

Bir Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde İzlenen Hastaların Klinik ve Sosyodemografik Özellikleri ile Tedavi Yaklaşımlarının İncelenmesi

Musa Şahpolat*

DOI: 10.17944/mkutfd.541189

Musa Şahpolat: Uzm. Dr., Kilis Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Kilis
Email: drmsahpolat@hotmail.com
ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-0022-2389>

Bildirimler/Acknowledgements

Yazarlar bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.
The authors declare that they have no conflict of interests regarding content of this article.
Yazarlar bu makale ile ilgili herhangi bir finansal destek bildirmemişlerdir.
The Authors report no financial support regarding content of this article.

* Sorumlu Yazar/Corresponding Author

Geliş/Received: 17.03.2019

Kabul/Accepted: 20.05.2019

e-ISSN: 2149-3103

Web: <http://dergipark.org.tr/mkutfd>

Öz

Bir Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde İzlenen Hastaların Klinik ve Sosyodemografik Özellikleri ile Tedavi Yaklaşımlarının İncelenmesi

Amaç: Bu çalışmada amaç bir Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nden hizmet alan hastaların klinik ve sosyodemografik özellikleri ile tedavi yaklaşımlarının incelenmesidir.

Metod: Toplum ruh sağlığı merkezinde kayıtlı ve çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 203 hastayla klinisyen yüz yüze görüşme yaparak DSM-IV tanı kriterlerine göre hastalara tanı konuldu. Kesitsel tipte olan çalışmada tüm hastalara sosyodemografik veri formu, bipolar bozukluk grubu hastalarına ise Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ) ve Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ), psikotik bozukluk grubu hastalarına ise Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) uygulandı.

Bulgular: Çalışmamızda 52(%25,6) hastada bipolar bozukluk tanısı, 151 (%74,4) hastada psikotik bozukluk tanısı vardı. Hastaların ölçek puan ortalamaları HDDÖ $3,40 \pm 1,62$, YMDÖ $2,38 \pm 0,97$ ve PANSS Toplam $58,94 \pm 12,16$ idi. Hastaların çoğunluğu erkek olup hanedeki ilk ve ikinci çocuklarda ruhsal hastalığın daha fazla oranda görüldüğü belirlenmiştir. 78 (%38,4) hastanın birinci derecede yakınlarında psikiyatrik hastalığın olduğu, bunun yanında 24 (%11,8) hastada adli sorun öyküsünün ve 4 (%2) hastada madde kötüye kullanımı öyküsünün olduğu görülmüştür. Tedaviye bakıldığında hastaların 29 (%14,3) kişisi risperidon uzun etkili enjeksiyon formu, 6 (%3) kişisi paliperidon palmitat uzun etkili enjeksiyon formu ve 9 (%4,4) kişisi aripiprazol uzun etkili enjeksiyon formu kullanılmaktaydı.

Sonuç: Bildiğimiz kadarıyla çalışmamız Türkiye'de Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nden hizmet alan hastaların klinik ve tedavi özelliklerini inceleyen nadir çalışmalardan biridir. Bu nedenle çalışmamızın literatür açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bipolar bozukluk, Psikotik bozukluk, Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri

Abstract

Investigation Clinical and Sociodemographic Characteristics with Treatment Approaches of Patients Followed in a Community Mental Health Center

Objective: The aim of this study to investigate the clinical and sociodemographic characteristics with treatment approaches of patients who receive service from a Community Mental Health Center.

Method: A total of 203 patients who were registered in the community mental health center and who agreed to participate in the study were diagnosed with DSM- IV diagnostic criteria according to the diagnostic criteria. In the cross-sectional study, applied was for all patients, the sociodemographic data form, the bipolar affective disorder patients group applied to Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) and Young Mania Rating Scale (YMRS), Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) was applied to with psychotic disorder patients group.

Results: In our study, 52 (25.6%) patients were diagnosed with bipolar affective disorder and 151 (74.4%) psychotic disorder. The average scale scores of the patients was HDRS 3.40 ± 1.62 , YMRS total was 2.38 ± 0.97 and PANSS was 58.94 ± 12.16 . The majority of the patients were male and determined that the first and second children in the household a higher rate of mental illness. 78 (38.4%) patients had psychiatric illnesses in their relatives, 24 (11.8%) had a history of forensic problems and 4 (2%) had a history of substance abuse. When the treatment was evaluated 29 (14.3%) patients had long-acting injection form risperidone, 6 (3%) paliperidone palmitate long-acting injection form and 9 (4.4%) long-acting injectable aripiprazole.

Conclusion: To our knowledge, study examined the clinical and treatment characteristics of patients receiving services from the Community Mental Health Center is one of the few studies in Turkey. Therefore, our study is considered to important for literature.

