

Bir Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nden Hizmet Alan Şizofreni ve Bipolar Affektif Tanılı Hastaların Profillerinin İncelenmesi

 Nurten Gülsüm BAYRAK¹,  Bahadır GENİŞ²,  Nermin GÜRHAN³

¹ Uzm. Hem., Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk İzlem Merkezi, Giresun, Türkiye

² Dr. Öğr. Üyesi, Kocaeli Üniversitesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Kocaeli, Türkiye

³ Prof. Dr., Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Tokat, Türkiye

Öz

Giriş: Kronik ruhsal hastalıkların rehabilitasyonu toplum ruh sağlığı merkezlerinde uygulanmaktadır. **Amaç:** Bu çalışmada bir toplum ruh sağlığı merkezinden hizmet alan şizofreni ve bipolar affektif tanılı hastaların fiziksel sağlıklarının ve kullandıkları psikotrop ilaçların karşılaştırılması amaçlanmıştır. **Yöntem:** Çalışmada örneklem seçimi yapılmamış olup, Temmuz-Aralık 2018 tarihleri arasında Türkiye'nin Karadeniz Bölgesi'nde yer alan bir toplum ruh sağlığı merkezine kayıtlı 640 hasta kaydı geriye dönük olarak değerlendirilmiştir. Araştırma verileri, araştırmacılar tarafından oluşturulan veri toplama formu ile hastane bilgi sistemi üzerinden toplanmıştır. Elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 22.0 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. **Bulgular:** Çalışmaya dahil edilen hastaların yaş ortalaması 46.1±11.96, %62.3'ü (n = 399) erkektir. Bipolar affektif tanılı hastalarda, tiroid hastalıkları (p =.024) ve gastrointestinal sistem hastalıklarının (p= .032) şizofreni hastalarına göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu, şizofreni hastalarında ise çoklu ilaç tedavisi (p=.005) ve depo antipsikotik ilaç kullanımının (p=.001) istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Her iki hastalık grubunda sertralin ve essitalopram en sık tercih edilen antidepresan iken, ketiyapin en sık tercih edilen antipsikotik olarak saptanmıştır. **Sonuç:** Çalışmanın sonuçlarına göre şizofreni ve bipolar affektif tanılı hastalar, fiziksel tıbbi tanılar ve kullandıkları psikotrop ilaçlar bakımından takip edilmelidir. **Anahtar Sözcükler:** Bipolar Affektif, Şizofreni, Toplum Ruh Sağlığı Merkezi.

Abstract

Investigation of Profiles of Patients with Schizophrenia and Bipolar Affective Diagnosis in a Community Mental Health Center

Introduction: People with chronic mental illnesses are rehabilitated in community mental health centers. **Objective:** This study was conducted to compare the physical health status of patients with schizophrenia and bipolar affective in a community mental health center and the psychotropic drugs they use. **Method:** The records of 640 patients registered in a community mental health center in the Black Sea Region of Turkey between July and December 2018 were evaluated retrospectively, without sampling. The research data were collected through the hospital information system with the data collection form developed by the researchers and analyzed with SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 22.0 package program. **Results:** The mean age of the patients in the study was 46.1±11.96, and 62.3% (n=399) were male. In patients with bipolar affective diagnosis, thyroid diseases and gastrointestinal system diseases were significantly higher than those with schizophrenia, and the use of multiple drug therapy and depot antipsychotic medication was statistically significantly higher in patients with schizophrenia. In both disease groups, sertraline and esitalopram were the most preferred antidepressants, and quetiapine was the most preferred antipsychotic. **Conclusion:** The results showed that patients with schizophrenia and bipolar affective diagnosis should be followed in terms of physical medical diagnoses and psychotropic drugs they use. **Keywords:** Bipolar Affective, Schizophrenia, Community Mental Health Center

Geliş Tarihi / Received: 18.06.2021 **Kabul Tarihi / Accepted:** 26.04.2022

Correspondence Author: Nurten Gülsüm Bayrak, Uzm. Hem., Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk İzlem Merkezi, Giresun, Türkiye

Cite This Article: Bayrak N.G, Geniş B, Gürhan N. Bir Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nden Hizmet Alan Şizofreni ve Bipolar Affektif Tanılı Hastaların Profillerinin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2022; 15(3): 289-297.



Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2022 Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License

Toplum temelli ruh sağlığı hizmet modelinin temelini oluşturan Toplum Ruh Sağlığı Merkez'leri (TRSM), kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin; takip, tedavi ve rehabilitasyonlarının sağlanmasının yanı sıra bireylerin işlevselliklerini ve yaşam kalitelerini artırarak onları topluma kazandırmayı amaçlamaktadır (1-3).

Kronik ruhsal hastalığa sahip bireylerde, hastalığa bağlı mortalite, morbidite, yeti kaybı oranı genel nüfusa oranla daha yüksektir (4). Ağır ruhsal hastalıklar, yaşam kalitesi, tedavi uyumu, sosyal ve bilişsel işlevlerde azalmanın yanı sıra, öz bakım, kişilerarası ilişkiler, çalışma hayatı ve günlük yaşam becerileri gibi birçok alanda yetersizliğe yol açmaktadır (5-7). Ağır ruhsal hastalığı olan bireyler, damgalanma nedeniyle iş bulmakta zorlanmakta, gelir eksikliği nedeniyle sağlık hizmetlerine erişim, barınma, sosyal ilişkilerde bozulma gibi sorunlar ile karşı karşıya kalabilmektedir (8-11). Bu hastalıklarda ilaç etkilerinden dolayı iştah artışı ve dolayısıyla kilo alımı, uyku sorunları, iyi olmayan sosyal ilişkiler ve sosyal izolasyon gibi nedenlerle yaşam kalitesinin de azaldığı bilinmektedir (12,13). İşlevsellikleri, toplumdaki ruhsal hastalığı olmayan bireylere göre bozulmuş olan bu hastalar, damgalanma, ilaçların yan etkileri, ilaçların etkinliğine inanmama, iç görü eksikliği gibi nedenlerle tedavilerini aksatabilmekte ve bu nedenle hastalıkları zaman zaman alevlenme belirtileri göstermektedir (12).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) istatistiklerine göre her yıl 41 milyon kişi bulaşıcı olmayan hastalık kapsamına giren hastalıklar nedeniyle hayatını kaybetmektedir ve bu sayı küresel olarak tüm ölümlerin %71'ine karşılık gelmektedir (14). Toplam ölümlerin %80' ini kardiyovasküler hastalıklar, kanser, solunum yolu hastalıkları ve diyabet oluşturmaktadır (15). Ağır ruhsal hastalığa sahip bireylerin sağlıklı bireylere göre tıbbi hastalıklar açısından 1.5 kat daha fazla risk altında olduğu belirtilmektedir (16). Konuya ilişkin yapılan çalışmalara bakıldığında; şizofreni hastalarının %92.2 'sinin fiziksel hastalık tanısı aldığı, bu hastalarda kalp damar hastalıkları, KOAH ve diabetten kaynaklanan mortalite oranlarının daha yüksek olduğu belirtilmektedir (10,17). Bunun yanı sıra bipolar affektif bozuklukta, metabolik sendrom prevalansının %56 olduğu belirtilmiştir (18).

