

A.Ü. TIP FAKÜLTESİ PSİKIYATRİ KLİNİĞİ'NE 1982 VE 1992 YILLARINDA YATIRILAN HASTALAR ARASI KARŞILAŞTIRMA ÇALIŞMASI

Aykut OZDEN* Mutluhan İZMİR* Uğur ERGUN * Ali Kemal GÖĞÜŞ**

Özet: *Psikiyatri son yıllarda hızlı bir değişim içindedir. Her geçen yıl yeni tedavi seçenekleri ve sağlık politikaları gündeme gelmektedir. Bu değişimlerin kliniğimize nasıl yansıdığını saptayabilmek için 10 yıllık bir ara ile, 1982-1992 dönemlerinde hastaneye yatırılan hastalar arası bir karşılaştırma çalışması yapılmıştır. Çalışmada dosyalar geriye donuk olarak taranmış, sonuçta anlamlı fark olarak, daha çok öğrenci ve Ankara dışı hasta yatırıldığı, yatışların sayısı artarken süresinin aynı kaldığı, psikozlar azalırken, psikonevrozların arttığı, anti-depresanların, lityum ve karbamazepinin daha sık, öte yandan biperiden ve EKT'nin daha az kullanıldığı saptanmıştır. İlaçlarda seçicilik artarken, çoklu ilaç kullanımının aynı kaldığı bulunmuştur. Sonuçlar kaynaklar ışığında tartışılmıştır.*

GİRİŞ VE AMAÇ

Psikiyatride hastaların hastaneye yatırılarak tedavileri son otuz yıldır tartışmalı bir konudur. Bu tartışmaları genel olarak uç boyutta inceleyebiliriz, etik, ekonomik ve tıbbi boyutlar 60'lı yıllarda gelişen anti-psikiyatrik akımlar psikiyatri hastanelerinin depo hastanesi olarak kullanılmasını ve kötü koşullarını one surerek, özellikle Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) büyük psikiyatrik hastaneleri kapatmaya yönelik bir eğilimi ateşlemiş, fakat bu

tutum artan evsiz sonucunu doğurarak bir açıdan geri tepmiştir (Bellak 1979). Yine de, hangi hastaların ne şartlarda psikiyatri hastanesine yatırılacağı önemli bir etik konudur. Öte yandan, son yıllarda artan ekonomik sorunlar psikiyatri alanını da etkilemiş ve sağlık ekonomistlerin en faydalı tedavinin, en ucuz şekilde nasıl sunulabileceğini tartışmaya başlamışlardır. Hastaneye yatmanın ayaktan tedaviye göre daha masraflı olması, yine başta ABD olmak üzere birçok ülkede hastaneye yatışların kısılması sonucunu getirmiştir (Asch 1987). Benzer şekilde, hastaneye yatan hastalarla, ayaktan tedaviye gelen hastalar arasında (örneğin Gunduz Hastaneleri) karşılaştırmalar yapılarak hastaneye yatmanın gerçekten gerekli olup olmadığı sınınmaya başlamıştır (Goldstein 1988, Creed ve ark 1990).

Hastaların hastaneye yatırılmalarındaki değişimin yanısıra, verilen tedavilerde de değişim başlamıştır. Yeni anti-depresanların ve anti-psikotiklerin kullanıma girmesi, eski ilaçlarla ilgili uygulamalarda değişikliklerin başlaması [örneğin düşük potansli nöroleptiklerin eskkiye göre daha az tercih edilmesi (Marder ve ark 1983)], EKT'nin yeniden popülerliğinin artması (Fogel ve Staby 1985) ve bazı psikiyatri dışı ilaçların psikiyatride kullanımının artması bu değişimlerden bazıları olarak sayılabilir.

