

Ruh Sağlığı Hastanesinde Ölümler: Geriye Dönük Dosya Taraması

Deaths in Mental Health Hospital: Retrospective Study

Ömer BÖKE, Gökhan SARISOY, Servet AKER*

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ve *Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Samsun, Türkiye

ÖZET

Giriş: Türkiye’de, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanelerinde yatarak ölen hastalarla ilgili bir çalışma yoktur. Bu çalışmada; Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi’nde yatarak tedavi görmekte iken ölen hastaların, bazı sosyodemografik ve klinik özelliklerinin tanımlanması amaçlanmıştır.

Yöntem: Yatarak tedavi görmekte iken ölen her hasta için doldurulan MERNİS (Merkezi Nüfus İdaresi Sistemi) formlarından hastaların kimliklerine ulaşılmış ve Ocak 2000 – Aralık 2006 tarihleri arasında hastanede ölen hastaların dosyaları incelenerek veriler elde edilmiştir.

Sonuçlar: İlgili tarihlerde psikiyatri servislerinde 55 hastanın (33 erkek, 22 kadın) öldüğü, tespit edilmiştir. Ölen hastaların yaş ortalaması 50,40±14,57 yıldır (en düşük 20 - en yüksek 91 yıl). Ölümlerin; %42,6 (n=23)’ünün Cumartesi ve Pazar günleri, %40,7(n=22)’sinin 00:00-08:00 saatleri arasında, %40,7(n=22) ’sinin yatışın ilk beş günü içinde olduğu, dört hastanın ise intihar sonucu öldüğü saptanmıştır. Hastaların %61,2(n=29)’sinin dosyasında, psikiyatrik hastalıkları dışında başka bir hastalığın olduğuna ilişkin veri yoktur.

Tartışma: Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi’nde yatarak meydana gelen ölümlerin sıklığı bazı ülkelerdeki ruh sağlığı hastanelerinden daha azdır. Literatürle uyumlu olarak ölümler daha çok mesai dışı zamanlarda ve yatışın ilk günlerinde olmaktadır. Ası en sık kullanılan intihar yöntemidir. (*Nöropsikiyatri Arşivi* 2007; 44: 54-7)

Anahtar Kelimeler: Ölüm, ruh sağlığı hastanesi, yatarak tedavi

SUMMARY

Objective: In Turkey, there is no analysis of patients who died in mental hospitals. The aim of the study is to describe some sociodemographic and clinic properties of patients who died during inpatient treatment at the Samsun Mental Hospital.

Method: Identities of patients were determined from MERNIS form, which were filled for all deaths in hospital. Data were obtained from hospital records of patients who died between January 2000- December 2006.

Results: During this period, fifty five deaths (33 males; 22 females) were recorded in psychiatry services. Mean age was 50.4±14.57 years (min 20 year- max 91 year). It was established that 42.6% of the deaths occurred on Saturdays and Sundays, 40.7% between 00:00-08:00 hours, within five days of hospitalization and four patient have committed suicide. In the files of 29 patient (61.2%), there were no records about any medical disease other than psychiatric disease.

Discussion: During inpatient treatment, the number of deaths in Samsun Mental Hospital, was less than those in some other countries. As concordant to literature, more deaths were recorded during out of working hours, initials days of hospitalization and in addition, hanging was the most common suicide method. (*Archives of Neuropsychiatry* 2007; 44: 54-7)

Key words: Death, mental hospital, inpatient treatment

Giriş

Psikiyatri hastalarının, genel nüfusa göre daha yüksek ölüm hızına sahip oldukları çok eski zamanlardan beri bilinmektedir. Farr, 1841 yılında psikiyatri hastalarının genel nüfusa oranla 6-7 kat daha yüksek ölüm hızına sahip olduğunu bildirmiştir (1). İkinci Dünya Savaşı’ndan sonra bu oran azalma göstermiş ve 2-3 kata kadar düşmüştür (2-4). Bu azalmanın en önemli nedenleri olarak, psikofarmakolojideki gelişmeler ve özellikle batı dünyasındaki kurum dışı tedavi olanaklarının gelişmesi gösterilmiştir (5, 6). Psikiyatri hastalarında ölüm hızının genel nüfustan yüksek olması, ruhsal hastalığın kendisine ve yaşanan olumsuz çevre koşullarına bağlanmaktadır (7).

