



T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ PSİKIYATRI ANABİLİM DALI

**İSTANBUL'UN İKİ FARKLI BÖLGESİNDE
ŞİZOTİPAL BELİRTİ TARAMASI**

Dr. FİLİZ ŞÜKRÜ DURUSOY
UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL 2014



T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

**İSTANBUL'UN İKİ FARKLI BÖLGESİNDE
ŞİZOTİPAL BELİRTİ TARAMASI**

Dr. FİLİZ ŞÜKRÜ DURUSOY
UZMANLIK TEZİ

Danışman: Doç. Dr. M. KEMAL KUŞÇU

İSTANBUL 2014

TEŞEKKÜR

Psikiyatri eğitimimin farklı uğraklarında, farklı vesilelerle mesleki donanımda emekleri bulunan başta danışmanım Doç. Dr. Mehmet Kemal Kuşçu olmak üzere Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nın saygıdeğer öğretim üyelerine;

Tez araştırmasının yönünün, içeriğinin, kapsamının belirsiz olduğu daha ilk günlerden araştırmanın tamamlanmasına kadar geçen süre boyunca bilgisini, emeğini, desteğini paylaşan Uzm. Dr. İ. Tolga Binbay'a;

Çalışmamın son aşamasını büyük bir titizlik ve özveriyle yürütülmesini üstlenen, araştırma verilerinin karmaşıklığının giderilmesini, netleşmesini ve kontrolünü sağlayan Dr. H. Ekin Sönmez'e;

Uzmanlık eğitimimi keyifli, dayanışmacı ve dostça bir çalışma ortamında tamamlamamı sağlayan başta dönem arkadaşlarım Dr. Neşe Yorguner, Dr. N. Serkut Bulut, Uzm. Dr. Emel Kurt ve Uzm. Dr. Gresa Çarkaxhiu Bulut olmak üzere uzmanlık öğrencisi tüm arkadaşlarıma;

Neredeyse on beş yılı bulan hekimlik eğitimimi büyük bir sabırla destekleyen sevgili annem Firdes Şükrü'ye;

Tez çalışmasının daha ilk aşamasından itibaren heyecanıma, sıkışıklığıma, sıkıntılara ve mutluluğuma yoldaşlık eden, katlanan ve beni bekleyen sevgili eşim Atakan'a;

Uzmanlık eğitimimin en zor anlarında bile yüzümü güldüren yağmur gözlü kızım Yağmur'a;

Teşekkür ederim...

Ocak, 2014

Filiz ŞÜKRÜ DURUSOY

ÖZET

Şizofreni genetiği ile ilişkili olduğu bilinen şizotipal özelliklerin, kişinin psikotik spektruma olan yatkınlığının öngörücülerinden biri olduğu düşünülmektedir. Bir toplumu oluşturan bireylerde görülen şizotipal özelliklerin sayısı, şiddeti ve dağılımı o toplumun psikotik süreçlere olan yatkınlığı ile önemli bir bilgi kaynağıdır. Kentsel yerleşim birimlerinde psikoz benzeri yaşantılar ile psikotik belirti, bulgu ve bozukluklar kırsal yerleşim birimlerine göre daha yüksektir. Kentsel bölgelerde şizofreni prevalansının daha yüksek saptanmasında, psikoz yelpazesinin farklı noktalarında da saptanmış olmasından yola çıkılarak; biyolojik yatkınlık ile kentsel çevrenin barındırdığı risk etkenlerin etkileşiminin rol oynadığı düşünülmektedir. Çalışmamızda, bir kent içinde yaşanan ikamet bölgesi ile ilişkili toplumsal özelliklerin araştırılması ve ikamet bölgesi ile ilişkili toplumsal özellikler ile şizotipal özelliklerin dağılımı arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Çalışmamızda, İstanbul'un iki farklı bölgesinde ikamet eden 16 yaşındaki nüfusu temsil eden bir örneklem grubunda bulunan şizotipal özelliklerin dağılımı, Şizotipal Kişilik Ölçeği'nin kısa formu (ŞKÖ-KF) ile kesitsel olarak taranmıştır. İkamet edilen bölge ile ilişkili bireysel ve toplumsal özellikleri değerlendirmek için, çalışmacılar tarafından hazırlanan sosyodemografik veri formu ve toplumsal sermaye ölçeği kullanılmıştır.

İstanbul'un iki farklı bölgesinde ikamet eden 16 yaşındaki lise öğrencilerinden oluşan örneklemde bulunan şizotipal özellikleri ölçtüğümüz ŞKÖ-KF skorlarının ortalaması $9.76 \pm 4.5/22$ olarak bulunmuştur. Sorguladığımız tüm bağımsız değişkenler için uyarlandığında, ŞKÖ-KF toplam skoru 15 ve üstü olanlar (Psikotik belirti, bulgu ve bozukluk riski yüksek olanlar) bir biyolojik (cinsiyet), beş çevresel (hane geliri, ikamet bölgesi, okulda baskı ve ayrımcılığa maruziyet durumu, toplumsal kontrol ve biliş) etken ile anlamlı derecede ilişkilendirilmiştir.

ANAHTAR SÖZCÜKLER: Şizotipi, şizotipal kişilik özellikleri, psikotik yelpaze, kentleşme, nüfus, toplumsal sermaye

ABSTRACT

Psychotic disorders and subclinical psychotic experiences are more prevalent in urban places compared to rural areas. The interaction between community factors rooted in urban environment and genetic liability is thought to act upon the higher urban prevalence at different points of the psychosis continuum. Schizotypal personality traits associated with the genetics of schizophrenia are thought to be one of the predictor of psychotic susceptibility. Distribution of schizotypal traits in the population is an important source of information about predisposition to psychotic processes. In this study, it was aimed to investigate the community factors not only related with urban environment but also with distribution of schizotypal traits.

In the current study, a sample of residents of İstanbul city center with an age of 16 (n=591) were investigated for distribution of schizotypal traits with Schizotypal Personality Questionnaire-Brief Form as part of the cross-sectional stage of the study. Social capital levels of the region were investigated to evaluate the urban environment factors. For this aim, social capital levels of regions in the İstanbul city center were investigated in the same sample. The social capital levels obtained at the individual level were aggregated to neighbourhood level. The data obtained from this stage of the study were included in the analysis of the main study investigating schizotypal personality traits.

Schizotypal traits were found to be significantly associated with one biologic factor (gender) and five environmental factors (household income, residence, exposure to state repression and discrimination in schools, social control and cognition).

KEYWORDS: Schizotypy, schizotypal personality traits, psychotic spectrum, urbanization, degree of urbanization, social capital

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT	iii
İÇİNDEKİLER	iv
SEMBOLLER/KISALTMALAR	viii
1. GİRİŞ VE GENEL BİLGİLER	1
1.1 Psikotik Bozukluk Kavramı	1
1.1.1 Psikotik belirti, bulgu ve bozukluk ile ilgili genel bilgiler.....	1
1.1.2 Psikoz benzeri yaşantılar ile ilgili genel bilgiler	2
1.1.3 Psikoz sürekliliği kavramı.....	3
1.2 Endofenotip Kavramı	3
1.3 Şizotipi Kavramı.....	5
1.3.1 Şizotipi, şizotipal kişilik, şizotipal bozukluk ile ilgili genel bilgiler.....	5
1.3.2 Şizotipi ve psikoz sürekliliği ilişkisi	7
1.3.3 Şizotipinin olası biyolojik belirleyicileri.....	8
1.3.3.1 Negatif psikotik özellikler ile ilişkili yakınmalar.....	9
1.3.3.2 Pozitif psikotik özellikler ile ilişkili yakınmalar	9
1.3.4 Şizotipinin olası sosyal belirleyicileri	10
1.3.4.1 Olumsuz yaşam olayları ve psikoz sürekliliği ilişkisi.....	10
1.3.4.2 Göç ve psikoz sürekliliği ilişkisi	11
1.3.4.3 Kentleşme ile psikoz sürekliliği ilişkisi	11
1.3.4.4 Toplumsal sermaye ve psikoz sürekliliği ilişkisi	13
1.3.4.4.1 Toplumsal sermaye kavramı	13
1.3.4.4.2 Toplumsal sermayenin içeriği ve ölçümü	14
2. AMAÇ VE VARSAYIMLAR	17
2.1 Amaç.....	17

2.2 Varsayımlar	17
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	18
3.1 Araştırma Deseni.....	18
3.2 Araştırmanın örnekleme ve örneklem seçim yöntemi.....	18
3.2.1 Araştırma bölgesinin seçimi.....	18
3.2.1.1 İlçe seçimi	18
3.2.1.2 Okul seçimi	19
Tablo 3.1 Pendik ve Şile ilçelerinde bulunan genel liselerin listesi	19
3.2.2 Araştırma örnekleminin seçimi	20
3.2.2.1 Örneklem sayısının belirlenmesi.....	20
3.2.2.2 Örneklem seçim yöntemi	20
3.2.2.3 Dâhil olma ve dışlama kriterleri.....	20
3.3 Verilerin toplanması	21
3.3.1 Veri toplama araçları.....	21
3.3.1.1 Sosyodemografik veri formu.....	21
3.3.1.2 Şizotipal kişilik ölçeği kısa form (ŞKÖ-KF)	21
3.3.1.3 Toplumsal sermaye ölçeği (TSÖ)	22
3.4 Araştırma değişkenleri ve istatistiksel yöntem.....	23
4. BULGULAR	24
4.1 Katılımın Değerlendirilmesi.....	24
Tablo 4.1. Çalışmaya katılımın değerlendirilmesi	24
4.2 Bireysel ve Toplumsal Veriler ile İkamet Bölgesinin İlişkisi	24
4.2.1 Genel demografik veriler	24
Tablo 4.2. Pendik ve Şile gruplarının genel demografik verilerinin karşılaştırılması	25
4.2.2 Sosyoekonomik veriler.....	25
Tablo 4.3. Pendik ve Şile gruplarının sosyoekonomik verilerinin karşılaştırılması	27
4.2.3 Göç verileri.....	28
Tablo 4.4. Pendik ve Şile gruplarının göç ve hareketlilik verilerinin karşılaştırılması	28

4.2.4 Psikososyal veriler	28
Tablo 4.5. Pendik ve Şile gruplarının psikososyal verilerinin karşılaştırılması	29
4.2.5 Ruh sağlığı verileri.....	29
Tablo 4.6 Pendik ve Şile gruplarının ruh sağlığı verilerinin karşılaştırılması	30
4.2.6 Toplumsal sermaye verileri.....	30
Tablo 4.7. Toplumsal sermaye ölçeği puanlarının dağılımı	30
4.2.6 Şizotipi ölçeği (ŞKÖ-KF: Şizotipal Kişilik Ölçeği-Kısa Form)	31
Tablo 4.8. Şizotipi ölçeği alt boyutlarının gruplara göre karşılaştırmaları.....	31
4.3 Korelasyon Analizi Verileri.....	31
Tablo 4.9. ŞKÖ-KF ile TSÖ skorları arasındaki ilişkinin korelasyon analizi.....	32
4.4 Bireysel ve Toplumsal Göstergeler ile Şizotipal Özellikler Arasındaki İlişki	32
4.4.1 Genel demografik veriler	32
Tablo 4.10. ŞKÖ-KF skorlarının dağılımı ile genel demografik göstergelerin ilişkisi	33
Tablo 4.10a. ŞKÖ-KF skorlarının dağılımı ile ders başarısı ilişkisi	33
4.4.2 Sosyoekonomik veriler.....	33
Tablo 4.11. ŞKÖ-KF skorlarının dağılımı ile sosyoekonomik göstergelerin ilişkisi	34
4.4.3 Göç verileri.....	35
Tablo 4.12. ŞKÖ-KF skorlarının dağılımı ile göç göstergelerinin ilişkisi	35
4.4.4 Ruh sağlığı verileri.....	35
Tablo 4.13. ŞKÖ-KF skorlarının dağılımı ile ruh sağlığı göstergelerinin ilişkisi	36
4.4.5 Psikososyal veriler	36

Tablo 4.14. ŞKÖ-KF skorlarının dağılımı ile psikosyal göstergelerin ilişkisi	37
4.5 ŞKÖ-KF Toplam Puanı Düşük ve Yüksek Risk Durumuna Göre Toplumsal Sermaye Puanları Değerlendirmeleri	37
Tablo 4.15: ŞKÖ-KF Toplam Puanı ile toplumsal sermaye ölçeği puanlarının değerlendirilmesi.....	38
4.6 Çözümleyici Analiz Verileri	38
4.6.1 Çoklu regresyon analizi.....	38
Tablo 4.16. ŞKÖ-KF toplam skorlarının dağılımı üzerine etki eden risk faktörlerinin Lojistik regresyon analizi.....	39
5.TARTIŞMA	40
5.1 Araştırmanın Kısıtlılıkları.....	41
6.SONUÇLAR	43
7. KAYNAKLAR.....	44
8. EKLER.....	53
8.1. Etik Kurul Kararı	53
8.2. Yazım Kuralları	53
8.3 Aydınlatılmış Onam ve Bilgilendirme Formu	54
8.4 Soru Formu.....	56

SEMBOLLER/KISALTMALAR

ADNKS: Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi

ŞKÖ: Şizotipal Kişilik Ölçeği

ŞKÖ-KF: Şizotipal Kişilik Ölçeği Kısa Form

TSÖ: Toplumsal Sermaye Ölçeği

TUİK: Türkiye İstatistik Kurum

1. GİRİŞ VE GENEL BİLGİLER

1.1 Psikotik Bozukluk Kavramı

1.1.1 Psikotik belirti, bulgu ve bozukluk ile ilgili genel bilgiler

Psikotik belirti ve bulgular psikotik bozukluklarda, duygudurum bozukluklarında, madde kullanımında ve bazı tıbbi durumlarda görülebilen düşünce, algı, duygulanım ve davranışlarda bulunan sapmalar ile karakterizedir (1). Psikotik belirti ve bulguların görüldüğü tüm akıl sağlığı sorunları bir arada değerlendirildiğinde psikotik bozuklukların yaşamboyu yaygınlığı %4'e kadar ulaşmaktadır. Örneğin Finlandiya çalışmasında affektif olmayan psikoz yaygınlığı % 2.29, affektif psikoz yaygınlığı % 0.62, maddeye bağlı psikotik bozukluk yaygınlığı % 0.43, genel tıbbi duruma bağlı psikotik bozukluk yaygınlığı % 0.22 olarak bildirilmektedir (2).

Dünya Sağlık Örgütü'nün sınıflandırmasında yer alan psikotik bozukluklar kategorisinde; şizofreni, şizoaffektif bozukluk, şizotipal bozukluk, persistan delüzyonel bozukluk, başka etkenlerle ortaya çıkan delüzyon, akut ve geçici psikotik bozukluk ile diğer ve tanımlanmamış organik olmayan psikotik bozukluk bulunmaktadır (3). Amerikan Psikiyatri Birliği'nin sınıflandırma sisteminde bulunan psikotik bozukluklar kategorisinde ise şizofreni, şizoaffektif bozukluk, şizofreniform bozukluk, sanrısız bozukluk ve kısa psikotik bozukluk yer almaktadır (4).

Psikotik belirti ve bulguların görüldüğü en ağır psikotik bozukluk olarak tanımlanan şizofrenide görülen çekirdek psikotik belirtiler; sanrılar, varsanılar, dezorganize konuşma ve davranışın oluşturduğu pozitif psikotik belirtiler ile düz duygulanım, sosyal içe çekilme, düşünce içeriğinde fakirleşmenin oluşturduğu negatif psikotik belirtiler olarak ikiye ayrılmaktadır (4,5). Şizofrenide görülen çekirdek psikotik belirtiler tedavi ile büyük oranda kontrol altına alınsa bile, bilişsel yıkım ve bu belirtilerin neden olduğu işlevsellik kaybı tamamen durdurulamamaktadır (6).

Tedavi zorlukları, şizofreninin de içinde bulunduğu psikotik bozuklukları, hastalara yüksek bedeller ödeten hastalıklar içine taşımakta ve bu bedelin sadece hasta ile sınırlı kalmadığı, sağlık hizmetlerine, kamuya, ailelere yani dolaylı olarak

tüm topluma uzandığı görülmektedir (7). Şizofreninin herhangi bir sağlık sorunundan çok daha fazla hastane yatağı kullanımı gerektirdiği ve günümüz ulusal sağlık hizmetleri harcaması toplamının % 1.4 ile % 2.8'ine mal olduğu öne sürülmektedir (8).

1.1.2 Psikoz benzeri yaşantılar ile ilgili genel bilgiler

Çalışmacılar psikotik bozuklukların zamana ve mekâna bağlı olarak genel toplumun öngörülenden daha fazla kesimini etkilediğine; psikoz benzeri düşünce, algı, biliş ve ilişkilene biçiminin ise genel nüfus içinde çok daha yaygın görüldüğüne işaret etmektedir (9,10,11). Günümüzde psikozun 'var ya da yok' şeklindeki kategorik bir olgudan ziyade, belirti şiddetinin farklılık gösterdiği bir süreklilik içinde dağılım gösterdiğine dair görüş ağırlık kazanmaktadır. Sürekliliğin bir ucunda hiç bir psikoz benzeri yaşantısı olmayan bireyler bulunurken, diğer ucunda ise psikotik bozukluk hastaları bulunmaktadır. İki ucun arasında ise belirtileri farklı şiddetlerde yaşantılayan; farklı klinik tanımlar alan ya da almayan kişiler yer almaktadır (9,10,11).

Başta bilişsel ve algısal olmak üzere birçok açıdan psikozu benzeyen, sağlıklı bireylerden oluşan örneklem gruplarında da ölçülebilen bu yaşantılar; farklı yayınlarda eşikaltı psikotik yaşantı, psikoz yatkınlığı, psikoz benzeri yaşantı ya da şizotipi gibi isimlerle tanımlanmaktadır (12). Bu yaşantıların yaşamboyu yaygınlığının % 5.3 ve sıklığının da % 3.1 olduğu bildirilmiştir (13). Psikoz benzeri yaşantıların yaygınlık ve sıklık oranları arasında bulunan farklılık eşikaltı psikotik yaşantıların çoğunun geçici olduğuna ve zamanla kaybolduğuna işaret etmektedir (13).

Çalışmacılara göre psikoz benzeri yaşantılar, 20-25 yaş arasında tepe noktasına ulaşmakta ve daha sonra yarı oranında ortadan kalkmaktadır (14). Biyolojik yatkınlıkla ilişkilendirilen ve nörogelişimsel mekanizmalarla ortaya çıkan psikoz benzeri geçici olabilen böyle durumlar diğerlerinden farklı olarak, maruz kalınan ek çevresel risk faktörlerinin derecesine göre sıklıkla kalıcı hale gelmekte ve biyolojik yatkınlığı olan kişilerde psikotik belirtinin ortaya çıkması kolaylaşmaktadır (13). Psikoz benzeri bir yaşantı ile psikotik bir belirti arasındaki ayrım, psikiyatrik öyküde bulunan zorlanma, işlevsellikte bozulma, tedavi gerekliliği ya da tedavi arayışı ile yapılmaktadır (15). Biyolojik ve çevresel birçok faktörün etkileşimi

sonucunda oluşan, geçici eşikaltı psikotik yaşantılar kalıcılaşıp, kliniğe yansıyan psikotik belirtilere; psikotik belirtiler de tanı eşiğini aşır psikotik bozukluklara neden olabilmektedir (13).