Keywords: Bipolar affective disorder, Psychotic disorder, Community Mental Health Services

1. GİRİŞ

Ruh sağlığı hizmetlerini, hastane temelli ve toplum temelli model olarak ikiye ayırmak mümkündür. Gelişmiş ülkelerin neredeyse tamamı 1960'lardan itibaren hastalıktan korunma ve tedavi sonrası iyilik halini sürdürmede yetersiz kaldığı ve yoğun insan hakları ihlallerine sebep olabildiği için hastane temelli modeli terk etmeye başlamışlardır (1). Türkiye'de ise 2006 yılında hazırlanan ulusal ruh sağlığı politikası yönergesine göre toplum temelli modele geçiş tavsiye edilmiş, bir süre sonra ise ülkemizdeki ruh sağlığı politikasında değişikliğe gidilerek hastane temelli modelden toplum temelli modele geçme kararı alınmıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından Nisan 2009'da Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) açma kararı alınarak projelendirme sürecine başlanmıştır (1,2). TRSM'lerin görevlerini; kendisine bağlı coğrafi bölgedeki ağır ruhsal rahatsızlığı olan hastaların ve ailelerin bilgilendirme, hastanın ayaktan tedavisini ve takibini yapma, grup veya bireysel terapi gibi yöntemleri ile hastanın toplum içinde yaşama becerilerinin artırılmasını hedefleyen, iş- uğraş terapisi, psikoeğitim, rehabilitasyon, psikiyatri klinikleri ile ilişki içinde çalışma ve gerektiğinde mobilize ekiple hastanın yaşadığı yerde takibini yapma şeklinde sıralayabiliriz (2). Bolu'da TRSM'de uyumlandırma çalışmalarına başlanana kadar, ülkemizde ruhsal hastalıklara sahip bireylere yönelik uyumlandırma çalışmaları sadece hastane içinde veya gündüz hastaneleri bünyesinde verilmekteydi(3-5).

Bipolar bozukluk patolojik duyguların ve ilişkili klinik anormalliklerin farklılık gösterebildiği, kronik seyirli, döngüsel hastalık ve iyilik dönemleri ile giden, belirgin yeti yitimi ve psikososyal bozulmaya yol açan bir hastalıktır (6). Bipolar bozukluğa sahip olguların yarısından fazlasında tedaviye rağmen düşük iyileşme oranı ve göreceli olarak yüksek tekrarlama riski bulunmaktadır (6-8). Bipolar bozuklukta sonuçların öngörülebilmesi ile ilgili birçok klinik özellik ele alınmaya başlanmış olup kötü sonuçları öngördüğü öne sürülen klinik özelliklerden bazıları şunlardır: erkek olmak (9), kötü iş durumu (9,10), düşük sosyoekonomik düzey (11), toplam hastalık süresi (12,13), alkol-madde kullanım bozuklukları ek tanısı (9,14) olabileceği belirtilmektedir. Bipolar bozukluğun, hastanın evlilik yaşantısını, mesleki durumunu ve yaşamının istisnasız her yönünü etkileyebileceği, şiddetli ve oldukça kalıcı sorunlara yol açabileceği belirtilmektedir (5). Bu gibi nedenlerden dolayı hastaların düzenli takip ve tedavisinin yapılmasının önemli olduğu belirtilmektedir.

Psikotik bozukluk erken yaşlarda başlayan, yineleyici ve kronik doğası ile sıklığı az olmakla birlikte yaygınlığı fazla olan ciddi bir ruhsal bozukluktur. Zihinsel ve toplumsal yeti yitimine neden olarak aileye ve topluma ciddi yükü olan şizofrenin yaşam boyu yaygınlığı %0,5-1,6 olarak ka-

bul edilmektedir (15). Psikotik bozukluğun hastalık seyrinde meydana gelen bazı önemli klinik durumlar hastalığın bireye, aileye ve topluma olan yansımaları açısından üzerinde önemle durulması gerekmektedir. Psikozda yaşam boyu herhangi bir nedenle adli sorun yaşama oranı %21 olarak bildirilmektedir (16). Şiddet davranışı riskini artıran nedenler olarak akut dönemler, pozitif belirtiler, tedaviye uyumsuzluk, şiddet öyküsü ve madde kötüye kullanımı sayılabilir (17-19). Bu nedenlerden dolayı psikoz hastalarının düzenli takip ve tedavisinin yapılmasının önemli olduğu belirtilmektedir.

