

Bir Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde İzlenen Olguların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Evaluation of Sociodemographic and Clinical Characteristics of Cases Followed in a Community Mental Health Center

Ayşegül Barak Özer¹, Mehmet Baltacıoğlu², Meltem Puşuroğlu², Şima Ceren Pak³, Çiçek Hocaoglu¹

¹Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Rize, Türkiye

²Rize Devlet Hastanesi, Psikiyatri Polikliniği, Rize, Türkiye

³Serbest Hekim, Antalya, Türkiye

ÖZ

GİRİŞ ve AMAÇ: Bu çalışmada halen Rize ilindeki Toplum Ruh Sağlığı Merkezi(TRSM)'nden hizmet alan hastaların klinik ve sosyodemografik özellikleri ile tedavi özelliklerini incelemeyi amaçladık.

YÖNTEM ve GEREÇLER: Bu çalışmaya Mart 2012- Aralık 2018 tarihleri arasında Rize Devlet Hastanesi TRSM'e kayıtlı olan 18 yaş ve üzerindeki 1119 hasta dahil edildi. Araştırmacılar tarafından oluşturulan sosyodemografik ve klinik özellikler veri formu olgulara uygulandı. Olguların hastane kayıtları ve ailelerle yapılan görüşmelerden elde edilen bilgiler geriye dönük olarak incelendi.

BULGULAR: Çalışmamızda %41,5(n=464) hasta kadın, %58,5(n=655) hasta erkekti. 1119 kişinin yaş ortalamasının 45,92(±12,781) olduğu görüldü. 335(%29,9) hastada Bipolar Bozukluk, 538(%48,1) hastada şizofreni, 96(%8,6) hastada şizoafektif bozukluk ve 150(%13,4) hastada diğer tanılar vardı. Hastaların çoğunun %47,8 (n=535) oranı ile bekar olduğu görüldü. %43,9(n=489) ile en yüksek oranda ilköğretim mezunu oldukları ve %56,8(n=635) oran ile hastaların büyük kısmının işsiz olduğu tespit edildi. Hastaların %72,9(n=814)'unun düzenli tedavi aldığı, %50,5(n=560)'ünün sigara kullandığı, %62,3(n=696)'ünün daha öncesinde en az bir kez hastane yatışı olduğu, %46,6(n=521)'sının ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olduğu ve %39,2(n=438)'sinin komorbid tıbbi hastalığının olduğu görüldü.

TARTIŞMA ve SONUÇ: Çalışmamız mevcut TRSM durumunu yüksek sayıda olgu ile bildiren ilk çalışmadır. Bağlı olunan coğrafi bölgedeki durumu yansıtacağı ve literatüre önemli katkıları olacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: toplum ruh sağlığı hizmetleri, şizofreni, bipolar bozukluk

ABSTRACT

INTRODUCTION: In this study, we aimed to examine the clinical and sociodemographic characteristics and treatment characteristics of the patients who are currently receiving service from Community Mental Health Center(CMHC) in Rize.

METHODS: In this study, 1119 patients aged 18 and over who were enrolled in Rize State Hospital TRSM between March 2012 and December 2018 were included. The sociodemographic and clinical characteristics data form created by the researchers was applied to the cases. The information obtained from the hospital records of the cases and interviews with families were analyzed retrospectively.

RESULTS: In our study, 41.5%(n=464) of the patients were female and 58.5%(n=655) of the patients were male. The average age of 1119 people was found to be 45.92(±12.781). 335(29.9%) patients had Bipolar Disorder, 538(48.1%) patients had schizophrenia, 96(8.6%) patients had schizoaffective disorder, and 150(13.4%) patients had other diagnoses. Most of the patients were found to be single with a rate of 47.8%(n=535). It was determined that they were primary school graduates with the highest rate of 43.9%(n=489) and the majority of the patients were unemployed with 56.8%(n=635). It was observed that 72.9(n=814) patients received regular treatment, 50.5%(n=560) patients smoked, 62.3%(n=696) patients had at least one previous hospitalization, 46.6%(n=521) patients had a family history of psychiatric illness and 39.2%(n=438) patients had comorbid medical illnesses.

DISCUSSION AND CONCLUSION: Our study is the first to report the current CMHC status with a high number of cases. We think that it will reflect the situation in the geographic region of affiliation and will make significant contributions to the literature.

