

Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Yatarak Tedavi Alan Şizofreni Hastalarının Sosyodemografik, Ailevi ve Klinik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Evaluation of sociodemographic, familial and clinical features of inpatients with schizophrenia in a Training and Research Hospital

Öz

Amaç: Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören şizofreni hastalarının sosyodemografik, ailevi ve klinik özelliklerini belirlemek, bu özelliklerin hastalığın seyrine, tedaviye ve dolayısıyla bireyin yaşamına yansımalarını gözden geçirmek amaçlanmıştır.

Yöntem: Ocak 2011-Eylül 2014 tarihleri arasında Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beyhekim Psikiyatri Kliniğinde yatarak tedavi gören şizofreni tanılı hastalar çalışmaya alınmıştır. Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından hazırlanan formlar kullanılarak 133 kadın ve 154 erkek hastanın bilgileri kaydedilmiştir.

Bulgular: Çalışmada yer alan hastaların %46,3'ü kadın, %53,7'si ise erkek hastalardan oluşmaktadır. Hastaların yaş ortalaması 37.90 ± 11.15 olarak bulunmuştur. Medeni durum, doğum yeri, eğitim durumu, kimlerle yaşadıkları, ortalama hastalık başlangıç yaşı, ortalama hastalık süresi, adli durum değişkenleri bakımından cinsiyetler arası istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Çalışma durumu, yatarak tedavi görme sayısı, sigara, alkol, madde kullanımı, tedavi uyumu değişkenleri cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmuştur. Tedavi uyumu ile hastane yatış sayısı arasında negatif bir ilişki saptanmıştır. İntihar girişimi kadınlarda yüksek olup istatistiksel olarak sınırda anlamlılık düzeyinde bir fark bulunmuştur. Kadın şizofreni hastalarının ailelerinde şizofreni ve benzeri hastalık bulunma oranı (%49.6) erkek hastaların ailelerinde şizofreni ve benzeri hastalık bulunma oranından (%37.0) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Sonuç: Şizofreni hastalığında, hastalığa ait yatıklaştırıcı faktörlerin, hastalığın yönetiminde kullanılan kaynakların, tedavinin ve tedavisizliğin sonuçlarının daha iyi anlaşılması gelecek planlamalarda katkı sağlayacaktır. Bu katkının kültüre özgü olması bu alanda çok merkezli iyi planlamalar yapılarak yürütülecek araştırmalar ihtiyacını doğrulamaktadır.

Abstract

Objective: The aim of this study is to determine the sociodemographic, familial and clinical features of hospitalized schizophrenia patients and also to review of this featu-

Yrd. Doç. Dr. Memduha AYDIN¹

Uzm. Dr. Bilge ÇETİN İLHAN²

Ast. Dr. Saliha ÇALIŞIR²

Uzm. Dr. Duygu GÖKTAŞ³

Ast. Dr. Ayşe KÜRKCÜ¹

Ast. Dr. Kübra KOCAGÖZ⁴

Doç. Dr. İbrahim EREN²

¹ Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi,

² Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyhekim Psikiyatri Kliniği

³ Yozgat Şehir Hastanesi

⁴ Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi

Yazışma Adresleri /Address for Correspondence:

Yrd. Doç. Dr. Memduha AYDIN
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi

Tel/phone: +90 532 403 89 79

E-mail: memduhaaydin@selcuk.edu.tr

Anahtar Kelimeler:

Sosyodemografik özellikler, şizofreni, tedavi, yatan hasta

Keywords:

Sociodemographic features, schizophrenia, treatment, in-patient

Geliş Tarihi - Received
12/12/2017

Kabul Tarihi - Accepted
15/01/2018

res' effect on course of disease, treatment and whereat on patients life.

Method: The inpatients, hospitalized in Beyhekim Psychiatry Clinic of Konya Training Hosiptal between January 2011 and September 2014 treated with the diagnosis of sczhioprenia included in this study. Using the forms prepared by researchers as data collection tool, information of 133 women and 154 male patients were recorded.

Results: Of the study group, 46 % of the patients were female and 53,7 % of the patients were male. The mean age was 37.90 ± 11.15 years old. There was no statistical significance between genders according to marital status, place of birth, educational status, who they were living with, the starting age of the disease, mean duration of illness, juicial status changes parameters. Gender parameter was statistically different on work status, number of hospitalization, smoking, alcohol, substance abuse, treatment compliance parameters. There was a inversely correlation between treatment compliance and number of hospitalization. Suicide attempt incidence was higher in females and this showed a slighty statistical difference. The incidence of schizophrenia and schizophrenia-like diseases in families of female schizophrenia patients' (49.6%) was found to be statistically significantly higher than the incidence of schizophrenia and schizophrenia-like diseases in families of male schizophrenia patients' (37.0%).

Conclusion: In schizophrenia, a better understanding of the predisposing factors of the disease, the resources used in the management of the disease, the outcome of treatment and lack of treatment will contribute to future planning. As this contribution is culturally specific, multicentered well designed studies are needed in this field.

Giriş

Şizofreni, kişinin alışıl gelmiş algılama ve yorumlama biçimlerine yabancılaşarak, kendine özgü içe kapanım dünyasına çekildiği ruhsal bir bozukluktur (1). Çoğunlukla erken erişkinlik döneminde başlayan, gidişi hastadan hastaya değişmekle beraber süregelen seyir gösteren, ruhsal durumun tüm alanlarında belirti ve bulgular gösteren bu hastalık kişiler arası ilişkilerde bozulmaya, mesleki ve sosyal işlevsellikte önemli düzeyde gerilemeye neden olur (2).