Ağır ruhsal hastalıklarla ilgili yapılan bir meta analiz çalışmasında kardiyovasküler hastalık prevalansı %9,9 olarak saptanmıştır (19). Bunun yanında şizofreni hastalarının %66,1'inde, bipolar affektif tanılı hastaların %60,5'inde kardiyometabolik komorbid tanı saptandığı, en yaygın komorbid tanıların şizofreni ve bipolar affektif bozuklukta sırasıyla; hipertansiyonda %57; %52, hiperlipidemide %30; %28, diyabette %28; %22 olduğu belirtilmiştir (20). Yapılan çalışmalarda genel olarak bipolar affektif bozuklukta hipertansiyon, astım, diyabet, obezite, hipotiroidizmin şizofrenide ise hipertansiyon, diyabet ve aneminin yaygın olarak görüldüğü belirtilmektedir. Bu hastalıklarda ileri yaşta ve evli olmak, tedavi ve hastalık süresinin uzunluğunun, fiziksel hastalık komorbiditesi ile önemli ölçüde ilişkili olduğu belirtilmiştir (13,21).Yapılan diğer çalışmalara bakıldığında; şizofreni hastalarının %37,8'inin KOAH, %33'ünün hipertansiyon, %17,8 'inin inme, %17,8'inin ise koroner arter hastalığı tanısı aldıkları belirtilmiştir (22). Geller'de yapılan kohort çalışmasında ağır ruhsal hastalıklarda ölüm nedenleri arasında kanser, dolaşım sistemi, solunum sistemi hastalıklarının olduğu, tüm ölümlerin % 28,1'ini iskemik kalp hastalıkları, %17,8'ini solunum sistemi hastalıkları ve %15,6'sını kanser hastalıklarının oluşturduğu, en yaygın görülen kanser türlerinin ise akciğer ve GİS kanserlerinin olduğu belirtilmiştir (23). Ağır ruhsal hastalığa sahip bireylerde obezite, metabolik sendrom, diyabet, kardiyovasküler ve solunum sistemi hastalıklarına yakalanma oranı iki kat, HIV virüsüne yakalanma oranı ise sekiz kat daha fazla olduğu belirtilmektedir (24).

Şizofreni ve bipolar affektif bozuklukta önemli sorunlardan biri de tedavide büyük önem taşıyan antipsikotik ilaçlardır (25). Ağır ruhsal hastalıklarda tedavi uyumsuzluğu sık görülmektedir (26). Antipsikotiklerin yan etkilerine bağlı olarak hastaların yaşam sürelerinin kıaldığı, birinci ve özellikle ikinci kuşak antipsikotik ilaçların kilo artışı, diyabet, hiperlipidemi, metabolik sendrom, ve kardiyovasküler hastalıklara neden olduğu, hastalığa bağlı faktörlerin yanı sıra ilaç tedavisine bağlı oluşabilecek yan etkilerin fiziksel hastalanma ve ölüm üzerinde etkili olduğu belirtilmektedir (27,28). Bipolar affektif bozuklukta, sık ve düzensiz aralıklarla ilaç kullanmanın kilo alımı ve sedasyon gibi yan etkilere neden olması sebebiyle hastaların tedavilerini sıklıkla aksattığı belirtilmektedir (29). Şizofreni ve bipolar affektif tanılı hastalarla yapılan bir çalışmada tedavi uyumunun iç görü ile ilişkilendirildiği, şizofreni hastalarında, bipolar affektif bozukluğa göre iç görünün ve dolayısıyla ilaç uyumunun daha düşük olduğu belirtilmiştir (30). Bunun yanı sıra şizofreni ve bipolar affektif bozuklukta, işlevsellik, istihdam ve sosyal desteğin tedavi uyumunu artırdığı belirtilmektedir (25).

Psikiyatrik rehabilitasyon hizmetleri, inatçı belirtilerle giden, işlevselliği bozulmuş bireylerin iyileşmesini ve toplum içerisinde normal yaşayabilmelerini sağlamak amacıyla verilen, kapsamlı, eş güdümlü ve uzun süreli uygulamaları kapsamaktadır (31). TRSM'ler koruyucu sağlık hizmetlerinin yanı sıra, akut alevlenmeleri engelleyerek hastaneye yatış sıklığını azaltmaya, hastaları topluma kazandırmaya ve tedavi uyumunu artırmaya yönelik hizmetler sunmaktadır (32). Bu hizmetlerin sağlıklı olarak yürütülebilmesi ve sürekliliğinin sağlanmasında ekip anlayışı ile hareket etmek oldukça önemli olup, bu kapsamda hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir (2). Psikiyatri kliniklerinde görev yapan hemşirelerin, ruhsal hastalığa sahip bireylere uygun bakım ve tedaviyi yapabilmeleri için gerekli verileri toplama becerisine sahip olmaları gerekmektedir (33). Psikiyatri hemşirelerinin, psikofarmakolojik ilaç yönetiminde ilaç kullanımına yönelik verileri toplama, ilaç etki ve yan etkilerini bildirme, gözlem yapma, ilaç uygulama, ilaç yanıtını değerlendirme, kayıt etme, tedavi ekibi ile iş birliği yapma, tedavi programı düzenleme, taburculuk sonrası birey ve ailesine eğitim vermek gibi birçok sorumluluğu bulunmaktadır (34). Psikiyatri hemşirelerinin şizofreni ve bipolar affektif tanılı hastalarda var olan ya da sonradan gelişen fiziksel hastalıkları ve hastaların kullandıkları psiko trop ilaçları ve ilaç yan etkilerini bilmeleri, etkin ve bütüncül bir bakım hizmetinin sunulabilmesi bakımından önemlidir. Bu çalışmada bir Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nden hizmet alan şizofreni ve bipolar affektif tanılı hastaların fiziksel tıbbi tanıları, kullandıkları psiko trop ilaçlar incelenmiştir. Çalışmadan elde edilen verilerin, psikiyatri hemşirelerinin fiziksel ve ruhsal hastalık yönetimi ile ilgili uygulamalarına yön vereceği ve bu yönüyle literatüre katkı sunacağı düşünülmektedir.