Gelişmiş ülkelerde, son 25-30 yıl içinde psikiyatri hastalarının kurumlarda uzun süreli tedavisinden, kurum dışında tedaviye geçiş süreci yaşanmıştır. Hastanelerin yatak sayıları ve hastaların hastanede kalma süreleri azaltılmış, yapısal iyileştirmeler yapılmış ve ayaktan tedavi seçenekleri genişletilmiştir (6, 8). Nijerya ve Tayvan gibi gelişmekte olan ülkelerin bu sürecin dışında kaldıkları bildirilmektedir (1, 9). Türkiye’de bu sürecin dışında kalan ülkelerden biridir. Türkiye’de hiçbir zaman yatak sayısı yeterli olmamıştır. Ayaktan tedavi ve rehabilitasyon olanaklarının geliştirilmesi için bazı çalışmalar yapılmakla birlikte, bugün için kurumsallaşmış, gelişmiş bir ayaktan tedavi ve rehabilitasyondan bahsetmek söz konusu değildir.

Literatürde psikiyatri hastanelerindeki ölümler, beklenen ve beklenmeyen ölümler olarak değerlendirilmektedir. Yatan hastalardaki beklenmeyen ölümlerin bir psikiyatri servisini değerlendirmek için önemli bir tema olduğu ileri sürülmüştür (10).

Literatür taramasında, Türkiye’de, psikiyatri hastanelerinde yatarak tedavi görmekte iken ölen hastalarla ilgili herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmada; Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi (SRSHH)’nde 1 Ocak 2000-31 Aralık 2006 tarihleri arasında yatarak tedavi görmekte iken ölen hastaların bazı sosyodemografik ve klinik özelliklerinin tanımlanması amaçlanmıştır.

Yöntem

Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, 18 ile ruh sağlığı hizmeti veren, 400 yataklı bir bölge hastanesidir. 2000 yılı nüfus sayımına göre, hizmet verdiği bölgenin toplam nüfusu 8,887,591’dir. Bu illerde bulunan genel hastanelerde de psikiyatri klinikleri bulunmaktadır. Bu kliniklere yatırılmayan hastalar SRSHH’ne gönderilmektedir. İlgili dönemde hastaneye 19100 yatış yapılmıştır ve 2005 yılı ortalama yatış süresi 48 gündür. Halen SRSHH’de 7 psikiyatri, 2 nöroloji, 2 klinik biyokimya uzmanı ve 6 pratisyen hekim çalışmaktadır. Nöroloji uzmanları son bir yıldır hastanede görev yapmaktadır. İlgili tarihlerde doktor sayıları değişimle birlikte, psikiyatri, nöroloji ve biyokimya uzmanları dışında başka bir alanda uzman doktor hastanede çalışmamıştır.

Veriler 1 Ocak 2000-31 Aralık 2006 tarihleri arasında SRSHH’de yatarak tedavi görmekte iken ölen hastaların dosyalarının geriye dönük olarak incelenmesi ile elde edilmiştir. Ölen her hasta için doldurulan Merkezi Nüfus İdaresi Sistemi (MERNİS) formlarından hastaların kimliklerine ulaşılmış ve hasta dosyaları incelenerek hastaların yaşları, tanıları, aynı hastaneye yatış sayıları, kullandığı ilaçlar, alınan konsültasyonlar, yatış süresi, ölüm zamanı, ölüm ile ilgili hemşire ve doktor notları incelenmiştir.

Sonuçlar

Ocak 2000-Aralık 2006 tarihleri arasında SRSHH’nde 56 kişinin öldüğü tespit edilmiştir. Hastanede son bir yıldır nöroloji hastaları da yatırılarak takip edilmektedir. Bir yıl içinde nöroloji kliniğinde yatan bir hastanın öldüğü anlaşılmış olup bu hasta çalışma dışı bırakılmıştır. Elli beş hastanın 33 (%60,0)’ü erkek 22 (%40,0)’si kadındır. Ölen hastaların yaş ortalaması 50,40±14,57 yıl (en düşük 20-en yüksek 91 yıl), sırasıyla erkek ve kadınların yaş ortalaması 52,12±11,13 yıl ve 47,82±18,59 yıl (t=0,74 p=0,28) olarak tespit edilmiştir. Yıllara göre hasta yatış sayıları, hastanede yatarak ölenlerin yıllara ve cinsiyete göre dağılımı ve ölüm sayısı / yatış sayısı oranları Tablo 1’de verilmiştir. Bir hastanın dosyasına ulaşılamamış olup ölen 55 hastanın 54’ünün dosyası incelenmiştir.

