

Araştırma / Original article

**Toplum ruh sağlığı merkezlerine devam eden şizofreni hastalarının
bakımevinde veya evlerinde yaşama durumlarına göre
karşılaştırılması**

**Memduha AYDIN,¹ Kürşat ALTINBAŐ,¹ şerife ODABAŐ NAL,¹
Seda KIRCI ERCAN,² Medine GIYNAŐ AYHAN,² Akif USTA,³ Süleyman ÖZBEK⁴**

ÖZ

Amaç: Toplum ruh sağlığı merkezleri toplum temelli ruh sağlığı hizmet modelinin çekirdeğini oluşturan birimlerdir. Ağır ruhsal bozuklukları olan bireylere ve ailelerine destek sağlayan bu merkezlere kayıtlı hastaların bir kısmı bakımevinde kalmaktadır. Bu çalışmada bakımevinde yaşayan hastaların sosyodemografik, klinik ve ilaç tedavisi özelliklerinin evde yaşayan hastalarla karşılaştırılması amaçlanmıştır. **Yöntem:** Çalışmaya, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakóltesi, Konya Eğitim Araştırma Hastanesi Beyhekim Psikiyatri Kliniği, Konya Numune Hastanesi ve Konya Ereğli Devlet Hastanesi toplum ruh sağlığı merkezlerine kayıtlı hastalardan DSM-5 ölçütlerine göre şizofreni tanısı konmuş, ayda en az bir gün rehabilitasyon programına katılan toplam 135 hasta alındı. Çalışma tasarımı geriye dönük olarak yapıldı, veri toplama formları hastane tıbbi kayıtları kullanılarak dolduruldu. **Bulgular:** Çalışmaya 53'ü (%39.3) kadın, 82'si (%60.7) erkek 135 şizofreni hastası alındı. Hastaların 82'si (%60.7) evde yaşamaktayken, 53'ü (%39.3) bakımevinde kalmaktaydı. Bakımevinde yaşayan hastaların erkek oranı, yaş ortalamaları, rehabilitasyon programına katıldıkları gün sayısı, hastalık süresi, sigara içme durumu evde kalan hastalarinkinden istatistiksel yönden anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Tüm hastalar değerlendirildiğinde hastaların ilaç sayısı ile yan etki ölçek puanı, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği toplam puanı arasında anlamlı düzeyde pozitif korelasyon bulundu. Bir antipsikotik veya çoklu antipsikotik ilaç kullanımını öngördüren değişkenlenleri belirlemek için yapılan lojistik regresyon analizine göre, erkek cinsiyetin ve hastane yatış sayısının kombine ilaç kullanım oranını artırdığı belirlendi. **Sonuç:** Toplum ruh sağlığı merkezlerinde sunulan hizmetlerin iyileştirilmesi için hastaların bakımevinde ve evde kalma durumlarına göre gereksinim alanlarının belirlenmesine, ruhsal-toplumsal müdahalelerde iyi uygulamaların paylaşılarak yaygınlaştırılmasına ve ilaç tedavileri konusunda tedavi kılavuzlarının önerileri doğrultusunda yeni düzenlemelerin yapılmasına gerek vardır. (*Anadolu Psikiyatri Derg* 2020; 21(1):14-22)

Anahtar sözcükler: Antipsikotik ilaçlar, bakımevi, şizofreni, toplum ruh sağlığı merkezi

***The comparison of patients with schizophrenia in community
mental health centers according to living conditions in nursing
home or home***

ABSTRACT

Objective: Community mental health centers constitute the core of the community-based mental health service model. Some of the patients enrolled in these centers that provide support to individuals and their families with

¹ Selçuk Üniversitesi, Tıp Fakóltesi, Psikiyatri ABD, Konya

² Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyhekim Psikiyatri Kliniği, Konya

³ Konya Numune Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Konya

⁴ Ereğli Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Konya

Yazışma adresi / Correspondence address:

Dr. Memduha AYDIN, Selçuk Üniversitesi, Tıp Fakóltesi, Psikiyatri ABD, Konya

E-mail: memduhaaydin@gmail.com

Geliş tarihi: 07.04.2019, Kabul tarihi: 06.05.2019, doi: 10.5455/apd.42123

Anatolian Journal of Psychiatry 2020; 21(1):14-22

severe mental disorders are staying in a nursing home. In this study, it was aimed to compare the sociodemographic, clinical and drug treatment characteristics of the patients living in nursing home with the patients living at home. **Methods:** The study included a total of 135 patients who were diagnosed with schizophrenia according to DSM-5 criteria and who attended to rehabilitation program at community mental health centers of Selçuk University Faculty of Medicine, Konya Training and Research Hospital, Beyhekim Psychiatry Clinic, Konya Numune Hospital and Konya Ereğli State Hospital at least one day in a month. The study design was retrospective, the data collection forms were filled using hospital medical records. **Results:** A total of 135 patients with schizophrenia were included in the study. While 82 (60.7%) of the patients were living at home, 53 (39.3%) were in the nursing home. The rate of male patients in the nursing home, the average age, the number of days they participated in the rehabilitation program, the duration of the illness, and the smoking rate were significantly higher than the patients who were living at home. When all patients using multiple antipsychotics were evaluated, positive correlation was found between the number of drugs and side effect scale score, Positive and Negative Syndrome Scale total score. According to the logistic regression analysis to determine the variables predicting the use of single antipsychotic or multiple antipsychotic drugs, the male gender and the number of hospitalizations were found to increase the rate of combined drug use. **Discussion:** In order to improve the service provided in community mental health centers, it is necessary to identify the need areas of patients according to living conditions in nursing home or home, to share the good practices in psychosocial interventions and to increase the awareness in drug treatments in order to make new arrangements in line with the recommendations of the treatment guidelines. (*Anatolian Journal of Psychiatry* 2020; 21(1):14-22)

Keywords: antipsychotic drugs, nursing home, schizophrenia, community mental health center

