

# Psikiyatri ve Psikiyatri Dışı Hekimlerin Psikiyatrik İlaç Reçeteleme Örüntülerinin İncelenmesi ve Tedavinin Değerlendirilmesi

Oğuz KARAMUSTAFALIOĞLU \*, Başak ÖZÇELİK \*, Bahadır BAKIM \*,  
Yasemin CENGİZ CEYLAN \*, Abdullah AKPINAR \*, Özgür ÖGÜTCEN \*, Gökay ALPAK \*

## ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmada psikiyatri ve psikiyatri dışı hekimler (pratisyen hekim ve psikiyatri dışı ikinci basamak uzmanlık dallarında olanlar) tarafından reçete edilen psikotrop ilaçların ve öngörülen psikiyatrik tanı ve tedavilerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Birinci ve ikinci basamak hekimleri ile özel sektörde çalışan psikiyatri hekimleri tarafından değerlendirilen ve Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniğine başvuran doksan beş ardışık hasta bu çalışmanın örneklemini oluşturmaktadır. Bu hastalara reçete edilen psikotrop ilaçlar ve ön tanıları değerlendirmeye alınmıştır. Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I) ile I. eksen bozuklukları, Hamilton Depresyon Ölçeği ve Hamilton Anksiyete Ölçeği ile depresyon ve anksiyete düzeyleri, Klinik Global İzlenim Ölçeği ile genel hastalık düzeyi değerlendirilmiştir. Hastalara sosyodemografik özellikleri, tedavi düzenleri ile ilişkili anket formu uygulanmıştır.

**Bulgular:** Psikiyatri dışı hekimin (PdH), nöroloji hekiminin (NH) ve özel muayenehanede çalışan psikiyatrların (ÖP) en sık tanıları anksiyete bozuklukları ve majör depresyon olarak saptanmıştır. En çok reçete edilen ilaç grubu Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (SSRI) olmuştur. Psikiyatri dışı hekimlerde anlamlı düzeyde minimum etkin dozun kullanımı gözlenmiştir. Özel psikiyatristlere başvuranların daha çoklukla önceden psikiyatrik başvuruları olduğu belirlenmiş, ÖP grubunun hem tanı hem de tedavinin doğru ele alınması açısından anlamlı olarak üstün olduğu gözlenmiştir.

**Sonuç:** Bedensel belirtilerle başvuran hasta grubunda majör depresyon/anksiyete bozuklukları mutlaka gözden geçirilmelidir. Hastaların uygun ilaç düzeni, düzeyi ve süresi, uygun görüşme aralıkları ile tedavileri önemlilik arz etmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Birinci basamak tedavi, psikiyatri dışı hekim, özel psikiyatri hekimi, ilaç reçeteleme örüntüsü

Düşünen Adam; 2007, 20(3):132-140

## ABSTRACT

### Psychiatric Drug Prescription Patterns of Psychiatrists and Physicians of Other Specialties and Evaluation of These Treatments

**Purpose:** To evaluate the psychiatric diagnoses and psychotropic drug prescription by psychiatrists and non psychiatrist physicians (general practitioners and physicians of other disciplines).

**Methods:** Sample group consists of 95 consecutive patients of our outpatient clinic, who were previously examined by general practitioners, specialty physicians and private practice psychiatrists. Preliminary diagnoses of and psychotropic drugs prescribed to the study group were evaluated. Axis I disorders of these patients were diagnosed with SCID-I; Hamilton Rating Scale for Depression (Ham-D) and Hamilton Rating Scale for Anxiety (Ham-A) were used to evaluate their depression and anxiety; Clinical Global Impression Scale (CGI) was used to evaluate their general clinical condition. Sociodemographic features, previous treatment plans were determined with questionnaires.

**Results:** The most frequent diagnoses by non psychiatrist physicians (NPP), neurologists (N) and private practice psychiatrists (PPP) were anxiety disorders and depression. The most frequently prescribed drugs were SSRI's. NPP tended to prescribe minimal effective doses which was statistically significant. The PPP patients usually had previous psychiatric treatments. The treatments that had been administered to the PPP group were superior in terms of accuracy and management.

**Conclusion:** Depression and anxiety disorders should be assessed in patients who present with somatic complaints. Appropriate drug regime, dose and duration; appropriate interview intervals are important.

**Keywords:** Primary care, non psychiatrist physician, private practice psychiatrist, drug prescription pattern

\* Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği

## **GİRİŞ**

Birinci basamak sağlık kurumlarına ve psikiyatri dışı ikinci basamak tedavi birimlerine başvuran hastalardaki ruhsal hastalık sıklığı % 1-% 60 arasında tespit edilmiştir (1,2).