Bu çalışmada amaç bir Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nden hizmet alan hastaların klinik ve sosyodemografik özellikleri ile tedavi yaklaşımlarının incelenmesidir.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

Örneklem ve Uygulama

Bu çalışma kesitsel tipte bir çalışmadır. Bir Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde takip ve tedavi edilen bipolar bozukluk tanısı veya psikotik bozukluk tanısı alan 203 hasta çalışmaya dahil edildi. Çalışmaya TRSM'de kayıtlı ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar dahil edildi. Çalışma Helsinki Deklerasyonu kararlarına, Hasta Hakları Yönetmeliğine ve etik kurallara uygun olarak planlandı ve çalışma için Etik Kurul onayı yerel Tıbbi Etik Kurulundan alındı. Görüşmeler hastanın yanında bir başkasının olmamasına özen gösterilerek özel görüşme odasında yapıldı. Hastalara ayrıntılı şekilde çalışmanın amacı ve kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağı açıklandı. Çalışmaya katılmayı isteyip istemedikleri soruldu ve gönüllü olanlar çalışmaya alındı. Sosyodemografik veri formu hastalarla birebir görüşülerek klinisyen tarafından dolduruldu. Çalışmaya dahil edilen bipolar bozukluk tanılı hastalara HDDÖ ve YMDÖ ölçekleri, psikotik bozukluk tanılı hastalara ise PANSS ölçeği klinisyen tarafından uygulandı ve tedavi protokolleri ve hastalık özellikleri saptanmaya çalışıldı.

Hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri iki bölümde incelendi. Birinci bölümde sosyodemografik özellikler ilgili bilgiler yer aldı. Hastanın cinsiyeti, eğitim düzeyi, medeni durumu, mesleki yaşamı, ailede psikotik hastalık öyküsü ve hastalığın başlangıç yaşı birinci bölümde incelendi. İkinci bölümde hastalığa ait klinik özellikler incelendi. Hastalığın süresi (ilk psikotik belirtiler ortaya çıktıktan görüşme zamanına kadar geçen süre, yıl olarak), hastalığın gidişi, alkol ve madde kötüye kullanımı, hastalandıktan sonra özkıyım düşüncesi ve girişimi, hastalandıktan sonra adli vaka öyküsü ve tedavi protokolü gibi özellikler ikinci bölümde incelendi.

Veri Toplama Aracı

Sosyodemografik Veri Formu: Hastaların yaş, cinsiyet, medeni durumu, öğrenim durumunu, çalışma durumu, ailede ruhsal hastalık varlığı, alkol ve sigara kullanımı, mevcut tedavi şekillerini belirlemek için bu çalışmada kullanılmak üzere geliştirilmiş yarı yapılandırılmış soru formudur.

Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği-17 (HDDÖ): HDDÖ, depresif belirtileri değerlendirmek için klinik pratikte sıklıkla kullanılan bir ölçektir. HDDÖ, depresif duygudurum, anksiyete, iştah ve uyku değişiklikleri, psikomotor retardasyon veya ajitasyon, cinsel istekte değişiklik, özkıym düşüncesi, işlevsellikte azalma, somatik belirtiler ve bilişsel belirtileri değerlendiren bir ölçektir. Her sorudaki 0-4 puanlı değerlendirmede psikopatolojinin artan düzeyleri yansıtılmaktadır (20).

Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ): YMDÖ maddeleri, DSM-IV bipolar bozukluk manik dönem ölçütleri ve belirti şiddeti ele alınarak 11 sorudan oluşturulan ve her bir maddenin 0-4 arası puanlandığı bir ölçektir. YMDÖ puanları 0-60 arası değişmekle birlikte, yüksek puanlar maninin şiddeti ile ilişkilidir. Ölçeğin kesme puanı 12 olup klinik olarak iyileşme/ötimik durumu işaret eder (21,22).

Pozitif ve Negatif Belirtiler Ölçeği (PANSS): PANSS, 7 tanesi pozitif belirtileri, 7 tanesi negatif belirtileri ve 16 tanesi ise genel psikopatoloji belirtilerini değerlendiren 30 maddeden oluşan ve yedi puanlı hastalık şiddeti değerlendirmesini içeren yarı yapılandırılmış bir görüşme ölçeğidir (23). Her sorudaki yedi puanlı değerlendirmede psikopatolojinin artan düzeyleri yansıtılmaktadır: 1= Yok, 2= Çok hafif, 3= Hafif 4= Orta 5= Orta/ağır 6= Ağır 7= Çok Ağır. Kostakoğlu ve arkadaşları (24) tarafından ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlik çalışması yapılmıştır.

İstatistiksel Yöntem

Araştırmada yer alan veriler SPSS Windows 21.0 (Statistical Package for the Social Sciences) paket programı kullanılarak değerlendirildi. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metodlar (ortalama, standart sapma, frekans) kullanıldı. Normal dağılım gösteren verilerin karşılaştırmalarında Pearson ki-kare testi kullanıldı. Anlamlılık $p<0.01$ ve $p<0.05$ düzeylerinde değerlendirildi.

