

PSİKİYATRİ KLİNİĞİNDE YATAN HASTALARDAKİ KOMORBİD SOMATİK HASTALIKLAR

Comorbid Somatic Illnesses in Psychiatric Inpatients

Süleyman Demir¹, Mahmut Bulut¹, Aslıhan Okan İbiloğlu¹, Mehmet Güneş¹,
Şeref Şimşek², Aytekin Sır¹

¹Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, DİYARBAKIR

²Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, DİYARBAKIR

ÖZ

Amaç: Psikiyatri hastalarındaki fiziksel hastalıklar ihmal edilebilmektedir. Psikiyatri hastalarının ortalama yaşam süresi genel nüfusa göre yaklaşık 25 yıl daha kısadır. Bu somatik semptomlar psikiyatrik hastaların yaşam kalitesini düşürmektedir. Bu çalışmanın amacı psikiyatri hastalarındaki somatik hastalık sıklığını belirlemek ve psikiyatrik tanı ve klinik özellikler ile somatik tanı arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamıza 2015 Ocak-Ekim ayları arasında Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği'nde yatan (n=142) hastalar dahil edilmiştir. Bu hastaların dosyaları geriye dönük olarak taranarak değerlendirilmiştir. Hastaların somatik ve psikiyatrik tanıları hastane kayıt sisteminden ve hasta dosyalarından incelenerek belirlenmiştir.

Bulgular: Kliniğimize yatan hastaların %51.4'ünün somatik hastalığının olduğu görüldü. Somatik hastalıkların yaş ile arttığı saptandı (p<0.05). Somatik hastalıklar ile cinsiyet, psikiyatrik tanı, elektrokonvulsif tedavi (EKT), yatış süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmedi (p>0.05).

Sonuç: Çalışmamızda psikiyatrik hastalıklara yüksek oranda somatik hastalıkların eşlik ettiği ve bu somatik hastalıkların daha çok endokrinolojik ve nörolojik hastalıklar olduğu belirlenmiştir. Psikiyatri hastaları toplum tarafından etiketlenmekte, sağlık hizmetlerinden faydalanma olanağı daha düşük olmaktadır. Bu hasta grubunda, somatik hastalık belirtileri açısından daha duyarlı olunmasının morbidite ve mortaliteyi azaltabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar kelimeler: Psikiyatrik hastalık, yatan hasta, komorbidite, somatik hastalık.

ABSTRACT

Aim: It is known that, the physical diseases in psychiatric patients are ignored. The mean life expectancy of psychiatric patients are approximately 25 years lesser than the general population. These somatic symptoms can decrease quality of life of in those patients. This study's aim is to determine the frequency of the somatic disease in the psychiatry patients and to evaluate the relationship among the somatic diagnoses and the psychiatric diagnoses and clinic characteristics.

Material and Methods: This study used a retrospective design and 142 participants enrolled who hospitalized to our psychiatry inpatient department of Dicle University Hospital, in Diyarbakir, between January and October, 2015. Somatic and psychiatric diagnosis were determined by investigating the hospital data system and medical files of the patients.

Results: In all, 51.4% of patients had complaint of somatic diseases. Increased somatic diseases were significantly correlated with the growing age (p<0.05). There were no significant differences between the somatic diseases and the gender, psychiatric diagnosis, electroconvulsive therapy (ECT), length of stay (p>0.05).

Conclusion: As a result, we found that somatic diseases particularly endocrinologic and neurological diseases were highly accompanied to psychiatric disorders. They can be stigmatized by the many communities as well as lesser rate asking for help to their somatic symptoms. In our opinion, if becoming to more sensitive in terms of somatic diseases' symptoms for psychiatric patients may be reduced to patients' morbidity and mortality.

Key words: Psychiatric disease, inpatient, comorbidity, somatic disease

Gönderme tarihi / Received: 30.12.2015 **Kabul tarihi / Accepted:**08.03.2016

İletişim: Yrd.Doç.Dr. Süleyman DEMİR Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D., DİYARBAKIR

Tel: 0-506-4972567 E-posta: drsuleymandemir@hotmail.com

GİRİŞ

Psikiyatri hastalarındaki fiziksel hastalıklar ihmal edilebilmektedir. Hastaların kendisini iyi ifade edememesi, sağlık çalışanlarının psikiyatrik hastalara önyargılı tutumu ve psikiyatristlerin de somatik hastalıklara yeterince duyarlı olmaması nedeniyle psikiyatri hastalarının fiziksel sağlığı ihmale uğramaktadır (1). Göz ardı edilen bu somatik hastalıklar nedeniyle psikiyatri hastaların hem genel tıbbi durumu daha fazla bozulmakta hem de psikiyatrik bozukluğunun şiddeti artmaktadır (2,3).

