

T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

TRABZON İLİNDE ŞİZOFRENİ PREVALANSI

UZMANLIK TEZİ

Dr. Mehmet Arif KÖROĞLU

Dr. Mehmet Arif Köroğlu

98.114.003.11

Trabzon-1999

İÇİNDEKİLER

TABLolar LİSTESİ.....	II
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
1.1.Problem.....	1
1.2.Araştırmanın Önemi.....	2
1.3.Araştırmanın Amacı.....	2
2.GENEL BİLGİLER.....	2
2.1.Tarihçe.....	2
2.2.Tanım ve Klinik özellikler.....	4
2.3.Etyoloji.....	15
2.3.1.Şizofreninin Psikososyal Etyolojisi.....	15
2.3.2.Şizofreninin Organik Etyolojisi.....	16
2.4.Epidemiyoloji.....	17
2.5.Dünyada ve Türkiye’de Şizofreni Epidemiyolojisi.....	19
3.MATERYAL VE METOD.....	22
3.1.Materyal.....	22
3.2.Metod.....	24
3.2.1.Araştırmanın Tipi ve Örnek Seçimi.....	24
3.2.2.Veri Toplama Tekniği.....	25
3.3.Anket-Test Formunun Açıklanması.....	25
3.4.Araştırmada Kullanılan İstatiksel Yöntemler.....	27
4.BULGULAR.....	28
5.TARTIŞMA.....	37
6.SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	44
7.ÖZET.....	46
8.SUMMARY.....	47
9.KAYNAKLAR.....	48
10.EKLER.....	55

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo I:	Kontrol ve şizofren grubunun sosyodemografik özellikleri.....	28
Tablo II:	Şizofren ve kontrol gruplarının cinsiyet, medeni, meslek ve öğrenim durumu, aile yapısı ve yaşanan yere göre sayı ve yüzde dağılımı.....	30
Tablo III:	Şizofren ve kontrol gruplarının çocukluk çağında ve son bir yılda geçirilmiş stres verici yaşam olayı, doğum mevsimi, doğum problemi, yaş, bedensel hastalık ve aylık gelire göre sayı ve yüzde dağılımı.....	31
Tablo IV:	Şizofren ve kontrol gruplarının sosyal güvence, anne yaşı ve kullanılan ele göre sayı ve yüzde dağılımı.....	32
Tablo V:	Cinsiyet, medeni durum, meslek, öğrenim durumu, aile yapısı, yaşanan yer, aile de ruh hastalığı, çocuklukta ve son bir yılda geçirilen stres verici yaşam olayı, doğum mevsimi, doğum problemi, göç, yaş grupları, yaş, bedensel hastalık, doğumdaki anne yaşı, kullanılan el, aylık gelirin lojistik regresyon testi sonuçları.....	33
Tablo VI:	Erkek ve kadın şizofren hastaların medeni durum, meslek, eğitim durumu, aile yapısı ve ailedeki ruh hastalığına göre sayı ve yüzde dağılımı.....	34
Tablo VII:	Erkek ve kadın şizofren hastaların çocukluk çağı ve son bir yılda geçirilmiş stres verici yaşam olayı, doğum mevsimi, doğum problemi, antipsikotik ilaç kullanımı ve göçe göre sayı ve yüzde dağılımı.....	35
Tablo VIII:	Erkek ve kadın şizofren hastaların yaş grupları ve bedensel hastalığa göre sayı ve yüzde dağılımı.....	36

1.GİRİŞ VE AMAÇ

1.1.Problem

Ruh hastalıkları, bir çok toplumda yaygın görülmeleri sebebiyle, tüm dünyada bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedirler. Yirmi birinci yüzyılda hekimlerin sıklıkla uğraşacağı hastalıklar arasında mental hastalıkların daha fazla yer tutacağı öngörülmektedir. Mental hastalıklar içinde ise Şizofrenin daha çok sosyal ve ekonomik sorunlara yol açtığını ve üzerinde önemle durulması gerektiği söylenmektedir.

Şizofreni hastası hem kendisine, hem de yakın çevresi ve topluma belirgin bir yük getirmektedir.Dolayısıyla bu hastalara bakım ve tedavi vermek, eğitim ve uğraşı olanakları sağlamak için topluma büyük sorumluluklar düşmektedir. Bu açılardan ele alındığında Şizofreni hastalığının önemli bir halk sağlığı sorunu olduğu ortaya çıkacaktır.

Ülkemizde de diğer ülkelerde olduğu gibi Şizofreninin biyolojik yönleri ile ilgili çok sayıda çalışma yapılmış ve yapılmaktadır. Buna karşılık şizofreni epidemiyolojisi ile ilgili çalışma sayısı yetersizdir. Türkiye’de şizofreni epidemiyolojisi ile ilgili çalışmalar ise son derece azdır. Bu yetersizliğin temel nedeninin epidemiyolojik araştırmaların çok masraflı olması ve önemli yöntemsel sorunlar taşıyor olması ileri sürülmektedir(1).

İnsanı, gençlik yıllarından başlayarak gerek ailesiyle gerekse çevresiyle önemli uyumsuzluk ve çatışmaların yaşamasına neden olan bu bozukluğun topluma maliyeti oldukça yüksektir. Amerika Birleşik Devletlerinde şizofreni tedavisinin yıllık maliyetinin 7 milyar dolar olduğu tahmin edilmektedir(2). Ülkemiz açısından bu hastalığın maliyeti henüz tam olarak bilinmemektedir.

Her yüz kişiden birisi şizofreniye yakalanmakta ve bu durum onunla birlikte yakınlarının yaşamında da önemli sorunlara yol açmaktadır. Bu nedenle günümüzde önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilen şizofreninin; ülkemizdeki durumunun ne olduğu , sosyoekonomik yapı ve değişimlerle ne gibi ilişkisinin olduğu toplum ruh sağlığı plan ve düzenlenmesi amacıyla, ülke koşulları ve olanakları içinde neler yapılabileceği bir an önce cevaplandırılması gereken sorulardır. Bunun için araç-gereç ve eğitilmiş insan gücü gereksiniminin ortaya konması ve gerekli düzenlemelerin yapılması gerekmektedir.

1.2.Araştırmanın önemi

Günümüzde önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilen şizofreninin toplumsal yönleri, nedenleri ve yaygınlığı konusunda bilgi sahibi olmak ülkemiz için ekonomik ve sosyal bir zorunluluk haline gelmiştir. Yaygınlık, hastalık için risk faktörleri gibi epidemiyolojik ölçütlerin ve risk gruplarının ortaya çıkarılması, ülkemiz için ruh sağlığı politikalarının geliştirilmesine de katkıda bulunacaktır. Bu araştırmanın; şizofreninin, tedavi bakım ve rehabilitasyon çalışmalarının düzenlenmesi ve bu konuda gerek stratejilerin oluşturulması gerekse yatırımların planlanmasında yardımcı olacağına inanıyoruz. Ayrıca Türkiye geneli için yapılacak olan benzer bilimsel çalışmalar ve düzenlemelerin oluşturulmasına katkı sağlayacağını düşünüyoruz.

1.3.Araştırmanın amacı

Araştırmanın amaçlarından birincisi şizofreninin Trabzon ilindeki yaygınlık oranını saptamaktır. Araştırmanın ikinci amacı, değişik sosyodemografik özellikler ile şizofreni hastalığının dağılımı arasındaki bağıntıları araştırmaktır. Araştırmanın üçüncü amacı da şizofreni hastalığındaki risk gruplarını belirlemektir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Tarihçe

Şizofreninin tarihçesi eski çağlara dayanır. Bu konu ile ilgili ilk metinler M.Ö.15. yüzyıla kadar uzanır. Ancak bunlar netlikten uzak ve çok genel tanımlamalardır. Yakın dönemlere gelindikçe, daha açık ve kapsamlı bir ruhsal bozukluk tablosunun ortaya çıkmaya başladığı görülebilir. Örneğin M.S. birinci ve ikinci yüzyıllarda, Eski Yunanda, kendilerini gerçek dışı bir şekilde büyük gören, başkalarından kötülük göreceklere korkusu ve endişesi içinde yaşayan, bilişsel işlevlerde ve kişilikte yıkım belirtileri gösteren kişilerden söz edilmektedir(3) Ortaçağ Avrupa'sında ruhlarına şeytan girdiği düşünülerek çeşitli işkencelere maruz bırakılan ve yakılan ruh hastalarının da muhtemelen şizofren olduğu düşünülmektedir. Bu belirtiler tıbbi bir hastalık sonucu olduğu ve hastaların tedavi edilmesi gerektiği ise ancak 18.yüzyıl başlarında anlaşılmıştır(4).

Emil Kraeplin 1896 yılında erken başlayan, halüsinasyon ve hezeyanlar gibi semptomları, içeren ve süreğen yıkımla giden bir akıl hastalığını yanlış olarak erken bunama anlamına gelen “Demantia Praecox” olarak adlandırmıştır. 1911’de ise Eugen Bleuler bu kavramı yeniden ele alarak, hastalıkta kişinin ruhsal hayatındaki yarılmamanın (schisme) önemli olduğunu vurgulamış, Kraeplin’in aksine erken başlamasının ve bunama ile sonuçlanmasının gerekli olmadığını söyleyerek hastalığı Yunanca “akıl bölünmesi” (Splitting of the mind) anlamına gelen “Schizophrenia” olarak adlandırmıştır(5)

Kraeplin ve Bleuler’in görüşlerini kabul etmeyen Adolf Meyer Şizofreni hastalığının fizik ve psikişik sebeplere değil, kişinin geçmişte de yaşadığı çeşitli toplumsal, psikolojik ve fiziksel etmenlerden etkilenen bir yaşamın doğal sonucu olduğuna inanmıştır.

Freud ise şizofreniyi “birinci özseverlik (narsissizm)” dönemine gerileme (regresyon) sonucunda ortaya çıkan bir klinik tablo olarak ele almıştır(6). Kurt Schneider ise şizofrenide birinci derece (firs rank) semptomlar olarak adlandırdığı bir takım semptomları tanımlamış ve sadece şizofreniye özgü olmayan bu belirtilerin şizofreni tanısındaki değerine işaret etmiştir(7).

Orta çağda engizisyon mahkemelerinin kararlarıyla ruhlarına şeytan girdi düşüncesiyle şizofren hastaları yakılırken, Anadolu’da aynı çağlarda şizofrenlere tam insan muamelesi yapılır, hekimli ve ilaçlı yerlerde barındırılır, ruhlarının açılması için musiki araçları kullanılırdı. Yine bu çağlarda Kayseri’den Manisa’ya kadar Anadolu’nun çeşitli şehirlerinde zenginlerin vasiyet ettikleri vakıflarla idare edilen “Şifahane” hastaevi demek olan Bimarhanelerde şizofren hastalar yatırılır, tedavi edilirdi. Ancak bu mutlu devir Osmanlı Devleti’nin gerilemesi ve çökmesiyle bozulmuştur. (18-19. Yüzyıllar) Ülkemizde ki ilk psikiyatri hocası olan Prof.Dr. Raşit Tahsin’in açtığı yolda Türk psikiyatrisi, Mazhar Osman, Rasim Adasal, Şükrü Aksel, F.Kerim Gökay, Ayhan Songar gibi hekimlerin yetişmesi ve gayretleriyle anlam kazanmıştır(8). Raşit Tahsin’in Kraeplin’le birlikte çalışmış olması, bu kişilerin önemini özellikle şizofreniyle ilgili yakınlıklarını gözler önüne koyar.

2.2. Tanım ve klinik özellikler

Yaklaşık bir asırdan beri tanımlaması yapılamaya çalışılan ve genel olarak Psikotik Bozukluklar başlığı altında yer alan şizofreninin Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması (ICD)ve Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM) gibi sınıflandırma ve tanı sistemleriyle tanımlamaları yapılmıştır.

Şizofreni; genç yaşta başlayan, insanın kişiler arası ilişkilerden ve gerçeklerden uzaklaşarak, kendine özgü bir içe-kapanım dünyasında yaşadığı; düşünüş, duyuş ve davranışlarda önemli bozuklukların görüldüğü bir hastalıktır(4,9,10).

DSM IV ŞİZOFRENİ TANI KRİTERLERİ(11).

A. Karakteristik semptomlar : Bir aylık bir dönem boyunca (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre), bu sürenin önemli bir kesiminin de aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha fazlasının) bulunması:

(1)hezeyanlar(sanrılar)

(2)hallüsinasyonlar(varsanılar)

(3)dezorganize (karmakarışık) konuşma (örn. Çağrışımlarda dağınıklık [sık sık konu dışı sapmalar gösterme] ya da enkoherans)

(4)ileri derecede dezorganize ya da katatonik (tekdüzelik), aloji (konuşamazlık) ya da avolisyon

Not: Hezeyanlar bizar ise ya da hallüsinasyonlar kişinin davranış ya da düşünceleri üzerine sürekli yorum yapmakta olan seslerden ya da iki ya da daha fazla sesin birbiriyle/birbirleriyle konuşmasından oluşuyorsa A tanı ölçütlerinden sadece bir semptomun bulunması yeterlidir.

B. Toplumsal/mesleki işlev bozukluğu: İş, kişilerarası ilişkiler ya da kendine bakım gibi önemli işlevsellik alanlarından bir ya da birden fazlası, bu bozukluğun başlangıcından beri geçen sürenin önemli bir kesiminde, bu bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altında kalmıştır (başlangıcı çocukluk ya da ergenlik dönemine uzanıyorsa, kişilerarası ilişkilerde, eğitimle ilgili ya da mesleki başarıda beklenen düzeye erişilememiştir).

C. Süre: Bu bozukluğun süregelen belirtileri en az 6 ay süreyle kalıcı olur. Bu 6 aylık süre, en az bir ay süreyle (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre) A tanı ölçütünü karşılayan semptomları kapsmalıdır; prodromal ya da rezidüel semptomların bulunduğu dönemleri kapsayabilir. Bu bozukluğun belirtileri, prodromal ya da rezidüel dönemlerde, sadece negatif semptomlarla ya da A tanı ölçütünde sıralanan iki ya da fazla semptomun daha hafif biçimleriyle (örn. Acayip inanışlar, olağandışı algısal yaşantılar) kendilerini gösterebilir.

D. Şizoaftif Bozukluğun ve Duygudurum Bozukluğunun dışlanması: Şizoaftif Bozukluk ve Psikotik Özellikler Gösteren Duygudurum Bozukluğu dışlanmıştır, çünkü ya (1) aktif-evre semptomları ile birlikte aynı zamanda Majör Depresif, Manik ya da Mikst Epizodlar ortaya çıkmamıştır ya da (2) aktif-evre semptomları sırasında duygudurum epizodları ortaya çıkmışsa bile bunların toplam süresi aktif ve rezidüel dönemlerin süresine göre daha kısa olmuştur.

E. Madde kullanımının /genel tıbbi durumun dışlanması: Bu bozukluk bir maddenin (örn. Kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) doğrudan fizyolojik etkilerine ya da genel tıbbi bir duruma bağlı olarak ortaya çıkmamıştır.

F. Bir Yaygın Gelişimsel Bozuklukla olan ilişkisi: otistik Bozukluk ya da diğer bir Yaygın Gelişimsel Bozukluk öyküsü varsa, ancak en az bir ay süreyle (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre) belirgin hezeyan ya da hallüsinasyonlar da varsa Şizofreni ek tanısı konabilir.

Şizofreni Alt Tipleri

Şizofreninin alt tipleri, değerlendirme sırasında önde gelen semptomlarla tanımlanırlar.

Paranoid Tip

Aşağıdaki tanı ölçütlerinin karşılandığı Şizofreni tipi:

A. Bir ya da birden fazla hezeyan ya da sıklıkla işitme hallüsinasyonlarının olması.

B. Şunlardan hiçbirinin bulunmaması: Dezorganize konuşma, dezorganize ya da katatonik davranış, donuk ya da uygunsuz affekt.

Dezorganize Tip

Aşağıdaki tanı ölçütlerinin karşılandığı Şizofreni tipi:

A. Aşağıdakilerden hepsi belirgindir:

- (1)dezorganize konuşma
- (2)dezorganize davranış
- (3)donuk ya da uygunsuz affekt

B. Katatonik Tip için tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

Katatonik Tip

Aşağıdakilerden en az ikisinin klinik görünümüne egemen olduğu Şizofreni tipi:

- (1)katalepsi (balmumu esnekliği de içinde olmak üzere) ya da stupor ile belirlendiği üzere motor hareketsizlik
- (2)aşırı motor aktivite (açıkça amaçsız ve dış uyaranlardan etkilenmeyen)
- (3)aşırı negativizm (hareket ettirmeye yönelik tüm yönermelere açıkça amaçsız bir direnç gösterme ya da hareket ettirmeye yönelik girişimlere karşı rijid [katı] postürü sürdürme) ya da mutizm
- (4)postür alma (istemli olarak uygunsuz ya da bizar postürler alma), basmakalıp hareketler, belirgin mannerizmler ya da belirgin grimasın olması ile belirlendiği üzere istemli davranışlarda acayipliklerin olması
- (5)ekolali ya da ekopraksi

Farklılaşmamış (Diferansiye Olmamış) Tip

A. Tanı ölçütünün karşılandığı semptomların olduğu Şizofreni tipi, ancak bu tanı ölçütleri Paranoid, Dezorganize ya da Katatonik Tipin tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

Rezidüel Tip

Aşağıdaki tanı ölçütlerinin karşılandığı Şizofreni tipi:

A.Belirgin hezeyanlar, hallüsinasyonlar, dezorganize konuşma ve ileri derecede dezorganize ya da katatonik davranışın olmaması.