3. BULGULAR

Çalışmamızda 52 (%25,6) hastada bipolar bozukluk tanısı ve 151 (%74,4) hastada psikotik bozukluk tanısı vardı. bipolar bozukluk hastalarının kendi aralarında cinsiyet, yaş dağılımı, medeni durum, kaçınıcı çocuk olduğu, alkol ve madde kötüye kullanımı açısından istatistiksel olarak

anlamlı fark yoktu ($p>0.05$). Aynı şekilde psikotik bozukluk grubu hastaların da kendi aralarında cinsiyet, yaş dağılımı, medeni durumu, alkol ve madde kötüye kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0.05$). Bipolar bozukluk hastalarında ilköğretim mezunu olmak, hastalığın ilk 10 yılında olmak, hastalık öncesi iş sahibi iken hastalık sonrası işsiz olmak özellikleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardı ($p<0.05$). Psikotik bozukluk hastaların ilköğretim mezunu olmak, ilk çocuk olmak, hastalık öncesi iş sahibi iken hastalık sonrası işsiz olmak ve adli sorun yaşamak açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardı ($p<0.05$). Tablo 1'de hastaların sosyodemografik özellikleri gösterilmiştir.

Hastaların %25.1'i (n=51) herhangi bir uzun etkili IM antipsikotik kullanmaktaydı. İlaç kullanımı açısından uzun etkili ikinci kuşak antipsikotikler arasından risperidone uzun etkili form IM kullanımı diğerlerine göre daha fazlaydı. Tablo 2'de hastaların uzun etkili IM antipsikotik kullanımı açısından özellikleri gösterilmiştir.

Hastalara ait klinik ölçek puanları tablo 3'de gösterilmiştir.

4. TARTIŞMA

Çalışmamızda 52 (%25,6) hastada bipolar bozukluk tanısı ve 151 (%74,4) hastada psikotik bozukluk tanısı vardı. Ülkemizde yapılan toplum örneklemli kesitsel araştırmalarda yaşam boyu psikotik bozukluk yaygınlığını 1000 kişide 26, şizofreni yaygınlığını 1000 kişide 8, şizoafektif bozukluk yaygınlığını 1000 kişide 2, bipolar bozukluk yaygınlığını 1000 kişide 4 olarak bildirilmiştir (25-27). Şizofreni yaygınlığına göre bipolar bozukluk yaygınlığı genel toplum örneklemli kesitsel araştırmalarda genellikle daha düşük olduğu belirtilmektedir (26). TRSM örnekleminde psikotik bozukluğun daha yaygın olması; bu hastalıklara sahip kişilerin yeti yitiminin bipolar bozukluğa sahip kişilere göre daha şiddetli olması nedeniyle psikotik bozukluğu olan kişilerin daha fazla TRSM'ye başvuruyor olması ile açıklanabilir.

Çalışmamızda 119 (%58,6) hasta erkek olup çoğunluğu oluşturmaktadır. Kadınlara göre erkeklerde psikozun genel yaygınlığı daha fazla olup ve tedavi için başvuranlarda erkeklerin daha fazla olduğu bilinmektedir (25,26). Ülkemizde yapılan kesitsel araştırmalarda bipolar bozukluk yaygınlığı kadınlarda daha yüksek olma eğilimindeyken (26,27) farklı ülkelerdeki araştırmalarda erkeklerde daha yüksek olma eğiliminde olduğunu bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (28).

Çalışmamızdaki hastaların %52,2'lik evli olma oranının diğer çalışmalardaki bulgular ile benzer olduğu görülmektedir (29). Örneğin İtalya'da yapılan EMBLEM çalışmasında (30) da bipolar bozukluk hastalarındaki evli olma oranı bizim çalışmamızdaki oran ile hemen hemen aynıdır (%46,3).

Tablo 1. Hastaların sosyodemografik özellikleri

Özellikler	Toplam (n=203, %100)	Bipolar bozukluk grubu (n=52, %25,6)	Psikotik bozukluk grubu (n=151, %74,4)
Cinsiyet			
Kadın	84 (41,4)	21 (40,4)	63(41,7)
Erkek	119 (58,6)	31 (59,6)	88 (58,3)
Yaş (=44.98±13.17)			
18-27	19 (9,4)	4 (7,7)	15 (9,9)
28-37	53 (26,1)	18 (34,6)	35 (23,2)
38-47	45 (22,2)	14 (26,9)	31 (20,5)
48-57	53 (26,1)	9 (17,3)	44 (29,1)
58-67	21 (10,3)	5 (9,6)	16 (10,6)
68 ve üstünde	12 (5,9)	2 (3,8)	10 (6,6)
Medeni durum			
Bekar	97 (47,8)	20 (38,5)	77(51,0)
Evli	106 (52,2)	32 (61,5)	74 (49,0)
Eğitim düzeyi			
Okuryazar değil	40 (19,7)	6 (11,5)	34 (22,5)
İlköğretim	108 (53,2)	24 (46,2)	84 (55,6)
Lise	41 (20,2)	15 (28,8)	26 (17,2)
Yüksekokul	14 (6,9)	7 (13,5)	7 (4,6)
Kaçıncı çocuk olduğu			
1.	50 (24,6)	6 (11,5)	44 (29,1)
2.	48 (23,6)	13 (25,0)	35 (23,2)
3.	36 (17,7)	11 (21,2)	25 (16,6)
4.	29 (14,3)	9 (17,3)	20 (13,2)
5. ve üstü	40 (19,7)	13 (25,0)	27 (17,9)
Hastalık süresi (=18.54±11.99)			
1-10 yıl	63 (31,0)	21 (40,4)	42 (27,8)
11-20 yıl	68 (33,5)	20 (38,5)	48 (31,8)
21 yıl ve üstü	72 (35,5)	11 (21,2)	61 (40,4)
Hastalık öncesi iş sahibi olma durumu			
Olan	110 (54,2)	37 (71,2)	73 (48,3)
Olmayan	93 (45,8)	15 (28,8)	78 (51,7)
Hastalık sonrası iş sahibi olma durumu			
Olan	52 (25,6)	20 (38,5)	32 (21,2)
Olmayan	151 (74,4)	32 (61,5)	119 (78,8)
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü			
Olan	78 (38,4)	27 (51,9)	51 (33,8)
Olmayan	125 (61,6)	25 (48,1)	100 (66,2)
Adli sorun yaşama durumu			
Yaşayan	24 (11,8)	7 (13,5)	17 (11,3)
Yaşamayan	179 (88,2)	45 (86,5)	134 (88,7)
Madde kötüye kullanma durumu			
Kullanan	4 (2,0)	2 (3,8)	2 (1,3)
Kullanmayan	199 (98,0)	50 (96,2)	149 (98,7)
Alkol kötüye kullanma durumu			
Kullanan	6 (3,0)	2 (3,8)	4 (2,6)
Kullanmayan	197 (97,0)	50 (96,2)	147 (97,4)