Psikiyatri hastalarının ortalama yaşam süresi genel nüfusa göre yaklaşık 25 yıl daha kısadır. Hastaların birçoğunda yaşam kalitesini ve süresini azaltabilen önemli bir somatik hastalık bulunabilmektedir (4,5). Psikiyatri hastalarının gerektiği kadar sağlık hizmeti almaması, olumsuz yaşam ve sağlık koşullarına bağlı olarak ortaya çıkan fiziksel hastalıklar nedeniyle yaşam süresini kısaltmaktadır (6). Psikiyatri hastalarının yaşam süresini azaltan somatik hastalıkların diyabet, obezite, serebro vasküler ve kardiyovasküler hastalıklar olduğu gösterilmiştir (7-9). Yapılan bir çalışmada toplumda bilinenin aksine psikiyatri hastalarının ölüm sebebinin kaza ya da intihardan daha çok enfeksiyon ya da solunumsal hastalıklar gibi somatik hastalıklar olduğu saptanmıştır (10).

Ruhsal bozukluğu olan hastalarda fiziksel hastalıkların prevalansını araştıran çalışmalarda fiziksel hastalık oranı %4-58 arasında değişmektedir (2, 11, 12). Ülkemizde yatarak tedavi gören psikiyatri hastalarında somatik hastalık sıklığının %38 olduğu ve daha çok endokrin hastalıkların görüldüğü belirlenmiştir (13).

Psikiyatrik hastalıklara eşlik eden somatik hastalıklar ile ilişkili birçok çalışma yapılmış olsa

da ülkemizde bu konuda yapılan çalışmalar kısıtlıdır. Bu çalışmanın amacı psikiyatri hastalarındaki somatik hastalık sıklığını belirlemek ve psikiyatrik tanılar ve klinik özellikler ile somatik tanılar arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Verilerin Toplanması

Çalışmamıza 2015 Ocak-Ekim ayları arasında Dicle Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde yatan hastalar dahil edilmiştir. Bu tarihler arasında kliniğimize yatan hastaların verileri hem hastane kayıt sisteminden hem de hasta dosyalarından geriye dönük olarak taranmış; hastaların yaş, cinsiyet, yatış süreleri, elektrokonvulsif tedavi (EKT) uygulanıp uygulanmadığı, uygulandı ise EKT sayısı, psikiyatrik tanıları, komorbid psikiyatrik ve somatik tanıları incelenmiştir.

Birden fazla yatışı olan hastaların son yatışı değerlendirmeye alınmıştır. Çalışmada elde edilmek istenen veri, somatik hastalık sıklığını belirlemek olduğu için diğer yatışlar verilere dahil edilmemiştir. Gününbirlik yatışla EKT yapılan hastalar çalışma dışı bırakılmıştır. Ayrıca 5 günden kısa süreli yatışı olanlar, tanısı netleştirilmeden kendi isteği ile taburcu olmak isteyen hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir. Hastaların somatik tanıları; endokrinolojik, nörolojik, dermatolojik, kardiyovasküler, gastroenterolojik, travma, enfeksiyon, nefrolojik, hematolojik, pulmoner, romatolojik ve jinekolojik başlıkları altında toplanmıştır. Çalışma için gerekli idari izinler ve yerel etik kurul onayı alınmıştır.

İstatistiksel Analiz

Verilerin analizinde SPSS 15.0 istatistik paket programı kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin, sıklıklarının ve oranlarının karşılaştırılmasında Ki-kare testi uygulanmıştır. Değişkenlerin normal dağılımda olup olmadığı kontrol edildi. İki grubun normal dağılım gösteren değişkenlerinin ortalamalarının karşılaştırılmasında t testi kullanılırken normal dağılım göstermeyen değişkenlerin ortalamasının karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Sürekli veriler ortalama±standart sapma ile verilmiştir. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0.05$ değeri alınmıştır.