Bir çok hastalıkta olduğu gibi şizofreninin etyolojisi de tam olarak bilinmemektedir. Şizofreni araştırmalarında aile, ikiz ve evlat edinme çalışmaları, çevresel risk faktörlerinin etkileri yanında, şizofreninin temel olarak genetik bir hastalık olduğunu göstermektedir (3). Mortensen ve arkadaşlarının çalışmasında, şizofrenili bireylerin birinci derece akrabalarında önceki çalışmalarda bildirilenlere göre daha yüksek oranda şizofreni dışında psikiyatrik bozukluk oldu-

ğu gösterilmiştir. Bu bulgu, pek çok psikiyatrik bozukluk için risk haplotiplerinin ve/veya çevresel faktörlerin ortak olabileceğini göstermiştir (4). Sonuç olarak genetik yatkınlık, nörotransmitter sistemlerindeki işlev değişiklikleri, enfeksiyonlar, çevresel stresörler ve aile içi etkileşimler gibi bir çok faktörün heterojen bir şekilde etyolojide rol oynadığı kabul görmektedir (2,5). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) farklı ülkelerde yaptığı araştırmalar sonucunda şizofreni yaygınlığı tüm toplumlarda %1 olarak kabul edilmiştir (6). Hastalığın değişik coğrafya ve kültürlerde yaklaşık olarak aynı sıklıkta görüldüğü kabul edilir. Bununla birlikte, Saha ve arkadaşlarının metaanalizlerinde şizofreni yaygınlığının toplumlar arasında farklılık gösterdiği, incelenen toplumun özelliklerine göre geniş bir aralıkta dağılabildiği, hatta enlem farklılıklarının prevalansla ve özellikle erkek cinsiyette insidansla ilişkili olabileceği gösterilmiştir (7,8). Cinsiyet dağılımı olarak değerlendirildiğinde hastalığın kadınlarda ve erkeklerde eşit oranlarda görüldüğü, başlama yaşının erkeklerde kadınlardan daha önce olduğu kabul edilmektedir (1,2). Şizofreninin yaygınlığı görece düşük olmasına rağmen bireyler, aileler ve sosyal güvenlik sistemi üzerindeki yükü oldukça fazladır (9,10). Hastalığın morbidite ve mortalitesinin yüksek olması yanı sıra bu yükü belirleyen hastalığa ve hastaya ait ailesel, tedavi ile ilgili ve kültürel birçok değişken mevcuttur.

Yapılan çok az sayıda çalışmada Türkiye'de şizofreni yaygınlığı 1000 kaside 8.9 olarak bildirilmektedir (10,11). Buna ek olarak ülkemizde şizofreni ve diğer psikotik bozuklukların ailevi, klinik ve sosyodemografik özelliklerine ilişkin karşılaştırmaların yapıldığı az sayıda çalışma olduğu gözle çarpmaktadır (12-15). Hastalara ve hasta yakınlarına ait bilgilerin ve hastalığa ait özelliklerin karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesi, şizofreni hastalarının ülkemizdeki mevcut durumu hakkındaki bilgilere katkı sağlayacaktır.

Bu çalışmanın amacı Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyhekim Psikiyatri Kliniğinde yatarak tedavi gören şizofreni hastalarının sosyodemografik, ailevi ve klinik özelliklerini belirlemek, bu özelliklerin bireyde ve bireyin yaşamındaki yansımalarını gözden geçirmektir.

Yöntem

Ocak 2011-Eylül 2014 tarihleri arasında Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beyhekim Psikiyatri Kliniğinde yatarak tedavi gören DSM-IV-TR'ye göre şizofreni tanısı alan hastalar çalışmaya alınmıştır (16). Hastane bilgisayar kayıt sisteminden yararlanılarak uygun tanıli tarama yapıldığında belirtilen tarihler arasında hastanede yatan 453 kadın, 648 erkek hastadan oluşan çalışma listesi hazırlanmıştır. Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından hazırlanan "Sosyodemografik veri soru formu", "Aile/bakım veren özellik-

leri veri soru formu" ve "Klinik özellikler ve tedavi öyküsü veri soru formu" olmak üzere üç ayrı form kullanılmıştır. Veri soru formları doldurulurken bilgiler çoğunlukla hastanede dosya kayıtları, hastane çıkış özeti incelemelerinden elde edilmiştir. Bununla beraber çalışma için oluşturulan hasta listesindeki isimlerden dosyasından yeterli bilgiye ulaşamayan hastaların verilerine ulaşmak amacıyla görüşmeyi kabul edenlerde hasta poliklinik kontrol muayenesine geldiğinde muayene dışında zaman ayırarak, veri toplama süreci içinde yeniden hastane yatışı olan hastalarda yatarak tedavi aldığı süre içinde kendisi ve yakınları ile görüşme yaparak, hastane sisteminde kayıtlı olan telefon numaralarından aranarak bilgiler elde edilmiştir.

Çalışma için Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 24.06.2014 tarihli, 2014/191 karar sayılı onay alınmıştır.

