

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

**ŞİZOFRENİ VE DİĞER PSİKOTİK
BOZUKLUKLARDA SOSYAL ÇEVRENİN
RELAPSLAR ÜZERİNE ETKİSİ**

Dr. Burcu ÜNAL

UZMANLIK TEZİ

İZMİR-2015

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

**ŞİZOFRENİ VE DİĞER PSİKOTİK
BOZUKLUKLARDA SOSYAL ÇEVRENİN
RELAPSLAR ÜZERİNE ETKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Burcu ÜNAL

Danışman Öğretim Üyesi: Prof. Dr. Berna Binnur AKDEDE

I. İÇİNDEKİLER

II. İÇİNDEKİLER.....	i
II. TABLOLAR DİZİN	iv
III. ŞEKİLLER DİZİNİ	vi
IV. KISALTMALAR.....	vii
V. TEŞEKKÜR.....	viii
ÖZET	1
ABSTRACT	2
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
1.1. Hipotezler	4
2. GENEL BİLGİLER.....	6
2.1. Tarihçe	6
2.2. Tanı: DSM-IV-TR'den DSM 5'e Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar.....	6
2.3. Epidemiyoloji	12
2.3.1 Sıklık ve Yaygınlık.....	12
2.3.2. Risk Faktörleri	12
2.4. Etiyoloji	14
2.4.1. Kalıtım.....	14
2.4.2. Konvansiyonel ve Fonksiyonel Beyin Görüntüleme Çalışmaları.....	15
2.4.3. Biyokimyasal Faktörler	16
2.5. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklarda Prognoz ve Relaps	18
2.6. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklarda Sosyal Çevre.....	18
2.6.1. Sosyal çevrenin tanımı ve bileşenleri.....	19
2.6.2. Sosyal Çevrenin Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar İnsidansı Üzerine Etkisi.....	22
2.6.3. Sosyal Çevrenin Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklarda Hastalık Prognozu Üzerine Etkisi.....	26
2.6.4. Adres Değişikliğinin (ikametgah hareketliliği [<i>residential mobility</i>]) Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklarda Hastalık Prognozu Üzerine Etkisi.....	27
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	29
3.1. Araştırmanın Tipi.....	29
3.2. Araştırmanın Örneklemi.....	29
3.3. Araştırma Verilerinin Toplanması	30

3.3.1. Tıbbi Kayıt Tarama ve Hasta Görüşmesi ile Elde Edilen Veriler.....	31
3.3.2. Sosyal Çevre ile İlgili Verilerin Elde Edilmesi.....	34
3.4. İstatistiksel Analizler.....	42
4. BULGULAR	44
4.1. Araştırma Örneklemine Tanıya Göre Dağılımı.....	44
4.2. Araştırma Örneklemine Genel Sosyodemografik Özellikleri	44
4.3. Araştırma Örneklemine Klinik Özellikleri.....	46
4.4. Araştırma Örneklemine Beş Yıllık İzlem Süresi İçinde Yerleşim Yeri Özellikleri	48
4.4.1. Örneklemine yerleşim öyküsü (adres değişikliği ve mahallede ikamet süresi).....	48
4.4.2. Örneklemine yerleşim yeri sosyal sermaye özellikleri (<u>seçimlere katılım</u>).....	49
4.4.3. Örneklemine yerleşim yeri sosyal sermaye özellikleri	51
4.4.4. Örneklemine yerleşim yeri sosyoekonomik yoksunluk göstergeleri	52
4.5. Araştırma Örneklemine İndeks Mahalleye Göre Dağılımı	54
4.6. Araştırma Örneklemine Beş Yıllık İzlem Süresi İçinde Relaps Öyküsü ve Diğer Prognostik Özellikleri.....	54
4.7. Araştırma Örneklemine Beş Yıllık İzlem Süresi İçinde Kullandığı Antipsikotik İlaç Dozları	56
4.8. Araştırma Örneklemine Beş Yıllık İzlem Süresi İçinde Relapsa Göre Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	57
4.9. Araştırma Örneklemine Beş Yıllık İzlem Süresi İçinde Relapsa Göre Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması	59
4.10. Araştırma Örneklemine Beş Yıllık İzlem Süresi İçinde Relapsa Göre Yerleşim Yeri Özelliklerinin Karşılaştırılması	61
4.10.1. Örneklemine relapsa göre yerleşim öyküsü (adres değişikliği ve ikamet süresi) değişkenlerinin karşılaştırılması	61
4.10.2. Örneklemine relapsa göre yerleşim yeri sosyal sermaye özelliklerinin (<u>seçimlere katılım</u>) karşılaştırılması	62
4.10.3. Örneklemine relapsa göre yerleşim yeri sosyal sermaye özelliklerinin karşılaştırılması	64
4.10.4. Örneklemine relapsa göre yerleşim yeri sosyoekonomik yoksunluk göstergelerinin karşılaştırılması	65

4.11. Örneklemenin Beş Yıllık İzlem Süresi İçinde Relapsa Göre Günlük Ortalama Antipsikotik İlaç Dozlarının Karşılaştırılması	66
4.12. Araştırma Örnekleminde Relaps ile Sosyodemografik Değişkenler Arasındaki İlişkiye Ait Regresyon Analizi Sonuçları	68
4.13. Araştırma Örnekleminde Relaps ile Klinik Değişkenler Arasındaki İlişkiye Ait Regresyon Analizi Sonuçları	69
4.14. Araştırma Örnekleminde Relaps ile Yerleşim Yeri Özellikleri Arasındaki İlişkiye Ait Regresyon Analizi Sonuçları	71
4.14.1. Relaps ile yerleşim öyküsü (adres değişikliği ve ikamet süresi) arasındaki ilişkiye ait regresyon analizi sonuçları	71
4.14.2. Relaps ile yerleşim yeri sosyal sermaye özellikleri (<u>seçimlere katılım</u>) arasındaki ilişkiye ait regresyon analizi sonuçları	72
4.14.3. Relaps ile yerleşim yeri sosyal sermaye özellikleri arasındaki ilişkiye ait regresyon analizi sonuçları	74
4.14.4. Relaps ile yerleşim yeri sosyoekonomik yoksunluk göstergeleri Arasındaki ilişkiye ait regresyon analizi sonuçları	75
5. TARTIŞMA	77
5.1. Örneklemenin Tanı Gruplarına Göre Dağılımı	77
5.2. Örneklemenin Genel Sosyodemografik Özellikleri	77
5.3. Örneklemenin İzmir Kent İçi Dağılımı	78
5.4. Relaps ile Sosyodemografik Özellikler Arasındaki ilişki	78
5.5. Relaps ile Klinik Özellikler Arasındaki İlişki	80
5.6. Relaps ile Antipsikotik İlaç Kullanımı Arasındaki İlişki	80
5.7. Relaps ile Adres Değişikliği (ikametgah hareketliliği) Arasındaki İlişki	81
5.8. Relaps ile Yerleşim Yeri Seçimlere Katılım Düzeyi (kesiştiren sosyal sermaye) Arasındaki İlişki	82
5.9. Relaps ile Yerleşim Yeri Sosyal Sermaye Özellikleri Arasındaki İlişki	82
5.10. Relaps ile Yerleşim Yeri Sosyoekonomik Yoksunluğu Arasındaki İlişki	84
5.11. Araştırmanın Kısıtlılıkları	86
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	89
7. KAYNAKLAR	91
8. EKLER	103

II. TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Amerikan Psikiyatri Birliği DSM-IV-TR Tanısal Sınıflamasına göre psikotik belirtilerin görüldüğü ruh sağlığı bozuklukları.....	8
Tablo 2. Amerikan Psikiyatri Birliği DSM 5 Tanısal Sınıflamasına göre psikotik belirtilerin görüldüğü ruh sağlığı bozuklukları.....	9
Tablo 3. Dünya Sağlık Örgütü ICD-10 Tanısal Sınıflamasına göre psikotik belirtilerin görüldüğü ruh sağlığı sorunları.....	11
Tablo 4. Araştırmada elde edilen veriler	31
Tablo 5. Araştırmada kullanılan relaps kriterleri	33
Tablo 6. TürkSch Araştırması sosyal sermaye değerlendirme anketi bölümleri	37
Tablo 7. İzlem süresinde Türkiye’de yapılan seçimler.....	38
Tablo 8. Bağımsız ve karıştırıcı değişkenlerin kısa tanımları ve analiz ölçümleri	39
Tablo 9. Örneklemen genel sosyodemografik özellikleri ve tanıya göre karşılaştırılması .	45
Tablo 10. Örneklemen klinik özellikleri ve tanıya göre karşılaştırılması	47
Tablo 11. Örneklemen beş yıllık izlem süresinde yerleşim öyküsü ile ilgili değişkenler (adres değişikliği ve ikamet süresi) ve tanıya göre karşılaştırılması.....	49
Tablo 12. Örneklemen beş yıllık izlem süresinde yerleşim yeri sosyal sermaye özellikleri (<u>seçimlere katılım yüzdesi</u>) ve tanıya göre karşılaştırılması.....	50
Tablo 13. Örneklemen beş yıllık izlem süresinde yerleşim yeri sosyal sermaye özellikleri (<u>ilçeye göre seçimlere katılım düzeyi</u>) ve tanıya göre karşılaştırılması	51
Tablo 14. Örneklemen beş yıllık izlem süresinde yerleşim yeri sosyal sermaye özellikleri ve tanıya göre karşılaştırılması.....	52
Tablo 15. Örneklemen beş yıllık izlem süresinde yerleşim yeri sosyoekonomik yoksunluk göstergeleri ve tanıya göre karşılaştırılması	53
Tablo 16. Örneklemen beş yıllık izlem boyunca relaps öyküsü ve diğer prognoz özelliklerinin tanıya göre karşılaştırılması	55
Tablo 17. Örneklemen beş yıllık izlem boyunca relaps durumuna göre sosyodemografik özellikleri.....	58
Tablo 18. Örneklemen beş yıllık izlem boyunca relaps durumuna göre klinik Özellikleri	60
Tablo 19. Örneklemen beş yıllık izlem boyunca relapsa durumuna göre yerleşim öyküsü değişkenleri (adres değişikliği ve ikamet süresi)	62

Tablo 20. Örneklemin beş yıllık izlem süresinde relaps durumuna göre yerleşim yeri sosyal sermaye (<u>seçimlere katılım yüzdesi</u>) değişkenlerinin karşılaştırılması	63
Tablo 21. Örneklemin beş yıllık izlem süresinde tanıya göre yerleşim yeri sosyal sermaye değişkenlerinin (<u>ilçeye göre seçimlere katılım düzeyi</u>) karşılaştırılması	64
Tablo 22. Örneklemin beş yıllık izlem süresinde relaps durumuna göre yerleşim yeri sermaye değişkenlerinin karşılaştırılması.....	65
Tablo 23. Örneklemin beş yıllık izlem süresinde relaps durumuna göre yerleşim yeri sosyoekonomik yoksunluk değişkenlerinin karşılaştırılması	66
Tablo 24. Relaps ile sosyodemografik değişkenler arasındaki ilişki	68
Tablo 25. Relaps ile klinik değişkenler arasındaki ilişki	70
Tablo 26. Relaps ile yerleşim öyküsü değişkenleri (ikamet süresi ve adres değişikliği) arasındaki ilişki	72
Tablo 27. Relaps ile yerleşim yeri sosyal sermaye değişkenleri (<u>seçimlere katılım yüzdesi</u>) arasındaki ilişki	73
Tablo 28. Relaps ile yerleşim yeri sosyal sermaye değişkenleri (<u>ilçeye göre seçimlere katılım</u>) arasındaki ilişki	74
Tablo 29. Relaps ile yerleşim yeri sosyal sermaye değişkenleri arasındaki ilişki	75
Tablo 30. Relaps ile yerleşim yeri sosyoekonomik konum yoksunluk göstergeleri arasındaki ilişki	76

III: ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Genetik yatkınlık zemininde çevresel risk faktörlerinin etkileri ile psikoz ortaya çıkışı.....	24
Şekil 2. Araştırmada kullanılan sosyal çevrenin bileşenleri	35
Şekil 3: Örneklemin beş yıllık izlem süresinde en uzun süre yaşadığı İzmir kent içi yerleşim birimine (<i>indeks mahalle</i>) göre dağılımı	54
Şekil 4. Örneklemin beş yıllık izlem süresinde günlük ortalama antipsikotik ilaç dozu (<i>haloperidol eşdeğeri, mg</i>) ve tanıya göre karşılaştırılması.....	57
Şekil 5: Örneklemin beş yıllık izlem süresinde relaps durumuna göre günlük ortalama antipsikotik ilaç dozunun (<i>haloperidol eşdeğeri, mg</i>) karşılaştırılması.....	67

IV. KISALTMALAR

APA: American Psychiatric Association

DSM-IV-TR: Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*)

DSM 5: Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı Beşinci Baskı (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*)

ICD: Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırması (*International Classification of Diseases*)

OR: Olasılıklar oranı

BT: Bilgisayarlı tomografi

DTI: Difüzyon manyetik görüntüleme

fMRI: Fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme

MRI: Manyetik Rezonans Görüntüleme

PET: Pozitron Emisyon Tomografisi

SPECT: Bilgisayarlı tek foton emisyon tomografisi

NMDA: N-Metil-D-Aspartat

GABA: Gama amino butirik asit

BOS: Beyin omurilik sıvısı

SFI: Social Fragmentation Index

CNI: Care need index

DEÜTF: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi

T.C: Türkiye Cumhuriyeti

YSK: Yüksek Seçim Kurulu

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (*Positive and Negative Syndrome Scale*)

CGI: Klinik Global İzlenim Ölçeği (*Clinical Global Impression*)

GTK: Gündelik Toplumsal Kontrol

TİG: Toplumsal İçişçelik ve Güven

MİD: Mahalle İçi Düzensizlik

BTS: Bilişsel Toplumsal Sermaye

STATA: Stata Corporation, Collage Station

SS: Standart sapma

GA: Güven aralığı

GR: Göreli risk (*relative risk*)

S: Sayı

V.TEŞEKKÜR

Asistanlık sürecimin başından itibaren ve tez sürecim boyunca her zaman destek ve güvenini hissettiğim, hekimiğini insanlığını, sabrını, hoşgörüsünü örnek aldığım sevgili ablam, hocam Prof. Dr. Berna Binnur Akdede'ye her şey için teşekkürlerimi sunmayı borç bilirim.

Tezimin her aşamasında bilgi birikimini ve deneyimlerini benimle paylaşan, ihtiyaç duyduğum her anda yardımını sunan, keyifli sohbetlerini özleyeceğim abim, hocam Uzm. Dr. Tolga Binbay'a çok teşekkür ederim.

Her birini ayrı ayrı tanımış olmanın şansını hissettiğim, psikiyatri eğitimim boyunca kendilerinden çok şey öğrendiğim, katkı ve desteklerinden dolayı minnet duyduğum hocalarım Prof. Dr. Zeliha Tunca'ya, Prof. Dr. Can Cimilli'ye, Prof. Dr. Tunç Alkın'a, Prof. Dr. Ayşegül Özerdem'e, Prof. Dr. Köksal Alptekin'e, Prof. Dr. Beyazıt Yemez'e, Prof. Dr. Elif Onur'a ve Doç Dr. Halis Ulaş'a teşekkür ederim.

Tez sürecinde birlikte keyifle çalıştığımız, dostluğunu ve samimiyetini derinden hissettiğim arkadaşım Dr. Mehtap Az'a,

Asistanlık sürecim boyunca yaşamıma renk katan, türlü zorlukların üstesinden birlikte geldiğimiz, iyi günümde, kötü günümde desteklerini ve güvenlerini her zaman arkamda hissettiğim sevgili dostlarım Ece, Necla ve Ada'ya,

İş arkadaşlığının ötesine taşınan paylaşımlarımız için ve destekleri için tüm DEÜTF Psikiyatri asistanlarına ve psikolog arkadaşlarıma,

Rotasyonlarda birlikte çalıştığımız ve DEÜTF psikiyatri ailesinden hissettiğim çocuk psikiyatrisi asistanı arkadaşlarıma,

Öğle yemeklerindeki keyifli sohbetleri, öğle yemeklerinden ötesine uzanan dostlukları ve dayanışması ile bana güven ve aidiyet duygusu hissettiren, paylaşımlarımızın devam etmesini dilediğim “*Karşı Masa*” ailesine,

Kendilerinden çok şey öğrendiğim, her zaman da öğrenmeye devam edeceğimi düşündüğüm, mesleğimin köşe taşları; hastalarıma,

Yaşamımın her alanında, her zaman bana destek olan çok sevgili aileme en içten teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET:

Amaç: Şizofreni ve diğer psikotik bozuklukların sıklık ve yaygınlığı ile sosyal çevre arasındaki ilişki uzun zamandır üzerinde çalışılan bir konudur. Ancak sosyal çevrenin hastalık prognozu ve relapslar üzerine etkisi ile ilişkili araştırmalar ise sınırlıdır. Ayrıca sosyal çevre ile ilişkili bir kavram olarak “*sosyal sermaye*” ile psikotik bozukluklar arasındaki ilişki son yıllarda üzerinde çalışılan bir alandır. Şizofrenide relaps kavramı halen net tanımlanamamıştır. Bu çalışmada şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarda sosyal çevrenin relapslar üzerine etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu araştırma kayıtlara dayalı retrospektif bir izlem çalışmasıdır. Şizofreni (112) ve diğer psikotik bozukluk (35) tanılı 147 hasta çalışmaya dâhil edildi. Tıbbi kayıtlar geçmişten ileriye doğru taranarak ve hasta görüşmeleri ile 5 yıllık döneme ait (1 Ocak 2009–31 Aralık 2013); yerleşim öyküsü (mahalle ve adres değişikliği), relaps öyküsü ve antipsikotik ilaç kullanımına ait veriler elde edildi. Sosyal çevre bileşenleri olarak mahalle sosyoekonomik yoksunluk göstergeleri (işsizlik oranı/ düşük gelirli oranı), mahalle sosyal sermaye düzeyi (*TurkSch: İzmir psikotik bozukluklarda gen-çevre etkileşimi için akıl sağlığı araştırması verileri*) ve mahallede seçimlere katılım oranı (*kesiştiren sosyal sermaye*) tanımlandı. Sosyal çevre özelliklerinin relapslar ile ilişkisi araştırıldı.

Bulgular: Mahalle sosyal çevre özellikleri ile relapslar arasında ilişki saptanmadı. Adres değişikliği (*residential mobility*) relaps olanlarda olmayanlara göre anlamlı olarak daha fazla saptandı ($p<0,05$). Relaps olanlarda izlem süresince relaps olmayanlara göre daha yüksek dozda antipsikotik ilaç kullanımı saptandı ($p<0,05$). Relaps olanlarda olmayanlara göre yaş ortalaması anlamlı olarak daha düşük saptandı. Karıştırıcı faktörlerin (*yaş, cinsiyet, eğitim durumu*) kontrol edilmesinden sonra yaş ile relapslar arasındaki ilişkinin anlamlı düzeyde devam ettiği saptandı ($p<0,05$).

Sonuç: Sosyal çevre özelliklerinin relapslar üzerine anlamlı bir etkisi saptanmamıştır. Adres değişikliği relaps olasılığını artırmaktadır. Ayrıca aynı adreste ikamet süresi kısaldıkça relaps olasılığı artmaktadır. Relaps öyküsü; daha yüksek dozda antipsikotik ilaç kullanımı ile ilişkilidir. Yaş arttıkça relaps olasılığı azalmaktadır. Tanımlanması ve ölçümü zor bir kavram olan sosyal çevrenin etkilerini saptayabilmek için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Sözcükler: Şizofreni, psikotik bozukluklar, sosyal çevre, sosyal sermaye, relaps

THE EFFECTS OF SOCIAL ENVIRONMENT ON RELAPSES IN SCHIZOPHRENIA AND OTHER PSYCHOTIC DISORDERS

Dr Burcu ÜNAL

Dokuz Eylul University Faculty of Medicine Department of Psychiatry

dr.burcu.unal@gmail.com

Supervisor: Prof. Dr. Berna Binnur AKDEDE

ABSTRACT

Objective: There is a large body of literature about the relationship between social environment and the prevalence and incidence of schizophrenia and other psychotic disorders. But there is limited data about the effects of social environment on the prognosis and relapses of these disorders. Moreover a related subject social capital is a new growing area. The criteria of relapses in schizophrenia is not well described. In this study we aimed to investigate the effects of the social environment on relapses of schizophrenia and other psychotic disorders.

Method: This is a retrospective prospective study. We included 147 patients with the diagnosis of schizophrenia (112) or other psychotic (35) disorders. We obtained the residential history (neighbourhood and residential mobility), the history of relapses and other prognostic features (such as hospitalization, antipsychotic drug doses) from January 2009 to December 2013 retrospectively, by surveying the hospital case registry data and with the interviews with patients. We described the social capital, voting participation (*linking social capital*) and socioeconomic deprivation, of neighbourhoods, as social environment. We investigate the relationship between social environment and prognosis and relapses.

Results: We couldn't find a relationship between social environment and relapses. But there was a relationship between residential mobility and history of relapses. The group with the history of relaps had significantly more residential mobility according to the group with no relapse. The history of relapses were associated with higher doses of antipsychotics. The group with the history of relaps was younger than the group with no relapse. The association between age and relaps remained after adjustment for age, sex and level of education, as confounding factors.

Conclusion: We couldn't find a relationship between neighbourhood social environment and relapses. Residential mobility was associated with relaps, and this relationship was stronger when the residing in the same address was shorter. History of relapses is associated with and higher doses usage of antipsychotics. Younger age was associated with relapse. It is difficult to term and estimate of social environment, as a new growing area in the literature and we need more researches to determine the effect of social environment on psychosis..

Key words: schizophrenia, psychotic disorders, social environment , social capital, relapse

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Psikoz; sanrılar, varsanılar, dezorganize konuşma, dezorganize davranış gibi algı, düşünce ve davranışla ilgili alanlarda görülen çeşitli belirtilerle giden bir sendromdur. Psikoz kişinin mental kapasitesinde, duygusal tepkisinde, gerçekliği algılayabilme yetisinde, sosyal ve mesleki işlevselliğinde bozulmalara yol açar. Bir belirti olarak psikoz; şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarda (*şizoaffektif bozukluk, şizofreniform bozukluk, sanrısız bozukluk, kısa psikotik bozukluk, paylaşılmış psikotik bozukluk, tıbbi duruma/maddeye bağlı psikotik bozukluk, diğer psikotik bozukluk*), duygudurum bozukluklarında görülmektedir.

Psikotik belirtilerin görüldüğü en önemli psikiyatrik bozukluk şizofrenidir (1). Şizofrenide genellikle çok sayıda relapsın görülmesi, belirtilerin dirençli seyretmesi, bilişsel ve işlevsel bozulmanın süreklilik göstermesi tipiktir (2). Şizofreni tanılı hastalarda her ay yaklaşık %3,5 relaps riski olduğu belirtilmektedir (3). Relaps sıklığı yeti yitimi ve tedavi direnci ile ilişkili görülmektedir (4). Ayrıca şizofreninin toplum üzerine yarattığı ekonomik yükün önemli bir bölümü relapslar ve hastaneye tekrar yatışlardan kaynaklanmaktadır. Bu nedenlerle relapsın önlenmesi şizofrenide önemli bir tedavi hedefidir.

Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar bir yelpaze olarak değerlendirilmekte, beyinde ortak nörotransmitter yollarından ve ortak beyin bölgelerinden köken aldıkları düşünülmektedir. Hastalıkların ve belirtilerin şiddeti arasındaki farklılığın ise genetik ve çevresel risk faktörlerinin değişik düzeylerdeki etkileşimi sonucunda ortaya çıktığı düşünülmektedir (5).

Çevresel bir risk faktörü olarak **sosyal çevre**; bilimsel olarak bir çerçeve çizerek tanımlanması ve ölçümü zor olan, araştırmalarda çeşitli boyutları ile tanımlanarak incelenen bir kavramdır. Psikotik bozukluklar ve sosyal çevre ilişkisini inceleyen araştırmalarda, sosyal çevre çoğunlukla hastaların yaşadığı “mahalle”ler olarak belirtilmiş ve mahallelerin sosyal çevre özellikleri; *etnik dağılım, toplumsal düzensizlik, sosyoekonomik yoksunluk, sosyal sermaye* gibi kavramlar üzerinden tanımlanmıştır.

Sosyoekonomik yoksunluk; sağlık araştırmalarında; genellikle mahallede *gelir düzeyi, genel sağlık durumu, güvenlik, eğitim, iş, hane mülkiyeti, kamu hizmetlerine erişim* gibi alanların biri ya da daha fazlası üzerinden tanımlanarak incelenmiştir (6, 7).

Psikotik bozukluk tanılı hastaların sosyoekonomik yoksunluğun düşük olduğu bölgelerde yoğunlaşması araştırmalarda sık tekrarlayan bir bulgudur (8-10). Ancak bu durumun, hastalık

tablosunun bir sonucu mu yoksa hastalığa neden olan bir etken mi olduğu, araştırmalardaki yöntemsel farklılıklar(tanılandırma sistemleri, araştırmanın kesitsel desene sahip olması gibi) nedeniyle belirsiz kalmaya devam etmiştir.

Sosyal sermaye; farklı sosyal, kültürel ve idari alanlarda toplumsal ilişkiler ve bağların niteliği ve niceliğini tanımlayan bir kavramdır (11) Sosyal sermayenin beş temel bileşeni tanımlanmıştır (88,89): Mahallede; 1) *Toplumsal ağlar ve bunların yoğunluğu*, 2) *Yurttaşlık katılımı*, 3) *Yerel yurttaşlık kimliği*, 4) *Karşılıklılık ve işbirliği*, 5) *Topluma karşı duyulan güven*. Sosyal sermayenin bir altı tipi olan **kesiştiren sosyal sermaye;** yurttaşlık katılımı ve kamusal yapılanmalara duyulan güven duygusunu ifade eden bir kavramdır. Buna göre bir mahallede idari seçimlere katılım düzeyinin, mahallede yurttaşlık katılımını ve mahalle sakinlerinin kamu kurumlarına duyduğu güveni yansıttığı düşünülmektedir (12).

Sağlık araştırmalarında toplumsal ilişki ağlarının niteliği ile genel sağlık durumu arasındaki ilişki uzun zamandır bilinse de *sosyal sermaye* ancak son yıllarda hastalıkların toplumsal açıdan değerlendirilmesinde kullanılmaya başlanmıştır(13).Psikotik bozukluklar ile kişilerin ve toplulukların sosyal sermayesi arasındaki ilişki üzerine araştırmalar çelişkili sonuçlara rağmen artarak devam etmektedir (14).

Sosyal çevre ile ilişkili özellikler; risk faktörü olarak psikotik bozuklukların ortaya çıkışını kolaylaştırdığı gibi psikotik bozukluklarda hastalık seyrini de olumsuz etkilemekte ve relapsları tetikleyebilmektedir. Sosyal çevre özelliklerinin psikotik bozuklukların sıklık ve yaygınlığı ile ilişkisi üzerine çok sayıda çalışma olmasına rağmen, sosyal çevre özelliklerinin hastalık prognozu ve relapslar üzerine etkisini araştıran sınırlı sayıda çalışma mevcuttur. Bu etkinin ve ilişkinin aydınlatılmasına yönelik yeni çalışmalar mevcut literatüre önemli katkı sağlayacaktır.

Amaç:

Bu araştırmanın amacı şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarda sosyal çevre özelliklerinin relapslar üzerine etkisinin incelenmesidir.

1.1. Hipotezler

H1: **Sosyal sermaye düzeyi** düşük olan bölgelerde yaşayan şizofreni veya diğer psikotik bozukluk tanılı hastalarda, sosyal sermaye düzeyi yüksek olan bölgelerde yaşayanlara göre daha fazla relaps görülmektedir.

H2: **Ortalama gelir düzeyi** düşük olan bölgelerde yaşayan şizofreni veya diğer psikotik bozukluk tanılı hastalarda, ortalama gelir düzeyi yüksek olan bölgelerde yaşayanlara göre daha fazla relaps görülmektedir.

H3: **İşsizlik oranı** yüksek olan bölgelerde yaşayan şizofreni veya diğer psikotik bozukluk tanılı hastalarda, işsizlik oranı düşük olan bölgelerde yaşayanlara göre daha fazla relaps görülmektedir.

H4: **Seçimlere katılım oranı** düşük olan bölgelerde yaşayan şizofreni veya diğer psikotik bozukluk tanılı hastalarda, seçimler katılıma oranı yüksek olan bölgelerde yaşayanlara göre daha fazla relaps görülmektedir.

H5: **Adres değişikliği** yapan şizofreni veya diğer psikotik bozukluk tanılı hastalarda, adres değişikliği yapmayanlara göre daha fazla relaps görülmektedir.

H6: Hastaların sosyodemografik (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu) ve klinik özellikleri (erken başlangıç, madde kullanımı) relapsların sıklığını etkilemektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tarihçe

Eski Yunan döneminden bu yana paranoid ve grandiyöz sanrılarla birlikte olan bilişsel bozukluklar ve kişilik değişimleri tanımlanmış olsa da şizofreninin modern anlamda ilk tanımlayıcısının Emil Kraepelin olduğu kabul edilir (15). Kraepelin, Morel'in *démence précoce* kavramını genişleterek 1896 tarihinde *dementia praecox* tanısını ortaya koymuştur. Bu terim erken başlayan ve bunama belirtilerinin görüldüğü bir hastalığı tanımlamaktadır. Kraepelin, bu hastalıkta bunama olmayan grubu *paranoia* olarak tanımlamıştır. Bir başka grup hastada ise episodik gidiş ile birlikte ara dönemde işlevselliğin normal olduğunu görmüş ve bu gruba manik-depresif psikoz adını vermiştir (16). Eugene Bleuler, şizofreni terimini ilk kullanan kişidir. Birincil ve ikincil belirtiler kavramı ile Kraepelin'den farklı bir tanımlama getirmiştir. Birincil belirtiler; çağrışımlarda bozulma, otistik davranış ve düşünce, anormal duygulanım ve ambivaleanstır. İkincil belirtiler arasında ise sanrılar ve varsanılar yer almaktadır.

Bleuler, şizofreninin belirti çeşitliliği ve değişik klinik görünümlere rağmen etiyolojik ve fizyopatolojik olarak tek bir hastalık olduğu görüşünü ortaya koymuştur (17). Bu açıdan henüz bilinmeyen bir nörofizyolojik bozukluk düşünce, duygu, davranış gibi alanları olumsuz şekilde etkilemektedir. Bireysel ve çevresel etmenlere bağlı olarak bu nörofizyolojik bozukluk; sanrı, varsanı, sosyal geri çekilme ve duygulanımdaki yüzeyelleşme gibi ikincil hastalık görünümlerine yol açmaktadır (16-18)

İzleyen süreçte Kretschmer, Schneider, Jaspers ve Meyer şizofreni kavramının gelişimine katkıda bulunmuşlardır.

2.2. Tanı: DSM-IV-TR'den DSM- 5'e Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) (2000) tarafından hazırlanan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, dördüncü gözden geçirme basımına (DSM-IV-TR) göre(19) “şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar” bölümünde “şizofreni, şizoaffectif bozukluk, şizofreniform bozukluk, sanrısız bozukluk, kısa psikotik bozukluk, paylaşılmış psikotik bozukluk, genel tıbbi duruma/maddeye bağlı psikotik bozukluk ve başka türlü adlandırılmayan psikotik bozukluk” tanı kategorileri yer almaktadır (Tablo 1). Bu

bozukluklarda; sanrılar, varsanılar, düşünce ve davranışta organizasyon bozukluğu ve katatoninin farklı kombinasyonları, değişen şiddet ve süreler ile kendisini göstermektedir.

Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından (2013) Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, beşinci basımının (DSM-5) (20) yayınlanması ile birlikte ruhsal hastalıkların kodlanmasında, sınıflandırılmasında ve ruhsal hastalıklara tanı konulmasında bir takım yenilikler getirilmiştir (Tablo 2). DSM -5’de ayrıca ruhsal hastalıklara boyutsal bir yaklaşım getirilmesi amaçlanmıştır. DSM-IV-TR’deki “eksen sistemi” DSM-5’de kaldırılmıştır. DSM-IV-TR’den DSM-5’e geçişte değişikliklerin ve yeniliklerin görüldüğü bölümlerden biri de şizofreni ve diğer psikotik bozuklukların yer aldığı bölümdür.

Psikotik bozuklukların, aynı bozukluğun çeşitli düzeydeki görünüşleri olduğu yönündeki spektrum yaklaşımının benimsenmesi amacıyla bu bölümün adı “Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikoza Giden Diğer Bozukluklar” olarak değiştirilmiştir. Bu bölümde; “şizotipal kişilik bozukluğu, sanrılı bozukluk, kısa psikotik bozukluk, şizofreniform bozukluk, şizofreni, şizoaffektif bozukluk, madde/ilacın yol açtığı psikotik bozukluk, başka bir sağlık durumuna bağlı psikotik bozukluk, katatoni, “tanımlanmış/ tanımlanmamış psikotik bozukluk, diğer” tanı kategorileri yer almaktadır.

Bu bölümde yer alan “şizotipal kişilik bozukluğu”, “katatoni” ve “tanımlanmış/ tanımlanmamış psikotik bozukluk, diğer” tanı kategorileri, DSM-IV’de olmayıp DSM-5’de yeni eklenen tanılardır.

Spektrum yaklaşımının benimsenmesi nedeniyle DSM-5’de “şizofreni açılımı kapsamında ve psikoza giden diğer bozukluklar” tanı kümesindeki herhangi bir tanı için bazı tanı ölçütlerinin karşılandığı fakat tüm tanı ölçütlerinin karşılanmadığı durumlar “tanımlanmış/tanımlanmamış diğer psikotik bozukluklar” tanısı ile ifade edilmiştir. DSM-IV’de böyle durumlar “Başka Türü Adlandırılmayan Psikotik Bozukluk” tanısı almaktaydı.

“Paylaşılmış psikotik bozukluk” tanısı DSM 5’de tamamen kaldırılmıştır. “Şizofreni, şizoaffektif bozukluk, sanrısız bozukluk, kısa psikotik bozukluk, şizofreniform bozukluk, ilaç/madde/ tıbbi duruma bağlı olarak gelişen psikotik bozukluk” tanı kategorileri DSM-IV’den DSM- 5’e geçişte değişmeden kalmıştır. “Kısa psikotik bozukluk ve şizofreniform bozukluk” tanıları kategori olarak korunduğu gibi, tanı ölçütlerinde de DSM-IV’den DSM-5’e geçişte bir değişiklik yapılmamıştır.

DSM-IV-TR’de şizofreninin A tanı ölçütünde belirtilen 5 maddenin en az ikisinin bulunması gerektiği belirtilmiş ancak şöyle bir not da düşülmüştür: “Hezeyanlar bizar ise ya da halüsinasyonlar kişinin davranış ya da düşünceleri üzerine sürekli yorum yapmakta olan seslerden ya da iki ya da daha fazla sesin birbirleriyle konuşmasından oluşuyorsa A tanı ölçütlerinden yalnızca bir tanesinin karşılanması yeterlidir”. İşte DSM-5’te bu dip not kaldırılmıştır. DSM-5’te artık bu dip notta belirtilen durum karşılanırsa bile yine de A tanı ölçütünde belirtilen 5 maddeden en az iki tanesinin karşılanması gerekmektedir. Ayrıca DSM-5’de şizofreninin A tanı ölçütündeki karşılanması gereken iki maddenin en az birinin “hezeyan, halüsinasyon ya da dezorganize konuşma” olması şartı da eklenmiştir.