Birinci basamak sağlık hizmetlerine (BBSH) başvuran hastalarda ruhsal bozukluk olarak depresyon, anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar ve madde bağımlılığına daha sık rastlanırken; şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarla görece daha az karşılaşıldığı saptanmıştır. Anksiyete bozukluğu tanısı konulan hastalara anksiyolitik; psikosomatik bozukluk tanısı konulan hastalara da antipsikotik ilaçların daha çok verildiği gözlenmiştir. Psikiyatri hastaları BBSH'e tıbbi sorunlarla başvurabilecekleri gibi, doğrudan psikiyatrik tedavi hizmeti almak için de başvurabilmektedirler (3-8).

Fiziksel hastalığı olanlarda sağlıklılara göre ruhsal bozukluklar daha sık görülmektedir. Genel nüfusta ruhsal bozuklukların bir aylık prevalansı % 16 iken, fiziksel hastalığı olanlarda aynı oran % 21-26 olarak bulunmuştur. Psikiyatridışı polikliniklere sık başvuruda bulunan hastaların 2/3'sinde psikiyatrik bozukluklara rastlanmıştır. Bu hasta grubunda depresyon (% 23), anksiyete bozuklukları (% 22) ve somatizasyon (% 20) sık bildirilmiştir (9,10).

Kronik tıbbi hastalıkları olan hastalarda genellikle psikiyatrik hastalıkların daha az oranda tanı aldığı, bu hastalarda depresyon ya da anksiyete bozukluğu eştanılılığının araştırılması gerektiği bildirilmiştir (11). Özellikle anksiyeteli ya da somatik belirtileri olan hastaların depresyon tanısının dikkatli ele alınması önerilmektedir (12).

Oldukça yaygın görülen, tanı ve tedavisinde karmaşalar yaşanan, uygun tedavi edilmedikle-

rinde kronikleşip sosyal ve mesleki işlevsellikte, bilişsel yetilerde ve yaşam kalitesinde bozulmalara yol açan ruhsal rahatsızlıkların, birinci basamak ve psikiyatri dışı hekimler tarafından daha iyi tanınıp, tedavisi için yeni girişim ve düzenlemelere gereksinim olduğu bildirilmiştir (5,13).

Özel psikiyatri muayenehanelerindeki hasta profili hakkında ülkemizde az sayıda çalışma mevcut olup, 6,960 hastanın değerlendirildiği geriye dönük bir çalışmada % 36 anksiyete bozukluğu, % 29 duygudurum bozukluğu, % 10 somatoform bozukluk, % 8 psikotik bozukluk tespit edilmiştir (14).

Bu çalışmada psikiyatrist olmayan hekim (pratisyen hekim ve psikiyatri dışı ikinci basamak uzmanlık dallarında olanlar), nöroloji hekimleri ile özel muayenehanede çalışan psikiyatristler tarafından reçete edilen psikotrop ilaçların ve öngörülen psikiyatrik ön tanıların değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

## **YÖNTEM**

### **Örneklem**

Birinci ve ikinci basamak hekimleri (pratisyen hekim, dahiliye, fizik tedavi, onkoloji, ortopedi, dermatoloji, nöroloji uzmanları ve özel muayenehanede çalışan psikiyatri uzmanları) tarafından değerlendirilip, çeşitli psikiyatrik tanıları konularak, Nisan-Aralık 2005 tarihleri arasında Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniğine başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden toplam doksan beş ardışık hasta bu çalışmanın örneklemi oluşturmaktadır.

### **Araçlar ve Çalışma Deseni**

Hastaların psikiyatri polikliniğine başvurusu

**Tablo 1. Kullanımı önerilen psikotrop ilaç reçetelerinin yazıldığı tıp dalları.**

Gönderen hekim	Sayı (n)	Yüzde (%)
Pratisyen hekim	14	15
Dahiliye	19	20
Fizik tedavi	9	10
Onkoloji	3	3
Dermatoloji	1	1
Ortopedi	2	2
Nöroloji	16	17
Özel psikiyatrist	31	33
Toplam	95	100

sırasında, çalışma hakkında bilgilendirilmiştir. Görüşmeyi reddeden olmamıştır. Sosyodemografik form hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, sosyal güvence varlığı ve tipi, meslek, geçmiş dönem tanı ve tedavi öyküleri, önceki hastane yatışları, psikiyatrik öyküsü, ailede psikiyatrik öykü, alkol/madde kötüye kullanımı, eş-tanlı tıbbi hastalığı görüşmeye çağrılma sıklıkları, ilaç yan etki düzeyleri ile ilgili sorulardan oluşmuştur.

