

Şizofrenide Nüfus ve Klinik Özellikler: Çok Merkezli Kesitsel Bir Olgu Kayıt Çalışması

Dr. Mustafa YILDIZ¹, Dr. Ayla YAZICI², Dr. Ömer BÖKE³

Özet / Abstract

Amaç: Şizofreni hastalarının nüfus özellikleri ile özkıyım girişi, fiziksel şiddet davranışı, madde kullanımı, yineleyen hastane yatışları ve hastalığın sürekli oluşu arasındaki ilişkileri incelemektir.

Yöntem: Üç ayrı merkezde ayakta izlenen şizofreni hastalarının kayıtları incelendi. Nüfus ve klinik özellikler arasındaki ilişkiler değerlendirildi. Özkıyım girişi, fiziksel şiddet davranışı, yoğun sigara kullanımı, yineleyen yatışlar ve hastalığın sürekliliğini öngören etmenler lojistik regresyonla çözümlendi.

Bulgular: 720 şizofreni hastasının kayıt bilgileri incelendi. Hiç evlenmemiş olma %68, işsizlik %56 ve aileyle birlikte yaşama %69 oranlarında saptandı. Hastaların %35'inin aile öyküsünde psikotik bozukluk vardı. Hastalığın başlama yaşı ortalama 23.5 idi ve kadın ve erkek arasında fark bulunmadı. Yineleyen hastane yatışı oranı %50 idi. Hastaların hastalık başladıktan yaklaşık 10.8 ay sonra ilk tedavilerine başladığı ve %28'inin sürekli şizofreni gidişi olduğu saptandı. Hastaların %57'sinin düzenli olarak sigara içtiği, %55'inin hastalıkları ile birlikte fiziksel şiddet davranışında bulunduğu, %52'sinin özkıyım düşüncesi ve girişi olduğu, %28'inin de en az bir kez özkıyım girişiminde bulunduğu saptandı. Hastalıkla birlikte adli sorun yaşama %11 idi. Yoğun sigara tüketiminin öngörücüleri hastalığın sürekli olması ve erkek cinsiyeti idi. Fiziksel şiddet davranışının öngörücüleri özkıyım düşüncesi ve girişi, bekar olma, aile desteğinin yetersizliği ve hastane yatışının sık olması idi. Yineleyen hastane yatışlarında özkıyım girişi ve adli olay yaşama, hastalığın sürekli olmasında işsizlik ve aile desteğinin yetersizliği, özkıyım girişiminde hastalığın süresi öngörücüler olarak saptandı.

Tartışma: Hastalığın başlangıç yaşı açısından cins farkının saptanmamış olması bu olguda başka etmenlerin de rolü olabileceğini düşündürmektedir. Özkıyım düşüncesi ve girişi ile fiziksel şiddet davranışı arasındaki ilişki altta yatan ortak düzeneklerin olabileceğini imlemektedir. Şizofrenide önleme, tedavi ve iyileştirim yaklaşımlarında nüfussal ve klinik özellikler arasında anlamlı ilişkilerin olabileceği akıldan tutulmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Şizofreni, Nüfus özellikleri, Başlangıç yaşı, Sigara içimi, Hastane yatışı, Tedavisiz geçen süre, Hastalığın gidişi, Özkıyım girişi, Fiziksel şiddet davranışı

SUMMARY: Demographic and Clinical Characteristics in Schizophrenia: A Multi Center Cross-sectional Case Record Study

Objective: The aim of the present study is to assess the relationship between demographic characteristics and suicide attempts, physically aggressive behavior, substance abuse, repeated hospitalizations, and continuous illness course.

Method: The medical records of patients from three different treatment centers were assessed. The relationship between demographics and clinical characteristics were assessed. Logistic regression analysis was conducted to determine the predicting factors for suicide attempts, physically aggressive behavior, heavy smoking, repeated hospitalizations, and continuous illness course.

Results: The medical records of a total of 720 patients with schizophrenia were assessed. Of these patients, 68% were never married, 56% were unemployed, and 69% were living with their parents. 35% of the patients had a relative diagnosed with a psychotic disorder. The mean age for the onset of the illness was found to be 23.5, with no difference between females and males. 50% of the patients had had repeated hospitalizations. The duration of untreated psychosis was 10.8 months and 28% of the patients had been through a continuous course of the illness. 57% of the patients were found to be regular smokers; 55% of the patients had physically aggressive behavior; 52% had experienced a suicidal ideation and attempt; 28% had made at least one suicide attempt. The percentage of patients having had a legal issue related to their illness was 11%. Heavy smoking was predicted with the continuous illness and male gender. Physically aggressive behavior was predicted with suicide ideation and attempts, being single, having insufficient family support, and having undergone frequent hospitalization. Repeated hospitalizations were predicted with suicide attempts and having a legal problems; continuous course of illness was predicted with being unemployed and lack of family support; suicide attempt was predicted with duration of the illness.

Conclusion: When both sexes were compared, the lack of difference at the onset of disease between the two suggests that there might be other factors playing a role in this phenomenon. The relationship between suicidal ideation and behavior and physical aggressive behavior, indicates that these two might share common underlying mechanisms. Possible significant relationships between demographic and clinical characteristics should be kept in mind for the prevention, treatment, and rehabilitation approaches in dealing with schizophrenia.

Key Words: Schizophrenia, Demographics, Age of onset, Smoking, Hospitalization, Untreated illness duration, Prognosis, Suicide attempt, Physically aggressive behavior

Geliş Tarihi : 29.10.2009 - Kabul Tarihi : 17.02.2010

¹Prof., Kocaeli Üniv. Tıp Fak., Psikiyatri Bl., Kocaeli. ²Uzm., Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları, Gündüz Hastanesi ve Rehabilitasyon Merkezi, İstanbul. ³Doç., Ondokuz

Mayıs Üniv. Tıp Fak., Psikiyatri Bl., Samsun.

Dr. Mustafa Yıldız, e-posta: myildiz60@yahoo.com

doi : 10.5080 / u6178

GİRİŞ

Şizofreni erken yaşta başlayan, süregelen ve yineleyici doğası ile sıklığı az olmakla birlikte yaygınlığı göreceli olarak fazla olan ciddi bir ruhsal bozukluktur. Yaşamboyu yaygınlığı %0.5-1.6 olarak kabul edilen şizofreni sıklıkla zihinsel ve toplumsal yetiştirilmesine neden olarak aileye ve topluma yükü ve maliyeti en fazla olan hastalıklar arasında yer alır (Rössler ve ark. 2005). Şizofreni hastalarının nüfus özellikleri ile kliniğe yansıyan özellikleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi hastalığın anlaşılması ve yeni tedavi yaklaşımlarının geliştirilmesi açısından önemli katkılar sağlamaktadır. Şizofrenide epidemiyolojik çalışmaların taşıdığı zorluklara rağmen (hastaların bir kısmının kayıt dışı kaldığı bilinmektedir) alan çalışmalarından gelen ve kayıt altındaki hastaların durumlarını yansıtan veriler önemli kaynaklar olarak kabul edilir (Eaton ve Chen 2006).

Şizofreninin gidişi sırasında karşılaşılan bazı önemli klinik görünümeler hastalığın bireye, aileye ve topluma olan yansımaları açısından üzerinde durulmayı hak etmektedir. Yeni ataklar ve hastane yatışlarının yanı sıra hastalarda görülen özkıyım girişimleri, şiddet davranışları, madde kullanımı ve sürekli gidiş hastalığın ciddiyetini artıran etmenlerdir. Bu klinik özelliklerin birbirleri ile ve hastaların nüfus özellikleri ile ilişkisinin araştırılması önleme ve tedavi ya da hastalığı yönetim anlayışının geliştirilmesine katkı sağlayabilir.

Şizofrenin her iki cinsde de eşit oranda görüldüğü kabul edilmektedir. Genel olarak hastalığın erkeklerde kadınlara göre 3-4 yıl daha erken başlama eğiliminde olduğunu bildiren çalışmalar baskın olmakla birlikte (Jablensky ve ark. 1992, Häfner ve ark. 1998, Ran ve ark. 2003, Tang ve ark. 2007) cinsler arasında fark olmadığını ya da tersi durum olduğunu bildiren çalışmalar da vardır (Folnegovic ve Folnegovic-Smalz 1994, Wieselgren ve Lindstrom 1996). Hastalığın pozitif belirtilerinin ortaya çıkmasından itibaren ilk tedaviye başvuru arasında geçen süre çeşitli çalışmalarda 2.5 aydan 40 aya kadar bildirilmektedir. Genelde 6-12 ay arasında kabul edilmektedir (Larsen ve ark. 2001, Häfner 2003, Alptekin ve ark. 2005, Schimmelmann ve ark. 2008). Hastaların çoğu hastalığın bir döneminde (akut atak, depresme, yineleme, özkıyım girişimi ya da şiddet davranışı olduğunda) yataklı tedaviye gereksinim duymaktadır. Hastaların hastanede yatış sıklığı ve yatış süresi hastalığın şiddeti yanı sıra ayaktan tedavi olanakları, sosyal güvenlik sistemi, toplumsal destekler ve ailenin durumuna göre ülkeden ülkeye dahası aynı ülke içerisinde bölgeden bölgeye değişebilmektedir (Knapp ve ark. 2002, Lay ve ark. 2006).