Bu çalışmanın istatistiksel analizleri SPSS 20 programı yardımıyla yapılmıştır. Çalışmada yer alan verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı özellikler tanımlayıcı istatistik

testler yardımı ile değerlendirilmiştir. Normal dağılım yaklaşımı sağlanan parametreler için gruplar arası karşılaştırmalar bağımsız t-testi, kategorik parametreler için ise Pearson Ki-kare testi yardımı ile analiz edilmiştir. Ayrıca Sonuçların anlamlılığı $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

Bulgular

Hastane kayıt sisteminden tarama yapılarak 1101 hastadan oluşan çalışma listesi hazırlanmıştır. Çalışma listesinde yer alan 453 kadın hastadan 133 kişinin ve 648 erkek hastadan 154 kişinin bilgilerine ulaşılarak veri formları doldurulmuştur. Çalışmada yer alan kişilerin %46,3'ü kadın, %53,7'si ise erkek hastalardan meydana gelmektedir. İki yüz seksen yedi hastadan oluşan araştırma grubunun yaş ortalaması 37.90 ± 11.15 olarak bulunmuştur. Kadın hastaların yaş ortalaması (37.44 ± 11.06) ile erkek hastaların yaş ortalaması (38.29 ± 11.26) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Hastaların medeni durumları 149 (%51.9) bekar, 89 (%31.0) evli, 49 (%17.1) boşan-

Tablo 1. Hastaların sosyodemografik özelliklerinin cinsiyete göre karşılaştırılması.

Değişkenler	Kadın n (%) ±ss	Erkek n (%) ±ss	Toplam n (%) ±ss	p
Cinsiyet	133 (%46.3)	154 (%53.7)	287 (%100)	
Yaş	37.44 ±11.06	38.29 ±11.26	37.90 ±11.15	0.52
Medeni durum				
Bekar	61 (% 45.9)	88 (% 57.1)	149 (%51.9)	0.16
Evli	46 (% 34.6)	43 (% 27.9)	89 (%31.0)	
Boşanmış	26 (%19.5)	23 (% 14.9)	49 (%17.1)	
Doğum yeri				
Kırsal	72 (%54.1)	100 (%64.9)	172 (%59.9)	0.063
Şehir	61 (%45.9)	54 (%35.1)	115 (%40.1)	
Yaşadığı yer				
Köy	29 (%21.8)	12 (%7.8)	41 (%14.3)	<0.001 **
Belde	13 (%9.8)	4 (%2.6)	17 (%5.9)	
İlçe	22 (%16.5)	48 (%31.2)	70 (%25.4)	
İl	69 (%51.9)	90 (%58.4)	159 (%55.4)	
Eğitim durumu				
Okur-yazar değil	9 (%6.8)	7 (%4.5)	16 (%5.6)	0.21
8 yıl ve altı	79 (%59.4)	80 (%51.9)	159 (%55.4)	
8 yıl üstü	45 (%33.8)	67 (%43.5)	112 (%39.0)	
Çalışma durumu				
Çalışmıyor	112 (%84.2)	121 (%78.6)	233 (%81.2)	<0.001 **
Öğrenci	12 (%9.0)	1 (%0.6)	13 (%4.5)	
Çalışıyor	8 (%6.0)	24 (%15.6)	32 (%11.1)	
Emekli	1 (%0.8)	8 (%5.2)	9 (%3.1)	
Kimlerle yaşıyor				
Yalnız	3 (%2.3)	11(%7.1)	14 (%4.9)	0.16
Ebeveynlerle	73 (%54.9)	78 (%50.6)	151 (%52.6)	
Eşi ile	35 (%26.3)	33 (%21.4)	68 (%23.7)	
Bakımevinde	22 (%16.5)	32 (%20.8)	54 (%18.8)	

miş olarak bulunmuştur. Doğum ve yaşam yerleri incelendiğinde hastaların %59.9'unun kırsal alanda, %40.1'inin ise şehir merkezinde doğduğu bulunmuştur. Hastaların 41'i (%14.3) köyde yaşarken, 17'si (%5.9) beldede, 70'i (%25.4) ilçede, 159'u (%55.4) ise il merkezinde yaşamlarına devam etmektedirler. Eğitim durumları değerlendirildiğinde hastaların 16'sı (%5.6) okuryazar değildir. Ayrıca mevcut hastaların 159'u (% 55,4) en çok 8 yıl eğitim almışken, 112'si (%39,0) en az lise mezunudur. Çalışma durumu bakımından incelendiğinde %81.2 oranında hastanın çalışmadığı bulunmuştur. Şizofreni hastalarının sadece %4.9'unun yalnız yaşadığı, %52.6'sının ebeveynleri ile beraber kaldığı, %18.8'inin ise bakımevinde kaldığı gösterilmiştir. Hastaların sosyodemografik özelliklerinin cinsiyete göre dağılımı Tablo 1'de verilmiştir.

Hastaların ailesel ve klinik özellikleri incelendiğinde (Tablo 2) ailede 1. derece ve/veya 2. derece yakınlarında şizofreni ve benzeri psikotik bozukluk olma oranı %42.9 olarak bulunmuştur. Kadın şizofreni hastalarının ailede şizofreni ve benzeri hastalık bulunma oranı (%49.6) erkek hastaların oranından (%37.0) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Ortalama hastalık başlangıç yaşı 23.48 ± 8.46 , ortalama hastalık süresi 14.42 ± 10.06 olarak saptanmıştır. Her iki değişken için de cinsiyetler arası istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Hastaların %15.7'sinin ilk hastane yatışı iken %45.6'sının yatış sayısı 2-5 arasında değişmekteydi; %38.7'sinin ise yatışı 6 kezden yüksek sayıdaydı.