Hastalar bir psikiyatri uzmanı tarafından DSM-IV-TR eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme formu (SCID-I) uygulanarak değerlendirilmiştir. Hastalara Hamilton Depresyon Ölçeği (15), Hamilton Anksiyete Ölçeği (16), Klinik Global İzlenim Ölçeği (17) uygulanmıştır. Hastalar özel muayenehanede çalışan psikiyatri hekimleri, nöroloji hekimleri ve birinci basamak ile ikinci basamak psikiyatri dışı hekimlerinin hastaları olarak üç alt grupta değerlendirilmiştir.

## BULGULAR

Ardışık 95 hastanın % 15'i pratisyen hekim, % 34'ü dahili birimler, % 17'si nöroloji birimi, % 2'si cerrahi birim ve % 33'ü özel psikiyatri hekimleri tarafından yönlendirilmiştir (Tablo 1).

Hastalar sosyodemografik özellikler açısından

değerlendirildiğinde psikiyatri dışı hekimler (PdH) ve nöroloji hekimleri (NH) daha çok kadın hastalara psikiyatrik bozukluk tanısı ile psikotrop ilaç reçete etmiş olup, kadın/erkek oranı özel psikiyatriste başvuran hastalarda birbirine yakın olarak saptanmıştır. Yaş ortalamaları PdH grubunda 53, NH grubunda 38, ÖP grubunda 40 olup, her üç grupta evli olanlar çoğunlukta bulunmuştur. SSK hasta grubu psikotrop ilaç reçete ettirmek için başvuran en geniş grubu oluşturmuş, yeşil kartlı hastalar her üç grupta da en düşük başvuru oranına sahip bulunmuştur. Çalışmayanlar/işsizlerin her üç grupta da en büyük grubu temsil ettiği belirlenmiştir. Bu duruma, ev kadınlarının çalışmayanlar/ işsizler kategorisine dahil edilmesinin katkısı olabileceği düşünülmektedir. Geçmiş psikiyatrik başvurusu olanlar, geçmişte psikotrop ilaç kullananlar diğer gruplara kıyasla özel psikiyatriste başvuran hasta grubu içinde daha yüksek oranda saptanmıştır. Daha önceki psikiyatrik başvuru varlığına göre karşılaştırma sonucunda özel psikiyatrist grubu ile nörolog hekimi grubu değerlendirildiğinde, farkın istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu gözlenmiştir ( $p= 0,015$ ). Hastalara ait diğer sosyodemografik özellikler Tablo 2'de gösterilmiştir (Tablo 2).

Hastalar tanı ve tedavi açısından değerlendirildiğinde PdH ve ÖP tarafından en sık tanısı konulan psikiyatrik bozukluk anksiyete bozuklukları (% 37 ve % 39) ve NH tarafından major depresyon (% 44) olarak saptanmıştır.

PdH ve NH grubunda SSRI ve SNRI/NASSA grubu antidepresanlar ve ÖP grubunda SSRI, antipsikotik ve SNRI/NASSA grubu en sık reçete edilen ilaçlar olmuştur. SCID-I ile değerlendirildiğinde hekimlerin yönlendirdikleri hastaları doğru tanı ile değerlendirme oranları PdH'de % 50, NH'nde % 44 ve ÖP'de % 70 olarak saptanmıştır.

Tablo 2. Sosyodemografik veriler ve grupların özellikleri.

Sosyodemografik veriler	Psikiyatrist dışı hekimler		Nöroloji hekimi		Özel Psikiyatr	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Cinsiyet</b>						
Kadın	37	77	12	75	18	58
Erkek	11	23	4	25	13	42
<b>Yaş</b>	52.6±15.07		37.6±15.28		40±12.65	
<b>Medeni durum</b>						
Bekâr	6	13	3	19	8	26
Evli	29	60	10	62	18	58
Dul/ boşanmış	13	27	3	19	5	16
<b>Sosyal güvence</b>						
Yeşil Kart	4	8	1	6	1	3
Bağkur	17	36	2	13	5	16
SSK	13	27	9	56	19	61
Emekli Sandığı	14	29	4	25	6	20
<b>Çalışma öyküsü</b>						
Çalışmıyor	27	57	12	75	16	51
Memur	3	6	-	-	6	19
İşçi	-	-	3	19	3	10
Serbest	4	8	-	-	2	7
Emekli	14	29	1	6	4	13
<b>Geçmiş dönem tanı, tedavi öyküsü</b>						
Geçmiş psikiyatri başvurusu olanlar	27	56	5	31	23	74
Geçmiş dönem psikiyatri tedavisi alanlar	27	56	4	25	18	59
Geçmiş dönem psikiyatri servisi yatışı olanlar	1	2	0	0	2	7
Ailede psikiyatrik öykü olanlar	18	38	3	19	14	45
Alkol-madde kullanımı olanlar	2	4	0	0	1	3
Eşitlenmiş tıbbi hastalık mevcudiyeti	38	79	12	67	13	42
Geçmiş tıbbi nedenle hastane yatışı olanlar	25	52	7	44	11	36