Geçici olan psikoz benzeri durumun kalıcılaşmasında biyolojik yatkınlığın şiddeti kadar etnik azınlık grubunda olma, ayrımcılığa maruz kalma, kentsel bir yerleşim biriminde büyüme, madde kullanımı gibi bazı çevresel etkenlerin ve affektif bozulmanın eşlik etmesinin de belirleyici olduğu bildirilmiştir (16,17). Affektif bozulma eşlik etmediğinde psikoz benzeri yaşantıların gidişatının genellikle iyileşme yönünde olduğu; bu nedenle psikoz benzeri yaşantıların, psikotik bozukluk, depresyon, anksiyete bozukluğu, alkol madde kullanım bozuklukları gibi psikiyatrik hastalıkların yaygınlığı ile de ilişkili olduğu düşünülmektedir (18).

1.1.3 Psikoz sürekliliği kavramı

Psikiyatrik hastalıkların tanı ve sınıflandırma kriterlerinin temellerini atan Emil Kraepelin, psikotik olan ve olmayan bozukluklar arasında net bir ayrım yapmaya çalışmıştır (19). Eugen Bleuler ise psikozun toplumda değişen derecelerde var olduğunu düşünmüş (20), akıllılık ile delilik arasına Kraepelin gibi net bir çizgi çizmekten kaçınmıştır. ‘Hastalık’ durumu için klinik belirtiler kategorik olarak kullanıldığında, sadece tanı eşiğinin üzerinde olanlar ‘hasta’ olarak değerlendirilmektedir. Hastalık fenotipini kategorik tanımlamanın getirdiği dezavantajları aşır, risk yaratan ya da riskten koruyan biyolojik ve çevresel birçok faktör ile hastalık ilişkisini belirlemeyi kolaylaştırmak için eşik altı hastalık tanımına olan ihtiyaç artmıştır.

1.2 Endofenotip Kavramı

Epidemiyolojik veriler, farklı psikotik hastalıklara yatkınlığın kategorik değil, sürekli bir ölçek üzerinde incelenmesi ve fenotipin de nitelik değil nicelik ölçümlerine dayandırılması gerektiğine işaret etmektedir (21). Kategorik tanı sistemindeki hastalık tanı eşiği altında kalmış hastalık durumları günümüzde endofenotip ile tanımlanmaktadır (22). Genetik kuramlarda endofenotip, gen ile tanı eşiğini geçmiş hastalık arasında bir yerde duran; biyokimyasal test ya da mikroskopik inceleme ile saptanabilecek bir iç fenotip olarak öne sürülmektedir (21). Günümüzde ‘ara

fenotip', 'biyolojik gösterge', 'eşik-altı özellik' gibi terimler endofenotiple eş anlamda kullanılmaktadır.

Şizofreni hastalarının akrabalarındaki şizofreni riskinin, hastayla olan biyolojik ilişkilene derecesi ile korele bir şekilde artış gösterdiği ve şizofreninin yüksek derecede kalıtılabilir olduğu aile, evlat edinme ve ikiz çalışmaları ile gösterilmiştir (23,24). Çeyrek asrı bulan şizofreni genetiği çalışmalarında önemli veriler elde edilse de hastalıktan sorumlu 'asıl gen' tespit edilememiştir. Şizofreninin tek bir genden kaynaklanmak yerine, orta ya da küçük etkili çok sayıda genin, kendi aralarında ve çevresel etkenlerle etkileşimine dayalı bir mekanizma sonucu ortaya çıktığı; gen-gen ve gen-çevre etkileşimlerinin derecesine göre belirti ve hastalık yelpazesinin fenotipik farklılıklar gösterdiği öne sürülmektedir(24). Şimdiye kadar yapılan çalışmalarda şizofreni genetiğinin temellerinin tam olarak açıklığa kavuşturulamamasının önemli bir nedeninin, moleküler biyoloji ve genetik epidemiyolojide olan ilerlemelerin, fenotipi tanımlamalarında olan ilerlemeden çok daha hızlı oluşu ile açıklanmaktadır (25). Bu noktada genetik bir hastalığın yığılım gösterdiği bir ailede yatkınlık genlerini taşıdığı halde hastalanmamış olan bireylerini araştıran daha geniş yaklaşımların gerekliliği vurgulanmaktadır.

Endofenotip kavramı ilk kez 30 yıl önce ortaya atılmış; endofenotiplerin genlerden kliniğe giden yolda ara özellikler olabileceği öne sürülmüştür. Çalışmacılara göre hastalık ile ilişkilene biyokimyasal, endokrinolojik, nörofizyolojik, nöroanatomik, bilişsel ya da nöropsikolojik birçok özellik birer endofenotip adayı olabilir (22). Hastalık endofenotipleri pek çok durumda açık bir klinik belirti ve bulgu oluşturmadıkları için dışarıdan gözlenemez, kesin olarak saptanabilmeleri için özgül yöntemler gerektirirler (26).

Genetik kuramcılarının hastalıklarla ilgili endofenotiplerin belirlenebilmesi için önerdikleri bazı ölçütlere göre bir biyolojik göstergenin endofenotip adayı olabilmesi için; hastalık ile birlikte aktarılması, genetik olarak kalıtılması, hastalık aktifken ya da aktif değilken saptanabilmesi ve hasta olmayan aile üyelerinde genel toplumdan daha yüksek oranda bulunması gerekmektedir (25). Bu ölçütlerin yanısıra endofenotipin ölçülebilir olması, hastalığın başlangıcından önce de var olması, bir süreklilik göstermesi, hastalığın tedavisinden etkilenmemesi ayrıca da tedavi gerektirmemesi gerekmektedir (26).

Genetik çalışmalarda kullanılan geleneksel bağlantı analizlerinde, hasta olan ve olmayan bireyler klinik tanı için kullanılan ölçütlerle belirlendiğinde, açık psikotik bir klinik tablo sergilemeyen ancak bazı yatkınlık genleri taşıyan bireyler atlanmış olmaktadır (21). Oysa bu bireyler, örneğin şizofreni için penetransı tam olmayan bir yatkınlığa sahip olabilir ve şizofreni ile genetik ilişkisi olan yelpazedeki başka bozuklukları ya da klinik olarak hiç fark edilemeyecek ara fenotipleri sergiliyor olabilirler. Örneğin şizofreni olan ve olmayan eş yumurta ikizlerinin çocuklarında şizofreni görülme riski eşit bulunmuş, böylece yatkınlık genlerinin aktarımı için şizofreni fenotipine mutlak bir gereklilik olmadığı gösterilmiştir (23,24). ‘Hasta’ görünmeyen akrabalarının, şizofreni yelpaze bozuklukları için genetik yatkınlık taşıdıkları halde şizofreni geliştirmek için gereken özgül genetik yapıya sahip olmadıkları düşünülebilir. Özet olarak özgül olmayan ve daha geniş bir hastalık yelpazesi ile ilişkili gibi görünen bu endofenotip adayları bir araya getirildiğinde biyolojik olarak tutarlı yeni fenotiplerin oluşturulmasının mümkün olabileceği öne sürülmektedir (27,28). Böylece psikotik hastalıklarda klinik sınıflandırmalar için geçerlik ölçütleri yeniden şekillendirilebilecek ve sonuçta da yeni tedavi yaklaşımları geliştirilebilecektir.

1.3 Şizotipi Kavramı

1.3.1 Şizotipi, şizotipal kişilik, şizotipal bozukluk ile ilgili genel bilgiler

Bleuer, şizofreni hastalarının yakın akrabalarının sıradışı kişiler olması gözleminden yola çıkarak; şizofreni belirtilerinin bu akrabalarda örtük bir biçimde var olabileceğini öne sürmüştür (20). Dikkat çeken bu örtük fenotipi tanımlamak için geçmişte şizoidi, borderline şizofreni, psödonörotik şizofreni terimleri kullanılmış; Rado ile birlikte bunlar yerini ‘şizotipi’ kavramına bırakmış ve Sandor Rado şizotipiye, şizofreninin psikotik olmayan fenotipik biçimi olarak tanımlamıştır (29).

Rado’nun görüşünden yola çıkan Paul Meehl ‘şizogen’ adını verdiği genin merkezi sinir sisteminde ‘hipokrisi’ ye yol açarak ‘şizotaksi’ oluşturduğu şeklinde bir şizotipi gelişim modeli oluşturmuştur. Kuramda hipokrisi nöronların bir uyarıcı karşısında hızlıca etkinleşip ateşlenmesini tanımlanmak için kullanılmakta; hızlı nöron ateşlenmeleri ile uyarılma seçicilikten uzaklaşmakta ve duyuşal entegrasyon

ile duyu-motor eş güdümü bozulmaktadır (30). Meehl'e göre şizotaksi, çevresel ve poligenik faktörlerle etkileşime girerek hafif bir klinik tablo olan şizotipi ya da şiddetli kliniği olan şizofreni ile sonuçlanır. Meehl şizofreni yatkınlığının taksonik özellikte olduğunu; yatkınlık derecesinin olamayacağını; yatkınlık geninin merkezi sinir sisteminde yol açtığı kalıtsal nörolojik kusurun bütün nöronları etkileyecek kadar yaygın, ancak merkezi sinir sisteminin temel işlevlerini bozmayacak kadar hafif olduğunu öne sürmüştür (31).

'Şizofreni belirtileri genetik yatkınlık taşımayanlarda da ortaya çıkıyor, şizotipal özellikler gösteren her insan şizofreni için genetik yatkınlık taşıyor, şizotipal kişilerin her birinde şizofreni ortaya çıkmıyor' eleştirileri ile derinden sarsılmasına rağmen Meehl'in kuramı, şizofreni araştırmalarına yeni bir bakış getirmiş, şizofreni endofenotip adayları olarak şizotaksi, şizotipi ve şizotipal bozukluğu nörobiyolojik çalışmaların gündemine taşımıştır.

Başta Eysenck olmak üzere dönemin kişilik kuramcıları Meehl'den devraldıkları şizotipi bayrağını o dönemde daha çok bir kişilik boyutu içinde açıklamaya çalışmıştır. Kuramcılara göre şizotipi kavramı daha genel anlamda özgün olmayan 'psikoza yatkınlığı' ya da 'psikotizmi' düşündürmektedir (32,33). Yüksek kendini aşma, düşük iş birliği yapma ve düşük kendini yönetme şizotipal kişide sıkça görülen olağan dışı fikir ve çarpık algılar ile ilişkili davranışlardan sorumlu tutulmuş; 'şizotipal kişilik' temel olarak aşağıdaki dört özellik ile açıklanmaya çalışılmıştır.

1. Olağan dışı deneyimler: Olağan dışı algısal ve bilişsel deneyimleri büyüdü ya da batıl yorumlamaya eğilim.

2. Bilişsel düzensizlik: Düşüncelerin düzensiz, teğetsel olması ya da raydan çıkmasına eğilim.

3. İçe dönük anhedoni: Sosyal ve fiziksel stimülasyon içinde zevk hissetme yeteneği eksikliği ile ilişkili içe dönük duygusal düz ve asosyal davranış eğilimi.

4. Dürtüsel uygunsuzluk: Özellikle veya sosyal kurallar ile ilgili kararsız ruh hali ve davranışa eğilim.

Şizotipinin, Amerikan Psikiyatri Birliği'nin tanı sistemine dönemin kişilik kuramcılarının etkisinde kalınarak bir kişilik bozukluğu şeklinde alınmıştır (34). Şizotipi kliniğinin, bir kişilik bozukluğu kategorisi içinde ele alınması tartışmalı bir konudur. Dünya Sağlık Örgütü şizotipiye, kişilik bozukluğundan ziyade şizofreni ile

ilişkili bir örüntü olarak ele almakta ve tanı sistemi içerisinde ‘Şizotipal Kişilik Bozukluğu’ yerine ‘Şizotipal Bozukluk’ tanımını kullanmaktadır (3).

Dünya Sağlık Örgütü’nün tanı sistemi içerisinde ‘Şizotipal Bozukluk’; şizofreniye benzer eksantrik davranış, anormal düşünce ve affekt ile karakterize bir kliniği olan fakat kesin ya da karakteristik şizofrenik anomalilerin görülmediği, kişide baskın ya da belirgin bir rahatsızlığa yol açmayan belirtiler ile tanımlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü’ne göre ‘Şizotipal Bozukluk’ diyebilmek için aşağıda listelenen özelliklerin dördünün en az 2 yıl boyunca, sürekli olarak veya uzun süre mevcut olması beklenmektedir (3).

1. Uygunsuz ya da kısıtlı affekt
2. Eksantrik, tuhaf ya da garip görünüm veya davranış
3. Bozulmuş uyum ve sosyal içe çekilme eğilimi
4. Kültürel normlar ile açıklanamayan inanç ya da düşünce sistemlerinin etkilediği davranış örüntüsü
5. Şüpheli veya paranoid düşünceler
6. İç direnç ile karşılaşmadan gelen dismorfobik, cinsel ya da agresif içerikli ruminatif obsesif düşünceler
7. İlüzyon, depersonalizasyon ya da derealizasyonu da içine alan olağandışı algısal deneyimler
8. Net bir tutarsızlık olmadan garip konuşma veya başka şekillerde tezahür eden, mecazi, aşırı ayrıntılı ya da basmakalıp düşünce sistemi.
9. Zaman zaman meydana gelen ilüzyonlar, işitsel ya da diğer varsanılar ve sanrısız fikirleri barındıran psikoz benzeri yaşantılar

1.3.2 Şizotipi ve psikoz sürekliliği ilişkisi

Şizofreni hastaları ve hasta olmayan akrabalarını bir süreklilik içinde ele alan yarı boyutsal yaklaşımda, hastaların anne baba ve kardeşleri ile benzer anormal nitelikte özellikler paylaştığı, hastalığın aslında bu anormal özelliklerde niceliksel bir artış gibi görüldüğü öne sürülmüştür (30,31). Boyutsal yaklaşımda ise ‘psikotizm’ boyutunun üst ucunda yer alanlar, psikotik bozukluk belirtilerini sergileyen kişiler olarak kabul edilirler. Bu modelden yola çıkarak şizotipal özelliklerin ölçümlerinde çok yüksek puan alan kişilerin psikotik bir bozukluğun tanı kriterlerini karşıladığı

öne sürülmektedir (32,33). Şizotipal özellikler arttıkça, kliniğe yansıyan bir psikotik bozukluk olma ihtimalinin de arttığı genel olarak kabul gören bir görüş olsa da, şizotipal özellikleri çok olan bir kişinin çok daha hasta olduğu çıkarımı yapmak tartışmalı bir konudur (37).

Yarı ile tam boyutsal yaklaşımı birleştirmiş olan hibrid yaklaşım şizotipiye, toplum içinde süreklilik gösteren bir kişilik boyutu olarak kabul etmekte; şizotipinin süreklilik gösteren özelliğinin kırılması ile şizotipal bozukluk ile tam gelişmiş şizofrenik psikoza uzanan farklı bir süreklilik başladığını öne sürmektedir (15). Hibrid modeli öne süren çalışmacılara göre, çevresel olaylar veya koşullar tetiklemediği sürece sessiz duran şizotipal kişilik özellikleri, psikotik bozukluğa olan bilişsel veya biyolojik hassasiyeti yansıtmaktadır (15,38). Genetik ve epidemiyolojik alanda çalışan birçok çalışmacı toplum örneklemindeki şizotipal özelliklere bakmanın o toplumun psikotik süreçlere olan biyolojik ve bilişsel hassasiyeti ile ilgili yol gösterici olduğu yönünde görüş bildirmektedir (15,38,39,40).

1.3.3 Şizotipinin olası biyolojik belirleyicileri

Şizofreninin neo-Bleulerian modeline göre nörogelişimsel anomaliler nöral devrelerdeki yanlış bağlantılardan kaynaklanır, ki bu da şizofreninin tüm alt tiplerinde görülen, zihinsel aktivitenin akışkan koordinasyonunda bozulmaya neden olur (41). Negatif, pozitif ve dezorganize semptomlar gibi şizofreni ile ilişkili fenomenler kognitif dismetriye bağlı olarak gelişir. Kognitif dismetride çeşitli bölgelerdeki nöronal devrelerde yıkım sonucunda motor, bilişsel ve affektif semptomlar ortaya çıkar (42).

İnsanda postnatal matürasyonel değişikliklerin çocukluktan puberteye kadar ortaya çıktığı gözlemi, şizofreni ve bipolar bozukluk gibi adolesan döneminde başlayan psikotik hastalıkların patofizyolojisinin temelinde bu ‘geç’ matürasyonel süreçteki hataların olması gerektiği düşüncesi ile tutarlılık göstermektedir. Fakat şizofreni başlangıcını tespit etmek zordur. Dikkat yetersizliği gibi negatif semptomlar puberteden önce başlayabilir (43). Bu nedenle matürasyonel olaylar pozitif psikotik semptomlar gibi tipik olarak adolesan dönemde ortaya çıkan semptomları daha iyi açıklayabilir. Genetik yüksek risk çalışmaları adolesan veya

genç erişkinlik dönemine odaklanmıştır, çünkü şizofreni gelişme riski bu dönemde en yüksek seviyeye ulaşmaktadır (44).

Şizofreninin çok boyutlu bulgu ve belirtilerinin tanımlanması ile, şizotipal bozukluğun geçerli tanısının, mevcut tanı kriterlerinden daha geniş ve daha kapsamlı olduğu öne sürülmüştür. Bu 'alternatif fenotip' veya 'endofenotip' tanımı oluşturan klinik semptomlardan daha fazla, hastalığın etiyolojik faktörlerinin görünümünü yansıtabileceğinden önemlidir (45). Şizotipi, özellikle şizofreni hastalarının psikotik olmayan akrabalarında sıkça görülen beyin yapısı ve işlevi, bilişsel işlevler, affekt ve sosyal işlevsellikte anomaliler ile karakterize önemli bir durum olarak öne sürülmektedir (46,47).

1.3.3.1 Negatif psikotik özellikler ile ilişkili yakınmalar

Şizofreni hastalarının ailelerinde özellikle düz affekt ve avolasyon gibi psikoz benzeri negatif semptomların sık yaşandığı gözlenmiş, şizotipide genetik olarak aktarılan 'bütünleştirici zevk eksikliği' olduğu öne sürülmüştür. Şizofreni yatkınlık genlerinin, dopaminerjik sistemde neden olduğu bir anormallik sonucunda şizotipal bir anhedoni geliştiği öne sürülmektedir (47). Yüksek şizotipi skorlarına sahip kişilerin uyarılma potansiyeli yüksek insanlar olması modelinden yola çıkarak, şizotipal kişilerin yüksek uyarılma eğilimi nedeniyle künt ya da uygunsuz duygulanıma da eğilim gösterdikleri öne sürülmektedir (48).

1.3.3.2 Pozitif psikotik özellikler ile ilişkili yakınmalar

Şizofrenide ve diğer bozukluklarda görülen pozitif psikotik belirtilerin dopamin sistemindeki değişiklikler sonucunda ortaya çıktığı düşünülmektedir (49). 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 salınımını ve ilgili sinirsel iletiyi arttıran maddeler, pozitif psikotik belirtilere ve ilgili davranışlara yol açmaktadır (50). Bu nedenle dopaminin psikotik süreci ateşleyen körük olduğu öne sürülmüştür (51). Dopamin, kişilerin olayları ve durumları anlamlandırmasında belirginleştirici (saliance) bir görev üstlenmektedir (52). Dopamin sistemindeki genetik ve çevresel etkenlere bağlı bozulma, uzun yıllar

boyunca belirginleştirmenin farklı olmasına ve yıllar içinde sanrısız düşünmenin, varsanısal algılamanın ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Normal koşullar altında bağlamsal belirginleştirmenin aracısı olan dopamin, genetik ve çevresel etkenlerin dopamin iletiminde önce duyarlılaşmaya, sonra da bozulmaya yol açması nedeniyle dış nesnelere ve içsel temsillere yönelik abartılı bir belirginleştirmenin başlatıcısına dönüşmektedir. Çevresel etkenlerin, genetik arkaplan ile birleşerek, dopamin duyarlılaşmasına ve yaşamın farklı dönemlerinde etkilerinin birikmesiyle dopamin sisteminde bozulmaya yol açtığı görüşü birçok çalışma ile de desteklenmektedir (53)

Şizotipi skorları yükseldikçe, dopaminerjik aktivitede görülen artış sebebi ile merkezi sinir sisteminin uyarıyı filtreleme mekanizmasının bozulduğu böylece her türlü çevresel uyarının işlenmeye başladığı; yüksek şizotipal özellikler gösteren kişilerin, artmış dopaminerjik aktivite sebebi ile psikoz benzeri algı ya da düşüncelere yatkın oldukları öne sürülmüştür (53, 54).