Keywords: community mental health services, schizophrenia, bipolar disorder

İletişim / Correspondence:

Ayşegül Barak Özer
Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Rize, Türkiye
ayseguulbarak@gmail.com
Başvuru Tarihi: 01.02.2021
Kabul Tarihi: 05.08.2021

Doi: 10.5505/kt.2021.00377
A. Barak Özer: 0000-0001-7964-6733
M. Puşuroğlu: 0000-0002-1970-3262
Ş. C. Pak: 0000-0003-0718-0887
Ç. Hocaoglu: 0000-0001-6613-4317
M. Baltacıoğlu: 0000-0003-3332-7117

GİRİŞ

Dünyada ruh sağlığı hizmetlerinin gelişimine bakıldığı zaman ilk yıllarda akıl hastaneleri/depo hastanelerinin ön planda olduğu görülmektedir. 1950'lerde antipsikotik ilaçların da keşfi ile psikiyatrik hastaların belirti düzeylerinin hafiflediği ve hastanelerdeki yatış süresinin azaldığı görülmüştür(1). Ancak döner kapı etkisi ile hastanelerde ve acil servislerdeki hasta yükleri artarak tekrarlı yatış ve başvurulara neden olmuştur(1). Hastalıktan koruma ve tedavi sonrası iyilik halini sürdürmede yetersizlik oluşması ile hastaneye yatışın önlenmesi ve hastanın işlevselliğinin artırılıp, en az destekle yaşayabilmesini sağlamak amacıyla toplum temelli ruh sağlığı modeli gündeme gelmiştir. Büyük hastanelerin yerini küçük birimlerin alması, yerleşik multidisipliner birimler oluşturularak yaşam kalitesinin artırılması ve relapsın önlenmesi konuları ön plana çıkmıştır. 1986 yılında Tansella toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerini "belirlenmiş bir nüfusa, multidisipliner ekip çalışması ve diğer tıbbi ve toplum temelli sosyal hizmet kurumları ile yakın işbirliği içinde, erken tanı, hızlı müdahale, kesintisiz bakım ve sosyal destek hizmetleri sağlanan kapsamlı ve entegre (ayaktan tedavi kurumlarını, gündüz ve yatılı eğitim merkezlerini, barınma merkezleri, korumalı atölyeler ve genel hastaneler içindeki yataklı birimleri içeren) bir bakım sistemi olarak tanımlamıştır(2).

Ülkemizde 1960'lı yıllarda İstanbul ve Ankara'da ruh sağlığı dispanserleri kurularak toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerine giriş yapılmıştır(3). Bu dispanserlerde aile toplantıları, ev ziyaretleri ve uğraşı çalışmaları yürütülmüştür. 1980'de ilk olarak Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi bünyesinde gündüz hastaneleri faaliyete geçmeye başlamıştır. Ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamak sağlık

hizmetlerine entegrasyonu ve toplum içinde rehabilitasyonu planlanmıştır. 2006 yılında Ruh Sağlığı Eylem Politikası yayınlanması ve 2011'de Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı oluşturulması sonrası toplum temelli ruh sağlığı hizmet modeli ülke politikası haline gelmiş olup ülke genelinde Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) kurulmaya başlanmıştır(4-7).

TRSM'ler ilgili coğrafi bölgedeki ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerin ve ailelerin bilgilendirildiği, ayaktan tedavilerin yapıldığı ve takip edildiği, iyileştirim, ruhsal eğitim, uğraş tedavisi, grup veya bireysel tedavi gibi tedavilerin uygulandığı, böylece bu bireylerin toplum içinde yaşama becerilerinin artırılmasını hedefleyen, psikiyatri klinikleri ile ilişki içinde çalışan ve gerektiğinde hareketli ekiple hastanın yaşadığı yerde takibini yapan birimler olarak tanımlanmıştır (4,5). TRSM'ler bireylere sahip oldukları ruhsal hastalığın verdiği kısıtlılığa rağmen potansiyelleri doğrultusunda yaşayabilme yolunda yardımcı olmayı ve yol göstermeyi amaçlar.

Hizmet verilecek bölge ve toplam nüfus belirlenerek hedef grubun oluşturulması ile işe başlanır. ICD kodu F20-29 arası olan psikotik hastalar, F31 ve alt grupları olan Bipolar Bozukluk hastaları, F25 ve alt grupları olan Şizoafektif Bozukluk hastaları kaydedilirler(4). Çoğu erken yaşta başlayıp süregelen seyir gösteren bu psikiyatrik hastalıklar, kişilerin yaşamlarının tüm evrelerinde bireysel ve toplumsal ilişkilerini ciddi düzeyde etkilemektedir. Bu yüzden bu hastaların düzenli takip ve tedavilerinin olması önemlidir.