Hastaların sigara alkol ve madde kullanımı değerlendirildiğinde kullanım oranları sırasıyla %54.7, %7.0 ve %9.1 olarak bulunmuştur. Her üç değişkende de cinsiyetler arasında erkeklerde yüksek olması ile istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Adli olarak değerlendirilme hastaların %31.7'sinde yapılmışken bu incelemenin kapsamı hasta yakınları tarafından vesayet davası (%17.6), tedavi amaçlı başvuru (%33.0), bir suç ile ilgili (%30.8) ve diğer (%6.6) olarak ifade edilmiştir. İntihar girişiminde bulunan hastalar %32.6 oranında bulunmuştur, cinsiyetler arasında kadınlarda yüksek olması ile istatistiksel olarak sınırda anlamlılık düzeyinde bir fark bulunmuştur ($p=0.052$). Hastaların ailesel ve klinik özelliklerinin cinsiyetlere göre karşılaştırması Tablo 2'de verilmiştir.

Hastaların tedaviye ait özelliklerine bakıldığında geçmişte ve halihazırda ağızdan ve depo/uzun etkili antipsikotik ilaç kullanımları değerlendirilmiştir. Hastaların %98.6'sı geçmişte ağızdan bir antipsikotik tedavi kullanmışken %65.5'i depo/uzun etkili bir antipsikotik kullanmış. Tedavi alanlar arasında %41.3'ü geçmişte herhangi bir ağızdan antipsikotik tedaviyi 1 yıldan kısa bir süre kullanmış, %58.7'si 1 yıldan daha uzun süre kullanmış olarak bulunmuştur. Depo/uzun

etkili antipsikotik tedaviler için ise oranlar 1 yıldan kısa bir süre ve 1 yıldan daha uzun süre kullanmış olarak sırasıyla %50 ve %50 olarak bulunmuştur.

Elektrokonvulsif tedavi alma durumlarına göre değerlendirme yapıldığında hastaların %69.0'ının daha önce hiç Elektrokonvulsif tedavi görmemiş olduğu, %7.7'sine 0-6 seans uygulandığı, %23.3'üne 7 seans ve üstü uygulandığı bulunmuştur. Hastaların tedaviye ait özelliklerinin cinsiyetlere göre karşılaştırılması tablo 3'de verilmiştir.

Hastaneye ilk kez yatış yapmış olan hastaların %71.1'inin ilaç uyumu iyi düzeyde iken, %22.2'sinin orta düzeyde ve %6.7'sinin ise kötü düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Altı kereden daha fazla sıklıkta hastanede yatan kişilerin %28.8'inin ilaç uyumu iyi düzeyde, %36.9'unun orta düzeyde, %34.2'sinin ise kötü düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Hastaların, hastanede yatış sıklıkları ile ilaç uyumsuzluğu arasında zayıf bir ilişki olmakla beraber istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bulunmuştur ($r=-0.26$, $p<0,05$).

Tartışma

Şizofreni her ne kadar benzer semptomlar kümesi olarak tanımlansa da her bireyde altta yatan farklı hastalık süreçleri olan heterojen bir bozukluktur. 1960'ların başından itibaren şizofreninin olası genetik bileşenlerini araştıran çalışmalar önem kazanmaya başlamıştır. Bir yandan kalıtsal olması mümkün bir hastalık kavramı olgunlaşırken bir yandan da ikiz çalışmalarında genleri taşıyan herkesin hastalanmadığı gerçeği ortaya çıkmıştır (17). Ayrıca hasta bireylerin bir kısmının ailesinde hastalık öyküsü bulunmaması durumu da bir kısım şizofrenili bireyin muhtemelen hastalık genini taşımadıkları olarak yorumlanmıştır. Bu noktada stres/yatkınlık modeli kalıtıma çevresel faktörlerin etkisi üzerine bizlere daha esnek bir bakış açısı sunmuştur.

Çalışmamızda şizofreni hastalarının sosyodemografik, ailesel, klinik ve tedavi ile ilgili bilgilerini toplarken gen ve çevresel etkenler ile ilgili yol gösterici, yordayıcı faktörlere ulaşabilmeyi amaçladık. Bu amaçla hastane kayıt sisteminden tarama yapılarak oluşturulan 1101 hastalık çalışma listesinden 133 kadın ve 154 erkek hastanın bilgilerine ulaşılmıştır. Çalışmada yer alan kişilerin %46,3'ü kadın, %53,7'si ise erkek hastalardan meydana gelmektedir. İki yüz seksen yedi hastadan oluşan araştırma grubunun yaş ortalaması kadın ve erkek hastalarda birbirine yakın değerlerde, ortalama 37.90 ± 11.15 olarak bulunmuştur. Hastaların medeni durumları 149 (%51.9) bekar, 89 (%31.0) evli, 49 (%17.1) boşanmış olarak bulunmuştur. Çalışmamızda sunulan evlilikle ilgili oranlar ülkemizde şizofreni alanında yapılan çalışmalarda sunulan oranlarla benzerlik göstermektedir (12-14). Erkeklerde bekar olma oranı kadınlardan daha yüksektir. Kadınlarda ise boşanma oranı erkeklerden daha

Tablo 2. Hastaların ailesel ve klinik özelliklerinin cinsiyetlere göre karşılaştırılması.