Tablo.1. Amerikan Psikiyatri Birliği DSM-IV-TR Tanısal Sınıflamasına göre psikotik belirtilerin görüldüğü ruh sağlığı bozuklukları

EKSEN I: ŞİZOFRENİ VE DİĞER PSİKOTİK BOZUKLUKLAR:
Şizofreni Katatonik / Dezorganize / Paranoid / Residüel / Ayrışmamış Tip
Şizoaffektif Bozukluk Depresif Tip, Bipolar Tip
Şizofreniform Bozukluk İyi prognostik özellikleri olan/olmayan
Sanrılı Bozukluk Kötülük görme/Kıskançlık/Erotomanik/Somatik/Grandiyöz /Karma/Belirlenmemiş Tipler
Kısa Psikotik Bozukluk Belirgin stres etkeniyle olan/olmayan
Paylaşılmış Psikotik Bozukluk
Genel Tıbbi Duruma Bağlı Psikotik Bozukluk Sanrılar ya da Varsanılarla giden
Madde Kullanımına Bağlı Psikotik Bozukluk Alkol, Amfetamin, Esrar, Kokain, Halusinojenler, İnhalanlar, Opioitler, Fensiklidin, Sedatif, Hipnotik ya da Anksiyolitik,

Diğer madde kullanımına bağlı sanrı/varsanı
Entoksikasyonda ya da Yoksunlukta başlayan
Psikotik Bozukluk, Başka Türü Tanımlanamayan
DIĞER RUHSAL BOZUKLUKLAR
EKSEN I: Duygudurum Bozuklukları: Bipolar Bozukluk / Depresif Bozukluk
EKSEN II: A kümesi kişilik bozuklukları: Paranoid/Şizoid/Şizotipal Kişilik Bozuklukları

Tablo 2. Amerikan Psikiyatri Birliği DSM-5 Tanısal Sınıflamasına göre psikotik belirtilerin görüldüğü ruh sağlığı bozuklukları

ŞİZOFRENİ AÇILIMI KAPSAMINDA VE PSİKOZLA GİDEN DİĞER BOZUKLUKLAR:
Şizotürü (Şizotipal) Kişilik Bozukluğu
Sanrılı Bozukluk ** Erotomanik türü / Büyüklük türü / Kıskançlık türü / Kötülük görme (perseküsyon) türü / Bedensel tür / Karma tür / Belirlenmemiş tür
Kısa Psikotik Bozukluk * Belirgin tetikleyici etken(ler) olan (kısa tepkisel psikoz) Belirgin tetikleyici etken(ler) olmayan Doğum sonrası başlayan
Şizofreniform Bozukluk* Sonlanım özellikleri iyi olan / olmayan
Şizofreni * /**
Şizoaffektif Bozukluk */** İki Uçlu (bipolar) tür / Depresyon türü
Madde / İlacın Yol Açtığı Psikotik Bozukluk Esriklik (entoksikasyon) sırasında başlayan / Yoksunluk sırasında başlayan
Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Psikotik Bozukluk

Sanrılarla giden / Varsanılarla giden
Katatoni Başka bir ruhsal bozukluğa eşlik eden katatoni (Katatoni belirleyicisi) Başka bir sağlık durumuna bağlı katatoni bozukluğu Belirlenmemiş katatoni
Tanımlanmış Diğer Bir Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluklar 1. Süregiden duyma varsanıları 2. Duygudurum dönemlerinin belirgin olarak örtüştüğü sanrılar 3. Eşik altı psikoz sendromu 4. Sanrılı bozukluğu olan kişilerin eşinde sanrısız belirtiler
Tanımlanmamış Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluklar
DIĞER RUHSAL BOZUKLUKLAR
Duygudurum Bozuklukları: Bipolar Bozukluk / Depresif Bozukluk
A Kümesi Kişilik bozuklukları: Paranoid/Şizoid/Şizotipal Kişilik Bozuklukları

*Katatoni ile giden (başka bir ruhsal bozukluğa eşlik eden katatoni): Katatoni eştanısının varlığını belirtmek için ek kodlama yapılır.

** Gidiş belirleyicileri tanımlanmıştır.

Dünya sağlık Örgütü (1992) tarafından hazırlanan Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırması, onuncu gözden geçirme baskısına (ICD-10) (21) göre, psikotik bozukluklar bölümünde (F 20-29); “şizofreni, şizotipal bozukluk, persistan delüsyonel bozukluk, akut ve geçici psikotik bozukluklar, başka etkenlerle ortaya çıkan delüzyon, şizoaffektif bozukluklar, diğer organik olmayan psikotik bozukluklar, tanımlanmamış organik olmayan psikotik bozukluklar” yer almaktadır (Tablo 3).

Tablo 3. Dünya Sağlık Örgütü ICD-10 Tanısal Sınıflamasına göre psikotik belirtilerin görüldüğü ruh sağlığı sorunları

ŞİZOFRENİ VE DİĞER PSİKOTİK BOZUKLUKLAR
F20 Şizofreni (Paranoid, Hebefrenik, Katatonik, Rezidüel, Ayrışmamış, Post-şizofrenik depresyon, Basit, Diğer, Tanımlanmamış)
F21 Şizotipal Bozukluk
F23 Akut ve Geçici Psikotik Bozukluklar (Akut polimorfik psikotik bozukluk [şizofreni belirtileri var ya da yok], Şizofreni benzeri akut psikotik bozukluk, Akut baskın delüzyonel bozukluk, diğer)
F22 Persistan Delüzyonel Bozukluklar
F24 Delüzyon, Başka Etkenlerle Ortaya Çıkan (Paylaşılmış)
F25 Şizoaffektif Bozukluk: (Depresif tip / Bipolar Tip / Karma Tip)
F28 Organik Olmayan Psikotik Bozukluklar, diğer
F29 Organik Olmayan Psikoz, Tanımlanmamış
F10 - F19.5 Psikoaktif madde kullanımına bağlı psikotik bozukluklar (Alkol, opioid, kannabinoid, sedatif veya hipnotik, kokain, kafein ve diğer stimülanlar, hallusinojen, uçucu, çoklu madde kullanımına bağlı)
DİĞER RUHSAL BOZUKLUKLAR
F06.2 Organik delüzyonel [Şizofreni-benzeri] bozukluklar : (Sanrılar ya da Varsanılarla giden)
Duygudurum Bozuklukları: Bipolar Bozukluk / Depresif bozukluk
Kişilik bozuklukları: (paranoid tip / şizoid tip)

2.3. Epidemiyoloji:

2.3.1. Sıklık ve yaygınlık

Farklı ülkelerde yapılan epidemiyolojik çalışmalar, şizofreninin yıllık yaygınlığının (prevelans) 1,4-4,6/1000 ve sıklığının da (insidans) 16-42/100000 arasında olduğunu göstermektedir (22). Ancak hem yaygınlığı hem de klinik seyri, toplumsal özellikler, coğrafi yerleşim ve zaman dilimi açısından farklılık göstermektedir. Bir gözden geçirmede şizofreni için yaşam boyu yaygınlık ortancası 4,0/1000 ve yaşam boyu morbid riski ise 7,2/1000 olarak bildirilmiştir (23). Bu oran göz önünde bulundurularak dünyada 50 milyonun üstünde, Türkiye’de ise 500.000 dolayında şizofreni hastasının bulunduğu tahmin edilebilir. 2007 yılı İzmir il nüfusu (3.740.000) göz önüne alındığında ise İzmir ilinde 25.000 şizofreni hastası bulunduğu söylenebilir (24).

2.3.2. Risk Faktörleri

Cinsiyet

Şizofreni sıklığı açısından baktığımızda erkek/kadın oranı 1.4 olarak rapor edilmiştir. Ayrıca hastalığın başlama yaşı ve seyrinde iki cinsiyet arasında farklılık görülmüştür (25). Buna göre, kadınlarda daha geç başlangıçlıdır ve hastalık seyri, erkek şizofreni hastalarından göreceli olarak daha iyidir(26).

Başlangıç yaşı

Hastalık başlangıç yaşına bakıldığında, erkeklerde 15-25, kadınlarda ise 25-35 yaş aralığı göze çarpmaktadır (27). Başlangıç yaşı erkeklerde kadınlara kıyasla daha düşüktür. Kadınlar, ortalama 5 yıllık bir gecikme süresi göstermekte ancak menapoz öncesi 40-45 yaş arasında ikinci bir pik olabilmektedir. Tüm bu bilgilere ek olarak, Dünya Sağlık Örgütü’nün 10 ülkeyi kapsayan çalışmasında 54 yaşına kadar şizofreninin kadın ve erkeklerdeki risk oranı eşit bulunmuştur (28).

Esrar (Kannabis) Kullanımı

Kannabise artmış maruziyet, şizofreni geliştirme riskini arttırmaktadır Kannabis kullanımı ile tüm psikotik bozuklukların ortaya çıkma olasılığı oranı (odds ratio) 1.4-2.1

arasında bildirilmektedir. Şizofreni hastalarında kannabis kullanımının yaklaşık olarak %43-51 arasında olduğu bildirilmiştir (29)

İlerlemiş paternal yaş

İlerlemiş paternal yaş ile şizofreni ilişkisi birçok çalışmada ortaya koyulmuştur. Bu durum yaşı ilerlemesi ile birlikte spermdeki de novo mutasyonların artışının şizofreni riskini arttırdığı düşüncesini oluşturmuştur. Bu ilişki aile öyküsünde şizofreni olan bireylerde saptanmamıştır.(29)

Enfeksiyon

Günümüzde prenatal karşılaşma sonrası şizofreni riskinde artış gösterilen etmenler; influenza, rubella, T. Gondii'dir. HSV tip II için çelişkili bulgular mevcuttur (30).

Gebelik ve doğum komplikasyonları

Gebelik ve doğum komplikasyonlarının artmış şizofreni riski ile ancak orta düzeyde ilişkili bulunmuştur (OR=2). Riski arttıran etmenler; antepartum kanama, diabetes mellitus, rh uyuşmazlığı, pre-eklamps, düşük doğum ağırlığı, konjenital malformasyonlar, küçük kafa çevresi, uterus atonisi, asfiksi ve acil sezaryen operasyonu olarak bulunmuştur(31)

Doğum mevsimi

Genellikle kış aylarında ve ilkbahar başlarında doğan bireylerin şizofreni tanısı aldığı görülmüştür. Soğuk mevsimde maruz kalınan enfeksiyonların beyin gelişiminde aksaklıklara sebep olabileceği düşünülmüştür (32).

Beslenme

Prenatal beslenme azlığı şizofreni için bir risk etmenidir. 3. trimesterde maternal homosistein artışı ve D vitamini azalışı şizofreni ile ilişkili olası risk faktörleridir (30, 33, 34)

Sosyoekonomik konum

Şizofreni ekonomik konumu düşük sınıflarda daha sık görülmektedir. 1950'lerden itibaren, Somali'den Avustralya'ya kadar uzanan farklı ülkelerde yapılan bir çok çalışmada psikotik bozukluk tanılı bireylerin sosyoekonomik konumun düşük olduğu gruplarda yoğunlaştıkları sık tekrarlanan bir bulgu olmuştur(10, 35, 36)

Kentleşme ve Göç

Şizofreni ile doğum yeri arasındaki ilişkiye bakıldığında, kırsal bölgelerde doğanlara kıyasla şehirlerde doğanlarda daha sık şizofreni görülmektedir. Yapılan çalışmalarda, şehirde doğumun kırsal alanda doğuma göre relatif riski 2.4 kat arttırdığı bulunmuştur (37). Şizofreni riskini arttıran bir diğer etmense göç olarak kabul edilmiştir. Göçmenlerde daha yüksek oranda şizofreni görülmektedir(38).

2.4. Etiyoloji

2.4.1. Kalıtım

Aile araştırmaları, anne ya da babadan herhangi biri hasta ise çocuklarda hastalık riskinin %12.5 -13.8; hem anne hem de baba hasta ise bu riskin %35 – 46 olduğunu göstermişlerdir. Anne ve babanın sağlıklı, kardeşlerden birinin hasta olması durumunda kardeşlerde şizofreni riski %6.7 – 8.2 olarak bulunmuştur. Yakın akrabalar arasındaki hastalanma riski normalden 7 – 10 kat fazladır. Bir hastanın birinci derece akrabalarında şizofreni görülme riski %3 – 10 olarak saptanmıştır(39). İkiz çalışmaları bu noktada önemlidir. Eş hastalanma oranları tek yumurta ikizlerinde %31 – 78, çift yumurta ikizlerinde ise %12 – 28 olarak bildirilmiştir. Kalıtılabilirlik %41 – 90 arasında hesaplanmıştır. Tek yumurta ikizlerinde, çift yumurta ikizlerine oranla eş hastalanma oranının çok yüksek olması, şizofrenide kalıtımın etkisini desteklemektedir (39-41).

Evlat edinme çalışmalarında, öz anne babası şizofreni hastası olan evlat edinilmiş çocuklarda psikotik bozukluklar spektrumu, öz anne babası şizofreni hastası olmayan evlat edinilmiş çocuklardan daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca, öz anne babası şizofreni hastası olmayan ancak kendisini evlat edinen ailede şizofreni hastası olan çocuklarda şizofreni geliştirme riski artmamaktadır (42-44). Şizofreni genetiği ile ilgili olarak en ilginç ve geçerli soru kalıtsal olarak aktarılanın ne olduğudur. Şöyle ki, şizofreni hastalarının birinci derece akrabalarında tüm psikiyatrik hastalıklar artmamaktadır. Artan hastalıklar; psikotik bozukluklar, psikotik özellikli major depresif bozukluk, şizoid ve şizotipal kişilik bozukluklarıdır (45, 46)

Şizofreni çok genli – çok etkenli kalıtım göstermektedir. Bu nedenle daha ziyade Mendelyen kalıtım ile ilgili bilgi veren bağlantı çalışmaları, şizofrenide çelişkili sonuçlar

ortaya çıkarmışlardır. İlişkilendirilen kromozomlar; 1q, 5q, 6p, 6q, 8p, 10p, 13q, 15q ve 22q'dur (39, 41, 47, 48)

Şizofrenide bir çok aday gen bulunmaktadır. Bunlardan şimdilik en güçlü kanıt değeri olanlar neurogylin – 1 (NRG-1) ve dysbindindir. Ayrıca; COMT, PRODH2, PCM1, PPP3CC, DTNBP1, DAOA/G72, AKT1, DISC1, GRM3 RGS4, CHRNA7, PIP5K ilgi odağı olan genlerdir. Bu alandaki bilgiler gün geçtikçe güncellenmektedir (49-51)

Yüksek risk grubu çalışmaları diğer bir ilgi odağıdır. Yüksek risk grubu kavramı ile bir ya da daha çok yakınında şizofreni olan bireyler tanımlanmaktadır. Şizofreni hastası olan anne babaların çocuklarında; dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, davranım bozukluğu, şizotipal kişilik bozukluğu sıklığında artış, dikkat, uzamsal işlem belleği, yürütücü işlevlerde azalma, amigdala, hippocampus ve üst temporal girusta küçülme, fonksiyonel görüntüleme çalışmalarında yürütücü işlevler sırasında hipofrontalite, N – asetil aspartat / kolin oranında ve fosfomonoester düzeyinde azalma saptanmıştır.

2.4.2. Konvansiyonel ve Fonksiyonel Beyin Görüntüleme Çalışmaları

Şizofrenide ilk görüntüleme çalışmaları bilgisayarlı tomografi (BT) kullanılarak yapılmışlardır. İlk saptanan bulgu lateral ventrikül dilatasyonudur. Bu durum özellikle şizofrenide kötü gidiş ile birliktedir (52). Manyetik rezonans çalışmalarında en tutarlı bulgular; lateral ve üçüncü ventrikülde dilatasyon, amigdala, hippocampus, parahippokampal girus dahil orta temporal lob girusu, üst temporal girusta hacim azalmasıdır. Birçok başka beyin bölgesinde değişiklikler gösterilmişse de bunlar daha az tutarlıdır (52). Bu bulguların yeni başvuran hastalarda da olması, şizofreninin nöro-gelişimsel bir süreç olduğu hipotezini desteklemektedir.

Şizofrenide gri cevher üzerinde önemle durulmaktadır. Son yıllarda difüzyon manyetik görüntüleme (DTI) ile beyaz cevher anomalileri de saptanmıştır. Kortiko-kortikal ve transkallosal bağlantı bozuklukları psikopatolojiyi ve özellikle de bilişsel işlev bozukluklarını destekleyen bulgular olarak ortaya çıkmaktadırlar (53, 54).

Fonksiyonel görüntüleme teknikleri; fMRI, PET ve SPECT'ten oluşmaktadır. Beynin bölgesel kan akımı ve enerji metabolizmasının ölçümü beyin işlevselliğine ilişkin bilgi vermektedir. Fonksiyonel görüntüleme ile edinilen bilgiler hızla artmaktadır. Tüm

çalışmalardaki en tutarlı bulgu *hipofrontalitedir*. Hipofrontalite; frontal loblarda azalmış kan akımını ifade etmektedir. Bu azalma, istirahat hem de aktivasyon çalışmalarında bulunmuştur. Hem yeni tanı konmuş hem de kronik şizofreni hastalarında benzer bulguların saptanması yine nörogelişimsel bozukluk yönünde kanıt sunmaktadır (55).

Tekrarlayan çalışmalar, Wiskonsin Kart Eşleştirme Testi sırasında yapılan fMRI sırasında dorsolateral prefrontal kortikal aktivitede beklenen kan akımı artışının olmadığını göstermektedirler (56). Aktivite azalması frontal bölgelerle birlikte; limbik sistem yapıları, talamus, bazal gangliyonlar ve serebellumda da saptanmıştır (57, 58).

Görüntüleme çalışmaları, şizofreninin belirli beyin bölgelerinden kaynaklanan bir hastalık olduğu görüşünü değiştirmiştir. Artık şizofreni bir nöral döngü bozukluğu olarak kavramsallaştırılmaktadır. Örneğin basal gangliyonlar ve serebellum, frontal loblar ile bağlantı halindedirler. Bu durumda frontal lob disfonksiyonu, doğrudan bu iki bölgenin bozukluğunun bir sonucu olabilir. Ayrıca erken gelişimsel bir bozukluğun prefrontal dopaminerjik yolları bozarak prefrontal ve limbik disfonksiyona yol açıp şizofrenide görülen pozitif, negatif semptomlar ile birlikte bilişsel işlev bozukluğunu yaratabileceği öne sürülmüştür (53, 54, 58).

Görüntüleme çalışmaları, anterior singulat – basal gangliyon – talamokortikal yolağın pozitif semptomatolojiden; dorsolateral prefrontal yolağın ise negatif semptomatolojiden sorumlu olabileceğini göstermektedirler.

Manyetik rezonans spektroskopi çalışmaları şizofreni hastalarının frontal loblarında N – asetil aspartat yoğunluğunda azalma saptamışlardır. Bu durum; frontal loblarda nöron ölümüne işaret etmektedir (59).

2.4.3. Biyokimyasal Faktörler

Dopamin

Şizofreniyle ilgili olarak ortaya atılan “dopamin hipotezi”, şizofreninin artmış dopaminerjik aktivasyon nedeniyle ortaya çıktığını savunur (60). Hipotezin ilk dayanağına göre, dopaminerjik etkinliği arttıran amfetamin, kokain gibi maddeler psikomimetik etkide bulunmaktadır. Diğer dayanağı ise, dopamin reseptörünü bloke eden özellikte antipsikotiklerin şizofreni tedavisinde kullanılmasıdır. Dopamin hipotezine göre, şizofrenide

prefrontal kortikal alanlarda azalmış dopaminerjik aktivite, subkortikal alanlarda ise aşırı dopaminerjik aktivite mevcuttur. Buna göre; subkortikal alanda artmış dopaminerjik aktivite pozitif belirtiler, prefrontal yapılarıdaki azalmış dopaminerjik aktivite ise negatif belirtiler ve bilişsel kayıplar ile ilişkilidir (61, 62).

Serotonin

Dopaminerjik ve seratonerjik yollar birbirleriyle ilişkili olup, şizofreni tedavisinde kullanılan antipsikotik ilaçların hem dopaminerjik hem de seratonerjik antagonist özellikleri bulunmaktadır (63). Şizofreni hastalarında kortekste 5-HT_{2A} yoğunluğunda azalma, 5-HT_{1A} yoğunluğunda ise artma bulunmuştur (64).

Glutamat

Şizofrenide en önemli uyarıcı nörotransmitterlerden olan glutamat; kortiko-kortikal, kortiko-subkortikal ve talamokortikal iletimde rol oynar. Şizofrenide özellikle NMDA (N-Metil-D-Aspartat) reseptörü düzeyinde glutamaterjik işlev bozukluğu mevcuttur (65, 66).

Bir NMDA reseptör antagonisti olan fensiklidinin ve ketamininin, şizofreni benzeri bir duruma yol açmasının görülmesiyle birlikte glutamat daha da önem kazanmıştır (60). Çalışma sonuçlarına göre, şizofreni hastalarının frontal kortikal bölgelerinde glutamat reseptörlerinde artış, prefrontal ve hipokampal bölgelerinde ise glutamaterjik etkinliğinde azalma görülmüştür 34-39 Bu bilgiler ışığında eğer şizofreninin hipoglutamaterjik bir durum olduğu düşünülürse NMDA reseptör aktivitesinin artırılması olumlu sonuçlar vermelidir. Öyle ki, NMDA reseptör kompleksinin glisin bölgesinin, glisin, D-sikloserin veya D-serin ile aktive edilmesi ile şizofreni hastalarında olumlu sonuçlar gözlemlenmiştir (61).

GABA (Gama Aminobütirik Asit):

İnhibitör bir nörotransmitter olan GABA düzeyi, şizofreni hastalarında hipokampusta ve kortikal alanda azalmaktadır ve bu durum dopaminerjik hiperfonksiyon ile açıklanmıştır (66).

Noradrenalin:

Şizofreni hastalarının özellikle de paranoid olanların beyinlerinde BOS'da noradrenalin miktarında artış bulunmuştur (28, 67, 68).

Ayrıca; P maddesi, nörotensin, asetilkolin, nikotin şizofrenide çalışılan diğer nörotransmitterlerdendir (16).

2.5. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklarda Prognoz ve Relaps:

Kraepelin, şizofreninin alevlenme dönemleri ile seyrini hastalığın çekirdek özelliği olarak tanımlamıştır (69). Alevlenmelerin seyrini tanımlamak oldukça zor olmakla birlikte kabaca iki fazda değerlendirilebilmektedir: 1) Prodrom belirtilerin ardından başlayan aktif dönem ve ilk psikotik atağın ardından ilk yıllarda sebat eden belirtiler 2) Görece hastalığın daha stabil seyrettiği plato fazı.(70). Hastalığın ilk yılları, belirtilerin en şiddetli görüldüğü, relaps riskinin yüksek olduğu ve relapsların sıklıkla ortaya çıktığı bir dönem olması nedeni ile “kritik dönem” olarak tanımlanmaktadır (71) .

Şizofreninin ilk psikotik atağında tedaviye yanıt oranları yüksek olmakla birlikte (72) uzun vadede genellikle çok sayıda relapsın görülmesi, belirtilerin dirençli olması, bilişsel ve işlevsel bozulmanın süreklilik göstermesi tipiktir (2). Relapsların önlenmesi öncelikli tedavi hedefi olmasına rağmen her beş hastadan dördünde tedavinin ilk beş yılında çok sayıda relaps ve takiben hastaneye yatış görülmektedir (72). Relapslar psikotik alevlenmenin yanında; kendine ve çevreye zarar verme, aile içi strese neden olması, arkadaşlık ve akrabalık ilişkilerini olumsuz etkilemesi, eğitim ve iş hayatına engel olması, bağımsız yaşama ve özerkliği kısıtlaması, damgalanmaya neden olması gibi ciddi psikososyal sonuçlara yol açmaktadır (73).

Antipsikotik ilaç tedavisine uyumsuzluk, şiddetli rezidüel belirtiler, hastalık içgörüsünün ve tedavi arayışının olmaması, komorbid madde kullanım bozukluğu, aile, arkadaş ve bakım verenler ile kötü ilişkiler daha sık relaps olacağının habercisi olarak belirtilmektedir (3). Relaps sıklığı; bir sonraki remisyonun süresini azaltmakta, yeti yitimini arttırmakta ve tedaviye direnci geliştiren faktörlerden biri olmaktadır (74). Aynı zamanda şizofreninin toplum üzerinde yarattığı ekonomik yükün büyük bölümü de psikotik alevlenme ve hastaneye yatışlardan kaynaklanmaktadır. Bu nedenlerle, relapsın önlenmesi şizofrenide önemli bir tedavi hedefidir.

2.6. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklarda Sosyal Çevre

Psikotik bozukluklar genetik ve çevresel faktörlerin etkisi ve etkileşimi ile ortaya çıktığına dair kanıtlar mevcuttur (5). Gen-çevre etkileşimi üzerine olan araştırmalar öncelikle bireysel düzeydeki risk faktörlerine (örn:madde kullanımı) odaklanmıştır (75). Ancak sosyal çevre ile ilişkili risk faktörlerinin, bireysel düzeyde risk faktörleri ile etkileşerek psikotik bozuklukların ortaya çıkışı üzerinde etkili olduğuna ilişkin veriler artmaktadır (6, 35, 76)

2.6.1. Sosyal Çevrenin Tanımı ve Bileşenleri

Sosyal çevre; bilimsel olarak bir çerçeve çizerek tanımlanması zor olan, araştırmalarda çeşitli boyutları ile tanımlanarak incelenen bir kavramdır. Sosyal çevre, kişinin içinde yaşadığı ortam olarak tanımlanabilir. Farklı boyutları olmakla birlikte genel olarak üç temel boyutu ile tanımlanabilmektedir (6):

1. Etnik Dağılım
2. Sosyoekonomik Yoksunluk (Socioeconomic deprivation)
3. Sosyal Sermaye

Etnik Dağılım:

Etnisite, çoğunluğa göre daha farklı gelenek, görenek ve inanç sistemlerine sahip bir grubun üyesi olarak göçmenlerin yeni bir çevreye uyum sağlama sürecini ifade eden bir tanımdır (77). Psikiyatrik epidemiyoloji araştırmalarında etnik dağılım çoğunlukla bölgedeki göçmen nüfusun yoğunluğuna göre tanımlanmaktadır.

Sosyoekonomik Yoksunluk (*socioeconomic deprivation*):

Sosyoekonomik yoksunluk; yoksul ve düzensiz (*disorganized*) mahallelerden, zengin ve refah düzeyi yüksek mahallelere kadar uzanan bir süreklilikte; mahallelerin sosyal ve ekonomik özelliklerini farklı boyutları ile tanımlayan bir kavramdır. Sosyoekonomik özellikler ile ilgili önceki araştırmalara bakıldığında “*sosyoekonomik sınıf, yoksulluk, sosyoekonomik düzey, sosyoekonomik yoksunluk*” gibi kavramların sıklıkla birbiri ile eşanlamlı olarak kullanıldığı görülmektedir. Bu kavramların hepsi de “*alt sınıf*” ile ilgili sosyal göstergeleri ifade etmektedir (78-80).

Mahalle sosyoekonomik yoksunluğu sağlık araştırmalarında; genellikle ***gelir düzeyi, genel sağlık durumu, güvenlik, eğitim, iş, hane mülkiyeti, kamu hizmetlerine erişim, yalnız yaşayan nüfus, genç nüfus, yaşlı nüfus, ikametgah hareketliliği*** gibi alanların biri ya da daha fazlası üzerinden tanımlanarak incelenmiştir (81-83).

Şizofreni insidansının kentlerde kırsal bölgelere göre daha yüksek saptanması çok sayıda araştırmada tekrarlanan bir bulgudur. Ayrıca kent içinde de semtlere ait özellikler nedeniyle de farklılıklar saptanmaktadır (75) Çevresel bir risk faktörü olarak kentleşmenin etkisini

anlamada kentleri oluşturan mahallelerin sosyoekonomik yapısının incelenmesinin önemli olduğu vurgulanmaktadır (84).

Mahallelerin sosyoekonomik yapısının incelenmesi; mahalle düzeyinde sosyoekonomik konum ile bireysel sosyoekonomik konum arasında farklılıkların saptanması, “*sosyal sermaye*” kavramının öne çıkmasını sağlamıştır (85).

Sosyal Sermaye:

Sosyal çevre bileşenleri olarak belirtilen “*sosyoekonomik yoksunluk*” ve “*etnisite*” arasında köprü kuran (6) ve daha genel kapsayıcılığı olan bir kavram olarak “*sosyal sermaye*”, toplumsal ilişkilerin niteliğini ve niceliğini inceler (86).

Kentsel çevrede toplulukların sahip olduğu sosyal ilişkilerin niteliği ve niceliğinin kişinin gelişiminin erken dönemlerinden itibaren şizofreni için koruyucu ya da yatkınlığı artırıcı etkilerde bulunduğu düşünülmektedir. Bu nedenle, sosyal içiçelik (*cohesion*) ya da yalıtılmışlık (*isolation*) kentsel yerleşimlerde semtlere özgü çevresel özellikler ile ilişkili durumları temsil edebilirler (6).

Bireylerin taşıdıkları risklerle semtlerin özelliklerini birbirinden ayrı istatistiksel yöntemlerle ele alan bir çalışmada, toplumsal yalıtılmışlığın daha yüksek algılandığı semtlerde, bekar kalmaya yol açan hastalık öncesi yatkınlığın belirgin hastalığa ilerleyebileceği ve semtlere özgü çevresel özelliklerin bireylerin şizofreni için taşıdıkları riskleri farklılaştırabileceği bulunmuştur (83).

Sosyal sermaye tanımı

Yerleşim yerlerinde farklı sosyal, kültürel ve idari alanlarda ilişkilerin ve bağların niteliği ve niceliği ifade eden bir kavramdır(87). Birçok farklı tanımı da olmasına rağmen sağlık bilimlerinde en sık kullanılan biçimi, İtalya’da 1970’lerde başlayan reformlar sırasında Robert Putnam’ın toplumsal reformlarla insan gruplarının değişimini incelemek için geliştirdiği başlıklardan oluşmaktadır(88). Buna göre sosyal sermaye beş temel özellikten oluşmaktadır (89):

- 1) *Toplumsal ağlar ve bunların yoğunluğu* (kişisel, kamusal ya da kurumsal)
- 2) *Yurttaşlık katılımı* (yurttaşlık ağlarına katılım ve bu ağlardan faydalanma)
- 3) *Yerel yurttaşlık kimliği* (aidiyet duygusu, dayanışma ve eşitlik duygusu)

- 4) *Karşılıklılık ve işbirliği* (diğerlerine yardım etme konusunda hissedilen zorunluluk ve bunun karşılığının geleceğine duyulan güven)
- 5) *Topluma karşı duyulan güven*

Sosyal sermaye alt tipleri:

Sosyal sermaye kuramı topluluk ilişkilerinde ortaya çıkan birçok farklı düzeye işaret eder. Davranışsal (örn. katılım) ve bilişsel (örn. güven) bileşenlere ayrılabilir. Bu bileşenler **yapısal ve bilişsel sosyal sermaye** olarak adlandırılmaktadır. Sosyal sermaye kavramını çok boyutlu değerlendiren bir yaklaşım; yatay düzeyde bireyler arasında ve dikey düzeyde bireyler ile kuruluşlar arasında değerlendirir (90). Bu yaklaşıma göre yatay düzeyde olanlar köprü tipi-birleştiren (bridging) sosyal sermaye ve bağlayıcı (bonding) sosyal sermayedir. Dikey düzeyde olan ise kesiştiren (linking) sosyal sermayedir. Aynı topluluk içindekilerin birbirleriyle olan ilişkileri **bağlayıcı (bonding) sosyal sermaye** olarak nitelendirilirken, başka toplumsal grup içindekilerle olan ilişkiler ise **birleştiren (bridging) sosyal sermaye** olarak tanımlanmaktadır.

Sosyal sermaye ayrıca kamusal yapılanmalar aracılığıyla da oluşur ve **kesiştiren (linking) sosyal sermaye** olarak tanımlanır (91). Bir mahallede idari seçimlere katılım oranının; o bölgede yurttaşlık katılımını ve o bölgede yaşayan bireyler ile kamu kurumları arasındaki güven duygusunu yansıttığı düşünülmektedir. Bu ilişkiden ortaya çıkan bir kavram olarak kesiştiren sosyal sermaye; idari seçimlerde bir mahallede/bölgede oy kullanan kişi sayısının seçmen sayısına bölünmesi ile elde edilmektedir.

Bireysel sosyal sermaye, bireylere doğrudan sosyal gruplara katılımları ya da komşularına güvenip güvenmedikleri sorularak ölçülmektedir. Bir bölgenin sosyal sermayesini tanımlayan **ekolojik sosyal sermaye** genellikle o bölgede yaşayan bireyleri temsil eden örneklemin ölçeklere verdikleri yanıtların toplanıp bölgesel düzeye genellenmesi ile elde edilir (90).

2.6.2. Sosyal Çevrenin Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar İnsidansı Üzerine Etkisi

Psikotik Bozukluklarda Sosyal Çevrenin Rolüne İlişkin Kuramlar

Psikotik bozukluk hastalarının yoksulluğun ve toplumsal düzensizliğin yüksek olduğu bölgelerde yoğunlaşmasının, hastalık tablosunun bir sonucu mu yoksa hastalığa neden olan bir etken mi olduğu, araştırmalardaki yöntemsel farklılıklar (tanılandırma sistemleri, araştırmanın kesitsel desene sahip olması gibi) nedeniyle belirsiz kalmaya devam etmiştir.

Kontrollerle karşılaştırıldığında psikotik bozukluk olgularının daha yüksek oranda bekâr, işsiz, düşük gelirli, düşük eğitim düzeyinde, çocuksuz ve yoksul olmaları; söz konusu bozukluklarda bu demografik özelliklerin eşik altı belirtilerin ve işlevsellik kaybının bir sonucu olduğu düşünülebilir. Yani genetik yapıda şizofreniye yatkınlık taşıyan bireylerde, şizofreninin kuşaklar boyunca yeti yitimi oluşturması nedeniyle alt sınıflara doğru bir kayma olmaktadır (*Toplumsal Kayma Kuramı*).

Diğer yandan aynı özelliklerin birer toplumsal eşitsizlik göstergesi olduğu, bozukluğun ortaya çıkmasına neden olduğu ve bu nedenle psikotik bozukluk hastalarında daha yüksek oranlarda saptandığı da düşünülebilir. Yani sosyoekonomik konumu düşük bireyler, enfeksiyonlar, doğum öncesi bakımın yetersizliği ve stresle baş etmede toplumsal desteğin zayıf olması gibi yaşadıkları olumsuz koşullar nedeniyle şizofreniye yatkın hale gelmektedir (*Toplumsal Nedensellik Kuramı*).

Bu iki yaklaşım, araştırma sonuçlarının yorumlanmasında uzun yıllar *toplumsal kayma* ve *toplumsal nedensellik kuramlarının* karşılaştırılması olarak yer almıştır (29, 34, 92).