Ülkemiz genelinde her geçen gün sayıları artan TRSM uygulamaları ile ilgili bilgiler henüz yeterli değildir. Bu merkezlerde verilen hizmetlerin kalitesinin artırılması, belli standart yaklaşımların belirlenmesi için mevcut durumun incelenmesi önemlidir. Biz bu çalışmada 2008 yılında hizmet

vermeye başlayan Rize ilindeki TRSM'ye kayıtlı hastaların klinik ve sosyodemografik özellikleri ile tedavi özelliklerini inceleyerek, mevcut yazına katkı sunmayı amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Örneklem ve Uygulama

Bu çalışmaya Mart 2012- Aralık 2018 tarihleri arasında Rize Devlet Hastanesi TRSM'e kayıtlı olan 18 yaş ve üzerindeki 1119 hasta dahil edildi. Araştırmacılar tarafından oluşturulan sosyodemografik ve klinik özellikler veri formu olgulara uygulandı. Olguların hastane kayıtları ve ailelerle yapılan görüşmelerden elde edilen bilgiler geriye dönük olarak incelendi. Tanılar Bipolar Bozukluk, Şizofreni, Şizoaffektif Bozukluk ve diğerleri (Şizoobsesif Bozukluk, psikotik özellikli major depresyon) olarak gruplandırıldı. Yaş aralığı, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, yaşanılan bölge, ailede psikiyatrik hastalık öyküsünün varlığı, komorbid tıbbi hastalığın varlığı, sigara kullanımı, hastalığın tanısı, hastalığın süresi, daha öncesinde hastane yatışı varlığı, depo/uzun salınımlı IM antipsikotik kullanımı ve düzenli tedavi alımı sorgulandı.

Çalışmanın izni

Çalışmaya başlamadan önce Rize İl Sağlık Müdürlüğü ve RTE Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 10.04.2019 tarihinde 2019/57 karar numarası ile gerekli izinler alınmıştır. Çalışmaya katılan tüm olgular ve aileleri çalışma hakkında bilgilendirilerek yazılı aydınlatılmış onamları alınmıştır.

Bu çalışmada yapılan tüm uygulamalar kurumsal ve/veya ulusal araştırma komitesinin etik standartlarına ve 1964 Helsinki Bildirgesi'ne ve daha sonraki düzeltmelerine veya karşılaştırılabilir etik standartlara uygun yapılmıştır.

Veri Toplama Aracı

Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Veri

Formu: Çalışmada yer alan hastaların sosyodemografik özelliklerini saptamak amacıyla yazarlar tarafından oluşturulmuştur. Hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, çalışma durumu, yaşadığı yer, sigara kullanımı gibi sosyodemografik özellikler ve hastalığın tanısı, başlangıç yaşı, hastanede yatış öyküsü, ailede ruhsal hastalık öyküsü, hastada tıbbi hastalık varlığı, mevcut tedavi şekilleri ve düzenli tedavi alıp almadıkları sorgulandı.

İstatistiksel Analiz

Çalışmadan elde edilen veriler bilgisayarda Windows işletim sisteminde, Statistical Packages for the Social Science (SPSS) programının son sürümü kullanılarak analiz edilmiştir. Gruplar arasında karşılaştırmalarda parametrik ve non-parametrik testler verilerin yapısına göre uygulanmıştır. İki yönlü $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya ... ili TRSM'sine halihazırda kayıtlı olan toplam 1119 hasta dahil edildi. Hastaların %41,5(n=464)'i kadın, %58,5(n=655)'i erkekti. 1119 kişinin yaş ortalamasının 45,92(\pm 12,781) olduğu görüldü. En küçük yaş 19, en büyük yaş ise 94'tür. %3,5(n=39)'i 18-25 yaş aralığında, %16,6(n=186)'sı 26-35 yaş aralığında, %27,3(n=306)'ü 36-45 yaş aralığında, %26,6(n=298)'si 46-55 yaş aralığında ve %25,9(n=290)'u 56 yaş ve üzerindeydi. Bu hastalardan %29,9(n=335)'u Bipolar Bozukluk, %48,1(n=538)'i şizofreni, %8,6(n=96) Şizoaffektif Bozukluk ve %13,4(n=150)'ü diğer tanılar ile takipliydi. Tüm hastalar için ortalama hastalık süresinin 19,83(\pm 11,859) yıl olduğu görüldü. Hastalık süresi en küçük 5 ay ve en büyük 60 yıl olarak iki şizofreni hastasına aitti. Hastaların