Şizofrenide özkıyım yaşam beklentisini geriye çeken önemli etmenlerden birisidir (Limosin ve ark. 2007). Hastaların önemli bir kısmının özkıyım düşüncesini taşıırken yine önemli bir kısmının da en az bir kez özkıyım girişiminde (%18-55) bulunduğu bildirilmektedir (Roy 1986, Gupta ve ark. 1998, Meltzer 2002). Şizofrenide özkıyım girişiminden ölüm oranı yaşam boyu %5.6 olarak hesaplanmaktadır (Palmer ve ark. 2005). Özkıyım riski hastalığın başlangıcında ya da ilk hastane yatışından sonra daha sıktır (Palmer ve ark. 2005). Depresif bozukluğun eklenmesi, genç yaş, erkek cinsi, madde kötüye kullanımı, daha önce girişimde bulunmuş olma ve yeni taburcu olma gibi durumların özkıyım riskini artırdığı bildirilmektedir (Siris 2001).

Şiddet davranışı şizofreni hastalarında hiç de az karşılaşılmayan bir durumdur. Şizofreni, alkol/madde kullanımı ve antisosyal kişilik bozukluğundan sonra şiddet davranışı ile en çok ilişkilendirilen ruhsal rahatsızlıktır (Marzuk 1996). Erişkin şizofreni hastalarında şiddet davranışının 6 aylık yaygınlığı %19 olarak bildirilmektedir (Swanson ve ark. 2006). Şizofrenide eşyaya ya da insana, tanıdıklara ya da yabancılara yönelik çeşitli tipte (sözel, fiziksel, aletli ya da aletsiz) geçici ya da tekrarlayan şiddet davranışlarına rastlanmaktadır. Fiziksel şiddet davranışı sonucunda hastaların yaklaşık %8'i adli sorun yaşamaktadır (Wallace ve ark. 2004). Genel olarak herhangi bir nedenle adli sorun yaşama oranı yaşamboyu %21 olarak bildirilmektedir (Wallace ve ark. 2004). Pozitif belirtilerin varlığı, akut dönemler, tedaviye uyumsuzluk, şiddet öyküsü ve madde kötü kullanımı şiddet davranışı riskini artırmaktadır (Swartz ve ark. 1998, Swanson ve ark. 2006, Bobes ve ark. 2009). Şizofrenide yaş ilerledikçe saldırgan davranışların azaldığı bildirilmektedir (Hafner 2003).

Şizofreni hastalarında en sık kullanılan madde sigara-dır. Sigara içme oranı %56-88 oranında bildirilmektedir (Kendler ve ark. 1996, Dalack ve ark. 1998). Farklı ülkelerden çalışmalar şizofrenide sigara tüketiminin sosyal ve kültürel etmenlerden bağımsız olduğunu göstermiştir (de Leon ve Diaz, 2005; Campo-Arias ve ark., 2006). Sigara tüketimi daha çok hastalığın erken başlaması ve sık hastane yatışlarıyla ilişkili bulunmuştur (Kelly ve McCreddie, 1999, Aguilar ve ark. 2005, Patkar ve ark. 2002). Şizofrenide sigaradan sonra diğer madde kullanımları sıklık sırasıyla alkol, esrar, amfetamin ve kokain-dir (Mueser ve ark. 1990, Kendler ve ark. 1996).

Şizofrenide tüm tedavi olanaklarına rağmen hastalık belirtilerinin geçmediği önemli oranda bir hasta grubu vardır. Hastaların yaklaşık üçte ikisinin pozitif ya da ne-

gatif kalıcı belirtileriyle yaşamaya devam ettiği gösterilmiştir (Hegarty ve ark. 1994, Heiden ve Hafner 2000, Harrison ve ark. 2001). Bu oran şizofrenide ilaç tedavilerinin şimdilik yeterli olmadığını ve yeni tedavi olanaklarına gereksinim olduğunu göstermektedir.

Ülkemizde şizofreni ile ilgili çok merkezli bir alan çalışması bulunmamaktadır. Ayaktan ya da yatarak tedavi gören şizofreni hastalarının nüfus ve klinik özelliklerini inceleyen çalışmalar vardır ve bulguları genellikle yurt dışı yayınlarla benzerlikler göstermektedir. Çalışmamızın amacı üç merkezde ayaktan tedavi gören hastaların verilerini inceleyerek Türkiye'deki şizofreni hastalarının nüfus özellikleri ile hastalığın başlangıç yaşı, ilk tedaviye kadar geçen süre, hastane yatışları, özkıyım ve şiddet davranışları, madde kullanımı ve hastalığın gidişi arasındaki ilişkileri incelemektir.

YÖNTEM

Çalışma 1 Mart 2006 ve 1 Mart 2008 tarihleri arasında üç merkezde (Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniği Psikozy Birimi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Gündüz Hastanesi ve Rehabilitasyon Merkezi ve 19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniği Psikozy Birimi) yürütüldü. Her üç merkez de psikotik bozukluk hastalarının tedavileri üzerine çalışan özelleşmiş merkezlerdi. Merkezlerde hastalar uzman denetiminde psikiyatri asistanları tarafından ortak bir görüşme formu kullanılarak değerlendirildi. Polikliniğe ilk kez başvuran ve DSM-IV'e (APA, 1994) göre şizofreni tanısı alan 18 yaş ve üzeri hastalardan en az bir hasta yakını ile daha görüşülerek bilgileri tamamlanmış olanlar çalışmaya alındı.

Hastaların nüfus ve klinik özellikleri iki bölümde incelendi. Birinci bölümde nüfusla ilgili bilgiler yer aldı. Hastanın cinsiyeti, başarıyla tamamladığı eğitim yılı, medeni durumu (evli, bekar, ayrı ya da boşanmış, dul), meslek ya da iş yaşamı (işsiz, çalışan -işçi, memur, serbest meslek, öğrenci, çiftçi, ev hanımı-, emekli), ekonomik düzeyi (evin aylık gelirinden kişi başına düşen miktar), yaşam biçimi (ailesiyle -anne, baba ya da kardeşler-, eş ya da çocuklarıyla, arkadaş ya da akraba ile, yalnız, barınma evinde), ailenin hastaya olan desteği (tam, kısmen yeterli, yok), ailede psikotik hastalık öyküsü ve hastalığın başlangıç yaşı. Ailede psikotik bozukluk öyküsü tedavi gören hastanın dışında birinci, ikinci ve üçüncü dereceden akrabalarda başka bir psikotik bozukluk (şizofreni, şizofreniform bozukluk, şizoaffectif bozukluk, sanrılı bozukluk) hastasının daha varlığı şeklinde sorgulandı.

İkinci bölümde klinik özellikler incelendi: Hastalığın süresi (ilk psikotik belirtiler ortaya çıktıktan görüşme zamanına kadar geçen süre, yıl olarak), hastanede yatış sayısı, hastanede toplam yatış süresi (hastalık boyunca tüm yatışların toplamı, gün olarak), hastalığın ilk tedavisine kadar geçen süre (ilk belirtiler ortaya çıktıktan ilk tedaviye kadar geçen süre, ay olarak), hastalığın gidişi (DSM-IV'e göre; ilk dönem, geçirilmiş tek dönem tam düzelme, geçirilmiş tek dönem kısmi düzelme, kalıntı belirtiler olmaksızın dönemsel, kalıntı belirtilerle dönemsel, sürekli), hastalığın alt tipi (DSM-IV'e göre; paranoid, ayrışmamış, kalıntı, dağınık, katatonik), günlük sigara tüketimi, hastalandıktan sonra özkıyım düşüncesi ve girişimi, hastalandıktan sonra fiziksel şiddet davranışı (insana ya da eşyaya belirgin zarar verecek düzeyde fiziksel şiddet davranışının olması) ve hastalandıktan sonra hastalık nedeniyle adli bir olay yaşama.

Sayımsal çözümleme

Veriler önce tanımlayıcı istatistikler şeklinde sunuldu. Sürekli olan değişkenler normal dağılıma uymadığı için Mann-Whitney U testi, kategorik değişkenler Kikare testi ile karşılaştırıldı. Veriler bazı değişkenler açısından yeniden gruplandırıldı. Medeni durum için hiç evlenmemiş olanlar ve olmayanlar, meslek yaşamı için işsizler ve diğerleri, yaşam biçimi için ailesiyle yaşayanlar ve diğerleri, ailenin desteği için tam olan ve olmayanlar, günlük sigara tüketimi için yoğun içiciler (iki paket ya da daha fazla) ve diğerleri, hastane yatışı için yineleyen yatışı olanlar ve olmayanlar, hastalığın alt tipi için paranoid ve diğerleri, hastalığın gidişi için sürekli olan ve diğerleri şeklinde ikili gruplara indirildi. Hastalığın sürekliliği, özkıyım girişimi, fiziksel şiddet davranışı, yineleyen hastane yatışları ve yoğun sigara tüketimi durumlarını öngören değişkenleri saptamak için Lojistik Regresyon çözümlemesi tüm değişkenleri birden denkleme katan "Enter" yöntemiyle uygulandı.