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2006'da ruh sağlığı politikaları ile ilgili önerilerini kapsayan 'Ulusal Ruh Sağlığı Politikası' Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanmıştır.¹ Bu önerilerin Türkiye'de ruh sağlığı alanında yapılacak strateji ve hedefler şeklinde yapılandırıldığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı ise 2011 yılında uygulamaya başlanmıştır.² Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planında yer alan 'ağır ruhsal bozukluğu olan bireylerin tüm gereksinmelerini karşılayan bütüncül bir ruh sağlığı sistemi kurulması' amacı ile, Türkiye'de uygulanan 'Hastane Temelli Ruh Sağlığı Modeli'nden 'Toplum Temelli Ruh Sağlığı Modeli'ne geçilmesine karar verilmiştir.³ İlk toplum ruh sağlığı merkezi Mayıs 2008'de açılarak bu alanda etkinliklerine başlamıştır.⁴

Toplum temelli ruh sağlığı hizmet modelinin çekirdeğini oluşturan toplum ruh sağlığı merkezleri (TRSM), belli bir coğrafi alanda yaşayan ağır ruhsal bozukluğu olan hastalara, multidisipliner bir yaklaşımla ruhsal-toplumsal destek hizmetlerinin verilmesi, izleme ve tedavilerinin yapılabilmesi, gerektiğinde gezici ekiplerle kendi yaşadıkları ortamlara ev ziyaretleri yapılarak bu hizmetlerin ulaştırılabilmesi için kurulmuş olan yataklı sağlık kurumlarına bağlı olarak etkinlik gösteren birimlerdir.^{5,6} Ağır ruhsal bozukluklar bilişsel, yönetsel ve toplumsal beceri alanlarındaki yıkıcı etkisi nedeniyle yeti yitimi ile giden şizofreni ve benzeri psikotik bozukluklar ile duygudurum bozuklukları gibi kronik ruhsal bozuklukları kapsar.⁵ Çağdaş psikiyatri yaklaşımında ağır ruhsal bozuklukları olan bireylerin iyilik durumlarının korunmasında, hastalık

dönemlerinin önlenmesinde, hastaneye yatışların azaltılmasında dolayısıyla yeti yitiminin azaltılmasında ve işlevselliğin artırılmasında ilaç tedavileri ile ruhsal-toplumsal müdahalelerin birlikte kullanıldığı bütüncül bir tedavi anlayışı egemendir.⁷

Türkiye'de sayısı 200'e yaklaşan TRSM'lerde şizofreni hastalarının rehabilitasyon programlarına katılımlarını ve sonuçlarını inceleyen az sayıda araştırma vardır.^{6,8-10} TRSM'lerde ruhsal-toplumsal müdahalelerin etkilerini inceleyen araştırmalardan biri olan Üstün ve arkadaşları,¹¹ TRSM'de rehabilitasyon programlarına katılan hastaların ilaç tedavi uyumlarının katılmayan hasta grubundan yüksek olduğu saptamışlardır. Benzer şekilde, Şükrü ve arkadaşlarının¹² çalışmasında TRSM'de erken dönem şizofreni hastalarında tedaviye kişilerarası grup psikoterapisinin eklenmesinin işlevselliğin artmasını sağlayabileceği bulunmuştur. Şizofreni hastalarının tedavisine 'Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi'nin (RUTBE) eklenmesinin sonuçlarını araştıran Söğütü ve arkadaşları,¹³ RUTBE sonrası hastaların iç görülerinde, depresyon düzeylerinde, ilaç tedavisi uyumlarında, yaşam kalitelerinde ve işlevselliklerinde belirgin düzelme sağlandığını saptamışlardır. Az sayıdaki ruhsal-toplumsal müdahalelerin işlevsellik, tedavi uyumu, yaşam kalitesi üzerine etkilerini araştıran çalışma olsa da, Tabo ve arkadaşlarının¹⁴ şizofreni hastalarının ilaç tedavilerini ve ilaca bağlı yan etkileri değerlendiren çalışmaları dışında TRSM'lerde çoklu antipsikotik kullanımını araştıran çalışma yoktur. Tabo ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların belirti ölçek puanlarının azaldığı, ilaç uyumlarının arttığı, ancak hekimlerin reçete

yazma alışkanlıklarının değişmediği, dolayısıyla antipsikotik sayılarının ve ortalama ilaç tedavi dozlarının değişmediği saptanmıştır.

Bakımevleri, aile yanında bakılması olası olmayan, kimsesiz, hastalığı nedeniyle bakıma ve korunmaya gerek duyan bireylerin, barınma gibi temel gereksinimlerle birlikte ruhsal-toplumsal gereksinimlerinin karşılandığı kurumlardır.¹⁵ Kronik psikiyatri hastalarının bakımını üstlenen aileler karşılaştıkları güçlüklerle baş etmekte zaman zaman zorlanmakta ve hastalarını bakımevlerine yerleştirmektedirler. Ailesi olmayan veya ailesi tarafından terk edilen hastalar da zorunlu olarak bakımevlerine yerleştirilmektedir.¹⁵ TRSM hizmetlerinden yararlanan hastaların bir kısmının bakımevlerinde kalanlar olduğu dikkate alınacak olursa, bakımevinde kalan psikotik bozukluk hastalarının tedavilerinin TRSM'ler ve genel psikiyatri poliklinik uygulamalarında çoklu ilaç kullanımı hakkında fikir verici olduğu öne sürülebilir. Ersan ve Yıldız,¹⁶ bakımevlerinde kalan psikotik bozukluk hastalarında hastaların ikiden fazla antipsikotik ilaç kullanma oranının yüksek olduğunu, klozapine çok az yer verildiğini, tedavi kılavuzlarının önerilerine uyulmadığını saptamışlardır.