Çalışmamızda bipolar bozukluk hastalarının 27'sinin (%51,9) ve psikotik bozukluk hastalarının 51'inin (%33,8) birinci dereceden yakınlarında psikiyatrik başka bir hastalık tanısının olduğu saptanmıştır. Bipolar bozukluğa sahip hastaların birinci derece akrabalarında hastalık riski %3-8'tir (31). Akarsu ve arkadaşlarının çalışmasında genel olarak bipolar bozukluğa hastaların %27,2'sinin ailesinde bipolar bozukluk öyküsü olduğu belirtilmiş olup literatürle uyumlu olarak cinsiyetler arasında aile öyküsü açısından fark bulunmadığı bildirilmiştir (32). Belli ve arkadaşlarının (33) şizofreni hastalarında yaptıkları çalışmada (n:463) (yakınlık derecesi belirtilmeksizin) şizofreni hastalarının yakınlarında psikotik bozukluk oranını %26, Tang ve arkadaşlarının (34) yaptıkları çalışmada (n=542) şizofreni hastalarının yakınlarında psikotik bozukluk oranını erkeklerde %11, kadınlarda %14 olarak bildirilmektedir.

Tablo 2. Uzun etkili IM Antipsikotik ilaç kullanım dağılımı

İlaç adı	Toplam n (%)	Kadın n (%)	Erkek n (%)
Risperidone uzun etkili form IM kullanma durumu			
Kullanan	29 (14,3)	17 (20,2)	12 (10,1)
Kullanmayan	174 (85,7)	67 (79,8)	107 (89,9)
Paliperidone Palmitat uzun etkili IM kullanma durumu			
Kullanan	6 (3,0)	0 (0,0)	6 (5,0)
Kullanmayan	197 (97,0)	84 (100,0)	113 (95,0)
Aripiprazol Maintane IM kullanma durumu			
Kullanan	9 (4,4)	5 (6,0)	4 (3,4)
Kullanmayan	194 (95,6)	79 (94,0)	115 (96,6)
Zuklopentiksol depot IM kullanma durumu			
Kullanan	7 (3,4)	2 (2,4)	5 (4,2)
Kullanmayan	196 (96,6)	82 (97,6)	114 (95,8)

Çalışmamızda 24 (%11,8) hastada adli sorun öyküsünün olduğu saptanmıştır. Bizim çalışma bulgularımıza benzer şekilde Yıldız ve arkadaşlarının çalışmasında psikoz hastalarında adli olay öyküsü oranı %11 olarak bildirilmiştir (35). Ülkemizde yatış öyküsü olan hastalarda yapılan bir çalışmada (36) bu oran %18 olarak bildirilmiştir. Wallace ve arkadaşlarının çalışmasında bizim çalışmaya göre daha yüksek bildirilen (%21) adli sorun öyküsü madde kullanımı ile ilişkilendirilmiştir (16). Bu bilgi bizim çalışmamızda daha az saptanan madde kullanımı ile ilişkili olabilecek adli sorun öyküsünü desteklemektedir.