Dunyada psikiyatride gözlenen bu değişimlerin Türkiye'ye yansımamış olması düşünülemez. Ülkemizde de 1980 sonrası gözlenen yenilikler arasında, piyasaya yeni çıkan psikiyatrik ilaçların çıkması, psikiyatri derneklerinin ve dergilerinin (doğal olarak da yayınların) sayısının artması, bilgi akışı-

* Dr. Araştırma Görevlisi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği

** Prof. Dr. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği

nın ve bilgiye ulaşımın artması sayılabilir. Fakat hastaneye yatışların ve orada uygulanan tedavilerin ne yönde değiştiği tam olarak bilinmemektedir.

Ekonomik sorunlar ülkemizi de etkilemektedir, etik konular artık burada da tartışılmaktadır. Hastaneye yatışların gerekliliği, optimal süresi, hasta seçimi ve uygulanan tedaviler bizi de yakından ilgilendirmektedir. Bu bağlamda çalışmamızın amacı; on yıllık bir zaman aralığı ile iki dönemde hastaneye yatırılan hasta popülasyonundaki, yatış sürelerindeki ve uygulanan tedavilerdeki değişimlerin saptanmasıdır. Bulgular ileriye yönelik planlamaları ve araştırmaları etkileyebilecektir.

ARAÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi (AÜTF) Psikiyatri Kliniğine 1982 ve 1992 yıllarında yatırılan hastaların dosyaları incelenerek yürütülmüştür. AÜTF Psikiyatri Kliniği 110 yataklı, dördü açık, ikisi kapalı olmak üzere altı servisten oluşmaktadır. Açık servislerin ikisi psikonevrotik ve psikosomatik hasta gruplarına, biri alkol ve madde bağımlılığı grubuna, biri de açık servis koşullarında tedavi olabilecek psikotik hastalara ayrılmıştır. Kapalı servislere de psikotik hastalar yatırılmaktadır.

Çalışmanın evrenini 1982 yılında kliniğimize yatırılan 1192 kişi ile 1992 yılında yatırılan 639 kişi, toplam 1831 kişi oluşturmuştur. Örneklem grubu, 1/5 örneklem esasına göre rastgele seçilen 1982 için 238, 1992 için 128 kişi olmak üzere toplam 366 hastadan oluşturmuştur.

Örneklem grubunun oluşturulması sürecinde araştırmacılar arşivden hastaların dosyalarını bularak; yattıkları servis, yatış süresi, sayısı ve şekli, hastaların sosyo-demografik özellikleri, aldıkları tanı ve tedavileri kaydetmişlerdir. Aynı yıl içinde iki kez yatan hastaya rastlanmamıştır.

Çalışmada incelenen değişkenler Tablo 1'de verilmiştir. Bunlardan yatış şekli resmi, ücretli ve ücretsiz olarak ele alınmış olup, 1992 yılında ücretsiz yatışlar kaldırıldığı için resmi ve ücretli olarak değerlendirilmiştir. Yatış süresine, hekimlerin tutumları araştırılmak istendiği gibi hastaneden kaçan, erken taburculuk isteyen veya ex olan hastalar dahil edilmemiştir. Tanılar, DSM-III-R'ye göre ana gruplara bölünerek ve çıkış tanıları esas alın-

arak değerlendirilmiştir. Ortalama anti-psikotik ve anti-depresan dozları, verilen ilaçların başlangıç dozları Klorpromazin ve İmipramin eşdeğerine çevrilerek hesaplanmıştır (Öztürk 1990). Bu arada, çoklu ilaç kullanma; iki farklı anti-depresan veya antipsikotik kullanma veya anti-psikotik ve anti-depresan kombinasyonu olarak araştırılmıştır. Son olarak da, Biperiden, Lityum, Karbamazepin, Benzodiazepin kullanımları ve EKT uygulaması karşılaştırılmıştır.