BULGULAR

Kliniğimizde 2015 Ocak-Ekim ayları arasında 142 hasta yatarak tedavi gördü. Yatan hastaların yaş, cinsiyet, yatış süresi, EKT uygulanıp uygulanmadığı, EKT sayısı, psikiyatrik tanıları, psikiyatrik komorbid tanıları, somatik tanıları ve somatik komorbid tanıları tablo 1’de verilmiştir. Cinsiyet ile psikiyatrik tanı, psikiyatrik komorbid tanı, somatik tanı ve somatik komorbid dağılımı arasındaki ilişki değerlendirildi. Psikiyatrik tanılardan majör depresif bozukluk (MDB), bipolar afektif bozukluk (BAB) ve şizofreni dışındaki tanıların sayılarının kısıtlılığı nedeniyle ‘diğer’ başlığı altında toplandı. Psikiyatrik komorbid tanılardan ise MDB ve anksiyete bozukluğu dışındaki tanıların ‘diğer’ başlığı altında toplandı. Somatik tanı grubundan endokrinolojik ve nörolojik tanıların haricindeki hastalıklar ‘diğer’ tanı grubu olarak adlandırıldı. Somatik komorbid tanıların kısıtlı sayıda bulunması nedeniyle ‘somatik komorbid tanı var’ ve ‘somatik komorbid tanı yok’ olarak iki gruba ayrıldı.

Tablo 1. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler.

	Ortalama ± SS	
Yaş (Yıl)	36.1±14.0	
Yatış Süresi (Gün)	30.6±18.5	
EKT Sayısı	7.7±3.3	
	N (%)	
Cinsiyet	Kadın	71 (50.0)
	Erkek	71 (50.0)
EKT	Var	43 (30.3)
	Yok	99 (69.7)
Psikiyatrik Tanı	Şizofreni	45 (31.7)
	Bipolar Bozukluk	45 (31.7)
	Major Depresif Bozukluk	32 (22.5)
	Obsesif Kompulsif Bozukluk	4 (2.8)
	Şizoafektif Bozukluk	3 (2.1)
	Somatoform Bozukluk	3 (2.1)
	Alkol Kullanım Bozukluğu	2 (1.4)
	Madde Kullanım Bozukluğu	2 (1.4)
	Beyin Hasarına Bağlı Mental Bozukluk	2 (1.4)
	Anoreksiya Nervoza	2 (1.4)
	Zeka Geriliği	2 (1.4)
	Somatik Tanı	Yok
Endokrin		21 (14.8)
Nörolojik		19 (13.4)
Kardiyovasküler		6 (4.2)
Gastroenterolojik		6 (4.2)
Dermatolojik		6 (4.2)
Travma		5 (3.5)
Enfeksiyon		3 (2.1)
Nefrolojik		2 (1.4)
Hematolojik		2 (1.4)
Pulmoner		1 (0.7)
Romatolojik		1 (0.7)
Jinekolojik		1 (0.7)
Somatik Komorbid Tanı	Yok	115 (81.0)
	Nefrolojik	4 (2.8)
	Dermatolojik	4 (2.8)
	Kardiyovasküler	3 (2.1)
	Endokrin	3 (2.1)
	Pulmoner	3 (2.1)
	Travma	3 (2.1)
	Gastroenterolojik	3 (2.1)
	Enfeksiyon	2 (1.4)
	Hematolojik	2 (1.4)

Tablo 2. Cinsiyet ile Psikiyatrik Tanı, Psikiyatrik Komorbid Tanı, Somatik Tanı ve Somatik Komorbid Tanı Dağılımı Arasındaki İlişki.

		Kadın N (%)	Erkek N (%)	X ² /p
Psikiyatrik Tanı	Şizofreni	15 (21.1)	30 (42.3)	
	Bipolar Bozukluk	25 (35.2)	20 (28.2)	8.7
	Major Depresif Bozukluk	21 (29.6)	11 (15.5)	0.034*
	Diğer	10 (14.1)	10 (14.1)	
Psikiyatrik Komorbid Tanı	Yok	49 (69.0)	49 (69.0)	
	Anksiyete Bozukluğu	9 (12.7)	6 (8.5)	2.4
	Major Depresif Bozukluk	7 (9.9)	5 (7.0)	0.493
	Diğer	6 (8.5)	11 (15.5)	
Somatik Tanı	Yok	34 (47.9)	35 (49.3)	
	Endokrin	11 (15.5)	10 (14.1)	0.8
	Nörolojik	11 (15.5)	8 (11.3)	0.847
	Diğer	15 (21.1)	18 (25.4)	
Somatik Komorbid Tanı	Yok	58 (81.7)	57 (80.3)	0.046
	Var	13 (18.3)	14 (19.7)	0.831

*p<0.05 istatistiksel olarak anlamlılık

Cinsiyet ile psikiyatrik tanı dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p=0.034). Erkeklerde şizofreni ön planda iken kadınlarda duygu durum bozukluklarının daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Cinsiyet ile psikiyatrik komorbid tanı, somatik tanı ve somatik komorbid tanı dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığını göstermektedir (Tablo2). EKT uygulanıp uygulanmaması ile psikiyatrik tanı, psikiyatrik

komorbid tanı, somatik tanı ve somatik komorbid tanı dağılımı arasındaki ilişki değerlendirildi. EKT uygulanması ile psikiyatrik tanı dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenirken (p=0.001) psikiyatrik komorbid tanı, somatik tanı ve somatik komorbid tanı dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığını göstermektedir (Tablo 3).

