

## Psychiatric Polyclinic: A Cross Sectional Study in the Context of Schizophrenia Treatment

### Psikiyatri Polikliniği: Şizofreni Tedavisi Bağlamında Kesitsel Bir Çalışma

Tacettin Kuru<sup>1\*</sup>, M.Hakan Türkçapar<sup>2</sup>

1.Alanya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Alanya,Türkiye

2.Hasan Kalyoncu Üniversitesi Psikoloji Bölümü, Gaziantep,Türkiye

#### ABSTRACT

**Aim:** The aim of this study was to investigate the sociodemographic characteristics of patients who applied to the Psychiatry Outpatient Clinic of Education and Research Hospital and to evaluate the treatment and follow-up results of patients diagnosed with schizophrenia.

**Material and Methods:** 2707 applications which were received to the psychiatric outpatient clinic were evaluated. Also the treatments of schizophrenia patients in polyclinic were analysed.

**Results:** During the study period, 2707 applications were made to the psychiatry polyclinic. 649 (24%) of the patients were diagnosed with schizophrenia and other psychotic disorders. 506 (18.7%) of the patients were diagnosed with depressive disorders. 389 (14.4%) of the patients were diagnosed with anxiety disorders and 117 (4.3%) of the patients were diagnosed with bipolar. 347 (62%) of the schizophrenic patients were on a single medication. 287 (51.3%) of these patients were taking atypical antipsychotics and 60 (10.7%) of them were taking typical antipsychotics. 205 (36.6%) of all patients were taking combined antipsychotic medication. We found that 77.5% of patients with schizophrenia were prescribed atypical antipsychotics alone or in combination.

**Conclusion:** Psychiatric polyclinics are the most important fields of study for psychiatric treatment. Evaluation of chronic diseases which cause significant loss of competence in disease specialized rehabilitation units will provide more effective use of psychiatric polyclinics in both service and research areas. For schizophrenia treatment, we found results that were in accordance with the literature but not with the treatment protocols. Holistic treatment approach, including non-pharmacological treatments for schizophrenia should be pushed forward.

Keywords: Outpatients, Schizophrenia, Prescription Tendencies

#### ÖZ

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı; Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine başvuran hastaların sosyodemografik özelliklerini araştırmak ve Şizofreni tanısı alan hastaların tedavi ve takip sonuçlarını değerlendirmektir.

**Gereç ve Yöntem:** Psikiyatri polikliniğine yapılan 2707 başvuru değerlendirildi. Ayrıca şizofreni hastalarına poliklinik şartlarında uygulanan tedaviler incelendi.

**Bulgular:** Araştırma süresince psikiyatri polikliniğine toplam 2707 başvuru yapılmıştır. Çalışmaya alınan hastaların 649'u (%24) şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar, 506'sı (%18,7) depresif bozukluklar, 389'u (%14,4) anksiyete bozuklukları, 117'si (%4,3) bipolar bozukluklar tanısı almıştı. Şizofreni hastalarının 347'si (%62) tek ilaç kullanıyordu. Bu hastaların 287'si (%51,3) atipik antipsikotik, 60'ı (%10,7) ise tipik antipsikotik almaktaydı. Hastaların 205'i (%36,6) kombine antipsikotik kullanmaktaydı. Çalışmamızda şizofreni hastalarının %77,5'ine, tek başına veya kombinasyon şeklinde atipik antipsikotik reçetelendiğini saptadık.

**Sonuç:** Psikiyatri poliklinikleri, psikiyatrik tedavinin en önemli çalışma alanlarıdır. Belirgin yeti yıkımına yol açan kronik hastalıkların, hastalığa özelleşmiş rehabilitasyon alanlarında değerlendirilmesi, psikiyatri polikliniklerinin hem hizmet hem de araştırma alanlarında daha etkin kullanımını sağlayacaktır. Şizofreni tedavisinde, literatüre uygun ancak tedavi protokollerine uymayan sonuçlar saptadık. Şizofreni tedavisinde, ilaç dışı tedavileri de içeren bütüncül tedavi yaklaşımına daha fazla dikkat çekilmelidir.

Anahtar Kelimeler; Poliklinik Hastaları, Şizofreni, İlaç Reçeteleme Eğilimleri

Geliş Tarihi: 30.04.2018/ Kabul Tarihi:04.06.2018 / Yayınlanma Tarihi : 13.11.2018

\*Sorumlu Yazar: Tacettin Kuru, Uzman Doktor, Alaaddin Keykubat Üniversitesi Alanya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Oba Mahallesi, Fidanlık Caddesi, Alanya/Antalya. Türkiye. e-mail:tkuru76@yahoo.com