BULGULAR

Çalışmada toplam 720 hastanın verileri incelendi. Hastaların merkezlere göre dağılımı şu şekilde idi: Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniği Psikozy Birimi: 420 hasta, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Gündüz Hastanesi ve Rehabilitasyon Merkezi: 200 hasta ve 19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniği Psikozy Birimi: 100 hasta. Her üç merkezde de aynı dönemde görülen toplam şizofreni hasta sayısı sırasıyla 492, 252 ve 165 idi. Böylece poliklinikte ardışık olarak değerlendirilen şizofreni hastalarının %79.2'si değerlendirmeye alınmış oldu. Çalışmaya alınmayanlar

TABLO 1. Şizofreni Hastalarının (n:720) Nüfus Özellikleri.

Özellikler	Toplam (n=720, %100)	Erkek (n=362, %50.3)	Kadın (n=358, %49.7)	İstatistik
Yaş (ortalama $\pm$ SS)	35.5 $\pm$ 11.0	34.3 $\pm$ 10.5	36.7 $\pm$ 11.3	p=0.003 ^a
Eğitim düzeyi* (ort. $\pm$ SS)	8.7 $\pm$ 3.9	9.0 $\pm$ 3.7	8.5 $\pm$ 4.1	AD ^a
Ekonomik düzey** (ort. $\pm$ SS)	283.56 $\pm$ 257.62	233.10 $\pm$ 266.23	294.14 $\pm$ 248.58	AD ^a
Medeni durum (n, %)				AD ^b
Bekar	487 (67.6)	247 (68.2)	240 (67.0)	
Boşanmış, Ayrı	64 (8.9)	34 (9.4)	30 (8.4)	
Evli	136 (18.9)	67 (18.5)	69 (19.3)	
Dul	33 (4.6)	14 (3.9)	19 (5.3)	
Meslek (n, %)				AD ^b
Yok	402 (55.9)	215 (59.4)	187 (52.4)	
Çalışan***	239 (33.2)	112 (30.9)	127 (35.6)	
Emekli	78 (10.8)	35 (9.7)	43 (12.0)	
Yaşam biçimi (n, %)				AD ^b
Ailesiyle	495 (68.8)	253 (69.9)	242 (67.6)	
Eş ya da çocuklarıyla	166 (23.1)	75 (20.7)	91 (25.4)	
Arkadaş/akraba	23 (3.2)	13 (3.6)	10 (2.8)	
Yalnız	34 (4.7)	19 (5.2)	15 (4.2)	
Barınma evi	2 (0.3)	2 (0.6)	0 (0.0)	
Ailenin desteği (n, %)				AD ^b
Tam	497 (69.0)	241 (66.6)	256 (71.5)	
Kısmen yeterli	186 (25.8)	101 (27.9)	85 (23.7)	
Yok	37 (5.2)	20 (5.5)	17 (4.7)	
Ailede Psikoz Öyküsü (n, %)	251 (34.9)	127 (35.1)	124 (34.6)	AD ^b
Hastalığın başlangıç yaşı (ort. $\pm$ SS)	23.5 $\pm$ 7.4	23.4 $\pm$ 7.1	23.6 $\pm$ 7.8	AD ^a

* Başarıyla tamamladığı yıl

** Ailede kişi başına düşen aylık ortalama gelir (TL)

*** İşçi, memur, ev hanımı, serbest meslek, çiftçi ve öğrenci bu sınıfta yer aldı

AD: Anlamlı değil

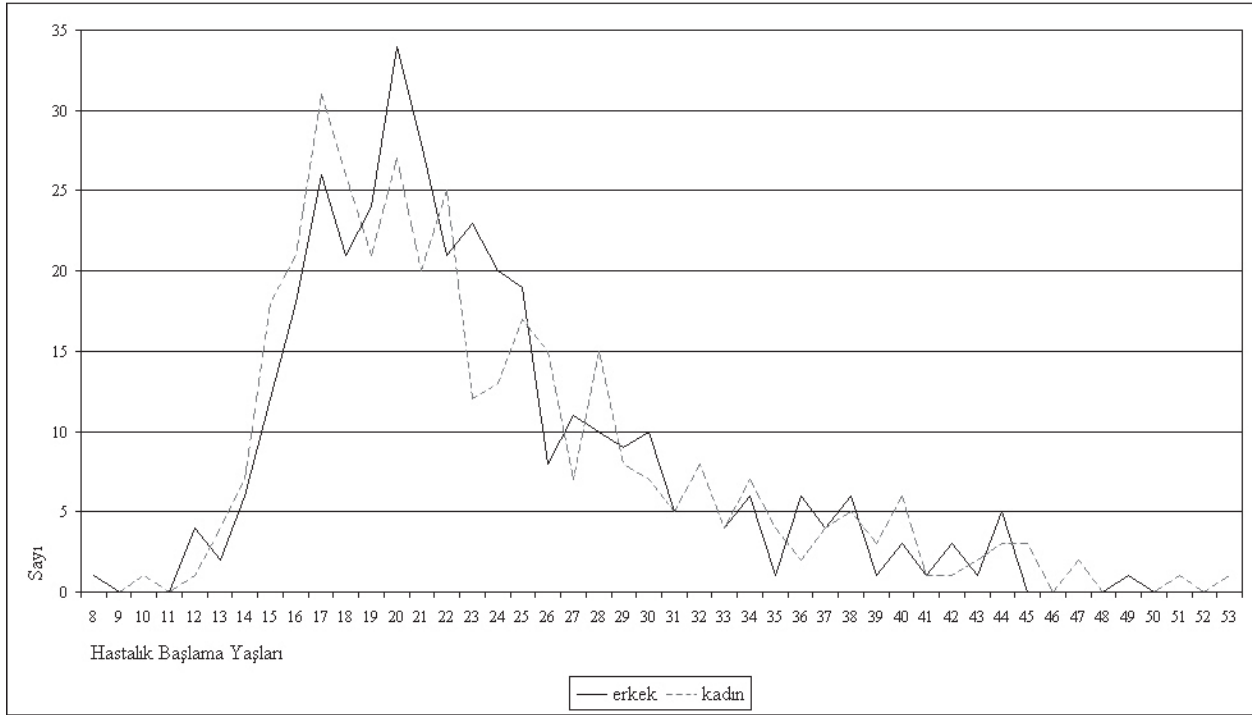
^a Mann-Whitney U testi^b Ki-kare testi

verileri doğrulamak için bir yakını ile görüşülemeyen ya da eksik verisi olan hastalardı.

Hastaların nüfus özellikleri tablo 1'de gösterildi. Hastaların cinsiyet oranı eşitti. Kadın hastaların yaşı erkeklerden daha ileri idi. Yaş dışında nüfus özellikleri açısından cinsler arasında anlamlı bir fark saptanmadı. Hastalığın başlangıç yaşı erkekte ve kadında farklı değildi

(Şekil 1). Hastaların %66.3'ünün (E:%68.0, K:%64.5) başlangıç yaşı 15-25 yaş arası idi. 15 yaşından önce başlayanların oranı kadında ve erkekte %3.6, 25 yaşından sonra başlayanların oranı kadında %31.8, erkekte %28.5 idi.

Hastaların hastalık ve hastalığın gidişi ile ilgili özellikleri tablo 2'de gösterildi. Kadınlarda hastalık süresi er-



ŞEKİL 1. Şizofreni Hastalarında (n= 720) Cinsiyete Göre Hastalığın Başlangıç Yaşı.

keklerden fazla idi. Hastanede yatış sayısı ve yatış süresi kadınlarda erkeklere göre biraz fazla olmakla birlikte arasındaki fark anlamlı değildi. İlk tedaviye kadar geçen süre erkeklerde daha kısa idi. Günlük sigara tüketimi, fiziksel şiddet davranışı, özkıyım düşünce ve girişimi ve adli olay yaşama erkeklerde kadınlardan daha fazla idi. Hastaların %27.4'ünde (n=197) hiç hastane yatışının olmadığı, %49.9'unda (n=359) ise yineleyen (iki ya da daha fazla) hastane yatışı olduğu saptandı.

Sigara dışında madde kullanımı görece azdı. Alkol bağımlılığı 12 hastada (%1.7), esrar bağımlılığı kullanımı 6 hastada (%0.8), biperiden bağımlılığı 4 hastada (%0.6) ve benzodiyazepin bağımlılığı 3 hastada (%0.4) saptandı. Bu rakamlar çözümlemeye alınmadı.