PdH'da %83, NH'de % 62 ve ÖP'de % 51 oranında ilacın en az etkin dozda reçetelendirildiği gözlenmiştir. Minimum etkin dozun kullanımı konusunda özel psikiyatristlerle diğer grupların karşılaştırılması sonucunda farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlenmiştir (p= 0,005).

Hastalar görüşmeye çağırılma sıklığı açısından değerlendirildiğinde birkaç ayda bir görüşmeye çağırılma PdH'ler, NH'leri ve ÖP grupları sırasıyla % 35, % 32 ve % 45; tekrar görüşmeye çağırılmama aynı sıralama düzeniyle % 33, % 19 ve % 3 olarak gözlenmiştir. Psikiyatrik dışı hekimlerin hastayı kontrole çağırılmaması değerlendirmeye alındığında, özel psikiyatristler ve nörologlarla karşılaştırılması sonucunda farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlenmiştir

(p=0.009).

Hastalar klinik global izleniminin şiddet alt ölçeğine göre değerlendirildiğinde gruplarda PdH grubunda orta düzeyde hastalar (% 46), NH grubu hastalarda hafif düzeyde olanlar (% 56), ÖP grubunda eşit düzeylerde olmak üzere hâlen hasta olmayanlar (% 29) ve orta düzeyde olanlar (% 29) en yüksek grubu oluşturmaktaydı. Hastaların tanı ve tedavi düzeni açısından değerlendirilmesi Tablo 3'te gösterilmiştir (Tablo 3).

PdH ve NH'in reçete ettikleri hastalar daha çok ya yeni başlangıç ya da ilaç kullanımı ilk bir ay olan hastalardan oluşmaktadır. İlaç kullanım süresi itibarı ile değerlendirildiğinde her üç grupta da en yüksek grubu 0-1 ay süreyle ilaç kullanı-

Tablo 3. Hastaların tanı ve tedavi düzeni açısından değerlendirilmesi.

	Psikiyatrist dışı hekimler		Nöroloji hekimi		Özel Psikiyatr	
	N	%	N	%	N	%
<b>Gönderilen hekim tarafından konulan tanı</b>						
Anksiyete bozuklukları	18	37	6	38	12	39
Majör depresyon	14	29	7	44	9	29
İki uçlu bozukluk	-	-	-	-	1	3
Psikotik bozukluk	1	2	1	6	1	3
Somatoform bozukluk	9	19	1	6	-	-
Primer uyku bozukluğu	2	4	-	-	1	3
Mikst Anksiyöz Depresif bozukluk	4	8	-	-	6	19
Mental retardasyon bağlı davranım bzk.	-	-	1	6	-	-
<b>Yazılması istenen ilaç</b>						
SSRI	36	76	8	50	17	54
SNRI/NASSA	7	16	4	25	5	16
Antipsikotik	2	4	-	-	3	10
Benzodiyazepin	1	1	1	6	-	-
MAO inh.	1	1	-	-	-	-
Trisiklik antidepresan	-	-	-	-	1	3
SSRI+Antipsikotik	-	-	1	6	3	10
Antipsikotik+mizaç düzenleyici	-	-	1	6	-	-
Antipsikotik+benzodiyazepin+antikolinergik	1	1	1	6	-	-
SSRI+NASSA+Benzodiyazepin	1	1	-	-	1	3
<b>Yazılması istenen ilaç dozu</b>						
Minimum etkin doz altı	4	8	2	13	2	7
Minimum etkin doz	40	83	10	62	16	51
Orta-maksimum doz	3	6	4	25	11	35
Maksimum etkin dozun üstü	1	2	-	-	2	6
<b>Hastanın görüşmeye çağırılma sıklığı</b>						
Hiç	16	33	3	19	1	3
Haftada bir	-	-	2	12	1	3
On beş günde bir	2	4	2	12	4	13
Ayda bir	13	27	4	25	11	36
Birkaç ayda bir	17	35	5	32	14	45
<b>Klinik Global İzlem</b>						
Hasta değil	5	10	3	19	9	29
Hafif düzeyde hasta	15	31	9	56	6	19
Orta düzeyde hasta	22	46	3	19	9	29
Belirgin düzeyde hasta	6	13	1	6	7	23

mı oluşturmuş olup, PdH ve NH hasta gruplarında sırasıyla % 46 ve % 75 olarak gözlenmiştir.