**D**ünya Sağlık Örgütü'nün bir araştırmasına göre, psikiyatrik hastalıklar dünyada yeti yitimine en çok yol açan hastalıklar arasında ilk sıralarda yer almaktadır [1]. Sağlık bakanlığı Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışması raporlarına göre; çalışmanın yapıldığı zaman diliminde son bir yıl içerisinde psikiyatrik hastalık tanı almış kişi oranı %17,2 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada psikiyatrik yakınmalarla hastanelere başvuru oranı %4,7 olarak bulunmuş ve bu kişilerin %39'unun psikiyatri polikliniklerine başvurdukları saptanmıştır [2]. Şizofreni tedavisinde tipik antipsikotikler 1950'li yıllardan itibaren kullanılmaktadır. 1990'lı yıllarda atipik antipsikotiklerin şizofreni tedavisinde kullanılmaya başlanmış ve tedavide tipik antipsikotiklerin yerini almaya başlamıştır. Yapılan değişik çalışmalarda tipik antipsikotik kullanımının azaldığı atipik antipsikotiklerin ise arttığı gösterilmiştir [3-8].

Bu çalışmanın amacı; Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiatri Polikliniğine başvuran hastaların sosyodemografik özelliklerini araştırmak ve Şizofreni tanısı alan hastaların tedavi ve takip sonuçlarını değerlendirmektir.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmada veriler, 21 Haziran 2004 ile 16 Temmuz 2004 tarihleri arasındaki poliklinik başvurularından elde edilmiştir. Araştırmada tanılar DSM-IV tanı sistemine uygun bir biçimde düzenlenmiştir.

Verilerin analizi SPSS 11 paket programında yapıldı. Tanımlayıcı istatistikler ilaç dozları ve yaş için + Standart sapma şeklinde, kategorik özellikler içinse frekans (N) ve yüzde (%) şeklinde gösterildi. Gruplar arasında ortalamalar yönünden farkın anlamlı olup olmadığı Mann Whitney-U testiyle incelendi. Kategorik karşılaştırmalar için ki-kare testi kullanıldı.  $P < 0,05$  için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

## BULGULAR

**1.Sosyodemografik Özellikler:** 21 Haziran-16 Temmuz tarihleri arasında psikiyatri erişkin polikliniğine toplam 2707 başvuru yapılmıştır. Başvuruların 1668'i (%61,6) kadın, 1039'u (%38,4) erkektir (Tablo A-1). Çalışma süresince polikliniğe başvuranların yaş ortalaması 41,9121+13,97'dir. En küçük 14 en büyük 100 yaşında başvuru yapılmıştır. Kadınlarda yaş ortalaması 41,8615 iken erkeklerde yaş ortalaması 41,9933 olarak bulunmuştur. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (Tablo A-1).

Hastaların tanı grupları DSM 4-TR'ye göre düzenlenmiştir. 505 (%18,7) başvurunun tanıları belirtilmemiştir. Çalışmaya alınanların 649'u (%24) şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar, 506'si (%18,7) depresif bozukluklar, 389'u (%14,4) anksiyete bozuklukları, 117'si (%4,3) bipolar bozukluklar, 87'si (%3,2) uyum bozuklukları, 73'ü (% 2,7) demans, 57'si (%2,1) somatoform bozukluklar, 13'ü (%0,5) alkol bağımlılığı/kötüye kullanımı, 128'si (%4,7) mental retardasyon, 15'i (%0,6) uyku bozuklukları, 20'si (%0,7) genel tıbbi duruma bağlı mental bozukluk, 25'i (%0,9) başka yerde sınıflandırılmamış dürtü kontrol bozuklukları, 6'sı (%0,2) yeme bozuklukları tanısı almıştır. 58 başvuruda (%2,1) psikopatoloji saptanmamış, 31 başvuru (%1,1) ise tetkik edilmek üzere yataklı servise yatırılmış ya da psikolojik ve laboratuvar tetkikler istenmiştir. Diğer olarak sınıflandırılan grupta ise 5 IQ sorunu, 1 cinsel işlev bozukluğu, 2 kişilik bozukluğu, 3 davranım bozukluğu, 7 çevresel stresör (eksen-4), 1 kekeleme ve 8 vitamin B-12 eksikliği saptanmıştır. (Tablo A-2)

Tablo A-1:Başvuru ve yaş ortalamasının cinsiyete göre dağılımı

Cinsiyat	N (%)	Minimum	Maximum	Ortalama	Std.S.
Kadın	1668 (%61,6)	14,00	100,00	41,86	13,74
Erkek	1039(%38,4)	15,00	93,00	41,99	14,34
Toplam	2707(%100)	14,00	100,00	41,91	13,97

Tablo A-2: Başvuruların tanı gruplarına göre dağılımı

Tanı grupları	N	%
Depresif bozukluklar	506	18,7
Anksiyete bozuklukları	389	14,4
Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar	649	24,0
Bipolar bozukluklar	117	4,3
Somatoform bozukluklar	57	2,1
Uyum bozukluğu	87	3,2
Madde bağımlılığı/madde kötüye kullanımı	13	,5
Demans	74	2,7
Belirtilmemiş	505	18,7
Tetkik	31	1,1
Mental retardasyon	128	4,7
Uyku bozuklukları	15	,6
Genel tıbbi bir duruma bağlı mental bozukluklar	20	,7
Psikopatoloji yok	58	2,1
Başka bir yerde sınıflandırılmamış dürtü kontrol bozuklukları	25	,9
Yeme bzk	6	,2
Diğer	27	1,0
Toplam	2707	100,0