Değişkenler	Kadın n (%) ±ss	Erkek n (%) ±ss	Toplam n (%) ±ss	p
Hastalık başlangıç yaşı				
Yaş	23.12±9.79	23.79±7.15	23.48±8.46	0.51
Hastalık süresi				
Süre (yıl)	14.32±9.83	14.50±10.28	14.42±10.06	0.50
Hastalık başlangıç yaş aralığı				
18 yaş ve altı	51 (%38.3)	39 (%25.3)	90 (%31.4)	0.017*
19-28 arası	43 (%32.3)	77 (%50.0)	120 (%41.8)	
29-38 arası	32 (%24.1)	29 (%18.8)	61(%21.3)	
39 yaş ve üstü	7 (%5.3)	9 (%5.8)	16 (%5.6)	
Hastanada yatarak tedavi görme sayısı				
İlk yatış	31 (%23.3)	14 (%9.1)	45 (%15.7)	0.003**
2-5 yatış	59 (%44.4)	72 (%46.8)	131 (%45.6)	
≥6 yatış	43(%32.3)	68 (%44.2)	111 (%38.7)	
Ailede şizofreni ve benzeri psikiyatrik bozukluk (1. derece ve/veya 2. derece yakın)				
Yok	67 (%50.4)	97 (%63.4)	164 (%57.1)	0.031*
Var	66 (%49.6)	57 (%37.0)	123 (%42.9)	
Sigara Kullanımı				
Yok	93 (%69.9)	37 (%24.0)	130 (%45.3)	<0.001 **
Var	40 (%30.1)	117 (%76.0)	157 (%54.7)	
Alkol Kullanımı				
Yok	129 (%97.0)	138 (%89.6)	267 (%93.0)	0.014*
Var	4 (%3.0)	16 (%10.4)	20 (%7.0)	
Madde Kullanımı				
Yok	129 (%97.0)	132 (%85.7)	261 (%90.9)	0.001**
Var	4 (%3.0)	22 (%14.3)	26 (%9.1)	
Adli öyküsü				
Yok	90 (%67.7)	106 (%68.8)	196 (%68.3)	0.83
Var	43 (%32.3)	48 (%31.2)	91 (%31.7)	
Vesayet davası	11 (%25.6)	5 (%10.4)	16 (%17.6)	0.39
Tedavi amaçlı	15 (%34.9)	15 (%31.2)	30 (%33.0)	
Suç ile ilgili	12 (%27.9)	16 (%33.3)	28 (%30.8)	
Diğer	2 (%4.7)	4 (%8.3)	6 (%6.6)	
İntihar girişimi				
Yok	75 (%56.4)	104 (%67.5)	179 (%62.4)	0.052
Var	58 (%43.6)	50 (%32.5)	108 (%37.6)	

yüksek olarak bulunmuştur (tablo 1). Bu oranlar istatistiksel bakımdan anlamlı farklar olarak yorumlanmasa da klinik bir anlam ifade etmektedir. Erkeklerde genel olarak hastalık başlangıç yaşının daha erken olması, evlenme çağından önce hastalığın ortaya çıkmış olması evlenme ihtimalini/kararını zorlaştırmaktadır. Bunun tersi olarak da kadınlarda evlilik çağında henüz hastalık belirtileri ortaya

çıkılmamış olduğundan evlilik kararı daha rahat alınabilmektedir. Ayrıca kadın hastaların sosyal işlevselliğinin daha iyi olması da bu durumu olumlu yönde desteklemektedir (18). Kadın hastaların evlenme oranı erkek hastalara göre yüksek olsa da yapılan çalışmalar kadın hastalarda gebeliklerin, çocuk sahibi olma ve bakım verme döneminin bir çok yönden kadın için zorlayıcı olduğunu, bu durumun da evliliği sür-

Tablo 3. Hastaların ailesel ve klinik özelliklerinin cinsiyetlere göre karşılaştırılması.

Değişkenler	Kadın n (%)	Erkek n (%)	Toplam n (%)	p
Geçmişte en az 1 ağızdan antipsikotik kullanımı/süre				
Yok	2 (%1.5)	2 (%1.3)	4 (%1.4)	0.88
Var	112	140	252	
1 yıldan az	57 (%50.9)	47 (%33.6)	104 (%41.3)	0.006 **
1 yıldan fazla	55 (%49.1)	93 (%66.4)	148 (%58.7)	
Görüşme sırasında en az 1 ağızdan antipsikotik kullanıyor olma/süre				
Yok	16 (%12.0)	14 (%9.1)	30 (%10.5)	0.41
Var	117	140	257	
1 yıldan az	75 (%64.1)	87 (%62.1)	162 (%63.0)	0.74
1 yıldan fazla	42 (%35.9)	53 (%37.9)	95 (%37.0)	
Geçmişte en az 1 depo antipsikotik kullanımı/süre				
Yok	55 (%41.4)	44 (%28.6)	99 (%34.5)	0.023 *
Var	78	110	188	
1 yıldan az	48 (%61.5)	46 (%41.8)	94 (%50.0)	0.008 **
1 yıldan fazla	30 (%38.5)	64 (%58.2)	94 (%50.0)	
Görüşme sırasında en az 1 depo antipsikotik kullanıyor olma /süre				
Yok	70 (%52.6)	84 (%54.5)	154 (%53.7)	0.74
Var	63	70	133	
1 yıldan az	52 (%82.5)	53 (%75.7)	105 (%78.9)	0.33
1 yıldan fazla	11 (%17.5)	17 (%24.3)	28 (%21.1)	
Elektokonvulsif tedavi				
Yok	88 (%66.2)	110 (%71.4)	198 (%69.0)	0.41
0-6 seans	13 (%9.8)	9 (%5.8)	22 (%7.7)	
7 seans ve üstü	32 (%24.1)	35 (%22.7)	67 (%23.3)	
İlaç tedavisi uyumu				
İyi	64 (%48.1)	42 (%27.3)	106 (%36.9)	0.001**
Orta	44 (%33.1)	67 (%43.5)	111 (%38.7)	
Kötü	25 (%18.8)	45 (%29.2)	70 (%24.4)	

dürmede güçlükler yaratabildiğini belirtmişlerdir (19). Sonuç olarak kadın ve erkeğin evlilikteki kültürel rollerine bakıldığında toplumda, şizofreni hastalarının evlenmesi ve evliliği sürdürmesi ile ilgili bir takım zorlayıcı faktörler vardır. Çoğu erken yaşta başlayıp kronik seyir gösteren şizofreni hastalığı hasta grubumuz özelinde baktığımızda hayatın her alanında olduğu gibi evlilik konusunda da zorlanmalarına neden olmuştur.