Günümüze kadar Türkiye'de TRSM'lerle ilgili çalışmalarda genellikle ruhsal-toplumsal müdahalelerin işlevsellik ve yaşam kalitesi üzerine etkilerinin araştırıldığı görülmektedir. TRSM'lere devam eden hastaların bakımevinde veya evde kalma durumlarına göre değerlendirildiği bir çalışma yoktur. Bu bilgiler ışığında çalışmamızda birinci olarak TRSM'lerde şizofreni hastalarının bakımeviden ve evden gelme durumlarına göre sosyodemografik, klinik ve ilaç tedavisi özelliklerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır. Araştırmamızın ikinci amacı, TRSM'lerde ilaç tedavileri uygulamaları konusunda fikir edinmek ve bu yolla klinisyenlerin psikotik bozukluklarda ilaç kullanımında tedavi kılavuzlarına uyum durumunu değerlendirmektir. Böylelikle bu araştırmanın hem TRSM'den hizmet alan hastaların gereksinimlerinin gözetilmesinde, hem de ilaç tedavisi uygulamaları konusunda kılavuzların önerilerinin dikkate alınmasında klinisyenlerde farkındalık sağlanması düşünülmektedir.

YÖNTEM

Çalışmaya, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Konya Eğitim Araştırma Hastanesi Beyhekim Psikiyatri Kliniği, Konya Numune Hastanesi ve Konya Ereğli Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerine kayıtlı hastalar alındı. Çalışmanın evrenini TRSM'lere kayıtlı 787 şizofreni ve benzeri psikotik bozukluk ile bipolar bozukluk hastası oluşturdu. Örneklem grubunu ise, DSM-5 ölçütlerine göre şizofreni tanısı konmuş, ayda en az bir gün TRSM'de rehabilitasyon programına katılan toplam 135 hasta oluşturdu. Çalışmaya alınan TRSM hastalarının bilgilerine geriye dönük dosya tarama yöntemiyle ulaşıldı. Bilgiler, araştırmacılar tarafından düzenlenen Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Veri Formu, klinik değerlendirme ölçeklerinden Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PNSÖ) puanları, güncel ilaç tedavisi bilgileri ve ilaçlara bağlı yan etkileri değerlendirme ölçeklerinden Simpson Angus Nöroleptiklere Bağlı Hareket Bozukluklarını Değerlendirme Ölçeği puanları, Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Hasta Bilgi Formu, Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Tedavi Takip Çizelgesi, Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Klinik Global İzlenim ve Yan Etki Takip Formu ve ek bilgileri içeren TRSM izleme dosyalarından edinildi.

Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Veri Formu: Araştırmacılar tarafından hazırlanan bu forma her katılımcının yaş, öğrenim düzeyi, medeni durumu, kiminle yaşadığı, çalışma durumu, ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü, ilk tedavi yaşı, hastalık süresi, hastaneye yatış sayısı, sigara ve alkol-madde kullanımı, TRSM'ye devam durumu ve tedavi öyküsü bilgileri kaydedilmiştir.

Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PNSÖ) (The Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS): Şizofrenide pozitif belirti, negatif belirti ve genel psikopatoloji düzeyinin ölçümü için Kay ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, 30 maddelik, yarı-yapılandırılmış bir klinik görüşmedir.¹⁷ Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Kostakoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.¹⁸

Simpson Angus Nöroleptiklere Bağlı Hareket Bozukluklarını Değerlendirme Ölçeği: Antipsikotik kullanımına bağlı olarak gelişebilen hareket bozukluklarını değerlendirmek için kullanılan yarı yapılandırılmış ölçektir.¹⁹

Çalışma, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 13.06.2018 tarihli, 2018/221 karar sayılı onay alınarak Helsinki Bildirgesi'ne uygun olarak yapılmıştır.

İstatistiksel değerlendirme

Bu çalışmada istatistiksel analizler Statistical Package for Social Sciences for Windows v. 20.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Örneklem sosyodemografik ve klinik özellikleri tanım-

layıcı istatistik yöntemleri ile belirlendi. Cinsiyet, medeni durum, eğitim, çalışma özellikleri, yaşadıkları yer gibi sosyodemografik özelliklere ait kategorik değişkenlerin sunumu için sayı ve yüzde değerleri; gruplararası karşılaştırmalar için Pearson ki-kare test analizleri kullanılmıştır. Normal dağılım yaklaşımı sağlanan parametreler için gruplar arası karşılaştırmalar, independent t-test ve One Way ANOVA testi, normal dağılım yaklaşımı sağlanamayan parametreler için ise gruplar arası karşılaştırmaları Mann Whitney U testi ile yapılmıştır. Değişkenler arası ilişki normal dağılım gösteren parametreler için Pearson korelasyon testi, normal dağılım yaklaşımı sağlanamayan parametreler için Spearman korelasyon testi kullanılmıştır. Hastaların bir antipsikotik ilaç veya çoklu antipsikotik ilaç kullanımını öngördüren değişkenleri belirlemek için lojistik regresyon analizi uygulanmıştır. İki değişkenli analizlerde, bağımlı değişken (bir antipsikotik ilaç-monoterapi/çoklu antipsikotik ilaç tedavisi-polifarmasi) ile ilişkili bulunan ($p<0.1$) değişkenler, çok değişkenli analize alınmıştır. Model uyumu için Hosmer-Lemeshow testi kullanılmıştır. Değişkenler %95 güven aralığında incelenmiş olup ve $p<0.05$ değeri anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya 53'ü (%39.3) kadın ve 82'si (%60.7) erkek olmak üzere 135 şizofreni hastası alındı. Örneklemin ortalama yaşı 43.71 ± 12.17 idi, kadın ve erkek cinsiyet arasında yaş ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (sırasıyla, 42.43 ± 12.64 ve 44.54 ± 11.86 , $p=0.329$). TRSM rehabilitasyon programına katılan hastaların 82'si (%60.7) evde, 53'ü (%39.3) bakımevinde yaşıyordu. Bakımevinde yaşayan hastalarda erkek oranı evde yaşayan hastaların erkek oranından, bakımevinde yaşayan hastaların yaş ortalaması evde yaşayan hastalarinkinden anlamlı düzeyde yüksek bulundu (sırasıyla, $p=0.005$ ve $p=0.035$).

