

Şizofreni hastalarında bazı sosyodemografik özellikler ve tedavi ile ilişkili etkenler

Hasan BELLİ,¹ Adnan ÖZÇETİN,² Ümit ERTEM,³ Emrehan ALPAY,⁴ Talat BAHÇEBAŞI,⁵ Ü. Kemal KIRAN,¹ A. Fuat BAYKIZ,⁶ Yılmaz BAYIK¹

ÖZET

Amaç: Ülkemizin daha az gelişmiş ve geniş aile sisteminin yaygın olarak yaşandığı Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgesinde yaşayan şizofreni hastalarını ele aldığımız çalışmamızın amaçları; şizofreni alt tiplerine göre hastaların sosyodemografik ve hastalığın klinik özelliklerini tanılamak, tedavide ilaç seçimi ve tedavi sürecini etkileyen etkenleri ve şizofreni hastalarında madde kullanım örüntüsünü belirlemektir. **Yöntem:** Çalışmaya Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'ne aileleriyle birlikte ayaktan başvuran ve yatırılarak tedavi edilmesine karar verilen, DSM-IV tanı ölçütlerine göre şizofreni tanısı konan 15-65 yaş arasında 329 erkek, 134 kadın olmak üzere toplam 463 hasta alındı. **Bulgular:** Hastalarımızın %87.5'i çalışmıyor, %26.3'ü okuryazar değil, %36.7'si ilkokul mezunuydu. Tüm hastaların %84.7'si alt gelir düzeyinde ve %60.3'ü bekardı. Hastalarımızın %62.4'ü paranoid, %22.7'si dezorganize, %8.2'si rezidüel ve %6.7'si farklılaşmamış şizofreni alt tip ölçütlerini karşılamaktaydı. Hastaların %17.1'i herhangi bir madde kullanmazken, %76.0'sı sigara kalan diğer hastalar ise sigara ile birlikte alkol ve/veya esrar kullanmaktaydı. Tedavi başlarken ilk tercih edilen ilaç %95.9 ile tipik antipsikotikler olup son kullanılan ilaç seçiminde bu oran %76.3'e düşmekteydi. **Tartışma:** Hasta grubumuzda tipik antipsikotiklerin birinci tercih olması sürmektedir. Düzenli ilaç kullanımı hastanın hastaneye yatış sayısı ile güçlü pozitif; yaş, ailesiyle birlikte yaşama, tedavi süresi ve evli olma ile zayıf pozitif ilişkili görünüyordu. Hastanın hastane ya da hekimle sürekli iletişim içinde olması ve yakınlarından aldığı sosyal destek tedaviye olumlu katkı sağlamaktadır. Madde kullanımı, meslek, düşük ekonomik düzey, kullanılan ilk ilaç arasında görülen negatif ilişki düzenli ilaç kullanımını engellemekte gibi görünmektedir. Aile ve yakın çevrenin hastaya verdiği sosyal destek ve yine kültürümüzün önemli bir özelliği olan madde kullanımını engelleyici yönünü kullanarak tedaviye uyumu artırabiliriz. Kısıtlı ekonomik olanaklarımızı yan etkisi daha az ve negatif belirtilere daha etkili atipik antipsikotikleri kullanma oranını artırma yönünde kullanarak hastaların yaşam kalitelerini de yükseltip üretkenliklerini artırabiliriz. (*Anadolu Psikiyatri Dergisi 2007; 8:102-112*)

Anahtar sözcükler: Şizofreni, sosyodemografik değişkenler, antipsikotik tedavi, madde

Some sociodemographic features and factors associated with treatment in patients with schizophrenia

ABSTRACT

Objective: To define clinical features and sociodemographic characteristics of patients with schizophrenia

¹ Uzm.Dr., ³ Psk., Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, ELAZIĞ

² Yrd.Doç.Dr., Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, DÜZCE

⁴ Psk., Elazığ Devlet Hastanesi

⁵ Yrd.Doç.Dr. Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, DÜZCE

⁶ Uzm.Dr., Asker Hastanesi, ELAZIĞ

Yazışma adresi: Dr. Adnan ÖZÇETİN, Düzce Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri ABD, 81620 Konuralp/DÜZCE

E-posta: adozcetin@gmail.com; adozcetin@yahoo.com

according to disease subgroups in the less developed East and South-Eastern regions of Turkey where people live in wide family systems, to determine the factors affecting treatment including drug selection and to figure out substance abuse pattern. **Methods:** Three hundred and twenty nine are male and 134 female, total 463 patients with ages ranging from 15-65 who presented to the state hospital outpatient clinic together with their families and who were decided to be admitted and treated inpatiently were included in this study. **Results:** 87.5% of the patients were unoccupied, 26.3% were not able to read or write and 36.7% were primary school graduate. 84.7% of the patients were from lower socioeconomic group and 60.3% were single. 62.4% of the patients met the diagnosis criteria for paranoid, 22.7% disorganized, 8.2% residual and 6.7% undifferentiated types of schizophrenia diagnosis. 17.1% have not used any substance while 76.0% were smoking and the remaining was smoking in addition to alcohol and/or marihuana. Typical antipsychotics were the first choice in drug selection at the beginning of treatment with a percentage 95.9 (n=444) and this rate decreased to 76.3% in long term management. **Discussion:** Typical antipsychotics remained as the first choice in the treatment of our patients. Regular medication use seemed shows strong positive relation to hospitalization number but showed weak positive relation to age, living with the family, duration of treatment and being married. In other words, patients' being in constant relationship with his/her physician and receiving social support from their relatives had positive input in the treatment. Negative relation between the first used medication and substance abuse, occupation, low socioeconomic status seemed to prevent regular use of medications. We can increase compliance by using the support given by the family and the close social relationships as well as our culture's avoidance type impact on substance abuse. We can also increase life quality and productivity of our patients by directing our limited economical reserves toward use of atypical antipsychotics which have less side effects and more effect on negative symptoms of the disease. (*Anatolian Journal of Psychiatry* 2007; 8:102-112)

Key words: schizophrenia, sociodemographic features, treatment, substance

GİRİŞ

Şizofreni kadın ve erkeklerde eşit oranlarda görülmesine karşın, başlangıç yaşı, aile öyküsü, klinik görünüm, gidiş ve tedavi yanıtı açısından cinsiyet farklılıkları göstermektedir.¹ Şizofrenide cinsiyetler arasında en sık bildirilen fark, başlangıç yaşının erkeklerde kadınlara göre daha erken olduğu yönündedir.^{2,3} Türkiye'de 502 hastayla yapılan bir araştırmada, ortalama başlangıç yaşının erkeklerde 23.1, kadınlarda 25.1 yaş olduğu bildirilmiştir.⁴ Batı Avrupa'da 1054 hastanın incelendiği bir araştırmada bozukluğun erkeklerde kadınlardan 2.2 yıl daha erken başladığı bildirilmiştir.⁵