Gruplar arasında yan etki oranları, Hamilton Depresyon ve Hamilton Anksiyete puanları her üç gruba ait hastalarda da benzer düzeylerde bulunmuştur.

Konulan tanıya göre etkin ve doğru bir tedavinin değerlendirilmesinde doğru ilaç grubunun seçilip seçilmediği, doz aralığı ve kontrole çağırılıp çağırılmadığı göz önünde bulundurulmuştur. Bu ölçütlere göre değerlendirildiğinde PdH

grubunda etkin-doğru tedavi alanlar % 71; NH'de % 62 ve ÖP grubunda % 84 bulunmuş, fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Konulan tanının doğruluğu ile ilaç doz aralığının ve kontrol sıklığının doğruluğu bir arada ele alındığında PdH grubunda doğru tanı ve etkin tedavi % 33; NH'de % 31 ve ÖP grubunda % 75 olarak saptanmıştır. ÖP grubu ile diğer grupların hastayı doğru ele alması açısından karşılaştırılması sonucunda farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlenmiştir (p= 0,00).

Tablo 4. Tedavi etkinliğinin değerlendirilmesi.

	Psikiyatrist dışı hekimler		Nöroloji hekimi		Özel Psikiyatr	
	N	%	N	%	N	%
<b>İlaç kullanım süresi</b>						
0-1 ay	22	46	12	75	12	39
1-6 ay	14	29	4	25	10	32
6-12 ay	5	10	-	-	5	16
>1 yıl	7	15	-	-	4	13
<b>İlacın yan etki şiddeti</b>						
Hiç yok	34	71	11	69	24	77
Hafif (işlevselliği etkilemeyen)	10	21	4	25	4	13
Orta (işlevselliği önemli etkiliyor)	4	8	1	6	3	10
<b>Hamilton Depresyon Puanı</b>	12.6±6.6		12.06±5.8		9.7±6.5	
<b>Hamilton Anksiyete Puanı</b>						
Toplam puanı	17.6±9.7		16.4±9.3		17.5±11.3	
Psşik puanı	7.4±4.3		6.4±4.1		7.8±4.3	
Somatik puanı	10.3±6.3		9.9±6.0		7.7±4.3	
<b>Konulan tanıya göre etkin ve doğru bir tedavi mi?</b>						
Hayır	14	29	6	38	5	16
Evet	34	71	10	62	26	84
<b>Hem tanı hem de tedavinin doğru ele alınıp alınmadığı</b>						
Hayır	32	67	11	69	8	25
Evet	16	33	5	31	23	75

Hasta gruplarına ait ilaç kullanma süreleri, yan etki şiddeti, Hamilton Depresyon ve Hamilton Anksiyete puanları, tanı ve tedavi etkinliği Tablo 4'te gösterilmiştir (Tablo 4).

## TARTIŞMA

Bugüne kadar yapılan çalışmalarda psikiyatrik bozukluğu olan hastaların tedavi ve takiplerinde psikiyatrist olmayan hekimlerin rolü sıklıkla vurgulanmıştır (5,18-21).

Genellikle pratisyen hekimlerin ve aile hekimlerinin ulaştıkları hasta popülasyonunun genişliği göz önünde tutularak, bu hekimlerin psikiyatrik tedavideki yeri yaygın olarak belirtilmiştir. Bu iki hekim grubu dışında diğer uzmanlık alanlarındaki (nöroloji, dahiliye, fizik tedavi ve rehabilitasyon gibi) hekimlere de psikiyatri hastalarının yüksek oranlarda ve çoğu zaman bedensel yakınmalarla veya doğrudan başvurmaları söz

konusudur (22-24).

Ruhsal bozukluklar sıklıkla bedensel belirtilerle birlikte ya da tıbbi hastalıklar sıklıkla ruhsal belirtilerle bir arada bulunmaktadır (25,26).

Çalışmada ortaya çıkan veriler, önceki çalışmalarla uyumlu olarak, ruhsal sorunları olan hastaların bedensel yakınmalarla diğer uzmanlık dallarına başvurduğunu göstermiştir. Bu durum yalnızca ruhsal hastalığın bedenselleştirilmesini ifade etmemekte, aynı zamanda bedensel hastalıklara yüksek oranda psikiyatrik bozukluk eşanlılığını da göstermektedir (27-29).