Hastaneye ilk kez başvuranların 40'ı (%13,6) depresif bozukluklar, 44'ü (%14,9) anksiyete bozuklukları, 2'si (%0,7) şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar, 21'si (%7,14) somatoform bozukluklar, 34'ü (%11,6) uyum bozuklukları, 5'i (%1,7) madde bağımlılığı/kötüye kullanımı, 12'si (%4,1) demans, 6'si (%2) uyku bozuklukları, 4'ü (%1,4) genel tıbbi duruma bağlı mental bozukluklar, 15'ü (%5,1) başka bir yerde sınıflandırılmamış dürtü kontrol bozuklukları, 3'ü (%1) yeme bozuklukları tanı grubunda yer almıştı. 2 (%0,7) hasta mental retardasyon tanısı almıştı. 16 (%5,4) hastadan tetkik amaçlı psikolojik ve laboratuvar tetkikleri istenmişti. 16 (%5,4) hastada psikopatoloji saptanmamıştı. 74 hastada ise tanı belirtilmemişti (Tablo A-3)

Çalışma süresince yatış verilen hastaların 4'ü (%12,5) depresif bozukluklar, 2'si (%6,3) anksiyete bozuklukları, 3'ü (%9,4) şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar, 2'si (%6,3) bipolar bozukluklar, 4'ü (%12,5) somatoform bozukluklar, 6'sı (%18,8) madde bağımlılığı/kötüye kullanımı, 1'i (%3,1) uyku bozuklukları grubunda yer almaktaydı. 10 (%31,3) yatış ise tetkik amacı ile yapılmıştı. (Tablo A-4)

Tablo A-3 İlk başvuruların tanı gruplarına göre dağılımı

Tanı Grupları	N	%
Depresif bozukluklar	40	13,6
Anksiyete bozuklukları	44	14,9
Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar	2	,7
somatoform bozukluklar	21	7,14
Uyum bozukluğu	34	11,6
Madde bağımlılığı/madde kötüye kullanımı	5	1,7
Demans	12	4,1
Belirtilmemiş	74	25,2
Mental retardasyon	2	,7
Uyku bozuklukları	6	2,0
Genel tıbbi bir duruma bağlı mental bzk.	4	1,4
Psikopatoloji yok	16	5,4
Başka bir yerde sınıflandırılmamış dürtü kontrol bozuklukları	15	5,1
Yeme bozuklukları	3	1,0
Toplam	294	100,0

## 2. Tanısal Değerlendirme Bulguları:

Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar: Bu alanda 576 hasta (%88,75) şizofreni, 73 hasta (%11,25) diğer psikotik bozukluklar tanısı aldığı saptandı. Diğer psikotik bozukluklar grubunda 23 hasta (%3,5) şizoaffektif bozukluk, 8 hasta (%1,2) kısa psikotik bozukluk, 10 hasta (%1,5) hezeyanlı bozukluk, 7 (%1,1) hasta genel

tıbbi duruma bağlı psikotik bozukluk, 2 hasta (%0,3) şizofreniform bozukluk, 1 hasta (%0,2) paranoid bozukluk, 1 hasta (%0,2) BTA psikotik bozukluk, 21 hasta (%3,2) ise psikoz tanısı almıştı. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar tanısı almış hastaların yaş ortalaması 39,06 (Std.S: 11,56) olarak bulundu. Yaş ortalamaları kadınlarda 38,62 (Std.S: 11,65), erkeklerde ise 39,39 (Std.S: 11,49) idi.

Tablo A-4. Yatış verilen hastaların tanılarına göre dağılımı(n/%)

Tetkik	10	31,3
Madde bağımlılığı/kötüye kullanımı	6	18,8
Depresif bozukluklar	4	12,5
Somatoform bozukluklar	4	12,5
Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar	3	9,4
Anksiyete bozuklukları	2	6,3
Bipolar bozukluklar	2	6,3
Uyku bozuklukları	1	3,1
Toplam	32	100,0

Bu alanda, psikotik bozukluklar grubu heterojen bir grup olduğu için tedavi istatistiklerinde şizofreni (N=576) hastalarını kullandık. Şizofreni hastaları arasında 16 hasta sağlık kuruluna başvurmuştu. Sağlık kurulunun hastaların tedavilerinin yürütüldüğü bir yer olmaması nedeni ile bu hastaları tedavi istatistiklerine dahil etmedik. Ayrıca 8 hastaya yatış verilmiş ya da başka hastanelere sevk edilmişti ve tedavi önerilmemişti.