Yöntem

Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı ve retrospektif desenlidir.

Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma Temmuz ve Aralık 2018 tarihleri arasında Türkiye'nin Karadeniz Bölgesi'nde yer alan bir toplum ruh sağlığı merkezine kayıtlı hastalar üzerinden geriye dönük olarak gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Evreni/Örnekleme

Araştırmanın evrenini Türkiye'nin Karadeniz Bölgesi'ndeki TRSM'ye kayıtlı tüm hastalar oluşturmuştur (n: 678). Evrenin tamamına ulaşılmaya çalışılmış ancak hasta kayıtlarındaki eksiklikler ve verilere ulaşılamama nedeniyle 640 hasta kaydı geriye dönük olarak değerlendirilmiştir. TRSM'ler devlet tarafından finanse edilen halka açık ve ruh sağlığını iyileştirme hizmeti sunan kurumlardır. Türkiye'nin Karadeniz Bölgesi'ndeki TRSM, 2012 yılında hizmete vermeye başlayan, aylık ortalama 150-200 hastanın hizmet aldığı bir kurumdur. TRSM ekibi, bir doktor, üç hemşire, bir psikolog ve bir sosyal hizmet uzmanı ile hizmet vermektedir. Haftanın iki günü, bir doktor ve bir hemşire, şehir merkezine kayıtlı hastalara ev ziyaretine gitmektedir. Bunun dışında kurumda şizofreni ve bipolar affektif tanımlı hastalara poliklinik hizmeti verilmektedir.

Veri Toplama Araçları

Araştırmacılar tarafından hazırlanan veri toplama formu; hastaların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, çalışma durumu, kimlerle yaşadığı, kullandıkları psikoaktif ilaçlar ve fiziksel tıbbi tanımlarını sorgulayan sekiz sorudan oluşmaktadır. Veriler araştırmacılar tarafından oluşturulan yapılandırılmış bir form aracılığı ile, hastane bilgi sistemi üzerinden geriye dönük olarak toplanmıştır. Hastane kayıtlarına, kurum izni alındıktan sonra hastane bilgi işleminden kullanıcı adı ve şifre yoluyla ulaşılmıştır. TRSM'den hizmet alan hastaların isimleri veri formuna kodlanarak eklenmiş olup, kullandıkları psikoaktif ilaçlara ve fiziksel tıbbi tanımlarına aynı sistem üzerinden daha önce başvurduğu psikiyatri ve diğer poliklinikler yoluyla ulaşılmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 22.0 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler için sayı, yüzde, ortalama standart sapma kullanılmıştır. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ki-kare testi, gereken durumlarda fisher's exact testi kullanılmış, anlamlılık düzeyi $p < .05$ olarak temel alınmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için bir üniversitenin girişimsel olmayan klinik araştırmalar etik kurulundan 08.05.2018 tarih ve 2018-212 araştırma kodu ile alınmış etik kurul izni alınmış, olup ayrıca araştırmanın yapıldığı kurumdan kurum izni alınmıştır. Araştırmanın tüm aşamalarında araştırma ve yayın etiği ilkelerine uyulmuştur.

Bulgular

Tablo 1. Örneklemin Sosyodemografik Özellikleri (n:640)

Değişkenler	Bipolar Affektif Bozukluk (n=238)	Şizofreni (n=402)	Toplam (n=640)	X ² /t	p
Yaş	45.31±11.98	46.43±11.94	46.01±11.96	-1.144	.253
Cinsiyet					
Kadın	99/41.6	142/35.3	241/37.7	2.246	.134
Erkek	139/58.4	260/64.7	399/62.3		
Medeni Durum					
Evli	100/42	127/31.6	227/35.5	7.306	.026
Bekar	130/54.6	262/65.2	392/61.3		
Dul/Boşanmış	8/3.4	13/3.2	21/3.3		
Çalışma Durumu					
İşsiz	113/47.5	233/58	346/54.1	19.184	< .001
Düzenli çalışıyor	103/43.3	108/26.9	211/33		
Emekli	22/9.2	61/15.2	83/13		
Yaşam Şekli					
Anne, baba, kardeş	121/50.8	259/64.4	380/59.4	15.936	< .001
Eş, çocuk	103/43.3	112/27.9	215/33.6		
Yalnız	14/5.9	31/7.7	45/7.0		

X²: Ki-kare testi, t: Bağımsız Örneklem t testi

Hastaların yaş ortalaması 46.01 ± 11.96, yaş aralığı 18-86 arasındadır. Her iki hastalık grubu arasında yaş ve cinsiyet bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur. Bipolar affektif tanımlı hastaların %42'si evlidir. Hastalık grupları

arasında medeni durum, çalışma durumu ve yaşam şekli bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < .05$) (Tablo 1).

Tablo 2. Bipolar Affektif ve Şizofreni Grupları Arasında Tıbbi Hastalıkların Karşılaştırılması (n:640)

Tıbbi tanılar	Bipolar Affektif Bozukluk (n = 23)		Şizofreni (n = 402)		Toplam (n = 640)		X ²	p
	N	%	N	%	n	%		
Diyabetes Mellitus	35	14.7	50	12.4	85	13.3	0.485	.486
Hipertansiyon	40	16.8	45	11.2	85	13.3	3.616	.057
Hiperlipidemi	14	5.9	24	6.0	38	5.9	0.000	1.00
Tiroid Hastalıkları	33	13.9	32	8.0	65	10.2	5.085	.024
Kas-İskelet Sistemi Hastalıkları	4	1.7	6	1.5	10	1.6	0.000	1.00
Kanser	5	2.1	8	2.0	13	2.0	0.000	1.00
Kalp Hastalıkları	7	2.9	9	2.2	16	2.5	0,083	.773
Gastrointestinal Sistem Hastalıkları	63	26.5	76	18.9	139	21.7	4.597	.032
Nörolojik Hastalıklar	31	13.0	35	8.7	66	10.3	3.015	.083
Solunum Sistemi Hastalıkları	11	4.6	23	5.7	34	5.3	0.359	.549
(Diğer Hastalıklar: B12, D vitamini eksikliği, deri hastalıkları)	69	29.1	92	22.9	161	25.2	2.645	.104