1.3.4 Şizotipinin olası sosyal belirleyicileri

Ortak genetik, nöroanatomik, sosyokültürel bir altyapıya sahip olan farklı klinik düzeylerin psikotik yelpazedeki nüansını tanımaya yönelik artan sayıda çalışma çevre etkisinin hastalık gelişimindeki önemini vurgulamaktadır. Araştırmacılar psikotik bozuklukların hafif veya orta etkili çok sayıdaki gen kombinasyonunun, çok sayıdaki olumsuz çevresel faktörlerle etkileşimi ile ortaya çıktığını öne sürmektedir (16,17,58). Gen-çevre etkileşimi ile belirlenen psikoz benzeri yaşantılar, maruz kalınan çevresel risk etkenlerinin derecesine göre kalıcılaşabilir ve kliniğe yansıyan bir belirtinin ortaya çıkmasına neden olabilir (58).

Çalışmalarda genel toplumdaki şizotipal özelliklerin işaret ettiği psikoz benzeri yaşantıların kalıcılaşmasında, bu yaşantıların şiddeti, madde kullanım ve affektif bozukluk komorbiditesi, etnik azınlık grubunda olma, ayrımcılığa maruz kalma ya da kentsel bir yerleşim biriminde büyüme gibi çevresel etkenlerin belirleyici rol oynadığı güçlü kanıtlar ile gösterilmiştir (15,16,17,58).

1.3.4.1 Olumsuz yaşam olayları ve psikoz sürekliliği ilişkisi

Çocukluk dönemindeki örseleyici yaşantıların, depresyon ve anksiyete bozuklukları ile olan yakın ilişkisi epidemiyolojik ve klinik çalışmalarla sıkça gösterilmektedir.

Strese duyarlı gelişim dönemlerinde karşılaşılan zorlukların yarattığı stresin genetik ve diğer etmenlerle birlikte, birçok ruhsal bozukluğun gelişiminde önemli rol oynayabileceği öne sürülmektedir (59). Örseleyici yaşam olaylarının, özellikle biyolojik yatkınlık taşıyan bireylerde, eşikaltı psikotik belirti riskini arttırarak psikotik bozukluk gelişimini hızlandırdığı düşünülmektedir (60). Herhangi bir psikotik belirti görülme oranının, ruhsal travma öyküsü olan gruplarda, olmayan gruplara göre, daha yüksek olduğunu gösteren birçok önemli çalışma mevcuttur (59,60). Çocukluk döneminde maruz kalınan sözel, fiziksel ve cinsel içerikli herhangi bir travma, artmış psikotik bozukluk riski ile ilişkili saptanmıştır(59). Şizotipal özellikleri belirgin olanların ruhsal travma yaratan bir durum karşısında, kolayca irrasyonel inançlar gelişebileceği; travma öyküsünün yanında olumsuz ebeveynlik stilleri, ihmalin de psikotik kırılmayı hızlandırdığı düşünülmektedir (59,60,61)

1.3.4.2 Göç ve psikoz sürekliliği ilişkisi

Çalışmalarda, göçmen grupta psikoz riskinin göçmen olmayan gruba göre arttığı, ikinci kuşak göçmenlerin, göç etmemiş olan, akrabalarına göre, birinci kuşak göçmenler ile benzer oranlarda artmış şizofreni riski taşıdığı ileri sürülmektedir (62). Göçmenlerde yüksek psikotik bozukluk yaygınlığı ile ilişkili toplumsal etmenler arasında; toplumsal dışlanma ve aşağılanma, tek ebeveynle yaşama, ebeveyn işsizliği, düşük sosyoekonomik düzeyde kötü yaşam koşulları, parçalanmış aileler ve göçle ilgili uyum süreçlerinin yarattığı psikolojik zorluklar yer almaktadır (63).

1.3.4.3 Kentleşme ile psikoz sürekliliği ilişkisi

Etimolojik olarak ‘kent’ sözcüğü ‘yapısal, arkeolojik, topografik olarak insan topluluklarının bulunduğu mekân ve toplum hayatının temel çekirdeğini oluşturan tarihi ve yasal bir oluşum’ şeklinde tanımlanmaktadır. Kent sayısının ve kent nüfusunun artışını anlatan kentleşme kavramı sanayileşme ile birlikte büyük bir olgu haline gelerek; toplumda örgütlenme, işbölümü ve uzmanlaşma yaratan; insan davranış ve ilişkilerinde değişikliklere neden olan nüfus birikim süreci şeklinde tanımlanmaya başlanmıştır .

Son yarım yüzyılda yaşanan en önemli demografik değişim olarak nitelendirilen kentleşme; kırsal bölgelerin kent haline gelmesi ve kent haline geldikten sonra da büyümeye devam etmesi şeklinde tanımlanmaktadır (64). Birleşmiş Milletler 2008 yılında, insanlık tarihinde ilk kez kentlerde yaşayan toplam insan nüfusunun kırsalda yaşayan nüfusu yakaladığını ve 2030 yılında dünya nüfusunun % 60'ının kentlerde ikamet edeceğini öne sürmektedir (64,65).

Kentleşme ile şizofreni arasında bir ilişki olabileceğine dair ilk gözlem Faris ve Dunham'ın, 1939 yılında Chicago'da yürüttükleri epidemiyolojik çalışmaya dayanır. Bu çalışmada şizofreni hastalarının hastaneye ilk başvurularının Chicago'nun merkezi bölgelerinde, varoşlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır (66).

Kentleşme derecesi ile şizofreni yaygınlığı arasında doz-yanıt ilişkisi olduğuna işaret eden Danimarka çalışmasında; nüfus yoğunluğu ile belirlenen kentleşme derecesi yüksek şehirlerden düşük şehirlere doğru gidildikçe şizofreni yaygınlığının azaldığı ve 0-15 yaş arasında kentleşme derecesi yüksek şehirlerde yetişenlerin şizofreni geliştirme riskinin de yükseldiği ortaya konulmuştur (67).

Epidemiyolojik çalışmalar, psikotik bozukluk yaygınlık oranlarının kentsel ve kırsal yerleşim özelliklerine göre, hatta kentsel bölgelerde yer alan mahallelere göre farklılaşmasını çok iyi bilinen bir bulguya dönüştürmüştür (66,67,68,69).

İsveç çalışmasında nüfus yoğunluğu yüksek kentsel çevrelerde yaşayanların, psikotik bozukluk geliştirme riskinin de yüksek olduğu gösterilmiştir (69). 'Peki yüksek psikotik bozukluk riski ile ilişkilendirilen kent etkisinin hastalık kliniği ortaya çıkmadan önce de görülmesi beklenmez mi' sorusuna yanıt arayan bir çalışma, pozitif şizotipal özelliklerin kent merkezinde yaşayan gençlerde nöropsikolojik test performansından bağımsız olarak yüksek bulmuş, bu bilgi premorbid kent etkisinin sessiz kalmadığı şeklinde yorumlanmıştır (70).

Çevresel bir özellik ile hastalık yaygınlığı ve sıklığı arasında kesitsel araştırmalarda tutarlı bir ilişki görüldüyse, o çevresel özellik bir risk belirteci olarak adlandırılmakta ve hastalığı oluşturan risk etmeni, risk belirtecinin aktif bileşenlerinden biri olarak kabul edilmektedir (71). Epidemiyolojik çalışmalar kentleşmenin hangi aktif bileşeninin psikoz yelpazesi ile ilişkili olduğunu düşünmeye sevk etmiş ve bu konuda son on yılda pek çok araştırma yapılmıştır.

Mc Kenzie kentleşmenin, nörogelişimsel risk etmenlerine maruziyeti arttırarak, genetik aktarımın gücünü büyüterek, sosyoekonomik sınıf ayrımına yol açarak, toplumsal parçalanma ve düzensizliğe neden olarak, toplumsal ağların yapısını bozarak, toplumsal destek sistemlerini sekteye uğratarak ruh sağlığını olumsuz yönde etkilediğini öne sürmüş ve kentleşmenin psikotik yelpazeyle de ilişkili olabilecek risk etmenleri konusunda epidemiyolojik çalışmaların ufkunu açmıştır (72). Kentleşmenin hangi aktif bileşeni psikoz sıklığıyla ilişkili sorusu halen yanıtızsızdır. Kentleşme ile psikotik bozukluk arasında bulunan doz-yanıt ilişkisinden yola çıkarak öne sürülen nedensellik ilişkisi önemli ipuçları vermektedir. Kentleşme ile psikoz sürekliliği arasındaki nedensellik ilişkisini araştıran çalışmalarda, kentin psikoz sürekliliği ile ilişkili barındırdığı risk etkenleri olarak olumsuz yaşam olayları, göç, düşük sosyoekonomik konum ve zayıf toplumsal destek gösterilmiştir (73,74).

1.3.4.4 Toplumsal sermaye ve psikoz sürekliliği ilişkisi

1.3.4.4.1 Toplumsal sermaye kavramı

Kentin yoğun ve heterojen nüfusu içinde birey çeşitli sosyokültürel kaynaklardan soyutlanma riski ile karşı karşıya kalmakta, kentleşme ile zorlu bir kültürel değişim sürecine girmektedir. Kentsel çevredeki toplumsal ilişkilerin niteliği ve niceliğinin kişinin gelişiminin erken dönemlerinden başlayarak hastalıktan koruyucu ya da hastalığa olan yatkınlığı arttırıcı etkilerde bulunduğu düşünülmektedir (72). Bu nedenle, toplumsal içiçelik (cohesion) ya da yalıtılmışlık (isolation) kentsel yerleşimlerdeki çevresel etkenleri birleştiren durumları temsil edebilir (75). Toplumsal ilişkilerin niteliğini ve niceliğini incelemek için son yıllarda genel kapsayıcılığı olan toplumsal sermaye kavramı öne çıkmaktadır (76).

Yazın toplumsal sermaye kavramının kökenini Durkheim, Marx ve hatta Aristo'nun çalışmalarına kadar geriye götürülmektedir fakat toplumsal sermaye bir terim olarak ilk kez Hanifan tarafından kullanılmıştır. Hanifan bu kavram ile bireylerin günlük yaşamları içinde birbirleri arasında geliştirdikleri ilişkileri tanımlamamaya çalışmış; Rural School Community Center adlı çalışmasında, bir kır kasabasında, okulların ve öğretmenlerin önderliğinde oluşan toplumsal sermayenin

yararlarını araştırmış; bulunduğu kasabada insanları bir araya getirecek sosyal etkinlikler dzenleyerek bireylerin etkileşime geçmesini sağlamıştır.

Toplumsal sermaye kavramının günümüzdeki kullanımını daha çok Bourdieu, Coleman ve Putnam'ın çalışmalarına dayandırılmaktadır. Fransız sosyolog Pierre Bourdieu, *The Forms of Capital* çalışmasında ekonomik ve fiziki sermayenin yanında insani, kültürel ve toplumsal olmak üzere maddi olmayan sermaye türlerini formüle eden ilk kişidir (77). Toplumsal sermaye ile ilgili kavramsal çerçevenin tanımlanması ve gelişmesinde en fazla katkıyı yapan kişilerden birisi de sosyolog James Coleman olmuştur. Coleman, insanların mevcut çıkarlarına en uygun olanın rekabet etmek olduğu durumlarda bile neden işbirliği yapmayı seçtiklerinin cevabını toplumsal sermaye ile açıklamaktadır. Coleman'a göre karşılıklı yükümlülüklerin, beklentilerin ve güvenin oluşturduğu toplumsal ağlar bireysellikten öteye geçer (78).

Amerika ve İtalya'da yapmış olduğu araştırmalarla toplumsal sermaye literatürüne önemli katkılarda bulunan Putnam toplumsal sermayeyi; paylaşılan amaçları gerçekleştirmek için katılımcıların birlikte daha etkin biçimde eylemde bulunmasını mümkün kılan toplumsal hayat özellikleri olarak tanımlar (76). Putnam'a göre, toplumsal sermaye, karşılıklı yarar için koordinasyon ve işbirliğini kolaylaştıran ağlar, normlar ve güven gibi sosyal örgütlenmelerin özelliklerini göstermektedir (76). Putnam'ın yaklaşımı genel olarak Coleman'ın görüşleriyle paralellik gösterse de yapmış olduğu çalışmalarla toplumsal sermayeyi açıklama çabası belli bir bölge ya da toplulukla sınırlı kalmamış, bütün toplumsal alana yayılmıştır.

Sağlık araştırmalarında toplumsal ilişki ağlarının niteliği ile genel sağlık durumu arasındaki ilişki uzun zamandır bilirse de toplumsal sermaye ancak son yıllarda hastalıkların toplumsal açıdan değerlendirilmesinde kullanılmaya başlanmıştır. Psikiyatrik hastalıklar ile kişilerin ve toplulukların toplumsal sermayesi arasındaki ilişki ise çelişkili sonuçlara rağmen hızla artmaktadır.

1.3.4.4.2 Toplumsal sermayenin içeriği ve ölçümü

Toplumsal sermaye kuramı topluluk ilişkilerinde ortaya çıkan birçok farklı düzeye işaret eder. Davranışsal/etkinlik (örn. katılım) ve bilişsel/algısal (örn. güven) bileşenlere ayrılabilir. Bu bileşenler yapısal ve bilişsel toplumsal sermaye olarak

adlandırılmaktadır. Bu düzeyler aynı zamanda insanları birbirine bağlayan ilişkiler ağını da içerir. Sağlık araştırmalarında toplumsal ilişki ağlarının niteliği ile genel sağlık durumu arasındaki ilişki uzun zamandır bilinse de toplumsal sermaye ancak son yıllarda hastalıkların toplumsal açıdan değerlendirilmesinde kullanılmaya başlanmıştır (79). Psikiyatrik hastalıklarla kişilerin ve toplulukların sermayesi arasındaki ilişki ise çelişkili sonuçlara rağmen hızla artmaktadır.

Çalışmalara göre özellikle bilişsel sermaye ya da karşılıklı güven, bağlanma ve semtlerdeki güvenilirlik derecesi, kentsel çevrede büyüyen çocukların akıl sağlığına gelişimsel bir etkide bulunmaktadır (80,81,82). Toplumsal sermaye, psikoz gelişimi mekanizmalarında stresi ve dopamin düzenlenmesini ayarlayan bir tampon işlevi görüyor olabilir: Düşük toplumsal sermayeli bölgelerde yetişen bireylerin edineceği güvensizlik atıfları, genetik yatkınlığın psikotik bir atağa dönüşmesini kolaylaştırabilir ya da tam tersine, yüksek toplumsal sermayeye sahip olan ortamlarda yetişen bireyler genetik yatkınlık taşıyıcılar bile psikotik belirtilerin çekirdek özelliklerini taşıyan yanlış atıflar, o bölgenin özellikleri nedeniyle psikotik düzeye ulaşmayabilir. Toplumsal sermayenin öne sürülen bu yönleri, son yıllarda psikotik belirtilerle ilgili olarak geliştirilen bilişsel nöropsikiyatrik modellere (50) ve psikozda rol oynadığı düşünölen genlerin gen-çevre etkileşimi modellerine de uyum göstermektedir (83)

Tıp literatüründe doğrudan toplumsal sermaye ölçölerek yapılan az sayıda şizofreni çalışması bulunmaktadır. Bulgular kentsel çevrenin içerdėđi sosyal izolasyon, bilişsel sermaye gibi etkenlerin psikoz için kalıtılan genetik risklere bağlı olarak şizofreni gelişimini etkilediklerini göstermektedir (84). Semtlerdeki toplumsal sermaye düzeylerinin farklılığını ölçmek, şizofreni ve diğer psikotik bozuklukların kent içindeki dağılım farklılıklarını ve bu farklılığın genetik yapı ile ilişkisini anlamada önemli katkı sağlayacaktır. Elle tutulamayan, gözle görölemeyen ancak günlük yaşamın dinamikleri arasında önemli yeri olduğu düşünölen toplumsal sermaye ile ilgili kavramsal çerçevenin tanımlanması oldukça zordur. Toplumsal sermaye kavramı kendi içinde dahi niteliksel ve ölçölmez görönlümlere sahiptir ve bunları bütünleştirmenin önemli zorlukları bulunmaktadır. Toplumsal sermaye kavramının tanımında karşılaşılan zorluğun bir benzerini göstergelerinin belirlenmesinde ve ölçölmesinde görmek mümkündür.

Sampson tarafından geliştirilen ve yerleşim birimlerinin toplumsal sermaye düzeyi hakkında fikir vermeyi amaçlayan ölçek, ikamet edilen bölgenin topluluk içi özellikleri saptamaya yönelik birçok soru içermektedir. İkamet bölgesindeki toplumsal ilişkileri yansıtan; toplumsal kontrol, birliktelik, biliş ve organizasyon düzeyi sorgulanarak araştırmacılara yerleşim biriminin toplumsal sermayesi hakkında bir fikir vermeyi hedeflemektedir (85).

2. AMAÇ VE VARSAYIMLAR

2.1 Amaç

Bu çalışmanın amacı; nüfus yoğunluğu farklı olan iki ayrı İstanbul bölgesinde ikamet eden 16 yaş nüfusu temsil eden bir örnekleme, şizotipal özelliklerin dağılımı ile ilişkilendirilmiş bireysel ve toplumsal faktörlerin incelenmesidir.

2.2 Varsayımlar

1. İlişkili olabilecek diğer etkenler için uyarlandığında nüfus yoğunluğu yüksek bölgede ikamet edenlerde, düşük bölgede ikamet edenlere göre, şizotipal özellikler daha fazla sayıdadır.
2. İlişkili olabilecek diğer etkenler için uyarlandığında nüfus yoğunluğu ile farklılaşan şizotipal özelliklerin sayısı, katılımcıların yaşadıkları bölgenin toplumsal sermaye düzeyi ile koreledir.

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1 Araştırma Deseni

Bu tez araştırması kesitsel çözümleyici bir çalışmadır. Kesitsel araştırmalar sağlık politikalarının belirlenmesi, sağlık hizmetlerinin planlaması, varolan sorunların yaygınlığının ve etkisinin saptanması için kullanılmalarının yanı sıra incelenen sağlık sorununun özelliklerinin diğer örneklerle ve aynı örneklem içinde farklı zamanlarda karşılaştırılması için de kullanılabilir. Kesitsel bir çalışma ayrıca bir örneklem içinde hastalığı taşıyan ve taşımayan grupların da karşılaştırılmasına olanak vermekte; bu nedenle risk etkenleri ve nedensellik için önemli ipuçları sağlamaktadır (86).

Araştırmacılar, psikotik bozukluk yatkınlığı ile ilişkisi gösterilmiş şizotipal özelliklerin geç ergenlik ve erken erişkinlik yaş dönemlerinde belirginleşmeye başladığını öne sürmektedir (38). Psikoz ile kentleşme ilişkisini inceleyen çalışmalarda, yetişme dönemi kentte geçmiş kişilerin psikotik belirti, bulgu ve bozukluk geliştirme olasılığının toplum ortamasından çok daha yüksek oranlarda olduğu saptanmıştır (68,77). Çalışmacılar, kentleşme ile psikotik bozukluk arasında nedensellik ilişkisi olduğunu; nüfus yoğunluğunun belirlediği kentleşme derecesinin, kentsel bölgelerde yaşayan kişilerin taşıdığı psikotik bozukluk riskini de belirleyen bir faktör olarak ele alınabileceğini düşünmektedir (84).