Örnekleimde kadın ve erkek hastalar arasında medeni durum açısından fark saptanmadı ($p=0.371$); hastaların %60'ından fazlasının hiç evlenmediği, yalnız %10'a yakın hastanın halen evli olduğu saptandı. Bakımevinde kalan hastaların sosyoekonomik durumu evde kalan hastalara göre anlamlı düzeyde düşük bulundu ($p<0.001$). Bakımevinde kalanlarda sigara içen hasta sayısı evde kalanlardan anlamlı düzeyde yüksek ($p<0.001$), evde yaşayanlarda psikiyatri dışı diğer tıbbi hastalık tanısı olan hastalar bakımevinde kalanlardan anlamlı düzeyde

yüksek saptandı ($p=0.017$). Hastaların toplam öğrenim süresi (7.45 ± 3.70), öğrenim düzeyi (ilköğretim düzeyinde olan %70.4), çalışma durumları (çalışmayan %88.1), eşlik eden başka bir tıbbi hastalık (%34.8), ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü (%45.2) araştırıldı; bu özellikler açısından iki grup arasında fark saptanmadı. TRSM rehabilitasyon programına katılan şizofreni hastalarının sosyodemografik özelliklerinin evde ve bakımevinde kalma durumuna göre karşılaştırmaları Tablo 1'de sunulmuştur.

Bakımevinde kalan hastaların TRSM rehabilitasyon programına katıldıkları gün sayısı evde kalan hastalardan anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0.001$). Hastalık başlama yaşı ve toplam hastane yatış sayısı bakımından iki grup arasında anlamlı fark saptanmazken, hastalık süresi bakımında kalan hastalarda daha uzun bulundu ($p=0.002$). Simpson Angus Nöroleptiklere Bağlı Hareket Bozukluklarını Değerlendirme Ölçeği puanları ve PNSÖ puanları hem alt ölçek puanları olarak, hem de toplam puan olarak iki grup arasındaki fark anlamlı bulunmadı ($p<0.05$). Hastalarının klinik özelliklerinin ve ölçek puanlarının evde ve bakımevinde kalma durumuna göre karşılaştırmaları Tablo 2'de gösterilmiştir.

Hastaların ilaç kullanma özellikleri, antipsikotikler, antidepresanlar, duygudurum dengeleyiciler ve antiepileptikler, benzodiyazepinler, yan etki giderici ilaçlar ve psikiyatri dışı diğer tıbbi durumlar için kullanılan ilaçlar grubu olarak incelendi. Antipsikotik ilaç kullanma durumları incelendiğinde, hastaların %37.0'ünün oral veya depo formunda olmak üzere bir antipsikotik ilaç kullandığı, %48.1'inin ikili, %14.9'unun üçlü antipsikotik ilaç kullandığı saptandı. Hastaların %63.7'sinin tedavisine antidepresan ilaçların eklendiği, %16.3'sinin duygudurum dengeleyici-antiepileptik ilaç kullandığı, %28.9'unun tedavisinde yan etki giderici ilaç olduğu bulundu. Hastalarının ilaç tedavisi kullanma özelliklerinin evde ve bakımevinde kalma durumuna göre karşılaştırmaları Tablo 3'te sunulmuştur.

Tüm hastalar değerlendirildiğinde, çoklu antipsikotik kullanan hastaların ilaç sayısı ile ilk hastalık yaşı arasında negatif ilişki ($r=-0.214$, $p=0.013$); hastane yatış sayısı, yan etki ölçek puanı, yan etki giderici ilaç sayısı, PNSÖ pozitif alt ölçek, genel psikopatoloji alt ölçek ve toplam puanı arasında pozitif ilişki (sırasıyla; $r=0.321$, $p<0.001$; $r=0.281$, $p=0.001$; $r=0.272$, $p=0.001$; $r=0.209$, $p=0.015$; $r=0.186$, $p=0.031$; $r=0.204$, $p=0.017$) bulundu.

Hastaların bir antipsikotik ilaç ($s=50$) veya çoklu

18 Toplum ruh sağlığı merkezlerine devam eden şizofreni hastalarının bakımevinde veya ...

Tablo 1. Hastalarının sosyodemografik özelliklerinin evde ve bakımevinde kalma durumuna göre karşılaştırmaları

	Ev (s=82)		Bakımevi (s=53)		Toplam (s=135)		Test	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Cinsiyet							$\chi^2=7.94$	0.005*
Kadın	40	48.8	13	24.5	53	39.3		
Erkek	42	51.2	40	75.5	82	60.7		
Yaş (Ort±SS)	42.09±12.88		46.23±10.61		43.71±12.17		z=-2.11	0.035*
Medeni durum							$\chi^2=6.30$	0.043*
Bekar	52	63.4	30	56.6	82	60.7		
Evli	11	13.4	2	3.8	13	9.6		
Dul/boşanmış	19	23.2	21	39.6	40	29.6		
Toplam öğrenim süresi (Ort.±SS)	7.95±3.92		6.68±3.22		7.45±3.70		t=1.97	0.051
Öğrenim düzeyi							$\chi^2=3.30$	0.069
İlköğretim mezunu	53	64.6	42	79.2	95	70.4		
Lise mezunu	29	35.4	11	20.8	40	29.6		
Çalışabilirlik							$\chi^2=2.67$	0.263
Çalışmıyor	71	86.6	48	90.6	119	88.1		
Öğrenci-çalışıyor	4	4.9	0	0.0	4	3.0		
Emekli	7	8.5	5	9.4	12	8.9		
Sosyoekonomik durum							$\chi^2=28.21$	<0.001**
Alt	11	13.4	26	49.1	37	27.4		
Orta	40	48.8	24	45.3	64	47.4		
İyi	31	37.8	3	5.7	34	25.2		
Sigara içme							$\chi^2=24.17$	<0.001**
Hayır	60	73.2	16	30.2	76	56.3		
Evet	22	26.8	37	69.8	59	43.7		
Ek tıbbi hastalık							$\chi^2=5.70$	0.017*
Yok	47	57.3	41	77.4	88	65.2		
Var	35	42.7	12	22.6	47	34.8		
Ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü							$\chi^2=0.11$	0.737
Yok	44	53.7	30	56.6	74	54.8		
Var	38	46.3	23	43.4	61	45.2		

*: $p<0.05$; **: $p<0.001$

Tablo 2. Hastalarının klinik özelliklerinin ve ölçek puanlarının evde ve bakımevinde kalma durumuna göre karşılaştırmaları

