada “durumunun iyi olduğu” (%48.9) ifadesini kullanırken, yakınları “doktor ve tedavinin yararının olmadığını” (%52.4) belirtmişlerdir.

Hasta yakınlarının %48.2’si verilen tedavi ve bakımın yeterli olduğunu, %21.8’i ise yeterli olmadığını ifade ederken, %30’u tedavi ve bakımın yeterli olup olmadığını bilmediğini ifade etmiştir.

**Tablo 4.8** Hasta ve Yakınlarının Hastanede Yatırılmadan Tedavi Edilebilme ile İlgili Görüşleri

Görüşler	Hastalar (n=450)		Hasta Yakınları (n=390)	
	s	%	s	%
<b>Yatırılmadan tedavi edilebilir mi?</b>				
Evet	180	40.0	92	23.6
Hayır	270	60.0	298	76.4
<b>Yatırılmadan tedavi şekli*</b>	<b>n=180</b>		<b>n=92</b>	
Ayaktan ilaç ve muayenehane kontrolleri	109	60.6	49	53.3
Terapiler	12	6.7	13	14.1
Düzenli ilaç kullanımı	12	6.7	24	26.1
Uğraşı edinme, çalışma, stresten uzak durma	30	16.7	12	13.0
Diğer	17	9.4	5	5.4
Yanıtsız	5	2.8	-	-

\*Bu soruya birden fazla yanıt verildiği için n katlanmıştır

Hasta ve yakınlarının hastanede yatırılmadan tedavi edilebilme ile ilgili görüşleri Tablo 4.8’de verilmiştir. Hastaların %60’ı, hasta yakınlarının %76.4’ü yatırılmadan tedavinin mümkün olmadığını belirtmişlerdir. Hastaların %40’ı, yakınlarının ise %23.6’sı hastaneye yatırılmadan da tedavi edilebileceğini belirtmiş ve tedavi şekli olarak her iki grubun yarısından fazlası (hasta=%60.6, hasta yakını=%53.3) “ayaktan ilaç ve muayenehane kontrollerinin” tedavi için uygun olacağını belirtmiştir. Hastalar ayrıca “uğraşı edinme, çalışma, stresten uzak durmayla” (%16.7) tedavinin mümkün olduğunu ifade ederken, hasta yakınları “düzenli ilaç kullanımını” (%26.1) yatırılmadan tedavi için bir seçenek olarak ifade etmişlerdir. Hastasının “terapiler” ile tedavi edilebileceğini belirten hasta yakınları (%14.1), hastalardan daha fazladır (%6.7).

**Tablo 4.9** Hasta ve Yakınlarının Doktor ve Hemşirelerden Beklentileri

Beklentiler	Hastalar		Hasta Yakınları	
	s	%	s	%
<b>Hemşireden beklentileri*</b>				
İlgi, güler yüz, tatlı dil, anlayış, sevgi, şefkat gösterebilirler	137	30.4	143	36.7
Görevlerini yaparlar	44	9.8	89	22.8
İyi davranırlar, yardımcı olurlar	110	24.4	112	28.7
Yeterince ilgileniyorlar	144	32.0	96	24.6
Hiçbir şey beklemiyorum	75	16.7	17	4.4
Yanıtsız	8	1.8	4	1.0
<b>Doktordan beklentileri*</b>				
İlgi, güler yüz, anlayış, sevgi, şefkat gösterebilirler	72	16.0	97	24.9
İyileştirirler, tedavi ederler	196	43.6	187	47.9
İyi gözlemler, hastalığın sebebini bulurlar	11	2.4	21	5.4
Hastalık ve tedavi hakkında bilgi verirler	19	4.2	24	6.2
Gerekeni yapıyorlar.	135	30.0	102	26.2
Hiçbir şey beklemiyorum	45	10.0	11	2.8
Fikrim yok	11	2.4	3	0.8
<b>Toplam</b>	<b>450</b>	<b>100.0</b>	<b>390</b>	<b>100.0</b>

\*Bu soruya birden fazla yanıt verildiği için n katlanmıştır

Hasta ve yakınlarının doktor ve hemşirelerden beklentileri Tablo 4.9’da verilmiştir. Hastaların çoğunluğu (%32) hemşirelerin yeterince ilgilendiğini düşünmekle birlikte, her iki grup ağırlıklı olarak hemşirelerin “ilgi, güler yüz, tatlı dil, anlayış, şefkat göstermelerini” beklemektedir (hastalar=%30.4, hasta yakınları=%36.7). Hemşirelerin “iyi davranmasını, yardımcı olmasını” bekleyenlerin oranı (hasta=%24.4, hasta yakını=%28.7) her iki grupta da ikinci sırada yer almaktadır. Hemşirelerin “görevlerini yapmalarını” bekleyen hasta yakınlarının oranı ise (%22.8), hastalardan oldukça fazladır (%9.8).

Hasta ve yakınlarının doktorlardan beklentilerine baktığımızda, her iki grupta da “iyileştirirler, tedavi ederler”in ilk sırada yer alan beklenti olduğu görülmektedir. Hastaların %30’u, hasta yakınlarının %26.2’si doktorların “gerekeni yaptığını” ifade etmiştir. Doktorların “ilgi, güler yüz, anlayış, sevgi, şefkat göstermelerini” bekleyen hasta yakınlarının oranı (%24.9), hastalardan (%16) daha fazladır. “İyi gözlemlerini, hastalığın sebebini bulmasını” bekleyen hasta yakınları ise (%5.4) hastaların yaklaşık iki katıdır (%2.4).



**Tablo 4.10** Hasta ve Yakınlarının Psikiyatrik Yatışın Sonucuna İlişkin Beklentileri

Beklentiler	Hastalar (n=450)		Hasta Yakınları (n=390)	
	s	%	s	%
<b>Yatış yararlı olacak*</b>	<b>n=317</b>	<b>70.4</b>	<b>n=353</b>	<b>90.5</b>
Tedavi olacağına inandığı için	157	49.5	183	51.8
Sıkıntılı ortamdan uzaklaştığı ve evden daha rahat olduğu için	65	20.5	43	12.2
Hastane ortamında ilaçlarını düzenli aldığı için	52	16.4	68	19.3
Emniyet açısından emin ellerde olduğu için	57	18.0	101	28.6
Başka çare olmadığı için	7	2.2	11	3.1
Buradaki diğer hastaların durumlarını gördüğü için	12	3.8	10	2.8
Yanıtsız	12	3.8	2	0.6
<b>Yatış yararlı olmayacak*</b>	<b>n=63</b>	<b>14</b>	<b>n=37</b>	<b>9.5</b>
Tedavi edilemeyecek durumda olduğu için	8	12.7	7	18.9
Tedavinin faydasını göremediği için	19	30.2	19	51.4
Diğer hastalardan rahatsız olduğu için	8	12.7	4	10.8
Kendini daha kötü hissettiği için	12	19.0	2	5.4
Evde kendini daha rahat hissettiği için	14	22.2	3	8.1
Zaten iyi olduğu için	7	11.1	4	10.8
Bilmiyorum	2	3.2	-	-
<b>Bir fikrim yok</b>	<b>70</b>	<b>15.6</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

\*Bu soruya birden fazla yanıt verildiği için n katlanmıştır

Hasta ve yakınlarının psikiyatrik yatışın sonucuna ilişkin beklentileri Tablo 4.10'da verilmiştir. Tablo incelendiğinde, hastaların yaklaşık dörtte üçünün (%70.4), hasta yakınlarının ise tamamına yakınının (%90.5) yatışın yararlı olacağına inandığı görülmektedir. Yararlı olacağını düşünme nedenlerine bakıldığında, “tedavi olacağına inandığı için” düşüncesi her iki grupta da yüksek orandadır (hastalar=%49.5, hasta yakınları=51.8). Hastalar ayrıca “sıkıntılı ortamdan uzaklaştığı ve evden daha rahat olduğu için” (%20.5) tedavi olacağına inanırken, hasta yakınları “emniyet açısından emin ellerde olduğu için” (%28.6) hastasının tedavi olacağına inanmaktadır.

Yatışın yararlı olmayacağına inanan hastalar (%14), hasta yakınlarından daha (%9.5) fazladır. Nedenlerine bakıldığında, hastaların %30.2'si “tedavinin faydasını göremediği” için yatışın yararlı olmayacağına inanırken, hasta yakınlarında bu oran %51.4'tür. “Evde kendini daha rahat hissettiğini” ifade eden hastaların oranı hasta yakınlarından iki kat fazladır. Ayrıca hasta yakınlarının ifadeleri arasında hastasının “tedavi edilemeyecek durumda” olması ifadesi (%18.9) de dikkati çekecek düzeyde bulunmuştur.

**Tablo 4.11** Hasta ve Yakınlarına Göre Taburculuk İçin Çözümlemesi Beklenen Sorunlar

Çözümlemesi beklenenler*	Hastalar (n=450)		Hasta Yakınları (n=390)	
	s	%	s	%
Korku, tedirginlik, öfke, sinir, şüphe, karamsarlık ortadan kalkınca	153	34.0	172	44.1
Vücuttaki yangın, ağrı, sızı, yara, baş dönmesi, uyuşma geçince	30	6.7	22	5.6
Rahat uyku uyuyunca	21	4.7	23	5.9
Düşünceler değişince	18	4.0	20	5.1
Aile ile ilgili sorunlar ortadan kalkınca	70	15.6	18	4.6
İş ile ilgili sorunlar ortadan kalkınca	8	1.8	6	1.5
Eş ile iletişim sorunları çözümlenince	17	3.8	6	1.5
Hastalık iyileşince	130	28.9	157	40.3
Hiçbir şey beklemiyorum	25	5.6	9	2.3
Fikrim yok	22	4.9	14	3.6

\*Bu soruya birden fazla yanıt verildiği için n katlanmıştır

Hasta ve yakınlarına göre hastasının taburcu olması için çözümlenmesi beklenen sorunların listesi Tablo 4.11’de verilmiştir. Çözümlemesi beklenen sorunlar incelendiğinde, her iki grup en fazla “korku, tedirginlik, öfke, sinir, şüphe, karamsarlığın ortadan kalkmasını” istemekle birlikte, bu beklentinin hastalara oranla hasta yakınlarında daha fazla olduğu (hastalar=%34, hasta yakınları=%44.1) görülmektedir. Her iki grup da ikinci sırada “hastalığın iyileşmesi” beklentisini (hastalar=%28.9, hasta yakınları=%40.3) önemli bir beklenti olarak ifade etmiştir. Gruplar arasında farklılığa bakıldığında, hasta yakınlarının oranının hastalardan daha fazla olduğu görülmektedir. Hastalar, hasta yakınlarına göre “aile ile ilgili sorunların ortadan kalkması” beklentisini (%15.6) daha yüksek oranda ifade etmişlerdir. Hasta yakınları ayrıca hastasının “rahat uyku uyuması” halinde taburcu olabileceğini, diğer beklentilerine göre daha yüksek oranda belirtmişlerdir.

**Tablo 4.12** Hasta Yakınlarının Hastalarının Hastane ya da Benzeri Bir Kurumda Sürekli Barındırılmasına Yönelik Görüşleri

<b>Yakınların Görüşleri</b>	<b>s</b>	<b>%</b>
<b>Sürekli barındırılması gerekir</b>	<b>54</b>	<b>13.8</b>
Tedavi olması için	21	5.4
Artık dayanamadığımız için	18	4.6
Hastalığı sık tekrarladığı için	8	2.1
Etrafına zarar verdiği için	7	1.8
<b>Sürekli barındırılmasına gerek yoktur</b>	<b>336</b>	<b>86.2</b>
Durumu kötü olmadığı için	134	34.4
Ayrı yaşayamayacağım ve üzüleceğim için	67	17.2
Bizden ayrı kalmaya dayanamayacağı için	34	8.7
Sorumluluklarını yerine getirmesi gerektiği için	32	8.2
Biz bakacağımız için	24	6.2
Ev ortamı daha iyi olduğu için	23	5.9
Çevre hoş karşılamayacağı için	5	1.3
Yanıtsız	17	4.4
<b>Toplam</b>	<b>390</b>	<b>100.0</b>

Hasta yakınlarının hastalarının hastane ya da benzeri bir kurumda sürekli barındırılmasına yönelik görüşleri Tablo 4.12’de verilmiştir. Tablo incelendiğinde hasta yakınlarının %86.2’si hastasının hastane ya da benzeri bir kurumda sürekli barındırılmasına gerek olmadığını ifade ederken, %13.8’i sürekli barındırılması gerektiğini ifade etmiştir. Hastasının barındırılması gerektiğini ifade edenlerin nedenlerine bakıldığında, en fazla belirtilen neden “tedavi olması için” (%5.4)’dir. Bunu sırasıyla “artık dayanamadığımız için” (%4.6), “hastalığı sık tekrarladığı için” (%2.1) ve “etrafına zarar verdiği için” (%1.8) ifadeleri izlemektedir.

Hastasının sürekli barındırılmasına gerek olmadığını belirtenlerin gerekçelerine bakıldığında ise, grubun büyük bir kısmının (%34.4) “durumu kötü olmadığı için” ifadesini kullandığı görülmektedir. Hastasından “ayrı yaşayamayacağı ve üzüleceği için” buna gerek olmadığını düşünenlerin oranı ise %17.2’dir. Hasta yakınları ayrıca “bizden ayrı kalmaya dayanamayacağı için” (%8.7), “sorumluluklarını yerine getirmesi için” (% 8.2), “biz bakacağımız için” (%6.2), “ev ortamı daha iyi olduğu için” (%5.9) ve “çevre hoş karşılamayacağı için” (%1.3) ifadeleri ile hastasının bir kurumda sürekli barındırılmasına gerek olmadığını düşündüklerini belirtmişlerdir.

**Tablo 4.13** Hasta ve Yakınlarına Göre Ruhsal Hastalıkların Tedavisi İçin Hastaneler Dışında Gerekli Olan Kurumlar

Kurumlar *	Hastalar (n=450)		Hasta Yakınları (n=390)	
	s	%	s	%
Hastane olmazsa olmaz, başka bir şeye gerek yok	67	14.9	64	16.4
Rehabilitasyon merkezleri olsun	5	1.1	10	2.6
Sağlık ocaklarında psikiyatri bölümü olsun	5	1.1	8	2.1
Önce doktor olsun yeter	15	3.3	2	0.5
Gençlik merkezleri olsun	1	0.2	1	0.3
Okullardan itibaren yardım olsun	8	1.8	7	1.8
Havadar, açık alanları olan, açık yerlerde kurulan hastaneler olsun	23	5.1	21	5.4
Dernekler, vakıflar, sığınma evleri olsun	18	4.0	13	3.3
Evde tedavi imkânı ya da ev terapisi olsun	16	3.6	3	0.8
İnsanların danışmanlık alabileceği yerler olsun	19	4.2	10	2.6
Aile hekimleri olsun	5	1.1	4	1.0
Özel eğlence yerleri, sinema, toplantılar, seminerler gibi aktiviteler olsun	46	10.2	40	10.3
Konuşarak tedavi imkânı olsun	30	6.7	35	9.0
Özel hastane ve özel muayenehaneler olsun	21	4.7	30	7.7
Herkesin yaşadığı yere yakın hastane, sağlık ocağı olsun	7	1.6	-	-
Parasız ve daha ucuz hizmet veren kurumlar olsun	11	2.4	12	3.1
Fikrim yok	172	38.2	147	37.7

\*Bu soruya birden fazla yanıt verildiği için n katlanmıştır

Hasta ve yakınlarının ruhsal hastalıkların tedavisi için hastaneler dışında gerekli olan kurumlara ilişkin görüşleri Tablo 4.13'te verilmiştir. Buna göre hastaların %14.9'u, hasta yakınlarının %16.4'ü "hastaneler olmazsa olmaz, başka bir şeye gerek yok" düşüncesini belirtmişlerdir. Her iki grup ikinci sırada "özel eğlence yerleri, sinema gibi aktivitelerin olması" (hastalar=%10.2, hasta yakınları=%10.3) gerektiğini ifade etmiştir. Ayrıca "konuşarak tedavi imkanı olsun" (hastalar=%6.7, hasta yakınları=%9) görüşü de alternatif bir görüş olarak yüksek oranda belirtilmiştir. Hastaların %38.2'si, hasta yakınlarının ise %37.7'si bu konuda fikirlerinin olmadığını belirtmiştir.

**Tablo 4.14** Yatış Nedenlerine İlişkin İfadelerin Hasta ve Yakınlarının Cinsiyetlerine Göre Dağılımı

Yatış Nedenleri*	Cinsiyet					
	Hastalar (n=362)			Hasta Yakınları (n=390)		
	Kadın** %	Erkek** %	p	Kadın** %	Erkek** %	p
Sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak	30.1	15.5	<b>0.006</b>	47.4	29.0	0.722
Hastalıktan kurtulmak ve tedavi olmayı istemek	19.9	15.7	0.478	21.5	12.6	0.862
Verilen tedavilere evde uyamamak	3.0	2.5	0.759	4.9	1.5	0.151
Aileden, evden ve çevreden biraz uzak kalmak	12.4	5.5	<b>0.048</b>	5.9	6.4	<b>0.025</b>
Kendisine ve çevresine zarar vermemek	7.5	5.2	0.952	14.1	6.9	0.342
Yemek yiyememe ve uykusuzluk	3.9	3.0	0.810	11.5	4.6	0.112
Dengesiz davranışlar	3.9	2.2	0.600	18.7	8.2	0.85
Ailenin bakamaması	-	-	-	4.4	3.3	0.487
Bilmiyor	0.3	1.1	-	-	-	-

\* Bu soruya birden fazla yanıt verildiği için n katlanmıştır

\*\* Sadece bu ifadeyi kullananlar alınmıştır

Yatış nedenlerine ilişkin ifadelerin hasta ve yakınlarının cinsiyetlerine göre dağılımı Tablo 4.14’te verilmiştir. Her iki grupta da bazı yatış nedenleri yönünden cinsiyetler arasında anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Erkeklerle kıyaslandığında kadın hastalar için “sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak” önemli bir yatış nedenidir ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). İstatistiksel olarak anlamlı olmasa da “hastalıktan kurtulmak ve tedavi olmayı istemek” nedeniyle yatırıldığını ifade eden kadınların oranı (%19.9) erkeklerden daha fazladır (%15.7).

Her iki grupta da yatış nedenlerinden “aileden, evden ve çevreden biraz uzak kalmak” ile cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Cinsiyetler arası farklılığa bakıldığında, hasta grubunda kadınların ifadelerine göre, bu nedenle yatırılma oranı erkeklerin iki katından fazladır (kadın=%12.4, erkek=%5.5). Hasta yakınları grubunda ise erkeklerin ifadelerine göre bu nedenle yatırılma oranı fazladır ve bu bulgu istatistiksel açıdan anlamlıdır ( $p<0.05$ ). Hasta yakınları grubunda kadınların ifadesine göre “ailenin bakamaması” nedeniyle yatırılma oranının (%4.4) erkeklerden daha fazla olduğu (%3.3) saptanmıştır.

**Tablo 4.15** Yatış Nedenlerine İlişkin İfadelerin Hasta ve Yakınlarının Yaşlarına Göre Dağılımı

Yatış Nedenleri*	Hastalar (n=362)				p	Yaş				p
	Hasta Yakınları (n=390)									
	18-29**	30-41**	42-53**	54 ve +**		18-29**	30-41**	42-53**	54 ve +**	
%	%	%	%		%	%	%	%		
Sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak	9.7	13.3	13.5	9.1	0.360	12.8	20.8	26.9	15.9	0.694
Hastalıktan kurtulmak ve tedavi olmayı istemek	9.7	9.4	8.8	7.7	0.647	4.4	8.2	12.8	8.7	0.258
Verilen tedavilere evde uyamamak	1.4	1.7	1.4	1.1	0.997	0.3	1.3	3.3	1.5	0.198
Aileden, evden ve çevreden biraz uzak kalmak	4.7	7.7	4.7	0.8	<b>0.002</b>	1.0	3.3	5.4	2.6	0.436
Kendisine ve çevresine zarar vermemek	3.9	2.8	4.1	1.9	0.477	3.8	5.4	8.7	3.1	0.399
Yemek yiyememe ve uykusuzluk	0.8	1.7	2.5	1.9	0.252	2.1	2.8	6.9	4.4	0.168
Dengesiz davranışlar	2.5	1.4	1.9	0.3	0.150	3.3	7.7	10.8	5.1	0.582
Ailenin bakamaması	-	-	-	-	-	1.3	2.3	3.1	1.0	0.774
Bilmiyor	1.1	0.3	0.0	0.0	-	-	-	-	-	-

\* Bu soruya birden fazla yanıt verildiği için n katlanmıştır

\*\* Sadece bu ifadeyi kullananlar alınmıştır

Tablo 4.15’te yatış nedenlerine ilişkin ifadelerin hasta ve yakınlarının yaşlarına göre dağılımı verilmiştir. Her iki grupta yaş fark etmeksizin “sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak” önemli bir yatış nedeni olarak belirtilmiştir. Yaş grupları arasındaki farklılığa bakıldığında, 30-41 yaş (%13.3) ve 42-53 yaş (%13.5) grubunda yer alan hastaların ifadelerine göre bu nedenle yatırılma oranı birbirine yakın ve diğer yaş gruplarından daha fazladır. Hasta yakınları grubunda aynı yatış nedeninin en fazla 42-53 yaş (%26.9) grubunda ifade edildiği görülmektedir. Hastaların yaşlarına göre “aileden, evden ve çevreden biraz uzak kalmak” diğer nedenlere göre istatistiksel anlamlılık taşımaktadır ( $p < 0.05$ ). Anlamlılığın kaynağına bakıldığında, 30-41 yaş grubundaki hastaların ifadelerinden kaynaklandığı görülmektedir (%7.7). Hasta yakınları grubunda bu yatış nedeni en fazla 42-53 yaş (%5.4) grubu tarafından ifade edilmiştir. “Dengesiz davranışlar” nedeniyle yatırılma oranı en fazla 18-29 yaş (%2.5) grubundaki hastalar tarafından ifade edilirken, hasta yakınları arasında ise en fazla 42-53 yaş (%10.8) grubunda ifade edilmiştir.

**Tablo 4.16** Yatış Nedenlerine İlişkin İfadelerin Hasta ve Yakınlarının Medeni Durumlarına Göre Dağılımı

Yatış Nedenleri*	Medeni Durum							
	Hastalar (n=362)				Hasta Yakınları (n=390)			
	Evli**	Bekâr**	Diğer**†	p	Evli**	Bekâr**	Diğer**†	p
%	%	%	%		%	%	%	
Sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak	27.3	11.3	6.9	0.615	63.1	7.7	5.6	<b>0.038</b>
Hastalıktan kurtulmak ve tedavi olmayı istemek	19.9	9.1	6.6	0.336	28.5	2.8	2.8	0.567
Verilen tedavilere evde uyamamak	2.8	1.7	1.1	0.726	4.6	0.3	1.5	<b>0.028</b>
Aileden, evden ve çevreden biraz uzak kalmak	11.0	5.5	1.4	0.191	9.2	1.0	2.1	0.189
Kendisine ve çevresine zarar vermemek	8.3	2.8	1.7	0.538	16.9	2.3	1.8	0.906
Yemek yiyememe ve uykusuzluk	4.7	1.1	1.1	0.412	13.1	1.0	2.1	0.403
Dengesiz davranışlar	3.3	1.9	0.8	0.888	21.5	1.8	3.6	0.146
Ailenin bakamaması	-	-	-	-	6.7	0.5	0.5	0.675
Bilmiyor	0.0	1.1	0.3	-	-	-	-	-

\* Bu soruya birden fazla yanıt verildiği için n katlanmıştır

\*\* Sadece bu ifadeyi kullananlar alınmıştır

† Boşanmış, eşi ölmüş, ayrı yaşıyor

Tablo 4.16’da ifade edilen yatış nedenleri ile hasta ve yakınlarının medeni durumları arasında bir farklılık olup olmadığı verilmiştir. Hasta grubunda tüm yatış nedenleri evli olan hastalar tarafından daha yüksek oranda ifade edilmiştir. Evli olan hastalar sırasıyla “sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak” (%27.3), “hastalıktan kurtulmak ve tedavi olmayı istemek” (%19.9) ve “aileden, evden ve çevreden biraz uzak kalma’yı” (%11) yatış nedeni olarak ifade etmişlerdir.

Hasta yakınları grubunda tüm nedenler evliler tarafından yüksek oranda ifade edilmekle birlikte, “sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak” (%63.1) ve “verilen tedavilere evde uyamamak” (%4.6) nedenleri ile medeni durumlar arasında istatistiksel düzeyde anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

Hastasının yatış nedenlerini “hastalıktan kurtulmak ve tedavi olmayı istemek” (%28.5) ve “dengesiz davranışlar” (%21.5) olarak ifade eden hasta yakınlarının çoğunluğunun evli olduğu tespit edilmiştir.

**Tablo 4.17** Yatış Nedenlerine İlişkin İfadelerin Hasta ve Yakınlarının Çocuk Sayılarına Göre Dağılımı

Yatış Nedenleri*	Çocuk Sayısı									
	Hastalar (n=362)					Hasta Yakınları (n=390)				
	Yok**	1-2**	3-4**	5 ve +**	p	Yok**	1-2**	3-4**	5 ve +**	p
	%	%	%	%		%	%	%	%	
Sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak	14.1	18.5	9.1	3.9	<b>0.014</b>	11.0	38.5	21.0	5.9	0.889
Hastalıktan kurtulmak ve tedavi olmayı istemek	10.5	16.9	7.2	1.1	0.241	4.1	17.2	9.7	3.1	0.844
Verilen tedavilere evde uyamamak	2.5	2.5	0.3	0.3	0.403	0.5	3.1	1.8	1.0	0.440
Aileden, evden ve çevreden biraz uzak kalmak	6.6	7.2	3.6	0.6	0.881	1.5	6.9	2.8	1.0	0.786
Kendisine ve çevresine zarar vermemek	4.4	5.5	2.2	0.6	0.988	2.8	10.8	5.4	2.1	0.899
Yemek yiyememe ve uykusuzluk	2.2	3.0	1.4	0.3	0.989	1.3	6.9	6.2	1.8	0.099
Dengesiz davranışlar	2.2	2.8	0.8	0.3	0.927	2.3	15.1	6.9	2.6	0.181
Ailenin bakamaması	-	-	-	-	-	0.8	4.4	2.1	0.5	0.846
Bilmiyor	1.1	0.3	0.0	0.0	-	-	-	-	-	-

\* Bu soruya birden fazla yanıt verildiği için n katlanmıştır

\*\* Sadece bu ifadeyi kullananlar alınmıştır

Tablo 4.17’de hasta ve yakınları yönünden çocuk sayısı ile yatış nedenleri arasındaki farklılık verilmektedir. Tablo incelendiğinde, hastaların ifadesine göre 1-2 çocuğa sahip olanlarda “sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak” nedeni ile yatırılmanın ilk sırada (%18.5) yer aldığı ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ( $p < 0.05$ ). Ayrıca diğerlerine oranla 1-2 çocuğa sahip olan hastalarda “hastalıktan kurtulmak ve tedavi olmak” (%16.9), “aileden, evden ve çevreden biraz uzak kalmak” (%7.2), “kendisine ve çevresine zarar vermemek” (%5.5), “yemek yiyememe ve uykusuzluk” (%3) ve “dengesiz davranışlar” (%2.8) nedeni ile hastaneye yatırıldığını ifade etme oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır.



Hasta yakınları arasında da 1-2 çocuğa sahip olanlar, hasta grubunda olduğu gibi tüm yatış nedenlerini en yoğun oranda ifade etmişlerdir. Buna göre 1-2 çocuğa sahip olan hasta ve yakınları için yatış nedenlerinin önem sırası aynıdır diyebiliriz.

**Tablo 4.18.a** Hastaların Yatış Nedenlerine İlişkin İfadelerinin Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı (n=362)

Yatış Nedenleri*	Eğitim Durumu					p
	Okur-Yazar Değil**	Okur-Yazar**	İlkokul**	Ortaöğretim**	Yükseköğretim**	
	%	%	%	%	%	
Sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak	4.7	2.5	17.1	18.0	3.3	<b>0.000</b>
Hastalıktan kurtulmak ve tedavi olmayı istemek	1.1	0.3	13.8	14.6	5.8	0.065
Verilen tedavilere evde uyamamak	0.6	0.0	2.8	1.9	0.3	0.413
Aileden, evden ve çevreden biraz uzak kalmak	0.8	0.3	5.2	9.1	2.5	0.542
Kendisine ve çevresine zarar vermemek	0.6	0.8	4.1	5.8	1.4	0.692
Yemek yiyememe ve uykusuzluk	0.3	0.0	3.3	2.8	0.6	0.590
Dengesiz davranışlar	0.3	0.3	1.7	3.0	0.8	0.922
Bilmiyor	0.0	0.0	0.0	0.8	0.6	-

\* Bu soruya birden fazla yanıt verildiği için n katlanmıştır

\*\* Sadece bu ifadeyi kullananlar alınmıştır

Tablo 4.18.a’da hastalar tarafından ifade edilen yatış nedenlerinin hastaların eğitim durumuna göre dağılımı verilmiştir. Tablo incelendiğinde hastaların ifadesine göre “sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak” nedeniyle yatırılma oranının en yüksek ortaöğretim mezunu olan hastalar (%18) tarafından ifade edildiği, bunu ikinci sırada ilkokul mezunu olan hastaların (%17.1) takip ettiği görülmektedir. Yükseköğretim mezunu olan hastalarda “hastalıktan kurtulmak ve tedavi olmayı istemek” (%5.8) nedeniyle, ilkokul mezunu olan hastalarda ise “verilen tedavilere evde uyamamak” (%2.8) nedeniyle yatırılmanın diğer nedenlerden daha yüksek oranda ifade edildiği saptanmıştır. Sonuç olarak eğitim düzeyi ayrımı olmaksızın “sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak” en yüksek oranda ifade edilen, ancak ortaöğretim almış hastalar için diğer

eğitim düzeylerini tamamlamış hastalara göre istatistiksel yönden anlamlılık ifade eden bir yatış nedenidir ( $p<0.05$ ). Buna göre eğitim etkileyicidir diyebiliriz.