3.2 Araştırmanın örnekleme ve örneklem seçim yöntemi

3.2.1 Araştırma bölgesinin seçimi

3.2.1.1 İlçe seçimi

Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) hazırlamış olduğu 2012 yılı 'Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi' (ADNKS) nüfus sayımı sonuçları'na göre İstanbul'un toplam nüfusu 13.624.240 kişidir. Toplam nüfusun %98,96'sı kentsel nüfustur (87). 14' ü Anadolu, 25'i Avrupa Yakasında olmak üzere toplam 39 ilçesi olan İstanbul'da TÜİK 2012 verilerine göre nüfus yoğunluğu ile belirlenen kentleşme derecesi en

yüksek ilçeden, en düşük ilçeye doğru bir sıralama yapıldığında Bağcılar, Küçükçekmece, Ümraniye, Pendik, Bahçelievler ilk beş; Adalar, Şile, Çatalca, Çekmeköy, Silivri son beş sırada yer almaktadır. Nüfus yoğunluğu belirgin olarak farklılaşmış bu iki ilçe grubundan, rastgele seçim yöntemi ile seçilen Pendik ve Şile ilçeleri araştırma bölgemizi oluşturmuştur (87).

Pendik, İstanbul'un Anadolu yakasında yer alan ve Marmara Denizi'ne sahili olan ilçesidir. TÜİK'in hazırlamış olduğu 2012 yılı ADNKS verilerine göre; merkezde 605.907, belde ve köylerde 3.628 olmak üzere toplam 609.535 nüfus ile İstanbul'un en kalabalık 4. ilçesidir. Pendik ilçe merkezi belde ve köylerinin İstanbul toplam nüfusuna oranı %4.48 (4.45-0.03)' dir. 180.2 kilometrekare yüz ölçümüne sahip ilçede, kişi başına 3.2 kilometrekare alan düşmektedir (87). Karadeniz kıyısında kurulu olan Şile, 781.73 kilometrekare yüz ölçümü ile Anadolu Yakası'ndaki en büyük İstanbul ilçesidir. TÜİK'in hazırlamış olduğu 2012 yılı ADNKS verilerine göre merkezde 12.851, belde ve köylerde 15.996 olmak üzere toplam 28.817 kişilik nüfusu ile İstanbul'un en düşük nüfusa sahip ikinci ilçesidir. Şile ilçe merkezi belde ve köylerinin İstanbul toplam nüfusuna oranı %2.1 (0.09-0.12)'dir. Kişi başına düşen 36 kilometrekare alan ile nüfus yoğunluğu İstanbul ortalamasının altındadır (87).

3.2.1.2 Okul seçimi

İstanbul'un Pendik ve Şile ilçelerinde ikamet eden ergen nüfusa ulaşmayı planladığımız çalışmamızın, araştırma bölgesi, bu ilçelerdeki genel liseler arasından rastgele seçilen Pendik Rauf Denктаş ve Şile 50. Yıl Lisesi olarak daraltılmıştır (Tablo 3.2)

Tablo 3.1 Pendik ve Şile ilçelerinde bulunan genel liselerin listesi

<u>Pendik Genel Liseleri</u>	<u>Şile Genel Liseleri</u>
80.YIL NUH ÇİMENTO LİSESİ ALPARSLAN LİSESİ ERCAN GÖRÜR LİSESİ FARUK NAFİZ ÇAMLİBEL LİSESİ G.ZEKİ OBDAN LİSESİ KAVAKPINAR LİSESİ ŞEVKET SABANCI LİSESİ KURTKÖY LİSESİ PENDİK LİSESİ RAUF DENKTAŞ LİSESİ TARIK BUĞRA LİSESİ	AĞVA LİSESİ 50.YIL LİSESİ

Rauf Denктаş Lisesi 1994-1995 eğitim öğretim yılında açılmıştır. 2886 metrekairelik alan üzerine kurulu okul 3 katlı olup, 15 derslikten oluşmaktadır. 47 öğretmen ve 2 rehber öğretmenin eğitim verdiği okulda ikili öğretim yapılmakta olup toplam 1106 öğrenci mevcuttur. Şile 50.Yıl Lisesi 1951-1952 eğitim öğretim yılında açılmıştır. O dönemlerde ortaokul statüsünde eğitim veren okulun binası bir süre sonra liseye dönüştürülerek, Şile 50. Yıl Lisesi adını almıştır. 14 Nisan 2003 tarihinden itibaren Şile 50. Yıl Çok Programlı Lisesi adıyla eğitim öğretime devam eden okulda genel lisenin yanında Muhasebe-Finansman ve Bilişim Teknolojileri bölümleri bulunmaktadır. Okulda 22 derslik ve 4 laboratuvar bulunmaktadır. 27 öğretmen ve 1 rehber öğretmenin eğitim verdiği okulda 45 yatılı, 560 gündüzlü olmak üzere toplam 605 öğrenci mevcuttur (88).

3.2.2 Araştırma örnekleminin seçimi

3.2.2.1 Örneklem sayısının belirlenmesi

Lise popülasyonunda görülen şizotipal özelliklerin %95 güven aralığında, %1 hata payı ile taranabilmesi için Şile'den 208, Pendik'ten 302 olmak üzere toplam 510 kişinin çalışmaya dâhil edilmesi gerektiği hesaplanmış, benzer çalışmalarda doğru yanıt oranının % 80-85 civarında olduğu hesaplanarak, % 15-20'lik bir örneklem sayısı daha eklenmiş ve örneklemin 610 kişiden oluşturulması kararlaştırılmıştır.

3.2.2.2 Örneklem seçim yöntemi

Küme örnekleme yöntemi ile seçilmiş Pendik Rauf Denктаş ve Şile 50 Yıl Liselerinde eğitim gören dağılım yüzdesi ve toplam nüfusu hedef kitemize uyan 16 yaşında olan öğrenci grubunun tamamının, çalışma örnekleminizi oluşturmasına karar verilmiştir.

3.2.2.3 Dâhil olma ve dışlama kriterleri

Araştırmanın dâhil etme ölçütleri araştırmanın yapıldığı ilçe sınırları içinde en az 1 yıldır ikamet ediyor olmak ve 16 yaşını doldurmuş olmaktır. Araştırmanın dışlama ölçütleri ise verilen ölçekleri o anda yapmaya engel olacak derecede zihinsel veya

bedensel hastalığa sahip olmak, ikamet bölgesinde 1 yıldan kısa yaşıyor olmak ve 16 yaşın dışında bulunmaktır.

3.3 Verilerin toplanması

Okul yönetiminden, 16 yaşını doldurmuş öğrencilerin bulunduğu tüm sınıflar ile ilgili bilgi alınmıştır. Öğrencilerin rehberlik ders saatlerinde, anket uygulanmıştır. Anket dağıtılmadan önce, çalışmanın amacı katılımcılara aktarılmıştır. Anketin uygulanması yarım ders saati sürmüştür, araştırmacı anketin doldurulması sırasında sınıf içinde gözlemci olarak bulunmuştur. Uygulama sırasında güvenilirliği artırmak için sınıf öğretmenlerinin sınıfta bulunmamasına ve öğrencilerin sıralarda tek tek oturmasına özen gösterilmiş, anketler isimsiz doldurulmuş ve karışık olarak, kapalı bir zarf içinde toplanmıştır. Verilerin toplanması her iki okulda da 4'er gün sürmüştür.

3.3.1 Veri toplama araçları

Bilgilendirilmiş onam ile başlayan formun ilk bölümde katılımcıdan; genel demografik bilgiler, sosyoekonomik konum, ikamet bölgesinin genel özellikleri, göç ve hareketlilik öyküsü, psikososyal stres kaynakları, psikososyal destek sistemleri ve psikiyatrik özgeçmiş ve soygeçmiş gibi veriler alınmıştır. İkinci bölümde ise ikamet bölgesindeki toplumsal kontrol, birliktelik ve güven, biliş ve dezorganizasyon hakkında fikir veren Toplumsal Sermaye Ölçeği ve şizotipal özellikler hakkında fikir veren Şizotipal Kişilik Ölçeği'nin kısa formu kullanılmıştır.

3.3.1.1 Sosyodemografik veri formu

Genel demografik bilgiler, sosyoekonomik konum, ikamet bölgesinin genel özellikleri, göç ile hareketlilik öyküsü, psikososyal stres kaynakları, psikososyal destek sistemleri, geçmiş psikiyatrik öykü ve birinci derece yakında psikiyatrik zorlanma sorgulanmıştır.

3.3.1.2 Şizotipal kişilik ölçeği kısa form (ŞKÖ-KF)

Raine ve Benisay tarafından geliştirilmiş (89); Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Ayçiçeği ve arkadaşları tarafından yapılmış (90) bu ölçeğin adölesan yaş grubuna da

uygulanabileceği gösterilmiştir (91). Evet ya da hayır şeklinde dikotom yanıtlanan 22 sorudan oluşmaktadır. Toplam skor 0 ile 22 arasındadır. 15 ve üstü puan alanlar yüksek psikoz riski taşımaktadır (89,90,91). Birçok çalışmacı ölçeğin kişilerarası, bilişsel-algısal ve dezorganizasyon içeren en az üç faktörlü heterojen yapısını desteklemiştir (89,91). Kişilerarası; sosyal anksiyete, sosyal izolasyon ve künt duygulanımı (S1, S7, S11, S14, S15, S18, S20, S21, S22), bilişsel ve algısal; referans, paranoid, büyüsel düşünce ve sıra dışı algısal deneyimi (S2, S4, S5, S9, S10, S12, S16, S17), dezorganizasyon; garip davranış, düşünme ve konuşmayı (S3, S6, S8, S13, S19) içermektedir. Bu anlamda, bilişsel algısal alt ölçeğin pozitif psikotik boyuta, kişilerarası alt ölçeğin negatif psikotik boyuta, ve dezorganizasyon alt ölçeğinin de bilişsel dezorganizasyon boyutuna karşılık geldiğini söylemek mümkündür (92).

3.3.1.3 Toplumsal sermaye ölçeği (TSÖ)

Yerleşim yerinin toplumsal özelliklerini araştırmak için geliştirilen bu ölçek, ikamet edilen mahalenin toplumsal sermaye düzeyini saptamaya yönelik, 24 soru içermektedir. İlk beş soru ile toplumsal kontrol ve normlar, sonraki sekiz soru ile toplumsal birlikteliğin özelliği ve bilişsel atıflar, son sekiz soru ile toplumsal düzen sorgulanmaktadır (85). Binbay ve ekibi tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır (1).

'Mahallenizde yaşayanlar' diye başlayan ilk kısımda (Gündelik Toplumsal Kontrol - Informal Social Control - ISC) 5 soru vardır ve kişinin her soruya verdiği yanıtlar toplanır. 'Yaşadığınız Mahalle' diye başlayan ikinci kısım (Toplumsal İçicelik ve Güven - Social Cohesion and Trust - SCT): ilk 8 soruyu kapsamakta ve hesaplaması şu şekildedir: S1 + S2 + S3 + S4ters + S5ters + S6ters + S7ters + S8. 'Yaşadığınız Mahalle' diye başlayan ikinci kısmın son üç sorusu (Bilişsel Sosyal Sermaye - Cognitive Social Capital): Soru9 + S10 + S11ters ve 'Aşağıdaki Olaylar' diye başlayan son kısımda 'Mahalle İçi Düzen' sorgulanmakta ve verilen 8 yanıt doğrudan toplanmaktadır (85).

3.4 Araştırma değişkenleri ve istatistiksel yöntem

Cinsiyet, doğum yeri, ders başarısı, hane reisinin eğitim ve meslek özellikleri, hane gelir durumu, barınma biçimi, göç ve hareketlilik öyküsü, ebeveynde ölüm yada ayrılık varlığı, okulda baskı ve ayrımcılığa maruz kalma durumu, ebeveyn ile ilişki özellikleri, kendinde ya da birinci derece yakında ruhsal/psikolojik zorlanma ya da tedavi öyküsü ve ikamet bölgesinin toplumsal sermaye düzeyi BAĞIMSIZ değişkenler olarak ele alınmıştır. İlk bölümde yerleşim bölgesi bağımlı, şizotipi skoru bağımsız değişkenler olarak ele alınmıştır. ikinci bölümde ise yerleşim bölgesi bağımsız, şizotipi skoru ise bağımlı değişken olmuştur.

İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007&PASS (Power Analysis and Sample Size) 2008 Statistical Software (Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (ortalama, standart sapma, medyan, sıklık, oran) yanısıra normal dağılım gösteren parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Student test kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis test ve farklılığa neden çıkan grubun tespitinde ve iki gruba göre değerlendirmelerde Mann Whitney U test kullanıldı. Ölçek puanları arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesinde Spearman's korelasyon analizi kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare testi ve Fisher-Freeman Halton test kullanıldı. Şizotipal Kişilik Ölçeği toplam puanı sınıflamasında yüksek risk grubuna etki eden değişkenlerin etkileri değerlendirilmesinde Multivariate Lojistik Regresyon analizi kullanıldı. Sonuçlar % 95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

4. BULGULAR

4.1 Katılımin Değerlendirilmesi

Çalışmaya dâhil edilmesi planlanmış 610 kişiden; 7'si katılımı reddettiği, 6'sı çalışma sırasında okulda bulunmadığı, 3'ü ise lisenin bulunduğu semtte 1 yıldan az yaşadığını beyan ettiği için çalışma dışı kalmıştır. Veli ve öğrenci onamları alınmış, veri formunun kalitesi yeterli olan 594 kişi araştırma kapsamına alınmıştır (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Çalışmaya katılımın değerlendirilmesi

	PENDİK	ŞİLE	TOPLAM
	KİŞİ SAYISI (n)	KİŞİ SAYISI(n)	KİŞİ SAYISI(n)
HESAPLANAN	360	250	610
KATILIMI REDDEDEN	2	5	7
ULAŞILAMAYAN	2	4	6
ÇALIŞMA DIŞI KALAN	1	2	3
ÖRNEKLEM	355	239	594
	Katılım Oranı(%)	Katılım Oranı(%)	Katılım Oranı(%)
	%98	%95.6	%97.3

4.2 Bireysel ve Toplumsal Veriler ile İkamet Bölgesinin İlişkisi

Bu bölümde, İstanbul'un iki farklı nüfus yoğunluğuna sahip bölgesinde yaşayan örneklem gruplarından topladığımız bireysel ve toplumsal veriler derlenmiş; sorguladığımız gösteregeler ile ikamet edilen bölge arasındaki ilişkiye bakılmıştır.

4.2.1 Genel demografik veriler

Pendik ve Şile grubu cinsiyet açısından karşılaştırıldığında, $p=0.0001$ olduğu ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma bulunduğu görülmüştür. Kadınların % 70.1'inin ($n=197$) ikamet bölgesi Pendik'tir (Tablo 4.2).

Pendik ve Şile grubu alınan son karne açısından karşılaştırıldığında, $p=0.005$ olduğu ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma bulunduğu görülmüştür. Son karnesi ile herhangi bir başarı belgesi alamayanların %66'sı ($n=120$) veya son karnesinde en az bir zayıfı bulunanların %60.5'i ($n=159$) Pendik'te ikamet etmektedir (Tablo 4.2).

Pendik ve Şile grubu doğum bölgesi açısından karşılaştırıldığında, $p=0.015$ olduğu ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılaşma bulunduğu görülmüştür. Büyükşehirde doğduğunu beyan edenlerin % 66.6'sı ($n=122$) Pendik'te, kasabada doğduğunu beyan edenlerin % 83.4'ü ($n=5$) Şile'de yaşamaktadır (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Pendik ve Şile gruplarının genel demografik verilerinin karşılaştırılması

DEĞİŞKEN	PENDİK		ŞİLE		TOPLAM SAYI (%100)	p
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)		
CİNSİYET						0.0001**
Kadın	197	70.1	84	29.9	281	
Erkek	156	49.8	155	50.2	311	
DOĞUM YERİ						*0.015*
Büyükşehir	122	66.6	61	33.4	183	
İl	63	55.2	51	44.8	114	
İlçe	147	59.5	100	40.5	247	
Kasaba	1	16.6	5	83.4	6	
Köy	18	46.1	21	54.9	39	
SON KARNE						0.005**
Takdir/Teşekkür	69	48.9	72	51.1	141	
Düz	120	66.7	60	33.3	180	
En az bir zayıf	159	60.5	104	39.5	263	

Ki kare test

*Fisher Freeman Halton test

* $p<0.05$

** $p<0.01$

4.2.2 Sosyoekonomik veriler

Pendik ve Şile grubu yaşanan yerleşim birimin kentleşme özelliği açısından karşılaştırıldığında, $p=0.001$ olduğu ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma bulunduğu görülmüştür. Kırsal bölgede yaşadığını beyan eden grubun %88.1'i ($n=119$) Şile'de, yeterli altyapı, sosyal donatıya sahip kentsel yerleşim bölgesi ya da lüks konut bölgesinde yaşadığını beyan eden grubun %73.7'si ($n=239$) Pendik'te ikamet etmektedir.

Pendik ve Şile grubu barınma biçimi açısından karşılaştırıldığında, $p=0.001$ olduğu ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma bulunduğu

görülmüştür. Akrabaya ya da tanıdığına ait bir apartmanda ücret vermeden barınan grubun %82.7'sinin (n=67) Pendik'te ikamet ettiği görülmüştür.

Pendik ve Şile grubu hane reisinin mesleği açısından karşılaştırıldığında, $p=0.001$ olduğu ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma bulunduğu görülmüştür. Hane reisi çiftçi olan grubun % 80'i (n=16) Şile'de, beyaz yakalı çalışan olan grubun % 93.3'ü (n=14) Pendik'te ikamet etmektedir (Tablo 4.3).

Pendik ve Şile grubu hane reisinin eğitim durumu açısından karşılaştırıldığında, $p=0.008$ olduğu ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma bulunduğu görülmüştür. Hane reisi okur yazar olmayan grubun % 75'inin (n=3) Şile'de, hane reisi fakülte mezunu olan grubun % 79.2'sinin (n=38) ise Pendik'te ikamet ettiği görülmüştür.

Pendik ve Şile grubu hanenin aylık gelir durumu açısından karşılaştırıldığında, $p=0.588$ olduğu ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma bulunmadığı görülmüştür.