B.Negatif semptomların ya da A Tanı Ölçütünde sıralanan iki ya da daha fazla semptomun daha hafif biçiminin (örn. Acayip inanışlar, olağandışı algısal

yaşantılar) varlığı ile belirlendiği üzere bu bozukluğun sürdüğüne ilişkin kanıtlar vardır.

ICD-10 TANI KRİTERLERİ(12)

Şizofrenik bozuklukların asıl ve belirleyici özellikleri düşünce ve algı alanlarındadır. Duygulanımda uygunsuzluk veya küntleşme vardır. Zaman içinde belli kognitif bozukluklar ortaya çıksa bile bilinç açıktır ve zihinsel yetiler bozulmamıştır. Bu rahatsızlıkta , kişiye bireysellik, herkesten ayrı tek bir kişi olma ve kendini yönlendirme duygularını kazandıran temel işlevler bozulur. En içsel düşünce, duygu ve davranışların başkaları tarafından bilindiği ve paylaşıldığı düşünülür. Açıklayıcı sanrılar gelişerek doğal veya doğatüstü güçlerin devreye girdiği, hastanın düşünce ve eylemlerini acaip biçimlerde etkilediği sanılır. Birey kendini, olan her şeyin odağı olarak görür. Özellikle işitme varsanıları türünden varsanılarla görülür ve bunlar hastanın düşünce ve davranışlarını yorumlayan içerik taşıyabilirler. Algı bozukluğu başka biçimlerde de ortaya çıkabilir. Örneğin, renk ve sesler beklenenden daha canlı algılanabilir veya nitelikleri değişebilir, olağan şeylerin ilgisiz özellikleri nesne veya durumun tümünden daha önemli olarak algılanabilir. Şaşkınlık sık görülür ve giderek günlük olayların kendisi için genellikle kötü amaçlı bir anlam taşıdığını düşünmeye başlar. Tipik şizofrenik düşüncede, normal düşüncede silik kalan ilgisiz ve çevresel ayrıntılar ön plana çıkarak, o durumla ilgili ve uygun olan düşüncenin yerine geçer. Böylece düşünce belirsiz, kesik kesik ve kapalı bir biçim alır; düşüncenin konuşma ile anlatımı bazen anlaşılmaz hale gelir. Düşünce akımında kopma, başka düşüncelerin girmesi ve düşüncelerin sanki dış güçler tarafından çekiliyor gibi olması sık görülür. Duygudurumda sığılık, oynaklık ve uygunsuzluk olur. Ambivalans ve istenç bozukluğu uyusukluk, negativizm veya stupora yol açar. Katatoni görülebilir. Başlangıç, davranışta ağır bozuklukla birlikte akut olabildiği gibi tuhaf düşünceler ve iletişim bozukluğunun giderek artması biçiminde sinsi de olabilir. Hastalığın gidişi büyük farklılıklar gösterir ve her zaman süregenleşmeye ve yıkıma yol açmaz. Değişik kültür ve gruplarda olguların bir bölümünde düzelme tam veya tama yakın olabilir, hasta iyileşebilir. Her iki cinste yaklaşık eşit oranda görülür, kadınlarda başlangıç daha geçtir.

Kesin tanı koydurucu belirtiler olmamakla birlikte, pratik amaçlarla, yukarıdaki belirtileri, sıklıkla birlikte görüldükleri ve tanı için özel önemleri nedeni ile aşağıdaki gruplara ayırmak yararlı görülmektedir.

- (a)düşünce yankılanması, düşünce sokulması veya çekilmesi ve düşünce yayınlanması;
- (b)kontrol edilme, etkilenme veya edilginlik sanrıları (beden hareketlerini, özel düşünceleri, eylemleri veya duyuları etkileyen); sanrılı algılama;
- (c)hastaların davranışlarını yorumlayan veya kendi aralarında hastayı tartışan işitme varsanıları veya bedenin belli bölgesinden gelen varsanısal sesler;
- (d)tümü ile olanak dışı, kültüre uygun olmayan, süreklilik gösteren başka sanrılar. Örneğin, dinsel veya siyasal kimliğe veya insanüstü güç ve yeteneklere sahip olma (Örneğin, hava durumunu denetleme, başka dünyalardan yabancılarla iletişim kurabilme);
- (e)herhangi bir türden inatçı varsanılar; bu varsanılar duygulanımla uyum göstermeyen gelip geçici veya yarı sistemli sanrılarla veya aşırı değer kazanmış fikirlerle birlikte olmalı; veya haftalarca, aylarca kesintisiz olarak her gün bulunmalıdır;
- (f)düşünce akımında kopma ve başka düşünce sokulmaları, bunun sonucu oluşan çağrışımlarda dağınıklık (incoherence), uygunsuz konuşma veya neolojizm;
- (g)katatonik davranış, örneğin, eksitasyon, bedeni belli bir pozisyonda tutma, balmumu esnekliği, negativizm, mutizm ve stupor;
- (h)"negatif" belirtiler, örneğin, belirgin apati, konuşma azlığı, duygusal tepkilerde küntleşme veya uygunsuzluk gibi; bu belirtiler genellikle sosyal çekilme ve sosyal performansın düşmesine yol açarlar; bu belirtilerin depresyona veya nöroleptik tedavisine bağlı olmadığını bisosyal çekilme ve sosyal performansın düşmesine yol açarlar; bu belirtilerin depresyona veya nöroleptik tedavisine bağlı olmadığını bilmesi gerekir;
- (i)kişiliğin bazı yönleri ile ilişkili belirgin ve sürekli nitelik değişiklikleri; bunlar ilgi yitimi, amaçsızlık, tembellik, kendi kendisiyle uğraşma ve sosyal çekilme biçiminde ortaya çıkabilir.

Tanı kılavuzu

Şizofreni tanısı için yukarıdaki a,b,c gruplarındaki belirtilenlerden en az ikisinin bulunması ve bunların en az bir ay veya daha uzun süre zamanın büyük

kısımında sürmesi gereklidir. Tedavisi olsun veya olmasın, eğer belirtiler daha kısa süredir var ise rahatsızlık önce, örneğin, akut şizofreni benzeri psikotik bozukluk olarak sınıflandırılmalı, eğer belirtiler daha uzun sürede değişmezse şizofreni olarak yeniden sınıflandırılmalıdır.

Geriye doğru bakıldığında psikotik belirtilerden haftalar hatta aylar önce başlayan bir prodromal dönemin olduğu açıkça görülür. Bu dönemde işe, sosyal etkinliklere, kişisel görünüm ve temizliğe karşı bir ilgi yitimi, yaygın bunaltı ve orta derecede bir depresyonla birlikte görülebilir. Başlangıcın zamanının saptanması ile ilişkili güçlüklerden dolayı bir aylık süre ölçütü yalnız yukarıda sıralanan beirli belirtileri içerir. Psikotik olmayan prodromal dönem, bu bir ay kuralının dışındadır. Yoğun depresif veya manik belirtilerin varlığında eğer şizofrenik belirtiler duygulanım bozukluğundan daha baskın değilse şizofreni tanısı konulmamalıdır. Eğer şizofreni ve duygulanım bozukluğu belirtileri birlikte, hatta eşit oranda ortaya çıkmışsa , şizofrenik belirtiler şizofreni ölçütlerine uysa bile şizoaffektif bozukluk tanısı konulmalıdır. Belirgin beyin hastalığı, ilaç entoksikasyonu veya kesilmesi durumlarında şizofreni tanısı konulmamalıdır.

Paranoid şizofreni

Dünyanın çoğu bölgesinde en sık görülen şizofreni türüdür. Klinik tabloda egemen olan belirtiler şunlardır: Görece değişmez nitelikte, sıklıkla paranoid türden sanrılar, bu sanrılara eşlik eden algı bozuklukları, özellikle işitme varsanıları. Duygulanım, istenç ve konuşma bozuklukları ve katatonik belirtiler çok belirgin değildir.

En sık görülen paranoid belirtilere aşağıdaki örnekler verilebilir:

(a)kötülük görme, alınma, özel görev, bedensel kıskançlık ve üstün kimlik sanrıları,

(b)hastayı tehdit eden veya ona emirler veren varsanı nitelikli sesler veya fisıltı, mırıldanma ve gülme biçiminde işitme varsanıları,

(c)koku ve tat varsanıları, cinsel ve bedensel duyu varsanıları bulunabilir fakat bunlar seyrek olarak belirgindir.

Düşünce bozukluğu akut dönemde açıkça görülebilir ve bu durum tipik sanrı ve varsanıların açıkça tanımlanmasını engellemez. Duygulanım, şizofreninin başka

türlerine kıyasla daha az küntleşmiştir, fakat duygulanımda bozukluk hafif derecede uygunsuzluk, irritabilite, ani öfke, korku ve kuşkular şeklinde “negatif” belirtiler sıklıkla bulunur fakat klinik tabloya egemen değildir. Paranoid şizofreninin gidişi süregen veya kımı veya tam düzelme dönemleriyle epizodik olabilir. Süregenlik gösteren olgularda renkli belirtiler yıllarca sürebilir; bu tür durumlarda nöbetleri ayırt etmek güç olabilir. Katatonik ve hebefrenik türlere kıyasla başlangıç daha geç yaşta olur.

Tanı klavuzu

Belirtilerin şizofreni tanısı için gerekli ölçütlere uyması gerekir. Ek olarak sanrı ve varsanılar belirgin olmalıdır. Duygulanım, istenç ve konuşma bozuklukları ile katatonik belirtiler görece daha önemsizdir. Varsanılar daha önce (b) ve (c) şıklarında tanımlanan türdendir. Herhangi türden bir sanrı görülebilmekle birlikte en belirgin sanrılar kontrol edilme, edilginlik ve kötülük görme sanrıları biçimindedir.

Ayırıcı tanı: Epileptik ve ilaca bağlı psikozları ayırtetmek önemlidir. Bazı ülkelerden ve kültürlerden gelenlerde kötülük göreme sanrılarının tanı koymada çok az değeri olduğu unutulmamalıdır.

Hebefrenik şizofreni

Duygulanımda değişikliklerin belirgin olduğu, dağınık ve ve hızla gelip giden sanrı ve varsanıların bulunduğu bir şizofreni türüdür. Davranış önceden kestirilemeyen nitelikte ve sorumsuzdur. Sık olarak manyerizm görülür. Duygudurum sığ ve uygunsuzdur. Gülümsemeler, kıkırdamalar, manyerizm, şaklabanlılar, hipokondriyak yakınmalar ve aynı sözleri tekrar tekrar söyleme sık görülür. Düşünce dağınık, konuşma amaçsız ve tutarsızdır. Hastada yalnız kalma eğilimi vardır. Davranış amaçsız ve duygudan yosundur. Bu şizofreni türü genellikle 15-25 yaş arasında başlar. Özellikle duygulanımda küntleşme ve istenç kaybı biçiminde negatif belirtilerin hızlı gelişimi yüzünden hastalığın gidişi genellikle kötüdür.

Ek olarak bazı olgularda duygulanım, istenç ve düşünce bozuklukları belirgindir. Sanrı ve varsanılar olabilirlerse de çok belirgin değildirler. Dürtü ve isteklerin kaybı ile amaçlar bir kenara bırakılır ve hastanın davranışı açıkça boş ve amaçsız bir nitelik kazanır. Din, felsefe ve başka soyut temalarla yüzeysel ve biçimsel uğraşlar hastanın düşünce akışını izlemeyi zorlaştırır.

Tanı klavuzu

Belirtilerin şizofreni tanısı için genel ölçütlere uyması gerekir. Hebefreni tanısı ilk kez delikanlı veya genç erişkinlere konulur. Hastalık öncesi dönemde kişi oldukça utangaç ve yalnızdır fakat böyle olması şart değildir. Yukarıda tanımlanan davranışları saptayabilmek ve güvenli bir tanı için hastanın iki-üç ay sürekli izlenmesi genellikle zorunludur.

Katatonik şizofreni

Klinik durumda asıl belirti ve klinik özellik belirgin psikomotor bozukluklardır. Bu belirtiler hiperkineziden stupora veya otomatik boyun eğişten negativizme dek aşırı uçlara doğru değişim gösterebilir. Hastada ortaya çıkan bazı tutum veya duruşlar uzun süre değişmeden kalabilir. Bu durumun çarpıcı bir özelliği de şiddet içeren eksitasyon nöbetleridir. Nedenleri pek belli olmamakla birlikte katatonik şizofreni sanayileşmiş ülkelerde şimdilerde çok seyrek görülmektedir. Katatonik durum, canlı görme varsanıları içeren rüyaya benzer (oneiroid) durumlarla birlikte görülebilir.

Tanı klavuzu

Belirtilerin şizofreni tanısı için genel ölçütlere uyması gerekir. Şizofreninin herhangi bir türünde geçici ve sınırlı katatonik belirtiler görülebilir.

- (a)stupor (çevreye tepkilerde, spontan hareketlerde ve eylemlerde belirgin azalma) veya mutizm,
- (b)eksitasyon (dış uyaranların etkisinden bağımsız ve anlamsız görünen motor etkinlik),
- (c)durum alışı (istemli olarak uygunsuz ve tuhaf duruşlara girme ve bunları sürdürme),
- (d)negativizm(hastayı hareket ettirmek için verilmiş tüm komutlara açık ve anlamsız direnç gösterme veya aksi yönde hareket etme),
- (e)katı duruş (rijidite) (hareket ettirme çabalarına karşı katı bir duruşun sürdürülmesi),

(f)balmumu esnekliği (el,ayak ve bedene dıştan verilen pozisyonun muhafaza edilmesi),

(g)komut otomatizması (otomatik boyun eğiş), sözcük ve cümlelerde amaçsız yinelemeler(perseverasyon).

Davranışlarında katatonik belirtiler görülen ve iletişim kurulamayan hastalarda başka belirtilerin varlığı görülüne dek şizofreni tanısında ihtiyatlı davranmak gerekir. Bunun yanısıra katatonik belirtilerin şizofreni için tek başına tanısals değerinin olmadığının unutulmaması gerekir. Katatonik belirti veya belirtiler beyin hastalığı, metabolik bozukluklar, alkol ve maddeye bağımlı olarak oluşabileceği gibi duygulanım bozukluklarında da görülebilir.

Ayrışmamış şizofreni

Belirtilerin şizofreni tanısı için genel ölçütleri karşılamalı fakat yukarıda tanımlanan alt tiplere uymamalıdır. Bu alt tiplerde bulunan özelliklerden bir veya birkaçını gösterebilir. Fakat bunlar o alt tipin tanısını koyduracak belirginlikte değildir. Bu başlık ancak rezidüel şizofreni, post şizofrenik depresyon tanılarının konamadığı psikolojik durumlarda ve paranoid, hebefrenik ve katatonik alt tip tanılarında birinin olup olamayacağı gözönünde tutulduktan sonra kullanılmalıdır.

Tanı klavuzu

Bu tanı aşağıdaki durumlarda konulur:

- (a)bozukluk belirtileri şizofreni için tanı kriterlerine uyar;
- (b)paranoid hebefrenik veya katatonik alt tip ölçütlerine uymaz;
- (c)kalıntı şizofreni veya post şizofrenik depresyon ölçütlerine uymaz.

Post-şizofrenik depresyon

şizofrenik hastalığın ardından gelişen ve uzayabilen bir depresif nöbettir. Bazı şizofrenik belirtiler bulunmakla birlikte artık tabloya egemen değildirler. Bu kalıcı şizofrenik belirtiler pozitif veya negatif belirtiler olabilir. Negatif belirtiler daha sık görülebilmektedir. Bu depresif belirtilerin ne dereceye kadar (yeni bir gelişme olmaktan çok) başlangıçtaki psikotik belirtilerin yatışmasından sonra açığa çıktığı ne dereceye kadar hastalığa ruhsal bir tepki değil de şizofreninin bir parçası olduğu tanısals bakımdan henüz açıklık kazanmamıştır. Bu durum ağırlık ve süre olarak nadiren ağır

depresif nöbet ölçütlerine uyar. Çoğu kez belirtilerin ne kadarının depresyona, ne kadarının nöroleptik tedavisine ya da şizofrenideki istenç bozukluğuna ve duygusal küntleşmeye bağlı olduğuna karar vermek güçtür. Bu bozuklukta intihar riski artmıştır.

Tanı klavuzu

Bu tanı yalnızca aşağıdaki durumların varlığında kullanılmalıdır:

(a) hasta geçen oniki ay içinde şizofreni tanısı için gerekli ölçütlere uyan bir hastalık geçirmiştir;

(b) bazı şizofrenik belirtiler sürmektedir ve;

(c) belirgin ve rahatsız edici depresif belirtiler en az iki haftadır vardır; bu belirtiler depresif nöbet ölçütlerine uyar.

Eğer hastada artık hiç şizofrenik belirti yoksa depresif nöbet tanısı konulur. Eğer şizofrenik belirtiler hala renkli ve belirgin ise uygun şizofreni tipinin tanısı konulmalıdır.