Çalışmamızda 4 (%2) hastada madde kötüye kullanım öyküsünün olduğu saptanmıştır. Bipolar bozukluğu olan hastalarda genel toplum ile karşılaştırıldığında madde kötüye kullanım oranının daha yüksek olduğu bilinmektedir (37,38). Literatürde bipolar bozukluğu olan hastalarda madde bağımlılığı oranı %14-60, alkol bağımlılığı oranı ise %6-69 arasında değişmekte olduğu belirtilmiştir (16,39-

41). Şizofreni hastalarında sigara en sık kullanılan madde olup içme oranı %56-88 olarak bildirilmektedir. Şizofrenide diğer madde kötüye kullanımları ise sırasıyla alkol, esrar, amfetamin ve kokain şeklinde bildirilmiştir (42,43). Bu çalışmada bilgiler hastanın ve/veya hasta ile ilgili bilgi veren yakınlarının bildirimine dayanmaktadır. Ülkemizde alkol ve madde kullanımının hoş karşılanmayan bir durum olması, hasta ve yakınlarının ahlaki, dini sebeplerden dolayı tutumları ya da adli bir sorun yaşama endişesi nedeniyle bilgi saklamış olması ihtimali gibi birçok neden olabilir. Bizim çalışmamızdaki oranların daha düşük olmasının nedenlerinin bunlar olabileceğini düşünmekteyiz.

Tablo 3. Hastaların ölçek puan dağılımı

Ölçek	n (%)	± SS
HDDÖ	52 (25,6)	3,40±1,62
PANSS Toplam	151 (74,4)	58,94±12,16
YMDÖ	52 (25,6)	2,38±0,97

Çalışmamızda hastaların tedavilerine bakıldığında; hastaların %25,1'i (n=51) herhangi bir uzun etkili İM antipsikotik kullanmaktaydı, %14,3'ü (n=29) risperidon uzun etkili enjeksiyon formu, %3'ü (n=6) paliperidon palmitat uzun etkili enjeksiyon formu, %4,4'ü (n=9) aripiprazol uzun etkili enjeksiyon formu gibi uzun etkili 2. kuşak antipsikotikler kullanmakta olduğu saptanmıştır. Antipsikotik tedaviye uyumsuzluk hastalarda önemli sorunlardan biridir. Antipsikotiklerin kullanımına başlandıktan sonra sonra tedaviye uyumu arttırmak için 1960'lı yıllarda geliştirilen depo antipsikotikler yineleme ve hastaneye yatışı anlamlı olarak azaltmışlardır (44,45). Klasik antipsikotiklere göre atipik antipsikotik ilaçların tedavi uyumunu arttırmada ve yinelemeleri önlemede daha üstün olduğunu ortaya koyan çalışmalar vardır (46-48). Bipolar bozukluk hastalarında İM antipsikotik ilaç kullanımı da bölgeler arasında farklılık göstermektedir. Araştırmalarda İM antipsikotik ilaç kullanımını en çok Ege bölgesinde (%50) ve en az ise İç Anadolu bölgesinde (%19,1) olduğu belirtilmiştir (48,49). Bunun nedeni olarak da, çalışmaya katılan hastaların özellikleri ya da hekimlerin tercihleri ile ilişkili olabileceği belirtilmiştir. Birçok kronik psikotik bozukluğa sahip hastada kullanılan uzun etkili depo antipsikotik enjeksiyonların avantajlarına rağmen, tüm dünyada, ulusal, bölgesel ve yerel farklılıklarla birlikte uzun etkili depo antipsikotik enjeksiyon formu ile tedavi edilenlerin oranı %15 kadar olduğu bildirilmektedir (49,50). Bizim çalışmamızda hastaların uzun etkili antipsikotik enjeksiyon kullanım oranı %25,1'dir. Bu oranın farklılığında TRSM'ye başvuran psikotik bozukluk popülasyonunun, genel psikotik bozukluk hastalığına sahip popülasyonuna göre daha şiddetli olguları içeriyor olabileceği düşünülebilir.

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Çalışmanın tek merkezli olarak yapılmış olması bu çalışmanın kısıtlılıklarındandır. Çalışma yapılan bölge ile

diğer bölgeler arasında demografik farklılıklar bulunabilir. Bu çalışmadan çıkarımlarımız kesitsel çalışma şeklinin kısıtlılıkları ele alınarak değerlendirilmelidir.

Çalışmamızın bazı önemli tarafları da bulunmaktadır. Bildiğimiz kadarıyla, çalışmamız Türkiye'de Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nden hizmet alan hastaların klinik ve tedavi özelliklerini inceleyen nadir çalışmalardan biridir. Çalışmaya alınan hastalar, Toplum Ruh Sağlığı Merkezi gibi bir sağlık kuruluşunda takipli ve düzenli poliklinik izlemelerine uyum gösteren hastalardan oluşmaktadır. Bu nedenle çalışma grubundaki hastaların toplumdaki diğer bipolar bozukluk ve psikotik bozukluk tanı hastaları kısıtlı da olsa yansıtılabileceği düşünülmektedir. Ayrıca bu çalışmanın hastaların tedavi protokolünü inceleyen bir çalışma olması da literatür açısından önem arz ettiği düşünülmektedir. Bu konu ile ilgili benzer bir çalışmanın çok az olması ve sonuçlarının klinik uygulamada yol gösterici özellikte olmasının, bir ön çalışma olarak bu çalışmayı değerli kıldığı kanısındayız.