Bulguların değerlendirilmesinde, SPSS for Windows istatistik programından yararlanılmış ve parametrik olmayan değişkenler için ki-kare, parametrikler içinse t-testi kullanılmıştır. Değerler tablolarda verilmiştir.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Çalışmada ilk farkedilen bulgu, 1992 yılında yatırılan hasta sayısının 1982'ye göre yaklaşık %50 azalmış olduğudur. Yatılan gün sayısında anlamlı bir değişim olmadığına göre (Tablo-4), bu azalma

Tablo - 1
SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

	1982 (n=238)		1992 (n=128)		İSTATİSTİK		
	n	%	n	%	χ^2	Anlamlılık Derecesi	
CİNSİYET	Erkek	143	60.1	66	51.6	2.47	A D **
	Bayan	95	39.9	62	48.4	(S D = 1)	
MEDENİ DURUMU *	Evlü	124	52.1	66	51.6	4.17	A D
	Bekar	89	37.4	56	43.7	(S D = 2)	
	Diğer	25	10.5	6	4.7		
MESLEK	Memur, İşçi	106	44.6	55	43.3	17.29	p < 0.1
	Serbest	39	16.3	9	7.1	(S D = 3)	
	Öğrencü	10	4.3	15	11.8		
	Çalışmıyor	83	34.8	48	37.8		
YERLEŞİM	Ankara	142	59.5	66	51.6	4.82	p < 0.05
	Ankara dışı	96	40.5	62	48.4	(S D = 1)	

* Sosyoekonomik Durum Derecesi ** Anlamlılık Derecesi

Tablo - 2
YAŞ VE EĞİTİMLER

	1982		1992		İSTATİSTİK	
	Ortalama	S S *	Ortalama	S S	P	Anlamlılık Derecesi
YAŞ	32.06	11.25	32.70	11.39	0.60	A D
EĞİTİM YILI	8.37	4.64	8.55	3.69	0.69	A D

* Standart Sapma

HASTANEYE YATIŞ ŞEKLİLERİ

YATIŞ ŞEKLİ :	1982 (n=238)		1992 (n=128)		İSTATİSTİK	
	n	%	n	%	χ^2	Anlamlılık Derecesi
RESMİ	116	48.7	101	79.0	18.24	$p < 0.01$
ÜCRETLİ	60	25.3	27	21.0		
ÜCRETSİZ	62	26.0	0	0.0		

Tablo - 4

YATIŞ SAYISI ve UZUNLUĞU

	1982		1992		İSTATİSTİK	
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	P	Anlamlılık Derecesi
YATIŞ SAYISI	1.61	1.19	2.05	1.53	0.005	$p < 0.1$
YATIŞ UZUNLUĞU*	34.47	19.08	36.47	17.13	0.33	A.D.

*Orta olarak

Tablo - 6

HASTALARA KONULAN TANILAR

TANI DAĞILIMI :	1982 (n=238)		1992 (n=128)		İSTATİSTİK	
	n	%	n	%	χ^2	Anlamlılık Derecesi
Psikoz	160	67.2	66	51.4	10.58	$p < 0.05$
Psikozavroz	39	16.6	37	29.0	(S.D=3)	
Alkol	27	11.3	18	13.8		
Bağımlılığı	12	4.9	7	5.8		
Diğer						
BİRDEN ÇOK TANI :	13	5.4	8	6.3	0.23	A.D.

hastanenin yatak sayısındaki azalma ile açıklanabilir. Gerçekten de hastanemizde bazı katlar 12 ay boyunca açık durmamakta, hatta bazen hiç açılmamaktadır. Bunun nedeni hasta yatırma eğilimindeki bir azalmadan çok personel sayısındaki azalmadır.