Şizofreni tanısı almış hastalara reçete edilen antipsikotiklerin dağılımı ve doz düzeylerine ilişkin tanımlayıcı bilgiler saptandı. Atipik antipsikotik ilaçların %44,5'i olanzapin (ort. doz:11,9 mg), %25'i risperidon (ort. doz: 4,8 mg), %12,6'sı klozapin (ort. doz: 468,9 mg), %11,9'u ketiapin (ort. doz : 581,9 mg), %5,3'ü amisülpirid (ort. doz : 725 mg) ve %0,7'si risperidon yavaş salımlı form (ort. doz : 50 mg) kullanmaktaydı. (Tablo B-1) Tipik antipsikotiklerin grup içi dağılımı ve ortalama dozları tablo B-2'de gösterilmiştir. Depo antipsikotikler, tipik antipsikotik kullanımının %50'sini oluşturmaktaydı.

Tek atipik kullanan hastaların 287'si (%69) başka bir antipsikotik almıyor, 122'si (%29,3) beraberinde bir tipik antipsikotik kullanıyor, 7'si ise (%1,7) iki tipik antipsikotik kullanıyordu. İki atipik antipsikotik kullanan 18 hastanın 13'ü (%72,2) başka bir antipsikotik kullanmıyor, 5'i (%27,8) beraberinde bir tipik antipsikotik kullanıyordu. Tek tipik antipsikotik kullanan hastaların 60'ı (%32) başka bir antipsikotik kullanımı-

yor, 122'si (%65,2) beraberinde tek atipik antipsikotik kullanıyor, 5'i (%5,8) ise beraberinde iki atipik antipsikotik kullanıyordu. İki tipik antipsikotik kullanan hastaların 53'ü (%88,3) başka bir antipsikotik kullanmazken, 7'si (%11,7) beraberinde tek atipik antipsikotik kullanıyordu. Aynı anda üç tipik antipsikotik alan 5 hastanın tamamı da beraberinde atipik antipsikotik kullanmıyordu. Atipik ilaç kullanımını kombine antipsikotik kullanımını anlamlı ölçüde azaltmaktadır (Tablo B-3).

Tablo B-1. Atipik İlaçların Dağılımı ve Doz Düzeylerine İlişkin Tanımlayıcı Bilgiler

Atipik İlaçlar	N	(%)	Ortalama (mg)	Std.S.
Olanzapin	201	44,5	13,8	5,62
Risperidon	113	25,0	4,8	2,15
Klozapin	57	12,6	468,9	180,67
Ketiapin	54	11,9	581,9	332,28
Amisulpirid	24	5,3	725,0	234,52
Risperidon consta	3	0,7	50,0	0,00
Toplam	452	100,0		

Tablo B-2. Tipik İlaçların Dağılımı ve Doz Düzeylerine İlişkin Bilgiler

Atipik ilaçlar	N	(%)	Ortalama (mg)	Std.S.
Zuklopentiksol dekanot	104	32,5	394,2/ay	119,5
Haloperidol	47	14,6	11,7	6,6
Flupentiksol dekanot	46	14,3	38,3/ay	10,0
Zuklopentiksol	30	9,3	31,2	21,4
Klorpromazin	26	8,1	167,3	106,7
Pimozid	19	5,9	5,5	1,5
Sulpirid	13	4,0	415,4	207,5
Flufenazin dekanot	13	4,0	40,8/ay	13,2
Tioridazin	12	3,7	135,4	93,2
Flupentiksol	6	2,0	6,9	1,5
Trifluperazin	4	1,2	11,3	4,8
Toplam	320	100	174,8	193,3

Çalışmamızda hastaların 347'si (%62) tek ilaç kullanıyordu. Bu hastaların 287'si (%51,3) atipik antipsikotik, 60'ı (%10,7) ise tipik antipsikotik almaktaydı. 205 (%36,6) hasta kombine antipsikotik kullanmaktaydı. Kombine antipsikotik kullanan hastaların büyük kısmını atipik-tipik kombinasyonu oluşturmaktaydı. (134 hasta, %23,9). 58 hasta (%10,4) tipik-tipik kombinasyonu, 13 hasta (%2,3) ise atipik-atipik kombinasyonu almaktaydı (Tablo B-4).

Çalışmamızda antipsikotik tedavi alan şizofreni hastalarının 219'u (%39,7) antiparkinsonian ilaç almakta iken 333'ü (%60,3'ü) antiparkinsonian ilaç almamaktaydı. Tek atipik antipsikotik kullanan hastaların %19,9'u, tek tipik antipsikotik kullanan hastaların %70'i, atipik-atipik antipsikotik kombinasyonu kullanan hastaların %38,5'i, atipik-tipik antipsikotik kombinasyonu kullanan hastaların %50'si, tipik-tipik antipsikotik kombinasyonu kullanan hastaların %82,8'i antiparkinsonian ilaç kullanmaktaydı (Tablo B-5).

