

Keyifli Okumalar Dileriz

Binlerce kategoride milyonlarca PDF e-kitap, ders kitapları, dergiler ve romanlara platformumuz üzerinden ücretsiz ulaşabilirsiniz.

RESMİ WEB SİTEMİZ

<https://rantey.org>

Yedek ve Duyuru Kanallarımız

Sitemize erişim engeli gelmesi veya adres değişikliği durumunda aşağıdaki kanallardan güncel giriş adresine erişebilirsiniz:

- Telegram: <https://t.me/birkitapbir>
- WhatsApp Kanalımız : <https://whatsapp.com/channel/0029VbDHv8uE50Us4lvMoc0Y>



T.C.
Sağlık Bakanlığı
Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman
Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları
Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Başhekim: Doç. Dr. Medaim Yanık
3. Psikiyatri Birimi Şefi
Doç. Dr. Medaim Yanık

ŞİZOFRENİ HASTALARINDA DÖNERKAPI FENOMENİ DEĞİŞKENLERİNİN İNCELENMESİ

(UZMANLIK TEZİ)

Dr. Ece UÇANAY SÖNMEZ

İstanbul-2008

ÖNSÖZ

Tezimin oluşum aşamasında akademik bilgilerini bizlerle paylaşan klinik şefim Doç. Dr. Medaim YANIK'a , asistan olarak göreve başladığım günden emekli olana kadar hayat tecrübesinden yararlanma şansına sahip olduğum eski klinik şefim Dr. Muharrem YAMAN'a, tezimin her aşamasında büyük emeği geçen, verdiği içten destek ve moral ile tezimi tamamlamamda önemli katkıları olan tez danışmanım Doç. Dr. Murat ERKIRAN'a, rotasyon eğitimimi yanlarında tamamladığım AMATEM Birimi klinik şefi Doç. Dr. Duran ÇAKMAK'a, I. Nöroloji Birimi klinik şefi Doç. Dr. Baki ARPACI'ya, I. Nevroz Birimi klinik şefi Doç. Dr. Hüsnü ERKMEN'e, Adli Psikiyatri Birimi klinik şefi Dr. Niyazi UYGUR'a, Ergen Psikiyatri Birimi klinik şefi Doç. Dr. Kemal SAYAR'a, uzmanlık eğitimimde bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi eğitim kadrosuna, 3. psikiyatri birimi uzmanlarına, asistanlarına, hemşirelerine ve çalışanlarına, kendilerinden her zaman çok şey öğrendiğim hastalarım, çalışmalarım sırasında sabır ve sevgileriyle her zaman yanımda olan başta eşim olmak üzere, oğlum, annem ve kardeşime teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Ece UÇANAY SÖNMEZ

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

Tarihçe	1
Epidemiyoloji	1
Etiyoloji	2
Biyokimya Araştırmaları	3
Şizofrenide Tanı Ölçütleri- DSM-IV	4
Şizofreni Alt Tipleri	5
Şizofrenide Klinik Belirtiler ve Bulgular	5
Uzunlamasına Gidişin Sınıflandırılması	7
Şizofrenide Gidiş ve Prognoz	7
Şizofrenide Sık Yatışa Neden Olan Faktörler:.....	9
1-Şizofrenide Pozitif Ve Negatif Belirtiler.....	9
2-Şizofrenide Tedavi Uyumu-Uyumsuzluğu	10
3-Şizofrenide Şiddet Davranışı.....	11
4-Şizofrenide İçgörü	12
5-Şizofreni Ve Madde.....	13
Şizofrenide Hastaneye Yatış Ve Hastalık Maliyeti.....	14
Şizofrenide Sağaltım- <i>Farmakolojik Tedaviler, Elektro-Konvülsif Terapi Psikososyal tedaviler, Aile Tedavisi, Psikososyal Beceri Eğitimi, Bilişsel Davranışçı Tedaviler</i>	15
Türkiye’de Ruh Sağlığı Politikası.....	17
Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Reform.....	19
Döner Kapı Fenomeni-Hipotez- Amaç	20
YÖNTEM ve GEREÇLER.....	23
BULGULAR	27
TARTIŞMA.....	48
SONUÇ	57
ÖNERİLER.....	59
ÖZET	60
SUMMARY.....	62
KAYNAKLAR	65
EKLER.....	74

TARİHÇE

Şizofreni 18. yüzyılda araştırmaya ve tedavi etmeye değer bir durum olarak ortaya çıkmıştır. 19. yüzyılda, çeşitli psikotik bozukluklar delilik olarak nitelenmiş ve bu bozuklukları kınama ve eleştirme yönünde eğilim gelişmiştir. 1852 yılında Belçikalı psikiyatrist Benedict Morel ilk defa şizofreniyi biçimsel olarak tanımlamış ve “dementia praecox” olarak adlandırmıştır. 1863’de Karl Ludwig Kahlbaum “Paraphrenia Hebetica” terimini kullanmış, katatonik semptomlarını tanımlamış; 1871’ de Ewald Hecker “Hebephrenie” terimini ileri sürmüş ve bizar davranışlar hakkında yazmıştır. 1896 yılında Alman psikiyatrist Emil Kraepelin adolesanda başlayan ve demansla sonuçlanan bir grup hastalığı belirlemek için “dementia praecox” terimini kullanmıştır. Kraepelin, dementia praecox’u manik-depresif bozukluktan ayırmak için, kötü uzun gidişi ve yıkım yaratması üzerinde durmuştur. Dementia praecox ve paraphrenia olmak üzere iki temel fizyopatoloji tanımlamış ve katatonik, hebefrenik, paranoid olmak üzere üçe ayırmıştır (Buchanan ve Carpenter 2007).

1911 de, Eugen Bleuler, bunamanın dementia praecox’un olağan özelliği olmadığını fark ederek ilk kez şizofreni (zihin bölünmesi) terimini gündeme getirdi. Bleuler’in dört birincil belirtisi (dört A) çağrışımlarda bozulma, otistik davranış ve düşünce, anormal affekt ve ambivaleanstır (Buchanan ve Carpenter 2007).

EPİDEMİYOLOJİ

Şizofreni oldukça fazla bireysel ve ekonomik bedelleri olan ciddi halk sağlığı problemlerinden biridir. İnsidans ve prevalans ülkeler ve çalışmalar arasında farklılık göstermekle birlikte yaşam boyu prevalansı % 0.5-1.5 civarındadır (Robins ve Regier 1991). Herhangi bir yılda tüm popülasyonun %0.025-0.05’i şizofreni tedavisi görmektedir (Buchanan ve Carpenter 2007). Bir yılda ortaya çıkan yeni olgu sayısı (insidans) ise şizofreni için binde 0.11-0.7 arasında değişmektedir (Ceylan ve Çetin 2005). Şizofreni sıklıkla 45 yaşın altında başlar. Geç başlayan olgular ilerleyici ve yıkıcı seyir göstermemekle erken başlayan olgulardan ayrılır (Kültür ve Mete 1997).

Çalışmalar şizofreni hastalarının kış ve ilkbaharın başında , nadiren ilkbaharın sonunda ve yazın doğduklarını göstermektedir.Şizofreni toplumda daha alt sınıflarda ve evlenmemişlerde daha yaygındır (Kültür ve Mete 1997).

Özkıyım şizofreni hastalarında sık görülen bir ölüm sebebidir. Şizofrenlerin % 50' si yaşamlarında bir kez özkıyım girişiminde bulunurlar, % 10- 15 'i özkıyım sonucu ölür. Kadın ve erkek hastalar arasında özkıyım açısından fark yoktur. Özkıyım açısından genç yaş, hastalık öncesi yüksek öğrenim, depresyon risk faktörleridir (Buchanan ve Carpenter 2007).

Şizofreni hastalarının dörtte üçünden fazlası sigara içmektedir ve maddeye bağlı bozuklukların komorbiditesi sıktır. Şizofreni hastaların % 30-50' si alkol kötüye kullanımı veya bağımlılık ölçütlerini karşılamaktadır. Depresyon ve anksiyete semptomlarını azaltmak için madde kullanımı yaygındır ve komorbid madde kullanımı kötü prognoz göstergesidir (Buchanan ve Carpenter 2007).

ETİYOLOJİ

Şizofreniye neden olan etiyolojik faktörler tam olarak bilinmemekle beraber kanıtlar genetik yatkınlık,viral enfeksiyonlar, gebelik ve doğum komplikasyonları, erken çocukluk yaşantılarının önemli bir rol oynadığını göstermektedir. Şizofreni oluşumunda suçlanan çevresel faktörler arasında kış aylarında doğum, hamilelik sırasında influensa enfeksiyonuna maruz kalma, hamilelik ve doğum komplikasyonları, Rh uyuşmazlığı yer almaktadır (Buchanan ve Carpenter 2007).

Eş hastalanma oranı dizigot ikizlerde % 10-15, monozigot ikizlerde % 40-60 oranındadır. Evlat edinme çalışmalarında elde edilen bulgular şizofreni tanısı almış evlatlıkların biyolojik akrabalarında şizofrenik bozuklukların kontrol gruplarına göre daha yüksek bulunduğudur (Kültür ve Mete 1997).

Santral sinir sistemine etkisi olan virüslerin özellikle ikinci trimesterde geçirildiklerinde şizofreni etiyolojisinde de rol oynadıkları düşünülmektedir. Şizofreni etiyolojisinde rol oynayan virüsler influensa, herpes simplex ve sitomegalovirüsdür (Kültür ve Mete 1997).

(1)Kanama, diyabet, preeklampsi, Rh uyuşmazlığı gibi hamilelik komplikasyonları, (2) Düşük doğum ağırlığı, konjenital malformasyonlar, küçük

kafa çevresi gibi anormal f tal gelişim, (3) Asfiksi, acil sezeryan, uterus anomalisi gibi doğum komplikasyonları saptanmıştır (Buchanan ve Carpenter 2007). şizofrenide etkilenmiş olduğu düşünülen serebral korteks, limbik sistem ve bazal ganglionlar hipoksiye en duyarlı beyin bölgeleridir.

Erken  ocukluk dönemindeki olumsuz yaşantılar ve aile içi etkileşim, anne ve bebek arasında yeterli iletişim kurulamaması gibi faktörler de ileri sürülmüştür.

B YOK MYA ARAşTIRMALARI

Dopamin, norepinefrin, serotonin, glutamat, GABA, asetilkolin ve büyüme hormon şizofreni oluşumunda rol oynamaktadır.

şizofrenide dopamin aktivitesinde artış olduğu düşünülmektedir. Kokain, amfetamin gibi dopamin etkinliğini artıran maddelerin psikotik tabloya yol a ması, postsinaptik dopamin reseptörlerini bloke eden ilaçların şizofreni semptomlarını yatıştırması bu varsayımı kanıtlar yöndedir.

şizofreni hastalarında – zellikle paranoid tipte- BOS norepinefrin düzeyi yüksek bulunmuştur. Bazı hastalarda klozapinin çok etkili olması noradrenerjik sistemdeki güçlü etkisine bağlanmıştır (Brieir ve ark. 1994).

Serotonin türevlerinin halüsinojenik etkileri bilinmektedir.

Postmortem çalışmalarda hipokampustaki N-metil-D-aspartat reseptörlerinde glutaminerjik etkinlikte eksiklik olduğu bildirilmiştir. NMDA blokajı yapan fensiklidinin şizofreni belirtilerine yol a ması glutamat varsayımlarını desteklemektedir.

şizofreni etiyopatogenezinde rol oynayan DA reseptörleri büyüme hormonu salınımını bloke eden bir etkiye sahiptir (Muller ve ark. 1998). Bazı çalışmalarda hastalarda büyüme hormonu düzeyi yüksek saptanırken , bazılarında da normal değerler elde edilmiştir (Meltzer ve ark. 1981).

ŞİZOFRENİDE TANI ÖLÇÜTLERİ

DSM-IV

A. *Özgül belirtiler:* Bir aylık dönem boyunca (başarı ile tedavi edilmişse

daha kısa bir süre), bu sürenin önemli bir kesiminde aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha fazlasının) bulunması:

- (1) hezeyanlar (sanrılar)
- (2) halüsinasyonlar (varsanılar)
- (3) darmadağın (dezorganize) konuşma (örn. Çağrışımlarda dağınıklık (sık sık konu dışı sapmalar gösterme) ya da enkoherans)
- (4) ileri derecede darmadağın (dezorganize ya da katatonik davranış)
- (5) negatif semptomlar, yani affektif donukluk (tekdüzelik), aloji (konuşamazlık) ya da avolasyon

Not: Hezeyanlar şaşılması (bizar) ise ya da halüsinasyonlar 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 Ölçütünden 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 süregiden belirtileri en az 6 ay süre ile kalıcı olur. Bu altı aylık süre, en az bir ay süreyle (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre) A Tanı Ölçütünü karşılayan semptomları kapsamalıdır; 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, olağan dışı algısal yaşantılar) kendilerini gösterebilir.

D. *Şizoaffektif Bozukluğun ve Duygudurum Bozukluğunun dışlanması:* Şizoaffektif 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 halüsinasyonlar da varsa Şizofreni ek tanısı konabilir. (DSM-IV-TR 2007)

ŞİZOFRENİ ALT TIPLERİ

Şizofreninin alt tipleri değerlendirme sırasında önde gelen semptomlara göre tanımlanır. Alt tiplerin prognozları ve tedaviye verdikleri yanıt farklılık göstermekle birlikte en iyi prognoz Paranoid Tip, en kötü prognoz ise Dezorganize Tip de izlenir.

1. Paranoid Tip
2. Dezorganize Tip
3. Katatonik (Kasılakalmış)Tip
4. Ayırım Göstermeyen (Farklılaşmamış Diferansiye Olmamış) Tip:
5. Rezidüel (Ardakalan) Tip

ŞİZOFRENİDE KLİNİK BELİRTİLER VE BULGULAR

Şizofreni semptomları normal psikolojik fonksiyonların abartılmasını temsil ettiği varsayılan semptomlar (pozitif) ve diğer fonksiyonların azalmasını temsil eden semptomlar (negatif) şeklinde ayrılabilir. Negatif semptomlar primer ve daha çok nöroleptik yan etkileri ve depresyondan kaynaklandığı düşünülen sekonder olmak üzere ikiye ayrılır (Lauriello ve ark. 2003). Kalıcı nitelik gösteren primer negatif semptomlara eksiklik semptomları da denmekte ve bu

semptomlar premorbid aksaklığa ve şizofrenide kötü prognoza neden olmaktadır (Carpenter ve ark. 1988, Fenton ve ark. 1991).

Şizofreninin klinik belirtilerini ilk tanımlayanlar Kraepelin ve Bleuler olmuştur.

Bleuler'in Şizofreni Belirtileri:

A- Temel Belirtiler

- 1-Duygulanımda bozukluk
- 2-Çağrışımlarda bozukluk
- 3-Ambivalans
- 4-Otizm
- 5-Bilinç, yönelim ve bellekte temel bozuklukların olmayışı

B- İkincil Belirtiler

- 1-Sanrılar, kalıplaşmış, yineleyici fikirler ve uğraşlar
- 2-Varsanılar, yanılsamalar
- 3-Devinim bozuklukları

K. Schneider'e göre Şizofreni Belirtileri:

(Ceylan ve Çetin 2005)

Birinci Sıra belirtiler:

- 1.İşitme hallüsinasyonları
- 2.Kendi düşüncelerinin yüksek sesle söylendiğini duyma
- 3.Somatik pasivite
- 4.Düşünce çalınması, düşünce sokulması ve düşüncelerinin etki altına alınması
- 5.Düşüncelerin başkalarınınca okunması ve çevreye yayılması
- 6.Sanrısız algılama
- 7.Duygu, irade ve dürtülerin dış güçlerce etkilenip denetlendiği duygusu.

İkinci Sıra belirtiler:

- 1.Hallüsinasyonlar
- 2.İllüzyon
- 3.Referans fikirler, hezeyanlar
- 4.İntihar, homisid
- 5.Ekolali, ekopraksi
- 6.Negativizm
- 7.Depersonalizasyon
- 8.Mannerizm, stereotipi

UZUNLAMASINA GİDİŞİN SINIFLANDIRILMASI

- Epizodlar Arasında Rezidüel Semptomlar Gösteren Epizodik
- Epizodlar Arasında Rezidüel Semptomlar Olmaksızın Epizodik
- Sürekli
- Geçirilmiş Tek Epizod, Kısmi Remisyonda
- Geçirilmiş Tek Epizod, Tam Remisyonda

ŞİZOFRENİDE GİDİŞ VE PROGNOZ

(Işık ve Işık 2008)

Olumlu prognoz göstergeleri:

- Hastalık öncesi kişiliğin sağlıklı olması: Çevreye uyum sağlayabilme, sağlıklı kişiler arası ilişkiler kurabilme, sağlıklı ve dengeli duygusal ve cinsel yaşamın olması.
- Hastalık öncesi işlevselliğin sağlıklı olması: Sağlıklı bir ev ve aile yaşamının, sağlıklı okul ya da iş yaşamının olması.
- Zeka düzeyinin normal olması.
- Orta ve yüksek sosyoekonomik düzeyde olması.
- Kadın olması (Murray 1996).
- Evli olması (Ho ve ark. 2004).
- Prenatal komplikasyonların bulunmaması.
- Ailede şizofreni öyküsü bulunmaması.
- Hastalığın yirmili yaşlar ve sonrasında başlaması.
- Hastalığın akut biçimde başlaması (Fenton ve McGlashan 1991 a,b).
- Hastalığın bir stresle bağlantılı olarak ortaya çıkması.
- Hastalık başlangıcında konfüzyon ve atipik belirtilerin varlığı.
- Dezorganizasyon, negatif ve bilişsel belirtilerin olmaması (Johnstone 1999).
- Depresif belirtilerin varlığı.
- Hastalık alt tipinin paranoid, katatonik veya şizoaffektif olması.
- Yapısal beyin anomalisi, patoloji bulunmaması (Meltzer ve Fatemi 2003).
- Nörokognisyonun normal olması (Ho ve ark. 2004).
- Hastalık belirtilerinin “ego distonik” özellikte oluşu.
- Hastanın tedavi uyumunun olumlu olması.

- Tedaviye erken başlanması: Katatoni tabloları, intihar, komorbid bağımlılık gibi durumlar yönünden olumsuz sonuçları önleyicidir.
- Hastanede yatış sayısı ve süresinin az olması.
- Ailenin hasta ve hastalık ve tedaviye karşı olumlu tutumu.
- Ailede sağlıklı duygu dışı vurumunun varlığı.

Olumsuz prognoz göstergeleri:

- Hastalık öncesi kişiliğinin sağlıksız olması: Çevreye uyum sağlayamaması, sağlıklı kişiler arası ilişkiler kuramaması, sağlıksız ve dengesiz bir duygusal ve cinsel yaşamı olması ve şizotipal, şizoid kişilik yapısı özelliklerinin olması.
- Hastalık öncesi işlevselliğinin sağlıksız olması: Ev, aile, okul ya da iş yaşamının sağlıksız olması, sosyal işlevselliğinin iyi olmaması (Murray 1996).
- Zeka düzeyinin düşük olması (Murray 1996).
- Düşük sosyoekonomik düzeyde olması.
- Hastanın erkek olması (Murray 1996).
- Hiç evlenmemiş olması.
- Prenatal komplikasyon varlığı (Ho ve ark. 2004).
- Ailede şizofreni öyküsü bulunması (Murray 1996).
- Hastalığın erken yaşta (yirmi yaş öncesi) başlaması (Ho ve ark. 2004).
- Hastalığın sinsi ve belirgin olmayan biçimde başlaması (Jablensky ve ark. 2003).
- Hastalığın bir stresle bağlantılı olmadan ortaya çıkması.
- Hastalığın başlangıcında konfüzyon gibi belirtilerin olmaması.
- Negatif ve bilişsel belirtilerin varlığı ve yoğunluğu (Hafner ve ark. 1999).
- Dezorganize tip olması (Murray 1996).
- Hastalık alt tipinin basit ya da hebefrenik olması (Fenton ve McGlashan 1991 a,b).
- Obsesif kompulsif belirtilerin varlığı.
- Hastalık öncesinde veya hastalıkla birlikte alkol kullanımı olması (Bühler ve ark. 2000).
- Yapısal beyin anomalisi: Ventriküler genişleme ya da atrofi gibi yapısal anormalliklerin izlenmesi olumsuz gösterge olarak kabul edilmektedir (Meltzer ve Fatemi 2003).