Psikotik Bozuklukların Ortaya Çıkışında Sosyal Çevrenin Rolüne Nörobiyolojik Bakış: Dopamin Duyarlılaşması

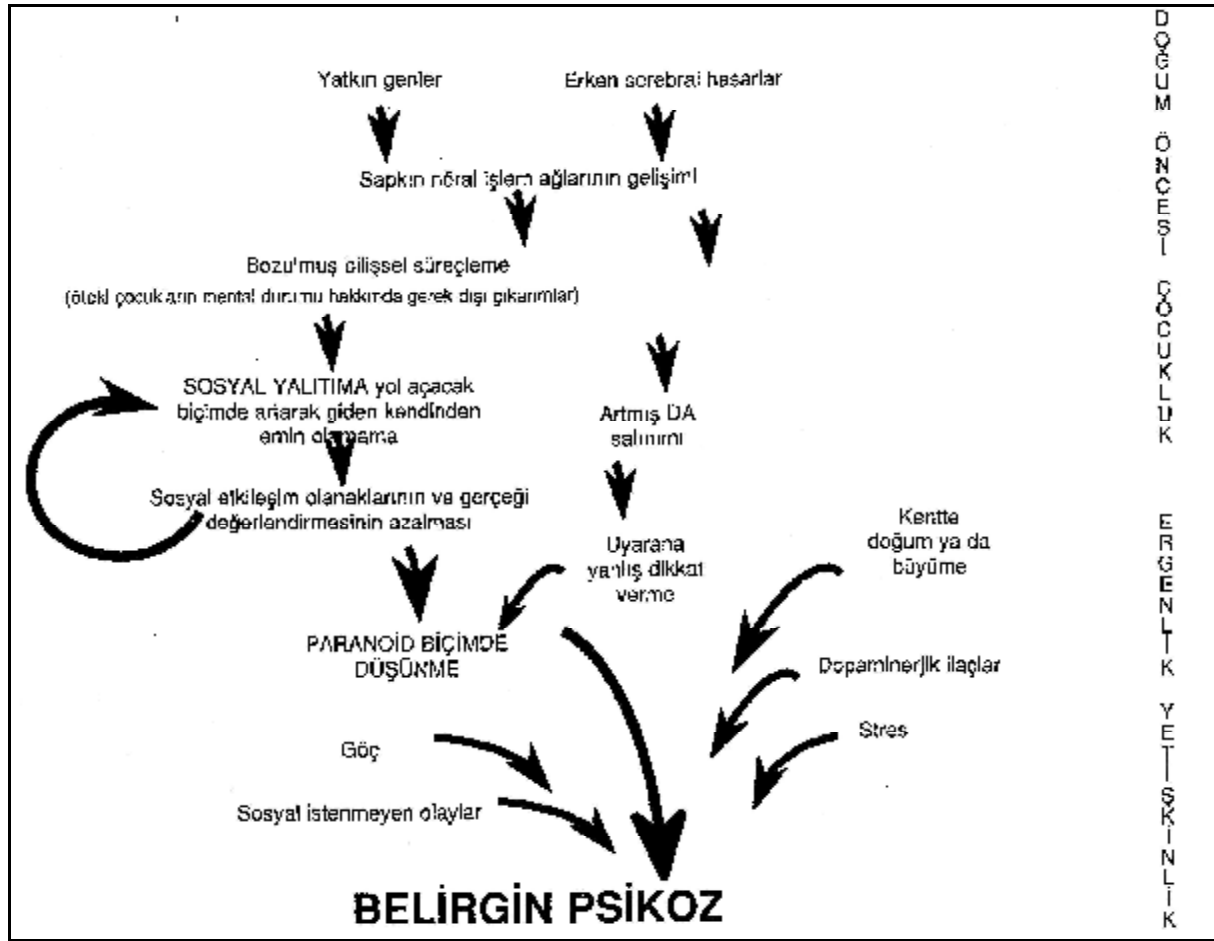
Şizofrenide ve diğer psikotik bozukluklarda görülen psikotik belirtilerin beyinde dopamin sistemindeki değişiklikler sonucu ortaya çıktığı düşünülmektedir (93). Psikotik belirtilerin ortaya çıkmasının dopamin ile ilişkilendirilmesinin iki ana nedeni bulunmaktadır: Birincisi dopamin reseptörlerini engelleyen moleküller, özellikle pozitif psikotik bulguları ve ilişkili davranışları azaltmaktadır. İkinci olarak ise dopamin salınımı ve ilgili sinirsel iletiyi artıran ilaçlar/maddeler; pozitif psikotik belirtilere ve ilgili davranışlara yol açmaktadır (94). Bu nedenle dopaminin psikotik süreci ateşleyen *körük* olduğu öne sürülmüştür (95).

Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar etiyolojisinde psikostimulan ilaç/madde kullanımı ile psikotik semptomlar ortaya çıkması bu zamana kadar bir çok çalışmada gösterilmiştir. Psikostimulan ilaç/madde kullanan bireylerde ailede şizofreni öyküsünün bulunmasının, premorbidal şizoid ya da şizotipal kişilik özelliklerinin bulunmasının bu riski artırdığı da gösterilmiştir.

Tekrarlayan ilaç/madde kullanımı ile dopamin reseptörlerinde tekrarlayan aralıklı stimulasyon (dopamin agonistleri ile ya da dolaylı olarak diğer nörotransmitterlerin etkileşimi ile) nihayetinde tolerans yerine ilerleyici, sürekli ve kalıcı bir yanıt oluşturmakta ve psikotik belirtilerin ortaya çıkışını açıklamaktadır (96). Psikotik belirtilerin ortaya çıkışını açıklayan bu mekanizma **dopamin duyarlılaşması** olarak tanımlanmıştır.

Genel nüfus düzeyinde dopamin duyarlılaşmasının davranışsal dışavurumu, *strese yol açan çevresel etkenlere maruz kalan* örneklemelerde, (i) eşikaltı psikotik yaşantıların geçici dışavurumunun artmış kalıcılık oranı (kalıcı duyarlılaşmaya işaret eder) ve (ii) buna bağlı olarak artmış klinik psikotik bozukluğa dönüşme oranı ölçülerek incelenebilir (97). Sosyal çevre koşullarının olumsuzluğu nedeniyle, farklı dönemlerde (döllenme, gebelik, doğum, erken çocukluk çağı, ergenlik) farklı düzenekler (beslenme, enfeksiyonlar, doğum komplikasyonları, çocukluk çağı yaşam olayları, toplumsal yalıtılmışlık, toplumsal ayrımcılık, madde kullanımı) üzerinden gelişen kronik stres ile mezolimbik dopaminerjik yollarlarda duyarlılaşma gelişmekte; önemsiz, sıradan olaylar ya da uyarılar sonucunda bile psikotik belirtiler ortaya çıkabilir hale gelmektedir (98). Farklılaşmış bir dopamin sinirsel iletiminin son bir ortak yolak olarak ortaya çıktığı; psikotik belirtilerin ortaya çıkmasına ve kalıcılılaşmasına neden olduğu düşünülmektedir (97).

Şekil 1’de genetik yatkınlık zemininde çevresel risk faktörlerinin etkileri ile psikoz ortaya çıkışı özetlenmiştir.



Şekil 1. Genetik yatkınlık zemininde çevresel risk faktörlerinin etkileri ile psikoz ortaya çıkışı (99)

Sosyoekonomik Yoksunluğun Psikotik Bozukluklar İnsidansı Üzerine Etkisi

Şizofreni ve sosyoekonomik konum arasındaki ilişkiyi inceleyen, 17 araştırmayı içeren bir gözden geçirmede, kırsal alanlardan gelen verilere dayanan iki çalışma dışında, alt sosyoekonomik konum artmış şizofreni riskiyle ilişkili gösterilmiştir (100). Aynı gözden geçirme 1998'e kadar yayınlanan 13 ek araştırmanın sonuçlarıyla birlikte tekrarlandığında da alt sosyoekonomik konumun şizofreni riskini artırdığı gösterilmiştir (8). Düşük sosyoekonomik konum gruplarında psikoz sıklığının ve yaygınlığının fazlalığı çalışmalarda sık tekrarlanan bir bulgudur (10, 83).

Bölgesel düzeyde sosyoekonomik konum ile bireysel düzeyde sosyoekonomik konum birbiri ile korelasyon gösteren kavramlar olması nedeniyle; erken dönem psikiyatri araştırmalarında bu iki kavram ayırım yapılmaksızın birbiri yerine referans gösterilmekteydi

(85). Oysa mahalle sosyoekonomik yoksunluğunun; mahallede ikamet eden hem yoksulları hem de zenginleri olumsuz etkileyen ayrı bir kavram olduğu düşünülmektedir (101-103). Son yıllarda sosyoekonomik konunun bu iki boyutunu (bireysel/bölgesel) bir arada, ancak birbirinden ayrı etkenler olarak değerlendiren araştırmalar yapılmaya başlanmıştır.

TürkSch: İzmir psikotik bozukluklarda gen-çevre etkileşimi için akıl sağlığı araştırmasında, bireysel düzeydeki faktörler kontrol edildikten sonra, mahalle sosyoekonomik yoksunluğu ile psikoz sürekliliği arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (104).

Mahalle sosyoekonomik yoksunluğu ile genel ruh sağlığı arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalarda ise çelişkili sonuçlar saptanmıştır(105-108).

Sosyal Sermayenin Psikotik Bozukluklar İnsidansı Üzerine Etkisi

Sosyal sermayenin, psikoz gelişimi mekanizmalarında stresi ve dopamin düzenlenmesini ayarlayan bir *tampon işlevi* görebildiği düşünülmektedir: düşük sosyal sermayeli bölgelerde yetişen bireylerin edineceği güvensizlik atıfları, genetik yatkınlığın psikotik bir atağa dönüşmesini kolaylaştırabilir ya da tam tersine; yüksek sosyal sermayeye sahip olan ortamlarda yetişen bireyler genetik yatkınlık taşıyıcılar bile, o bölgenin özellikleri sayesinde psikotik bozukluk düzeyine ulaşmayabilir (6). Sosyal sermayenin öne sürülen bu yönleri, son yıllarda psikotik belirtilerle ilgili olarak geliştirilen bilişsel nöropsikiyatrik modellere (109) ve psikozda rol oynadığı düşünülen genlerin gen-çevre etkileşimi modellerine de uyum göstermektedir.

Çalışmalara göre özellikle semtlerdeki güvenirlilik derecesi ve bununla ilişkili bilişsel sosyal sermaye (karşılıklı güven ve bağlanma), kentsel çevrede büyüyen çocukların ruh sağlığına gelişimsel bir etkide bulunmaktadır (110, 111).

Sosyal çevre özelliklerinin (*sosyoekonomik yoksunluk/kesiştiren sosyal sermaye*)/*nüfus yoğunluğu/etnisite*) bireysel özelliklerden bağımsız olarak şizofreni ve diğer affektif olmayan psikoz insidansına etkisini araştıran bir çalışmada, şizofreni insidansındaki varyasyonun %23'ünün sosyal çevre özelliklerine atfedilebileceği saptanmıştır. *İş, eğitim, sağlık, kamu hizmetlerine erişim ve hane mülkiyetine* ilişkin veriler sosyoekonomik yoksunluk göstergeleri olarak kullanılmıştır. Bölgede oy kullanma oranı (kesiştiren sosyal sermaye) arttıkça; diğer faktörlerden bağımsız olarak, şizofreni ve diğer affektif olmayan psikoz insidansında azalma olduğu belirtilmektedir. Sosyal sermayenin, etnik azınlıkların karşılaştığı sosyal stres üzerine olumlu bir etkisi olduğu, etnik azınlıklardaki şizofreni yaygınlık

fazlalığının sosyal sermayenin bazı boyutlarına ulaşımında kısıtlılıklar nedeniyle olabileceği düşünülmüştür (112).

Kentsel bir bölgede sosyal sermaye düzeyi ile psikoz insidansını araştıran başka bir çalışmada, sosyal sermaye “*toplumsal içiçelik*” kavramı üzerinden değerlendirilmiştir. Bu çalışmada sosyal sermaye düzeyi (toplumsal içiçelik) yüksek olan mahallelerde psikoz indidansının daha düşük olduğu saptanmıştır (113).

Kentsel bir bölgede “toplumsal düzensizlik” ve “sosyal sermaye düzeyi” ile şizofreni insidansı arasındaki ilişkiyi araştıran toplum temelli, kesitsel bir araştırmada “*toplumsal içiçelik ve güven*” ve “*toplumsal düzensizlik*” sosyal sermayenin tanımlanmasında ve ölçümünde kullanılmıştır. Araştırmanın sonunda şizofreni insidansındaki varyasyonun %26’sının yaşanılan yerleşim özelliklerine atfedilebileceği saptanmıştır. Sosyal sermaye ile şizofreni insidansı arasında ise karmaşık ve lineer olmayan bir ilişki olduğu, bu ilişkinin olasılıkla bireysel faktörler ile etkileştiği belirtilmiştir (114)

Türkiye’de bir sağlık sorunu (psikoz sürekliliği) yaygınlığının sosyal sermaye özellikleri ile olan ilişkisini inceleyen ilk ve tek çalışma ***TürkSch: İzmir psikotik bozukluklarda gen-çevre etkileşimi için akıl sağlığı araştırması***’dır. Bu çalışmada, *sosyal sermaye* ; “*gündelik toplumsal kontrol*,” “*toplumsal içiçelik ve güven*,” “*mahalle içi düzensizlik*” ve “*bilişsel sosyal sermaye*” kavramları üzerinden değerlendirilmiştir. “*Gündelik toplumsal kontrol*” düzeyi ile psikoz sürekliliği arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu sonuca göre; GTK düzeyi düşük olan mahallelerde, GTK düzeyi yüksek olan mahallelere göre, psikotik belirti ve bozuklukların daha yaygın olma eğiliminde olduğu belirtilmiştir (115). Bu araştırmada ayrıca mahalle ***sosyoekonomik yoksunluğu*** (işsizlik/yoksulluk) ile psikoz sürekliliği arasında da anlamlı ilişki saptanmıştır.

Sağlık araştırmalarında toplumsal ilişki ağlarının niteliği ile genel sağlık durumu arasındaki ilişki uzun zamandır bilinse de sosyal sermaye kavramı; hastalıkların toplumsal açıdan değerlendirilmesinde ancak son yıllarda kullanılmaya başlanmıştır (116).

2.6.3. Sosyal Çevrenin Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklarda Hastalık Prognozu üzerine Etkisi

Kentsel bir alanda yürütülen bir araştırmada, mahallelerin ***sosyoekonomik yoksunluk*** ve ***sosyal sermaye*** düzeyi ile kayıt temelli (tedavi gören) şizofreni insidansı ve şizofreni hastalarında poliklinik hizmeti kullanımı/hastanede yatış günü sayısı arasındaki ilişki

incelenmiştir. Bu araştırmada, şizofreni tanılı hastaların yaşadığı mahallenin sosyoekonomik yoksunluğu ile hastane yatışı arasında ilişki bulunmuş, ancak bireysel düzeyde karıştırıcı faktörler kontrol edildikten sonra bu ilişkinin ortadan kalktığı saptanmıştır. Bu araştırmada sosyal sermaye Sampson tarafından geliştirilen ölçeğe (117) dayalı olarak “*gündelik toplumsal kontrol*” ve “*toplumsal içiçelik ve güven*” kavramları üzerinden değerlendirilmiştir. Mahallelerin sosyal sermayesinin tedavi gören şizofreni insidansını etkilemediği ancak “*gündelik toplumsal kontrol*” düzeyi daha yüksek olan semtlerde yatarak tedavi görmenin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Araştırmacılar bu bölgelerde yaşayanların psikiyatrik bozuklukların yatarak tedavi edilmesi yönünde daha yüksek bir arayış gösterdiklerini belirtmişlerdir (118).

25-64 yaş arası tüm İsveç nüfusunun (4,4 milyon kişi) iki yıl boyunca psikoz nedeniyle hastane başvurularının izlendiği bir çalışmada, mahalle **sosyoekonomik yoksunluğu** ve **sosyal sermayesi (kesiştiren sosyal sermaye)** ile hastane yatışları arasındaki ilişki incelenmiştir. Mahalle sosyoekonomik yoksunluğu; eğitim düzeyi, işsizlik, yalnız yaşayan yaşlı insanlar/ebeveynler, 5 yaş altı çocuk sayısı, son bir yıl içinde adres değişikliği yapanlar, göçmen nüfusu (CNI: Care Need İndeks) üzerinden tanımlanmıştır. Mahalle sosyal sermayesi ise kesiştiren sosyal sermaye kavramı (mahallede oy kullanma düzeyi) üzerinden tanımlanmıştır. Sosyoekonomik yoksunluk ve kesiştiren sosyal sermaye ile psikoz nedeniyle hastane yatışları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (12).

Sosyoekonomik yoksunluğun ölüm oranlarına etkisini şizofreni ve bipolar bozukluk tanılı hastalar ile genel popülasyon arasında karşılaştıran bir araştırmada bu hastalarda, tüm sosyoekonomik konumlarda ölüm oranları genel popülasyona göre daha yüksek saptanmakla birlikte, en büyük fark en alt sosyoekonomik konumlarda saptanmıştır. Ölüm nedenleri arasında intihar dışlandığında da bu fark anlamlılığını korumaktadır (119).

Şizofreni tanılı hastalarda, bölge sosyoekonomik yoksunluğu ile depo antipsikotik/ikinci kuşak antipsikotik/klozapin reçetelenmesi ve çoklu ilaç kullanımı arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmada; sosyoekonomik yoksunluğu yüksek olan bölgelerde depo ilaç kullanımı biraz daha yüksek saptanmakla birlikte, genel olarak sosyoekonomik yoksunluk ile bu dört özellik arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (120).

2.6.4. Adres Değişikliğinin (ikametgah hareketliliği [*residential mobility*]) Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklarda Hastalık Prognozu Üzerine Etkisi

Şizofreni ve diğer psikotik bozukluk tanılı hastalarda ikametgah hareketliliği (*residential mobility*) kavramı son yıllarda araştırılan bir konudur. Bu araştırmalarda

ikametgah hareketliliği; kent içinde, kırsal alandan kente, kentten kırsal alana, bir kentten başka bir kente ya da daha geniş olarak coğrafi bölgeler arasında yapılan adres değişikliği olarak tanımlanmış (121); adres değişikliği bilgileri genellikle posta kodu kayıtlarının incelenerek posta kodu değişikliklerinin elde edilmesi ile sağlanmıştır.

İkametgah hareketliliğinin (*residential mobility*); şizofreni tanılı bireylerde diğer psikiyatrik bozuluk tanılı bireylere göre ve genel popülasyona göre daha fazla olduğu bir çok çalışmada gösterilmiştir (107, 122-131).

Ancak bu sonucu desteklemeyen çalışmalarda da mevcuttur. Bir çalışmada şizofreni hastalarında adres değişikliğinin genel popülasyona göre farklı olmadığı (125) ve başka bir çalışmada ise daha düşük olduğu saptanmıştır (132). Araştırmalarda farklı sonuçlar saptanması metodolojik kısıtlılıklar ile ilişkili görünmektedir.

Şizofreni tanılı bireylerde ikametgah hareketliliği, yaş, cinsiyet, medeni durum, komorbid psikiyatrik hastalık gibi sosyodemografik özelliklerle ilişkili bulunmuştur. Çelişkili sonuçlar olmakla birlikte, ikametgah hareketliliği; daha genç yaşta olmak (133), gelir düzeyinin düşük olması (126), komorbid madde kullanım bozukluğunun olması (133, 134), bekar olmak (126) ile ilişkili saptanmıştır.

Şizofreni tanılı hastalarda, adres değişikliğinin yönü (nereden nereye olduğu) de çalışmalarda incelenen bir konudur. Şizofreni tanılı hastalarda adres değişikliğinin yönü (bölgeler içinde ve bölgeler arasında) genel popülasyona göre farklılık göstermektedir. Bu hastalar, genel popülasyona kıyasla; kişi başına düşen gelirin daha düşük olduğu, ölüm oranlarının daha yüksek olduğu (yaş faktörü ile kontrol edilmiş), ailelerin yaşadığı hanelerin oranının daha düşük olduğu, orta büyüklükteki kentlere doğru adres değişikliği yapmaktadır (123). Adres değişikliğinin yönünü psikiyatrik tedavi merkezlerinin erişilebilirliği de etkilemektedir. Hastaların yaşadığı yerde psikiyatrik tedavi merkezi bulunmaması durumunda, sağlık hizmetine erişimin kolaylaşması için psikiyatrik tedavi merkezlerinin yakınına taşındıkları saptanmıştır (135). Bu nedenle adres değişikliğinin; her zaman olumsuz etkilerinin olmadığı, sağlık hizmetine erişim mesafesininin kısalması sayesinde olumlu etkilerinin de olabileceği belirtilmektedir (136). Ancak adres değişikliği, genellikle, sağlık hizmetine ulaşımın aksamasına ya da kesilmesine; iş, eğitim ve sosyal destek ağlarının bozulmasına sebep olabileceği ve bu nedenlerle relapsları tetikleyebileceği düşünülmektedir (129, 137, 138).

Şizofreni tanılı bireylerde ikametgah hareketliliği ile en çok ilişki saptanan durum ise hasyaneye yatıştır. Araştırmalarda, şizofreni tanılı hastalarda ikametgah hareketliliğinin; hastaneye yatışlarda artış ve hastanenede yatış süresinde uzama ile ilişkisi tekrarlanan bir bulgudur (121, 126, 133, 139-142).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi:

Bu araştırma şizofreni ve diğer psikotik bozukluk tanılı hastalarda sosyal çevrenin relapslar üzerine etkisini ortaya koymayı amaçlayan kayıtlara dayalı retrospektif bir izlem araştırmasıdır.

3.2. Araştırmanın Örneklemi:

Çalışmaya Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar Polikliniği'nde, DSM-IV tanı ölçütlerine göre şizofreni (S:112) veya diğer psikotik bozukluklar (S:35) tanısı ile takip edilen 147 hasta dahil edildi.

Çalışmaya Alınma Ölçütleri:

- 1) 18-65 yaş arasında olmak;
- 2) Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi (DEÜTF) Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı psikoz polikliniğinde, DSM-IV tanı ölçütlerine göre şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar (*şizoaffektif bozukluk, şizofreniform bozukluk, sanrılı bozukluk, kısa psikotik bozukluk, paylaşılmış psikotik bozukluk, tıbbi duruma/maddeye/ilaca bağlı psikotik bozukluk, başka türlü adlandırılmayan psikotik bozukluk*) tanı kategorisinde yer alan bir bozukluk ile takipli olmak
- 3) 1 Ocak 2009– 31 Aralık 2013 tarihleri arasında en seyrek 6 ayda bir olacak şekilde poliklinik kontrollerine gelmiş olmak
- 4) 1 Ocak 2009– 31 Aralık 2013 tarihleri arasında en az 2,5 yıl boyunca izmir kent merkezinde (Balçova, Bayraklı, Bornova, Buca, Çiğli, Gaziemir, Güzelbahçe, Karabağlar, Karşıyaka, Konak, Narlıdere) yaşamış olmak.

Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri:

- 1) Eşitani mental retardasyonun olması

Çalışmaya katılan tüm gönüllü hastalar sözel olarak bilgilendirildi ve hepsinden yazılı bilgilendirilmiş onam alındı.

3.3. Araştırma Verilerinin Toplanması:

Araştırma DEÜTF Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı bünyesinde yürütölmüştür. DEÜTF Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar tanı kategorisinde (DSM IV'e göre; şizofreni, şizoaffektif bozukluk, şizofreniform bozukluk, sanrısıal bozukluk ve kısa psikotik bozukluk) yer alan hastaların izlendiği özelleşmiş bir poliklinik hizmeti sunan psikoz polikliniği bulunmaktadır. Psikoz polikliniğine her başvuruda hastaya ait öykü ve muayene bulguları hastane arşiv dosyalarına [pembe dosyalar] ya da hastane probel kayıtlarına (bilgisayar kayıt sistemi), ayrıca DEÜTF Psikiyatri Anabilim Dalı psikoz polikliniğine ait hasta izlem dosyalarına yazılmaktadır. DEÜTF Psikiyatri Anabilim Dalı psikoz polikliniğine ait hasta izlem dosyaları anabilim dalına ait arşivde saklanmaktadır.

Araştırma örneklemi psikoz polikliniğine başvuran hastalar arasından iğleme kriterlerine uygun olan hastalar seçilerek oluşturulmuştur. Araştırma 1 Ocak 2009 – 31 Aralık 2013 tarihleri arasındaki dosya kayıtlarının (hastane arşiv dosyaları, hastane bilgisayar kayıtları, DEÜTF Psikiyatri Anabilim Dalı psikoz polikliniği hasta izlem dosyaları) taranarak, araştırma için gerekli verilerin elde edilmesine dayanmaktadır.

Kayıt taramaya ek olarak her hasta ile görüşme yapılarak hedeflenen verilerin tamamlanması sağlanmışır. Görüşmeler hastalar rutin poliklinik başvurusu için geldikleri zaman yapılmıştır. Hasta görüşmeleri ve kayıt taramaları Eylül 2014 - Mart 2015 tarihleri arasında yapılmıştır.

Özetle, ęalıřmamızda kullanılan sosyodemografik veri ve hastalık bilgi formu (Ek-1) aşağıdaki kaynaklardan bilgiye ulaşılarak tamamlanmıştır:

1. Tıbbi kayıtların taranması (psikoz polikliniği hasta izlem dosyaları, hastane arşiv dosyaları, hastane bilgisayar kayıtları)
2. Hastalar ile görüşme
3. "TürkSch: İzmir psikotik bozukluklarda gen-ęevre etkileşimi için akıl sağlığı araştırması" verileri
4. Yüksek seçim kurulu (YSK) resmi web sitesi: sandık ölęekli seçim sonuçları

3.3.1. Tıbbi Kayıt Tarama ve Hasta Görüşmesi ile Elde Edilen Veriler:

Araştırmamızda tıbbi kayıt tarama ve hasta görüşmesi ile (1 Ocak 2009 tarihinden itibaren 31 Aralık 2013 tarihine kadar ileriye doğru) elde edilen veriler Tablo 4’de belirtilmiştir.

Tablo 4. Araştırmada elde edilen veriler

- Sosyodemografik bilgiler
 - ü Yaş, cinsiyet eğitim vb.
 - ü Sosyoekonomik konum
 - ü Aylık hane geliri
- Komorbid ruhsal ve bedensel hastalık
- Sigara, alkol ve madde kullanım öyküsü
- Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü
- 1 Ocak 2009-31 Aralık 2013 tarihleri arasındaki yerleşim öyküsü (*mahalle ve adres değişikliği*)
- 1 Ocak 2009’dan 31 Aralık 2013’e kadar olan zaman diliminin altışar aylık dönemler halinde değerlendirilmesi ile her dönem için elde edilen veriler:
 - Hastane yatışı (*evet/hayır*)
 - Hastane yatış sayısı/yatış günü sayısı
 - Relaps (aşağıda tanımlanan relaps kriterlerine göre) olup olmadığı (*evet/hayır*)
 - İntihar girişimi sayısı
 - Antipsikotik ilaç kullanımı
 - Kullanılan antipsikotik ilaç dozu (haloperidol eşdeğeri)

Bireysel sosyoekonomik konumun elde edilmesi

Sosyodemografik bilgiler içinde tanımlanmıştır.

Hastaların bireysel sosyoekonomik konumu hane reisinin meslek sınıfına göre belirlenmiştir (104):

Üst:

- 1.Fabrika-işletme sahibi
- 2.Yönetici-müdür
- 3.Doktor-mihendis-avukat-subay

Orta:

- 4.Öğretmen-hemşire-memur-astsubay
- 5.Esnaf
- 6.Çifçi

Alt:

- 7.Vasıflı işçi
- 8.Vasıfsız işçi

Aylık hane gelirinin elde edilmesi

Sosyodemografik bilgiler içinde verilmiştir.

Hastalara görüşmede aylık ortalama hane geliri sorularak elde edilmiştir. Araştırma örneklemini TUIK 2015 verilerine göre yoksulluk sınırı olan 4000 TL temel alınarak iki grupta tanımlanmıştır (143):

- < 4000 TL; düşük gelirli
- $\geq$ 4000 TL; yüksek gelirli

Yerleşim öyküsünün elde edilmesi:

1 Ocak 2009-31 Aralık 2013 tarihleri arasındaki izlem süresi içinde hastaların yaşadığı yerin adres bilgileri (*mahalle/ilçe/il*) ve bu adreste yaşadığı süre (*ikamet süresi*) elde edilmiştir.

İzlem süresi içinde **adres değişikliği** olması durumunda sonraki adres bilgileri (*mahalle/ilçe/il*) ve *mahallede yaşadığı süre (ay olarak)* de elde edilmiştir.

Hastane yatışı verilerinin elde edilmesi:

1 Ocak 2009-31 Aralık 2013 tarihleri arasındaki beş yıllık izlem süresi içinde, hem DEÜTF hastanesi psikiyatri servisindeki yatışlar, hem de diğer merkezlerdeki psikiyatri servisinde yatışlar dahil edilmiştir. DEÜTF’de yatış tarihi ve yatış günü sayısı tıbbi kayıt tarama ile elde edilmiştir. Diğer merkezlerde yatış tarihi ve yatış günü sayısı ise hastaya sorulmuş, hastanın yatış tarihini/yatış günü sayısını net hatırlamaması durumunda ilgili sağlık merkezine ulaşarak

yatış bilgileri elde edilmiştir. Beş yıllık izlem süresi içinde her hastanın toplam yatış günü sayısı elde edilmiştir.

Relaps kriterlerinin tanımlanması:

Araştırmada kullanılan relaps kriterleri Tablo 5’de belirtilmiştir. İlk beş madde Csernansky tarafından tanımlanan kriterlerdir (3). Csernansky tarafından PANSS ve CGI ölçekleri üzerinden tanımlanan relaps kriterleri, DEÜTF psikiyatri polikliniğinde takipli hastalara rutin poliklinik kontrollerinde PANSS ve CGI ölçekleri uygulanmaması nedeniyle bu araştırmada kullanılmamıştır (3). 6-7-8. maddeler araştırma ekibinin dahil ettiği kriterlerdir.

Tablo 5. Araştırmada Kullanılan Relaps Kriterleri:

1. Psikiyatri kliniğine yatış,
2. Psikiyatrik yardım gereksiniminde artma (kliniğe başvurularda artma, gündüz hastası olarak yatış v.b.),
3. Kendine zarar verme davranışı,
4. Görüşmeci değerlendirmesinde anlamlı olduğu düşünülen suisidal ya da homosidal düşünce,
5. Kişiye ya da nesneye yönelik şiddet içeren davranışta bulunma
6. İntihar girişimi
7. Kullanılan antipsikotik ilaç dozunda artış yapılması.
8. EKT almış olmak.

Antipsikotik İlaç Kullanımı ile İlgili Verilerin Elde Edilmesi

Antipsikotik ilaç kullanımı bilgisi elde edildikten sonra, 1 Ocak 2009-31 Aralık 2013 tarihleri arasındaki beş yıllık dönemde, her altı aylık zaman diliminde ortalama günlük doz aşağıdaki gibi hesaplanmıştır :

$$\text{Ortalama günlük doz (her altı aylık dönem için)} = \frac{\text{Altı aylık dönemde kullanılan antipsikotik ilacın toplam dozu (haloperidol eşdeğeri*)}}{180 \text{ (altı aydaki gün sayısı)}}$$

*(144-147)

3.3.2. Sosyal Çevre ile İlgili Verilerin Elde Edilmesi:

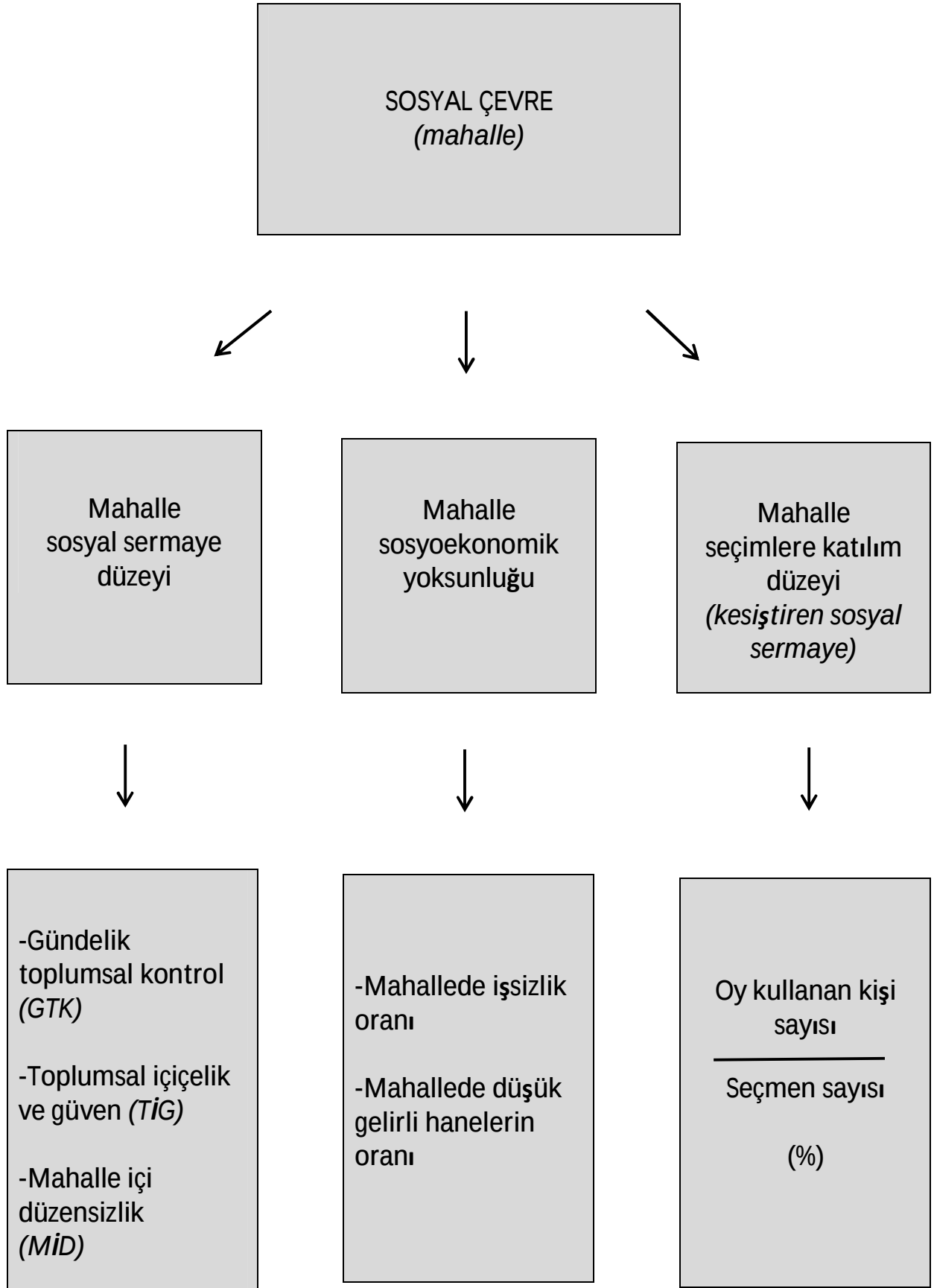
Araştırmamızda sosyal çevre olarak hastaların yaşadığı mahalleler değerlendirilmiştir.

Sosyal çevre özellikleri üç temel bileşen ile tanımlanmıştır (Şekil 2):

- 1) Mahalle sosyal sermaye düzeyi
- 2) Mahalle sosyoekonomik yoksunluğu
 - Mahallede işsizlik oranı
 - Mahallede düşük gelirli hanelerin oranı
- 3) Mahallede seçimlere katılım düzeyi

Her hasta için; 1 Ocak 2009-31 Aralık 2013 tarihleri arasındaki beş yıllık izlem süresi içinde en uzun süre ikamet ettiği mahalle seçilerek (**indeks mahalle**) bu mahalle ile ilgili veriler analize alınmıştır.

Araştırmamızda indeks mahalle sosyal sermaye düzeyi ve sosyoekonomik yoksukluk göstergeleri ile ilgili veriler, *TürkSch: İzmir psikotik bozukluklarda gen-çevre etkileşimi için akıl sağlığı araştırması*ndan (TürkSch araştırması) elde edilmiştir (104). Mahallede seçimlere katılım oranı ise T. C. Yüksek Seçim Kurulu (YSK) resmi web sitesinden elde edilmiştir (148).



Şekil 2. Araştırmada kullanılan sosyal çevrenin bileşenleri

TürkSch Araştırması:

Mahalle sosyal sermaye düzeyi ve mahalle sosyoekonomik yoksunluk göstergeleri, “TürkSch: İzmir psikotik bozukluklarda gen-çevre etkileşimi için akıl sağlığı araştırması” projesinin ikinci aşama verilerinden elde edilmiştir. Bu verilerin araştırmada kullanımı için Binbay ve arkadaşlarından izin alınmıştır (104).

Türksch araştırmasının ikinci aşamasında, İzmir kent merkezinde (Balçova, Bornova, Buca, Çiğli, Gaziemir, Güzelbahçe, Karşıyaka, Konak, Narlıdere) yer alan yerleşim birimlerinin (mahalleler) sosyal sermaye düzeyleri ve sosyoekonomik yoksunluk göstergelerini inceleyen paralel bir araştırma yürütülmüştür.

Bu araştırmada TÜİK’ten İzmir kent merkezini temsil eden 5990 hanenin adresleri alınmıştır. Bu hanelerin tamamı Kasım 2007 – Eylül 2008 tarihleri içerisinde en az bir kez olmak üzere ziyaret edilmiştir. Buna göre bu hanelerden 5124 tanesinin halen ikametgah olarak kullanıldığı, geri kalan toplamın ise ya konut olmadığı (boş arsa, dükkan, depo, inşaa vb) ya da kullanılmadığı saptanmıştır. Söz konusu 5124 hane TürkSch araştırması için temel alınan örneklemi oluşturmuştur. Görüşmeciler her bir hane için aynı yerleşim mekanından (apartman ise yanı apartman, müstakil ev ise aynı sokak ya da cadde) bir sonraki haneyi ziyaret etmişlerdir. Toplam 4011 erkek ve kadından oluşan, 9 ilçede ve 302 idari mahallede yer alan haneleri temsil eden çok katmanlı kümeli bir örneklem ile görüşülmüştür. İlk aşamanın katılım oranı %76,5’dir ve katılımcılarla 2008 yılında evlerinde görüşme yapılmıştır (104, 149)

1) TurckSch Araştırması’ndan elde edilen sosyal sermaye verileri

TürkSch araştırmasının görüşme formunun üçüncü bölümündeki anket mahallelerin sosyal sermaye düzeyini sorgulamaktadır (Ek-2). Bu ankette ilk beş soru topluluk içindeki gündelik olağan kontrolü (GTK 01-05) ölçerken, sonraki 8 soru toplumsal birlikteliğin özelliğine odaklanmaktadır (TİG). Hemen ardından gelen 3 soru ise bilişsel atıfları yorumlamak için alınmıştır (BTS). Son 8 soruda da yerleşim biriminin düzensizlik hali sorgulanmaktadır. Böylece toplam 24 soru ile yerleşim birimlerindeki ilişkilerin farklı boyutları değerlendirilmiştir (Tablo 6). Bir soru hariç (GTK 08) tüm sorular İngilizce’den Türkçe’ye çevrilmiş, İngilizce’ye tekrar çevrilmiş, dil açısından değerlendirilmiş ve ön pilot çalışma ile formun anlaşılabilirliği sınandığı belirtilmiştir.