Yaş ortalaması 32.4 olan 366 deneğin sosyo demografik özelliklerinin yatış yıllarına göre karşılaştırılması Tablo-1 ve 2'de verilmiştir. Tablo-1'de parametrik olmayan, cinsiyet, medeni durum, meslek ve yerleşim yeri karşılaştırılmaktadır. Her iki yıl için de erkeklerin daha fazla yatırıldığı ve aradaki farkın 1992'de azaldığı, fakat bunun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir. Medeni durum olarak hastaların çoğu evli olarak bulunmuş ve bekarlar 1992'de istatistik olarak anlamlı olmayan ölçüde artmıştır. Mesleki dağılımlar incelendiğinde, genelde memur ve işçi grubunun izlediği görülmektedir. Yıllar içinde bu dağılımda anlamlı bir fark olmuştur, öğrenciler artmış, serbest meslek sahipleri azalmıştır. Bunun nedeni çoğunluğu Ankara Üniversitesinden olan öğrencilerin hastaneye

Tablo - 8

KULLANILAN İLAÇLAR ve EKT UYGULAMASI

	1982 (n=238)		1992 (n=128)		İSTATİSTİK	
	n	%	n	%	χ^2	Anlamlılık Derecesi
ANTI PSİKOTİK	105	77.7	97	75.8	0.18	A.D.
ANTI DEPRESAN	67	28.1	49	38.3	9.89	$p < 0.5$
LİTYUM	8	3.4	12	9.4	5.83	$p < 0.05$
KARBAMAZEPİN	1	0.4	7	5.5	9.92	$p < 0.1$
BENZODİAZEPİN	33	13.9	19	14.8	0.06	A.D.
BİPERİDEN	123	51.7	51	39.8	4.73	$p < 0.05$
EKT	49	20.6	8	6.3	12.96	$p < 0.01$

Tablo - 7

ÇOKLU İLAÇ KULLANIMI

	1982		1992		İSTATİSTİK	
	n	%	n	%	χ^2	Anlamlılık Derecesi
İKİLİ ANTI PSİKOTİK (1982 : n= 185) (1992 : n= 97)	88	36.8	35	36.0	0.01	A.D.
ANTI PSİKOTİK + ANTI DEPRESAN (1982 : n= 67) (1992 : n= 49)	47	70.1	31	63.3	0.58	A.D.

ulaşım kolaylığı olabilir. Bir başka neden de öğrenci kesiminde, yıllar içinde artan strese bağlı olarak psikiyatrik hastalıkların artması olabilir, fakat şu an için bu ayırım elimizdeki verilerle yapılamamaktadır. Ayrıca serbest meslek sahiplerinin (ki bunlar içinde gelir düzeyi düşük bir kesim de var) azalması, ücretsiz yatışların kaldırılmasına ve yatış masraflarının artmasına da bağlı olabilir. Yerleşimler karşılaştırıldığında, her iki yılda da Ankara'dan gelenlerin fazla olduğu fakat bu farkın 1992'de anlamlı oranda azaldığı bulunmuştur. Bu aslında beklenmeyen bir sonuçtur, çünkü 1982 sonrası birincil sağlık hizmetleri daha arttırılmaya çalışılmış, hekim sayısı artmış ve zorunlu hizmetle hekim dağılımı homojenleştirilmeye çalışılmıştır. Bu bağlamda, hastaların büyük kente daha az gelmeleri beklenirdi, fakat bu çalışma bulgularına göre tedaviden çok, sevk artmıştır.

Parametrik değişkenler incelendiğinde (Tablo-2), yaş ortalamasının yaklaşık 32 ve eğitim ortalamasının da yaklaşık 8 yıl (orta okul mezunu) oldu-

Tablo - 8

	1982		1992		P	Anlamlılık Derecesi
	Ortalama	S.S.	Ortalama	S.S.		
ANTI PSIKOTİK DOZU *	632.08	617.50	553.16	531.62	0.28	A.D.
ANTI DEPRESAN DOZU *	131.56	109.35	80.44	67.57	0.002	p < 0.1