**Tablo 4.18.b** Hasta Yakınlarının Yatış Nedenlerine İlişkin İfadelerinin Hasta Yakınlarının Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı (n=390)

Yatış Nedenleri*	Eğitim Durumu					p
	Okur-Yazar Değil**	Okur-Yazar**	İlkokul**	Ortaöğretim**	Yükseköğretim**	
	%	%	%	%	%	
Sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak	5.9	2.6	35.9	24.1	7.9	0.243
Hastalıktan kurtulmak ve tedavi olmayı istemek	2.3	1.8	16.9	10.0	3.1	0.513
Verilen tedavilere evde uyamamak	0.3	0.0	4.1	1.0	1.0	0.255
Aileden, evden ve çevreden biraz uzak kalmak	0.3	0.0	5.1	4.6	2.3	0.096
Kendisine ve çevresine zarar vermemek	1.5	0.5	10.0	6.9	2.1	0.965
Yemek yiyememe ve uykusuzluk	0.8	0.5	9.0	4.6	1.3	0.772
Dengesiz davranışlar	2.1	1.0	14.6	6.7	2.6	0.397
Ailenin bakamaması	0.0	0.8	3.6	2.6	0.8	0.172

\* Bu soruya birden fazla yanıt verildiği için n katlanmıştır

\*\* Sadece bu ifadeyi kullananlar alınmıştır

Tablo 4.18.b’de, hasta yakınları tarafından ifade edilen yatış nedenlerinin hasta yakınlarının eğitim durumuna göre dağılımı verilmiştir. ‘‘Sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak’’ hasta yakınları için önemli bir yatış nedenidir ve ilk sırada yer almaktadır. Eğitim durumları arasındaki farklılığa bakıldığında sırasıyla ilkokul mezunu olan hasta yakınlarının %35.9’unun, ortaöğretim mezunlarının %24.1’inin, yükseköğretim mezunlarının %7.9’unun, okur-yazar olmayanların %5.9’unun ve okur-yazar olanların %2.6’sının, hastalarının bu nedenle yatırıldığını ifade ettiği görülmektedir. Hasta yakınlarının eğitim durumu ile ifade edilen yatış nedenleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.19.a** Hastaların Yatış Nedenlerine İlişkin İfadelerinin Hastaların Mesleklerine Göre Dağılımı (n=362)

Yatış Nedenleri*	Meslek							p
	Ev Hanımı**	İşçi**	Serbest**	Emekli**	Memur**	İşsiz**	Öğrenci**	
	%	%	%	%	%	%	%	
Sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak	22.1	7.7	4.7	4.7	2.8	1.4	2.2	<b>0.007</b>
Hastalıktan kurtulmak ve tedavi olmayı istemek	12.2	8.0	5.5	4.4	3.0	1.7	0.8	0.771
Verilen tedavilere evde uyamamak	2.2	1.4	1.1	0.3	0.3	0.3	0.0	0.819
Aileden, evden ve çevreden biraz uzak kalmak	7.7	3.6	1.1	1.9	1.9	0.3	1.4	0.176
Kendisine ve çevresine zarar vermemek	4.1	2.2	2.5	1.4	1.4	0.6	0.6	0.902
Yemek yiyememe ve uykusuzluk	2.5	1.7	0.8	0.8	0.8	0.3	0.0	0.939
Dengesiz davranışlar	1.4	1.4	1.1	0.6	1.4	0.0	0.3	0.200
Bilmiyor	0.3	0.3	0.0	0.0	0.0	0.6	0.3	

\* Bu soruya birden fazla yanıt verildiği için n katlanmıştır

\*\* Sadece bu ifadeyi kullananlar alınmıştır

Hastaların yatış nedenlerine ilişkin ifadelerinin hastaların mesleklerine göre dağılımı Tablo 4.19.a'da verilmiştir. Tablo incelendiğinde, ev hanımlarına göre “sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak” önemli bir yatış nedenidir ve diğer meslek gruplarıyla arasında anlamlı düzeyde fark vardır ( $p<0.05$ ). “Hastalıktan kurtulmak ve tedavi olmayı istemek” işçiler (%8), serbest çalışanlar (%5.5), memurlar (%3) ve işsizler (%1.7) tarafından en fazla ifade edilen yatış nedenidir. Emekliler ve öğrenciler için ise ilk sırada yer alan yatış nedeni (emekli=%4.7, öğrenci=%2.2) “sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak”tır ve istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.05$ ). Buna göre mesleğin yatış nedenleri üzerinde etkili olduğunu ve anksiyete belirtileri nedeniyle kliniğe yatırılanların çoğunluğunu ev hanımlarının oluşturduğunu söyleyebiliriz.

**Tablo 4.19.b** Hasta Yakınlarının Yatış Nedenlerine İlişkin İfadelerinin Hasta Yakınlarının Mesleklerine Göre Dağılımı (n=390)

Yatış Nedenleri*	Meslek							p
	Ev Hanımı**	İşçi**	Serbest**	Emekli**	Memur**	İşsiz**	Öğrenci**	
	%	%	%	%	%	%	%	
Sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak	34.9	12.3	11.0	9.2	5.9	1.3	1.8	0.071
Hastalıktan kurtulmak ve tedavi olmayı istemek	15.9	3.3	7.4	3.8	2.8	0.3	0.5	0.369
Verilen tedavilere evde uyamamak	3.1	0.8	1.0	0.8	0.8	0.0	0.0	0.949
Aileden, evden ve çevreden biraz uzak kalmak	3.6	2.3	1.3	2.8	1.8	0.3	0.3	<b>0.036</b>
Kendisine ve çevresine zarar vermemek	10.3	2.1	4.9	1.8	1.5	0.3	0.3	0.464
Yemek yiyememe ve uykusuzluk	8.7	1.3	3.1	1.5	1.3	0.3	0.0	0.420
Dengesiz davranışlar	13.3	2.3	5.4	3.3	2.3	0.0	0.3	0.255
Ailenin bakamaması	2.6	1.3	1.3	1.5	0.8	0.3	0.0	0.587

\* Bu soruya birden fazla yanıt verildiği için n katlanmıştır

\*\* Sadece bu ifadeyi kullananlar alınmıştır

Hasta yakınlarının yatış nedenlerine ilişkin ifadelerinin hasta yakınlarının mesleklerine göre dağılımı Tablo 4.19.b'de verilmiştir. Tablo incelendiğinde bütün meslek gruplarında “sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak” en fazla ifade edilen yatış nedenidir. Sırasıyla ev hanımı olan hasta yakınlarının %34.9'u, işçilerin 12.3'ü, serbest çalışanların %11'i, emeklilerin %9.2'si, memurların %5.9'u, öğrencilerin %1.8'i ve işsizlerin %1.32'ü hastalarının bu nedenle yatırıldığını ifade etmiştir. “Aileden, evden ve çevreden biraz uzak kalmak” ile diğer yatış nedenleri arasında anlamlı düzeyde fark vardır ( $p<0.05$ ). Meslek grupları arasında farklılığa bakıldığında diğer meslek gruplarına oranla en yüksek ev hanımları (%3.6) tarafından ifade edilen bir yatış nedenidir ve istatistiksel düzeyde anlamlıdır ( $p<0.05$ ). Bunu sırasıyla emekliler (%2.8), işçiler (%2.3), memurlar (%1.8), serbest çalışanlar (%1.3), işsizler (%0.3) ve öğrenciler (%0.3) takip etmektedir.

**Tablo 4.20** Yatış Nedenlerine İlişkin İfadelerin Hasta ve Yakınlarının Aile Tiplerine Göre Dağılımı

Yatış Nedenleri*	Aile Tipi							
	Hastalar (n=362)				Hasta Yakınları (n=390)			
	Çekirdek**	Geniş**	Parçalanmış**	p	Çekirdek**	Geniş**	Parçalanmış**	p
Sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak	35.4	6.6	3.6	0.057	65.9	7.7	2.8	0.149
Hastalıktan kurtulmak ve tedavi olmayı istemek	27.3	3.3	5.0	0.288	29.0	3.8	1.3	0.656
Verilen tedavilere evde uyamamak	4.4	0.8	0.3	0.618	4.4	0.5	1.5	<b>0.000</b>
Aileden, evden ve çevreden biraz uzak kalmak	14.1	2.2	1.7	0.865	10.0	1.3	1.0	0.484
Kendisine ve çevresine zarar vermemek	10.2	0.6	1.9	0.208	17.4	2.3	1.3	0.787
Yemek yiyememe ve uykusuzluk	5.0	1.4	0.6	0.321	14.6	0.8	0.8	0.314
Dengesiz davranışlar	5.2	0.6	0.3	0.570	21.3	3.6	2.1	0.108
Ailenin bakamaması	-	-	-	-	6.7	1.0	0.0	0.377
Bilmiyor	1.4	0.0	0.0	-	-	-	-	-

\* Bu soruya birden fazla yanıt verildiği için n katlanmıştır

\*\* Sadece bu ifadeyi kullananlar alınmıştır

Yatış nedenlerinin hasta ve yakınlarının aile tiplerine göre dağılımı Tablo 4.20’de verilmiştir. Çekirdek ve geniş ailede yaşayan hastalar en fazla “sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak” (çekirdek=%35.4, geniş=%6.6) nedeniyle hastaneye yatırıldığını ifade ederken, parçalanmış ailede yaşayan hastalar en fazla “hastalıktan kurtulmak ve tedavi olmayı istemek” (%5) nedeniyle hastaneye yatırıldığını ifade etmiştir. Çekirdek ailede yaşayan hastaların ikinci sırada ifade ettiği yatış nedeni ise “hastalıktan kurtulmak ve tedavi olmayı istemek”tir (%27.3).

Hasta yakınlarına göre “verilen tedavilere evde uyamamak” önemli bir yatış nedenidir ve bu yatış nedeni yönünden çekirdek aileler ile diğer aileler arasında anlamlı düzeyde fark vardır ( $p<0.05$ ). Hastasının bu nedenle yatırıldığını ifade eden hasta yakınlarının en fazla çekirdek ailede yaşadığı (%4.4) saptanmıştır ve istatistiksel düzeyde anlamlıdır ( $p<0.05$ ). Yatış nedenini sırasıyla “sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak” (%65.9) ve “hastalıktan kurtulmak ve

tedavi olmayı istemek” (%29) olarak ifade eden hasta yakınlarının da ağırlıklı olarak çekirdek ailede yaşadıkları tespit edilmiştir.

**Tablo 4.21** Yatış Nedenlerine İlişkin İfadelerin Hasta ve Yakınlarının Oturdıkları Yere Göre Dağılımı

Yatış Nedenleri*	Oturdıkları Yer					
	Hastalar (n=362)			Hasta Yakınları (n=390)		
	Şehir içi**	İlçe/köy**	p	Şehir içi**	İlçe/köy**	p
	%	%		%	%	
Sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak	33.7	11.9	0.711	58.2	18.2	0.659
Hastalıktan kurtulmak ve tedavi olmayı istemek	29.0	6.6	<b>0.033</b>	26.2	7.9	0.728
Verilen tedavilere evde uyamamak	3.6	1.9	0.296	4.4	2.1	0.358
Aileden, evden ve çevreden biraz uzak kalmak	14.6	3.3	0.171	11.0	1.3	0.016
Kendisine ve çevresine zarar vermemek	8.8	3.9	0.375	13.3	7.7	<b>0.004</b>
Yemek yiyememe ve uykusuzluk	4.4	2.5	0.194	10.8	5.4	0.070
Dengesiz davranışlar	5.2	0.8	0.199	21.0	5.9	0.493
Ailenin bakamaması	-	-	-	4.6	3.1	<b>0.038</b>
Bilmiyor	1.1	0.3	-	-	-	-

\* Bu soruya birden fazla yanıt verildiği için n katlanmıştır

\*\* Sadece bu ifadeyi kullananlar alınmıştır

Yatış nedenlerine ilişkin ifadelerin hasta ve yakınlarının oturdukları yere göre dağılımı Tablo 4.21’de verilmiştir. Tablo incelendiğinde “sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak” nedeniyle hastaneye yatırıldığını ifade eden hastaların oranının ilçe/köyde yaşayanlara oranla (%11.9) şehir içinde yaşayanlarda daha fazla (%33.7) olduğu görülmektedir. “Hastalığından kurtulmak ve tedavi olmayı istemek” nedeniyle hastaneye yatırıldığını ifade eden hastaların çoğunluğu şehir içinde yaşamaktadır (%29) ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ( $p<0.05$ ). Yatış nedeninin “dengesiz davranışlar” olduğunu şehirde yaşayan hasta yakınları %21 oranında ifade ederken, şehirde yaşayan hastalar bunu %5.2 oranında ifade etmiştir.

Hasta yakınlarının ifadelerine göre “kendisine ve çevresine zarar vermemek” ve “ailenin bakamaması” önemli yatış nedenleridir ve bu yatış nedenleri ile oturdukları yer arasında istatistiksel düzeyde anlamlı bir farklılık vardır ( $p<0.05$ ). Buna göre oturlan yerin yatış nedenleri yönünden etkili olduğunu söyleyebiliriz.

**Tablo 4.22** Hastaların Yatış Nedenlerine İlişkin İfadelerinin Hastaların Tanılarını Bilme Durumuna Göre Dağılımı (n=362)

Yatış Nedenleri*	Tanısını Biliyor**	Tanısını Bilmiyor**	p
	%	%	
Sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak	15.7	29.8	<b>0.011</b>
Hastalıktan kurtulmak ve tedavi olmayı istemek	16.0	19.6	0.351
Verilen tedavilere evde uyamamak	1.9	3.6	0.531
Aileden, evden ve çevreden biraz uzak kalmak	10.5	7.5	<b>0.002</b>
Kendisine ve çevresine zarar vermemek	5.0	7.7	0.704
Yemek yiyememe ve uykusuzluk	1.9	5.0	0.150
Dengesiz davranışlar	1.7	4.4	0.156
Bilmiyor	0.6	0.8	-

\* Bu soruya birden fazla yanıt verildiği için n katlanmıştır

\*\* Sadece bu ifadeyi kullananlar alınmıştır

Tablo 4.22’de hastaların yatış nedenlerine ilişkin ifadelerinin hastaların tanılarını bilme durumuna göre dağılımı verilmiştir. Hastalığının tanısını bilme durumuna göre, bazı yatış nedenleri yönünden anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Tablo incelendiğinde, yatış nedenleri olarak “sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak” tanısını bilmeyen hastalar tarafından (%29.8) daha fazla ifade edilirken, “aileden, evden ve çevreden biraz uzak kalmak” tanısını bilenler tarafından (%10.5) daha fazla ifade edilmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). “Hastalıktan kurtulmak ve tedavi olmayı istemek” nedeniyle hastaneye yatırıldığını ifade edenlerin çoğunluğunun (%19.6) tanısını bilmediği saptanmıştır. Yatış nedenini “yemek yiyememe ve uykusuzluk” olarak ifade eden hastaların %5’inin, “dengesiz davranışlar” olarak ifade edenlerin ise %4.4’ünün tanısını bilmediği tespit edilmiştir.

**Tablo 4.23** Hastaların Yatış Nedenlerine İlişkin İfadelerinin Hastaların Tanılarına Göre Dağılımı (n=362)

Yatış Nedenleri*	Tanılar							p
	Depresif Bozukluklar**	Şizofreni ve Diğer Psikotik bozukluklar**	Bipolar Bozukluklar**	Alkol Kullanım bozuklukları**	Anksiyete Bozuklukları**	Somatoform bozukluklar**	Diğer**†	
	%	%	%	%	%	%	%	
Sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak	22.1	13.7	3.6	0.8	2.2	1.4	1.9	<b>0.014</b>
Hastalıktan kurtulmak ve tedavi olmayı istemek	19.1	7.2	2.2	4.4	0.6	0.6	1.7	<b>0.001</b>
Verilen tedavilere evde uyamamak	2.5	1.4	1.1	0.0	0.0	0.3	0.3	0.327
Aileden, evden ve çevreden biraz uzak kalmak	10.8	4.1	0.3	1.1	0.6	0.3	0.8	0.290
Kendisine ve çevresine zarar vermemek	7.2	4.1	1.1	0.0	0.3	0.0	0.0	0.293
Yemek yiyememe ve uykusuzluk	3.6	2.2	1.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.397
Dengesiz davranışlar	2.8	2.5	0.6	0.0	0.3	0.0	0.0	0.630
Bilmiyor	0.3	0.8	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	-

\* Bu soruya birden fazla yanıt verildiği için n katlanmıştır

\*\* Sadece bu ifadeyi kullananların tanısı alınmıştır

† Demans, yeme bozuklukları, dürtü denetim bozuklukları, uyum bozuklukları, kişilik bozuklukları, tik bozuklukları

Hastaların yatış nedenlerine ilişkin ifadelerinin hastaların tanılarına göre dağılımı Tablo 4.23'te verilmiştir. Tablo incelendiğinde depresyon tanısı almış hastaların “sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak (%22.1)” ve “hastalığından kurtulmak ve tedavi olmayı istemek” (%19.1) nedeniyle hastaneye yatırıldığını ifade ettiği ve bulguların istatistiksel düzeyde anlamlı olduğu görülmektedir (p<0.05). Depresyon tanısı alan hastalar “evden, aileden ve çevreden biraz uzak kalmak” (%10.8) ve ayrıca “kendisine ve çevresine zarar vermemek”



(%7.2) amacıyla hastaneye yatırıldıklarını, diğer tanı gruplarındaki hastalara göre daha yüksek oranda ifade etmişlerdir. Buna göre psikiyatrik tanı ile yatış nedenleri arasında anlamlı bir farklılık olduğu söylenebilir.

Şizofreni ve psikotik bozukluk tanısı konulan hastalar ile bipolar bozukluk tanısı konulan hastalar en fazla “sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak” nedeniyle hastaneye yatırıldığını ifade etmiştir (şizofreni=%13.7, bipolar bozukluk=%3.6) ve istatistiksel düzeyde anlamlıdır ( $p<0.05$ ). Her ikisinde de ikinci sırada ifade edilen yatış nedeni ise “hastalıktan kurtulmak ve tedavi olmayı istemek”tir (şizofreni=%7.2, bipolar bozukluk=%2.2) ve istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Alkol kullanım bozukluğu tanısı olan hastaların yatış nedeni olarak en fazla “hastalıktan kurtulmak ve tedavi olmayı istemek”yi (%4.4) ifade ettikleri görülmektedir ve istatistiksel düzeyde anlamlıdır ( $p<0.05$ ). İkinci sırada ifade edilen yatış nedeni ise “aileden, evden ve çevreden biraz uzak kalmak”tır (%1.1). Anksiyete bozukluğu ve somatoform bozukluk tanısını alan hastalar için “sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak” ve “hastalıktan kurtulmak ve tedavi olmayı istemek” önemli yatış nedenleridir ve istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.05$ ). Anksiyete bozukluğu tanısı konulan hastaların %2.2’si, somatoform bozukluk tanısı konulan hastaların %1.4’ü “sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak” nedeniyle hastaneye yatırıldığını ifade etmiştir. Yatış nedenini “hastalıktan kurtulmak ve tedavi olmayı istemek” olarak belirten hastaların eşit oranlarda (%0.6) anksiyete bozukluğu ve somatoform bozukluk tanısına sahip olduğu görülmektedir.

**Tablo 4.24** Hastaların Yatış Nedenlerine İlişkin İfadelerinin Hastaların İkinci Tanılarına Göre Dağılımı (n=362)

Yatış Nedenleri*	İkinci Tanılar											
	Depresif Bozukluklar**		Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar**		Alkol Kullanım Bozuklukları**		Anksiyete Bozuklukları**		Somatoform Bozukluklar**		Diğer**†	
	%	p	%	p	%	p	%	p	%	p	%	p
Sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak	4.2	0.196	1.2	0.207	3.0	0.450	0.6	1.000	2.4	<b>0.042</b>	1.2	1.000
Hastalıktan kurtulmak ve tedavi olmayı istemek	3.1	0.749	0.0	0.540	5.4	0.266	0.8	1.000	1.6	0.619	3.1	0.056
Verilen tedavilere evde uyamamak	0.0	1.000	0.0	1.000	0.0	1.000	5.0	0.157	0.0	1.000	0.0	1.000
Aileden, evden ve çevreden biraz uzak kalmak	3.1	0.697	0.0	1.000	3.1	1.000	0.0	1.000	0.0	1.000	0.0	0.590
Kendisine ve çevresine zarar vermemek	2.2	1.000	0.0	1.000	4.3	0.695	0.0	1.000	0.0	1.000	0.0	1.000
Yemek yiyememe ve uykusuzluk	4.0	0.516	4.0	0.134	0.0	0.611	0.0	1.000	0.0	1.000	4.0	0.302
Dengesiz davranışlar	0.0	1.000	0.0	1.000	4.5	0.591	0.0	1.000	0.0	1.000	0.0	1.000
Bilmiyor	0.0	1.000	0.0	1.000	0.0	1.000	0.0	1.000	0.0	1.000	0.0	1.000

\* Bu soruya birden fazla yanıt verildiği için n katlanmıştır

\*\* Sadece bu ifadeyi kullananlar alınmıştır

† Demans, yeme bozuklukları, dürtü denetim bozuklukları, uyum bozuklukları, , kişilik bozuklukları, tik bozuklukları

Hastaların yatış nedenlerine ilişkin ifadelerinin hastaların ikinci tanılarına göre dağılımı Tablo 4.24’te verilmiştir. Depresif bozukluklar ikinci tanısına sahip olan hastaların en fazla ifade ettiği yatış nedenlerinin “sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak” (%4.2) ve “yemek yiyememe ve uykusuzluk” olduğu saptanmıştır. “Yemek yiyememe ve uykusuzluk” ikinci tanısı şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar olan hastalar (%4.0) için de önemli bir yatış nedenidir. İkinci tanı olarak alkol kullanım bozukluğu tanısı alan hastaların ifadesine göre “hastalıktan kurtulmak ve tedavi olmayı istemek” (%5.4) önemli bir yatış nedenidir.

Bunu sırasıyla “dengesiz davranışlar” (%4.5) ve “kendisine ve çevresine zarar vermemek” (%4.3) takip etmektedir. “Verilen tedavilere evde uyamamak”, ikinci tanısı anksiyete bozuklukları olan hastaların en fazla (%5) ifade ettiği yatış nedenidir. “Sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak” ikinci tanısı somatoform bozukluklar olan hastalar için (%2.4) önemli bir yatış nedenidir ve istatistiksel düzeyde anlamlıdır ( $p<0.05$ ).

**Tablo 4.25** Hastaların Yatış Nedenlerine İlişkin İfadelerinin Hastaların Hastalığının Süresine Göre Dağılımı (n=362)

Yatış Nedenleri*	Hastalığın Süresi						p
	1-11 ay**	1-5 yıl**	6-10 yıl**	11-15 yıl**	16 yıl ve +**	Diğer**†	
	%	%	%	%	%	%	
Sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak	10.2	16.6	7.5	2.8	8.6	0.0	0.285
Hastalıktan kurtulmak ve tedavi olmayı istemek	7.2	15.2	5.8	2.2	4.4	0.8	0.392
Verilen tedavilere evde uyamamak	0.8	2.2	0.6	1.1	0.8	0.0	0.272
Aileden, evden ve çevreden biraz uzak kalmak	3.6	7.5	3.6	0.6	2.5	0.3	0.738
Kendisine ve çevresine zarar vermemek	2.2	6.1	1.4	1.1	1.9	0.0	0.671
Yemek yiyememe ve uykusuzluk	1.9	1.9	1.1	0.0	1.9	0.0	0.293
Dengesiz davranışlar	1.4	3.0	0.8	0.3	0.6	0.0	0.840
Bilmiyor	0.0	1.1	0.3	0.0	0.0	0.0	-

\* Bu soruya birden fazla yanıt verildiği için n katlanmıştır

\*\* Sadece bu ifadeyi kullananlar alınmıştır

† Hasta değişim ifadesini kullananlar alınmıştır

Hastaların yatış nedenlerine ilişkin ifadelerinin hastaların hastalığının süresine göre dağılımı Tablo 4.25’te verilmiştir. Tablo incelendiğinde yatış nedenleri yönünden hastaların hastalığının süresi arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Yaklaşık bütün yatış nedenleri ile hastaneye yatırılmada 1-5 yıldır hasta olanların oranı daha fazla olmakla birlikte, “yemek yiyememe ve uykusuzluk” nedeni ile hastaneye yatırılmada hastalığın süresi 1-11 ay, 1-5 yıl ve 16 ve daha uzun süre olanların oranının birbirine eşit olduğu görülmektedir (%1.9).

**Tablo 4.26** Hastaların Yatış Nedenlerine İlişkin İfadelerinin Hastaların Yatış Sayısına Göre Dağılımı (n=362)

Yatış Nedenleri*	Yatış Sayısı					p
	1** %	2** %	3** %	4** %	5<** %	
Sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak	21.0	10.8	4.1	2.2	7.5	0.263
Hastalıktan kurtulmak ve tedavi olmayı istemek	17.7	6.4	5.0	2.8	3.9	0.133
Verilen tedavilere evde uyamamak	2.8	0.3	1.1	0.3	1.1	0.360
Aileden, evden ve çevreden biraz uzak kalmak	8.6	2.5	2.2	1.1	3.6	0.647
Kendisine ve çevresine zarar vermemek	5.8	3.0	0.8	0.8	2.2	0.844
Yemek yiyememe ve uykusuzluk	2.2	2.2	1.1	0.3	1.1	0.426
Dengesiz davranışlar	2.8	1.9	0.0	1.1	0.3	<b>0.038</b>
Bilmiyor	0.8	0.3	0.0	0.0	0.3	-

\* Bu soruya birden fazla yanıt verildiği için n katlanmıştır

\*\* Sadece bu ifadeyi kullananlar alınmıştır

Tablo 4.26’da hastaların yatış nedenlerine ilişkin ifadelerinin hastaların yatış sayısına göre dağılımı yer almaktadır. Tablo incelendiğinde hastaların ifadelerine göre “sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak” nedeniyle hastaneye yatırılma oranının 1., 2. ve 5< yatışlarda diğer nedenlerden daha fazla olduğu görülmektedir. 3. ve 4. yatışı olan hastalar tarafından en fazla ifade edilen yatış nedeni ise “hastalıktan kurtulmak ve tedavi olmayı istemek”tir. Hastaların ifadelerine göre “dengesiz davranışlar” nedeniyle yatırıldığını ifade edenlerin çoğunluğunun (%2.8) ilk defa hastaneye yattığı saptanmıştır ve istatistiksel düzeyde anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Hastaneye 2. yatışı olanların %1.9’u, 4.yatışı olanların %1.1’i ve 5< yatışı olanların %0.3’ü bu nedenle hastaneye yatırıldığını ifade etmiştir ve yatış sayıları arasındaki bu fark istatistiksel düzeyde anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

**Tablo 4.27** Yatış Nedenlerine İlişkin İfadelerin Hastaların Kliniğe Yatırılma Şekline Göre Dağılımı

Yatış Nedenleri*	Kliniğe Yatırılma Şekli					
	Hastalar (n=362)			Hasta Yakınları (n=390)		
	Gönüllü** %	Gönülsüz** %	p	Gönüllü** %	Gönülsüz** %	p
Sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak	43.1	2.5	0.872	65.9	10.5	<b>0.038</b>
Hastalıktan kurtulmak ve tedavi olmayı istemek	34.3	1.4	0.384	30.8	3.3	<b>0.017</b>
Verilen tedavilere evde uyamamak	5.2	0.3	1.000	4.9	1.5	0.259
Aileden, evden ve çevreden biraz uzak kalmak	17.7	0.3	0.218	11.5	0.8	0.051
Kendisine ve çevresine zarar vermemek	11.9	0.8	0.720	15.9	5.1	<b>0.018</b>
Yemek yiyememe ve uykusuzluk	6.6	0.3	1.000	12.6	3.6	0.134
Dengesiz davranışlar	5.2	0.8	0.100	19.2	7.7	<b>0.000</b>
Ailenin bakamaması	-	-	-	4.4	3.3	<b>0.000</b>
Bilmiyor	1.1	0.3	-	-	-	-

\* Bu soruya birden fazla yanıt verildiği için n katlanmıştır

\*\* Sadece bu ifadeyi kullananlar alınmıştır

Yatış nedenlerine ilişkin ifadelerin hastanın kliniğe yatırılma şekline göre dağılımı Tablo 4.27’de verilmiştir. Araştırmaya katılan hasta grubunda kliniğe yatırılma şekli ile ifade edilen yatış nedenleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0.005$ ). Kliniğe gönüllü olarak yatırıldığını ifade eden hastaların “sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak” nedeniyle hastaneye yatırılma oranı (%43.1) diğer nedenlere ve gönülsüz olarak yatırıldığını ifade eden hastalara (%2.5) oranla daha fazladır. “Hastalıktan kurtulmak ve tedavi olmayı istemek”, kliniğe gönüllü olarak yatırıldığını ifade eden hastaların ikinci sırada ifade ettiği nedendir (%34.3). Bunu “aileden, evden ve çevreden biraz uzak kalmak” (%17.7) ve “kendisine ve çevresine zarar vermemek” (%11.9) takip etmektedir.

Hasta yakınları grubunda ise kliniğe yatırılma şekli ile bazı yatış nedenleri arasında anlamlı farklılıklar olduğu saptanmıştır. Farklılıkların kaynağına bakıldığında, hastalarının gönüllü olarak yattığını ifade eden hasta yakınlarının %65.9’unun hastasının yatış nedenlerini “sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik

bozukluk yaşamak” olarak ifade ettiği görülmektedir. Hastalarının gönülsüz olarak yattığını ifade edenlerde ise bu oran %10.5’tir. Bu fark istatistiksel düzeyde anlamlıdır (p<0.05). Hastasının “hastalıktan kurtulmak ve tedavi olmayı istemek” nedeniyle hastaneye yatırıldığını ifade eden hasta yakınlarının büyük çoğunluğu (%30.8) hastasının kliniğe yatırılma şeklinin “gönüllü” olduğunu ifade etmiştir ve istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.05). Ayrıca hastalarının gönüllü olarak hastaneye yattığını ifade eden hasta yakınlarının %15.9’u “kendisine ve çevresine zarar vermemek”, %19.2’si “dengesiz davranışlar” ve %4.4’ü “ailenin bakamaması” nedeniyle hastasının hastaneye yatırıldığını belirtmiştir ve istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (p<0.005).

**Tablo 4.28** Hastaların Yatış Nedenlerine İlişkin İfadelerinin Hastada Başka Bir Hastalığın Varlığına Göre Dağılımı (n=362)

Yatış Nedenleri*	Başka Bir Hastalık		p
	Var** %	Yok** %	
Sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak	15.5	30.1	<b>0.007</b>
Hastalıktan kurtulmak ve tedavi olmayı istemek	10.8	24.9	0.314
Verilen tedavilere evde uyamamak	1.1	4.4	0.464
Aileden, evden ve çevreden biraz uzak kalmak	4.1	13.8	0.424
Kendisine ve çevresine zarar vermemek	3.3	9.4	0.872
Yemek yiyememe ve uykusuzluk	1.4	5.5	0.410
Dengesiz davranışlar	0.8	5.2	0.143
Bilmiyor	0.0	1.4	-

\* Bu soruya birden fazla yanıt verildiği için n katlanmışır

\*\* Sadece bu ifadeyi kullananlar alınmıştır

Tablo 4.28’de hastaların yatış nedenlerine ilişkin ifadelerinin başka bir hastalığın varlığı ile ilişkisi incelenmiştir. Başka bir hastalığı olmayanların ifadelerine göre “sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak” nedeniyle yatırılma oranı (%30.1), başka bir hastalığı olanlardan (%15.5) önemli oranda fazladır ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlıdır (p<0.05). Ayrıca yatış nedenlerini “hastalıktan kurtulmak ve tedavi olmayı istemek” (%24.9), “aileden, evden ve çevreden uzak kalmak” (%13.8) ve “dengesiz davranışlar” (%5.2) olarak ifade eden hastaların oranının, başka hastalığı olmayanlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Fakat istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0.05).