	Ev (s=82)	Bakımevi (s=53)	Toplam (s=135)	Test	p
	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS		
TRSM'ye devam ettiği gün sayısı/ay	11.00±8.00	18.28±3.99	13.86±7.59	t=-6.14	<0.001**
Hastalık başlama yaşı	23.26±7.53	22.09±4.91	22.80±6.63	t=0.99	0.322
Hastalık süresi-medyan (min-max)	18 (3-47)	26 (5-51)	20.91 (3-51)	z=-3.09	0.002*
Toplam hastane yatış sayısı	3.65±2.74	3.68±2.40	3.66±2.60	t=-0.07	0.943
Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği Puanları					
Pozitif semptom	18.57±6.32	16.85±4.74	17.90±5.80	t=1.70	0.073
Negatif semptom	21.74±7.33	20.96±5.14	21.44±6.55	t=0.73	0.468
Genel psikopatoloji	35.81±9.14	37.08±7.06	36.31±8.38	t=-0.85	0.396
Toplam	75.95±20.34	74.89±13.47	75.53±17.91	t=0.37	0.715
Simpson Angus Ölçeği-medyan(min-max)	2.00 (0-9)	3.00 (0-9)	2.79 (0-9)	z=-0.90	0.368

*: $p<0.05$; **: $p<0.001$

antipsikotik ilaç kullanımını (s=85) öngördüren değişkenleri belirlemek için lojistik regresyon analizi uygulandı. İki değişkenli analizlerde, ilaç

kullanımı ile ilişkili bulunan ($p<0.1$) değişkenler olan hastane yatış sayısı, PNSÖ pozitif, PNSÖ genel ölçek puanları ile yaş ve cinsiyet analize

Tablo 3. Hastalarının ilaç tedavisi kullanım özelliklerinin evde ve bakımevinde kalma durumuna göre karşılaştırılması

	Ev (s=82)		Bakımevi (s=53)		Toplam (s=135)		Test	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Antipsikotik ilaç kullanımı								
Oral tek ilaç	23	28.0	14	26.4	37	27.4		
Oral ikili ilaç	11	13.4	16	30.2	27	20.0		
Oral üçlü ilaç	3	3.7	1	1.9	4	3.0		
Depo tedavi ve bir oral ilaç	27	32.9	11	20.8	38	28.1		
Depo tedavi ve iki oral ilaç	10	12.2	6	11.3	16	11.9		
Depo tedavi, oral ilaç yok	8	9.8	5	9.4	13	9.6		
Oral veya depo, bir antipsikotik ilaç kullanımı								
Tek antipsikotik	31	37.8	19	35.8	50	37.0	$\chi^2=0.05$	0.818
İki ve üstü antipsikotik	51	62.2	34	64.2	85	63.0		
Antipsikotik dışında psikiyatri ilacı kullanımı								
Yok	31	37.8	15	28.3	46	34.1	$\chi^2=1.29$	0.255
Var	51	62.2	38	71.7	89	65.9		
Antidepresan ilaç kullanımı								
Yok	32	39.0	17	32.1	49	36.3	$\chi^2=0.67$	0.412
Var	50	61.0	36	67.9	86	63.7		
Duygudurum dengeleyici, antiepileptik ilaç kullanımı								
Yok	71	86.6	42	79.2	113	83.7	$\chi^2=1.27$	0.259
Var	11	13.4	11	20.8	22	16.3		
Yan etki gidermek için ilaç kullanımı								
Yok	60	73.2	36	67.9	96	71.1	$\chi^2=0.43$	0.511
Var	22	26.8	17	37.1	39	28.9		
Psikiyatri ilacı dışında tıbbi tedavi için ilaç kullanımı								
Yok	52	63.4	43	81.1	95	70.4	$\chi^2=4.85$	0.028*
Var - en az 1 tane	30	36.6	10	18.9	40	29.6		
Kullanılan ilaç sayıları - medyan (min-max)								
Antipsikotik ilaç (oral, depo)	2 (1-3)		2 (1-3)		1.78 (1-3)		$z<0.001$	1.000
Psikiyatri ilacı	3 (1-7)		3 (1-7)		3.00 (1-7)		$z=-0.302$	0.762
Psikiyatri ve diğer tıbbi ilaçları	3 (1-9)		3 (1-8)		3.47 (1-9)		$z=-0.498$	0.618

* $p<0.05$ **Tablo 4.** Hastaların tek antipsikotik ilaç veya çoklu antipsikotik ilaç tedavisi kullanımını öngördüren değişkenler için lojistik regresyon analizi

Değişkenler	OR	%95 Güven Aralığı	p
Yaş	0.982	0.951 - 1.014	0.262
Cinsiyet (erkek)	3.211	1.474 - 6.993	0.003
Yatarak tedavi sayısı	1.251	1.063 - 1.472	0.007
PANSS Pozitif	1.035	0.955 - 1.123	0.401
PANSS Negatif	1.019	0.964 - 1.077	0.516
Constant	0.249		0.204

$\chi^2=23.09$, $df=5$, $p<0.001$; Hosmer and Lemeshow $p=0.666$
Nagelkerke $R^2=0.215$; OR: Odds Oranı

katıldı. Regresyon analizine göre, diğer değişkenler kontrol edildikten sonra, erkek cinsiyetin (OR=3.2) ve hastane yatış sayısının (OR=1.3) çoklu antipsikotik ilaç kullanım oranını artırdığı belirlendi (Tablo 4).

TARTIŞMA

Çalışmamızda TRSM'lerde kayıtlı şizofreni hastalarının bakımevinde ve evde kalma durumlarına göre sosyodemografik ve klinik özellik-

rinde birtakım farklılıklar bulunurken, ilaç kullanım özelliklerine göre farklılık göstermediği saptanmıştır. Tüm örneklem değerlendirildiğinde TRSM'ye kayıtlı hastaların tedavisinde çoklu antipsikotik ilaç kullanımının %60'ın üstünde olduğu saptanmıştır.