Tablo 6. TürkSch Araştırması Sosyal Sermaye Değerlendirme Anketi Bölümleri (EK 2):

- | | |
|---|--|
| Ü | Gündelik Toplumsal Kontrol (Informal Social Control) GTK |
| Ü | Toplumsal İçişçelik ve Güven (Social Cohesion and Trust) TİG |
| Ü | Mahalle İçi Düzensizlik (Social Dysorganisation) MİD |
| Ü | Bilişsel Toplumsal Sermaye (Cognitive Social Capital) BTS |

Anketlere verilen bireysel düzeyde cevapların toplu olarak değerlendirilip mahalle düzeyine genellenmesi ile mahalle sosyal sermaye düzeyi ile ilgili veriler (GTK, TİG, MİD ve BTS) elde edilmiştir. Her mahalle için GTK, TİG, MİD ve BTS düzeyleri *düşük/orta /yüksek* olarak hesaplanmıştır (104).

Araştırmamızda her hasta için indeks mahallenin GTK, TİG, MİD düzeyleri TurkSch araştırması verilerinden elde edilerek analize alınmıştır.

2) *TurckSch Araştırması’ndan elde edilen sosyoekonomik yoksunluk verileri*

TurkSch araştırmasının ikinci aşama örnekleminde yer alan tüm mahallelerde (S:296) işsizlik oranı ve düşük gelir düzeyli hanelerin oranı (aylık net hane geliri 1000 TL’nin; 500 E’nun ya da 750 Doların altında olanlar) elde edilmiştir.

Araştırmamızda her hasta için indeks mahallenin ***işsizlik oranı*** ve ***düşük gelir düzeyli hanelerin oranı*** TurkSch araştırması verilerinden elde edilerek analize alınmıştır.

Araştırmamızda, her hasta için indeks mahallede işsizlik oranı ve düşük gelirli oranının alınmasının yanında, TurkSch örnekleminde ortalamasına göre karşılaştırmalı düzeyi de analize alınmıştır. Buna göre;

-İndeks mahallede ***işsizlik oranı*** TürkSch örnekleminde yer alan tüm mahallelerin (S: 296) “mahalledeki işsiz oranlarının” ortalamasına göre karşılaştırmalı olarak *düşük /orta/yüksek* şeklinde analize alınmıştır.

-İndeks mahallede ***düşük gelir düzeyli hanelerin oranı*** TürkSch örnekleminde yer alan tüm mahallelerin (S: 296) “mahalledeki düşük gelir düzeyli hanelerin oranlarının” ortalamasına göre karşılaştırmalı olarak *düşük /orta/yüksek* şeklinde analize alınmıştır.

3) Mahallede Seçimlere Katılım Düzeyi Verileri:

Bir mahallede yerel seçimlere katılım düzeyinin; o mahallede yaşayan bireylerin kamu kurumlarına karşı güven duygusunu ve yurttaşlık katılımını dolaylı olarak yansıttığı düşünülmektedir. **Kesiştiren (Linking) sosyal sermaye**; bu güveni ifade eden bir terim olarak kullanılmaktadır.

Kesiştiren sosyal sermaye, idari seçimlerde bir mahallede/bölgede oy kullanan kişi sayısının seçmen sayısına bölünmesi (seçimlere katılım oranı) ile elde edilen bir veridir.

Araştırmamız için T.C. Yüksek Seçim Kurulu (YSK) resmi web sitesinde 1 Ocak 2009 - 31 Aralık 2013 tarihleri arasında Türkiye’de yapılan seçimler Tablo 7’de yer almaktadır (148):

Tablo 7. İzlem süresinde Türkiye’de yapılan seçimler:

- | | |
|---|---|
| Ü | 29 Mart 2009 Mahalli İdareler Seçimi |
| Ü | 2010 Halkoylaması |
| Ü | XXIV.Dönem Milletvekili Genel Seçimi (2011) |

Araştırmamızda her hasta için indeks mahallede seçimlere katılım oranı (oy kullanma yüzdesi) analize alınmıştır. Araştırmamızda, her hasta için indeks mahallede seçimlere katılım oranının alınmasının yanında, indeks mahallenin bağlı olduğu ilçenin seçimlere katılım oranına göre karşılaştırmalı olarak *düşük/aynı/yüksek* şeklinde analize alınmıştır. İndeks mahallenin bağlı olduğu ilçede oy kullanma yüzdesinin (seçimlere katılım oranı) bir puan altı ve üstü arasındaki değerde ise *aynı*; bu aralığın altında ise *düşük*; bu aralığın üstünde ise *yüksek* olarak analize alınmıştır.

Tablo 8’de bağımsız ve karıştırıcı değişkenlerin kısa tanımları ve analiz ölçümleri yer almaktadır.

Araştırma örnekleminin beş yıllık izlem süresi içinde relaps öyküsü bağımlı değişken olarak tanımlanmıştır (*relaps var/yok; kategorik*).

Tablo 8. Bağımsız ve karıştırıcı değişkenlerin kısa tanımları ve analiz ölçümleri

Değişken	Değişken Tanımı	Ölçüm
SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER		
Yaş	Hastanın görüşme tarihindeki yaşı (<i>doğum yılı</i>)	Sürekli
Cinsiyet	<i>Kadın/erkek</i>	Kategorik ve nominal
Medeni durum	Hastanın görüşme tarihindeki medeni durumu: - <i>bekar/boşanmış</i> - <i>evli/dul</i>	Kategorik ve nominal
Eğitim durumu	Hastanın görüşme tarihi itibarıyla eğitim yılı: - ≤ 8 yıl; <i>düşük</i> - >8 yıl; <i>yüksek</i>	Kategorik ve ordinal
Yaşama biçimi	- <i>Ebeveyn ile</i> - <i>Eşi ile</i> - <i>Yalnız</i> - <i>Diğer</i>	Kategorik
BİREYSEL SOSYOEKONOMİK YOKSUNLUK GÖSTERGELERİ		
İstihdam durumu	Hastanın görüşme tarihindeki çalışma durumu <i>Çalışıyor:</i> - <i>Çalışıyor</i> - <i>Çalışmıyor, normal emekli</i> <i>İstihdam dışı:</i> - <i>Çalışmıyor, hastalık nedeniyle</i> - <i>Çalışmıyor, malulen emekli</i> - <i>Çalışmıyor, işsiz</i> - <i>Çalışmıyor, öğrenci</i> - <i>Çalışmıyor, ev hanımı</i>	Kategorik nominal
Bireysel sosyoekonomik konum	Hastanın hane reisinin meslek sınıfına göre belirlenmiştir (104): <i>Üst: 1.Fabrika-işletme sahibi</i> <i>2.Yönetici-müdür;</i> <i>3.Doktor-mühendis-avukat-subay;</i> <i>Orta: 4.Öğretmen-hemşire-memur-astsubay,</i>	Kategorik ve ordinal

5.Esnaf,
6.Çiğçi;

Alt: 7.Vasıflı işçi,
8.Vasıfsız işçi.

Aylık hane geliri	Hastanın yaşadığı hanenin aylık ortalama geliri (143): - <4000 TL; düşük gelirli - ≥4000 TL; yüksek gelirli	Kategorik ve ordinal
-------------------	--	----------------------

KLİNİK ÖZELLİKLER

İlk atak yaşı	İlk psikotik atak başlangıç yaşı	Sürekli
Hastalık süresi	İlk atak yaşına göre hesaplanmıştır.	Sürekli
Komorbid bedensel hastalık	Hayır/Evet	Kategorik
Sigara kullanımı	Hayatı boyunca sigara kullanımı: - Kullanmış - Kullanmamış	Kategorik
Alkol kullanımı	Hayatı boyunca alkol kullanımı: - Kullanmış - Kullanmamış	Kategorik
Esrar kullanımı	Hayatı boyunca esrar kullanımı: - Kullanmış - Kullanmamış	Kategorik
Esrar dışı keyif verici madde kullanımı	Hayatı boyunca esrar dışı keyif verici madde kullanımı: - Kullanmış - Kullanmamış	Kategorik
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü	Hastanın birinci derece akrabalarında (anne, baba, kardeş) psikiyatrik hastalık öyküsü: - Yok - Var; psikoz dışı - Var; psikoz	Kategorik ve nominal

YERLEŞİM ÖYKÜSÜ

İndeks mahallede ikamet süresi	1 Ocak 2009-31 Aralık 2013 tarihleri arasındaki beş yıllık izlem süresi içinde en uzun süre yaşadığı mahallede (<i>indeks mahalle</i>) ikamet süresi (<i>ay</i>)	Sürekli
--------------------------------	--	---------

Adres değişikliği	1 Ocak 2009-31 Aralık 2013 tarihleri arasındaki beş yıllık izlem süresi içinde adres değişikliği öyküsü: <i>var / yok</i>	Kategorik
-------------------	--	-----------

**YERLEşİM YERİ
ÖZELLİKLERİ**
(sosyal çevre)

Mahallede Seçimlere Katılım Düzeyi (keşiştiren sosyal sermaye)	-29 Mart 2009 Mahalli İdareler Seçimi'ne katılım oranı* -2010 Halkoylaması'na katılım oranı* -XXIV.Dönem Milletvekili Genel Seçimi'ne (2011) katılım oranı*	Sürekli* Kategorik ve ordinal**
---	---	--

*T.C. Yüksek Seçim Kurulu (YSK) resmi web sitesinden elde edilmiştir (148).

* *Her mahalle için, bağlı olduğu ilçenin seçimlere katılım oranına göre karşılaştırmalı olarak düşük/aynı/yüksek şeklinde analize alınmıştır.

Mahalle Sosyoekonomik Yoksunluk göstergeleri	-Mahallede işsizlik oranı* -Mahallede düşük gelirli hanelerin (1000 TL altı) oranı* *TürkSch: İzmir psikotik bozukluklarda gen-çevre etkileşimi için akıl sağlığı araştırması” (76) verilerinden elde edilmiştir.	Sürekli* Kategorik ve ordinal**
--	---	--

**TürkSch örnekleminin ortalamasına göre karşılaştırmalı olarak düşük /orta/yüksek şeklinde analize alınmıştır

Mahalle Sosyal Sermaye Düzeyi	-Mahalle Gündelik Toplumsal Kontrol (GTK) düzeyi* <i>Yüksek / orta / düşük</i> -Mahalle Toplumsal İçişçelik ve Güven (TİG) düzeyi* <i>Yüksek / orta / düşük</i> -Mahalle İçi Düzensizlik (MİD) düzeyi* <i>Yüksek / orta / düşük</i>	Kategorik ve ordinal
-------------------------------	--	----------------------

*TürkSch: İzmir psikotik bozukluklarda gen-çevre etkileşimi için akıl sağlığı araştırması” (Binbay 2012) verilerinden elde edilmiştir

3.4. İstatistiksel Analizler:

Araştırmada tüm test istatistikleri için STATA 10.1 (Stata Corporation, Collage Station, TX, 2008) yazılımı kullanılmıştır.

Verilerin analizinde ilk olarak tanımlayıcı analiz yöntemleri uygulanmıştır. Tanımlayıcı analizlerle örneklemin genel tanı gruplarına göre dağılımı, indeks mahallelerin (analize alınan mahalle) İzmir kent içi ilçelere göre dağılımı tanımlanmıştır.

Örneklemin sosyodemografik özellikleri, klinik özellikleri, yerleşim öyküsü (mahalle, adres değişikliği ve ikametgah süresi), yerleşim yeri seçimlere katılım düzeyi (katılım oranı ve bağlı bulunduğu ilçeye göre katılım düzeyi), yerleşim yeri sosyal sermaye özellikleri (GTK, TİG, MİD), yerleşim yeri sosyoekonomik yoksunluk göstergelerinin (işsizlik oranı ve düşük gelirli hanelerin oranı) (**bağımsız değişkenler**) önce tanı gruplarına göre (*şizofreni/diğer psikotik bozukluklar*) ve ardından relaps öyküsüne göre (*var/yok*) dağılımı ve gruplar arası farkları tanımlanmıştır.

Araştırma örnekleminin beş yıllık izlem süresi içinde relaps öyküsü (*var/yok*) **bağımlı değişken** olarak tanımlanmıştır.

Örneklemin beş yıllık izlem süresi içinde relaps öyküsünün (*var /yok*) ve diğer prognostik özelliklerin (relaps sayısı , özkıyım girişi, hastane yatışı [var/yok], hastane yatış günü sayısı, antipsikotik ilaç dozu) tanı gruplarına göre dağılımı ve gruplar arası farkları tanımlanmıştır.

Örneklemin beş yıllık izlem süresinde, her altı aylık zaman dilimi için belirtilen günlük ortalama antipsikotik ilaç dozunun tanı gruplarına göre ve relapsa öyküsüne göre (*var /yok*) göre dağılımı ve gruplararası farkları tanımlanmıştır.

Kategorik değişkenler için ki-kare testi, sürekli değişkenlerin ikili karşılaştırılması için t-testi (standart sapma [SS] ve %95 güven aralığı [GA] ile) kullanılmıştır.

Daha sonra ise bağımsız ve bağımlı değişkenler arasında çözümleyici (sonuç çıkarıcı) analiz yöntemleri uygulanmıştır. Beş yıllık izlem süresinde relapsı öngören etkenlerin saptanması için logaritmik binominal regresyon ve Poisson regresyon yöntemleri kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerde göreceli risk (Relative Risk), sürekli değişkenlerde ise logaritmik katsayı (β) hesaplanmıştır. Her bir risk ilişkisi önce ikili (relaps var/yok ve ilgili

değişken) ve daha sonra da yaş, cinsiyet ve eğitim durumu için kontrol edilerek hesaplanmıştır.

Sonuçlar için anlamlılık değeri $p < 0,05$ alınmıştır. Regresyon ile elde edilen ilişkiler, göreli risk (Relative Risk) ve %95 güvenlik aralıkları üzerinden değerlendirilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Araştırma Örneklemine Tanıya Göre Dağılımı

Araştırma örneklemini toplam 147 hastadan oluşturmaktadır. Örneklemin çoğunluğunu (%76,1) şizofreni tanılı hastalar (s:112) oluşturmaktadır. Şizoaffektif bozukluk tanılı hastaların oranı %13,6 (s:20); diğer psikotik bozukluklarda yer alan hastaların oranı ise %10,2'dir (s:15). Örnekleimde kadın hastaların %79,3'ü, erkek hastaların %74,2'si şizofreni tanılıdır. Kadın ve erkek grup arasında tanısal dağılım açısından anlamlı fark bulunmamaktadır.

4.2. Araştırma Örneklemine Genel Sosyodemografik Özellikleri

Örneklemin genel sosyodemografik özellikleri ve tanıya göre karşılaştırılması Tablo 9'da yer almaktadır.

Örneklemin yaş ortalaması 44,0 saptanmıştır (Standart Sapma [SS]: 10,4; %95 Güven Aralığı [GA]:42,3-45,7). Örneklemin % 60,5'i erkektir (s:89). Örneklemin % 68'i bekar ya da boşanmış durumda saptanmıştır. 8 yıl üstü eğitime sahip olanların oranı % 65,3'dür.

İstihdam durumu değerlendirilirken; halen çalışıyor olanlar (%16,32) ile çalışmış ve normal koşullarda emekli olmuş olanlar (%7,48) çalışıyor olarak kabul edilerek analize alınmıştır. İstihdam dışı grup ise hastaların %76,2'sini oluşturmaktadır (*Hastalık nedeniyle çalışamayanlar, malulen emekli olmuşlar, işsizler, öğrenciler ve ev hanımları*). İstihdam dışı grupta; mevcut psikiyatrik hastalığı nedeniyle çalışamayanlar tüm örneklemin %38,10'u, psikiyatrik hastalığı nedeniyle malulen emekli olanlar ise tüm örneklemin %21,09'udur.

Örnekleminin %11,5'i üst; %30'u orta; %58,5'i alt sosyoekonomik sınıfa dahil saptanmıştır. Örnekleminin %80,3'ünün aylık hane geliri 4000 TL altında olup, düşük gelir düzey grubuna dahildir. Örneklemin %62,6'sı ebeveyni ile birlikte yaşamakta, yalnız yaşayanlar ancak %3'lük kısmı oluşturmaktadır.

Tanıya göre sosyodemografik özellikler incelendiğinde; örnekleimde, şizofreni grubu ile diğer psikotik bozukluklar grubu arası arasında; yaş, medeni durum, eğitim durumu, istihdam durumu, sosyoekonomik konum, aylık hane geliri, yaşama biçimi bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Bu bulgular sosyodemografik özellikler açısından her iki tanı grubunun (şizofreni / diğer psikotik bozukluklar) benzer olduğunu göstermektedir.

Tablo 9. Örneklemen genel sosyodemografik özellikleri ve tanıya göre karşılaştırılması

	Şizofreni (s: 112)		Diğer psikotik bozukluklar (s: 35)				Toplam	
	Sayı	(%)	Sayı	(%)	İstatistik	p	Sayı	(%)
Medeni Durum								
Bekâr/boşanmış	77	68,7	23	65,7	Pearson χ^2 : 0,11	.73	100	68,0
Evli/dul	35	31,3	12	34,3			47	32,0
Eğitim durumu								
≤8 yıl	37	33,0	14	40,0	Pearson χ^2 : 0,57	.45	51	34,7
>8yıl	75	67,0	21	60,0			96	65,37
İstihdam Durumu*								
Çalışıyor	24	21,4	11	31,4	Pearson χ^2 : 1,47	.22	35	23,8
İstihdam dışı	88	78,6	24	68,6			112	76,2
Sosyoekonomik konum**								
Üst	14	12,5	3	8,6	Pearson χ^2 : 0,66	.71	17	11,5
Orta	32	28,6	12	34,3			44	30,0
Alt	66	58,9	20	57,1			86	58,5
Aylık Hane Geliri								
Düşük (<4000 TL)	92	82,1	26	74,3	Pearson χ^2 : 1,03	.31	118	80,3
Yüksek (≥4000 TL)	20	17,9	9	25,7			29	19,7
Yaşama biçimi								
Ebevenyler ile	70	62,5	22	62,9	Pearson	.69	92	62,6

Eş ile	25	22,3	10	28,6	$\chi^2: 1,43$		35	23,8
Yalnız	8	7,1	2	5,7			9	6,1
Diğer	9	8,1	1	2,8			11	7,5
Yaş	Ortalama	SS	Ortalama	SS	İstatistik	p	Toplam	
	44,5	10,3 (42,5-46,4)	42,6	10,8 (38,9-46,3)	$t_{145}=0,9$	.18	44,0	10,4 (42,3-45,7)

*İstihdam durumu: Halen çalışıyor olanlar / çalışmış ve normal koşullarda emekli olmuş olanlar çalışıyor olarak değerlendirilmiştir.

**Sosyoekonomik konum hane reisinin meslek sınıfına göre belirlenmiştir: Üst: 1.Fabrika-işletme sahibi 2.Yönetici-müdür; 3.Doktor-mihendis-avukat-subay; Orta: 4.Öğretmen-hemşire-memur-astsubay, 5.Esnaflık; Alt: 7.Vasıflı işçi, 8.Vasıfsız işçi

4.3. Araştırma Örnekleminin Klinik Özellikleri

Örneklemin klinik özellikleri ve tanıya göre karşılaştırılması Tablo 10'da yer almaktadır. Örnekleimde ilk atak yaşı ortalaması 25,0'dır (SS:8.9; %95 GA:23,6-26,5). Hastaların ortalama hastalık süresi 18,6 yıl saptanmıştır (SS:10.6; %95 GA:17.0-20.2). Hastaların %32'sinde herhangi bir bedensel hastalık bulunmaktadır. Hastaların %74,8'i sigara kullanmaktadır. Hastaların %65'i alkol kullanmaktadır. Hastaların %10.9'u (S:16) yaşamında en az bir kez esrar kullanmıştır. Esrar kullananlardan 6 tanesi esrar yanında diğer keyif verici maddeler de kullanmıştır. Bu 6 hastanın hepsi de birden fazla kez keyif verici madde kullanmıştır. Esrar kullanmayan ama esrar dışı keyif verici madde kullanan 4 hasta vardır. Hastaların %41,5'inin birinci derece yakınlarında psikoz dışı bir psikiyatrik hastalık öyküsü, %22.4'ünün birinci derece yakınlarında (anne, baba, kardeş) ise psikotik bozukluk tanısı bulunmaktadır.

Şizofreni tanılı hastalar ile diğer psikotik bozukluklar grubunda yer alan hastalar arasında; ilk atak yaşı, hastalık süresi, komorbid bedensel hastalık olup olmaması, sigara/alkol/esrar kullanımı, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Bu bulgu klinik özellikler açısından her iki tanı grubunun benzer olduğunu göstermektedir.

Tablo 10. Örneklemin klinik özellikleri ve tanıya göre karşılaştırılması

	Şizofreni (s: 112)		Diğer psikotik bozukluklar (s: 35)				Toplam	
	Ortalama SS	%95 GA	Ortalama SS	%95 GA	İstatistik	P	Ortalama SS	%95 GA
Hastalık Özellikleri								
İlk atak yaşı *	25,4 (8,5)	(23,7- 27,0)	24,1 (10,0)	(20,5- 27,7)	$t_{139}=0,7$	.24	25,0 (8,9)	(23,6- 26,5)
Hastalık Süresi*	18,7 (9,3)	(16,9- 20,5)	18,3 (10,6)	(14,5- 22,1)	$t_{139}=0,2$	.41	18,6 (10,6)	(17,0- 20,2)
	Sayı	(%)	Sayı	(%)	İstatistik	P	Sayı	(%)
Bedensel Hastalık								
Yok	79	70,5	21	60,0	Pearson χ^2 : 1,36	.24	100	68,0
Var	33	29,5	14	40,0			47	32,0
Sigara Kullanımı								
Kullanmamış	30	26,8	7	20,0	Pearson χ^2 : 0,65	.41	37	25,2
Kullanmış	82	73,2	28	80,0			110	74,8
Alkol Kullanımı								
Kullanmamış	42	37,5	9	25,7	Pearson χ^2 : 1,63	.20	51	34,7
Kullanmış	70	62,5	26	74,3			96	65,3
Esrar Kullanımı								
Kullanmamış	100	89,3	31	88,6	Pearson χ^2 : 0,01	.91	131	89,1
Kullanmış**	12	10,7	4	11,4			16	10,9
Ailede Psikiyatrik Hastalık								

Yok	44	39,3	9	25,7	Pearson χ^2 : 3,29	.19	53	36,1
Var, psikoz dışı	42	37,5	19	54,3			61	41,5
Var, psikoz	26	23,2	7	20,0			33	22,4

* 6 hastanın verisine ulaşamadı. (şizofreni:4, şizoaffectif bozukluk :2)

**Esrar kullananlardan 6 tanesi esrar yanında diğer keyif verici maddeler de kullanmıştır. Bu 6 hastanın hepsi de birden fazla kez keyif verici madde kullanmıştır. Esrar kullanmayan ama esrar dışı keyif verici madde kullanan 4 hasta vardır

4.4. Araştırma Örnekleminin Beş Yıllık İzlem Süresi İçinde Yerleşim Yeri Özellikleri

4.4.1. Örneklemin yerleşim öyküsü (adres değişikliği ve mahallede ikamet süresi)

Tablo 11’de örneklemin beş yıllık izlem süresinde yerleşim öyküsü ile ilgili değişkenler (adres değişikliği ve ikamet süresi) ve tanıya göre karşılaştırılması yer almaktadır. Örneklemin %81.6’sı (S:120) izlem süresi boyunca aynı adreste ikamet etmiş, adres değişikliği yapmamıştır. Örneklemin % 18.4’ü (S:27) ise en az bir kez adres değişikliği yapmıştır. Adres değişikliği yapanlardan sadece 3 kişi birden fazla kez adres değişikliği yapmıştır. Örneklemin indeks mahallede ortalama ikamet süresi 55.8 ay saptanmıştır (SS:9,5; %95 GA:54,2-57,3). İzlem süresinde adres değiştirmeyenlerin yüksek oranda (%81,6) saptanması, indeks mahallede ortalama ikamet süresinin uzun (55.8 ay) saptanması ile uyumludur.

Tablo 11. Örneklemen beş yıllık izlem süresinde yerleşim öyküsü ile ilgili değişkenler (adres değişikliği ve ikamet süresi) ve tanıya göre karşılaştırılması

	Şizofreni (s: 112)		Diğer psikotik bozukluklar (s: 35)				Toplam	
	Sayı	(%)	Sayı	(%)	İstatistik	p	Sayı (%)	
Adres Değişikliği								
Yok	93	83,1	27	77,1	Pearson χ^2 : 0,61	.43	120	81,6
*Var, en az bir	19	16,9	8	22,9			27	18,4
	Ortalama SS	%95 GA	Ortalama	%95 GA	İstatistik	p	Ortalama SS	%95 GA
İkamet süresi^a								
	55,9 (9,8)	(54,0- 57,7)	55,6 (8,5)	(54,7- 58,6)	$t_{145}=0,1$	.45	55,8 (9,5)	(54,2- 57,3)

* 3 kişi son beş yıl içinde birden fazla kez yer değiştirmiş;

^a Analiz için veri kabul edilen mahallede (indeks mahalle) en uzun süre ikamet süresi

4.4.2. Örneklemen yerleşim yeri sosyal sermaye özellikleri (seçimlere katılım):

Tablo 12’de örneklemen beş yıllık izlem süresinde yerleşim yeri sosyal sermaye (seçimlere katılım yüzdesi) özellikleri ve tanıya göre karşılaştırılması yer almaktadır. Örneklemi oluşturan hastaların yaşadıkları mahallelerin seçimlere katılım yüzdesi ortalaması, 2009 yerel seçimlerinde 82,9; 2010 halk oylamasında 79,0; 2011 genel seçimlerinde 87,1 saptanmıştır. Tanı grupları arasında karşılaştırma yapıldığında; 2010 halk oylamasında, diğer psikotik bozukluklar tanı grubunda yer alan hastaların yaşadıkları mahallelerde seçimlere katılım yüzdesi, şizofreni tanılı gruba göre anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır ($t_{145}=-2,2$; $p<.05$). 2009 yerel seçimlerinde ve 2011 genel seçimlerinde ise her iki tanı grubu arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 12. Örneklemin beş yıllık izlem süresinde yerleşim yeri sosyal sermaye özellikleri (seçimlere katılım yüzdesi) ve tanıya göre karşılaştırılması

	Şizofreni (s: 112)		Diğer psikotik bozukluklar (s: 35)				Toplam	
	Ortalama SS	%95 GA	Ortalama SS	%95 GA	İstatistik	p	Ortalama SS	%95 GA
29 Mart 2009 Mahalli İdareler Seçimi	82,9 (2,1)	(82,5-83,3)	82,8 (3,1)	(81,7-83,9)	$t_{145}=0,2$	.84	82,9 (2,3)	(82,5-83,3)
2010 Halk Oylaması	78,7 (3,6)	(77,9-79,3)	80,1 (2,7)	(79,1-81,1)	$t_{145}=-2,2$	<.05	79,0 (3,5)	(78,4-79,5)
XXIV.Dönem Milletvekili Genel Seçimi (2011)	87,1 (1,6)	(86,7-87,4)	87,4 (2,3)	(86,5-86,2)	$t_{145}=0,8$	.41	87,1 (1,8)	(86,8-87,4)

Tablo 13’de örneklemin beş yıllık izlem süresinde hastaların yaşadıkları mahallelerin seçimlere katılım yüzdesi, mahallenin bağlı olduğu ilçenin seçimlere katılım yüzdesi ile karşılaştırılmıştır. Tanı grupları arasında karşılaştırma yapıldığında; 2011 genel seçimlerinde, hastaların yaşadıkları mahallelerde seçimlere katılım yüzdesi (ilçeye göre) değerlendirildiğinde, şizofreni grubunda, diğer psikotik bozukluklar tanı grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır (χ^2 : 8,21; $p=0,02$). 2009 yerel seçimlerinde ve 2010 halk oylamasında ise her iki tanı grubu arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 13. Örneklemen beş yıllık izlem süresinde yerleşim yeri sosyal sermaye özellikleri (ilçeye göre seçimlere katılım düzeyi) ve tanıya göre karşılaştırılması

	Şizofreni (s: 112)		Diğer psikotik bozukluklar (s: 35)				Toplam	
	Sayı	(%)	Sayı	(%)	İstatistik	p	Sayı (%)	
29 Mart 2009 Mahalli İdareler Seçimi								
Aynı	67	(59,8)	18	(51,4)	Pearson $\chi^2: 0,77$	.68	85	(57,8)
Düşük	29	(25,9)	11	(31,4)			49	(27,2)
Yüksek	16	(14,3)	6	(17,1)			22	(15,0)
2010 halk oylaması								
Aynı	60	(53,6)	13	(37,1)	Pearson $\chi^2: 5,31$	.07	73	(49,7)
Düşük	21	(18,7)	5	(14,3)			26	(17,7)
Yüksek	31	(27,7)	17	(48,6)			48	(32,6)
XXIV.Dönem Milletvekili Genel Seçimi (2011)								
Aynı	74	(66,1)	15	(42,9)	Pearson $\chi^2: 8,21$	.02	89	(60,5)
Düşük	24	(21,4)	9	(25,7)			33	(22,5)
Yüksek	14	(12,5)	11	(31,4)			25	(17,0)

4.4.3. Örneklemen yerleşim yeri sosyal sermaye özellikleri

Tablo 14’de örneklemen beş yıllık izlem süresinde yerleşim yeri sosyal sermaye özellikleri (TürkSch 2008 verileri) ve tanıya göre karşılaştırılması yer almaktadır. Sosyal sermaye özellikleri *gündelik toplumsal kontro(GTK)*l; *toplumsal içiçelik ve güven(TİG)*; *sosyal düzensizlik (mahalle içi düzensizlik:MİD)* olmak üzere üç temel başlıkta tanımlanmıştır. Tüm örneklemi oluşturan hastaların yaşadıkları mahallelerin %46,3’ünde GTK düşük, %54,4’ünde TİG düşük, %33,3’ünde de MİD düşük saptanmıştır. Sosyal sermaye özellikleri açısından şizofreni grubu ile diğer psikotik bozukluklar grubu arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 14. Örneklemen beş yıllık izlem süresinde yerleşim yeri sosyal sermaye özellikleri ve tanıya göre karşılaştırılması

	Şizofreni (s: 112)		Diğer psikotik bozukluklar (s: 35)				Toplam	
	Sayı	(%)	Sayı	(%)	İstatistik	P	Sayı (%)	
Gündelik Toplumsal Kontrol								
Düşük	56	(50,0)	12	(34,3)	Pearson χ^2 : 3,98	.14	68	(46,3)
Orta	41	(36,6)	14	(40,0)			55	(37,4)
Yüksek	15	(13,4)	9	(25,7)			24	(16,3)
Toplumsal İçişçilik ve Güven								
Düşük	63	(56,2)	17	(48,6)	Pearson χ^2 : 2,71	.26	80	(54,4)
Orta	31	(27,7)	8	(22,9)			39	(26,5)
Yüksek	18	(16,1)	10	(28,6)			28	(19,1)
Sosyal Düzensizlik (MİD)								
Düşük	33	(29,5)	16	(45,7)	Pearson χ^2 : 3,42	.18	49	(33,3)
Orta	47	(41,9)	10	(28,6)			57	(38,8)
Yüksek	32	(28,6)	9	(25,7)			41	(27,9)

4.4.4. Örneklemen yerleşim yeri sosyoekonomik yoksunluk göstergeleri:

Tablo 15’de örneklemen beş yıllık izlem süresinde yerleşim yeri sosyoekonomik yoksunluk (TürkSch 2008 verileri) göstergeleri ve tanıya göre karşılaştırılması yer almaktadır. Mahallede sosyoekonomik yoksunluk; *mahalle işsizlik oranı ve mahalle düşük gelirli oranı* olmak üzere iki başlıkta değerlendirilmiştir.

Örneklemi oluşturan hastaların yaşadıkları mahallelerin işsizlik oranı dağılımına bakıldığında; işsizlik oranı (TürkSch örnekleminde yer alan tüm mahallelerin [s: 296] “mahalledeki işsiz oranlarının” ortalamasına göre) mahallelerin %36,7’sinde *düşük*, %53,1’inde *orta*, %10,2’sinde *yüksek* düzeyde saptanmıştır. Örneklemi oluşturan hastaların yaşadıkları mahallelerde işsizlik oranı ortalaması %6,4 saptanmıştır (SS:5,2; %95 GA:5,5-7,2).

Örneklemi oluşturan hastaların yaşadıkları mahallelerin düşük gelirli oranı dağılımına bakıldığında; düşük gelirli oranı (TürkSch örnekleminde yer alan tüm mahallelerin [s: 296] “mahalledeki düşük gelirli oranlarının” ortalamasına göre) mahallelerin %59,2’sinde *düşük*,

%27,2'sinde orta, %13,6'sında yüksek düzeyde saptanmıştır. Örneklemi oluşturan hastaların yaşadıkları mahallelerde düşük gelirli oranı ortalaması %47,9 saptanmıştır (SS:18,4; %95 GA:44,9-50,8).

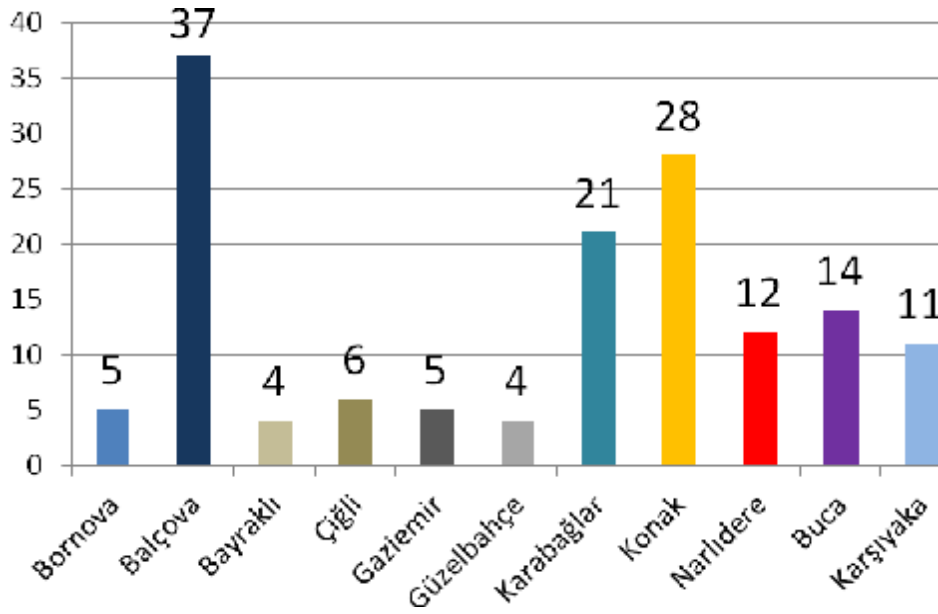
Mahallelerde işsizlik oranı ve düşük gelirli oranı açısından şizofreni grubu ile diğer psikotik bozukluklar grubu arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 15. Örneklemen beş yıllık izlem süresinde yerleşim yeri sosyoekonomik yoksunluk göstergeleri ve tanıya göre karşılaştırılması

	Şizofreni (s: 112)		Diğer psikotik bozukluklar (s: 35)				Toplam	
	Sayı	(%)	Sayı	(%)	İstatistik	P	Sayı (%)	
Mahalle işsizlik oranı								
Düşük	40	(35,7)	14	(40,0)	Pearson χ^2 : 0,37	.82	54	(36,7)
Orta	61	(54,5)	17	(48,5)			78	(53,1)
Yüksek	11	(9,8)	4	(11,5)			15	(10,2)
Mahalle düşük gelirli oranı								
Düşük	68	(60,7)	19	(54,3)	Pearson χ^2 : 0,50	.78	87	(59,2)
Orta	29	(25,9)	11	(31,4)			40	(27,2)
Yüksek	15	(13,4)	5	(14,3)			20	(13,6)
	Ortalama SS	%95 GA	Ortalama SS	%95 GA	İstatistik	P	Ortalama SS	%95 GA
Mahalle işsizlik oranı	6,4 (5,4)	(5,4-7,4)	6,3 (4,7)	(4,7-7,9)	$t_{145}=0,1$	.88	6,4 (5,2)	(5,5-7,2)
Mahalle düşük gelirli oranı	48,2 (18,0)	(44,8-51,6)	46,8 (19,6)	(40,1-53,4)	$t_{145}=0,4$	.69	47,9 (18,4)	(44,9-50,8)

4.5. Araştırma Örneklerinin Yaşadığı İndeks Mahalleye Göre Dağılımı:

Şekil 3’de örneklemin beş yıllık izlem süresi içinde en uzun süre yaşadığı İzmir kent içi yerleşim birimine (*indeks mahalle*) göre dağılımı yer almaktadır. Buna göre örneklemin %25,1’i (S:37) beş yıllık izlem süresinde (en az iki buçuk yıl ya da daha fazla) Balçovada ikamet etmiştir. Bu oranı Konak (%19; S:28), Karabağlar (%14,2; S:21), Buca (%9,5; S:14) ve Narlıdere (%8,1; S:12), Karşıyaka (%7,4; S:11) takip etmektedir.