**Tablo 4.29** Yatış Nedenlerine İlişkin İfadelerin Hastaların Yatış Öncesi İlaç Kullanma Durumuna Göre Dağılımı

Yatış Nedenleri*	İlaç Kullanma					
	Hastalar (n=362)			Hasta Yakınları (n=390)		
	Kullanılan** %	Kullanılmayan** %	p	Hastası Kullanılan** %	Hastası Kullanılmayan** %	p
Sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak	34.3	11.3	0.510	57.2	19.2	0.270
Hastalıktan kurtulmak ve tedavi olmayı istemek	26.0	9.7	0.844	25.4	8.7	0.567
Verilen tedavilere evde uyamamak	4.7	0.8	0.230	6.4	0.0	<b>0.004</b>
Aileden, evden ve çevreden biraz uzak kalmak	13.0	5.0	0.813	9.5	2.8	0.872
Kendisine ve çevresine zarar vermemek	9.1	3.6	0.775	16.4	4.6	0.650
Yemek yiyememe ve uykusuzluk	5.2	1.7	0.767	13.6	2.6	0.105
Dengesiz davranışlar	5.2	0.8	0.158	21.3	5.6	0.416
Ailenin bakamaması	-	-	-	5.6	2.1	0.706
Bilmiyor	1.1	0.3	-	-	-	-

\* Bu soruya birden fazla yanıt verildiği için n katlanmıştır

\*\* Sadece bu ifadeyi kullananlar alınmıştır

Tablo 4.29’da yatış nedenlerine ilişkin ifadelerin hastaların yatış öncesi ilaç kullanma durumuna göre dağılımı verilmiştir. Hasta grubunda yatış nedenleri ile ilaç kullanma arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Bununla birlikte ifade edilen bütün yatış nedenleri ile hastaneye yatırılma oranının yatış öncesi ilaç kullananlarda daha yüksek olduğu görülmektedir. “Sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak” nedeniyle hastaneye yatırıldığını ifade eden hastaların ağırlıklı olarak yatış öncesi ilaç kullandığı (%34.3) saptanmıştır. Ayrıca yatış öncesi ilaç kullanan hastalarda “verilen tedavilere evde uyamamak” nedeni ile hastaneye yatırıldığını ifade edenlerin oranının (%4.7), yatış öncesi ilaç kullanmayanlardan (%0.8) daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Hasta yakını grubunda yatış öncesi ilaç kullanma durumuna göre “verilen tedavilere evde uyamamak” önemli bir yatış nedenidir ve istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.05$ ). Hastalarının bu nedenle hastaneye yatırıldığını ifade eden hasta yakınlarının tamamı (%6.4) hastalarının yatış öncesi ilaç kullandığını ifade ettiği

saptanmıştır. Ayrıca hastasının yatış nedenini “kendisine ve çevresine zarar vermemek” olarak belirten hasta yakınlarının %16.4’ünün, “dengesiz davranışlar” olarak belirten hasta yakınlarının ise %21.3’ünün hastasının yatış öncesi ilaç kullandığını ifade ettiği belirlenmiştir.

**Tablo 4.30** Hastaların Yatış Nedenlerine İlişkin İfadelerinin Hastaların Önemli Bir Olay Yaşama Durumuna Göre Dağılımı (n=362)

Yatış nedenleri*	Önemli Bir Olay yaşama		p
	Olay Yaşayan** (n=198)	Olay Yaşamayan** (n=164)	
	%	%	
Sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak	27.6	18.0	<b>0.039</b>
Hastalıktan kurtulmak ve tedavi olmayı istemek	18.0	17.7	0.220
Verilen tedavilere evde uyamamak	2.5	3.0	0.370
Aileden, evden ve çevreden biraz uzak kalmak	11.9	6.1	<b>0.040</b>
Kendisine ve çevresine zarar vermemek	7.2	5.5	0.790
Yemek yiyememe ve uykusuzluk	2.8	4.1	0.126
Dengesiz davranışlar	4.1	1.9	0.190
Bilmiyor	0.6	0.8	-

\* Bu soruya birden fazla yanıt verildiği için n katlanmıştır

\*\* Sadece bu ifadeyi kullananlar alınmıştır

Hastaların yatış nedenlerine ilişkin ifadelerinin hastaların önemli bir olay yaşama durumuna göre dağılımı Tablo 4.30’da verilmiştir. Önemli bir olay yaşayanlarda “sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak” ve “aileden, evden ve çevreden biraz uzak kalmak” önemli bir yatış nedenleridir ve istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0.05$ ). Önemli bir olay yaşayan hastaların %27.6’sı “sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak” nedeniyle, %11.9’u ise “aileden, evden ve çevreden biraz uzak kalmak” nedeniyle hastaneye yatırıldığını ifade etmiştir. Ayrıca yatış nedenini “dengesiz davranışlar” olarak ifade eden hastaların oranının (%4.1) önemli bir olay yaşayanlarda daha fazla olduğu saptanmıştır. “Yemek yiyememe ve uykusuzluk” nedeni ile hastaneye yatırıldığını ifade eden hastaların oranı ise önemli bir olay yaşamayanlarda (%4.1) daha yüksek bulunmuştur. Her iki bulguda da istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ).



**Tablo 4. 31** Yatış nedenlerine ilişkin ifadelerin Hastaların Yaşadıkları Olaya Göre Dağılımı

Yatış Nedenleri*	Yaşanan Olay* (n=362)														
	Aile içi geçimsizlik yaşama**	Boşanma, ayrılık, ölüm**	Ailedeki diğer bireylerin sorunlarıyla yüz yüze gelme**	Maddi sıkıntı**	Akraba ve komşularla kavga**	Dayak, taciz, tecavüze maruz kalma**	Hamilelik ve doğum**	Yanıt-sız **	%	p	%	p	%	p	%
Sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak	8.8	0.923	5.8	648	7.7	<b>0.004</b>	22	0.921	1.9	0.709	2.2	0.239	0.8	0.663	0.6
Hastalıktan kurtulmak ve tedavi olmayı istemek	5.0	<b>0.044</b>	5.5	0.113	4.1	0.991	0.8	0.085	1.4	0.583	0.8	0.394	0.3	0.659	1.1
Verilen tedavilere evde uyamamak	0.8	0.776	0.3	0.489	0.3	0.490	0.6	0.261	1.1	<b>0.010</b>	0.3	0.528	0.0	1.000	0.0
Aileden, evden ve çevreden biraz uzak kalmak	6.6	<b>0.000</b>	0.8	<b>0.046</b>	3.3	0.057	0.6	0.752	1.1	0.521	0.6	1.000	0.0	0.590	0.3
Kendisine ve çevresine zarar vermemek	3.6	0.114	2.2	0.216	1.1	0.510	1.1	264	0.0	0.144	0.3	1.000	0.0	1.000	0.0
Yemek yiyememe ve uykusuzluk	0.3	<b>0.038</b>	0.8	1.000	1.1	0.513	0.0	0.625	0.3	1.000	0.0	1.000	0.3	0.302	0.0
Dengesiz davranışlar	0.8	0.589	0.6	1.000	1.4	0.157	1.1	<b>0.018</b>	0.0	0.612	0.3	0.564	0.3	0.270	0.0
Bilmiyor	0.0	-	0.0	-	0.0	-	0.6	-	0.0	-	0.0	-	0.0	-	0.0

\*İfadeler birden fazladır.

\*\* Sadece bu ifadeyi kullananlar alınmıştır

Hastaların yatış nedenlerine ilişkin ifadelerinin hastaların yaşadıkları olaya göre dağılımı Tablo 4.31’de verilmiştir. Tablo incelendiğinde bazı yatış nedenleri yönünden yaşanan olaylar arasında istatistiksel düzeyde anlamlı farklılıklar olduğu görülmektedir ( $p<0.05$ ). Bu farklılıkların kaynağına bakılacak olursa, yaşadıkları olayı “aile içi geçimsizlik yaşama” olarak belirten hastaların %5’inin “hastalıktan kurtulmak ve tedavi olmayı istemek”, %6.6’sının “aileden, evden ve çevreden biraz uzak kalmak” %0.3’ünün ise “yemek yiyememe ve uykusuzluk” nedeniyle hastaneye yatırıldığını ifade ettiği saptanmıştır ( $p<0.05$ ). “Boşanma, ayrılık, ölüm” yaşadığını ifade eden hastaların yatış nedenini “aileden, evden ve çevreden biraz uzak kalmak” (%0.8), “maddi sıkıntı” yaşadığını ifade edenlerin ise yatış nedenini “dengesiz davranışlar” (%1.1) olarak belirtmesi istatistiksel düzeyde anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Ayrıca yaşadıkları olayı “ailedeki diğer bireylerin sorunlarıyla yüz yüze gelme” olarak belirten hastaların %7.7’sinin yatış nedenini “sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak” ve yaşadıkları olayı “akraba ve komşularla kavga” olarak belirten hastaların %1.1’inin yatış nedenini “verilen tedavilere evde uyamamak” olarak ifade ettiği belirlenmiştir ( $p<0.05$ ).

**Tablo 4.32** Hasta Yakınlarının Yatış Nedenlerine İlişkin İfadelerinin Hasta Yakınlarının Yatışın Gerekliliğine İlişkin Düşüncelerine Göre Dağılımı (n=390)

Yatış Nedenleri*	Yatış Gerekli**	Yatış Gereksiz**	p
	%	%	
Sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak	67.9	8.5	0.727
Hastalıktan kurtulmak ve tedavi olmayı istemek	32.3	1.8	<b>0.012</b>
Verilen tedavilere evde uyamamak	6.2	0.3	0.500
Aileden, evden ve çevreden biraz uzak kalmak	11.3	1.0	0.561
Kendisine ve çevresine zarar vermemek	20.8	0.3	<b>0.002</b>
Yemek yiyememe ve uykusuzluk	15.6	0.5	<b>0.034</b>
Dengesiz davranışlar	25.4	1.5	0.051
Ailenin bakamaması	7.7	0.0	<b>0.048</b>

\* Bu soruya birden fazla yanıt verildiği için n katlanmıştır

\*\* Sadece bu ifadeyi kullananlar alınmıştır

Hasta yakınlarının yatış nedenlerine ilişkin ifadelerinin hasta yakınlarının yatışın gerekliliğine ilişkin düşüncelerine göre dağılımı Tablo 4.32’de verilmiştir. Tablo incelendiğinde bazı yatış nedenleri yönünden hasta yakınlarının yatışın gerekliliğine ilişkin düşünceleri arasında anlamlı farklılıklar olduğu görülmektedir ( $p<0.05$ ). Yatışın gerekli olduğuna inanan hasta yakınlarının, hastalarının yatış nedenlerini, “hastalıktan kurtulmak ve tedavi olmayı istemek” (%32.3), “kendisine ve çevresine zarar vermemek” (%20.8), “yemek yiyememe ve uykusuzluk” (%15.6) ve “ailenin bakamaması” (%7.7) olarak ifade etmeleri istatistiksel düzeyde anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

**Tablo 4.33** Yatış Nedenlerine İlişkin İfadelerin Hasta ve Yakınlarının Hastanede Yatırılmadan Tedavi Edilebilme ile İlgili Görüşlerine Göre Dağılımı

Yatış Nedenleri*	Hastaneye Yatırılmadan Tedavi Edilebilir mi?					
	Hastalar (n=362)			Hasta Yakınları (n=390)		
	Evet** %	Hayır** %	p	Evet** %	Hayır** %	p
Sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak	12.4	33.1	0.330	18.5	57.9	0.632
Hastalıktan kurtulmak ve tedavi olmayı istemek	12.7	22.9	0.072	7.4	26.7	0.550
Verilen tedavilere evde uyamamak	1.4	4.1	0.627	1.8	4.6	0.591
Aileden, evden ve çevreden biraz uzak kalmak	6.4	11.6	0.280	3.1	9.2	0.806
Kendisine ve çevresine zarar vermemek	2.2	10.5	<b>0.048</b>	2.8	18.2	<b>0.015</b>
Yemek yiyememe ve uykusuzluk	1.1	5.8	0.117	2.3	13.8	0.057
Dengesiz davranışlar	1.4	4.7	0.452	4.1	22.8	0.018
Ailenin bakamaması	-	-	-	0.8	6.9	0.068
Bilmiyor	0.6	0.8	-	-	-	-

\* Bu soruya birden fazla yanıt verildiği için n katlanmıştır

\*\* Sadece bu ifadeyi kullananlar alınmıştır

Tablo 4.33'te yatış nedenlerine ilişkin ifadelerin hasta ve yakınlarının hastanede yatırılmadan tedavi edilebilme ile ilgili görüşlerine göre dağılımı verilmiştir. Tablo incelendiğinde “hastaneye yatırılmadan tedavi edilebilir mi?” sorusuna “hayır” yanıtını veren hastalar ve yakınlarının oranının yatış nedenlerine ilişkin tüm ifadelerde yüksek olduğu görülmektedir. Her iki grupta hastaneye yatırılmadan tedavi edilemeyeceğini düşünenlerin ifadesine göre, yatış nedenini “aileden ve çevreden biraz uzak kalmak” olarak ifade eden hastaların (%11.6) oranının, hasta yakınlarından (%9.2) daha fazla olduğu saptanmıştır. Ayrıca her iki grupta da hastaneye yatırılmadan tedavi edilemeyeceğini ifade eden hastaların ve hasta yakınlarının büyük çoğunluğunun yatış nedenini “kendisine ve çevresine zarar vermemek” olarak belirttiği tespit edilmiştir. Bu bulgu istatistiksel düzeyde anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Gruplar arasındaki farklılığa bakıldığında hastasının bu nedenle yatırıldığını ifade eden hasta yakınlarının oranının (%18.2), hastalardan daha fazla olduğu (%10.5) görülmektedir.

**Tablo 4.34.a** Hastaların Yatış Nedenlerine İlişkin İfadelerinin Hastaların Yatışın Yarar Sağlayacağına İnanma Durumuna Göre Dağılımı (n=362)

Yatış Nedenleri*	Yatışın Yarar Sağlayacağına			p
	İnanıyorum**	İnanmıyorum**	Fikrim Yok**	
	%	%	%	
Sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak	35.1	2.8	7.7	0.498
Hastalıktan kurtulmak ve tedavi olmayı istemek	28.7	1.9	5.0	0.328
Verilen tedavilere evde uyamamak	3.6	0.8	1.1	0.358
Aileden, evden ve çevreden biraz uzak kalmak	12.4	1.7	3.9	0.291
Kendisine ve çevresine zarar vermemek	10.2	1.1	1.4	0.617
Yemek yiyememe ve uykusuzluk	3.9	0.6	2.5	<b>0.014</b>
Dengesiz davranışlar	5.0	0.8	0.3	0.222
Bilmiyor	1.4	0.0	0.0	

\* Bu soruya birden fazla yanıt verildiği için n katlanmıştır

\*\* Sadece bu ifadeyi kullananlar alınmıştır

Hastaların yatış nedenlerine ilişkin ifadelerinin hastaların yatışın yarar sağlayacağına inanma durumuna göre dağılımı Tablo 4.34.a'da verilmiştir. Tablo incelendiğinde “sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak” nedeniyle hastaneye yatırıldığını ifade eden hastaların çoğunluğunun (%35.1) yatışın yarar sağlayacağına inandığı görülmektedir. Ayrıca yatış nedenini “hastalıktan kurtulmak ve tedavi olmayı istemek” olarak ifade eden hastaların, ağırlıklı olarak (%28.7) yatışın yarar sağlayacağına inandığı tespit edilmiştir. “Yemek yiyememe ve uykusuzluk” nedeniyle hastaneye yatırıldığını belirten hastalarda yatışın yarar sağlayacağına inanma oranının (%3.9) fazla olduğu saptanmıştır. Bu bulgu istatistiksel düzeyde anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

**Tablo 4.34.b** Hasta Yakınlarının Yatış Nedenlerine İlişkin İfadelerinin Hasta Yakınlarının Yatışın Yarar Sağlayacağına İnanma Durumuna Göre Dağılımı (n=390)

Yatış Nedenleri*	Yatışın Yarar Sağlayacağına		p
	İnanıyorum**	İnanmıyorum**	
	%	%	
Sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak	69.0	7.4	0.767
Hastalıktan kurtulmak ve tedavi olmayı istemek	31.3	2.8	0.555
Verilen tedavilere evde uyamamak	6.2	0.3	0.493
Aileden, evden ve çevreden biraz uzak kalmak	11.3	1.0	1.000
Kendisine ve çevresine zarar vermemek	19.0	2.1	0.925
Yemek yiyememe ve uykusuzluk	14.6	1.5	0.991
Dengesiz davranışlar	25.1	1.8	0.249
Ailenin bakamaması	7.7	0.0	0.096

\* Bu soruya birden fazla yanıt verildiği için n katlanmıştır

\*\* Sadece bu ifadeyi kullananlar alınmıştır

Hasta yakınlarının yatış nedenlerine ilişkin ifadelerinin hasta yakınlarının yatışın yarar sağlayacağına inanma durumuna göre dağılımı Tablo 4.34.b’de verilmiştir. Hasta yakınları grubunda yatış nedenleri yönünden yatışın yarar sağlayacağına inanma durumu arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Hastasının yatış nedenini “sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak” olarak ifade eden hasta yakınlarının tamamına yakınının (%69), “hastalıktan kurtulmak ve tedavi olmayı istemek” olarak ifade eden hasta yakınlarının %31.3’ünün ve “ailenin bakamaması” olarak ifade eden hasta yakınlarının ise tamamının (%7.7) yatışın yarar sağlayacağına inandığı saptanmıştır.

**Tablo 4.35.a** Hastaların Yatış Nedenlerine İlişkin İfadelerinin Hastaların Taburculuk İçin Çözümlemesini Bekledikleri Sorunlara Göre Dağılımı (n=362)

Yatış nedenleri*	Çözümlemesi Beklenen Sorunlar* n=362											
	Korku, tedirginlik, öfke, sinir, şüphe, karamsarlık ortadan kalkınca**		Vücuttaki yangı, ağrı, sızı, yara, baş dönmesi, uyuşma geçince**		Rahat uyku uyuyunca*		Düşünceler Değişince**		Aile ile ilgili sorunlar ortadan kalkınca**			
	%	p	%	p	%	p	%	p	%	p	%	p
Sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak	15.5	0.537	4.4	0.201	0.6	<b>0.002</b>	1.4	0.170	6.9	0.499		
Hastalıktan kurtulmak ve tedavi olmayı istemek	14.4	0.167	2.5	0.688	2.5	0.273	1.4	0.583	4.4	0.563		
Verilen tedavilere evde uyamamak	1.4	0.307	0.0	0.385	0.6	0.283	0.3	1.000	1.1	0.499		
Aileden, evden ve çevreden biraz uzak kalmak	7.7	0.167	1.1	0.598	0.8	1.000	0.6	0.748	2.2	0.698		
Kendisine ve çevresine zarar vermemek	4.4	0.897	0.6	0.555	0.6	1.000	1.7	<b>0.013</b>	2.2	0.451		
Yemek yiyememe ve uykusuzluk	1.7	0.208	0.8	0.427	1.7	<b>0.001</b>	0.0	0.619	0.6	0.552		
Dengesiz davranışlar	3.3	0.056	0.6	0.683	0.0	0.618	0.8	<b>0.041</b>	0.6	0.752		
Bilmiyor	0.3	-	0.0	-	0.0	-	0.0	-	0.0	-	0.0	-

\*İfadeler birden fazladır.

\*\* Sadece bu ifadeyi kullananlar alınmıştır

**Tablo 4.35.a (Devam)**

Yatış nedenleri*	Çözümlemesi Beklenen Sorunlar* n=362												
	İş ile ilgili sorunlar ortadan kalkınca**	Eş ile iletişim sorunları çözümlenince**	Hastalık iyileşince**	Hiçbir şey beklemiyorum**	Fikrim yok**	%	p	%	p	%	p	%	p
Sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak	1.1	0.707	1.9	0.222	13,8	0,811	1.9	0.542	1.7	0,835			
Hastalıktan kurtulmak ve tedavi olmayı istemek	0.6	1.000	0.6	0,340	10.8	0,829	0.8	0.394	1.7	0,578			
Verilen tedavilere evde uyamamak	0.0	1.000	0.0	1.000	2.2	0,367	0.6	0.157	0.3	0,555			
Aileden, evden ve çevreden biraz uzak kalmak	0.6	0.614	1.4	<b>0,031</b>	3.9	0,070	0.3	0.478	0.8	0,723			
Kendisine ve çevresine zarar vermemek	0.6	0.219	0.6	0,637	4.4	0,546	0.3	1.000	0.0	0,231			
Yemek yiyememe ve uykusuzluk	0.3	0.397	0.3	0,550	1.7	0,437	0.0	1.000	0.6	0,251			
Dengesiz davranışlar	0.3	0.358	0.3	0,503	0.8	0,070	0.0	1.000	0.0	1,000			
Bilmiyor	0.0	-	0.0	-	0.8	-	0.0	-	0.3	-			

\*İfadeler birden fazladır.

\*\* Sadece bu ifadeyi kullananlar alınmıştır

Hastaların yatış nedenlerine ilişkin ifadelerinin hastaların taburculuk için çözümlenmesini bekledikleri sorunlara göre dağılımı Tablo 4.35.a'da verilmiştir. Tablo incelendiğinde yatış nedenini “sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak” olarak belirten hastaların çoğunluğunun “korku, tedirginlik, öfke, sinir, şüphe, karamsarlık ortadan kalkınca” (%15.5) taburcu olmayı bekledikleri görülmektedir. Fakat istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). “Rahat uyku uyuyunca” taburcu olmayı beklediğini ifade eden hastaların %0.6'sı “sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak” nedeniyle hastaneye yatırıldığını ifade etmiştir. Bu bulgu istatistiksel düzeyde anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

“Hastalıktan kurtulmak ve tedavi olmayı istemek” için hastaneye yatırıldığını ifade eden hastaların çoğunluğu (%14.4) “korku, tedirginlik, şüphe, karamsarlık ortadan kalkınca” taburcu olmak istediğini belirtmiştir ( $p<0.05$ ). “Verilen tedaviye evde uyamadığı” için hastaneye yatırıldığını ifade eden hastaların çoğunluğu ise (%2.2) taburculuk için çözümlenmesini beklediği sorunlara “hastalık iyileşince” yanıtını vermiştir. Yatış nedenini “aileden, evden ve çevreden biraz uzak kalmak” olarak ifade eden hastaların %1.4'ü “eş ile iletişim sorunları çözümlenince” taburcu olmayı beklemektedir ve bu bulgu istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.05$ ).

Taburcu olmak için “rahat uyku uyumayı” bekleyen hastaların ise %1.7'si “yemek yiyememe ve uykusuzluk” nedeniyle hastaneye yatırıldığını ifade etmiştir ve bu bulgu istatistiksel düzeyde anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Taburculuk için çözümlenmesini bekledikleri sorunlara “düşünceler değişince” yanıtını veren hastaların %1.7'si yatış nedenini “kendisine ve çevresine zarar vermemek” olarak ifade ederken, %0.8'i yatış nedenini “dengesiz davranışlar” olarak ifade etmiştir. Bu bulgu istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ).



**Tablo 4.35.b** Hasta Yakınlarının Yatış Nedenlerine İlişkin İfadelerinin Hasta Yakınlarının Taburculuk İçin Çözümlemesini Bekledikleri Sorunlara Göre Dağılımı (n=390)

Yatış nedenleri*	Çözümlemesi Beklenen Sorunlar**											
	Korku, tedirginlik, öfke, sinir, şüphe, karamsarlık ortadan kalkınca**	Vücuttaki yangı, ağrı, sızı, yara, baş dönmesi, uyuşma geçince**	Rahat uyku uyuyunca**	Düşünceler Değişince**	Aile ile ilgili sorunlar ortadan kalkınca**	%	p	%	p	%	p	%
Sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak	34.1	0.705	5.4	<b>0.030</b>	3.8	0.192	3.8	0.793	3.8	0.793	3.8	0.582
Hastalıktan kurtulmak ve tedavi olmayı istemek	13.6	0.224	1.8	0.816	2.8	0.152	1.8	0.931	1.3	0.562		
Verilen tedavilere evde uyamamak	3.8	0.098	0.3	1.000	0.0	0.384	0.3	1.000	0.5	0.323		
Aileden, evden ve çevreden biraz uzak kalmak	5.4	0.958	0.3	0.499	0.5	0.754	1.0	0.290	0.3	0.711		
Kendisine ve çevresine zarar vermemek	9.5	0.834	0.8	0.590	0.8	0.435	1.5	0.395	0.5	0.385		
Yemek yiyememe ve uykusuzluk	8.7	0.085	0.5	0.551	3.8	<b>0.000</b>	0.5	0.754	0.8	1.000		
Dengesiz davranışlar	15.4	<b>0.002</b>	0.8	0.148	2.3	0.174	2.6	<b>0.017</b>	1.0	0.790		
Ailenin bakamaması	4.6	0.068	0.0	0.397	0.0	0.240	0.3	1.000	0.3	1.000		

\*İfadeler birden fazladır.

\*\* Sadece bu ifadeyi kullananlar alınmıştır

**Tablo 4.35.b (Devam)**

Yatış nedenleri*	Çözümlemesi Beklenen Sorunlar**												
	İş ile ilgili sorunlar ortadan kalkınca**	Eş ile iletişim sorunları çözümlenince**	Hastalık iyileşince**	Hiçbir şey beklemiyorum**	Fikirim yok**	%	p	%	p	%	p	%	p
Sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak	1.3	1.000	1.3	1.000	28.7	0.053	1.3	0.224	3.6	0.047			
Hastalıktan kurtulmak ve tedavi olmayı istemek	0.3	0.669	0.8	0.414	16.4	<b>0.023</b>	0.5	0.724	1.0	0.780			
Verilen tedavilere evde uyamamak	0.0	1.000	0.0	1.000	2.1	0.384	0.0	1.000	0.3	0.611			
Aileden, evden ve çevreden biraz uzak kalmak	0.3	0.548	0.3	0.548	3.8	0.174	0.3	1.000	1.3	<b>0.019</b>			
Kendisine ve çevresine zarar vermemek	0.5	0.610	0.3	1.000	10.0	0.129	0.5	1.000	0.3	0.317			
Yemek yiyememe ve uykusuzluk	0.0	0.595	0.0	0.595	5.6	0.346	0.3	1.000	0.3	0.709			
Dengesiz davranışlar	0.5	0.662	0.3	1.000	10.0	0.447	0.5	1.000	0.3	0.125			
Ailenin bakamaması	0.0	1.000	0.3	0.383	2.3	0.233	0.3	0.517	0.0	0.613			

\*İfadeler birden fazladır.

\*\* Sadece bu ifadeyi kullananlar alınmıştır

Hasta yakınlarının yatış nedenlerine ilişkin ifadelerinin hasta yakınlarının taburculuk için çözümlenmesini bekledikleri sorunlara göre dağılımı Tablo 4.35.b’de verilmiştir. Tablo incelendiğinde hastalarının yatış nedenini “sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk” olarak ifade eden hasta yakınlarının %5.4’ünün taburculuk için çözümlenmesini bekledikleri sorunlara “vücuttaki yangı, ağrı, sızı, yara, baş dönmesi ve uyuşma geçince”, %3.6’sının ise “fikrim yok” yanıtını verdiği görülmektedir ve bu bulgu istatistiksel düzeyde anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). “Hastalık iyileşince” hasta yakınlarının taburculuk için çözümlenmesini bekledikleri önemli bir sorundur ve bu sorunun çözümlenmesini bekleyen hasta yakınlarının %16.4’ü hastalarının yatış nedenini “hastalıktan kurtulmak ve tedavi olmayı istemek” olarak ifade etmiştir ( $p<0.05$ ).

Yatış nedenini “aileden, evden ve çevreden biraz uzak kalmak” olarak ifade eden hasta yakınlarının taburculuk için çözümlenmesi beklenen sorunlara ilişkin “fikrim yok (%1.3)” yanıtı ile diğerleri arasında anlamlı düzeyde fark vardır ( $p<0.05$ ). Hastasını taburculuğu için çözümlenmesini bekledikleri sorunlara “rahat uyku uyuyunca” yanıtını veren hasta yakınlarının %3.8’i hastalarının “yemek yiyememe ve uykusuzluk” nedeniyle hastaneye yatırıldığını ifade etmiştir ( $p<0.05$ ). Hastalarının “dengesiz davranışlar” nedeniyle hastaneye yatırıldığını belirten hasta yakınlarının ise %15.4’ü taburculuk için çözümlenmesini bekledikleri sorunlara yönelik olarak “korku, tedirginlik, öfke, sinir, şüphe, karamsarlık ortadan kalkınca”, %2.6’sı ise “düşünceler değişince” yanıtını vermişlerdir ve bu bulgu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

## TARTIŞMA

Ruhsal bozukluğu olan bireylerin hastanede yatarak tedavi görmesinin birey, aile ve toplum üzerinde olumlu etkileri olduğu kadar, olumsuz etkileri de vardır. Hemşirelerin ruhsal bozukluğu olan bireye ve aileye etkin sağlık hizmeti vermesi için, öncelikle ruhsal bozukluğu olan birey ve ailenin bakış açısıyla psikiyatrik yatış nedenlerini, tedaviden ve psikiyatri ekip üyelerinden beklentilerini araştırması önemlidir. Hemşire tarafından hastaya verilen tedavi ve bakım, hastanın iyileşme sürecini ve tekrarlı yatışlarını etkilemektedir. Hemşire, “hemşirelik süreci sistemi” modeli doğrultusunda ruhsal bozukluğu olan bireye ve ailesine vereceği bakımla, onların karşılaşılabilecekleri problemlerin çözümünde daha uygun başetmeler kullanmalarına ve tedaviye uyumuna yardımcı olabilir. Bu durum gereksiz yatışları da engelleyerek, bireyin ve ailenin yaşam düzeninde aksama ve kesintilerin önlenmesini sağlayabilir. Bireyin üretkenliği, sosyal yaşamı, üstlenmiş olduğu roller daha az oranda olumsuz etkilenebilir. Ayrıca psikiyatrik yatışların aile ve toplum üzerindeki maliyeti en aza indirgenebilir. Hasta ve yakınlarının bakış açısıyla psikiyatrik yatışın nedenlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen bulgularla ilgili tartışmalar aşağıda verilmiştir.