Bakımevinde kalan şizofreni hastalarının alındığı iki çalışmada erkek hasta oranlarının %64.5 ve %70.6 olduğu, hastaların yaş ortalamasının 43 yaş üstünde olduğu görülmüştür.^{16,20} Çalışmamızda benzer şekilde bulunan bakımevinde kalan hastaların erkek oranı yüksekliği cinsiyete bağlı bir takım etkenlerle yorumlanabilir. Şizofreni hastalığında erkeklerin kadınlara göre daha kötü bir gidiş göstermeleri, kadın hastaların kültürel etkenler nedeniyle aileleri tarafından daha çok sahiplenilmesi, toplumsal işlevselliğinin erkek hastalara göre daha iyi oluşu cinsiyet ile ilgili farklılıkları yorumlamaya yardımcı olabilir.^{21,22} Bakımevinde kalan hastaların hastalık süreleri evde kalan hastalardan daha uzun saptanmıştır. Erkeklerde hastalığın kadınlara göre daha erken yaşlarda başlaması, bakımevinde kalan hastaların çoğunluğunun erkek olması hastalık süresinin bakımevinde kalan hastalarda daha uzun olmasını açıklayabilir.^{22,23} Çalışmamızda bakımevinde kalan hastaların sosyoekonomik durumunun evde kalan hastalara göre anlamlı olarak düşük bulunması bakımevlerinin kuruluş amacıyla örtüşmektedir. Her ne kadar bakımevleri sosyoekonomik düzeyi düşük olan şizofreni hastaları için alternatif yaşam alanları olarak görülmekteyse de, hastalar için ne kadar uygun ve yeterli olduğu sorusu yanıtız kalmaktadır.

Fiziksel koşullarla ilgili olarak 'Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge'nin ikinci bölümünün 6. maddesi TRSM'lerin toplu taşıma araçlarıyla kolay ulaşılabilir ve merkezi yerlerde kurulmasını önerir.⁵ TRSM'lerin şehir merkezinden uzak olması ve toplu taşıma olanaklarının azlığı evlerinde yaşayan hastaların hizmete ulaşım konusunda zorlanmasına neden olarak TRSM'ye devam etmelerini engelleyebilir. Çalışmamızda bakımevinde kalan hastaların TRSM rehabilitasyon programına katıldıkları gün sayısının evden gelenlerden yüksek olarak saptanması çalışmanın yapıldığı merkezlere evden ulaşımın zor olması, TRSM'lerin bağlı bulunduğu kurumların hastaların merkeze ulaşımını sağlama konusunda araç ve ekip yetersizlikleri ile ilişkilendirilmiştir. Bakımevlerinin ruhsal-toplumsal destek sağlama konusunda kurum donanımlarının yetersizliği, TRSM'lerden bu konuda destek almak için daha istekli olmaları ve hastaların

merkeze ulaşımını zaman zaman kendi olanakları ile sağlamaları devamlılığı olumlu yönde etkilemektedir.

Hastaların farmakolojik tedavilerini düzenli olarak sürdürüp sürdürmediklerinin, ilaçlarını doğru zamanda ve dozda kullanıp kullanmadığının, yan etki olup olmadığının izlenmesi TRSM'lerde verilen multidisipliner ruhsal-toplumsal destek hizmetlerinin bir parçasıdır.⁵ Bu kapsamda TRSM'ye kayıtlı şizofreni hastalarının kullandıkları antipsikotik ilaç tedavisi incelendiğinde bakımevinde veya evde kalma durumuna göre bir farklılık göstermediği bulundu. Yanı sıra, TRSM'ye kayıtlı şizofreni hastalarının nerede kaldıklarına bakılmaksızın ilaç kullanımları incelendiğinde %63 oranında çoklu antipsikotik kullandığı bulundu. Ersan ve Yıldız'ın¹⁶ bakımevinde kalan hastalarda antipsikotik kullanma örneğini incelediği çalışmada da çoklu antipsikotik kullanımını %62 (ikili %34, ikiden fazla %28) olarak bulunmuştur. Tiihonen ve arkadaşlarının yeniden hastaneye yatırılmada çoklu antipsikotik ile tek antipsikotik ilaç kullanımını karşılaştırdıkları çalışmalarında çoklu ilaç kullanımı herhangi bir tek ilaç kullanımına göre %7-13 daha düşük bir psikiyatrik yeniden yatış riski ile ilişkili bulunmuştur.²⁴ Bu çalışmanın sonuçlarına göre, çoklu ilaç kullanımının zamanla yatış sayısını azaltması beklenmektedir. Çalışmamızda erkek cinsiyet ve yatarak tedavi görme sayısının çoklu antipsikotik kullanımını yordayan etkenler olarak saptanması Tiihonen ve arkadaşlarının sonuçları ile örtüşmemektedir. Bu farklılık çoklu antipsikotik kullanımının klinisyenler tarafından her zaman aynı gerekçelerle yeğlenmemesinden kaynaklanabilir.

Çoklu antipsikotik kullanan hasta oranının %63, klozapin ile birlikte herhangi bir antipsikotik ilaç tedavisi kullanan hasta oranının %20.7 olması merkezlerde çoklu antipsikotik kullanımının her zaman tedaviye direnç ile ilişkili olmadığını veya tedavi direnci söz konusu ise ilaç kullanımının kılavuzlara uygun olmadığını düşündürmektedir. Tedavi kılavuzlarında çoklu antipsikotiklerin tedaviye dirençli hastalarda yeterli doz ve süredeki monoterapi denemeleri ve klozapin kullanımını sonrasında, klozapine eklenerek son seçenek olarak denenebileceği, antipsikotik değişimi sırasındaki geçişlerde kısa süreli olarak kullanılabilirliği bildirilmiştir.^{25,26} Çalışmamıza alınan tüm hastaların ilaç kullanımı değerlendirildiğinde klozapinin tek ilaç olarak kullanımının %10 civarında olduğu, diğer oral veya depo antipsikotik formlarla birlikte kullanımının %31.1'e ulaştığı bulundu. Karadağ ve arkadaşlarının²⁷ klozapin kullanımını %6.8 oranında saptadıkları çalışma

ile karşılaştırıldığında, çalışmamızda bulunan oranların klozapin kullanımı açısından olumlu olduğu belirtilebilir. Tüm sonuçlar değerlendirildiğinde, klinik uygulamaların kılavuzlardaki önerilerden uzak olduğu sonucuna varılabilir.^{25,28-31} Şizofreni tedavisinde çoklu antipsikotik ilaç kullanımı, ilaç tedavisinden alınan sonuçların sınırlı oluşu, tedaviye direnç karşısında var olan tedavinin etkinliğini artırmak, sedasyon sağlamak, yan etkilerden kaçınmak gibi nedenlerle yeğlense de, bu uygulamanın doğruluğunu destekleyen veriler yoktur.^{24,32}