- Nörokognisyonun normal olmaması (Ho ve ark. 2004).
- Hastanın tedavi uyumunun olumlu olmaması.
- Tedaviye geç başlanması
- Sosyal izolasyon: hastanın sosyal yönden izole bir yaşam sürmesi.
- Hastanede yatış sayısı ve süresinin çok oluşu: Çok güçlü bir gösterge olmamakla beraber etkili olabilmektedir. Ancak yapılan çalışmalarda bunun giderek önemini kaybettiği vurgulanmaktadır.
- Ailenin hasta, hastalık ve tedaviye karşı olumsuz tutumu.
- Ailede sağlıklı duygu dışavurumunun bulunması.

ŞİZOFRENİDE SIK YATIŞA NEDEN OLAN FAKTÖRLER:

1-ŞİZOFRENİDE POZİTİF VE NEGATİF BELİRTİLER

Şizofrenide en yaygın olarak kullanılan ölçekler PANSS-SANS (Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği) ve SAPS (Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği) dir. Bu ölçeklere göre şizofrenide görülen pozitif ve negatif belirtiler aşağıda belirtilmiştir.

Pozitif Belirtiler	Negatif Belirtiler
• Varsanılar işitme, somatik/dokunma,koku, görme, yorumlayıcı sesler,aralarında konuşan sesler • Sanrılar kötülük görme, kıskançlık, dinsel, suçluluk/günahkarlık, büyüklük, somatik, alınma, kontrol edilme, düşünce okunması, düşünce yayımlanması, düşünce sokulması, düşünce çekilmesi • Pozitif Yapısal Düşünce Bozukluğu düşüncenin raydan çıkması, basınçlı konuşma, teğetsellik, enkoherans, mantıkdışıılık,çevresel konuşma, çelinebilir konuşma, klang çağrışım • Tuhaf Davranış • Uygunsuz Duygulanım	• Duygulanımda Düzleşme ya da Küntlük değişmeyen yüz ifadesi, spontan hareketlerde azalma, jest dışavurumunun yokluğu, zayıf göz ilişkisi, duygulanımda yanıtızsızlık, sesteki esnekliğin yokluğu • Aloji konuşma yoksulluğu, konuşma içeriğinin yoksulluğu, blokaj, yanıt verme süresinin uzaması • İstemsizlik-Apati üst baş özeni ve temizlikte yetersizlik, iş ya da okulda sebatsızlık, fizik enerjinin azalması • Anhedoni-Asosyallik eğlenceye yönelik ilgi ve etkinliklerde azalma, cinsel etkinlikte azalma, yakınlık ve dostluk kurma yeteneğinde azalma, arkadaş ve akranlarla ilişkilerde yetersizlik • Dikkat Sosyal dikkatsizlik, testlerde dikkatsizlik

* Kaynak : Andreasen 1983 ve 1984

2-ŞİZOFRENİDE TEDAVİ UYUMU-UYUMSUZLUĞU

Uyum hastanın sağlıkla ilgili önerileri kabul etmesi ve bunlara uyması olarak tanımlanabilir (Bartko ve ark. 1988). Uyumsuzlukla ilişkili etmenler; (1) hastayla ilişkili etmenler (hastalık şiddetinin fazla olması, grandiyozite, iç görü yoksunluğu, madde kötüye kullanımı komorbiditesi), (2) ilaca bağlı etmenler (yan etkiler, etkisiz veya aşırı yüksek doz kullanımı), (3) çevresel etmenler (yetersiz destek), (4) hekimle ilgili etmenler (zayıf terapötik ilişki) dir (Kültür ve Mete 1997). Antipsikotik ilaç uygulanmasının sıkı koşullara bağlandığı çalışmalarda nükslerin bir bölümünün ilaç tedavisine uyumsuzluğa doğrudan bağlı olduğu açıkça gösterilmiştir. Hastaların nöroleptik ilaçlarını almayı durdurmaları için birçok sebep varken (Kampman ve Lehtinen 1999, Perkins 1999), problemleri madde bağımlılığının da ilaç programına uyumun önünde önemli bir engel olduğu ve bu sebeple uyumun önemli bir belirleyicisi olduğu gösterilmiştir (Heyscue 1998). Önceki araştırmalar ciddi psikiyatrik bozukluğu bulunan hastaların ilaç tedavisine uyumsuzluk ve madde bağımlılığının daha sık hastaneye yatma ile döner kapı durumlarına sebep olabileceğini göstermişlerdir (Bartels 1993, Weiden ve Glazer 1997, Hunt ve ark. 2002). Ağızdan ilaç alan hastalara kıyasla, intramüsküler depo ilaçlarıyla idame tedavisi yapılan hastalar nüks oranı açısından daha avantajlı konumdadır (Hogarty ve ark. 1979).

Ancak çoğu çalışmaya göre (Fenton ve ark. 1997) şizofrenide tedaviye uyumsuzluğun ortalama oranı romatoid artrit, diabet, epilepsi ve hipertansiyon gibi diğer kronik hastalıklardaki orandan daha sık değildir. Fenton ve arkadaşları, şizofreni hastalarının tedavisinde zorunlu uyumsuzluğun kasti uyumsuzluktan ayırt edilmesinin önemine dikkat çekmiştir. Zorunlu uyumsuzluk sıklıkla antipsikotik ilaçlara ilişkin yan etkilerle birlikte görülür ve söz konusu yan etkiler arasında EPS' ye, özellikle de akatiziye dikkat edilmelidir (Van Putten ve ark. 1974)

İlaç tedavisine uyumu ölçmek hastanın kendi ifadesi, başkalarının söyledikleri ve klinik gözlemler, ilaç preparatların sayımı ve ilaçların kan düzeylerini ölçmek şeklindedir.

Taburculuk sonrasında tedaviye uyumu etkileyen bazı faktörler vardır: taburculuk sonrası ilk randevunun erken olması, fazla miktarda eski yatışlar,

hastanede kalış süresinin uzun olması, hastalığı ve tedaviye karşı içgörünün bulunmasıdır (Axelroad 1989).

Tedaviye daha önceden uyum göstermemiş olmak, sonraki uyumsuzluğun en önemli göstergesidir. Özellikle narsistik ve paranoid kişilik özelliklerinin olması uyumu olumsuz etkilemektedir (Aker ve ark. 2000)

Aker ve ark. (2000) psikotik bozukluğu olan 37 hastayla yaptıkları bir çalışmada, hastaların hastaneden çıktıktan sonraki ilk 10 gün içinde ilacı bıraktıkları ve uyumsuzluğun başladığını bildirmişlerdir (Aker ve ark. 2000) . Yurt dışında yapılan bir çalışmada ilaç uyumu değerlendirilen 213 şizofreni ve şizoaffektif bozukluğu olan hastalarla ilgili bir çalışmada, hastaneden çıkışı izleyen ilk 3 ay içinde yaklaşık % 50'sinin kısmi uyumsuzluk, % 20'sinin ise tam uyumsuzluk gösterdiklerini rapor etmişlerdir (Olson ve ark. 2000). Antipsikotik tedaviye uyum hastalık semptomlarının hasta psikolojisi üzerindeki etkisinden, damgalanmaya, var olan ya da oluşmasından korkulan ilaç yan etkilerinden, ilaç kullanımı zorluklarına kadar pek çok faktörle ilişkilidir (Dilbaz ve ark. 2006).

3-ŞİZOFRENİDE ŞİDDET DAVRANIŞI

Psikiyatrik hastanelere tekrarlayan yatışların sıklığı üzerinde etkisi olabilecek etkenler arasında şiddete ve suça eğilimli davranış özellikleri sayılabilir (Haywood ve ark. 1995). Şizofreni hastalarının genel popülasyona oranla daha saldırgan olduğu bilinmektedir(Arseneault ve ark. 2000). Şizofreni hastalarındaki şiddet potansiyeli halkı korkutmakta ve psikiyatrik bozuklukları olan kişilerin toplumda kabul görmesini engellemektedir.

Şizofrenideki şiddetin, kendi kendini tekrar eden bir döngünün parçası olabileceği, bu döngüde tedaviye bağlı hareket etmeme ve ailelerin ve bakım sağlayanların hastalığın tedavisinde yetersiz kalması sonuçta şiddete ve sosyal ilişkilerde bozulmaya yol açmaktadır. Şizofreni hastalarının başkaları tarafından şiddete uğratılma riski de artmıştır (Lehmann ve Cancro 2000).

Bir çalışmada psikiyatri servisine akut tedavi için yatan ve saldırganlık gösteren hastaların daha çok erkek cinsiyette olduğu, yaşlarının 45 den düşük olduğu, en sık tanılarının şizofreni olduğu bildirilmiştir (Sheridan ve ark. 1990).

Homisid riski, agresyon istemsiz yatışlarda önemli bir kriterdir ve bu davranışın devamı yatış süresini uzatmaktadır (Bartels ve ark. 1991). Psikotik

belirtiler ve şiddet içeren davranışlar, bakım sağlayanlar tarafından yönetilemediğinde, hastalar psikiyatri servislerine getirilirler ve genellikle yatarak tedavi edilirler. Akut dönemde hastalığın sonraki aşamalarına oranla daha fazla şiddet görülmektedir. Hastalar ilaçlar ve hastane ortamına cevap verirken, şiddet içeren olayların düzeyi azalır. Ancak taburculuk sonrası aileler şiddet davranış geçmişli olan şizofrenili aile ferdine karşı kötü hisler besleyebilirler.

İlaç tedavisinin kesilmesi hastalığın tekrarına, pozitif belirtilerle birlikte şiddet davranışının tekrar ortaya çıkmasına neden olur. Antipsikotik tedavi ve hastalığın detaylı anlaşılması ile şiddet azaltılabilir. Şizofrenideki şiddet, psikotik belirtiler, verilen ilaçların alınmaması ve sosyal desteğin bulunmaması gibi bir faktörle ortaya çıkmaktadır (Fresan ve ark. 2007). Komorbid madde kötüye kullanımı, tedavi uyumsuzluğu ve aktif psikotik semptomların varlığı saldırganlık olasılığını artırmaktadır (Arseneault ve ark. 2000)

Şizofrenide kişilere yönelik şiddet davranışı özellikle paranoid tipte daha siktir (Grossman ve ark. 1995) ve sanrısız düşünce nedeniyledir. Dezorganize tipteki şiddet davranışı ise düşünce bozukluğunun etkisiyle belirli kişilere yönelik olmadığından daha az tehlikelidir. Hastaneye akut tedavi için yatan şizofreni hastalarının % 9-45' inin saldırgan davranış gösterdiği bildirilmektedir. Yatarak tedavi edilirken fiziksel saldırganlık davranışı gösteren şizofreni hastalarının, saldırganlık göstermeyenlere göre daha uzun süre yattıkları, soygeçmişlerinde daha çok ruhsal hastalık bulunduğu ve PANSS genel psikopatoloji puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Böke ve ark. 2008). Bazı çalışmalarda şizofreni hastalarında normal popülasyona oranla altı kat fazla olan şiddet davranış oranı bipolar bozukluk ve depresyondan farklı bulunmamıştır (Fenton ve McGlashan 2000).

4-ŞİZOFRENİDE İÇGÖRÜ

İçgörünün ruhsal hastalığın farkına varma, hastalığın sosyal sonuçlarının ve tedavisinin etkisinin farkında olma ve semptomların farkındalığını içeren çok boyutlu bir kavram olduğu kabul edilmektedir.

Şizofreninin tüm tiplerinin ortak özelliklerinden biri zayıf içgörüdür. Hastaların çoğunda hastalığın bir döneminde içgörü bozulur (Mintz ve ark. 2003). Şizofreni hastalarında rölapsa neden olan faktörler arasında iç görü

yokluğu önemli bir tutar. Şizofreni hastalarında içgörünün düşük olması ile tedaviye uyumda zorluk ve psikopatolojide artış birlikte gözükmemektedir (Lysaker ve ark. 1994).

İçgörü düzeyi şizofreninin klinik belirtilerinin şiddetinden etkilenmektedir. İçgörü düzeyi ile sadece pozitif belirtiler arasında doğrusal bağlantı olduğunu gösteren çalışmalar (Baier ve ark. 2000) yanında hem pozitif hem negatif belirtilerin şiddeti ile doğrusal bağlantı olduğunu saptayan çalışmalar (Debowska ve ark. 1998) vardır. Rossell ve arkadaşları (2003) araştırmalarında şizofrenide içgörü azlığının pozitif belirtilerle ilişkili olduğunu, ayrıca içgörü ve yürütücü işlevler arasında olumlu bir ilişkinin olduğunu göstermişlerdir. Kimi çalışmalarda ise içgörü düzeyi ile pozitif ve negatif belirtiler arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (Schwart ve Peterson 1999).

Şizofreni hastalarının önemli bir bölümü hastalığını kabul etmeyebilir. Bu hastalar hastaneye, hekime ve tedaviye direnç gösterirler. Son yıllarda iç görünün farklı yanları (hastalığına, semptomlarına, tedavi kabulüne) bağımsız olarak değerlendirilmektedir. Hastanın iç görüşü kısmi olabilir.örn: varsanı ve hezeyanlarının hastalıktan olduğunu bilir ancak tedavi ile düzeleceğine inanmaz (Kirkpatrick ve Tek 2007)

İçgörü zaman içinde değişebilir. Hastayı eğitmek içgörü düzeyini artırabilir. Hastaya içgörü kazandırmak için aile ile birlikte çalışılması gerekmektedir (Öztürk 2004).

5-ŞİZOFRENİ VE MADDE

Devlet hastanelerine tekrarlayan yatışlarda en önemli iki faktör alkol/madde sorunları ve ilaç tedavisine uyumsuzluktur (Haywood ve ark. 1995). Kronik olarak alkol ve yasadışı ilaç kullanımının, şizofreni bulunan hastalarda olumsuz sonuçlara sebep olduğu bildirilmektedir. Bu maddelerin kronik kullanımı, geçici psikotik belirtilere sebep olabilir, mevcut psikotik hastalığın tekrarlamasını hızlandırmaktadırlar ve klinik stabiliteyi temin etmek için daha yüksek dozlarda nöroleptik ilaçları gerektirmektedir (Linszen ve ark. 1994, Le Duc ve Mittleman 1995, Hall 1998) .

Alkol ve madde kullanım eş tanıları tedaviye uyumu en fazla bozan iki tanı olan belirlenmiştir (Perkins 2002, Olfson ve ark. 2000)

Madde kullanımı hastalığın olumsuz prognoz faktörleri arasında olup, sık relaps ve hastaneye yatışla ilgilidir (Uzun 2005 b). Hastane yatış süresinin uzunluğu ve intihar girişim riski esrar kullanımı ile ilişkilidir (Dervaux ve ark. 2003). Uyarıcı madde kullanımının şizofrenik bireylerde popülasyona oranla dört kat fazla olması seçicilik kadar bu maddeler ulaşılabilirliğin de etkisiyledir (Mueser ve ark. 1992). Şizofreni hastalarında yaşla birlikte madde kullanımı azalmaktadır (Mueser ve ark. 1990). Şizofrenide madde kullanım bozukluğu suç işleme ve şiddet davranışı ile yakından ilişkilidir ayrıca relapsın güçlü bir belirleyicisidir. Alkol ve/veya madde kötüye kullanımı olan şizofreni hastaları olmayanlara göre daha fazla ve erken psikotik relaps gösterirler (Linszen ve ark. 1994). Madde kullanımı hastaların yatan sıklığını diğer bir deyişle dönerkapı hastası olma eğilimini arttırmaktadır. Madde kullanan ya da yeni olarak maddeye başlayan hastaları bir yıl içinde daha fazla yatışı olduğu gösterilmiştir (Cuffel ve ark. 1994).

ŞİZOFRENİDE HASTANEYE YATIŞ VE HASTALIK MALİYETİ

Şizofreni pahalı bir hastalıktır. Çünkü:

- Tipik olarak yaşamın erken evresinde hasta üretkenliğinin doruk noktasında başlar.
- Pek çok olguda hastanın yaşam tarzı ve iş görme yeteneğini kısıtlayan kronik bir seyir izler.
- Tedavi kısmen etkili olup pahalıdır.
- Şizofreninin aile üyeleri ve hasta bakımını üstlenenler üzerine mali yükü vardır
- Hem şizofrenik hastalar hem de aileleri hastalıkla ilişkin sosyal damgalanma nedeniyle dezavantajlar yaşarlar (Frangou ve Murray 2008)

Son 50 yılda şizofrenin maliyetine yönelik çok sayıda çalışma yapılmıştır. Şizofreni hasta, ailesi ve toplum üzerinde büyük maddi kayıplara yol açmaktadır. Ekonomistler tedavi giderlerini doğrudan ve dolaylı giderler olarak ikiye ayırmaktadır. Doğrudan maliyet, ruh sağlığı organizasyonları (yani toplum ruh sağlığı merkezleri, tedavi merkezleri), akut yatış hastaneleri, doktor ve diğer personel, huzurevleri, ilaçlar ve destek hizmetleri maliyetini içerir. Dolaylı

maliyet ise yaygın ve kronik bir hastalıktaki morbidite ve mortaliteyi kapsar. Dolaylı maliyet verimlilik kaybı ve hastanın desteklenmesi için gereken devlet desteği hesaplarıdır. Bir de mali açıdan ölçümlenemeyen manevi bedel söz konusudur, hastalar ve bakıcılarının acı ve çektikleri eziyetler yaşam kalitesinde azalmaya neden olur.

Şizofreni tedavisinin Türkiye için toplam maliyeti 616 milyon USD olarak hesaplanmıştır. Şizofreninin yıllık tedavi maliyeti ülkemizde gelişmiş ülkelere göre biraz daha düşük görünmektedir. Maliyetin önemli bir kısmını ilaç masraflarının oluşturması, ruhsal tedavi, rehabilitasyon, ev ziyaretleri gibi tedavi gereken diğer hizmetlerin yetersizliği sonucu olarak yorumlanır (Yıldız ve ark. 2006).

Farmakolojik alanda yeni ve etkili tedavi modellerinin geliştirilmesi, nöroleptik uyumunun artırılması hem hastalığın tekrarını, hem de ekonomik kayıpları azaltacaktır (Weiden ve Olfson 1995).

ŞİZOFRENİDE TEDAVİ

Farmakolojik Tedaviler

Çeşitli antipsikotik ilaçların 1960'lı yıllarda geliştirilmesiyle şizofreni tedavisinde büyük bir ilerleme sağlanmıştır. 1950'li yıllarda klorpromazinin geliştirilmesinden beri sürekli olarak yeni antipsikotik ilaçlar geliştirilmektedir. Bu ilaçların ilk kuşağının olası etki mekanizması olarak dopamin blokajı öngörülmüştü ve hipodopaminerjik yan etkiler (ekstrapiramidal semptomlar) önlenemez olarak benimsenmişti. İlaç endüstrisinin daha saf dopamin blokajı geliştirme konusundaki çabası yüksek oranda nörolojik yan etkiler sahip etkili, çok güçlü antipsikotik ilaçların bulunmasına yol açmıştır (Lauriello ve ark. 2003).

Klozapin'in tedaviye dirençli şizofreni hastalarındaki üstünlüğünün saptanmasıyla şizofrenide yapılan ilaç tedavisinde belirgin bir model değişimi gerçekleşmiştir. Klozapin'in güçlü dopaminerjik blokaj yapmadan daha fazla etkili olması, antipsikotik etkinin "nöroleptik" ya da iyatrojenik Parkinson benzeri etkiden ayrılabilceği gösterilmiştir (Kane ve ark. 1988). Pozitif ve negatif semptomlarda daha fazla etki, düşük EPS ve tardif diskinezi insidansı, prolaktin düzeylerinin değişmemesi ve düşük düzeyde metabolik yan etkiler ideal bir atipik antipsikotik ilacı tanımlayan özelliklerdir. Atipik antipsikotiklerin tedaviye girmesiyle hastalık belirtilerindeki şiddet ve ilaç yan etkileri azalmıştır (Lauriello ve ark. 2003).