### 5.1. Hasta ve Yakınlarına Ait Özellikler

Ruhsal bozukluğu olan bireylerin hastaneye yatışında cinsiyet önemli risk faktörlerinden biri olarak kabul edilmektedir. Cinsiyetler arasındaki farklılığa bakıldığında, yapılan bazı araştırmalarda, kadınların erkeklere oranla hastaneye yatma olasılığının daha fazla olduğu saptanmıştır (34,42,58,59,60). Çalışmamızda, araştırmaya katılan hastaların yarısından fazlasının kadın olduğunun belirlenmesi bu bulguyu destekler niteliktedir (Tablo 4.1). Çalışmamızda, hasta yakınlarının yarısından fazlasını da kadınların oluşturduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1). Hasta yakınları arasında da kadınların ağırlıkta olmasının nedeninin, aile içerisinde kadının bakım verici rolünün daha fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür. Literatürde de aile içerisinde kadının bakım verici rolü üstlendiğini belirten çalışmalara rastlanmıştır (46,61).

Yaş, bireylerin ruhsal hastalıkla başetme stratejilerini etkileyen bireysel faktörlerden biridir (19). Çalışmamızda, 30-41 yaş grubunda yer alan bireylerin hastaneye yatma oranının, diğer yaş gruplarından daha fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1). Orta yaş dönemi olarak da adlandırılan bu yaş grubu, bireyin üretken olduğu, hedeflerini gerçekleştirdiği bir dönem özelliğini taşımakla birlikte, evlilik, aile kurma ve anne-baba olma gibi yaşamsal olayların da yaşandığı bir dönem olması açısından büyük önem taşımaktadır. Bu dönemde yaşanan olumsuz olayların bireyler üzerinde yarattığı anksiyete, stresle ilişkili hastalıklar ve davranış problemleri ile sonuçlanabilmektedir (31,62). Bu nedenle sağlık bakımı vericileri tarafından bu yaş grubunda yer alan bireylerde stres, anksiyete ve depresyon belirtilerinin değerlendirilmesi gereklidir (31). Literatürde yapılan bazı çalışmalarda bu yaş

grubunda yer alan bireylerin hastaneye yatma oranının, diğer yaş gruplarından daha fazla olduğunu belirlenmesi, çalışmamızdaki elde ettiğimiz bu bulguyu destekler niteliktedir (10,63,64). Çalışmamızda, hasta yakınları grubunu ise en fazla 42-53 yaş grubundaki bireylerin oluşturduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1). Bunun nedeninin, bu yaş grubunda yer alan bireylerin aile içerisinde daha fazla sorumluluk ve bakım verici rol üstlenmesinin olabileceği düşünülmüştür. Öner'in (46) şizofrenik hasta yakınlarının hastalıkla ilgili bilgilerini ve destekleme yaklaşımlarını belirlediği çalışmada, 40 ve üzeri yaş grubunda yer alan hasta yakınlarının oranının diğer yaş gruplarından fazla olduğunu belirlemesi ve hasta bakımında, 40 ve üzeri yaş grubunda yer alan bireylerin daha fazla sorumluluk üstlendiğini belirtmesi, çalışmamızda elde ettiğimiz bulguyu destekler niteliktedir.

Psikiyatrik yatışın belirleyicilerinden biri medeni durumdur (37). Çalışmamızda, hastaların yarısından fazlasının evli olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1). Bunun nedeninin, bireylerin evliliğin getirdiği sorunlarla yeterince baş edememelerinden ve araştırmaya hastaların yakınlarının da dahil edilmesinden kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Literatürde medeni durumla ilgili olarak farklı bulgulara rastlanmıştır. Yapılan bazı araştırmalar bekâr olan bireylerin hastaneye yatma oranının daha fazla olduğunu ileri sürerken (35,65), bazılarının evli olan bireylerin hastaneye yatma oranının daha fazla olduğunu ileri sürmesi dikkat çekicidir (37,59,66,67,68,69). Araştırma kapsamına alınan hasta yakınlarının da dörtte üçünün evli olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1). Hasta yakınları arasında evlilerin yoğunlukta olması, araştırmaya katılan hasta yakınlarının çoğunluğunu, eş ve anne-babalar oluşturduğu için beklenen bir bulgudur.

Anne-baba olma, pek çok yetişkin için önemli bir mücadelenin başlangıcıdır. Anne-babalık günde 24 saat süren bir bakımdır. Bu nedenle anksiyete, yetersizlik, yalnızlık ve çaresizlik duygusu yaratabilir. Özellikle annelik ve çalışma yaşamını birlikte yürüten kadınlar, bu konuda daha hassas bir konumdadırlar (31). TUİK (70) verilerine göre ülkemizde kadınların %21.2'si, erkeklerin ise %21.9'u çocuğun babanın sosyal/eğitim/iş hayatını olumsuz etkileyeceği düşüncesini belirtirken, kadınların %44'ü, erkeklerin ise %47.7'si çocuğun annenin sosyal/eğitim/iş hayatını olumsuz etkileyeceği düşüncesini belirtmiştir. Çalışmamızda, her iki grupta da 1-2 çocuğa sahip olanların oranının yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1). Ofraz'ın (61) psikiyatrik hastaların eşlerinin psikososyal güçlüklerini ve baş etme yollarını belirlediği çalışmada, araştırmaya katılan eşlerin çoğunluğunun çocuk sahibi olduğu ve çocuk sayısının 1-3 arasında değiştiğini tespit etmesi, çalışmamızda elde ettiğimiz bulgumuz ile benzerlik göstermektedir.

TUİK (70) verilerine göre ülkemiz genelinde hanelerin %80.7'si çekirdek aileden oluşmaktadır. Yapılan bu çalışma göz önünde tutulduğunda, çalışmamızda her iki grubun da dörtte üçünden fazlasının çekirdek ailede yaşadığının saptanması beklendik bir bulgu niteliği taşımaktadır (Tablo 4.1). Literatürde yapılan çalışmalarda da hastaların ve hasta yakınlarının ağırlıklı olarak çekirdek ailede yaşadığı saptanmıştır (46,71).

Ruhsal bozukluklar nedeniyle tedavi edilme oranı kırsal bölgelere oranla kentsel bölgelerde yaşayanlarda daha fazladır. Bunun nedeninin, şehir yaşamının getirdiği stres ve psikiyatri servislerine ulaşım kolaylığının olduğu kabul edilmiştir (72). Araştırmamızda hasta ve yakınlarının dörtte üçünün şehirde yaşadığı saptanmıştır (Tablo 4.1). Ayan ve arkadaşlarının (73) yaptıkları araştırmada, hastaların dörtte üçünden fazlasının şehir içinde yaşadığını saptamaları çalışmamızda elde ettiğimiz bulgumuzla benzerlik göstermektedir.

Bireylerin mesleki eğitimi veya eğitim düzeyi daha fazla finansal ve sağlık bakım kaynaklarına sahip olmasına ve günlük problemleri ile daha iyi başedebilmesine neden olmaktadır (31). Çalışmamızda, hastaların yarısına yakınının ortaöğretim mezunu, hasta yakınlarının ise yarısına yakınının ilkökul mezunu olduğunun saptanmasının, bireylerin problemleri ile başetmeleri açısından önemli olduğu düşünülmüştür (Tablo 4.1). Literatürde bizim bulgumuzu destekler nitelikte olan çalışmalara rastlandığı gibi, farklılık gösteren çalışmalara da rastlanmıştır. Demet ve arkadaşlarının (67) yatarak tedavi gören hastaların sosyodemografik özelliklerini değerlendirdikleri çalışmada ve Soygür ve arkadaşlarının (68) yaptıkları değerlendirme çalışmasında, hastaların yarısına yakınının ortaöğretim mezunu olduğunu belirlemeleri bizim bulgumuzu destekler niteliktedir. Başibüyük'ün (69) psikiyatri servisinde yatan hastaların aileleri ile ilgili yaptığı araştırmada, hastaların ve yakınlarının yarısından fazlasının ilkökul mezunu olduğunu saptanması, çalışmamızda elde ettiğimiz hastaların eğitim durumu bulgusu ile farklılık gösterirken, hasta yakınlarının eğitim durumu bulgusu ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmamızda her iki grupta da ev hanımlarının oranı diğer meslek gruplarından daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.1). Literatürde yapılan çalışmalarda, hastaların ve yakınlarının mesleklerine göre dağılımı ile ilgili olarak ev hanımlarının oranının diğer meslek gruplarından daha fazla olduğunun belirlenmesi, çalışmamızdaki elde ettiğimiz bulguyu destekler niteliktedir (67,69,74). Ayrıca elde edilen bu bulgunun her iki grupta da araştırmaya katılan kadınların yoğunluğunun, erkeklerden daha fazla olmasıyla uyumlu olduğu düşünülmüştür. Hasta grubunda mesleki dağılımda ev hanımlarının yoğun olması, çalışmayan kadınların evdeki sorumluluklarının daha fazla olmasının ve ekonomik yönden bağımlı olmanın ruh sağlığını olumsuz etkilediğini düşündürmüştür. Dökmen (75) kadınların çalışma durumları ve ruh sağlığı arasındaki ilişkiyi araştırdığı çalışmasının sonucunda, çalışan kadınların çalışmayan kadınlardan daha olumlu ruh sağlığına sahip olduğunu belirtmiştir. Hasta yakınlarının çoğunluğun ev hanımı olması, kadının geleneksel rollerinden birinin hasta bakımı olduğunu ve bu rolü en fazla çalışmayan kadınların üstlendiğini düşündürmüştür. Başibüyük'ün (69) yaptığı araştırmada, hastaya bakım veren kişilerin daha çok evde bulunan, çalışma yaşamı olmayan kadınların olduğunu belirtmesi düşüncemizi destekler niteliktedir.

Araştırmaya katılan her iki grubun tamamına yakınının sosyal güvencesinin olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1). Bu durumun ülkemizde sağlık hizmetlerinin pahalı olması ve gelir durumunun bunu karşılayacak düzeyde olmaması nedeniyle hasta ve yakınları açısından yatışı kolaylaştırıcı ve destekleyici bir faktör olduğu düşünülmüştür.

Psikiyatrik hastalıkların neden olduğu yeti yitimi ve tedavisi için kullanılan ilaçların yol açtığı yan etkiler nedeniyle, hastalar sosyal beceri gerektiren iş yaşamlarında güçlük çekmektedir. Bu nedenle ruhsal bozukluğu olan bireylerin çoğunluğunun aktif iş yaşamları bulunmamaktadır (76). Çalışmamızda, hastaların sadece %25.3'ünün ücretli bir işte çalışmakta olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1). Literatürde bu bulgumuzu destekler nitelikte çalışmalara rastlanmıştır Kent ve Yellowlees'in (35) yaptığı çalışmada, hastaların sadece %18'inin çalıştığı belirlenmiştir. Deveci ve arkadaşları (74) yaptıkları bir çalışmada, hastaların %25'inin aktif iş yaşamlarının bulunduğu saptamışlardır. Yılmaz (76) psikiyatri hastalarında ilaç yan etkileri ve ilaç uyumu konulu çalışmasında, hastaların %70.1'inin herhangi bir işte çalışmadığını belirtmiştir.

Düşük sosyoekonomik durum ve parasal problemler yatarak tedavi olma riskini arttıran sosyodemografik değişkenler arasındadır (34,37). Çalışmamızda, hastaların %11.1'i aylık gelir durumunu "bilmiyorum", %4.7'si "belli olmuyor" diye ifade etmiş, %84.2'si ise aylık gelirini belirtmiştir. Gelir belirten hastaların aylık gelir ortanca değeri 600 (min=0, max=20000, ort= 895.63, sd=1455.433) YTL iken, hasta yakınlarında bu oran 685 (min=0, max=20 000, ort=999.78, sd=1406.165) YTL'dir (Tablo 4.1). TÜİK (77) verilerine göre 4 kişilik bir ailenin aylık yoksulluk sınırı 533 YTL olarak belirlenmiştir. Bu veri ışığında ülkemiz yaşam koşulları göz önüne alındığında, aylık gelir ortanca değeri baz alınarak, her iki grubunda yoksulluk sınırında yaşadığı söylenebilir. Owen ve arkadaşlarının (36) tekrarlı yatışlar üzerine yaptıkları çalışmada, parasal durumla ilişkili memnuniyetsizliğin tekrar yatış riskini arttırdığını saptamaları, bulgumuzu destekler niteliktedir. Veri toplama sırasında edindiğimiz izlenimlere göre, hastaların aylık gelir durumunu "belli olmuyor" olarak ifade etmesinin altında yatan nedenin, aylık düzenli geliri olmayan, kendisi veya ailesinde çalışan bireyin serbest meslek sahibi olduğu hastaların ifadelerinden kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Ruhsal hastalığı olan bireylerin tedavisi ve bakımında ailesi ve sosyal çevresi önemli bir destek ögesidir (66). Araştırmaya katılan hasta yakınlarını en fazla eşlerin oluşturduğu ve bunu ikinci sırada anne-babaların takip ettiği ve hasta yakınlarının dörtte üçünden fazlasının hastası ile aynı evi paylaştığını saptanması (Tablo 4.1), hastanın yakın çevresini ailenin oluşturduğunu göstermektedir. Ayrıca çalışmamızda, her iki grubun da ağırlıklı olarak hastaneye anne, baba, kardeş tarafından getirildiğini ifade etmesinin de hastanın yakın çevresini ailenin oluşturduğunun bir göstergesi olarak kabul edilebilir (Tablo 4.3). Bu bulgumuzu destekler nitelikte araştırmalara rastlanmıştır. Owen ve arkadaşları (36) tekrarlı yatışlar üzerine yaptıkları çalışmada, ruhsal bozukluğu olan bireylerin %21'inin yakınları tarafından hastaneye getirildiklerini saptamışlardır. Sullivan ve arkadaşları (78) ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerde hastaneye tekrarlı yatışın risk faktörlerini araştırdıkları çalışmada, aile üyeleri arasında en çok görüşme yaptıkları kişilerin anneler olduğunu belirtmişlerdir. Oflaz (61) yaptığı çalışmada, eşlerin %83.7'sinin hasta olan eşe bakım rolünü üstlendiğini ve bunu %18.6 ile anne-babaların takip ettiğini saptamıştır. Başbüyük (69) psikiyatri servisinde yatan hastaların aileleri ile ilgili yaptığı çalışmada, hasta yakınlarını en fazla eşlerin ve kardeşlerin oluşturduğunu belirlemiştir. Uslu Kol ve Doğan (66) hasta ziyaretleriyle ilgili yaptığı

araştırmada, ruhsal bozukluğu nedeniyle hastanede yatan bireylerin ziyaretine gelen hasta yakınlarının %70'inin hastanın eşi ya da çocuğu olduğunu belirtmiştir.

## 5.2. Hastaların Hastalığı ile İlgili Özellikler

Ruhsal bozukluğu olan bireyin, yasal olarak ruhsal ve fiziksel durumu, hastalığı ve tedavisi konusunda bilgilendirilme hakkı vardır (1,2,19,27,79). Araştırmamızda hastaların yarısından fazlasının tanısını bilmediği saptanmıştır (Tablo 4.2). Elde edilen bu bulgu, ruhsal bozukluğu olan bireyin hastalığı ve tedavisi konusunda bilgilendirilmediğini dūřündürmüřtür. Demiralp'in (20) psikiyatri hastalarının kliniğe kabul işlemlerine ilişkin görüşleri ve hemşireden beklentileri konulu araştırmasında, hastaların kliniğe kabulleri sırasında problemleri konusunda daha fazla bilgiyi birinci derecede önemli gördüklerini ve tedavi süresine ilişkin bilgiyi ikinci derecede önemli gördüklerini saptaması, bireylerin hastalığı ve tedavisi konusunda bilgi alma ihtiyacını göstermesi bakımından çarpıcı bir özellik taşımaktadır. Aynı araştırmada, hastaların %94.3'ünün doktordan hastalığı hakkında bilgi vermesi, %93.3'ünün doktordan tedavisini açıklaması beklentisinde olduğunu, hemşireler için ise bu beklentilerin oranının sırasıyla %23.8 ve %28.6 olduğu belirlenmiş ve hastaların geleneksel klinik ortamda tedavi ve hastalık hakkında bilgi verme işlevini doktorun görevi olarak gördükleri belirtilmiştir.

Araştırmamızda, hastaların primer olarak en fazla depresif bozukluk tanısı aldığı, bunu sırasıyla şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar, bipolar bozukluk, alkol kullanım bozuklukları ve anksiyete bozukluklarının takip ettiği saptanmıştır (Tablo 4.2). Literatürde yatan hastalar üzerine yapılan çalışmalarda, hastaların tanı dağılımına ilişkin farklı bulgulara rastlanmıştır. Soygür ve arkadaşlarının (68) yaptıkları değerlendirme çalışmasında, hastaların tanı dağılımını genel olarak sırasıyla majör depresif bozukluk, şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar, bipolar affektif bozukluk ve anksiyete bozukluğu olarak belirlemeleri, çalışmamızda elde ettiğimiz bulgu ile benzerlik göstermektedir. Lyons ve arkadaşlarının (38) yaptıkları araştırmada da hastaların tanılarında ilk üç sırada majör affektif bozukluklar, atipik psikoz ve şizofreninin oluşturması çalışmamızda elde ettiğimiz bulgu ile benzer niteliktedir. Fisher ve arkadaşları (80) yaptıkları araştırmada, araştırmaya katılan hastaların primer tanı dağılımında ilk sırada şizofreni ve diğer psikotik bozuklukların yer aldığını ve bunu mood bozukluklarının takip ettiğini belirtmesi ve Hopko ve arkadaşlarının (81) yaptıkları araştırmada, hastaların primer tanısının sırasıyla şizofreni, majör depresyon, bipolar bozukluk, maddeyi kötüye kullanım ve başka türlü adlandırılmayan psikoz olarak saptanması, çalışmamızda elde ettiğimiz bulgu ile farklılık göstermektedir. Bu farklılığın nedeninin, çalışmaların yapıldığı kurumların özellikleri ve kurum politikalarından kaynaklanabileceği dūřünülmüřtür.

Ruhsal bozukluğu olan bireyin birden fazla tanısının olması, her yaşta görülebilen yaygın bir durumdur. Bireyde bir ruhsal hastalığın bulunması, diğer ruhsal sağlık problemlerinin gelişme olasılığını artırmaktadır. Yapılan bir araştırmada, anksiyete, duğu durum veya madde kullanım bozukluğuna sahip olan bireylerin dörtte birinin en az bir ruhsal hastalığa daha sahip olduğu saptanmıştır (82). Jackson ve arkadaşları (83) yaptıkları araştırmada, ikili tanıya sahip olan



hastaların hastaneye kabul oranının, sadece bir tanısı olan hastalardan daha fazla olduğunu saptamışlardır. Araştırmamızda da 45 hastanın ikili tanıya sahip olduğu saptanmıştır. Bu hastalara konulan ikinci tanılarının sırasıyla depresif bozukluklar, alkol kullanım bozuklukları, somatoform bozukluklar, anksiyete bozuklukları, şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar, bipolar bozukluklar olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2). Literatürde çalışmamızda elde ettiğimiz bulgumuzla benzerlik gösteren çalışmalara rastlanmıştır. Hastanın psikiyatrik bozukluğuna eşlik eden alkol kötüye kullanım, yatış riskini önemli oranda artırmaktadır (37). Kent ve Yellowlees (35) çalışmalarında alkol kötüye kullanımının tekrarlı yatış sıklığına katkıda bulunan bir faktör olduğunu belirtmişlerdir. Jackson ve arkadaşlarının (83) madde kötüye kullanımının psikiyatrik yatış üzerine etkilerini araştırdıkları çalışmada, madde kötüye kullanımının psikiyatrik yatış riskini anlamlı ölçüde artırdığını saptamışlardır. Aynı araştırmada, bireyin psikiyatrik tedavisi ile madde kötüye kullanımının tedavisinin birlikte yapılmasının tekrarlı yatış riskini azaltabileceğini belirtmişlerdir. Altındağ ve arkadaşları (84) yaptıkları araştırmada, primer olarak bipolar bozukluk tanısı alan hastaların %27.1'ne ikinci tanı olarak anksiyete bozukluğu tanısının konulduğunu ve ikinci tanı olarak anksiyete bozukluğu tanısı alan hastaların hastaneye yatma oranının daha yüksek olduğunu saptamışlardır.

Hastalığın başlangıç süresi ve psikiyatrik yatış hikayesi ruhsal bozukluğu olan bireyin hastaneye kabulünde önemli belirleyicilerdir. Özellikle hastalığın akut dönemde olması ve relaps olmaması hastalığın seyrinin iyi olması açısından önemlidir (85). Araştırmamızda, hastaların çoğunluğunun 1-5 yıldır ruhsal hastalığa sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2). Dündar'ın (10) şizofreni ve duygudurum bozukluğu olan hastalarla ilgili yaptığı araştırmada, hastaların çoğunluğunun 6-10 yıldır hasta olduğunu saptaması, çalışmamızda elde ettiğimiz bulgumuzla farklılık göstermektedir. Bu farklılığın, yapılan bu araştırma ile bizim araştırmamıza katılan hastaların tanı dağılımından kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Araştırmamızda, hastaların yaklaşık yarısının ilk defa hastaneye yattığının saptanması, tekrarlı yatışlar açısından önemli bir bulgudur (Tablo 4.3). Demiralp'in (20) yaptığı araştırmada, hastaların yarısına yakınının psikiyatri kliniğine yatma deneyiminin olmadığını belirlemesi, çalışmamızda elde ettiğimiz bulgumuzla benzerlik göstermektedir. Owen ve arkadaşları (36) tekrarlı yatışlar üzerinde yaptıkları araştırmada, hastaların %38'inin altı ay içerisinde tekrar hastaneye yattığını saptamışlardır. Araştırmamızın veri toplama sürecinde ise, araştırmaya katılan hastaların %88.9'u ile 1 defa, %8.9'u ile 2 defa, %1.6'sı ile 3 defa, %0.4'ü ile 4 defa, %0.2'si ile 5 defa yüz yüze görüşme yapılmıştır (Tablo 4.3). Çalışmamızda elde ettiğimiz bu bulgunun, veri toplama sürecinde hastaların tekrarlı yatış oranının düşük olduğunun bir göstergesi olarak kabul edilebileceği düşünülmüştür.

Bedensel hastalıklar çeşitli ruhsal hastalıkların ortaya çıkışında risk faktörlerinden biridir (86). Birey, bedensel hastalığa ruhsal olarak tepki gösterebildiği gibi, bedensel hastalık bireyde ruhsal bozukluklara da neden olabilmektedir (87). Bireyde ruhsal hastalığın yanında bedensel hastalığın da bulunması psikiyatrik yatış ihtiyacının artmasına neden olabilmektedir (13). Bu nedenle bazı bireyler tıbbi hastalığın neden olduğu ya da karıştığı ruhsal bozukluk nedeniyle psikiyatri kliniğine kabul edilebilmektedir (45). Çalışmamızda hastaların

dörtte biri ruhsal hastalığının yanı sıra bedensel hastalığının da bulunduğunu ifade etmiştir (Tablo 4.2). Kent ve Yellowlees (35) hastaneye sık yatışların psikiyatrik ve sosyal nedenlerini araştırdıkları çalışmalarında, fiziksel hastalık ve ruhsal hastalıkla ilişkili faktörlerin psikiyatrik yatışa neden olan faktörler olduğunu belirtmişler ve hastaların %31.1'inde ruhsal hastalığın yanında fiziksel hastalığın da varlığını saptamışlardır. Lerer ve arkadaşları (13) ise majör depresyonu olan hastaların hastaneye yatışında presipitan faktörleri araştırmışlar ve hastaların %60.7'sinin ruhsal hastalığın yanında fiziksel hastalığının da bulunduğunu saptamışlardır. Uysal ve arkadaşları (88) ruhsal hastalığı olanlarda eş zamanlı fiziksel hastalıklar konulu çalışmalarında, kliniğe yatan hastaların %38'inde ruhsal hastalıkla eş zamanlı fiziksel hastalığın da olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmamızdaki elde ettiğimiz bulguların, bu yapılan araştırmalardaki elde edilen bulgulardan daha düşük olduğu görülmektedir. Bunun nedeninin hastaların ifadeleri dikkate alındığı için, fiziksel hastalığı olan bireylerin hastalığının varlığını gizlemesinin veya bireyin fiziksel hastalığının farkında olmamasının olabileceği düşünülmüştür.

Araştırmamızda, ruhsal hastalığa eşlik eden bedensel hastalıkları başta hipertansiyon olmak üzere, diabetes mellitus ve hipertiroidi gibi hastalıkların oluşturduğu saptanmıştır (Tablo 4.2). Literatürde çalışmamızda elde ettiğimiz bulguyla benzer nitelikte bulguları olan çalışmalara rastlanmıştır. Yapılan bir araştırmada, psikiyatri kliniğinde yatan hastaların ruhsal hastalığına eşlik eden bedensel hastalıklarda ilk üç sırayı endokrin hastalıklar (%13.5), hematolojik hastalıklar (%12.2) ve nörolojik hastalıkların (%11) oluşturduğu belirlenmiştir (88). Bir başka araştırmada ise, ilk üç sırada yer alan bedensel hastalıkları hipertansiyon (%15.9), iskemik kalp hastalığı (%11.2) ve diabet (%11.2) oluşturmaktadır (13).

### **5.3. Hastaların Yatış Öncesi İlaç Kullanma ve Önemli Bir Olay Yaşama Durumu**

Ruhsal bozuklukların tedavisinde ilaç tedavisinin önemli bir yeri vardır (89). Lerer ve arkadaşları (13) majör depresyonu olan hastaların hastaneye yatışında presipitan faktörleri araştırmışlar ve hastaların %88.8'inin yatış öncesinde ilaç kullandığını saptamışlardır. Bizim çalışmamızda, her iki grubun ifadesine göre hastaların dörtte üçünün yatış öncesi ilaç kullandığının belirlenmesi, bu çalışma ile benzerlik göstermektedir. (Tablo 4.4). Çalışmamızda, yatış öncesi ilaç kullanan hastaların yarısından fazlasının ilaçlarını düzenli kullandığını ifade ederken, hasta yakınlarının yarısından fazlasının hastasının ilaçlarını düzenli kullanmadığını ifade ettiği belirlenmiştir (Tablo 4.4). Gruplar arasındaki bu farklılığın, hastaların ilaç tedavisinin önemini bilmekle birlikte, ilaç rejimine uyum göstermemelerini gizleme eğiliminden kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Sullivan ve arkadaşlarının (78) ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerde hastaneye tekrarlı yatışın risk faktörlerini belirlemeye yönelik yaptıkları çalışmada da, araştırmaya katılan hastaların yarısından fazlasının tıbbi tedavinin tamamen yardımcı olduğunu düşünmelerine rağmen, psikotropik tedaviye uyum göstermediklerini belirlemeleri bu bulguyu destekler niteliktedir. Dündar (10) da yaptığı araştırmada, hasta yakınlarına göre hastalarının tedaviye uyumunu değerlendirmiş ve hasta yakınlarının çoğunluğunun hastasının ilaçlarını düzenli kullanmadığını ve kontrolleri aksattığını ifade ettiğini belirlemiştir.

Son yıllarda psikofarmakoloji alanında büyük gelişmeler olmasına rağmen ruhsal hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçların çeşitli sınırlılıkları halen devam etmektedir. Bu tür ilaçların düzenli ve uzun süreli kullanılmasının gerekliliği ve ilacın yan etkilerinin ortaya çıkması, ruhsal bozukluğu olan bireyin tedaviye uyumunu bozan etkenlerin başında gelmektedir. Uzun süreli kullanım nedeniyle hastanın ilaca karşı bıkkınlık hissetmesi, hastalığını kabul etmemesi veya kendisini iyi hissettiği için kullandığı ilacı bırakması hastanın tedaviye uyumunu bozan nedenler arasındadır (89).

Araştırmamızda, hastalar düzenli ilaç kullanmama nedeni olarak ilk sırada “yan etkileri” ifade ederken, yakınları “iyileşmeyi” ifade etmişlerdir. Hasta yakınlarına göre “yan etkisi nedeniyle kullanmayı bırakma” ikinci sırada yer alırken, hastalara göre “iyileşince kullanmayı bırakma” ikinci sırada yer almaktadır (Tablo 4.4). Gruplar arasındaki bu farklılığın nedeninin, hastaların ilaç yan etkilerinden yoğun rahatsızlık duymasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Literatürde bu konuyla ilgili benzer sonuçlar elde edilen çalışmalara rastlanmıştır. Yılmaz (76) psikiyatri hastalarında ilaç yan etkileri ve ilaç uyumunu araştırdığı çalışmada, ilaç yan etkileri nedeni ile bırakma oranını %12.6 olarak saptanmıştır. Aynı çalışmada hastaların %17.9’unun kendilerini iyi hissettiğinde ilaçlarını almayı bıraktıkları belirlenmiştir. Uzun ve arkadaşları (90) şizofren hastaların tedavilerini sonlandırma nedenlerini belirledikleri çalışmada, hastaların %22.4’ünün iyileştiğini düşünerek ilacı bıraktığını, %12.1’inin yan etkiler nedeniyle ilacı bıraktığını saptamışlardır. Jones (91) yaptığı çalışmada, hasta yakınlarının, hastalarının ilaçların yan etkilerinden dolayı ilaç almayı reddettiklerini ifade ettiklerini belirtmiştir. Dündar (10) yaptığı çalışmada, hasta yakınlarının, hastanın tedaviye uyumsuzluğunun nedeni olarak en fazla hastanın iyileştiğini düşünerek ilaçlarını bırakmasını ifade ettiklerini saptamıştır.

Ruhsal hastalıkların belirtileri arasında yer alan büyüklük ve paranoid sanrıları içeren pozitif semptomlar, hastanın ilaç tedavisine uyumunu ciddi bir biçimde bozmaktadır (76). Özellikle paranoid sanrıları olan hastaların tedaviyi reddetmesi sık görülen bir durumdur (31). Dilbaz ve arkadaşları (92) tedaviye uyumu etkileyen faktörleri belirledikleri çalışmada, tedaviye uyumsuzluğun sanrılar, ilacın durumunu kötüleştirdiği düşüncesi, hastalığını yadsıma, damgalanma gibi nedenlerle hastalık kaynaklı olabileceğini belirtmişler ve araştırmalarında tedaviye uyumsuzluğun nedenlerinin çoğunlukla hastalık semptomlarına bağlı olduğunu saptamışlardır. Çalışmamızda, kullanılan ilaçları “şüphe ve güvensizlik nedeni ile kullanmayı bırakma”nın her iki grup tarafından da ifade edilen düzensiz kullanma nedeni olarak belirlenmesi (Tablo 4.4) bu çalışma ile benzerlik göstermektedir. Ayrıca çalışmamızda hastasının ilacını bu nedenle düzensiz kullandığını ifade eden hasta yakınlarının oranının, hastalardan daha fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4). Gruplar arasındaki oranların farklılığının, bazı hastaların sanrısız inanışlarını gerçek olarak düşünmesinden kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Araştırmamızda, hastaların ilacı düzenli kullanma nedenleri arasında her iki grupta da “gerekliliğine inandığı için” en fazla belirlenen nedendir (Tablo 4.4). Yılmaz’ın (76) çalışmada, hastaların %69.2’sinin ilaçlarının hastalığını

iyileştireceğine inandıklarını saptaması ve tedavinin yararına inanan hastaların tedaviye uyumunun, tedaviye inanmayan ya da az inananlardan daha fazla olduğunu belirlemesi bu bulguyu destekler niteliktedir. Çalışmamızda, hasta grubunda düzenli kullanma nedeni olarak “doktor önerdiği için” yer alırken, hasta yakınları grubunda “ilaçları başkaları verdiği için” yer almıştır (Tablo 4.4). Literatürde bulgumuzu destekler nitelikte çalışmalara rastlanmıştır. Şilar (39) nörotik ve psikotiklerde hastane yaşamının algılanması konulu çalışmasında, hastaların doktoru ilaç kullanımına karar verecek yetkili bir otorite olarak gördüklerini ve ilaç kullanımını onayladıklarını belirtmiştir. Yılmaz (76) psikiyatri hastalarında ilaç yan etkileri ve ilaç uyumu konulu çalışmasında, hastaların %23.1’inin ilaçlarını yardımla aldığını saptamıştır. Oflaz (61) çalışmasında, hastaların %25.5’inin ilaçlarını eşlerinin verdiğini belirlemiştir.