*Klorpromazin + Silegon olarak mg **Trazodon ve eşdeğeri olarak mg

Tablo - 9

ANTI DEPRESANLARIN KULLANIM SIKLIĞI

1982 (n=70)			1992 (n=51)		
İLAC	n	%	İLAC	n	%
1) MAPROTİLİN	35	50.0	1) TRAZODON	15	29.4
2) AMİTRİPTİLİN	24	34.3	2) MAPROTİLİN	11	21.6
3) OPIPRAMOL	6	8.6	3) AMİTRİPTİLİN	9	17.7
4) VİLOKSAZİN	4	5.7	4) MOCLÖBEMİD	4	7.8
5) KLİMİPRAMİN	1	1.4	5) MİANSERİN	4	7.8
			6) KLİMİPRAMİN	4	7.8
			7) İMİPRAMİN	3	5.9
			8) FLUVOKSAMİN	1	2.0

şu görülmektedir. Yıllar içinde bu bulgularda anlamlı bir değişiklik olmamıştır.

Tablo-3'den yatış şekilleri incelendiğinde, her iki grup arasında oldukça anlamlı bir fark (p<0.001) olduğu gözlenmektedir. Resmi yatışlar her iki yılda da ilk sıradadır, fakat ücretsiz yatışların hastane politikası sonucu kaldırılmasıyla, resmi yatışlar 1982'de %48 iken, 1992'de %79 olarak gerçekleşmiştir.

Tablo-4'de yatış sayısı ve süresi görülmektedir. On yıl içinde yatış sayıları anlamlı oranda artmış ve 1.6'dan, 2.0'a çıkmıştır (p<0.1) fakat yatış süreleri ortalamaları hemen aynı kalmıştır: 1982'de 34.5 gün, 1992'de 36.5 gün. Bu sonuçlar, hastanemizde çalışan hekimlerin geçen on yıl içinde hastaların hastanede yatış sürelerini kısaltma doğrultusunda bir tutum değişikliği göstermediklerini düşündürmektedir.

Tablo-5'de tanılar ve çoklu tanı verilmiştir. Çoklu tanılarda hafif fakat anlamlı olmayan bir artışın gözlemlendiği, tanılarda da nevrotik bozuklukların %16.6'dan %29'a çıktığı, psikozların ise %16'lık bir azalma gösterdiği ve iki yıl arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmektedir. Birden çok tanı alan hastaların oranı %5-6 arası gibi düşüktür. Yeni tanı sınıflamaları birden çok tanı konulmasını kolaylaştırdığı için bu beklenmeyen bir sonuçtur. Bu sonuçtan, kliniğimizde formel tanı sınıflamalarına

Tablo - 10

ANTI PSIKOTİKLERİN KULLANIM SIKLIĞI

1982 (n=272)			1992 (n=154)		
İLAC	n	%	İLAC	n	%
1) KLORPROMAZİN	107	39.3	1) HALOPERİDOL	54	35.1
2) HALOPERİDOL	84	30.6	2) THIORİDAZİN	37	24.0
3) THIORİDAZİN	48	17.7	3) KLORPROMAZİN	31	20.1
4) TRİFLUOPÉRAZİN	13	4.8	4) FLUFENAZİN	21	13.6
5) FLUFENAZİN	8	2.9	5) PİMOZİD	7	4.6
6) PİMOZİD	2	0.7	6) TRİFLUOPÉRAZİN	4	2.6

Tablo - 11

KULLANILAN ANTI PSIKOTİKLERİN POTANSILARI

	1982 (n=272)		1992 (n=154)		İSTATİSTİK	
	n	%	n	%	X ² (S.D=1)	Anlamlılık Derecesi
DÜŞÜK POTANSILILAR	155	57.0	68	44.2	6.55	p < 0.1
YÜKSEK POTANSILILAR	117	43.0	86	55.8		

tam uyulmadığı ve/veya hekimlerin dosya tanıları- nı sadeleştirme eğiliminde oldukları çıkarılabilir. Öte yandan, hastaların yatırlacakları servisler önceden nevroz ve psikoz gibi ayrılmış olduğu için tanılarda bir değişiklik olması beklenmiyordu. Fakat psikozlar azalmış, nevrozlar artmıştır. Bunun iki nedeni olabilir, ya nevroz hastalarının yatış süreleri kısalmıştır ya da katlarda bir değişiklik olmuştur. Yatış uzunlukları arası bir fark gözlenmediği için bu farkı diğer nedene bağlayabiliriz. Gerçekten de psikoz servislerinden personel sıkıntısı nedeniyle yatak sayısı azalması yapılmıştır.