Kadın şizofreni hastalarında hastaneye ilk yatış yaşı erkeklere göre daha geç, yatış sayısı ve alevlenme oranları daha azdır.^{6,7} Angermeyer ve ark. ise, 603 hastayı kapsayan çalışmalarında, hastaneye yatış sayısı açısından cinsiyetler arasında bir fark bulmamıştır.⁸ Şizofreni hastaları arasında bekar kalma ya da boşanma oranlarının yüksek olduğu bildirilmiştir.^{1,6}

Bhugra ve ark. Londra'daki şizofreni hastası olan Afrikalılarda işsizlik oranlarını, genel popülasyona ve diğer şizofreni tanısı konmuş İngiliz hastalara göre oldukça yüksek bulmuştur.⁹ Afrika kökenli hastalarda bu oran yaklaşık %80 olarak saptanmıştır. Bazı çalışmalarda işsizlik oranlarının erkeklerde daha fazla olduğu bildirilmiştir.⁶ Bazı çalışmalarda cinsiyetler arasında bir fark bulunmamıştır.^{1,2}

Şaylan ve ark.nın Türkiye'nin 7 bölgesinden

602 hastayı kapsayan, 3 yıllık, uzunlamasına, ayaktan izlenen, müdahalesiz doğal gözlem çalışmalarında ilk 6 ayda hastaların %86.1'inin tipik antipsikotikleri kullandıklarını bulmuştur. Bu gözlem çalışmasının sonunda, hastaların yaklaşık %80'inde hala tipik antipsikotiklerin kullanımının sürdürüldüğü görülmüştür.¹⁰ Batı Avrupa'da bu oran nerede ise tam tersidir. Örneğin, Batı Avrupa'da yapılan bir araştırmada atipik antipsikotiklerin %73.1 oranında kullanıldığı belirlenmiştir. Bu oranın, bildirilen diğer oranlarla uyumlu olduğu belirtilmiştir.¹¹ Şaylan ve ark. hastaların büyük bir kısmının işsiz olduğunu, öz bakımlarını büyük oranda kendilerinin yapmadıklarını saptamıştır. Bunlarla birlikte hastalarda, madde ve alkol bağımlılığının ya da kötüye kullanımının ciddi bir sorun oluşturmadığı bildirilmiştir.¹⁰ Oysa gelişmiş Batı ülkelerinde bildirilen oranlar, burada yaşamakta olan şizofreni hastalarında bu durumun ciddi sorunlar oluşturduğunu göstermektedir. Mueser ve ark. alkol kullanım bozukluğu ek tanısının şizofreni hastalarında %12.3-50 arasında değiştiğini bildirmiştir. Bu gözden geçirme yazısında, alkol ve/veya madde kullanım bozukluğu ek tanısı konan şizofreni hastalarının oranı ise %10-70 arasında değişmektedir.¹² Bir başka gözden geçirme çalışmasında, 20 çalışmada değerlendirilen 1512 şizofreni hastasının %26.5'inde madde kullanımının varlığı tanımlanmıştır.¹³ Bir diğer madde kullanımı olarak tütün kullanımı önemsenbilir. Batı ülkelerinde yapılan araştırmalarda, sigara içme sıklığı genel toplumda %25 iken, şizofreni hastalarında %70 olduğu bildi-

rilmektedir. Bir başka araştırmada bu oran %88 olarak belirlenmiştir.^{14,15} Karşıdağ ve ark. 502 şizofreni hastasında bu oranı %72.3 olarak bulmuştur.⁴ Bu araştırmada kadın ve erkek oranları birbirine yakın bulunmuştur.

Görüldüğü gibi, şizofreni hastalarını içeren araştırmalar genelde gelişmiş Batı ülkelerinde, bizim ülkemizde ise Batı bölgelerimizde yapılmıştır. Ülkemizin sosyoekonomik olarak en az gelişmiş bölgelerinden birisi olarak bilinen, kendine özgü kültürel bir yapıya sahip Doğu coğrafyamızı örnekleyen çok kapsamlı bir araştırmaya rastlanmamıştır.

Ülkemizin daha az gelişmiş ve geniş aile yapısının yaygın olarak yaşandığı Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgesinde yaşayan şizofreni hastalarını ele aldığımız çalışmamızın amaçları, şizofreni alt tiplerine göre hastaların sosyodemografik ve hastalığın klinik özelliklerini tanılamak, tedavide ilaç seçimi ve tedavi sürecini etkileyen etkenleri belirlemek, şizofreni hatsalarında madde kullanım örüntüsünü belirlemektir.

YÖNTEM

Örneklem

Bu araştırma, Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde, Kasım 2004-Ekim 2005 tarihleri arasında yapılmıştır. Çalışmayı yaptığımız hastane ülkemizin Doğu ve Güneydoğu bölgesinde bulunan 22 kenti kapsayan bölge psikiyatri hastanesidir. Psikiyatri hastalarına ayaktan ve yatırılarak tedavi hizmeti verilmektedir. Altı yüz yatak kapasitelidir. Planladığımız çalışma için etik kurul onayı alındı. Çalışmaya aileleriyle birlikte ayaktan başvuran ve yatırılarak tedavi edilmesine karar verilmiş, DSM-IV tanı ölçütlerine göre şizofreni tanısı konan 15-65 yaş arasında 329 erkek, 134 kadın toplam 463 hasta alınmıştır.¹⁶ Ciddi bir organik hastalığı olma, aile bireylerinin ve hastaların sorulan sorulara yanıt vermesini engelleyecek düzeyde bilişsel işlev kaybının bulunması dışlama ölçütleriydi.

Araçlar

Bu çalışmada bilgiler öncelikle hastaların yakınlarından, daha sonra hastalardan elde edilmiştir. Hastalar yatırıldıktan sonra, hastaların klinik durumu düzeline kadar beklenmiş, sorulan sorulara yanıt verebilecek bilişsel duruma gelenlerden bilgiler alınmıştır. Ek olarak geriye dönük, daha önceki yatış dosyaları incelenmiştir. Bilgi edinmede, Türkçe algılama ve konuşma sorunları olanlarla çevirmen aracılığıyla görüşmeler yapılmıştır. Daha önceden veri

kayıt formu hazırlamıştır. Bu kayıt formunun birinci bölümünü hastanın yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, yaşadığı yer, eğitim durumu, sosyoekonomik düzeyi, iş durumu, kiminle yaşadığı bilgilerini öğrenmeyi amaçlayan sorular oluşturmuştur. İkinci bölüm ise, şizofreni hastalarının bazı klinik özelliklerini içeren sorulardan oluşmaktaydı. Bu sorular, aile bireylerinde psikiyatrik tanı varlığı (burada yatırılarak tedavi gerektirecek düzeyde şiddetli), hastalığın kaç yıl önce başladığı, kaç yıldır tedavi gördüğü, kaç kez hastaneye yatırılarak tedavi gördüğü, şizofreninin alt tipi, kullandıkları antipsikotiklerin tipleri iki nokta belirtilerek tedaviye ilk başlanan ilaç, en son kullanmakta olduğu ilaç şeklinde oluşturulmuştur. Bu bölümde diğer alt başlık, ilaçları düzenli kullanıp kullanmadığı şeklinde düzenlenmiştir. Üçüncü bölüm ise alkol-madde ve tütün kullanımıyla ilgiliydi. Bu bölümde kullanıp kullanmadıkları, kullanıyorlarsa ne kullandıkları sorulmuştur.