Şizofreni hastalarında görülen fiziksel şiddet davranışı (n=341), özkıyım girişiminde bulunma (n=199), yoğun sigara tüketimi (n=63), hastalığın sürekli olması (n=204), yineleyen hastane yatışının olması (n=359) ve ailede psikoz öyküsü (n=251) ile diğer değişkenler arasındaki ilişkiler ki-kare ve Mann-Whitney U testi ile incelendi.

Fiziksel şiddet davranışının olması şu değişkenlerle anlamlı düzeyde ilişkili bulundu: Özkıyım düşüncesi ve girişimi ($\chi^2=33.324$, $p=0.001$), yalnızca özkıyım girişimi ($\chi^2=8.253$, $p=0.004$), adli olay yaşama ($\chi^2=22.410$, $p=0.001$), hastalığın tipi (paranoid olmayanlarda

daha fazla) ($\chi^2=5.671$, $p=0.017$), hastalığın gidişinin sürekli olması ($\chi^2=8.300$, $p=0.004$), erkek cinsiyeti ($\chi^2=9.460$, $p=0.002$), medeni durum (bekarlarda daha fazla) ($\chi^2=7.137$, $p=0.008$), ailenin desteğinde yetersizlik ($\chi^2=10.852$, $p=0.001$), eğitim düzeyi (düşüklüğü) ($z=-3.199$, $p=0.001$), ekonomik düzey (düşüklüğü) ($z=-4.094$, $p=0.001$), günlük sigara tüketimi (fazlalığı) ($z=-3.269$, $p=0.001$), hastanede yatış sayısı (fazlalığı) ($z=-3.157$, $p=0.002$) ve yatış günü (fazlalığı) ($z=-2.835$, $p=0.005$).

Hastaların özkıyım girişiminde bulunması şu değişkenlerle anlamlı düzeyde ilişkili idi: Hastalığın süresi (fazlalığı) ($z=-2.285$, $p=0.022$), hastanede yatış sayısı (fazlalığı) ($z=-4.458$, $p=0.001$) ve yatış günü (fazlalığı) ($z=-4.789$, $p=0.001$).

Yoğun sigara tüketiminin olması şu değişkenlerle anlamlı düzeyde ilişkili bulundu: Hastalığın sürekli olması ($\chi^2=14.814$, $p=0.001$), fiziksel şiddet davranışında bulunma ($\chi^2=6.915$, $p=0.009$), paranoid olmayan şizofreni tipi ($\chi^2=5.090$, $p=0.024$), erkek cinsiyeti ($\chi^2=8.924$, $p=0.003$), yaş (yüksekliği) ($z=-4.079$, $p=0.001$), hastalığın süresi (fazlalığı) ($z=-4.120$, $p=0.001$), hastanede yatış sayısı (fazlalığı) ($z=-3.522$, $p=0.001$) ve yatış günü (fazlalığı) ($z=-2.744$, $p=0.006$).

Hastalığın sürekli olması şu değişkenlerle anlamlı düzeyde ilişkili bulundu: Fiziksel şiddet davranışın-

TABLO 2. Şizofreni Hastalarında (n:720) Hastalık ve Gidişyle İlgili Bazı Özellikler.

Özellikler	Toplam (n=720, %100)	Erkek (n=362, %50.3)	Kadın (n=358, %49.7)	İstatistik
Hastalığın süresi (yıl) (ort.±SS)	12.0 ± 9.0	10.9 ± 8.6	13.1 ± 9.3	p=0.001 ^a
Hastaneye yatış sayısı (ort.±SS)	2.5 ± 3.4	2.3 ± 2.8	2.7 ± 3.8	AD ^a
Hastanede yatış süresi (gün) (ort.±SS)	71.3 ± 126.5	61.9 ± 86.5	80.7 ± 156.5	AD ^a
İlk TGS* (ay) (ort.±SS)	10.8 ± 21.9	8.6 ± 16.8	12.9 ± 25.8	p=0.023 ^a
Günlük sigara tüketimi** (n, %)				p=0.021 ^b
Yok	312 (43.3)	141 (39.0)	166 (46.4)	
20↓	171 (23.8)	90 (24.9)	81 (22.6)	
21-40	174 (24.2)	86 (23.8)	88 (24.6)	
41↑	63 (8.8)	45 (12.5)	23 (6.4)	
Fiziksel şiddet uygulama (n:620) (n, %)	341 (55.0)	189 (61.2)	152 (48.9)	p=0.002 ^b
Özkıym düşüncesi ve girişi (n, %)	373 (51.8)	203 (56.1)	170 (47.5)	p=0.021 ^b
Özkıym girişi (n, %)	199 (27.6)	101 (27.9)	98 (27.4)	AD ^b
Adli olay yaşama (n, %)	80 (11.1)	54 (14.9)	25 (7.0)	p=0.002 ^b
Alt tip (n, %)				AD ^b
Paranoid	449 (62.4)	241 (66.6)	208 (58.1)	
Ayrışmamış	188 (26.1)	90 (24.9)	98 (27.4)	
Kalıntı	49 (6.8)	16 (4.4)	33 (9.2)	
Dağınık	34 (4.7)	15 (4.1)	19 (5.3)	
Hastalığın gidişi (n, %)				AD ^b
İlk dönem	31 (4.4)	20 (5.5)	11 (3.1)	
Geçirilmiş tek dönem, tam düzelme	32 (4.4)	12 (3.3)	20 (5.6)	
Geçirilmiş tek dönem, kısmi düzelme	68 (9.4)	39 (10.8)	29 (8.1)	
Dönemsel, kalıntı belirtiler yok	153 (21.3)	66 (18.2)	87 (24.3)	
Dönemsel, kalıntı belirtiler var	232 (32.2)	118 (32.6)	114 (31.8)	
Sürekli	204 (28.3)	107 (29.6)	97 (27.1)	

* TGS: Tedaviye kadar geçen süre

** Erkeklerde ortalama 22.6 ± 19.4, kadınlarda 17.7 ± 16.7, z= -2.709, p=0.007.

AD: Anlamlı değil

^a Mann-Whitney U testi^b Ki-kare testi

da bulunma ($\chi^2=8.300$, p=0.004), ailenin desteğinde yetersizlik ($\chi^2=34.454$, p=0.001), mesleki durum (işsizlik) ($\chi^2=18.108$, p=0.001), yaş (yüksekliği) (z=-4.214, p=0.001), eğitim düzeyi (düşüklüğü) (z=-4.652, p=0.001), paranoid olmayan şizofreni tipi ($\chi^2=47.132$,

p=0.001), hastalığın süresi (fazlalığı) (z=-5.664, p=0.001), günlük tüketilen sigara miktarı (fazlalığı) (z=-3.385, p=0.001) ve ilk tedaviye kadar geçen süre (fazlalığı) (z=-3.759, p=0.001).

Yineleyen hastane yatışının olması şu değişkenlerle

TABLO 3. Şizofreni Hastalarında Fiziksel Şiddet, Özkıyım Girişimi, Yoğun Sigara Tüketimi, Hastalığın Sürekli Olması ve Yineleyen Hastane Yatışlarını Öngören Etmenler.

Özellikler	Değişkenler	P	Exp (β)	%95 CI
Fiziksel şiddet davranışı ^a	Hastane yatış sayısı	0.012	1.12	1.025-1.219
	Özkıyım düşüncesi ve girişi	0.001	3.17	2.037-4.929
	Medeni durum (bekarlık)	0.002	1.81	1.239-2.636
	Aile desteği yetersizliği	0.011	1.67	1.123-2.482
	Eğitim düzeyi	0.045	0.95	0.904-0.999
Özkıyım girişi	Hastalığın süresi	0.020	1.10	1.015-1.184
Yoğun sigara tüketimi	Hastane yatış sayısı	0.036	1.20	1.013-1.430
	Cinsiyet (erkek)	0.006	2.44	1.286-4.644
Sürekli gidiş	İşsizlik	0.007	2.13	1.233-3.670
	Aile desteği yetersizliği	0.001	2.31	1.412-3.773
	Eğitim düzeyi düşüklüğü	0.005	1.02	1.006-1.032
	Günlük sigara tüketimi	0.005	1.02	1.006-1.032
Yineleyen hastane yatışı ^b	Yaş	0.001	1.11	1.081-1.138
	Başlangıç yaşı	0.001	0.89	0.862-0.924
	Özkıyım girişi	0.005	1.76	1.184-2.625
	Adli olay yaşama	0.006	2.39	1.289-4.421

^aAdli olay yaşama ek değişken (kovaryet) olarak eklenmedi. ^bHastanede yatış süresi ek değişken olarak eklenmedi.

anlamli düzeyde ilişkili bulundu: Hastanın yaşı (yüksekliği) ($z=-8.041$, $p=0.001$), medeni durum (evli olma) ($\chi^2=5.577$, $p=0.018$), hastalığın başlama yaşı (düşüklüğü) ($z=-11.947$, $p=0.001$), fiziksel şiddet davranışı ($\chi^2=7.207$, $p=0.007$), özkıyım girişiminde bulunma ($\chi^2=14.410$, $p=0.001$), adli olay yaşama ($\chi^2=18.757$, $p=0.001$) ve paranoid olmayan hastalık tipi ($\chi^2=11.327$, $p=0.001$).