Ruhsal bozukluğu olan bireyler arasında travmatik olay yaşama yaygın olarak görülmektedir. Bu tür olaylar bireydeki ruhsal hastalığın genellikle tetikleyicisi ya da doğrudan nedeni olabilmektedir (93,94). Ayrıca bu yaşanan travmatik stresli olaylar, kriz yaşanmasına neden olabilmektedir (32). Kriz yaşayan bireyler problemlerinin üstesinden gelemedikleri durumda yardım aramaktadırlar. Kriz yaşayan bu bireylerin, başarılı bir şekilde krizin üstesinden gelmesine yardım etmek amacıyla bireyler, psikiyatri ünitesine kabul edilebilmektedirler (31). Araştırmamızda, hastaların yarısından fazlasının son günlerde önemli bir olay yaşadığını ifade ettiği belirlenmiştir (Tablo 4.5). Berksun ve arkadaşlarının (95) psikiyatrik hastalıklar ve presipitan faktör olarak yaşam olaylarını konu alan çalışmasında, hastaların %59’unun önemli bir olay yaşadığını saptaması, çalışmamızda elde ettiğimiz bulguyu destekler niteliktedir. Amiel-Lebigre (94) de nörotik kadınlarda psikiyatrik hospitalizasyonun psikososyal belirleyicileri konulu araştırmasında, ruhsal bozukluğu nedeniyle hastaneye yatan kadınların bir ya da daha fazla sayıda şiddetli yaşam olayı yaşama oranını, yatmayanlardan anlamlı bir şekilde daha fazla olduğunu belirlemiştir.

Araştırmamızda, hastaların yaşadıklarını ifade ettikleri olayların sırasıyla “aile içi geçimsizlik yaşama”, “boşanma, ayrılık, ölüm”, “ailedeki diğer bireylerin sorunlarıyla yüz yüze gelme”, “maddi sıkıntı”, “akraba ve komşularla kavga”, “dayak, taciz, tecavüze maruz kalma” ve “hamilelik ve doğum” olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5). Literatürde çalışmamızda elde ettiğimiz bu bulguya benzer nitelikte çalışmalara rastlanmıştır. Heileman ve arkadaşları (96) depresyonun algılanan nedenlerini belirledikleri çalışmada, kadınların çoğunun eşleriyle ilişki problemleri yaşadıklarını ifade ettiklerini belirtmişlerdir. Kent ve Yellowlees (35) hastaneye sık yatışların psikiyatrik ve sosyal nedenleri konulu çalışmasında, hastaların %61.1’inin ilişki problemleri nedeniyle hastaneye yatırıldığını saptamışlardır. Berksun ve arkadaşları (95) yaptıkları çalışmada, ruhsal bozukluğu olan bireylerin yaşadıkları yaşam olayları arasında ilk sırada aile ile ilgili olayların yer aldığını saptamalarının yanı sıra, bunu kişisel, iş-okulla ilgili ve ekonomik olayların takip ettiğini de belirlemişlerdir. Harlow ve arkadaşları (97) yaptıkları bir çalışmada, kadınlar arasında postpartum psikotik veya bipolar epizodlar nedeniyle psikiyatrik yatış oranının psikiyatrik hospitalizasyon hikayesi olmaksızın birinci doğumlarda sırasıyla %0.04 ve %0.01 olduğunu, doğumdan önce psikiyatrik hospitalizasyon hikayesi olan

kadınlarda ise psikiyatrik yatış oranının sırasıyla %9.24 ve %4.48 olduğunu saptamışlardır. Ayrıca bipolar ya da psikotik durumu nedeniyle gebeliğinde psikiyatrik yatışı olan kadınların %40'ından fazlasının postpartum dönemde tekrar hastaneye yattığını belirlemeleri, hamilelik ve doğumun bireyin ruh sağlığı üzerindeki etkilerini ortaya koyması bakımından önemlidir. Moran ve arkadaşları (98) da tekrarlı yatışlar üzerinde yaptıkları araştırmada, tekrarlı yatışı olan hastaların %54'ünde anlamlı bir şekilde fiziksel veya seksüel kötüye kullanım olduğunu saptamışlardır.

#### **5.4. Hasta ve Yakınlarına Göre Yatış Nedenleri**

Araştırmamızda hasta ve yakınları tarafından ifade edilen yatış nedenleri “sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak”, “hastalıktan kurtulmak ve tedavi olmayı istemek”, “verilen tedavilere evde uyamamak”, “aileden, evden ve çevreden biraz uzak kalmak”, “kendisine ve çevresine zarar vermemek” “yemek yiyememe ve uykusuzluk”, ve “dengesiz davranışlar”dır. Ayrıca hasta yakınları “ailenin bakamaması”nı yatış nedenlerinden biri olarak ifade ederken, hastalar böyle bir ifadede bulunmamıştır. Hastaların %1.4'ü ise yatış nedenini bilmediğini ifade etmiştir (Tablo 4.6).

#### **5.4.a. Sürekli Tedirginlik, Gerginlik ve Psikolojik Bozukluk Yaşamak**

Anksiyete duygusu en sık karşılaşılan ruhsal belirtilerdendir (99). Bireyin kendisini endişeli, tedirgin ve gergin hissetmesi anksiyete duygusu yaşadığının bir göstergesidir (19,87,100). APA (29) bireyde aktif psikiyatrik semptom ya da semptomların bulunması ve/veya tedavisi nedeniyle tıbbi durumun akut kötüleşme riskinin bulunduğu durumda psikiyatrik yatışa karar verilebileceğini belirtmiştir. Çalışmamızda, her iki grupta da “sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak” ilk sırada ifade edilen yatış nedenidir (Tablo 4.6). Bireyin yoğun anksiyete yaşadığının bir göstergesi olarak kabul edilebilen bu yatış nedenini ifade edenlerin oranının, her iki grupta da yüksek olmasının dikkat çekici bir bulgu olduğu düşünülmüştür. Schwartz ve arkadaşları'nın (33) yaptıkları araştırmada, anksiyete belirtilerinin hastaların psikiyatrik yatış ihtiyacını belirleyen anlamlı bir değişken olduğunu belirtmeleri, çalışmamızda elde ettiğimiz bu bulguyu destekler niteliktedir. Ayrıca yapılan bir araştırmada da, hastaların ifade ettiği anksiyete semptomlarının ve psikososyal stresteeki artışın tekrarlı yatış sayısını arttırdığı saptanmıştır (96). Ekinci'nin (64) psikiyatri hemşireliğinin hastalara etkinlikleri ve sosyal adaptasyonları üzerine yaptığı karşılaştırmalı çalışmada, hastaların %47.62'sinin hemşirelik bakımı öncesinde tedirgin olduğu, verilen hemşirelik bakımı sonrasında ise bu tedirginliğin anlamlı bir şekilde tamamen ortadan kalktığını saptaması, yapılan hemşirelik müdahalelerinin anksiyete üzerindeki etkinliğini göstermesi bakımından çarpıcı bir özellik taşımaktadır.

Araştırmamızda, hastaların cinsiyetinin, eğitim durumunun, mesleğinin ve çocuk sayısının “sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak” nedeni üzerinde anlamlı düzeyde etkileyici değişkenler olduğu saptanmıştır. Hasta grubunda, bu yatış nedeni ile hastaneye yatırıldığını ifade etme oranının kadınlarda (Tablo 4.14), 1-2 çocuğa sahip olanlarda (Tablo 4.17), ortaöğretim mezunu olanlarda

(Tablo 4.18.a) ve ev hanımlarında (Tablo 4.19.a) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bruffaerts ve arkadaşları'nın (101) ruhsal bozukluğu olan bireyler üzerinde yaptıkları araştırmada, anksiyete belirtilerinin kadınlarda erkeklere oranla anlamlı olarak daha fazla görüldüğünü saptamaları çalışmamızda elde ettiğimiz bulgumuzla benzer niteliktedir. Özcan ve arkadaşları (102) da yaptıkları araştırmada, yaygın anksiyete bozukluğunun yaygınlığını, kadınlarda, ev hanımlarında, okuma-yazma bilmeyenlerde anlamlı derecede yüksek olarak saptamışlardır.

Hasta yakınları grubunda ise hastasının “sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak” nedeniyle yatırıldığını ifade edenlerin oranının evlilerde daha yüksek olması anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.16). Bunun nedeninin, ruhsal bozukluğu olan bireyin yaşadığı anksiyeteyi en çok eşine ve anne-babasına yansıtmasının olabileceği düşünülmüştür. Bu nedenle bireyin anksiyetesine yönelik yapılacak olan müdahalelere bu grubun da dahil edilmesi, bireyin anksiyete duygusu ile başetmesini kolaylaştırabilir. Turgay'ın (103) psikiyatri hastasının iyileşme ve sosyal uyumunda psikiyatri hemşiresinin eğitsel rolünün araştırılması konulu çalışmada da, deney grubunda tedavi ve ailelerine yapılan eğitim çalışması sonrasında anksiyete, kızgınlık-düşmanlık belirtilerinin anlamlı bir şekilde azaldığını saptaması verilen tedavi ve eğitimin etkinliğini göstermesi bakımından oldukça önemlidir.

Araştırmamızda, hastaların tanısını bilme durumunun ve hastaya konulan tanıların “sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak” nedeni üzerinde etkileyici birer değişken oldukları saptanmıştır. Bu yatış nedenini ifade eden hastaların oranının tanısını bilmeyenlerde (Tablo 4.22) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bireyin hastalığı hakkında bilgi eksikliği belirsizlik yaşamasına neden olabilmektedir. Yaşanan bu belirsizlik bireyde kaygı, korku, öfke, çaresizlik, aşırı duyarlılığın ortaya çıkmasına sebep olabilmektedir. Bu bakımdan bireyle kurulacak olan terapötik iletişimle, belirsizliğin ortadan kaldırılması ve belirsizlik yaşayan bireylere etkili baş etme yöntemleri kullanımı konusunda yardımcı olunması, anksiyetenin azaltılması veya ortadan kaldırılması açısından önemlidir (104). Çalışmamızda, primer tanı olarak depresif bozukluklar tanısını alanlarda (Tablo 4.23) “sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak” nedeniyle yatırıldığını ifade edenlerin oranının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Perlick ve arkadaşlarının (34) yaptıkları araştırmada, bilişsel depresyonda anksiyete düzeyinin daha yüksek olduğunu saptamaları, çalışmamızda elde ettiğimiz bulgumuz ile benzerlik göstermektedir. Ayrıca ikinci tanı olarak somatoform bozukluklar tanısı olan hastaların bu yatış nedeni ile yatırıldığını ifade etmeleri anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.24). Somatoform bozukluklarda görülen bedensel yakınmalar ve işlevsel bozuklukların temelinde anksiyete vardır (31, 105). Bu nedenle elde ettiğimiz bu bulgunun, ikinci tanısı somatoform bozukluklar olan bireylerin yaşadıkları anksiyete duygusunu ifade etmeleri açısından önemli olduğu düşünülmüştür.

Stresli yaşam olaylarına maruz kalma bireyde duygusal sıkıntıların oluşmasına neden olmaktadır (106). Amiel-Lebigre ve arkadaşları (107) yaptıkları araştırmada, kötü yaşam olayları ile sıkıntı yaşama düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişkinin olduğunu saptamışlardır. Osvath ve arkadaşları (108) intihar

girişiminde bulunan bir grup bireyde travmatik yaşam olaylarını incelemişler ve bu inceleme sonucunda, negatif olayların sıklığı ve depresyon, mutsuzluk, öfke ve düşük benlik saygısı gibi psikopatolojik semptomlar arasında güçlü pozitif ilişki olduğunu belirlemişlerdir. Araştırmamızda, önemli bir olay yaşadığını (Tablo 4.30) ve yaşadığı olayı “ailedeki diğer bireylerin sorunlarıyla yüz yüze gelme” (Tablo 4.31) olarak belirten hastaların “sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak” nedeniyle hastaneye yatırıldığını ifade etmesi arasında anlamlılık olduğunun saptanması, yapılan bu çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Düzenli bir şekilde uykuya dalamama bireyin zihninin meşgul olmasına ve strese neden olarak, bireyin anksiyete yaşamasına yol açmaktadır. Ayrıca bireyin yaşadığı anksiyete duygusu da uykuya dalmada güçlük yaşanmasına neden olmaktadır (31). Araştırmamızda “rahat uyku uyuyunca” taburcu edilmeyi beklediğini ifade eden hastaların (Tablo 4.35.a) bu nedenle yatırıldığını ifade etmesinin anlamlı bulunmasının, uyku ile anksiyete arasındaki ilişki açısından önemli olduğu düşünülmüştür. Çalışmamızda, hastasının “vücuttaki yangı, ağrı, sızı, yara, baş dönmesi, uyuşma geçince” (Tablo 4.35.b) taburcu edilmesini beklediğini ifade eden hasta yakınlarının yatış nedenini “sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak” olarak belirtmesinin de anlamlı olduğu saptanmıştır. Bunun nedeninin ruhsal bozukluğu olan bireydeki bedensel yakınmaların hasta yakınlarında sıkıntı yaratmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Özcan ve arkadaşları (102) da yaptıkları araştırmada yaygın anksiyete bozukluğu olan hastalarda en sık görülen belirtinin huzursuzluk (%98) olduğunu, bunu sırasıyla kolay yorulma (%96.9), kolay sinirlenme (%90.8), dikkatini toplayamama (%90.8), tetikte olma (%85.7), kas gerginliği (%81.6), titreme (%75.5), terleme (%74.5), uykuya dalamama (%72.4), kalp çarpıntısı (%68.4) ve ağız kuruluğunun (%64.3) izlediğini saptamışlardır.

#### **5.4.b. Hastalıktan Kurtulmak ve Tedavi Olmayı İstemek**

Ruhsal hastalık nedeniyle bireyin yaşam kalitesi düşer ve üretkenliği azalır. Bu nedenle günlük olarak yaptığı işleri yapamaz hale gelebilir. Çevresi ile ilişkileri bozulur ve ailesi ile sorunlar yaşayabilir. Birey, bu sorunların üstesinden gelebilmek için tedavi olmayı isteyebilir (87,109) Araştırmamızda, her iki grupta da “hastalıktan kurtulmak ve tedavi olmayı istemek” ikinci sırada belirtilen yatış nedenidir (Tablo 4.6). Bu yatış nedeni ile hastaneye yatırıldığını ifade etme oranının depresif bozukluklar tanısı konulan hastalarda (Tablo 4.23) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Gardner ve arkadaşlarının (110) ruhsal bozukluğu olan bireyler üzerinde yaptığı araştırmada, depresif hastaların acı çektiklerini ve yardım istediklerini vurgulaması çalışmamızda elde ettiğimiz bulgumuzu destekler niteliktedir.

Aile dinamiklerinde meydana gelen değişimler bireyin normal yaşantısında sorun yaratabildiği gibi, bireyin yaşadığı kriz ya da sorunlar da aile içindeki ilişkileri olumsuz etkilemektedir (111). Kennedy ve Schwab (112) yaptıkları araştırmada, depresyonlu hastaların kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, sosyal ve ailevi yetersizliklerinin anlamlı bir şekilde arttığını saptamışlardır. Araştırmamızda da

yaşadıkları önemli olayı “aile içi geçimsizlik yaşama” olarak belirten hastaların “hastalıktan kurtulmak ve tedavi olmayı istemek” nedeniyle hastaneye yatırıldığını ifade etmesi anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.31). Çalışmamızda elde ettiğimiz bu bulguyla, ruhsal hastalığı nedeniyle bireyin sorumluluklarını yerine getirememesi ve çevresi ile ilişkilerinin bozulması sonucunda, aile içerisinde sorunlar yaşaması nedeniyle hastalığından kurtulmak ve tedavi olmak istediği düşünülmüştür. Heilemann ve arkadaşlarının (96) depresyonun algılanan nedenlerini araştırdığı çalışmada, araştırmaya katılan kadınların ruhsal hastalığının özel yaşamına ve aile yaşamına olan etkileri konusunda endişe duyduklarını belirtmişlerdir. Ayrıca TÜİK (70) verilerine göre, ülkemizde kadının ev işlerini gereğince yapamamasını kesin boşanma sebebi olarak gören kadın (%17.8) ve erkeklerin (20.1) oranının azımsanmayacak düzeyde bulunması, ruhsal bozukluğu olan bireyin hastalığı nedeniyle sorumluluklarını yerine getirememesinin aile içerisinde yaratabileceği sorunların boyutuna ilişkin fikir vermesi adına önemli bulunmuştur. Hastasının bu nedenle hastaneye yatırıldığını belirten hasta yakınlarının çoğunluğunun, hastasının kliniğe gönüllü olarak yatırıldığını ifade etmesinin (Tablo 4.27) ve yatışın gerekli olduğunu belirtmesinin (Tablo 4.32) anlamlı olduğu saptanmıştır. Ayrıca hastasının “hastalık iyileşince” taburcu edilmesini beklediğini ifade eden hasta yakınlarının (Tablo 4.35.b) hastasının bu nedenle yatırıldığını ifade etmesinin anlamlı olduğu belirlenmiş ve yatış nedeni ile uyumlu bulunmuştur. Çalışmamızda elde ettiğimiz bu bulguların, ruhsal bozukluğu olan bireyin hastalığı nedeni ile yaşadığı sorunları ve tedavi olma isteğini açıklayıcı nitelikte olduğu düşünülmüştür.

#### **5.4.c. Verilen Tedavilere Evde Uyamamak**

Tedaviye uyum, hastanın sağlık ekibi tarafından düzenlenen tedavisini kabul edip, uygulamasıdır (64). Tedaviye uyumsuzluk, ruhsal bozukluğu olan bireyin hastalığının alevlenmesi, tekrarlaması, kötüleşmesi ve bireyin hastaneye yatma olasılığını arttırması nedeniyle hem hasta, hem de aile için olumsuz sonuçlar doğuran bir durumdur (34,37,113). Kent ve Yellowlees (35) tekrarlanan yatışların psikiyatrik ve sosyal nedenlerini araştırdıkları çalışmada, tıbbi tedaviye uyumsuzluğun hasta kabullerinin %43.2'sini oluşturan bir faktör olduğunu belirlemişlerdir. Sullivan ve arkadaşları (78) yaptıkları araştırmada, tedaviye uyumsuzluğun tekrarlı yatış üzerinde büyük etkileri olan azaltılabilir faktörlerden biri olduğunu vurgulamışlardır. Gray ve arkadaşları (114) antipsikotik ilaçlara uyumsuzluğun şizofreni hastalarında %50 civarında olduğunu ve ilaç uyumsuzluğunun psikiyatrik morbiditenin önlenabilir majör nedenlerinden biri olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca çalışmasında uyum terapisi ve bilişsel-davranışsal tekniklere temelli müdahalelerin tedaviye uyumun artmasında etkili olacağını ve relapsları önleyeceğini de belirtilmesi dikkat çekicidir. Çalışmamızda da, hastasının “verilen tedavilere evde uyamadığı” için hastaneye yatırıldığını ifade eden hasta yakınlarının oranının, hastalardan daha fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6). Gruplar arasındaki bu farklılığın nedeninin, tedaviye uyumsuzluğu hasta yakınlarının hastalığın tekrarlama veya kötüleşme nedeni olarak görmelerinden ve hastaların tedaviye uyum göstermemelerini gizleme eğiliminden kaynaklanabileceği düşünülmüştür.



Araştırmamızda, hasta yakınları grubunda hastasının “verilen tedavilere evde uyamamak” nedeni ile yatırıldığını ifade edenlerin tamamının, hastasının yatış öncesi ilaç kullandığını belirtmesi istatistiksel düzeyde anlamlı bulunmakla birlikte dikkat çekici bir bulgudur (Tablo 4.29). Yapılan bir araştırmada (10), hasta yakınlarına göre hastanın iyileştiğini düşünerek ilaçlarını bırakmasının, düzensiz ilaç kullanmanın, ilaç kullanmayı reddetmenin hastaneye yeniden yatış nedenleri arasında yer aldığı saptanması, verilen tedavilere evde uyamama açısından çalışmamızda elde ettiğimiz bulgumuzla benzerlik göstermektedir.

Yapılan araştırmalar incelendiğinde, aile içerisinde ruhsal bozukluğu olan bireye primer bakım verici konumda bulunan kişileri eşlerin ve annelerin oluşturduğu görülmektedir (10,61,69). Çalışmamızda hasta yakınları grubunda hastasının “verilen tedavilere evde uyamamak” nedeni ile yatırıldığını ifade edenlerin oranının evlilerde (Tablo 4.16) ve çekirdek ailede yaşayanlarda (Tablo 4.20) daha yüksek olması anlamlı bulunmuştur. Çalışmamızda elde ettiğimiz bu bulgunun, araştırmamıza katılan hasta yakınlarının, hastalarının tedavisine uyum göstermemesi nedeniyle yaşadıkları sıkıntılardan kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Başbüyük (69) de psikiyatri servisinde yatan hastaların ailelerinin hastanın bakımıyla ilgili yaşadıkları güçlükleri araştırdığı çalışmasında, hastalarının ilaç kullanmak istemeyişi nedeniyle ailelerinin duygusal güçlükler yaşadıklarını belirlemiştir.

Ruhsal hastalığa karşı olan olumsuz tutumlar, ruhsal hastalığı olan bireyin kontrollerini aksatmasına ve ilaçların düzensiz kullanılmasına neden olabilir. İlaç kullanımının ve kontrollerin aksaması hastalığın kronikleşmesine ve özellikle pozitif belirtilerle seyreden vakalarda, hastanın çevresi ile uyumunun bozulmasına neden olabilir (43). Çalışmamızda yaşadıkları önemli olayı “akraba ve komşularla kavga” olarak belirten hastaların “verilen tedavilere evde uyamamak” nedeniyle yatırıldığını ifade etmesi anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.31). Bu durum tedaviye uyumsuzluğun hastanın yakın çevresi ile uyumunu olumsuz etkilemesinden kaynaklanabilir. Bu nedenle bireyin yapılacak müdahalelerle tedaviye uyumun sağlanması, hem bireyin yakın çevresi ile olumlu kişilerarası ilişkiler kurmasına yardımcı olabilir, hem de gereksiz yatışları önleyerek ruhsal bozukluğu olan birey ve ailesinin yaşam kalitesini arttırabilir.

#### **5.4.d. Aileden, Evden ve Çevreden Biraz Uzak Kalmak**

Ruhsal bozukluğu olan bireyler aileden ve içinde bulunduğu ortamdan etkilenmektedirler. Bu nedenle yaşadıkları rahatsız edici ortamdan kaçmak veya sessiz bir ortamda bulunmak için hastaneyi tercih edebilirler. Özellikle kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin psikiyatrik yatışı kullanma eğilimi genellikle tanı, semptomların psikopatolojisi, yatış hikayesi, kişilik bozukluğu, kurumsal politikalar, fonksiyonel beceriler, ailenin yaşam çevresi ve toplum tedavisi ile ilişkilidir (115). Araştırmamızda “aileden, evden ve çevreden biraz uzak kalmak” her iki grup tarafından da ifade edilen yatış nedenidir. Araştırmamızda yatış nedenini “aileden evden ve çevreden biraz uzak kalmak” olarak ifade eden hastaların oranının, hastasının bu nedenle yatırıldığını ifade eden hasta yakınlarının oranından daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6). Gruplar arasındaki bu farkın, hastaların

hastane ortamını ev ortamına tercih etmesi, yerine getirmesi gereken sorumluluklardan kaçması veya hastaların hastaneye yatmayı sekonder kazanç olarak görmelerinden kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Ayrıca, ifade edilen bu yatış nedeninden yola çıkılarak, ruhsal bozukluğu olan bireyin çevresinden uzaklaşmasına neden olan faktörlerin kapsamlı bir veri toplama ile belirlenerek ve hemşireler tarafından bireye ve aileye verilecek bakımla bu faktörlerin ortadan kaldırılarak, ruhsal hastalığı olan bireyin tedavisinin kendi sosyal çevresinde sürdürülmesinin sağlanması ile gereksiz yatışların önlenebileceği düşünülmüştür .

Araştırmamızda hastaların cinsiyetinin ve yaşının “aileden, evden ve çevreden biraz uzak kalmak” nedeni üzerinde anlamlı düzeyde etkileyici değişkenler olduğu saptanmıştır. Hasta grubunda, bu yatış nedeni ile hastaneye yatırıldığını ifade etme oranının kadınlarda (Tablo 4.14) ve 30-41 yaş grubunda (Tablo 4.15) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ülkemizde halen geleneksel iş bölümü olarak ev işleri ve çocuk bakımı aile içerisinde kadının sorumluluğu altındadır. Kadınların büyük bir bölümü ev işleri ve çocuk bakımını, eşlerinden çok az yardım alarak yürütmektedirler (75). Ülkemiz şartları göz önüne alındığında çalışmamızda elde ettiğimiz bu bulgunun, bireylerin sorumluluklarından uzaklaşabilmek için hastane ortamını tercih etmelerinden kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Hasta yakınları grubunda ise hastasının bu nedenle yatırıldığını ifade edenlerin oranının erkeklerde (Tablo 4.14) ve ev hanımlarında (Tablo 4.19.b) daha yüksek olması anlamlı bulunması, hasta yakınlarının, hastalığın bireyin yaşadığı aile ve çevre ortamından kaynaklanabileceğini ve birey bu ortamlardan uzak durduğunda hastalığında iyileşme olabileceğini düşünmelerinden kaynaklanabilir. Ebrinç ve arkadaşlarının (71) şizofren hasta aileleri ile ilgili yaptığı çalışmada, ailelerin %42.9’unun hastalığın nedenini ev-çevre olarak gördüklerini ve ailelerin %33.3’ünün ise hastalığın tekrarlama nedenini aile-çevre olarak gördüklerini saptamaları bu düşüncemizi destekler niteliktedir.

Yaşanan travmalar bireyde kriz durumunun gelişimine neden olabilmektedir. Kriz yaşayan birey sorundan kaçmaya çalışır ve geri çekilir (2,3). Araştırmamızda önemli bir olay yaşadığını (Tablo 4.30) ve yaşadığı olayı “aile içi geçimsizlik yaşama” ve “boşanma, ayrılık, ölüm” olarak belirten hastaların “aileden, evden ve çevreden biraz uzak kalmak” nedeniyle hastaneye yatırıldığını ifade etmesi arasında anlamlılık olduğunun saptanması, bireyin yaşadığı sorunlarla yeterince başedememesi nedeniyle sorundan kaçmaya çalışmasından ve geri çekilmesinden kaynaklanabilir. Çalışmamızda, taburcu olmak için çözümlenmesini bekledikleri sorunlara “eş ile iletişim sorunları çözümlenince” yanıtını veren hastaların “aileden, evden ve çevreden biraz uzak kalmak” nedeniyle hastaneye yatırıldığını ifade etmesinin (Tablo 4.35.a) anlamlı bulunması, bireyin yaşadığı sorundan kaçışının bir ifadesi olarak kabul edilebilir. Literatürde de ilişki problemleri tekrarlı yatışın belirleyicilerinden biri olarak kabul edilmektedir (37). Şenelmiş (116) de yas olguları üzerine yaptığı çalışmada, yas yaşayan bireylerin %5.6’sının öleni hatırlatan şeylerden uzaklaştıklarını saptamıştır. Sezgin (117) travma yaşantısı olan kadınlarda grup psikoterapisinin etkinliği konulu çalışmasında, çalışmaya katılan kadınların

çoğunluğunun çevresinden uzaklaşma ve kaçınma davranışı sergilediklerini, grup psikoterapisi sonrasında ise bu davranışlarının anlamlı ölçüde azaldığını belirlemiştir.

#### **5.4.e. Kendisine ve Çevresine Zarar Vermemek**

Ruhsal bozukluğu olan birey yakınlarına, eşyalara, hayvanlara veya tanımadığı kişilere karşı fiziksel veya sözel saldırganlık, huzursuzluk veya taşkınlık gösterebilir (100). Davranışsal taşkınlık olarak gösterilen bu pozitif belirtilerin genellikle psikotik olduğu düşünülür (118). Literatürde kendisine ve çevresine zarar verme riski yatış kriterlerinden biri olarak kabul edilmektedir (34,35,119). APA (29), bireyin kendisine ve çevresine zarar vermesinin ya da zarar verme riskini psikiyatrik yatış kriterlerinden biri olduğunu belirtmiştir.

Çalışmamızda, her iki grupta da “kendisine ve çevresine zarar vermemek” dördüncü sırada yer alan yatış nedenidir. Fisher ve arkadaşları (80) yaptığı araştırmada, klinikte yatan hastaların yaklaşık dörtte birinin kendisine ve çevresine zarar verme davranışı olduğunu saptaması bulgumuzu destekler niteliktedir. Abas ve arkadaşları (30) psikiyatrik yatışın nedenleri üzerine yaptıkları araştırmada, hastaneye kabulün temel nedenlerinden birini bireyin kendisine ve çevresine risk oluşturması olarak belirlemiştir. Çalışmamızda, gruplar arasındaki farklılığa bakıldığında, hastasının bu nedenle yatırıldığını ifade eden hasta yakınlarının oranının, hastalardan daha fazla olduğu saptanmıştır. Gruplar arasındaki bu farklılığın, ruhsal hastalığı nedeniyle bireyin kendisine ve çevresine zarar verici davranışlarından dolayı ailenin güçlük yaşamasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Çünkü, ruhsal bozukluğu olan bireylerin saldırgan ya da psikotik davranışları aile üzerinde önemli ölçüde yük oluşturduğu kabul edilmektedir (120). Ayrıca araştırmamızda, hasta yakınları grubunda hastasının bu nedenle yatırıldığını ifade edenlerin oranının, şehir içinde oturanlarda daha yüksek olmasının anlamlı bulunması (Tablo 4.21) şehir yaşamının aile yaşamına getirdiği güçlüklerle birlikte hastanın kendisine ve çevresine olan zararlı davranışlarının aile üzerindeki yükü arttırmamasından kaynaklanabilir. Başbüyük (69) de psikiyatri servisinde yatan hastaların ailelerinin hastanın bakımıyla ilgili yaşadıkları güçlükleri araştırdığı çalışmada, hasta yakınlarının yarısından fazlasının hastasının kendisine ve çevresine zarar vermesi nedeniyle güçlük yaşadığını belirtmiştir.