Bipolar affektif tanıli hastalarda diabetes mellitus, hipertansiyon, tiroid hastalıkları, kas iskelet hastalıkları, kanser, kalp hastalıkları, gastrointestinal sistem hastalıkları ve nörolojik hastalıkların, şizofreni hastalarına göre daha sık görüldüğü, şizofreni hastalarında ise hiperlipideminin daha sık görüldüğü saptanmıştır. Hasta grupları arasında tiroid hastalıkları ve GİS hastalıkları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır ($p < .05$). (Tablo 2).

Tablo 3. Bipolar Affektif ve Şizofreni Grupları Arasında Psikotrop İlaç Gruplarının Karşılaştırılması (n:640)

Değişkenler	Bipolar Affektif Bozukluk (n = 238)		Şizofreni (n = 402)		Toplam (n = 640)		X ²	p
	n	%	N	%	n	%		
*AD	46	19.3	90	22.4	136	21.3	0.664	.415
*DDD	171	71.8	19	4.7	190	29.7	319.44	.001
*AP	201	84.5	399	99.3	600	93.8	55.885	.001
Çoklu psikotrop ilaç kullanımı	93	39.1	204	50.7	297	46.4	7.724	.005
Depo antipsikotik ilaç	26	10.9	134	33.3	160	25.0	38.851	.001

*AD: Antidepresan, DDD: Duygudurum dengeleyici AP: Antipsikotik

Duygudurum dengeleyici ilaç kullanımının bipolar affektif tanıli hastalarda ($p < .05$); antipsikotik ve çoklu psikotrop ilaç kullanımının şizofreni tanıli hastalarda istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek olduğu saptanmıştır ($p < .05$). (Tablo 3).

Tablo 4. Bipolar Affektif ve Şizofreni Grupları Arasında Psikotrop İlaç Kullanımlarının Karşılaştırılması (n:640)

Değişkenler	Bipolar Affektif Bozukluk (n = 238)		Şizofreni (n = 402)		Toplam (n = 640)		X ²	p
	n	%	n	%	n	%		
Antidepresanlar								
Sertralin	17	7.1	30	7.5	47	7.3	0.022	.881
Fluoksetin	4	1.7	12	3.0	16	2.5	0.577	.447
Sitalopram	2	0.8	6	1.5	8	1.3	0.546	.717
Essitalopram	10	4.2	19	4.7	29	4.5	0.013	.911
Paroksetin	3	1.3	5	1.2	8	1.3	0.000	1.00
Fluvoksamin	0	0.0	2	0.5	2	0.3	1.864	.532
Venlafaksin	3	1.3	2	0.5	5	0.8	1.074	.366
Duloksetin	1	0.4	2	0.5	3	0.5	0.000	1.00
Amitriptilin	0	0.0	7	1.7	7	1.1	6.556	.050
Klomipramin	4	1.7	6	1.5	10	1.6	0.000	1.00
Trazodon	1	0.4	0	0.0	1	0.2	1.981	.372
Mirtazapin	1	0.4	2	0.5	3	0.5	0.000	1.00
Duygudurum Dengeleyiciler								
Valproik Asit	99	41.6	12	3.0	111	17.3	152.78	.001
Lityum	72	30.3	3	0.7	75	11.7	122.96	.001
Lamotrijin	27	11.3	0	0.0	27	4.2	47.61	.001
Karbamazepin	4	1.7	3	0.7	7	1.1	1.156	.433
Antipsikotikler								
Aripipirazol	28	11.8	43	10.7	71	11.1	0.082	.775
Amisülpirid	12	5.0	40	10.0	52	8.1	4.825	.028
Klozapin	6	2.5	72	17.9	78	12.2	31.660	.001
Olanzapin	53	22.3	111	27.6	164	25.6	1.968	.161
Paliperidon	5	2.1	9	2.2	14	2.2	0.013	.908
Ketiypin	97	40.8	90	22.4	187	29.2	23.508	.001
Risperidon	34	14.3	75	18.7	109	17.0	1.724	.189
Haloperidol	12	5.0	40	10.0	52	8.1	4.825	.028
Klorpromazin	3	1.3	14	3.5	17	2.7	2.855	.091
Trifluperazin	0	0.0	2	0.5	2	0.3	1.188	.532
Sülpirid	1	0.4	4	1.0	5	0.8	0.637	.425
Ziprasidon	1	0.4	0	0.0	1	0.2	1.692	.372

*X²: Ki-kare Testi

Amitriptilin, amisülpirid, klozapin ve haloperidol kullanımı şizofreni hastalarında ($p < .05$); ketiypin, valproik asit, lityum ve lamotrijin kullanımı bipolar affektif tanı hastalarda istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Her iki hastalık grubunda sertralin ve essitalopramın en sık kullanılan antidepresan; ketiypinin ise en sık kullanılan antipsikotik olduğu saptanmıştır (Tablo 4).

Tartışma

TRSM'ye kayıtlı şizofreni ve bipolar affektif bozukluk tanı hastaların, kullandıkları psikotrop ilaçlar ve fiziksel tıbbi tanımlarını değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı ve retrospektif olarak yapılan çalışmada, 640 hasta kaydı değerlendirilmiştir. kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin bilişsel, sosyal ve işlevsel becerilerinin azalması nedeniyle özel bakım gereksinimleri artmaktadır. Bu hastaların gereksinimlerini değerlendirmeye yönelik yapılan bir çalışmada hastaların sosyal ve yakın ilişkiler, fiziksel sağlık durumu, hastalık durumu ve tedavi hakkında bilgi, gündüz aktiviteleri, psikolojik sıkıntı gibi psikososyal gereksinimlerinin