Tablo 4.3. Pendik ve Şile gruplarının sosyoekonomik verilerinin karşılaştırılması

DEĞİŞKEN	PENDİK		ŞİLE		TOPLAM SAYI (%100)	p
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)		
YERLEŞİM BİRİMİ						0.001*
Kırsal yerleşim	16	11.9	119	88.1	135	
Düzensiz/Az düzenli kentsel	99	76.2	31	23.8	130	
Düzenli kentsel/Lüks yerleşim	239	73.7	84	26.3	323	
BARINMA BİÇİMİ						0.001**
Ebeveyne ait ev	184	55.1	150	44.9	234	
Akrabaya/Tanıdığa ait ev	67	82.7	14	17.3	81	
Lojman	12	57.1	9	42.9	21	
Kira	86	57.3	64	42.7	150	
HANE REİSİ EĞİTİMİ						^a0.008**
Okur-yazar değil	1	25	3	75	4	
İlkokul	97	54.2	82	45.8	179	
Orta okul	77	57	58	43	135	
Lise	116	60.1	77	39.9	195	
Yüksekokul (2 yıl)	24	75	8	25	99	
Fakülte (4 yıl)	38	79.2	10	20.8	48	
HANE REİSİ MESLEĞİ						^a0.001**
Fabrika/İşletme sahibi	18	72	7	8	25	
Yönetici müdür	25	83.3	5	5	30	
Doktor/Mühendis/Avukat	14	93.3	1	6.7	15	
Öğretmen/Hemşire/Memur	36	56.3	28	43.7	64	
Esnaf	61	54	52	46	113	
Çifçi	4	20	16	80	20	
Vasıflı işçi	123	65.1	66	34.9	189	
Vasıfsız işçi	41	50	41	50	82	
GİDERE GÖRE GELİR						0.588
Gelir yüksek	138	60	92	40	230	
Aynı	180	58.8	126	41.2	306	
Gider yüksek	33	63.4	19	36.6	52	

Ki kare test

^aFisher Freeman Halton test

*p<0.05

**p<0.01

4.2.3 Göç verileri

Pendik ve Şile grubu hareketlilik ve göç öyküsü açısından karşılaştırıldığında, $p=0.563$ ve $p=0.290$ olarak hesaplanmış ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma bulunmamıştır

Tablo 4.4. Pendik ve Şile gruplarının göç ve hareketlilik verilerinin karşılaştırılması

DEĞİŞKEN	PENDİK		ŞİLE		TOPLAM SAYI (%100)	p
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)		
YAŞADIĞIN YERDE KAÇ YILDIR OTURUYORSUN						0.563
Doğumdan beri	125	58.4	89	41.6	214	
5 yıldan uzun süredir yok	110	63.8	65	36.2	175	
5 yıldan kısa süredir yok	115	57.7	84	42.3	199	
EBEVEYNDE GÖÇ ÖYKÜSÜ						0.290
Var	252	64.7	137	35.3	389	
Yok	103	50	102	50	204	

Ki kare test

4.2.4 Psikososyal veriler

Pendik ve Şile grubu okulda baskı ve ayrımcılığa maruziyet durumu açısından karşılaştırıldığında, $p=0.025$ olduğu ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma bulunduğu görülmüştür. Son 1 yıl içinde okul hayatında baskı ve ayrımcılığa sıklıkla maruz kaldığını beyan eden grubun % 73.5'i (n=25) Pendik'te ikamet etmektedir (Tablo 4.5)

Ebeveyn ile ilişkilenme düzeyi ikamet bölgesine göre anlamlı derecede farklılaşma göstermektedir ($p=0.003$). Ebeveynleri ile olan ilişkisini kötü düzeyde beyan eden grubun % 75.3'ü (n=52) Pendik'te yaşamaktadır. Ebeveynlerin okul aktivitelerine, sosyal faaliyetlere ve dayanışma gecelerine katılmadığını beyan eden grubun % 68.4'ü Pendik'te yaşamakta (n=165); bu parametre ile ikamet edilen bölge açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma saptanmaktadır ($p=0.001$) (Tablo 4.5).

Ebeveyn ölümü ya da ayrılığı öyküsü ikamet bölgesi açısından karşılaştırıldığında, $p=0.727$ ve $p=0.564$ olarak hesaplanmış ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma gözlenmemiştir (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Pendik ve Şile gruplarının psikosyal verilerinin karşılaştırılması

DEĞİŞKEN	PENDİK		ŞİLE		TOPLAM SAYI (%100)	p
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)		
ANNE BABA AYRILIĞI						
Var	27	55.1	22	44.9	49	0.564
Yok	328	60.1	217	38.9	545	
ANNE BABA ÖLÜMÜ						
Var	6	37.5	10	62.5	16	0.727
Yok	349	60.3	229	39.7	578	
OKULDA BASKI VE AYRIMCILIK						
Hiç	297	60.9	191	39.1	488	0.025*
Arada bir	34	53.1	30	46.9	64	
Sık sık	25	73.5	9	26.5	34	
EBEVEYNLE İLİŞKİ						
İyi	198	76.1	162	23.9	260	0.003**
Ne iyine de kötü	100	64.1	56	35.9	156	
Kötü	52	75.3	17	24.7	69	
EBEVEYN OKUL KATILIMI						
Hiç	165	68.3	75	32.7	237	0.001**
Arada	86	50.2	85	49.8	171	
Çoğunlukla	106	57.6	78	42.4	184	

Ki kare test

*p<0.05

**p<0.01

4.2.5 Ruh sağlığı verileri

Sorguladığımız ruhsal/psikolojik sağlık ya da hastalık verilerinin dağılımı aşağıdaki tabloda yer almaktadır. Pendik ve Şile grubu son 5 yıl içinde ruhsal/psikolojik bir zorlanma açısından karşılaştırıldığında $p=0.054$ olduğu ve iki grup arasında bu özellik açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma bulunmadığı görülmüştür. Son 5 yıl içinde ruhsal/psikolojik tedavi öyküsü ikamet bölgesi açısından karşılaştırıldığında, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma saptanmamıştır ($p=0.546$). Birinci derece akrabalarda ruhsal/psikolojik zorluk öyküsü ikamet bölgesi açısından karşılaştırıldığında, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma saptanmamıştır ($p=0.361$).

Tablo 4.6 Pendik ve Şile gruplarının ruh sağlığı verilerinin karşılaştırılması

DEĞİŞKEN	PENDİK		ŞİLE		TOPLAM SAYI (%100)	p
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)		
SON 5 YILDA RUHSAL /PSİKOLOJİK ZORLUK						0.054
Var	129	65.2	69	34.8	198	
Yok	226	56.9	171	43.1	397	
SON 5 YILDA RUHSAL/PSİKOLOJİK TEDAVİ BAŞVURUSU						0.546
Var	14	53.8	12	46.7	26	
Yok	336	59.8	226	40.2	562	
BİRİNCİ DERECE AKRABADA RUHSAL/PSİKOLOJİK ZORLUK						0.361
Yok	307	58.8	215	41.2	522	
Tedavi ihtiyacı yok	20	62.5	12	37.5	32	
Tedavi ihtiyacı var	28	70	12	30	40	

Ki kare test

4.2.6 Toplumsal sermaye verileri

Pendik ve Şile bölgelerinde toplumsal sermaye ölçeğinin, toplumsal kontrol puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmektedir ($p<0.01$). Pendik bölgesinde toplumsal kontrol puanı anlamlı düzeyde yüksektir. Pendik ve Şile bölgelerinde toplumsal sermaye ölçeğinin, toplumsal düzensizlik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmektedir ($p<0.01$). Şile bölgesinde toplumsal düzensizlik puanı anlamlı düzeyde yüksektir.

Toplumsal içiçelik ve güven ile toplumsal biliş puanları gruplara göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Tablo 4.7. Toplumsal sermaye ölçeği puanlarının dağılımı

	Toplam	Şile	Pendik	p
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	
Toplumsal Kontrol	11.18±3.87	10.27±3.37	11.79±4.06	0.001**
Toplumsal İçiçelik ve Güven	22.10±3.99	21.82±4.29	22.29±3.77	0.153
Toplumsal Biliş	8.69±2.45	8.85±2.26	8.58±2.56	0.177
Toplumsal Düzensizlik	26.09±5.58	27.42±5.13	25.19±5.70	0.001**

Student t test

** $p<0.05$

4.2.7 Şizotipi ölçeği (ŞKÖ-KF: Şizotipal Kişilik Ölçeği-Kısa Form)

Şizotipal kişilik ölçeğinin toplam skorunun yanında, 3 alt boyutu ve psikoz için risk boyutu da değerlendirmeye alınmıştır. ŞKÖ-KF kullanılarak yapılan değerlendirme sonucunda Pendik ile Şile gruplarındaki şizotipal belirti ve bulguların ortalamaları anlamlı derecede farklılaşmıştır (Tablo 4.8). Tüm örneklemin ŞKÖ-KF puanı 9.76 ± 4.51 olarak saptanmış; Pendik örnekleminin bütün alt skorlarda ortalamasının üstünde puanlar aldığı görülmüştür ($p=0.016$). İkamet bölgesi ile ŞKÖ-KF puanı arasında istatistiksel olarak farkı yaratan ilişkinin şizotipi negatif alt boyut skorlarından kaynaklandığı belirlenmiştir ($p=0.036$). ŞKÖ-KF TOPLAM puana göre yapılan sınıflamada. Şile bölgesinde yüksek riskli %10.6 olgu bulunurken; Pendik bölgesinde %15.8 oranındadır.

Tablo 4.8. Şizotipi ölçeği alt boyutlarının gruplara göre karşılaştırmaları

	Toplam	Şile	Pendik	<i>p</i>
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	
ŞKÖ-KF				
TOPLAM	9.76±4.51	9.22±4.47	10.13±4.51	0.016*
KİŞİLERARASI	3.98±2.34	3.75±2.21	4.14±2.41	0.036*
BİLİŞSEL ALGISAL	3.68±1.88	3.55±1.94	3.78±1.85	0.162
DEZORGANİZE	1.99±1.39	1.92±1.36	2.04±1.42	0.356
	n (%)	n (%)	n (%)	
DÜŞÜK RİSKLİ	519 (%86.4)	215 (%89.6)	304 (%84.2)	
YÜKSEK RİSKLİ	82 (%13.6)	25 (%10.4)	57 (%15.8)	

ŞKÖ-KF: Şizotipal Kişilik Ölçeği-Kısa Form

Mann Whitney U test

* $p<0.05$

4.3 Korelasyon Analizi Verileri

Toplumsal kontrol ile toplam şizotipi skorları arasında pozitif yönde (toplumsal kontrol arttıkça şizotipi toplam puanı da artmış) anlamlı ilişki görülmektedir ($r=0.120$; $p<0.01$); bilişsel algısal (ilişki, gücü zayıf) ve dezorganize alt ölçek puanları ile de pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($r=0.083$; $r=0.115$. $p<0.01$) (Tablo 4.9).

Toplumsal Biliş ile toplam şizotipi skorları, kişilerarası ve bilişsel algısal puanları arasında, negatif yönde (toplumsal biliş arttıkça ŞKÖ-KF puanları düşmekte) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0.01$). İlişki

negatif yönlüdür ve istatistiksel olarak anlamlı olmasına rağmen ilişkinin gücü zayıftır.

Toplumsal dezorganizasyon ile tüm şizotipi skorları (toplam ve alt ölçekler) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0.05$) Bu ilişki, gücü zayıf ve negatif yönlüdür.

Tüm toplumsal sermaye sonuçlarını değerlendirdiğimizde, şizotipi toplam skoru ve bilişsel algısal skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı, düşük seviyede ve negatif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0.01$) (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. ŞKÖ-KF ile TSÖ skorları arasındaki ilişkinin korelasyon analizi

		ŞKÖ-KF TOPLAM	KİŞİLERARASI	BİLİŞSEL ALGISAL	DEZORGANİZE
TOPLUMSAL	r	0.120	0.049	0.083	0.115
KONTROL	p	0.003**	0.231	0.043*	0.005**
TOPLUMSAL	r	-0.060	-0.006	-0.080	-0.078
İÇİCELİK VE GÜVEN	p	0.145	0.876	0.059	0.055
TOPLUMSAL	r	-0.217	-0.173	-0.149	-0.063
BİLİŞ	p	0.001**	0.001**	0.001**	0.125
TOPLUMSAL	r	-0.193	-0.115	-0.207	-0.117
DEZORGANİZASYON	p	0.001**	0.005**	0.000**	0.004**
TOPLUMSAL	r	-0.118	-0.071	-0.142	-0.071
SERMAYE	p	0.001**	0.083	0.000**	0.085

ŞKÖ-KF: Şizotipal Kişilik Ölçeği-Kısa Form

Spearman's korelasyon analizi

* $p<0.05$

** $p<0.01$

4.4 Bireysel ve Toplumsal Göstergeler ile Şizotipal Özellikler Arasındaki İlişki

4.4.1 Genel demografik veriler

Genel demografik verilerimiz ile ŞKÖ-KF ortalama puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; ŞKÖ-KF toplam ve kişiler arası alt ölçek puanları kadınlarda anlamlı derecede yüksek saptanmıştır ($p<0.01$). Bilişsel algısal ve dezorganize alt ölçek puan ortalamaları da kadınlarda daha yüksek olma eğilimi gösterse de bu fark istatistiğe anlamlı olarak yansımamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.10).

Örneklem grubunun ortalama ŞKÖ-KF toplam puanlarının dağılımı ile doğum yerinin özelliği arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmemektedir ($p>0.05$) (Tablo 4.9). ŞKÖ-KF toplam puan ortalamasının köyde ya da kasabada

doğduğunu beyan edenlerde en düşük (9.0 ± 1.85), büyükşehirde doğduğunu beyan edenlerde ise en yüksek olduğu görülmüştür (10.02 ± 3.75).

Örnekleminizdeki öğrencilerin son aldıkları karne durumu ile ŞKÖ-KF bilişsel algısal alt ölçek puanları anlamlı derecede ilişkili bulunmuş ($p<0.05$). Son karnede takdir ya da teşekkür olan grubun ŞKÖ-KF bilişsel algısal puan ortalaması diğerlerinden yüksek bulunmuştur. Son karnede en az bir zayıf olan grubun ŞKÖ-KF bilişsel algısal alt ölçek puanlarının, ortalama olan gruptan daha yüksek çıktığı görülmüştür (Tablo 4.10a)

Tablo 4.10. ŞKÖ-KF skorlarının dağılımı ile genel demografik göstergelerin ilişkisi

		ŞKÖ-KF			
		TOPLAM	KİŞİLER ARASI	BİLİŞSEL ALGISAL	DEZORGANİZE
		Ort±SD (medyan)	Ort±SD (medyan)	Ort±SD (medyan)	Ort±SD (medyan)
CİNSİYET	Kız	10.27±4.1 (11)	4.32±2.23 (4)	3.88±1.74 (4)	2.07±1.41 (2)
	Erkek	9.28±4.78 (10)	3.74±2.36 (4)	3.58±1.95 (4)	1.94±1.39 (2)
	^a p	0.008**	0.003**	0.105	0.245
DOĞUM YERİ	Büyükşehir	10.03±4.5 (10)	4.07±2.32 (4)	3.89±1.88 (4)	2.05±1.45 (2)
	İl	9.82±4.02 (10)	4.17±2.3 (4)	3.67±1.69 (4)	1.95±1.39 (2)
	İlçe	9.69±4.8 (10)	4.01±2.36 (4)	3.67±1.91 (4)	1.99±1.33 (2)
	Kasaba	9.33±3.5 (9)	3.17±1.94 (3.5)	4±1.67 (4.5)	2.67±1.63 (2.5)
	Köy	9±4.24 (8)	3.69±2.15 (4)	3.41±2.04 (3)	1.92±1.51 (1)
	^b p	0.559	0.702	0.392	0.801

ŞKÖ-KF: Şizotipal Kişilik Ölçeği-Kısa Form

^aMann Whitney U test

^bKruskal Wallis test

**p<0.01

Tablo 4.10a. ŞKÖ-KF skorlarının dağılımı ile ders başarısı ilişkisi

		ŞKÖ-KF			
		TOPLAM	KİŞİLERARASI	BİLİŞSEL ALGISAL	DEZORGANİZE
		Ort±SD (medyan)	Ort±SD (medyan)	Ort±SD (medyan)	Ort±SD (medyan)
Son	Takdir				
Karne	Teşekkür	9.86±4.17 (10)	3.86±2.19 (4)	3.99±1.82 (4)	2.06±1.30 (2)
	Orta	9.20±4.88 (10)	3.88±2.49 (4)	3.44±1.88 (4)	1.87±1.48 (2)
	En az bir zayıf	10.14±4.33 (10)	4.22±2.23 (4)	3.78±1.85 (4)	2.09±1.37 (2)
^a p		0.093	0.175	0.028*	0.143

ŞKÖ-KF: Şizotipal Kişilik Ölçeği-Kısa Form

Kruskal Wallis test

*p<0.05

4.4.2 Sosyoekonomik veriler

Tabloda çalışmamızda ele alınmış bazı sosyoekonomik göstergelerin verileri ile ŞKÖ-KF puan ortalamaları arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Örneklemin ŞKÖ-KF

puanlarının dağılımı ile hane reisinin meslek ya da eğitim özellikleri arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (Tablo 4.11).

Aylık gelir düzeyi ile ŞKÖ-KF toplam ve bilişsel algısal alt ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmış ($p<0.01$); aylık hane gelirin giderlerden ve giderin gelirlerinden daha çok olduğunu beyan eden iki grubun ŞKÖ-KF toplam ve bilişsel algısal puan ortalaması diğer gruptan daha yüksek saptanmıştır (Tablo 4.11).

Barınma biçimi ile ŞKÖ-KF toplam puan arasında anlamlı bir ilişki saptanmış; hane mülkiyeti aileye ya da bir tanıdığa ait olan evde barınan grubun ŞKÖ-KF toplam puanının daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0.01$) (Tablo 4.11).

Tablo 4.11. ŞKÖ-KF skorlarının dağılımı ile sosyoekonomik göstergelerin ilişkisi

	ŞKÖ-KF				
	TOPLAM	KİŞİLERARASI	BİLİŞSEL ALGISAL	DEZORGANİZE	
	Ort±Sd (Medyan)	Ort±Sd (Medyan)	Ort±Sd (Medyan)	Ort±Sd (Medyan)	
Baba Meslek	Fabrika İşletme Sahibi	9.88±3.68(10)	3.72±2.15(3)	4.12±1.79 (4)	2.12±1.54 (2)
	Yönetici Müdür	8.63±4.36 (8)	3.07±2.2 (3)	3.57±1.79 (4)	1.83±1.29 (2)
	Doktor-Mühendis-Avukat	13.2±4.74 14)	5.73±2.37 (6)	4.87±1.64 (5)	2.47±1.6 (3)
	Öğretmen-Hemşire-Memur	9.33±4.76 10)	3.78±2.35(4)	3.69±1.91 (4)	1.83±1.36 (2)
	Esnaf	9.85±4.51(11)	3.98±2.23 (4)	3.84±2.01 (4)	2±1.4 (2)
	Çiftçi	9±4.17 (9)	4.15±2.21 (4)	2.95±1.36 (3)	2.05±1.32 (2)
	Vasıflı İşçi	10.07±4.15(10)	4.21±2.29 (4)	3.79±1.71 (4)	2.07±1.33 (2)
	Vasıfsız İşçi	9.45±4.89(10)	3.95±2.28 (4)	3.49±1.95 (4)	2.05±1.52 (2)
	p	0.097	0.065	0.074	0.840
Baba Eğitim	Okur-Yazar Değil	8.75±3.86 (10.5)	3.5±1.29 (3.5)	3.5±2.08 (3.5)	1.25±1.5 (1)
	İlkokul	9.87±4.48 (10)	4.2±2.36 (4)	3.7±1.88 (4)	1.99±1.29 (2)
	Ortaokul/İlköğretim	9.73±4.6 (10)	4±2.3(4)	3.66±1.8(4)	1.99±1.52 (2)
	Lise	9.24±4.42 (10)	3.75±2.25 (4)	3.51±1.93 (4)	2.03±1.41 (2)
	Yüksekokul (2 Yıl)	10.81±4.91(10)	4.25±2.63 (4)	4.22±1.84 (4)	2.16±1.46 (2)
	Yüksekokul/Fakülte (4 Yıl)	10.67±4.31 (10.5)	4.38±2.37 (4.5)	4.33±1.49 (5)	1.9±1.26 (2)
	p	0.444	0.424	0.055	0.874
Barınma Biçimi	Hane Halkına Ait Ev	9.53±4.5(10)	3.89±2.26 (4)	3.66±1.88 (4)	1.97±1.41 (2)
	Aileye/Tanıdığa Ait Ev-Aile Apartmanı	10.8±4.54 (12)	4.42±2.44 (5)	4.11±1.84 (4)	2.25±1.26 (2)
	Lojman	8.62±5.08 (9)	3.67±2.61 (3)	3.52±2.04 (3)	1.43±1.4 (1)
	Kira	10.07±4.32(10)	4.19±2.3 (4)	3.78±1.78 (4)	2.07±1.42 (2)
	p	0.046*	0.233	0.290	0.065
Aylık Gidere Göre Gelir	Gelir lehine	9.9±4.3 (10)	3.98±2.3 (4)	3.88±1.9 (4)	2.06±1.3 (2)
	Aynı	9.3±4.6 (10)	3.99±2.3 (4)	3.44±1.7 (4)	1.91±1.4 (2)
	Gider lehine	11.2±4.7 (12)	4.43±2.4 (4.5)	4.43±1.9 (5)	2.28±1.6 (2)
	p	0.005**	0.372	0.001**	0.164

ŞKÖ-KF: Şizotipal Kişilik Ölçeği-Kısa Form

Kruskal Wallis test

*p<0.05

**p<0.01

4.4.3 Göç verileri

Hareketlilik ile ŞKÖ-KF skorlarının dağılımında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.12). Göç öyküsü olanlarda bilişsel algısal puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır (p<0.05). Göç öyküsüne göre toplam puan, kişiler arası ilişkiler ve dezorganize puanları anlamlı farklılık göstermemektedir (Tablo 4.12).