Ölen hastaların dosyaları incelendiğinde, hastaların sözü edilen hastaneye ortalama 4,79±5,09 kez (en düşük 1 - en yüksek 25 kez) yattığı, 14 (%25,9)’ünün aynı hastaneye ilk yatışı, 12 (%22,2)’sinin ise ikinci yatışı olduğu saptanmıştır.

Ölümlerin; %42,6 (n=23)’sının Cumartesi ve Pazar günleri olduğu, %40,7 (n=22)’sinin 00:00-08:00, %33,3 (n=18)’ünün 08:00-16:00, %25,9 (n=14)’ünün 16:00-24:00 saatleri arasında olduğu tespit edilmiştir.

Ölümlerin; %40,7 (n=22)’si yatışın ilk beş gününde, %64,8 (n=35)’i ilk on gününde, %75,9 (n=41)’u ilk on beş gününde gerçekleşmiştir.

Hastaların; %70,4 (n=38)’ünün tanısının Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluk, %11,1 (n=6)’inin Duygu Durum Bozukluğu, %9,3 (n=5)’ünün Genel Tıbbi Duruma Bağlı Mental Bozukluk, %3,7 (n=2)’sinin Madde Bağımlılığı, %3,7 (n=2)’sinin Anksiyete Bozukluğu ve %1,9 (n=1)’unun Anoreksiya Nevroza olduğu tespit edilmiştir.

Dört hastanın hastanede intihar sonucu öldüğü saptanmıştır. Hasta öyküleri şöyledir;

Hasta 1: 37 yaşında kadın hasta, evli, köyde oturuyor, aynı hastaneye beşinci yatışı. Şizofreni tanısı ile Kapalı Kadın Servisi’nde takip ediliyor. Zucklopentiksol asetat 50 mg/gün, klorpromazin 300 mg/gün kullanıyor. Yatışının beşinci gününde yatak çarşafı ile kendisini asarak intihar ediyor.

Hasta 2: 37 yaşında kadın hasta, evli, il merkezinde oturuyor, aynı hastaneye ikinci yatışı. Şizofreni tanısı ile refakatli olarak Açık Kadın Servisi’nde takip ediliyor, risperidon 6 mg/gün, ketiapin 900 mg/gün, biperiden HCl 6 mg/gün kullanıyor. Yatışının ikinci günü saat 04:00’de kendisini hasta dolabının kapağına bağ örtüsü ile asarak intihar ediyor.

Hasta 3: 51 yaşında erkek hasta evli, ilçe merkezinde oturuyor, aynı hastaneye ikinci yatışı. Şizofreni tanısı ile Açık Erkek Servisi’nde yatıyor. Olanzapin 20 mg/gün, alprozolam 1,5 mg/gün kullanıyor. Yatışının dördüncü günü saat 15:00’de yüksekte atlayarak intihar ediyor.

Hasta 4: 33 yaşında kadın hasta, evli, il merkezinde oturuyor, aynı hastaneye altıncı yatışı, Bipolar Afektif Bozukluk tanısı ile Kapalı Kadın Servisi’nde yatıyor, haloperidol 20 mg/gün, klorpromazin 100 mg/gün, biperiden HCl 6 mg/gün kullanıyor. Yatışının 105. günü saat 11:45’de yatak çarşafı ile kendisini asarak intihar ediyor.

Ölen 29 (%53,7) hastanın dosyalarında, psikiyatrik hastalıkları dışında başka bir hastalıkları olduğuna ilişkin veri yoktur. Bu hastaların dört tanesine ağızdan ilaç verilememiş, 25 hasta ise ölümün olduğu gün antipsikotik ilaç almıştır. Ortalama 1,68 antipsikotik, ortalama 325,78 mg (en düşük 25 mg - en yüksek 1500 mg) klorpromazin eşdeğer dozunda kullanılmıştır. Bu antipsikotiklerden en sık kullanılan beşinin dozu ve sıklığı tablo 2’de verilmiştir. Ayrıca 10 hastaya 2-6 mg/gün biperiden HCL, iki hastaya antidepressan, beş hastaya benzodiazepin, dört hastaya duygudurum dü-