çoğunlukla karşılanmadığı belirlenmiştir (13). Psikiyatri hastalarının bakım gereksinimleri psikiyatri hemşireliğinin temel alanı olup, kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerin gereksinimlerini belirleyerek, uygun girişimleri planlayabilmek önemlidir (24). Diyabetes mellitus, obezitenin artmasına paralel olarak ciddi bir artış göstermiştir (35). Dünya genelinde 1980'de %4.7 olan diyabet yaygınlığı, 2014 yılında %8.5 olarak bildirilmiştir (4). Bazı çalışmalar ise tip 1 diyabetin şizofreni riskini yaklaşık 1.5-2 kat artırabileceğini öne sürmektedir (14). Kronik ruhsal hastalığa sahip bireylerde, genel nüfusa oranla akut metabolik komplikasyon, bozulmuş glikoz toleransı, insülin direnci ve tip 2 diyabet gelişme riskinin daha yüksek olduğu (31) ve diyabet nedeniyle mortalite olasılığının altı kat daha fazla olduğu belirtilmektedir (36). Ağır ruhsal hastalığı olan bireylerin, kötü beslenme alışkanlığı, hareketsiz yaşam örüntüsü, fiziksel sağlıklarını koruma ve devam ettirme konusundaki yetersizliklerinin yanında, özellikle hastalıklarının tedavisinde kullanılan antipsikotik grubu ilaçların da etkisi ile diyabete yatkın oldukları düşünülmektedir (32,37,38). Özellikle bu hastalık gruplarında kullanılan klozapin, olanzapin ve ketiyapinin kan şekerini yükseltmeye, glikoz tolerans testinde bozulma ve diyabetik ketoasidoza yol açtığı belirtilmiştir (39). Çalışmamızda hem şizofreni hem de bipolar bozuklukta en sık kullanılan antipsikotikler olanzapin, ketiyapin ve risperidondur (Tablo 4). Bu ilaçların hem şizofreni hem de bipolar bozuklukta sıklıkla kullanılması, hastalardaki diyabet prevalansının artışına katkı sağlamış olabilir. Kronik ruhsal hastalığa sahip bireylerin yaklaşık %10-15'i tip 2 diyabete sahiptir (37,40). Vancamfort çalışmasında Bipolar bozuklukta diyabet yaygınlığının %6.5-12.7 arasında değiştiğini (31), Subassini şizofrenide diyabet yaygınlığını %15.3 olarak bildirmiştir (41) Bu çalışmada ise şizofreni hastalarının %12.4'ü, bipolar affektif bozukluk tanılı hastaların %14.7'si diyabet tanısı almıştır. Bu oranlar literatürdeki çalışmalarla uyumlu görülmektedir.

GİS hastalıklar, yaşam kalitesini düşürmesi, sosyal hayat üzerindeki olumsuz etkileri, sağlık hizmeti kullanımı ve okul hayatında olumsuzluklara neden olması dolayısıyla psikiyatrik hastalıklarla ilişkidir (42). Epidemiyolojik araştırmalar, çölyak hastalığı ile ağır ruhsal bozukluklar arasında bir ilişki olduğunu belirtmektedir (43,44). Şizofreni ve bipolar bozuklukta GİS hastalıkların sıklığını araştıran bir çalışmada bu oranlar sırasıyla %10.9 ve %16.4 olarak bildirilmiştir (45). Ülkemizdeki bir çalışmada ise şizofreni ve bipolar bozuklukta, GİS hastalık oranları sırasıyla %18.5 ve %27.6 olarak bildirilmiştir (46). Bu çalışmada ise şizofreni tanısı olanlarda GİS hastalıklarının oranı %18.9 iken, bipolar bozuklukta %26.5 olarak saptanmış olup aradaki fark, istatistiksel olarak anlamlıdır. Bipolar bozuklukta, GİS bozukluklarının anlamlı olarak yüksek bulunmasında, çalışmanın yapıldığı popülasyon seçimi, lityum, valporik asit, lamortijin ve ketiyapin gibi duyu durum dengeleyici özelliği olan ilaçların daha yoğun kullanımı rol oynamış olabilir. Özellikle bipolar bozuklukta kullanılan lityum; dilde yanma, midede ekşime, iştahsızlık, bulantı, kusma, ishal vb belirtilerle mide barsak sistemini etkilemektedir (39). Bipolar bozukluk tanılı hastalarda GİS semptomların ilişkili olduğu faktörleri araştıran bir çalışmada, belirtilerin depresyon şiddeti, anksiyete şiddeti ve insomnia için kullanılan ilaçların en önemli değişkenler olduğu belirtilmiştir (47). Bu çalışmada hem duygudurum dengeleyici hem de insomnianın tedavisinde kullanılan ketiyapinin, bipolar bozuklukta, şizofreniye oranla anlamlı düzeyde daha sık kullanıldığı saptanmıştır. Bu durum, bipolar bozukluk tanısı alan grupta GİS hastalıklarının daha yüksek olmasını açıklayan faktörlerden birisi olarak düşünülebilir.

Bu çalışmada tiroid hastalıkları bipolar bozuklukta %13.9, şizofrenide %8 olarak belirlenmiştir. Bipolar bozukluk tedavisinde duygudurum dengeleyici olarak kullanılan lityumun uzun süreli kullanımı, tiroid fonksiyonlarını olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir. Antipsikotikler otoimmün tiroid anormalliklerine yol açabilmekte hem dopamin antagonisti etkileri hem de antipsikotiklerin yan etkileri, prolaktin yükselmesine neden olabilmektedir (39). Literatüre bakıldığında ağır ruhsal hastalıklarda tiroid bozukluğu sıklığı şizofrenide %31.49, bipolar afektif bozuklukta %35.57 bir başka çalışmada şizofrenide %10.5, bipolar bozuklukta ise %10.3 olarak belirtilmiştir (48,49). Lityum tedavisi alan hastaların endokrin bozukluk prevalansı, genel popülasyona göre yüksek olmasından dolayı bu hastalar hipotiroidizm, guatr ve hiperparatiroidizm açısından takip edilmelidir (50).