Tablo 4.12. ŞKÖ-KF skorlarının dağılımı ile göç göstergelerinin ilişkisi

		ŞKÖ-KF			
		TOPLAM	KİŞİLER ARASI	BİLİŞSEL ALGISAL	DEZORGANİZE
		Ort±SD (medyan)	Ort±SD (medyan)	Ort±SD (medyan)	Ort±SD (medyan)
Yaşadığın Yerde Oturma Süresi	Doğumdan beri	9.4±4.5 (10)	3.8±2.3 (4)	3.5±1.8 (4)	1.98±1.4 (2)
	5 yıldan uzun	10.1±4.4 (11)	4.1±2.4 (4)	3.9±1.9 (4)	1.99±1.3 (2)
	5 yıldan kısa	9.9±4.5 (10)	4.0±2.3 (4)	3.7±1.7 (4)	2.08±1.5 (2)
	^b p	0.297	0.516	0.330	0.777
Göç	Evet	9.98±4.29 (10)	4.05±2.28 (4)	3.84±1.81 (4)	2.04±1.38 (2)
	Hayır	9±4.24 (8)	3.69±2.15 (4)	3.41±2.04 (3)	1.92±1.51 (1)
	^a p	0.145	0.382	0.027*	0.240

ŞKÖ-KF: Şizotipal Kişilik Ölçeği-Kısa Form

^aMann Whitney U test

^bKruskal Wallis test

*p<0.05

4.4.4 Ruh sağlığı verileri

Son 5 yıl içinde yaşanan ruhsal/psikolojik zorlanma ya da son 5 yıl içinde ruhsal/psikolojik tedavi arayışı ile ŞKÖ-KF toplam ve tüm alt skorlar anlamlı derecede ilişkilenebilir. Birinci derece akrabalarda herhangi bir ruhsal/psikolojik zorlanma bildiren grupta ŞKÖ-KF toplam ve tüm alt ölçek skorlarının ortalamaları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p<0.01) (Tablo 4.13).

Son 5 yıl içinde ruhsal/psikolojik zorlanma için tedavi başvurusu olan grubun ŞKÖ-KF toplam ve alt ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p<0.01) (Tablo 4.13).

ŞKÖ-KF skorları birinci derece akrabada ruhsal zorlanma tarif etmeyenlerde en düşük; tedavi başvurusu olmadan iyileşenlerde biraz daha yüksek; tedavi görmüş olanlarda ise en yüksektir (p<0.01) (Tablo 4.13).

Tablo 4.13. ŞKÖ-KF skorlarının dağılımı ile ruh sağlığı göstergelerinin ilişkisi

		ŞKÖ-KF			
		TOPLAM	KİŞİLER ARASI	BİLİŞSEL ALGISAL	DEZORGANİZE
		Ort±SD (medyan)	Ort±SD (medyan)	Ort±SD (medyan)	Ort±SD (medyan)
Son 5 Yıl Ruhsal/ Psikolojik Zorlanma	Yok	8.67±4.35 (9)	3.67±2.27 (4)	3.33±1.84 (3)	1.71±1.31 (2)
	Var	11.95±4.04(12)	4.72±2.28 (5)	4.50±1.66 (5)	2.60±1.36 (3)
	^a p	0.001**	0.001**	0.001**	0.001**
Son 5 Yıl Ruhsal/ Psikolojik Tedavi Başvurusu	Yok	9.66±4.51(10)	3.98±2.33 (4)	3.67±1.85 (4)	2.00±1.39 (2)
	Var	12.04±3.30(12)	4.77±1.84 (4.5)	5.04±1.68 (5)	2.19±1.41 (2)
	^a p	0.001**	0.001**	0.001**	0.001**
Birinci Derece Akraba Ruhsal/ Psikolojik Zorlanma	Yok	9.45±4.5(10)	3.91±2.3 (4)	3.60±1.9 (4)	1.93±1.4 (2)
	Tedavi ihtiyacı yok	11.56±3.3 (12)	4.41±2.1(5)	4.53±1.5 (5)	2.53±1.2 (3)
	Tedavi ihtiyacı var	12.2±4.5 (12)	5.10±2.4 (5.5)	4.58±1.8 (5)	2.48±1.4 (3)
	^b p	0.001**	0.008**	0.001**	0.005**

ŞKÖ-KF: Şizotipal Kişilik Ölçeği-Kısa Form

^aMann Whitney U test

^bKruskal Wallis test

**p<0.01

4.4.5 Psikososyal veriler

Çalışmamızda ebeveyn ayrılığı ile ŞKÖ-KF skorlarının dağılımı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0.05). Çalışmamızda, ebeveyn kaybı olanlarda ŞKÖ-KF skorlarından dezorganize skoru anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır (p<0.05). Diğer ŞKÖ-KF skorları ebeveyn kaybına göre anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0.05) (Tablo 4.14).

Son 5 yıl içinde okulda baskı ve ayrımcılığa maruz kaldığını beyan edenler, ŞKÖ-KF toplam değerlendirmede ve tüm alt ölçeklerde istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek skorlar almışlardır (p<0.01) (Tablo 4.14).

Ebeveynlerle olan ilişkiler ile ŞKÖ-KF puanlarının anlamlı derecede ilişkilendiği; anne ya da baba ile olan ilişki bozuldukça ve ebeveynler ile birlikte olan paylaşımlar azaldıkça ŞKÖ-KF toplam ve tüm alt ölçeklerdeki ortalama skorların anlamlı derecede arttığı görülmektedir (p<0.01) (Tablo 4.14).

Tablo 4.14. ŞKÖ-KF skorlarının dağılımı ile psikosyal göstergelerin ilişkisi

		ŞKÖ-KF			
		TOPLAM	KİŞİLER ARASI	BİLİŞSEL ALGISAL	DEZORGANİZE
		Ort±SD (medyan)	Ort±SD (medyan)	Ort±SD (medyan)	Ort±SD (medyan)
Okulda Baskı Ve Ayrımcılık	Hiç	9.30±4.5 (10)	3.82±2.3 (4)	3.57±1.8 (4)	1.91±1.4 (2)
	Nadir	11.77±3.7 (12)	4.72±2.4 (5)	4.52±1.6 (5)	2.50±1.4 (3)
	Sık	12.82±4.2 (12)	5.44±2.3 (6)	4.56±1.7 (5)	2.68±1.3 (3)
	^b p	0.001**	0.001**	0.001**	0.001**
Ebeveyn Ayrılığı	Var	10.36±4.1 (10)	3.92±2.2(4)	3.98±1.9 (4)	2.34 ±1.3 (2)
	Yok	9.72±4.5 (10)	4.03±2.3 (3)	3.70±1.9 (4)	1.98±1.4 (3)
	^a p	0.462	0.540	0.293	0.067
Ebeveyn Ölümü	Var	10.61±4.1 (10)	4.08±2.2 (4)	4.05±1.8 (4)	2.39±1.4 (2)
	Yok	9.67±4.6 (10.5)	4.02±2.3 (4)	3.68±1.9 (4)	1.96±1.4 (3)
	^a p	0.222	0.952	0.115	0.020*
Ebeveyn İle İlişki	İyi	8.5±4.5 (9)	3.7±2.2 (3)	3.5±1.9 (4)	1.7±1.3 (1)
	Ne iyi ne kötü	11.05±4.1(11)	4.4±2.3 (5)	3.9±1.7 (4)	2.3±1.4 (2)
	Kötü	11.4±4.2 (12)	4.5±2.3 (5)	4.3±1.7 (5)	2.6±1.4 (3)
	^b p	0.001**	0.001**	0.001**	0.001**
Ebeveyn Okul Katılımı	Sıklıkla	8.9±4.4 (9)	3.7±2.3 (4)	3.4±1.9 (4)	1.7±1.4 (2)
	Bazen	9.3±4.4 (10)	3.8±2.2 (4)	3.6±1.8 (4)	1.9±1.4 (2)
	Hiç	10.6±4.5 (11)	4.4±2.4 (4)	3.9±1.8 (4)	2.2±1.4 (2)
	^b p	0.001**	0.009**	0.018*	0.004**

ŞKÖ-KF: Şizotipal Kişilik Ölçeği-Kısa Form

^aMann Whitney U test

^bKruskal Wallis test

*p<0.05

**p<0.01

4.5 ŞKÖ-KF Toplam Puanı Düşük ve Yüksek Risk Durumuna Göre Toplumsal Sermaye Puanları Değerlendirmeleri

ŞKÖ-KF Toplam Puanı 15 kesme değerine göre sınıflandırıldığında, olguların % 13.6 (n=82) yüksek riskli şizotipi bulunurken, %86.4 (n=519) olguda ise düşük risk saptanmıştır. Toplumsal sermaye ölçeği alt boyutlarından gündelik toplumsal kontrol puanı yüksek risk grubunda anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır (p<0.01). Bilişsel sosyal sermaye puanı ise yüksek risk grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür (p<0.01) (Tablo 4.15).

Toplumsal içiçelik ve güven ile mahalle içi düzensizlik puanları ŞKÖ-KF Toplam Puan risklerine göre anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0.05) (Tablo 4.15).

Tablo 4.15: ŞKÖ-KF Toplam Puanı ile toplumsal sermaye ölçeği puanlarının değerlendirilmesi

ŞKÖ-KF	Günlük Toplumsal Kontrol	Toplumsal İççelik ve Güven	Bilişsel Sosyal Sermaye	Mahalle İçi Düzensizlik
ORT	11.00	22.02	8.80	26.19
SD	3.79	4.00	2.45	5.56
Düşük Riskli Median	11	22	9	28
ORT	12.29	22.61	8.00	25.45
SD	4.19	3.89	2.36	5.74
Yüksek Riskli Median	12	23	8	27
p	0.005**	0.214	0.006**	0.264

Student t test

**p<0.05

4.6 Çözümleyici Analiz Verileri

4.6.1 Çoklu regresyon analizi

Sorguladığımız tüm değişkenler için uyarlandığında, 16 yaşındaki lise öğrencilerinden oluşan örneklemin ŞKÖ-KF toplam skorlarının dağılımı üzerine etki eden risk faktörleri değerlendirildi. Cinsiyet, grup (Pendik, Şile), toplumsal sermaye ölçeği alt boyutları, aylık gelir gider dağılımı, ailenin yaşadığı yer, ebeveyn ile paylaşım, ebeveynin okul aktivitelerine katılımı, 1.derece akrabalarda psikiyatrik rahatsızlık, okulda ayrımcılık ve baskı değişkenlerinin bağımsız olarak etkileri istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$). Bu değişkenlerin lojistik regresyon analizi değerlendirmelerine alınarak multivarite analizin yapılması uygun görüldü. Tüm grup için şizotipi değerini etkileyen faktörlerin etkilerini Enter Lojistik regresyon analizi ile değerlendirdiğimizde; modelin anlamlı bulunduğu ve modelin açıklayıcılık katsayısının (% 86.1) çok iyi düzeyde olduğu görüldü (Tablo 4.16).

Model sonucunda, Şizotipi yüksek riskini etkileyen faktörlerin başında gelir gider durumu gelmekte, bunu cinsiyetin kadın olması, Pendik'te yaşanması, ebeveyn ile paylaşımın olmaması, okulda ayrımcılık yaşaması, günlük toplumsal kontrol ve bilişsel sosyal sermaye puanları olarak sıralayabiliriz (Tablo 4.16).

Kadın cinsiyeti ŞKÖ-KF yüksek riski üzerine etkisi 1,94 (%95 CI: 1.13-3.34) kat fazladır. Pendik ise 2.236 (%95 CI: 1.09-6.06) kat, gelir ve gider dengesinin kötü düzeyde olması 3.38 (%CI: 1.68-6.77), ebeveyn ile paylaşımın kötü olması 1.72 (%

95 CI:1.01-2.94) kat yüksek riski arttırmaktadır. Okul ayrımcılığının sıkça görülmesi 3.13 (%1.25-7.88) kat yüksek riski arttırmaktadır (Tablo 4.16).

Toplumsal sermaye puanlarından, gündelik toplumsal kontrol puanının bir birimlik artışının ŞKÖ-KF yüksek riski üzerine etkisi 1.08 (%95 CI: 1.01-1.15) ve bilişsel sosyal sermaye ise negatif yönde 0.86 (%95 CI: 0.77-0.96) olarak saptanmıştır.

Ailenin yaşadığı yer, aile ile okul aktivitelerine katılım, anne babada ruhsal problem saptanmasının univariante etkileri risk gruplarına göre anlamlıyken, lojistik regresyonda bağımsız bir risk faktörü olarak saptanmadıkları görülmüştür ($p>0.05$).

Tablo 4.16. ŞKÖ-KF toplam skorlarının dağılımı üzerine etki eden risk faktörlerinin Lojistik regresyon analizi

	p	ODDS	95.0% GÜVEN ARALIĞI	
			Lower	Upper
Cinsiyet(Kadın)	0.02*	1.94	1.13	3.34
Grup (Pendik)	0.05*	2.36	1.09	6.06
Gelir Gider dağılımı	0.001**			
Orta	0.590	0.85	0.47	1.53
Kötü	0.001**	3.38	1.68	6.77
Ailenin yasadığı yer Köy	0.46			
Gecekondu	0.74	1.18	0.44	3.11
Lüks Konut	0.29	1.57	0.67	3.67
Ebeveyn ile ilişki (Kötü)	0.05*	1.72	1.01	2.94
Aile ile Aktivite	0.30			
Bazen	1.00	0.00	0.00	.
Katılmazlar	0.12	1.72	0.87	3.40
Okul Ayrımcılık	0.01			
Nadir	0.05*	2.01	0.99	4.04
Sıkça	0.02*	3.13	1.25	7.88
Anne & Baba Ruhsal problem	0.26			
Var	0.75	1.18	0.43	3.20
Tedavi Gerekli	0.10	2.02	0.87	4.70
Gündelik Toplumsal Kontrol	0.02*	1.08	1.01	1.15
Toplumsal İçişçelik Ve Güven	0.35	1.04	0.96	1.12
Bilişsel Sosyal Sermaye	0.01*	0.86	0.77	0.96
Mahalle İçi Düzensizlik	0.39	1.02	0.97	1.08

5.TARTIŞMA

Kentsel yerleşim bölgesinin, psikoz yelpazesinin hafif biçimleri için de risk belirteci olduğu, kentsel alanlardaki psikotik belirti ve bulgularda görülen yüksek yaygınlık oranlarının, kentin barındırdığı risk etkenleri ile ilgili olduğu iddia edilmektedir (68). Gençlik biyolojik, psikolojik ve sosyal alanlarda değişim ve dönüşümün yaşandığı bir 'kaos' dönemi olarak tanımlanabilir. Bu değişim dönemin kaotik silüeti özellikle biyolojik yatkınlık taşıyan kişilerde belirgin olmak üzere tüm genç yaş grubunu şizotipal belirti ve bulguları yaşamaya yatkın hale getirmektedir (93,94). Çalışmacılara göre kent yaşamın karmaşık ve yoğun nüfusu içinde yaşayan birey, anlamlandırmakta zorluk çektiği dışlanma, ayrımcılık ve tehdit gibi bilişsel uyaranlara daha fazla maruz kalmakta, böylece normalden sapan bazı bilişsel şemalar geliştirebilmektedir (15). Araştırmamızın, okul hayatında baskı ve ayrımcılığa maruz kalma ile şizotipal özelliklerin dağılımının anlamlı derecede ilişkilendiği bulgusu bu çalışmaları destekler niteliktedir.

Çalışmamızda nüfus yoğunluğunun belirlediği kentleşme derecesi yüksek olduğu kentsel yerleşim biriminde ikamet edenler için şizotipal özelliklerin dağılımı açısından artmış risk bulunmaktadır. Nüfus yoğunluğu yüksek bir kent merkezinde doğmuş ve yaşamın ilk gelişimsel dönemlerini söz konusu yerleşim biriminde geçirmiş olmak kaynaklara ulaşımdaki rekabet, toplumsal yalıtılmışlık gibi nedenlerle ek bir psikososyal stres kaynağı olarak da görülebilir (95). Nüfus yoğunluğunun etkisini yaşamın ilk dönemlerinden itibaren gösterdiği öne sürülen kentsel çevre ile ilişkili risk etkenlerinden biri olabileceği öne sürülmektedir. Çalışmamızda, nüfus yoğunluğunun kentsel çevre ile ilişkili olabilecek bir risk etkeni olduğu öne görülmüştür.

Kentsel alanlarda yaşamak ile şizofreni arasındaki ilişki nedensellik özellikleri gösterse de ilişkinin doğasına dair varsayımlar yetersizdir (96). Şizofrenide bireysel özellikler kadar içinde yaşanana toplumsal ortamın da etkisi bulunmaktadır. Bu nedenle kentsel alanlardaki yerleşim birimlerinin toplumsal yaşantı özellikleri ile şizofreni riski farklılık göstermektedir (97). Toplumsal sermayenin bileşenlerinden olan toplumsal kontrolün orta düzey dışında kaldığı semtlerde şizofreni riski daha yüksek olmaktadır (98). Topluluk içi ilişkilerin

özellikleri psikoz sürekliliği için hem risk hem de koruyucu etkeni olarak değerlendirilebilir. Toplumsal sermaye ile psikoz ilişkisi çok boyutlu, karmaşık ve birey bazındaki etkenleri de içeren bir nitelik taşımaktadır (81). Doğrusal olmadığı öne sürülen ilişkilene örüntüsüne rağmen, toplumsal sermaye azaldıkça bireyin stres ile baş etme kapasitesinin etkilendiği, uzun süren stresin dopamin düzensizliğine neden olarak psikotik bozukluk geliştirme riskin arttırdığı gösterilmiştir (62). Çalışmamızda ilişkili olabilecek tüm veriler için uyarlandığında ikamet edilen bölgenin yüksek toplumsal biliş düzeyinin, şizotipi skorları 15 ve üstünde olanlar için riski azalttığı görülmektedir. Eğer toplumsal ilişkilerin içinden çıkan uzun süreli bir stres bireylerin psikoz sürekliliğinde hafif formlardan klinik formlara ilerlemesine yol açıyorsa, Türkiye’de düşük toplumsal sermayesi olan mahallelerde yaşayanların söz konusu toplumsal stres ile baş etmek için kentsel mahallelerde yeterli olanaklar bulamadığına işaret edebilir. Söz konusu yetersiz olanaklar ve uzun süreli stres yatkın kişilerde dopamin düzensizliğine ve psikotik bozukluğun ortaya çıkmasına katkıda bulunabilir (62). Çalışmamızda toplumsal kontrol düzeyi arttıkça şizotipi skoru 15 ve üstü olanların da arttığı görülmüştür. Alışılmışın dışında olan davranışa toleranssızlık, özerklik eksikliği ve yazılı olmayan normlara mutlak itaat beklentisi gibi toplumsal etkenler yüksek gündelik toplumsal kontrol ile birlikte psikososyal stres kaynağı olabilir. Etnik özellikler, dini inançlar, cinsiyet kimliği veya akıl sağlığı gibi kavramlarla sınıflandırılan azınlık gruplar homojen yapılanmalar içerisindeki otoriteye boyun eğmedikçe, marjinalleşme, dışlanma veya zulüm görme gibi tecrübelerle maruz kalabilirler. Dolayısıyla toplumsal sermaye norm skorları oldukça yüksek bulunan homojen grup içindeki ‘farklı’ bir kişinin ruhsal açıdan pek de ‘sağlıklı’ olamayacağı düşünülebilir.