%49,3(n=549)'ünün şehir merkezinde, %50,7(n=564)'sinin kırsal alanda yaşadığı görüldü. %42,2(n=472) hastanın evli, %47,8(n=535) hastanın bekar, %3,8(n=42) hastanın dul, %6,3(n=70) hastanın ise boşanmış olduğu görüldü. Eğitim durumlarına bakıldığında tüm hastaların %11,2(n=125)'sinin hiç okula gitmediği, %43,9(n=489)'unun ilkokul mezunu, %14,4(n=161)'ünün ortaokul mezunu, %19,4(n=216)'ünün lise mezunu, %11,1(n=124)'inin yüksek okul mezunu olduğu görüldü. Çalışma durumları incelendiğinde %56,8(n=635) hastanın herhangi bir işte çalışmadığı, %11,4(n=127)'ünün serbest meslekle ilgilendiği, %1(n=11)'inin çiftçi olduğu, %11,2(n=125)'inin ise emekli olduğu görüldü. %62,3(n=696) hastanın daha öncesinde hastane yatışı vardı. Hastaların %72,9(n=814)'ün düzenli tedavi aldığı görüldü. %50,5(n=560) hasta sigara kullanırken, %49,5(n=550)'ü sigara kullanmıyordu. %62,3(n=696) hastanın daha öncesinde en az bir kez hastane yatışı varken, %37,7(n=422)'sinin daha öncesinde yatışı olmadığı görüldü. %46,6(n=521) hastanın ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü varken, %53,4(n=598) hastanın ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü yoktu. Hastaların %39,2(n=438)'sinin komorbid tıbbi hastalığının olduğu, %60,8(n=679)'inin komorbid tıbbi hastalığının olmadığı görüldü.

Hastaların cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, yaşadığı yer, sigara kullanımı, hastane yatışı öyküsü, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ve depo/uzun salınımlı IM antipsikotik kullanımı ile tanılar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur(p<0,05). Tedavinin düzenli olması ile tanılar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır(p>0,05). Tablo.1'de hastaların sosyodemografik özellikleri gösterilmiştir.

Sigara kullanımı olan %50(n=560) hastanın 128'i kadın 432'si erkekti. Sigara kullanımı ve cinsiyet arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu(p<0.05).

Cinsiyet ve medeni durum ilişkisine bakıldığında kadınların 208'inin evli, 174'ünün bekar, 38'inin dul, 44'ünün boşanmış olduğu, erkeklerin ise 264'sının evli, 361'inin bekar, 4'ünün dul, 26'sının boşanmış olduğu görüldü. Cinsiyet ve medeni durum arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıydı(p<0.05).

Hastaların %28,4(n=317)'sinin tipik/atipik depo/uzun salınımlı antipsikotik kullanımı vardı. 2 kişinin tipik/atipik depo/uzun salınımlı IM antipsikotik bilgisine ulaşamadı. Depo/uzun salınımlı IM antipsikotik kullanımı ve düzenli tedavi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı(p>0,05). Depo antipsikotik kullanımı ve düzenli tedavi arasındaki ilişki Tablo.2 de gösterilmiştir.

Tablo. 2: Depo antipsikotik kullanımı ve düzenli tedavi alımı arasındaki ilişki

		DÜZENLİTEDAİ		Total	test	p
		var	yok			
		var	yok			
DEPOAPKULLANIMI	var	229	88	317		
	yok	584	213	797	0,123	0,726
Total		813	301	1114		

TARTIŞMA

Çalışmaya Rize ili TRSM'sine kayıtlı olan toplam 1119 hasta dahil edildi. Hastaların %41,5(n=464)'i kadın, %58,5(n=655)'i erkek idi. Tanı ve cinsiyet ilişkisine bakıldığında ise şizofreni ile takipli hastaların 351'inin erkek, Bipolar Bozukluk ile takipli hastaların 174'ünün kadın olduğu görüldü. Bipolar Bozukluk ile takipli hastaların çoğunluğunun kadın, şizofreni ile takipli

hastaların ise çoğunluğunun erkek olduğu görüldü. Bu durum daha önceki çalışmalarla uyumlu idi(8–10). Şizofreni erkeklerde kadınlara göre daha erken yaşta başlamaktadır(11,12). En sık ortaya çıktığı yaş erkeklerde 15-25, kadınlarda 25-35 yaş aralığıdır (13,14). Bu da erkeklerde sık olan