Şizofreni ve bipolar afektif bozukluk tanılı hastaların yaklaşık üçte birinin dört veya daha fazla psikotrop ilacı eş zamanlı olarak kullandığı belirtilmiştir (51,52) Psikiyatrik hastalıklarda komorbiditenin fazla olması polifarmasiye katkıda bulunmaktadır. (53). Gittikçe yaygınlaşan bir sorun olan polifarmasi, şizofreni ve bipolar bozukluk gibi kronik ruhsal hastalıklarda daha sık kullanılmaktadır (54,55). Bu çalışmada şizofrenide polifarmasi oranı %50.7 iken, bipolar bozuklukta %39.1 idi. Aradaki fark ise anlamlıydı. Şizofrenide antipsikotiklerin bir arada kullanılması, hastalığın kronik gidişatı karşısında duyulan çaresizlik ve tedaviye direnç sorunu ile ilişkilendirilmektedir (56). Hastalığı kabul etmeyen ya da psikiyatrik sağaltımlara karşı olumsuz tepki geliştirmiş hastaların, ilacı reddetmesi ya da kısa sürede bırakması sık görülmekle birlikte tedavide kullanılan antipsikotiklerin kilo alma, uyku hali, kan basıncının düşmesine bağlı baş dönmesi, ekstrapiramidal yan etkiler, cinsel isteksizlik ya da işlev bozukluğu vb. yan etkileri nedeniyle, hastaların ilaçlara karşı önyargı geliştirdiği bilinmektedir. İlacı reddeden hastalarda, hastalık belirtilerinin yinelenmesi sık görülmektedir. Böyle durumlarda hasta ile uyum sağlanamazsa depo antipsikotikler tercih edilebilmektedir (39). Bu durumu destekleyen sonuçlardan birisi de çalışmamızda saptanmıştır. Şizofreni tanılı hastaların oluşturduğu grupta depo antipsikotik kullanımı %33.3 bipolar bozuklukta %10.9 olarak belirlenmiştir.

Kısıtlılıklar

Bu araştırmanın tek merkezde yürütülmesi ve elde edilen verilerin TRSM'de kullanılan hasta kayıt sistemindeki bilgiler kapsamında olması çalışmanın sınırlılıklarındandır.

Sonuçların Uygulamada Kullanımı

Şizofreni ve bipolar bozukluk gibi kronik ruhsal hastalığı olan bireylerde, diabetes mellitus, hipertansiyon, GİS ve nörolojik hastalıklar, tiroid, gibi fiziksel hastalıkların sık görüldüğü, şizofreni hastalarında genellikle çoklu tedavi, antipsikotik ve depo

antipsikotik grubu; bipolar bozuklukta ise duygudurum dengeleyici, antidepresan ve antipsikotik grubu ilaçların daha sık kullanıldığı belirlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda psikiyatri hemşireleri şizofreni ve bipolar bozukluk tanılı hastalarda, ek fiziksel hastalıkların sık görüldüğü ve bu hastalıklarda kombine birçok psikotrop ilaç kullanıldığını, bu nedenle hastaların yakın takip edilip gözlemlenerek hemşirelik yaklaşımlarının bu doğrultuda planlanması önemlidir.

Çalışma sonucu literatüre ışığında değerlendirildiğinde şizofreni ve bipolar bozukluk affektif gibi kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel hastalıklarının ruhsal hastalıklarından mı yoksa kullandıkları psikotrop ilaçlardan mı kaynaklandığı belli değildir. Etkin ve verimli bir psikiyatrik rehabilitasyon hizmetinin verilebilmesi için bu ayrımın tespit edilmesi, hastaların tedavi, bakım ve rehabilitasyon planlamalarının bu doğrultuda yapılması gereklidir. Çalışma sonucuna göre, ağır ruhsal hastalıklarda fiziksel hastalıkların sık görüldüğü ve bu hastalarda kullanılan çoklu ilaç tedavisi ve antisikotik kullanımının sık olduğu dikkate alındığında hastaları fiziksel hastalıklara ve ilaç yan etkilerine karşı korumak amacıyla koruyucu ve önleyici planlamaların bu doğrultuda yapılması önemlidir. Bu amaçla bu hastalıklarda iyi bir takip sisteminin kurulması, hasta ve ailesinin ilaç kullanımı ve fiziksel hastalıklar konusunda bilgilendirilmesi, alanda çalışan hemşirelere daha iyi bir sağlık hizmeti sunmaları konusunda hizmet içi eğitimlerin verilmesi önerilebilir. Bunun dışında hastaların yaşam kalitelerini ve işlevselliklerini artırmak amacıyla yapılan farmakolojik ve psikososyal müdahalelerin yanı sıra, çeşitli nedenlerle gelişebilecek fiziksel hastalık belirtilerinin erken dönemde fark edilebilmesi ve bu doğrultuda koruyucu önleyici yaklaşımlara ağırlık verilmesi ve riskli grupların tespit edilmesinin de psikiyatrik rehabilitasyon uygulamalarına önemli ölçüde yön vereceği düşünülmektedir. Bu amaçla birinci basamak sağlık hizmetleri ile koordinasyon sağlanması, hastalara, hastalık öz yönetimi, ailelerine ise ruhsal hastalıklarla baş edebilme, öfke kontrolü, problem çözme becerisi gibi konulara yönelik farkındalık eğitimlerinin verilmesi, ev ziyaretlerinde hastaların yaşam biçimi, beslenme, hareket, aile içi ilişkileri, stres düzeyi vb değerlendirilmesi ve riskli hastaların tespit edilmesi, tedavi, rehabilitasyon programlarının bu yönde planlanması hastaların ve ailelerinin sağlık hizmeti sunucularıyla koordineli hareket etmesi vb girişim ve uygulamaların bakımın kalitesini artıracakları düşünülmektedir. TRSM kapsamında verilen hizmetin kalite ve niteliğini artırmaya yönelik girişimlere ağırlık verilmelidir. Bu amaçla özellikle uzman psikiyatri hemşirelerinin TRSM lerde istihdamının sağlanması, hizmet içi eğitimlerin kapsam ve niteliğinin artırılmasına önem verilmelidir. Bunun yanında verilen bakım ve hizmetin hastalar üzerinde ne ölçüde etkili olduğunu belirlemek amacıyla bilimsel çalışmalara ağırlık verilmelidir.

Bilgilendirme

Fikir NGB, NG; Dizayn NGB, NG; Veri toplama/işleme NGB; Revizyon/denetim NGB, BG, NG; Analiz/yorumlama BG; Literatür tarama NGB, BG, NG; Yazma NGB, BG; Kontrol NG tarafından yapılmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için bir üniversitenin girişimsel olmayan klinik araştırmalar etik kurulundan 08.05.2018 tarih ve 2018- 212 araştırma kodu ile etik kurul izni ayrıca araştırmanın yapılacağı kurumdan kurum izni alınmıştır. Araştırma ile ilgili herhangi bir finansal destek alınmamıştır. Araştırmanın bütçesi araştırmacılar tarafından karşılanmıştır. Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması söz konusu değildir.