Uygulama

Psikiyatri polikliniğine yapılan ardışık başvurular içinden, hastalarıyla birlikte gelen ve koşulları karşılayan bireylerin yakınlarına çalışma hakkında bilgi verilmiş, onayları alınmıştır. Daha sonra hastalardan da onay alınmıştır. Aile yakınlarından bilgiler psikiyatri uzmanları tarafından alınmış, daha sonra hastalardan alınan bilgiler ve klinik gözlemler sonucu veri formları doldurulmuştur. Tüm veriler, kişilerle yüz yüze görüşme yoluyla ve arşiv kayıtları taranarak elde edilmiştir.

İstatistiksel yöntem

Elde edilen bilgiler SPSS-PC 11.0 istatistik programında oluşturulan veri tabanına aktarılmıştır. Hastaların özelliklerini tanımlayıcı analiz ile, iki grup arasındaki fark χ^2 testi, ikiden fazla grup karşılaştırmalarında Kruskal-Wallis yöntemi ile ve gruplar arası ilişki Spearman korelasyon analizi ile değerlendirildi. Anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

BULGULAR

Genel özellikler

Çalışmaya katılan hastalarımızın %61.3'ü 21-40 yaş grubunda ve yaş ortalaması 36.49 ± 10.09 (erkek 36.48 ± 10.15 ve kadın 36.50 ± 9.98) yıl; %87.5'i çalışmıyor, %26.3'ü okuryazar değil, %36.7'si ilköğretim mezunuydu. Hastaların %84.7'si alt gelir düzeyinde ve %60.3'ü bekarı. Evli olan 142 hastanın %45.1'inin çocuğu yoktu. Hastalarımızın %72.9'u 5 ve daha fazla kardeşe

Tablo 1. Şizofreni tanısı konan hastaların cinsiyete göre farklılık gösteren sosyodemografik özellikleri

Değişkenler	Erkek		Kadın		Toplam		χ^2	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Cinsiyet	329	71.1	134	28.9	463	100		
Eğitim							38.44	<0.001
Okuryazar değil	63	19.1	59	44.0	122	26.3		
Okuryazar	43	13.1	21	15.7	64	13.8		
İlkokul	130	39.5	40	29.9	170	36.7		
Ortaokul	35	10.6	6	4.5	41	8.9		
Lise	52	15.8	7	5.2	59	12.7		
Üniversite	6	1.8	1	0.7	7	1.5		
Meslek							18.16	=0.006
Çalışmıyor	287	87.2	118	88.1	405	87.5		
Emekli	10	3.0	1	0.7	11	2.4		
Memur	7	2.1	-	-	7	1.5		
İşçi	5	1.5	-	-	5	1.1		
Serbest meslek	18	5.4	15	11.2	33	7.2		
Öğrenci	2	0.6	-	-	2	0.4		
Medeni durum							31.66	<0.001
Evli	95	28.9	47	35.1	142	30.7		
Bekar	218	66.3	61	45.5	279	60.3		
Boşanmış	12	3.6	15	11.2	27	5.8		
Dul	4	1.2	11	8.2	15	3.2		
Çocuk sayısı							18.91	=0.002
Yok	43	38.7	40	54.8	83	45.1		
1	6	5.4	9	12.3	15	8.2		
2	19	17.1	5	6.8	24	13.0		
3	11	9.9	5	6.8	16	8.7		
4	6	5.4	9	12.3	15	8.2		
5 ve üstü	26	23.4	5	6.8	31	16.8		
Madde kullanımı							79.31	<0.001
Yok	25	7.6	54	40.3	79	17.1		
Sigara	272	82.7	80	59.7	352	76.0		
Sigara+alkol	22	6.7	-	-	22	4.8		
Sigara+esrar	5	1.5	-	-	5	1.1		
Sigara+esrar+alkol	5	1.5	-	-	5	1.1		

Sahipti; %38.7'si kentte, %61.3'ü kasaba ve köyde yaşıyordu. Toplam 118 hastanın 103'ünün şizofreni tanısı konan 1. derece ve 15'inin 2. derece yakını vardı. Hastalarımızın sadece %17.1'i herhangi bir madde kullanmazken, %76.0'sı sigara, kalan diğer hastalar ise sigara ile birlikte alkol ve/veya esrar kullanmaktaydı.

Tedavi başlarken ilk tercih edilen ilaç %95.9 oranında tipik antipsikotikler (Bunlardan da en fazla tercih edilen %91.1 oranında haloperidol) olup son kullanılan ilaç seçiminde bu oran %76.3'e düşmekteydi. Ancak yine de tipik antipsikotikler birinci tercih olmayı sürdürmektedir (%63.8 ile en çok haloperidol). Ortalama tedavi süresi 11.60±8.88 yıldır (erkek 12.71±9.17 ve

kadın 8.86±7.46) ve %54.7'si 1-10 yıl, %18.6'sı 20 yıldan uzun süredir tedavi görmekteydi. Ortalama hastaneye yatış sayısı 10.21±7.42 (erkek 11.16±7.67 ve kadın 7.87±6.19) kezdi; %36.5'i 1-5 kez hastaneye yatarken, %10.2'si 20 kezden fazla hastaneye yatmıştı.

Cinsiyete göre özellikler

Erkeklerin eğitim düzeyi ve bekar oranı kadınlardan daha yüksekti. Evli kadınların %54.8'i çocuksuz, erkeklerin %23.4'ünün 5 ve daha çok çocuğu vardı. Hem erkek, hem de kadınlarda yalnız yaşayanların oranı oldukça düşük olup erkeklerin %86.6'sı, kadınların %92.5'i ailesiyle yaşamaktadır.

106 Şizofreni hastalarında bazı sosyodemografik özellikler ve tedavi ile ilişkili etkenler

Tablo 2. Şizofreni tanısı alan hastaların cinsiyete göre farklılık gösteren hastalık özellikleri

Değişkenler	Erkek		Kadın		Toplam		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
Toplam	329	71.1	134	28.9	463	100		
Hastalığın başlangıç yaşı							64.03	<0.001
25 ve altı	241	73.3	44	32.8	285	61.6		
26 ve üstü	88	26.7	90	67.2	178	38.4		
Tedavi süresi (yıl)							14.52	0.006
1-5	91	27.7	58	43.3	149	32.2		
6-10	74	22.5	30	22.4	104	22.5		
11-15	52	15.8	18	13.4	70	15.1		
16-20	40	12.2	14	10.4	54	11.7		
21 ve üstü	72	21.9	14	10.4	86	18.6		
Hastaneye yatış sayısı							22.30	<0.001
1-5 kez	101	30.7	68	50.7	169	36.5		
6-10 kez	73	22.2	27	20.1	100	21.6		
11-15 kez	66	20.1	19	14.2	85	18.4		
16-20 kez	46	14.0	16	11.9	62	13.4		
21 ve üstü	43	13.1	4	3.0	47	10.2		