Şekil 3: Örneklemin beş yıllık izlem süresinde en uzun süre yaşadığı İzmir kent içi yerleşim birimine (indeks mahalle) göre dağılımı

4.6. Araştırma Örneklerinin Beş Yıllık İzlem Süresi İçinde Relaps Öyküsü ve Diğer Prognostik Özellikleri

Tablo 16’da örneklemin beş yıllık izlem süresi içinde relaps öyküsü ve diğer prognostik özelliklerin tanıya göre karşılaştırılması yer almaktadır. Örneklemin %38,8’inde beş yıllık izlem süresi içinde hiç relaps görülmemiştir. Örneklemin %61,2’sinde beş yıllık izlem süresi içinde en az bir kez relaps görülmüştür. Beş yıllık izlem süresi içinde, tüm örneklemin %15,6’sında bir kez; %21,1’inde iki kez, %8,9’unda üç kez relaps görülmüştür. Beş yıllık izlem süresi içinde hastaların %10,2’si en az bir kez intihar girişiminde bulunmuştur. Hastaların 37,4’ünün en az bir kez hastane yatışı olmuştur. Örneklemin hastanede yatış günü ortalaması 63,4’dür (SS:54; %95 GA:48,9-78,1). Relaps durumu (*yok/var en az bir*), özkıyım

girişimi, hastane yatışı (*yok/var en az bir*), hastane yatış günü sayısı açısından şizofreni tanılı grup ile diğer psikotik bozukluklar grubu arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 16. Örneklemen beş yıllık izlem boyunca relaps öyküsü ve diğer prognostik özelliklerinin tanıya göre karşılaştırılması

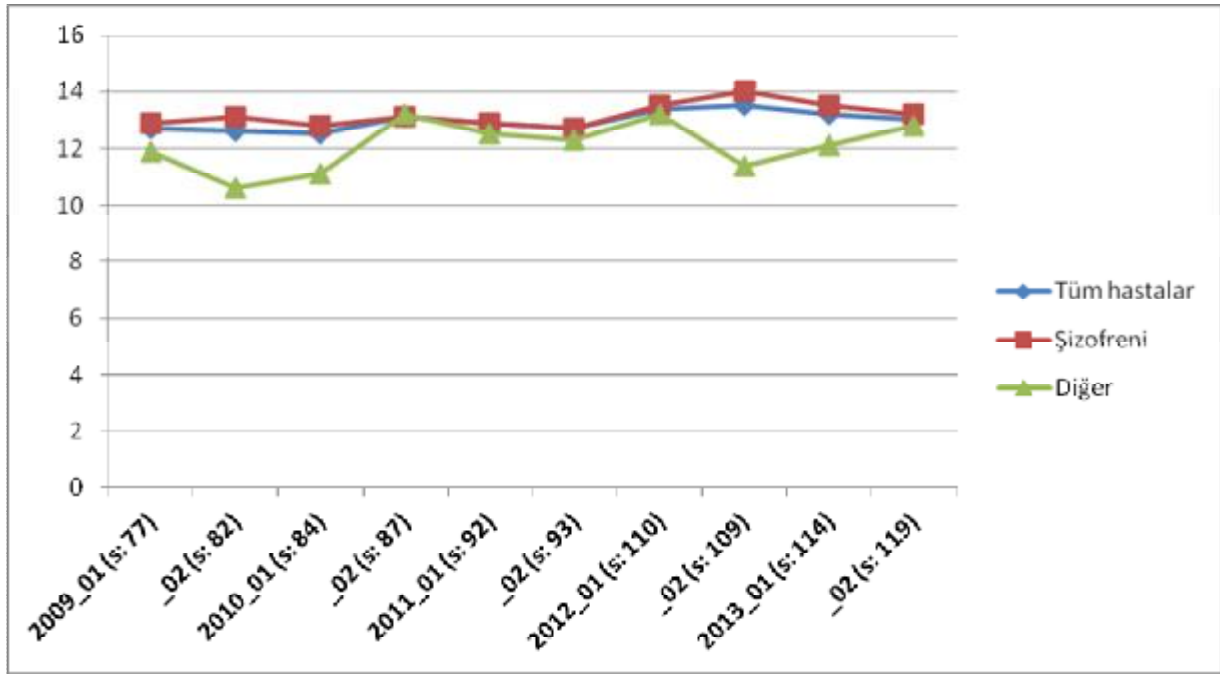
	Şizofreni (s: 112)		Diğer psikotik bozukluklar (s: 35)				Toplam	
	Sayı	(%)	Sayı	(%)	İstatistik	p	Sayı	(%)
Relaps								
Yok	40	35,7	17	48,6	Pearson χ^2 : 1,85	.17	57	38,8
Var, en az bir	72	64,3	18	51,4			90	61,2
Relaps sayısı								
1 kez	17	15,3	6	17,1			23	15,6
2 kez	24	21,4	7	20,0			31	21,1
3 kez	11	9,8	2	5,7			13	8,9
4 kez	10	8,9	-	-			10	6,8
5 kez ve üstü	10	8,9	3	8,6			13	8,8
Özkıym girişimi								
Yok	101	90,2	31	88,6	Pearson χ^2 : 0,07	.79	132	89,8
Var, en az bir kez	11	9,8	4	11,4			15	10,2
Hastane yatışı								
Yok	67	59,8	25	71,4	Pearson χ^2 : 1,53	.21	92	62,6
Var, en az bir	45	40,2	10	28,6			55	37,4

kez								
Hastane yatış günü sayısı	Ortalama SS	%95 GA	Ortalama SS	%95 GA			Ortalama SS	%95 GA
	62,6 (53,9)	(46,4- 78,8)	67,4 (57,4)	(26,3- 108,5)	$t_{53}=-0,3$	0.59	63,4 (54,0)	(48,9- 78,1)

4.7. Araştırma Örnekleminin Beş Yıllık İzlem Süresi İçinde Kullandığı Antipsikotik İlaç Dozları:

Şekil 4’de örneklemin beş yıllık izlem süresi içinde kullandığı günlük ortalama antipsikotik ilaç dozları ve tanıya göre dağılımı (*şizofreni grubu/diğer psikotik bozukluklar/tüm örneklem*) haloperidol eşdeğeri (mg) olarak gösterilmiştir (Şekil 4).

Beş yıllık izlem süresi içinde her altı aylık dönem için belirtilen ortalama günlük doz ile zamana karşı doz eğrisi elde edilmiştir. Buna göre, tanı grupları arasında günlük ortalama antipsikotik ilaç dozu açısından fark saptanmamıştır.



*(2009 yılı ilk altı aylık dönemde 77 hastanın verisine ulaşılabilmektedir. 2009 yılı ikinci altı aylık dönemde 82 hastanın verisine ulaşılabilmektedir. 2010 yılı ilk altı aylık dönemde 84 hastanın verisine ulaşılabilmektedir. 2010 yılı ikinci altı aylık dönemde 87 hastanın verisine ulaşılabilmektedir. 2011 yılı ilk altı aylık dönemde 92 hastanın verisine ulaşılabilmektedir. 2011 yılı ikinci altı aylık dönemde 93 hastanın verisine ulaşılabilmektedir. 2012 yılı ilk altı aylık dönemde 110 hastanın verisine ulaşılabilmektedir. 2012 yılı ikinci altı aylık dönemde 109 hastanın verisine ulaşılabilmektedir. 2013 yılı ilk altı aylık dönemde 114 hastanın verisine ulaşılabilmektedir. 2013 yılı ikinci altı aylık dönemde 119 hastanın verisine ulaşılabilmektedir.)

**Gruplar arasında günlük ortalama doz açısından fark bulunmamaktadır.

Şekil 4: Örneklemenin beş yıllık izlem süresinde günlük ortalama antipsikotik ilaç dozu (haloperidol eşdeğeri, mg) ve tanıya göre karşılaştırılması

4.8. Araştırma Örneklemenin Beş Yıllık İzlem Süresi İçinde Relapsa Göre

Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Tablo 17’de örneklemenin beş yıllık izlem boyunca relaps durumuna göre sosyodemografik özellikleri yer almaktadır. Relaps olan grupta yer alan hastaların yaş ortalaması, relaps olmayan gruba göre anlamlı olarak daha düşüktür ($T_{145}=3,4$; $p<0,001$). Relaps olan grupta bekar/boşanmışların oranı relaps olmayan gruba göre anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır ($p=0.005$). Relaps olan grupta ebeveynler ile yaşayan hastaların oranı, relaps olmayan gruba göre anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır ($p=0,02$). Diğer sosyodemografik özellikler açısından relaps olan grup ile relaps olmayan grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 17. Örneklemin beş yıllık izlem boyunca relaps durumuna göre sosyodemografik özellikleri

	Relaps olmayan (s: 57)		Relaps olan (s: 90)				Toplam	
	Sayı	(%)	Sayı	(%)	İstatistik	p	Sayı	(%)
Cinsiyet								
Kadın	27	47,4	31	34,4	Pearson χ^2 : 2,44	.12	58	39,5
Erkek	30	52,6	59	65,6			89	60,5
Medeni Durum								
Bekâr/boşanmış	31	54,4	69	76,7	Pearson χ^2 : 7,96	.005	100	68,0
Evli/dul	26	45,6	21	23,3			47	32,0
Eğitim durumu								
≤8 yıl	20	35,1	31	34,4	Pearson χ^2 : 0,01	.94	51	34,7
>8yıl	37	64,9	2159	65,6			96	65,37
İstihdam Durumu*								
Çalışıyor	15	26,3	20	22,2	Pearson χ^2 : 0,32	.57	35	23,8
İstihdam dışı	42	73,7	70	78,8			112	76,2
Sosyoekonomik konum**								
Üst	6	10,53	11	12,22	Pearson χ^2 : 0,91	.71	17	11,5
Orta	18	31,58	26	28,89			44	30,0
Alt	33	57,89	53	58,89			86	58,5
Aylık Hane Geliri								
<4000 TL	47	82,5	71	78,9	Pearson χ^2 : 0,28	.59	118	80,3
≥4000 TL	10	17,5	19	21,1			29	19,7
Yaşama biçimi								

Ebeveynler ile	27	47,4	65	72,22	Pearson χ^2: 14,8	0.02	92	62,6
Eş ile	23	40,4	12	13,3			35	23,8
Yalnız	4	7,00	5	5,6			9	6,1
Diğer	3	5,2	8	8,9			11	7,5
	Ortalama SS	%95 GA	Ortalama SS	%95 GA	İstatistik	p	Ortalama SS	%95 GA
Yaş	47,6 (9,61)	(45,0- 50,1)	41,8 (10,4)	(39,6- 43,9)	T₁₄₅=3,4	<.001	44,04 (10,4)	(42,3- 45,7)

*İstihdam durumu: Halen çalışıyor olanlar / çalışmış ve normal koşullarda emekli olmuş olanlar çalışıyor olarak değerlendirilmiştir.

**Sosyoekonomik konum hane reisinin meslek sınıfına göre belirlenmiştir: Üst: 1.Fabrika-işletme sahibi 2.Yönetici-müdür; 3.Doktor-mihendis-avukat-subay; Orta: 4.Öğretmen-hemşire-memur-astsubay, 5.Esnaf, 6.Çiğci; Alt: 7.Vasıflı işçi, 8.Vasıfsız işçi

4.9. Araştırma Örnekleminin Beş Yıllık İzlem Süresi İçinde Relapsa Göre Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Tablo 18’de örneklemin beş yıllık izlem süresi içinde relaps durumuna göre klinik özellikleri yer almaktadır. Relaps olan grupta ilk atak yaşı, relaps olmayan gruba göre anlamlı olarak daha düşüktür ($t_{139}=2.0$; $p<0,05$). Relaps olan grupta esrar kullanım oranı relaps olmayan gruba göre anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır (χ^2 : 5,22; $p<0,05$). Relaps olan grupta özkıyım girişimi sayısı relaps olmayan gruba göre anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır (χ^2 :7,25; $p<0,05$). Relaps olan grupta hastane yatışı sayısı relaps olmayan gruba göre anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır (χ^2 : 50,5; $p<0,05$).

Diğer klinik özellikler açısından relaps olan grup ile relaps olmayan grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 18. Örneklemin beş yıllık izlem boyunca relaps durumuna göre klinik özellikleri

	Relaps olmayan (s: 57)		Relaps olan (s: 90)				Toplam	
	Ortalama SS	%95 GA	Ortalama SS	%95 GA	İstatistik	<i>p</i>	Ortala m SS	%95 GA
Hastalık Özellikleri								
İlk atak yaşı *	26,9 (10,5)	(23,9- 29,9)	23,9 (7,5)	(22,3- 25,5)	<i>t</i> ₁₃₉ =2.0	<.05	25,0 (8,9)	(23,6- 26,5)
Hastalık Süresi*	20,1 (10,7)	(17,1- 23,1)	17,7 (8,8)	(15,8- 19,6)	<i>t</i> ₁₃₉ =1,4	.41	18,6 (9,6)	(17,0- 20,2)
	Sayı	(%)	Sayı	(%)	İstatistik	<i>p</i>	Sayı	(%)
Bedensel Hastalık								
Yok	37	64,9	63	70,0	Pearson χ^2 : 0,41	0.52	100	68,0
Var	20	35,1	27	30,0			47	32,0
Sigara Kullanımı								
Kullanmamış	17	29,82	20	22,22	Pearson χ^2 : 1,07	0.30	37	25,2
Kullanmış	40	70,2	70	77,78			110	74,8
Alkol Kullanımı								
Kullanmamış	24	42,1	27	30,00	Pearson χ^2 : 2,25	0.13	51	34,7
Kullanmış	33	57,9	63	70,00			96	65,3
Esrar Kullanımı**								
Kullanmamış	55	96,5	76	84,4	Pearson χ^2 : 5,22	<.05	131	89,1
Kullanmış	2	3,5	14	15,6			16	10,9
Ailede Psikiyatrik Hastalık								
Yok	19	33.3	34	37.8	Pearson χ^2 :	0.65	53	36,1

Var, diğer	23	40.3	38	42.2	0,84		61	41,5
Var, psikoz	15	26.3	18	20.0			33	22,4
Özkiyim girişi								
Yok	56	98,25	76	84,44	Pearson χ^2 : 7,25	<.05	132	89,8
En az bir kez	1	1,75	14	15,56			15	10,2
Hastane yatışı								
Yok	56	98,25	36	40,00	Pearson χ^2 : 50,5	<.05	92	62,6
Var, en az bir kez	1	1,75	54	60,00			55	37,4

* 6 hastanın verisine ulaşılamadı. (şizofreni:4, şizoaffektif bozukluk :2)

**Esrar kullananlardan 6 tanesi esrar yanında diğer keyif verici maddeler de kullanmıştır. Bu 6 hastanın hepsi de birden fazla kez keyif verici madde kullanmıştır. Esrar kullanmayan ama esrar dışı keyif verici madde kullanan 4 hasta vardır

4.10. Araştırma Örneklemine Beş Yıllık İzlem Süresi İçinde Relapsa Göre Yerleşim Yeri Özelliklerinin Karşılaştırılması

4.10.1. Örneklemine relapsa göre yerleşim öyküsü (adres değişikliği ve ikamet süresi) değişkenlerinin karşılaştırılması

Tablo 19’da örneklemine beş yıllık izlem süresi içinde relapsa göre yerleşim öyküsü değişkenleri (adres değişikliği ve ikamet süresi) tanımlanmıştır. Beş yıllık izlem süresi içinde örneklemine %81,6’sı hep aynı adreste yaşamıştır. Örneklemine %18,4’ü ise en az bir kez adres değişikliği yapmıştır. En az bir kez adres değişikliği yapan grupta yalnızca üç kişi birden fazla kez adres değişikliği yapmıştır. Beş yıllık izlem süresi içinde, en az bir kez adres değiştirenlerin oranı relaps olan grupta relaps olmayan gruba göre anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır (χ^2 : 3,82; $p<0,05$). Tabloda yer alan *ikamet süresi*; analiz için veri kabul edilen mahallede (indeks mahalle) en uzun süre yaşanan süre olarak tanımlanmıştır. Relaps olmayan grupta ikamet süresi relaps olan gruba göre anlamlı olarak daha uzun saptanmıştır ($t_{145}=2,48$; $p<0,05$).

Tablo 19. Örneklemin beş yıllık izlem boyunca relapsa durumuna göre yerleşim öyküsü değişkenleri (adres değişikliği ve ikamet süresi)

	Relaps olmayan (s: 57)		Relaps olan (s: 90)				Toplam	
	Sayı	(%)	Sayı	(%)	İstatistik	p	Sayı (%)	
Adres Değişikliği								
Yok	51	89,5	69	76,7	Pearson χ^2 : 3,82	<.05	120	81,6
*Var, en az bir	6	10,5	21	23,3			27	18,4
İkamet süresi^a	Ortalama SS	%95 GA	Ortalama	%95 GA			Ortalama SS	%95 GA
	58,2 (5,7)	(56,7- 59,7)	54,3 (11,0)	(52,0- 56,6)	$t_{145}=2,48$	<.05	55,8 (9,5)	(54,2- 57,3)

* 3 kişi ise son beş yıl içinde birden fazla kez yer değiştirmiş;

^a Analiz için veri kabul edilen mahallede (indeks mahalle) en uzun süre ikamet süresi

4.10.2. Örneklemin relapsa göre yerleşim yeri sosyal sermaye özelliklerinin (seçimlere katılım) karşılaştırılması:

Tablo 20’de örneklemin beş yıllık izlem süresi içinde relaps durumuna göre yerleşim yeri sosyal sermaye (seçimlere katılım yüzdesi) değişkenlerinin karşılaştırması yer almaktadır. Mahalle seçimlere katılım yüzdesi açısından relaps olan grup ile relaps olmayan grup arasında anlamlı fark bulunmamaktadır.

Tablo 20. Örneklemin beş yıllık izlem süresi içinde relaps durumuna göre yerleşim yeri sosyal sermaye (seçimlere katılım yüzdesi) değişkenlerinin karşılaştırılması

	Relaps olmayan (s: 57)		Relaps olan (s: 90)				Toplam	
	Ortalama SS	%95 GA	Ortalama SS	%95 GA	İstatistik	p	Ortalama SS	%95 GA
29 Mart 2009 Mahalli İdareler Seçimi	83,0 (2,3)	(82,3- 83,6)	82,8 (2,4)	(82,4- 83,4)	$t_{145}=0,2$	.82	82,9 (2,3)	(82,5- 83,3)
2010 Halk Oylaması	79,3 (2,7)	(78,6- 80,0)	78,8 (3,9)	(77,9- 79,6)	$t_{145}=0,8$	.19	79,0 (3,5)	(78,4- 79,5)
XXIV.Dönem Milletvekili Genel Seçimi'ne (2011)	87,1 (1,7)	(86,6- 87,5)	87,2 (1,9)	(86,9- 87,4)	$t_{145}=-0,4$	.67	87,1 (1,8)	(86,8- 87,4)

Tablo 21’de örneklemin beş yıllık izlem süresi içinde relaps durumuna göre yerleşim yeri sosyal sermaye değişkenlerinin (ilçeye göre seçimlere katılım düzeyi) karşılaştırılması yer almaktadır. Mahalle ilçeye göre seçimlere katılım düzeyi açısından relaps olan grup ile relaps olmayan grup arasında anlamlı fark bulunmamaktadır.

Tablo 21. Örneklemin beş yıllık izlem süresi içinde tanıya göre yerleşim yeri sosyal sermaye değişkenlerinin (ilçeye göre seçimlere katılım düzeyi) karşılaştırılması

	Relaps olmayan (s: 57)		Relaps olan (s: 90)				Toplam	
	Sayı	(%)	Sayı	(%)	İstatistik	p	Sayı (%)	
29 Mart 2009 Mahalli İdareler Seçimi								
Aynı	34	(59,6)	51	(56,7)	Pearson χ^2 : 0,33	.84	85	(57,8)
Düşük	14	(24,5)	26	(28,9)			49	(27,2)
Yüksek	9	(15,7)	13	(14,4)			22	(15,0)
2010 halk oylaması								
Aynı	31	(54,4)	42	(46,7)	Pearson χ^2 : 1,15	.56	73	(49,7)
Düşük	8	(14,0)	18	(20,0)			26	(17,7)
Yüksek	18	(31,6)	30	(33,3)			48	(32,6)
XXIV.Dönem Milletvekili Genel Seçimi'ne (2011)								
Aynı	32	(56,1)	57	(63,3)	Pearson χ^2 : 0,77	.68	89	(60,5)
Düşük	14	(24,5)	19	(21,1)			33	(22,5)
Yüksek	11	(19,3)	14	(15,6)			25	(17,0)

4.10.3. Örneklemin relapsa göre yerleşim yeri sosyal sermaye özelliklerinin karşılaştırılması:

Tablo 22’de örneklemin beş yıllık izlem süresi içinde relaps durumuna göre yerleşim yeri sosyal sermaye değişkenlerini karşılaştırılması yer almaktadır (TürkSch 2008 verileri). Yerleşim yeri sosyal sermaye özellikleri açısından relaps olan grup ile relaps olmayan grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 22. Örneklemin beş yıllık izlem süresi içinde relaps durumuna göre yerleşim yeri sosyal sermaye değişkenlerinin karşılaştırılması

	Relaps olmayan (s: 57)		Relaps olan (s: 90)				Toplam	
	Sayı	(%)	Sayı	(%)	İstatistik	p	Sayı (%)	
Gündelik Toplumsal Kontrol								
Düşük	29	(50,8)	39	(46,3)	Pearson χ^2 : 0,81	.65	68	(46,3)
Orta	20	(35,1)	35	(37,4)			55	(37,4)
Yüksek	8	(14,1)	16	(16,3)			24	(16,3)
Toplumsal İçişçilik ve Güven								
Düşük	34	(59,6)	46	(51,1)	Pearson χ^2 : 1,5	.42	80	(54,4)
Orta	12	(21,1)	27	(30,0)			39	(26,5)
Yüksek	11	(19,3)	17	(18,9)			28	(19,1)
Sosyal Düzensizlik								
Düşük	19	(33,3)	30	(33,3)	Pearson χ^2 : 0,61	.72	49	(33,3)
Orta	24	(42,1)	33	(36,7)			57	(38,8)
Yüksek	14	(24,6)	27	(30,0)			41	(27,9)

4.10.4. Örneklemin relapsa göre yerleşim yeri sosyoekonomik yoksunluk göstergelerinin karşılaştırılması:

Tablo 23’de örneklemin beş yıllık izlem süresi içinde relaps durumuna göre yerleşim yeri sosyoekonomik yoksunluk değişkenlerinin karşılaştırılması yer almaktadır (**TürkSch 2008 verileri**). Mahalle işsizlik oranı açısından relaps grubu ile relaps olmayan grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Relaps olan grupta yer alanların yaşadıkları mahallelerin düşük gelirli oranı ortalaması, relaps olmayan grupta yaşayanların mahallelerine göre anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır ($t_{145}=-1,7$; $p<0,05$).

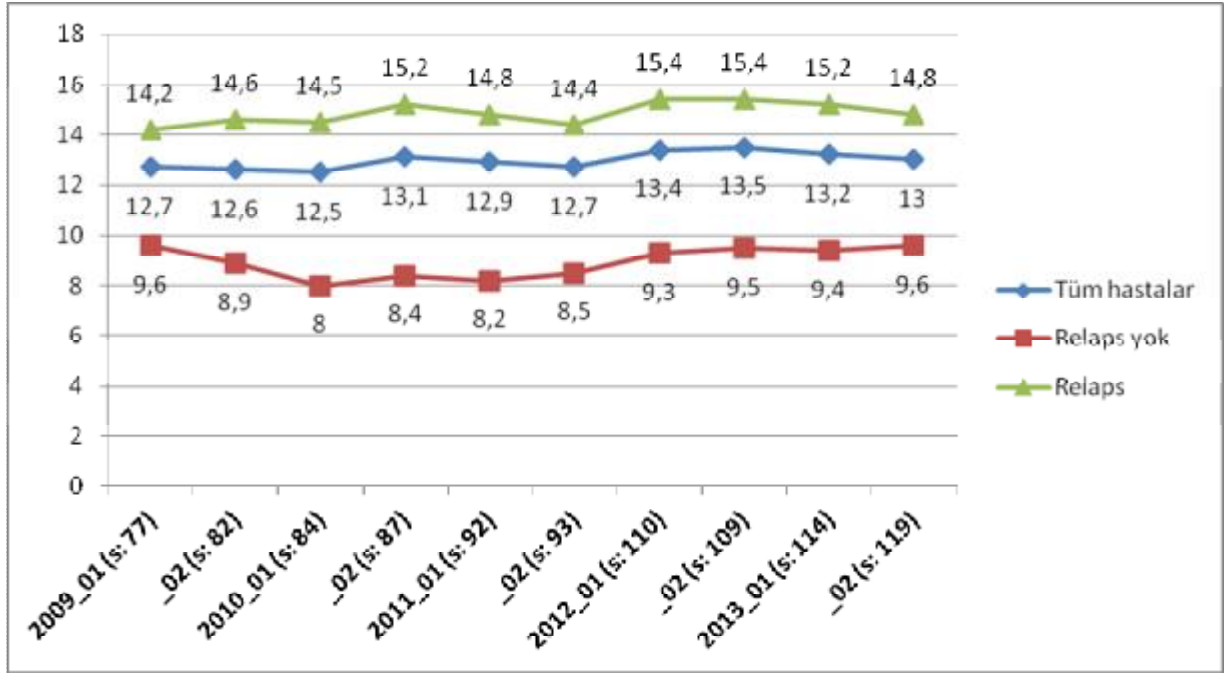
Tablo 23. Örneklem beş yıllık izlem süresi içinde relaps durumuna göre yerleşim yeri sosyoekonomik yoksunluk değişkenlerinin karşılaştırılması

	Relaps olmayan (s: 57)		Relaps olan (s: 90)				Toplam	
	Sayı	(%)	Sayı	(%)	İstatistik	P	Sayı	(%)
Mahalle işsizlik oranı								
Düşük	19	(33,3)	35	(38,9)	Pearson χ^2 : 0,46	.75	54	(36,7)
Orta	32	(56,2)	46	(51,1)			78	(53,1)
Yüksek	6	(10,5)	9	(10,0)			15	(10,2)
Mahalle düşük gelirli oranı								
Düşük	36	(63,2)	51	(56,7)	Pearson χ^2 : 0,92	.63	87	(59,2)
Orta	15	(26,3)	25	(27,8)			40	(27,2)
Yüksek	6	(10,5)	14	(15,5)			20	(13,6)
	Ortalama SS	%95 GA	Ortalama SS	%95 GA	İstatistik	P	Ortalama SS	%95 GA
Mahalle işsizlik oranı	6,6 (4,4)	(5,4-7,5)	6,2 (5,6)	(5,1-7,5)	$t_{145}=0,4$	.69	6,4 (5,2)	(5,5-7,2)
Mahalle düşük gelirli oranı	44,6 (16,9)	(40,1-49,1)	49,9 (18,9)	(45,9-53,9)	$t_{145}=-1,7$	<.05	47,9 (18,4)	(44,9-50,8)

4.11. Örneklem beş yıllık izlem süresi içinde relapsa göre günlük ortalama antipsikotik ilaç dozlarının karşılaştırılması:

Şekil 5’de örneklem beş yıllık izlem süresi içinde, günlük ortalama antipsikotik ilaç dozu (haloperidol eşdeğeri, mg) relaps olan grup, relaps olmayan grup ve tüm örneklem olmak üzere üç grupta gösterilmiştir.

Örneklemin beş yıllık izlem boyunca relaps durumuna göre günlük ortalama antipsikotik ilaç dozu, değerlendirme dönemlerinin her birinde (her altı aylık dönem), üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı olarak birbirinden farklı saptanmıştır ($p<0,05$). Relaps grubunda ortalama günlük doz 14,2 mg ile 15,4 mg arasında seyrederken, relaps olmayan grupta günlük ortalama doz 8 ile 9,6 mg arasında seyretmiştir.



*(2009 yılı ilk altı aylık dönemde 77 hastanın verisine ulaşılabilmektedir. 2009 yılı ikinci altı aylık dönemde 82 hastanın verisine ulaşılabilmektedir. 2010 yılı ilk altı aylık dönemde 84 hastanın verisine ulaşılabilmektedir. 2010 yılı ikinci altı aylık dönemde 87 hastanın verisine ulaşılabilmektedir. 2011 yılı ilk altı aylık dönemde 92 hastanın verisine ulaşılabilmektedir. 2011 yılı ikinci altı aylık dönemde 93 hastanın verisine ulaşılabilmektedir. 2012 yılı ilk altı aylık dönemde 110 hastanın verisine ulaşılabilmektedir. 2012 yılı ikinci altı aylık dönemde 109 hastanın verisine ulaşılabilmektedir. 2013 yılı ilk altı aylık dönemde 114 hastanın verisine ulaşılabilmektedir. 2013 yılı ikinci altı aylık dönemde 119 hastanın verisine ulaşılabilmektedir.)

**Örneklemin beş yıllık izlem boyunca relaps durumuna göre günlük ortalama antipsikotik ilaç dozu (haloperidol eşdeğeri, mg) değerlendirme dönemlerinin her birinde istatistiksel olarak anlamlı olarak birbirinden farklıydı ($p<0,05$). Relaps grubunda ortalama günlük doz 14,2 mg ile 15,4 mg arasında seyrederken, relaps olmayan grupta günlük ortalama doz 8 ile 9,6 mg arasında seyretmiştir.

Şekil 5: Örneklemin beş yıllık izlem süresi içinde relaps durumuna göre günlük ortalama antipsikotik ilaç dozunun (haloperidol eşdeğeri, mg) karşılaştırılması

4.12. Araştırma Örnekleminde Relaps ile Sosyodemografik Değişkenler Arasındaki İlişkiye Ait Regresyon Analizi Sonuçları

Tablo 24’de relaps ile sosyodemografik değişkenler arasındaki ilişki yer almaktadır. Beş yıllık izlem süresinde relapsı öngören sosyodemografik özellikler ile ilişkili risk etkenleri araştırılmıştır.

Öncelikle diğer belirleyici ve karıştırıcılar ile kontrol edilmeden, relapsın her bir risk etkeni ile ilişkisi ikili (relaps var/yok ve ilgili değişken) olarak hesaplanmıştır. Buna göre *evli/dul* olanlarda, *bekar/boşanmış* olanlara göre relaps riski daha düşüktür (RR:0,6; %95 GA:0,4-0,9; $p<0,05$). Ayrıca yaş yükseldikçe relaps olasılığı azalmaktadır (β :(-0,06); %95 GA: [(-0,09)-(-0,02)]; $p<0,05$).

Daha sonra, *yaş*, *cinsiyet* ve *eğitim durumu* kontrol edilerek, relapsın her bir risk etkeni ile ilişkisi hesaplanmıştır. Buna göre, medeni durumun (*bekar/boşanmış* olanlara göre *evli/dul* olanlar) relaps üzerine etkisi ortadan kalkmaktadır. Yaş ile relaps olasılığı arasındaki negatif ilişki ise düzeltilmiş hesaplamadan sonra da devam etmektedir. Yani yaş yükseldikçe relaps olasılığı azalmaktadır (β :(-0,06); %95 GA: [(-0,09)-(-0,05)]; $p<0,05$).

Tablo 24. Relaps ile sosyodemografik değişkenler arasındaki ilişki

	GR*	%95 GA	<i>p</i>	GR ^a	%95 GA	<i>P</i>
Cinsiyet						
Kadın	Ref	-		ref	-	
Erkek	1,2	(0,9-1,6)	.12	1,1	(0,8-1,5)	.28
Medeni durum						
Bekâr/boşanmış	Ref	-		ref	-	
Evli/dul	0,6	(0,4-0,9)	<.05	0,7	(0,5-1,1)	.12
Eğitim durumu						
≤8 yıl	Ref	-		ref	-	

>8yıl	1,0	(0,7-1,3)	.93	0,9	(0,7-1,2)	0.51
İstihdam Durumu*						
Çalışıyor	Ref	-		ref	-	
İstihdam dışı	1,1	(0,8-1,5)	.58	1,1	(0,7-1,4)	.74
Sosyoekonomik konum**						
Üst	Ref	-		ref	-	
Orta	0,9	(0,5-1,4)	.68	0,9	(0,6-1,4)	.70
Alt	0,9	(0,6-1,4)	.81	1,0	(0,7-1,4)	.93
Aylık Hane Geliri						
Düşük (<4000 TL)	Ref	-		ref	-	
Yüksek (≥4000 TL)	1,1	(0,8-1,5)	.58	1,1	(0,8-1,4)	.62
DSM IV Tanı						
Şizofreni	Ref	-		ref	-	
Diğer Psikotik Bozukluklar	0,8	(0,5-1,1)	.17	0.7	(0,5-1,1)	.10
	B	%95 GA	p	β^a	%95 GA	P
Yaş	-0,06	[(-0,09)-(-0,02)]	<.05	-0,06	[(-0,09)-(-0,005)]	<.05

* Göreli risk

^a Yaş, cinsiyet ve eğitim durumu için düzeltilmiş olasılıklar oranı

4.13. Araştırma Örneklemine Relaps ile Klinik Değişkenler Arasındaki İlişkiye Ait Regresyon Analizi Sonuçları

Tablo 25’de relaps ile klinik değişkenler arasındaki ilişki yer almaktadır. Beş yıllık izlem süresinde relapsı öngören klinik özellikler ile ilişkili risk etkenleri araştırılmıştır.

Öncelikle diğer belirleyici ve karıştırıcılar ile kontrol edilmeden, relapsın her bir risk etkeni ile ilişkisi ikili (relaps var/yok ve ilgili değişken) olarak hesaplanmıştır. Buna göre, ilk atak yaşı daha erken olanlarda relaps olasılığı daha fazladır (β :(-0,04); %95 GA: [(-0,07)-(-0,001)]; p :<0,05). Esrar kullananlarda relaps olasılığı kullanmayanlara göre 1,5 kat daha fazladır (%95 GA:1,2-1,9; p <0,05).

Daha sonra, *yaş, cinsiyet ve eğitim durumu* kontrol edilerek, relapsın her bir risk etkeni ile ilişkisi hesaplanmıştır. Düzeltilmiş hesaplamadan sonra relaps olasılığı üzerine tüm klinik değişkenlerin etkisi ortadan kalkmaktadır.