Araştırmamızda yatış nedenini “kendisine ve çevresine zarar vermemek” olarak ifade eden hastaların ve yakınlarının hastaneye yatırılmadan tedavi edilemeyeceğini düşünmelerinin anlamlı bulunması (Tablo 4.33) hem hastaların hem de yakınlarının bireyin zarar verici davranışları ile yeterince baş edememelerinin ve profesyonel yardım alma ihtiyacı içinde olduklarının bir ifadesi niteliğinde olabileceği için önemli bulunmuştur. Thoits (121) yaptığı araştırmada tedavi aramaya pozitif yönelimin, psikiyatrik yatış ve profesyonel kişiyle konuşma olasılığını anlamlı bir şekilde arttırdığını belirlemiştir.

Araştırmamızda “düşünceler değişince” taburcu edilmeyi beklediğini ifade eden hastaların yatış nedenini “kendisine ve çevresine zarar vermemek” olarak belirtmesinin anlamlı olduğunun saptanması (Tablo 4.35.a), bireyin bu

davranışlarının nedenini, hastalığı nedeniyle düşünce içeriğinin değişmesini sorumlu tutmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Ayrıca taburculuk için çözümlenmesini beklediği sorun ile yatış nedeninin uyumlu olması dikkat çekici bulunmuştur.

Araştırmamızda, hastasının “kendisine ve çevresine zarar vermemek” nedeniyle hastaneye yatırıldığını belirten hasta yakınlarının çoğunluğunun hastasının kliniğe gönüllü olarak yatırıldığını (Tablo 4.27) ve yatışın gerekli olduğunu ifade ettiği (Tablo 4.32) belirlenmiştir. Dündar (10) duygudurum bozukluğu ve psikotik hastalarda aile ortamı ve bu ortamın hastaneye yatış sıklığına etkisi konulu çalışmasında, hastaların çoğunlukla aile ve çevre istekleriyle hastaneye geldiklerini saptaması ve bunun hastaneye yatış endikasyonlarından biri olan hastanın kendisine ve çevresine zarar verme, rahatsız etme olasılığı ile uygunluk gösterdiğini belirtmesi, çalışmamızda elde ettiğimiz bulgumuz ile benzerlik göstermektedir.

#### **5.4.e. Yemek Yiyememe ve Uykusuzluk**

Ruhsal bozukluğu olan bireylerde ruhsal hastalık nedeniyle görülen uyku özelliklerinde ve yeme özelliklerinde görülen değişiklikler nörovejetatif değişimlerdendir. Örneğin, depresyonda olan bireyler genellikle çok veya az uyumaktan, iştahsızlıktan veya aşırı yemek yemekten şikayet ederler (2). Deveci ve arkadaşları yaptıkları (74) çalışmada, majör depresif bozukluk nedeniyle klinikte yatan hastalarda uykusuzluk ve iştahsızlığın en sık rastlanan belirtiler arasında yer aldığını saptamışlardır. Elbozan ve arkadaşları (122) yatarak tedavi gören depresyon hastaları ile ilgili yaptıkları çalışmada, en sık görülen bedensel yakınmanın uyku bozukluğu olduğunu belirtmişlerdir. Asplund ve arkadaşları (123) yaptıkları çalışmada, hem kadında hem de erkekte zayıf ruh sağlığı ile uykusuzluk arasında anlamlı bir ilişki olduğunu belirlemişlerdir. Araştırmamızda da “yemek yiyememe ve uykusuzluk” hem hastalar, hem de yakınları tarafından ifade edilen bir yatış nedenidir. Hastasının “yemek yiyememe ve uykusuzluk” nedeni ile hastaneye yatırıldığını ifade eden hasta yakınlarının oranının, bu nedenle hastaneye yatırıldığını ifade eden hastalardan daha fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6). Gruplar arasındaki farklılığın, hasta yakınlarının hastalarının yemek yememesi ve uyumaması nedeniyle endişelenmelerinden kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Nitekim araştırmamızda hasta yakınları grubunda hastasının bu nedenle hastaneye yatırıldığını belirten hasta yakınlarının çoğunluğunun yatışın gerekli olduğunu ifade ettiğinin anlamlı bulunması bu düşüncemizi destekler niteliktedir (Tablo 4.32). Araştırmamızda “rahat uyku uyuyunca” taburcu edilmeyi beklediğini ifade eden hastaların (Tablo 4.35.a) ve hasta yakınlarının (Tablo 4.35.b) yatış nedenini “yemek yiyememe ve uykusuzluk” olarak belirtmesinin anlamlı olduğu saptanması yatış nedeni ile uyumlu olması açısından dikkat çekicidir.

Araştırmamızda yaşadığı olayı “aile içi geçimsizlik yaşama” (Tablo 4.31) olarak belirten hastaların “yemek yiyememe ve uykusuzluk” nedeniyle hastaneye yatırıldığını ifade etmesi arasında anlamlılık olduğu saptanmıştır. Aile içerisinde yaşanan sorunlar bireyde çeşitli düzeylerde gerginlik yaşanmasına neden olabilmektedir. Bireyin içinde bulunduğu gerginlik, kaygı gibi durumların uykunun

başlangıcında beklenen gevşemeye engel olmaktadır. Böylece uykuya giriş gecikmekte ya da uykuya geçilememekte, uyku başlasa bile zaman zaman uykuda kesintiler olabilmektedir (124). Sezgin (117) yaptığı bir araştırmada, travmatik olay yaşayan kadınların %55'inde uykuya dalma zorluğu, %61'inde ise işsizlik olduğunu saptaması, çalışmamızda elde ettiğimiz bulgumuzla benzerlik göstermektedir.

#### **5.4.g. Dengesiz Davranışlar**

Ruhsal bozukluğu olan bireylerin, toplumdaki diğer bireyler tarafından garip, acayip, tuhaf veya dengesiz olarak adlandırılabilen davranışları, yapmacık, katı bir tavırda, ekzantrik kıyafet veya itinalı giyinme ve ritüeller şeklinde olabilir. Birey iç ve dış uyaranlara cevap olarak etrafında koşma gibi aşırı motor ajitasyon gösterebilir, mekanik olarak ve amaçsız stereotipik davranışlar sergileyebilir, tüm emirlere uyabilir veya verilen pozisyonda uzun süre kalabilir. Bu özelliklerinden dolayı dengesiz davranışlar, ruhsal bozuklukların pozitif semptomları arasında yer almaktadırlar (125). Perlick ve arkadaşları (34) yaptıkları araştırmada, dengesiz davranışların en fazla mani tanısı olan hastalarda olduğunu, bunu psikoz tanısı olan hastaların takip ettiğini saptamışlardır. Araştırmamızda “dengesiz davranışlar”, hem hastalar hem de yakınları tarafından ifade edilen yatış nedenlerinden biridir. Hastasının “dengesiz davranışlar” nedeni ile hastaneye yatırıldığını ifade eden hasta yakınlarının oranının, bu nedenle hastaneye yatırıldığını ifade eden hastalardan daha fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6). Gruplar arasındaki bu farkın, hastanın davranışları nedeniyle hasta yakınlarının daha fazla sıkıntı ve güçlük yaşamasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Saunders ve Bryne (126) yaptıkları çalışmada, psikolojik sıkıntı ve hastanın davranışsal problemlerinin aile fonksiyonunda önemli faktörler olduklarını saptamışlardır. Başbüyük (69) de yaptığı araştırmada, ruhsal bozukluğu olan bireylerin ailelerinin yaşadığı güçlüklerin en fazla hastalarının kontrol edilemeyen davranışlarından kaynaklandığını belirtmiştir.

Ruhsal bozukluğu olan bireyin duygu, düşünce ve algılarındaki bozulmalar davranışlarına yansımaktadır (31,100). Bu nedenle araştırmamızda, “düşünceler değişince” taburcu edilmeyi beklediğini ifade eden hastaların ve yakınlarının yatış nedenini “dengesiz davranışlar” olarak belirtmesinin ve hastasının “korku, tedirginlik, şüphe, öfke, sinir, şüphe, karamsarlık ortadan kalkınca” taburcu edilmesini beklediğini ifade eden hasta yakınlarının hastasının bu nedenle yatırıldığını ifade etmelerinin anlamlı olduğunun saptanmasının (Tablo 4.35.a-Tablo 4.35.b), hastalığı nedeniyle bireyin düşünce ve algılamalarındaki bozulmanın davranışlarına yansımaları, hem hastanın hem de yakınlarının farkında olmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Bu nedenle hemşireler tarafından ruhsal bozukluğu olan bireyin ailesine, bireyin hastalığı, davranışlarının nedenleri, kendisine ve çevresine zarar verme düzeylerinin nasıl tanınacağı, bireyin olumlu davranışlarının nasıl destekleneceği ve bireyin davranışlarıyla nasıl başa çıkılacağı konusunda verilecek eğitim, ailenin bireyin bu davranışları ile başa çıkmasında etkili olabilir.

Ruhsal bozukluğu olan bireyler, toplumun çoğunluğundan farklı davranış sergiledikleri için, toplumda onlarla ilgili bazı yargıların oluşmasına sebep olmuşlardır (21). Bireyin yaşadığı toplumda ruhsal hastalıkla ilgili olumsuz düşüncelerin varlığı, ruhsal bozukluğu olan bireyin toplum tarafından etiketlenmesine sebep olmaktadır (127,128). Bu durum bireyin tedavi arayışını etkilemektedir. Araştırmamızda, hastasının “dengesiz davranışlar” nedeniyle hastaneye yatırıldığını belirten hasta yakınlarının çoğunluğunun hastasının kliniğe gönüllü olarak yatırıldığını ifade etmesi anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.27). Çalışmamızda elde ettiğimiz bu bulguyla, ruhsal bozukluğu olan bireyin davranışları nedeniyle içinde bulunduğu toplumun olumsuz tutumları sonucunda, bu davranışlarının üstesinden gelmek istediği düşünülmüştür.

#### **5.4.h. Ailenin Bakamaması**

Evde bakımı güç olan ruhsal bozukluğa sahip bireylerin kurumlarda yatırılarak tedavi edilmesi, psikiyatrik yatış endikasyonlarından biri olarak kabul edilmektedir (129). Ruhsal bozukluğu olan birey sıklıkla diğer aile bireyleri ve çevresi ile olan ilişkilerinde sorunlar yaşamaktadır. Bireyin hastalığı nedeni ile çevreye karşı uyumsuzluğunun, kontrolsüz ve saldırgan davranışlarının artması ve çevreden gelen olumsuz tepkiler sonucu aile üyelerinde bıkkınlık, huzursuzluk ve hatta hastayı reddetme görülebilmektedir (103). Sullivan ve arkadaşları (78) tekrarlı yatışın risk faktörlerini araştırdığı çalışmasında ailenin hastayı reddetmesinin ve aile yükünün büyüklüğünün tekrarlı yatışta potansiyel risk faktörü olduğunu belirtmiştir. Çalışmamızda da, hasta yakınları grubunda “ailenin bakamaması”nın yatış nedenlerinden biri olarak ifade edilmesi, hastasının bu nedenle yatırıldığını ifade eden hasta yakınlarının tamamının anlamlı düzeyde yatışın gerekli olduğunu düşünmesi (Tablo 4.32), istatistiksel düzeyde anlamlı olmasa da çoğunluğunun hastasının hastaneye yatırılmadan tedavi edilemeyeceğini belirtmesi (Tablo 4. 33) ve tamamının yatışın yarar sağlayacağına inanması (Tablo 4.34.b) aile üyelerinin hastanın bakımında yaşadığı bıkkınlığın bir ifadesi olarak kabul edilebilir. Başibüyük (69) yaptığı araştırmada, hastası daha önce başka hastanelerde yatmış olan ailelerin %36.8’inin bıkkınlık belirttiğini, hastası daha önce hastanede yatmayan aile üyelerinin %12.5’inin bıkkınlık ifade ettiğini belirlemiş ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu saptamıştır.

Ruhsal hastalıklar özellikle de kronik olanlar aile üzerinde önemli ölçüde yük oluşturmaktadır. Aile içerisinde kadınlar erkeklerden daha fazla bakım verici rolü üstlendiği için, ruhsal hastalığın aile üzerinde oluşturduğu yükü en fazla hisseden kadınlardır (61). Çalışmamızda istatistiksel düzeyde anlamlı olmasa da hastasının “ailenin bakamaması” nedeniyle yatırıldığını ifade eden hasta yakınlarının çoğunluğunun kadınlardan oluştuğunun (Tablo 4.14) ve ağırlıklı olarak ev hanımı olduğunun (Tablo 4. 19.b) belirlenmesi kadının aile içerisinde bakım verici rolünün olması ve ruhsal hastalığın aile üzerindeki yükünü daha yoğun hissetmesi görüşüyle uyumludur. Başibüyük (69) psikiyatri servisinde yatan hastaların ailelerinin hastanın bakımıyla ilgili yaşadıkları güçlükleri araştırdığı çalışmasında, evde hasta bakımında kadınların daha fazla sorumluluk aldığını ve hasta bakımı konusunda en çok yardım gereksinimi olan grubun kadınlar olduğunu saptamıştır. Aynı araştırmada hastayla

birlikte yaşayan aile üyelerinden kadınların stresle baş etmede çaresiz yaklaşım ortalamasını, erkeklerden daha yüksek bulunmuştur.

Toplumda ruhsal bozukluğu olan bireylere karşı olumsuz tutum ve yargıların olması hasta yakınlarının birtakım güçlükler yaşamalarına, hatta toplum tarafından dışlanmalarına neden olabilmektedir (63,120). Araştırmamızda, hasta yakınları grubunda hastasının bu nedenle yatırıldığını ifade edenlerin oranının şehir içinde oturanlarda daha yüksek olmasının anlamlı bulunması (Tablo 4.21) şehir yaşamının getirdiği zorluklardan ve şehirde yaşayan diğer insanların ruhsal bozukluğu olan bireye karşı olumsuz tutumlarından kaynaklanabilir. Tuna'nın (130) akıl hastalarının sosyal red durumunun hasta ailesi üzerindeki etkilerinin araştırılması konulu çalışmasında, ruhsal bozukluğu olan bireylerin ailelerinin yaşadıkları sorunlar arasında onunla yaşamın zor olmasının (%28.4), misafirlğe gelmemesinin (%17.2), komşuların şikayetçi olmasının (%15.2), insanların hastaneye yatırılmasını istemelerinin (%14.2), yakınlarını küçük düşürmesinin (%13.8), bıkılmasının (%12.1), utanılmasının (%10.3), belediye otobüsünde bakışlardan rahatsız olunmasının (%10.3), belediye otobüsünde yanına oturmak istenmemesinin (%6.9) ve ev sahibinin evden çıkmalarını istemesinin (%5.2) yer aldığını saptaması, şehir içinde yaşayan hasta yakınlarının yaşadıkları güçlükleri açıklar niteliktedir.

### **5.5. Hasta ve Yakınlarının Yatışa İlişkin Düşünce ve Beklentileri**

Gönüllü yatışta birey tedavisini ve bakımını kabul eder ve hastane kurallarına uyum gösterebilir. Birey problemlerinin farkındadır ve problemleriyle baş etmek için tedavisine ve bakımına aktif katılım gösterir (1,2,3,20,27). Ayrıca bireyin tedaviye ve klinik ortamına uyum sağlaması açısından kliniğe gönüllü olarak yatırılması oldukça önem taşımaktadır (20). Araştırmamızda her iki grubun da ağırlıklı olarak kliniğe gönüllü olarak yatırıldığını ifade etmesinin, ruhsal bozukluğu olan bireyin problemleriyle başetmek için yardım aradığının bir göstergesi olduğu düşünülebilir (Tablo 4.3). Bu nedenle ruhsal bozukluğu olan bireyin tedavisine ve bakımına katılımının sağlanmasında kliniğe gönüllü olarak yatırılmasının olumlu etkisi olduğu düşünülmüştür. Ekenstam (131) yatan hastalar üzerinde yaptığı araştırmada, kliniğe gönüllü olarak yattığını ifade eden hastaların çoğunlukla tedaviye ihtiyacı olduğunu belirttiğini ve hastaneye yatışla ilişkili olarak pozitif duygularının olduğunu tespit etmiştir. Literatürde bulgumuzu destekler nitelikte çalışmalara rastlanmıştır. Demiralp'in (20) psikiyatri hastalarının kliniğe kabul işlemlerine ilişkin görüşleri ve hemşireden beklentileri konulu çalışmasında, hastaların yarısının kliniğe gönüllü olarak yatırıldığını saptanmıştır. Östman'ın (132) yaptığı araştırmada, ilk yatışlarda hastaların %77'sinin, birden fazla yatışlarda ise %48'inin kliniğe gönüllü olarak yatırıldığı belirlenmiştir.

Akut ruhsal hastalığı olan pek çok hasta ve yakınları bireyi, ruhsal hasta olarak görmez. Bu durum iki nedenden kaynaklanmaktadır. Birincisi psikiyatrik yatışı olan bireylerin çoğunluğunun, kendi ruhsal bozukluğunu diğerlerinden büyük ölçüde farklı algılamasıdır. İkinci neden ise, bireylerin semptomlarını ve deneyimlerini sinir bozukluğu olarak değerlendirmesi ve hastalığın anlaşılabilir etyolojisi ve gidişinin olduğunu kabul etmesi ve ruhsal hastalıktan daha az ciddi

olarak algılamasıdır (133). Araştırmamızda hastaların %19.6'sının, hasta yakınlarının ise %10.8'inin yatışın gerekli olmadığını düşündüğü saptanmıştır. Bunun nedeni olarak hastalar ilk sırada “durumunun iyi” olduğu ifadesini kullanırken, yakınları “doktor ve tedavinin yararının olmadığını” belirtmişlerdir (Tablo 4.7). Gruplar arasındaki bu farkın, hastaların hastalığının hastanede yatmayı gerektirecek kadar kötü olmadığını düşünmesinden ya da kendisini hastanede yatan diğer bireylerden daha iyi olarak algılamasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Hasta yakınlarının “doktor ve tedavinin yararının olmadığını” belirtmesinin ruhsal bozukluğu olan bireyin hastalığı ve tedavisi nedeniyle yaşanan tükenmişliğin bir ifadesi olabileceği düşünülmüştür.

Araştırmamızda hasta yakınlarının yaklaşık yarısının hastanelerde verilen tedavi ve bakımın yararlı olduğunu ifade ettiği belirlenmiştir (Tablo 4.7). Ebrinç ve arkadaşlarının (71) şizofren hasta ve aileleri ile ilgili yaptıkları araştırmada ailelerin %47.1'inin verilen tedaviyi yeterli gördüğünün saptanması çalışmamızda elde ettiğimiz bulguyu destekler niteliktedir.

Hastaların %40'ı, yakınlarının ise %23.6'sı hastaneye yatırılmadan da tedavi edilebileceğini belirtmiş ve tedavi şekli olarak her iki grubun yarısından fazlası “ayaktan ilaç ve muayenehane kontrollerinin” tedavi için uygun olacağını belirtmiştir. Hastalar ayrıca “uğraşı edinme, çalışma, stresten uzak durmayla” tedavinin mümkün olduğunu ifade ederken, hasta yakınları “düzenli ilaç kullanımını” yatırılmadan tedavi için bir seçenek olarak ifade etmişlerdir. Gruplar arasındaki bu farkın, hastaların stres ve işsizlik nedeniyle hastalıklarının kötüleştiğini, hasta yakınlarının ise hastasının düzenli ilaç kullanmadığı için hastalığının kötüleştiğini düşünmelerinden ve bu sorunlar ortadan kaldırıldığında hastaneye yatırılmadan tedavi edilebileceğini düşünmelerinden kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Hastasının “terapi” ile tedavi edilebileceğini belirten hasta yakınlarının oranı, hastalardan daha fazladır (Tablo 4.8). Elde edilen bu bulgunun, hasta yakınlarının hastalarının sıkıntılarını profesyonel birisiyle paylaşarak rahatlayabileceği ve tedavi için hastasının problemlerinin daha iyi anlaşılabilmesini düşünmelerinden kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Çalışmamızda, hastalar ve hasta yakınları tarafından önerilen hastaneye yatırılmadan yapılabilecek tedavi şeklinin, psikiyatrik yatışların önlenmesi açısından önemli bulgu olduğu kabul edilebilir. Brems ve arkadaşları (134) müşterilerin bakış açısıyla psikiyatrik yatışın önlenmesinde ihtiyaç duyulan hizmetler konulu çalışmada, araştırmaya katılan bireylerin hastaneye yatışlarının önlenmesinde en fazla yardımcı olacağını düşündükleri hizmetleri; birisinin ilaçlarını içmesini hatırlatarak yardımcı olması, birisinin eğlence aktivitelerini bulmada ve bu aktivitelere katılmada yardımcı olması olarak saptamaları bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir. Ayrıca yaptıkları çalışmada, psikiyatrik hastaneden daha güvenli bir yer, kriz telefon hattı, diğer ruh sağlığı müşterileriyle bağlantı kurmak, vaka yöneticisi, yaşamak için güvenli bir yer, randevularına ulaşım, kendini tehlikede hissettiğinde birisinin eve gelerek yardım etmesinin de ruhsal bozukluğu olan bireylerin psikiyatrik yatışın önlenmesinde ihtiyaç duydukları hizmetler olduğunu belirlemişlerdir.



Ruhsal bozukluğu olan bireyin kliniğe kabulünde, hasta ve ailesinin beklentilerinin ortaya çıkarılması ve psikiyatrik yatışa ilişkin duygularının ortaya çıkarılması hemşirenin iletişime ilişkin işlevleri arasındadır (20). Araştırmamızda hastaların çoğunluğu hemşirelerin yeterince ilgilendiğini düşünmektedir (Tablo 4.9). Batmaz'ın (63) akıl hastalarının psikiyatri hemşiresinin rolünü algılayış biçimini araştırdığı çalışmada hemşireler hastalarıyla gerçekten ilgilenir ve onlara yardım için her şeyi yaparlar düşüncesine hastaların %44'ünün katıldığını, %40'ının tamamen katıldığını saptaması çalışmamızda elde ettiğimiz bulgumuz ile benzerlik göstermektedir. Araştırmamızda, her iki grup ağırlıklı olarak hemşirelerin “ilgi, güler yüz, tatlı dil, anlayış, şefkat göstermelerini” beklemektedir (Tablo 4.9). Bu beklentinin, birey olarak değer verilme ve kabul edilme ihtiyacı içinde olduklarını gösterdiği düşünülmüştür. Demiralp (20) psikiyatri hastalarının kliniğe kabul işlemlerine ilişkin görüşleri ve hemşireden beklentileri konulu araştırmasında, hastaların %79.5'inin hemşireden kendilerine isimleriyle hitap edilmesini beklediklerini saptamış ve bir kişiye isimle hitap edilmesinin, ona değer verildiğinin ve ayrı bir birey olarak kabul edildiğini gösterdiğini belirtmiştir. Aynı araştırmada, hastaların %73.8'inin hemşirelerden hoşgörülü olmalarını beklediklerinin de saptanması araştırmamızda elde ettiğimiz bulgumuz ile benzerlik göstermektedir. Hemşirelerin “iyi davranmasını, yardımcı olmasını” bekleyenlerin oranı her iki grupta da ikinci sırada yer almaktadır. Duyguların ifade edilmesi, iletişim ve davranışlarıyla model olma, sosyal beceri kazanmasına yardım, yapabildiklerini destekleme ve sorumluluk almasını sağlama tedavi edici ortamla ilişkili beklentiler arasındadır (42). Bu nedenle her iki grup tarafından da ifade edilen bu beklenti tedavi edici ortamla ilişkili bir beklenti olarak kabul edilebilir (Tablo 4.9). Öz (42)'ün psikiyatri kliniğinde yatan hastaların hemşirelik bakım hizmetinden beklentileri ve karşılanma durumu konulu araştırmasında tedavi edici ortama ilişkin beklentilerin yüksek olduğunu saptaması, çalışmamızda elde ettiğimiz bulgu ile benzerlik göstermektedir.

Hasta ve yakınlarının doktorlardan beklentilerine baktığımızda, her iki grupta da “iyileştirsinler, tedavi etsinler”in ilk sırada yer alan beklenti olduğu görülmektedir. Hastaların %30'u, hasta yakınlarının %26.2'si doktorların “gerekeni yaptığını” ifade etmiştir. Doktorların “ilgi, güler yüz, anlayış, sevgi, şefkat göstermelerini” bekleyen hasta yakınlarının oranı, hastalardan daha fazladır. “İyi gözlemlemesini, hastalığın sebebini bulmasını” bekleyen hasta yakınları ise hastaların yaklaşık iki katıdır (Tablo 4.9). Literatürde hasta ve yakınlarının doktorlardan beklentilerine yönelik olarak yapılmış çalışmalara rastlanmamıştır. Demiralp (20)'in psikiyatri hastalarının kliniğe kabul işlemlerine ilişkin görüşleri ve hemşireden beklentilerinin incelenmesi konulu çalışmada, hasta kabul işlemlerinde hastaların %85.7'sinin doktordan hoşgörülü olmalarını beklediklerini ifade ettiğini saptaması çalışmamızda elde ettiğimiz bulgumuzla benzerlik göstermektedir.

Ruhsal bozukluğu olan birey, hastalık süresinin uzun olması ve sık yatışların olması nedeniyle hastalığının iyileşmeyeceğini ve tedavinin etkili olamayacağını düşünebilir (43). Bu çalışmada, yatışın yararlı olmayacağına inanan hastalar, hasta yakınlarından daha fazladır. Nedenlerine bakıldığında, hastaların %30.2'si “tedavinin

faydasını göremediği” için yatışın yararlı olmayacağına inanırken, hasta yakınlarında bu oran %51.4’tür. Gruplar arasındaki bu fark, hasta yakınlarının hastalarının hastalığı ve tedavisi nedeniyle daha fazla tükenmişlik yaşamalarından kaynaklanabilir. Goethe ve arkadaşlarının (135) yaptıkları araştırmada, hastaların %13’ünün tıbbi tedavilerinin yararlı olmadığını belirttiklerini saptamaları, araştırmamızda elde ettiğimiz bulguyla benzerlik göstermektedir. Ebrinç ve arkadaşları (71) da yaptıkları araştırmada, araştırmaya katılan şizofren hasta ailelerinin %17.6’sının hastasının tıbbi tedaviden yarar görmediğini ifade ettiğini saptamışlardır. “Evde kendini daha rahat hissettiğini” ifade eden hastaların oranı hasta yakınlarından iki kat fazladır. Ayrıca hasta yakınlarının ifadeleri arasında hastasının “tedavi edilemeyecek durumda” olması ifadesi de dikkati çekecek düzeyde bulunmuştur (Tablo 4.10). Oflaz’ın (61) psikiyatrik hastaların eşlerinin psikososyal güçlükleri ve stresle başetme yollarını incelediği araştırmasında, eşlerin %39.5’inin hastalığın geçmeyeceğini düşündüğünü saptaması, çalışmamızda elde ettiğimiz bu bulguyu desteklemektedir.

Çalışmamızda, hastaneden taburcu olmak için çözümlenmesi beklenen sorunlar incelendiğinde (Tablo 4.11), her iki grup en fazla “korku, tedirginlik, öfke, sinir, şüphe, karamsarlığın ortadan kalkmasını” istemekle birlikte, bu beklentinin hastalara oranla hasta yakınlarında daha fazla olduğu saptanmıştır. Gruplar arasındaki bu farkın hasta yakınlarının, hastalarının yaşadıkları anksiyetenin günlük yaşamlarına olan etkisinden daha fazla rahatsız olmalarından kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Her iki grup da ikinci sırada “hastalığın iyileşmesi” beklentisini önemli bir beklenti olarak ifade etmiştir. Hasta yakınları ayrıca hastasının “rahat uyku uyuması” halinde taburcu olabileceğini, diğer beklentilerine göre daha yüksek oranda belirtmişlerdir. Auslander ve Jeste (136) yaptıkları araştırmada, orta yaş ve ileri yaş grubundaki ruhsal bozukluğu olan bireylerin en fazla fiziksel sağlığı ve hafızayı geliştirmek istediklerini saptamışlardır. Aynı araştırmada çalışmamızla benzer özellikleri taşıyan daha iyi uyumak altıncı sırada yer alırken, daha az endişelenmek on birinci sırada, sıkıntı verici düşüncelerden daha az rahatsız olmak on üçüncü sırada, daha az kızgın ve sinirli olmak yirmi beşinci sırada, daha az şüpheli olmak yirmi altıncı sırada yer almaktadır. Yapılan bu çalışma ile bizim çalışmamızda elde ettiğimiz bulguların öncelik sırasındaki farklılığın, her iki araştırmaya katılan gruplar arasındaki kültürel ve eğitimsel farklılıktan kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Araştırmamızda, hasta yakınlarının çoğunluğunun hastasının hastane ya da benzeri bir kurumda sürekli barındırılmasına gerek olmadığını ifade ettiği saptanmıştır. Dündar (10) duygudurum bozukluğu ve psikotik hastalarda aile ortamı ve bu ortamın hastaneye yatış sıklığına olan etkisini araştırdığı çalışmasında, hasta yakınlarının çoğunluğunun hastasının hastane ya da benzeri bir kurumda barındırılmasını istemediğini belirlemesi çalışmamızda elde ettiğimiz bulgumuzu destekler niteliktedir.