Dikkat edilmesi gereken bir diğer nokta da klasik antipsikotiklerle birlikte kullanılan antikolinerjik ilaçların, zaten madde kullanımı normal popülasyona göre artmış şizofreni hastalarında kötüye kullanımının sık olmasıdır. Bu nedenle madde kötüye kullanımı olan şizofreni hastalarında antikolinerjik ilaç gerektirmeyen yeni kuşak atipik antipsikotikler tercih nedeni olmalıdır (Ceylan ve Çetin 2005)

Antipsikotik ajanlar dışında son dönemlerde şizofrenide sözü edilen hypoöstrojenizm varlığına yönelik olarak östrojenin koruyucu etkinliğinden ve şizofreni tedavisinde kullanılmasından söz edilmektedir (Güvenç ve ark. 2004)

Elektro-Konvülsif Terapi

Antipsikotik ilaçların gelişmesiyle günümüzde daha nadir kullanılmaktadır. Bugün ilaç tedavisine yanıt vermeyen ya da ilacı yan etkilerinden ötürü bırakan şizofreni hastalarında kullanılmaktadır. Bunun yanında afektif belirtileri ön planda olan ya da katatonik bir tablo gösteren şizofreni hastalarında da EKT kullanılmaktadır (Semiz 2005)

Psikososyal Tedaviler

Şizofreni tedavisinde tedavinin niteliğini ve yaşam kalitesini yükseltmek için farmakolojik tedavi dışında hastaların becerilerinin artırılması, yeni beceriler kazandırılması, hastalıkla ve yaşamsal zorluklarla başa çıkabilmeyi öğretmek gerekmektedir. Etkili bir sosyal eğitim temel sosyal beceri eğitimi, kişiler arası iletişim sağlama eğitimi, yaşam beceri eğitimi, olası nüksleri gösteren uyarıcı belirtileri ya da tedaviye rağmen devam eden rezidüel belirtileri tanıma eğitimi ve ilaç tedavisi uyumu eğitimidir (Işık ve Işık 2008)

Temel olarak şizofreni hastalarının (1) Bilişsel becerileri geliştirmek, (2) İletişim becerilerini geliştirmek, (3) Sorun çözme becerilerini geliştirmek, (4) Psikoz ve şizofreniyi anlamak, (5) Antipsikotik ilaç tedavisini ve yan etkilerini öğrenmek, (6) Tedaviyi değerlendirmek, (7) İnatçı belirtilerle baş etmeyi öğrenmek, (8) Uyarı işaretleri tanımak ve izlemek, (9) Alkol ve uyuşturucudan sakınmak, (10) Faydasız tedavi arayışlarından uzak durmak, (11) Stresle başa çıkmak, (12) Özgüveni artırmak, (13) Zamanı değerlendirmek ve günlük faaliyetler, (14) Arkadaşlık ilişkilerini geliştirmek, (15) Toplumsal faaliyetlere katılmak gibi alanlarda eğitilmesi önemsenmelidir (Alptekin ve Atbaşoğlu 2005)

Aile Tedavisi

Ülkemizde şizofreni hastalarının çoğunluğu aileleriyle yaşamaktadır. Aileler bu hastalığı anlamaya, hastalarına karşı nasıl davranmaları gerektiğini bilmeye, zor anlarda bilmeleri gereken pratik bilgileri öğrenmeye gereksinim duyarlar. Sadece hastanın değil ailenin de iyilik halinde olması sağlanmalıdır. Aile tedavisinde amaç ailenin etkili iletişim, sorun çözme, stresle baş etme becerileriyle donanmasıdır.

Psikososyal Beceri Eğitimi

Sosyal beceri eğitimi, model alma, rol oynama ve sosyal pekiştirmenin kullanıldığı yapılandırılmış bir eğitim işlemidir. Bu işlemi oluşturan parçalar temel sosyal beceri eğitimi, iletişim becerileri eğitimi, yaşam becerileri eğitimi, kendi kendine öğrenme eğitimi, olası nüksleri/yinelemeleri gösteren uyarıcı belirtileri ya da tedaviye rağmen süregiden artık (rezidüel) belirtileri tanıma eğitimi ve ilaç tedavisi uyumu eğitimidir (Işık ve Işık 2008).

Bilişsel Davranışçı Tedaviler

Standart tedaviye eklenen BDT, sadece standart tedavi uygulamasıyla karşılaştırıldığında nüks ve tekrar hastaneye yatış oranlarını düşürmemektedir. Hastanedeki tedavi sırasında taburculuğu kolaylaştıran BDT ye bağlı iyilik hali 13 ve 26. aylar arasında belirgindir (Aker 2000) Toplumsal beceri eğitimi, yaşam becerileri eğitimi, kişilerarası beceri eğitimi, kendine yönelik eğitim, sorun çözme eğitimi, kendini izlem, psikolojik eğitim, inanç/düşünce düzenlenmesi, başa çıkma yöntemlerini artırmak, başa çıkma stratejilerini artırma yöntemi, odaklanma, tekrar anlamlandırma-biçimlendirme-normalleştirme, kendi ve diğerleriyle ilgili işlevsel olmayan inançlara yönelme konularında bilişsel davranışçı terapi uygulanmaktadır (Alptekin ve Atbaşoğlu 2005)

TÜRKİYE'DE RUH SAĞLIĞI POLİTİKASI

Gelişmiş ülkeler ruh sağlığını geliştirmek için büyük değişim programları içeren özel politikalar geliştirmektedir. Tüm bu ülkelerde yaşanan değişim hastane temelli ruh sağlığı hizmetlerinden toplum temelli ruh sağlığı hizmet modeline geçiş şeklindedir.

Toplum temelli ruh sağlığı sistemi üç unsur üzerine kuruludur: (1) Coğrafi temelli hizmet, (2) Ruh sağlığı ekibi ile verilen temel hizmet, (3) Tanımlanmış bölgeye hizmet için kurulmuş 20 yataklı psikiyatri servisi, Gündüz Hastanesi ve Rehabilitasyon Merkezi ve bakım kurumları. Psikiyatr, psikolog, psikiyatri hemşiresi ve sosyal çalışmacıdan oluşan ruh sağlığı ekibinin hareketli olması ve 100.000 nüfusluk bir alana hizmet vermesi planlanır. Amaç kronik ağır ruhsal hastalığı olanların yaşadıkları ortamda toplumdan dışlanmadan, diğer bireylerle yaşayarak takip ve tedavi edilmeleridir (Yanık 2007).

Türkiye ruh sağlığı sisteminin pek çok sorunu ve Türkiye’de ruh sağlığı sisteminde temel değişimlere ihtiyaç vardır Halen hastane temelli ruh sağlığı hizmetleri uygulanmaktadır. Avrupa ülkelerine oranla en düşük psikiyatri yatağı oranı ve çocuk psikiyatr sayısına sahiptir. Bakım gerektiren kronik psikoz hastaları için bazı özelleşmiş ruh sağlığı hastaneleri dışında bir bakım sistemi bulunmamaktadır. Suça karışmış psikiyatri hastaları için Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastaneleri yerine ancak bazı ruh sağlığı hastanelerinde adli psikiyatri birimi mevcuttur. Gelişmiş ülkelerde özel sektörün ruh sağlığına katkısı % 40 düzeyinde iken ülkemizde bu oran ancak % 2’dir. Hastaların haklarını korumak amaçlı, özellikle istemsiz yatışları düzenleyecek özel bir Ruh Sağlığı Yasası yoktur (Yanık 2007).

Temel sorunların çözümü için (1) Psikiyatri yatak sayısının artırılması, (2) Ülkemizde Ruh sağlığı profesyonellerinin artırılması, (3) Kronik psikotik hastalar için aile ve kurumda bakımın sağlanması, (4) Adli psikiyatri hastanelerinin kurulması, (5) Ruh sağlığı hizmetlerinin ücretlendirilmesinin düzeltilmesi ve özel sektörün psikiyatri yataklı servis hizmeti vermesinin teşvik edilmesi, (6) Ruh sağlığı yasasının çıkarılması gerekmektedir (Yanık 2007).

Öte yandan dökümantasyon eksikliği ve polifarmasi de önemli bir sorun oluşturmaktadır. Ensari ve arkadaşları 2004 yılında Türkiye’deki ruh sağlığı hastanelerindeki psikofarmakoloji tedavilerini kalite yönünden değerlendirdikleri bir çalışmada normalde 60.000 olması gereken yatak sayısının ülkemizde 6000 civarında olmasına, bu sebeple hastaların hastanelerden yer problemi nedeniyle erken çıkarılmalarına, bunu da tekrar yatışlara, polifarmasiye ve eksik dökümantasyona neden olduğunu savunmuşlardır (Ensari ve ark. 2004).

RUH SAĞLIĞI HİZMETLERİNDE REFORM

Hastaneye yatışları azaltmak, ruh sağlığı alanında reform yapmak için (1) Hastaneye ve kurumlara yatırmaktan çok, toplumsal sağlık hizmetlerine önem verilmesi; (2) Ruhsal hastalığı olanların izolasyonunun kaldırılması ve psikiyatrinin genel sağlık sisteminin bir parçası olarak kabul edilmesi; (3) “Ruh Sağlığı Hizmetleri Havuzu”nun oluşturulması; (4) Ülke çapında bölgelere ayrılması ve bir yetkilinin bütün ruh sağlığı hizmetlerini denetlemesi için görevlendirilmesi; (5) Yapılan toplantılara hasta temsilcilerinin alınması ve alınan kararlara katılımların sağlanması (Haver ve ark. 2003).

Aktif hastalığı olmayan hastalar toplum içerisinde tedavi edilmeli, aktif hastalığı olup hastanede yatanlar akut ve kronik aktif hastalığı olanlar şeklinde ikiye ayrılmalıdır. 12 aydan uzun süren aktif hastalık, kronik olarak nitelenmeli ve kronik aktif hastalar 12 aydan uzun tedaviye karşın durumunda değişiklik olmayan ve ruhsal hastalığı aktif kalan hastalar olarak tanımlanmalıdır (Haver ve ark. 2003).

Ruh sağlığı hizmetlerinde pek çok ülke geniş reformlar başlatmıştır ve bu reformların amacı ruhsal hastalığı olanları psikiyatri hastanelerinden, topluma transfer etmektir. İtalya ve Avusturya’da ruh sağlığı alanında yapılan reformlar sonucu psikiyatri yataklarının sayısında belirgin bir azalma olduğu, toplumsal hizmetlerin kalitesinin arttığı ve yaygınlaştığı ve ruh sağlığı hizmetleri için yapılan harcamalarda azalma olduğu ortaya konmuştur. Bu reformların hastaların klinik parametrelerinde nasıl bir etki yaratacağı da yapılacak çalışmalarla ortaya çıkacaktır (Haver ve ark. 2003).

Toplumsal tedavi modellerinin hastaneye yatma sayısını azaltma ve yatış süresini kısaltma bakımından, hastane tedavi modellerinden daha etkili olduğu yapılan çalışmalarla gözlenmiştir. Ancak bu tedavi modelinin de evsizlerin sayısında artma, psikiyatrik hastaların ölüm oranlarının artması ve “döner kapı sendromu” tabir edilen, kronik hastaların tekrar hastaneye yatma oranlarında artma gibi dezavantajları mevcuttur (Haver ve ark. 2003).

DÖNER KAPI FENOMENİ

Kronik ruhsal rahatsızlığı olan bir grup hasta, sık sık psikiyatri birimlerine yatış ve çıkış yaparlar. Hastaneye yatış ve çıkış sıklıklarının fazla olması nedeniyle bu hastalar zaman zaman “döner kapı “ hastaları olarak adlandırılır. Bir çok çalışmada, döner kapı hastaları tanımlanmaya çalışılmasına karşın, bu fenomenin açıklanması konusunda bir fikir birliği yoktur. Bazı araştırmacılar, tekrarlayan psikiyatrik hastane yatışlarının, 1960 larda hastaneden çıkarma politikalarından kaynaklanan toplumsal problemlerin veya rehabilitasyon hizmetlerinin, takiplerin ve ayaktan tedavilerinin devamlılığının yetersizliğinin sonucu olduğu kanısındadır (Lewis ve ark. 1989). Birkaç araştırma uyuşturucu madde kullanımının (Goodpastor ve Hare 1991, Kastrup 1987) ve suça yönelik davranışın sık sık hastaneye yatma ile bağlantılı olabileceğini ifade etmiştir (Caspern ve Donaldson 1990). On yıl boyunca ülke çapında bir grubu takip eden Kastrup tarafından yapılan araştırmada, döner kapı hastalarının genç (15-24 yaş arası), şizofreni tanısı almış, bekar veya boşanmış oldukları ifade edilmiştir (Kastrup 1987). Aynı çalışmaya göre bu hastalar genelde merkezi bölgelerde evlerinden ayrılmış yalnız yaşamakta olup poliklinik kontrollerine de düzenli gelmemektedir (Kastrup ve ark. 1987).

Psikiyatrik tedaviler son yüzyılda, özellikle de II. Dünya savaşı’ndan sonra, çarpıcı biçimde ilerlemiştir. Bu atılım biraz modern antipsikotik ilaçların bulunması ve daha yakın zamanda da kurumsaldan toplumsal bazlı tedaviye geçiş ile mümkün olmuştur. Bunlar psikiyatrik hastalıkların klinik seyrinde değişikliklere neden olmuştur.

Döner kapı fenomeni ilk defa 1960’ larda psikiyatrik hastaların sağlık kurumlarına tekrar yatırılma süreci ile ilişkili olarak tanımlanmıştır. Sık hastaneye yatışta birkaç faktörün etken olduğu düşünülmektedir. İlki altta yatan psikiyatrik hastalığın ağırlığı ve doğal seyri ile ilişkilidir; bu da döner kapı hastalarının kronik ve daha ciddi psikiyatrik hastalığı olup da bugüne kadar uzun dönem hastaları olarak hastanede tutulmuş olan hastalar olduğuna işaret eder (Casper ve ark. 1991). İkinci açıklama ise sosyal ve ekonomik konum, kültürel köken, çevresel ve ailevi desteğin olmaması, sağlık sistemindeki

eksiklikler gibi, tekrar yatış oranlarını arttırdığına inanılan sosyal faktörlerle ilişkilidir (Surber ve ark. 1987).

Şizofreni, duygudurum bozukluğu ve non-organik psikozlar artık uzun süre hastanede yatış anlamına gelmemekte, daha ziyade uygun hastane sonrası bakımın eşlik ettiği, kısa süreli yatışlarla ele alınmaktadır. Eski barınak modeli değiştirilmiştir ve hizmet sağlayıcılarına yeni sorunlar oluşturmaktadır. Bunlardan biri de “döner kapı” modeli gösteren hastalardır. Müdavim ya da döner kapı hastası, tekrarlayan kereler hastaneye yatan hastadır. Bu fenomeni tanımlamak için, yatış sayısı ve yatışlar arasındaki süreye göre değişen farklı tanımlar kullanılmıştır. Birçok yazar, 5-10 yıllık bir izlem süresi içerisinde 3-4 kere hastaneye yatan hastaları müdavim kabul ederken, bazıları bu tanıma uymak için yatış sayısının daha fazla olması gerektiğini savunur (Lewis ve ark. 1990).

Müdavim hastalar tipik olarak şizofreni (Pedersen ve Aakrog 2001) ve duygudurum bozukluğu olan genç erkeklerdir. Hastalığın ağırlığı ve sosyal koşullar, tekrar yatışların sayısında artışa neden olur. Kendine zarar verme öyküsü, hastalık başlangıç süresinin kısa olması, erkek cinsiyet sık yatışlarla ilişkilidir (Mahendran ve ark. 2005). Tekrarlar ile ilişkili bulunan diğer faktörler: saldırgan davranışlar, suç işlemek, alkolün kötüye kullanımı, madde bağımlılığı, tedaviye uyumsuzluk ve sosyal destekten yoksun olmaktır (Haywood ve ark. 1995, Weiden 1997, Bergen ve ark. 1998, Hunt ve ark. 2002).

Gastal (1995), 62 yıl boyunca (1931-1993), 16.226 hastanın yatış paternlerini izlemiştir. Hastaların sadece üçte biri tekrar hastaneye yatairken, tüm yatışların yarısının tekrar yatış olduğunu kaydetmiştir.

Döner kapı fenomeni, altta yatan psikotik hastalık (hastalığın ağırlığı, ilaç tedavisine uyumsuzluk), ek faktörler (maddenin kötüye kullanımı) ve hizmetlerin yeterliliği ile (etkili toplumsal destek grupları) ilişkili geniş bir yelpazedeki özelliklerin birbirleriyle etkileşimi sonucu ortaya çıkar. Buna ek olarak, optimal ilaç tedavisi ve psikoeğitim tedavilerine karşın, birçok şizofreni hastasında hastalık yine nüks eder.

Şizofreni hastalarında sık yatışı etkileyen faktörler arasında aile içi duygusal ortam yani aile üyelerinin duygu dışı vurumu (expressed emotion) önemlidir. Yüksek duygu dışı vurumu gösteren ailelerde- uyarılmış tarzda ve çok konuşan, karşılarındakinin sözünü kesip sıcak tartışmalara giren, hastayla

göz kontağına nadir giren, hastayı dikkatini vermeden dinleyen, hastanın hasta olduğuna inanmayan, yaptığıının kendi kontrolünde ve tembellik olarak algılayan, sürekli eleştiren, gerçek dışı beklentileri olan, acil durumlarda katı-esnek olmayan, etkili sorun çözme yeteneği olmayan- hastalığın tekrarlama hızının yüksek olduğu, yüksek duygu dışavurumunu azaltmaya yönelik girişimlerin hastalığın tekrar hızını da azalttığı gösterilmiştir (Soygur 1993)

Sonuç olarak hastaneye sık yatışa neden olan faktörleri hastaya ait faktörler, hastalığa ait faktörler, hastane ve toplumdaki tedavi faktörleri olarak gruplara ayırabiliriz. Tekrar yatış paternlerine etki eden tüm faktörleri kesin olarak belirlemek zor olabilmekle beraber, klinisyenlerin ve hizmet planlıyıcıların, birden fazla kere yatırılan hastaları daha derinlemesine değerlendirmeleri gerekmektedir. Daha iyi bir tedavi gelecekte tekrar hastaneye yatma kriterlerini azaltabilir mi? Bu hastaların yatırılma gereksinimlerini azaltmak, sosyal izolasyonu önlemek için neler yapılabilir?

Hipotez: Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde DSM-IV-TR Tanı kriterlerine göre şizofreni tanısı alan, sık yatış (18 ayda 3 yatış ve üzeri) ve tek yatışı olan hastaların sosyodemografik faktörler, hasta ve hastalığa ait faktörler, tedavi yöntemleri ve tedavi uyumu açısından farklı oldukları varsayılmıştır.

Amaç: Bu çalışmanın amacı 18 aylık bir süre içinde 3 ve üzerinde hastane yatışı bulunan şizofreni hastalarında cinsiyet, yaş, medeni durum, yaşam koşulları, tanı, alkol ve madde bağımlılığı gibi sosyodemografik , psikopatolojinin şiddeti, yatış süreleri, klasik ve atipik antipsikotiklerle tedavi, iç görü, ilaç tedavisine uyumsuzluk ve saldırganlık gibi değişkenlerin hastaneye yatış sıklığı üzerindeki etkisini saptamaktır.

YÖNTEM VE GEREÇLER

Örneklem:

Bu çalışmanın örneklemini Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi genel psikiyatri kliniklerinde 1 Ağustos 2007 ile 31 Ağustos 2008 tarihleri arasında yatarak tedavi görmekte olan, çalışmaya kabul ölçütlerini dolduran DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre şizofreni tanısı alan, geçmişte son 18 ay içinde 3 ve üzerinde yatarak tedavi öyküsü bulunan, (ulaşılabilen ardışık) 105 hastadan (78 erkek ve 27 kadın) oluşmuştur. (Bu süre içinde hastanemiz kronik servislerinde yatmaktayken akut alevlenme nedeniyle yatırılan, adli nedenlerle yatış kararı verilen hastalar, ailesi tarafından kefaletle alınan, eski yatış dosyalarına ulaşılamayan, hastaneden izinsiz ayrılan, bilgilendirilmiş onamı reddeden hastalar çalışmaya alınmadı.) Kontrol grubu olarak aynı sürede, çalışmaya kabul ölçütlerini dolduran (indeks epizod dışında) son 18 aylık zaman diliminde yatış öyküsü bulunmayan 50 yatan hastadan (35 erkek ve 15 kadın) oluşturulmuştur. Çalışmaya alınan hasta ve yakınlarından yazılı onamları alındı.

İşlem:

Araştırmaya alınan hasta ve kontrollerin tanıları SCID-I ölçeği kullanılarak kesinleştirildi. Hastalara ve kontrollere sosyodemografik özellikleri ve klinik özellikleri değerlendiren yarı yapılandırılmış Soru Formu, psikotik semptomların ve hastalığın şiddetini değerlendirmek için PANSS (Pozitive and Negative Sendrome Scale) ve Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (BPRS), Psikotik Bozukluğu Olan Hastalarda İlaç Tedavisine Uyumsuzluğu Değerlendirme Ölçeği, İç Görü Değerlendirme Ölçeği, Geçmişe Dönük Saldırganlık Ölçeği uygulanmıştır. Hastalara ait eski yatış dosyaları incelendi.