Tablo B-3: Atipik ve Tipik İlaç Kullanımının İlaç Sayılarına Göre Dağılımlarının İncelenmesi

	Tipik kullanılmıyor	Tek tipik	İki tipik	Üç tipik	Toplam
Atipik kullanılmıyor	8 (%6,3)	60 (%47,6)	53 (%42,1)	5 (%4)	126 (%22,5)
Tek atipik	287 (%69)	122 (%29,3)	7(%1,7)	0 (%0)	416 (%74,3)
İki atipik	13 (%72,2)	5 (%27,8)	0 (%0)	0 (%0)	18 (%3,2)
Toplam	308 (%55)	187 (%33,4)	60 (%10,7)	5	560

Tablo B-4: Atipik-Tipik İlaç Tek ve Kombine Kullanım

İlaç Kullanım Türleri	N	(%)
Antipsikotik kullanılmayan	8	1,4
Tek Tip İlaç Kullanımı	347	62,0
Tek atipik	287	51,3
Tek tipik	60	10,7
Kombine İlaç Kullanımı	205	36,6
Atipik – tipik	134	23,9
Tipik – tipik	58	10,4
Atipik-atipik	13	2,3
Toplam	560	100

Yaş ortalaması sadece atipik antipsikotik kullanan hastalarda 37,8, sadece tipik antipsikotik kullanan hastalarda 40,8 ve atipik-tipik kombinasyonu kullanan hastalarda 39,3 olarak bulundu. Kadın/erkek hasta sayısını sadece atipik antipsikotik ilaç kullanan hasta grubunda 156/144, sadece tipik antipsikotik kullanan grupta 32/86 ve tipik-atipik kombinasyonu kullanan grupta ise 48/86 olarak saptadık (  $p < 0,001$  ).

Tablo B-5. Atipik ve Tipik İlaç Kullanımının Biperiden (Akineton) Kullanımına Göre Dağılımları

	Biperiden Kullanmayan		Biperiden Kullanılan		Toplam	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Tek atipik	230	80,1	57	19,9	287	52,0
Tek tipik	18	30,0	42	70,0	60	10,9
Atipik - atipik	8	61,5	5	38,5	13	2,4
Atipik - tipik	67	50,0	67	50,0	134	24,3
Tipik - tipik	10	17,2	48	82,8	58	10,5
Toplam	333	60,3	219	39,7	552	100,0

$\chi^2=121,09$  ve  $p<0,001$

## TARTIŞMA

Çalışmamızda şizofreni ve diğer psikotik hastalıklar grubundaki hasta sayısının yüksek oranda çıkması (%24) epidemiyolojik çalışmalarla uyumuyor gibi görünmektedir [9]. Ancak bu çalışma epidemiyolojik bir çalışma değildir. Çalışmaya psikiyatri polikliniğine başvuran hastalar alınmıştır. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar grubunun oranlarının bu şekilde yüksek bulunması, bu hastalıkların kronik doğası ile açıklanabilir. Bu hastalık grubunun tedaviye dirençli doğasına hasta ve hasta yakınlarının beklentileri eklendiğinde, poliklinik şartlarında çok sayıda hastaya bakmak zorunda olan hekimin yükünü daha da arttırmaktadır. Bu hastalık grubu için ayrı ünitenin açılması veya mevcut ünitelerin daha aktif çalıştırılması hem genel poliklinik hizmetlerinin yükünü azaltacak hem de bu ünite içerisinde özelleşmiş uygulamaların yapılmasına imkan verecektir.

Çalışma süresince demans ve zeka geriliği tanısı alanlara hiç yatış verilmemiştir. Pratikte artık psikiyatrik hospitalizasyonun artık neredeyse -ayırıcı tanı dışında- tamamen dışında kalmış, tedavilerinden çok bakımlarından söz edilmesi daha doğru olan bu hastalık grubuna rehabilitasyon anlamında çözümler üretmek ülkemizde ruh sağlığı hizmetlerinin önemli ve öncelikli görevlerinden birisi olmalıdır.

Araştırmamız örnekleme ait kayıtlarda 505 (%18,7) hastanın tanıları belirtilmemiştir. Çalışmanın yapıldığı dönemde sigorta sistemleri, hastaların ilaçlarını alabilmeleri için tanı belirtilmesini zorunlu görmüyordu. Bu durum hastalığın gidişi ve izlenmesi açısından önemli