Psikiyatrik tanı ile somatik tanı ve komorbid somatik tanı dağılımı arasındaki ilişki değerlendirildi. İstatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı. Benzer şekilde psikiyatrik komorbid tanı ile somatik tanı ve komorbid somatik tanı dağılımı arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı görüldü. (Tablo 4).

Kliniğimizde yatan hastalar somatik hastalığı olanlar ve olmayanlar olarak iki gruba ayrıldı. Somatik hastalık ile yaş, yatış süresi ve EKT sayısı arasındaki ilişki değerlendirildi. Somatik hastalığı olanların (N=73) yaş ortalaması 39.3±15.5 yıl iken somatik hastalığı

olmayanların (N=69) 32.7±11.5 yıl idi. Somatik hastalığı olanların yaş ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görüldü (t=-2.9, p=0.004). Somatik hastalığı olanların (N=73) yatış süresi 32.1±18.9 gün iken somatik hastalığı olmayanların (N=69) 29.1±18.1 gün idi. Somatik hastalığı olanların (N=18) EKT sayısı 8.0±3.7 iken somatik hastalığı olmayanların (N=25) 7.4±3.0 idi. Somatik hastalık ile yatış süresi ve EKT sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık izlenmedi (sırasıyla t=-1.0, p=0.339; z=-0.5, p=0.617).

Tablo 3. EKT ile Psikiyatrik Tanı, Psikiyatrik Komorbid Tanı, Somatik Tanı ve Somatik Komorbid Tanı Dağılımı Arasındaki İlişki.

		EKT (+) N (%)	EKT (-) N (%)	χ^2/p
Psikiyatrik Tanı	Şizofreni	4 (9.3)	41 (41.4)	
	Bipolar Bozukluk	18 (41.9)	27 (27.3)	15.9
	Major Depresif Bozukluk	15 (34.9)	17 (17.2)	0.001*
	Diğer	6 (14.0)	14 (14.1)	
Psikiyatrik Komorbid Tanı	Yok	30 (69.8)	68 (68.7)	
	Anksiyete Bozukluğu	5 (11.6)	10 (10.1)	0.2
	Major Depresif Bozukluk	3 (7.0)	9 (9.1)	0.972
	Diğer	5 (11.6)	12 (12.1)	
Somatik Tanı	Yok	25 (58.1)	44 (44.4)	
	Endokrin	2 (4.7)	19 (19.2)	5.7
	Nörolojik	5 (11.6)	14 (14.1)	0.125
	Diğer	11 (25.6)	22 (22.2)	
Somatik Komorbid Tanı	Yok	37 (86.0)	78 (78.8)	1.0
	Var	6 (14.0)	21 (21.2)	0.311

*p<0.05 istatistiksel olarak anlamlılık

Tablo 4. Psikiyatrik Tanı ve Psikiyatrik Komorbid Tanı ile Somatik Tanı ve Komorbid Somatik Tanı Dağılımı Arasındaki İlişki.

Psikiyatrik Tanı		MDB	BB	Şizofreni	Diğer	χ^2/p
Somatik Tanı	Yok	17 (53.1)	20 (44.4)	23 (5.1)	9 (45.0)	
	Endokrinolojik	6 (18.8)	6 (13.3)	8 (17.8)	1 (5.0)	6.9
	Nörolojik	2 (6.3)	9 (20.0)	4 (8.9)	4 (20.0)	0.652
	Diğer	7 (21.9)	10 (22.2)	10 (22.2)	6 (30.0)	
Somatik Komorbid Tanı	Yok	27 (84.4)	33 (73.3)	40 (88.9)	15 (75.0)	4.2
	Var	5 (15.6)	12 (26.7)	5 (11.1)	5 (25.0)	0.237
Psikiyatrik Komorbid Tanı		Yok	MDB	Anksiyete	Diğer	χ^2/p
Somatik Tanı	Yok	50 (51.0)	4 (33.3)	7 (46.7)	8 (47.1)	
	Endokrinolojik	16 (16.3)	0 (0.0)	2 (13.3)	3 (17.6)	8.7
	Nörolojik	14 (14.3)	2 (16.7)	2 (13.3)	1 (5.9)	0.467
	Diğer	18 (18.4)	6 (50.0)	4 (26.7)	5 (29.4)	
Somatik Komorbid Tanı	Yok	80 (81.6)	9 (75.0)	12 (80.0)	14 (82.4)	0.3
	Var	18 (18.4)	3 (25.0)	3 (20.0)	3 (17.3)	0.953