Çalışmaya Alınma Ölçütleri:

1-18-65 yaş arasında olmak

2-DSM-IV-TR tanısına göre şizofreni tanısı konulmak

Dışlama Ölçütleri:

- 1-Mental retardasyon bulunmak
- 2-Kronik servislerde yatmaktayken akut alevlenme nedeniyle akut serviste yatmak
- 3-Adli nedenlerle yatış kararı verilmek

Araştırmada Kullanılan Ölçekler:

1-Sosyodemografik özellikleri ve klinik özellikleri içeren yarı yapılandırılmış Soru Formu: (EK-1)

2- DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I): DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme (SCID-I), major DSM-IV Eksen I tanılarının konması için geliştirilmiş, yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeğidir (First ve ark. 1997). Yapılandırılmış görüşme, tanısal değerlendirmenin standart bir biçimde uygulanmasını sağlayarak tanının güvenilirliğinin ve DSM-IV tanı ölçütlerinin taranmasını kolaylaştırarak tanılarının geçerliliğinin artırılması, semptomların sistematik olarak araştırılması için geliştirilmiştir. SCID-I'nin Türkiye için uyarlama ve güvenirlik çalışmaları Çorapçıoğlu ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır

3- Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (The Positive and Negative Syndrome Scale-PANSS): (EK-2) PANSS, Kay ve arkadaşları (1987) tarafından geliştirilmiştir. 30 maddelik ve yedi puanlı şiddet değerlendirmesi içeren yarı yapılandırılmış bir görüşme ölçeğidir. PANSS tarafından değerlendirilen 30 psikiyatrik parametreden yedisi pozitif sendrom altölçeğine, yedisi negatif sendrom altölçeğine ve geri kalan onaltısı genel psikopatoloji altölçeğine aittir. Ölçeğin Türkçe güvenirlik ve geçerlik çalışması Kostakoğlu (Anıl) ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır.

4- Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (BPRS): (EK-3) Overall ve Gorham tarafından (1962) geliştirilmiştir. Türkçe'ye çevirisi yapılmış ve Gülgün Yanbastı tarafından kullanılmıştır. Epidemiyolojik çalışmalarda güvenirlik ve geçerlilik açısından kültürler arası kullanılabilirlik düzeyi çok düşük olduğu için ölçek çalışması yapılmamıştır. Görüşmecisi tarafından yarı yapılandırılmış amaca yönelik bir görüşme ile doldurulur. Bazıları “şimdi ve burada” gözlemlerine bakılarak, diğer maddeler ise son 72 saat göz önüne alınarak doldurulur.

Orijinal versiyonunda 16 madde vardır ancak daha sonra 18 maddeye çıkarılmıştır. 18 maddelik formun kullanılması önerilmektedir. Her madde 0-6 arasında puanlama ile değerlendirilir. Maddelerden elde edilen puanların toplanmasıyla toplam puan elde edilir. 15-30 minör sendromu, 30 ya da üzeri ise majör sendromu ifade eder.

5- Psikotik Bozukluğu Olan Hastalarda İlaç Tedavisine Uyumsuzluğu Değerlendirme Ölçeği : (EK-4) Ülkemizde Aker ve arkadaşları tarafından 2000 yılında geliştirmişler ve konuyla ilgili yaptıkları araştırmalarda kullanmışlardır. Ölçek, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi II. Psikiyatri polikliniğinde ilaç tedavisine uyum sorunu olan veya uyumsuzluğu bulunan hastalarla yapılan görüşmelerde elde edilen verilerin Türkiye ve dünya literatüründeki bilgilerle karşılaştırılması sonucunda hazırlanmıştır. Hazırlama sürecinde konuyla ilgili uzmanların görüşleri alınmış ve araştırmaya dahil edilmeyen psikotik bozukluğu olan 15 hastayla ilk görüşmeler yapılmış, uyumsuzluğun nedenlerini saptamak için kullanılabilir bir görünüm geçerliği olduğu düşünülmüştür.

6- İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği (Schedule for Assessing the Three Components of Insight): (EK-5) David (1990), içgörünün var ya da yok şeklinde değerlendirilemeyeceğini bildirerek, tedaviye uyum, hastalığın farkında olma, psikotik yaşantıları doğru olarak tanımadan oluşan üç bileşenden yola çıkarak, klinisyen tarafından uygulanan ve içgörüyü niceliksel olarak değerlendiren İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği'ni (İÜBDÖ) geliştirmiştir. 8 sorudan oluşan, klinisyen tarafından uygulanan yarı yapılandırılmış bir ölçektir. İlk 7 sorunun en yüksek toplam puanı 14 tür. Sekizinci soru hipotetik olarak sunulmuştur, bu sorunun sorulması görüşmeciye bırakılmıştır. Bu soru ile birlikte en yüksek toplam puan 18 dir. Hastanın yüksek puan alması yüksek içgörü düzeyini gösterir. Bu ölçeğin Türkçe' de güvenilirlik ve geçerlilik çalışması ise Arslan ve arkadaşları (2001) tarafından yapılmıştır.

7- Geçmişe Dönük Açık Saldırganlık Ölçeği (Retrospektif Overt Aggression Scale): (EK-6) Yudofsky ve arkadaşları (1986) tarafından hazırlanan bu ölçek, hafif düzeydeki saldırganlıkları da değerlendirmek, saldırgan davranışların tipini tanımlamak ve sayısal olarak ortaya koymak amacıyla düzenlenmiştir. Hastanın uzamsal olarak saldırgan davranışlarının şiddetini belirlemek için ya da bu çalışmada olduğu gibi hasta gruplarını saldırganlık gösteren ve göstermeyen

olmak üzere karşılaştırmak amacıyla da kullanılmıştır. Ölçek görüşmeci tarafından değerlendirilmektedir. Değerlendirmede hastayla doğrudan görüşme, hasta yakınlarından edinilen bilgi ve servis gözlemi kullanılmıştır. Bu ölçekte saldırganlık 4 ana kategoriye ayrılmıştır. Sözel saldırganlık, nesnelere yönelik fiziksel saldırganlık, kendine yönelik fiziksel saldırganlık ve başkalarına yönelik fiziksel saldırganlık. Her bir saldırganlık kategorisi hafiften ağıra doğru 4 ayrı gruptan oluşmakta ve 1'den 4'e kadar puanlandıktan sonra, 4 kategorinin toplam puanı belirlenmektedir. Sorgu ve arkadaşları tarafından modifiye edilmiştir. Şahin tarafından geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır.

İstatistiksel Değerlendirme:

Çalışmaya alınan hasta sayısının belirlenmesi için yapılan güç analizinde sık yatışa neden olabilecek etkenler literatür ışığında kuramsal olarak kestirilerek yaklaşık 20 etmen saptandı. Sık yatış ve tek yatış olan iki gruptan sık yatışa neden olan etmenlerin saptanmasında lojistik regresyon istatistiksel yöntemi uygulanması planlandı. Bu yöntemde modele sokulacak her bir değişken etmen için 1'e 8 oranı öngörüldü. Buna göre çalışmaya 155 denek alınması planlandı. Bu çalışmada istatistiksel analizler NCSS 2007 paket programı ile yapılmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma, vs.) yanı sıra ikili grupların karşılaştırmasında bağımsız t testi , nitel verilerin karşılaştırmalarında ki-kare testi kullanılmıştır. 3 yatış ve tek yatış gruplarını etkileyen faktörleri belirlemede sosyodemografik değişkenler ve ölçekler ayrı ayrı logistik regresyon analizine alınmış ve etkili faktörler belirlenmiştir. Sonuçlar, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde, %95 lik güven aralığında değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Çalışmamızdaki sosyodemografik faktörlere ait elde edilen veriler aşağıda özetlenmiştir:(TABLO 1-anlamli istatistiksel değerler elde edilen faktörler)

(TABLO 2-anlamli istatistiksel değerler elde edilemeyen faktörler)

Cinsiyet , yaşı grubu ve medeni durum dağılımları karşılaştırıldığında sık yatış ve tek yatış gruplarının arasında istatistiksel olarak anlamli farklılık gözlenmemiştir ($p=0,342$) ($p=0,575$) ($p=0,329$).

Sık yatış ve tek yatış gruplarının eğitim dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamli farklılık gözlenmiştir ($p=0,0001$). Sık yatış grubunda hiç okula gitmemiş 4(%3,8) ve ilkokul mezunu 60 (%57,1) yüksek, tek yatış grubunda lise mezunu 14 (%28) ve 9 (%18) yüksek bulunmuştur.

Grupların meslek dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamli farklılık gözlenmiştir ($p=0,0001$). Sık yatış grubunda işsiz 47(%44,8) yüksek, tek yatış grubunda ücretli 15 (%30) yüksek bulunmuştur.

Son 18 ayda madde ve alkol kullanımı dağılımlarına baktığımızda her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamli farklılık gözlenmemiştir ($p=0,209$) ($p=0,779$).

Yaşam şekli ve yaşadığı yer gibi sosyodemografik faktörlerin dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamli farklılık gözlenmemiştir ($p=0,366$) ($p=0,962$).

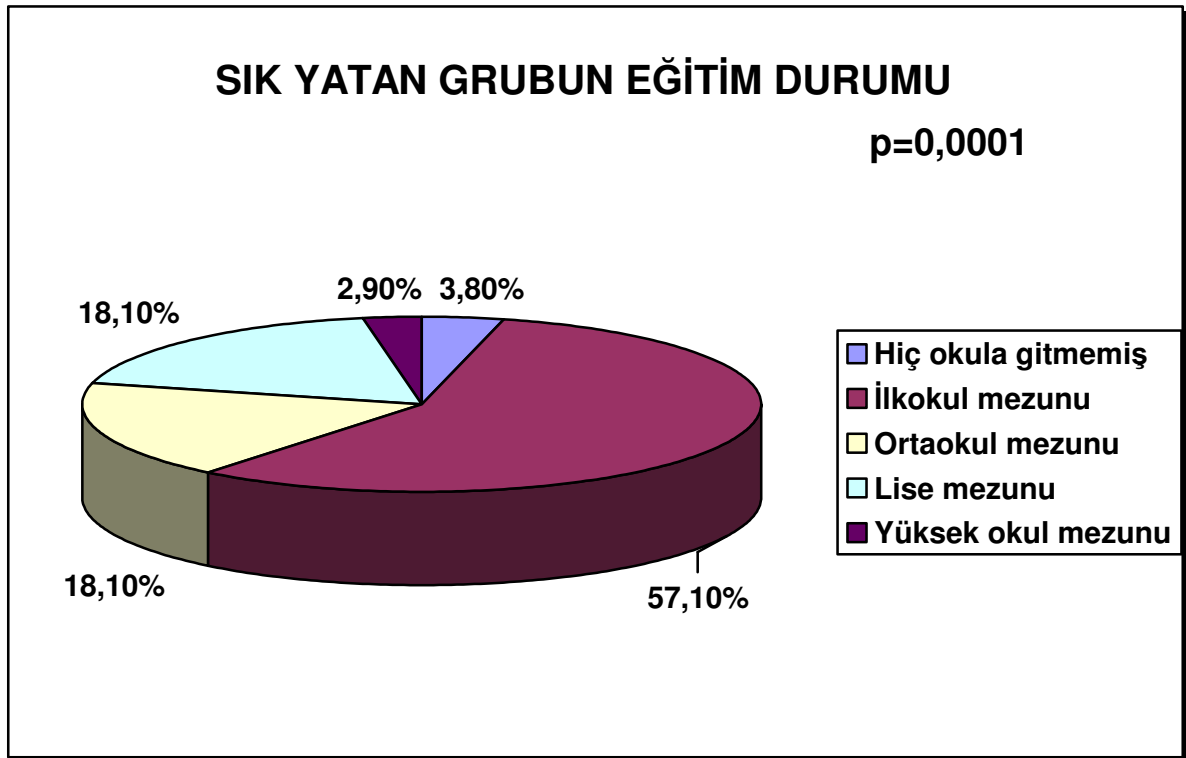
Sık yatan ve tek yatışı olan gruplarının Son 18 ayda çalışma durumu dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamli farklılık gözlenmiştir ($p=0,004$). Sık yatan grubunda çalışmayanlar 95(%90,5) yüksek, tek yatış grubunda düzenli çalışıyor 6 (%12) yüksek bulunmuştur.

Temel gereksinimlerini karşılamada yetersizlik dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamli farklılık gözlenmiştir ($p=0,01$). Sık yatış grubunda var cevabı 24 (%22,9) yüksek, tek yatış grubunda var cevabı 3(%6) bulunmuştur.

Sık yatış ve tek yatış gruplarının Sosyal Güvence dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamli farklılık gözlenmiştir ($p=0,016$). Sık yatış grubunda var cevabı 95 (%90,5) yüksek, tek yatış grubunda var cevabı 38(%76) bulunmuştur.

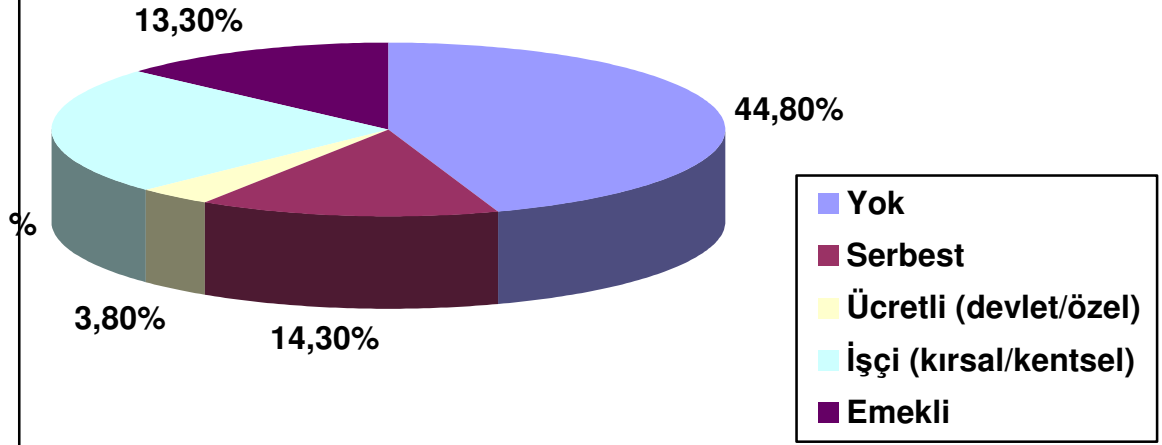
TABLO 1: Çalışmaya alınan hastaların sosyodemografik dağılımları (anlamlı istatistiksel değerler)

		Sık Yatış Grubu N=105		Tek Yatış Grubu N=50		
Eğitim Durumu	Hiç okula gitmemiş	4	3,8%		0,0%	
	İlkokul mezunu	60	57,1%	13	26,0%	
	Ortaokul mezunu	19	18,1%	14	28,0%	
	Lise mezunu	19	18,1%	14	28,0%	$\chi^2:22$
	Yüksek okul mezunu	3	2,9%	9	18,0%	$p=0,0001$
Meslek	Yok	47	44,8%	15	30,0%	
	Serbest	15	14,3%	7	14,0%	
	Ücretli (devlet/ özel)	4	3,8%	15	30,0%	
	İşçi (kırsal/ kentsel)	25	23,8%	8	16,0%	$\chi^2:22$
	Emekli	14	13,3%	5	10,0%	$p=0,0001$
Son 18 ayda çalışma durumu	Çalışmıyor	95	90,5%	37	74,0%	
	Aralıklarla çalışıyor	9	8,6%	7	14,0%	$\chi^2:11,2$
	Düzenli çalışıyor	1	1,0%	6	12,0%	$p=0,004$
Temel gereksinimlerini karşılama yetersizlik	Yok	81	77,1%	47	94,0%	$\chi^2:6,69$
	Var	24	22,9%	3	6,0%	$p=0,01$
Sosyal Güvence	Yok	10	9,5%	12	24,0%	$\chi^2:5,82$
	Var	95	90,5%	38	76,0%	$p=0,016$

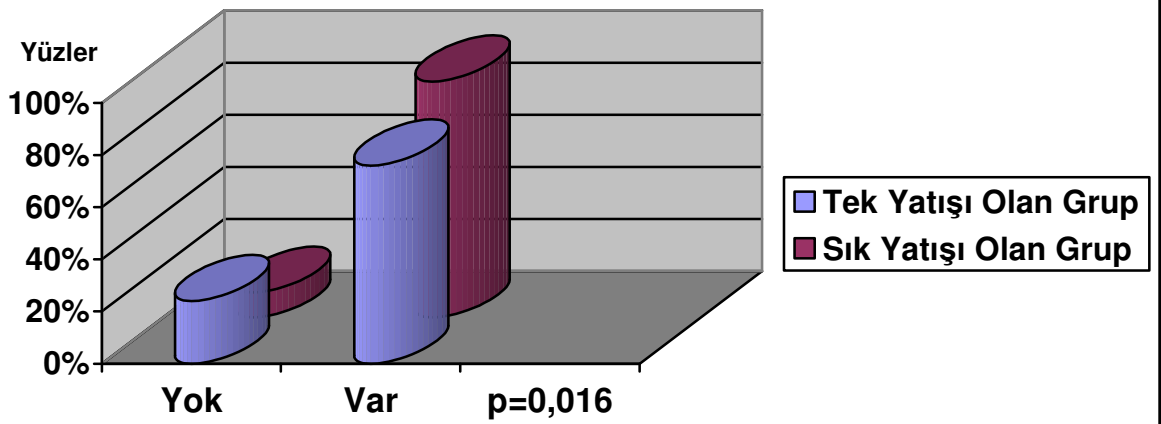


SIK YATAN GRUBUN MESLEK DAĞILIMI

p=0,0001



SOSYAL GÜVENCE DEĞERLERİ



TABLO 2: Çalışmaya alınan hastaların sosyodemografik dağılımları (anlamlı bulunmayan istatistiksel değerler)

		Sık Yatış Grubu N=105		Tek Yatış Grubu N=50		
Yaş	18-25 Yaş	11	10,5%	7	14,0%	
	25-35 Yaş	29	27,6%	15	30,0%	
	35-45 Yaş	32	30,5%	10	20,0%	
	45-55 Yaş	23	21,9%	16	32,0%	$\chi^2:4,5$
	55 Yaş ve üstü	10	9,5%	2	4,0%	p=0,342
Cinsiyet	Kadın	27	25,7%	15	30,0%	$\chi^2:0,315$
	Erkek	78	74,3%	35	70,0%	p=0,575
Medeni Durum	Evli	20	19,0%	16	32,0%	
	Bekar	70	66,7%	29	58,0%	
	Dul	2	1,9%	1	2,0%	$\chi^2:3,43$
	Boşanmış	13	12,4%	4	8,0%	p=0,329
Son 18 ayda madde kullanımı	Yok	89	84,8%	46	92,0%	$\chi^2:1,57$
	Var	16	15,2%	4	8,0%	p=0,209
Son 18 ayda alkol kullanımı	Yok	92	87,6%	43	86,0%	$\chi^2:0,079$
	Var	13	12,4%	7	14,0%	p=0,779
Yaşam şekli	Yalnız	15	14,3%	10	20,0%	$\chi^2:0,818$
	Aile	90	85,7%	40	80,0%	p=0,366
Yaşadığı yer	Merkez/Şehir	90	85,7%	43	86,0%	$\chi^2:0,002$
	Kırsal kesim	15	14,3%	7	14,0%	p=0,962

En sık başvuru nedenleri sırasıyla: İlaça uyumsuzluk veya cevapsızlık + Başkalarına saldırganlık > Başkalarına saldırganlık> İlaça uyumsuzluk veya cevapsızlıktır. Tek yatışı olan kontrol grubunda bu sıra ilaca uyumsuzluk veya cevapsızlık+ Başkalarına saldırganlık> İlaça uyumsuzluk veya cevapsızlık+ Yakınları ile ilişkili problemler> İlaça uyumsuzluk şeklindedir. Ancak alt gruptaki hasta sayılarının 5'in altında olması nedeniyle alınacak istatistiksel sonuçlar anlamlı olarak değerlendirilmeyecektir. (TABLO 3).