Bu çalışmaya göre psikiyatri dışı hekimlerin en sık psikiyatrik tanıları anksiyete bozuklukları ve major depresyon olmuştur. Bu durum bu hasta grupları ile daha sık karşılaştıkları, diğer psikiyatrik bozuklukları da bu tanılarda değerlendir-

dikleri ya da daha çok bu hasta gruplarının tanısını saptayabildikleri anlamına gelebilir.

Psikiyatri dışı hekimlerin en sık kullandıkları ilaç grupları SSRI ve SNRI/NASSA grubu anti-depresanlar olarak saptanmıştır. Bu sonuç psikiyatri dışı hekimlerde SSRI kullanımının sık olduğunu bildiren diğer çalışmalarla uyumlu bulunmuştur (28-30).

Çeşitli çalışmalara göre psikiyatri dışı hekimlerce benzodiyazepin reçetelendirilmesinin sık olduğu bildirilmiştir (31-34). Bu çalışmada da psikiyatri dışı hekimlerde benzodiyazepinlerin elzem olmayan kullanımı ile karşılaşılmıştır.

Minimum etkin doz ilaç kullanımı psikiyatri dışı grupta daha yoğun gözlenmiştir. Birinci basamakta hastaların düşük dozlarda farmakoterapi aldığı ve kontrollere gelmekte tutarsızlığın söz konusu olduğu belirlenmiştir (35). Bunu açıklayabilecek nedenler arasında bu grup hekimlerin daha yüksek dozlar konusunda yeterli deneyime sahip olmamaları, yan etki oluşturma endişesi ya da bu hekimlerin hastalarını ölçekle izlemeyip, kendi kanaatleri ya da hasta öz bildirimlerine dayanan bilgiler ile tedavi dozunu ayarlamaları sayılabilir.

Özel psikiyatristlere başvuran grubun daha önceki psikiyatrik başvurularının diğer gruplardan yüksek olması, bu grubun daha karmaşık (tedaviye çeşitli nedenlerle dirençli, diğer dal hekimlerinden psikiyatristlere daha önceden sevk edilmiş vb.) bir psikiyatrik bozukluk grubunu oluşturuyor olması ile açıklanabilir. Psikiyatri dışı hekimlerin hastalarını tekrar görüşmeye çağır-maması diğer gruplarla karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek gözlenmiştir.

Birinci basamak tedavi hizmetlerinde en sık kar-

şılaşılan ruhsal hastalıkların anksiyete ile bir arada olan ya da olmayan depresyon olduğu (36), ancak pratisyen hekimler tarafından sıklıkla tanınmadığı belirlenmiştir. Çoğu çalışmada belirlenme oranı % 30-40 arasında olup, tanı konma aralığı % 7-70 arasında bulunmuştur (37). Tanı konması doğrudan depresyonun şiddet düzeyi ile ilişkili, anksiyete belirtilerinin şiddeti ile uyumlu bulunmuştur (39). Ruhsal rahatsızlıklar sıklıkla tanınmadan kalmakta, tedavi uygunsuz veya eksik olmaktadır (39).

Türkiye'de ruhsal hastalıklar sık olarak görülmesine rağmen, bu bireylerin bir sağlık kuruluşuna başvurma oranı düşüktür. Bunların da pek azına tanı konmakta ve etkili tedavi alabilmektedir. Bunun nedenlerinden biri birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan pratisyen hekimlerin ruhsal hastalıkların önemi, tanı ve tedavisi konusunda yeterli eğitim almamış olmalarıdır (40). Pratisyen hekimlerin özellikle ilaç tedavilerinin yararları, riskleri ve yan etkileri konusunda bilgilendirilmeye gereksinimi olduğu gösterilmiştir (41). Sağlık ocaklarında ruhsal hastalık teşhislerinin düşük oranda konması ve tedavisinin düşük oranda yapılması ile ilgili olarak olası nedenler arasında hekimlerin ruhsal hastalıkları yeterince teşhis edememesi, ruhsal değerlendirme ölçekleri kullanılmaması, hastaların hastalıklarının farkında olmaması ve ruhsal belirtileri hakkında yeterli bilgi vermemesi, fiziksel hastalıklara sıklıkla ruhsal belirtilerin eşlik etmesi, hekimlerin hastalara olumsuz yaklaşımları ve hekimlerin ilaç ya da tıbbi kayıtlara önem vermeme eğilimleri olduğu belirtilmiştir (11). Bu çalışmada da hastayı hem tanı hem tedavi açısından, doğru ele alma açısından da istatistiksel olarak anlamlı düzeyde özel psikiyatrist grubu, diğer gruplara kıyasla daha doğru tanı ve uygun tedavi ile hastaları değerlendirmiştir. Olasılıkla diğer dal hekimlerinin psikiyatrik belirtileri olan hastalara yaklaşımda sorunlar yaşa-

maları ya da bu konuda yeterli bilgiye sahip olmamaları söz konusu olabilir.