1960’lardan bu yana yapılan araştırmalar sonucu toplum ruh sağlığı ve koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin ön plana çıkması nedeniyle ruhsal bozukluğu olan bireylerin hastanede yatış süresinin kısa tutularak, topluma geri dönmesinin

sağlanması amaçlanmıştır (22). Bu anti-kurumsallaşma politikaları sonucunda hastanelerdeki yatak sayısı azaltılmasına rağmen, hastanelere kabul edilen hasta sayısındaki artışın bireyin yeterli bakım alamamasından kaynaklandığı düşünülmüştür. Ruhsal bozukluğu olan bireyin tedavi ve bakımının kendi sosyal çevresinde sürdürülmesi amacıyla birçok ülkede gündüz hastaneleri, grup evleri, sosyal klüpler gibi birimler kurulmuştur (1,2,3,19,24,25,137). Ülkemizde ise ruhsal bozukluğu olan bireyler genellikle hastanelerde tedavi edilmeye çalışılmakta ve bireyin toplum içerisinde tedavi ve rehabilitasyonuna yönelik sistemli çalışmalar bulunmamaktadır (137). Araştırmamızda, ruhsal hastalıkların tedavisi için hastaneler dışında gerekli olan kurumlara yönelik olarak hastaların %14.9'u, hasta yakınlarının %16.4'ü "hastaneler olmazsa olmaz, başka bir şeye gerek yok" düşüncesini belirtmişlerdir. Her iki grup ikinci sırada "özel eğlence yerleri, sinema gibi aktivitelerin olması" gerektiğini ifade etmiştir. Ayrıca "konuşarak tedavi imkanı olsun" görüşü de alternatif bir görüş olarak yüksek oranda belirtilmiştir. Hastaların %38.2'si, hasta yakınlarının ise %37.7'si bu konuda fikirlerinin olmadığını belirtmiştir (Tablo4.13). Elde edilen bu bulguların, ülkemizde ruhsal hastalıkların tedavi ve rehabilitasyonunun sağlanması için gerekli olan birimlerin belirlenmesinde, ruhsal bozukluğu olan bireylerin ve yakınlarının bu konudaki düşüncelerini yansıtmaları açısından önemli olduğu düşünülmüştür

## SONUÇLAR

Akdeniz Üniversitesi Hastanesi, Antalya Devlet Hastanesi ve Atatürk Devlet Hastanesi Psikiyatri Klinikleri'nde yatan hastaların ve yakınlarının bakış açısıyla psikiyatrik yatışın nedenlerini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

1. Araştırmaya katılan hastaların %58.7'si kadın, %41.3'ü erkek, hasta yakınlarının ise %62.6'sı kadın, %37.4'ü erkektir. Hastaların yaş ortalaması  $39.6 \pm 13.7$  iken, hasta yakınlarının yaş ortalaması  $43.37 \pm 13.1$ 'dir. Hastaların % 57.3'ünün, hasta yakınlarının ise %80.5'inin evli olduğu belirlenmiştir. Hastaların %79.1'inin çekirdek ailede ve %72.4'ünün şehir içinde yaşadığı, hasta yakınlarının ise %85.1'inin çekirdek ailede ve %75.6'sının şehir içinde yaşadığı saptanmıştır. Araştırmaya katılan hasta yakınlarının hastaya yakınlık derecesinin eş (%36.7), anne-baba (%30.3), evlat (%12.6), kardeş (%12.6) ve akraba (%7.9) olduğu ve %85.6'sının hastası ile aynı evi paylaştığı tespit edilmiştir. Eğitim ve meslek durumlarına bakıldığında, hastaların yarısına yakınının (%42) ortaöğretim mezunu, hasta yakınlarının ise yarısına yakınının (%48.2) ilkokul mezunu olduğu ve hastaların %38.7'sinin, hasta yakınlarının da %44.4'ünün ev hanımı olduğu saptanmıştır. Her iki grubun tamamına yakınının (hastalar=%94.4, hasta yakınları=%94.9) sosyal güvencesi vardır. Hastaların sadece %25.3'ü ücretli bir işte çalışmaktadır (Tablo 4.1).
2. Araştırmaya katılan hastaların yarısından fazlasının (%61.6) tanısını bilmediği saptanmıştır. Hastaların %45.1'i depresif bozukluk, %32.9'u şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar, %9.6'sı bipolar bozukluk, %5.1'i alkol kullanım bozuklukları, %2.2'si anksiyete bozuklukları tanısına sahiptir. Grupta 45 hasta ikili tanıya sahiptir. Bu hastalara konulan ikinci tanıları alkol kullanım bozuklukları (n=10), şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar (n=2), depresif bozukluklar (n=18), bipolar bozukluklar (n=1), anksiyete bozuklukları (n=4), somatoform bozukluklar (n=5) ve diğer bozukluklar (n=5)'dir. Hastaların %24.9'unda ruhsal hastalığın yanı sıra bedensel hastalığın da bulunduğu ve bu bedensel hastalıkları hipertansiyon (%25.9), diabetes mellitus (%16.1), hipertiroidi (%9.8) gibi hastalıkların oluşturduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.2).

3. Hastaların yaklaşık yarısının (%45.8) psikiyatri kliniğine ilk yatışının olduğu bulunmuştur. Hastaların ağırlıklı olarak kliniğe gönüllü olarak yatırıldığı ve hastaneye anne, baba, kardeş tarafından getirildiği saptanmıştır (Tablo4.3).
4. Hastaların dörtte üçünün yatış öncesi ilaç kullandığı belirlenmiştir. Yatış öncesi ilaç kullanan hastaların yarısından fazlası ilaçlarını düzenli kullandığını ifade ederken, hasta yakınlarının yarısından fazlası hastasının ilaçlarını düzenli kullanmadığını ifade etmiştir (Tablo 4.4).
5. İlacını düzenli kullanma nedenlerine bakıldığında, her iki grupta da “gerekliliğine inandığı için” ifadesinin en fazla belirtilen düzenli kullanma nedeni olduğu görülmüştür. Hastalar düzenli ilaç kullanmama nedeni olarak ilk sırada (%20.2) “yan etkisi nedeniyle kullanmayı bırakma”yı ifade ederken, hasta yakınları “iyileşince kullanmayı bırakma”yı (%23.4) ifade etmişlerdir (Tablo 4.4).
6. Hastaların yarısından fazlasının (%53.1) son günlerde önemli bir olay yaşadığı ve en sık yaşanan olayların aile içi geçimsizlik (36.8) ve boşanma, ayrılık, ölüm (%23.8) olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5).
7. Hasta ve yakınlarının ifadelerine göre “sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak” ilk sırada (hasta=%45.6, hasta yakınları=%76.4) ifade edilen yatış nedenidir. Her iki grupta da “hastalığından kurtulmak ve tedavi olmayı istemek” ikinci sırada (hastalar=%35.6, hasta yakınları=%34.1) belirtilen yatış nedenidir. Hastaların ifadesine göre “aileden, evden ve çevreden biraz uzak kalmak” üçüncü sırada (%18) yer alırken, yakınlarına göre “dengesiz davranışlar” üçüncü sırada (%26.9) yer almaktadır ve bu yatış nedenini ifade eden hasta yakınlarının oranı (%26.9) hastaların (%6.1) dört katıdır. Her iki grupta da “kendisine ve çevresine zarar vermemek” dördüncü sırada (hasta=%12.7, hasta yakınları=%21) yer alan yatış nedenidir ve bunu “yemek yiyememe ve uykusuzluk” (hasta=%6.9, hasta yakınları=%16.2) takip etmektedir. “Verilen tedavilere evde uyamadığı” için hastaneye yatırıldığını ifade eden hasta yakınlarının oranı (%6.4), hastalardan (%5.5) daha fazladır. Hasta yakınlarının %7.7’si yatış nedenini “ailenin bakamaması” olarak belirtirken, hastalar böyle bir ifadeye bulunmamıştır. Hastaların %1.4’ü ise yatış nedenini bilmediğini ifade etmiştir (Tablo 4.6).
8. Hem hastalar (%80.4), hem de hasta yakınları (%89.2) yatışın gerekli olduğunu düşünmektedirler (Tablo 4.7).
9. Yatışın gerekli olmadığını düşünenlere “yatış neden gerekli değildi?” sorusu sorulduğunda, hastalar yanıt olarak ilk sırada “durumunun iyi olduğu” (%48.9) ifadesini kullanırken, yakınları “doktor ve tedavinin yararının olmadığını” (%52.4) belirtmişlerdir (Tablo 4.7).

10. Hastaların %60'ı, hasta yakınlarının %76.4'ü yatırılmadan tedavinin mümkün olmadığını belirtmişlerdir. Hastaların %40'ı, yakınlarının ise %23.6'sı hastaneye yatırılmadan da tedavi edilebileceğini belirtmiş ve tedavi şekli olarak her iki grubun yarısından fazlası (hasta=%60.6, hasta yakını=%53.3) "ayaktan ilaç ve muayenehane kontrollerinin" tedavi için uygun olacağını belirtmiştir (Tablo 4.8).
11. Hastaların çoğunluğu (%32) hemşirelerin kendileri ile yeterince ilgilendiğini düşünmekle birlikte, her iki grup ağırlıklı olarak hemşirelerin "ilgi, güler yüz, tatlı dil, anlayış, şefkat göstermelerini" beklemektedir (hastalar=%30.4, hasta yakınları=%36.7). Hasta ve yakınlarının doktorlardan beklentilerine yönelik olarak, her iki grupta da "iyileştirsinler, tedavi etsinler" beklentisi ilk sırada yer almaktadır (Tablo 4.9).
12. Hastaların yaklaşık dörtte üçünün (%70.4), hasta yakınlarının ise tamamına yakınının (%90.5) yatışın yararlı olacağına inandığı saptanmıştır. Yararlı olacağını inanma nedeni olarak, "tedavi olacağına inandığı için" düşüncesi her iki grupta da yüksek oranda ifade edilmiştir (hastalar=%49.5, hasta yakınları=51.8). Yatışın yararlı olmayacağını düşünenler, bu düşüncelerini "tedavinin faydasını göremediği" nedenine bağlamışlardır (hastalar=%30.2, hasta yakınları=%51.4). Ayrıca hasta yakınlarının ifadeleri arasında, hastasının "tedavi edilemeyecek durumda" olması ifadesi (%18.9) de dikkati çekecek düzeyde bulunmuştur (Tablo 4.10).
13. Taburculuk için çözümlenmesini bekledikleri sorunlara ilişkin, hem hastalar (%34), hem de hasta yakınları (%44.1) en fazla "korku, tedirginlik, öfke, sinir, şüphe, karamsarlık ortadan kalkınca" yanıtını vermişlerdir. Her iki grup da ikinci sırada ifade edilen "hastalık iyileşince" beklentisini ifade eden hasta yakınlarının oranının (%40.3) hastalardan (%28.9) daha fazla olduğu belirlenmiştir. Hastalar, hasta yakınlarına göre "aile ile ilgili sorunlar ortadan kalkınca" beklentisini (%15.6) daha yüksek oranda ifade etmişlerdir (Tablo 4.11).
14. Hasta yakınlarının %86.2'si hastasının hastane ya da benzeri bir kurumda sürekli barındırılmasına gerek olmadığını ifade ederken, %13.8'i sürekli barındırılması gerektiğini ifade etmiştir. Hastasının sürekli barındırılması gerektiğini düşünenler, bunun isteme nedenini en fazla "tedavi olması için" (%5.4) ve "artık dayanamadığımız için" (%4.6) olarak belirttiği, hastasının sürekli barındırılmasına gerek olmadığını düşünenlerin ise gerekçe olarak, en fazla "durumu kötü olmadığı için" (%34.4) ifadesini kullandığı tespit edilmiştir (Tablo 4.12).

15. Ruhsal hastalıkların tedavisi için hastaneler dışında gerekli olan kurumlara ilişkin hastaların %14.9'u, hasta yakınlarının %16.4'ü "hastaneler olmazsa olmaz, başka bir şeye gerek yok" düşüncesini belirtmişlerdir (Tablo 4.13).
16. Erkeklerle kıyaslandığında kadın hastalar için "sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak" önemli bir yatış nedenidir ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Yatış nedenini "aileden, evden ve çevreden biraz uzak kalmak" olarak belirten kadın hastaların (%12.4) oranının erkek hastaların (%5.5) iki katından daha fazla olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Hasta yakınları grubunda ise hastasının bu nedenle yatırıldığını ifade eden erkeklerin oranının (%6.4) kadınlardan (%5.9) daha fazla olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Ayrıca hasta yakınları grubunda kadınların ifadesine göre "ailenin bakamaması" nedeniyle yatırılma oranının (%4.4) erkeklerden daha fazla olduğu (%3.3) tespit edilmiştir (Tablo 4.14).
17. "Aileden, evden ve çevreden biraz uzak kalmak" nedeniyle hastaneye yatırıldığını ifade eden hastaların en fazla 30–41 yaş grubunda (%7.7) olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.15).
18. Hasta yakınları grubunda, hastalarının "sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak" ve "verilen tedavilere evde uyamamak" nedenleri ile hastaneye yatırıldığını ifade eden hasta yakınlarının çoğunluğunun evli olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.16).
19. Hastaların ifadesine göre, 1-2 çocuğa sahip olanlarda "sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak" nedeni ile yatırılmanın ilk sırada (%18.5) yer aldığı tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.17).
20. Hastaların ifadesine göre "sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşama" nedeniyle yatırılma oranının en yüksek ortaöğretim mezunu olan hastalar (%18) tarafından ifade edildiği belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Yükseköğretim mezunu olan hastalarda "hastalıktan kurtulmak ve tedavi olmayı istemek" (%5.8) nedeniyle, ilkokul mezunu olan hastalarda ise "verilen tedavilere evde uyamamak" (%2.8) nedeniyle yatırılmanın diğer nedenlerden daha yüksek oranda ifade edildiği saptanmıştır (Tablo 18.a).
21. "Sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak" nedeni ile hastasının hastaneye yatırıldığını ifade eden hasta yakınlarının, ağırlıklı olarak ilkokul mezunu (%35.9) olduğu belirlenmiştir (Tablo 18.b).
22. Hasta grubunda, ev hanımlarına göre "sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak" nedeniyle hastaneye yatırılmanın önemli bir yatış nedeni olduğu ve diğer meslek gruplarıyla arasında anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır (Tablo 19.a).

23. “Aileden, evden ve çevreden biraz uzak kalmak” hasta yakınları grubunda en fazla ev hanımları (%3.6) tarafından ifade edilen bir yatış nedenidir ve diğer meslek gruplarıyla arasında anlamlı düzeyde fark vardır (Tablo 4.19.b).
24. Çekirdek ve geniş ailede yaşayan hastalar en fazla “sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak” (çekirdek=%35.4, geniş=%6.6) nedeniyle hastaneye yatırıldığını ifade ederken, parçalanmış ailede yaşayan hastalar ise en fazla “hastalıktan kurtulmak ve tedavi olmayı istemek” (%5) nedeniyle hastaneye yatırıldığını ifade etmiştir. Hastasının “verilen tedavilere evde uyamamak” nedeniyle hastaneye yatırıldığını ifade eden hasta yakınlarının en fazla çekirdek ailede yaşadığı (%4.4) saptanmıştır (p<0.05) (Tablo 4.20).
25. “Hastalığından kurtulmak ve tedavi olmayı istemek” nedeniyle hastaneye yatırıldığını ifade eden hastaların çoğunluğu (%29) şehirde yaşamaktadır (p<0.05). Hastasının yatış nedenini “kendisine ve çevresine zarar vermemek” olarak ifade eden hasta yakınlarının %13.3’ü, “ailenin artık bakamaması” olarak ifade eden hasta yakınlarının ise %21’i şehir içinde yaşamaktadır (p<0.05) (Tablo 4.21).
26. Yatış nedenlerinden, “sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak” tanısını bilmeyen (%29.8), “aileden, evden ve çevreden biraz uzak kalmak” ise tanısını bilen hastalar tarafından (%10.5) daha fazla ifade edilmiştir (p<0.05) (Tablo 4.22).
27. Depresyon tanısı konulan hastaların yatış nedenlerini “sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak” (%22.1) ve “hastalıktan kurtulmak ve tedavi olmayı istemek” (%19.1) olarak belirtmesi anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.23).
28. “Sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak” nedeni ikinci tanısı somatoform bozukluklar olan hastalar için (%2.4) önemli bir yatış nedenidir ve istatistiksel düzeyde anlamlıdır (Tablo 4.24).
29. Yaklaşık bütün yatış nedenleri ile hastaneye yatırılmada, 1–5 yıldır hasta olanların oranının daha fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.25).
30. “Dengesiz davranışlar” nedeniyle hastaneye yatırıldığını ifade eden hastaların çoğunluğunun (%2.8) ilk defa hastaneye yattığı saptanmıştır (p<0.05) (Tablo 4.26).



31. Hastalarda yatış nedenleri yönünden kliniğe yatırılma şekli arasında istatistiksel düzeyde anlamlı bir fark bulunmazken, hastalarının kliniğe gönüllü bir şekilde yatırıldığını ifade eden hasta yakınlarının, hastalarının yatış nedenlerini “sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak” (%65.9), “hastalıktan kurtulmak ve tedavi olmayı istemek” (%30.8), “kendisine ve çevresine zarar vermemek” (%15.9), “dengesiz davranışlar” (%19.2) ve “ailenin bakamaması” (%4.4) olarak belirtmesi anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.27).
32. Başka bir hastalığı olmayanların ifadelerine göre “sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak” nedeniyle yatırılma oranı (%30.1), başka bir hastalığı olanlardan (%15.5) önemli oranda fazladır (Tablo 4.28).
33. Yatış öncesi ilaç kullanan hastalarda “verilen tedavilere evde uyamamak” nedeni ile hastaneye yatırıldığını ifade edenlerin oranının (%4.7), yatış öncesi ilaç kullanmayanlardan (%0.8) daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Hastalarının bu nedenle hastaneye yatırıldığını ifade eden hasta yakınlarının ise tamamının (%6.4) hastalarının yatış öncesi ilaç kullandığını ifade ettiği saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.29).
34. Önemli bir olay yaşayan hastaların %27.6’sı “sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak” nedeniyle, %11.9’u ise “aileden, evden ve çevreden biraz uzak kalmak” nedeniyle hastaneye yatırıldığını ifade etmesi anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.30).
35. Yaşadıkları olayı “aile içi geçimsizlik yaşama” olarak belirten hastaların “hastalıktan kurtulmak ve tedavi olmayı istemek”, “aileden, evden ve çevreden biraz uzak kalmak” ve “yemek yiyememe ve uykusuzluk” nedeniyle hastaneye yatırıldığını ifade etmesi istatistiksel düzeyde anlamlı bulunmuştur. “Boşanma, ayrılık, ölüm” yaşadığını ifade eden hastaların yatış nedenini “aileden, evden ve çevreden biraz uzak kalmak” ve “maddi sıkıntı” yaşadığını ifade edenlerin yatış nedenini “dengesiz davranışlar” olarak belirtmesinin anlamlı olduğu belirlenmiştir. Ayrıca yaşadıkları olayı “ailedeki diğer bireylerin sorunlarıyla yüz yüze gelme” olarak belirten hastaların yatış nedenini “sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak” ve yaşadıkları olayı “akraba ve komşularla kavga” olarak belirten hastaların ise yatış nedenini “verilen tedavilere evde uyamamak” olarak ifade etmesi de istatistiksel düzeyde anlamlıdır (Tablo 4.31).
36. Yatışın gerekli olduğuna inanan hasta yakınlarının, hastalarının yatış nedenlerini “hastalıktan kurtulmak ve tedavi olmayı istemek” (%32.3), “kendisine ve çevresine zarar vermemek” (%20.8), “yemek yiyememe ve uykusuzluk” (%15.6) ve “ailenin bakamaması” (%7.7) olarak ifade etmesinin istatistiksel düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.32).

37. Hem hastalarda, hem de hasta yakınlarında hastaneye yatırılmadan tedavinin mümkün olmadığını belirtenlerin yatış nedenini “kendisine ve çevresine zarar vermemek” olarak ifade etmesi istatistiksel düzeyde anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.33).
38. “Yemek yiyememe ve uykusuzluk” nedeniyle hastaneye yatırıldığını belirten hastalarda yatışın yarar sağlayacağına inanma oranının (%3.9) fazla olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.34.a).
39. Hastasının yatış nedenini “sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşama” olarak ifade eden hasta yakınlarının tamamına yakınının (%69) ve “ailenin bakamaması” olarak ifade eden hasta yakınlarının ise tamamının (%7.7) yatışın yarar sağlayacağına inandığı saptanmıştır (Tablo 4.34.b).
40. Hastaların yatış nedenlerine ilişkin ifadeleri yönünden taburculuk için çözümlenmesini bekledikleri bazı sorunlar arasında istatistiksel düzeyde anlamlı farklılıklar olduğu saptanmıştır. Bu anlamlı farklılıkların, “rahat uyku uyuyunca” ile “sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak” ve “yemek yiyememe ve uykusuzluk” nedenleri arasında, “düşünceler değişince” ile “kendisine ve çevresine zarar vermemek” ve “dengesiz davranışlar” nedenleri arasında ve “eş ile iletişim sorunları çözümlenince” ile “aileden, evden ve çevreden biraz uzak kalmak” nedeni arasında olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.35.a).
41. Hasta yakınlarının yatış nedenlerine ilişkin ifadeleri yönünden taburculuk için çözümlenmesini bekledikleri sorunlar arasında da istatistiksel düzeyde anlamlı farklılıklar olduğu saptanmıştır. Bu anlamlı farklılıkların “korku, tedirginlik, öfke, sinir, şüphe, karamsarlık ortadan kalkınca” ile “dengesiz davranışlar” nedeni arasında, “vücuttaki yangı, ağrı, sızı, yara, baş dönmesi, uyuşma geçince” ile “sürekli tedirginlik, gerginlik ve psikolojik bozukluk yaşamak” nedeni arasında, “rahat uyku uyuyunca” ile “yemek yiyememe ve uykusuzluk” nedeni arasında, “düşünceler değişince” ile “dengesiz davranışlar” nedeni arasında ve “hastalık iyileşince” ile “hastalıktan kurtulmak ve tedavi olmayı istemek” nedeni arasında olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.35.b).

## ÖNERİLER

Antalya Devlet Hastanesi, Atatürk Devlet Hastanesi ve Akdeniz Üniversitesi Hastanesi psikiyatri kliniklerinde yatan hastalar ve bu hastaların yakınlarının bakış açısıyla psikiyatrik yatışın nedenlerinin değerlendirildiği bu çalışmanın sonucuna göre aşağıdaki öneriler yapılmıştır.

- Bireylere ve ailelere verilecek olan etkili bir bakımda, hasta ve ailelerinin hastalığa, tedaviye ve psikiyatrik yatış nedenlerine ilişkin düşüncelerini de içeren kapsamlı bir veri toplanması,
- Bireyin ailesi ve çevresi ile bir bütün olarak ele alınarak verilecek olan tedavi ve bakımda, yatış nedenleri üzerinde etkileyici faktörlerin dikkate alınması,
- Anksiyete duygusu yaşayan bireyin başatma becerilerinin araştırılması ve uygun olan başatma yollarının güçlendirilmesi,
- Hemşire tarafından bireye ve aileye verilecek eğitimle anksiyeteyi azaltma yollarının öğretilmesi,
- Ruhsal bozukluğu olan bireyle iletişimde terapötik iletişim teknikleri kullanılarak bireyin olumlu yönlerinin ortaya çıkarılması, olumlu davranışlarının desteklenmesi ve öfkeyle baş etme teknikleri konusunda bireye bilgi verilmesi,
- Hemşireler tarafından hasta ve yakınlarına hastalık süreci ve tedavi konusunda planlı eğitimler verilmesi ve hasta ve yakınlarının tedavi ve bakıma katılımının desteklenmesi,
- Hemşireler tarafından ruhsal bozukluğu olan bireylerin tedaviye uyumunu engelleyen faktörlerin araştırılması ve bu faktörleri ortadan kaldırmaya yönelik girişimlerin uygulanması,
- Ruhsal bozukluğu olan bireye ve ailesine ruhsal hastalığın tedavisi, kullanılan ilaçların etkileri ve yan etkileri ile başatmaya yönelik uygun müdahale programlarının geliştirilmesi,

- Ruhsal bozukluğu olan bireyin çevresinden uzaklaşmasına neden olan faktörlerin, kapsamlı bir veri toplama ile belirlenmesi ve hemşireler tarafından bireye ve aileye verilecek bakımla bu faktörlerin ortadan kaldırılarak, ruhsal hastalığı olan bireyin tedavisinin kendi sosyal çevresinde sürdürülmesinin sağlanması.
- Hemşireler tarafından ruhsal bozukluğu olan bireyin ailesine, bireyin hastalığı, davranışlarının nedenleri, kendisine ve çevresine zarar verme düzeylerinin nasıl tanınacağı, bireyin olumlu davranışlarının nasıl destekleneceği ve bireyin davranışlarıyla nasıl başa çıkılacağı konusunda eğitim verilmesi,
- Hemşireler tarafından, ailedeki diğer bireylerin ruh sağlığını korumak amacıyla aile için maddi ve manevi sosyal destek kaynaklarının araştırılması ve bu kaynakların harekete geçirilmesi,
- Psikiyatri hemşiresi tarafından, hasta ve ailesinin taburcu programı kapsamında tedavi ve bakımın evde sürdürülmesi konusunda gerekli bilgi ve beceri ile donatılması,
- Taburculuk sonrası hasta ve ailesi ile işbirliğini ve ruhsal bozukluğu olan bireyin tedavisini kendi sosyal çevresinde sürdürmek için düzenli ev ziyaretlerinin yapılması,
- Ruhsal bozukluğu olan bireye ve aileye yönelik olarak verilecek olan etkin tedavi ve bakımın sağlanması açısından ekip üyelerinin eğitsel ve müdahale becerilerinin güçlendirilmesine yönelik olarak eğitimler verilmesi
- Benzer çalışmaların, daha geniş örneklemde ve araştırmaya katılan bireylerin kültürel özelliklerini de dikkate alarak yapılması,
- Yatış nedenlerine ilişkin, ekip üyelerinin de görüşlerini dikkate alan çalışmaların yapılması önerilmektedir

## KAYNAKLAR

1. Boyd, M. A. (2002). *Psychiatric nursing contemporary practice (2. Edition)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. pp: 3-8 46-47 17-19 259-275
2. Shives, L. R. & Isaacs, A. (2002). *Basic concepts of psychiatric-mental health nursing (5. Edition)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. pp:13-26 70-71
3. Varcarolis, E. M. (1998). *Foundations of mental health nursing (3. Edition)*. Philadelphia: W.B. Saunders Company. pp: 14-19 98-100 150-175 208-22
4. Yurt, V, (2000). Psikiyatride rehabilitasyon. N. Kum (Ed.), *Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı* (ss: 254-263). İstanbul: Vehbi Koç Vakfı Yayınları.
5. Jungbauer, J., Wittmund, B. Dietrich, S. & Angermeyer, M. C. (2003). Subjective burden over 12 months in parents of patient with schizoprenia. *Archives of Psychiatric Nursing*. 17 (3): 126-134
6. Ceylan, M. E. & Vardar, M. K. (2003). Ruh hastaları ve Türkiye. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 16(2) 95-107
7. World of Health Organization (WHO), (2003). *Investing in mental health*. Retrived June 13, 2005, from [http://www.who.int/mental\\_health/media/investing\\_mnh.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/investing_mnh.pdf)
8. Öztürk, O. (1997). *Ruh sağlığı ve bozuklukları (7. Basım)*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği. ss: 1-15 541-548
9. American Psychiatric Association (APA), (n.d.). *Psychiatric hospitalization*. Retrieved May, 15, 2005. from <http://www.healtyMinds.org.%20-%20Psychiatric%20hospitalization.htm>
10. DüNDAR, D. (1999). Duygu durum bozukluğu ve psikotik hastalarda aile ortamı ve bu ortamın hastaneye yatış sıklığına etkisi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
11. Hendryx, M. S., Russo, J. E., Stegner, B., Dyck, D. G., Ries, R. K. & Roy-Byrne, P. (2003). Predicting rehospitalization and outpatient services from administration and clinical databases. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*. 30 (3): 342-351

12. Montgomery, P. & Kirkpatrick, H. (2002). Understanding those who seek frequent psychiatric hospitalization. *Archives of Psychiatric Nursing*. 16 (1): 16-24
13. Lerer, B., Shapira, B., Bloch, M., Hanin, B., Trudart, T., Alexander, J. R., et al. (1999). Possible precipitants of psychiatric hospitalization in patient with major depression: results from the Jerusalem collaborative depression project. *Depression And Anxiety*. 9 : 156-16
14. Özaltın, G. (2000). Psikiyatride disiplinlerarası yaklaşımlar ve ekip çalışması. N. Kum (Ed.), *Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı* (ss: 181-213). İstanbul: Vehbi Koç Vakfı Yayınları
15. Baltaş, Z. (2004). *Sağlık psikolojisi halk sağlığında davranış bilimleri* (2. Basım). İstanbul: Remzi Kitabevi. ss: 160-154 189-200
16. Yalom, I. D. (2003). *Kısa süreli grup terapileri* (Z. İ. Babayiğit, Çev.). İstanbul: Kabalıcı Yayınevi. ss: 69-80
17. Maree, E. G. (2005). Hospital-based psychiatric nursing care. In G. W. Stuart, & M. T. Laraia (Ed.). *Principles and practice of psychiatric nursing* (8nd ed.), (pp:696-707) Missouri: Elsevier Mosby
18. Pektekin, Ç. (2000). Psikiyatri hemşireliğinde temel kavramlar N. Kum (Ed.), *Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı* (ss: 10-18). İstanbul: Vehbi Koç Vakfı Yayınları.
19. Videbeck, S. L. (2001). *Psychiatric mental health nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. pp:3-13
20. Demiralp, M. (1997). Psikiyatri hastalarının kliniğe kabul işlemlerine ilişkin görüşleri ve hemşireden beklentilerinin incelenmesi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Ankara: Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Komutanlığı Sağlık Bilimleri Enstitüsü
21. Çelebi, (2001). Akıl hastalarının ve ailelerinin akıl hastalıklarına karşı tutumları. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Ankara: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
22. Yurt, V, (2000). Psikiyatride rehabilitasyon. N. Kum (Ed.), *Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı* (ss: 254-263). İstanbul: Vehbi Koç Vakfı Yayınları.
23. Birkett, D.P. (2001). *Psychiatry in the nursing home*. (2 nd ed.). Binghamton: The Haworth Pres. pp: 17

24. Akpınar, H. (2004). Psikiyatri hastalarının hastaneye yatmaya bağlı karşılaştıkları stresörler, çözüm yolları ve ekip üyelerinden beklentileri. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Antalya: Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
25. Bailey, D. S. & Bailey, D. R. (1997). *Therapeutic approaches in mental health/psychiatric nursing (4 rd ed.)*. Philadelphia: F. A. Davis Company. pp: 6-9
26. World Health Organization. (2005). *Who resource book on mental health, human rights and legislation*. Geneva: World Health Organization
27. Diamond, R. S., Larsen, G. & Cady, R. F. (2006). Legal and ethical aspects of psychiatric-mental health nursing. In W. K. Mohr (Ed.), *Psychiatric-mental health nursing* (pp. 131-132). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
28. Stuart, G. W. (2005). Legal and ethical context of psychiatric nursing care. In G. W. Stuart, & M. T. Laraia (Ed.). *Principles and practice of psychiatric nursing* (8nd ed.), (pp: 150-152). Missouri: Elsevier Mosby
29. American Psychiatric Association. (1997). *Criteria for short-term treatment of acute psychiatric illness* (3th ed.). Washington DC: Author.
30. Abas, M., Vanderpyl, J., Prou, T. L., Kydd, R., Emery, B. & Foliaki, S. A. (2003). Psychiatric hospitalization: reasons for admission and alternatives to admission in South Auckland, New Zealand. *Australian, and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37 520-625
31. Morrison-Valfre, M. (2005). *Foundations of mental health care* (2rd ed.). Philadelphia: Elsevier Mosby. pp: 112 228
32. Li, J., Laursen, T. M., Precht, D. H., Olsen, j. & Mortensen, P. B. ( 2005). Hospitalization for mental illness among parents after the death of child. *New England Journal of Medicine*. 352 (12): 1190-1196
33. Schwartz, R. C., Zarski, J. J. & Hilscher, R. L. (2004). Mental health counselors' decision-making priorities related to inpatient admission for anxiety disordered clients: a pilot study. *Jorunal of mental Health Counseling*, 26 (4) 283-293
34. Perlick, D. A., Rosenheck, R. A. Clarkin, J. F. Sirey, J. & Raue, P. (1999). Symptoms predicting service use among patients with affective disorder. *Psychiatric Services*, 50 806-812
35. Kent, S. & Yellowlees, P. (1994). Psychiatric and social reasons for frequent rehospitalization. *Hospital and Community Psychiatry*, 45 (4) 347-350