TABLO 3: Çalışmaya alınan olguların hastaneye son başvurdaki başvuru nedenleri dağılımı

		Sık Yatış Grubu N=105		Tek Yatış Grubu N=50	
Hastaneye son başvurdaki başvuru nedeni	Suicid fikri veya girişimi	4	3,8%	4	8,0%
	İlaça uyumsuzluk veya cevapsızlık	12	11,4%	6	12,0%
	Başkalarına saldırganlık	19	18,1%	5	10,0%
	Yakınları ile ilişkili problemler	4	3,8%	3	6,0%
	Suicid fikri veya girişimi+İlaça uyumsuzluk veya cevapsızlık	2	1,9%	1	2,0%
	Suicid fikri veya girişimi+Başkalarına saldırganlık	6	5,7%		0,0%
	Suicid fikri veya girişimi+ Yakınları ile ilişkili problemler		0,0%	1	2,0%
	İlaça uyumsuzluk veya cevapsızlık+Başkalarına saldırganlık	36	34,3%	12	24,0%
	İlaça uyumsuzluk veya cevapsızlık+Alkol ve madde kötüye kull	1	1,0%	1	2,0%
	İlaça uyumsuzluk veya cevapsızlık+Yakınları ile ilişkili pro	3	2,9%	10	20,0%
	Başkalarına saldırganlık+Yakınları ile ilişkili problemler	2	1,9%	1	2,0%
	Suicid fikri veya girişimi+ İlaça uyumsuzluk veya cevapsızlık+ Başkalarına saldırganlık	1	1,0%	1	2,0%
	Suicid fikri veya girişimi+ İlaça uyumsuzluk veya cevapsızlık+ Yakınları ile ilişkili problemler	2	1,9%		0,0%
	İlaça uyumsuzluk veya cevapsızlık+ Başkalarına saldırganlık+ Alkol ve madde kötüye kullanımı	4	3,8%	1	2,0%
	İlaça uyumsuzluk veya cevapsızlık+ Başkalarına saldırganlık+ Yakınları ile ilişkili problemler	8	7,6%	4	8,0%
	Suicid fikri veya girişimi+ İlaça uyumsuzluk veya cevapsızlık+ Başkalarına saldırganlık+ Alkol ve madde kötüye kullanımı	1	1,0%		0,0%

Son başvurudaki en sık yatış endikasyonu her iki grup için de akut alevlenme olarak bulunmuştur. Alt gruplardaki hasta sayısı azlığı nedeniyle istatistiksel olarak değerlendirilmeye alınamamıştır. (TABLO 4).

TABLO 4: Çalışmaya alınan hastaların son başvurudaki yatış endikasyonu dağılımı

		Sık Yatış Grubu N=105		Tek Yatış Grubu N=50	
Son başvurudaki yatış endikasyonu	Akut alevlenme	85	81,0%	34	68,0%
	Genel tıbbi durum nedeniyle	1	1,0%	0	0,0%
	Bakım nedeniyle	1	1,0%	0	0,0%
	Tam düzelme olmadığı için	5	4,8%	1	2,0%
	Diğer	3	2,9%	7	14,0%
	Akut alevlenme+Genel tıbbi durum nedeniyle	1	1,0%	0	0,0%
	Akut alevlenme+Bakım nedeniyle	1	1,0%	0	0,0%
	Akut alevlenme+Tam düzelme olmadığı için	1	1,0%	0	0,0%
	Akut alevlenme+Diğer	2	1,9%	5	10,0%
	Genel tıbbi durum nedeniyle+Bakım nedeniyle	0	0,0%	1	2,0%
	Genel tıbbi durum nedeniyle+Tam düzelme olmadığı için	2	1,9%		0,0%
	Bakım nedeniyle+Diğer	1	1,0%	2	4,0%
	Tam düzelme olmadığı için+Diğer	1	1,0%	0	0,0%
	Akut alevlenme+ Genel tıbbi durum nedeniyle+ Tam düzelme olmadığı için	1	1,0%	0	0,0%

Tanı değişikliği varlığı ve şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir ($p=0,03$) ($p=0,884$). Sık yatış grubunda var cevabı 44 (%41,9) yüksek, tek yatış grubunda var cevabı 12(%24) bulunmuştur. (TABLO 5)

TABLO 5: Çalışmaya alınan hastaların tanı değişikliğine göre dağılımı

		Sık Yatış Grubu N=105		Tek Yatış Grubu N=50	
Tanı değişikliği	Yok	61	58,1%	38	76,0%
	Var	44	41,9%	12	24,0%
Tanı değişikliği şekli	Farklı grup	21	47,8%	6	50,0%
	Aynı grup	23	52,3%	6	50,0%

TABLO 6: Çalışmaya alınan hastaların son başvuruındaki başvuru şekilleri dağılımı

		Sık Yatış Grubu N=105		Tek Yatış Grubu N=50		
Son başvurudaki başvuru şekli	Kendi isteği ile	29	27,6%	13	26,0%	
	Polis eşliğinde	9	8,6%	5	10,0%	
	Aile tarafından	63	60,0%	32	64,0%	$\chi^2:2,1$
	Çevre sakinleri tarafından	4	3,8%		0,0%	$p=0,551$

Sık yatış ve tek yatış gruplarının Hastanın ilk ve son yatışında ailesi ile ilişkisi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p=0,318$) ($p=0,821$). (TABLO 7)

TABLO 7: Çalışmaya alınan hastaların yatışlarında aile ile ilişkileri

		Sık Yatış Grubu N=105		Tek Yatış Grubu N=50		
Hastanın ilk yatışında ailesi ile ilişkisi	Ailesi yok		0,0%	1	2,0%	
	Ailesi geldi	93	88,6%	40	80,0%	
	Ailesi gelmedi	1	1,0%	1	2,0%	$\chi^2:3,52$
	Bilgi yok	11	10,5%	8	16,0%	$p=0,318$
Hastanın son yatışında ailesi ile ilişkisi	Ailesi geldi	90	85,7%	34	87,2%	$\chi^2:0,051$
	Ailesi gelmedi	15	14,3%	5	12,8%	$p=0,821$

Ailede ruhsal hastalık öyküsü, Ailede intihar öyküsü ve hastanın Suisid girişimi varlığı gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ($p=0,673$) ($p=0,298$) ($p=0,307$). (TABLO 8)

TABLO 8: Çalışmaya alınan hastaların ve ailelerinin suisid ve ruhsal hastalık öykülerine göre dağılımı

		Sık Yatış Grubu		Tek Yatış Grubu		
Ailede ruhsal hastalık öyküsü	Yok	50	47,6%	22	44,0%	$\chi^2:0,178$
	Var	55	52,4%	28	56,0%	$p=0,673$
Ailede intihar öyküsü	Yok	99	94,3%	49	98,0%	$\chi^2:1,08$
	Var	6	5,7%	1	2,0%	$p=0,298$
Suisid girişimi	Yok	76	72,4%	40	80,0%	$\chi^2:1,04$
	Var	29	27,6%	10	20,0%	$p=0,307$

İçgörü varlığı gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p=0,001$). Sık yatış grubunda var cevabı 29 (%27,6) düşük, tek yatış grubunda var cevabı 27 (%54) bulunmuştur. (TABLO 9)

TABLO 9: Çalışmaya alınan hastaların içgörü değerleri

		Sık Yatış Grubu		Tek Yatış Grubu		
İçgörüsü	Yok	76	72,4%	23	46,0%	$\chi^2:10,2$
	Var	29	27,6%	27	54,0%	$p=0,001$

Acil serviste saldırganlık varlığı da istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenen faktörler arasındadır ($p=0,0001$). Sık yatış grubunda var cevabı 70 (%66,7), tek yatış grubunda var cevabı 13 (%26) bulunmuştur. (TABLO 10).

Sık yatış ve tek yatış gruplarının Yatırılmaya tutumu dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir ($p=0,0001$). Sık yatış grubunda yatış kabulü 7(%6,7) düşük, tek yatış grubunda kabul cevabı 16 (%32) bulunmuştur. (TABLO 10)

TABLO 10: Çalışmaya alınan hastaların acil serviste saldırganlık ve yatırılmaya tutumları

		Sık Yatış Grubu N=105		Tek Yatış Grubu N=50		
Acil serviste saldırganlık	Yok	35	33,3%	37	74,0%	$\chi^2:22,5$
	Var	70	66,7%	13	26,0%	$p=0,0001$
Yatırılmaya tutumu	İsteği dışında	98	93,3%	34	68,0%	$\chi^2:17,2$
	Yatışı kabul etti	7	6,7%	16	32,0%	$p=0,0001$

Hastalığın uzunlamasına gidişi gruplar arasında anlamlı farklılık göstermemiştir ($p=0,422$). (TABLO 11)

TABLO 11: Çalışmaya alınan hastaların hastalığın uzunlamasına gidişi değerleri

		Sık Yatış Grubu N=105		Tek Yatış Grubu N=50		
Hastalığın uzunlamasına gidişi	Epizodlar arasında rezidüel semptomlar gösteren epizodik	17	16,2%	9	18,0%	
	Epizodlar arasında rezidüel semptomlar olmaksızın epizodik	5	4,8%	5	10,0%	$\chi^2:1,72$
	Sürekli	83	79,0%	36	72,0%	$p=0,422$

Şizofreninin alt tipi sık ve tek yatış gruplarında anlamlı farklılık göstermemiştir ($p=0,058$). (TABLO 12)

TABLO 12: Çalışmaya alınan hastaların şizofreni alt tiplerine göre dağılımı

		Sık Yatış Grubu N=105		Tek Yatış Grubu N=50		
Şizofreninin alt tipi	Dezorganize tip	22	21,0%	3	6,0%	
	Farklılaşmamış tip	38	36,2%	22	44,0%	
	Katatonik tip	1	1,0%	0,0%		
	Paranoid tip	31	29,5%	22	44,0%	$\chi^2:9,11$
	Rezidüel tip	13	12,4%	3	6,0%	$p=0,058$

Son 18 ay içinde eşlik eden başka bir tıbbi durum varlığı, Son 18 ay içinde ayaktan tedaviye uyum, Son 18 ay içinde ilaç tedavisine uyum arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p=0,058$) ($p=0,370$) ($p=0,335$) ($p=0,176$). (TABLO 13)

TABLO 13: Çalışmaya alınan hastaların son 18 içindeki durum ve tedavi uyumu değerlerinin dağılımı

		Sık Yatış Grubu N=105		Tek Yatış Grubu N=50		
Son 18 ay içinde eşlik eden başka bir tıbbi durum	Yok	68	64,8%	36	72,0%	$\chi^2:0,804$
	Var	37	35,2%	14	28,0%	$p=0,37$
Son 18 ay içinde ayaktan tedaviye uyumu	Hiç gelmiyor	40	38,1%	18	36,0%	
	Düzensiz geliyor	48	45,7%	19	38,0%	$\chi^2:2,19$
	Düzenli geliyor	17	16,2%	13	26,0%	$p=0,335$
Son 18 ay içinde ilaç tedavisine uyumu	İlaç kullanmıyor	17	16,2%	13	26,0%	
	Düzensiz kullanıyor	68	64,8%	24	48,0%	$\chi^2:4,94$
	Düzenli kullanıyor	20	19,0%	13	26,0%	$p=0,176$

Çıkış durumu gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p=0,031$). Sık yatış grubunda salah 55(%52,4) düşük, tek yatış grubunda salah 39 (%78) bulunmuştur. (TABLO 14)

TABLO 14: Çalışmaya alınan hastaların son yatışlarındaki çıkış durumları

		Sık Yatış Grubu N=105		Tek Yatış Grubu N=50		
Çıkış durumu	Haliyle	2	1,9%	0,0%		
	Kısmi salah	48	45,7%	13	26,0%	$\chi^2:6,96$
	Salah	55	52,4%	37	74,0%	$p=0,031$

EKT uygulama varlığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir ($p=0,031$). Sık yatan grupta uygulama 57(%54,3) yüksek, tek yatışı olan grupta uygulama 11 (%22) bulunmuştur. (TABLO 15)

TABLO 15: Çalışmaya alınan hastaların EKT uygulanma değerleri

		Sık Yatış Grubu N=105		Tek Yatış Grubu N=50		
EKT uygulanmış mı?	Hayır	48	45,7%	39	78,0%	$\chi^2:14,3$
	Evet	57	54,3%	11	22,0%	$p=0,0001$

Hastaların son 18 ay içindeki farmakolojik tedaviye ait sonuç bilgileri şu şekilde özetlenebilir: (TABLO 16)

Sık yatış ve tek yatış gruplarının Son 18 ay içinde depo nöroleptik kullanımı dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir ($p=0,0001$). Sık yatış grubunda kullanım 85(%81) yüksek, tek yatış grubunda kullanım 19 (%38) bulunmuştur. Depo Nöroepileptik tipleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmekle birlikte kombinasyonların varlığı ve grup sayısının azlığı bu değeri çok anlamlı nitelendirmemektedir ($p=0,083$). Son 18 ay içinde antidepresan kullanımı gruplar arasında farklılık göstermemiştir ($p=0,404$). Sık yatış ve tek yatış gruplarının Son 18 ay içinde atipik antipsikotik kullanımı dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir ($p=0,019$). Sık yatış grubunda kullanım 82(%78,1) yüksek, tek yatış grubunda kullanım 30 (%60) bulunmuştur.

TABLO 16: Çalışmaya alınan hastaların son 18 ay içindeki farmakolojik tedaviye ait değerlerin dağılımı

		Sık Yatış Grubu N=105		Tek Yatış Grubu N=50		
Son 18 ay içinde depo nöroleptik kullanımı	Yok	20	19,0%	31	62,0%	$\chi^2:28,3$
	Var	85	81,0%	19	38,0%	$p=0,0001$
Depo Nöroepileptik tipi	Tipik	58	68,2%	11	57,9%	
	Tipik+ Atipik	17	20,0%	2	10,5%	$\chi^2:4,97$
	Atipik	10	11,8%	6	31,6%	$p=0,083$
Son 18 ay içinde antidepresan kullanımı	Yok	95	90,5%	43	86,0%	$\chi^2:0,695$
	Var	10	9,5%	7	14,0%	$p=0,404$
Son 18 ay içinde atipik antipsikotik kullanımı	Yok	23	21,9%	20	40,0%	$\chi^2:5,53$
	Var	82	78,1%	30	60,0%	$p=0,019$

Son 18 ay içinde ve Hastalık süresince ilaca bağlı yan etki deneyimi dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir ($p=0,002$) . Sık yatan grupta yan etki varlığı 48(%45,7) ve 75(%71,4) yüksek, tek yatışı olan grupta 10 (%20) ve 23 (%46) bulunmuştur. (TABLO 17)

TABLO 17: Çalışmaya alınan hastaların yan etki durumu açısından karşılaştırılması

		Sık Yatış Grubu N=105		Tek Yatış Grubu N=50		
Son 18 ay içinde ilaca bağlı yan etki deneyimi	Yok	57	54,3%	40	80,0%	$\chi^2:9,56$
	Var	48	45,7%	10	20,0%	$p=0,002$
Hastalık süresince ilaca bağlı yan etki deneyimi	Yok	30	28,6%	27	54,0%	$\chi^2:9,42$
	Var	75	71,4%	23	46,0%	$p=0,002$

Düzenli ilaç kullanmama sebepleri sırasıyla: Psikopatoloji> Psikopatoloji + Sosyal destek eksikliği> Psikopatoloji+ Sosyal destek eksikliği+ Ekonomik güçlüklerdir. Tek yatışı olan grupta yanlış inanışlar nedeniyle düzenli ilaç kullanımının olması daha yüksek görünmektedir.

Ancak alt kategorilerin fazla olması ve bu kategorilerdeki hasta sayı azlığı istatistiksel olarak elde edilecek değerlerin anlamlı bulunmayacağını göstermektedir. (TABLO 18)

TABLO 18: Çalışmaya alınan hastaların düzenli ilaç kullanmamalarına neden olan faktörlerin dağılımı

		Sık Yatış Grubu N=105		Tek Yatış Grubu N=50	
Düzenli kullanımı yoksa sebebi	Psikopatoloji	30	35,29%	10	27,03%
	Psikopatoloji+ Ekonomik+ Sosyal	6	7,06%	2	5,41%
	Psikopatoloji+ Ekonomik+ Sosyal+ Tedavi yan etkisi	1	1,18%	1	2,70%
	Psikopatoloji+ Sosyal+ Tedavi yan etkisi	4	4,71%	1	2,70%
	Psikopatoloji+ Sosyal+ Yanlış inanışlar	3	3,53%	0	0,00%
	Psikopatoloji+ Tedavi yan etkisi + Yanlış inanışlar	1	1,18%	2	5,41%
	Psikopatoloji+ Ekonomik	1	1,18%	0	0,00%
	Psikopatoloji+ Sosyal	29	34,12%	5	13,51%
	Psikopatoloji+ Tedavi yan etkisi	4	4,71%	0	0,00%
	Psikopatoloji+ Yanlış inanışlar	4	4,71%	12	32,43%
	Ekonomik + Sosyal+ Tedavi yan etkisi	1	1,18%	0	0,00%
	Ekonomik + Sosyal	0	0,00%	1	2,70%
	Sosyal	1	1,18%	0	0,00%
	Tedavi yan etkisi	0	0,00%	1	2,70%
	Yanlış inanışlar	0	0,00%	2	5,41%

Hastaneye sık yatışı arttıran faktörler arasında Tedaviye uyumsuzluk, Yetersiz sosyal destek; daha az oranda Alkol ve/veya madde kullanımı, Sosyal stresörler yer almaktadır. Bu soru kontrol grubuna 18 ayda tek yatışı olan grup olduğu için uygulanmamıştır. Karşılaştırılma yapılamayacağı için anlamlı istatistiksel bir sonuç elde edilememiştir. (TABLO 19)

TABLO 19: Çalışmaya alınan ve sık yatışı olan hastaların yatış sıklığını arttıran faktörlerin dağılımı

		Sık Yatış Grubu N=105	
Hastaneye sık yatışını arttıran faktörler	Tedaviye uyumsuz	29	27,62%
	Tedaviye uyumsuz+ Yetersiz sosyal destek+ Alkol ve/veya madde kullanımı	2	1,90%
	Tedaviye uyumsuz+ Yetersiz sosyal destek+ Alkol ve/veya madde kullanımı+ Sosyal stresörler (aile- iş problemleri)	1	0,95%
	Tedaviye uyumsuz+Alkol ve/ veya madde kullanımı+ Sosyal stresörler (aile- iş problemleri)	7	6,67%
	Tedaviye uyumsuz+ Yetersiz sosyal destek+ Sosyal stresörler (aile- iş problemleri)+	1	0,95%
	Tedaviye uyumsuz+ Yetersiz sosyal destek	2	1,90%
	Tedaviye uyumsuz+ Alkol ve/ veya madde kullanımı+ Sosyal stresörler (aile- iş problemleri)	1	0,95%
	Tedaviye uyumsuz+ Yetersiz sosyal destek	20	19,05%
	Tedaviye uyumsuz+ Alkol ve/ veya madde kullanımı	9	8,57%
	Tedaviye uyumsuz+ Sosyal stresörler (aile- iş problemleri)	3	2,86%
	Tedaviye uyumsuz+ Yetersiz sosyal destek+ Alkol ve/veya madde kullanımı+ Sosyal stresörler (aile- iş problemleri)	4	3,81%
	Yetersiz sosyal destek	2	1,90%
	Yetersiz sosyal destek+ Sosyal stresörler	1	0,95%
	Yetersiz sosyal destek+ Alkol ve /veya madde kullanımı+ Sosyal stresörler	5	4,76%
	Yetersiz sosyal destek+ Alkol ve/veya madde kullanımı	1	0,95%
	Alkol ve/ veya madde kullanımı	2	1,90%
	Sosyal stresörler (aile- iş problemleri)	2	1,90%
	Sosyal stresörler+ Diğer (sınıflandırılmayan)	5	4,76%
	Diğer (sınıflandırılmayan)	8	7,62%

Hastanede yatış sırasında uygulanan antipsikotik tedaviyi incelediğimizde 3'lü ve 4'lü kombinasyonlar sık yatan oldukça yüksek oranda saptandı. Ama istatistik değerleri anlamlı bulunmakla birlikte sık yatan grubun son 18 aydaki 3 yatışı birden değerlendirildiği için istatistiksel olarak bu değer anlamlı olmayabilir. (TABLO 20)

TABLO 20: Hastanede yatış sırasında uygulanan antipsikotik tedavi oranlarının dağılımı

		Sık Yatış Grubu N=105		Tek Yatış Grubu N=50	
Antipsikotik	Tipik	1	1,0%	6	12,0%
	Atipik	4	3,8%	10	20,0%
	Tipik+Atipik	9	8,6%	14	28,0%
	Tipik+Depo Tipik	20	19,0%	11	22,0%
	Atipik+Depo Tipik	2	1,9%	1	2,0%
	Atipik+Depo Atipik	0	0,0%	6	12,0%
	Tipik+Atipik+Depo Tipik	46	43,8%	1	2,0%
	Tipik+Atipik+Depo Atipik	9	8,6%	1	2,0%
	Tipik+Atipik+Depo Tipik+Depo Atipik	14	13,3%	0,0%	p=0,0001

Sık yatan grubun hastalık süresi ortalamaları tek yatışı olan gruptan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek ($p=0,0001$), başlangıç yaşı ortalamaları tek yatış grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p=0,001$). (TABLO 21)

TABLO 21: Çalışmaya alınan hastaların hastalık süreleri ve başlangıç yaşına ait ortalamaların dağılımı

	Sık Yatış Grubu N=105	Tek Yatış Grubu N=50	t	p
Hastalık Süresi	16,8±9,56	11±7,41	3,78	0,0001
Hastalığın başlangıç yaşı	22,41±6,99	26,74±9,14	-3,25	0,001

Hastalıkla ilgili TABLO 22 de faktörler arasında sadece ilk yatışında hastanede kalış süresi ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık

gözlenmemiştir ($p=0,724$). İlk yatış ile ikinci yatış arasındaki süre anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p=0,034$).