Bakımevinde veya evde kalma durumuna göre hastaların ilaçlara bağlı yan etki ölçekleri değerlerinde farklılık yoktu. TRSM'ye kayıtlı olup bakımevinde kalan ve kurum tarafından etkinliklere yönlendirilen hastalar rehabilitasyon programına uyum sağlayabilecek iyilik halinde ve işlevsellikte olan hastalardan seçildiği için TRSM'ye kayıtlı olup bakımevinde kalan diğer hastaların klinik durumları ve ilaç tedavileri hakkında bilgi edinilememiştir. TRSM'ye kayıtlı olup evinde yaşayan, ancak toplumsal işlevsellikleri kısmen daha iyi durumda olduğu için, belki de çalıştıkları için rehabilitasyon programına katılmayan hastalar bu çalışmada yer almamıştır. Karşılaştırılan iki grubun kendi evrenlerini temsil gücü düşüktür. Özetle, bakımevinde kalan hastaların klinik olarak görece daha iyi durumda olanları ile evde kalan ve klinik olarak görece daha kötü durumda olan hastaların karşılaştırılması fark bulunamayışını açıklayabilir.

Çalışmanın sınırlılıkları

Çalışmamıza ayda en az bir gün TRSM reha-

bilitasyon programına katılan hastalar alındığı için örneklemin TRSM'ye kayıtlı olan evde ve bakımevinde kalan tüm hastaların özelliklerini yansıtmaması bir sınırlılık olarak değerlendirilebilir. Çalışmada bilgilerin geriye dönük dosya taraması ile edinilmiş olması, ilaç tedavileri hakkında bilgi verirken dozların belirtilmemiş olması diğer sınırlılıklar olarak sayılabilir.

Sonuç

TRSM'lerden destek alan hastalarının farklı merkezlerde oranları değişmekle beraber bir kısmının bakımevinde yaşadıkları ve evde yaşayan hastalardan bir takım özelliklerinin farklı olabileceği dikkate alınması gereken bir konudur. Türkiye'de TRSM'lerin ve bakımevlerinin geçmişi yakın tarihlere dayandığı için bu merkezlerde sunulan hizmetler ve sonuçlarına ilişkin çalışma azdır. Sayıları giderek artmakta olan TRSM'lerde sunulan hizmetlerin sınırları, hedefleri, hedeflere ulaşmak için izlenecek yöntemler konusunda bilgi eksikliği ve dolayısıyla uygulama farklılıkları olduğu görülmektedir.³³ Şizofreni hastalarının yoğunlukla hizmet aldığı TRSM'lerin gereksinme alanlarının belirlenip düzenlenmesi ve iyi uygulamaların yaygınlaştırılarak geliştirilmesi için çok yönlü araştırmalara gereksinim vardır. Yeti yitiminin azaltılması, işlevselliğin artırılması ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesi için uygulanan ruhsal-toplumsal müdahalelerin olumlu sonuçlarının hastaların ilaç tedavilerinde de olumlu yansımalarının olması ve bunların iyi planlanmış çalışmalar ile sunulması beklenmektedir.

Yazarların katkıları: M.A.: Konunun belirlenmesi, planlama, istatistik, makalenin yazılması; K.A.: Konunun belirlenmesi, istatistik, eleştirel okuma; Ş.O.Ü.: Literatür tarama, verilerin toplanması, makalenin yazılması; S.K.E.: Literatür tarama, verilerin toplanması, eleştirel okuma; M.G.A.: Literatür tarama, verilerin toplanması; A.U.: Verilerin toplanması, eleştirel okuma; S.Ö.: Literatür tarama, verilerin toplanması.

KAYNAKLAR

1. Soygür H. Türkiye'de toplum ruh sağlığı merkezleri: Quo vadis? Arch Neuropsychiatr 2016; 53:1-3.
2. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı/2011-2023, Ankara, 2011. <https://www.psikolog.org.tr/doc/ulusal-ruh-sagligi-eylem-plani.pdf>
3. Bilge A, Mermer G, Çam MO, Çetinkaya A, Erdoğan E, Üçkuyu N. Türkiye'deki toplum ruh sağlığı merkezlerinin 2013-2015 yıllarının profili. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2016; 2(2):1-5.
4. Ensari H. Koruyucu psikiyatri açısından Bolu toplum ruh sağlığı merkezi rehabilitasyon çalışmaları. Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics 2011; 4(4):86-93.
5. Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge. Ankara, 2011. <https://www.saglik.gov.tr/TR,11269/toplum-ruh-sagligi-merkezleri-hakkinda-yonerge.html>
6. Ensari H, Gültekin BK, Karaman D, Koç A, Beşkardeş AF. Bolu toplum ruh sağlığı merkezi hizmetlerinin şizofreni hastalarındaki yaşam kalitesi, yetiyitimi, genel ve sosyal işlevsellik üzerine etkisi: Bir yıllık izleme sonuçları. Anadolu Psikiyatri Derg 2013; 14:108-114.