Tablo 1. Yıllara göre yatış sayısı ve ölüm sayılarının dağılımı

Yıl	Yatış sayısı	Ölüm sayısı			Ölüm Sayısı/ Yatış Sayısı (%)
		Erkek	Kadın	Toplam	
2000	2543	5	2	7	0,27
2001	2806	4	6	10	0,36
2002	2828	6	1	7	0,25
2003	2696	4	2	6	0,22
2004	2950	5	1	6	0,20
2005	2650	5	6	11	0,42
2006	2627	4	4	8	0,30
Toplam	19100	33	22	55	0,29

zenleyici ilaç verilmiştir. Bu hastaların beşine ölümün tespitinden önceki altı saat içinde kas içi enjeksiyon yapıldığı (hepsi haloperidol, klorpromazin, biperiden HCl karışımı), bir hastada ise gıda aspirasyonun olduğu dosyaya not edilmiştir.

Ruhsal hastalıkları dışında, başka bir tıbbi hastalığı olduğu tespit edilen 21 kişinin (%38,8) hastanede öldüğü tespit edilmiştir. Altı hastaya nonspesifik enfeksiyon, iki hastaya tüberküloz, iki hastaya kalp yetmezliği, bir hastaya gastrointestinal sistem kanaması, bir hastaya epilepsi, bir hastaya pankreas kanseri, bir hastaya anemi, bir hastaya böbrek yetmezliği ve bir hastaya intrakraniyal kitle tanısı konulmuş, beş hastaya herhangi bir tanı konulamamış ancak genel durumunun bozuk olduğu dosyasına yazılmıştır. Tanı konulamayan beş hastanın ikisine kardiyoloji ve nöroloji konsültasyonları istenmiş ve bir patolojinin bulunduğu konsültasyon notuna yazılmıştır. Bir hasta genel bir hastanede yatarken psikoz tanısı ile sevk edilmiş, bir hasta yatışının birinci gününde kan basıncı düşüklüğü nedeni ile hastaneye götürülürken yolda ölmüştür. Bir hasta ise 91 yaşındadır ve aynı hastaneye 8. yatışının olduğu, genel durumunun bozuk olduğu ve demansiyel tablo gösterdiği dosyasına not edilmiştir. Altı hastaya hastanede yatarken herhangi bir psikotrop ilaç verilmemiştir. Hastaların beşi başka bir genel hastanede yatarken, baş edilemeyen davranış sorunları nedeniyle SRSHH'ye sevk edilmiştir. Yatmakta olan 12 hasta için çeşitli bölümlerden 19 konsültasyon alınmış, konsültasyonların bir tanesi ölümden 9 gün önce istenmiş iken, diğer konsültasyonların tümü ölümden önceki üç gün içinde alınmıştır. Konsültasyonu yapan birimler önerilerle hastaları tekrar hastaneye geri göndermişlerdir.

Tartışma

Tespitlerimize göre bu çalışma, Türkiye'de Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanelerindeki ölümlerle ilgili yapılan ilk çalışmadır. Dört yüz yataklı SRSHH'de yedi yıl içinde 55 ölüm tespit edil-

miştir. Literatürde, psikiyatri hastalarının ölümü ile ilgili çalışmalarda, daha çok ayaktan takip sırasındaki ölümlerle, hastanede ki ölümler bir arada değerlendirilmiştir. Sadece hastanede yatarken ölen hastalarla ilgili üç çalışma tespit edilmiştir (9,11,12). Üç çalışmanın verileri ile bu çalışmanın verileri Tablo 3'te karşılaştırılmıştır. Almanya ve İspanya çalışmasının verileri ile bu çalışmanın verileri karşılaştırıldığında yatak ve epizod sayısına göre en düşük ölüm sıklığı SRSHH'de görülmektedir. İspanya verileri adli hastaların yattığı yüksek güvenli ruh sağlığı hastanesine aittir ve beklenmeyen ölümler (intihar ve cinayet) tüm ölümlerin %56'sını oluşturmaktadır. SRSHH'de en sık tanı Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar iken, Almanya verilerinde en sık tanı Organik Mental Bozukluk'tur. Almanya ve İspanya'ya göre daha düşük ölüm sıklığı bu iki nedenden kaynaklanmış olabilir. Nijerya'da Malomo ve arkadaşlarının çalışmasında, yatak sayısına göre SRSHH'den daha fazla ölüm görülmekle birlikte, epizod sayısına göre bakıldığında SRSHH'den daha az ölüm olduğu dikkat çekmektedir. Nijerya çalışmasında ortalama yatış günü verilmemiştir. Bu nedenle ölüm sıklığını değerlendirirken epizod sayısı daha geçerli gibi görünmektedir. Nijerya çalışmasına göre SRSHH'de ölüm sıklığının daha düşük olması ülkelerin ekonomik durumundan kaynaklanmış olabilir.