Tablo 25. Relaps ile klinik değişkenler arasındaki ilişki

	B	%95 GA	p	β^a	%95 GA	P
İlk atak yaşı *	-0,04	[(-0,07)- (0,001)]	<.05	-0,009	[(-0,055)- 0,037]	.69
Hastalık Süresi*	-0,02	[(-0,06)- 0,01]	.15	0,009	[(-0,04)- 0,05]	.69
	GR*	%95 GA	p	GR^a	%95 GA	P
Bedensel Hastalık						
Yok	Ref	-		ref	-	
Var	0,9	(0,7-1,2)	.53	1,0	(0,7-1,3)	.88
Sigara Kullanımı						
Kullanmamış	Ref	-		ref	-	
Kullanmış	1,2	(0,8-1,6)	.33	1,2	(0,9-1,7)	.21
Alkol Kullanımı						
Kullanmamış	Ref	-		ref	-	
Kullanmış	1,3	(0,9-1,7)	.15	1,1	(0,8-1,5)	.47

Esrar Kullanımı**						
Kullanmamış	Ref	-		ref	-	
Kullanmış	1,5	(1,2-1,9)	<.05	1,2	(0,9-1,6)	.09
Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü						
Yok	Ref	-		ref	-	
Var, diğer	0,9	(0,7-1,3)	.84	0,9	(0,7-1,3)	.98
Var, psikoz	0,8	(0,6-1,2)	.38	0,8	(0,5-1,2)	.26

* 6 hastanın verisine ulaşılamadı. (şizofreni:4, şizoaffektif bozukluk :2)

**Esrar kullananlardan 6 tanesi esrar yanında diğer keyif verici maddeler de kullanmıştır. Bu 6 hastanın hepsi de birden fazla kez keyif verici madde kullanmıştır. Esrar kullanmayan ama esrar dışı keyif verici madde kullanan 4 hasta vardır

^a Yaş, cinsiyet ve eğitim durumu için düzeltilmiş katsayı

4.14. Araştırma Örneklemine Relaps ile Yerleşim Yeri Özellikleri Arasındaki İlişkiye Ait Regresyon Analizi Sonuçları

Beş yıllık izlem süresinde relapsı öngören yerleşim yeri özellikleri ile ilişkili risk etkenleri araştırılmıştır.

4.14.1. Relaps ile yerleşim öyküsü (adres değişikliği ve ikamet süresi) arasındaki ilişkiye ait regresyon analizi sonuçları

Tablo 26’da relaps ile yerleşim öyküsü değişkenleri (ikamet süresi ve adres değişikliği) arasındaki ilişki yer almaktadır. Mahallede ikamet süresi uzadıkça relaps olasılığı azalmaktadır(β :(-0,05); %95 GA: [(-0,10)-(-0,01)]; p :<0,05). Adres değişikliği olanlarda olmayanlara göre relaps olasılığı 1,4 kat daha fazla saptanmıştır (%95 GA:1,0-1,7; p =0,05). Daha sonra, *yaş*, *cinsiyet* ve *eğitim durumu* kontrol edilerek, relapsın ikamet süresi ve adres değişikliği ile ilişkisi hesaplanmıştır. Buna göre ikamet süresi ve adres değişikliği ile relaps arasındaki ilişki devam etmektedir. Mahallede ikamet süresi uzadıkça relaps olasılığı azalmaktadır (β :(-0,05); %95 GA: [(-0,10)-(-0,003)]; p :<0,05).Adres değişikliği olanlarda olmayanlara göre relaps olasılığı 1,3 kat daha fazladır (%95 GA:1,0-1,6; p <0,05).

Tablo 26. Relaps ile yerleşim öyküsü değişkenleri (ikamet süresi ve adres değişikliği) arasındaki ilişki

	B	%95 GA	p	β^a	%95 GA	P
İkamet süresi^b	-0,05	[(-0,10)-(-0,01)]	<.05	-0,05	[(-0,10)-(-0,003)]	<.05
	GR*	%95 GA	p	GR^a	%95 GA	P
Adres değişikliği						
Yok	Ref	-		ref	-	
Var	1,4	(1,0-1,7)	0.05	1,3	(1,0-1,6)	<.05

^a Yaş, cinsiyet ve eğitim durumu için düzeltilmiş olasılıklar oranı

^b Analiz için veri kabul edilen mahallede en uzun süre ikamet süresi

4.14.2. Relaps ile yerleşim yeri sosyal sermaye özellikleri (seçimlere katılım) arasındaki ilişkiye ait regresyon analizi sonuçları

Tablo 27’de relaps ile yerleşim yeri sosyal sermaye değişkenleri (seçimlere katılım yüzdesi) arasındaki ilişki yer almaktadır. Relapsı öngören yerleşim yeri sosyal sermaye (seçimlere katılım yüzdesi) özellikleri ile ilişkili risk etkenleri incelenmiştir. Öncelikle relapsın her bir risk etkeni ile ilişkisi ikili (relaps var/yok ve ilgili değişken) olarak hesaplanmıştır. Relaps ile mahalle seçimlere katılım yüzdesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Ardından *yaş, cinsiyet ve eğitim durumu* kontrol edilerek, relapsın her bir risk etkeni ile ilişkisi hesaplanmıştır. Sonuç olarak relaps ile mahalle seçimlere katılım yüzdesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Tablo 27. Relaps ile yerleşim yeri sosyal sermaye değişkenleri (seçimlere katılım yüzdesi) arasındaki ilişki

	B	%95 GA	p	β^a	%95 GA	P
29 Mart 2009 Mahalli İdareler Seçimi	-0,02	[(-0,15)-(0,13)]	.82	-0,01	[(-0,16)-(0,15)]	.90
2010 Halk Oylaması	-0,04	[(-0,15)-(0,06)]	.39	-0,01	[(-0,12)-(0,10)]	.86
XXIV.Dönem Milletvekili Genel Seçimi (2011)	0,04	[(-0,13)-(0,21)]	.65	0,07	[(-0,12)-(0,26)]	.48

^a Yaş, cinsiyet ve eğitim durumu için düzeltilmiş olasılıklar oranı;

^b Analiz için veri kabul edilen mahallede (indeks mahalle)en uzun süre ikamet süresi

Tablo 28’da relaps ile yerleşim yeri sosyal sermaye değişkenleri (ilçeye göre seçimlere katılım) arasındaki ilişki yer almaktadır. Öncelikle relapsın her bir risk etkeni ile ilişkisi ikili (relaps var/yok ve ilgili değişken; ilçeye göre seçimlere katılım: *aynı/düşük/yüksek*) olarak hesaplanmıştır. Relaps ile mahallede ilçeye göre seçimlere katılım düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Ardından *yaş, cinsiyet ve eğitim durumu* kontrol edilerek, relapsın her bir risk etkeni ile ilişkisi hesaplanmıştır. Sonuç olarak relaps ile mahallede ilçeye göre seçimlere katılım düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Tablo 28. Relaps ile yerleşim yeri sosyal sermaye değişkenleri (ilçeye göre seçimlere katılım) arasındaki ilişki

	GR	%95 GA	<i>p</i>	GR ^a	%95 GA	<i>P</i>
2009 yerel seçimleri						
Aynı	Ref	-		ref	-	
Düşük	1,1	(0,8-1,4)	.59	1,1	(0,8-1,4)	.64
Yüksek	0,9	(0,7-1,4)	.94	0,9	(0,6-1,4)	.83
2010 halk oylaması						
Aynı	Ref	-		ref	-	
Düşük	1,2	(0,9-1,7)	.26	1,1	(0,8-1,5)	.52
Yüksek	1,1	(0,8-1,4)	.58	1,1	(0,8-1,5)	.39
2011 genel seçimleri						
Aynı	Ref	-		ref	-	
Düşük	0,9	(0,6-1,2)	.53	0,8	(0,6-1,1)	.29
Yüksek	0,9	(0,6-1,3)	.49	0,8	(0,2-1,2)	.36

4.14.3. Relaps ile yerleşim yeri sosyal sermaye özellikleri arasındaki ilişkiye ait regresyon analizi sonuçları

Tablo 29’da relaps ile yerleşim yeri sosyal sermaye değişkenleri (TürkSch 2008 verileri) arasındaki ilişki yer almaktadır. Relapsı öngören yerleşim yeri sosyal sermaye (*GTK, TİG, MİD*) özellikleri ile ilişkili risk etkenleri araştırılmıştır.

Öncelikle relapsın her bir risk etkeni ile ilişkisi ikili (relaps var/yok ve ilgili değişken; *GTK, TİG ve MİD: düşük/orta/yüksek*) olarak hesaplanmıştır. Buna göre relaps ile yerleşim yeri sosyal sermaye düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Ardından *yaş, cinsiyet ve eğitim durumu* kontrol edilerek, relapsın her bir risk etkeni ile ilişkisi hesaplanmıştır. Sonuç

olarak relaps ile yerleşim yeri sosyal sermaye düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Tablo 29. Relaps ile yerleşim yeri sosyal sermaye değişkenleri arasındaki ilişki

	GR	%95 GA	<i>p</i>	GR ^a	%95 GA	<i>P</i>
Gündelik Toplumsal Kontrol (GTK)						
Düşük	Ref	-		ref	-	
Orta	1,1	(0,8-1,5)	.47	1,0	(0,8-1,4)	.82
Yüksek	1,2	(0,8-1,6)	.39	1,1	(0,8-1,6)	.50
Toplumsal İçişçelik ve Güven (TİG)						
Düşük	Ref	-		ref	-	
Orta	1,2	(0,9-1,6)	.19	1,2	(0,9-1,5)	.25
Yüksek	1,0	(0,7-1,5)	.76	1,0	(0,7-1,5)	.80
Sosyal Düzensizlik (MİD)						
Düşük	Ref	-		ref	-	
Orta	0,9	(0,6-1,3)	.72	1,0	(0,7-1,4)	.94
Yüksek	1,1	(0,6-1,5)	.65	1,1	(0,8-1,4)	.66

4.14.4. Relaps ile yerleşim yeri sosyoekonomik yoksunluk göstergeleri arasındaki ilişkiye ait regresyon analizi sonuçları

Tablo 30’da relaps ile yerleşim yeri sosyoekonomik yoksunluk göstergeleri arasındaki ilişki yer almaktadır (TürkSch 2008 verileri). Relapsı öngören yerleşim yeri sosyoekonomik yoksunluk göstergeleri ile ilişkili risk etkenleri araştırılmıştır.

Öncelikle relapsın her bir risk etkeni ile ilişkisi ikili (relaps var/yok ve ilgili değişken; mahalle işsizlik oranı ve mahalle düşük gelirli oranı: düşük/orta/yüksek) olarak hesaplanmıştır.

Ardından *yaş, cinsiyet ve eğitim durumu* kontrol edilerek, relapsın her bir risk etkeni ile ilişkisi hesaplanmıştır. Sonuç olarak relaps ile yerleşim yeri sosyoekonomik yoksunluk göstergeleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Tablo 30. Relaps ile yerleşim yeri sosyoekonomik yoksunluk göstergeleri arasındaki ilişki

	GR	%95 GA	<i>p</i>	GR ^a	%95 GA	<i>P</i>
Mahalle işsizlik oranı						
Düşük	ref	-		Ref	-	
Orta	0,9	(0,7-1,2)	.49	0,9	(0,7-1,2)	.37
Yüksek	0,9	(0,6-1,4)	.74	0,8	(0,5-1,3)	.41
Mahalle düşük gelirli oranı						
Düşük	ref	-		Ref	-	
Orta	1,1	(0,8-1,4)	.67	1,0	(0,7-1,4)	.85
Yüksek	1,2	(0,8-1,7)	.30	1,1	(0,8-1,5)	.55
	β	%95 GA	<i>p</i>	β^a	%95 GA	<i>P</i>
Mahalle işsizlik oranı	-0,01	[(-0,07)-(0,05)]	.69	-0,03	[(-0,09)-(0,04)]	.45
Mahalle düşük gelirli oranı	0,02	[(-0,01)-(0,04)]	.09	0,01	[(-0,01)-(0,03)]	.30

5. TARTIŞMA

Bu araştırmanın amacı şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarda sosyal çevre özelliklerinin relapslar üzerine etkisini saptamaktır. Araştırmamızda hipotez ile uyumlu olarak, sosyal çevre olarak tanımladığımız *mahalle sosyal sermaye düzeyi ve seçimlere katılım düzeyi*, *mahalle sosyoekonomik yoksunluk göstergeleri* ile relapslar arasındaki ilişki araştırılmıştır. Ayrıca mahallede “*ikamet süresi*”nin ve sosyal çevre değişikliğini ifade eden olan bir kavram olarak “*adres değişikliği*”nin relapslar ile ilişkisi araştırılmıştır. Bunun yanında relapslar ile ilişkili olabilecek diğer prognostik özellikler, sosyodemografik özellikler ve klinik özellikler araştırılmıştır.

5.1. Örneklemin Tanı Gruplarına Göre Dağılımı:

Psikotik bozukluklar ile sosyal çevre ilişkisinin incelendiği araştırmalar çoğunlukla şizofreni tanılı hastalar üzerinden yapılmıştır. Daha az sayıda araştırmada ise şizofreni ile birlikte psikotik bozukluklar birlikte değerlendirilmiştir. Bizim araştırmamızda da önceki araştırmalar ile uyumlu olarak örneklemin önemli bir kısmını (%76,1) şizofreni tanılı hastalar oluşturmaktadır. Şizofreni tanılı hastalar ile diğer psikotik bozukluklar grubunda yer alan hastalar arasında; ilk atak yaşı, hastalık süresi, komorbid bedensel hastalık olup olmaması, sigara/alkol/esrar kullanımı, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Bu bulgu klinik özellikler açısından her iki tanı grubunun benzer olduğunu göstermektedir. Tanıya göre sosyodemografik özellikler incelendiğinde; örnekleme, şizofreni grubu ile diğer psikotik bozukluklar grubu arası arasında; yaş, medeni durum, eğitim durumu, istihdam durumu, sosyoekonomik konum, aylık hane geliri, yaşama biçimi bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Bu bulgular sosyodemografik özellikler açısından her iki tanı grubunun (şizofreni / diğer psikotik bozukluklar) benzer olduğunu göstermektedir. Bu nedenle sosyal çevrenin relaps üzerine etkileri araştırılırken analizler tüm tanı grupları üzerinden yapılmıştır.

5.2. Örneklemin Genel Sosyodemografik Özellikleri:

Araştırmamızda 8 yıl üstü eğitime sahip olanların oranı (%65), İzmir’de erişkin nüfusta 8 yıl üstü eğitime sahip olanların oranına (%39) (143) göre daha yüksek saptanmıştır. Ancak önceki araştırmalarda şizofreni hastalarında eğitim düzeyinin genel popülasyona göre daha düşük olduğu bildirilmektedir (150). Bunun yanı sıra, psikiyatrik bozukluklarda eğitim düzeyinin sağlık hizmetine erişimi üzerinde etkisi olduğu, eğitim düzeyi düşük olanların sağlık hizmetine erişiminin önünde daha fazla engel olduğu gösterilmiştir (151).

Araştırmamızda eğitim düzeyinin yüksek saptanması bu durumla ilişkili olabilir. Ayrıca örneklemimizdeki hastaların kent merkezinde yaşaması da eğitim düzeyinin yüksek olması ile ilişkili olabilir.

Örnekleme bireysel düzeydeki sosyoekonomik yoksunluk göstergelerinin (*sosyoekonomik konum, aylık hane geliri, istihdam durumu*) görece olarak yüksek olması; ilaç tedavisi ve rehabilitasyona rağmen hastalığın negatif belirtileri, bilişsel yıkımı ve yol açtığı işlevsellik kaybı nedeniyle hastaların çalışması ve bağımsız bir yaşam sürmesinin güçleşmesi nedeniyle olabilir. Ayrıca bekar olanların görece yüksek oranda saptanması da; yine hastalığın negatif belirtileri, bilişsel yıkımı ve yol açtığı işlevsellik kaybı nedeniyle sağlıklı ve etkin sosyal ilişkiler kuramaması, sosyal izolasyonun artışı ile ilişkili olabilir. Örnekleme yalnız yaşayanların oranının düşük saptanması, çoğunluğu bekar olan hastaların bağımsız yaşam sürme güçlükleri nedeniyle ebeveynleri ile birlikte yaşadığını göstermektedir. Örnekleme yalnız yaşayanlar oranının batı Avrupada'daki hasta popülasyonuna (118) göre daha düşük saptanması Türkiye'de toplumsal yapı özellikleri gereği aile ilişkilerinin ve aile desteğinin güçlü olması ile ilişkili olabilir.

5.3. Örneklemin İzmir Kent İçi Dağılımı:

DEÜTF Psikiyatri Anabilim Dalı Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar Polikliniği Balçova'da yer almaktadır. Bu yerleşke ile uyumlu olarak örnekleme Balçova'da yaşayan hasta oranı diğer ilçelere göre daha yüksek saptanmıştır. Ancak Balçova'ya en yakın semt olan Narlıdere'de yaşayan hasta oranı, beklenin aksine, diğer semtlerden daha düşük saptanmıştır. Bu durum Narlıdere'de İzmir Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi (İAEAH) 'ne ait Narlıdere semt polikliniği olması ile ilişkili olabilir. Narlıdere'de yaşayan, şizofreni veya diğer psikotik bozukluk tanılı hastaların bir kısmı ulaşım kolaylığı nedeniyle DEÜTF hastanesi yerine İAEAH semt polikliniğine gitmeyi tercih ediyor olabilir. Diğer semtlerde yaşayan hasta oranlarının Balçova'ya göre daha düşük saptanması da yine ulaşım zorluğu nedeniyle, daha yakın semtlerde yer alan sağlık kuruluşlarını tercih etmeleri ile ilişkili olabilir.

5.4. Relaps ile Sosyodemografik Özellikler Arasındaki İlişki

Şizofrenide hastalığın belirtileri ve seyrinin; yaş (152), cinsiyet (153-155) ve eğitim durumu (12) ile yakından ilişkili olması nedeniyle; *yaş/cinsiyet/eğitim durumu* kontrol edilerek sosyal çevrenin relapslar üzerine etkisi incelenmiştir.

Yaş ile şizofreni belirtileri ve seyrinin ilişkisi incelenecek olursa; yaş ilerledikçe, negatif belirtilerin ve bilişsel işlevlerde bozulmanın arttığı, bununla ilişkili olarak işlevsellik kaybının arttığı ayrıca pozitif psikotik belirtilerin şiddetinde de azalma olduğu belirtilmektedir (152, 156).

Cinsiyet farklılığı ile şizofreni belirtileri ve seyrinin ilişkisi incelenecek olursa, erkek hastalarda daha fazla negatif belirti ve daha az tedavi yanıtı olduğu; kadın hastalarda ise daha fazla paranoid sanrı, affektif belirti ve anksiyete belirtileri görüldüğü, prognozun daha iyi olduğu bildirilmektedir (153-155).

Eğitim düzeyinin düşük olması şizofreni sıklığında artış ile ilişkili bulunmuştur (12). Ayrıca eğitim düzeyi düşüklüğünün, belirtilerin sürekliliği ve işlevsel bozulmanın şiddeti ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir (156).

Araştırmamızda relaps grubunda **bekar/boşanmışların** oranı ve **ebeveyn ile yaşayanların** oranı, relaps olmayan gruba göre daha yüksek saptanmıştır. Ancak yaş, *cinsiyet ve eğitim durumu* kontrol edilerek, relapsın her bir risk etkeni ile ilişkisi hesaplandığında; her iki durumun da (medeni durum/ebeveynler ile yaşama) relaps üzerine etkisi ortadan kalkmaktadır. Ancak önceki araştırmalara bakıldığında şizofreni tanılı hastalarda bekar olmanın daha kötü prognoz ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (157).

Şizofreni hastalarının ebeveyn ile birlikte yaşaması; aile duygu dışavurumuna göre değişmekle birlikte (158), genel olarak aile desteği ve sosyal desteğin görece daha iyi olması, relaps semptomlarının farkedilmesi ve tedaviye yönlendirilmesi açısından daha olumlu etkileri olabilir; relaps için bir risk faktörü olmaktan öte, koruyucu bir etken olabilir. Ancak bazı hastalar, hastalığın şiddeti ve yol açtığı işlevsellik kaybı nedeniyle; çalışmanın ve bağımsız bir yaşam sürmenin güçleşmesi nedeniyle ebeveynleri ile yaşıyor olabilirler. Bu nedenle ebeveyn ile yaşama bir risk faktörü olmasa da, daha kötü prognozlu hasta grubunda (relaps grubu) ebeveyn ile yaşama oranının daha fazla olması beklenebilir.

Örneklerimizde bekar/boşanmış olma ve ebeveyn ile yaşama ile relapslar arasındaki ilişkinin *yaş, cinsiyet, eğitim durumu* düzeltildikten sonra kaybolmasının iki sebebi olabilir: (i) bu gruptakilerin (bekar/boşanmış olan ya da ebeveyn ile yaşayanlar) daha genç yaşta olması, (ii) örneklem büyüklüğünün yetersiz olması.

Yaş ile relaps olasılığı arasındaki negatif ilişki saptanmış, bu ilişkinin *cinsiyet ve eğitim durumu* kontrol edildikten sonra da devam ettiği görülmüştür. Yani **yaş yükseldikçe relaps olasılığı azalmaktadır**. Şizofreni tanılı hastalarda yaş ilerledikçe hastalık prognozunun değiştiği, psikotik semptomların hafiflediği, ilaç tedavisi ihtiyacının azaldığı bildirilmektedir (152, 156). Semptomların hafiflemesi hastalığın ilerleyici nörodejeneratif süreci ile ilişkili

görülmektedir. Çünkü; ilk psikotik atak hastalarında yapılan izlem çalışmalarında, beyindeki yapısal değişikliklerin sabit kalmadığı gösterilmiştir ve bu durumun nörodejeneratif sürecin ilerleyici özellikte olması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (156). Yaş ilerledikçe semptomların hafiflemesi araştırmalarda saptanan bir bulgu (156) olmasına rağmen, yaş ile relaps sıklığı arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırma bulunmamaktadır.

5.5. Relaps ile Klinik Özellikler Arasındaki İlişki

Relaps grubunda **esrar kullanımı**, relaps olmayan gruba göre daha fazla saptanmıştır. Ancak *yaş, cinsiyet ve eğitim durumu* kontrol edildikten sonra bu fark ortadan kalkmaktadır. Bu durum esrar kullananların daha genç yaşta olması ile ilişkili olabilir. Esrar kullanımının şizofreni gelişme riskini artırdığı, şizofreninin daha erken başlamasına yol açabildiği (159, 160) ve kullanılan miktar ne kadar çoksa psikoz riskinin o kadar arttığı bildirilmektedir (18). Ayrıca esrar kullanımının şizofreni tanılı hastalarda psikotik belirtileri artırma olasılığının yüksek olduğu (161) ve daha kötü prognoz ile ilişkili olduğu (162) bilinmektedir.

Relaps grubunda **ilk atak yaşı** relaps olmayan gruba göre daha düşük saptanmıştır. Ancak yaş, cinsiyet ve eğitim durumu kontrol edildikten sonra bu fark ortadan kalkmaktadır. Şizofrenide ilk atak yaşının daha erken olmasının, uzun dönemde daha kötü hastalık prognozunun yordayıcısı olduğu belirtilmektedir (162). Geç başlangıç ise daha iyi prognoz ile ilişkili bulunmuştur (163). Bu nedenle ilk atak yaşının relapslarla ilişkili saptanması beklenen bir bulgudur.

Örneklerimizde esrar kullanımı ve ilk atak yaşı ile relapslar arasındaki anlamlı ilişkinin *yaş, cinsiyet, eğitim durumu* kontrol edildikten sonra kaybolmasının iki sebebi olabilir: (i) bu gruptakilerin (esrar kullanan ya da ilk atak yaşı daha genç olanların) daha genç yaşta olması, (ii) örneklem büyüklüğünün yetersiz olması.

Araştırmada tanımladığımız relaps ölçütlerinde **özkıym girişimi** ve **hastane yatışı** bulunması nedeniyle, relaps olan grupta özkıym girişimi, hastane yatış sayısının daha fazla saptanması ise beklenen bir bulgudur.

5.6. Relaps ile Antipsikotik İlaç Kullanımı Arasındaki İlişki

Şizofreni kronik doğada, tipik olarak çok sayıda relapslarla seyreden bir hastalıktır. Relaps sıklığı tedavi direncini geliştiren faktörlerden biridir. Şizofreni hastalarında tedaviye direnç halen %20 – 30 hatta bazı yazarlara göre %50 – 60 oranında görölmektedir (164). Bu hastalarda yıllar içinde relapslar ve tedavi direnci ile ilişkili olarak hem antipsikotik ilaç dozu giderek yükselme eğiliminde, hem de çoklu ilaç kullanımları olabilmektedir. Bu nedenle

antipsikotik ilaç dozları hastalık prognozu ile ilgili dolaylı bir gösterge olarak kabul edilebilir (165). Araştırmamızda 5 yıllık izlem süresinde bir ya da daha çok relaps görülen hastalarda (relaps grubunda) antipsikotik ilaç dozunun relaps olmayanlara göre her dönemde anlamlı olarak daha yüksek seyretmesi, birbiri ile uyumlu prognostik göstergeler olarak değerlendirilebilir.

5.7. Relaps ile Adres Değişikliği (ikametgah hareketliliği) Arasındaki İlişki

Araştırmamızda adres değişikliği şizofreni ve diğer ve psikotik bozukluklarda relaps olasılığını artırmaktadır. Yani adres değişikliği (ikametgah hareketliliği) arttıkça relaps olasılığı artmaktadır. Ayrıca aynı adreste ikamet süresi kısaldıkça relaps olasılığı artmaktadır. *Yaş, cinsiyet ve eğitim* durumu kontrol edilerek, adres değişikliği ve ikamet süresi ile relapslar arasındaki ilişki incelendiğinde; bu ilişkinin anlamlı olarak devam ettiği görülmektedir.

Şizofreni tanılı bireylerde ikametgah hareketliliği ile ilgili önceki araştırmalarda en çok ilişki saptanan durum ise hastane yatışlarıdır. Şizofreni tanılı hastalarda ikametgah hareketliliğinin; hastane yatışında artış ve hastanenede yatış süresinde uzama ile ilişkisi tekrarlanan bir bulgudur (121, 126, 133, 139-142). Araştırmamızda hastane yatışı relaps ölçütlerinden biri olduğu için; önceki çalışmalar ile uyumlu olarak, ikametgah hareketliliği ile hastane yatışı arasında da anlamlı ilişki olduğu söylenebilir.

Bilimsel kaynaklarda ikametgah hareketliliği ile doğrudan relapslar arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırma yoktur. Bu ilişkinin incelenmesi bizim araştırmamızın güçlü taraflarından biridir.

Adres değişikliğinin, genellikle sağlık hizmetine erişimin aksamasına ya da kesilmesine; iş, eğitim ve sosyal destek ağlarının bozulmasına sebep olabileceği ve bu nedenlerle relapsları tetikleyebileceği düşünülmektedir (129, 137). Adres değişikliği hastaların sosyal çevresinin de değişmesine neden olduğu için; hastalar için çoğunlukla stres verici, olumsuz bir yaşam deneyimi olarak algılanıyor olabilir. Bu durum komşu ve arkadaşlar ile bağlantının kopması, hastaların sosyal desteğinin azalması, sosyal izolasyonunun artışı ile ilişkili görünmektedir.

Araştırmamızda beş yıllık izlem süreci içinde hastaların yaşadığı adres ve adres değişikliği bilgileri (*mahalle/semtil*) hasta görüşmelerinde doğrudan hastalara/hasta yakınlarına sorularak elde edilmiştir. İkametgâh hareketliliğini araştıran önceki çalışmalarda ise adres ve adres değişikliği bilgilerinin posta kodu bilgileri/posta kodu değişikliği üzerinden kayıt sisteminden elde edildiği görülmüştür. Bizim ülkemizde adres kayıt sisteminin bu

Çalışmaların yapıldığı ülkelerdekine (Hollanda, İsveç, İngiltere) göre güvenilirlik ve güncellik açısından dezavantajlı olabileceği göz önüne alınırsa; araştırmamızda adres ve adres değişikliği bilgilerini kayıt sisteminden edinmek yerine hastalara sorarak elde etmek elde edilen verinin güvenirliğini arttırmıştır.

5.8. Relaps ile Yerleşim Yeri Seçimlere Katılım Düzeyi (*kesiştiren sosyal sermaye*) Arasındaki İlişki

Araştırmamızda şizofreni ve diğer psikotik bozukluk tanılı hastalarda yerleşim yeri seçimlere katılım düzeyi (*kesiştiren sosyal sermaye*) ile relapslar arasında bir ilişki bulunmamıştır. Bilimsel kaynaklarda yerleşim yeri kesiştiren sosyal sermaye düzeyi ile relapslar arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışma bulunmamaktadır. Araştırmalar daha çok kesiştiren sosyal sermaye düzeyi ile psikotik bozukluklar insidansı ilişkisi üzerine odaklanmıştır (12, 112).

Mahalle seçimlere katılım düzeyi ile şizofreni/diğer afektif olmayan psikotik bozuluklar insidansı arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırmada; oy kullanma oranında (*kesiştiren sosyal sermaye*) %1’lik artışın şizofreni/diğer afektif olmayan psikotik bozuluklar insidansını %5 azalttığı sonucuna varmışlardır (112). İsveç’te kayıtlara dayalı olarak yapılan başka bir araştırmada; psikotik bozukluk tanılı hastalarda, yaşadıkları mahallede seçimlere katılım oranı arttığa hastane yatışlarının azaldığı saptanmıştır (12).

Seçimlere katılım düzeyi, ölçülebilir olması nedeniyle erişimi kolay ve güvenilir bir veridir ancak sosyal sermayenin dolaylı ve kısıtlı bir göstergesi olabilir. Çünkü seçimlere katılımı etkileyen, bölgesel düzeyde (rn:etnisite) ve bölgesel düzeye kısıtlanamayacak başka pek çok politik ve kültürel faktörün olduğu belirtilmektedir (166). Ayrıca oy kullanma, bölgesel özelliklerin yanında bireysel özelliklerle de (eğitim ve sosyoekonomik konum) ilişkili olabilir.

5.9. Relaps ile Yerleşim Yeri Sosyal Sermaye zellikleri Arasındaki İlişki

Araştırmamızda şizofreni ve diğer psikotik bozukluk tanılı hastalarda yerleşim yerine ait sosyal sermaye özellikleri ile relapslar arasında bir ilişki bulunmamıştır. Bilimsel kaynaklarda yerleşim yeri sosyal sermaye düzeyi ile relapslar arasındaki ilişkiyi araştıran bir araştırma bulunmamaktadır. Araştırmalar daha çok sosyal sermaye düzeyi ile psikotik bozukluklar insidansı ilişkisi üzerine odaklanmıştır.

Sadece Drukker ve arkadaşlarının bir araştırmasında; relaps göstergesi olabilecek bir değişken olarak hastane yatışları incelenmiştir. Maastricht’de yürütülen bu araştırmada, mahallelerin sosyal sermaye düzeyi (*gündelik toplumsal kontrol/toplumsal içiçelik ve güven*) ile kayıt

temelli (tedavi gören) şizofreni insidansı ve şizofreni hastalarında poliklinik hizmeti kullanımı/hastanede yatış günü sayısı arasındaki ilişki incelenmiştir. Bu araştırmada; mahallelerin sosyal sermayesinin şizofreni insidansını etkilemediği ancak “*gündelik toplumsal kontrol*” düzeyi daha yüksek olan semtlerde hastanede yatış günü sayısının daha fazla olduğu saptanmıştır (118). Araştırmacılar bu bölgelerde yaşayanların psikiyatrik bozuklukların yatarak tedavi edilmesi yönünde daha yüksek bir arayış gösterdiklerini belirtmişlerdir (118). Bu araştırmada relaps göstergesi olarak değerlendirilebilecek tek değişken hastane yatışı olabilir (118). Araştırmamızda hastane yatışı yanında, relaps ölçütü olarak tanımlanan başka değişkenlerin de (*klinik vizitlerde artış, kendine zarar verme davranışı, intihar girişimi, suisidal-homosidal düşünce, şiddet içeren davranış, antipsikotik ilaç dozunda artış, EKT*) sosyal sermaye ile ilişkisi incelenmiştir. Araştırmamızda relapsın geniş kapsamlı değerlendirilmesine rağmen sosyal sermaye ile relapslar arasında ilişki saptanmamıştır. Araştırmamızda sosyal sermaye ile hastane yatışı arasında ilişki saptanmaması; Maastricht mahalleleri ile İzmir mahalleleri arasındaki sosyokültürel farklılıklardan kaynaklanabilir. Maastricht’te gündelik toplumsal kontrol yüksek olması; hastaların belirtilerinin fark edilmesi ve hastane yatışı için sosyal çevrenin harekete geçmesi ile ilişkili olabilir (118). İzmir’de ise psikiyatrik bozukluklarda damgalama ve ötekileştirme nedeniyle bu hastaların tedaviye yönlendirmeleri ihmal ediliyor olabilir.

Kentsel bir bölgede “sosyal sermaye düzeyi” ile şizofreni insidansı arasındaki ilişkiyi araştıran toplum temelli, kesitsel bir araştırmada “toplumsal içişçilik ve güven” ve “toplumsal düzensizlik” sosyal sermayenin tanımlanmasında ve ölçümünde kullanılmıştır. Bu araştırmada şizofreni insidansındaki varyasyonun %26’sının mahalle düzeyindeki etkenler ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Bu araştırmada sosyal sermaye ile şizofreni insidansı arasında doğrusal olmayan bir ilişki saptanmıştır. “Toplumsal içişçilik ve güven” düzeyi orta olan mahallelerde; düşük ve yüksek olan mahallelere göre şizofreni insidansı daha yüksek saptanmıştır. Sosyal sermaye ile şizofreni insidansı arasında ise karmaşık ve lineer olmayan bir ilişki olduğu, bu ilişkinin olasılıkla bireysel faktörler ile etkileştiği belirtilmiştir (114). Bu araştırmada, şizofreni insidansı verileri (1997-1999 yılları arasında) ile sosyal sermaye verilerinin (2004 ve 2006 yıllarına ait) elde edilme dönemlerinde görece uzun bir zaman aralığı bulunmaktadır. Araştırmamızda sosyal sermaye verileri 2008’de elde edilmiştir. Relaps verileri ise 2009-2013 yıllarına aittir. Yıllar içinde mahallelerin sosyal sermaye yapısında değişiklik olabilmesi göz önünde bulundurulursa verilerin toplanma dönemlerinin zamansal yakınlığı araştırmamızın üstün tarafıdır.

Kentsel bir bölgede sosyal sermaye düzeyi ile psikoz insidansını araştıran bir pilot çalışmada, sosyal sermaye “*toplumsal içiçelik*” kavramı üzerinden değerlendirilmiştir. Bu çalışmada sosyal sermaye düzeyi (toplumsal içiçelik) yüksek olan mahallelerde psikoz insidansının daha düşük olduğu saptanmış (113), ancak bireysel düzeyde risk faktörleri kontrol edildikten sonra bu ilişkinin ortadan kalktığı belirtilmiştir.

TürkSch: İzmir psikotik bozukluklarda gen-çevre etkileşimi için akıl sağlığı araştırmasında, mahalle sosyal sermayesi (*gündelik toplumsal kontrol;GTK*) ile psikoz sürekliliği arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (104). GTK düzeyi düşük olan mahallelerde, GTK düzeyi yüksek olan mahallelere göre, psikotik belirti ve bozuklukların daha yaygın olma eğiliminde olduğu belirtilmiştir.

Araştırmamızda önceki çalışmalara kıyasla (114, 118) sosyal sermayenin daha geniş ve farklı boyutları (*gündelik toplumsal kontrol, toplumsal içiçelik ve güven, mahalle içi düzensizlik*) ile değerlendirildiği görülmektedir. Sosyal sermayenin boyutsal çeşitliliği araştırmamızın üstün tarafıdır.

Mahalle sosyal sermayesini araştıran önceki çalışmalarda adres bilgilerinin posta kodu bilgileri üzerinden kayıt sisteminden elde edildiği görülmüştür. Bizim ülkemizde adres kayıt sisteminin bu çalışmaların yapıldığı ülkelerdekine (Hollanda, İsveç, İngiltere) göre güvenilirlik ve güncellik açısından dezavantajlı olabileceği göz önüne alınırsa; araştırmamızda adres bilgilerini kayıt sisteminden edinmek yerine hastalara sorarak elde etmek bir avantaj gibi görünmektedir.