Ailede psikoz öyküsünün olması ile hastalığın başlangıç yaşı dışında diğer değişkenler arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Ailede psikoz öyküsü olanlarda hastalığın biraz daha erken yaşta (22.8 ± 7.0 ve 23.9 ± 7.6 , $z=-2.185$, $p=0.029$) başladığı saptandı.

Hastalarda özkıyım girişi, fiziksel şiddet davranışında bulunma, yoğun sigara tüketimi, hastalığın gidişinin sürekli olması ve yineleyen hastane yatışlarını öngören etmenleri incelemek için yukarıda sıralanmış olan anlamlı ilişkiler lojistik regresyon (Enter yöntemi) çözümlemesi ile tekrar değerlendirildi. Ailede psikoz

öyküsünün olması sadece tek değişkenle anlamlı bulunduğu için lojistik regresyona sokulmadı. Fiziksel şiddeti öngörmeye adli olay yaşama ve yineleyen hastane yatışını öngörmeye hastanede yatış süresi doğrudan bağlantılı oldukları gerekçesiyle lojistik regresyon çözümlemesine ek değişken olarak eklenmediler. Regresyon çözümlemesinde anlamlı çıkan ilişkiler tablo 3'te verildi.

TARTIŞMA

Kadın erkek oranının eşit olduğu, hastalığın başlangıç yaşının, eğitim düzeyinin, işsizlik oranının, ailede kişi başına düşen aylık gelirin, aileyle birlikte yaşama durumunun ve ailede psikoz öyküsünün de cinsler arasında farklı olmadığı çalışma grubumuzun verileri anlamlı sonuçlar ortaya çıkarmıştır. Nüfus özellikleri açısından değerlendirildiğinde yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, mesleki durum ve aile desteği fiziksel şiddet davranışı, yoğun sigara tüketimi, hastalığın sürekliliği ve yineleyen hastane yatışları üzerinde etkili bulunmuştur.

Ailede psikotik bozukluk

Ailede psikotik bozukluğun olması hastalığın biraz daha erken yaşta başlaması dışında incelenen klinik özellikler açısından anlamlı bir etkide bulunmamıştır. Ailede psikotik hastalık öyküsü diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında bizim çalışmamızda biraz yüksek gibi görünmektedir. Belli ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında (n:463) (yakınlık derecesi belirtilmeksizin) bu oran %26, Tang ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında (n=542) erkeklerde %11, kadınlarda %14 olarak bildirilmektedir. Bizim çalışmamızda bu oranın biraz yüksek çıkmasını ikinci ve üçüncü dereceden yakınlarının da dahil edilmiş olması açıklayabilir.

Hastalığın başlangıç yaşı

Hastalığın başlangıç yaşı (ilk psikotik belirtilerin ortaya çıktığı zaman) erkek ve kadınlarda hemen hemen aynı (sırasıyla 23.4 ve 23.6) idi. Şekil 1'de grafikten de anlaşılacağı gibi en sık başlayan yaş grupları her iki cinsten de birbirine çok benzemektedir. Türkiye'de yapılan çok merkezli bir çalışmada (n:382) başlangıç yaşı 22.6 olarak bildirilmiş (cins farkına bakılmamış) (Alptekin ve ark. 2005). Belli ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında hastalığın başlangıç yaşı erkeklerde 23.8, kadınlarda 27.6 olarak saptanmış. Sarandöl ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında (n:274) erkeklerde 23.8, kadınlarda 26.1 olarak bildirilmiştir. Karşıdağ ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında da (n:502) yakın rakamlar (erkeklerde 23.2 ve kadınlarda 25.1) bildirilmiştir.

Hastalığın başlangıç yaşı olarak genelde kabul gören görüş, erkeklerde kadınlardan ortalama 3-4 yıl daha erken (erkeklerde 26.7 kadınlarda 30.1) başlaması (Jablensky ve ark. 1992, Häfner ve ark. 1998, Ran ve ark. 2003), kadınlarda östrojenin koruyucu etkisi nedeniyle daha geç yaşlarda pik yapması (Riecher-Roessler ve ark. 1994) ve ileri yaşlarda oranın eşitlenmesi şeklindedir. Cinsler arasındaki başlangıç yaşı farkının ailesel şizofreni incelemelerinde ortadan kalktığı gösterilmiştir (Kendler ve Walsh, 1995, Gorwood ve ark. 1995, Könncke ve ark. 2000, Tang ve ark. 2007).

Erkeklerde kadınlardan daha erken başladığı şeklindeki genel görüşün tersine başlangıç yaşı açısından cinsler arasında fark olmadığını (n=120) (Wieselgren ve Lindstrom 1996), (n=679) (Folnegovic ve Folnegovic-Smalz 1994) ve erken başlangıç yaşının kadınlar lehine olduğunu bildiren (n=200) (Murthy ve ark. 1998) çalışmalar da vardır. Bizim çalışmamızda cinsler arasında bir fark gözlenmemiş olması genel bilgidan farklı sonuç veren diğer çalışmaları da dikkate aldığımızda şizofre-

ninin başlangıç yaşının bütün ülke ve kültürlerde aynı olmayabileceğini (Häfner 2003) ve başka etmenlerin rollerinin de araştırılması gerektiğini ortaya koymaktadır.

İlk tedaviye kadar geçen süre

Bizim hasta grubumuzda ilk tedaviye kadar tedavisiz geçen süre (TGS) yaklaşık 10.8 ay bulundu. Türkiye'de yapılan diğer çalışmalar da bu süreyi çok yakın bir biçimde ortalama 6 ay (Üçok ve ark. 2004) ve 10.8 ay (Alptekin ve ark. 2005) olarak bildirmektedir. Häfner (2003) ilk dönem (epizot) çalışmasında bu süreyi 15 ay olarak bildirirken Bromet ve Fennig'in (1999) çalışmasında ortalama 8 ay saptanmış ve süre erkeklerde (6 ay) kadınlardan (11 ay) daha kısa bulunmuştur. Bizim hasta grubunda da benzer şekilde TGS erkeklerde (8.6 ay) kadınlardan (12.9 ay) daha kısa bulundu.

Tedavisiz geçen sürenin uzunluğu genellikle hastalığın olumsuz gidişi açısından anlamlı bulunmaktadır (Wyatt ve ark. 1998). Hastalığın sürekli gidiş grubunda olması olumsuz gidişi gösterebilir. Bizim çalışmamızda TGS ile hastalığın sürekli olması arasında ikili karşılaştırmada var olan anlamlı ilişki regresyon çözümlemesinde kaybolmuştur. Belki de hastalığın sürekli gidiş grubunda olması açısından başka etmenler daha önemli roller oynamıştır. Çalışmamız ileriye dönük bir gidiş çalışması olmadığı için bu alanda yorum gücünün zayıf olduğu kabul edilmelidir.

Hastane yatışları

İncelenen 720 hastanın hepsi için hastane yatışı söz konusu değildi. Hastaların %27'si hiç hastaneye yatmadan ayaktan tedavi ile izlenmişlerdi. Hastalık süresi ortalama 12 yıl olan tüm hastalar için hastane yatışı ortalaması 2.5 ve ortalama toplam yatış günü 71'dir. Buradan her yatışın ortalama 28 gün (71:2.5) sürdüğü söylenebilir. Hastanede yatış sıklığı, hastanın yaşı ve hastalığın başlangıç yaşından etkilenmişti. Hastalığın erken başlaması ve uzun sürmesi yineleyen yatış riskini artırmakta idi. Yineleyen yatış için kuvvetli öngörücü etmenler özkıyım girişimi (β :1.76) ve adli olay (β :2.39) yaşamadır. Şizofreni hastalarında hastane yatış oranı ve süresi; ekonomik düzey, sağlık güvencesi, aile sorunları, sağlık sisteminin ulaşılabilirliği, ayaktan tedavi olanakları ve sosyal destekler gibi başka etmenlerce de etkilenebilmektedir (Lay ve ark. 2006, Fortney ve ark. 2009). Ülkemizde bu konuda bir çalışma olmamakla birlikte şizofreni hastalarının hastanede yatış süresinin yıllar içerisinde azalma gösterdiği bilinmekte-

dir. Örneğin İsviçre’de 1977 yılında ortalama yatış 47 günken 2004 yılında ortalama 23 güne düşmüştür (Lay ve ark. 2007). Toplum Psikiyatrisi uygulamalarının ve yeni tedavi olanaklarının bu azalmada katkısı olduğu bilinmektedir (Honkonen ve ark. 2003). Ancak yatış süresinin azalması bir hasta için toplam yatış süresinin da azalması anlamına gelmemektedir. 70’li ve 90’lı yıllardaki yatışları karşılaştıran bir çalışmada eskiden daha uzun süreli yatışlara karşılık son yıllarda yatış süresinin kısaldığı ancak toplam yatış gününün pek değişmediği de gösterilmiştir (Goldstein ve Shemansky 2000).