Kaynaklar

1. Bekiroğlu S, Demiröz F. Toplum ruh sağlığı merkezlerinden hizmet alan ağır ruhsal hastalığa sahip bireylerin sosyal işlevselliğinin incelenmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet* 2020;31(3):1053-1078.
2. İçel S, Özkan B, Aydoğan A. Toplum ruh sağlığı merkezlerinde hemşirenin rolü. *Ankara Med J* 2016;16(2):208-214.
3. Delice AM. *Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri İçin Kılavuz*. 1.Basım. İstanbul Nobel Tıp Kitabevi; 2017:9-10.
4. Diabetes World Health Organization 2020. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>. Erişim Tarihi: 20.09.2020
5. Şahin Ş, Elboğa G. Toplum ruh sağlığı merkezinden yararlanan hastaların yaşam kalitesi, tıbbi tedaviye uyumu, iç görü ve işlevsellikleri. *Çukurova Med J* 2019;44(2):431-438.
6. Hossain S, Mainali P, Bhimanadham N.N, Imran S, Ahmad N, Patel S.R. Medical and psychiatric comorbidities in bipolar disorder: Insights from national inpatient population-based study. *Cureus* 2019;11(9):e5636.
7. Nishanth K.N, Chadda R.K, Sood M, Biswas A, Lakshmy R. Physical comorbidity in schizophrenia & its correlates. *Indian Med J Res* 2017;146(2): 281-284.
8. Türkiye Halk Sağlığı ve Kronik Hastalıklar Enstitüsü (TÜSEB). Bulaşıcı olmayan hastalıklar nelerdir? 2021.URL:<https://www.tuseb.gov.tr/tuhke/makaleler/bulasici-olmayan-hastaliklar-nelerdir>. Erişim Tarihi: 20.09.2020
9. Demir S, Bulut M, İbiloğlu AO, Güneş M, Şimşek S, Sır A. Psikiyatri kliniğinde yatan hastalardaki komorbid somatik hastalıklar. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi* 2016;7(26):1-10.
10. Döngel D.B, Demirkol M.E, Tamam L. Şizofreni hastalarında fiziksel hastalık eş tanılarının değerlendirilmesi. *Çukurova Med J* 2018;43(4):892-902.
11. Evensen S, Ueland T, Lystad J.U, Bull H, Klungsoyr O, Martinsen E.W et al. Employment outcome and predictors of competitive employment at 2-year follow-up of a vocational rehabilitation programme for individuals with schizophrenia in a high-income welfare society. *Nord J Psychiatry*. 2017;71:180-187.
12. Lee S.J, Kim K.R, Lee S.Y, An S.K. Impaired social and role function in ultra high risk for psychosis and first episode schizophrenia: Its relations with negative symptoms. *J Clin Invest* 2017;14:186-192.
13. Tuncer Z.G, Duman Z.Ç. Kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerin gereksinimleri: Sistematik derleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2020;12(2):155-167.
14. Klimek P, Kautzky WA, Chmiel A. Quantification of diabetes comorbidity risks across life using nation wide big claims data. *PLoS Comput Biol* 2015;11(4):e1004125.
15. Suvisaari J, Keinanen J, Eskelinen S, Mantere O. Diabetes and schizophrenia. *Curr Diab Rep* 2016; 16:16.
16. Bahorik AL, Satre D.D., Simon A.H.K, Weisner C.M., Campbell C. Serious mental illness and medical comorbidities: Findings from an integrated health care system. *J Psychosom Res* 2017; 100:35-5.
17. Brink M, Green A, Bojesen A.B, Lamberti J.S, Conwell Y, Andersan K. Excess medical comorbidity and mortality across the lifespan in schizophrenia. A nationwide Danish register study. *Schizophrenia Research* 2019;347-354.
18. Demir N.Ö, Tuğlu C. Bipolar bozukluk hastalarında metabolik sendrom ve dürtüsellik ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2020;21(3):277-284.
19. Correll U.C, Solmi M, Veronese N, Bortolato B, Rosson S, Santonastaso P. et al. Prevalence, incidence and mortality from cardiovascular disease in patients with pooled and specific severe mental illness: a large-scale meta-analysis of 3,211,768 patients and 113,383,368 controls. *World Psychiatry* 2017; 16: 163-180.
20. Correll C.U, Mak D.C, Mailey D.S, Farrelly E, Rajagopalan K. Cardiometabolic comorbidities, readmission, and costs in schizophrenia and bipolar disorder: a real World analysis. *Ann Gen Psychiatry* 2017;16-19.
21. Piotrowski P, Gondek T.M, Deregowska A.K, Misiak B, Adamowski T, Kiejna A. Causes of mortality in schizophrenia an updated review of European studies. *Psychiatria Danubina* 2017; 29(2): 108-120.
22. İpekçioğlu D, Kendirlioğlu B.K. Şizofreni hastalarında fiziksel hastalık ek tanıları ve ölüm nedenleri: geriye dönük tanımlayıcı bir çalışma. *Bakırköy Tıp Dergisi* 2019; 15:103-109.
23. John A, Mcgregor J, Lones I, Lee S.C, Walters J.T.R, Owen M.J.et. al. Premature mortality among people with severe mental illness new evidence from linked primary care data. *Schizophrenia Research* 2018; 154-162.
24. Başoğul C, Kalendaroğlu A. Psikiyatri kliniğinde yatan hastaların bakım gereksinimleri ve öz saygı düzeylerinin incelenmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2021;8(2):305-314.
25. Stentzel U, Berg N, Schulze L.N, Schwaneberg T, Radicke F, Langosch J.M. et.al. Predictors of medication adherence among patients with severe psychiatric disorders: findings from the baseline assessment of arandomized controlled trial (Tecla). *BMC Psychiatry* 2018; 18:155.
26. Demirkol M.E, Tamam L, Evlice Y.E, Karaytuğ M.O. Psikiyatri hastalarının tedaviye uyumu. *Çukurova Medical Journal* 2015; 40:555-568.
27. Cansız A, İnce B, Altınbaş K, Kurt E. Duygudurum kliniğinde takip edilen bipolar bozukluk tanılı hastalarda ölüm nedenlerinin değerlendirilmesi-Turkish J Clinical Psychiatry 2018; 21(4).389-396.
28. Pan, Y.J, Yeh L.L, Chan Y.H, Chango C.K. Excess mortality and shortened life expectancy in people with major mental illness in Taiwan. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 2020; 29, e156; 1-11.
29. Soykan A. İki uçlu bozuklukta tedavi uyumunu arttırma stratejileri. *Journal of Mood Disorders* 2013;1: 9-10.
30. Novick D, Montgomery W, Treuer T, Aguado J, Kreamers S, Haro J.M. Relationship of insight with medication adherence and the impact on outcomes in patients with schizophrenia and bipolar disorder: results from a 1-year European outpatient observational study. *BMC Psychiatry* 2015;15: 189.