Kalıntı şizofreni

Şizofrenik bozukluğun gelişiminde kronik bir devre olup erken evreden başlayan belirgin bir ilerleme söz konusudur. Belirtilerin şizofreni ölçütlerine uyduğu bir veya daha fazla epizod görülmüştür. Uzun dönemde negatif belirtilerin baskın olduğu bir durum ortaya çıkmıştır. Negatif belirtilerin geriye dönüşsüz olması şart değildir.

Tanı klavuzu

Güvenilir bir tanı için aşağıdakiler bulunmalıdır:

(a) belirgin “negatif” şizofrenik belirtiler, örneğin, psikomotor yavaşlama, durgunluk, duygulanımda küntleşme, edilginlik, girişkenlikte yitim, konuşmanın içerik ve niceliğinde azalma, yüz ifadesi, göz ilişkisi ve ses değişiklikleri ve hareketlerde olan sözsüz iletişimin azalması, kendine bakımda ve sosyal becerilerde düşme,

(b) geçmişte şizofreni için tanı ölçütlerine uyan en az bir psikotik nöbetin kesin varlığı,

(c) sanrı ve varsanı gibi renkli belirtilerin yoğunluk ve sıklığının en alt düzeye inip, bunların yerini negatif şizofrenik sendromun aldığı en az bir yıl süren bir dönemin varlığı,

(d)negatif bozuklukları yeterince açıklayacak bunama veya başka organik beyin hastalığının, kronik depresyon veya uzun süre bir kurumda kalmış olma durumunun olmayışı.

Eğer hastanın önceki öyküsü ile ilişkili yeteli bilgi alınamıyorsa ve geçmişteki rahatsızlığa şizofreni tanısı konulamıyorsa geçici olarak rezidüel şizofreni tanısını koymak gerekebilir.

Basit şizofreni

Sık görülmeyen bir bozukluktur. Garip davranışlar, toplumsal ilişkilerde ve diğer becerilerde bozulma sinsi ve ilerleyici bir biçimde ortaya çıkar. Sanrı ve varsanılar bulunmaz ve hasta hebefrenik paranoid ve katatonik alt tiplerde olduğundan daha az psikotiktir. Önceden açık psikotik belirtilerin bulunduğu bir dönem olmaksızın, rezidüel şizofreninin tipik “negatif” belirtileri (örneğin duygulanımda küntleşme , istenç kaybı) gelişir. Toplumsal çekilmenin artması ile hasta işini kaybedebilir ve yalnızca kendi kendisi ile uğraşan, boş ve amaçsız bir kişi haline gelebilir.

Tanı klavuzu

Basit şizofreni tanısının güvenilir biçimde konulması zordur. Çünkü varsanı, sanrı ve diğer belirtilerin bulunduğu bir psikotik dönem olmaksızın rezidüel şizofreninin tipik “negatif” belirtileri sinsi ve ilerleyici bir biçimde gelişir ve kişinin davranışlarında belirgin ilgisizlik, amaçsızlık ve toplumsal çekilme gibi önemli değişikliklere yol açar.

ICD-10 İle DSM-IV Arasındaki farklar:

ICD-10 ölçütleri DSM-IV’ e göre daha geniş bir şizofreni kavramı üzerine dayanır. ICD basit şizofreniyi farklı bir tip olarak kabul etmesine ve negatif belirtilere de önemli oranda ağırlık vermesine karşın negatif belirtileri tek başına şizofren tanısı için yeterli kabul etmez. Bu da basit şizofreniyi bir şizofreni alt tipi olarak tanımlayan bir sistem için çelişkili görünmektedir. ICD ölçütleri Schneiderian belirtilere daha fazla ağırlık vermektedir. ICD 10’ da şizotipal bozukluk şizofrenik bozukluklar arasında yer alırken DSM-IV’de bu durum kişilik bozuklukları arasında sıralanmıştır.

2.3.Etyoloji

Şizofreninin etyolojisi tam olarak bilinmemektedir.Yüzyılın ortalarına kadar daha çok psikososyal açıdan ele alınan bu hastalık, tıpdaki gelişmelere bağlı olarak biyolojik açıdanda araştırılmaya başlanmıştır. Bu araştırmalarda elde edilen sonuçların gerçekten oluş nedeni mi, yoksa hastalığın gidişi esnasında ortaya çıkan durumlar mı, olduğu yönündeki sorulara sorulara henüz net cevaplar verilememiştir. Günümüzde en geçerli yaklaşım bu hastalığın niteliğinden dolayı hem psikososyal hem de biyolojik görüşlerin bir arada ele alınması şeklindedir(13).

2.3.1. Şizofreninin psikososyal etyolojisi

İlkel çağlarda doğaüstü güçlerin eseri olduğuna inanılan bu hastalık 20.yüzyıldan itibaren düşünceler, istekler ve öğrenilmiş alışkanlıkların bir etkileşimi şeklinde tanımlamaya başlandı. Sonuçta ortaya çeşitli kuramlar çıktı. Bunlar içinde en önemlisi “Psikoanalitik kuram” dır.

Psikoanalitik açıdan şizofrenideki başlıca bozukluğun bir “ego organizasyonu” bozukluğu olduğu ileri sürülmüştür. Ego organizasyonunun bozulması, gerçekliğin yorumunu, cinsellik, agresyon gibi içsel dürtülerin denetim altında tutulmasını etkiler, düşünce içeriğini, düşlerdeki gibi ilkel ve sembolik bir duruma dönüştürür. Freud’a göre, şizofren hastaların içsel dürtüleri dış dünyanın gerçekleri ile uyuşamaz. Bunun sonucu hasta dış dünyadan uzaklaşarak dış gerçekliğin olmadığı daha ilkel psikoseksüel gelişim dönemlerine (birincil narsizm) geriler (regresyon).

Margaret Mahler ve Melanie Klein ise şizofrenin erken dönemlerdeki anne-çocuk ilişkisinden köken aldıklarını ileri sürmüşlerdir. Paul Federn ise şizofrenideki temel bozukluğun, erken dönemdeki hastanın kendi nesnelğini ayırıştırma başarısını gösterememesinde yattığı sonucuna varmıştır(10,14)

Şizofreninin etyolojisini aydınlatmaya yönelik aile çalışmalarında, annenin reddeden, mesafeli aşırı koruyucu ya hostile kişi olduğundan söz edilmiştir. Yine bu ailelerde şizofrenik çocuk ile anne baba arasında double blind “çift çıkmaz” diye adlandırılan ailesel bir etkileşimin olduğu ileri sürülmektedir. Burada şizofrenik çocuk, anne ve babadan belki birbiriyle tamamen zıt olamayan, ancak birbiriyle uyuşmayan mesajlar alır(15). Bu mesajlarla çocuk ne şekilde davranacağına kara veremez, şaşırır. Kendisinden ne istediğini anlayamaz. Sanki duyguları felce uğrar. İşte bu tür

mesajların çocukta şizofreniyi ortaya çıkarabileceği ya da var olan rahatsızlığı alevlendirebileceği ileri sürülmüştür.

2.3.2.Şizofreninin organik etiolojisi

1.Genetik Faktörler: Her zaman genetik ilgi çekmiş ve çok sayıda çalışmaya konu olmuştur. Yapılan araştırmalar şizofreni tanısı almış kişilerin akrabalarında şizofreni görülme oranının toplum ortalamasına göre 10 kat daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır(16). İkiz araştırmaları tek yumurta ikizlerinde eş hastalanma oranı %40-60 çift yumurta ikizlerinde ise %10-15 olarak bulunmaktadır(17). Araştırmalara göre ana-babadan biri hasta ise çocuklarda hastalık riski %12.5-13.8 arasındadır. Hem ana hem baba hasta ise bu risk %35-46 arasındadır. Anne-baba sağlam, fakat çocuklardan biri hasta ise kardeşlerde şizofreni riski %6.7-8.2 dır(18).

2-Biyolojik Faktörler : Şizofrenlerde dopaminerjik hiperaktivasyon bulunmaktadır. Dopamin varsayımı, şizofrenide dopamin yollarının etkinliğinde bir artış olduğunu ileri sürer. Amfetamin ve kokain gibi dopamin etkinliğini artıran maddelerin normal kişilerde psikoz benzeri bir tabloya yol açması ve postsinaptik dopamin reseptörlerini bloke eden nöroleptiklerin şizofreni belirtilerini yatıştırması, dopamin varsayımını desteklemektedir (9,19).

Kortikal atrofi ve ventrikül genişlemesi ile seyreden Tip-II şizofrenlerin BOS'larında düşük 5-Hidroksiindolasetikasit (5HIAA) bulunması serotoninin önemini ortaya koymaktadır(20).

3-Psikonöroimmünoloji: Şizofrenideki immün parametreler ve hastalığın klinik özellikleri arasındaki ilişki, şizofrenik hastaların en az üçte birinde bozukluğun patogenezinde immün aktivasyonun rol oynadığını düşündürmektedir(21,22). Soylu'nun yaptığı çalışmada şizofrenlerde olası immün enflamatuar süreçlerin önemli parametrelerden olan Akut Faz Proteinlerinin kontrollere göre yükseklik tespit edilmiş olup, antipsikotik ilaç tedavisiyle Akut Faz Protein (AFP) düzeylerinin azaldığı görülmüştür(13). AFP düzeyi ile ilgili olarak tespit edilen sonuçlar, şizofreninin etyopatogenezinde immün-enflamatuar süreçlerin de rol oynayabileceği şeklindeki düşünceleri desteklemektedir.

4-Viruslar: Şizofreni ile viral hastalıklar arasında ilişki olabileceği çok uzun süredir üzerinde oldukça fazla durulan konulardan biridir. Bazı viral pandemilerden

sonra psikoz benzeri tabloların arttığı yönündeki bulgular bu görüşü destekleyenlerin sayısını arttırmıştır(21).

Bir kısım araştırmacılar, şizofren hastaların daha çok kış sonu ve bahar başında doğduğunu ve bu mevsimlere ait bazı viral enfeksiyonların doğum öncesi beyin gelişimini etkileyerek ilerde şizofreniye yatkınlık oluşturabileceğini öne sürmüştür(23). Şizofreni ile viral enfeksiyonlar arasında kesin bir ilişkiyi gösteren verilere henüz sahip değiliz. Ancak viral enfeksiyonların, genellikle doğum öncesi dönemde mikro düzeyde de olsa beyin harabiyetine yol açarak dopamin aktivasyonu üzerine olumsuz etkide bulunduğu belirtilmektedir.

5-Yapısal bozukluklar: CT, MR, PET, SPECT ile yapılan çalışmalarda lateral ve 3.ventrikülde genişleme, frontal ve temporal lobda küçülme gösterilmiş. Ayrıca sol beyin prefrontal, hipokampal ve parahipokampal alanlarla ilgili bozukluklar olabileceği de ileri sürülmüştür(24).

2.4.Epidemiyoloji

Epidemiyoloji sözcüğü Yunanca epi(üzerinde), demos(halk), logos(bilim) sözcüklerinin birleştirilmesiyle türetilmiştir. Sözcük karşılığı epidemilerle(salgın hastalıklarla) uğraşan bir uzmanlık dalıdır. Çağdaş anlamda ise, sağlıkla ve hastalıkla ilgili olayların dağılımını ve nedenlerini inceleyen, hastalıkların kitlesel yönünü çalışan bir bilim dalı olarak tanımlanabilir(25).

Klinik tıp bilimleri sadece herhangi bir sağlık sorunu üzerinde yoğunlaşarak hastalığın teşhis ve tedavisi için çözümler üretmeye çalışır. Epidemiyoloji ise hem klinik, hem de toplum bilimlerinde hastalıkların / sağlık sorunlarının dağılımını, nedenlerini ile bunların teşhisini, tedavisini ve hastalıkların ortaya çıkmasının önlenmesini uygun yöntemlerle belirlemeye yarayan araştırma tekniklerini geliştirmeye çalışan bir bilim dalıdır(26). Epidemiyolojinin hastalık nedenini ortaya çıkarma ve kontrol etmesine örnek olarak çiçek hastalığı, metil-civa zehirlenmesi, romatizmal ateş, ve romatizmal kalp hastalığı, iyot yetmezliği hastalıkları, yüksek kan basıncı, sigara içme ve akciğer kanseri, kalça kırıkları ile AIDS konusunda sağlanan başarılar gösterilebilir(27).

Psikiyatrik epidemiyoloji, psikiyatrik araştırmaların bir dalı olarak ruhsal bozuklukların toplumdaki dağılımını, bu dağılımı etkileyen fiziksel, biyolojik ve

toplumsal etkenleri inceler .Ruhsal bozuklukların epidemiyolojisi ile ilgili bilgiler yakın yıllara dek hastane kayıtlarından sağlanıyordu. Ancak hastane kayıtları salt hastaneye ulaşabilen kişilerle ilgilidir. Oysa, hasta olduğu halde hekime veya bir hastaneye başvuramayan veya başka bir daldan bir uzmana başvuran bir çok kişinin olduğuna inanılmaktadır. Bu nedenle geçerli ve güvenilir bilgileri bize ancak alan çalışmaları verebilir. Konuyla ilgili olarak Gruenberg'in görüşleri şöyledir: "Ruhsal bozuklukların gerçek yaygınlığını öğrenmek için hastane kayıtları yeterli değildir. Hastanelere getirilen, gelen veya gelebilen kişiler oldukça sınırlı sayıdadır ve bir seçimden geçmişlerdir. Hastanelere getirilen kişiler genellikle ya bazı yakınmalar ve belirtilerle kendiliğinden ya da başkalarının ilgisini çektiği, çevresinde sorun yarattığı, yasal bir sorun çıkarttığı, görev ve işlevlerinde bir aksama görüldüğü için başkaları tarafından getirilir." Bir çok uzman bu görüşlere katılmakta, gerçekçi, doğru ve güvenilir bilgilere alan çalışmalarıyla ulaşılabileceği kanısını taşımaktadır.

Psikiyatrik epidemiyoloji araştırmaları çeşitli güçlükleri de beraberinde taşır. Bu güçlükler aşağı da başlıklar halinde sıralanmıştır(28).

- 1-Örneklem ile ilgili sorunlar
- 2-Tanımlama ile ilgili sorunlar
- 3-Standart, geçerli ve güvenilir ölçek sorunu
- 4-Çevresel etkenlerin ölçülmesi ile ilgili sorunlar
- 5-Kültürel etkenler ile ilgili sorunlar
- 6-Doğru ve yeterli bilgi alma sorunu
- 7-Ekonomik sorunlar

Epidemiyolojik çalışmalarda hastalıklarla ilgili en çok kullanılan parametreler insidans ve prevalans oranlarıdır(29).

İnsidans (sıklık): Belirlenen bir zaman aralığında (genellikle bir yıl) ortaya çıkan yeni hastalık olgularının ilgili nüfusa oranıdır.

Prevalans (yaygınlık): Belirlenen bir anda ya da zaman aralığında (genellikle bir yıl) saptanan hastalık olgularının ilgili nüfusa oranıdır.

Ancak şizofreni gibi uzun prodromal dönemi olan bir hastalıkta hastalığın ne zaman başladığının belirlenmesi için insidans kavramı yeterince tanımlayıcı olmamaktadır. Bu nedenle son yıllarda psikiyatrik epidemiyolojide yaygınlık kavramının daha belirleyici olduğu düşünülmektedir(29).

2.5.Dünyada ve Türkiye’de Şizofreni Epidemiyolojisi

Günümüzde ruhsal bozukluklar yüksek yaygınlık oranları, toplumun her kesimini etkilemeleri, yeti yitimine yol açmaları gibi nedenlerle bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Çünkü bugün A.B.D’ de bir ruhsal bozukluk nedeniyle tedavi görmesi gereken kişilerin oranının %15 (25), Türkiye’de ise %20 olduğu belirtilmektedir.(30).

Çeşitli çalışmalarda şizofreni prevalansı %0.2 ile %2 arasında değişiklik göstermektedir(31,32,33,34). A.B.D’ de %0.7, Almanya’da %0.24, Danimarka’da %0.39, İsveç’te %1.7, İran’da %0.21, Hırvatistan’da %0.59, Hindistan’da %0.26 prevalans oranları bildirilmiştir(35).

Bilgilerimize göre Ülkemizde şizofreni epidemiyolojisi ile ilgili yeterli çalışma bulunmamaktadır. Doğan ve arkadaşları tarafından 1993 yılında Sivas il merkezinde 500 hanede yaşayan 16-65 yaşları arasındaki 984 deneğe DIS-III-R şizofreni Alt ölçeği uygulanarak gerçekleştirilen bir çalışmada bir yıllık yaygınlığın %0.5 olduğu belirlenmiştir(28). 1964-1966 yıllarında Baykan tarafından Ankara köy-kasaba-kent alanında 0-44 yaş arası 14583 kişi üzerinde iki aşamalı geleneksel görüşme ile gerçekleştirilen çalışmada %0.69 (36), yine 1979 yılında Ünal tarafından Ankara kırsal ve yarı kırsal sahada 2322 kişi üzerinde geleneksel görüşme ve DSM II kullanılarak gerçekleştirilen çalışmada bu oran %0.39 olarak bulunmuştur(37).