7. Alataş G, Karaoğlan A, Arslan M, Yanık M. Toplum temelli ruh sağlığı modeli ve Türkiye’de toplum ruh sağlığı merkezleri projesi. *Arch Neuropsychiatr* 2009; 46(özel sayı):25-29.
8. Özdemir İ, Şafak Y, Örsel S, Kahiloğulları AK, Karadağ H. Bir toplum ruh sağlığı merkezinde şizofreni hastalarına uygulanan ruhsal-toplumsal uyumlandırma etkinliğinin araştırılması: Kontrollü çalışma. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2017; 18(5):419-427.
9. Bilge A, Ekitli GB, Embel N, Kaya FG, Turan HSK, Oğulluk MK. Toplum ruh sağlığı merkezindeki şizofreni hastalarına uygulanan öncü belirtileri tanıma ve baş etme eğitiminin içgörü düzeyi ve yaşam kalitesine etkisi. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi* 2016; 7:52-68.
10. Gül EU, Can DÖ, Şahin EH, Şahin Ş, Şimşek E. Kırıkkale toplum ruh sağlığı merkezinde takip edilen şizofreni hastalarının değerlendirilmesi. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2014; 16(2):15-19.
11. Üstün G, Küçük L, Buzlu S. Bir toplum ruh sağlığı merkezinde uygulanan rehabilitasyon programlarına katılan ve katılmayan şizofreni hastalarının bazı sosyodemografik ve hastalıkla ilişkili özellikleri ile tedaviye uyumları ve öz-yeterlilikleri açısından tanımlanması. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2018; 9(2):69-79.
12. Şükrü F, Öztürk M, Kılıç Ö, Güneytepe S, Üçok A. Altı aylık kişilerarası grup psikoterapisinin bir toplum ruh sağlığı merkezindeki şizofreni hastalarının işlevselliği üzerine etkisi. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2018; 19(6):59-67.
13. Söğütü L, Özen Ş, Varlık C, Güler A. Toplum ruh sağlığı merkezinde şizofreni hastalarına ruhsal toplumsal beceri eğitimi uygulanması ve sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2017; 18(2):121-128.
14. Tabo A, Aydın E, Karamustafalıoğlu KO, Yumrukçal H, Uzun UE, Ülgen MC. Bir toplum ruh sağlığı merkezinin antipsikotik polifarmasisi üzerine etkisi: Şizofreni hastalarının 12 aylık izlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2016; 17(4):292-299.
15. Kılıç AK, Yılmaz S. Türkiye’de ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik kurum bakım hizmetleri ve bu hizmetlerde sosyal hizmet uygulamaları. *Pamukkale Journal of Eurasian Socioeconomic Studies* 2018; 5(1):1-14.
16. Ersan EE, Yıldız M. Bakımevinde yaşayan ve psikotik bozukluğu olan bireylerde antipsikotik ilaç kullanma örüntüsü. *Arch Neuropsychiatr* 2015; 52:145-150.
17. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987; 13:261-276.
18. Kostakoğlu AE, Batur S, Tiryaki A, Göğüş A. Pozitif ve negatif sendrom ölçeğinin (PANSS) Türkçe uyarlamasının geçerliliği ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi* 1999; 14:23-32.
19. Simpson GM, Angus JW. A rating scale for extrapyramidal side effects. *Acta Psychiatr Scand* 1970; 12:11-19.
20. Ertekin H, Er M, Özayhan HY, Yayla S, Akyol E. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2020; 21(1):14-22
- Şahin B. Bakımevinde kalan şizofreni hastalarında yaşam kalitesi ve depresyon. *Düşünen Adam* 2015; 28:213-221.
21. Kırılı U, Binbay T. Psikoz ve şizofreni epidemiyolojisi. AE Danacı, Ö Böke, MC Saka, A Erol, SU Kaymak, (Ed.), *Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar Temel Kitap*. Ankara: TPD Yayınları, 2018, s.29-50.
22. Saka MC. Şizofrenide ilaç tedavileri. AE Danacı, Ö Böke, MC Saka, A Erol, SU Kaymak, (Ed.), *Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar Temel Kitap*. Ankara: TPD Yayınları, 2018, s.389-410.
23. Karamustafaoğlu N, Atalay H, Atalay F, Alpay N. Şizofrenide sosyodemografik ve klinik özellikler açısından cinsiyet farklılıkları. *Düşünen Adam* 2000; 13(1):4-11.
24. Tiisonen J, Taipale H, Mehtälä J, Vattulainen P, Correll CU, Tanskanen A. Association of antipsychotic polypharmacy vs monotherapy with psychiatric rehospitalization among adults with schizophrenia. *JAMA Psychiatry* 2019; 20. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2018.4320.
25. Keating D, McWilliams S, Schneider I, Hynes C, Cousins G, Strawbridge J, et al. Pharmacological guidelines for schizophrenia: a systematic review and comparison of recommendations for the first episode. *BMJ Open* 2017; 7(1):e013881.
26. Vayisoğlu S, Yağcıoğlu AEA. Klozapin tedavisine kısmi yanıt veren şizofreni hastalarında tedaviyi güçlendirme: Bir sistemik gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Derg* 2014; 25(3):201-211.
27. Karadağ H, Örsel S, Akoyunlu S, Kahilogulları AK, Guriz O, Turkcapar H, et al. Comparison of polypharmacy in schizophrenia and other psychotic disorders in outpatient and inpatient treatment periods: A naturalistic one year follow-up study. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology* 2012; 22:130-138.
28. Kuipers E, Yesufu-Udechuku A, Taylor C, Kendall T. Management of psychosis and schizophrenia in adults: Summary of updated NICE guidance. *BMJ* 2014; 348:1173.
29. Remington G, Addington D, Honer W, Ismail Z, Raedler T, Teehan M. Guidelines for the pharmacotherapy of schizophrenia in adults. *Can J Psychiatry* 2017; 62(9):604-616.
30. Üçok A, Soygür H. Şizofreni Tedavi Kılavuzu. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2010.
31. Hasan A, Falkai P, Wobrock T, Lieberman J, Glenthøj B, Gattaz WF, et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia, Part 1: Update 2012 on the acute treatment of schizophrenia and the management of treatment resistance. *World J Biol Psychiatry* 2012; 13:318-378.
32. Correll CU, Rummel-Kluge C, Corves C, Kane JM, Leucht S. Antipsychotic combinations vs monotherapy in schizophrenia: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Schizophr Bull* 2009; 35:443-457.
33. Delice MA. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri için Kılavuz. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2018.