Son yatışının kaç hafta önce olduğuna dair değerler tek yatış grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p=0,0001$)

Sık yatış grubunun Toplam Hastane yatış sayısı, Son 18 ay içinde hastanede geçirilen gün sayısı ortalamaları tek yatış grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0,0001$).

TABLO 22: Çalışmaya alınan hastaların hastalıkla ilgili çeşitli faktörlerinin dağılım ortalamaları

	Sık Yatış Grubu N=105	Tek Yatış Grubu N=50	t	p
İlk yatışında hastanede kalış süresi?	27,03±19,9 7	28,4±20,84	-0,35	0,724
İlk yatış ile ikinci yatış arasındaki süre	26,66±44,8 7	44,76±39,1 6	-2,14	0,034
Son yatışı kaç hafta önce	14,82±14,1 6	232,51±196 ,5	-6,91	0,0001
Son 18 ay içinde hastane yatış sayısı	3,61±1,01	1±0	18,16	0,0001
Toplam Hastane yatış sayısı	13,59±8,49	3,32±1,9	8,44	0,0001
Son 18 ay içinde hastanede geçirilen gün sayısı	106,01±45, 37	31,66±16,9 1	11,21	0,0001

Çalışmaya alınan hastalara uygulanan İlaç Tedavisine Uyumsuzluğu Değerlendirme Ölçeği sonuçları TABLO 23 de özetlenmiştir. Buna göre;

Sık yatış grubunun İçgörü ve Psikopatoloji puan ortalamaları tek yatış grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0,006$, $p=0,0001$).

Sık yatış ve tek yatış gruplarının “Hastalığın seyri” ve “Kuruntular, Korkular” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p=0,613$, $p=0,295$).

Sık yatış grubunun “Yan Etkiler” puan ortalamaları tek yatış grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0,035$).

Sık yatan grubun “Ruhsal Rahatsızlığa Karşı Tutumu” puan ortalamaları tek yatış grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p=0,002$). “İlaç Rejimi”, “Sosyal Çevresel Destek”, “Ekonomik Güçlükler”, “Bilgilendirme, Yorumlama”, “Bölgesinin ve Hastanenin Şartları”, “Sosyal Yaşantı”,

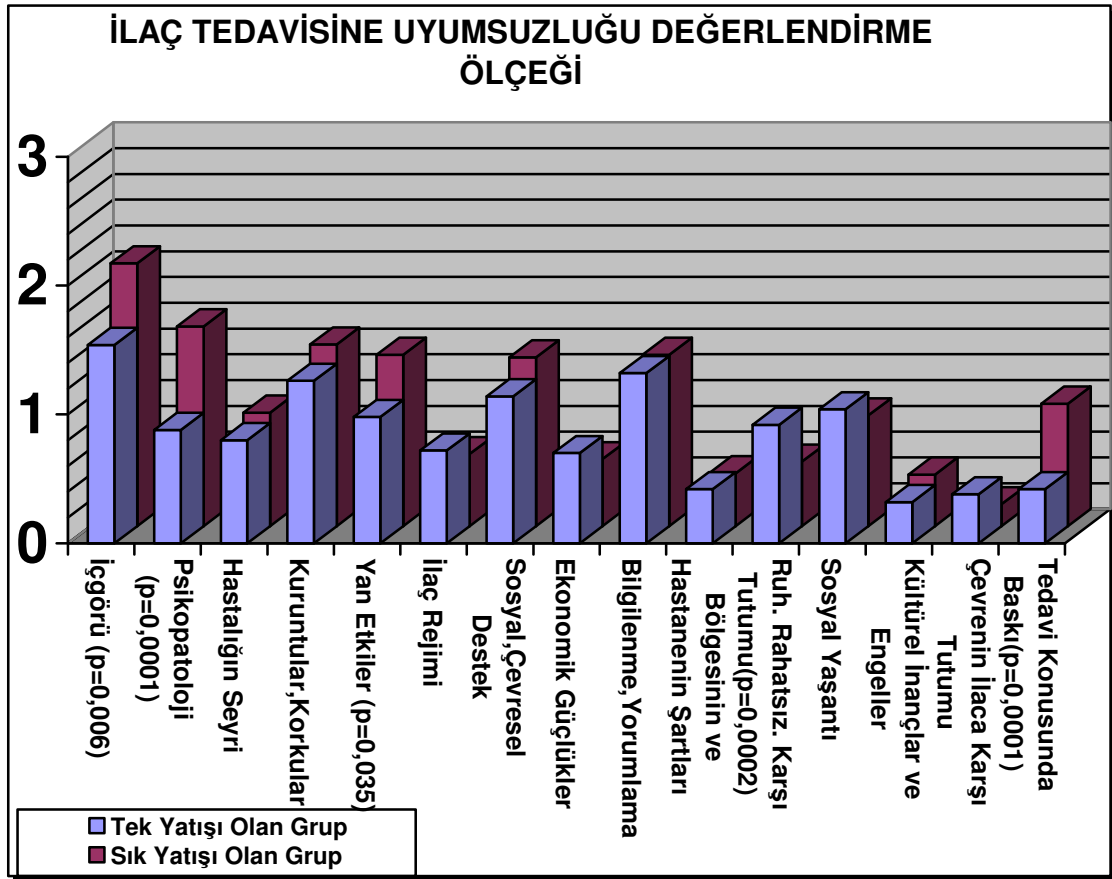
“Kültürel İnançlar ve Engeller” puan ortalamaları her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$).

“Çevrenin İlaça Karşı Tutumu”, “Tedavi Konusunda Baskı” puan ortalamaları tek yatış grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0,042$, $p=0,0001$).

Grupların İlaç Tedavisine Uyumsuzluğu Değerlendirme Ölçeği (İTUDÖ) “Bütünsel Değerlendirme” puan ortalamaları ve İTUDÖ “Uyumsuzluk Şiddetini Değerlendirme” arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p=0,672$) ($p=0,544$).

TABLO 23: Çalışmaya alınan hastalara uygulanan İlaç Tedavisine Uyumsuzluğu Değerlendirme Ölçeği (İTUDÖ) sonuçları

	Sık Yatış Grubu N=105	Tek Yatış Grubu N=50	t	p
İçgörü	2,04±1,05	1,54±1,01	2,80	0,006
Psikopatoloji	1,55±0,96	0,88±0,82	4,26	0,0001
Hastalığın Seyri	0,88±0,88	0,8±0,86	0,51	0,613
Kuruntular Korkular	1,41±0,85	1,26±0,78	1,05	0,295
Yan Etkiler	1,33±0,9	0,98±1,1	2,13	0,035
İlaç Rejimi	0,56±0,68	0,72±0,73	-1,32	0,188
Sosyal Çevresel Destek	1,31±1,08	1,14±1,18	0,91	0,362
Ekonomik Güçlükler	0,52±0,74	0,7±0,86	-1,32	0,19
Bilgilenme Yorumlama	1,33±1,01	1,32±1,1	0,08	0,94
Bölgesinin ve Hastanenin Şartları	0,41±0,65	0,42±0,64	-0,10	0,925
Ruhsal Rahatsızlığa Karşı Tutumu	0,5±0,7	0,92±0,85	-3,23	0,002
Sosyal Yaşantı	0,86±0,79	1,04±0,95	-1,26	0,209
Kültürel İnançlar ve Engeller	0,4±0,61	0,32±0,51	0,80	0,426
Çevrenin İlaça Karşı Tutumu	0,17±0,47	0,38±0,64	-2,07	0,042
Tedavi Konusunda Baskı	0,95±0,85	0,42±0,64	3,93	0,0001
İTUD Bütünsel Değerlendirme	1,96±1,13	1,88±1,12	0,42	0,672
İTUD Uyumsuzluk Şiddetini Değerlendirme	2,54±1,53	2,38±1,61	0,61	0,544



PANSS ölçeğinin pozitif, negatif, genel psikopatoloji ve toplam puanlarına ait ortalamalar TABLO 24' de verilmiştir.

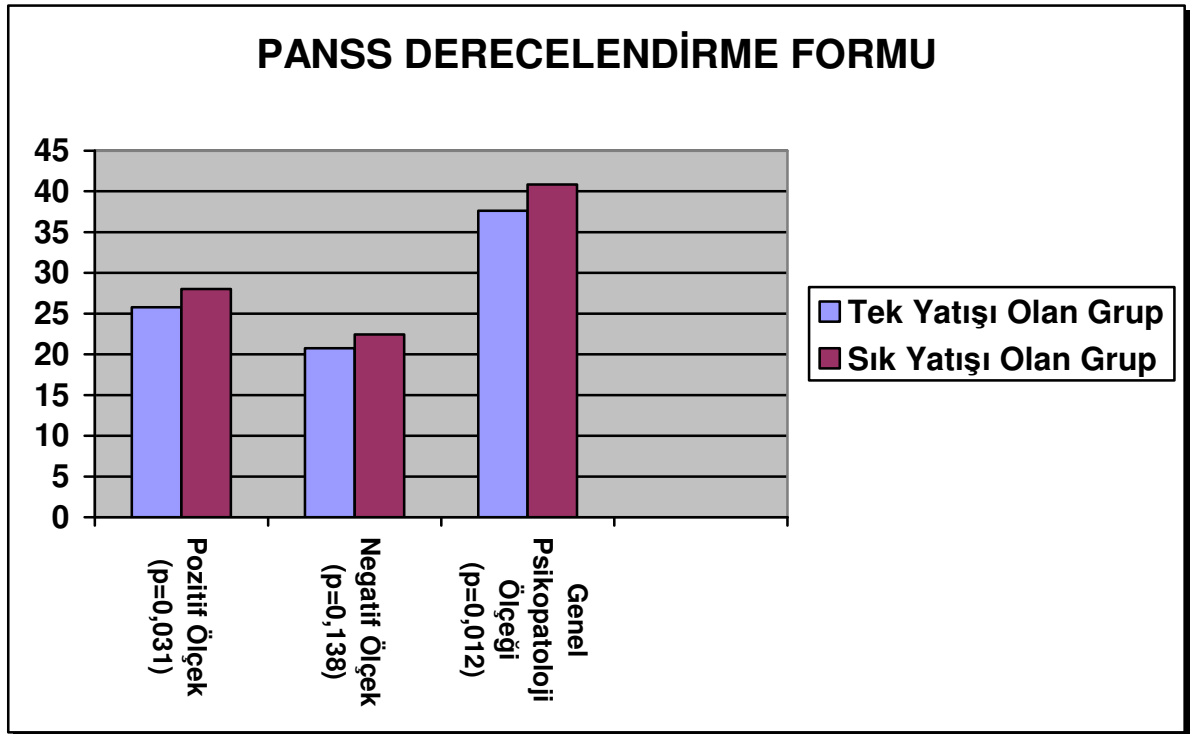
Sık yatan grubun PANSS Pozitif Ölçek ve Genel Psikopatoloji Ölçeği puan ortalamaları tek yatış grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0,031$) ($p=0,012$).

PANSS Negatif Ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p=0,138$).

Sık yatış grubunu PANSS Toplam Puan puan ortalamaları tek yatış grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0,006$).

TABLO 24: Çalışmaya alınan hastalara uygulanan (PANSS) POZİTİF VE NEGATİF SENDROM ÖLÇEĞİ değerleri

	Sık Yatış Grubu N=105	Tek Yatış Grubu N=50	t	p
PANSS Pozitif Ölçek	28,02±7,6	25,76±5,13	2,18	0,031
PANSS Negatif Ölçek	22,45±6,23	20,74±7,53	1,49	0,138
PANSS Genel Psikopatoloji Ölçeği	40,85±9,68	37,64±5,87	2,55	0,012
PANSS Toplam Puan	91,31±18,93	84,14±12,53	2,80	0,006



İçgörünün üç farklı bileşenine yönelik uygulanan değerlendirme ölçeği sonuçlarını inceleyecek olursak; (TABLO 25)

Sık yatan grupta İGDÖ Tedavi Kabulü ve Hastalık Kabulü puan ortalamaları tek yatış grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p=0,002$) ($p=0,008$).

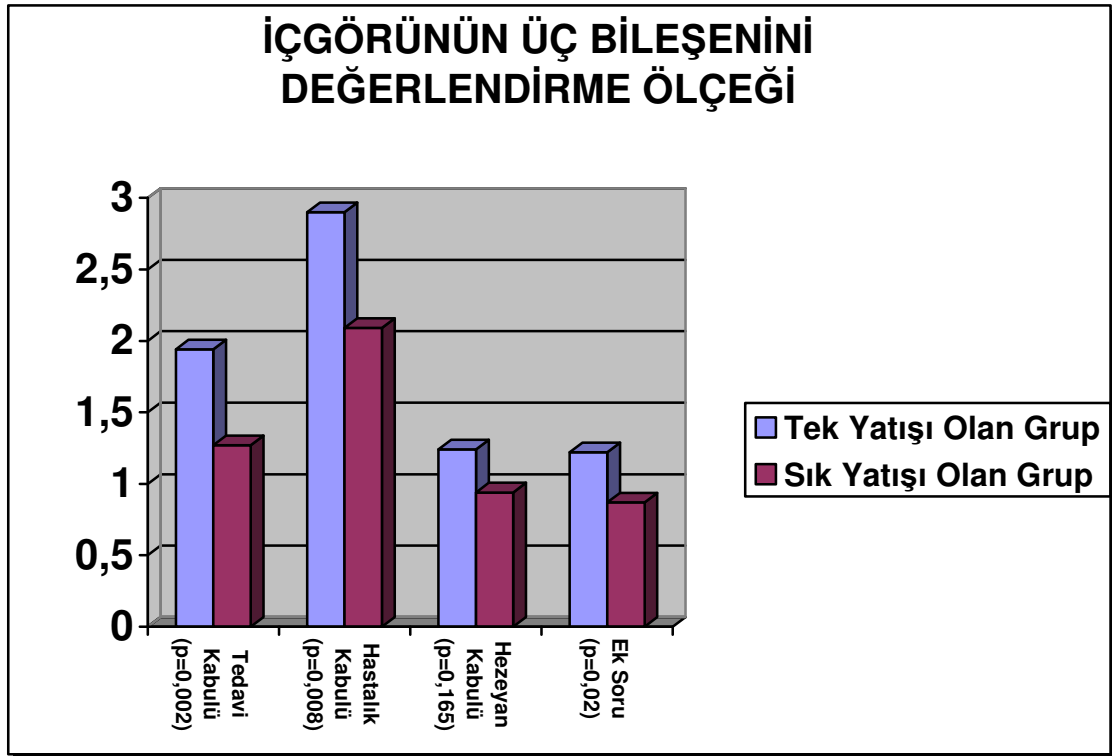
İGDÖ de sadece Hezeyan puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p=0,165$).

Sık yatış grubunu İGDÖ Ek Soru puan ortalamaları tek yatış grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p=0,02$).

Sık yatış grubunu İGDÖ Toplam Puan puan ortalamaları tek yatış grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p=0,011$).

TABLO 25: Çalışmaya alınan hastalara uygulanan İÇGÖRÜNÜN ÜÇ BİLEŞENİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ değerleri

	Sık Yatış Grubu N=105	Tek Yatış Grubu N=50	t	p
İGDÖ Tedavi Kabulü	1,27±1,2	1,94±1,39	-3,10	0,002
İGDÖ Hastalık Kabulü	2,09±1,69	2,9±1,95	-2,67	0,008
İGDÖ Hezeyan	0,94±1,2	1,24±1,32	-1,40	0,165
İGDÖ Ek Soru	0,87±0,83	1,22±0,95	-2,35	0,02
İGDÖ Toplam Puan	5,16±4,16	7,3±5,03	-2,61	0,011



Geçmişe dönük açık saldırganlık ölçeğinin alt gruplarına ait değerlerin dağılımı (TABLO 26) bakıldığında anlamlı sonuçlarla karşılaşılmıştır.

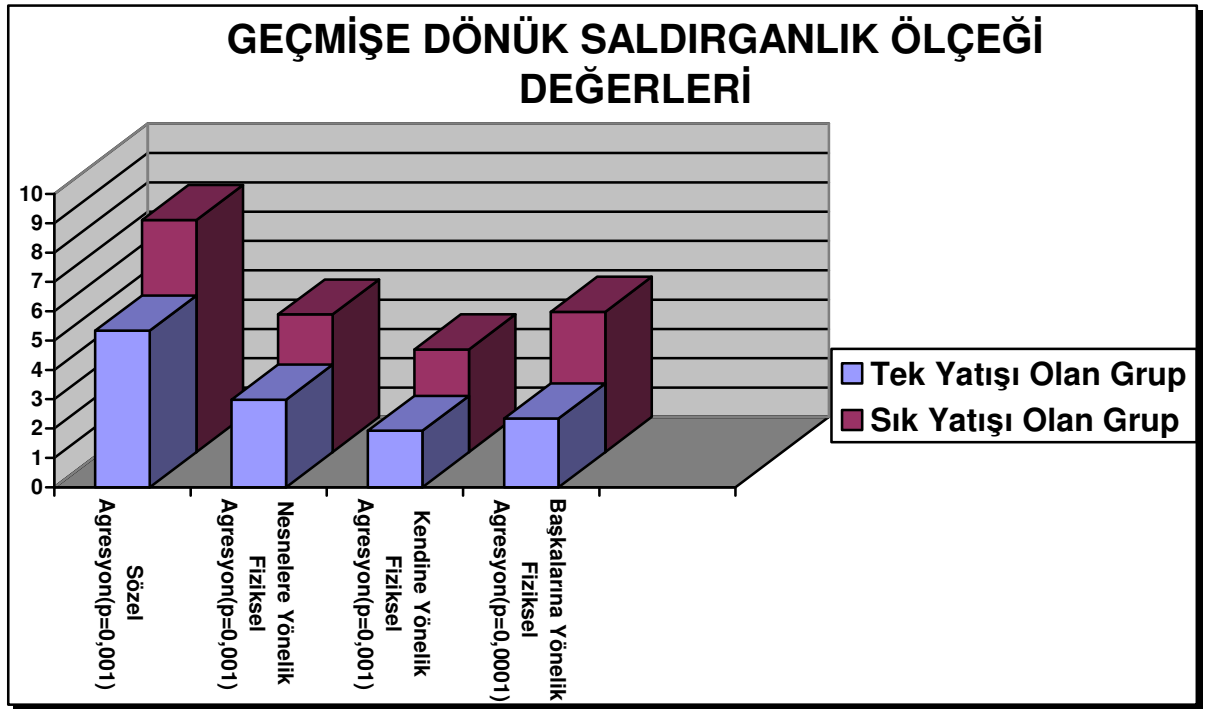
Sık yatan grubun GASÖ Sözel Agresyon ve Nesnelere Yönelik Fiziksel Agresyon ortalamaları tek yatış grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0,0001$) ($p=0,001$).

GASÖ Kendine Yönelik Fiziksel Agresyon ve Başkalarına Yönelik Fiziksel Saldırganlık ortalamaları tek yatış grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0,0001$).

Sık yatış grubunu GASÖ Toplam Puan ortalamaları tek yatış grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0,0001$).