TARTIŞMA

Çalışmamızın en önemli bulgusu kliniğimize yatan psikiyatri hastalarının yarısından fazlasının (%51.4) somatik hastalığının olduğunun belirlenmesidir. Ayrıca yatan hastaların yaklaşık 1/5'inin ikinci bir somatik tanısı mevcuttu. Madsen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ruhsal bozukluğu olan hastaların %50'sinde somatik bir hastalık saptanmıştır (14). Yine benzer şekilde yapılan bir çalışmada yatan psikiyatri hastalarının %62'sinde somatik hastalık tespit edilmiştir (15). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise ruhsal bozukluk nedeniyle yatarak tedavi gören

hastaların %38'inde bir veya birden çok somatik hastalık saptanmıştır (13). Yapılan çalışmalarda ruhsal hastalıklara yüksek oranda somatik hastalıkların eşlik etmesi çalışmamızın verileri ile uyumludur. Ruhsal bozukluğu olan kişilerde yüksek oranda somatik hastalığın varlığı, biyopsikososyal modele göre hastaların değerlendirilmesi gerektiği görüşünü desteklemektedir. Çünkü somatik rahatsızlıklar ruhsal hastalıklara neden olabileceği gibi ruhsal bozukluklar da somatik hastalıklara neden olabilir. Ayrıca bu durum psikiyatri hastalarının öz bakımının düşük olması, sağlık

hizmetlerinden yeterince faydalanmamaları ve fiziksel belirtilerine hekimlerin zaman zaman duyarsız kalması ile ilişkili olabilir.

Çalışmamızda ruhsal rahatsızlıklara eşlik eden somatik tanılarının büyük çoğunluğunun endokrinolojik ve nörolojik hastalıklar olduğu tespit edilmiştir. Psikiyatri hastalarının somatik hastalıklarının başında diyabet, kardiyovasküler hastalıklar ve obezite gelmektedir (7). Morbidite ve mortaliteyi etkileyen olayların başında ise serobrovasküler hastalıklar ve miyokard enfarktüsü gelmektedir (8). Kısa ve ark. yaptığı çalışmada psikiyatrik hastalıklara daha çok endokrinolojik, hematolojik ve nörolojik hastalıkların eşlik ettiğini saptamıştır (13). Geniş ölçekli bir çalışmada psikiyatri hastalarının en sık somatik tanıları arasında vasküler, endokrin ve nörolojik hastalıklar olduğu belirtilmiştir (16). Afrika'da yapılan bir çalışmada ise ruhsal rahatsızlıklara daha çok hipertansiyon, epilepsi, solunum yolu enfeksiyonları ve yaralanmalar eşlik etmektedir (17). Yapılan birçok çalışmada ruhsal rahatsızlıklara daha çok endokrin, kardiyovasküler ve nörolojik hastalıkların eşlik ettiği saptanmıştır (18-21). Ülkemizde psikiyatri kliniğinde yatan hastalardan istenen konsültasyonların incelendiği bir çalışmada en çok nöroloji bölümünden konsültasyon istendiği saptanmıştır (22). Psikiyatri hastalarında hipotiroidi ve diyabet gibi endokrinolojik hastalıkların sık görülmesi hem endokrin hastalıkların psikiyatrik hastalıkları tetiklemesi hem de psikiyatrik tedavilerin endokrin hastalıklara neden olması ile ilişkili olabileceğini düşünmekteyiz. Nörolojik hastalıkların psikiyatrik hastalıklara sık eşlik etmesi nörolojik ve psikiyatrik hastalıkların serebral hastalıklar olması ile ilişkili olabilir.