Doğum ve yaşam yerleri incelendiğinde hastaların %59.9'unun kırsal alanda, %40.1'inin ise şehir merkezinde doğduğu bulunmuştur. Şimdiki yaşam yerleri incelendiğinde hastaların %14.3'ü köyde yaşarken, %5.9'u beldede, %25.4'ü ilçede, %55.4'ü ise il merkezinde yaşamlarına devam etmektedirler. Kırsal alandan kentsel bölgeye göçe işaret eden sonuçların bir kaç anlamı olabilir. Nedensellik bağ-

lamında baktığımızda hastalarımızın bir kısmı (%18.8) şehirlerde olan bakım merkezlerinde yaşamaktadırlar. Bu sayının şehir lehine artmış olmasında son yıllarda bakım merkezlerinin açılmış olmasının katkısı büyüktür. Sonuç bağlamında değerlendirdiğimizde ise göç olarak tanımlayabileceğimiz yaşam alanlarının kırsaldan kente değişmiş olması hastalık seyrini nasıl etkilemiş olabilir sorusunu akla getirmektedir. Bakım merkezlerinde kalan psikotik bozukluğu olan hasta grubu ile aileleri ile yaşayan hasta grubunu sosyodemografik özellikler, depresyon ve yaşam kalitesi bakımından karşılaştırıldığı bir çalışmada bakım merkezlerinde kalan hastaların depresyon puanları yüksek, işlevsellik değerlendirmeleri birçok alanda düşük bulunmuştur (20).

Eğitim durumları değerlendirildiğinde 8 yıl üstünde eğitim alan hastaların oranının (%39,0) oldukça düşük olduğu

gözenmektedir. Çalışma durumu bakımından incelendiğinde erkek hastaların çalışma oranı kadın hastalara göre anlamlı yüksek olsa da (%6.0-%15.6) toplamda %81.2 oranında hastanın çalışmadığı bulunmuştur. Eğitim düzeyinin düşük olması ve işsizlik hastaların hayatında önemli bir sorun olarak durmakta hastaların ailelerine bağımlı bir hayatı sürmelerine sebep olmaktadır. Aileleriyle yaşıyor olma durumları bir yandan bireysel bir hayat süremiyor olmaları bakımından olumsuz bir sonuç olarak yorumlanabilse de bir yandan da ailelerinden sosyal destek alabilmeleri yönünde olumlu bir sonuçtur. Ülkemizin kültürel aile yapısından kaynaklanan bu durum, aile ile yaşama, farklı kültürlerde yapılan çalışmalarda farklı oranlarda ortaya çıkmaktadır (6). Çalışmamızda şizofreni hastalarının sadece %4.9'unun yalnız yaşayabildiği, %52.6'sının ebeveynleri ile, %23.7 oranında hastanın da eşi ile beraber kaldığı gösterilmiştir. Eşi ile kalan hasta oranının %23.7 olması ama evli olan hasta oranının %31.0 olması hastalarımızın evli olmalarına rağmen ya ebeveynleri ile ya da bakım merkezlerinde yaşıyor oldukları şeklinde yorumlanabilir.

Hastaların ailesel ve klinik özellikleri incelendiğinde (Tablo 2) ailede 1. derece ve/veya 2. derece yakınlarında şizofreni ve benzeri psikotik bozukluk olma oranı %42.9 olarak bulunmuştur. Kadın şizofreni hastalarının ailede şizofreni ve benzeri hastalık bulunma oranı (%49.6) erkek hastaların oranından (%37.0) yüksek bulunmuştur. Cinsiyet farkı gözetmeksizin dahi bulunan oran (%42.9) hastalığın genetik geçişi ile ilgili edindiğimiz bilgiler ile benzer özelliktedir (4,5)

Çalışmamızda ortalama hastalık başlangıç yaşı 23.48 ± 8.46 , ortalama hastalık süresi 14.42 ± 10.06 olarak saptanmıştır. Her iki değişken için de cinsiyetler arası bir fark bulunmamıştır. Ancak hastalık başlangıç yaşı, yaş grupları olarak incelendiğinde kadın hastaların 18 yaş ve altında hastalık başlama oranının (%38.3) erkek hastalardan (%25.3) yüksek olduğu bulunmuştur (tablo 2). Bu bulgu erkeklerde şizofreni başlangıcının kadınlardan daha erken yaşlarda olduğu bilgisi ile çelişmektedir (12,21,22). Bu farklılığa neden olan faktör olarak çalışma grubunun yatan hastalardan oluşması, toplumu temsil eden bir örneklem olmayışı düşünülmektedir. Hastaların %15.7'sinin ilk hastane yatışı iken %45.6'sının yatış sayısı 2-5 arasında değişmekteydi; %38.7'sinin ise yatışı 6 kezden yüksek sayıdaydı. Hastaneye ilk kez yatış yapmış olan hastaların %71.1'inin ilaç uyumu iyi düzeyde iken, %22.2'sinin orta düzeyde ve %6.7'sinin ise kötü düzeyde olduğu belirlenmiştir. Altı kereden daha fazla sıklıkta hastanede yatan kişilerin %28.8'inin ilaç uyumu iyi düzeyde, %36.9'unun orta düzeyde, %34.2'sinin ise kötü düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Hastaların, hastanede yatış sıklıkları ile ilaç uyumsuzluğu arasında zayıf bir ilişki olmakla beraber istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bu-

lunmuştur. Tedavi uyumu bozuldukça alevlenme sayısının artması ve dolayısıyla hastane yatış sayılarının artması bilgilerini destekler nitelikte olan bu bulgular hastaların tedavide uyumlarını arttırmaya yönelik yapılabilecek psikofarmakolojik ve psikososyal tüm müdahalelerin önemine vurgu yapmaktadır.