Epidemiyolojik araştırmaların en önemli amaçlarından birisinin de hastalıkların risk gruplarının belirlenmesi olduğu bilinmektedir. Ruhsal bozukluklar ve şizofreni açısından durum değerlendirildiğinde birçok sosyodemografik değişkenin şizofrenle ilişkisinin gözden geçirilmesi gerektiği ortaya çıkar. Bu değişkenler maddeler halinde aşağıda gözden geçirilecektir.

a) Yaş: Şizofrenideki risk yaş aralığı 15-45’tir. 15-45 yaş aralığının dışında tanı konulursa, bu tanıya kuşkuyla bakılır. Başlangıç yaşının erkeklerde yirmili yaşlarda, kadınlarda otuzlu yaşlarda daha yüksek olduğu söylenmektedir.(29,33,38)

b) Cinsiyet: Şizofreni cinsiyet ayrımı yapmayan bir bozukluktur. Ancak bozukluğun başlama yaşı ya da risk yaşında, belirtilerinde ve klinik gidişinde kadınlarla erkekler arasında da bazı farklar olduğu bildirilmiştir(29,33,38,39). Bu farkları kısaca sayacak olursak; şizofreni erkeklerde kadınlara göre daha erken başlar,

yaygınlık erkeklerde kadınlara göre biraz daha yüksektir, erkeklerde daha çok negatif defisit belirtiler (sosyal içe çekilme ve düzleşmiş duygulanım gibi), kadınlarda ise disfori ve depresif belirtiler görülmektedir, ailevi risk kadınlarda erkeklere göre daha yüksektir.

c) Medeni Durum: Şizofreni oranı evlilerde %1, bekarlarda %2.9, dullarda %0.7 dolaylarında olduğu bildirilmektedir. Şizofrenik hastaların daha çok bekar oldukları, evliyseler boşanma olasılığının yüksek olduğu bulunmuştur(40,41).

d) Sosyoekonomik Düzey: Şizofreni her sosyoekonomik düzeyde, her toplumda tanımlanmış ve saptanmıştır. Bütün araştırmalarda şizofreni oranları düşük sosyoekonomik düzeylerde daha yüksek bulunmuştur(33,38).Düşük olanlarda %2.5 , yüksek olanlarda %0.5 olarak bildirilmiştir(41).

e)Akrabalık: Şizofreni prevalansı hastaların akrabalarında toplumdaki oranlardan daha yüksek bulunmaktadır. Araştırmalara göre ana-babadan biri hasta ise çocuklarda hastalık riski %12.5-46 arasındadır. Anne-baba sağlam, fakat çocuklardan biri hasta ise, kardeşlerde şizofreni riski %6.7-8.2 'dir. Yakın akrabalar arasındaki hastalanma riski normal nüfustaki riskten çok daha yüksektir. Bir hastanın birinci derecede akrabalarında ortalama şizofreni riski %8-10'dur. Akrabalık uzaklaştıkça bu oran düşmektedir(18).

f) Stresli yaşam olayları: Şizofrenik belirtilerin ortaya çıkışı ile ilgili olarak stresli yaşam olayları çok araştırılmıştır. Şizofreni için risk altındaki bireylerde stresli yaşam olayları şizofrenik belirtiler ortaya çıkmasına neden olabilir. Ancak bu durum etyolojik bir etken olmaktan çok tetikleyici, bir etken olarak kabul edilmektedir(42).

g) Doğum mevsimi: Yapılan çalışmaları daha sonra şizofreni tanısı alan kişilerin önemli bir bölümünün kış aylarında ya da ilk bahar başında doğmuş olduklarını göstermektedir. Bazı araştırmacıları bu durumdan viral infeksiyonların ve yılın bu dönemine özgü beslenme özelliklerinin sorumlu olabileceğini ileri sürmektedirler. Bir diğer görüş, genetik olarak şizofreniye yatkın kişilerin kış mevsiminin olumsuz etkilerine karşı, hayatta kalmayı sağlayan biyolojik avantajlarının daha fazla olduğu şeklindedir(17).

h) Erken çocukluk yaşantıları: Erken çocukluk dönemindeki olumsuz yaşantıların ve aile içi etkileşimin şizofreniye yatkınlık oluşturduğu görüşü, bir çok araştırmacı tarafından ileri sürülmüştür. Aile çalışmalarında son yıllarda meydana

gelen bir gelişme, şizofreni tanılı kişilerin ailelerinde duygu dışı vurumunun hastalığın ortaya çıkmasında etkili olduğunun anlaşılmasıdır. Yüksek duygu dışı vurumu olan ailelerde yineleme oranı daha yüksek olarak bulunmaktadır(43).

l) Göçmenlik : Yakın dönemde göç etmiş kişilerde şizofreni daha sık görülmektedir. Ancak göçmenliğin yarattığı sorunların doğrudan şizofreniye yol açtığı gösterilebilmiş değildir. Ayrıca, bu kişilerin zaten var olan ruhsal sorunları nedeniyle ailelerini terk etmeye yakın oldukları da ileri sürülmektedir(17).

k) Doğum komplikasyonları: Şizofrenide doğum komplikasyonları hastalığın ortaya çıkmasında tetikleyici belli başlı etkenler arasında yer almaktadır. Düşük doğum ağırlığı ve prenatal komplikasyonlar şizofrenik hastalarda kontrollere göre daha yaygındır(44).

3.MATERYAL VE METOT

3.1.Materyal

Trabzon, Anadolu'nun kuzeydoğusunda, Doğu Karadeniz'in tabii bir limanının kıyısında, Asya ve ortadoğu transit yolunun başında kurulmuş bir şehirdir. Yüz ölçümü 4.685 km² dir. 1990'da nüfus açısından Karadeniz Bölgesi'nin dördüncü, ama nüfus yoğunluğu en yüksek iliydi. Aynı yıl kilometre kareye 73 kişi düşerken, Trabzon ilinde 170 kişi düşüyordu. Ancak %10'u düzlük olan il toprakları genellikle engebeldir. Trabzon'da yumuşak bir deniz iklimi hakimdir. En sıcak ay ortalaması 23°C (Ağustos), en soğuk ay (Şubat) ortalaması 7°C dir(45).

Onyedii ilçeye sahip olan Trabzon'un dokuz ilçesi 114 km' lik sahil şeridinde sıralanmıştır. İlin nüfusu 1990 nüfus sayımına göre 795849' dur. Nüfusun %38'i şehirlerde, %62'si köylerde yaşamaktadır. Trabzon 80 il içerisinde yüz ölçümü itibariyle 62.nci, nüfus itibariyle 23.ncü, nüfus yoğunluğu bakımından 5.nci ve nüfus artış hızı %2.44 ile de 59.ncu sırada yer almaktadır.

İlin ekonomisi halen tarım ve hayvancılığa dayanmaktadır. Nüfusun %55'i bu faaliyetlerden elde edilen gelire geçimini sağlamaktadır. Trabzon net göç veren bir il konumunda olduğundan nüfus artış hızı da oldukça düşük oranlarda seyretmektedir. 1927-1990 dönemlerinde ülke genelinde ortalama nüfus artış hızı %2.2 düzeyinde, Trabzon'da ise %1.5 düzeyinde gerçekleşmiştir. Nüfusun %48,6'sı erkek, %51,4'ü kadındır(45).

Araştırmada kullanılan veriler Aralık 1998-Mart 1999 tarihleri arasında toplandı. Araştırma için Trabzon ilini temsil edecek şekilde örneklenen Trabzon Merkez, Of Merkez, Beşikdüzü Merkez, Vakfikebir Merkez, Akçaabat Merkez, Sürmene Merkez Çamburnu, Trabzon Merkez Yalıncağ, Trabzon Merkez Akyazı, Akçaabat Merkez Yıldızlı, Yomra Merkez Kaştüstü, Sürmene Merkez Yeniay, Sürmene Küçükdere Oylum, Akçaabat Merkez Işıklar, Çaykara Merkez Karaçam, Dernekpazarı Merkez, Arsin Merkez Yeşilyalı, Düzköy Merkez Çalköy, Akçaabat Merkez Darıca, Akçaabat Derecik, Akçaabat Merkez Akpınar, Köprübaşı Merkez, Tonya Merkez İskenderli, Akçaabat Merkez söğütlü, Çaykara Merkez, Çarşıbaşı Merkez, Düzköy Merkez, Hayrat Merkez, Arsin Merkez, Yomra Merkez, Tonya Merkez, Maçka Merkez, Araklı Merkez, Sürmene Merkez, Of Merkez Ağaçbaşı, Tonya Merkez Çamlı, Of Merkez Doğançay, Maçka Merkez Çıralı, Şalpazarı Merkez

Ağırtaş, Hayrat Merkez Dereyurt, Beşikdüzü Merkez Dağlıca, Trabzon Merkez Yeşiltepe, Köprübaşı Merkez Güneşli, Sürmene Küçükdere Birlik, Trabzon Merkez Subaşı, Akçaabat Merkez Akdamar, Akçaabat Merkez Çamlıca, Şalpazarı Merkez Kuzuluk, Maçka Esiroğlu Temelli, Dernekpazarı Merkez Gülen, Of Merkez Sıraağaç, Of Merkez Fındıkoba, Akçaabat Merkez Ağaçlı, Düzköy Merkez Gürgendağı, Hayrat Merkez Pınarca, Araklı Dağbaşı Kestanelik, Akçaabat Merkez Acısu, Trabzon Merkez Çimenli, Vakfikebir Merkez Deregözü, Sürmene Merkez Ormanseven, Trabzon Merkez Dolaylı, Arsin Merkez Çatak'tan oluşan 63 yerleşim yerinde 2320 ailede 15-45 yaş arası 4797 denekle görüşme yapılmıştır. Trabzon'daki 15-45 yaş arası nüfus 397500'dür. Ortalama %0.5 prevalans ve en az 30 vaka olacak şekilde 6000 kişiyle görüşme planlanmıştı, ama görüşülen ailelerde 15-45 yaş arası sayı planlananın altında olması nedeniyle biz bu sayıya ulaşamadık ve örneklem %0.5 bir yıllık şizofreni prevalansı ve en az 30 vaka elde edecek şekilde hazırlandığı ve bizde bu hedefe ulaştığımız için yaklaşık 1000 kişinin örnekleme alınamaması, herhangi bir örneklem sorununa yol açmamıştır. Eğer örneklem %1 bir yıllık şizofren prevalansına göre hazırlansaydı 3000 kişiyle görüşme yapılması gerekcekti. Dolayısıyla sayı konusunda herhangi bir problem olmamıştır.

Çalışmada tanı aracı olarak kısa adı C.I.D.I olan Uluslararası Bileşik Tanı Görüşmesi kullanılmıştır.20 kişilik bir veri toplama grubu oluşturularak bu kişilere C.I.D.I'nin uygulanması ile ilgili bir eğitim verildi. Bir hafta süreyle anketörler şizofreni konusunda genel bir eğitime tabi tutuldu 2 hafta süreyle de eğitimi verilen C.I.D.I metodunun örneklerle şizofren hastalar, normal denekler üzerinde uygulamaları yaptırıldı.

3.2. Metot

3.2.1. Araştırmanın tipi ve örnek seçimi

Araştırmamız gözlemsel ve betimleyici bir çalışmadır. Kesitsel olarak anket ve test formları uygulanarak yapılmıştır. Araştırmanın tipi ve örnek seçimi ile ilgili bilgiler aşağıda verilmiştir.

Çalışmanın amacı, Trabzon ilinde 15-45 yaş grubunda şizofreni prevalansını bulmak ve şizofreni ile ilişkili sosyodemografik özellikleri saptamaktır.

Çalışmanın kapsamı ise Trabzon ili ve bu ile bağlı ilçe, bucak ve köy kapsamaktadır. Örnek hacmi 2320 hane olarak belirlenmiştir. Kır-kent ayrımında tahmin amaçlanmıştır.

Nüfusu 2001-200000 arası olan yerleşim yerlerinde; birinci aşama örnekleme birimi, yerleşim yerleri, ikinci aşama örnekleme birimi; örnek yerleşim yerlerinde oluşturulan bloklar, nihai örnekleme birimi ise hanelerdir.

Nüfusu 2001-200000 arasında olan yerleşim yerinde; birinci aşama örnekleme birimlerinin çerçevesini bu nüfus gruplarına giren yerleşim yeri listesi oluşturmaktadır. İkinci aşama örnek birimlerinin çerçevesini 1995 Form 1 numaralama cetvelleri kullanılarak oluşturulan bloklar, nihai örnekleme birimini ise bloklarda yer alan hanelerin listesi oluşturmaktadır. Bu araştırmada tabakalı, aşamalı küme örnekleme yöntemi kullanılmıştır.

Bu araştırmada kır-kent ve nüfus grubu bazında tabakalamaya gidilmiştir.

1-Kır-kent tabakalaması :Devlet Planlama Teşkilatının en son kent tarifi ele alınarak nüfusu 20001 ve daha fazla olan yerler “kent”, daha az olan yerler “kır” olarak tabakalanmıştır. (46)

2-Kır yerleşim yerlerinin tabakalanması : Kır yerleşim yerleri nüfusları dikkate alınarak,

2000

2001-5000

5001-20000

üç tabakaya ayrılmıştır.

3-Kent yerleşim yerleri tabakalanması: Kent yerleşim yerleri nüfusları dikkate alınarak,

20001-50000

50001-200000 olarak iki tabakaya ayrılmıştır.

4-Mahalle tabakalanması : Trabzon il merkezinde Belediye ve DİE Bölge Teşkilatı işbirliği yaparak mahallelerin ekonomik durumlarına göre güncel tabakalanmasını gerçekleştirmiş ve bu çalışma örnek mahallelerin tespitinde kullanılmıştır. Yerleşim yerlerine düşen hane sayıları ek I' de gösterilmiştir. Bu yöntem geniş araştırmalarda sık kullanıldığı için tercih edilmiştir.

3.2.2. Veri toplama tekniği

Araştırma için Uluslararası Bileşik Tanı Görüşmesi, 2.1 (C.I.D.I.) kullanılmıştır. Ayrıca bizim hazırladığımız sosyodemografik veri toplama formu deneklerin çeşitli sosyodemografik özelliklerini saptamak amacıyla kullanılmıştır.

Biz bu çalışmada CIDI'yi kullanırken belli başlı gerekçelerimiz vardı.

1-Diğer metodların aksine soruların oldukça ayrıntılı bir şekilde sorulması.

2-Tüm görüşmecilerin ortak bir dil kullanması.

3-Tam yapılandırılmış bir görüşme ölçeği olması.

4-Değişik kültürlerde epidemiyolojik araştırmalarda kullanılmak üzere geliştirilmiş formunun olması.

5-Nöropsikiyatrik klinik görüşme ölçeğinin (SCAN) sadece ICD-10'u, DSM-III-R yapılandırılmış klinik görüşmesinin (SCID) sadece DSM'yi kullanmasına karşılık CIDI hem DSM hem de ICD'yi kullanıyor olması.

6-En önemlisi de ülkemizde alan çalışmasında kullanılmıştır.

Uygulanan anket ve test formu ekte sunulmuştur.(Ek II)

Örnekleme tespit edilen 63 merkezin tümüne gidilerek örnekleme düşen grubun büyük çoğunluğuyla görüşülmüştür. Deneklerin tümüne formun niye doldurulduğu, ne amacın ne olduğu açıklanarak hepsinden sözlü onay alınmıştır.

3.3. Anket-Test Formunun açıklanması

Araştırmada iki farklı araç kullanılmıştır.

1-Sosyodemografik veri formu: Araştırmaya alınan deneklere yönelik kişiyi tanımlayıcı sosyodemografik özelliklerini ve şizofreni için risk olabilecek durumları

ortaya çıkarmayı amaçlayan 29 sorudan oluşmaktadır(Ek I). Bu formda doğum tarihi, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, mesleği, yaşadığı yer, yaşadığı yere nereden geldiği, hangi mevsimde doğduğu, doğum problemi olup-olmadığı, doğumdaki anne yaşı, aile yapısı, aylık geliri, kardeş sayısı ve sırası, bedensel hastalığı olup-olmadığı, son bir yılda stres verici yaşam olayının varlığı, anne ve babanın kişiliği, ailede ruhsal hastalık öyküsü, çocukluk stresinin olup olmadığı, sigara ve alkol kullanımı ile sosyal güvence durumu sorgulanmıştır.

2-Uluslararası Bileşik Tanı Görüşmesi, 2.1 ölçeği (C.I.D.I) : Bu çalışmada CIDI'nın şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar bölümü (Bölüm G) kullanılmıştır. Bu bölüm 28 sorudan oluşmaktadır. CIDI Dünya Sağlık Örgütü ile ABD Alkol, Madde Bağımlılığı ve Ruh Sağlığı İdaresinin ortak bir projesi sonucu yapılmıştır. (WHO / ADAMHA Ruhsal hastalıklar, Alkol ve madde kullanımıyla ilgili sorunların Tanısı ve sınıflaması için ortak proje)(47).CIDI, Dünya Sağlık Örgütünün Hastalıkların Uluslar arası sınıflandırması (ICD 10, DSÖ 1990, Araştırma için tanı ölçütleri) ve Amerikan Psikiyatri Birliğinin Tanı ve İstatistik El Kitabındaki (DSM IV,1994) tanım ve ölçütlere uygun olarak oluşturulan kapsamlı, tam anlamıyla yapılandırılmış bir tanı görüşmesidir.