Ölümler incelendiğinde, ölümlerin çoğunun Cumartesi - Pazar günü ve 00:00-08:00 saatleri arasında gerçekleştiği görülmektedir. Mesai dışında kalan zamanlarda tıbbi gözlemin mesai zamanlarına göre daha az olması bu sonuca neden olmuş olabilir.

Ölümlerin, %40'ı yatışın ilk beş günü, %75,9'u ilk 15 günü içinde gerçekleşmiştir. Ortalama yatış gününün 48 gün olduğu göz önüne alındığında SRSHH'ye yatışın ilk günlerinin ölüm riski açısından önemli olduğu söylenebilir. Nijerya çalışmasında da benzer olarak ölümlerin %72,0'sinin yatışın ilk iki haftasında olduğu bildirilmektedir (9).

Bütün intiharların %5'inin psikiyatri hastanelerinde gerçekleştirildiği bildirilmektedir (13). Slovenya'da 605 yataklı bir üniversite psikiyatri hastanesinde 10 yılda 79 intihar (13), Almanya'da 39372 yatışta 30 intihar (14), İspanya'da 216 yataklı bir yüksek güvenli hastanede 13 yılda 34 intihar (11), Nijerya çalışmasında iki intihar vakası bildirilmiştir (9). SRSHH'de ise incelenen yedi yıllık sürede dört intihar vakası tespit edilmiştir. Sayının batı toplumlarından düşük olması o ülkelere göre ülkemizde daha az intihar vakası görülmesine bağlı olabilir (15). Yatan hastaların intiharı için en riskli dönem yatışın ilk haftası ve taburculuktan sonraki ilk hafta olarak bildirilmektedir (16). Bu çalışma-

Tablo 2. Dosyalarında başka bir tıbbi hastalık olduğuna ilişkin veri bulunmayan, oral antipsikotik kullanan hastaların en sık kullandığı beş antipsikotik

İlaçlar	n (%)	Doz mg/gün
Tiyoridazin	13 (52)	25-600
Risperidon	8 (32)	4-12
Haloperidol	7 (28)	10-30
Olanzapin	5 (20)	5-20
Klorpromazin	3 (12)	100-300

Tablo 3. Ruh sağlığı hastanelerinde yatarak tedavi görürken ölen hastaların sayılarının karşılaştırılması

Çalışmalar	Hastane	Süre (yıl)	Epizod Sayısı - Yatak Sayısı	Ölüm Doğal Yolla	İntihar	Epizod sayısına göre ölüm oranı ** Yatak sayısına göre yıllık ölüm oranı ***
Hewer (Almanya-1996)	Yedi farklı ruh sağlığı hastanesi	2.5	14195 / -	174	22	(0,0138) - (-)
Carceles (İspanya-2001)	Yüksek güvenli ruh sağlığı hastanesi	13	- / 216	28	36 *	(-) - (0,0227)
Malomo (Nijerya-2003)	Eğitim verilen ruh sağlığı hastanesi	10	11367 / 535	94	2	(0,0084) - (0,0179)
Bu çalışma (Türkiye-2006)	Ruh sağlığı hastanesi	7	19100 / 400	51	4	(0,0029) - (0,0196)

* İki ölümden, ölüm nedeni cinayettir.

** Ölüm sayısı / Epizod sayısı

*** Ölüm sayısı / [Yatak sayısı x Takip yılı]

da dört intiharın üçü yatışın ilk beş gününde gerçekleşmiştir. Yine yatan hastalarda en fazla kullanılan yöntemin ası olduğu ve daha çok yatak çarşafı ya da giysilerin ası için kullanıldığı bildirilmiştir (9). Bizim verilerimizdeki üç hasta ası ile intihar etmiştir. İkiisi yatak çarşafı biri başörtüsü kullanmıştır.