TABLO 26: Çalışmaya alınan hastalara uygulanan GEÇMİŞE DÖNÜK AÇIK SALDIRGANLIK ÖLÇEĞİ (GASÖ) değerleri

	Sık Yatış Grubu N=105	Tek Yatış Grubu N=50	t	p
GASÖ Sözel Agresyon	7,91±3,43	5,34±2,76	4,64	0,0001
GASÖ Nesnelere Yönelik Fiziksel Agresyon	4,69±3,07	2,98±2,25	3,51	0,001
GASÖ Kendine Yönelik Fiziksel Agresyon	3,5±2,62	1,92±1,47	3,96	0,0001
GASÖ Başkalarına Yönelik Fiziksel Saldırganlık	4,78±2,71	2,34±2,19	5,56	0,0001
GASÖ Toplam Puan	20,88±9,95	12,58±7,15	5,28	0,0001



Sık yatış grubunu Kısa Psikiyatrik Ölçek ortalamaları tek yatış grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0,0001$). Her iki grubun puan ortalamaları testin değerlerine göre majör sendromu göstermektedir. (TABLO 27)

TABLO 27: Çalışmaya alınan hastalara uygulanan KISA PSİKİYATRİK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (BPRS) değerleri

	Sık Yatış Grubu N=105	Tek Yatış Grubu N=50	t	p
Kısa Psikiyatrik Ölçek	38,92±11,05	32,56±7,51	3,68	0,0001

LOJİSTİK REGRESYON

Sık yatış ve tek yatış gruplarının Sosyodemografik Özelliklerden eğitim, meslek, sosyal güvence, temel gereksinimi karşılama, hastalık süresi, hastalık başlangıç yaşı logistik regresyon analizine alınmış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Eğitim($p=0,045$), meslek ($p=0,029$), hastalık süresi ($p=0,003$) ve hastalık başlangıç yaşı ($0,001$) sosyodemografik özellikler içinde anlamlı olduğu gözlenmiştir.

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Constant	-0,742	0,172	18,645	1	0,0001	0,476

	p	Exp(B)	95% GA	
			Alt Sınır	Üst Sınır
EĞİTİM	0,045			
Hiç okula gitmemiş	0,655	0	0	1,8
İlkokul mezunu	0,007	0,058	0,007	0,46
Ortaokul mezunu	0,108	0,177	0,021	1,465
Lise mezunu/Üniv	0,042	0,157	0,02	1,263
MESLEK	0,029			
Meslek Yok	0,034	2,925	0,499	17,152
Ücretli (devlet/ özel)	0,482	1,993	0,291	13,633
İşçi (kırsal/ kentsel)	0,004	9,485	2,708	18,686
Emekli	0,345	2,492	0,374	16,607
Hastalık Süresi	0,003	0,924	0,877	0,974
Hastalık Başlangıç Yaşı	0,001	1,113	1,045	1,185
Constant	0,363	0,288		

Sık yatış ve tek yatış gruplarının ölçeklerinden PANSS Pozitif, Genel Psikopatoloji Ölçeği, kısa psikiyatrik ölçek, İGDÖ Tedavi Kabulü, Hastalık Kabulü, Ek Soru , GASÖ Sözel Agresyon , Nesnelere Yönelik Fiziksel Agresyon, Kendine Yönelik Fiziksel Agresyon, Başkalarına Yönelik Fiziksel Saldırganlık, İTUÖ İçgörü, Psikopatoloji, Ruhsal Rahatsızlığa karşı tutumu, Tedavi Konusunda Baskı başlıkları logistik regresyon analizine alınmış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Kısa Psikiyatrik Ölçek (p=0,005), GASÖ Başkalarına Yönelik , Fiziksel Saldırganlık (p=0,001), Ruhsal Rahatsızlığa karşı tutumu (p=0,0001), Tedavi Konusunda Baskı (p=0,002) nın özellikler içinde anlamlı olduğu gözlenmiştir.

	B	S.E.	Wald	df	p	Exp(B)
Constant	-0,742	0,172	18,645	1	0,0001	0,476

	B	p	Exp(B)	95% GA	
				Alt Sınır	Alt Sınır
Kısa Psikiyatrik Ölçek	-0,071	0,005	0,932	0,886	0,979
GASÖ Başkalarına Yönelik Fiziksel Saldırganlık	-0,362	0,001	0,696	0,567	0,855
Ruhsal Rahatsızlığa karşı tutumu	1,579	0,0001	4,849	2,411	9,75
Tedavi Konusunda Baskı	-1,13	0,002	0,323	0,16	0,652
Constant	2,612	0,005	13,625		

Lojistik regresyon uyguladığımız istatistiksel açıdan anlamlı değerler arasında önemli sonuçlar elde ettik: (1) Dönerkapı hastalarında psikopatojinin şiddeti önemli bir risk faktörüdür ve bu şiddet Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (BPRS) kullanılarak saptanabilir. (2) Dönerkapı hastalarında saldırgan davranışlar özellikle başkalarına yönelik fiziksel saldırganlık önemli risk faktörü olarak saptanmıştır. (3) İlaç tedavisine uyumsuzluğa neden olan faktörler arasında ruhsal hastalığın çevreden anlaşılmasına karşı duyulan endişe ön plana çıkmaktadır. Hasta ruhsal rahatsızlığı nedeniyle ilaç kullandığının anlaşılmasından çekindiği ya da utandığı için ilaç kullanmamaktadır. (4) İlaç tedavisine uyumsuzluğa neden olan faktörler arasında hastanın tedavi konusunda algıladığı baskı da ön plana çıkmaktadır. Hasta kendi fikri alınmadan ya da zorla tedaviye başlanmasına veya ilaçları kullanması konusunda ailesi ve doktorları tarafından baskı yapılmasına duyduğu tepki nedeniyle ilaç kullanmamaktadır. (5) Düşük eğitim düzeyine sahip olmak sık yatışa neden olan sosyodemografik özelliklerden biridir. (6) Sık yatışa neden olan sosyodemografik faktörler incelendiğinde meslek sahibi olmamak bir risk faktörüdür. (7) Hastalığın seyri incelendiğinde döner kapı hastalarının hastalık sürelerinin uzun olduğu gözlemlenmektedir. (8) Başlangıç yaşının erken olması sık yatış için bir diğer risk faktörüdür.

TARTIŞMA

Bu çalışmada şizofreni hastalarının hastaneye sık yatışını etkilediği düşünülen sosyodemografik faktörler, hastalığa ve tedaviye ait faktörler detaylı olarak araştırıldı ve sık yatmayan şizofreni hastalarıyla karşılaştırıldı. Hastaların % 79.0' u 25-55 yaş aralığında idi. Cinsiyet açısından değerlendirdiğimizde erkek hasta oranı daha fazla idi(% 74.3). Bu sonuç şizofreninin kadınlarda daha iyi prognoza sahip olduğu, daha az yatışa gerek duyulduğu yönündeki çalışmaları destekler niteliktedir (Perry ve ark. 1995, Whiteborn ve ark. 1995). Eğitim durumu incelendiğinde anlamlı farklılıklar saptandı. Hastaların çoğunluğu ilkokul mezunu idi (% 57.1). Tek yatışı olan grupta lise + yüksek okul mezunu olanların oranı 46,0 % iken, sık yatan grupta bu oran ancak 21,0 % düzeyinde saptandı (p=0,0001).

Hastaların büyük kısmı bekar olarak tespit edildi (% 70). Hastaların % 20'si evli, % 13' ü boşanmış, % 2'si dul idi. Hastaların yarısının mesleği yoktu (% 44.8), % 23.8'i (kırsal/ kentsel) işçi idi. İşçi grubunun ve mesleği olmayan grubun sık yatan grupta anlamlı olarak yüksek bulunması (p= 0,0001), eğitim durumunda saptadığımız bulgularla paralellik göstermektedir. İşsizlik ve bekar olmak döner kapı için risk faktörüdür (Rabinowitz ve ark 1995). Evlilik, aile ile birlikte yaşama yatışlar üzerinde pozitif etkilidir (Belli ve ark. 2007)

Çalışmamızdaki hastaların büyük çoğunluluğunun (% 90.5) son 18 aydır çalışmıyor olması şizofreninin işlevselliği bozan bir hastalık olduğunu kanıtlar niteliktedir. Şizofreninin tedavisinde sosyal destek ve işlevselliği arttırmaya yönelik tedavilerin önemi vurgulamak açısından bu sonuç önemlidir. Sık yatan grup hastalarının az bir bölümünün (% 22.9) temel gereksinimlerini karşılamada yetersizlik göstermesine karşın, nadir yatan grupla karşılaştırıldığında (% 6.0) bu oran anlamlı derecede yüksektir.

Sosyal güvence ile ilgili bulduğumuz sonuçlar tartışmaya açıktır. Sosyal güvenceye sahip olanlar % 90.5 ve çoğunluk yeşil kart (sosyal güvencesi ve geliri olmayan hastalar yatış sonrası hastanede yattığını belirttikten sonra da yeşil kart alabilmektedir) idi. Ender yatan grupta bu oranın % 76.0 da kalması gruplar arasında anlamlı farklılık gösterdi. Ülkemizde sağlık hizmetlerinin pahalı

olması sık yatan hastaların ailelerini ekonomik açıdan etkilememek için sosyal güvence temin etmeye yönelmektedir. Sosyal güvencesi olmayan hastaların ekonomik zorluklardan yatıştan kaçındığını da düşünebiliriz.

Yatış sırasında hastaların % 72.4'ü içgörüyeye sahip değildi. Bu beklenen bir sonuç idi. Pek çok çalışmada saldırganlık döner kapı hastaları için risk faktörü olarak saptanmıştır. Çalışmamızda da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Sık yatan hastaların çoğunluğu (% 66.7) acil serviste saldırganlık gösterirken, tek yatışı olan grupta % 68.0 isteği dışında yatış yapmasına rağmen istatistiksel açıdan anlamlı olarak % 26.0 tespit edilmiştir.

Döner kapı hastalarında tedaviye uyumsuzluk önemli bir sorun ve risk faktörüdür (Hunt ve ark. 2002, Belli ve ark. 2007). Tedaviye uyum poliklinik kontrollerine uyum ve ilaç tedavisine uyum olmak üzere iki şekilde değerlendirilir. Ayaktan tedaviye uyum gösteren hasta oranı sadece % 16.2 idi. % 45.7 'si düzensiz gelmekte iken, % 38.1'i son 18 ayda sadece yatış için hastaneye gelmişti. Sarandol ve ark. nın 2007 de yaptıkları bir çalışma antipsikotik kullanma süresi ve hastane yatış sıklığının hastaların poliklinik takip sürelerine de etkili olduğunu göstermiştir. Polikliniğe başvuran şizofreni hastalarında yapılan bir çalışmada uyumsuzluk uzun dönemde % 25, akut dönemde % 51 bulunmuştur (Dilbaz ve ark. 2006). Çalışmamızda sık yatan şizofreni hastalarında son 18 ay içinde düzenli ilaç tedavisine uyum ne yazık ki % 19.0 düzeyinde kalmaktaydı. % 16.2 'si yatış dışında ilaç kullanmıyor. % 64.8'i düzensiz kullanıyordu. Bulduğumuz uyumsuzluk oranlarının çok daha yüksek bulunmasının çalışmamızın yatan ve döner kapı fenomeni kriterlerini karşılayan hastalarla yapıldığı hesaplanırsa mantıklı ve uyumlu olduğu düşünüldü. Günümüzde çok sayıda atak geçirmiş veya son 5 yıl içinde 2 atak geçirmiş hastalara yaşam boyu idame tedavi önerildiğini (Yağcıoğlu 2005) göz önüne alırsak düzenli ilaç kullanmanın önemini pekiştirmiş oluruz. Düzenli ilaç kullanmamanın nedenleri olarak psikopatoloji ve sosyal nedenler yer almaktadır. Hastanın hastane ya da hekimle sürekli iletişim halinde olması ve yakınlarından aldığı sosyal destek tedaviye olumlu katkı sağlamaktadır (Belli ve ark. 2007).

Hastaneye sık yatışa neden olan faktörlerin tedaviye uyumsuzluk, yetersiz sosyal destek olduğu bilinmektedir. Bizim çalışmamız da bu verileri desteklerken tedaviye uyumsuzluk en dikkat çekici olmuştur.

Psikiyatrik hastaların şiddet davranış (exitasyon) ve başkaları için tehlikelilik riski (homisid) istemsiz yatış için önemli bir kriterdir (Junginger 1996). Hastaların başvuru nedenleri ve yatış endikasyonları çeşitlilik göstermekle birlikte , endikasyon olarak % 85 akut alevlenme , başvuru nedeni olarak da % 67 ilaca uyumsuzluk- cevapsızlık ve başkalarına saldırganlık dikkatimizi çekti.

İlaç yan etkileri tedavi sırasında dikkat edilmesi gereken bir konudur. Pek çok hasta ilaç yan etkileri nedeniyle tedaviyi sonlandırmaktadır. Hastalarda gözlenen yan etki oranı anımsanmayacak ölçüde yüksektir. Özellikle yeni kuşak antipsikotikler psikotik belirtileri daha fazla iyileştirme, daha az yan etkiye neden olma ve dozaj kullanım kolaylığı nedeniyle hastalarda ilaç uyum niteliğini arttırmaktadır (Zygmunt ve ark. 2002). Uyumu daha fazla etkileyen gözle görülür yan etkiler yanında, hemen fark edilmeyen nötropeni, lenfopeni gibi hematolojik yan etkiler de tipik antipsikotiklerden daha fazla kaynaklanıyor gibi görünmektedir (Özsoy ve ark. 2008). Bu çalışmada hastalık süresince ve son 18 ay içinde ilaca bağlı yan etki deneyimi yaşayan hasta oranı % 71,4 ve % 45,7 olarak bulunmuştur. Yan etki oranı kontrol grubunda anlamlı ölçüde düşük bulunmuştur ($p= 0,002$). Tedavide ilaç seçiminde yan etki azlığı nedeniyle atipik antipsikotikler tercih nedeni olabilir. Zaten ilave depo antipsikotik kullanım oranı ve başlangıç antipsikotiğinin değiştirilmesi açısından atipik antipsikotikler, klasik antipsikotiklere oranla daha avantajlı bulunmuştur (Yılmaz ve ark. 2007). Ancak çalışmamızda yan etki oranı anlamlı yüksek saptanan sık yatan grupta 18 ay içinde atipik antipsikotik kullanımının da anlamlı yüksek ($p=0,019$) bulunması atipikler mi daha fazla yan etkiye neden olmaktadır diye düşündürülebilir. Atipik antipsikotiklerin hiperprolaktinemi dışında metabolik yan etkilerinin klasik antipsikotiklere göre daha fazla olduğu bilinmektedir (Altınbaş ve ark. 2005). Ancak sık yatan şizofreni hastalarında atipikler yanında tipiklerinde de yoğun olarak kullanılması ve kombinasyonların yapılması bu konuda yoruma izin vermemektedir. Atipiklerin lehine olan pek çok çalışmalar varken son yapılan bir çalışmada olanzapin ve risperidonun çocuk ve genç erişkinlerde eski klasik antipsikotiklere göre çok daha ciddi yan etkili, klinik olarak daha az etkili ve pahalı bulunması atipik antipsikotiklerin sorgulanmasına neden olmuş ve farmakoloji alanında daha pek çok çalışma yapılmasını gerektiğini göstermiştir

Psikiyatride güncel tedavi protokollerinde atipik antipsikotikler önemli yer işgal etmişlerdir. Hastalarımızın son 18 ay içindeki tedavileri incelendiğinde ilaç

kullanımı olan hastalarda oral atipik antipsikotik kullanımı % 78,1 olarak anlamlı ölçüde yüksek bulundu. Atipik depo kullanımının izole ve kombine olarak % 31,8 tedavide kullanılması gelecekte depo atipik ilaçlara yönelik çalışmalara ağırlık verilmesi açısından önemlidir.

Hastanede yatış sırasındaki tedavileri özellikle yeni çıkan atipik antipsikotik ilaçların tedaviye eklenmesiyle döner kapı hastalarında değişiklik gözlenip gözlenmediğini değerlendirmek amaçlı incelendi. Depo ve ilaç kombinasyonları sık yatan grupta istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Ancak güvenilirlik açısından daha fazla ve detaylı incelemeye gerek vardır. Sık yatan grupta ilaç tedavisine uyumsuzluğun yüksek olması depo kullanımına ve yeni ilaçlara yöneltmektedir. Uyumsuzluk dışında tedaviye direnç de kombinasyon ve depo kullanımına neden olan faktörlerdendir. Relapsın önlenmesinde uzun etkili depo nöroleptiklerin oral formlara oranla daha üstündür ve yatış sıklığını azaltmaktadır.

Hastalık süresi ortalamaları istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek ($16,8 \pm 9,56$) bulunmuştur ($p=0.0001$). İlk yatışlarında hastanede kalış süreleri tek yatışı olan grupla aynı sayılabilecek düzeyde idi ($27,03 \pm 19,97 / 28,4 \pm 20,84$). Kısa ve arkadaşlarının 2007'de Ankara Numune Hastanesi'nde yaptıkları bir çalışmada sosyodemografik özelliklerin hastanede yatış süresini etkilemediği, psikiyatrik tanılarının özellikle psikotik bozukluk ve duygudurum bozukluğunun yatış süresini diğer hastalık tanılarına göre artırma yönünde etkilediği sonucuna varılmıştır. Çalışmamızdaki her iki hasta grubu da aynı tanıyı almış olduklarından ilk yatış süreleri açısından fark saptanmaması bu çalışmayı destekler niteliktedir. Yatış süreleri ile yeniden yatış oranları arasında ilişki saptamayan çalışmalar vardır (Yıldız ve ark. 2003). İlk ve ikinci yatış arasındaki süre $26,66 \pm 44,87$ anlamlı olarak daha kısadır ($p=0,034$). BPRS skorları hastanede yatış süresinin uzunluğu hakkında bilgi verebilir (Hopko ve ark. 2001).

Toplam hastane yatış sayısı ($13,59 \pm 8,49$), son 18 ayda yatış sayısı, son 18 ayda hastanede geçirilen gün sayısı ($106,01 \pm 45,37$) beklendiği gibi anlamlı olarak ileri derecede yüksek bulundu ($p=0.0001$). Zaten üç ve üzeri yatış hasta grubu, tek yatış ise kontrol grubu olarak alınmıştı.

Başlangıç yaşının erken olması kötü prognoz kriteridir. Bu çalışmada da hastalığın başlangıç yaşı ortalamaları ($22,41 \pm 6,99$) literatürlerle uyumlu olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p=0,001$). Hastaların index periyoddan

önceki yatışlarına bakıldığında ortalama $14,82 \pm 14,16$ hafta gibi bir süreç göze çarptı. Taburculuk sonrası ayaktan tedavi sürecinin önemini vurgulamaktadır

Hastalığın şiddetini gösteren psikopatolojik bulgular hastalığın prognozu hakkında bilgi vermektedir (Buchkremer ve ark. 1991, Kaplan ve ark. 2000). Pozitif semptomların ön planda olması, depresif semptomlar gibi duygulanım semptomlarının olması iyi prognoz, negatif semptomlar ve saldırganlık öyküsünün olması ise kötü prognoz kriteridir (Kaplan ve ark.). Bu çalışmada PANSS pozitif ölçek-genel psikopatoloji-toplam puan ortalamaları tek yatış grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0.031$)($p=0.012$) ($p=0.006$). PANSS negatif ölçek puanlarında anlamlı farklılık gözlenmemiştir. Bu sonuçlar literatürler ve yapılan çalışmalarla uyumsuzluk, ancak hastanemizde on yıl önce yapılan benzer tez çalışması ile paralellik (Çelik 1997) göstermektedir.

Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği'nde her iki grup değerleri major sendromu göstermektedir. Sık yatan grupta istatistiksel açıdan anlamlı olarak psikopatoloji şiddetini gösteren puan ortalamaları ($38,92 \pm 11,05$) yüksek bulunmuştur ($p=0,0001$).

Tedaviye uyumsuzluk ile ilgili etkili ve yararlı teknikler geliştirebilmek için uyumu etkileyen nedenleri anlamak gerekir. Şizofrenide ilaç tedavisine uyumda güçlüğü yol açan en büyük faktör hastalığa karşı içgörünün az olmasıdır (Holzinger ve ark. 2002). Şizofreni hastalarında içgörü biyolojik, psikolojik ve psikososyal birçok faktörden etkilenmektedir (Dankı ve ark. 2007). İlaç tedavisine uyum konusunda şizofreni ve diğer kronik hastalıklar arasında benzerlikler vardır. Hasta ve hasta yakınlarının şizofreni ve ilaç tedavisi konusundaki inanışları uyumu belirlemede çok önemlidir (Üstünsoy ve ark. 2003). İlaç uyumsuzluğu ve riskleri ile ilgili gözden geçirme yazısında Lacro ve ark. İlaç uyumsuzluğunun en fazla içgörü eksikliği ile ilişkili olduğunu vurgulamışlardır (Lacro ve ark. 2002). Hastayı hastalığın belirtileri hakkında bilgilendirmek içgörü kazanmasında faydalı olacaktır. İçgörü ve uyum azlığının farklı sebepleri olabilir bunlar; nörokognitif defisitler, şizofreni hastalarının daha da abartılı kullandıkları savunma mekanizmaları olan inkar ve yansıtmanın birer sonucu olarak davranışa yansması olabilir (Holzinger ve ark. 2002, Rusch ve ark. 2002). Uyum ve içgörü başarılı bir şekilde arttırıldığında tedavi daha etkin hale gelecek ya da tedavi daha etkin olduğunda uyum ve içgörü de artacaktır.