CIDI çeşitli kültürlerde ve ortamlarda kullanımı için geliştirilmiştir. Temel kullanım amacı ruhsal bozuklukların epidemiyolojisiyle ilgili araştırmalar olmakla birlikte,DM, Parkinson gibi hastalıklara eşlik eden ruhsal bozuklukların yaygınlığını bulmak gibi başka klinik ve araştırma amaçlarıyla da kullanılabilir. CIDI birçok dile çevrilmiştir, dünyada psikiyatrik epidemiyolojide en yaygın kullanılan görüşme aracıdır. CIDI tümüyle yapılandırılmış bir görüşme olduğu için, görüşmecinin psikiyatr olması zorunlu değildir, anketörlerin eğitimden geçmesi kullanım için gereklidir.

CIDI, erişkinler için geliştirilmiştir. Eğitim ve kültürel geçmişleri ve zeka düzeyleri birbirinden çok farklı kişiler için yazılmıştır. Düşük eğitilmiş kişilerin de yanıtlayabileceği kadar basit bir ölçektir(47). Türkçe'ye çevirisi Dr:Cengiz Kılıç ve Dr.Ahmet Göğüs tarafından yapılmıştır(Ankara 1997). CIDI'nın 1.0'nun geçerlilik ve güvenilirliği Rezaki ve Arkadaşları tarafından 1993'de yapılmıştır. CIDI'nın 2.1'in ise geçerlilik ve güvenilirliği henüz yapılmamıştır. 1996 yılında CIDI'nın kullanıldığı (Diğer kısımlarının) Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması (Bu araştırma ülke

çapında yürütülen ilk epidemiyolojik araştırma olma niteliğini taşıyor.) ruhsal rahatsızlıkların yaygınlığını %17.2 olarak gösterilmiştir(48). Yine bu çalışmada panik bozukluğu %0.4, yaygın bunaltı bozukluğu %0.7, Depresif nöbet %4.0, Distimi %1.6, Ağrı bozukluğu %8.4, Sosyal fobi %1.8, Somatizasyon bozukluğu %0.2 olarak bulunmuştur.

3.4.Araştırmada kullanılan İstatiksel yöntemler

Gruplara ait oranlar Ki-Kare testi kullanılmak suretiyle karşılaştırılmıştır. Gruplara ait sayısal değerlerinin ortalamalarının karşılaştırılmasında ise, t testi kullanılmıştır. Risk faktörlerinin tespitinde ise Lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. Bu işlemler bilgisayarda SPSS for Windows adlı istatistik programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir.Risk faktörlerine ait Odd's oranı ve %95 güven aralığı ile birlikte verilmiştir. Tüm sayısal değerler ortalama \pm Standart Sapma şeklinde verilmiştir(49).

4.BULGULAR

4.1. Kontrol ve Şizofren Grubunun Sosyodemografik Özellikleri.

ÖZELLİK	KONTROL		ŞİZOFREN	
	SAYI	%	SAYI	%
Medeni Durum				
Bekar	1443	30,4	15	31,9
Evli	3268	68,8	32	68,1
Dul	39	0,8	0	0
Cinsiyet				
Kadın	2469	52	18	38,3
Erkek	2281	48	29	61,7
Meslek				
İşsiz	462	9,7	9	19,1
İşçi	340	7,2	2	4,3
Memur	469	9,9	5	10,6
Serbest meslek	975	20,5	8	17
Çiftçi	65	1,4	3	6,4
Öğrenci	612	12,8	3	6,4
Ev hanımı	1727	36,4	14	29,8
Emekli	55	1,2	2	4,3
Diğerleri	45	0,9	1	2,1
Eğitim Düzeyi				
Okur yazar değil	243	5,1	3	6,4
Okur yazar	115	2,4	1	2,1
İlk	1991	41,9	22	46,8
Orta	1869	39,3	16	34
Yüksek	532	11,2	5	10,6
Yaşadığı yer				
Kır	2973	62,6	33	70,2
Kent	1777	37,4	14	29,8
Aile yapısı				
geniş aile	1000	21,1	14	29,8
Çekirdek aile	3728	78,5	32	68,1
Parçalanmış aile	22	0,5	1	2,1
Gelir düzeyi	114,3 ± 86,09 milyon		91,06 ± 57,32 milyon	
Yaş grupları				
15-24	1448	30,5	10	21,3
25-34	1513	31,9	13	27,7
35-45	1789	37,7	24	51,1

Kontrol grubunun %68,8'i evli, %30,4'ü bekarlardan oluşmaktadır. Cinsiyet yönünden %52'si kadın, %48'i erkektir. Kontrol grubunun %9,7'si işsiz, %90,3'ü ise iş sahibi veya bir işle meşgul olmaktadır. Eğitim düzeyi yönünden %5,1'inin okuma-yazması yoktur. Kontrol grubunun %62,6'sı kırsal alanda, %37,4'ü ise kentsel alanda

yaşamaktadır. Kontrol grubu ağırlıklı olarak çekirdek aileden oluşmaktadır(%78,5). Gelir düzeyi ise ortalama 114,3 milyondur.

Şizofren grubunun %68.1'i evlilerden oluşmaktadır. Cinsiyet yönünden şizofrenlerin %38.3'ü kadın, %61.7'si erkeklerden oluşmaktadır. Şizofrenlerin %19.1'i işsiz, %80.9'u bir iş sahibi veya bir işle meşgul olmaktadır. Eğitim düzeyi yönünden %6.4'ünün okuma-yazması yoktur. Şizofrenlerin %70.2'si kırsal alanda, %29.8'si kentsel alanda yaşamaktadır. Şizofren grubu ağırlıklı olarak çekirdek aileden oluşmaktadır (%68.1). Gelir düzeyi ise 91 milyondur.

4.2. ŞİZOFRENİ VE KONTROL GRUPLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo II: Şizofren ve kontrol gruplarının cinsiyet durumu, medeni durumu, meslek durumu, öğrenim durumu, aile yapısı ve yaşadıkları yere göre sayı ve yüzde dağılımı.

ETKEN	KONTROL		ŞİZOFREN	
	Sayı	%	Sayı	%
Cinsiyet				
Kadın	2469	52	18	38,3
Erkek	2281	48	29	61,7
		$X^2=3,48$ $d_f=1$	$P=0,06$	
Medeni durum				
Evli değil	1443	30,4	15	31,9
Evli	3307	69,6	32	68,1
		$X^2=0,05$ $d_f=1$	$P=0,81$	
Meslek				
İşsiz	462	9,7	9	19,1
İşi var	4288	90,3	38	80,9
		Fisher's Exact Test:		$P=0,03$
Öğrenim durumu				
Okur-yazar değil	243	5,1	3	6,4
Okur yazar	115	2,4	1	2,1
İlk	1991	41,9	22	46,8
Orta	1869	39,3	16	34
Yüksek	532	11,2	5	10,6
		$X^2=0,77$ $d_f=4$	$P=0,94$	
Aile yapısı				
Geniş aile	1000	21,4	14	29,8
Çekirdek aile	3728	78,5	32	68,1
Parçalanmış aile	22	0,5	1	2,1
		$X^2=5,01$ $d_f=2$	$P=0,08$	
Yaşadıkları yer				
Kır	2973	62,6	33	70,2
Kent	1777	37,4	14	29,8
		$X^2=1,15$ $d_f=1$	$P=0,28$	
Ailede ruhsal hastalığı				
Yok	4443	93,5	32	68,1
Var	307	6,5	15	31,9
		Fisher's Exact Test:		$P=0,00$

Şizofren ve kontrol grupları arasında meslek durumuna göre, aile ve yakın akrabalarında ruhsal hastalığa göre önemli derecede anlamlı farklılıklar bulunmuştur.

Cinsiyete, medeni duruma, öğrenim durumuna aile yapısına ve yaşanan yere göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Tablo III: Şizofren ve kontrol gruplarının çocukluk çağında geçirilmiş stres, son bir yıldaki stres durumu, doğum mevsimi, doğum problemi, yaş, bedensel hastalık ve aylık gelire göre sayı ve yüzde dağılımı.

Etken	KONTROL		Şizofren		
	Sayı	%	Sayı	%	
Çocuk. Çağı stresi	Yok	4440	93,5	35	74,5
	Var	310	6,5	12	25,5
Fisher's Exact Test:			P=0,00		
Son bir yıldaki stres	Yok	4091	86,1	29	61,7
	Var	659	13,9	18	38,3
$X^2=22,90$ $d_f=1$			P=0,00		
Doğum mevsimi	Kış	1156	25	15	31,9
	İlkbahar	1518	32,9	14	29,8
	Yaz	1198	25,9	7	14,9
	Sonbahar	746	16,2	11	23,4
$X^2=4,71$ $d_f=3$			P=0,19		
Doğum problemi	Yok	4642	97,7	45	95,7
	Var	108	2,3	2	4,3
Fisher's Exact Test:			P=0,29		
Yaş	1968 ± 9,00		1965,85 ± 9,22		
	t-value=1,97	$d_f=46,87$	P=0,05		
Hastalık	Yok	4010	84,4	34	72,3
	Var	740	15,6	13	27,7
$X^2=5,13$ $d_f=1$			P=0,02		
Aylık gelir	114,30 + 86,09 milyon		91,06 + 57,32 milyon		
	t-value=2,75	$d_f=48,11$	P=0,00		

Şizofren ve kontrol grupları arasında çocukluk çağında geçirilmiş stres, son bir yıldaki stres, yaş, bedensel hastalık ve aylık gelire göre anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Doğum mevsimi, doğum probleminde gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo IV: Şizofren ve kontrol gruplarının, sosyal güvence doğumdaki anne yaşı ve kullanılan ele göre sayı ve yüzde dağılımı.

ETKEN	KONTROL		ŞİZOFREN	
	Sayı	%	Sayı	%
Sosyal güvenlik				
Yok	898	18,9	14	29,8
Var	3852	81,1	33	70,2
	$X^2=3,57$ $d_f=1$		$P=0,05$	
Doğumda ki anne yaşı	26,55 ± 6,34		25,36 ± 6,49	
	$t\text{-value}=1,26$ $d_f=46,89$		$P=0,21$	
Kullanılan el				
Sağ	4494	95,5	45	95,7
Sol	210	4,5	2	4,3
	$X^2=0,00$ $d_f=1$		Fisher's Exact Testi $P=0,64$	

Gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

4.3. ŞİZOFRENİ GÖRECE RİSK FAKTÖRLERİ

Tablo V:

Etken	Wald (X^2)	df	Odd's oranı	%95GA	P
Cinsiyet	4,01	1	1,92	1,01-3,64	0,06
Medeni durum	0,57	1	3,49	0,13-89,71	0,45
Meslek	1,34	1	0,16	0,00-3,45	0,24
Öğrenim durumu	0,92	1	0,84	0,59-1,19	0,33
Aile yapısı	2,29	1	0,60	0,31-1,15	0,13
Yaşanılan yer	1,33	1	0,68	0,36-1,29	0,24
Ailede ruh hastalığı	12,39	1	7,00	2,37-20,72	0,00
Çocukluk stresi	7,71	1	4,29	1,53-12,02	0,00
Son bir yılda stres	16,22	1	3,46	1,89-6,33	0,00
Mevsim	0,07	1	0,95	0,72-1,27	0,77
Doğum problemi	0,03	1	0,05	0,00-1,43	0,85
Göç	0,12	1	0,67	0,07-6,10	0,72
Yaş grupları	3,48	1	1,42	0,98-2,05	0,06
Yaş	2,15	1	0,97	0,92-1,00	0,14
Hastalık	0,01	1	1,13	0,11-11,11	0,91
Doğumda ki anne yaşı	2,04	1	0,96	0,92-1,01	0,15
Kullanılan el	0,01	1	1,23	0,06-25,24	0,88
Sosyal güvence	2,45	1	0,59	0,31-1,13	0,11
Aylık gelir	3,87	1	0,99	0,98-1,00	0,04

GA= Güven aralığı

Tablo V' de ki yirmi değişkene uygulanan lojistik regresyon testi sonucu: Aylık gelir, aile ve yakın akrabalarında ruh hastalığı, çocukluk çağında geçirilen stres, son bir yılda geçirilen stres şizofreniye maruz kalma açısından anlamlı ve riskli bulunmuştur. Diğer değişkenler şizofreniye maruz kalma açısından anlamlı bulunmamıştır.

4.4.ŞİZOFRENLERİN KADIN-ERKEK YÖNÜNDEN KARŞILAŞTIRILMASI.

Tablo VI: Erkek ve kadın şizofren hastaların medeni durum, meslek durumu, eğitim durumu, aile yapısı ve ailedeki ruh hastalığına göre sayı ve yüzde dağılımı.

Etken	Kadın		Erkek	
	Sayı	%	Sayı	%
Medeni durum				
Evli değil	3	16,7	12	41,4
Evli	15	83,3	17	58,6
	$X^2=3,12$ $d_f=1$		$P=0,07$	
Meslek				
İşsiz	0	0	9	31
İşi var	18	100	20	69
	$X^2=6,90$ $d_f=1$		$P=0,00$	
Öğrenim durumu				
Okur-yazar değil	2	11,1	1	3,4
Okur yazar	1	5,6	0	0
İlk	10	55,6	12	41,4
Orta	5	27,8	11	37,9
Yüksek	0	0	5	17,2
	$X^2=6,54$ $d_f=4$		$P=0,16$	
Aile Yapısı				
Geniş aile	4	22,2	10	34,5
Çekirdek aile	13	72,2	19	65,5
Parçalanmış aile	1	5,6	0	0
	$X^2=2,24$ $d_f=2$		$P=0,32$	
Yaşanılan yer				
Kır	9	50	24	82,8
Kent	9	50	5	17,2
	$X^2=5,69$ $d_f=1$		$P=0,01$	
Ailede Ruh Hastalığı				
Yok	12	66,7	20	69
Var	6	33,3	9	31
	$X^2=0,27$ $d_f=1$		$P=0,86$	

Erkek ve kadın hastalar arasında yaşanılan yer ve meslek durumuna göre anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Erkek ve kadın şizofren hastalar arasında medeni durum, eğitim durumu, aile yapısı ve ailedeki ruh hastalığı yönünden anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Tablo VII: Erkek ve kadın şizofren hastaların çocukluk çağında geçirilmiş strese son bir yıldaki stres doğum mevsimi, doğum problemi ve antipsikotik ilaç kullanımını göçe göre sayı ve yüzde dağılımı.

Etken	Kadın		Erkek	
	Sayı	%	Sayı	%
Çocukluk stresi				
Yok	15	83,3	20	69
Var	3	16,7	9	31
	$X^2=1,20$ $d_f=1$		$P=0,27$	
Son bir yıldaki stres				
Yok	11	61,1	18	62,1
Var	7	38,9	11	37,9
	$X^2=0,00$ $d_f=1$		$P=0,94$	
Doğum mevsim				
Kış	5	27,8	10	34,51
İlkbahar	5	27,8	9	31
Yaz	4	22,2	3	10,3
Sonbahar	4	22,2	7	24,1
	$X^2=1,26$ $d_f=3$		$P=0,73$	
Doğum problemi				
Yok	17	94,4	28	96,6
Var	1	5,6	1	3,4
	$X^2=1,21$ $d_f=1$		$P=0,72$	
Antipsikotik ilaç				
Almıyor	11	61,1	12	41,4
Alıyor	1	5,6	10	34,5
Daha önce almış	6	33,3	7	24,1
	$X^2=6,52$ $d_f=3$		$P=0,08$	
Göç				
Yok	11	61,1	22	75,9
Var	7	38,9	7	24,1
	$X^2=1,15$ $d_f=1$		$P=0,28$	

Erkek ve kadın hastalar arasında çocukluk çağında geçirilmiş stres son bir yıldaki stress , doğum mevsimleri, doğum problemi, antipsikotik ilaç kullanımını ve göçe göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Tablo VIII: Erkek ve kadın şizofren hastaların yaş grupları ve bedensel hastalığa göre sayı ve yüzde dağılımı.

Etken	Kadın		Erkek	
	Sayı	%	Sayı	%
Yaş grupları				
15-24	4	22,2	6	20,7
25-34	4	22,2	9	31
34-45	10	55,6	14	48,3
		$X^2=0,43$ $d_f=2$	$P=0,80$	
Hastalık				
Yok	12	66,7	22	75,91
Var	6	33,31	7	24,1
		$X^2=0,46$ $d_f=1$	$P=0,49$	

Erkek ve kadın hastalar arasında yaş grupları ve bedensel hastalık yönünden anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

5.TARTIŞMA

Çalışmamızda elde edilen sonuçlar aşağıda sıralanmıştır:

1-Trabzon ilindeki şizofreni prevalansı %0.97 olarak bulunmuştur.

2-Erkeklerdeki şizofreni prevalansı %1.25 olarak bulunmuştur.

3-Kadınlardaki şizofreni prevalansı %0.72 olarak bulunmuştur.

4-Erkek ve kadın şizofren hastalar ağırlıklı olarak 34-45 grubunda yoğunlaşmıştır.

5-Kontrol grubunda bir iş sahibi olma şizofren grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek oranda bulunmuştur.

6-Şizofrenlerde kontrol grubuna oranla aile ve yakın akrabalarında ruhsal hastalık varlığı anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur.

7-Çocukluk çağında geçirilen stres varlığı şizofrenlerde kontrol grubuna oranla daha fazla bulunmuştur.