5.10. Relaps ile Yerleşim Yeri Sosyoekonomik Yoksunluğu Arasındaki İlişki

Araştırmamızda şizofreni ve diğer psikotik bozukluk tanılı hastalarda yerleşim yerine ait farklı sosyoekonomik yoksunluk göstergeleri ile relapslar arasında bir ilişki saptanmamıştır. Bilimsel kaynaklarda yerleşim yeri sosyoekonomik yoksunluk göstergeleri ile relapslar arasında ilişkiyi araştıran bir araştırma bulunmamaktadır.

Bilimsel kaynaklar incelendiğinde sosyoekonomik konumun düşük olduğu bölgelerde psikoz sıklığının ve yaygınlığının daha fazla saptanması araştırmalarda sık tekrarlanan bir bulgudur (10, 36, 83).

Bölgesel düzeyde sosyoekonomik konum ile bireysel düzeyde sosyoekonomik konum birbiri ile korelasyon gösteren kavramlar olması nedeniyle; erken dönem psikiyatri araştırmalarında bu iki kavram ayırım yapılmaksızın birbiri yerine referans gösterilmekteydi (85). Oysa mahalle sosyoekonomik yoksunluğunun; mahallede ikamet eden hem yoksulları

hem de zenginleri olumsuz etkileyen ayrı bir kavram olduğu düşünülmektedir (101-103, 167). Son yıllarda psikiyatrik alanında da sosyoekonomik konumun bu iki boyutunu (bireysel/bölgesel) bir arada, ancak birbirinden ayrı etkenler olarak değerlendiren araştırmalar yapılmaya başlanmıştır. Genel ruh sağlığı üzerine yapılan bu araştırmalarda çelişkili sonuçlara rağmen araştırmalar devam etmektedir (105-108).

Drukker ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada, şizofreni tanılı hastalarda sosyoekonomik yoksunluk ile hastane yatışı arasında ilişki bulunmuş, ancak bireysel düzeyde karıştırıcı faktörler (bireysel sosyoekonomik konum ve diğer sosyodemografik özellikler) kontrol edildikten sonra bu ilişkinin ortadan kalktığı saptanmıştır (118). Bu araştırmada relaps göstergesi olabilecek değişken olarak hastane yatışları incelenmiştir. Ancak sadece hastane yatışlarının incelenmesinin kısıtlı bir gösterge olduğu; hastane yatışlarının hastalık prognozu (relapslar) ile ilişkili olmasının yanında sağlık hizmetine erişebilirlik ve yardım arama davranışı gibi başka faktörler ile de ilişkili olabileceği düşünülmektedir (85). Araştırmamızda hastane yatışı yanında, relapsın diğer ölçütleri ile birlikte geniş kapsamlı değerlendirilmesine rağmen sosyoekonomik yoksunluk ile relapslar ile ilişkisi saptanmamıştır.

25-64 yas arası tüm İsveç nüfusunun (4,4 milyon kişi) iki yıl boyunca psikoz nedeniyle hastane başvurularının izlendiği bir araştırmada; psikotik bozukluklarda karıştırıcı faktör olarak bireysel düzeyde sosyoekonomik yoksunluk değişkenleri kontrol edildikten sonra, mahalle sosyoekonomik yoksunluğu arttıkça psikoz insidansının arttığı saptanmıştır (12). Bu araştırmada mahalle sosyoekonomik yoksunluğu değişkenleri bizim araştırmamıza göre daha geniş bir alana aittir: *düşük eğitim düzeyi oranı, işsizlik oranı, yaşlı yaşayan yalnız insan sayısı(single parents), 5 yaş altı çocuk sayısı, yalnız yaşayanlar, göçmenler, son 1 yıl içinde adres değişikliği yapanlar*.

Sosyal çevre özelliklerinin (sosyoekonomik yoksunluk/ kesiştiren sosyal sermaye) bireysel özelliklerden bağımsız olarak şizofreni ve diğer afektif olmayan psikoz insidansı üzerine etkisini araştıran bir çalışmada, şizofreni insidansındaki varyasyonun %23'ünün sosyal çevre özelliklerine atfedilebileceği saptanmıştır. Bu araştırmada mahalle sosyoekonomik yoksunluğu bizim araştırmamıza göre daha geniş boyutlu olarak; *iş, eğitim, genel sağlık durumu, kamu hizmetlerine erişim, hane mülkiyeti* gibi göstergeler üzerinden tanımlanmıştır. Bu araştırmada mahalle sosyoekonomik yoksunluğu ile şizofreni ve diğer afektif olmayan psikoz insidansı arasında ilişki saptanmamıştır (112).

TürkSch: İzmir psikotik bozukluklarda gen-çevre etkileşimi için akıl sağlığı araştırmasında, bireysel düzeydeki faktörler kontrol edildikten sonra, mahalle sosyoekonomik

yoksunluğu (*işsizlik oranı, düşük gelirli oranı*) ile psikoz sürekliliği arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (104).

Araştırmamızda sosyal sermaye ve sosyoekonomik yoksunluk tanımı ve bileşenlerinin bu araştırmadaki tanım ile örtüşmesine, indeks mahalle sosyal sermaye ve sosyoekonomik yoksunluk göstergelerinin bu araştırma verilerinden elde edilmesine rağmen; mahalle sosyal sermayesi ve sosyoekonomik yoksunluğu ile relapslar arasında ilişki saptanmamasının nedenleri şunlar olabilir: İzmir kent içi erişkin nüfusu temsil eden TurkSch örnekleme (genel popülasyon) ile bizim örnekleminizin (İzmir kent içinde yaşayan hasta popülasyon) farklılığı; araştırmamızda örneklem sayısının bu epidemiyolojik araştırmaya göre kısıtlı olması; araştırmamızda incelenen değişkenler (relapslar) ile TurkSch araştırmasında incelenen değişkenlerin (psikoz sürekliliği) psikotik bozukluklar ile ilişkili ancak farklı göstergeler olması.

5.11. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Araştırmamızda mahallelerin sosyal ortamını farklı boyutlarda temsil eden sosyal sermaye özellikleri ve sosyoekonomik yoksunluk göstergeleri kullanılmasına rağmen, relapslar ile bu göstergeler arasında ilişki bulunamamış olmasının 4 farklı sebebi olabilir: (I) örneklem özellikleriyle ilgili kısıtlılıklar; (II) sosyal sermaye / sosyoekonomik yoksunluk değişkenleri ile ilgili özellikler; (III) relaps ölçütleri ile ilgili özellikler; (IV) araştırma yöntemi ile ilgili kısıtlılıklar.

(I) Araştırmanın örnekleme ile ilgili kısıtlılıklar

Araştırmamızın kısıtlılıklarından biri örneklem seçme yöntemi olabilir. Beş yıllık izlem süresi içinde, en seyrek altı ayda bir poliklinik kontrol muayenesine gelen hastalar araştırmamıza dahil edildi. Bunun yanı sıra, izlem süresi içinde altı aydan daha seyrek başvuru yapan, ancak verilerini elde edebildiğimiz 27 hasta da araştırmaya dahil edildi. Sosyoekonomik düzeyin ve eğitim düzeyinin sağlık hizmetine erişebilirlik üzerine etkisi (168, 169) göz önüne alınırsa, bu dahil edilme kriteri yanlılık oluşturabilir. Mahalle sosyal sermaye ve sosyoekonomik yoksunluk göstergeleri ile relapslar arasında anlamlı bir ilişki saptanmamasının diğer bir nedeni de örneklem büyüklüğünün yeterli sayıda olmaması olabilir (Tip II hata).

(II) Sosyal sermaye / sosyoekonomik yoksunluk değişkenleri ile ilgili özellikler:

Sosyal sermaye; pek çok sosyopolitik, sosyokültürel ve sosyodemografik faktörden etkilenen, karmaşık bir veri olması nedeniyle sosyal sermaye ile relapslar arasında doğrudan bir ilişki saptanamamış olabilir. Sosyal sermaye ile ilgili çelişkili sonuçlar, ülkeler/şehirler arasında kentleşme özellikleri ve sosyokültürel özellikler açısından farklılıklardan kaynaklanabilir.

Diğer yandan; mahalle düzeyinde ölçülen sosyal sermaye özellikleri, psikotik bozukluk hastalarının sosyal çevrelerine göre çok daha geniş bir alanın verisini yansıtır olabilir. Psikotik bozuklukların getirdiği bazı özellikler (negatif bulgular, işlevsellikte bozulma) hastaların aile ve haneden oluşan dar bir sosyal çevre algısı içinde yaşamasına ve ağırlıklı olarak o çevrenin özellikleri ile karşılaşmalarına sebep olmaktadır. Bu nedenle relaps ile geniş sosyal çevre arasında bir ilişki bulunamamış olabilir.

Araştırmamızda sosyoekonomik yoksunluk; mahallede işsizlik oranı ve düşük gelirliilerin oranı üzerinden tanımlanarak incelenmiştir. Önceki araştırmalara bakıldığında, işsizlik ve gelir düzeyi yanında; genel sağlık durumu, güvenlik, eğitim, hane mülkiyeti, kamu hizmetlerine erişim gibi alanların biri ya da daha fazlası üzerinden tanımlanarak incelendiği görülmektedir (6, 82).

Sosyoekonomik yoksunluk kavramının genişliği ve çeşitliliği araştırma sonuçlarındaki çelişkiyi açıklamaktadır. Araştırmamızda sosyoekonomik yoksunluk ile relapslar arasında ilişki saptanamaması, diğer sosyoekonomik yoksunluk göstergelerinin (genel sağlık durumu, güvenlik, eğitim, hane mülkiyeti, kamu hizmetlerine erişim..vb) değerlendirilmemesi ile ilişkili olabilir. Ayrıca pek çok politik, kültürel ve sosyodemografik faktörler ile ilişkili olması nedeniyle de sosyoekonomik yoksunluk ile relapslar arasında doğrudan bir ilişki saptanamamış olabilir.

Birbiri ile yüksek korelasyon göstermesi nedeniyle, mahalle sosyal sermayesi ve mahalle sosyoekonomik yoksunluğu etkilerini birbirinden ayırmanın tam olarak mümkün olmadığı da belirtilmektedir (85).

(III) Relaps ölçütleri ile ilgili özellikler:

Hastalık şiddet ölçeklerindeki (PANSS ve CGI) artış relaps ölçütlerinden biri olarak tanımlanmaktadır(3). Ancak ilgili verilerin elde edilememesi nedeniyle hastalık şiddet ölçeklerinin (PANSS ve CGI) relaps ölçütü olarak kullanılmaması araştırmamızda tanımlanan relaps ölçütleri ile ilgili bir kısıtlılık olabilir.

(IV) Araştırma yöntemi ile ilgili kısıtlılıklar:

Metodolojik olarak kayıt taramada karşılaşılan zorluklar ve hastaların hastalık ve yerleşim öyküsünü hatırlamakta zorlanmaları nedeniyle elde edemediğimiz *kayıp veriler* araştırmamızın kısıtlılıklarıdır. Kayıtlar relaps ölçütlerini saptamak için yeterli veri sağlamamış, bu nedenle relapsların bir kısmı atlanmış olabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER:

Sosyal çevre; bilimsel olarak bir çerçeve çizerek tanımlanması ve ölçümü zor olan, araştırmalarda ancak çeşitli boyutları ile tanımlanarak incelenen bir kavramdır. Araştırmalarda sosyal çevre olarak incelenen bölgeler sıklıkla mahallelerdir. Sosyal çevre olarak mahallelerin genel olarak kişinin içinde yaşadığı, maruz kaldığı, etkileşim içinde olduğu bir ortam olduğu söylenebilir.

Mahalle sakinleri arasında etkileşimin ve mahalle içi demokratik katılımın incelenmesi sürecinde sosyal bilimler alanından doğan (88) ve demokratik katılıma vurgu yapan “sosyal sermaye” kavramının son yıllarda psikiyatri alanında çalışılmaya başlanması; mahalle sakinleri arasındaki etkileşimden doğan sosyal bağların kişilerin ruh sağlığı üzerine etkisi olması temeline dayanmaktadır.

Seçimlere katılım (oy kullanma) bireylerin kamu kurumlarına duyduğu güven ve yurttaşlık kimliği ile ilişkili olarak kesiştiren sosyal sermaye kavramının tanımlanmaktadır. Toplulukların demokratik katılımına vurgu yapan bu kavram, ölçülebilir, erişimi kolay ve güvenilir bir veridir ancak sosyal sermayenin dolaylı ve kısıtlı bir göstergesi olabilir. Çünkü seçimlere katılımı etkileyen, bireysel düzeyde (örn: eğitim, sosyoekonomik konum), bölgesel düzeyde (örn:etnisite) ve bölgesel düzeye kısıtlanamayacak başka pek çok politik ve kültürel faktörün olduğu belirtilmektedir (163).

Kentleşme ile birlikte sosyoekonomik yapısı değişen mahallelerin (84) şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar üzerine etkisi *sosyal sermaye* kavramı ile açıklanabilmektedir. (85). Mahallelerin sosyal sermaye özelliklerinin, psikoz gelişimi mekanizmalarında stresi ve dopamin düzenlenmesini ayarlayan bir *tampon işlevi* görebildiği düşünülmektedir: düşük sosyal sermayeli bölgelerde yetişen bireylerin edineceği güvensizlik atıfları, genetik yatkınlığın psikotik bir atağa dönüşmesini kolaylaştırabilir ya da tam tersine; yüksek sosyal sermayeye sahip olan ortamlarda yetişen bireyler genetik yatkınlık taşıyıcılar bile, o bölgenin özellikleri sayesinde psikotik bozukluk düzeyine ulaşmayabilir (6). Sosyal sermayenin *tampon işlevi* psikoz ortaya çıkışı yanında relapslar üzerinde de etkili olabilir. Yani sosyal bağlar, dayanışma, yardımlaşma ve işbirliğinin güçlü olduğu olduğu bir ortamda yaşamak (topluma karşı duyulan güven ve aidiyet duygusunu artırarak), şizofreni hastalarında stresi düzenleyerek relapslardan koruyucu bir tampon işlevi görüyor olabilir.

Ülkeler arası toplumsal ve kültürel farklılıklar ile ilişkili olarak, düşük ve yüksek gelirli ülkelerdeki tüm hastalık görüntüleri birbirinden çok farklı olduğu gibi mental sağlık profillerinin de çok farklı olabileceği rahatlıkla düşünülebilir (16). Sosyal çevre ve sosyal sermaye ile ilgili çelişkili sonuçlar, ülkeler/şehirler arasında kentleşme özellikleri (nüfus hareketliliği, nüfus yoğunluğu..vb) ve sosyokültürel özellikler (etnik gruplar, göçmen grupları, dini azınlıklar ..vb) açısından farklılıklardan da kaynaklanabilir.

Sosyal sermaye; pek çok sosyopolitik, sosyokültürel ve sosyodemografik faktörden etkilenen, karmaşık bir veri olması nedeniyle sosyal sermaye ile relapslar arasında doğrudan bir ilişki saptanamamış olabilir.

Sosyal sermaye ölçümü ile ilgili metodolojik kısıtlılıklar da bulunmaktadır. Sosyal sermaye ile şizofreni insidansını inceleyen az sayıda çalışma, ekolojik dizaynda, maruziyet ve sonuç verilerine odaklanmaktadır. Oysa hastalığın ortaya çıkmasında ya da sosyal sermayenin tampon işlevi görerek hastalığın ortaya çıkmasını önlemesinde; sosyal sermayenin “kritik düzeyi” önemli olabilir (114). Aynı durum relapslar için de geçerlidir: Relapsların ortaya çıkması ya da sosyal sermayenin tampon işlevi ile relapsların önlenmesinde sosyal sermayenin kritik düzeyi önemli olabilir. Mevcut çalışmaların sonuçları ile sosyal sermayenin şizofreni nedenselliği ve prognozu üzerine olan düzenleyici etkisini aydınlatmak mümkün görünmemektedir. Sosyal sermayenin, şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarda prognoz ve relapsların ortaya çıkması üzerine etkisini daha doğru şekilde inceleme yöntemi; uzunlamasına prospektif olarak bireysel ve mahalle düzeyinde sosyal sermaye verilerinin elde edilmesi ile mümkün görünmektedir.

Halen net tanımlanması ve ölçümü zor bir kavram olan “sosyal çevre” ve “sosyal sermaye”nin psikotik bozukluklar insidansı ve prognozu üzerine etkisinin netleştirilmesi için daha ileri araştırmalar yapılması gerekmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Buchanan RW, Carpenter WT. Comprehensive Textbook of Psychiatry. In: Sadock BJ, Sadock VA. editors. Aydın H, Bozkurt A, editörler. İkinci Cilt. Şizofreni Kavramı. Güneş Kitabevi, 2007..
2. Andreasen NC, Carpenter WT, Jr., Kane JM, Lasser RA ve ark. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. The American journal of psychiatry. 2005;162(3):441-9.
3. Csernansky JG, Schuchart EK. Relapse and rehospitalisation rates in patients with schizophrenia: effects of second generation antipsychotics. CNS drugs. 2002;16(7):473-84.
4. Emsley R, Chiliza B, Asmal L. The evidence for illness progression after relapse in schizophrenia. Schizophrenia research. 2013;148(1-3):117-21.
5. van Os J, Kenis G, Rutten BP. The environment and schizophrenia. Nature. 2010;468(7321):203-12.
6. Allardyce J, Boydell J. Review: the wider social environment and schizophrenia. Schizophr Bull. 2006;32(4):592-8.
7. Scottish Index of Multiple Deprivation, 2012. <http://simd.scotland.gov.uk/publication-2012/introduction-to-simd-2012/overview-of-the-simd/what-is-the-simd/>.
8. Eaton W, Harrison G. Life chances, life planning, and schizophrenia: a review and interpretation of research on social deprivation. International Journal of Mental Health. 2001;58-81.
9. Van Os J, Hanssen M, Bijl RV, Ravelli A. Strauss (1969) revisited: a psychosis continuum in the general population? Schizophrenia research. 2000;45(1):11-20.
10. Scott J, Chant D, Andrews G, McGRATH J. Psychotic-like experiences in the general community: the correlates of CIDI psychosis screen items in an Australian sample. Psychological medicine. 2006;36(02):231-8.
11. Whitley R, K M. Social capital and psychiatry: review of the literature. Harvard review of psychiatry. 2005;Mar-Apr;13(2):71-84.
12. Lofors J, Sundquist K. Low-linking social capital as a predictor of mental disorders: a cohort study of 4.5 million Swedes. Social science & medicine. 2007;64(1):21-34.
13. Harpham T, Grant E, Thomas E. Measuring social capital within health surveys: key issues. Health policy and planning. 2002;17(1):106-11.

14. Whitley R, McKenzie K. Social capital and psychiatry: review of the literature. *Harvard review of psychiatry*. 2005;13(2):71-84.
15. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 11. Baskı. Nobel Tıp Kitabevleri, 2011.
16. Sadock BJ SV. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8.Baskı. Ankara, Güneş Kitabevi Ltd. Şti, 2007.
17. Hirsch SR, Weinberger DR. Schizophrenia. 2nd Edition, 2003.
18. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 13. Baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri, 2015.
19. Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental bozuklukların tanısı ve sayımsal el kitabı, dördüncü baskı (DSM-IV), Amerika Psikiyatri Birliği, Washington DC, 1994'ten çeviren Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1994.
20. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM 5), Fifth Edition. American Psychiatric Association. Washington DC. 2013.
21. Türkiye İstatistik Kurumu, 2015.
<http://www.tuik.gov.tr/Start.do;jsessionid=GydSVbTJ5nmJ6wwHckGfZrpLGL47whV3J64prYLQC7DpTQ1X1SrD!-804585719>.
22. Saka MC. Şizofreni epidemiyolojisi. Ankara, BAYT Bilimsel Araştırmalar, 2007.
23. Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J. A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS medicine*. 2005;2(5):e141.
24. Türkiye İstatistik Kurumu, 2008.
<http://www.tuik.gov.tr/Start.do;jsessionid=GydSVbTJ5nmJ6wwHckGfZrpLGL47whV3J64prYLQC7DpTQ1X1SrD!-804585719>.
25. AE. SM. Şizofreni epidemiyolojisi 2007.
26. Köroğlu Psikiyatri Temel Kitabı. Ertuğrul Köroğlu, Cengiz Güleç editörler. 1. Baskı Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1997.
27. Kaplan H. Klinik Psikiyatri. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2004.
28. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 11. Baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri, 2008; 242-316.
29. McGrath JJ. Myths and plain truths about schizophrenia epidemiology--the NAPE lecture 2004. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2005;111(1):4-11.
30. McGrath JJ, Susser ES. New directions in the epidemiology of schizophrenia. *The Medical journal of Australia*. 2009;190(4 Suppl):S7-9.

31. McGrath JJ. Variations in the incidence of schizophrenia: data versus dogma. *Schizophr Bull.* 2006;32(1):195-7.
32. Doğan O. Şizofreninin epidemiyolojisi. *Psikiyatrik Epidemiyoloji.* Sivas, ESFORM, 2011.
33. McGrath JJ. Variations in the incidence of schizophrenia: data versus dogma. *Schizophr Bull.* 2006;32(1):195-7.
34. McGrath J, Saha S, Welham J, El Saadi O ve ark. A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. *BMC medicine.* 2004;2(1):13.
35. van Os J, Hanssen M, Bijl RV, Ravelli A. Strauss (1969) revisited: a psychosis continuum in the general population? *Schizophrenia research.* 2000;45(1-2):11-20.
36. Kebede D, Alem A, Shibre T, Negash A ve ark. The sociodemographic correlates of schizophrenia in Butajira, rural Ethiopia. *Schizophrenia research.* 2004;69(2):133-41.
37. Sharpley MS, Peters ER. Ethnicity, class and schizotypy. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology.* 1999;34(10):507-12.
38. Mulvany F, O'Callaghan E, Takei N, Byrne M ve ark. Effect of social class at birth on risk and presentation of schizophrenia: case-control study. *Bmj.* 2001;323(7326):1398-401.
39. Freedman R, Leonard S, Olincy A, Kaufmann CA ve ark. Evidence for the multigenic inheritance of schizophrenia. *American journal of medical genetics.* 2001;105(8):794-800.
40. Waldo MC, Adler LE, Leonard S, Olincy A ve ark. Familial transmission of risk factors in the first-degree relatives of schizophrenic people. *Biological psychiatry.* 2000;47(3):231-9.
41. Freedman R, Adler LE, Leonard S. Alternative phenotypes for the complex genetics of schizophrenia. *Biological psychiatry.* 1999;45(5):551-8.
42. Waldo MC, Adler LE, Leonard S, Olincy A ve ark. Familial transmission of risk factors in the first-degree relatives of schizophrenic people. *Biological psychiatry.* 2000;47(3):231-9.
43. Ingraham LJ, Kety SS. Adoption studies of schizophrenia. *American journal of medical genetics.* 2000;97(1):18-22.
44. Kety SS. Schizophrenic illness in the families of schizophrenic adoptees: findings from the Danish national sample. *Schizophr Bull.* 1988;14(2):217.
45. Ingraham LJ, Kety SS. Adoption studies of schizophrenia. *American journal of medical genetics.* 2000;97(1):18-22.

46. Kety SS. The significance of genetic factors in the etiology of schizophrenia: results from the national study of adoptees in Denmark. *Journal of psychiatric research*. 1987;21(4):423-9.
47. Gottesman II, Moldin SO. Schizophrenia genetics at the millennium: cautious optimism. *Clinical genetics*. 1997;52(5):404-7.
48. Moldin SO, Gottesman II. At issue: genes, experience, and chance in schizophrenia--positioning for the 21st century. *Schizophr Bull* 1997; 23(4): 547-561.
49. Levinson DF, Levinson MD, Segurado R, Lewis CM. Genome scan meta-analysis of schizophrenia and bipolar disorder, part I: Methods and power analysis. *American journal of human genetics*. 2003;73(1):17-33.
50. Lewis CM, Levinson DF, Wise LH, DeLisi LE ve ark. Genome scan meta-analysis of schizophrenia and bipolar disorder, part II: Schizophrenia. *The American Journal of Human Genetics*. 2003;73(1):34-48.
51. Levinson DF. Meta-analysis in psychiatric genetics. *Current psychiatry reports*. 2005;7(2):143-52.
52. Levitt JJ, Bobrow L, Lucia D, Srinivasan P. A selective review of volumetric and morphometric imaging in schizophrenia. *Current topics in behavioral neurosciences*. 2010;4:243-81.
53. Francis AN, Bhojraj TS, Prasad KM, Kulkarni S ve ark. Abnormalities of the corpus callosum in non-psychotic high-risk offspring of schizophrenia patients. *Psychiatry research*. 2011;191(1):9-15.
54. White T, Magnotta VA, Bockholt HJ, Williams S ve ark. Global white matter abnormalities in schizophrenia: a multisite diffusion tensor imaging study. *Schizophr Bull*. 2009:sbp088.
55. Brown GG, Thompson WK. Functional brain imaging in schizophrenia: selected results and methods. *Current topics in behavioral neurosciences*. 2010;4:181-214.
56. Sponheim SR, Jung RE, Seidman LJ, Mesholam-Gately RI ve ark. Cognitive deficits in recent-onset and chronic schizophrenia. *Journal of psychiatric research*. 2010;44(7):421-8.
57. White T, Magnotta VA, Bockholt HJ, Williams S ve ark. Global white matter abnormalities in schizophrenia: a multisite diffusion tensor imaging study. *Schizophr Bull*. 2011;37(1):222-32.
58. Brown GG, Thompson WK. Functional brain imaging in schizophrenia: selected results and methods. *Behavioral Neurobiology of Schizophrenia and Its Treatment*: Springer; 2010. p. 181-214.

59. Urban N, Abi-Dargham A. Neurochemical imaging in schizophrenia. *Current topics in behavioral neurosciences*. 2010;4:215-42.
60. Stone JM. Imaging the glutamate system in humans: relevance to drug discovery for schizophrenia. *Current pharmaceutical design*. 2009;15(22):2594-602.
61. Tsai G, Yang P, Chung LC, Lange N ve ark. D-serine added to antipsychotics for the treatment of schizophrenia. *Biological psychiatry*. 1998;44(11):1081-9.
62. Ceylan E ÇM. Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri. Şizofreni 1. Cilt 4. İstanbul, İncekara kâğıt Mat San Ve Dış Tic Ltd Şti, 2009.
63. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 11. Baskı. Ankara Nobel Yayın Dağıtım; 2008.
64. Moore KL, Persaud T, Yıldırım M, Okar İ ve ark. Klinik yönleri ile insan embriyolojisi. Nobel Tıp Kitabevleri, 2002.
65. Stefan M, Travis M, Murray R. Atlas of Schizophrenia. Taylor & Francis, 2002.
66. Ertuğrul A. Şizofreni Etiyolojisi. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar. Ankara, BAYT Bilimsel Araştırmalar, 2007; 28-53.
67. Ertuğrul I. Güncel Şizofreni. 1. Baskı. 2006.
68. Elbert ML, Nurcombe B. Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi. 1. Baskı. Ankara, Güneş Kitabevi, 2003.
69. Kraepelin E. Dementia praecox and paraphrenia. Krieger Publishing Company, 1971.
70. McGlashan TH. Is active psychosis neurotoxic? *Schizophr Bull*. 2006;32(4):609-13.
71. Birchwood M, Todd P, Jackson C. Early intervention in psychosis. The critical period hypothesis. *The British journal of psychiatry Supplement*. 1998;172(33):53-9.
72. Robinson DG, Woerner MG, Alvir JM. Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 241–247.
73. Kane JM. Treatment strategies to prevent relapse and encourage remission. *J Clin Psychiatry* 2007; 68(Suppl 14): 27–30.
74. Emsley R, Chiliza B, Asmal L. The evidence for illness progression after relapse in schizophrenia. *Schizophrenia research*. 2013;148(1):117-21.
75. Van Os J, Rutten BP, Poulton R. Gene-environment interactions in schizophrenia: review of epidemiological findings and future directions. *Schizophr Bull*. 2008;34(6):1066.
76. Zammit S, Lewis G, Rasbash J, Dalman C ve ark. Individuals, schools, and neighborhood: a multilevel longitudinal study of variation in incidence of psychotic disorders. *Archives of general psychiatry*. 2010;67(9):914-22.

77. Schwartz SJ, Unger JB, Zamboanga BL, Szapocznik J. Rethinking the concept of acculturation: implications for theory and research. *American Psychologist*. 2010;65(4):237.
78. Wilson WJ. *The truly disadvantaged: The inner city, the underclass, and public policy*: University of Chicago Press; 2012.
79. Wilson. 1987.
80. Kasarda. 1993.
81. Allardyce J, Boydell J. Environment and schizophrenia: review: The wider social environment and schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2006;32(4):592-8.
82. Scottish Index of Multiple Deprivation 2006 Technical Report. http://doc.ukdataservice.ac.uk/doc/6870/mrdoc/pdf/6870technical_report_2006.pdf
83. van Os J, Driessen G, Gunther N, Delespaul P. Neighbourhood variation in incidence of schizophrenia Evidence for person-environment interaction. *The British Journal of Psychiatry*. 2000;176(3):243-8.
84. Allardyce J, Gilmour H, Atkinson J, Rapson T ve ark. Social fragmentation, deprivation and urbanicity: relation to first-admission rates for psychoses. *The British Journal of Psychiatry*. 2005;187(5):401-6.
85. Drukker M, Gunther N, Van Os J. Disentangling associations between poverty at various levels of aggregation and mental health. *Epidemiologia e psichiatria sociale*. 2007;16(01):3-9.
86. McKenzie K, Whitley R, Weich S. Social capital and mental health. *The British Journal of Psychiatry*. 2002;181(4):280-3.
87. Whitley R, McKenzie K. Social capital and psychiatry: review of the literature. *Harvard review of psychiatry*. 2005;13(2):71-84.
88. Welshman J. Searching for social capital: historical perspectives on health, poverty and culture. *The journal of the Royal Society for the Promotion of Health*. 2006;126(6):268-74.
89. Narayan D, Cassidy MF. A dimensional approach to measuring social capital: development and validation of a social capital inventory. *Current sociology*. 2001;49(2):59-102.
90. Almedom AM. Social capital and mental health: An interdisciplinary review of primary evidence. *Social science & medicine*. 2005;61(5):943-64.
91. De Silva MJ, McKenzie K, Harpham T, Huttly SR. Social capital and mental illness: a systematic review. *Journal of epidemiology and community health*. 2005;59(8):619-27.

92. Cooper B. Schizophrenia, social class and immigrant status: the epidemiological evidence. *Epidemiologia e psichiatria sociale*. 2005;14(03):137-44.
93. Davis KL, Kahn RS. Dopamine in schizophrenia: a review and reconceptualization. *The American journal of psychiatry*. 1991;148(11):1474.
94. Seeman P, Kapur S. Schizophrenia: more dopamine, more D2 receptors. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2000;97(14):7673-5.
95. Laruelle M, Abi-Dargham A. Dopamine as the wind of the psychotic fire: new evidence from brain imaging studies. *Journal of psychopharmacology*. 1999;13(4):358-71.
96. Laruelle M, Abi-Dargham A, Van Dyck CH, Gil R, D'Souza CD ve ark. Single photon emission computerized tomography imaging of amphetamine-induced dopamine release in drug-free schizophrenic subjects. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 1996;93(17):9235-40.
97. Collip D, Myin-Germeys I, Van Os J. Does the concept of "sensitization" provide a plausible mechanism for the putative link between the environment and schizophrenia? *Schizophr Bull*. 2008;34(2):220-5.
98. Berridge KC, Robinson TE. What is the role of dopamine in reward: hedonic impact, reward learning, or incentive salience? *Brain Research Reviews*. 1998;28(3):309-69.
99. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Prof. Dr. Hamdullah Aydın, Yrd. Doç. Dr. Ali Bozkurt editörler. 8. Baskı. 1. Cilt. Ankara. Güneş Kitabevi, 2007; 1394.
100. Eaton W. Residence, social class, and schizophrenia. *J Health Soc Behav* 1974; 15: 289-99.
101. Leventhal T, Brooks-Gunn J. The neighborhoods they live in: the effects of neighborhood residence on child and adolescent outcomes. *Psychological bulletin*. 2000;126(2):309.
102. Dalgard OS, Tambs K. Urban environment and mental health. A longitudinal study. *The British Journal of Psychiatry*. 1997;171(6):530-6.
103. Sloggett A, Joshi H. Higher mortality in deprived areas: community or personal disadvantage? *Bmj*. 1994;309(6967):1470-4.
104. Binbay T, Drukker M, Alptekin K, Elbi H ve ark. Evidence that the wider social environment moderates the association between familial liability and psychosis spectrum outcome. *Psychological medicine*. 2012;42(12):2499-510.
105. Drukker M, van Os J. Mediators of neighbourhood socioeconomic deprivation and quality of life. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2003;38(12):698-706.

106. Drukker M, Driessen G, Krabbendam L, Van Os J. The wider social environment and mental health service use. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2004;110(2):119-29.
107. Silver E, Mulvey EP, Swanson JW. Neighborhood structural characteristics and mental disorder: Faris and Dunham revisited. *Social science & medicine*. 2002;55(8):1457-70.
108. Weich S, Twigg L, Holt G, Lewis G ve ark. Contextual risk factors for the common mental disorders in Britain: a multilevel investigation of the effects of place. *Journal of epidemiology and community health*. 2003;57(8):616-21.
109. Kapur S. Psychosis as a state of aberrant salience: a framework linking biology, phenomenology, and pharmacology in schizophrenia. *American journal of Psychiatry*. 2003;160(1):13-23.
110. Drukker M, Kaplan C, Feron F, Van Os J. Children's health-related quality of life, neighbourhood socio-economic deprivation and social capital. A contextual analysis. *Social science & medicine*. 2003;57(5):825-41.
111. Drukker M, Buka SL, Kaplan C, McKenzie K ve ark. Social capital and young adolescents' perceived health in different sociocultural settings. *Social science & medicine*. 2005;61(1):185-98.
112. Kirkbride JB, Morgan C, Fearon P, Dazzan P ve ark. Neighbourhood-level effects on psychoses: re-examining the role of context. *Psychological medicine*. 2007;37(10):1413-25.
113. Boydell J, McKenzie K, Van Os J, Murray R. The social causes of schizophrenia: an investigation into the influence of social cohesion and social hostility-report of a pilot study. *Schizophrenia research*. 2002;53(3):264-?
114. Kirkbride JB, Boydell J, Ploubidis G, Morgan C ve ark. Testing the association between the incidence of schizophrenia and social capital in an urban area. *Psychological medicine*. 2008;38(08):1083-94.
115. Binbay T, Elbi H, Alptekin K, Aksu F ve ark. Izmir mental health survey for gene-environment interaction in psychoses (TürkSch): objectives and methodology. *Türk Psikiyatri Derg* doi. 2011;10:u6380.
116. Harpham T, Grant E, Thomas E. Measuring social capital within health surveys: key issues. *Health policy and planning*. 2002;17(1):106-11.
117. Sampson RJ, Raudenbush SW, Earls F. Neighborhoods and violent crime: A multilevel study of collective efficacy. *Science*. 1997;277(5328):918-24.
118. Drukker M, Krabbendam L, Driessen G, van Os J. Social disadvantage and schizophrenia. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2006;41(8):595-604.

119. Martin JL, McLean G, Park J, Martin DJ ve ark. Impact of socioeconomic deprivation on rate and cause of death in severe mental illness. *BMC psychiatry*. 2014;14(1):261.
120. Martin DJ, Park J, Langan J, Connolly M ve ark. Socioeconomic status and prescribing for schizophrenia: analysis of 3200 cases from the Glasgow Psychosis Clinical Information System (PsyCIS). *The Psychiatrist*. 2014;38(2):54-7.
121. DeVerteuil G, Hinds A, Lix L, Walker J ve ark. Mental health and the city: intra-urban mobility among individuals with schizophrenia. *Health & place*. 2007;13(2):310-23.
122. Almog M, Curtis S, Copeland A, Congdon P. Geographical variation in acute psychiatric admissions within New York City 1990–2000: growing inequalities in service use? *Social science & medicine*. 2004;59(2):361-76.
123. Dembling BP, Rovnyak V, Mackey S, Blank M. Effect of geographic migration on SMI prevalence estimates. *Mental Health Services Research*. 2002;4(1):7-12.
124. Kearns RA, Smith CJ. Housing, Homelessness, and Mental Health: Mapping an Agenda for Geographical Inquiry. *The Professional Geographer*. 1994;46(4) :418-24.
125. Lesage AD, Tansella M. Mobility of schizophrenic patients, non-psychotic patients and the general population in a case register area. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 1989;24(5):271-4.
126. Lix LM, Hinds A, DeVerteuil G, Robinson JR ve ark. Residential mobility and severe mental illness: a population-based analysis. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. 2006;33(2):160-71.
127. McNaught A, Jeffreys S, Harvey C, Quayle A ve ark. The Hampstead Schizophrenia Survey 1991. II: Incidence and migration in inner London. *The British Journal of Psychiatry*. 1997;170(4):307-11.
128. Wolch J, Philo C. From distributions of deviance to definitions of difference: past and future mental health geographies. *Health & place* 2000; 6(3): 137-57.
129. Routledge ve Paul. The sociology of mental disorder. From ecology to the study of communities. In: Bastide R, editor. Londra, 1972.
130. Giggs J. The distribution of schizophrenics in Nottingham. *Trans Inst Br Geogr* 1979; 59: 55–76.
131. Hopper K, Jost J, Hay T. Homelessness, severe mental illness, and the institutional circuit. *Psychiatr Serv* 48:659–665. 1997.
132. Chesteen HE, Bergeron V, Addison W. Geographic mobility and mental disorder. *Hospital and Community Psychiatry* 1970; 21: 31–32.