Tablo 3. Şizofreni alt tipine göre hastaların farklılık gösteren sosyodemografik özellikleri

Şizofreni tipi	Paranoid	Dezorganize	Rezidüel	Farklılaşmamış	χ^2	p
Değişkenler	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Yaş (yıl)					139.70	<0.001
20 ve altı	5 (1.7)	3 (2.9)	-	4 (12.9)		
21-30	85 (29.4)	38 (36.2)	1 (2.6)	21 (67.7)		
31-40	95 (32.9)	40 (38.1)	2 (5.3)	3 (9.7)		
41-50	79 (27.3)	18 (17.1)	13 (34.2)	2 (6.5)		
51 ve üstü	25 (8.7)	6 (5.7)	22 (57.9)	1 (3.2)		
Toplam	289 (62.4)	105 (22.7)	38 (8.2)	31 (6.7)		
Meslek					20.67	0.148
Çalışmıyor	243 (84.1)	100 (95.2)	34 (89.5)	28 (90.3)		
Emekli	9 (3.1)	-	2 (5.3)	-		
Memur	6 (2.1)	1 (1.0)	-	-		
İşçi	3 (1.0)	1 (1.0)	-	1 (3.2)		
Serbest meslek	26 (9.0)	3 (2.8)	2 (5.2)	2 (6.5)		
Öğrenci	2 (0.7)	-	-	-		
Medeni durum					52.31	<0.001
Evli	118 (40.8)	7 (6.7)	12 (31.6)	5 (16.1)		
Bekar	149 (51.6)	82 (78.1)	22 (57.9)	26 (83.9)		
Boşanmış	14 (4.8)	11 (10.5)	2 (5.3)	-		
Dul	8 (2.8)	5 (4.8)	2 (5.3)	-		
Çocuk sayısı					33.14	0.004
Yok	60 (42.9)	16 (69.6)	7 (43.8)	-		
1	8 (5.7)	4 (17.4)	1 (6.3)	2 (40.0)		
2	17 (12.1)	1 (4.3)	5 (31.3)	1 (20.0)		
3	16 (11.4)	-	-	-		
4	15 (10.7)	-	-	-		
5 ve üstü	24 (17.1)	2 (8.7)	3 (18.8)	2 (40.0)		
Kiminle yaşıyor					70.61	<0.001
Ailesiyle	267 (92.4)	93 (88.6)	18 (47.4)	31 (100.0)		
Yalnız	22 (7.6)	12 (11.4)	20 (52.6)	-		

Tablo 4. Şizofreni alt tipine göre hastaların farklılık gösteren hastalık süreci ve tedavi ile ilgili özellikleri

Değişkenler	Şizofreni tipi				χ^2	p
	Paranoid n (%)	Dezorganize n (%)	Rezidüel n (%)	Farklılaşmamış n (%)		
Düzenli ilaç kullanımı					9.52	0.023
Var	44 (15.2)	6 (5.7)	2 (5.3)	6 (19.4)		
Yok	245 (84.8)	99 (94.3)	36 (94.7)	25 (80.6)		
Hastalığın başlangıç yaşı					13.57	0.004
25 yaş ve altı	172 (59.5)	66 (62.9)	19 (50.0)	28 (90.3)		
26 yaş ve üstü	117 (40.5)	39 (37.1)	19 (50.0)	3 (9.7)		
Tedavi süresi (yıl)					121.65	<0.001
1-5	85 (29.4)	39 (37.1)	1 (2.6)	24 (77.4)		
6-10	72 (24.9)	28 (26.7)	1 (2.6)	3 (9.7)		
11-15	46 (15.9)	19 (18.1)	3 (7.9)	2 (6.5)		
16-20	40 (13.8)	9 (8.6)	5 (13.2)	-		
21 yıl ve üstü	46 (15.9)	10 (9.5)	28 (73.7)	2 (6.5)		
Hastaneye yatış sayısı					96.89	<0.001
1-5 kez	120 (41.5)	27 (25.7)	1 (2.6)	21 (67.7)		
6-10 kez	69 (23.9)	21 (20.0)	4 (10.5)	6 (19.4)		
11-15 kez	43 (14.9)	31 (29.5)	8 (21.1)	3 (9.7)		
16-20 kez	40 (13.8)	13 (12.4)	8 (21.1)	1 (3.2)		
21 kez ve üstü	17 (5.9)	13 (12.4)	17 (44.7)	-		

Kadınların %45.5'i köyde, erkeklerin %40.1'i kentte yaşamaktadır. Kadınların %40.3'ü hiçbir madde kullanmıyor ve kalanların kullandığı tek madde sigara olarak görülüyordu. Erkeklerin ise %92.4'ü bir veya daha fazla madde (sigara, alkol, esrar) kullanıyordu ($t=79.31$, $p<0.001$) (Tablo 1). Şizofreni alt tipi dağılımı, şizofrenik yakınlık derecesi, düzenli ilaç kullanımı, tedavide kullanılan ilaç tercihi açısından cinsiyetler arasında anlamlı fark yoktu. Hastalığın başlangıç yaşını 25 yaş öncesi ve sonrası olarak iki grup şeklinde inceledik. Hastalık erkeklerin %73.3'ünde 25 yaş ve öncesinde, kadınların %67.2'sinde ise 25 yaşından sonra başlamıştır ($t=64.03$, $p<0.001$). Tedavi süresi ve hastaneye yatış sayısı erkeklerde istatistiksel olarak daha fazlaydı (sırayla $t=14.52$, $p=0.006$ ve $t=22.30$, $p<0.001$) (Tablo 2).

Şizofreni alt tiplerine göre özellikler

Tablo 3'te görüldüğü gibi, hastaların %62.4'ü paranoid, %22.7'si dezorganize, %8.2'si rezidüel ve %6.7'si farklılaşmamış şizofreni alt tip ölçütlerini karşılıyordu. Eğitim düzeylerinde fark olmamasına karşın, paranoid gruptan 4 ve dezorganize gruptan 3 hasta üniversite mezunuydu. Rezidüel grupta okuryazar olmayanların oranı (%34.2) diğer alt tiplerden daha fazlaydı ($t=12.15$, $p=0.668$). Ekonomik düzey yönünden

de gruplar arasında istatistiksel yönden anlamlı fark yoktu ($t=8.76$, $p=0.188$). Herhangi bir işi olanların çoğu paranoid grupta görülmektedir, ancak istatistiksel yönden anlamlı fark yoktur ($t=20.67$, $p=0.148$). Evli olma oranı yine paranoid grupta yüksekken, diğer üç grupta bekarların oranı yüksekti ($t=52.31$, $p<0.001$). Dezorganize tipte çocuk sayısı daha az, diğerlerinde daha çoktu, farklılaşmamış tipte çocuksuz hasta yoktu. Kardeş sayılarında da gruplar arasında istatistiksel fark yoktu. Madde kullanımını açısından istatistiksel fark olmamakla birlikte, paranoidlerin %18.7'si farklılaşmamış grubun %29.0'u hiçbir madde kullanmıyor, rezidüel grup ise sadece sigara içiyordu ($t=16.21$, $p=0.182$).