KAYNAKLAR

1. Avrupa için Ruh Sağlığı Eylem Planı ve Deklerasyonu. Dünya Sağlık Örgütü. Helsinki; 2005.
2. Alataş G, Karaoğan A, Arslan M, Yanık M. Toplum Temelli Ruh Sağlığı Modeli ve Türkiye'de Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Projesi. *Noropsikiatri Arşivi* 2009;46:25-9.
3. Yıldız M. Psikiyatrik rehabilitasyon yönelimli gündüz hastanesi uygulaması: Kocaeli Üniversitesi deneyimi. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2008;9(Ek sayı.1):9-13.
4. Doğan O. Şizofreni hastalarının evde bakımı. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2001;2(1):41-46.
5. Ensari H, Gültekin BK, Karaman D, ve ark. Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi hizmetlerinin şizofreni hastalarındaki yaşam kalitesi, yeti yitimi, genel ve sosyal işlevsellik üzerine etkisi: Bir yıllık izleme sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2013;14(2):108-114.
6. Doğan O. Psikiyatrik epidemiyoloji ve önemi. O Doğan (Ed.), *Psikiyatrik Epidemiyoloji*, İzmir: Ege Psikiyatri Yayınları, 2002, s.7-14.
7. Rouget B, Aubry J. Efficacy of psychoeducational approaches on bipolar disorders: a review of the literature. *J Affect Disord* 2007;98(1-2):11-27.
8. Otto M, Reilly-Harrington N, Sachs G. Psychoeducational and cognitivebehavioral strategies in the management of bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders* 2003;73(1-2):171-81
9. Tohen M, Walternaux CM, Tsuang MT. Outcome in mania: a 4 year prospective follow-up of 75 patients utilizing survival analysis. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:1106-1111.
10. Gitlin MJ, Swendsen J, Heller TL ve ark. Relapse and impairment in bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 1995;152:1635-1640.