Ortalama hastane yatış sayısı Çin’de yapılan çalışmada (Tang ve ark. 2007) bizim gruba benzer şekilde 15 yıllık ortalama hastalık süresi ile 3 olarak saptanmış ve kadın ve erkek arasında yatış sayısı açısından fark saptanmamıştır. Bizim hasta grubunda da cinsler arasında hastanede yatış sayısı ya da toplam yatış günü açısından fark saptanmadı. Sadece hastalığın süresi kadınlarda erkeklerden daha fazla idi. Bu durum da kadınlarda yaştan erkeklerden büyük olması ile açıklandı. Türkiye’de yapılan diğer çalışmalarda ortalama yatış sayısı 1.2 ve 3.7 olarak verilmektedir (Sarandöl ve ark. 2007, Alptekin ve ark. 2005). Sarandöl ve arkadaşları da (2007) yatış sayısı açısından kadın ve erkek arasında fark saptamamışlardır.

Bu veriler özellikle maliyet-çözümleme çalışmalarında işe yarayabilir. Şizofreninin doğrudan maliyetini araştıran çalışmalar için bir hastanın yaklaşık kaç kez hastane yatışı olabileceği ve her yatışta kaç gün hastanede yatmış olabileceğinin bilinmesi maliyet çözümleme çalışmaları için önemli veriler sunmaktadır.

Özkıyım girişimi

Hastalandıktan sonra özkıyım düşüncesi ve girişimi oranı %52, en az bir kez özkıyım girişiminde bulunma oranı ise %28 oranında saptanmıştır. Giriřim olmadan sadece özkıyım düşüncesini taşıyanların oranı %24’tür. Girişimde bulunma açısından erkek ve kadın arasında bir fark saptanmazken özkıyım düşünce ve girişimi erkeklerde daha fazla saptanmıştır. Karşıdağ ve arkadaşlarının çalışmasında (2005) özkıyım girişimi %21 oranında bildirilmiştir. Şizofreni hastalarında yaşamboyu özkıyım girişimi oranı başka çalışmalarda da benzer şekilde %24, %27 ve %29 (sırasıyla, Bromet ve Fennig 1999, Radomsky ve ark. 1999, Gupta ve ark. 1998) olarak bildirilmektedir. Radomsky ve arkadaşlarının çalışmasında (1999) (n=454) yaşamboyu özkıyım girişiminde bulunma açısından cinsler arasında fark saptanmamıştır. Bu çalışmada yaşamboyu özkıyım düşüncesi taşıma oranı da bizim çalışmamızdaki orana çok yakın (%26) saptanmıştır.

Çalışmamızda özkıyım girişimini öngören etmen hastalığın süresi (β :1.10) olmuştur. Cinsiyet farklılığının saptanmamış olması ve hastalığın başlangıç yaşının etkilememiş olması diğer çalışmalardan farklı sonuç bildirmektedir. Hastalarımızda madde bağımlılığı oranı çok düşük olduğu için bu konuda yoruma elvermemiştir. Hastalığın süresi arttıkça özkıyım riski de artmaktadır denebilir. Şizofreni hastalarında özkıyımın hastalığın erken evrelerinde ortaya çıktığı bilinmektedir (Siris 2001, Palmer ve ark. 2005). Bizim çalışmamızdaki oranlar tamamlanmamış özkıyımı yansıtmaktadır ve hastalık sürdükçe riskin de devam ettiğini göstermesi açısından anlamlıdır.

Şiddet davranışı ve adli olay

Hastaların %55’inin hastalandıktan sonra en az bir kez fiziksel şiddet davranışında bulunduğu saptanmıştır. Burada hastaların sadece insana ya da eşyaya zarar verecek düzeyde fiziksel olan şiddet davranışı ele alınmıştır. Bu oranın ne kadarı insana ne kadarı eşyaya yönelik belli değildir. Ayrıca bu çalışmada şiddet davranışı örüntüsünün ayrıntısı incelenmemiştir. Hastalarda adli olay yaşama oranı %11’dir. Türkiye’de yatan hastaların incelendiği başka bir çalışmada (Karşıdağ ve ark. 2005) adli olay yaşama oranı %18 saptanmıştır. Bu fark olasılıkla yatan ve ayaktan izlenen hasta grubunun arasında hastalığın şiddeti açısından farkı yansıtmaktadır. Wallace ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında daha yüksek bildirilen (%21) adli sorun yaşama madde kullanımı ile ilişkilendirilmiştir. Bizim hastalarımızda sigara içimi dışında madde kullanımı ihmal edilecek düzeyde düşük saptanmıştır. Gerçi bu oran yaşamboyu oranı yansıtmamaktadır. Ancak alkol ve madde bağımlılığının şimdiki yaygınlığın çok düşük olması yaşamboyu yaygınlığın da düşük olma olasılığını düşündürtebilir.

Hastaların fiziksel şiddet davranışında bulunması riskini artıran etmenler öncelik sırasıyla özkıyım düşüncesi ve girişimi, bekâr olma, aile desteğinin yetersiz olması, hastanede yatış sayısı ve eğitim düzeyi düşüklüğüdür. Epidemiyolojik çalışmalar pozitif belirtilerin ve akut dönemlerin şiddet davranışını artırdığını, negatif belirtilerin ise azalttığını göstermektedir (Swanson ve ark. 2006). Tedaviye uyumsuzluk ve madde kötüye kullanımı şiddet davranışı ile ilişkilidir (Swartz ve ark. 1998, Swanson ve ark. 2006). Bizim çalışmamızda yineleyen hastane yatışlarının şiddet davranışı ile ilişkili bulunması tedavi uyumsuzluğunu ve pozitif belirtilerin şiddetlenmesini yansıtmaya olasılığı açısından destekleyici bir bulgu olarak değerlendirilebilir. Özkıyım düşüncesi ve girişiminin fiziksel şiddet davranışında bulunma riskini üç kat artırır.

yor (β :3.17) olması dikkate değer bir bulgudur. Bu veriyi değerlendirmek için ileri çalışmalara gereksinim vardır.

Şizofreni hastalarında yaş ilerledikçe saldırgan davranışların azaldığı bildirilmektedir (Hafner 2003). Bizim çalışmamızda bir izlem çalışması olmamakla birlikte yaşla fiziksel şiddet davranışı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Fiziksel şiddet davranışında bulunma riskini yaş dışındaki etmenlerin daha çok artırdığı söylenebilir.

Madde kullanımı

Hastalarda günlük düzenli sigara içimi oranı %57'dir. Hastaların %33'ü günde bir paketten fazla, %9'u da iki paketten fazla sigara tüketmektedir. Sigara içimi hem oran hem de miktar açısından erkeklerde kadınlardan daha fazla idi. Hastalar arasındaki sigara içim oranı Türkiye'de genel nüfustan (%29) daha fazladır (Satman ve ark. 2002). Erkeklerdeki fazlalık aynı şekilde genel nüfus için de geçerlidir. Hasta grubumuzda diğer madde kullanımları ihmal edilecek düzeyde az saptandı. Karşıdağ ve arkadaşları (2005) yatan hastalarda sigara kullanımını %72 olarak ve erkeklerde kadınlardan fazla olduğunu bildirmiştir. Aynı çalışmada sigaraya ek olarak alkol kullanımı %25, esrar ve diğer madde kullanımı da %8 olarak bildirilmiştir. Çalışmamızdan farklı çıkan bu bulgular olasılıkla yatan hasta ve ayaktan izlenen hasta grubunun farkını yansıtmaktadır. Çin'de yatan hastalarda yapılan bir çalışmada (Tang ve ark. 2007) sigara içme oranı görece daha düşük saptanmıştır. Bu çalışmada da erkeklerin (%52.0) kadınlardan (%4.5) daha fazla sigara içtiği saptanmıştır.

Çalışmamızda günlük yoğun sigara tüketimini öngören etmenler olarak hastane yatış sayısı (β :1.20) ve erkek cinsiyeti (β :2.44) saptanmıştır. Çalışmamızdaki erkek cinsiyetini ön plana çıkaran bulgunun, günlük sigara tüketimi arttıkça cinsler arasındaki farkın ortadan kalktığını bildiren çalışmalardan (Brunette ve Drake, 1997, Tang ve ark. 2007) farklı olması bu olguda genetik ya da kültürel başka etmenlerin de rolü olabileceği düşüncesini doğurmaktadır.

Hastalığın gidişi

Şizofreni hastalarının önemli bir kısmı belirtileriyle yaşamaya devam etmektedirler. Çalışmamızda hastaların %32'si kalıntı belirtileri olan dönemsel gidiş gösterirken %28'i sürekli gidiş gösteren olarak değerlendirilmiştir. Dolayısıyla ayaktan izlenen şizofreni hastalarının en azından %60'ının herhangi bir şekilde belirtileriyle yaşamaya devam ettiği söylenebilir. Çalışmamız bir izlem çalışması değildir. Ancak çok sayıda hastanın hastalığının gidişini değerlendirmiş olması açısından bu bulgu önemlidir.