zorluklar yaratmaktadır. Benzer şekilde bazı hastalara kodlanabilir bir tanı olmayan bir grup hastalığı ifade eden tanılar konmuştu (örneğin; psikoz ve anksiyete bozukluğu). Bu tanılar hastalıkların aynı grup içerisindeki hastalıkların gidişi ve buna bağlı tedavilerindeki farklılıklardan (örneğin şizofreni ve kısa psikotik bozukluk) dolayı bilgi aktarımını ve tedavi sürecini olumsuz etkileyebilmektedir. Ayrıca yapılacak çalışmalarda ayrıntılı veri elde etmeyi olanaksız kılmaktadır. Bu durum hastalıklar konusundaki toplumdaki olumsuz ve yanlış yargılardan dolayı (örneğin şizofreni) hekimin hastanın tedaviye uyumunun bozulacağı endişesi taşınmasından kaynaklanıyor olabilir. Böyle bir yaklaşım ancak hekimin hastanın tedaviye uyumunun bozulacağı yönünde yüksek kanaat taşıdığı ve hastayı kendisinin takip edeceği durumlarda mazur görülebilir. Çünkü bu tür bir yaklaşım zaten belli durumlarda (ilaç raporu çıkarma) ortaya çıkabilecek bir durumu hastaya açıklamayarak hekimi bizzat damgalamanın bir unsuru haline getirmektedir.

Antipsikotik tedavi, etkin şizofreni tedavisinin esas kısmını oluşturmaktadır [10-12]. Tipik antipsikotikler 1950'lerden itibaren kullanılmaktadır. 1990'lı yıllarda tipik antipsikotiklere benzer etkinlikle ve daha düşük ekstrapiramidal sistem yan etkisi (EPS) ile atipik olarak adlandırılan antipsikotikler, şizofreni tedavisinde kullanılmaya başlandı ve hızla tipik antipsikotiklerin yerini almaya başladı [13-15]. 2002 yılında ABD'de toplam reçetelenen antipsikotiklerin %70'den fazlasını atipik antipsikotikler oluşturuyordu [16]. Avustralya'da 2001 yılında toplam antipsikotik tedavinin %67'si atipik antipsikotiklerden oluşmaktaydı [17]. Yapılan çalışmalarda Avrupa'da ise durum biraz farklı olduğu bulunmuştur. Örneğin İngiltere, Fransa ve Almanya'da daha düşük oranlar saptanmıştır [18]. Tipik antipsikotikler pozitif semptomlarda önemli bir kontrol sağlamalarına ve nüks oranlarını azaltmalarına [19,20] rağmen hastaların kayda değer bir kısmında etkisiz kalıyordu [21].

Şizofreni tedavisinde önemli sorunlardan birisi tedaviye uyumsuzluktur. Yapılan bazı çalışmalarda (tipik antipsikotiklerle) depo antipsikotik kullananların oral antipsikotik kullananlara göre yan etki sıklığında artış olmaksızın daha iyi tedaviye uyum sağladıklarını göstermiştir [22]. Avrupa ve Avustralya'da tüm şizofreni hastalarının yaklaşık %40'nın idame tedavide depo antipsikotik kullanılmaktadır. ABD'de ise bu oran çok düşüktür. ABD'deki düşük kullanım oranları depo antipsikotiklerin yan etkilerinin abartılmış olması veya

yeni, atipik antipsikotiklerle birlikte tedaviye uyumda artış beklentisi ile ilişkili olabilir [23]. Çalışmamızda Avrupa ve Avustralya'da yapılan çalışmalara benzer oranlar bulduk. (tipik antipsikotiklerin %50'si)

Tedavinin etkin olmaması ve EPS gelişimi, şizofreninin etkin tedavisinin önündeki en önemli engel olan tedaviye uyumsuzluğun en önemli sebepleridir [24-27]. Atipik antipsikotiklerin klinik olarak tipik antipsikotiklerden daha etkin olduğu ve yan etki profili olarak daha kabul edilebilir olduğu görüşü güncel tedavi algoritmalarına da yansımıştır [11,28]. Çalışmamızda şizofreni grubunda hastalarına %77,5'inin tek başına veya kombinasyon şeklinde (Tipik-Atipik veya Atipik-Atipik) atipik antipsikotik reçetelendiğini saptadık. Hastaların %45'i ise tek başına veya kombinasyon içerisinde tipik antipsikotik kullanıyordu.

Optimal antipsikotik reçetelemeye dair kapsamlı çalışmaların ve önerilerin varlığına rağmen polifarmasi ve yüksek doz (1000mg klorpromazin eşdeğerinin üzeri doz) kullanımı klinik pratikte yaygındır. Ayrıca kombine antipsikotik kullanımı ile yüksek doz kullanım yakından ilişkili bulunmuştur [29]. Birden fazla antipsikotik kullanmanın; hastalarda daha etkin olduğu, farklı antipsikotiklerin psikozun farklı belirtilerine farklı etkilerinden dolayı her zaman yanlış bir reçeteleme biçimi olmadığı bazı yazarlar tarafından ileri sürülmüştür. Ancak çalışmalarda kombine antipsikotik kullanımının nadiren klinik iyileşmeye katkı sağlarken antikolinerjik kullanımını arttırdığı bulunmuştur. Ayrıca kombine antipsikotik kullanımı yan etkilerde artışa neden olmaktadır ve erken ölümlle ilişkili bulunmuştur. Antipsikotik polifarmasi ve yüksek doz kullanım ile ilgili pek çok spekülasyon vardır. Hastaya ait yaş, hastalığın şiddeti ve hastalığın süresi gibi faktörlerle, doktorların kişisel deneyimi ve bölgesel reçeteleme kültürü bu spekülasyonlardandır [29].