Hastaların sigara, alkol ve madde kullanımı değerlendirildiğinde her üç değişken bakımından kullanım oranları literatür ile uyumlu olarak erkeklerde daha yüksek olarak bulunmuştur (23,24). Adli olarak değerlendirilme hastaların %31.7'sinde yapılmışken bu incelemenin kapsamı hasta yakınları tarafından vesayet davası (%17.6), tedavi amaçlı başvuru (%33.0), bir suç ile ilgili (%30.8) ve diğer (%6.6) olarak ifade edilmiştir. Benzer çalışmalarda erkek hastalarda suç öyküsü daha yüksek bulunurken çalışmamızda adli olarak değerlendirilme kapsamında herhangi bir değişikende cinsiyetler arası fark bulunmamıştır (14).

Şizofrenide intihar riski toplum genelinden 20-50 kat yüksektir. Araştırmalar şizofrenlerin %30 -%40'ında intihar düşüncesi, %20-40'ında intihar girişimi olduğunu, %10-13'ünde intihar sonucu ölüm olduğunu göstermektedir (25,26). Çalışmamızda en az bir kez herhangi bir yöntem ile intihar girişiminde bulunan hastalar %37.6 oranında bulunmuştur, cinsiyetler arasında farka bakıldığında kadın hastaların intihar girişimi oranı (%43.6) erkek hastaların oranından (%32.5) yüksek bulunmuştur. İntihar girişimi oranları, çalışmamızda, literatürle uyumlu şekilde yüksek olarak bulunmakla beraber cinsiyet farklılığı konusunda bulgular örtüşmemektedir (27,28). Şizofrenide intihar için erkek cinsiyet risk faktörleri arasında yer almaktayken çalışmamızda kadın hastaların intihar oranları daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda hastaların tedaviye ait özelliklerine bakılarak geçmişte ve halihazırda ağızdan ve depo/uzun etkili antipsikotik ilaç kullanımları değerlendirilmiştir. Hastaların %98.6'sı geçmişte ağızdan en az bir antipsikotik tedavi kullanmışken %65.5'i depo/uzun etkili antipsikotik bir tedaviyi en az bir kez kullanmış olarak bulunmuştur. Şizofreni hastalığının tedavisinde genellikle antipsikotik ilaçların ağızdan kullanılan formları tercih edilmekte, hastaların yaklaşık %15'ine idame antipsikotik tedavisi olarak; depo formlar uygulanmaktadır (29). Çalışmanın sonuçları araştırma grubunun ilaç kullanım özelliklerinin önceki bilgileri destekler nitelikte olduğunu göstermektedir (29,30). Hastaların hemen hemen hepsi geçmişte ağızdan ilaç tedavisi almışlar ancak tedavi alanlar arasında %41.3'ü ağızdan antipsikotik tedaviyi 1 yıldan kısa bir süre kullanmış. Benzer şekilde depo/uzun etkili antipsikotik tedaviler önerilen hastaların %50'si ise 1 yıldan kısa bir sürede tedaviyi bırakmış olarak bulunmuştur. Hastalarımızın ilaç kullanım oranları ile benzer şekilde literatürde yatarak tedavi sonrası ilk yıl, antipsikotik tedaviyi bırakan hasta oranının %50'ye ulaştığı sunul-

maktadır (31-33). Araştırma grubu hastalarının herhangi bir ağızdan ya da depo/uzun etkili tedaviye ulaşmakta problem yaşamadığı ancak tedaviyi sürdürme noktasında istikrarlı olmadığı bulunmuştur. Tedavi uyumsuzluğuna yol açan faktörlerin daha iyi anlaşılması bu konuda çözüm yolları üretilmesinde yardımcı olacağı düşünülmektedir.

Sonuç

Şizofreni hastalığında, hastalığa ait yatkınlaştırıcı faktörlerin, hastalığın yönetiminde kullanılan kaynakların, tedavinin ve tedavisizliğin sonuçlarının ve birçok faktörün daha iyi anlaşılması ve sorunlara uygun çözüm yollarının geliştirilmesi hastalığın bireylerin, ailelerin üzerilerindeki yükünü hafifletmeye katkı sağlayacaktır. Bu katkının kültüre özgü olması ülkemizde çok merkezli iyi planlamalar yapılarak yürütülecek toplum temelli araştırmalar yapılması ihtiyacı doğurmaktadır.

Bu çalışmanın ön verileri 50. Ulusal Psikiyatri Kongresinde poster bildirisi olarak sunulmuştur.