Antipsikotik alan psikiyatri hastalarında ani ölümler çok eskiden beri bilinmektedir (17). Dosyalarında herhangi bir tıbbi hastalığı olduğuna ilişkin bulgu olmayan hastaların tümü antipsikotik kullanmaktadır. Hastaların ölümleri doğrudan gözlenmediğinden bu ölümlerin hepsinin ani ölüm olduğunu ileri sürülebilmek zordur. Ancak kullanılan antipsikotiklerin olası ani ölüme neden olduğu ileri sürülebilir. Dosyalarında tıbbi hastalık ile ilgili veri olmayan ve oral ilaç alan hastaların %52'si tiyoridazin kullanmaktadır. Özellikle tiyoridazinin kalp iletim bozukluklarına neden olarak ani ölümlere neden olduğu bildirilmiştir (18). Bu hastalarda tiyoridazine bağlı ani ölüm için yeterli kanıt olmasa da, bir olasılıktan söz edilebilir. Beş hastanın ölümünden önceki altı saatte parenteral haloperidol-klorpromazin-biperiden HCl karışımı aldığı tespit edilmiştir. Acil tedavi için kullanılan bu kombinasyonun rutin kullanımı ile ilgili literatürde herhangi bir veri bulunmamakla birlikte, ülkemizde oldukça sık kullanıldığı tüm psikiyatristler tarafından bilinmektedir. Özellikle klorpromazinin ölümcül etkileri 1956'dan beri bildirilmektedir. Çoğunlukla ortostatik hipotansiyon ve kalp ritm bozuklukları bildirilmekle beraber, klorpromazin enjeksiyonundan sonra anafaktik reaksiyon da bildirilmiştir (19-21).

Ağız hijyeni bozukluğunun, antipsikotiklerin neden olduğu ağız kuruması ve yutma güçlüğü, psikiyatrik hastalarda obstrüktif asfiksi ile ölüme neden olabildiği bilinmektedir (22). Nitekim ölen hastaların birisinin dosyasında gıda aspirasyonu olduğu not edilmiştir.

Ölen önemli sayıda hasta için başka uzmanlık alanlarından konsültasyon alınmış ancak hastalar önerilerle SRSHH'ye geri gönderilmiştir. Hastaların on ikisinin konsültasyon alımından sonraki üç gün içinde öldükleri göz önüne alındığında yeterli tıbbi destek alamadıkları söylenebilir. Beş hasta ise başka bir genel hastanede yatarken baş edilemeyen davranış sorunları ve/veya organik patoloji saptanamaması nedeni ile SRSHH'ye gönderilmiş ve burada ölmüşlerdir. Bu durum genel hastanelerde çalışan hekimlerin psikiyatri hastalarına uzak durmalarından kaynaklanmış olabilir.

Bu çalışmanın önemli sınırlılıkları vardır. Sadece hastanede ölen hastalar çalışmaya alınmıştır. Hastaneden taburcu olduktan hemen sonra ya da nakil edildikleri genel hastanede ölen hastalar çalışmaya alınamamıştır. Çalışma geriye dönük olarak dosya kayıtlarından yapılmıştır. Dolayısıyla dosyalarda yazılı bulunan tanıların geçerliliği sınırlanmıştır. Hastaların genel durumunda bir kötüleşme olmasına rağmen, hemşire gözlemi olarak dosyaya not edilmemiş olabileceği önemli sınırlılıklardan biridir. Hastane dosyalarına ya da MERNİS tutanaklarına geçerli ölüm nedeni yazılmamaktadır. Bu nedenle hastaların ölüm nedeni tespit edilememiştir. Çalışma, sadece bir hastanenin verilerini içermektedir. Bundan sonra yapılacak olan çalışmaların çok merkezli yapılması, ileriye dönük olması, verilerin ölümden hemen sonra toplanması, hastanın doktoru ve hemşiresinden doğrudan bilgi alınması, özellikle tıbbi hastalığı bulunmayan, aniden ölen hastaların otopsilerinin yapılarak kesin ölüm nedenlerinin tespit edilmesi gerekir. Ayrıca sadece hastanelerdeki ölüm sıklığını karşılaştırmak yerine, ilgili ülkelerdeki yatan

hasta popülasyonunu, ruh sağlığı politikalarını, ayaktan tedavi ve rehabilitasyon olanaklarını karşılaştırabilmek çok daha geçerli sonuçlara varmaya neden olacaktır.