Tablo-6 ve 11 arası ilaç kullanımıyla ilgilidir. Tablo 6'da kullanılan ilaçlar ve EKT uygulaması görülmektedir. 10 yıllık bir dönem için antipsikotik ve benzodiazepin kullanımının aynı kaldığı, Biperiden ve EKT uygulamasının azaldığı ve antidepresan, Lityum ve Karbamazepin kullanımının arttığı saptanmıştır.

Psikozlardaki azalmaya bağlı olarak antipsikotik kullanımının da azalması beklenirken bir değişim gözlenmemesi, başka hastalıklarda da anti psikotik kullanıldığını düşündürmektedir. Gerçekten de antipsikotikler (özellikle de Haloperidol damla), bazı nevrozlarda anksiyolitik olarak yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Anti depresanların artışı da on yıl önceye göre daha yaygın kullanım alanı bulmalarına bağlanabilir. Örneğin, somatoform bozukluklarda Amitriptilin'in, obsesif kompulsif bozuklukta Klomipramin'in ve alkol bağımlılarında ise Trazodon'un tercih edilmesi antidepresan

kullanımını arttırmış olabilir. Lityum ve Karbamazepin kullanımında da artışlar vardır, fakat bu artışlar sırasıyla %9.4 ve %5.5 gibi düşük oranlarda gerçekleşmiştir. Bu ilaçların kullanım alanıyla ilgili bilgi dağarcığımız genişledikçe kullanımları da artmaktadır. Benzodiazepinlerin kliniğimizde daha çok alkol bağımlılarının detoksifikasyon tedavisinde kullanıldığı bilinmektedir. Günümüzdeyse bu grup ilaçlar bazı anksiyete bozukluklarında, uyku bozukluklarında, hatta psikotik eksitasyon durumlarında asıl veya yardımcı ilaç olarak kullanılmaktadır (File 1984). Bu durum kliniğimizde gözlenmemiştir. Benzodiazepin kullanımını sınırlandıran en önemli olgu yeşil reçete zorunluluğu olabilir.

EKT ve Biperiden kullanımlarının azalması kliniğimizde bu yönde bir eğilimin başladığını göstermektedir. EKT kullanımındaki azalma, hekimlerin ilaç tedavisinin sonuçlarını bekledikten sonra EKT kararı vermelerine bağlı olabilir. Kliniğimizdeki EKT uygulamaları bu yazının yazıldığı ana kadar anestezi uygulandığı için, bu sonuç olumlu olarak değerlendirilebilir. Benzer şekilde Biperiden kullanımındaki azalma da olumludur. Bu ilacın, düşük de olsa bağımlılık ve anti-kolinergik deliryum yapma olasılığı vardır (Barnes 1990). Ayrıca, nöroleptiklerle birlikte kullanımının Tardif Diskinezi riskini arttırdığı ve nöroleptiklerin etkisini azalttığı şeklinde yayınlar vardır (WHO 1990). Bu çalışmada bulunan, Biperiden kullanımındaki azalmanın nedenini değerlendirmek zordur, fakat yukarıda sayılan olumsuz etmenler hakkında bilgilenmeye veya psikozlardaki azalmaya bağlı olması olasıdır.