133. Lix LM, DeVerteuil G, Walker JR, Robinson JR ve ark. Residential mobility of individuals with diagnosed schizophrenia. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2007;42(3):221-8.
134. Lamont A, Ukoumunne O, Tyrer P, Thornicroft G ve ark. The geographical mobility of severely mentally ill residents in London. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2000;35(4):164-9.
135. Breslow RE, Klinger BI, Erickson BJ. County drift: A type of geographic mobility of chronic psychiatric patients. *General hospital psychiatry*. 1998;20(1):44-7.
136. Dear MJ, Wolch JR. *Landscapes of despair: From deinstitutionalization to homelessness*: Princeton University Press; 2014.
137. Harkness J, Newman SJ, Salkever D. The Cost-Effectiveness of Independent Housing for the Chronically Mentally Ill: Do Housing and Neighborhood Features Matter? *Health Services Research*. 2004;39(5):1341-60.
138. Bachrach L. Geographic mobility and the homeless mentally ill. *Hospital and City Psychiatry* 38, 27–28. 1987.
139. Tulloch AD, Fearon P, Fahy T, David A. Residential mobility among individuals with severe mental illness: cohort study of UK700 participants. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2010;45(8):767-77.
140. Tulloch AD, Khondoker MR, Fearon P, David AS. Associations of homelessness and residential mobility with length of stay after acute psychiatric admission. *BMC psychiatry*. 2012;12(1):121.
141. Tulloch AD, Fearon P, David AS. Residential mobility among patients admitted to acute psychiatric wards. *Health & place*. 2011;17(4):859-66.
142. McCarthy JF, Valenstein M, Blow FC. Residential mobility among patients in the VA health system: associations with psychiatric morbidity, geographic accessibility, and continuity of care. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. 2007;34(5):448-55.
143. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), 2015.
<http://www.tuik.gov.tr/Start.do?jsessionid=GydSVbTJ5nmJ6wwHckGfZrpLGL47whV3J64prYLQC7DpTQ1X1SrD!-804585719>.
144. Gardner DM, Murphy AL, O'Donnell H, Centorrino F ve ark. International consensus study of antipsychotic dosing. *FOCUS*. 2014.
145. Woods SW. Chlorpromazine equivalent doses for the newer atypical antipsychotics. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2003.

146. Turkoz I, Bossie CA, Lindenmayer J-P, Schooler N ve ark. Paliperidone ER and oral risperidone in patients with schizophrenia: a comparative database analysis. BMC psychiatry. 2011;11(1):21.
147. Xeplion Kısa Ürün Bilgisi. Janssen. Eylül 2014.
148. T. C. Yüksek Seçim Kurulu (YSK), 2015. <http://www.ysk.gov.tr/ysk/Anasayfa.html>.
149. Binbay T, Elbi H, Alptekin K, Tanık FA ve ark. Psikozlarda Gen-Çevre Etkileşimi İçin İzmir Akıl Sağlığı Araştırması (TürkSch): Amaç ve Yöntem. 2011.
150. Sarandöl A, Akkaya C, Cangür Ş, Mercan Ş ve ark. Ayaktan Takip Edilen Şizofreni Hastalarının Takip Sürelerini Etkileyen Sosyodemografik, Hastalık ve Tedaviye Ait Özellikler. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 2007; Cilt: 17, Sayı: 1./ Bulletin of Clinical Psychopharmacology 2007; Vol: 17, N: 1.
151. Have Mt, Oldehinkel A, Vollebergh W, Ormel J. Does educational background explain inequalities in care service use for mental health problems in the Dutch general population? Acta psychiatrica Scandinavica. 2003;107(3):178-87.
152. Putnam KM, Harvey PD, Parrella M, White L ve ark. Symptom stability in geriatric chronic schizophrenic inpatients: a one-year follow-up study. Biological psychiatry. 1996;39(2):92-9.
153. Versola-Russo JM. Cultural and demographic factors of schizophrenia. International Journal of Psychosocial Rehabilitation. 2006;10(2):89-103.
154. Szymanski S, Lieberman JA, Alvir JM, Mayerhoff D ve ark. Gender differences in onset of illness, treatment response, course, and biologic indexes in first-episode schizophrenic patients. American Journal of Psychiatry. 1995;152(5):698-703.
155. Karamustafalıoğlu N, Tomruk N, Alpay N. Şizofrenide Cinsiyet Farklılıkları: Bir gözden geçirme. 1998.
156. Harvey PD, Davidson M. Schizophrenia: Course over the lifetime. Neuropsychopharmacology: The Fifth Generation of Progress. Section 6(47): SCHIZOPHRENIA AND RELATED DISORDERS. Pages :641-655.
157. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 13. Baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri, 2015; 213-214.
158. Pharoah F, Mari J, Rathbone J, Wong W. Family intervention for schizophrenia. The Cochrane database of systematic reviews. 2010;12.
159. Mauri M, Volonteri L, De Gaspari I, Colasanti A ve ark. Substance abuse in first-episode schizophrenic patients: a retrospective study. Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health. 2006;2(1):4.

160. B³hler B, Hambrecht M, Hofner H. Precipitation and determination of the onset and course of schizophrenia by substance abuse--a retrospective and prospective study of 232 population-based first illness episodes. *Schizophrenia research*. 2002;54(3):243-51.
161. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 13. Baskı. Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara, 2015; 208-209.
162. Ebert MH, Loosen PT, Nurcombe B, Leckman JF. Psikiyatri Tanı ve Tedavi Kitabı. Prof. Dr. Selçuk CANDANSAYAR, Çeviri Editörü. 2.Baskı. Ankara, Güneş Tıp Kitabevleri, 2013.
163. Miyaji S, Yamamoto K, Morita N, Tsubouchi Y ve ark. The relationship between patient characteristics and psychiatric day care outcomes in schizophrenic patients. *Psychiatry and clinical neurosciences*. 2008;62(3):293-300.
164. Elkis H. Treatment-resistant schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America*. 2007;30(3):511-33.
165. Wunderink L, Nieboer RM, Wiersma D, Sytema S ve ark. Recovery in remitted first-episode psychosis at 7 years of follow-up of an early dose reduction/discontinuation or maintenance treatment strategy: long-term follow-up of a 2-year randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*. 2013;70(9):913-20.
166. Smith GD, Dorling D. "I'm all right, John": voting patterns and mortality in England and Wales, 1981-92. *BMJ: British Medical Journal*. 1996;313(7072):1573.
167. Roux AVD, Merkin SS, Arnett D, Chambless L ve ark. Neighborhood of residence and incidence of coronary heart disease. *New England Journal of Medicine*. 2001;345(2):99-106.
168. Lorant V, Kampfl D, Seghers A, Deliege D ve ark. Socio-economic differences in psychiatric in-patient care. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2003;107(3):170-7.
169. Rossi A, Amaddeo F, Sandri M, Tansella M. Determinants of once-only contact in a community-based psychiatric service. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2005;40(1):50-6.

8. EKLER

EK 1. SOSYODEMOGRAFİK VERİ VE HASTALIK BİLGİ FORMU

SD01	ÖRNEKLEM NO:	SD02	TARİH:
SD03	HASTA ADI-SOYADI:	SD04	HASTA TC NO:
SD05	DOĞUM YILI:	SD06	CİNSİYET: 1.Kadın 2.Erkek
SD07	MEDENİ DURUMU: 1. Bekâr 2. Evli – Dul – Dini nikâhlı 3. Boşanmış	SD08	KİMLE YAŞIYOR: 1. Yalnız 2. Ebeveyn ile 3. Eşi ile 4. Diğer
SD09	EN SON MEZUN OLDUĞUNUZ OKUL: 1. Okur-yazar değil 2. İlkokul 3. Ortaokul/ilköğretim 4. Lise 5. Yüksekokul (2 yıl) 6. Yüksekokul/fakülte (4 yıl)	SD10	ÇALIŞMA DURUMU: (Son 12 aydır düzenli bir işte çalışıyor mu?): 1. Çalışıyor 2. Çalışmıyor, hastalık nedeniyle 3. Çalışmıyor, normal emekli 4. Çalışmıyor, malulen emekli 5. Çalışmıyor, işsiz 6. Çalışmıyor, öğrenci 7. Çalışmıyor, ev hanımı
SD11	ÇALIŞIYOR YA DA EMEKLİ İSE KENDİSİNİN, DİĞER DURUMLARDA BABA/HANE REİSİ MESLEK SINIFI: 1. Fabrika-işletme sahibi 2. Yönetici-müdür 3. Doktor-mühendis-avukat-subay 4. Öğretmen-hemşire-memur-astsubay 5. Esnaf 6. Çiftçi 7. Vasıflı işçi 8. Vasıfsız işçi	SD12	ETNİK KÖKENİ: (Türkçe dışında, ailesinde kendisine aktarılan ve konuşabildiği yerel bir dil var mı?) 1. Hayır 2. Kürtçe/Zazaca 3. Arapça 4. Balkan Dilleri 5. Diğer:

SD13	ETNİK KÖKEN2: Annesinin Türkçe dışında, konuşabildiği yerel bir dili var mı? 1. Hayır 2. Kürtçe/Zazaca 3. Arapça 4. Balkan Dilleri 5. Diğer:	SD14	BABANIN EN SON MEZUN OLDUĞU OKUL: 1. Okur-yazar değil 2. İlkokul 3. Ortaokul/ilköğretim 4. Lise 5. Yüksekokul (2 yıl) 6. Yüksekokul/fakülte (4 yıl)
SD15	ANNENİN EN SON MEZUN OLDUĞU OKUL: 1. Okur-yazar değil 2. İlkokul 3. Ortaokul/ilköğretim 4. Lise 5. Yüksekokul (2 yıl) 6. Yüksekokul/fakülte (4 yıl)	SD16	HANESİNE BİR AYDA GİREN TOPLAM GELİR: 1. Gelir getiren her bireyin aylık geliri 2. Kira geliri 3. Banka vb. geliri 4. Aldığı yardım TOPLAM: TL
HG01	İlk Atak Yılı:	HG02	İlk Başvuru Yılı:
HG03	Tedavisiz geçen süre(DUP) (hafta):	HG04	Etkin tedaviye başlama tarihi:
HG05	Psikoz polikliniğine ilk kayıt yapıldığındaki SCID tanısı:	HG06	En Son SCID Tanısı:
HG07	Komorbid ruhsal hastalık var mı? 1. Hayır 2. Evet	HG08	Komorbid ruhsal hastalığı nedir? (ICD-10 KODU)
HG09	Komorbid bedensel hastalık var mı? 1. Hayır 2. Evet	HG10	Komorbid bedensel hastalığı (ICD-10 KODU)
HG11	Hayatı boyunca sigara kullanımı: 1. Hiç kullanmamış [HG14 GEÇ] 2. En az bir kez kullanmış	HG12	Sigara kullanım sıklığı: 1. Tek tük 2. Günde yarım paketten az 3. Günde bir pakete yakın 4. Günde bir paketten fazla
HG13	Kaç yaşından beri düzenli sigara kullanıyor? 0 0		
HG14	Hayatı boyunca alkol kullanımı: 1. Hiç kullanmamış [HG17 GEÇ] 2. En az bir kez kullanmış.	HG15	Alkol kullanım sıklığı: 1. Ayda bir şişe biradan az 2. Ayda 1-2 kez 3. Haftada 1-2 kez
HG16	Kaç yaşından beri alkol kullanıyor? 0 0		

			4. Haftada 3-4 gün
HG17	Hayatı boyunca esrar kullanımı: 1. Hiç kullanmamış [HG20 GEÇ] 2. En az bir kez kullanmış.	HG18	Esrar kullanım sıklığı: 1. Sadece bir kez denemiş. 2. Bir kereden fazla kullanmış.
HG19	İlk kez kaç yaşında esrar kullanmış? 0 0	HG20	Başka keyif verici madde kullanımı olmuş mu? 1. Hiç kullanmamış [SG01 GEÇ] 2. En az bir kez kullanmış.
HG21	Keyif verici madde kullanımı: 1. Sadece bir kez denemiş. 2. Bir kereden fazla	HG22	İlk kez kaç yaşında başka keyif verici madde kullanmış? 0 0

SG01	Annesi hayatının herhangi bir döneminde psikiyatrik bir rahatsızlık geçirmiş mi? 1. Hayır [SG04 GEÇ] 2. Evet	SG02	Annesi bu rahatsızlığı için doktora hiç başvurmuş mu? 1. Hayır 2. Evet
SG03	Annesinin psikiyatrik hastalığının ICD-10 tanısı:	SG04	Babası hayatının herhangi bir döneminde psikiyatrik bir rahatsızlık geçirmiş mi? 1. Hayır [SG07 GEÇ] 2.Evet
SG05	Babası bu rahatsızlığı için doktora hiç başvurmuş mu? 1. Hayır 2. Evet	SG06	Babasının psikiyatrik hastalığının ICD-10 tanısı: 1. Hayır 2. Evet
SG06	Kardeşi var mı? 1. Evet (tek yumurta ikizi) 2. Evet (diğer) 3. Hayır [DİĞER BÖLÜME GEÇ]	SG07	Kardeşi hayatının herhangi bir döneminde psikiyatrik bir rahatsızlık geçirmiş mi? 1. Hayır [DİĞER BÖLÜME GEÇ] 2. Evet
SG07	Kardeşi bu rahatsızlığı için doktora hiç başvurmuş mu? 1. Hayır 2. Evet	SG08	Kardeşinin psikiyatrik hastalığının ICD-10 tanısı
SG09	Birden fazla kardeşi var mı? 1. Hayır [DİĞER BÖLÜME GEÇ] 2. Evet	SG10	Diğer kardeş(ler)inin psikiyatrik hastalığının ICD-10 tanısı

YD01	YER DEĞİŞİKLİĞİ ÖYKÜSÜ (1 Ocak 2009-31 Aralık 2013)					
	İL	İLÇE	MAHALLE/SEMT	TARİH ARALIĞI(yıllar)		TOPLAM SÜRE (ay)
MA01						
MA02						
MA03						
MA04						
MA05						
MA06						
MA07						
YD02	ADRES: (2013 Aralıkta hangi semt ve mahallede yaşıyor?)					

RE101	Dönem: 2009 - 01	RE201	Dönem: 2009 - 02
RE102	CGI puanı (en yüksek): 0	RE202	CGI puanı (en yüksek): 0
RE103	Hastane yatışı var mı? 1. Evet 2. Hayır	RE203	Hastane yatışı var mı? 1. Evet 2. Hayır
RE104	Hastanede yatış günü sayısı: 0 0 0	RE204	Hastanede yatış günü sayısı: 0 0 0
RE105	Relaps var mı? [Hayır ise RE107'ye geç] 1. Evet 2. Hayır	RE205	Relaps var mı? [Hayır ise RE207'ye geç] 1. Evet 2. Hayır
RE106	1. Psikiyatrik yardım gereksiniminde artma (klinik vizitlerde artış, gündüz hastası olarak yatış) Evet 0 Hayır 0 2. Kendine zarar verme davranışı var mı? Evet 0 Hayır 0	RE206	1. Psikiyatrik yardım gereksiniminde artma (klinik vizitlerde artış, gündüz hastası olarak yatış) Evet 0 Hayır 0 2. Kendine zarar verme davranışı var mı? Evet 0 Hayır 0

	3. Suisid girişimi var mı? Evet 0 Hayır 0 4. Görüşmeci değerlendirmesinde anlamlı olduğu düşünülen suisidal ya da homosidal düşünce: Evet 0 Hayır 0 5. Kişiye ya da nesneye yönelik şiddet içeren davranışta bulunma: Evet 0 Hayır 0 6. Kullandığı antipsikotik ilaç dozunda artış yapılmış mı?: Evet 0 Hayır 0 7. EKT uygulanmış mı? Evet 0 Hayır 0		3. Suisid girişimi var mı? Evet 0 Hayır 0 4. Görüşmeci değerlendirmesinde anlamlı olduğu düşünülen suisidal ya da homosidal düşünce: Evet 0 Hayır 0 5. Kişiye ya da nesneye yönelik şiddet içeren davranışta bulunma: Evet 0 Hayır 0 6. Kullandığı antipsikotik ilaç dozunda artış yapılmış mı?: Evet 0 Hayır 0 7. EKT uygulanmış mı? Evet 0 Hayır 0
RE107	Toplam suisid girişimi sayısı: 0	RE207	Toplam suisid girişimi sayısı: 0
RE108	Antipsikotik ilaç kullanıyor mu? 1. Evet 2. Hayır	RE208	Antipsikotik ilaç kullanıyor mu? 1. Evet 2. Hayır
RE109	Kullandığı antipsikotik ilacın sınıfı: 1. Birinci kuşak 2. İkinci kuşak 3. Birinci kuşak + ikinci kuşak	RE109	Kullandığı antipsikotik ilacın sınıfı: 1. Birinci kuşak 2. İkinci kuşak 3. Birinci kuşak + ikinci kuşak
RE110	Kullandığı antipsikotik ilaç formu: 1. Oral 2. Depo 3. Oral + depo	RE210	Kullandığı antipsikotik ilaç formu: 1. Oral 2. Depo 3. Oral + depo
RE111	Kullandığı antipsikotik ilacın toplam dozu: (haloperidol eşdeğeri) 0 0 0 0 mg	RE211	Kullandığı antipsikotik ilacın toplam dozu: (haloperidol eşdeğeri) 0 0 0 0 mg

RE101	Dönem: 2010 - 01	RE201	Dönem: 2010 - 02
RE102	CGI puanı (en yüksek): 0	RE202	CGI puanı (en yüksek): 0
RE103	Hastane yatışı var mı? 2. Evet 2. Hayır	RE203	Hastane yatışı var mı? 2. Evet 2. Hayır
RE104	Hastanede yatış günü sayısı: 0 0 0	RE204	Hastanede yatış günü sayısı: 0 0 0
RE105	Relaps var mı? [Hayır ise RE107'ye geç]] 2. Evet 2. Hayır	RE205	Relaps var mı? [Hayır ise RE207'ye geç]] 2. Evet 2. Hayır
RE106	8. Psikiyatrik yardım gereksiniminde	RE206	8. Psikiyatrik yardım gereksiniminde

	artma (klinik vizitlerde artış, gündüz hastası olarak yatış) Evet 0 Hayır 0 9. Kendine zarar verme davranışı var mı? Evet 0 Hayır 0 10. Suisid girişimi var mı? Evet 0 Hayır 0 11. Görüşmeci değerlendirmesinde anlamlı olduğu düşünülen suicidal ya da homosidal düşünce: Evet 0 Hayır 0 12. Kişiye ya da nesneye yönelik şiddet içeren davranışta bulunma: Evet 0 Hayır 0 13. Kullandığı antipsikotik ilaç dozunda artış yapılmış mı?: Evet 0 Hayır 0 14. EKT uygulanmış mı? Evet 0 Hayır 0		artma (klinik vizitlerde artış, gündüz hastası olarak yatış) Evet 0 Hayır 0 9. Kendine zarar verme davranışı var mı? Evet 0 Hayır 0 10. Suisid girişimi var mı? Evet 0 Hayır 0 11. Görüşmeci değerlendirmesinde anlamlı olduğu düşünülen suicidal ya da homosidal düşünce: Evet 0 Hayır 0 12. Kişiye ya da nesneye yönelik şiddet içeren davranışta bulunma: Evet 0 Hayır 0 13. Kullandığı antipsikotik ilaç dozunda artış yapılmış mı?: Evet 0 Hayır 0 14. EKT uygulanmış mı? Evet 0 Hayır 0
RE107	Toplam suisid girişimi sayısı: 0	RE207	Toplam suisid girişimi sayısı: 0
RE108	Antipsikotik ilaç kullanıyor mu? 2. Evet 2. Hayır	RE208	Antipsikotik ilaç kullanıyor mu? 2. Evet 2. Hayır
RE109	Kullandığı antipsikotik ilacın sınıfı: 4. Birinci kuşak 5. İkinci kuşak 6. Birinci kuşak + ikinci kuşak	RE109	Kullandığı antipsikotik ilacın sınıfı: 4. Birinci kuşak 5. İkinci kuşak 6. Birinci kuşak + ikinci kuşak
RE110	Kullandığı antipsikotik ilaç formu: 4. Oral 5. Depo 6. Oral + depo	RE210	Kullandığı antipsikotik ilaç formu: 4. Oral 5. Depo 6. Oral + depo
RE111	Kullandığı antipsikotik ilacın toplam dozu: (haloperidol eşdeğeri) 0 0 0 0 mg	RE211	Kullandığı antipsikotik ilacın toplam dozu: (haloperidol eşdeğeri) 0 0 0 0 mg

RE101	Dönem: 2011 - 01	RE201	Dönem: 2011 - 02
RE102	CGI puanı (en yüksek): 0	RE202	CGI puanı (en yüksek): 0
RE103	Hastane yatışı var mı? 3. Evet 2. Hayır	RE203	Hastane yatışı var mı? 3. Evet 2. Hayır
RE104	Hastanede yatış günü sayısı: 0 0 0	RE204	Hastanede yatış günü sayısı: 0 0 0
RE105	Relaps var mı? [Hayır ise RE107'ye geç]] 3. Evet 2. Hayır	RE205	Relaps var mı? [Hayır ise RE207'ye geç]] 3. Evet 2. Hayır
RE106	15. Psikiyatrik yardım gereksiniminde artma (klinik vizitlerde artış, gündüz hastası olarak yatış) Evet 0 Hayır 0 16. Kendine zarar verme davranışı var mı? Evet 0 Hayır 0 17. Suisid girişimi var mı? Evet 0 Hayır 0 18. Görüşmeci değerlendirmesinde anlamlı olduğu düşünülen suisidal ya da homosidal düşünce: Evet 0 Hayır 0 19. Kişiye ya da nesneye yönelik şiddet içeren davranışta bulunma: Evet 0 Hayır 0 20. Kullandığı antipsikotik ilaç dozunda artış yapılmış mı?: Evet 0 Hayır 0 21. EKT uygulanmış mı? Evet 0 Hayır 0	RE206	15. Psikiyatrik yardım gereksiniminde artma (klinik vizitlerde artış, gündüz hastası olarak yatış) Evet 0 Hayır 0 16. Kendine zarar verme davranışı var mı? Evet 0 Hayır 0 17. Suisid girişimi var mı? Evet 0 Hayır 0 18. Görüşmeci değerlendirmesinde anlamlı olduğu düşünülen suisidal ya da homosidal düşünce: Evet 0 Hayır 0 19. Kişiye ya da nesneye yönelik şiddet içeren davranışta bulunma: Evet 0 Hayır 0 20. Kullandığı antipsikotik ilaç dozunda artış yapılmış mı?: Evet 0 Hayır 0 21. EKT uygulanmış mı? Evet 0 Hayır 0
RE107	Toplam suisid girişimi sayısı: 0	RE207	Toplam suisid girişimi sayısı: 0
RE108	Antipsikotik ilaç kullanıyor mu? 3. Evet 2. Hayır	RE208	Antipsikotik ilaç kullanıyor mu? 3. Evet 2. Hayır
RE109	Kullandığı antipsikotik ilacın sınıfı: 7. Birinci kuşak 8. İkinci kuşak 9. Birinci kuşak + ikinci kuşak	RE109	Kullandığı antipsikotik ilacın sınıfı: 7. Birinci kuşak 8. İkinci kuşak 9. Birinci kuşak + ikinci kuşak
RE110	Kullandığı antipsikotik ilaç formu: 7. Oral 8. Depo	RE210	Kullandığı antipsikotik ilaç formu: 7. Oral 8. Depo

	9. Oral + depo		9. Oral + depo
RE111	Kullandığı antipsikotik ilacın toplam dozu: (haloperidol eşdeğeri) 0 0 0 0 mg	RE211	Kullandığı antipsikotik ilacın toplam dozu: (haloperidol eşdeğeri) 0 0 0 0 mg

RE101	Dönem: 2012 - 01	RE201	Dönem: 2012 - 02
RE102	CGI puanı (en yüksek): 0	RE202	CGI puanı (en yüksek): 0
RE103	Hastane yatışı var mı? 4. Evet 2. Hayır	RE203	Hastane yatışı var mı? 4. Evet 2. Hayır
RE104	Hastanede yatış günü sayısı: 0 0 0	RE204	Hastanede yatış günü sayısı: 0 0 0
RE105	Relaps var mı? [Hayır ise RE107'ye geç] 4. Evet 2. Hayır	RE205	Relaps var mı? [Hayır ise RE207'ye geç] 4. Evet 2. Hayır
RE106	22. Psikiyatrik yardım gereksiniminde artma (klinik vizitlerde artış, gündüz hastası olarak yatış) Evet 0 Hayır 0 23. Kendine zarar verme davranışı var mı? Evet 0 Hayır 0 24. Suisid girişimi var mı? Evet 0 Hayır 0 25. Görüşmeci değerlendirmesinde anlamlı olduğu düşünülen suisidal ya da homosidal düşünce: Evet 0 Hayır 0 26. Kişiye ya da nesneye yönelik şiddet içeren davranışta bulunma: Evet 0 Hayır 0 27. Kullandığı antipsikotik ilaç dozunda artış yapılmış mı?: Evet 0 Hayır 0 28. EKT uygulanmış mı? Evet 0 Hayır 0	RE206	22. Psikiyatrik yardım gereksiniminde artma (klinik vizitlerde artış, gündüz hastası olarak yatış) Evet 0 Hayır 0 23. Kendine zarar verme davranışı var mı? Evet 0 Hayır 0 24. Suisid girişimi var mı? Evet 0 Hayır 0 25. Görüşmeci değerlendirmesinde anlamlı olduğu düşünülen suisidal ya da homosidal düşünce: Evet 0 Hayır 0 26. Kişiye ya da nesneye yönelik şiddet içeren davranışta bulunma: Evet 0 Hayır 0 27. Kullandığı antipsikotik ilaç dozunda artış yapılmış mı?: Evet 0 Hayır 0 28. EKT uygulanmış mı? Evet 0 Hayır 0
RE107	Toplam suisid girişimi sayısı: 0	RE207	Toplam suisid girişimi sayısı: 0
RE108	Antipsikotik ilaç kullanıyor mu? 4. Evet 2. Hayır	RE208	Antipsikotik ilaç kullanıyor mu? 4. Evet 2. Hayır

RE109	Kullandığı antipsikotik ilacın sınıfı: 10. Birinci kuşak 11. İkinci kuşak 12. Birinci kuşak + ikinci kuşak	RE109	Kullandığı antipsikotik ilacın sınıfı: 10. Birinci kuşak 11. İkinci kuşak 12. Birinci kuşak + ikinci kuşak
RE110	Kullandığı antipsikotik ilaç formu: 10. Oral 11. Depo 12. Oral + depo	RE210	Kullandığı antipsikotik ilaç formu: 10. Oral 11. Depo 12. Oral + depo
RE111	Kullandığı antipsikotik ilacın toplam dozu: (haloperidol eşdeğeri) 0 0 0 0 mg	RE211	Kullandığı antipsikotik ilacın toplam dozu: (haloperidol eşdeğeri) 0 0 0 0 mg

RE101	Dönem: 2013 - 01	RE201	Dönem: 2013 - 02
RE102	CGI puanı (en yüksek): 0	RE202	CGI puanı (en yüksek): 0
RE103	Hastane yatışı var mı? 5. Evet 2. Hayır	RE203	Hastane yatışı var mı? 5. Evet 2. Hayır
RE104	Hastanede yatış günü sayısı: 0 0 0	RE204	Hastanede yatış günü sayısı: 0 0 0
RE105	Relaps var mı? [Hayır ise RE107'ye geç]] 5. Evet 2. Hayır	RE205	Relaps var mı? [Hayır ise RE207'ye geç]] 5. Evet 2. Hayır
RE106	29. Psikiyatrik yardım gereksiniminde artma (klinik vizitlerde artış, gündüz hastası olarak yatış) Evet 0 Hayır 0 30. Kendine zarar verme davranışı var mı? Evet 0 Hayır 0 31. Suisid girişimi var mı? Evet 0 Hayır 0 32. Görüşmeci değerlendirmesinde anlamlı olduğu düşünülen suicidal ya da homosidal düşünce: Evet 0 Hayır 0 33. Kişiye ya da nesneye yönelik şiddet içeren davranışta bulunma: Evet 0 Hayır 0 34. Kullandığı antipsikotik ilaç dozunda artış yapılmış mı?:	RE206	29. Psikiyatrik yardım gereksiniminde artma (klinik vizitlerde artış, gündüz hastası olarak yatış) Evet 0 Hayır 0 30. Kendine zarar verme davranışı var mı? Evet 0 Hayır 0 31. Suisid girişimi var mı? Evet 0 Hayır 0 32. Görüşmeci değerlendirmesinde anlamlı olduğu düşünülen suicidal ya da homosidal düşünce: Evet 0 Hayır 0 33. Kişiye ya da nesneye yönelik şiddet içeren davranışta bulunma: Evet 0 Hayır 0 34. Kullandığı antipsikotik ilaç dozunda artış yapılmış mı?:

	Evet 0 Hayır 0 35. EKT uygulanmış mı? Evet 0 Hayır 0		Evet 0 Hayır 0 35. EKT uygulanmış mı? Evet 0 Hayır 0
RE107	Toplam suisit girişimi sayısı: 0	RE207	Toplam suisit girişimi sayısı: 0
RE108	Antipsikotik ilaç kullanıyor mu? 5. Evet 2. Hayır	RE208	Antipsikotik ilaç kullanıyor mu? 5. Evet 2. Hayır
RE109	Kullandığı antipsikotik ilacın sınıfı: 13. Birinci kuşak 14. İkinci kuşak 15. Birinci kuşak + ikinci kuşak	RE109	Kullandığı antipsikotik ilacın sınıfı: 13. Birinci kuşak 14. İkinci kuşak 15. Birinci kuşak + ikinci kuşak
RE110	Kullandığı antipsikotik ilaç formu: 13. Oral 14. Depo 15. Oral + depo	RE210	Kullandığı antipsikotik ilaç formu: 13. Oral 14. Depo 15. Oral + depo
RE111	Kullandığı antipsikotik ilacın toplam dozu: (haloperidol eşdeğeri) 0 0 0 0 mg	RE211	Kullandığı antipsikotik ilacın toplam dozu: (haloperidol eşdeğeri) 0 0 0 0 mg

EK-2. “TürkSch: İzmir psikotik bozukluklarda gen-çevre etkileşimi için akıl sağlığı” araştırmasında kullanılan anketin “sosyal sermaye” bölümleri

Lütfen aşağıda yer alan sorularda size en yakın olan ya da size en uygun yanıtı çarpıyla (X) işaretleyiniz:



		Kesinlikle ederler	Muhtemelen	Belli olmaz	Sanmıyorum	Hiç karışmazlar
<i>Bu mahallede yaşayanlar,</i>						
GTK01	Çocuklar okul vakti okuldan kaçsalar ve mahallede başıboş dolaşsalar müdahale ederler mi?	☐	☐	☐	☐	☐
GTK02	Çocuklar civardaki bir binanın duvarına boyalarla yazılar yazsa müdahale ederler mi?	☐	☐	☐	☐	☐
GTK03	Çocuklar bir büyüğe saygısızlıkta bulunsa müdahale ederler mi?	☐	☐	☐	☐	☐
GTK04	Evlerinin önünde kavga çıksa müdahale ederler mi?	☐	☐	☐	☐	☐
GTK05	Mahallenin aile hekimliği merkezi bütçe kesintileri nedeniyle kapatılma tehdidi altında olsa müdahale ederler mi?	☐	☐	☐	☐	☐

Aşağıdaki ifadelere katılıyor musunuz?		Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Ne katılıyorum ne de katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
T1G01	Bu mahalledeki insanlar, komşularına yardım etmek isterler	☐	☐	☐	☐	☐
T1G02	Burası insanların birbirine sıkıca bağlı olduğu bir mahalledir	☐	☐	☐	☐	☐
T1G03	Bu mahalledeki insanlara güvenilebilir	☐	☐	☐	☐	☐
T1G04	Bu mahalledeki insanlar, birbirleriyle genellikle anlaşmaz	☐	☐	☐	☐	☐
T1G05	Bu mahalledeki insanlar, aynı değerleri paylaşmaz	☐	☐	☐	☐	☐
T1G06	İmkânım olsa bu mahalleden hemen taşınırız	☐	☐	☐	☐	☐
T1G07	Bu mahalledeki insanlardan kendimi farklı hissediyorum	☐	☐	☐	☐	☐
T1G08	Bu mahallede yaşayan insanlar vefat, doğum, düğün ya da bayram gibi özel ve önemli günlerde bir araya gelir	☐	☐	☐	☐	☐

Aşağıdaki sorunlar mahallenizde ne sıklıkta yaşanır?

	Çok sık	Oldukça sık	Çok Değil	Hiç
MID01 Binalarda ya da duvarlarda yazılar	☐	☐	☐	☐
MID02 Sokaklarda başıboş dolaşan gençler	☐	☐	☐	☐
MID03 Sokaklarda sarhoş veya serseriler	☐	☐	☐	☐
MID04 Mala, mülke yönelik kasıtlı zarar ya da saldırı	☐	☐	☐	☐
MID05 Birine etnik kökeni nedeniyle hakaret ya da saldırı	☐	☐	☐	☐
MID06 Zorla girilmiş evler	☐	☐	☐	☐
MID07 Zorla girilmiş ya da çalınmış arabalar	☐	☐	☐	☐
MID08 İnsanların sokakta saldırıya uğraması	☐	☐	☐	☐

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2014/28-01	Tarih: 04.09.2014
	Prof.Dr.Berna Binnur AKDEDE'nin sorumlusu olduğu "Psikotik Bozukluklarda Sosyal Çevrenin Prognoz ve Relaps Üzerine Etkisi (PRS2014)" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
ETİK KURUL ÜYELERİ	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Hüseyin BASKIN	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Bilgin CÖMERT	İç Hastalıkları (Yoğun Bakım B.D)	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Mukaddes GÜNELİ	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.İşıl TEKMEK	Histoloji ve Embriyoloji	DEU Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Şeyda Seren INTEPELER	Hemşirelik Yönetimi	DEU Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Yönetimi A.D	Kadın	E ☐	H ☒	
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒	

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2015/17-52	Tarih: 09.07.2015
	Prof.Dr.Berna Binnur AKDEDE'nin sorumlusu olduğu "Psikotik Bozukluklarda Sosyal Çevrenin Prognoz ve Relaps Üzerine Etkisi (PRS2014)" isimli klinik araştırmaya ait araştırıcı dilekçesine ilişkin olarak; - Çalışma adının "Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklarda Sosyal Çevrenin Relapslar Üzerine Etkisi" olarak değiştirilmesi ile ilgili bilgi edinilmiş ve uygun bulunmuştur.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
---------------	--

ETİK KURUL ÜYELERİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Sevinc ERASLAN	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Mukaddes GÜMÜŞTEKİN	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	Katılmadı
Doç.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Katılmadı
Doç.Dr.Şeyda Seren İNTEPELER	Hemşirelik Yönetimi	DEU Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Yönetimi A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	Katılmadı
Doç.Dr.Sefa KIZILDAĞ	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik A.D.	Erkek	E ☐	H ☒	Katılmadı
Doç.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEU Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	Katılmadı
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D.	Erkek	E ☐	H ☒	Katılmadı
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒	Katılmadı