Psikiyatrik tanı dağılımı ile somatik tanı dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı. Ruhsal bozukluklara eşlik eden somatik hastalıklara bakıldığında, hastaların hemen her kategoriden tanı aldıkları bulunmuştur (23, 24). Çalışmamızla uyumlu olarak ülkemizde yapılan bir çalışmada ruhsal bozukluk tanı grupları ile somatik hastalık tanısı arasında bir ilişki bulunmamıştır (13). Yapılan bir çalışmada ise depresif bozukluk tanısı konulan hastalarda somatik hastalık oranı daha yüksek bulunmuş ve bunu sırasıyla bipolar bozukluk ve şizofreni tanısı konulan hastalar takip etmiştir (25). Friedrich ve ark. yaptığı çalışmada şizofreni hastalarında en sık görülen komorbid somatik tanılar, endokrin ve metabolik hastalıklar iken duygulanım bozuklukları olanlarda ise damar hastalıkları, endokrin ve metabolik hastalıklar olarak belirlenmiştir (16). Yapılan çalışmalarda psikiyatrik tanı ile somatik tanı arasında net bir ilişki ortaya konamamıştır. Psikiyatrik tanılar ile somatik tanı dağılımı arasında bir ilişki saptanmaması kliniğimizin üçüncü basamak bir hastanede yer alması dolayısı ile daha komplike hastaların yatıyor olması ile açıklanabilir.

Cinsiyet ile somatik tanı dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı görüldü. Yapılan çalışmalarda psikiyatri kliniğinde yatan erkek hastalarda kadın hastalara göre daha fazla travma ve solunum yolu enfeksiyonları olduğu saptanmıştır (17, 26, 27). Başka bir çalışmada kadınlarda fiziksel hastalık sıklığı daha yüksek bulunmuştur (25). Ekici ve arkadaşları yaptıkları çalışmada intihar edenlerde fiziksel hastalık sıklığının kadınlarda daha fazla olduğunu saptamışlardır (28). Çalışmamızda endokrinolojik ve nörolojik hastalıklar haricindeki somatik tanılar

istatistiksel değerlendirmeye elverişli değildi. Çalışmamızda cinsiyet ile somatik tanı dağılımı arasında ilişki bulunamaması hasta sayısının kısıtlı olması ile ilişkili olabilir.

EKT uygulanıp uygulanmaması ve uygulanan EKT sayısı ile somatik tanı dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı. EKT'nin kesin bir kontrendikasyonu yoktur. Bazı rölatif durumlar haricinde EKT güvenle uygulanmaktadır (29). Ayrıca psikiyatrik hastalıklarda tanıya göre sabit bir EKT uygulama sayısı bulunmamaktadır (30). Yapılan bazı çalışmalarda tanılara göre EKT sayısı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (31, 32). Çalışmamızda somatik hastalık tanılarına göre EKT uygulanmasında ve sayısında fark çıkmaması EKT'nin güvenilir bir yöntem olması ayrıca geniş uygulama alanı olması ile açıklanabilir.

Somatik hastalığı olanların yaş ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görüldü. Rabinowitz ve arkadaşları ruhsal bozukluğa eşlik eden somatik hastalık sıklığının yaş ile arttığını bildirmişlerdir (33). Başka bir çalışmada 35 yaş üstü hastalarda somatik hastalık sıklığı daha yüksek bulunmuştur (25). Kısa ve ark. yaptığı bir çalışmada psikiyatrik hastalarda yaşlara göre fiziksel hastalık sıklığında bir farklılık saptanmamıştır (13). Yapılan çalışmalar yaşla somatik hastalığın artması açısından çalışmamızı desteklemektedir. Yaşla somatik hastalık görülme sıklığının artması genel popülasyonla uyumlu bir durumdur.

Somatik hastalık ile yatış süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık izlenmedi. Yapılan çalışmalarda ruhsal bozukluk ile somatik hastalık birlikteliğinin hastanede daha uzun süre kalmaya yol açtığı gösterilmiştir (23, 34, 35). Birimimiz üçüncü basamak sağlık hizmeti

veren bir kurumdur. Bu nedenle daha dirençli hasta grubu kliniğimizde yatmaktadır. Bu durum somatik hastalığı olanlar ve olmayanların yatış süresinin benzer olmasını açıklayabilmektedir.