Paranoid ve farklılaşmamış tiplerde düzenli ilaç kullanımı biraz daha fazlaydı. Tedavide kullanılan ilk ve son ilaç tercihinde de şizofreni alt tipi açısından fark yoktu. Hastalık, rezidüel alt tip hariç diğer üç alt tipte hastaların çoğunda 25 yaş ve öncesinde başlamış görünmektedir ($t=13.57$, $p=0.004$). Tedavi süresi ve hastaneye yatış sayısını incelediğimizde ise, en kısa farklılaşmamış, en uzun süre ve en fazla yatış sayısı ise rezidüel grupta idi (Tablo 4).

Şizofrenide birbiriyle ilişkili etkenler

Korelasyon analizi ile şizofrenik hastalarda

Tablo 5. Şizofreni tanısı konan hastaların sosyodemografik ve hastalık özellikleri arasındaki korelasyon

	Şizofreni tipi	Cinsiyet	Kiminle yaşıyor	Düzenli ilaç kullanımı	Madde kullanımı	Hastaneye yatış sayısı
Yaş	0.272**	0.004	0.312**	0.130**	-0.117**	0.546**
Kiminle Yaşıyor	0.177**	-0.084		0.097*	-0.052	0.388**
Tedavi süresi(yıl)	0.271**	-0.156*	0.344**	0.152**	-0.118**	0.664**
Hastaneye yatış sayısı	0.076	-0.185**	0.388**	0.267**	-0.170**	
Madde kullanımı	0.008	0.276**	-0.052	-0.115*		-0.170**
Hastalığın başlangıç yaşı	0.106**	0.351**	0.090*	0.011	-0.022	0.039
Medeni durum	-0.227**	0.040	0.151**	0.091*	0.075	0.013
Meslek	0.096*	0.000	0.039	-0.213**	-0.038	-0.111**
Eğitim	-0.103*	-0.256**	0.059	-0.074	-0.031	-0.058
Çocuk sayısı	0.096	-0.178**	-0.149*	0.058	0.012	-0.014
Ekonomik düzey	0.040	0.099*	0.013	-0.163**	0.007	-0.065
Kullanılan ilk ilaç	-0.034	0.011	-0.075	-0.215**	0.081	-0.204**
Kullanılan son ilaç	-0.040	0.046	-0.010	-0.095*	0.021	-0.034
Kardeş sayısı	-0.014	-0.032	-0.078	-0.007	-0.052	-0.100**

* 0.05 düzeyinde anlamlı korelasyon

** 0.01 düzeyinde anlamlı korelasyon

şizofreninin alt tipi, cinsiyet, hastanın kiminle yaşadığı (ailesiyle veya yalnız), düzenli ilaç kullanımı, madde kullanımı ve hastaneye yatış sayısı ile ilişkili etkenleri belirlemeye çalıştık (Tablo 5). Özellikle rezidüel ve paranoid şizofreni ile yaş (0.272) ve tedavi süresi (0.271) arasında pozitif ilişki saptanmıştır. Cinsiyet açısından kadın olma ile eğitim (-0.256) arasında negatif, erkek olma ile madde kullanımı (0.276) ve hastalığın başlangıç yaşı (0.351) arasında pozitif ilişki vardır. Hastaların ailesiyle yaşaması ile yaş (0.312), tedavi süresi (0.344) ve hastaneye yatış sayısı (0.388) arasında pozitif ilişki olduğu görülmektedir.

Düzenli ilaç kullanma ile hastaneye yatış sayısı (0.267) arasında güçlü pozitif; yaş (0.130), aileyle birlikte yaşama (0.097), tedavi süresi (0.152), medeni durum (evli olma) (0.091) arasında zayıf pozitif; madde kullanımı (-0.115), meslek (-0.213), ekonomik düzey (-0.163), kullanılan ilk ilaç (-0.215) ve son ilaç (-0.093) arasında ise zayıf negatif ilişki görülmektedir.

Madde kullanımı ile hastaneye yatış sayısı (-0.162), tedavi süresi (-0.118) ve yaş (-0.117) arasında zayıf negatif ilişki görülmektedir.

Hastaneye yatış sayısı ile tedavi süresi (0.664), yaş (0.546) arasında pozitif ilişki; kullanılan ilk ilaç (-0.204), madde kullanımı (-0.170), meslek (-0.111), kardeş sayısı (-0.100) arasında zayıf negatif ilişki görülmektedir.

TARTIŞMA

Şizofreninin tüm kültürlerde ortaya çıktığı iyi bilinirken, sosyoekonomik açıdan gelişmekte olan ülkelerle gelişmiş ülkeler arasında çeşitli klinik ve sosyodemografik özellikler bakımından farklar olduğu da bilinmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde ruh sağlığı ve hastalıkları ile ilgili hastane ve kliniklerdeki yatak sayısı görece daha azdır. Bu nedenle, psikiyatrik hastaların çoğu büyük hastanelerde veya kliniklerde ayakta izlenmektedir. Bundan dolayı gelişmiş Batı ülkelerinde gözlemler hastanelerde uzun süreli yatan şizofreni hastaları üzerinde yapılırken, gelişmekte olan ülkelerde bu tür gözlemler genelde büyük hastanelerde ve ayakta izleme koşullarında yapılmaktadır.¹⁷ Ülkemiz de gelişmekte olan bir ülke olduğundan, ülkemizin doğusunun da daha az gelişmiş bir parçası

olarak, kendine özgü sağlık hizmetleri yetersizliklerinin olması beklenir. Bu çalışmayı yaptığımız yer bölgenin tek büyük bölge hastanesidir.

Çalışmamızda hastaların çoğunun hem eğitim, hem de sosyoekonomik düzeylerinin düşük olduğu ve %87.5'inin işsiz olduğu görülmektedir. Hastalarımızın büyük oranda ailesiyle, çok azının aile dışında ya da yalnız yaşadıkları görülmektedir. Bizim sonuçlarımız hastalarımızın yaşam kalitelerinin oldukça düşük olduğunu göstermektedir. En ciddi sorunların işsizlik ve eğitim düzeyi düşüklüğü olduğu görünmektedir. Ülkemizin doğusunda geniş aile tipinin hala yaygın olması, hastalara sosyal destek ve korunma sağlanması yönünden olumlu katkı sağlamaktadır. Hastaların aileleriyle yaşamaları bir korunma oluşturuyor gibi görünmektedir. Bhugra ve ark. Londra'daki şizofreni hastası Afrikalılarda işsizlik oranlarını, genel popülasyona ve diğer şizofreni tanısı konmuş İngiliz hastalara göre oldukça yüksek bulmuştur.⁹ Afrika kökenli hastalarda bu oran yaklaşık %80 düzeyinde saptanmıştır ve bizdeki orana yakındır. Liverpool (İngiltere) ve Bangalore'daki (Hindistan) hastaların incelendiği karşılaştırmalı bir izlem çalışmasında ise, Bangalore'daki şizofreni hastalarından %98.3'ünün aileleriyle birlikte yaşadıkları; bu durumun Liverpool'daki hastaların %48.6'sı için geçerli olduğu ortaya konmuştur.¹⁷ Hindistan'daki oran bizim oranımıza (%88.3) oldukça yakındır. Bu durum doğu kültürlerinde süren geniş aile modelinden kaynaklanmakta ve şizofreni hastalarına ciddi sosyal destek sağlamaktadır. Batı kültürlerindeki çekirdek aile bu sosyal desteği yeterince veremediğinden ülkeler bu açığı kapatacak farklı kurumlar oluşturmaya çalışmaktadırlar. Şizofreni hastalarının %1.5'nin üniversite mezunu olması önemli bir bulgu olarak göze çarpmaktadır. Ancak bu hastalarımızda hastalık başlangıcının biri dışında (18 yaş) 24 yaşından sonra olması yeti yitiminin bunlarda olasılıkla hastalıktan önce sinsi bir başlangıcı olmadığını düşündürmektedir.