İlaç etkileşimleri ilaç uygulama pratiğinde önemlidir. Bu çalışmanın ilaç etkileşimlerini ele almaması en önemli noksanlıklarındandır (42).

## SONUÇ

Psikiyatrik bozukluklar konusunda diğer sağlık çalışanlarının (pratisyen hekimler, aile hekimleri ve psikiyatri dışı hekimler) bilgilendirilmesi bir gereklilik olup, temel psikiyatrik bozuklukların tanı ve tedavilerinin bilinmesi (tanının doğruluğu, uygun ilaç seçimi, ilaç başlangıç ve sürdürüm dozu, ilaç kombinasyonları, ilaç yan etki varlığı ve hastalık şiddeti, uygun görüşmeye çağırılma sıklığı gibi) yanında tıbbi ve psikiyatrik bozuklukların yüksek düzeyde eşanlılığı göz önünde bulundurulmalıdır. Hastalarda yeti yitimi olmaması veya bazı bulguların kalıcılık göstermemesi için uygun doz ve sürede tedavi önemlilik arz etmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Sağduyu A, Özmen E: Temel sağlık hizmetlerinde ruhsal bozukluklar: pratisyen doktor tanıları, verilen tedaviler, eğitimin etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 7:176-184, 1996.
2. Bull World Health Organ: Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders: WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology, 78:413-426, 2000.
3. Kessler LG, Cleary PD, Burke JD Jr: Psychiatric disorders in primary care. Results of a follow-up study. *Arch Gen Psychiatry* 42:583-587, 1985.
4. Leon AC, Olfson M, Broadhead WE ve ark: Prevalence of mental disorders in primary care. Implications for screening. *Arch Fam Med* 4:857-861, 1995.
5. Rezaki SM, Kaplan İ, Üçok GÖ: Temel sağlık hizmetlerinde ruhsal sorunlar üzerine bir alan araştırması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 6:3-11, 1995.
6. Dönmez L, Dedeoğlu N, Özcan E: Sağlık ocaklarına başvuranlarda ruhsal bozukluklar. *Türk Psikiyatri Dergisi* 11:198-203, 2000.
7. Regier DA, Burke JD Jr, Manderscheid RW ve ark: The chronically mentally ill in primary care. *Psychol Med* 15: 265-273, 1985.
8. Toews J, Lockyer J, Addington D ve ark: Improving

- the management of patients with schizophrenia in primary care: assessing learning needs as a first step. *Can J Psychiatry* 41:617-622, 1996.
9. Katon W, Gonzales J: A review of randomized trials of psychiatric consultation-liaison studies in primary care. *Psychosomatics* 35: 268-278, 1994.
  10. Katon W, Von Korff M, Lin E ve ark: A randomized trial of psychiatric consultation with distressed high utilizers. *Gen Hosp Psychiatry* 14:86-98, 1992.
  11. Yenilmez Ç, Ayrancı Ü, Kaptanoğlu C: Eskişehir ili birinci basamak sağlık kurumlarındaki hekimlerin psikiyatrik hizmet, tanı ve tedavilere karşı tutumları. *Türkiye'de Psikiyatri* 4:14-24, 2002.
  12. Lyness JM, Caine ED, King DA ve ark: Psychiatric disorders in older primary care patients. *J Gen Intern Med* 14:249-254,1999.
  13. Kaplan HI, Sadock BJ: Synopsis of psychiatry, Baltimore, Williams and Wilkins, 1988.
  14. Böke Ö, Aker S: Samsun'da altı yıllık bir Samsun'da altı yıllık bir psikiyatri muayenehane çalışmasının değerlendirilmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 5:154-162, 2004.
  15. Hamilton M: A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 23:56-62, 1960.
  16. Hamilton M: The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol* 32:50-55, 1959.
  17. Guy W: ECDEU Assessment manual for psychopharmacology. Rockville, MD: US National Institutes of Health, 1976.
  18. Geyran PÇ: Birinci basamak sağlık hizmetlerinde ruh sağlığı uygulamaları üzerine. *Türk Psikiyatri Dergisi* 6:311-312, 1995.
  19. Blanco C, Goodwin RD, Liebowitz MR ve ark: Use of psychotropic medications for patients with office visits who receive a diagnosis of panic disorder. *Med Care* 42:1242-1246, 2004.
  20. Ng B, Bardwell WA, Camacho A: Depression treatment in rural California: preliminary survey of nonpsychiatric physicians. *J Rural Health* 18:556-562, 2002.
  21. Kisely S, Linden M, Bellantuono C ve ark: Why are patients prescribed psychotropic drugs by general practitioners? Results of an international study. *Psychol Med* 30:1217-1225, 2000.
  22. Akiskal HS: The clinical management of affective disorders. *Psychiatry*, Cilt I, R. Michels (Chairman, Editorial Board), Philadelphia, JB Lippincott Company, 61. unit, 1990.
  23. Cavanaugh S, Wettstein R: Prevalence of psychiatric morbidity in medical populations. *Psychiatric Update*, The American Psychiatric Association Annual Review, Cilt III, L.Grinspoon (Ed), New York s.283-303, 1984.
  24. Mant A, Lansbury G, Bridges-Webb C: A Survey of new users of psychotropic drugs in Australian general practice. *Fam Pract.* 4:50-55, 1987.
  25. Özkan S, Yücel B, Turgay M ve ark: The development of psychiatric medicine at Istanbul Faculty of Medicine and evaluation of 889 psychiatric referrals. *Gen Hosp Psychiatry* 17: 216-223, 1995.
  26. Al-Ansari EA, Khadadah ME, Hassan KI ve ark: Psychiatric disorders in two general hospitals: a survey of prevalence and treatment by nonpsychiatrist physicians. *Gen Hosp Psychiatry* 13:319-324, 1991.