şizofreni tanısının daha erken konmasına, tedavi ve takibine daha erken yaşta başlanmasına olanak sağlıyor olabilir. Bunun yanında kadınlarda sosyal işlevselliğin daha iyi olduğu bildirilmiştir(15). Bu durum TRSM takip gerekliliğini kadınlardan açısında azaltıyor olabilir.

Tablo. 1: Hastaların tanıları ve sosyodemografik ve klinik özellikleri arasındaki ilişki.

		BipolarBozukluk	Şizofreni	Şizoaffektif	Diğerleri	Total	Test	p
CİNSİYET	kadın	174	187	39	64	464		
	erkek	161	351	57	86	655	x ² =25,232	.000
	Total	335	538	96	150	1119		
EĞİTİM DURUMU	hiç okula gitmemiş	28	57	4	36	125		
	İlkokul mezunu	111	267	41	70	489		
	ortaokul mezunu	45	89	13	14	161	x ² =93,993	.000
	lise mezunu	86	87	24	19	216		
	yüksek okul mezunu	64	35	14	11	124		
Total	334	535	96	150	1115			
MEDENİ DURUM	evli	175	174	25	98	472		
	bekar	130	307	60	38	535	x ² =89,157	.000
	dul	15	17	2	8	42		
	boşanmış	15	40	9	6	70		
	Total	335	538	96	150	1119		
MESLEK	yok	181	329	53	72	635		
	serbest	36	70	7	14	127		
	ücretli(devlet-özel)	92	81	24	22	219	x ² =77,596	.000
	çiftçi(kırsal-kentsel)	3	8	0	0	11		
	emekli	22	49	12	42	125		
	Total	334	537	96	150	1117		
YAŞADIĞI YER	merkez/şehir	189	233	48	79	549		
	kırsal kesim(ilçe-köy)	144	304	47	69	564	x ² =15,955	.001
	Total	333	537	95	148	1113		
SİGARAKULLANIMI	var	159	288	55	58	560		
	yok	174	247	41	88	550	x ² =11,935	0,008
	Total	333	535	96	146	1110		
HASTANE DEYATIŞI	var	196	358	74	68	696		
	yok	139	179	22	82	422	x ² =33,711	.000
	Total	335	537	96	150	1118		
DÜZENLİ TEDAVİ	var	243	385	72	114	814		
	yok	92	151	24	35	302	x ² =1,532	0,635
	Total	335	536	96	149	1116		
DEPOAP KULLANIMI	var	43	221	34	19	317		
	yok	292	316	61	131	800	x ² =103,72	.000
	Total	335	537	95	150	1117		
TIBBİ HASTALIK ÖYKÜSÜ	var	133	194	32	79	438		
	yok	202	342	64	71	679	x ² =14,866	.002
	Total	335	536	96	150	1117		
AİLE DEPSİKİYATRİK H.Ö	var	169	238	54	60	521		
	yok	166	300	42	90	598	X ² =9,418	.024
	Total	335	538	96	150	1119		

Çalışmamızda TRSM takibinde olan hastaların daha önceki çalışmalarda da olduğu gibi %48,1(n=538) ile en yüksek oranda şizofreni tanılı hastalar olduğu görüldü. Bu durum şizofreni yaygınlığının ve TRSM takibinin daha fazla olduğunu bildiren çalışmalar ile uyumlu olduğu gibi şizofrenide yeti yitiminin daha fazla olması, daha fazla bakım ve yardım gerektirmesi şeklinde de açıklanabilir(9,16).