Çalışmamızda psikiyatrik komorbid tanılarının daha çok anksiyete bozukluğu ve MDB olduğu görüldü. Yapılan çalışmalarda, çalışmamızla uyumlu olarak psikiyatrik bozukluklara sıklıkla anksiyete bozuklukları başta olmak üzere depresif bozuklukların da eşlik ettiği gösterilmiştir (36-38). Ayrıca Kadınlarda MDB, erkeklerde şizofreni istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek görülmekteydi. Depresyonun yaşam boyu yaygınlığının kadınlarda daha yüksek olması (39), şizofreninin sıklık ve yaygınlığının eskiden kadın ve erkek arasında benzer olduğu söylene de son çalışmaların erkeklerde daha fazla görüldüğünü bildirmesi, ayrıca şizofreninin erkeklerde daha erken yaşlarda başlaması bu veriyi desteklemektedir (40).

Çalışmamızın geriye dönük bir çalışma olması ve verilerin dosya bilgilerine dayanması, hasta sayısının az olması önemli kısıtlılıklarımızdandır. Ayrıca birimimizin üçüncü basamak sağlık hizmeti veren bir kurum olması nedeni ile daha dirençli hasta grubunun verilerinin paylaşımı ve sadece yatan hastaların çalışmaya dahil edilmesi de kısıtlılıklarımız arasında sayılabilir.

Sonuç olarak, Çalışmamızda psikiyatrik hastalıklara yüksek oranda somatik hastalıkların eşlik ettiği ve bu somatik hastalıkların daha çok endokrinolojik ve nörolojik hastalıklar olduğu belirlenmiştir. Psikiyatri hastalarının somatik hastalıklarına yönelik yapılacak çalışmalar psikiyatristlerin sorumluluklarının farkındalığını arttırması açısından önemlidir. Kendini ifade etmekte zorlanan, toplum tarafından

etiketlenen ve bu nedenle sağlık hizmetlerinden faydalanma olanağı düşük olan bu hasta grubunda, somatik hastalık belirtileri açısından daha duyarlı olunmasının morbidite ve mortaliteyi azaltabileceğini düşünmekteyiz.

REFERANSLAR

1. Druss BG, Von Esenwein SA, Compton MT, Rask KJ, Zhao L, Parker RM. A randomized trial of medical care management for community mental health settings: The primary care access, referral, and evaluation (PCARE) study. *Am J Psychiatry* 2010;167:151-9.
2. Strain JJ. Consultation-Liaison Psychiatry. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, Sadock BJ, Sadock V, editors. Volume 2. Seventh Edition, USA: Lippincott Williams and Wilkins Press; 2000:1876-1888.
3. Wells KB, Golding JM, Burnam MA. Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical conditions. *Am J Psychiatry* 1988;145:976-81.
4. Gray R, Hardy S, Anderson KH. Physical health and severe mental illness: if we don't do something about it, who will? *International Journal of Mental Health Nursing* 2009;18:299-300.
5. Ludwick JJ, Oosthuizen PP. Screening for and monitoring of cardio-metabolic risk factors in outpatients with severe mental illness in a primary care setting. *African Journal of Psychiatry* 2009;12:287-92.
6. Happell B, Platania-Phung C, Scott D. Placing physical activity in mental health care: A leadership role for mental health nurses. *International Journal of Mental Health Nursing* 2011; 20:310-8.
7. Hardy S, Gray R. Adapting the severe mental illness physical health improvement profile for use in primary care. *International Journal of Mental Health Nursing* 2010;19:350-5.
8. Erginer DK, Günüşen NP. Kronik Psikiyatri Hastalarının Fiziksel Sağlık Durumu: İhmal Edilen Bir Alan. *DEUHYO ED* 2013;6:159-64.
9. Ohlsen RI, Peacock G, Smith S. Developing a service to monitor and improve physical health in people with serious mental illness. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2005;12:614-9.
10. Collins E, Tranter S, Irvine F. The physical health of the seriously mentally ill: an overview of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2011;19:638-46.
11. Knutsen E, DuRand C. Previously unrecognized physical illnesses in psychiatric patients. *Hosp Com Psychiatry* 1991;42:182-6.
12. Sox HC, Koran LM, Sox CH, Marton KI, Dugger F, Smith T. A medical algorithm for detecting physical disease in psychiatric patients. *Hosp Com Psychiatry* 1989;40:1270-6.
13. Kısa C, Cebeci S, Uysal Z, Aydemir Ç, Göka E. Yatarak tedavi gören psikiyatri hastalarında fiziksel hastalık sıklığı. *New Symposium Journal*, 2008;462:66-9.
14. Madsen AL, Aakerlund LP, Pedersen DM. Somatic illness in psychiatric patients. *Ugeskr Laeger* 1997;159:4508-11.
15. Placentino A, Rilloso L, Papa E, Foresti G, Materzanini A, Rossi G, et al. Clinical characteristics in long-term care psychiatric patients: A descriptive study. *World Journal of Biological Psychiatry* 2009;10:58-64.
16. Friedrich F, Litvan Z, Freidl M. Comorbid somatic illnesses in psychiatric inpatients - an analysis of administrative data. *Neuropsychiatr* 2015;29:71-6.
17. Krüger C. Vulnerable long-term psychiatric inpatients need screening for physical-health problems: an audit of regular hospital statistics and clinical files. *Afr J Psychiatry* 2012;15:176-84.
18. Brown S, Inskip H, Barrowclough B. Causes of the excess mortality of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2000;177:212-7.
19. Brown S. Excess mortality of schizophrenia-a meta analysis. *Br J Psychiatry* 1997;171:502-8.
20. Cimpean D, Torrey WC, Green AI. Schizophrenia and co-occurring general medical illness. *Psychiatr Ann* 2005;35:71-81.
21. Heiskanen T, Niskanen L, Lyytikäinen R, Saarinen PI, Hintikka J. Metabolic syndrome in patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2003;64:575-9.
22. Karşıdağ Ç, Aksoy UM, Yüksel G, Alpay N, Uysal A. Yataklı Tedavi Hizmeti Sunan Psikiyatri Kliniklerinde Ektanılar. *Klinik Psikiyatri* 2013;16:47-52.
23. Fink P. Physical disorders associated with mental illness. A register investigation. *Psychol Med* 1990;20:829-34.
24. Hansen MS, Fink P, Frydenberg M, Oxhøj ML, Sondergaard L, Eriksen M. Mental disorders in medical inpatients and self-rated physical disability, and health perception. *Psychosomatics* 2001;42:41-7.
25. D'Ercole A, Skodol A, Struening E, Curtis J, Millman J. Diagnosis of physical illness in psychiatric patients using axis III and a standardized medical history. *Hosp Com Psychiatry* 1991;42:395-400.
26. Krüger C, Rosema D. Risk factors for violence among long-term psychiatric in-patients: A comparison between violent and nonviolent patients. *African Journal of Psychiatry* 2010; 13:366-75.