Şizofreni hastalarının ailelerinde yatırılarak tedavi gören ve bir psikoz (şizofreni veya şizo-afektif bozukluk) tanısı konan bireylerin oranı (%26.3) oldukça yüksek kabul edilebilir. Bu oran şizofreninin kültürlerden bağımsız genetik geçişinin olduğu bilgisi ile örtüşmektedir.¹⁸

Şizofreni alt tiplerinin en çok paranoid ve dezorganize alt tip olduğu görülmektedir. Hem erkek, hem de kadınlarda en çok görülen şizofreni alt tipi paranoid, en az görülen farklılaşmamış alt tipi. Bir erkek hastada katatonik alt tip saptan-

mış olup istatistiksel değerlendirmeye alınmamıştır. Çalışmamızda cinsiyetler arasında şizofreni alt tiplerinin farklılık göstermemesi diğer çalışma sonuçlarıyla uyumludur. Yalnız her iki cinste rezidüel alt tipin ikinci sıklıkla konan tanı olarak bildirilmesi farklılık oluşturmaktadır.^{6,19} Bu farklılık hastanemize rezidüel alt tipteki hastaların fazla yatırılmamalarından kaynaklanabilir. Bizim gözlemlerimiz, bu hastaların klinik gidişlerinin çok gürültülü olmamalarından dolayı kırsal bölgelerde daha fazla kabullenildikleri ve önemli oranda yeti yitimi olan rezidüel tipteki hastaların çoğu kez zeka geriliği olarak kabul edilip tedavi çabasının bırakıldığı yönündedir.

Erkeklerde şizofreninin başlangıcının en çok 25 yaş ve öncesi, kadınlarda ise daha çok 25 yaşından sonra olduğu görülmektedir. Erkeklerde şizofreni başlangıcı ortalama yaşı 23.77 civarında, kadınlarda ise 27.64 civarındaydı. Buna göre şizofreni erkeklerde daha erken yaşlarda ortaya çıkmaktadır. Türkiye'de 502 hastayla yapılan bir araştırmada, ortalama başlangıç yaşının erkeklerde 23.1, kadınlarda 25.1 olduğu bildirilmiştir.⁴ Batı Avrupa'da 1054 hastanın incelendiği bir araştırmada hastalığın erkeklerde kadınlardan 2.2 yıl daha erken başladığı bildirilmiştir.⁵ Bizim çalışmamızda ise kadınlarda ortalama olarak yaklaşık 4 yaş daha geç başladığı yönündedir. Bu sonuç erkeklerde hastalığın daha erken yaşlarda başladığı bilgisi ile uyumludur.^{6,7,18}

Hastalığın başlangıcında ilk kullanılan ilaçlarda tipik antipsikotiklerin %96.4'ünü bulduğunu saptadık. Bu oranının % 91.1'ini haloperidol oluşturmaktadır. Atipik antipsikotiklerin oranı ise %3.6 idi. En son kullanılan ilaçlara bakıldığında, tipiklerin oranının %76.5 düzeyine gerilediğini, atipiklerin ise %23.5 düzeyine yükseldiği belirlenmiştir. Son kullanılan antipsikotiklerde ilk sırayı haloperidol (%63.8) almıştır. Bu oranlar klinisyenin büyük oranda tedaviye tipik antipsikotiklerle, özellikle haloperidolle başladığını göstermektedir. Tedavinin ilerleyen dönemlerinde atipik antipsikotiklerin daha çok kullanılmaya başlandığı görülmekle birlikte, çok yüksek oranda tipik antipsikotiklerin ve haloperidolün kullanıldığı görülmektedir. Batı Avrupa'dan bir örnek verilirse, Simon ve ark.nın uzunlamasına yaptığı bir gözlem çalışmasının sonunda, atipik antipsikotiklerin %73.1 oranında kullanıldığı belirlenmiştir.¹¹ Şaylan ve ark.nın çalışmasında, ilk 6 ayda hastaların %86.1'ine tipik antipsikotiklerin verildiği saptanmıştır.¹⁰ Bu çalışmanın sonunda, hastaların yaklaşık %80'inin hala tipik antipsikotikleri kullandığı belirlenmiştir. Bu oranlar

Simon ve ark.nın bulduğu sonuçların neredeyse tam tersi oranlardır. Bizdeki bu kullanım örüntüsünün çeşitli sebepleri olabilir. Bunlar arasında klinisyenlerin yıllara dayanan alışkanlıkları, atipik antipsikotiklerin yüksek fiyatlarından dolayı oluşan finansman sorunları, sosyal güvenlik sistemlerinin gelişmiş olmaması sayılabilir. Bir başka saptama da, en son kullanılan antipsikotikler içinde sadece 3 kişinin (%0.6) klozapin kullanmasıydı. Klozapinin dirençli olgularda etkin olduğu bilinmesine karşın, bizim hasta grubumuzda pek tercih edilmemiştir.²⁰ Klinik deneyimlerimiz dirençli olguların, başvuran hastalar arasında yüksek oranda olduğunu göstermiştir. Bu ilacın tercih edilmemesindeki en önemli neden, hastaların taburcu olduktan sonra lökosit sayımını düzenli yaptırmayacaklarına dayanan endişedir. Kırsal bölgelerde kan tetkiklerinin yapılabildiği merkezlerin de yetersiz olduğu düşünülürse, bu durum hekimlerin endişelerini daha da artırmakta, böylece etkin bir tedavi seçeneğinden mahrum kalınmaktadır. Hastaların %87.5'inin ilaçları düzenli kullanmayı gözlenmiştir, tedaviye uyumsuzluk oranı oldukça yüksektir. Bize verilen bilgiler, bu hastaların çoğunun taburcu edildikten sonra ilaçlarını bir daha hiç kullanmadıkları yönündedir. Batıda yapılan araştırmalarda, antipsikotik ilaçlara uyumsuzluk oranının %11-80 arasında değiştiği bildirilmektedir.²¹ Hastalarımızın sosyal rehabilitasyonlarına yeterince önem verilmemesi, hastalara ve ailelerine hastalık konusunda eğitim verilmemesinden kaynaklanan içgörü eksikliği bu durumun nedenleri arasında sayılabilir. Düzenli ilaç kullanmanın hastalık belirtilerinin yinelemesini önlemede çok önemli olduğunun bilinmesi gerekmektedir. Düzenli ilaç kullanımını olumsuz etkileyen etkenler kullanılan ilk ilaç (ilaçlara bağlı ortaya çıkan yan etkiler ilacı bırakmaya neden olabilir) ve daha zayıf olarak çalışmama ve ekonomik düzeyin düşük olması (ilaca ulaşmayı engeller) ve madde kullanımı olabilir; bunların üzerinde durularak tedaviye uyum artırılabilir. Bölgedeki psikiyatristlerin sayısal yetersizliğinin yol açtığı sorunlar da şizofreni tedavisine uyumsuzluğun önemli bir nedeni olarak düşünülmelidir.