8-Şizofrenlerde son bir yıl içerisinde geçirilen stres verici yaşam olayı kontrol grubuna oranla daha fazla bulunmuştur.

9-Şizofren grubunun yaş ortalaması kontrol grubundan daha büyük bulunmuştur.

10-Şizofrenlerde bedensel hastalık varlığı kontrol grubuna oranla daha fazla bulunmuştur.

11-Şizofren grubunun gelir düzeyi kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur.

12-Ailesi ve yakın akrabalarında ruh hastalığı olanlar, aile ve yakın akrabalarında ruh hastalığı olmayanlara göre 7 kat daha fazla şizofreniye maruz kalmaktadırlar.

13-Çocukluk çağında stres geçirenler, çocukluk çağında stres geçirmeyenlere göre 4 misli daha fazla şizofreniye maruz kalmaktadır.

14-Son bir yıl içinde stres verici yaşam olayı geçirenler, son bir yılda stres ve yaşam olayı geçirmeyenlere göre 3 misli daha fazla şizofreniye maruz kalmaktadır.

15-Aylık geliri düşük olanlarda şizofreniye maruz kalma yüksek gelir düzeyine göre bir misli daha fazla bulunmuştur.

16-Erkek şizofren hastalar kadın şizofren hastalara oranla daha fazla kırsal kesimde yaşamakta ve herhangi bir işte uğraşmamaktadırlar.

17-Erkek ve kadın şizofren hastalar arasında ailede ruh hastalığı açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Araştırmamızda Trabzon ilindeki Şizofreni prevalansı %0.97 olarak bulunmuştur. Literatürde değişik araştırmalarda farklı sonuçlarla karşılaşılmaktadır. Böök bu oranı %1.7 (50), Crocetti %0.59 (51), Nandi %0.22(52), Ben-Touim %0.53 (53), Freeman %0.68 (54) olarak bildirmiştir. Şizofreni yaygınlığındaki bu farklılıklar; kullanılan tanı ölçütlerinin çeşitliliği, genetik faktörler, göç gibi sosyal faktörlerle ilgili olabilir. Şizofreni hastalığındaki prevalans oranları değişmez değildir. Ortak tanı ölçütleri kullanıldığında bu fark en aza inebilir.

Ülkemizde ise Doğan ve arkadaşları Tanısal Görüşme Çizelgesi Kullanmak suretiyle Sivas kent merkezinde %0.50 (28), Baykan iki aşamalı geleneksel görüşmeyle Ankara'da kent ve kırsal alanda %0.69 (36), Ünal Ankara' da kırsal yarı-kırsal bölgede geleneksel görüşmeyle %0.38 (37) oranında şizofreni saptamışlardır. Baykan'ın yaptığı çalışmada herhangi bir tanı sistemi kullanılmamışken, Ünal'ın yaptığı çalışmada DSM II, Doğan'ın yaptığı çalışmada DSM III-R tanı sistemleri kullanılmıştır. Çalışmalarda bulunan birbirinden farklı sonuçların metodolojik farklılıklarla ilişkili olduğu ifade edilebilir.

Çalışmamızda cinsiyet oranları açısından şizofreni ve kontrol grupları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Bizim hastalarda bulduğumuz erkek/kadın oranı 1.73 dür. Epidemiyolojik araştırmalar kadınlarda ve erkeklerde şizofreni oranlarının yaklaşık olarak eşit olduğunu ortaya koymakla birlikte (25) aksi görüşü savunanlarda bulunmaktadır. Bir başka çalışmada ise erkek/kadın oranı 0.68 'dir(41). Iacono ise erkeklerde biraz daha artmış yaygınlık bildirmektedir(55). Norris bu oranı eşit bulmuştur(32). Bu elde ettiğimiz bulgudan çıkarılan sonuç şizofreni hastalığının cinsiyet ayrımı yapmayan bir bozukluk olduğudur.

Araştırmamızda medeni durum yönünden şizofren ve kontrol grupları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Çalışmamızda şizofrenler de evlilerin bekarlara oranı yaklaşık 2/1 bulundu. Literatürde ise şizofrenik hastaların daha çok bekar oldukları, şizofreni tanısı konmuş kişiler evlilik oranının toplum ortalamasının altında olduğunu bildirmektedir(17,33). Bu durum kadınların daha erken yaşta evlenmeleri ve toplumumuzda evliliklerin bu tür hastalıkları iyileştireceği düşüncesiyle açıklanabilir.

Günümüzde evliliğin şizofreni için koruyucu bir etkisinin olmadığı saptanması bekar olmanın bir risk oluşturduğu düşüncesinden uzaklaştırmaktadır(25).

Araştırmamızda herhangi bir işle meşgul olmama şizofrenlerde kontrol grubuna oranla daha yüksek bulunmuştur. Dolayısıyla bir işle meşgul olma yönünden şizofreni ve kontrol grupları arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Şizofreni her toplumda her meslekte tanımlanmıştır. Bu sonuçlar literatüre uyumlu olarak bulunmuştur(38). Şizofrenlerde hastalığın meydana getirdiği yıkım ve sosyal izolasyon bir meslek sahibi olmalarına , var olan mesleklerini sürdürememelerine ve herhangi bir işle meşgul olmalarına engel olabilir. Bunun tam terside ileri sürülebilir. Bir işle uğraşmama, meşguliyetin olmaması sosyal izolasyonu ve yıkım belirtilerini artırmakta böylece negatif belirtilerin hakim olduğu bir tablo ortaya çıkabilir.

Araştırmamızda eğitim düzeyi ile şizofreni prevalansı arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Yani şizofreni her eğitim düzeyinde ki kişilerde görülebilir. Genel kamı düşük eğitim düzeyindekilerde şizofreninin daha yaygın olduğu yönündedir, yalnız bu konudaki bilgiler tartışmalıdır(28,32). Öte yandan, öğrenim durumu cinsiyet ve yaş gibi değişkenlere bağlı olduğu için öğrenim durumunun gerçek bir risk etkeni kabul edilmeyeceği ifade edilmektedir(25).

Araştırmamızda aile yapısı ve şizofreni arsında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Ülkemizde çekirdek aileden gelmiş olmanın risk faktörü olduğu belirtilmiş, geniş ailelerde desteğin daha fazla olduğu ifade edilmiştir(28). Yalnız biz bu görüşe katılmıyoruz. Zaten toplumun önemli bir kısmı çekirdek aileden oluşmaktadır. Biz kontrol grubundaki çekirdek aile oranını şizofreni grubundan daha fazla bulduk.

Araştırmamızda yaşanan yer bakımından şizofreni ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Kimi literatürde şizofreni prevalansı kentlerde kırsal kesimlerden daha yüksek bulunmuştur(56,57,58). Kimi literatürde ise kentsel ve kırsal kesim arasında şizofreni prevalansı oranı farklı bulunmamıştır(33). İlimiz de kent ve kırsal kesim arasında sıkı irtibatın bulunması, kent merkezinde yaşayanların köyleri ile ya da kırsal bölge ile bağlantılarının yıl boyu devam etmesi, kırsal-kentsel kesim kopukluğun olmaması bu sonuçta etkili olabilir.

Araştırmamızda şizofreni ve kontrol grupları arasında ailesinde ve yakın akrabalarında ruhsal hastalık olup olmadığı yönünde anlamlı farklılıklar saptanmıştır.

Ailesinde şizofreni öyküsü olanlar, olmayanlar göre 7 misli daha fazla şizofreniye maruz kalmaktadırlar. Yapılan çalışmalarda şizofreni tanısı almış kişilerin birinci derece ve yakın akrabalarında şizofreni oranı kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur(32,33,58,59). Bu durum bize şizofreni de genetik faktörlerin önemini göstermektedir.

Çocukluğunda stres verici yaşam olayı geçirenlerde şizofreniye maruz kalma 4 misli daha fazla görülmektedir. Literatürde çocukluk dönemindeki olumsuz yaşantıların şizofreniye yatkınlık oluşturduğu bildirilmiştir(6,59,60). Kişilik gelişiminde bu tür yaşantılar önemli yer tutmakta ve kişilikte örselemelere sebep olabilmektedir.

Son bir yıl içinde stres verici yaşam olayları geçirenlerde şizofreniye maruz kalma üç misli daha fazla görülmektedir. Literatürde; şizofreni tanısı almış kişilerle yapılan görüşmelerde, başlarından geçen stres verici yaşam olaylarının sıklığının toplum ortalamasının üzerinde olduğu görülmektedir(33,38,59). Muhtemelen bu tür olaylar yatkınlığı olan kişilerde şizofreninin ortaya çıkmasına yol açmaktadır. Ani ve beklenmedik olaylar, bir yakının kaybı, evlenme-boşanma, ekonomik kayıp, hastalık, trafik kazası gibi stres verici yaşam olayları şizofreniye yatkınlığı olanlarda hastalığın ortaya çıkmasına neden olabilir. Bu stres verici olayların şizofreni hastalığının nedeni olmayıp, çocukluk çağı stresi, kalıtım ve organik faktörlerle etkileşime girerek hastalığın ortaya çıkmasına neden olabileceği ileri sürülebilir.

Araştırmamızda şizofreni ve kontrol grupları arasında doğum mevsimine göre anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Literatürde ise özellikle Kuzey yarım kürede (İsveç,ABD,İngiltere,Kore vb.) kış mevsimi ve ilkbaharın başında doğanlarda şizofreniye yakalanma olasılığının daha yüksek olduğu yönünde görüşler bildirilmektedir(10,33,38,61,62,63,64). Bu mevsimlerde viral enfeksiyonlar sık görülmektedir. Bu mevsimlerde alınan viruslar bebeklerde merkezi sinir sisteminin gelişimini ve sinir hücre göçünü engelleyerek şizofreniye yatkın bir beyin organizasyonuna neden olmuş olabilir. Burada ifade etmek gerekir ki ilimizde mevsimler arası sıcaklık farkı dikkate alınacak kadar fazla değildir. Trabzon ilinde en sıcak ve en soğuk aylar arası ısı farkı 16 °C olup İsveç, İngiltere gibi ülkelerle kıyaslanamayacak kadar az ısı farkı vardır.

Araştırmamızda şizofrenlerde kontrol grubuna oranla yaklaşık iki misli fazla doğum problemi olduğu halde istatistik yönden anlamlı bulunmamıştır. Literatürde ise; Şizofrenide doğum problemleri hastalığın ortaya çıkmasında tetikleyici belli başlı etkenler arasında yer aldığını bildirmektedir(65,66,67). Doğum travmasında bebeğin hipoksiye girip oksijensiz kalması söz konusu olabilmektedir. Şizofrenide etkilenmiş olduğu düşünülen hipokampus ve temporal bölgeler gibi beyin bölgelerinin oksijensiz kalmaya en duyarlı bölgeler arasında yer alması bu görüşe destek vermektedir. Bölgemizde doğum kayıtlarının düzenli tutulmaması ve bireylerin doğumla ilgili olaylar hakkında yeterli bilgi sahibi olmaması bizim böyle sonuç bulmamızda etkili olabilir.

Araştırmamızda şizofren ve kontrol grupları arasında yaş ve yaş grupları yönünden anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Erkek ve kadın şizofren hastalar daha çok 35 yaş ve üstü gruplarda yoğunlaşmıştır. Literatürde ise şizofreninin erkeklerde daha çok 15-25, kadınlarda ise 25-35 yaş grubunda daha yüksek olduğu bildirilmektedir (38,39). Ancak bayan şizofrenlerin önemli bir oranının 35 ve daha üstü bir yaşta bulunması literatürle uyumluydu (68). Türkiye’de ki nüfus kayıtlarının düzenli tutulmaması, bireylerinin doğum tarihlerinin nüfusa büyütülerek yazılması literatürle olan çelişkinin nedeni olabilir.

Şizofrenler kontrol grubuna göre daha fazla bedensel hastalıklara maruz kalmaktadır. Literatürde de; şizofrenlerde immün sistemde bozukluk olduğu, kötü bakım ve yaşam koşulları nedeniyle fiziksel hastalıkların arttığı ve enfeksiyon hastalıklarının daha sık görüldüğü bildirilmektedir. (59).

Araştırmamızda şizofreni ve kontrol grupları arasında gelir düzeyi yönünden anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Şizofreni hastalarının düşük gelir düzeyinde daha sık görüldüğü saptanmıştır. Bütün araştırmalarda şizofreni oranları düşük gelir seviyesinde daha yüksek bulunmuştur (29,33,38,69). Bu durumu iki farklı yaklaşımla açıklayabiliriz. İlk yaklaşıma göre sosyoekonomik düzeyin alt sınırlarda bulunması ve buna bağlı olarak yetersiz toplumsal destekler kişiyi şizofreniye meyilli hale getirebilir. Diğer yaklaşım ise şizofreni hastalığına bağlı olarak herhangi bir işi olmama sosyal izolasyon ekonomik seviyede gerilemelere neden olabilir.

Araştırmamızda göç ile şizofreni ve kontrol grupları arasında farklılıklar saptanmamıştır. Göçmenler arasında şizofreni prevalans oranının genel nüfusa göre 2-

4 kat daha yüksek olduğunu belirten çalışmalar vardır(38,69). Bunun terside idda edilmektedir; göçün neden olduğu streslerin şizofreniye yol açtığını kesin biçimde gösteren hiçbir çalışma yoktur(32). Dikkate alınması gereken önemli bir nokta araştırma sahası olan Trabzon ilinin göç alan bir yer değil göç veren bir bölge olmasıdır.

Araştırmamızda doğumdaki anne yaşının şizofrenlerle kontrol grubu arasında anlamlı farklılık saptanamamıştır. Erken yaşta doğum yapan kadınlarla geç yaşta doğum yapan kadınların çocuklarında şizofreniye maruz kalma açısından görece bir risklilik bulunmamıştır. Doğumdaki anne yaşının şizofreni hastalığı üzerine herhangi bir etkisinin olmadığı bildirilmiştir (70).

Araştırmamızda şizofren ve kontrol grupları arasında kullanılan el yönünden anlamlılık bulunmamıştır. Oysa bazı çalışmalarda normal nüfusta %10'un altında olan solaklık oranının şizofren hastalarda %17-31 olarak görülmesine karşın bu konu tartışmaya açıktır(71). Bizim bulgumuz şizofren hastalarda serebral dominansi açısından kontrol grubuna göre bir farklılık göstermediğini düşündürmektedir.

Araştırmamızda erkek ve kadın şizofrenler arasında medeni durum, öğrenim durumu aile yapısı, çocukluk çağında geçirilmiş stres, son bir yıldaki stres verici yaşam olayı, doğum mevsimi, doğum problemi, antipsikotik ilaç kullanımı, göç, yaş grupları, bedensel hastalık yönünden anlamlı bir farklılık saptanamamıştır. Bu sonuçlar literatüre uyumlu olarak bulunmuştur(72). Yukarıda sayılan değişkenlerin şizofren hastalığında cinsiyet üzerine herhangi bir tetikleyici, ortaya çıkarıcı bir etkisi olmadığını ve cinsiyet ayrımı yapmadığını gösterebilir.

Erkek ve kadın şizofrenler hastalar arasında yaşanan yer ve bir işle meşgul olma açısından anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Erkek şizofren hastaların kadın şizofren hastalara oranla daha çok kırsal kesimde yaşadığı ve herhangi bir işle uğraşmamış olduğu saptanmıştır. (Ev hanımları, öğrenciler bir işle meşgul olan kişi kabul edilmiştir). Bunun nedeni erkek şizofren hastalarda defisit oranlarının kadın hastalara göre daha sık olması olabilir. Erkek hastalarda daha çok negatif, defisit belirtiler (sosyal içe çekilme, toplumdan uzaklaşma, düzleşmiş duygulanım) görülmektedir. Böylece erkek şizofren hastalar herhangi bir işle uğraşmayıp kırsal kesimde tercih etmektedirler(72). Bu sonuç literatüre uyumlu olarak bulunmuştur.

Çalışmamızda cinsiyetler arasında ailede ruhsal hastalık öyküsü yönünden anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Literatürde şizofren kadınların akrabalarında şizofreni görülme riskinin erkeklerinkine göre yüksek olduğunu ve yaş arttıkça bu riskin düştüğünü bildirilmektedir(72). Bizim hasta yaş grubunun 35 yaş ve üzerinde yoğunlaşması yukarıda verilen literatür bilgisi ile uyumaktadır.

6.SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Toplumda psikiyatrik yardıma gereksinimi olan bireylerin oranının %21.3 olduğu bildirilmektedir(73). Psikiyatrik yardım gerektiren en önemli hastalıkların başında psikotik hastalıklar gelmektedir. Psikotik hastalıkların prevalansı %1.5 dur ve en yaygın psikotik bozukluk şizofreni hastalığıdır. Şizofreni yüksek tekrarlama riski, yaşam kalitesini ileri derecede bozması ve önemli medikal, ekonomik ve intihar gibi ciddi psikososyal sorunlara yol açması nedeniyle, tüm dünyada ciddi bir toplum sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir.

1980-86 yılları arasında Türkiye’de yatarak tedavi gören tüm hastalar için ruhsal hastalık nedeniyle yatanların oranının %2 olduğu belirtilmektedir(74). Yatarak tedavi gören psikiyatri hastalarının %20-60’ını şizofrenler oluşturmaktadır(75).