5.1 Araştırmanın Kısıtlılıkları

Bu araştırma İstanbul’un iki farklı ilçesinde ikamet eden 16 yaşındaki ergen grubu temsil eden bir örnekleme yürütülmüştür. Araştırma değişkenlerini incelemek için yapılandırılmış ölçek formları kullanılmış ve değişkenlerin sonuç üzerine olan etkisi kesitsel bir desen içinde değerlendirilmeye çalışılmıştır. Kesitsel desenli çalışmalar, etken ve sonuç aynı anda değerlendirildiği için ilişkinin yönü hakkında yeterli bilgi sunamazlar. Araştırmanın kesitsel özelliği saptanan risk etkenlerinin neden mi

sonuç mu olduğunun kesinleştirilmesine izin vermemektedir. Araştırma örnekleminin demografik düzeyle ilgili özellikleri araştırma sonuçlarını etkilemiş olabilir. Öncelikle psikoz benzeri yaşantılar genç yaş grubunda daha yüksektir ve daha ileri yaş gruplarında genellikle ortadan kalkmaktadır. Araştırma örnekleminin genç yaş grubundan oluşması yaygınlık tahminlerinin yüksek olmasına neden olmuş olabilir. Cinsiyet farklılığı da psikotik belirti, bulgu ve bozukluklardaki yaygınlık oranlarının farklılaşmasına neden olabilir. Örneğin kadınlarda işitsel ve görsel varsanısal, erkeklerde ise sanrısal psikoz-benzeri yaşantı bildirimini daha yüksektir. Alkol-madde kullanım bozuklukları ile psikoz arasındaki ilişki de psikotik bozukluk epidemiyolojisinde kapsamlı olarak araştırılmakta olan bir konudur. Esrar kullanımı ile psikoz ilişkisi konusunda şizofreni literatürüne yansıyan birçok bulgu olmasına karşın, alkol kullanımı ile psikoz ilişkisi konusundaki bulgular kısıtlıdır. 15-18 yaş arasında esrara kullanmış kişilerden oluşan bir örneklemin psikotik belirti ve bozukluk yaygınlığının, aynı yaş aralığında hiç esrar kullanmamış bir örnekleme göre daha yüksek olma eğilimi gösterdiği gösterilmiştir (83). Alkol ve madde kullanım bozukluklarının yaygınlık oranları yüksek olan toplumlarda psikotik belirti, bulgu ve bozukluk yaygınlık oranlarının da yüksek olacağı öngörülebilir. İstanbul İl Milli Eğitim Müdürlüğü Araştırma Kurulu öğrencilerin alkol ve madde kullanımını sorgulamamıza onay vermemiş bu sebeple psikotik belirti, bulgu ve bozukluk görülme olasılığını önemli derecede etkileyecek bir risk faktörü değerlendirmeye alınamamıştır. Şizotipal özelliklerin dağılımına etki edebilecek çevresel etkenler, elbette ki bu çalışmada araştırılanlardan çok daha çeşitlidir. Üstelik olası etkenlerin birbiri arasındaki ilişkiler de sonuçta ortaya çıkan riski etkilemektedir. Bu anlamda çalışmamızda saptanan ilişkilerin doğrulanması için, benzer ve farklı çevresel risk etkenlerini sorgulayan başka araştırmalara ihtiyaç vardır.

6.SONUÇLAR

İstanbul'da nüfus yoğunluğu ile belirlenen kentleşme derecesi farklı olan iki ayrı bölgede ikamet eden 16 yaşındaki ergen nüfusu temsil eden bir örneklem grubundaki şizotipal özelliklerin dağılımı ile ilişkili olabilecek bireysel ve toplumsal faktörlerin araştırıldığı bu kesitsel çözümleyici çalışmada, kentleşme ile bağlantılı olan bazı değişkenler incelemeye tabi tutulmuştur. Küçük örneklem büyüklüğü ve bazı önemli değişkenlerin incelemeye dâhil edilememesi gibi birtakım kısıtlılıklara rağmen, kentleşme ile değişkenlik gösteren göstergelerden bazılarının şizotipi açısından risk oluşturabileceği sonucuna ulaşılmıştır. İlişkili olabilecek diğer etkenler için uyarlandığında nüfus yoğunluğu yüksek bir bölgede ikamet edenlerde, düşük bir bölgede ikamet edenlere göre ŞKÖ-KF skorları 15 ve üstünde olanların daha çok sayıda olduğu; İlişkili olabilecek diğer etkenler için uyarlandığında örneklem grubundaki ŞKÖ-KF puanlarının dağılımı, ikamet edilen bölgenin toplumsal sermaye puanlarının dağılımı ile korele olduğu görülmüştür.

7. KAYNAKLAR

1. Binbay et al. Evidence that the wider social environment moderates the association between familial liability and psychosis spectrum outcome. *Psychol Med* 2012; 42: 2499-510
2. Perälä J, Suvisaari J, Saarni SI. Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64: 19–28.
3. Dünya Sağlık Örgütü, ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırılması. (Çev. ed.: MO Öztürk, B. Uluğ, Çev. F. Çuhadaroğlu, İ. Kaplan, G. Özgen, MO Öztürk, M Rezaki, B Uluğ). Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, Ankara, 1993.
4. Amerikan Psikiyatri Birliği, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, 2013; (Çev. ed.: E Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013
5. Buchanan RW, Carpenter WT Şizofreni Kavramı. *Comprehensive Textbook of Psychiatry* içinde, edi. Sadock BJ, Sadock VA. 2007; (Çeviri ed.: H. Aydın) Güneş Kitabevi, II. Cilt
6. Andreasen NC, Carpenter WT Jr, Kane JM ve ark. Remission in Schizophrenia: Proposed Criteria and Rationale for Consensus. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 441 - 449.
7. Murali V, Oyebode F. Poverty, social inequality and mental health. *Advances in Psychiatric Treatment* 2004; 10: 216-224.
8. Knapp M. Schizophrenia costs and treatment cost-effectiveness. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2000; 102 (Suppl): s15-18.
9. Johns LC, van Os J. The continuity of psychotic experiences in the general population. *Clin Psychol Rev* 2001; 21, 1125–1141.
10. Kendler KS, Gallagher TJ, Abelson JM. Lifetime prevalence, demographic risk factors, and diagnostic validity of nonaffective psychosis as assessed in a US community sample. The National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 1022-1031.
11. van Os J, Hanssen M, Bijl RV. Strauss revisited: A psychosis continuum in the general population, *Schizophr Res.* 2000; 45: 11-20.

12. van Os J, Verdoux H. Diagnosis and classification of schizophrenia: categories versus dimensions, distributions versus disease. *The Epidemiology of Schizophrenia* edi. Murray RM, Jones PB, Susser E, van Os J, Cannon M. Cambridge: Cambridge University Press 2003; 364–410.
13. van Os J, Linscott RJ, Myin-Germeys I. A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: Evidence for a psychosis proneness–persistence–impairment model of psychotic disorder. *Psychol Med* 2008; 8: 1-17.
14. Rössler W, Riecher-Rössler A, Angst J. Psychotic experiences in the general population: A twenty-year prospective community study. *Schizophr Res* 2007; 92: 1–
15. van Os J, Hanssen M, Bijl RV. Prevalence of psychotic disorder and community level of psychotic symptoms: an urban-rural comparison. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58, 663-668.
16. Hanssen M, Bak M, Bijl R. The incidence and outcome of subclinical psychotic experiences in the general population. *Br J Clin Psychol* 2005; 44: 181–191.
17. Stefanis NC, Hanssen M, Smirnis NK. Evidence that three dimensions of psychosis have a distribution in the general population. *Psychol Med.* 2002; 32: 347-358.
18. Olfson M, Lewis-Fernández R, Weismann MM. Psychotic symptoms in an urban general medicine practice. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1412–1419.
19. Kraepelin, E. *Dementia Praecox and Paraphrenia*, 1919; Translated by R.M. Barclay. Huntington, NY: Robert E. Krieger Publishing Company, 1971.
20. Bleuler, E. *Dementia Praecox, or the Group of Schizophrenias*, 1911; Translated by J. Zinkin. New York, NY: International Universities Press, 1950.
21. Cannon TD., Gasperoni TL., van Erp TGM. Quantitative neural indicators of liability to schizophrenia: implications for molecular genetic studies. *Am. J Med Genet* 2001; 105: 16-19.
22. Gottesman I I, Gould TD, The endophenotype concept in psychiatry: Etymology and strategic intentions. *Am. J Psychiatry* 2003, 160: 636-645.
23. Kendler K. S., Diehl S. R., The genetics of schizophrenia: A current, genetic-epidemiologic perspective, *Schizophr Bull* 1993; 19: 261-285.

24. Harrison P. J., Owen M. J., Genes for schizophrenia? Recent findings and their pathophysiological implications, *Lancet* 2003, 361: 417-419.
25. Leboyer M, Bellivier F, Nosten-Bertrand M ve ark. Psychiatric genetics: search for phenotypes. *Trends Neurosci* 1998; 21: 102-105.
26. Weinberger DR, Egan MF, Bertolino A ve ark. (2001) Prefrontal neurons and the genetics of schizophrenia. *Biol Psychiatry* 2001; 50: 825-844.
27. Stoltenberg SF, Burmeister M. Recent progress in psychiatric genetics-some hope but no hype. *Hum Mol Genet* 2000; 9: 927-935.
28. Braff DL, Freedman R. Endophenotypes in studies of the genetics of schizophrenia, *Neuropsychopharmacology, The fifth generation of progress*. KL Davis, DS Charney, JT Coyle, C Nemeroff (Ed) Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins 2002; 703-716.
29. Rado, S. Dynamics and classification of disordered behavior. *American Journal of Psychiatry* 1953; 110:406-16.
30. Meehl PE. Schizotaxia, schizotypy and schizophrenia. *Am. Psychol.* 1962; 17: 827-838.
31. Meehl P.E. Schizotaxia revisited. *Arch. Gen. Psychiatry* 1989; 46: 935-944.
32. Eysenck, H.J., and Eysenck, S.B.G. *Psychoticism as a Dimension of Personality*. New York, NY: Crane, Russak & Company, 1976.
33. Payne R. S., & Hewlett J. H. G. Thought disorder in psychotic patients. In H. J. Eysenck (Ed.), *Experiments in personality*. Vol. 2. London: Routledge, Kegan, Paul 1960; 3-106.
34. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III)*. American Psychiatric Press, Washington, DC, 1980.
35. Squires-Wheeler E, Skodol AE, Basset A, Erlenmeyer-Kimling L. DSM-III-R schizotypal personality traits in offspring of schizophrenic disorder, affective disorder, and normal control parents. *J Psychiatr Res* 1989; 23:229-239.
36. Tsuang M.T., Stone W.S., Tarbox S.I., Faraone S.V. An integration of schizophrenia with schizotypy: identification of schizotaxia and implications for research on treatment and prevention. *Schizophr. Res.* 2002; 54: 169-75.

37. Fink, A., Weber, B., Koschutnig, K., Reishofer, G., Ebner, F., Papousek, I., & Weiss, E. M. 2013. Creativity and schizotypy from the neuroscience perspective. *Cognitive, Affective, and Behavioral Neuroscience* 2013; 10: 3758: 13415-013-0210-6
38. Claridge, G. Theoretical background and issues. In G. Claridge (Ed.), *Schizotypy. Implications for illness and health*, Oxford University Press 1997b; 3-16
39. Claridge, G. (1997a). Final remarks and future directions. In G. Claridge (Ed.), *Schizotypy. Implications for illness and health*, Oxford University Press 1997b; 301-317
40. Chapman, L. J., Chapman, J. P., Kwapil, T. R., Eckblad, M., et al. Putatively psychosis-prone subjects 10 years later. *Journal of Abnormal Psychology* 1994, 103: 171–183.
41. Andreasen N., Nopoulos P., O’Leary D.S., Miller D.D., Wassink T., Flaum M. Defining the phenotype of schizophrenia: cognitive dysmetria and its neural mechanism. *Biol. Psychiatry* 1999; 46: 908-920.
42. Middleton F.A., Strick P.L. Basal ganglia and cerebellar loops: motor and cognitive circuits. *Brain Res. Rev.* 2000; 31: 236-250.
43. Dworkin R.H., Bernstein G., Kaplansky L.M., Lewis J.A., Rinaldi A., Shilliday C., Erlenmeyer-Kimling L. Childhood precursors of affective vs. Social deficits in adolescents at risk for schizophrenia and affective disorder. *Am. J. Psychiatry* 1991; 148 (9): 1182-1188.
44. Cardno A., Marshall E., Coid B., Macdonald A., Ribchester T., Davies N., Venturi P., Jones L., Lewis S., Sham P., Gottesman I., Farmer A., McGuffin P., Reveley A., Murray R. Heritability estimates for psychotic disorders. The Maudsley twin psychosis series. *Arch. Gen. Psychiatry* 1999; 56: 162-168.
45. Lee K.H., Williams L.M., 2000. Eye movement dysfunction as a biological marker of risk for schizophrenia. *Aust. N.Z.J. Psychiatry* 34 (suppl): 91-100.
46. Faraone S.V., Green A.I., Seidman L.J., Tsuang M.T. “Schizotaxia”: clinical implications and new directions for research. *Schizophr. Bull.* 2001; 27: 1-18.

47. Kremen W.S., Seidman L.J., Pepple J.R., Lyons M.J., Tsuang M.T., Faraone S.V. Neuropsychological risk indicators for schizophrenia: a review of family studies. *Schizophr. Bull.* 2004; 20: 103-19.
48. Blanchard J.J., Kring A.M., Neale J.M. Flat affect in schizophrenia: a test of neuropsychological models. *Schizophr Bull* 1994; 20: 311-25.
49. Davis KL, Kahn RS, Ko G ve ark. Dopamine in schizophrenia: A review and reconceptualization. *Am. J Psychiatry*, 1991; 148: 1474-1486.
50. Seeman P, Kapur S. Schizophrenia: More dopamine, more D2 receptors. *Proc Natl Acad Sci USA* 2000; 97: 7673-7675.
51. Laruelle M, Abi-Dargham A. Dopamine as the wind of the psychotic fire: New evidence from brain imaging studies. *J Psychopharmacol* 1999; 13: 358-371.
52. Kapur S. Psychosis as a state of aberrant salience: A framework linking biology, phenomenology, and pharmacology in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 13-23.
53. Krabbendam L, van Os J. Schizophrenia and urbanicity: A major environmental influence, conditional on genetic risk. *Schizophr Bull.* 2005; 31: 795-799.
54. Beech, A.R. and Claridge, G.S. Individual differences in negative priming: Relations with schizotypal personality traits. *British Journal of Clinical Psychology* 1987; 78, 349-356.
55. Vollema MG, Sitskoorn MM, Appels MCM, Kahn RS. Does the Schizotypal Personality Questionnaire reflect the biological-genetic vulnerability to schizophrenia? *Schizophr Res.* 2002; 54:39-45.
56. Yarlialian PS, Raine A, Lencz T, Hooley JM, Bihrl SE, Mills S, et al. Elevated levels of cognitive-perceptual deficits in individuals with a family history of schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Res.* 2000; 46:57-63.
57. Appels MC, Sitskoorn MM, Vollema MG, Kahn RS. Elevated levels of schizotypal features in parents with a family of schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Bull* 2004; 30(Suppl.4): 781- 790.
58. Cougnard A, Marcelis M, Myin-Germeys I. Does normal developmental expression of psychosis combine with environmental risk to cause

persistence of psychosis? A psychosis proneness- persistence model. *Psychol Med.* 2007; 37: 513–527.

59. Kessler RC, Davis CG, Kendler KS. Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey; *Psychol Med* 1997; 27: 1101–1119.

60. 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: 220- 225.

61. Khashan A, Abel KM, McNamee R. Higher risk of offspring schizophrenia following antenatal maternal exposure to severe adverse life events. *Arch Gen Psychiatry* 2008; 65: 146-152.

62. Cantor-Graae E, Selten JP. Schizophrenia and Migration: A Meta-Analysis and Review. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 12–24.

63. Boydell J., Murray R., Urbanization, migration and risk of schizophrenia. *The Epidemiology of Schizophrenia*, edi. Murray RM, Jones PB, Susser E, van Os J, Cannon M, Cambridge: Cambridge University Press 2003; 48-64.

64. United Nations. *World Urbanization Prospects: The 2005 Revision*, Pop. Division, Department of Economic and Social Affairs: New York; 2006.

65. United Nations. *Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, World Population Prospects: The 2007 Revision*: New York; 2007.

66. Faris R., Dunham H. *Mental Disorders in Urban Areas*, University of Chicago Press, Chicago 1939

67. Mortensen P. B., Pedersen M. G., Pedersen C. B., Psychiatric family history and schizophrenia risk in Denmark: Which mental disorders are relevant?, *Psychol Med.* 2010; 40: 201-210

68. Marcelis, M., Navarro-Mateu, F., Murray, R., Selten, J. P., & Van Os, J. Urbanization and psychosis: a study of 1942–1978 birth cohorts in The Netherlands. *Psychological Medicine* 1998; 28: 871–879.