Tablo 7'de çoklu ilaç kullanımları (polifarmasi) verilmiştir. Tabloda çoklu antipsikotik kullanımı ve antipsikotik ve antidepresan birlikte kullanımı görülmektedir ve yıllar arasında yüzdelerle istatistiksel bir anlamlılık oluşmamıştır. Bu arada, çoklu anti depresan kullanımı her iki yıl için de sadece ikişer hastada gözlemlendiği için karşılaştırmaya dahil edilmemiştir. Çoklu ilaç kullanımıyla ilgili beklentimiz bu yaklaşımın azalmış olması yolundaydı, çünkü yapılan araştırmalar, ikili antipsikotik kullanımının tek ilaca belirgin bir üstünlüğü olmadığını göstermektedir (Rifkin 1993). Aynı zamanda, antidepresan kullanan afektif veya nevrotik bozukluk hastalarına (OKB, somatizasyon boz. vb.) antipsikotik eklenmesinin Tardif Diskinezi riski açısından sakıncalı olabileceği söylenebilir. Kliniğimizde ise her iki uygulamada 10 yıl içinde beklenen oranda olmasa

da bir azalma olmuştur. Fakat yine de antidepresan ve antipsikotik birlikte kullanımı %63 gibi azımsanmayacak oranlardadır.

Tablo 8'de ortalama ilaç dozları verilmektedir. Ortalama antidepresan dozu 1992'de anlamlı oranda azalıp 80.4 mg. imipramin eşdeğeri doza inmiş fakat ortalama antipsikotik dozunda anlamlı bir değişim olmamıştır. İlaç dozlarının olabildiği ölçüde aşağı seviyede tutulması sıklıkla önerildiği için, bu sonuç olumludur denilebilir, fakat antidepresan dozlarındaki azalma büyük olasılıkla bu grup ilaçların asıl kullanım alanları dışındaki kullanımlarının artmasına bağlıdır. Örneğin uyku sorunu olan hastalara düşük doz Trazodon verilmesi veya bazı somatoform bozukluklarda 10-25 mg. Amitriptilin uygulanması gibi. Antipsikotiklerde ise bir azalma gözlenmemiştir.

Tablo 9'da antidepresanların yıllara göre kullanım sıklığı sıralanmıştır. Bu tabloya göre 1992 yılında hem kullanılan ilaç sayısı artmış (5'ten 8'e), hem de ilacın dağılımı daha homojenleşmiştir. Örneğin 1982'de ilk iki ilacı hastaların %84.3'ü kullanırken, bu oran 1992'de %51'e gerilemiştir. Bu sonuç, hekimlerin tedavi seçeneklerinin arttığını göstermekte olduğu için, olumlu bir gelişme olarak değerlendirilebilir.

İlaç tiplerindeyse 1982'de Maprotilin, 1992'de Trazodon ilk ilaç olmuşlardır. Trazodon'un bazı hastalarda uyku sorunu nedeniyle verildiği düşünülürse depresyon tedavisinde Maprotilin'in her iki yılda da ilk tercih olduğu sonucuna varabiliriz.

Tablo 10'daysa antipsikotik ilaçların yıllara göre kullanımı görülmektedir. İlk bakışta ilaç sayısında bir değişim olmadığı, fakat ilaçların sıralarında bir değişim olduğu görülmektedir. 1982'de Klorpromazin, 1992'de Haloperidol ilk ilaç olmuştur. Antidepresanlarda olduğu gibi dağılım yine daha homojendir. 1982'de hastaların %73.9'u, 1992'deyse %59.1'i ilk iki ilacı almıştır. İlaç sıralamasındaki bu değişim incelendiğinde; Haloperidol kullanımının pek değişmediği (ortalama %35 hasta), asıl değişimin Klorpromazin kullanımındaki azalma ve onun yerini diğer ilaçların alması şeklinde olduğu görülmektedir. Bunun nedeni; bu ilaca karşı hastalardan gelen olumsuz geri bildirim (doğal olarak da düşük komplians) veya sedatif etkisi görece fazla olan bu ilaca gereksinimi olan hasta sayısındaki azalma

olabilir. Hastanemize yatırılan psikozlarda anlamlı bir azalma olmuştur fakat Klorpromazin kullanımındaki azalmayı buna bağlamak eldeki verilerle güçtür.