Bu nedenlerle şizofreni hastalığının yaygınlığını belirlemek, risk faktörlerini ortaya çıkarmak ve tedavisi-önlenmesi ile ilgili yeni stratejiler belirlemek önem kazanmaktadır.

Şizofren ve kontrol grupları arasında ailesi ve yakınlarında ruhsal hastalık öyküsü olanlar, son bir yılda stres verici yaşam olayı geçirenler, çocukluk çağı stresi geçirenler, gelir düzeyi düşük olanlar, bir işle uğraşmayan ve bedensel hastalığı olanlara göre anlamlı farklılıklar saptanmış ve şizofreniye maruz kalma açısından görece riskli bulunmuştur. Yine erkek ve kadın şizofren hastalar arasında bir işle uğraşma ve yaşanan yer bakımından anlamlı farklılıklar saptanmıştır.

Şizofreni ile işlevsel durum arasında ilişkinin araştırıldığı önemli bir uluslararası çalışma Dünya Sağlık Örgütü’ nün Psikiyatrik Yetiyitiminin Değerlendirilmesi ve Azaltılması ortak çalışmasıdır (Collaborative Study on the Assessment and the Reduction of Psychiatric Disability). Uluslararası şizofreni pilot çalışmasının (International Pilot Study On Schizophrenia) devamı niteliğinde olan bu çalışmada, şizofrenik hastalarda sosyal işlevselliğin çoğu alanlarında önemli bozulmalar olduğu gösterilmiştir. Ülkemizde Göğüs tarafından yapılan bir çalışmada da her alanda sosyal uyum bozukluğunun en fazla görüldüğü psikiyatrik hastalığın şizofreni hastalığının olduğu gösterilmiştir(76). Bu nedenle şizofren hastaların toplumdaki yaygınlığının bilinmesinin ve tedavisinin önemi ortaya çıkmaktadır.

Bizim araştırmamızda şizofrenlerin sadece %23’ ü antipsikotik ilaç kullanmaktadır. Bu durum şizofrenlerin %49’unun sağlık güvencesinden yoksun

olması ile ilişkili olabilir. (Yeşil kartlılar ayaktan tedavi görürken ilaçlarını ücretli almaktadırlar.) Bu konuda devlete ve sağlık personeline (Psikiyatr, psikolog, sosyal hizmetler uzmanı, pratisyen doktor) önemli görevler düşmektedir. Ülkemizde kronik şizofrenisi olan tüm bireylerin sağlık sigortası altına alınması ve sağlık personeli vasıtasıyla hastaların ailelerinin ve şizofreniye maruz kalma riski yüksek olan ailelerin eğitilmesi gerekmektedir.

Şizofreni hastalarının meslekleri veya bir işle meşguliyetleri olmamakta, bu durum hastalığın artmasına ve sosyal izolasyona neden olmaktadır. Şizofren hastaları özürlü vatandaş statüsünde kabul edilip, bu konuda desteklenmelidir. Böylece şizofrenlerin toplumdan uzaklaşması önlenmiş olacaktır.

Çalışmamızda şizofrenlerde bedensel hastalıkların yüksek olduğu görülmüştür. Dolayısıyla şizofreninin tedavi edilmesi bedensel hastalıklarda görülme oranını düşürecek, bu da ülkemizde ki sağlık masraflarının azalmasına yol açacaktır.

Çalışmamızda çocukluk çağına stres geçirenlerde 4 misli şizofreniye maruz kalma; ailesinde şizofreni olma öyküsü olanlarda ise 7 misli şizofreniye maruz kalmaktadır. Bu konuda aileler çocuk ruh sağlığı konusunda aydınlatılmalıdır. Bu konuda ailedeki hatalı etkileşimlerin şizofreni oluşumunda önemli etken olduğu vurgulanmalıdır(77).

Bir hastalığın yaygınlığı en güvenilir risk göstergesidir, bu nedenle şizofreni yaygınlığının hesaplanması hastalığın nedenlerini araştırmada başlangıç noktası olarak şizofreninin epidemiyolojisinde major araştırma yöntemi olur. İşte bu sebeplerle bizim bu çalışmamızla şizofreninin toplumumuzdaki yaygınlığını ve şizofreniye maruz kalmaya neden olabilecek risk gruplarını saptadık. Yine bu çalışmayla ülkemizdeki şizofreni önleme ve tedavisi stratejilerinde önemli veri temelleri sağladığımıza inanıyoruz.

PREVALENCE OF SCHIZOPHRENIA IN TRABZON REGION

The study is conducted in Trabzon to examine the prevalence of schizophrenia and its relationship with sociodemographic variables.

The study is an observational and cross-sectional one. Interviewers were trained about Schizophrenia and CIDI before the study. Data were collected using the schizophrenia part of CIDI Interview guide. (Composite International Diagnostic Interview). In order to obtain results generalizable to Trabzon region, 4797 persons between the ages of 15-45 in 2320 families participated in the study. Subjects were selected via a cross-sectional-evaluative group sampling area examination technique.

Results based on December 1998 and March 1999 period indicated that 0,97 percent of people in the region have schizophrenia.

The significant differences between schizophrenia and control groups were the story of psychiatric disorder in the families, stressful life events happened in the last one year, childhood stress, medical problems, keeping busy and low income rate. The main risk factors in terms of having schizophrenia were as follows: to have relatives with psychiatric disorders, to live a stressful life event in childhood and the last one year, to have low income rate. Again, between males and females, significant differences were found according to having a job to keep busy and the place they live.

There was not a significant difference between schizophrenia and control groups in terms of age, age groups, sex, education, marital status, migration, age of mother during birth, family structure, problems related to birth, the season of birth and the place to live. Accordingly, the differences between males and females in terms of the psychiatric history of the family, family structure, stress related to childhood, birth problems, migration, medical problems, marital status, antipsychotic drug use, educational level, stressful life events in the last one year, age groups were not found significant.

These results demonstrated that schizophrenia is a common psychiatric disorder in the community and that risky groups that are above mentioned must be carefully evaluated in terms of schizophrenia.

KAYNAKLAR

- 1- Arhan G:Şizofreni Dizisi, 1.cilt, 2.sayı, Çizgi Tıp Yayınevi, 1998, s.72
- 2- Ming T: Textbook In Psychiatric Epidemiology. New York, 1995, pp 283-301
- 3- Mete L: Şizofreni En Uzak Ülke. Birinci baskı, İletişim yayınları, İstanbul, 1998, s.43- 48
- 4- Öztürk O: Şizofreni. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları'nda, Yedinci basım. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1997, s.175-215
- 5- Bleuler E: Dementia Praecox, or, the Group of Schizophrenias, H Zinkin, translator. International Universities Press.New York 1950.
- 6- Freud S:Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. Hogarth Press, London 1953.
- 7- Schneider K:Clinical Psychopathology. M W Hamilton translator. Grune and Stratton .New York, 1959.
- 8- Bayülkem F: Türkiye'de Nöroloji-Nöroşirurji ve psikiyatrinin Tarihi Gelişmesi. Ruh hastalarını readaptasyon derneği yayınları, İstanbul, 1998, s.7-99.
- 9- Carpenter WT and Buchanan RW: Schizophrenia:Introduction and Overview. In Comprehensive Textbook of Psychiatry, Six Edition, HI Kaplan and BJ Sadock (Eds), Williams and Wilkins, Baltimore, 1995, pp.889-902
- 10- Gelder M, Gath D, Mayou Rand Cowen P: Schizophrenia and Schizophrenia-like disorders. In Oxford Textbook of Psychiaatry, Third Edition, Oxford University Press, 1996, pp.246-293
- 11- Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı. Dördüncü baskı (DSM IV), APA, Washington 1994'den (Çev. E.Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara 1994, 1994, s.127-131

- 12- Dünya Sağlık Örgütü: Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması kitabı (ICD-10) WHO, Cenevre 1992'den (Çev. Çuhadaroğlu ve ark.) Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, Ankara, 1993, s.79-87.
- 13- Soylu C: Şizofreni ve benzer psikozlarda akut faz reaktanları Uzmanlık Tezi. K.T.Ü. Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Trabzon, 1998
- 14- Federn P:Ego Psychology and the Psychoses .Basic Books.New York, 1952.
- 15-Wynne LC:Thought disorder and family relations of schizophrenics : II.Classification of forms of thinking.Arch Gen Psychiatry 9:199,1963.
- 16- Kendler KS, Mc Guire M, Gruenberg AM et al: The roscommon family study: 1.Method. Diagnosis of probands and risk of schiprenia in relatives. Arch. Gen. Psychiatry. 50: 527.1993.
- 17- Kültür S, Mete L: Şizofreni. Psikiyatri Temel Kitabı, 1.cilt. Editörler Güleç C. Ve Köroğlu E, Ankara 1997, s.321-353.
- 18- Kenneth S: Schizophrenia Genetics. Comprehensive Textbook of Psychiatry 1995,pp:942-957
- 19- Ceylan ME: Şizofreni: Genel Bilgiler. Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri'de 1.cilt, İstanbul,1993, s.1-52.
- 20- Iqbal N, Asnis Gm, Wetzler S et al: The role of serotonin in schizophrebnia: New findings. Schizophrenia Research 5:181-182,1991.
- 21- Wyatt RJ, Kirch DG and Egan MF: Scizophrenia: Neurochemical, Viral and Immunological studies. In Comprehensive Textbook of Psychiatry, Sixth Edition, HI Kaplan and BJ Sadock (Eds), Williams and Wilkins, Baltimore, 1995, pp.927-942.
- 22- Miller Alt and Spencer RL: Immune system and central nervous system interactions. In Comprehensive Textbook of Psychiatry. Sixth Edition, HI Kaplan and BJ Sadock (Eds), Williams and Wilkins, Baltimore, 1995, pp.112-127.

- 23- Watson CG, Kucala T, Tilleskjor C et al: Schizophrenic birth seasonality in relation to the incidence of infections deseases and temparature extremes. Arch. Gen. Psychiatry. 41(1): 85-90, 1984.
- 24- Battal S. Şizofrenide beyin yapısı. Şizofrenide yeni ufuklar kitabı. Editörler Doc.Dr.N. Dilbaz ve Uzm.Dr.Göksel Bayram. Ankara 1997, sayfa 29-33
- 25- Doğan O: Şizofreni, 2.sayı. Okyanus yayını, Editörler Erkoç Ş ve Oral T, İstanbul,1998. S.64.
- 26- Tezcan S: Epidemiyoloji. Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, No, 92/1, Ankara, 1992. S.1-8.
- 27- Beaghehole R, Bonita R, Kjellström T: Temel epidemiyoloji (Çev. N.Bilgel) Güneş Tıp Kitapevi, 1998, s.5-14.
- 28- Doğan O ve ark. Ruhsal bozukluklar epidemiyolojisi. S. 65-73. Sivas,1995.
- 29- Helzer SE: Sch,zophrenia. Epidemiology Psychiatry, R Michels (ed), SB Lippincott Company, 1989, pp.1-17.
- 30- Küey L, Üstün TB, Güleç C. Türkiye’de ruhsal bozukluklar epidemiyolojisi araştırmaları üzerine bir gözden geçirme çalışması. Toplum ve Hekim 44:16-30,1997.
- 31- Jablensky A:The epidemiology of schizophrenia. Current Opinion in Psychiatry, 1993, 6:43-52.
- 32- Eaton W.W: Epidemiology of schizophrenia: Epidemiologic Reviews, 7:105-126,1985
- 33- Karno M and Norguist GS: Schizophrenia: Epidemiology. In Comprehensive Textbook of Psychiatry, sixth edition, HI Kaplan and BJ Sadock (Eds), Williams and Wilkins, Baltimore, 1995, pp 902-910.

- 34- Jablensky A: Epidemiology of schizophrenia: A European perspective. Schizophrenia. Bulletin , 12: 52-73, 1986.
- 35- Jablensky A: Schizophrenia: The epidemiological horizon in schizophrenia. Science s 213,1995.
- 36- Baykan N. Türkiye’de uygulanacak şizofreni prevalansı araştırmalarında kullanılacak ekip ve metot denemeleri. Halk Sağlığı Doğentlik Tezi. Ankara 1967.
- 37- Ünal M. Ruh hastalıklarının yaygınlığı ve sosyodemografik olgularla ilişkisi.Doğentlik Tezi.H.Ü. Tıp Fakültesi Anabilim Dalı, Ankara 1967.
- 38- Kaplan HI, Sadock Bj, Grebb JA, Synopsis of psychiatry. Seventh ed. Giza, Mass Pub. Co., 1995, pp. 456-459.
- 39- Gorwood P, Lebayer M, Jay et al: Gender and age at onset in schizophrenia: impact of family history. Am J Psychiatry, 152:208-212, 1995.
- 40- Doğan O: Şizofreni Epidemiyolojisi: Şizofreni sayı 2, Okyanus yayını, İstanbul, 1998, s.70.
- 41- Cooper B, Helgason T: Epidemiology and the Prevention of Mental Disorders for the World Psychiatric Association. Routledge London ,1989.
- 42- Doğan O: Şizofreni Epidemiyolojisi. 4.Anadolu Psikiyatri Günleri Kongresi Bilimsel Çalışmalar Kitabı. Ed.Prof. Dr. R.Kucur. Konya 1995.
- 43- Berksun O:Expressed emotion kavramı.Psikiyatri Bülteni 1:3, 104-107,1992.
- 44- Heun R,Maier W:The role of obstetric complications in schizophrenia.J Nerv Dis 181:220-226,1993.
- 45- Trabzon Yıllığı 97: Trabzon Belediye Başkanlığı Yayınları No:52, 1997, s.9-79.
- 46- 1997 Genel Nüfus Tespiti İl ve İlçelerin Şehir ve Köy Nüfusları Kesin Sonuçları: T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü Başkanlığı, Ankara, Ağustos, 1998.

- 47- Kılıç C, Göğüş A: Uluslararası Bileşik Tanı görüşmesi, 2.1.(CIDI) Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Bölümü, Dünya Sağlık Örgütü İşbirliği Merkezi. Yayın no:2, Ankara 1997.
- 48- Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M ve Şimşek Z: Türkiye Ruh Sağlığı Profili. Sağlık Bakanlığı Temel sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara 1997.
- 49- Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V: Biyoistatistik, Hatipoğlu Yayınları, 1989.
- 50- Böök, J,A: Schizophrenia in a North Swedish geographical isolate 1900-1977: Epidemiology, genetics and bio-chemistry. *Clinical Genetics*, 14:373-394. 1978.
- 51- Crocetti G ,Kulcar Z: Selected aspects of the epidemiology of psychoses in Croatia, Yugoslavia: pilot study of communities. *American Journal of epidemiology*, 94:118-125, 1971.
- 52- Nandi D, Ajmany S:Psychiatric disorders in a rural community in West Bengal: An epidemiological study. *Indian journal of Psychiatry*. 17:87-99,1975.
- 53- Ben-Touim D: The prevalance of schizophrenia in remote area of Botswana . *British Journal of Psychiatry*, 148:576-580, 1986.
- 54- Freeman H: Prevalence of schizophrenia in an urban population. *British Journal of Psychiatry*,149,603-611,1991.
- 55- Lacono WG, Beiser M: Are males more likely than females to devolep schizophrenia?. *Am J Psychiatry*, 149.1070-1074, 1992.
- 56- Freeman H: Schizoophrenia and city residence. *Br J Psychiatry*, 23:39-50,1994.
- 57- Blazer D, George L.K. ; Psychiatric disorders: A rural/urban comparison. *Archives of General Psychiatry*, 42:651-656,1985.

- 58- Eaton W: Update on the Epidemiology of Schizophrenia. *Epidemiologic Reviews*, 13:320-328.
- 59- Kaplan HI, Sadock BJ: *Synopsis of Psychiatry* . Eight ed., Mass Publishing co., New York, 1998, pp.456-492.
- 60- Tura S: Freud'dan Lacon'a Psikoanaliz. *Ayrıntı yayınları*, 1988
- 61- Hegarty JD, Beldessarini RJ, Tohen M, Wtermauv C, Oepen G: One hundred years of schizophrenia: A metaanalysis of the outcome literature. *Am J Psychiatry*, 151:1409-1416,1994.
- 62- Mishler EG, Scotch NA: Sociocultural factors in the epidemiology of schizophrenia: A review, *Psychiatry*, 26:315-351, 1963.
- 63- Chul-eung K, Young-sook L: Momy of birth and schizophrenia in Korea. *British J of Psychiatry* 164:829-831, 1994.
- 64- Bradbury J: Season of birth in schizophrenia: A review of evidence, methodology and a etiology. *Psychological Bulletin*, 98:569-564, 1985
- 65- Gunter-Genta F, Bovet P and Hohlfeld P: Obstetric complications and schizophrenia. *Brit. J. Psych.* 164: 165-170, 1994.
- 66- Arkonaç O: *Psikotik Bozukluklar ve Tedavileri*. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 1996, s. 60-64.
- 67- Torrey F: Prevalance studies in schizophrenia. *British J. Psychiatry*, 150:598-608, 1987.
- 68- Hafner H, Maurer K, Lofler W et al: The epidemiology of early schizophrenia. Influence of age and gender onset and early course. *Br J Pstchiatry* 23:29-38,1994.
- 69- Goldberg EM, Morrison SL: Schizophrenia and social class *Br J Psychiatry* 109:785-802, 1963.