36. Owen, Cathy, Rutherford, V., Jones, M., Tennant, C. & Smallman, A. (1997). International update I. psychiatric rehospitalization following hospital discharge. *Community Mental Health Journal*, 33 (1) 13-24
37. Hillman, S. L. (2000). Predictors of rapid psychiatric readmission. *In Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree Doctor of Philosophy*. USA: Faculty of the College of Education University of Houston
38. Lyons, J. S., O'Mahoney, M. T., Miller, S. I., Neme, J., Kabat, J. & Miller, F. (1997). Predicting readmission to the psychiatric hospital in a managed care environment: implications for quality indicators. *American Journal of Psychiatry*. 154 (3) 337-340
39. Şılar, O. (1995). Nörotik ve psikotiklerde hastane yaşamının algılanması. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
40. Tel, H. (1999). Şizofrenik hasta ailelerinin hastalık semptomlarını ele alma ve stresle başetmelerine psikoeğitimsel yaklaşımın etkisinin incelenmesi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
41. Samancı, A. Y., Erkmn, H. & Özmen, E. (1995). Toplum psikiyatrisi. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*. 8 (1): 4-8
42. Öz, F. (2003). Psikiyatri kliniğinde yatan hastaların hemşirelik bakım hizmetinden beklentileri ve karşılanma durumu. *Kriz Dergisi*. 11 (2) 7-18
43. Çobanoğlu, Z. S. Ü., Aker, T. & Çobanoğlu, N. (2003). Şizofreni ve diğer psikotik bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum sorunları. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*. 16 (4) 211-218
44. Kuey, L. (1995). Ruhsal bozukluklara ilişkin halkın tutum ve davranışları. *Kriz Dergisi*, 3 (1-2)
45. Keltner, N. L., Schwecke, L. H. & Bostrom, C. E. (2003). *Psychiatric nursing* (4th ed.). Missouri: Elsevier Mosby. pp: 78-81
46. Öner, H. (1999). Şizofrenik hasta yakınlarının hastalıkla ilgili bilgileri ve destekleme yaklaşımları. *Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
47. Gerolamo, A. M. (2004). State of science: outcomes of acute inpatient psychiatric care. *Archives of Psychiatric Nursing*. 18 (6): 203-214



48. Weiden, P. J. & Olfson, M. Cost of relapse in schizoprenia. *Schizoprenia Bulletin*. 21 (3) 419-429
49. Mohr, W. M. (2006). Introduction to psychiatric-mental health nursing. In W. K. Mohr (Ed.), *Psychiatric-mental health nursing* (pp. 9-10). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
50. Yıldız M. & Cerit, C. (2006). Şizofreni tedavisinin yıllık maliyeti: bir üniversite hastanesi verilerinden yapılan hesaplama. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 16(4) 239-244
51. Bostancı, N & Aşti, N. (2004). Hemşirelerin Ruh Sağlığı bozuk olan bireylere karşı tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*. 17(2) 87-93
52. Abramson, T. A., Trejo, L. & Lai, D. W. L. (2002). Culture and mental health: Providing appropriate services for a diverse older population. *Spring*. 26 (1) 21-27
53. Frisch, N. C. & Frisch L. E. (2002). *Psychiatric mental health nursing* (2nd ed). USA: Delmar. pp: 115-125
54. Shoemaker, N. C. & Caverly, S. (2006). Mental health nursing in community settings. In E. M. Varcarolis, V. B. Carson & N. C. Shoemaker (Ed.), *Foundations of psychiatric mental health nursing a clinical approach* (5th ed.) (pp. 85-93). Missouri: Saunders Elsevier
55. Antai-Otong, D. (2003). *Psychiatric nursing biological & behavioral concepts*. USA: Thomson Delmar Learning pp: 863-87
56. Carpenito-Moyet, L. J. 2005. *Hemşirelik tanıları el kitabı* (F. Erdemir, Çev.). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri. ss: 13-386
57. Schultz, J. M. & Videbeck, S. L. (2002). *Psychiatric nursing care plans* (6th ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Willkins. pp: 35-63
58. Booth-Kewley, S. & Larson, G. E. (2005). Predictors of psychiatric hospitalization in the navy. *Military Medicine*. 170(1) 87-93
59. Bacanak, C. (2004). Psikiyatri servisinde yatan hastaların memnuniyet derecesinin ölçülmesi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

60. Aşti, N. (1995). Psikiyatri kliniklerinde yatan hastaların terapötik geçişlerde kullanılan evci izin durumları. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 8(2) 43-47
61. Oflaz, F. (1995). Psikiyatrik hastaların eşlerinin psikososyal güçlükleri ve stresle başetme yollarının incelenmesi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Ankara: Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
62. Onur, B. (2006). *Gelişim psikolojisi* (7. basım), Ankara: İmge Kitapevi. ss: 76-77
63. Batmaz, M. (1985). Akıl hastalarının, psikiyatri hemşiresinin rolünü algılayış biçimini araştırmak. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
64. Ekinci, M. (1995). Psikiyatri hemşireliğinin hastalara etkinlikleri ve sosyal adaptasyonları üzerine karşılaştırmalı bir çalışma. *Yayınlanmamış Doktora Tezi*. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
65. Averill, P. M., Hopko, D.R., Small, D. R., Greenlee, H. B. & Varner, R. V. (2001). The role of psychometric data in predicting inpatient mental health service utilization. *Psychiatric Quarterly*. 72 (3) 215-235
66. Uslu Kol, E. & Doğan, S. (1997). Psikiyatri kliniğinde yatan hastaların ve yakınlarının hasta ziyaretine ilişkin görüşleri ve ziyaretlerin hastaların anksiyete düzeyine etkisi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 1(1) 31-40
67. Demet, M. M., Deniz, F., Taşkın, E. O. & İçelli, İ. (2002). Celal Bayar Üniversitesi psikiyatri kliniğine 1998-2001 yılları arasında yatarak tedavi gören hastaların sosyodemografik özellikleri açısından değerlendirilmesi. *VI. Bahar Sempozyumu Özet Kitabı*, Antalya, ss:99-100
68. Soygür, H., Özalp, E., Şahin Cankurtaran, E., Turhal, L., Işık, U., Çekiç, T ve ark. (2005). Yeni kurulan bir psikiyatri kliniği yataklı servisinin ilk beş yüz günü: bir değerlendirme çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6 170-176
69. Başbüyük, Ş. (2004). Psikiyatri servisinde yatan hastaların ailelerinin hastanın bakımıyla ilgili yaşadıkları güçlükler ve stresle başa çıkma stratejileri. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Mersin: Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
70. Türkiye İstatistik Kurumu. (2006). *Aile yapısı araştırması 2006*. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası

71. Ebrinç, S., Çetin, M., Başoğlu, C., Ağargün, M. Y., Seçil, M., Can, S. & Çobanoğlu, N. (2001). Şizofren hasta ve ailelerinde aile işlevselliği, sosyal destek ve duygu dışavurumunun incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2 5-14
72. Thornicroft, G. (1991). Social deprivation and rates of treated mental disorder developing statistical models to predict psychiatric service utilisation. *British Journal of Psychiatry*, 158 475-484
73. Ayan, S., Hariri, A. G., Özer, G. U., Önal, O., Ceylan, M. & Ceylan N. (2000). İlk atak şizofreni: tekrarlayan yatışlarda servis, tanı ve tedavi değişiklikleri. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 13 (3) 155-160
74. Deveci, A., Gürlek, E., Demirgüneş, F. & Aydemir, Ö. (2003). Yatarak tedavi gören majör depresif bozukluklu hastalarda sosyodemografik ve klinik özellikler. *39. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı*, Antalya, ss: 446-447
75. Dökmen, Z.Y. (2003). Çalışma durumları farklı üç grup kadında ruh sağlığı, kontrol odağı inancı ve cinsiyet rolü. *Türk Psikoloji Dergisi*, 18 (51) 111-124
76. Yılmaz, S. (2004). Psikiyatri hastalarında ilaç yan etkileri ve ilaç uyumu. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
77. Türkiye İstatistik Kurumu. (2005). *Hane halkı büyüklüğüne göre yoksulluk sınırları*. [http://www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab\\_id=288](http://www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=288)
78. Sullivan, G., Wells, K. B., Morgenstern, H. & Leake, B. (1995). Identifying modifiable risk factors for rehospitalization: a case control study of seriously mentally ill persons in Mississippi. *American Journal of Psychiatry*, 152 (12) 1749-1756
79. Broke, P. S. (2006). Legal and ethical guidelines for safe practice. In E. M. Varcarolis, V. B. Carson, N. C. Shoemaker (Ed.), *Foundations of psychiatric mental health nursing a clinical approach* (pp. 115-133). Missouri: Saunders Elsevier
80. Fisher, W. H., Barreira, P. J., Geller, J. L., White, A. W., Lincoln, A.K & Sudders, M. (2001). Long-stay patients in state psychiatric hospitals at the end of the 20th century. *Psychiatric Services*, 52(8) 1051-1056
81. Hopko, D. R., Lachar, D., Bailey, S. E. & Varner, R. V. (2001). Assessing predictive factors for extended hospitalization at acute psychiatric admission. *Psychiatric Services*. 52(10) 1367-1373

82. Elder, R., Evans, K. & Nizette, D. (2005). *Psychiatric mental health nursing*. Australia: Elsevier. pp: 82
83. Jackson, C. T., Fein, D., Essock, S. M. & Mueser, K. T. (2001). Addictions services the effects of cognitive impairment and substance abuse on psychiatric hospitalizations. *Community Mental Health Journal*, 37 (4) 303-312
84. Altındağ, A., Yanık, M. & Nebioğlu, M. (2006). The comorbidity of anxiety disorders in bipolar I patients: prevalence and clinical correlates. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 43 (1) 10-15
85. Doering, S., Müller, E., Köpcke, W., Pietzcker, A., Gaebel, W. & Linden, M. et al. (1998). Predictors Of relapse and rehospitalization in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophrenia Bulletin*, 24 (1) 87-98
86. Saxena, S., Hosman, C. & Jane-Llopis, E. (2004). Need for evidence-based prevention. In C. Hosman, E. Jane-Llopis, C. Saxena (Ed.), *Prevention of mental disorders effective interventions and policy options* (pp. 15-60). Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data
87. Ögel, K., Sağduyu, A., Özmen, E. & Boratav, C. (1999). *Genel tıpta ruhsal bozukluklar*. İstanbul: Parem ss: 24
88. Uysal, Z., Cabeci, S., Kısa, C., Aydemir, Ç. & Göka, E. (2001). Ruhsal rahatsızlığı olanlarda eş zamanlı fiziksel hastalıklar. 37. *Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı*, İstanbul, s:77-78
89. Ergun, U. (1997). Gündüz hastanesi ve poliklinik tedavilerinin etkinliklerinin karşılaştırılması. *Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi*. Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı
90. Uzun, Ö., Özşahin, A. & Battal, S. (1997). Şizofren hastaların tedavilerini sonlandırma nedenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 8 (3) 198-201
91. Jones, C. (2000). The experience of family members with the involuntary psychiatric hospitalization of a seriously mentally ill relative. *In partial fulfillment of the requirements for the degree of master of science, nursing science*. Alaska: The Faculty of the School of Nursing College of Health, Education, and Social Welfare University of Alaska Anchorage
92. Dilbaz, N., Karamustafalıoğlu, O., Oral, T., Önder, E. & Çetin, M. (2006). Psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreni hastalarında tedaviye uyumun ve uyumu etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 16 223-232

93. Eskin, M., Akoğlu, A. & Uygur, B. (2006). Ayaktan tedavi edilen psikiyatri hastalarında travmatik yaşam olayları ve sorun çözme becerileri: intihar davranışıyla ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17 (4) 266-275
94. Amiel-Lebigre, F. (2003). Psycho-social determinants for psychiatric hospitalization for neurotic disorders in women a case control study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37 317-325
95. Berksun, O. E., Ünal, S. & Göğüş, A. K. (1991). Psikiyatrik rahatsızlıklar ve presipitan faktör olarak yaşam olayları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2(2) 141-145
96. Heilemann, M. V., Coffey-Love, M. & Frutos, L. (2004). Perceived reasons for depression among low income women of Mexican descent. *Archives of Psychiatric Nursing* *Archives of Psychiatric Nursing*, 18(5) 185-192
97. Harlow, B. L., Vitonis, A. F., Sparen, P., Cnattingius, S., Joffe, H. & Hultman, C. M. (2007). Incidence of hospitalization for postpartum psychotic and bipolar episodes in women with and without prior prepregnancy or prenatal psychiatric hospitalizations. *Archives of General Psychiatry*, 64 42-48
98. Moran, P. W., Doerfler, L. A., Scherz, J., Lish, J. D. (2000). Rehospitalization of psychiatric patients in a managed care environment. *Mental Health Services Research*, 2 (4) 191-1999
99. Doğan, O. (2002). Anksiyete bozukluklarında koruma ve önleme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3 174-182
100. Kırkpınar, İ. (2007). Psikiyatrik belirti ve bulgular. In E. Köroğlu & C. Güleç (Ed.), *Psikiyatri temel kitabı* (ss: 51-35) Ankara: Hekimler Yayın Birliği
101. Bruffaerts, R., Sabbe, M. & Demyttenaere, K. (2004). Attenders of a university hospital psychiatric emergency service in Belgium general characteristics and gender differences, *Social Psychiatry and Psychiatric epidemiology*, 39 146-153
102. Özcan, M., Uğuz, F. & Çilli, A. S. (2006). Ayaktan psikiyatri hastalarında yaygın anksiyete bozukluğunun yaygınlığı ve ek tanılar. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17 (4) 276-285
103. Turgay, M. N. (1988). Psikiyatri hastasının iyileşme ve sosyal uyumunda, psikiyatri hemşiresinin eğitsel rolünün araştırılması. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
104. Öz, F. (2001). Hastalık yaşantısında belirsizlik. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12 (1) 61-68

105. Doğan, S. (2000). Anksiyete-Somatoform ve dissosiyatif bozukluklar. N. Kum (Ed.), *Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı* (ss: 132-143). İstanbul: Vehbi Koç Vakfı Yayınları.
106. Kessler, R. C. (1979). Stres, social status, and psychological distress. *Journal of Health and Social Behavior*, 20 259-272
107. Amiel-Lebigre, F., Koves, V., Labarte, S. & Chevalier, A. (1998). Symptom distress and frequency of life events. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33 263-268
108. Osvath, P., Vörös, V. & Fekete, S. (2004). Life events and psychopathology in a group of suicide attempters. *Psychopathology*, 37 (1) 36-40
109. Köknel, Ö. (1999). *Günlük hayatta ruh sağlığı*. İstanbul: Alfa Basım Yayım Dağıtım. ss: 160 312
110. Gardner, W., Lidz, C. W., Hoge, S. K., Monahan, J., Eisenberg, M. M., Bennett, N. S., et al. (1999). Patients' revisions of their beliefs about the need for hospitalization. *The American Journal Of Psychiatry*. 156: 1385-1391
111. Esen-Danacı, A., Karaca, N. & Deveci, A. (2005). şizofreni hastalarında aile işlevselliği ile sosyal işlevsellik arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Türkiye 'de Psikiyatri*, 7 (3) 103-108
112. Kennedy, B. L. & Schwab, J. J. (2002). Work, social, and family disabilities of subjects with anxiety and depresion. *Southern Medical Journal*, 95 (12) 1424-1427
113. Sarandöl, A., Akkaya, C., Cangür, ř., Mercan, ř., Pirinççi, E., & Kırılı, S. (2007). Ayaktan takip edilen şizofreni hastalarının takip sürelerini etkileyen sosyodemografik, hastalık ve tedaviye ait özellikler. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 17 (1) 15-23
114. Gray, R., Wykes, T. & Gournay, K. (2002). From compliance to concordance: a review of the literature on interventions to enhance compliance with antipsychotic medication. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 9 277-284
115. Drake, R. E. & Wallach, M. A. (1988). Mental patients' attitudes toward hospitalization: a neglect aspect of hospital tenure. *American Journal of Psychiatry*, 145 (1) 29-34

116. Şenelmiş, H. (2006). Ankara Üniversitesi Kriz Merkezi'ne başvuran yas olguları üzerine bir çalışma. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Ankara: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
117. Sezgin, U. (2003). Travma yaşantısı olan kadınlarda grup psikoterapisinin etkinliği (Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde yürütülen bir pilot çalışma. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 40 (3-4) 53-63
118. Toomey, R., Kremen, W. S., Simpson, J. C., Samson, J. A., Seidman, L. J. & Lyons, M. J. (1997). Revisiting the factor structure for positive and negative symptoms: evidence from a large heterogeneous group of psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, 154(3) 371-377
119. Kandylis, D. (2003). Treatment of agitation in the general hospital setting. *Annals of General Hospital Psychiatry*, 2 (1) 53
120. Gülseren, L. (2002). Şizofreni ve aile: güçler, yükler, duygular, gereksinimler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13 (2) 143-151
121. Thoits, P. A. (2005). Differential labeling of mental illness by social status: a new look at an old problem. *Journal of Health and Social Behavior*, 46 102-119
122. Elbozan, B., Kaya, B., Yalvaç, D., Emul, H. M., Kaya, M. & Ünal, S. (2003). Bir üniversite psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören depresyon hastalarının bazı sosyodemografik ve klinik özellikler yönünden incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4 (3) 167-174
123. Asplund, R., Marnetoft, S. U., Selander, J. & Akerström, B.(2005). Sleep in relation to sickness absence, unemployment and place residence. *Sleep and Hypnosis*, 7 (1) 22-28
124. Özgen, F. (2001). Uyku ve uyku bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası*, 5 41-48
125. Varcarolis, E. M. (2006). The schizophrenias. In E. M. Varcarolis, V. B. Carson, N. C. Shoemaker (Ed.), *Foundations of psychiatric mental health nursing a clinical approach* (pp. 631-394). Missouri: Saunders Elsevier
126. Saunders, J. C. & Bryne, M. M. (2002). A thematic analysis of families living with schizophrenia. *Archives of Psyvhiatric Nursing*, 16 (5) 217-223
127. Qin, P. & Merete, N. (2005). Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: evidence based on longitudinal registers. *Archives of General Psychiatry*, 62 (4) 427-432

128. Taşkın, E. O., Şen, F. S. Aydemir, Ö., Demet, M. M., Özmen, E. & İçelli, İ. (2002). Türkiye’de kırsal bir bölgede yaşayan halkın şizofreniye ilişkin tutumları. *Klinik Psikiyatri*, 13 (3) 205-214
129. Yıldız, A., Onur, E., Turgut, K. & Tunca, Z. (2003). Bir üniversite hastanesi psikiyatri kliniğinde hasta yatış sürelerini etkileyen faktörler. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 13 (3) 122-128
130. Tuna, A. (1999). Akıl hastalarının sosyal red durumunun hasta ailesi üzerindeki etkilerinin araştırılması. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 12 (3) 55-61
131. Ekenstam, C. R. (1997). Perceived coercion and attitudes toward psychiatric hospitalization. *A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy in the Discipline of Psychology*. USA: The University of Tulsa Graduate School
132. Östman, M. (2004). Family burden and participation in care: differences between relatives of patients admitted to psychiatric care for the first time and relatives of re-admitted patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11 608-613
133. Gove, W. R. (2004). The career of mentally ill: an integration of psychiatric, labeling/social construction, and lay perspectives. *Journal of health and social behaviour*, 45 (4) 357-375
134. Brems, C., Johnson, S. C., Podunovich, A. & Burns, R. (2004). Consumer perspectives on services needed to prevent psychiatric hospitalization. *Administration and Policy in Mental Health*, 32 (1) 57-61
135. Goethe, J. W., Dornelas, E. A. & Fischer, E. H. (1996). A cluster analytic study of functional outcome after psychiatric hospitalization. *Comprehensive Psychiatry*, 37 (2) 115-121
136. Auslander, L. A. & Jeste, D. V. (2002). Perceptions of problems and needs for service among middle-aged and elderly outpatients schizophrenia and related psychotic disorders. *Community Mental Health Journal*, 38 (5) 391-402
137. Sağlık Bakanlığı (2006). *Türkiye Cumhuriyeti Ruh Sağlığı Politikası*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. ss: 27



## ÖZGEÇMİŞ

Nimet Saygın, 1976 yılında Burdur'da doğdu. İlk ve orta öğrenimini Burdur'da tamamladı. 1994 yılında Burdur Sağlık Meslek Lisesi'nden mezun olduktan sonra, aynı yıl Sağlık Bakanlığı bünyesinde hemşire olarak, Muğla Devlet Hastanesi'nde çalışma yaşamına başladı. 1997 yılında Muğla Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü'nden, 2001 yılında ise Akdeniz Üniversitesi Antalya Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümünden mezun oldu. 2004 yılında Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'ne bağlı Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programını kazanarak eğitimine başladı. Halen hemşire olarak Antalya Devlet Hastanesi'nde görevini sürdürmektedir. Yabancı dili İngilizcedir.

EKLER

HASTA VE YAKINLARININ BAKIŞ AÇISIYLA  
PSİKİYATRİK YATIŞIN NEDENLERİ

Sayın Katılımcı,

Ben Nimet Saygın. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisiyim. Ruhsal sorunları olan bireylerin hastaneye yatış nedenlerini araştıran bir çalışma yapıyorum. Bu amaç doğrultusunda, hastaların ve yakınlarının cevaplayacağı 2 farklı soru kâğıdı hazırladım. Sorular yüz yüze konuşma şeklinde cevaplandırılacak ve ortalama 20 dakikanızı alacaktır. Araştırmanın sonuçlarının ruhsal yönden tedavi gören hastalar, yakınları ve bu hastaların bakımını sürdüren sağlık ekibi üyelerine yararlı olacağını düşünüyorum. Sizden alınacak olan tüm bilgiler bilimsel bir araştırmaya veri olarak kullanılacak ve gizli tutulacaktır. Hiçbir şekilde isminiz kayıt edilmeyecektir. Araştırmaya gönüllü olarak katılmanız ve istediğiniz zaman araştırmadan çıkma hakkınız vardır.

Katılımınız için teşekkür ederim.

NİMET SAYGIN  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği  
Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

Katılımcının imzası

**HASTALARIN BAKIŞ AÇISIYLA PSİKİYATRİK  
YATIŞ NEDENLERİNİN BELİRLENMESİNE YÖNELİK FORM**

Hastanın Dosya No:

Hastanın Tanısı:

Anket No:

1. Cinsiyetiniz

( ) 1. Kadın

( ) 2. Erkek

2. Yaşınız: .....

3. Medeni durumunuz:

( ) 1. Evli

( ) 2. Bekar

( ) 3. Eşi ölmüş

( ) 4. Boşanmış

( ) 5. Diğer (.....)

4. Çocuk sayınız: .....

5. Eğitim durumunuz:

( ) 1. Okur-yazar değil

( ) 2. Okur-yazar

( ) 3. İlkokul

( ) 4. Ortaöğretim

( ) 5. Yükseköğretim

6. Mesleğiniz: .....

7. Şu anda herhangi bir işte çalıŐıp alıŐmadıĐınız:

1. alıŐıyor  
 2. Çalışmıyor

8. Aile tipiniz:

1. Çekirdek  
 2. Geniş  
 3. Parçalanmış  
 4. Diğer (.....)

9. Sosyal güvenceniz:

1. Yok  
 2. Yeşil Kart  
 3. SSK  
 4. Emekli Sandığı  
 5. Bağ-kur  
 6. Diğer (.....)

10. Aylık geliriniz: .....YTL

11. Oturduğunuz yer:

1. Antalya ili Şehir içi  
 2. Antalya ili Şehir dışı  
 3. Antalya dışı il  
 4. Antalya dışı ilçe/köy

12. Hastalığınızın ismini biliyor musunuz?

1. Biliyor  
 2. Bilmiyor

13. Bu rahatsızlığınız ne zaman başladı? .....

14. Bu hastalığınızın dışında başka bir hastalığınız var mı?

( ) 1. Evet (15. sorudan devam ediniz)

( ) 2. Hayır (16. sorudan devam ediniz)

15. Hastalığınızın adı nedir açıklar mısınız?

.....  
.....

16. Hastaneye yatmadan önce ilaç kullanıyor muydunuz?

( ) 1. Evet

( ) 2. Hayır

17. İlaçlarınızı nasıl kullanıyordunuz, açıklar mısınız?

(İlaçlarınızı doktorunuzun önerdiği miktarda ve sürede kullanıyor muydunuz, açıklar mısınız ?)

.....  
.....

18. Son günlerde ailenizde sizi etkileyen önemli bir olay yaşandı mı?

( ) 1. Evet ( 19. sorudan devam ediniz)

( ) 2. Hayır ( 20. sorudan devam ediniz)

19. Yaşadığınız olayı birkaç cümleyle açıklar mısınız?

.....  
.....

20. Psikiyatri kliniğine kaçınıcı yatışınız?.....

21. Hastaneye nasıl yatırıldınız?

( ) 1. Gönüllü

( ) 2. Gönülsüz

( ) 3. Diğer (.....)

22. Hastaneye kim tarafından getirildiniz? .....

23. Sizce hastaneye yatmanız gereklimiydi?

( ) 1. Evet (24. sorudan devam ediniz)

( ) 2. Hayır (25. sorudan devam ediniz)

24. Sizce hastaneye yatmanız neden gerekiyordu? ( Hastaneye hangi nedenlerden dolayı yatırıldınız/ yattınız? )

.....  
.....

25. Sizce hastaneye yatmanız neden gerekli değildi?

.....  
.....

26. Sizce hastaneye yatırılmadan tedavi edilebilir miydiniz?

( ) 1. Evet (27. sorudan devam ediniz)

( ) 2. Hayır (28. sorudan devam ediniz)

27. Sizce hastaneye yatırılmadan nasıl tedavi edilebilirdiniz?

.....  
.....

28. Hastanede yattığınız sürece hemşirelerden neler bekliyorsunuz?

.....  
.....

29. Hastanede yattığınız sürece doktorlardan neler bekliyorsunuz?

.....  
.....

30. Bu yatışın size yarar sağlayacağına inanıyor musunuz?

1. İnanıyorum  
 2. İnanmıyorum  
 3. Diğer (.....)

31. Bunun nedenlerini birkaç cümleyle açıklar mısınız?

.....  
.....

32. Taburcu olmanız için hangi sorunlarınızın çözümlenmesini bekliyorsunuz?

.....  
.....

33. Sizce bu hastalıkların tedavisi için hastanelerin dışında ne tür kurumlara ihtiyaç vardır?

.....  
.....

34. Eklemek istediğiniz bir şey var mı?

.....  
.....

Katılımınız için teşekkür ederim



**EK:I-B**

HASTA YAKINLARININ BAKIŞ AÇISIYLA PSİKİYATRİK  
YATIŞ NEDENLERİNİN BELİRLENMESİNE YÖNELİK FORM

Hastanın Dosya No:

Hastanın Tanısı:

Anket No:

1. Cinsiyetiniz

1. Kadın

2. Erkek

2. Yaşınız: .....

3. Medeni durumunuz:

1. Evli

2. Bekar

3. Eşi ölmüş

4. Boşanmış

5. Diğer (.....)

4. Çocuk sayınız: .....

5. Eğitim durumunuz: .....

1. Okur-yazar değil

2. Okur-yazar

3. İlkokul

4. Ortaöğretim

5. Yükseköğretim

6. Mesleğiniz: .....

7. Aile tipiniz:

- 1. Çekirdek
- 2. Geniş
- 3. Parçalanmış
- 4. Diğer (.....)

8. Sosyal güvenceniz:

- 1. Yok
- 2. Yeşil Kart
- 3. SSK
- 4. Emekli Sandığı
- 5. Bağ-kur
- 6. Diğer (.....)

9. Aylık geliriniz: .....YTL

10. Oturduğunuz yer:

- 1. Antalya ili şehir içi
- 2. Antalya ili şehir dışı
- 3. Antalya dışı il
- 4. Antalya dışı ilçe/köy

11. Hastaya yakınlık dereceniz: .....

12. Hastanız hastaneye yatmadan önce ilaç kullanıyor muydu?

- 1. Evet
- 2. Hayır

13. Hastanız ilaçlarını düzenli olarak kullanıyor muydu?

- 1. Evet ( 14. sorudan devam ediniz)
- 2. Hayır ( 15. sorudan devam ediniz)

14. İlaçlarını neden düzenli kullanıyordu?

.....  
.....

15. İlaçlarını neden düzenli kullanmıyordu?

.....  
.....

16. Hastanız hastaneye yatırılırken direnç gösterdi mi?

.....

17. Hastanız hastaneye kim tarafından getirildi? .....

18. Sizce hastanız hastaneye hangi nedenlerden dolayı yatırıldı?

.....  
.....

19. Sizce hastanızın hastaneye yatması gereklimiydi?

- ( ) 1. Evet (20. sorudan devam ediniz)  
( ) 2. Hayır (21. sorudan devam ediniz)

20. Sizce hastanızın hastaneye yatması neden gerekliydi?

.....  
.....

21. Sizce hastanızın hastaneye yatması neden gerekli değildi?

.....  
.....

22. Sizce hastanız hastaneye yatırılmadan da tedavi edilebilir miydi?

( ) 1. Evet (23. sorudan devam ediniz)

( ) 2. Hayır (24. sorudan devam ediniz)

23. Sizce hastanız hastaneye yatırılmadan nasıl tedavi edilebilirdi?

.....  
.....

23. Hastanız hastaneye yattığı sürece hemşirelerden neler bekliyorsunuz?

.....  
.....

25. Hastanız hastaneye yattığı sürece doktorlardan neler bekliyorsunuz?

.....  
.....

26. Bu yatışın hastanıza yarar sağlayacağına inanıyor musunuz?

( ) 1. İnanıyorum

( ) 2. İnanmıyorum

27. Bunun nedenlerini birkaç cümleyle açıklar mısınız?

.....  
.....

28. Sizce hastanızın taburcu olması için hangi sorunlarının çözümlenmesini bekliyorsunuz?

.....  
.....

28. Hastanızın hastane ya da benzeri bir kurumda sürekli barındırılmasını ister misiniz?

( ) 1. İsterim

( ) 2. İstemem

30. Bunun nedenlerini birkaç cümleyle açıklar mısınız ?

.....  
.....

31. Sizce hastanelerde verilen bakım ve tedavi yeterli mi ?

.....  
.....

32. Sizce bu hastalıkların tedavisi için hastanelerin dışında ne tür kurumlara ihtiyaç vardır?

.....  
.....

33. Eklemek istediğiniz bir şey var mı?

.....  
.....

Katılımınız için teşekkür ederim