69. Sundquist K., Frank G., Sundquist J., Urbanisation and incidence of psychosis and depression: Follow-up study of 4.4 million women and men in Sweden, *Br J Psychiatry*, 2004; 184: 293-298, (2004).
70. Stefanis NC, Delespaul P, Smyrnis N et al. Is the excess risk of psychosis-like experiences in urban areas attributable to altered cognitive development? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39:364-8.
71. Last JM. A dictionary of epidemiology, New York: Oxford University Press; 2001
72. Mckenzie K., Whitley R., Weich S., Social capital and mental health, *Br J Psychiatry* 2002; 181: 280- 283
73. Harrison G, Fouskakis D, Rasmussen F., Association between psychotic disorder and urban place of birth is not mediated by obstetric complications or childhood socio-economic position: a cohort study. *Psychol Med* 2003; 33:723-31.
74. Spauwen J, Krabbendam L, Lieb R. et al., Does urbanicity shift the population expression of psychosis? *J Psychiat Res* 2004; 38:613-8.
75. Allardyce J., Boydell J., The wider social environment and schizophrenia, *Schizophr Bull.* 2006; 32: 592-598
76. Putnam R. Making democracy work: Civic traditions in modern Italy, Princeton University Press; 1993
77. Bourdieu, Pierre ‘Sermaye Biçimleri’, Sosyal Sermaye, Kuram, Uygulama, Eleştiri, Derleyenler: M.Murat Şahin ve A.Zeki Ünal, Değişim Yayınları; İstanbul; 2010
78. Coleman, James S. “Beşeri Sermayenin Yaratımında Sosyal Sermaye”, Sosyal Sermaye, Kuram, Uygulama, Eleştiri, Derleyenler: M.Murat Şahin ve A.Zeki Ünal, Değişim Yayınları; İstanbul; 2010
79. Harpham T., Grant E., Thomas E., Measuring social capital within health surveys: key issues, *Health Policy Plan* 2002; 17: 106-111
80. Drukker M., Buka S. L., Kaplan C. ve ark., Social capital and young adolescents' perceived health in different sociocultural settings, *Soc Sci Med* 2005; 61: 185-198

81. Drukker M., Gunther N., Feron F. J. ve ark., Social capital and mental health v. objective measures of health in The Netherlands, *Br J Psychiatry* 2003; 183: 174
82. Drukker M., Krabbendam L., Driessen G. ve ark., Social disadvantage and schizophrenia. A combined neighbourhood and individual-level analysis, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006; 41, 595- 604
83. Caspi A., Moffitt T. E., Cannon M. ve ark., Moderation of the effect of adolescent-onset cannabis use on adult psychosis by a functional polymorphism in the catechol-O-methyltransferase gene: Longitudinal evidence of a gene-environment interaction, *Biol Psychiatry* 2005, 57: 1117-1127
84. Van Os J., Pedersen C. B., Mortensen P. B., Confirmation of synergy between urbanicity and familial liability in the causation of psychosis, *Am J Psychiatry* 2004; 161: 2312-2314
85. Sampson Rj, Raudenbush Sw, Earls F. Neighborhoods and violent crime: A multilevel study of collective efficacy. *Science* 1997; 277: 918–924
86. Hotopf M. The case-control study. In *Practical Psychiatric Epidemiology*, edi. Prince M, Stewart R, et al. Oxford University Press 2003; 131-153.
87. Türkiye İstatistik Kurumu Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2012 Sonuçları, İstanbul; 2012
88. İstanbul İl Milli Eğitim İstatistik 2011-2012 Sonuçları, İstanbul; 2012
89. Raine, A., & Benishay, D. The SPQ- B: A brief screening instrument for schizotypal personality disorder. *Jour- nal of Personality Disorders* 1995; 9: 346–355.
90. Aycicegi, A., Dinn, W. M., & Harris, C. L. (2005). Validation of Turkish and English versions of the schizotypal personality questionnaire-B. *European Journal of Psychological Assessment* 2005; 21: 34–43.
91. Paino, M.M., Fonseca-Pedrero, E., Lemos-Giráldez, S., Muñiz, J., 2008. Dimensionality of schizotypy in young people according to sex and age. *Pers. Individ. Differ.* 45, 132–138.
92. Reynolds, C. A., Raine, A., Mellingen, K., Venables, P. H., & Mednick, S. A. Three-factor model of schizotypal personality: Invariance across cul-

ture, gender, religious affiliation, family adversity, and psychopathology. *Schizophrenia Bulletin* 2000; 26: 603–618.

93. Chapman, J. P., Chapman, L. J., & Kwapil, T. R. Scales for the measurement of schizotypy. In A. Raine, T. Lencz, & S. A. Mednick (Eds.), *Schizotypal personality*, Cambridge University Press 1995; 79-109.

94. Lenzenweger, M.F., 1994. Psychometric high-risk paradigm, perceptual aberrations, and schizotypy: an update. *Schizophr. Bull.* 1994; 20: 121–135.

95. March D., Hatch S. L., Morgan C. ve ark., *Psychosis and place*, *Epidemiol Rev* 2008; 30: 84-100

96. Mcgrath J., Scott J., *Urban birth and risk of schizophrenia: a worrying example of epidemiology where the data are stronger than the hypotheses*, *Epidemiol Psichiatr Soc* 2006; 15: 243-246

97. Allardyce J., Boydell J., *Review: the wider social environment and schizophrenia*, *Schizophr Bull* 2006; 32: 592-598

98. Kirkbride J. B., Boydell, J., Ploubidis, G. B. ve ark., *Testing the association between the incidence of schizophrenia and social capital in an urban area*, *Psychol Med* 2008b; 38: 1083-1094

8. EKLER

8.1. Etik Kurul Kararı

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi yerel etik kurulundan Nisan 2013 içinde onay alınmıştır.

8.2. Yazım Kuralları

Bu tez protokolünde Türk Psikiyatri Dergisi tarafından önerilen yazım kuralları uygulanmıştır.

Ayrıntılı bilgi için:

<http://www.turkpsikiyatri.com/default.aspx?modul=yazarlaraBilgi>

8.3 Aydınlatılmış Onam ve Bilgilendirme Formu

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı öğretim üyesi Mehmet Kemal Kuşçu'nun danışmanlığında Filiz Şükrü Durusoy tarafından yürütülen araştırmaya katılımınız rica olunmaktadır. Bu çalışmaya katılımınız tamamen gönüllülük esasına dayanır. Lütfen aşağıdaki bilgileri okuyunuz ve katılmaya karar vermeden önce anlamadığınız herhangi bir şey varsa çekinmeden sorunuz.

ÇALIŞMANIN ADI

İstanbul'un İki Farklı Bölgesinde Psikiyatrik Belirti Taraması

ÇALIŞMANIN AMACI

Bu çalışma, İstanbul' un şehirleşme açısından farklı olan iki bölgesinde yaşayan lise öğrencilerinde psikiyatrik belirtileri taramayı hedeflemektedir

PROSEDÜRLER

Bu çalışmaya katılmaya gönüllü olmanız halinde sizden kâğıt-kalem ile bazı soruları cevaplandırmanız istenecektir. Tüm anketlerin tamamlanması ortalama 15 dakika sürecektir.

OLASI RİSKLER VE RAHATSIZLIKLAR

Çalışma bilinen herhangi bir fiziksel ya da duygusal risk taşımamaktadır.

TOPLUMA VE/VEYA DENEKLERE FAYDASI

Bu çalışmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayanır. Katılımınız ile şehirleşme ve psikolojik güçlük (kişilerarası, yorumlama, davranış güçlükleri gibi) arasındaki ilişki saptanmaya çalışılacak, veriler ile gelecekteki araştırmalara ışık tutulmaya çalışılacaktır.

GİZLİLİK

Çalışmada toplanan hiçbir veri sizin adınız ile hiçbir zaman eşleştirilmeyecek ve verileriniz isimsiz olarak incelenecektir. Gizlilik tanımlanmış bir kodlama prosedürüyle sağlanacak ve kod çözümüne erişim yalnızca çalışmanın sorumlusu araştırmacı ve araştırma danışmanı ile sınırlı kalacaktır. Tüm veriler, sınırlı erişime sahip güvenli ve şifreli bir veritabanında tutulacaktır. Çalışmanın sonunda elde edilen bütün orijinal veriler imha edilecektir.

KATILIM VE AYRILMA

Bu çalışmanın içinde olmak isteyip istemediğinize tamamı ile bağımsız ve etki altında kalmadan karar verebilirsiniz. Aydınlatılmış onam formunu okuduktan sonra çalışmaya katılmama hakkına sahipsiniz. Ayrıca, çalışma esnasında herhangi bir sorunla karşılaşırsanız ya da kendinizi rahatsız hissettiğiniz bir durum olursa hiçbir açıklamada bulunmaksızın çalışmayı bırakma hakkına sahipsiniz. Bu talebinizi araştırmacıya ilettiğiniz anda çalışma sona erdirilecektir. Çalışmaya katılmak istemezseniz veya çalışma başladıktan sonra bırakmak isterseniz almakta olduğunuz veya alacağınız sağlık hizmetleri hususunda bir hak kaybınız olmayacaktır. Çalışmaya katılmanızı engelleyen bir durumunuz varsa (örnek: hastalık, sakatlık vb.) araştırmacıya katılmak istemediğinizi belirtebilirsiniz.

ARAŞTIRMACININ KİMLİĞİ

Bu araştırma ile ilgili herhangi bir sorunuz veya endişeniz varsa, lütfen iletişime geçiniz:

Filiz Şükrü Durusoy

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Pendik/İstanbul

T: 0216 6254545 E: filizsukru@yahoo.com

Yukarıdaki bilgileri okudum ve anladım. Anlamadığım kısımlar hakkında araştırmacıdan gerekli bilgileri aldım. Dilediğim zaman ayrılma hakkım saklı kalmak koşulu ile bu çalışmaya katılmayı onaylıyorum. Bu formun bir kopyası da bana verildi.

Katılımcı&Veli İmzası

Tarih

Araştırmacının İmzası

Tarih

8.4 Soru Formu

1. Cinsiyet:

1. Kadın
2. Erkek

2. Doğum tarihi:

3. Doğduğunuz yer aşağıdaki yerleşim merkezlerinden hangisidir?

1. Büyükşehir merkezi
2. İl merkezi
3. İlçe merkezi
4. Kasaba
5. Köy

4. Son karne;

1. Takdir/Teşekkür
2. Ne Takdir ne Teşekkür aldım ama zayıfım yoktu
3. En az bir zayıfım vardı

5. Anne ve Babam

1. Resmi nikah ile evli
2. Dini nikâh ile evli
3. Boşandılar
4. Biri vefat etti/Dul
5. Evli ama ayrı yaşıyorlar

6. Anne ve Babam şu an yaşadığın muhite ereden göç etti?

1. Köy/ Mezra/Kırsal küçük belediye
2. Kenar mahallede gecekondü yapılaşma bölgesi
3. Az düzenli kentsel yerleşim (Eksik altyapı, sosyal donatıya sahip)
4. Kentsel yerleşim bölgesi(Yeterli altyapı, sosyal donatıya sahip)
5. Lüks konut bölgesi
6. Göç yok

7. Annemin 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)

8. Annemin mesleği

1. Fabrika işletme sahibi
2. Yönetici müdür
3. Doktor-Mühendis-Avukat
4. Öğretmen-Hemşire-Memur
5. Esnaf
6. Çifçi
7. Vasıflı işçi
8. Vasıfsız işçi
9. şu an çalışıyor/çalışmıyor

9. Babamın 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)

10. Babamın mesleği

1. Fabrika işletme sahibi
2. Yönetici müdür
3. Doktor-Mühendis-Avukat
4. Öğretmen-Hemşire-Memur
5. Esnaf
6. Çifçi
7. Vasıflı işçi
8. Vasıfsız işçi
9. şu an çalışıyor/çalışmıyor

11. Haneye giren aylık gelir, haneden çıkan aylık gidere göre nasıldır?

1. İyi
2. Orta
3. Kötü

12. Barınma biçimini hangisi en iyi tanımlar?

1. Hane halkına ait ev
2. Aileye/tanıdığa ait ev-aile apartmanı
3. Lojman
4. Kira

13. Yaşadığınız yerleşim birimi hangisi?
1. Köy/ Mezra
 2. Kırsal küçük belediye
 3. Kenar mahallede gecekondü yapılaşma bölgesi
 4. Az düzenli kentsel yerleşim (Eksik altyapı, sosyal donatıya sahip)
 5. Düzenli kentsel yerleşim bölgesi (Yeterli altyapı, sosyal donatıya sahip)
 6. Lüks konut bölgesi
14. Yaşadığınız muhiti aşağıdakilerden hangisi ile tanımlarsınız?
1. Evimin olduğu bina
 2. Evimin olduğu civar sokaklar/caddeler
 3. Evimin olduğu semtin tamamı
 4. Evimin olduğu mahallenin tamamı
 5. Evimin olduğu ilçe, şehrin tamamı
15. Şu anda yaşamakta olduğun evinde/muhitte ne kadar zamandır oturmaktasınız?
1. Doğduğumdan bu yana
 2. 10 yıldan fazla
 3. 6-9 yıl
 4. 2-5 yıl
 5. 1-2 yıl
 6. 1 yıldan az
16. SON BİR YIL İÇİNDE şu anda yaşamakta olduğun muhitte ayrımcılığa uğradığınızı düşündüğün oldu mu?
1. Hiç olmadı
 2. Nadiren oldu
 3. Bazı zamanlar oldu
 4. Sıklıkla oldu
 5. Sürekli oldu
17. Anne ve Baban ile ilişkiniz nasıldır? (Ne sıklıkla tartışma yaşarsınız, sorunlarınızı ne sıklıkla konuşursunuz, kendi kararlarınızı almanıza desteği nedir)
1. Çoğu zaman anlaşırız
 2. Bazen anlaşır, bazen anlaşamayız
 3. Anlaşmamız zordur
18. Ailen okulunun aktivitelerine, dayanışma gecelerine, spor faaliyetlerine, okul çalışmalarına, okul aile birliğine ne sıklıkla katılır?
1. Çoğu zaman katılırlar
 2. Bazen katılır, bazen katılmazlar
 3. Genellikle katılmazlar

19. SON BEŞ YIL İÇİNDE okul hayatında bir grup tarafından baskı ve ayrımcılığa uğradığınızı düşündüğünüz oldu mu?

1. Hiç olmadı/Nadiren oldu
2. Bazı zamanlar oldu
3. Sıklıkla oldu/Sürekli oldu

20. SON BEŞ YIL İÇİNDE ruhsal / psikolojik sorununuz olduğunuzu düşündüğünüz oldu mu?

1. Hayır
2. Evet

21. SON BEŞ YIL İÇİNDE ruhsal / psikolojik sorunun için tedavi başvurunuz oldu mu?

1. Hayır
2. Evet ise TANI.....TEDAVİ.....

22. Anne, baba, ya da kardeşin hayatının herhangi bir döneminde ruhsal / psikolojik bir rahatsızlık geçirdi mi?

1. Hayır
2. Evet hafif düzeyde
Tedavi başvurusu olmadan iyileşebildi

3. Evet orta düzeyde

Tedavi başvurusu gerektiren depresyon, sinir krizleri, aşırı kaygı düzeyi panik atak, takıntı vb.

4. Evet ağır düzeyde

Psikiyatri servis yatışı, şizofreni, bipolar bozukluk, intihar girişim

Lütfen aşağıda yer alan sorularda size en uygun ya da enyakin yaolan yanıtı çarpı (x) ile işaretleyiniz.

A. MAHALLENİZDE YAŞAYANLAR	Kesinlikle ederler	Muhtemelen	Belli olmaz	Sanmıyorum	Hiç karışmazlar
1. Çocuklar okul vakti okuldan kaçsalar ve mahallede başıboş dolaşsalar müdahale ederler mi?	1	2	3	4	5
2. Çocuklar civardaki bir binanın duvarına boyalarla yazılar yazsa müdahale ederler mi?	1	2	3	4	5
3. Bir büyüğe saygısızlıkta bulunsa müdahale ederler mi?	1	2	3	4	5
4. Evlerinin önünde kavga çıkarsa müdahale ederler mi?	1	2	3	4	5
5. Mahallenin aile hekimliği merkezi bütçe kesintileri sebebi ile kapatılma tehdidi altında olsa müdahale ederler mi?	1	2	3	4	5
B. YAŞADIĞINIZ MAHALLE İLE İLGİLİ AŞAĞIDAKİ İFADELERE KATILYOR MUSUNUZ?	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Ne katılıyorum Ne katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1- Mahallemdeki insanlar komşularına yardım etmek isterler	1	2	3	4	5
2- Mahallem insanların sıkıca bağlı olduğu bir mahalledir	1	2	3	4	5
3- Mahallemdeki insanlara güvenilebilir	1	2	3	4	5
4- Mahallemdeki insanlar birbirleriyle genellikle anlaşamaz	1	2	3	4	5
5- Mahallemdeki insanlar aynı değerleri paylaşmaz	1	2	3	4	5
6- İmkanım olsa mahallemden hemen taşınırım	1	2	3	4	5
7- Mahallemdeki insanlardan kendimi farklı hissediyorum	1	2	3	4	5
8- Mahallemde yaşayan insanlar vefat, doğum, düğün ya da bayram gibi özel önemli günlerde bir araya gelir	1	2	3	4	5
9- Mahallemnin insanları yalnız kendi refahı ile ilgilendirler	1	2	3	4	5
10- Mahallemdeki insanların çoğu fırsatçı ve çıkarıcıdır	1	2	3	4	5
11- Kendimi mahallemin bir parçası gibi hissediyorum	1	2	3	4	5

Lütfen aşağıda yer alan sorularda size en uygun ya da enyakın yaolan yanıtı çarpı (x) ile işaretleyiniz.

C. AŞAĞIDAKİ OLAYLAR MAHALENİZDE NE SIKLIKLA YAŞANIR?	Çok sık	Oldukça sık	Çok değil	Hiç
1-Binalarda ya da duvarlarda yazılar	1	2	3	4
2-Sokaklarda başıboş dolaşan gençler	1	2	3	4
3-Sokaklarda sarhoş veya serseriler	1	2	3	4
4-Mala mülke yönelik kasıtlı zarar/saldırı	1	2	3	4
5-Birine etnik kökeni nedeni ile hakaret/saldırı	1	2	3	4
6-Zorla girilmiş evler	1	2	3	4
7-Zorla girilmiş ya da çalınmış arabalar	1	2	3	4
8-İnsanların sokakta saldırıya uğraması	1	2	3	4

Talimat: Lütfen her soruyu EVET veya HAYIR seçeneklerinden birini işaretleyerek cevaplandırınız. Bu testte doğru ve yanlış cevap yoktur, şaşırtmacalı soruda bulunmamaktadır. Lütfen her sorunun gerçek anlamının ne olacağını çok fazla düşünmeden çabucak cevap veriniz. Teşekkürler.

1. İnsanlar, bazen beni ilgisiz ve mesafeli bulurlar. Evet Hayır
 2. Çevrenizde hiç kimseyi görmemenize rağmen etrafınızda bir kişinin ya da gücün olduğunu hissettiğiniz hiç oldu mu? Evet Hayır
 3. İnsanlar, bazen benim alışılmadık hareketlerimi ve alışkanlıklarımı eleştirirler. Evet Hayır
 4. İnsanların bazen sizin ne düşündüğünüzü bildiklerinden emin olduğunuz anlar var mıdır? Evet Hayır
 5. Hiç sıradan bir olay ya da nesnenin sizin için özel bir işaret olduğunu düşündüğünüz oldu mu? Evet Hayır
 6. Bazı insanlar, benim garip biri olduğumu düşünürler. Evet Hayır
 7. Arkadaşlarımla yanında bile savunmada olmam gerektiğini hissederim. Evet Hayır
 8. Bazı insanlar konuşma esnasında beni, belirsiz ve anlaşılması zor bulurlar. Evet Hayır
 9. İnsanların söylediklerinden ve yaptıklarından gizli bir tehdit veya aşağılama sezdiğiniz oldu mu? Evet Hayır
 10. Alışveriş sırasında, diğer insanların sizi izlediği hissine kapılır mısınız? Evet Hayır
 11. Tanımadığım insanların olduğu sosyal ortamlarda kendimi çok rahatsız hissederim. Evet Hayır
 12. Hiç altıncı his, UFO'lar, geleceği görme, astroloji ile ilgili deneyimleriniz oldu mu? Evet Hayır
 13. Bazen kelimeleri alışılmadık şekillerde kullanırım. Evet Hayır
 14. Diğerlerinin, kendinizle ilgili çok fazla şey bilmemesinin daha iyi olduğunu düşünür müsünüz? Evet Hayır
 15. Sosyal olaylarda arka planda kalmayı tercih ederim. Evet Hayır
 16. Normalde farkında olmadığımız uzaktan gelen seslerin birden bire dikkatinizi dağıttığı oldu mu? Evet Hayır
 17. Sık sık diğer insanların sizi kendi çıkarları doğrultusunda kullanmalarını önlemek için dikkatli olmak zorunda mısınız? Evet Hayır
 18. İnsanlara yaklaşmakta güçlük çektiğinizi hisseder misiniz? Evet Hayır
 19. Ben garip ve alışılmadık biriyim. Evet Hayır
 20. İnsanlara söylemek istediklerimi açıkça iletmede zorlanırım. Evet Hayır
 21. Fazla tanımadığım insanlarla konuşurken huzursuzluk hissederim. Evet Hayır
 22. Hislerimi kendime saklama eğilimdeyim. Evet Hayır
-