- 70- Hultman CM: Prenatal and perinatal risk factors for schizophrenia BMJ, 1999,318:421-6.
- 71- Alyar A: Sağ ve sol el tercihli şizofreni hastalarının ventrikül oranlarının karşılaştırılması. Dicle Tıp Dergisi, 22:1-6, 1995.
- 72- Kırpınar İ: Şizofreni ve Cinsiyet: Şizofreni sayı 2, Okyanus yayını, İstanbul, 1978, s.79.
- 73- Öztürk M.O: Yarı kırsal bir bölgede uygulanan psikiyatrik epidemiyolojik bir araştırmaya göre ruhsal hastalık sıklığı ve uluslararası karşılaştırma. XVI.Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, Side, 1980.
- 74- Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri: Genel Müdürlüğü. Yataklı Tedavi Kurumları 1986 Yılı Bülteni, Sağlık Bakanlığı Yayın No:522, Ankara,1987, s.31-32.
- 75-Samuk F, Göktepe EO: Toptaşı Bimarhanesinden Bu Yana Akıl hastanelerimizde Yatan Psikozlardan PMD/Şizofreni Oranında Görülen Değişme Şizofreni Sempozyumu (ed:Songar A), İstanbul s.57-63,1978.
- 76- Kaplan İ: Bir sağlık ocağına başvuran hastalarda ruhsal bozukluklar ile yetiyiminin ilişkisi. Uzmanlık Tezi. 1994.
- 77- Gökalp GP: Şizofrenide psikososyal kuramalar ve tedaviler. Şizofreni: Yeni gelişmeler. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, Cilt I, sayı 4, s.665-685,1996. Dicle Tıp Dergisi, 22:1-6, 1995.



**KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
ETİK KURUL BAŞKANLIĞI**

ONAY BELGESİ

DPLANTI NUMARASI : 28

DPLANTI TARİHİ : 04.12.1998

İHTİSAS TEZİ SAHİBİNİN ÜNVANI ADI VE SOYADI :Dr. M. Arif Köroğlu

TEZİN ADI : Trabzon ilinde şizofreni prevalansı

ANABİLİM DALI : Psikiatri

Yukarıda anabilim dalı, ünvanı, adı ve soyadı yazılı araştırma görevlisine ait ihtisas tezi kurulumuzca incelenmiş olup " tıbbi etik " açıdan uygun bulunmuştur.

ETİK KURUL ÜYELERİ

Yrd.Doç.Dr.Nuri İhsan KALYONCU
ÜYE

Doç.Dr. Sema KANDİL
ÜYE

Prof.Dr.Güner Kemal ÖZGÜR
ÜYE

Prof.Dr.Ahmet KARAGÜZEL
ÜYE

Prof.Dr.Ekin ÖNDER
ÜYE

Prof.Dr.Ali BAKI
ÜYE

Prof.Dr.Kadriye YILDIZ
ÜYE

Prof.Dr.Yavuz ÖZORAN
BAŞKAN

2000 NÜFUSLU ÖRNEK YERLEŞİM YERLERİ

İL	İLÇE	BUCAK	KÖY	HANE
1 TRABZON	OF	MERKEZ	AĞAÇBAŞI	20
2 TRABZON	TONYA	MERKEZ	ÇAMLI	20
3 TRABZON	OF	MERKEZ	DOĞANÇAY	20
4 TRABZON	MAÇKA	MERKEZ	ÇIRALI	20
5 TRABZON	ŞALPAZARI	MERKEZ	AĞIRTAŞ	20
6 TRABZON	HAYRAT	MERKEZ	DEREYURT	20
7 TRABZON	BEŞİKDÜZÜ	KÜÇÜKDERE	DAĞLICA	20
8 TRABZON	MERKEZ	MERKEZ	YEŞİLTEPE	20
9 TRABZON	KÖPRÜBAŞI	MERKEZ	GÜNEŞLİ	20
10 TRABZON	SÜRMENE	KÜÇÜKDERE	BİRLİK	20
11 TRABZON	MERKEZ	MERKEZ	SUBAŞI	20
12 TRABZON	AKÇAABAT	MERKEZ	AKDAMAR	20
13 TRABZON	AKÇAABAT	MERKEZ	ÇAMLICA	20
14 TRABZON	ŞALPAZARI	MERKEZ	KUZULUK	20
15 TRABZON	MAÇKA	ESİROĞLU	TEMELLİ	20
16 TRABZON	DERNEKPAZARI	MERKEZ	GÜLEN	20
17 TRABZON	OF	MERKEZ	SIRAAĞAÇ	20
18 TRABZON	OF	MERKEZ	FINDIKOBA	20
19 TRABZON	AKÇAABAT	MERKEZ	AĞAÇLI	20
20 TRABZON	DÜZKÖY	MERKEZ	GÜRGENDAĞ	20
21 TRABZON	HAYRAT	MERKEZ	PINARCA	20
22 TRABZON	ARAKLI	DAĞBAŞI	ÇUKURÇAYIR	20
23 TRABZON	VAKFIKEBİR	MERKEZ	ÇAVUŞLU	20
24 TRABZON	ARAKLI	DAĞBAŞI	KESTANELİK	20
25 TRABZON	AKÇAABAT	MERKEZ	ACISU	20
26 TRABZON	MERKEZ	MERKEZ	ÇİMENLİ	20
27 TRABZON	VAKFIKEBİR	MERKEZ	DEREGÖZÜ	20
28 TRABZON	SÜRMENE	MERKEZ	ORMANSEVEN(B)	20
29 TRABZON	MERKEZ	MERKEZ	DOLAYLI	20
30 TRABZON	ARSİN	MERKEZ	ÇATAK(B)	20
TOPLAM				600

20001-50000 NÜFUSLU ÖRNEK YERLEŞİM YERLERİ

<i>İL</i>	<i>İLÇE</i>	<i>BUCAK</i>	<i>KÖY</i>	<i>HANE</i>
1 TRABZON	OF	MERKEZ		60
2 TRABZON	BEŞİKDÜZÜ	MERKEZ		80
3 TRABZON	VAKFIKEBİR	MERKEZ		80
4 TRABZON	AKÇAABAT	MERKEZ		100
<i>TOPLAM</i>				320

50001-200000 NÜFUSLU ÖRNEK YERLEŞİM YERLERİ

<i>İL</i>	<i>İLÇE</i>	<i>BUCAK</i>	<i>KÖY</i>	<i>HANE</i>
1 TRABZON	MERKEZ	MERKEZ		500
<i>TOPLAM</i>				500
<i>GENEL TOPLAM</i>				2320

2001-5000 NÜFUSLU ÖRNEK YERLEŞİM YERLERİ

İL	İLÇE	BUCAK	KÖY	HANE
1 TRABZON	SÜRMENE	MERKEZ	ÇAMBURNU(B)	20
2 TRABZON	MERKEZ	MERKEZ	YALINCAK(B)	20
3 TRABZON	MERKEZ	MERKEZ	AKYAZI(B)	20
4 TRABZON	AKÇAABAT	MERKEZ	YILDIZLI(B)	20
5 TRABZON	YOMRA	MERKEZ	KAŞÜSTÜ(B)	20
6 TRABZON	SÜRMENE	MERKEZ	YENİAY(B)	40
7 TRABZON	SÜRMENE	KÜÇÜKDERE	OYLUM(B)	40
8 TRABZON	AKÇAABAT	MERKEZ	IŞIKLAR(B)	40
9 TRABZON	ÇAYKARA	MERKEZ	KARAÇAM(B)	40
10 TRABZON	DERNEKPAZARI	MERKEZ		40
11 TRABZON	ARSİN	MERKEZ	YEŞİLYALI(B)	40
12 TRABZON	DÜZKÖY	MERKEZ	ÇALKÖY(B)	40
13 TRABZON	AKÇAABAT	MERKEZ	DARICA(B)	40
14 TRABZON	AKÇAABAT	DERECİK(BM)(B)		40
TOPLAM				460

5001-20000 NÜFUSLU ÖRNEK YERLEŞİM YERLERİ

İL	İLÇE	BUCAK	KÖY	HANE
1 TRABZON	AKÇAABAT	MERKEZ	AKPINAR(B)	20
2 TRABZON	KÖPRÜBAŞI	MERKEZ		20
3 TRABZON	TONYA	MERKEZ	İSKENDERLİ(B)	20
4 TRABZON	AKÇAABAT	MERKEZ	SÖĞÜTLÜ(B)	20
5 TRABZON	ÇAYKARA	MERKEZ		20
6 TRABZON	ÇARŞIBAŞI	MERKEZ		20
7 TRABZON	DÜZKÖY	MERKEZ		20
8 TRABZON	HAYRAT	MERKEZ		40
9 TRABZON	ARSİN	MERKEZ		40
10 TRABZON	YOMRA	MERKEZ		40
11 TRABZON	TONYA	MERKEZ		40
12 TRABZON	MAÇKA	MERKEZ		40
13 TRABZON	ARAKLI	MERKEZ		40
14 TRABZON	SÜRMENE	MERKEZ		60
TOPLAM				440

SOSYODEMOGRAFİK VERİ TOPLAMA

- Adres :
- Doğum Tarihi :
- Cinsiyet : Erkek Kadın
- Medeni Durum :
 Bekar Evli Dul Boşanmış Aynı Yaşıyor
- Öğrenim Durumu :
 Okur-Yazar Değil Okur-Yazar İlkokul
 Ortaöğretim Yüksekokul
- Mesleği :
 İşsiz İşçi Memur Serbest Meslek
 Çiftçi Öğrenci Ev Hanımı Emekli
 Diğerleri
- Yaşadığınız Yer :
 İl Merkezi İlçe Merkezi Köy
- Yaşadığınız Yere Nereden Geldiniz :
 İl Merkezi İlçe Merkezi Köy Sürekli Aynı Yer
- Doğduğunuz Yer, O Zaman Bir İl Merkezi mi, İlçe Merkezi mi, Köy müydü?
 İl Merkezi İlçe Merkezi Köy
- Hangi Mevsimde Doğdunuz :
 Kış İlkbahar Yaz Sonbahar
- Gününden Erken mi Doğdunuz ?
 Evet Hayır
- Doğum Problemi
 Yok Erken Doğum Zor Doğum
 Mor Doğum Aletli Doğum Sezeryan
- Doğumda Anne Yaşı :
- Aile Yapısı :
 Geniş Aile Çekirdek Aile

4. Son bir yıl içinde, size bir oyun oynadıklarını, size zarar vermeye veya zehirlemeye çalıştıklarını düşündüğünüz oldu mu? HAYIR (G5'e Geçin) 1
EVET 5

A. Bunu nasıl anlıyorsunuz?
AŞAĞIYA KAYDEDİN.

Ör.: HAYIR 1
EVET 5*

ÖRNEK MANTIKSIZ MI?

5. Son bir yıl içinde, tanışmadığınız birinin size aşık olduğuna inandınız mı? HAYIR (G6'ya Geçin) 1
EVET 5

A. Bu kişinin size aşık olduğunu nasıl anladınız?
AŞAĞIYA KAYDEDİN.

Ör.: HAYIR 1
EVET 5*

ÖRNEK MANTIKSIZ MI?

6. Son bir yıl içinde, böyle bir şey olmadığını söylediği halde, eşiniz veya sevgilinizin size ihanet ettiğine inandığınız oldu mu? HAYIR (G7'ye Geçin) 1
EVET 5

A. Bunu nasıl anlıyorsunuz?
AŞAĞIYA KAYDEDİN.

Ör.: HAYIR 1
EVET 5*

ÖRNEK MANTIKSIZ MI?

7. Son bir yıl içinde, bir başkasının sizin düşüncelerinizi okuduğuna inandığınız oldu mu? HAYIR (G8'e Geçin) 1
EVET 5

A. Onlar sizin ne düşündüğünüzü gerçekten biliyorlar mıydı, yoksa sizin yüzünüzdeki ifadeden ya da uzun süredir sizi tanıdıklarından dolayı sadece tahmin mi ediyorlardı?
EĞER "SADECE TAHMİN" İSE 1 KODLAYIN,
DEĞİLSE B'Yİ SORUN.

B. Onların sizin düşüncelerinizi okuduğunu nasıl anlıyorsunuz?
AŞAĞIYA KAYDEDİN.

Ör.: HAYIR 1
EVET 5*

ÖRNEK MANTIKSIZ MI?

8. Son bir yıl içinde, başka birinin o kişi konuşmadan ne düşündüğünü kulağımızla işitebileceğinize inandığınız oldu mu? HAYIR (G9'a Geçin) 1
EVET 5*

A. Bir kişi konuşmadan, onun ne düşündüğünü işitemiz nasıl mümkün oldu?
AŞAĞIYA KAYDEDİN.

Ör.:

4. Son bir yıl içinde, hipnotizma, büyü, üzerinize röntgen ya da lazer ışınları gönderilmesi gibi garip güçler tarafından etkilendiğinizi hissettiğiniz oldu mu?

HAYIR (G15'e Geçin) 1
EVET 5*

A. Bunlar ne tür güçlerdi?

AŞAĞIYA KAYDEDİN.

Ör.: _____

5. G1-G14'de kodlanmayan bir sanrı varsa kaydedin.
Hiç yoksa 1 kodlayın, varsa aşağıya kaydedin.

HAYIR 1
EVET 5*

Ör.: _____

6. G1-G15 arasında 5* kodu yoksa, 1 kodlayın ve G17'ye geçin (G1-G15 Arası 5* Kodlananlar) gibi inançlarınızdan bir doktora söz ettiniz mi? Soruşturmayı sürdürün.

SRŞ: 1 3 4 5

Dr.: _____

Başka: _____

7. Son bir yıl içinde, tam uyanık iken gözünüze başkalarının göremeyeceği şeyler görüldüğü oldu mu?

HAYIR (G18'e Geçin) 1
EVET 5*

A. Ne gördünüz?

AŞAĞIYA KAYDEDİN.

Ör.: _____

8. Son bir yıl içinde, bir kezden fazla, başkalarının işitemeyip sizin işittiğiniz sesler oldu mu?

HAYIR (G20'ye Geçin) 1
EVET 5

A. Başkalarının duyamadığı sesler duymayı nasıl açıklıyorsunuz?

AŞAĞIYA KAYDEDİN.

Ör.: _____

B. Ne işittiniz?

AŞAĞIYA KAYDEDİN.

Ör.: _____

ÖRNEK MANTIKSIZ MI?

HAYIR 1
EVET 5*

EĞER SESTEN SÖZ EDİLMİŞSE, G19A'YA GEÇİN.

Son bir yıl içinde, bir veya birkaç hareket edemediğiniz oldu mu? HAYIR 1
EVET 5*

A. Son bir yıl içinde, sürekli hareket ettiğiniz durumadığınız bir dönem oldu mu? HAYIR 1
EVET 5*

G22 ve G22A 1 kodlandıysa, G23'e geçin.

B. Niye istediğiniz şekilde hareket edemiyordunuz?
AŞAĞIYA KAYDEDİN.

Dr.: _____

G17-G22 arası 5* kodu yoksa, 1 kodlayın ve G24'e geçin.

G17-G22 arası 5* Kodlanmaları sıralayın) gibi olayları

bir doktora anlatınız mı? Soruşturmayı sürdürün.

SRŞ: 1 3 4 5

Dr.: _____ Başka: _____

G1-G15 veya G17-G22 Arası 5* Kodu yoksa, H1'e geçin.

BAŞ: İlk kez bu düşünce veya yaşantılarınız olduğunda kaç
yaşındaydınız? (G1-G15 ve G17-G22'de 5* Kodlanmış Belirtileri
sıralayın).

BAŞ: 1 2 3 4 5 6
BAŞ YAŞI: ___/___
SON: 1 2 3 4 5 6

SON: Bu düşünce veya yaşantılardan herhangi biri en son ne zaman oldu?

SON YAŞI: ___/___

Bu düşünce ya da yaşantılarınızın başlaması ve bitmesi arasında
ne kadar süre geçti?

6 ay ve yukarısı 7
3-5 ay 6
1-2 ay 5
2-3 hafta 4
1 hafta (G28'e geçin) 3
2-6 gün (G28'e geçin) 2
1 gün (H1'e geçin) 1

İlk Evet yanıtında durun.

Eğerir kez olmuş ve çok kısa sürmüştü

1 kodlayın ve H1'e geçin.

Bu dönemde bu düşünce veya olaylar (İlk Evet'te Durun)

Hep var mıydı? 1
Bazen mi vardı? 2
Seyrek olarak mı vardı? 3

Bu düşünce veya yaşantılardan sonra, eskisine göre
işinizi yapamaz oldunuz mu?

HAYIR 1
EVET 5

A. Bu düşünce veya yaşantılardan sonra, eskisine
göre, arkadaş edinme ya da sosyal ilişkilerden
 zevk almanız azaldı mı?

HAYIR 1
EVET 5

Son bir yıl içinde, bu düşünce veya yaşantılarınız
olduğu zaman normal miydiniz, yoksa sinirli, huzursuz,

NORMAL (G29'a Geçin) 1
NORMAL DEĞİL 5

iş yapamaz, bir yere gidemez, bir şeyden zevk
alamaz durumda mı idiniz?

A. Her zamanki gibi hissetmediğiniz veya
davranmadığınız bu süre altı ay ya da daha
uzun sürdü mü?

HAYIR 1
EVET 5