Çalışmamızda şizofreni hastaların 347'si (%62) tek ilaç kullanıyordu. Bu hastaların 287'si (%51,3) atipik antipsikotik, 60'ı (%10,7) ise tipik antipsikotik almaktaydı. 205 (%36,6) hasta kombine antipsikotik kullanmaktaydı. Kombine antipsikotik kullanan hastaların büyük kısmını atipik-tipik kombinasyonu oluşturmaktaydı. (134 hasta, %23,9). 58 hasta (%10,4) tipik-tipik kombinasyonu, 13 hasta (%2,3) ise atipik-atipik kombinasyonu almaktaydı. Şizofreni grubunda hastalarına %77,5'inin tek başına veya kombinasyon şeklinde (Tipik-Atipik veya Atipik-Atipik) atipik antipsikotik reçetelendiğini saptadık. Hastaların %45'i ise tek ba-

şına veya kombinasyon içerisinde tipik antipsikotik kullanıyordu. Genel olarak tedavi pratiğine bakıldığında literatüre uygundur. Bazı alanlarda ise daha iyi durumdadır. Örneğin yüksek doz ilaç kullanımı literatürde yaygın bulunmuşken çalışmamızda ilaç dozlarının önerilen aralıkta olduğu bulunmuştur [29]. Ancak literatürde kombine ilaç kullanımı ve mevcut eleştiriler çalışmamızda bulduğumuz sonuçlar için de geçerlidir.

**Sonuç:** Psikiyatrik hastalıkların spesifik tanılarının yerine grup tanılarının (psikotik bozukluk, anksiyete bozukluğu vb.) konulması tedavi süreci ve bilgi aktarımını engellemektedir. Hekimlerin eğitim sürecinde bu konuya özel vurgu yapılması ayrıca kayıt sistemlerinin hekimi spesifik tanı koyma konusunda zorlayıcı şekilde düzenlenmesi önem arz etmektedir.

Sonuçlarımız hastaların mümkün olduğunca poliklinik şartlarında tanı ve tedavilerinin yürütüldüğünü göstermektedir. Ancak poliklinik ayaktan tedavinin tüm sorumluluğunu üzerine almamalıdır. Psikiyatrik hastalıkların önemli bir kısmı tedaviye dirençlidir ve bu dirençli hastaların önemli bir kısmı da toplumsal ve mesleki yeti yitimi içindedirler. Başta şizofreni tanısı almış olanlar olmak üzere, tedaviye dirençli, toplumsal ve mesleki yeti yıkımı içinde olan hastalar var olan psikiyatri kliniklerinin yatışlarının önemli bir kısmını oluşturmaktadır [30]. Yineleyen hasta yatışlarının çok önemli bir kısmını da bu hasta grubu oluşturmaktadır. Ağır yeti yıkımına sahip hastalar için özelleşmiş rehabilitasyon merkezlerinin yaygınlaştırılması ve aktif hizmet vermesi gerekmektedir. Ayrıca psikiyatri alanında deneyimli sosyal hizmet uzmanlarından oluşan gezici ekiplerin oluşturulması/yaygınlaştırılması gerekmektedir. Yeti yıkımına sahip hastalar için rehabilitasyon ve bakım merkezlerinin açılması ve gezici sağlık ekiplerinin varlığı tedaviye uyum dolayısı ile hastalık tekrarlarını azaltacak, genel hastanenin bir birimi olan psikiyatri kliniklerini önemli bir yükten kurtaracak böylece psikiyatri klinikleri tüm enerjilerinin tanı, tedavi düzenlenmesi, eğitim ve araştırma alanlarına aktarabilecektir.

**Çıkar çatışması:** Yazarlar bu yazının hazırlanması ve yayınlanması aşamasında herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

**Finansman:** Yazarlar bu yazının araştırma ve yazarlık sürecinde herhangi bir finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

**NOT:** Bu çalışma Uzm.Dr.Tacettin Kuru tarafından

Prof.Dr. M.Hakan Türkçapar gözetiminde tamamlanan uzmanlık tezinden türetilmiştir.