İzleme çalışmaları da benzer oranları vermektedir. Huber ve arkadaşlarının (1980) yaptığı çalışmada 22 yıllık izlem sonucunda şizofreni hastalarının (n:502) %22'sinin tam düzelmiş, %43'ünün kısmi düzelmiş ve %35'inin de sürekli olduğu saptanmıştır. Belirtileriyle yaşayan hasta oranı bundan 30 yıl önce %78 olarak bildirilmiştir. Aynı çalışmada prognoz hastalığın süresinden bağımsız olduğu da saptanmıştır. Prognozun süreden bağımsızlığı Hegarty ve arkadaşlarının (1994) yaptığı metaanaliz çalışmasında da vurgulanmaktadır. 1990'lı yıllardaki çalışmalarla birlikte hastalığın gidişinde daha olumlu sonuçlar bildirilmektedir. Hastalığın genel olarak klinik gidişi değerlendirildiğinde, üçte birinin iyi sonuçlandığı geri kalanının (%60) ise cinsiyet farkı olmaksızın belirtileriyle devam ettiği bildirilmektedir (Harrison ve ark. 2001, Heiden ve Hafner 2000). Bizim hasta grubumuzda da aynı şekilde hastalığın gidişi açısından cinsiyet farkı saptanmamıştır.

Hastalığın sürekli olma durumunda işsizlik, aile desteğinin yetersizliği, eğitim düzeyi düşüklüğü ve sigara tüketiminde fazlalık önemli öngörücüler olarak saptanmıştır. Ailede psikoz öyküsü ve hastalığın erken başlaması hastalığın sürekli olması ile ilişkili bulunmamıştır. Bulgularımız kalıtsal yükünlük ve hastalığın başlangıç yaşının sonuç açısından önemli olmadığını bildiren çalışma ile uyumludur (Wieselgren ve Lindstrom 1996).

Hastalığın gidişini belirleyen önemli etmenlerden birisi de hastalığın başlangıç şeklidir. Sinsi başlangıcın gidiş açısından olumsuz bir etmen olduğu bildirilmektedir (Huber ve ark. 1980). Geçmişe yönelik sorgulamalarda bilgi güvenilirliğinin düşmesi açısından hastalığın başlangıç şeklini saptamak zor olmaktadır. Bu nedenle biz çalışmamızda hastalığın başlangıç şeklini sorgulamadık.

Hastalığın alt tipleri

Hastalığın alt tipleri olarak sıklık sırasıyla paranoid (%62), ayırmamış (%26), kalıntı (%7) ve dağınık (%5) şizofreni saptandı. Ayaktan tedaviye başvuran bu hasta grubunda katatonik alt tip yoktu. ICD-10 tanı ölçütlerinin kullanıldığı başka bir çalışmada da (Tang ve ark. 2007) benzer dağılım bildirilmektedir. Bu çalışmada paranoid şizofreni tipinin kadınlarda (%52) erkeklerden (%41) daha fazla olması dikkat çekici bulunmuştur. Ayırmamış şizofreni her iki cinsten de (E:%31, K:%32) yakın oranlarda saptanmış. Bizim çalışmamızda alt tip açısından cinsler arasında fark saptanmadı. Türkiye'de yatan hastalarda yapılan bir çalışmada şizofreni alt tiplerinin oranı paranoid %42, ayırmamış %27, dağınık %23, kalıntı %7 ve katatonik %2 olarak bildirilmiştir.

(Karşıdağ ve ark. 2005). Bizim çalışmayla karşılaştırıldığında bu çalışmada dağınık tip oranının yüksekliği ve katatonik tipin de yer alması yatan hasta farkını yansıtmış olmasıyla açıklanabilir.

Çalışmamızda saptanan önemli bulgular şu şekilde özetlenebilir: (1) Hastalığın başlangıç yaşı kadın ve erkeklerde farklı bulunmamıştır. (2) Hastaların yaklaşık üçte ikisi bekar, işsiz ve aileleriyle yaşamaktadır. Bu açılarından kadın ve erkek hastalar arasında fark yoktur. (3) Hastaların üçte ikisi sürekli ya da kalıntı belirtilerle yaşamaktadır. (4) Hastaların en az dörtte birinde yaşam boyu intihar girişimi vardır. (5) Hastaların dörtte birinde hastane yatışı bulunmamakla beraber yatış sıklığı ortalama 2.5 olup her seferinde ortalama 28 gün hastane yatışı olmuştur. (6) Sigara dışında diğer madde bağımlılıkları ihmal edilecek düzeyde düşüktür. (7) Yoğun sigara tüketimi hastane yatış sayısı ve erkek cinsiyeti ile ilişkilidir. (8) Özkıym düşünce ve girişimi, bekar olma ve aile desteğinin yetersizliği fiziksel şiddet davranışı için kuvvetli öngörücülerdir. (9) Yineleyen hastane yatışlarında özkıym girişimi ve adli olay yaşama kuvvetli öngörücüdürler. (10) Ailede başka bir psikotik bozukluk öyküsünün olması hastalığın biraz daha erken yaşta başlaması dışında incelenen değişkenler açısından önemli bir etki de bulunmamıştır.

Şizofreni hastalarının bakım sorumluluğunun büyük oranda ailelerin üzerinde olması ailelerin de yardıma ge-

reksinimleri olduğunu gösteren bir bulgudur. Hastaların iyileştirme programlarının içerisine alınması hastalar için olduğu kadar aileler için de önemli kazanımlar olabilir. Aile desteği yetersiz olan hastalar için ülke koşullarına uygun destek sistemleri geliştirilmelidir. Ayaktan hasta tedavilerinin düzenli sürdürülmesi ve toplum temelli tedavi yaklaşımlarının gerçekleştirilmesi krizlerin zamanında önlenerek yeniden hastane yatışlarını azaltabilir. Alkol-madde kullanım bozukluğunun çok az saptanmış olması şimdilik önemli bir avantajdır. Bu çalışmanın bulguları ile şizofreni tedavisinde ilaçla yapılan girişimlerin ötesinde ruhsal toplumsal tedavi girişimlerinin gerekliliği bir kez daha vurgulanmıştır.

Hastalığın başlangıç zamanı ile hastaların değerlendirildiği zaman arasında uzun bir süre geçmiş olması geçmişe dönük değerlendirmenin güvenilirliğini kısıtlayacaktır. Dolayısıyla verilerimizin ilk dönem çalışmalarına göre daha az güvenli olduğu kabul edilmelidir. Geçmişe dönük değerlendirmelerdeki zorluklar nedeniyle hastalığın başlangıç şeklinin değerlendirilmemiş olması da çalışmanın önemli bir kısıtlılığıdır. Çalışma sonuçlarından çıkarımlarımız kesitsel çalışmanın kısıtlılıklarıyla değerlendirilmelidir. Çünkü kesitsel bir çalışma değişkenler arasında nedensel bir ilişkiyi göstermez ancak kuramsal modellerle uyumlu olan ilişkileri ortaya koyabilir. Hasta sayısı çok olmakla ve üç farklı ilden toplanmakla birlikte Türkiye'deki tüm şizofreni hastaları için temsil gücünün yine de sınırlı olduğu kabul edilmelidir.

KAYNAKLAR

Aguilar MC, Gurpegui M, Diaz FJ ve ark. (2005) Nicotine dependence and symptoms in schizophrenia: naturalistic study of complex interactions. *Br J Psychiatry*, 186:215-21.

Alptekin K, Erkoç Ş, Göğüş AK ve ark. (2005) Disability in schizophrenia: Clinical correlates and prediction over 1-year follow-up. *Psychiatry Research*, 135: 103-11.

Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV), (Çev. Ed.: E Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995.

Belli H, Özçetin A, Ertem Ü ve ark. (2007) Şizofreni hastalarında bazı sosyodemografik özellikler ve tedavi ile ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8(2):102-12.

Bobes J, Fillat O, Arango C ve ark. (2009) Violence among schizophrenia out-patients compliant with medication: prevalence and associated factors. *Acta Psychiatr Scand*, 119(3):218-28.

Bromet EJ, Fennig S (1999) Epidemiology and natural history of schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 46(7): 871-81.

Brunette MF, Drake RE (1997) Gender differences in patients with schizophrenia and substance abuse. *Compr Psychiatry*, 38:109-16.

Campo-Arias A, Diaz-Martinez LA, Rueda-Jaimes GE ve ark. (2006) Smoking is associated with schizophrenia, but not with mood disorders, within a population with low smoking rates: a matched case-control study in Bucaramanga, Colombia. *Schizophr Res*, 83:269-76.

Dalack GW, Healy DJ, Meador-Woodruff JH ve ark. (1998) Nicotine dependence in schizophrenia: clinical phenomena and laboratory findings. *Am J Psychiatry*, 155(11):1490-501.

de Leon J, Diaz FJ (2005) A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. *Schizophr Res* 76:135-57.

Eaton WW (1975) Marital status and schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*, 52:320-29.