Hastalığın tanısı ile mesleki işlevler arasında anlamlı ilişki bulundu($p<0.05$). Hastaların %56,8(n=635) oranında herhangi bir işte çalışmadığı görüldü. Çalışmayan grubun ise çoğunluğunu %29,4(n=329) ile şizofreni tanılı hastaların oluşturduğu belirlendi. Şizofreni tanısı olan bireylerin çalışma hayatında yer almalarını zorlaştırıcı faktörler bulunmaktadır. Hastalığın doğrudan etkisi olarak hastalar çalışmakta zorlanabilmektedir. Yapılan bir çalışmada şizofreni tanısı olan hastaların ‘çabuk sinirlenme, dikkati odaklamakta güçlük, uykuda artış’ gibi bazı hastalık semptomları ile çalışma hayatı koşullarına uyum sağlamakta güçlük çektiklerini belirttikleri bildirilmiştir(17). Çalışma hayatının olmaması etkenleri içinde damgalanma nedeniyle yaşanan güçlükler de vardır. Toplumdaki “şizofreniler saldırgandır” anlayışı özellikle bu hastaların iş bulma ya da çalıştıkları işte devam edebilmelerini zorlandırmaktadır(17–19). Biz de çalışmamızda literatürle uyumlu bir şekilde mesleki işlevselliğin bu hastalarda azalmış olduğunu saptadık.

Çalışmamızda hastalığın tanısı ve medeni durum ile medeni durum ve cinsiyet arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0,05$). Şizofreni tanısı ile takipli hastaların çoğunluğunun bekar, bipolar bozukluk ile takipli hastaların ise çoğunluğunun evli olduğu, bunun yanında evli olanların da çoğunluğunun kadınlardan oluştuğu görülmektedir. Şizofreni hastalarında bekar olmanın

en sık izlenen medeni durum olduğu bildirilmiştir(11). Jönsson(1991) şizofreni ve duygudurum bozukluğunun genel nüfusla karşılaştırdığı çalışmasında, duygudurum bozukluğu olan hastalarda evlilik ve doğurganlık beklenen oranlarda; şizofrenlerde ise evlilik oranı anlamlı düşük, doğurganlık genel nüfustan anlamlı düşük bulunmuştur(20). Frank ve arkadaşlarının(1981) yaptığı çalışma bipolar bozukluk tanısı olan kişinin evliliği başka bir biçimde bozulmazsa ve hasta remisyonda ise çiftin, sağlıklı çiftlere benzer şekilde tatminkâr evlilik uyumu olabileceğini göstermiştir(21). Yapılan bir çalışmada şizofreni hastalarında özellikle erkekler arasında bekarların ve boşanmış olanların oranı yüksek olarak bulunmuştur(22,23). Erkeklerde genel olarak hastalık başlangıcının daha erken yaşlarda olması, evlilik çağından önce hastalığın ortaya çıkmış olması evliliğe karar vermeyi ya da evlenme ihtimalini zorlandırmaktadır. Dilbaz yapmış olduğu bir çalışmada erken başlangıçlı olan ve olmayan şizofreni hastalarını karşılaştırmış ve erken başlangıçlı şizofreni hastalarında evlilik oranının daha düşük olmasını istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur(24). Bunun tersi olarak da kadınlarda daha sık görülen bipolar bozukluk semptomları evlenme çağında henüz ortaya çıkmamış olduğundan evliliğe karar vermek erkeklerdeki kadar zorlayıcı olmayabilir.

Hastalığın tanısı ve sigara kullanımı arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur($p<0,05$). Aynı zamanda sigara içenlerin çoğunluğunun erkek olması da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0,05$). Ruhsal hastalığa sahip kişilerin %41’inin sigara kullandığı bildirilmiştir(25). Psikiyatrik hastalıklar ile sigara arasındaki bağlantıyı açıklamak için pek çok görüş ileri sürülmüştür; ruhsal hastalık gelişimde bir faktör olan stresin sigara kullanımında da bir etken olması, ruhsal hastalık belirtileri ve yan

etkilerini rahatlatması yönünden self-medikasyon amacıyla sigara kullanılması ve ruhsal hastalıklar ve sigara içimine yatkınlık oluşturan ortak genetik faktörler bu konuda en çok üzerinde durulanlardır(26). Sigaranın uyarıcı ya da gevşetici olması; sorunlara toleransı arttırması; toplumsallaştırıcı etkisi; bağımlılık gibi faktörlerin içicilerin en sık bildirdiği alışkanlık nedenleri olduğu bildirilmiştir(27,28).

TRSM takibinde olan hastaların %72,9(n=814) oran ile çoğunluğunun düzenli tedavi aldığı görüldü. Bu da iyi bir TRSM işleyişi göstergesi olarak yorumlanabilir.