Tablo 11'de antipsikotikler potanslarına göre karşılaştırılmıştır. Düşük potanslı antipsikotikler (Klorpromazin ve Thioridazin) 1982'de %57 oranındayken, 1992'de %44.2'ye gerilemiştir ve aradaki fark anlamlıdır. Bu sonuç literatürle uyumludur, düşük potanslı antipsikotiklere kompliansın, yan etkiler nedeniyle daha güç olduğu bilinmektedir (Rifkin 1993).

SONUÇ

Bulgular özetlenirse; 10 yıllık bir aradan sonra, kliniğe daha fazla öğrencinin yattığı, Ankara dışından gelen hastaların arttığı ve daha fazla resmi hastanın yatırıldığı görülmektedir. Hastaların yatış sayısında da anlamlı oranda bir artma olmuştur. Psikotik hastalarda, yatak sayısındaki azalmaya bağlı bir düşüş görülürken, psikonevroz grubu has-

talar artmıştır. Antidepresan, Lityum ve Karbamazepin kullanımı artarken, Biperiden kullanımı ve EKT uygulaması azalmıştır. Antidepresanların çeşitliliği artmış, dozları azalmıştır. Öte yandan nöroleptiklerde yüksek potanslılara doğru bir eğilim gözlenmiştir.

Bu sonuçların hepsi için olumludur demek güçtür. Örneğin, Ankara dışından daha az hasta gelmesi, yatışların kısalması, nevrotik hastaların daha çok ayaktan izlenmesi, ikili antipsikotik ve antipsikotik-antidepresan kombinasyonunun azalması beklenirdi. Yatan hasta sayısındaki azalma, elde olmayan nedenlerle gerçekleştiği için kliniğin "hasta yatırmama" gibi bir eğilim içinde olduğunu söylemek güçtür. Fakat, bundan sonra yapılacak çalışmalarda yatırılarak izlenenlerle, ayaktan izlenenlerin ve yatış süresinin iyileşme üzerine etkisi incelenerek bu konuda bir netleşme sağlanabilir.

KAYNAKLAR

Asch S S (1987) History of the general hospital psychiatric inpatient unit. *Psychiat Clin of North Am* 10, 2, 155-164

Barnes J R E (1990) Comment on the WHO consensus statement. *Br J Psych* 156, 413-414

Bellak L (1979) Disorders of the Schizophrenic Syndrome (Ed. Bellak L) Basic Books, New York

Creed F, Black D, Antony P, Osborn M ve ark (1990) Randomised controlled trial of day patients versus inpatient psychiatric treatment. *BMJ* 300 6731, 1033-1037

File S E (1985) Tolerance to the behavioral actions of benzodiazepines. *Neuroscience Behav Reviews* 9, 113-122

Fogel B S, Slaby A E (1985) Beyond gamesmanship strategies for coping with prospective payment. *Hosp Comm Psychiat* 36, 7, 760-763

Goldstein J M, Horgan L M (1988) Inpatient and outpatient psychiatry services: substitutes or complements? *Hosp Comm Psychiat* 39, 6, 632-636

Marder S R, Ames D, Wirshing W C, Van Putten T (1993) Schizophrenia. *Psychiat Clin of North Am* 16, 3, 567-587

Öztürk O (1990) Ruh Sağlığı ve Bozuklukları 3. Basım, Evrim Bas Yay Ankara

Rifkin A (1993) Pharmacologic strategies in the treatment of schizophrenia. *Psychiat Clin of North Am* 16, 2, 351-365

World Health Organisation (WHO) (1990) Prophylactic use of anticholinergics in patients on long term treatment. *Br J Psychiat* 156 412