Kaynaklar

1. Kültür S, Mete L, Erol A. Psikiyatri Temel Kitabı, Şizofreni (çev. ed.; Köroğlu E, Güleç C), 2. baskı, Ankara, HYB Basın Yayın, 2007 s:184.
2. Cannon M, Jones P. Schizophrenia. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry* 1996;61:604-613.
3. Kocal Y, Karakuş G, Sert D. Şizofreni: Etiyoloji, klinik özellikler ve tedavi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi* 2017;26(2):251-267.
4. Mortensen PB, Pedersen MG, Pedersen CB. Psychiatric family history and schizophrenia risk in Denmark: which mental disorders are relevant? *Psychological Medicine* 2010;40:201-210.
5. Van Os J ve Kapur S. Schizophrenia. *Lancet* 2009;374(9690):635-45.
6. Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G, Anker M, Korten A, Cooper JE et al. Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. *A World Health Organization ten-country study. Psychol Med Monogr Suppl* 1992;20:1-97.
7. Saha S, Chant DC, Welham J, McGrath JJ. A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS Med* 2005;2:e141.
8. Saha S, Chant DC, Welham JL, McGrath JJ. The incidence and prevalence of schizophrenia varies with latitude. *Acta Psychiatr Scand* 2006;114:36-39.
9. Aydın A, Eker SS, Cangır A, Sarandöl A, Kırılı S. Şizofreni hastalarında bakım veren külfet düzeyinin sosyodemografik değişkenler ve hastaların özellikleri ile ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2009;46 özel Sayı:10-14.
10. Binbay T, Ulas H, Elbi H, Alptekin K. Türkiye'de psikoz epidemiyolojisi: yaygınlık tahminleri ve başvuru oranları üzerine sistematik bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2011;22:40-52.
11. Binbay T, Alptekin K, Elbi H, Zağlı N, Drukker M, Tanık FA ve ark. İzmir Kent merkezinde şizofreni ve psikotik belirtili bozuklukların yaşamboyu yaygınlığı ve ilişkili oldukları sosyodemografik özellikler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2012;23(3):149-60.
12. Karamustafaoğlu N, Atalay H, Atalay F, Alpay N. Şizofrenide sosyodemografik ve klinik özellikler açısından cinsiyet farklılıkları. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 2000;13(1):4-11.
13. Belli H, Özçetin A, Ertem Ü, Alpay E, Bahçebaşı T, Kıran ÜK ve ark. Şizofreni hastalarında bazı sosyodemografik özellikler ve tedavi ile ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007;8:102-112.
14. Kocal Y, Karakuş G, Tamam L. Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören şizofreni hastalarının sosyodemografik ve klinik özellikleri. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2017;20:104-113.
15. Aykut DS. Şizofreni hastalarında hastalık süresinin klinik özelliklere etkisi. *Klinik Psikiyatri* 2017;20:301-307.
16. Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV)* (Çev. ed.: E Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1998.
17. Brent DA, Melhem N. Familial transmission of suicidal behavior. *Psychiatr Clin North Am* 2008 31(2):157-177.
18. Mueser KT, Bellack AS, Morrison RL, Wixted JT. Social competence in schizophrenia: premorbid adjustment, social skill, and domains of functioning. *J Psychiatr Res* 1990;24(1):51-63.
19. Pehlivan K. Psikiyatrik kadın hastalarda evlilik ve ebeveyn olma: bir gözden geçirme. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 2006;19(3):143-154.
20. Ertekin H, Er M, Özayhan HY, Yayla S, Akyol E, Şahin B. Bakım evinde kalan şizofreni hastalarında yaşam kalitesi ve depresyon. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 2015;28:213-221.
21. Usall J, Araya S, Ochoa S, Busquets E, Gost A, Márquez M; Assessment Research Group in Schizophrenia (NEDES). Gender differences in a sample of schizophrenic outpatients. *Compr Psychiatry*. 200;42(4):301-5.
22. Riecher-Rössler A, Hafner H. Gender aspects in schizophrenia: bridging the border between social and biological psychiatry. *Acta psychiatr Scand* 2000; 102(Suppl.407):58-62.
23. Dilbaz N, Darçı AE. Şizofreni ve madde kullanım bozukluğu eş tanılı hastalarda tedavi. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology* 2011;21:80-90.
24. Uludağ YT, Güleç G. Şizofreni tanısı almış hastalarda madde kullanım yaygınlığı. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2016;53:4-10.
25. Harkavy-Friedman JM, Restifo K, Malaspina D ve ark. (1999) Suicidal behavior in schizophrenia: characteristics of individuals who had and had not attempted suicide. *Am J Psychiatry* 156: 1276-8.
26. Kim CH, Jayathilake K, Meltzer HY (2003) Hopelessness, neurocognitive function, and insight in schizophrenia: relationship to suicidal behaviour. *Schizophrenia Res* 60: 71-80.
27. Güleç G. Psikiyatrik Bozukluklar ve İntihar. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics* 2016;9(3):21-5.
28. Çetin Ö, Eker SS. Şizofreni ve özkıyım. *Psikiyatride güncel yaklaşımlar* 2011;3(4):611-627.
29. Olsson M, Marcus SC, Ascher-Svanum H. Treatment of schizophrenia with long-acting fluphenazine, haloperidol, or risperidone. *Schizophr Bull* 2007;33(6):1379-87.
30. Yıldız M, Cerit C. Antipsychotic drug use pattern for patients with schizophrenia in an outpatient clinic in Turkey: A retrospective study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* 2004;8:41-45.
31. Waddell L, Taylor M. Attitudes of patients and mental health staff to antipsychotic long-acting injections: systematic review. *The British Journal of Psychiatry* 2009;195(52):43-50.
32. Ereshefsky L, Mascarenas CA. Comparison of the effects of different routes of antipsychotic administration on pharmacokinetics and pharmacodynamics. *J Clin Psychiatry* 2003;64 Suppl 16:18-23.
33. Çobanoğlu ZÜ, Aker T, Çobanoğlu N. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum sorunları. *Düşünen Adam* 2003;16(4):211-218.