Eaton WW, Chen CY (2006) Epidemiology. *Textbook of schizophrenia*. Lieberman JA, Stroup TS, Perkins DO (Ed), Washington DC. The American Psychiatric Publishing, Inc. s. 17-37.

Folnegovic Z, Folnegovic-Smalz V (1994) Schizophrenia in Croatia: age of onset differences between males and females. *Schizophr Res*, 14:83-91.

Fortney JC, Xu S, Dong F ve ark. (2009) Community-level correlates of hospitalizations for persons with schizophrenia. *Psychiatr Serv*, 60(6):772-8.

Goldstein G, Shemansky WJ (2000) Length and Number of Hospitalizations in Two Cohorts of Veterans With Chronic Schizophrenia. *Psychiatr Serv*, 51:245-7.

Gorwood P, Leboyer M, Jay M ve ark. (1995) Gender and age at onset in schizophrenia: impact of family history. *Am J Psychiatry*, 152:208-12.

Gupta S, Black DW, Arndt S ve ark. (1998) Factors Associated With Suicide Attempts Among Patients With Schizophrenia. *Psychiatr Serv*, 49:1353-5.

- Häfner H, an der Heiden W, Behrens S ve ark. (1998) Causes and consequences of the gender difference in age at onset of schizophrenia. *Schizophr Bull*, 24:99-113.
- Häfner H (2003) Gender differences in schizophrenia. *Psychoneuroendocrinology*, 28(S:2):17-54.
- Harrison G, Hopper K, Craig T ve ark. (2001) Recovery from psychotic illness: a 15- and 25-year international follow-up study. *Br J Psychiatry*, 178:506-17.
- Hegarty JD, Baldessarini RJ, Tohen M ve ark. (1994) One hundred years of schizophrenia: a meta-analysis of the outcome literature. *Am J Psychiatry*, 151:1409-16.
- an der Heiden W, Häfner H (2000) The epidemiology of onset and course of schizophrenia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 250(6):292-303.
- Honkonen T, Karlsson H, Koivisto AM ve ark. (2003) Schizophrenic patients in different treatment settings during the era of deinstitutionalization: three-year follow-up of three discharge cohorts in Finland. *Aust N Z J Psychiatry*, 37:160-68.
- Huber G, Gross G, Schüttler R ve ark. (1980) Longitudinal studies of schizophrenic patients. *Schizophr Bull*, 6(4): 592-605.
- Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G ve ark. (1992) Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization Ten-country study. *Psychol Med*, (Monograph Suppl) 20:43-55.
- Karşıdağ Ç, Alpaz N, Kocabıyık A ve ark. (2005) Şizofreni ve sigara bağımlılığı. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 18(1):13-20.
- Kelly C, McCreadie RG (1999) Smoking habits, current symptoms, and premorbid characteristics of schizophrenic patients in Nithsdale, Scotland. *Am J Psychiatry*, 156:1751-57.
- Kendler KS, Walsh D (1995) Gender and schizophrenia. Results of an epidemiologically-based family study. *Br J Psychiatry*, 167:184-92.
- Kendler KS, Gallagher TJ, Abelson JM ve ark. (1996) Lifetime prevalence, demographic risk factors, and diagnostic validity of nonaffective psychosis as assessed in a US community sample. The National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 53(11):1022-31.
- Knapp M, Chisholm D, Leese M ve ark. (2002) Comparing patterns and costs of schizophrenia care in five European countries: the EPSILON study. *European Psychiatric Services: Inputs Linked to Outcome Domains and Needs*. *Acta Psychiatr Scand*, 105(1):42-54.
- Könnecke R, Häfner H, Maurer K ve ark. (2000) Main risk factors for schizophrenia: increased familial loading and pre- and perinatal complications antagonize the protective effect of oestrogen in women. *Schizophr Res*, 44:81-93.
- Larsen TK, Friis S, Haahr U ve ark. (2001) Early detection and intervention in first-episode schizophrenia: a critical review. *Acta Psychiatr Scand*, 103(5):323-34.
- Lay B, Lauber C, Rössler W ve ark. (2006) Prediction of in-patient use in first-admitted patients with psychosis. *Eur Psychiatry*, 21(6):401-9.
- Lay B, Nordt C, Rössler W ve ark. (2007) Trends in psychiatric hospitalisation of people with schizophrenia: A register-based investigation over the last three decades. *Schizophr Res*, 97(1-3):68-78.
- Limosin F, Loze JY, Philippe A ve ark. (2007) Ten-year prospective follow-up study of the mortality by suicide in schizophrenic patients. *Schizophr Res*, 94:23-28.
- Marzuk PM (1996) Violence, crime, and mental illness. How strong a link. *Arch Gen psychiatry*, 53:481-86.
- Meltzer HY (2002) Suicidality in schizophrenia: a review of the evidence for risk factors and treatment options. *Curr Psychiatry Rep*, 4:279-83.
- Mueser KT, Yarnold PR, Levinson DF ve ark. (1990) Prevalence of substance abuse in schizophrenia: demographic and clinical correlates. *Schizophr Bull*, 16(1):31-56.
- Murthy GVS, Janakiramaiah N, Gangadhar BN ve ark. (1998) Sex difference in age at onset of schizophrenia: discrepant findings from India. *Acta Psychiatr Scand*, 97:321-25.
- Palmer BA, Shane Pankratz V, Bostwich JM ve ark. (2005) The lifetime risk of suicide in schizophrenia. A reexamination. *Arch Gen Psychiatry*, 62(3): 247-53.
- Patkar A, Gopalakrishnan R, Lundy A ve ark. (2002) Relationship between tobacco smoking and positive and negative symptoms of schizophrenia. *J Nerv Ment Dis*, 190:604-10.
- Radomsky ED, Haas GL, Mann JJ ve ark. (1999) Suicidal behavior in patients with schizophrenia and other psychotic disorders. *Am J Psychiatry*, 156(10): 1590-95.
- Ran MS, Xiang MZ, Li SX ve ark. (2003) Prevalence and course of schizophrenia in a Chinese rural area. *Aust N Z J Psychiatry*, 37:452-57.
- Riecher-Rössler A, Häfner H, Stumbaum M ve ark. (1994) Can estradiol modulate schizophrenic symptomatology? *Schizophrenia Bull*, 20:203-214.
- Roy A (1986) Depression, attempted suicide, and suicide in patients with chronic schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am*, 9:193-206.
- Rössler W, Salize HJ, van Os J ve ark. (2005) Size of burden of schizophrenia and psychotic disorders. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4):399-409.
- Sarandöl A, Akaya C, Cangür Ş ve ark. (2007) Ayaktan Takip Edilen Şizofreni Hastalarında Cinsiyetin Sosyodemografik Veriler ve Klinik Özelliklerle İlişkisi. *Türkiye'de Psikiyatri*, 9(2):98-102.
- Satman I, Yılmaz T, Sengul A ve ark. (2002) Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: results of the Turkish diabetes epidemiology study (TURDEP). *Diabetes Care* 25:1551-6.
- Saylan M, Ucok A, Uguz S ve ark. (2009) Şizofreni hastalarında sosyal sınıf analizi: 12 haftalık tedaviden sonra psikopatolojideki değişim. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 19(1):29-38.
- Schimmelmann BG, Huber CG, Lambert M ve ark. (2008) Impact of duration of untreated psychosis on pre-treatment, baseline, and outcome characteristics in an epidemiological first-episode psychosis cohort. *J Psychiatr Res*, 42(12): 982-90.
- Siris SG (2001) Suicide and schizophrenia. *J Psychopharmacol*, 15(2):127-35.
- Swanson JW, Swartz MS, Van Dorn RA ve ark. (2006) A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 63(5):490-9.
- Swartz MS, Swanson JW, Hiday VA ve ark. (1998) Taking the wrong drugs: the role of substance abuse and medication noncompliance in violence among severely mentally ill individuals. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 33(Suppl 1):75-80.
- Tang Y, Gillespie CF, Epstein MP ve ark. (2007) Gender differences in 542 Chinese inpatients with schizophrenia. *Schizophr Res*, 97(1-3):88-96.
- Üçok A, Polat A, Genç A ve ark. (2004) Duration of untreated psychosis may predict acute treatment response in first-episode schizophrenia. *J Psychiatr Res*, 38:163-68.
- Wallace C, Mullen PE, Burgess P ve ark. (2004) Criminal Offending in Schizophrenia Over a 25-Year Period Marked by Deinstitutionalization and Increasing Prevalence of Comorbid Substance Use Disorders. *Am J Psychiatry*, 161:716-27.
- Wieslgren IM, Lindstrom LH (1996) A prospective 1-5 year outcome study in first-admitted and readmitted schizophrenic patients; relationship to heredity, premorbid adjustment, duration of disease and education level at index admission and neuroleptic treatment. *Acta Psychiatr Scand*, 93(1):9-19.
- Wyatt RJ, Damiani M, Henter I ve ark. (1998) First-episode schizophrenia: Early intervention and medication discontinuation in the context of course and treatment. *Br J Psychiatry*, 72 (Suppl 33):77-83.