27. Fisher WH, Barreira PJ, Geller JL, White AW, Lincoln AK, Sudders M. Long-stay patients in state psychiatric hospitals at the end of the 20th century. *Psychiatric Services* 2001;52:1051-6.
28. Ekici G, Savaş HA, Çıtak S. Tamamlanmış İntiharlarda İki Önemli Risk Etmeni: Fiziksel Hastalığın Varlığı ve Yetersiz Dozda Psikiyatrik Tedavi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2001;11:168-73.
29. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 13. Baskı, Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri; 2015:736.
30. Coffey CE, Weiner RD. Electroconvulsive therapy: An update. *Hosp Community Psychiatry* 1990;41:515-21.
31. Eroğlu MZ, İçbay E, Tamam L. Demographic and clinical characteristics of the patients treated with electroconvulsive therapy in a university psychiatry clinic. *Dicle Medical Journal* 2012;39:371-76.
32. Balıkcı A, Bolu A, Akarsu S, Koçak N, Erdem M, Aydemir E, et al. Practice of electroconvulsive therapy between the years of 2006-2011 at a university hospital in Turkey. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2013;14:340-46.
33. Rabinowitz J, Mark M, Popper M, Feldman D. Physical illness among all discharged psychiatric inpatients in a national case register. *J Ment Health Adm* 1997;24:82-9.
34. Caton CL, Gralnick A. A review of issues surrounding length of psychiatric hospitalization. *Hosp Com Psychiatry* 1987;38:856-63.
35. deJonge P, Huyse FJ, Slaets JP, Herzog T, Lobo A, Lyons JS, et al. Care complexity in the general hospital. Results from a European study. *Psychosomatics* 2001;42:204-12.
36. Tiryaki A, Özkorumak E, Ak İ. Şizofreni Tanısı Almış Poliklinik Hastalarında Psikiyatrik Eş Tanılar; *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2007;17:174-180.
37. Ciapparelli A, Paggini R, Marazziti D, Carmassi C, Bianchi M, Taponnecco C, et al. Comorbidity with axis I anxiety disorders in remitted psychotic patients 1 year after hospitalization.. *CNS Spectr* 2007;12:913-9.
38. Yazıcı O. Depresif Bozukluklarda Eş Tanı (Komorbidite). *Psikiyatri Dünyası* 2001;5:89-96
39. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 13. Baskı, Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri; 2015:273.
40. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 13. Baskı, Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri; 2015:190.