Bu çalışmanın verilerine göre, SRSHH'de yatarak tedavi sonrasındaki ölüm sıklığının, bazı ülkelerdeki ruh sağlığı hastanelerinden daha seyrek olduğu, ölümlerin daha çok mesai dışı zamanlarda ve yatışın ilk günlerinde olduğu, asının en sık kullanılan intihar yöntemi olduğu ve yatan hastaların konsültasyon ile başka hastanelerden aldıkları tıbbi desteğin yetersiz olduğu sonucuna varılmıştır.

Teşekkür

Bu çalışmanın yapılmasını sağlayan, veri toplama sırasında yardımcı olan Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi yöneticileri ve çalışanlarına teşekkür ederiz.

Kaynaklar

1. Chen WJ, Huang YJ, Yeh LL ve ark. Excess mortality of psychiatric inpatients in Taiwan. *Psychiatry Res* 1996; 62: 239-50.
2. Sims A. Why the excess mortality from psychiatric illness? *Br Med J* 1987; 294: 986-7.
3. Craig TJ, Lin SP. Death and deinstitutionalization. *Am J Psychiatry* 1981; 138: 224-27.
4. Baxter DN. The mortality experience of individuals on the Salford psychiatric case register I. All cause mortality. *Br J Psychiatry* 1996; 168: 772-9.
5. Casadebaig F, Quemada N. Mortality in psychiatric inpatients. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 79: 257-64.
6. Hansen V, Arnesen E, Jacobsen BK. Total mortality in people admitted to psychiatric hospital. *Br J Psychiatry* 1997; 170: 186-90.
7. Harris EC, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. *Br J Psychiatry* 1990; 173: 11-53.
8. Keller F, Wolfersdorf M. Changes in suicide numbers in psychiatric hospitals: an analysis using log-linear time trend models. *Soc Psychiatr Epidemiol* 1995; 30: 269-73.
9. Malomo IO, Aina OF, Ladapo HTO et al. Ten year mortality review in a Pioneer psychiatric hospital in west Africa. *East Afr Med J* 2003; 80: 379-83.
10. Morgan HG, Priest P. Suicide and other unexpected deaths among psychiatric inpatients the Bristol confidential inquiry. *Br J Psychiatry* 1991; 158: 368-74.
11. Carcelez MDP, Inigo C, Luna A ve ark. Mortality in maximum security psychiatric hospital patients. *Forensic Sci Int* 2001; 119: 279-83.
12. Hewer W, Rossler W. Mortality risk of psychiatric patients in inpatient acute treatment. *Gesundheitswesen* 1996; 58(1 Suppl) 44-9.
13. Steblaj A, Tavcar R, Dernovsek MZ. Predictors of suicide in psychiatric hospital. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 100: 383-8.
14. Spiess H, Hubner Lieberman B, Cording C. Suicidal behavior of psychiatric in-patients. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 106: 134-8.
15. Keskin M, Akoğlu A, Uygur B. Ayaktan tedavi edilen psikiyatri hastalarında travmatik yaşam olayları ve sorun çözme becerileri: İntihar davranışı ile ilişkisi. *Türk Psikiyatri Derg* 2006; 17: 266-75.
16. Qin P, Nordentoft M. Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 427-32.
17. Appleby L, Shaw J, Amos T. Sudden unexplained death in psychiatric in-patients. *Br J Psychiatry* 2000; 176: 405-6.
18. Reilly SJ, Ays SA, Ferrier IN ve ark. Thioridazine and sudden unexplained death in psychiatric in-patients. *Br J Psychiatry* 2002; 180: 515-22.
19. Lee YS, Choi SY, Youm JB ve ark. Block of HERG human K channel and I of guinea pig cardiomyocytes by chlorpromazine. *J Cardiovasc Pharmacol* 2004; 43: 706-14.
20. Prescorm SH. Clinical application of the concept of relative potency: an example involving chlorpromazine and haloperidol. *J Psychiatr Pract* 2005; 11: 258-61.
21. Nikolic S, Micic J, Savic S ve ark. Fatal therapeutic event after an injection of chlorpromazine. *Srp Arh Celok Lek* 2001; 129: 203-6.
22. Semiz ÜY. Psikiyatride ani ölüm. Ceylan ME, Çetin M editörler. *Şizofreni-II içinde üçüncü baskı*. İstanbul: Yerküre Tanıtım ve Yayıncılık Hizmetleri A.Ş.; 2005 s. 1117-96.