#### KAYNAKLAR

1. Vos T. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 380:2163-2196.
2. N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması, Ana Rapor 1998; 77-95.
3. Rothbard AB, Kuno E, Foley K. Trends in the Rate and Type of Antipsychotic Medications Prescribed to Persons With Schizophrenia. *Schizophr Bull* 2003; 29:531-540.
4. Martin BC, Miller LS, Kotzan JA. Antipsychotic prescription use and costs for persons with schizophrenia in the 1990s: current trends and five year time series forecasts. *Schizophr Res*. 2001;47:281- 292.
5. Frank RG, Conti RM, Goldman HH. Mental Health Policy and Psychotropic Drugs. *Milbank Q* 2005; 83:271-298.
6. Hermann RC, Yang D, Ettner SL, Marcus SC, Yoon C, Abraham M. Prescription of Antipsychotic Drugs by Office-Based Physicians in the United States, 1989-1997. *Psychiatr Serv*. 2002; 53:425-430.
7. Aparasu RR, Bhatara V, Gupta S. US. national trends in the use of antipsychotics during office visits, 1998-2002. *Ann Clin Psychiatry*. 2005;17:147-152.
8. Santamaria B, Perez M, Montero D, Madurga M, Abajo FJ. Use of antipsychotic agents in Spain through 1985-2000. *Eur Psychiatry* 2002;17:471-476.
9. Alptekin K, Ulas H, Akdede BB ve ark. (2009) Prevalence and risk factors of psychotic symptoms: in the city of Izmir, Turkey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 44: 905-10.
10. Denckner S: The need for long-term neuroleptic treatment in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1981; 291:29-43
11. The expert consensus guideline series: treatment of schizophrenia 1999. *J Clin Psychiatry* 1999; 60(suppl 11): 3-80.
12. Lehman AF, Steinwachs DM (Co-Investigators of the PORT Project): Translating research into practice: the Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) treatment recommendations. *Schizophr Bull* 1998; 24: 1-10
13. Wang PS, West JC, Tanielian T and Pincus HA. Recent patterns and predictors of antipsychotic medication regimens used to treat schizophrenia and other psychotic disorders. *Schizophr Bull* 2000;26: 451-457
14. Leslie D.L , Rosenheck R. A. *Am J Psychiatry* 2002; Sept; 159:9,
15. Geddes J. Generating evidence to inform policy and practice: the example of the second generation "atypical" antipsychotics. *Schizophr Bull* 2003;29: 105-114
16. Mond J, Morice R, Owen C, Korten A . Use of antipsychotic medications in Australia between July 1995 and December 2001. *Aust N Z J Psychiatry* 2003; 37: 55-61
17. Santamaria B, Perez M, Montero D, Madurga M, de Abajo FJ. Use of antipsychotic agents in Spain through 1985-2000. *Eur Psychiatry* 2002; 17: 471-476
18. Kane Jm, Woerner m, Borenstein M. Integrating incidence and prevalence of tardive dyskinesia. *Psychopharmacol Bull* 1986;22: 254-258
19. Marder SR, May PR. Benefits and limitations of neuroleptics-and other forms of treatment in schizophrenia. *Am J Psychother* 1986;40: 357-369
20. Dixon LB, Lehman AF, Levine J. Conventional antipsychotic medications for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1995;21: 567-577
21. Hogarty GE, Schooler NR, Ulrich R, Mussare F, Ferro P, Herron E. Fluphenazine and social therapy in the aftercare of schizophrenic patients: relapse analysis of a controlled study of fluphenazine decanoate and fluphenazine hydrochloride. *Archives of General Psychiatry* 1979; 36: 1283-1294
22. Fayek M, Flowers C, Signorelli D and Simpson G. Psychopharmacology: Underuse of Evidence-Based Treatments in Psychiatry . *Psychiatr Serv* 2003; November: 54: 1453-1456
23. Cramer JA, Rosenheck R. Compliance with medication regimens for mental and physical disorders. *Psychiatr Serv* 1998;49: 196-201
24. Fenton WS, Blyler CR, Heinssen RK. Determinants of medication compliance in schizophrenia: empirical and clinical findings. *Schizophr Bull* 1997;23: 637-651
25. Olsson M, Mechanic D, Hansell S, Boyer CA, Walkup J, Weiden PJ. Predicting medication noncompliance after hospital discharge among patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2000;51: 216-222
26. Ruscher SM, de Wit R, Mazmanian D. Psychiatric patients' attitudes about medication and factors affecting noncompliance. *Psychiatr Serv* 1997;48: 82-85
27. Miller AL, Chiles JA, Chiles JK, ve ark. The Texas Medication Algorithm Project (TMAP) schizophrenia algorithms. *J Clin Psychiatry* 1999;60: 649-657
28. İto H, Koyama A, Higuchi T. Polypharmacy and excessive dosing: psychiatrist's percep-

tions of antipsychotic drug prescription .. *Br J Psychiatry* 2005. 187; 243-247

29. Göka E ve ark. Ülkemizdeki ruh sağlığı hizmetlerinin örgütlenme sorunları ve bazı öneriler. *T Klin Psikiyatri* 2002, 3: 80-92

How to cite this article/Bu makaleye atıf için:

Kuru T, Türkçapar MH. [Psychiatric Out-patient Clinic: A Cross Sectional Study in the Context of Treatment of schizophrenia] *Acta Med. Alanya* 2018;2(3): 142-148. Turkish doi: 10.30565/medalanya.419653