Şizofreni hastalarında hastaneye yatış sayısı cinsiyet açısından anlamlı farklılıklar göstermektedir. Erkek hastalar kadınlara göre hastaneye daha sık yatmaktadır. Çalışmamızda hastalığın başlangıcından bu yana erkeklerin ortalama yatış sayısı kadınlardan daha fazlaydı (erkek 11.16±7.67 ve kadın 7.87±6.19). Bu yatışların ne kadarının şizofreni belirtilerinin alevlenmesine bağlı olduğu belirlenmemiştir,

ancak tüm yatışlar psikiyatri servislerine olmuştur. Kadın hastaların yakınlarının hastalarının çok fazla hastanede kalmasını istememesi, ayrıca kadınlara ayrılan yatak sayısının erkek hastalara ayrılanlardan daha az olması da yatış sıklığındaki farklılığı açıklayabilir. Danimarka'da kadın ve erkek şizofreni hastaların 10 yıllık izlemlerinde şu sonuçlar bulunmuştur: Erkek hastalar 10 yıl içinde ortalama 3.8 nöbet geçirmişler ve toplam 481 gün hastanede kalmışlardır. Kadın hastalar ise ortalama 3.5 nöbet geçirmişler ve toplam 360 günlerini hastanede geçirmişlerdir.²² Görüldüğü gibi, bizim grubumuzdaki hastalar çok sık yatırılmaktadırlar. Klinik gözlemlerimiz sık yatışların yanı sıra çok uzun süreli yatışların da olduğu yönündedir. Hastalar yaşamlarının büyük bir kısmını hastanede geçirmek zorunda bırakılmaktadır. Hastalar sosyal yaşamdan koparılmakta, yatak sayısı ve alan yetersizliğinden dolayı çok zor koşullar altında yaşamlarını sürdürmek zorunda kalmaktadır. Ancak hastaneye yatış sayısı çok olan hastaların düzenli ilaç kullandığını ve tedavi süresine dolayısıyla hastalığın tedavisine daha iyi uyum gösterdiğini bulduk. Buradaki sorun hastaların zaman zaman yakınlarıncı uzun süre hastaneye bırakılıp terk edilmeleridir. Bu durum kısıtlı olanakların ekonomik bir şekilde kullanımını engellemekte, bu hastaların tedavi maliyetini gereksiz yere artırmaktadır. Hasta yakınları ile iyi iletişim kurarak sosyal yeti kaybını artırabilecek uzun süreli yatış yerine, ayaktan izleme ve kontrol sıklığı artırılarak bu sorun çözülebilir. Olanaklar çerçevesinde atipik antipsikotik kullanımı ve ayaktan sık kontrollerle tedavinin başarısı artırılabilir.

Sigara ve madde kullanımı

Grubumuzdaki şizofreni hastalarının %76'sı sadece sigara içmektedir. Alkol kullananların oranı %5.9, esrar kullananların oranı ise %2.2 olarak saptanmıştır. Hiçbir madde kullanmayanların oranı %17.1'dir. Burada alkol kötüye kullanımı/bağımlılığı araştırılmıştır. Esrar kullanımında ise, ara sıra kullanım da alınmıştır. Bunların dışında hiçbir hastamızda başka bir madde kullanımı bilgisi elde edilmemiştir. Bozkurt ve ark. Türkiye'nin Güneydoğu bölgesinde yaptıkları bir çalışmada 15 yaş üzerinde sigara içme yaygınlığını erkeklerde %49.7, kadınlarda %11.8 oranında bulmuştur.²³ Mueser ve ark. alkol kullanım bozukluğu ek tanısının şizofreni hastalarında %12.3-50, alkol ve/veya madde kullanım bozukluğu ek tanısı konan şizofreni hastalarının oranının %10-70 arasında değiştiğini bildirmiştir.¹² Başka bir gözden geçirme

çalışmasında, şizofreni hastalarında madde kullanımının %26.5 olduğu belirtilmiştir.¹³ Şaylan ve ark. şizofreni hastalarında alkol-madde kötüye kullanımı ya da bağımlılığını yaklaşık %5 olarak bildirmiştir.¹⁰ Amerika'daki bir alan çalışmasında, şizofreni hastalarında genel toplumdaki 4.6 kat daha fazla alkol ve/veya madde kullanım bozukluğu, 3 kat daha fazla alkol kullanım bozukluğu ve 9 kat daha fazla alkol dışı madde kullanım bozukluğu tanısı konma olasılığı bildirilmiştir.²⁴ Batı ülkelerinde sigara içme yaygınlığı genel toplumda %25, şizofreni hastalarında %70 olarak bildirilmiştir. Başka bir çalışmada bu oranın %88 olduğu belirlenmiştir.^{14,15} Karşıdağ ve ark.nın çalışmasında bu oran %72.3 olarak verilmiştir.⁴ Sigara içme oranları bizim çalışmamızda da çok yüksek bulunmuştur. Ancak kadın hastaların %40.3'ü hiçbir madde kullanmıyordu. Diğerleri de sadece sigara içiyordu. Erkek hastaların madde kullanma oranı ülkemiz genelinden ve batı toplumlarında bildirilen oranlardan daha yüksektir. Önemli olan şizofreni hastalarındaki sigara içme yaygınlığının genel toplumdaki çok daha fazla olduğudur. Ancak önemli bir sonuç, bu durumun şizofreni hastaları için ciddi bir sağlık sorunu olduğudur. Sigara dışı alkol-madde kötüye kullanım ya da bağımlılığı ise bizim grubumuzda çok ciddi bir sorun oluşturuyor gibi görünmektedir. Alkol kullanan hastaların oranı biraz yüksek sayılabilir. Çalışmamızda madde kullanımı ile yaş, tedavi süresi ve hastaneye yatış sayısı arasında zayıf negatif ilişki olduğunu belirledik. İyi takip ve tedavi madde kullanımını azaltıyor gibi görünmektedir. Madde kullanımının Batı ülkelerinde ciddi bir sorun olması, bizde oranların bu kadar yüksek olmaması çeşitli kültürel ve dini inançların etkisi olarak açıklanabilir. Bölgemizde geniş aile yapısının ciddi oranda varlığını koruması hastalara hem sosyal destek sağlamakta, hem de hastaların denetimini kolaylaştırmakta, sigara dışı madde kullanımını engellemektedir. Ayrıca

İslam dininin alkol ve benzeri maddeleri yasaklamış olması da belirleyici olabilir.