11. Kora K, Saylan M, Akkaya C, ve ark. Predictive factors for time to remission and recurrence in patients treated for acute mania: Health outcomes of manic episodes (HOME) study. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2008;10(2):114-9.
12. Özerdem A, Tunca Z, Kaya N. The relatively good prognosis of bipolar disorders in a Turkish bipolar clinic. *J Affect Disord* 2001;64(1):27-34.
13. Keck PE Jr, Mc Elroy SL, Strakowski SM ve ark. 12- month outcome of patients with bipolar disorder following hospitalization for a manic or mixed episode. *Am J Psychiatry* 1998;155:645-652.
14. Ünal A, Kuloğlu M, Atmaca M, Geçici Ö, Tezcan E. Bipolar bozukluğa eşlik eden eksen I ve eksen II tanıları. *Türkiye'de Psikiyatri* 2007;9:18-25.
15. Rössler W, Salize HJ, van Os J ve ark. Size of burden of schizophrenia and psychotic disorders. *European Neuropsychopharmacology* 2005;15(4):399-409.
16. Wallace C, Mullen PE, Burgess P ve ark. Criminal Offending in Schizophrenia Over a 25-Year Period Marked by Deinstitutionalization and Increasing Prevalence of Comorbid Substance Use Disorders. *Am J Psychiatry* 2004;161:716-27.
17. Swanson JW, Swartz MS, Van Dorn RA ve ark. A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63(5):490-9.
18. Swartz MS, Swanson JW, Hiday VA ve ark. Taking the wrong drugs: the role of substance abuse and medication noncompliance in violence among severely mentally ill individuals. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998;33(Suppl 1):75-80.
19. Bobes J, Fillat O, Arango C ve ark. Violence among schizophrenia out-patients compliant with medication: prevalence and associated factors. *Acta Psychiatr Scand* 2009;119(3):218-25.
20. Osher Y, Cloninger CR, Belmaker RH. TPQ in euthymic manic depressive patients. *J Psychiatr Res* 1996;30:353-7.
21. Karadağ F, Oral T, Aran Yalçın F, Erten E. Young Mani Derecelendirme Ölçeğinin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001;13(2):107-14.
22. Keller MB. Prevalence and impact of comorbid anxiety and bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2006;1:5-7.
23. Kay SR, Flszbein A, Opfer LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia bulletin* 1987;13(2):261.
24. Kostakoğlu AE, Batur S, Tiryaki A, Goğus A. Pozitif ve negatif sendrom ölçeğinin (PANSS) Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi* 1999;14(44):23-32.
25. Binbay T, Ulas H, Elbi H ve ark. Türkiye'de Psikoz Epidemiyolojisi: Yaygınlık Tahminleri ve Başvuru Oranları Üzerine Sistemantik Bir Gözden Geçirme. *Türk Psikiyatri Derg* 2011;22:40-52.
26. Binbay T, Alptekin K, Elbi H ve ark. İzmir Kent Merkezinde Şizofreni ve Psikotik Belirtili Bozuklukların Yaşamboyu Yaygınlığı ve İlişkili Oldukları Sosyodemografik Özellikler. *Türk Psikiyatri Derg* 2012;23:149-160.
27. Özdemir Ö, Doğan O. Sivas il merkezinde iki uçlu duygudurum bozukluğunun yaygınlığı, psikiyatrik eş tanıları ve hastaların yaşam kalitesi. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2015;16:85-94.
28. Merikangas KR, Jin R, He JP, ve ark. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68:241-251.
29. Karamustafaloğlu N, Alpay N, Tomruk B. İki uçlu mizaç bozukluğunda cinsiyet farklılıkları ve tedaviye yansımaları. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2004;5(1):28-36.
30. Bellantuono C, Barraco A, Rossi A, Goetz I. The management of bipolar mania: a national survey of baseline data from the EMBLEM study in Italy. *BMC Psychiatry* 2007;7:33.
31. Köroğlu E, Güleç C (Ed.). *Psikiyatri Temel Kitabı*. 2.Baskı. Ankara: HYB Basım Yayın, 2007:273.
32. Akarsu S, Erdem M, Bolu A, Günay H, Garip B, Ak M et al. Bipolar bozuklukta cinsiyete göre klinik ve sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması. *Gülhane Tıp Dergisi* 2012;54:279-283.
33. Belli H, Özçetin A, Ertem Ü, ve ark. Şizofreni hastalarında bazı sosyodemografik özellikler ve tedavi ile ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007;8(2):102-112.
34. Tang Y, Gillespie CF, Epstein MP ve ark. Gender differences in 542 Chinese inpatients with schizophrenia. *Schizophr Res* 2007;97(1-3):88-96.
35. Yıldız M, Yazıcı A, Böke Ö. Şizofrenide Nüfus ve Klinik Özellikler: Çok Merkezli Kesitsel Bir Olgu Kayıt Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2010;21(3):213-224.
36. Karşıdağ Ç, Alpay N, Kocabıyık A ve ark. Şizofreni ve sigara bağımlılığı. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2005;18(1):13-20.
37. Brady KT, Lydiard RB. Bipolar affective disorder and substance abuse. *J Clin Psychopharmacol* 1992;12(Suppl. 1):S17-S22.
38. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA* 1990;264(19):2511-8.
39. Özyıldırım İ, Yargıç İ, Berkol T. Bir duygudurum bozuklukları biriminde izlenen bipolar bozukluğu olan hastalarda alkol kullanım bozukluğunun sıklığı. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2009;46:140-142.
40. Chengappa NKR, Levine J, Gershon S, Kupfer DJ. Lifetime prevalence of substance or alcohol abuse and dependence among subjects with bipolar I and II disorders in a voluntary registry. *Bipolar Disord* 2000;2:191-195.
41. Kroon JS, Wohlfarth TD, Dieleman J, Sutherland AL, Storum JG, Denys D, et al. Incidence rates and risk factors of bipolar disorder in the general population: a population-based cohort study. *Bipolar Disord* 2013;15:306-313.
42. Karakuş G, Evlice YE, Tamam L. Psikiyatri kliniğinde yatan hastalarda alkol ve madde kullanım bozukluğu sıklığı. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2012;37:37-48.

43. Aras Hİ. Şizofrenide alkol madde kullanım bozuklukları eş tanısı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi*, 2013;5:260-275.
44. Davis JM, Matalon L, Watanabe MD, Blake L, Matalon L. Depot antipsychotic drugs. Place in therapy. *Drugs* 1994;47:741-773.
45. Tuğlu C. Antipsikotiklerin Bipolar Bozuklukta Kullanımı. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology* 2008;18(Suppl.2):S50-S56.
46. Çetin M, Turgay A. Modern Psikofarmakolojinin ellinci yılında klorpromazinden günümüze antipsikotik tedavinin dünü bugünü. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*; 2002;12:211-226.
47. Leucht S, Barnes TR, Kissling W, Engel RR, Correll C, Kane JM. Relapse prevention in schizophrenia with new generation antipsychotics. A systematic review and explorative metaanalysis of randomized controlled trials. *Am J Psychiatry* 2003;160:1209-1222.
48. Uzun O, Doruk A. Bipolar bozuklukta duygudurum düzenleyiciler ve atipik antipsikotikler. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi Psikiyatri* 2006;2:37-45.
49. Akkaya C, Altın M, Kora K ve ark. Türkiye'de Bipolar I Bozukluğu Hastalarının, Sosyodemografik ve Klinik özellikleri-HOME Çalışması. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2012;22:31-42.
50. Rothbard AB, Kuno E, Roley K. Trends in the rate and type of antipsychotic medications prescribe to persons with schizophrenia. *Schizophrenia Bull* 2003;29:531-540.