Psikiyatrik hastalıklarda tedaviye uyumsuzluk önemli sorunlardan biridir. 1960'lı yıllarda geliştirilmeye başlanan uzun salınlı IM antipsikotiklerin etkisi ile tedaviye uyumun, yatış oranlarının ve hastalığın tekrarının azaldığı görülmüştür(29,30). Depo/uzun salınlı IM antipsikotik kullanım oranının %28,4(n=317) olduğu görüldü. Bu oranın bölgelere göre değiştiği bildirilmiştir(31,32). Uzun etkili IM antipsikotik kullanımı oranının yüksekliği çalışmanın yapıldığı TRSM'nin takibinde olan hastaların daha çok şizofreni tanılı olması ile açıklanabilir. Depo/uzun salınlı IM antipsikotik kullanım oranı ile düzenli tedavi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı(p>0,05). TRSM takibinde olan hastaların çoğunda düzenli tedavi alınımının sağlanması neticesinde kişinin depo/uzun salınlı IM antipsikotik kullanımının tedavi düzenliliğine etkisi olmayabilir.

ÇALIŞMANIN SINIRLILIKLARI

Çalışmanın tek merkezli olması, hastaların ayrıntılı tedavi bilgilerinin olmaması gibi kısıtlılıkları vardır. Aynı zamanda retrospektif çalışma kısıtlılıkları da göz önünde bulundurulmalıdır.

SONUÇ

Ülkemizde sayıları her geçen gün artan TRSM uygulamalarının ruhsal hastalıkların tedavi ve izleminde önemi büyüktür. TRSM ile belli standartların geliştirilmesi için çok merkezli büyük örneklemli çalışmalara gereksinim vardır. Çalışmanın önemli bir özelliği mevcut TRSM durumunu yüksek sayıda olgu ile bildiren ilk çalışma olmasıdır. Bağlı olunan coğrafi bölgedeki durumu yansıtacağını ve literatüre önemli katkıları olacağını ummaktayız.

Etik Kurul Onayı: Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan onay alınmıştır(14.04.2019-2019/57).

Çıkar Çatışması: Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan eder.

Finansal Destek: Finansal destek yoktur.

Hasta Onamı: Bu çalışma retrospektif bir çalışmadır.

KAYNAKLAR

- 1.Videbeck S. Psychiatric-mental health nursing. 5th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins, editor.; 2011. Chapter 4, Treatment Settings and Therapeutic Programs Treatment Settings; p. 65–80.
- 2.Thornicroft G, Tansella M. Better mental health care. New York; Cambridge University Press 2008. 196 p.
- 3.Doğan O. Düünden bugüne Türkiye'de sosyal psikiyatri uygulamaları. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2016; 17(2):136-142.
- 4.Sağlık Bakanlığı. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge. T.C. Sağlık Bakanlığı; 2014.