İlişkili etkenler

Çalışmamızda tedavi sürecini etkileyebilecek etkenleri belirlemeye çalıştık. Düzenli ilaç kullanımı hastanın hastaneye yatış sayısı ile güçlü pozitif, yaş, ailesiyle birlikte yaşama, tedavi süresi ve evli olma ile zayıf pozitif ilişkili görünüyordu. Hastanın hastane ya da hekimle sürekli iletişim içinde olması ve yakınlarından aldığı sosyal destek tedaviye olumlu katkı sağlamaktadır. Madde kullanımı, çalışmama, düşük ekonomik düzey ve özellikle kullanılan ilk ilaç zayıf da olsa olumsuz etki ederek tedaviyi kesintilere uğratmaktadır. Erkek olma ile madde kullanımı arasında pozitif ilişki görülmektedir. Buradan hareketle hastaneye yatış sayısı az, tedavi süresi kısa, genç, çalışmayan, yalnız yaşayan, madde kullanan (dolaylı olarak erkek olma), ekonomik düzeyi düşük olan, kullandığı ilk ilaç tipik antipsikotik olan hastaların tedaviye uyumunun kötü olduğu söylenebilir. Toplumumuzda aile ve yakın çevrenin verdiği sosyal desteği iyi yönlendirip hastaların daha üretken olmalarını ve eğitim düzeylerini yükseltip madde kullanımını engelleyerek tedaviye uyumu artırabiliriz. Kısıtlı ekonomik olanaklarımızı yan etkisi daha az ve negatif belirtilere daha etkili atipik antipsikotikleri kullanma oranını artırma yönünde kullanarak hastaların yaşam kalitelerini de yükseltip üretkenliklerini artırabiliriz. Kültürel farklılıklarımızı tedavi lehine kullanarak sosyal destekle tedavi maliyetini düşürüp başarıyı artırabiliriz.

Kısıtlılıklarımız

Hastanemize gelen hastaların çoğu erkek olduğundan, kadın ve erkek hasta sayısı birbirinden farklıdır; geçmişe dönük tedavi, hastaneye yatış nedeni, süresi ve hasta yakınları hakkında (psikiyatrik tanımlarla ilgili) bilgi toplama da yetersizliğimiz oldu.

KAYNAKLAR

1. 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.
2. Takahashi S, Matsuura M, Tanabe E, Yara K, Nonaka K, Fukura Y et al. Age at onset of schizophrenia: gender differences and influences of temporal socio-economic change. *Psychiatry Clin Neurosci* 2000; 54:153-156.
3. Gangadhar BN, Panner SC, Subbakrishna DK, Janakiramaiah N. Age at onset and schizophrenia: reversed gender effect. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 105:317-319.
4. Karşıdağ Ç, Alpay N, Kocabıyık A. Şizofreni ve sigara bağımlılığı. *Düşünen Adam* 2005; 18:13-20.
5. Gureje O. Gender and schizophrenia: age at onset and sociodemographic attributes. *Acta Psychiatr Scand* 1991; 83:402-405.

6. Usall J, Araya S, Ochoa S, Busquets E, Gost A, Marquez M. Gender differences in a sample of schizophrenic outpatients. *Compr Psychiatry* 2001; 42:301-305.
7. Angermeyer MC, Goldstein JM. Gender differences in schizophrenia rehospitalization and community survival. *Psychol Med* 1989; 19:365-382.
8. Angermeyer Mc, Kühn L, Goldstein JM. Gender and course of schizophrenia: differences in treated outcomes. *Schizophr Bull* 1990; 16:293-307.
9. Bhugra D, Hilwing M, Mallet R, Corridan B, Leff J, Neehall J et al. Factors in the onset of schizophrenia: a comparison between London and Trinidad samples. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 101:135-141.
10. Şaylan M, Alptekin K, Akdemir A, Tetik E, Korb FA. The intercontinental schizophrenia outpatient health outcomes (IC-SOHO) study: baseline clinical and functional characteristics and antipsychotic use patterns in Turkey. *Bull Clin Psychopharmacol* 2004; 14:132-142.
11. Simon AE, Peter M, Hess L, Valterio C. Antipsychotic use in patients with schizophrenia treated in private psychiatry. *Swiss Med Weekly* 2005; 135:109-105.
12. Mueser KT, Bellack AS, Blanchard JJ. Comorbidity of schizophrenia and substance abuse: implications for treatment. *J Consult Clin Psychol* 1992; 60:845-856.
13. Batel P. Addiction and schizophrenia. *Eur Psychiatry* 2000; 15:115-122.
14. Kelly C, McCreadie RG. Smoking habits, current symptoms, and premorbid characteristics of schizophrenic patients in Nithsdale, Scotland. *Am J Psychiatry* 1999; 156:1751-1757.
15. Ripoll N, Bronnec M, Bourin M. Nicotinic receptors and schizophrenia. *Curr Med Res Opin* 2004; 20:1057-1074.
16. Amerikan Psikiyatri Birliği. *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı. Dördüncü baskı (DSM-IV) E Köroğlu (çev. ed.), Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1996.*
17. Sharma VK, Srinivasa MR, Kishore Kumar KV, Agarwal MR, Wilkinson G. Comparison of patients with schizophrenia from Liverpool, England and Sakalwara-Bangalore, India. *Int J Soc Psychiatry* 1998; 14:225-230.
18. Kaplan HI, Sadock BJ. *Schizophrenia. Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, eight ed., chap. 13, Giza, Mass Publishing, 1998, s.456-491.*
19. Evren B, Evren C, Karamustafaloğlu N, Tomruk N, Alpay N. Şizofrenili hastalarda cinsiyet farklılığı: sosyodemografik ve klinik açıdan karşılaştırma. *Türkiye'de Psikiyatri* 2002; 2:114-124.
20. Brambilla P, Barale F, Caverzas E, Tognoni G, Barbui C. Clozapine-treated subjects with treatment-resistant schizophrenia: a systematic review of experimental and observational studies. *Int Clin Psychopharmacol* 2002; 17:189-195.
21. Misdrahi D, Llorca PM, Lancon C, Bayle FC. Compliance in schizophrenia: predictive factors, therapeutic considerations and research implications. *Encephale* 2002; 28:266-72.
22. Munk-Jorgensen P. Schizophrenia in Denmark. Incidence and utilization of psychiatric institutions. *Acta Psychiatr Scand* 1986; 73:172-180.
23. Bozkurt AI, Sahinoz S, Ozcirpici B, Ozgur S, Sahinoz T, Acemoglu H et al. Patterns of active and passive smoking, and associated factors, in the South-east Anatolian Project (SEAP) region in Turkey. *BMC Public Health* 2006; 25:6-15.
24. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area Study. *JAMA* 1990; 264:2511-2518.