31. Vancampfort D, Mitchell A.J, Hert M.D, Sienaert P, Probst M, Buys R. et al. Prevalence and predictors of type 2 diabetes mellitus in people with bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry* 2015;76(11):1490-1499.
32. Coşansu G. Diabet: küresel bir salgın hastalık. *Ok Meydanı Tıp Dergisi* 2015; 31(ek sayı):1-6.
33. Varcarolis E.M. Essentials of psychiatric mental health nursing e book: a communication approach to evidence based care. Elsevier Health Sciences 2016.
34. Demiralp M. Psikofarmakolojik tedavilerde psikiyatri hemşireliği uygulamaları. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Hemşireliği Özel Konular* 2016; 2(3),87-99.
35. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes. *Diabetes Care* 2004; 27(5):1047-1053.
36. Kurdyak P, Vigod S, Duchon R, Jacob B, Stukel T, Kiran T. Diabetes quality of care and outcomes: comparison of individuals with and without schizophrenia. *Gen Hosp Psychiatry* 2017; 46:7-13.
37. Holt R.I, Mitchell A.J. Diabetes mellitus and severe mental illness: mechanisms and clinical implications. *Nat Rev Endocrinol* 2015;11,79-89.
38. Bahar A, Tanrıverdi D. Psikiyatrik ve psikososyal açıdan diyabet: bir gözden geçirme. *Yeni Simposium* 2017; 55(2):13-18.
39. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları 15. Baskı. Ankara Nobel Tıp Kitabevleri; 2018:668-669.
40. Stubbs B, Vancampfort D, De Hert M, Mitchell A.J. The prevalence and predictors of type two diabetes mellitus in people with schizophrenia: a systematic review and comparative meta analysis. *Acta Psychiatry Scand.* 2015; 132(2):144-157.
41. Subashini R, Deepa M, Padmavati R, Thara R, Mohan V. Prevalence of diabetes, obesity and metabolic syndrome in subjects with and without schizophrenia. *J Postgrad Med.* 2011; 57(4); 272-277.
42. Yacob D, Dilorenzo C. How to deal pediatric functional gastrointestinal disorders. *Current Pediatrics Reports.* 2013;1(3): 198-205.
43. Brietzke E, Cerqueira O.R, Mansur B.R, McIntyre S.R. Gluten related illnesses and severe mental disorders: a comprehensive review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 2018; 84,368-375.
44. Eaton W, Mortensen P.B, Agerbo E, Byrne M, Mors O, Ewald H. Coeliac disease and schizophrenia: population based case control study with linkage of Danish national registers. *BMJ* 2004; 328, 438-439.
45. Oreski I, Jakovljevic M, Margetic A.B, Orlic C.Z., Cusa V.B. Comorbidity and multimorbidity in patients with schizophrenia and bipolar disorder: similarities and differences. *Psychiatry Danub* 2012;24(1):80-85.
46. Bayrak N.B, Geniş B, Erdoğan E, Gürhan N. Bir üniversite hastanesinde psikiyatri polikliniklerine başvuran şizofreni, bipolar bozukluk ve depresyon tanılı hastaların retrospektif fiziksel hastalık komorbiditesi. 6. Uluslararası 17. Ulusal Hemşirelik Kongresi; 19-21 Aralık 2019; Ankara.
47. Karling P, Maripuu M, Wikren M, Adolfsson R, Norback K.F. Association between gastrointestinal symptoms and affectivity in patients with bipolar disorder. *World J Gastroenterol* 2016;22(38):8540-8548.
48. Rodhakrishnan R, Calvin S, Singh K.J, Thomas B, Srinivasan K. Thyroid dysfunction in major psychiatric disorder in a hospital based sample. *Indian J Med Res* 2013; 138(6):888-893.
49. Navarro V, Pinilla I, Spain G, Brava N, Pantagon A, Acosta S. Prevalence of hypothyroidism in major psychiatric disorders in hospitalized patients in montserrat hospital during the period march to october 2010. *Rev Colomb Psiquiatr* 2017; 46(3): 140-146.
50. Kraszewska A, Abromowicz M, Wozniak M.C, Sowinski J, Rybakowski J. The effect of lithium on thyroid function in patients with bipolar disorder. *Psychiatr Pol* 2014;48(3): 417-428.
51. Gaudiano B.A, Guzman Holst C, Morena A, Reeves E.L, Sydnor V.J, Lubow G.E. et al. Complex polypharmacy in patients with schizophrenia spectrum disorders before a psychiatric hospitalization prescribing patterns and associated clinical features. *J Clin Psychopharmacol* 2018;28,180-187.
52. Weinstock L.M, Gaudiano B.A, Lubow G.E, Tezanos K, Dehayos C.E., Miller I.W. Medication burden in bipolar disorder: a chart review of patients at psychiatric hospital admission. *Psychiatry Res* 2014; 216,24-30.
53. Ripoll O.P, Pedersen C.B, Holtz Y, Benros M.E, Dalgaard S, Jonge P. et al. Exploring comorbidity with in mental disorders among a Danish national population. *JAMA Psychiatry* 2019;76,259-270.
54. Mojtabai R, Olfson M. National trends in psychotropic medication polypharmacy in Office based psychiatry. *Arch Gen Psychiatry* 2010; 67(1);26-36.
55. Cuevas D, Sanz E.S. Polypharmacy in psychiatric practice in the Canary Islands. *BMC Psychiatry* 2004; 4-18.
56. Anath J, Parameswaran S, Gunatilake S. Antipsychotic polypharmacy. *Curr Pharm Des* 2004;10(18);2231-2238.