- 5.Alataş G, Kahiloğulları AK, Yanık M. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023).
- 6.Saruç S, Kaya Kılıç A. Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden Hizmet Alan Hastaların Sosyal Profili ve Merkezde Verilen Hizmetler. Toplum ve Sosyal Hizmet. 2015; 26(2):54-71
- 7.Türkiye Cumhuriyeti Ruh Sağlığı Politikası. T.C. Sağlık Bakanlığı. 2006.
- 8.Binbay T, Ulaş H, Elbi H, Alptekin K. Türkiye’de psikoz epidemiyolojisi: Yaygınlık tahminleri ve başvuru oranları üzerine sistematik bir gözden geçirme. Türk Psikiyatri Dergisi. 2011;22(1):40-52.
- 9.Binbay T, Alptekin K, Elbi H, Zağlı N, Drukker M, Tanik Aksu F ve diğerleri. İzmir Kent Merkezinde Şizofreni ve Psikotik Belirtili Bozuklukların Yaşamboyu Yaygınlığı ve İlişkili Oldukları Sosyodemografik Özellikler. Türk Psikiyatri Dergisi. 2012; 23(3): 149-60.
- 10.Özdemir Ö, Doğan O. Sivas il merkezinde iki uçlu duygudurum bozukluğunun yaygınlığı, psikiyatrik eş tanıları ve hastaların yaşam kalitesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2015; 16(2):85-94.
- 11.Işık E. Güncel Şizofreni. Ankara: Format Matbaacılık; 2006. 593 s.
- 12.Kocal Y, Karakuş G, Sert D. Şizofreni: Etyoloji, Klinik Özellikler ve Tedavi. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 2017; 26(2): 251-267.
- 13.Ertan T. Psikiyatrik bozuklukların epidemiyolojisi. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi No:62. 2008; s25-30.
- 14.Songur E. Çocukluk çağı başlangıçlı şizofreni (Seminer). Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tokat. 2015.
- 15.Mueser KT, Bellack AS, Morrison RL, Wixted JT. Social competence in schizophrenia: premorbid adjustment, social skill, and domains of functioning. J Psychiatr Res 1990;24(1):51-63.
- 16.Şahpolat M. Bir Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde İzlenen Hastaların Klinik ve Sosyodemografik Özellikleri ile Tedavi yaklaşımlarının incelenmesi. MKÜ Tıp Dergisi. 2019; 10(38): 70-76.
- 17.Işık I, Savaş G, Kılıç N. Şizofreni Hastalığına Sahip Bireylerin Çalışma Hayatı Konusunda Yaşadıkları Güçlükler. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2019; 10(3); 399-408.
- 18.Uğurlu N, Gürhan N, Kaya B. Şizofreni Tanısı Konan Hastalarda Bir İşte Çalışmanın ve Derneğe Üye Olmanın İşlevsel İyileşme, Tedaviye Uyum ve Stresli Durumlarla Baş Etme Üzerine Etkisi. 48.Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildirileri; 9-13 Ekim 2012 Bursa.
- 19.Kuş Saillard E. Ruhsal Hastalara Yönelik Damgalamaya İlişkin Psikiyatrist Görüşleri ve Öneriler. Turk Psikiyatri Dergisi. 2010; 21(1); 14-24.
- 20.Jönsson SAT. Marriage rate and fertility in cycloid psychosis: Comparison with affective disorder, schizophrenia and the general population. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. 1991; 241:119-125.
- 21.Frank E, Targum SD, Gershon ES, Anderson C, Stewart BD, Davenport Y ve diğerleri. A comparison of nonpatient and bipolar patient-well spouse couples. Am J Psychiatry. 1981; 138(6):764-8.
- 22.Koroğlu E. Klinik Psikiyatri. Ankara: HYB Basım Yayın; 2015. 872 s.
- 23.Agerbo E, Byrne M, Eaton WW, Mortensen PB. Marital and Labor Market Status in the Long Run in Schizophrenia. Arch Gen Psychiatry. 2004; 61(1):28-33.
- 24.Güz H, Dilbaz N. Erken başlangıçlı ve yetişkin tip şizofrenide klinik belirtiler. Yeni Sempozyum Dergisi. 2001; 39(3):155-9.

25.Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH. Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. JAMA. 2000; 284(20):2606-2610.

26.Kalman D, Smith SS. Does nicotine do what we think it does? A meta-analytic review of the subjective effects of nicotine in nasal spray and intravenous studies with smokers and nonsmokers. Nicotine and Tobacco Research. 2005; 7(3):317-33.

27.Berlin I, Singleton EG, Pendarriosse AM, Lancrenon S, Rames A, Aubin HJ, et al. The Modified Reasons for Smoking Scale: Factorial structure, gender effects and relationship with nicotine dependence and smoking cessation in French smokers. Addiction. 2003; 98(11):1575-83.

28.de Oliveira RM, Carlos Siqueira Júnior A, Santos JLF, Furegato ARF. Nicotine dependence in the mental disorders, Relationship with clinical indicators, and the meaning for the user. Rev Lat Am Enfermagem. 2014; 22(4): 685-92.

29.Cetin M, Turgay A. Modern psikofarmakolojinin ellinci yilinda klorpromazinden günümüze antipsikotik tedavinin dünü, bugünü. Klinik Psikofarmakoloji Bulteni. 2002; 12:211-226.

30.Leucht S, Barnes TRE, Kissling W, Engel RR, Correll C, Kane JM. Relapse prevention in schizophrenia with new-generation antipsychotics: A systematic review and exploratory meta-analysis of randomized, controlled trials. American Journal of Psychiatry. 2003; 160(7):1209-22.

31.Rothbard AB, Kuno E, Foley K. Trends in the Rate and Type of Antipsychotic Medications Prescribed to Persons With Schizophrenia. Schizophr Bull. 2003; 29(3):531-40.

32.Akkaya C, Altın M, Kora K, Karamustafalıoğlu N, Yaşan A, Tomruk N ve diğerleri. Türkiye’de Bipolar I Bozukluğu Hastalarının, Sosyodemografik

ve Klinik Özellikleri-HOME Çalışması. Klinik Psikofarmakoloji Bulteni 2012;22(1):31-42.