27. Pincus HA, Tanielian TL, Marcus SC ve ark: Prescribing trends in psychotropic medications: primary care, psychiatry, and other medical specialties. *JAMA* 18, 279:526-531, 1998.
28. Kisely S, Linden M, Bellantuono C ve ark: Why are patients prescribed psychotropic drugs by general practitioners? Results of an international study. *Psychol Med* 30:1217-1225, 2000.
29. Matthews K, Eagles JM, Matthews CA: The use of antidepressant drugs in general practice. A questionnaire survey. *Eur J Clin Pharmacol* 45:205-210, 1993.
30. Shorr RI, Bauwens SF: Diagnosis and treatment of outpatient insomnia by psychiatric and nonpsychiatric physicians. *Am J Med* 93:78-82, 1993.
31. Karamustafaloğlu O, Yılmaz M, Özçelik B ve ark: Psikiyatri ve psikiyatri dışı hekimlerin benzodiyazepin reçetesi yazma örüntülerinin incelenmesi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 15:5-13, 2005.
32. Özgen A, Birsöz S: Benzodiyazepinler "Yararlanım ve yanlış kullanım ölçütleri" *Bağımlılık Dergisi* 1:89-94, 2000.
33. Sürmeli A: Anksiyeteli depresyon kavramı ve psikiyatride benzodiyazepin bağımlılığı sorunu *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 8:129-134, 1998.
34. Palaoğlu Ö, Soygür H, Ayhan İH: Benzodiyazepin tedavisinde yarar/zarar oranı: Yeniden gözden geçirme gereksinimi. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi* 1:348-355, 1993.
35. Lin EH, Katon WJ, Simon GE, et al: Low-intensity treatment of depression in primary care: is it problematic? *Gen Hosp Psychiatry* 22:78-83, 2000.
36. Goldberg D, Lecrubier Y: Form and frequency of mental disorders across centres. In *Mental Illness in General Health Care* (eds TB Üstün, N Sartorius), pp 323-334, 1995.
37. Docherty JD: Barriers to the diagnosis of depression in primary care. *J Clin Psychiatry* 58:5-10, 1997.
38. Thompson C, Ostler K, Peveler RC, et al: Dimensional perspective on the recognition of depressive symptoms in primary care. The Hampshire Depression Project 3. *Br J Psychiatry* 179:317-323, 2001.
39. Chassin MR, Galvin RW: The urgent need to improve health care quality: Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality. *JAMA* 280:1000-1005, 1998.
40. Uğurlu M, Soydal T: Türkiye'de ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamak sağlık hizmetlerine entegrasyonu. *Kriz Dergisi* 12:41-46, 2004.
41. Aker T, Özmen E, Ögel K ve ark: Birinci basamak hekimlerinin şizofreniye bakış açısı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 3:5-13, 2002.
42. Karamustafaloğlu N, Karaman E, Alpay N: Sitokrom P450 Enzimleri ve Psikotrop İlaçlar. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 7:11-16, 1997.