Şizofreni hastalarında bireylerin belirtilerini algılayışları, bunları nasıl tanımladıkları, hastalıklarının seyrinden ve tedaviden neler bekledikleri araştırılarak içgörünün düzeyi dolaylı olarak ölçülebilir (Üstünsoy ve ark. 2003). Bu çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir. İlaç tedavisine uyumsuzluğu değerlendirdiğimizde iç görü ve psikopatoloji puan ortalamaları tek yatış grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0,006$, $p=0,0001$). Aker ve ark. "Psikotik Bozukluğu Olan Hastalarda İlaç Tedavisine Uyumsuzluğu Değerlendirme Ölçeği"ni kullanarak 2000 yılında Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde psikotik bozukluğu olan 37 hastayla yaptıkları bir çalışmada, ilaç uyumsuzluğunu etkileyen etkenlerin başında şiddetli psikopatolojinin geldiğini (% 64.9) bulmuştur. Kötülük görme, büyüklük ve kontrol edilme sanrılarının ön planda olduğu pozitif belirtiler ilaç uyumunu ciddi biçimde bozmaktadır (Aker ve ark. 2000). İlaç tedavisine uyumsuzluğu değerlendirme sırasında hastalığın seyri ve ilaç tedavisi ile ilgili kuruntular, korkular açısından iki grup arasında farklılık saptanmamıştır.

Uyumsuzluğa neden olan ilaç ile ilgili faktörler tedavi rejiminin karmaşıklığı, olumlu etkilerin geç ortaya çıkması, ilacı kesmenin ardından uzunca bir süre sonra ortaya çıkan olumsuz etkiler ve istenmeyen yan etkilerdir (Pan ve ark. 1989). Aker ve ark. çalışmalarında, uyum ile yazılan ilaç sayısı ve ilaç alınma sıklığı arasında ters orantılı bir ilişki bulmuş ve parenteral ilaç rejimlerinin de uyumu bozduğunu gözlemlemiştir. İlaç tedavisi sırasında yan etki nedeniyle uyumsuzluk çalışmada sık yatan grupta anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ($p= 0,035$). Çalışmalar tedaviyi bırakmaya neden olan yan etkileri nörolojik, endokrin, antikolinerjik ve ekstra piramidal sistem yan etkiler olarak göstermiştir (Misdrahi ve ark. 2002). Paradoksik olarak bir çok çalışmacı da yan etkilerin tedaviye uyum üzerinde olumsuz etkisi olmadığını hatta yan etki geliştiğinde hekim tarafından bilgilendirilmenin artması ve hasta-hekim ilişkileri nedeniyle olumlu etkiler yarattığını iddia etmiştir (Kemp ve ark. 1998)

Ekonomik güçlükler nedeniyle ilaç kullanımı ve kontrollerin aksaması hastalığın süregenleşmesine ve özellikle pozitif belirtilerle seyreden vakalarda hastanın çevre ile uyumunu olumsuz etkilemektedir (Aker ve ark. 2000). İlaç rejimine uymakta güçlük çektiği ve ekonomik imkansızlıklar nedeniyle ilaç alamama, yaşadığı çevre koşulları nedeniyle hastaneye ve ilaçlara ulaşamama, sosyal yaşantısını engelleyeceği düşüncesiyle ilaç kullanmama döner kapı

hastalarında daha sık saptanmakla beraber istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı.

Sosyal ve çevresel destek eksikliği ilaç uyumsuzluğu sebeplerinin ön sıralarında yer almaktadır. İlaç tedavisine uyumsuzluğu değerlendirmede belirli sosyal ve/veya çevresel desteğe sahip olamadığı için ilaç kullanmama her iki grupta benzerdi.

Hastalık hakkında bilgilenme düzeyi arttıkça psikopatolojinin şiddeti azalmakta, tedaviye uyum artmakta ve remisyon süresi uzamaktadır (Rusch ve ark. 2002). İlaç konusunda yetersiz bilgilendirildiği, yakınmaları geçtikten sonra ilaç kullanmasının gerekli olduğunu düşünmediği, uzunca bir süre kullanmayı anlamsız bulduğu için ilaç kullanmadığı konusundaki yorumlama iki grup arasında farklılık göstermedi. Bölge ve hastane şartları da sık ve ender yatan grupta ilaç uyumsuzluğu açısından farklı değildi.

Sık yatan grup istatistiksel açıdan anlamlı olacak şekilde ruhsal rahatsızlığı nedeniyle ilaç kullandığının anlaşılmasından çekindiği/utandığı için ilaç kullanmamaktaydı ($p= 0,002$). Damgalanma korkusunun antipsikotik tedaviye uyumu etkilediğini saptayan benzer çalışmalarla uyumlu idi (Dilbaz ve ark. 2006).

Evlenme, çocuk sahibi olma, çalışma gibi sosyal yaşantısının ilaç nedeniyle engelleneceğini düşünme, hocalardan fayda göreceğine inanma sık yatan grupta fazla olmakla beraber anlamlı bir fark göstermedi.

Çevrenin ilaca karşı tutumunun çok önemli olduğunu saptandı. Sık yatan gruptaki hastalarda aile ve yakınlarının ilaç kullanımı konusundaki olumsuz tutumları nedeniyle ilaç kullanmama anlamlı oranda yüksekti ($p= 0,042$). Bu sonuç bize ailenin bilgilendirilmesi ve desteğinin önemini vurguladı.

Döner kapı hastası kendi fikri alınmadan/zorla tedaviye başlandığı veya ilaçları kullanma konusunda yapılan baskıya tepki nedeniyle ilaç kullanmadığını ifade etmekteydi ($p= 0,0001$). Ancak bunu tamamen bu hastaların aileleri baskıcıdır şeklinde yorumlayamayız. Döner kapı hastalarında içgörü eksikliğinin varlığı ve ailenin ilaç konusunda söylediklerini farklı ve yanlış yorumlama da söz konusudur.

İlaç tedavisine uyumsuzluğun bütünsel değerlendirilmesine ve uyumsuzluğun şiddetinin değerlendirme sonuçları farklılık göstermedi.

İçgörü yetersizliği tedeaviye uyumsuzluk ve döner kapı fenomeni risk

faktörleri arasındadır. İlgörünün toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p= 0,011$). Yatış sıklığı hastalığın pozitif semptomlarına (varsanı- hezeyan) yönelik içgörü açısından farklılık göstermemektedir.Tedaviyi ve hastalığı kabullenmeye yönelik içgörü beklenen ve literatürlerle uyumlu şekilde sık yatan grupta istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p=0,002$ $p=0,008$). Hezeyan ve halüsinasyonlarından çevreye bahsederken gösterdikleri tutum da her iki grupta anlamlı farklılıklar göstermiştir ($p= 0,02$)

Şiddet ve saldırganlık davranışı şizofreni hastaların yatış endikasyonları arasında önemli bir yer tutmaktadır. Döner kapı hastalarının risk faktörleri arasında da pek çok çalışmada gösterilmiştir. Bu çalışmada literatürlerle uyumlu olarak sık yatan grupta saldırganlık oranı yüksektir. Döner kapı hastalarının geçmişe dönük saldırganlık davranışları değerlendirildiğinde sözel, nesnelere ve kendine yönelik agresyon ve başkalarına yönelik saldırganlık tek yatışı olan gruba oranla istatistiksel ölçüde yüksek derecede anlamlı bulunmuştur ($p=0,0001/ p= 0,001/ p= 0,0001/ p=0,0001$).

Alkol ve madde kullanımı şizofreni hastalarında psikiyatrik semptomların artmasına neden olur. Bu da tekrarlayan yatışlar demektir (Sullivan ve ark. 1995). Hastaların büyük kısmında şaşırtıcı olarak alkol (% 92) ve madde (% 89) kullanımı saptanmadı. Benzer şekilde Akvardar ve ark. yaptıkları bir çalışmada ülkemizde şizofreni hastalarında madde kullanımının diğer ülkelere göre ihmal edilebilir düzeyde bulunması yasal olmayan maddelerle karşılaşma ve ulaşma zorluğu ile açıklanmıştır (2003). Döner kapı için madde kötüye kullanımının risk olarak saptanmadığı çalışmalarla (Rabinowitz ve ark. 1995) benzerlik gösterse de bu sonucun yurt dışında yapılan pek çok çalışmayla (Kastrup 1987, Gupta ve ark. 1996, Hunt ve ark. 2002) zıtlık göstermesi dini ve kültürel özelliklerimize bağlanabileceği gibi, hastanemizde alkol ve madde kullanan psikotik hastalarda şizofreni tanısının daha nadir konduğu, hastaların BTA Psikotik Bozukluk ya da Alkol- Madde Kullanımına Bağlı Psikotik Bozukluk tanıları aldığını düşündürebilir. Kültürümüzün madde kullanmayı engelleyici yönünü kullanarak tedavide uyumu arttırabiliriz (Belli ve ark. 2007). Yine yurt dışı çalışmalarla farklı olarak hastaların % 85.7'si aile ile birlikte yaşamaktaydı. Bunu da kültürel yapımız, aile birliğine önem vermemiz açısından değerlendirmekle birlikte ülkemizde şizofreni hastaları için yalnız yaşama

ortamının bulunmadığı yönünde de düşünebiliriz.

Hastaların büyük çoğunluğu yatış sırasında acil servise ya da polikliniklere ailesi tarafından (%60.0) getirilmişti, kendi isteği ile başvuran hasta oranı sadece % 27.6 idi. % 93.3 gibi büyük bir oranda yatış hastanın isteği dışında gerçekleşti. Aile tarafından getirilme ve istemsiz yatışın yüksek oranda olması, hastalık sırasında içgörü yokluğu ve bu dönemde saldırganlığın artışı göstermektedir.

Hastaların hastalığın başlangıç dönemindeki ilk yatış ve son yatışları aile ilişkisi açısından incelendiğinde aile desteğinin giderek azalmakla beraber devam ettiğini göstermektedir (% 88.6- % 85.7). Bu hastaların aile ile birlikte yaşama bulgusunu desteklemektedir.

Hastaların % 52.4 'ünün ailesinde ruhsal hastalık öyküsünün saptanması, önceki çalışmalarda da gösterilmiş olan genetik geçişin varlığı konusunda yapılan çalışmalara önem verilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Ailede intihar öyküsü % 5.7 gibi düşük oranda olmasına karşın hastaların intihar girişim oranı % 27,6 saptandı. Ancak sık yatan grup ile tek yatışı olan grup arasında oranda anlamlı farklılık yoktu. Bu bize depresyon komorbiditesi olan ve negatif belirtilerle seyreden şizofreni hastalarında artmış olarak izlenen intihar düşüncesinin (Hocaoğlu ve Tekin 2007) yatış sayısı ile çok fazla ilişkili olmadığını düşündürmektedir. Şizofreni hastalarının % 50 intihar girişiminde bulunduğu, % 10'unun da yaşamlarını kaybettikleri bilinmektedir.

Hastalığın uzunlamasına seyri bakıldığında büyük çoğunluğunda (% 79.0) semptomlar süreklilik göstermektedir. Yatan hastalar arasında paranoid tipin en sık görüldüğü çalışmalar (Deveci ve ark. 2005) olabildiği gibi bu çalışmada hastaların büyük bir kısmını farklılaşmamış tip şizofrenik bozukluğu olan hastalar oluşturmaktaydı (% 36.2). Sonra sırasıyla dezorganize, paranoid, rezidüel, katatonik tip şizofreni geliyordu. Hastaların % 35.2' sinde son 18 ayda ruhsal hastalık dışında başka bir tıbbi durum eşlik etmiştir.

SONUÇ

Şizofreni tanısı alan hastalar arasında işlevselliği ileri derecede bozan, yüksek maddi kayıplara neden olan sık yatışlar döner kapı fenomeni olarak adlandırılmakta ve gelişmekte olan ülkelerde ciddi bir sorun oluşturmaya devam etmektedir. Risk faktörlerinin belirlenmesi gelecekte sık yatışları engellemeye yönelik tedavi ve sosyal programların düzenlenmesi açısından önemlidir.

Bizim çalışmamızda sık yatan grubun mesleğinin olmadığı ya da işçi grubuna dahil olduğu, bununla paralel olarak eğitim düzeyinin artışı ile sık yatışların azaldığının görülmesi, sağlık konusunda yapılacak değişiklikler kadar toplumun genel eğitim düzeyinin artmasının da hastalıklar konusunda ne kadar önemli olduğunu göstermiştir.

Sık yatışlar hastanın temel gereksinimlerini karşılamada yetersizliğe ve çalışma düzeni dahil işlevselliğinin bozulmasına neden olmaktadır. Sosyal güvence konusunda elde ettiğimiz sonuçlar güvencesi olmayan hastaların yatıştan kaçındıklarını ya da mesleği olmayan sık yatan grubun yatış sonrası kolaylıkla yeşil kart çıkartabildiğini düşündürecek şekilde tartışmaya açıktır.

Döner kapı hastalarının hastalık seyirleri de farklılık göstermektedir. Hastalık süreleri daha uzun olup, ilk ve ikinci yatışlar arasındaki süre daha kısadır. Hastalık daha erken yaşlarda başlamaktadır.

Büyük çoğunluğunun isteği dışında istemsiz yatışı yapılan döner kapı hastaları içgöründen yoksundur. İçgörü eksikliği tedavi kabulü, hastalık varlığının kabulü ve çevrenin hastalık konusundaki geri bildirimlerinin kabulü konularında daha belirgindir. Hezeyan ve varsanı gibi patolojik semptomların kabulü yatış sıklığı açısından fark göstermemektedir.

Döner kapı hastalarını farmakolojik olarak tedavi etmeye yönelik yoğun çabaları bu hastalarda atipik antipsikotiklerin, depo preparatların ve karmaşık kombine ilaçların daha fazla kullanılması ortaya koymaktadır. Saldırganlık potansiyeli fazla olan bu grupta tedavi protokollerinde EKT kullanımı yüksek oranda yer almaktadır.

Hastanın kliniğinde pozitif semptomların bulunması, şiddet davranışının varlığı, içgörü eksikliğine tedaviye uyumsuzluk sık yatış için risk faktörüdür. İlaç

tedavisine uyumsuzluk nedenleri içgörü eksikliği, psikopatoloji, ilaçlara bağlı yan etkiler, çevre tarafından ruhsal hastalığın anlaşılmasına yönelik duyulan endişe, çevrenin ilaçlara karşı olumsuz tutumu ve hastaya tedavi konusunda yapılan baskı şeklinde sayılabilir.

Lojistik regresyon uygulamasıyla istatistiksel açıdan önemli sonuçlar elde ettik: (1) Dönerkapı hastalarında psikopatojinin şiddeti önemli bir risk faktörüdür ve bu şiddet Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (BPRS) kullanılarak saptanabilir. (2) Dönerkapı hastalarında saldırgan davranışlar özellikle başkalarına yönelik fiziksel saldırganlık önemli risk faktörü olarak saptanmıştır. (3) İlaç tedavisine uyumsuzluğa neden olan faktörler arasında ruhsal hastalığın çevreden anlaşılmasına karşı duyulan endişe ön plana çıkmaktadır. Hasta ruhsal rahatsızlığı nedeniyle ilaç kullandığının anlaşılmasından çekindiği ya da utandığı için ilaç kullanmamaktadır. (4) İlaç tedavisine uyumsuzluğa neden olan faktörler arasında hastanın tedavi konusunda algıladığı baskı da ön plana çıkmaktadır. Hasta kendi fikri alınmadan ya da zorla tedaviye başlanmasına veya ilaçları kullanması konusunda ailesi ve doktorları tarafından baskı yapılmasına duyduğu tepki nedeniyle ilaç kullanmamaktadır. (5) Düşük eğitim düzeyine sahip olmak sık yatışa neden olan sosyodemografik özelliklerden biridir. (6) Sık yatışa neden olan sosyodemografik faktörler incelendiğinde meslek sahibi olmamak bir risk faktörüdür. (7) Hastalığın seyri incelendiğinde döner kapı hastalarının hastalık sürelerinin uzun olduğu gözlemlenmektedir. (8) Başlangıç yaşının erken olması sık yatış için bir diğer risk faktörüdür.

ÖNERİLER

Şizofreni hastalarında döner kapı fenomeni ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde halen devam etmekte ve tartışılmakta olan bir konudur. Sık yatışları önleme konusunda eğitim düzeyi, tedavi uyumu, iç görü, aile desteği oldukça önemlidir. Bu yüzden şizofreni hastalarının ve yakınlarının eğitim düzeyi mutlak arttırılmalıdır. Verilen sağlık eğitiminden yarar görebilmeleri için, özel ilgi ve gereksinimleri belirlenmeli ve bu doğrultuda eğitim programları hazırlanmalıdır.

Sık yatışlarına neden olan ilaç uyumsuzluğu ve ilaç uyumsuzluğunun da önemli nedenlerinden biri ilaç yan etkileridir, bu nedenle şizofreni hastalarında etkinliği yüksek, yan etki oranı az, kullanım kolaylığı olan yeni farmakolojik ajanlara yönelik çalışmalara hız verilmelidir.

ÖZET

Giriş: Şizofreni tanısı alan hastalarda sık yatış ve tek yatışı olan hastaların sosyodemografik faktörler, klinik etmenler, tedavi yöntemleri ve tedavi uyumu açısından değişkenlik gösterdiği bulunmuştur. Bu çalışmanın amacı 18 aylık bir süre içinde 3 ve üzerinde hastane yatışı bulunan şizofreni hastalarında cinsiyet, yaş, medeni durum, yaşam koşulları, tanı, alkol ve madde bağımlılığı gibi sosyodemografik , psikopatolojinin şiddeti, yatış süreleri, klasik ve atipik antipsikotiklerle tedavi, içgörü, ilaç tedavisine uyumsuzluk ve saldırganlık gibi değişkenlerin hastaneye yatış üzerine etkisini saptamaktır.

Yöntem: Bu çalışmaya Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi genel psikiyatri kliniklerinde 1 Ağustos 2007 ile 31 Ağustos 2008 tarihleri arasında yatarak tedavi görmekte olan, çalışmaya kabul ölçütlerini dolduran DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre şizofreni tanısı alan, geçmişte son 18 ay içinde 3 ve üzerinde yatarak tedavi öyküsü bulunan, 105 hasta (78 erkek ve 27 kadın) ve indeks epizod dışında son 18 aylık zaman diliminde yatış öyküsü bulunmayan 50 yatan hastada (35 erkek ve 15 kadın) alınmıştır. Araştırmaya alınan hasta ve kontrollerin tanıları SCID-I ölçeği kullanılarak kesinleştirildi. Hastalara ve kontrollere sosyodemografik özellikleri ve klinik özellikleri değerlendiren yarı yapılandırılmış Soru Formu, psikotik semptomların ve hastalığın şiddetini değerlendirmek için PANSS (Pozitive and Negative Sendrome Scale) ve Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (BPRS), Psikotik Bozukluğu Olan Hastalarda İlaç Tedavisine Uyumsuzluğu Değerlendirme Ölçeği, İç Görü Değerlendirme Ölçeği, Geçmişe Dönük Saldırganlık Ölçeği uygulanmıştır. Hastalara ait eski yatış dosyaları incelendi. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma,vs.) yanı sıra ikili grupların karşılaştırmasında bağımsız t testi , nitel verilerin karşılaştırmalarında ki-kare testi kullanılmıştır. 3 yatış ve tek yatış gruplarını etkileyen faktörleri belirlemede sosyodemografik değişkenler ve ölçekler ayrı ayrı logistik regresyon analizine alınmış ve etkili faktörler belirlenmiştir.

Bulgular: Gruplar arasında (18 ayda üç ve üzeri yatışı olan) (18 ayda tek yatışı olan) sosyodemografik faktörler incelendiğinde eğitim durumu, meslek, son 18 ayda çalışma durumu, temel gereksinimlerini karşılamada yetersizlik ve sosyal güvence bakımından anlamlı farklılıklar saptandı. Düşük eğitim düzeyi, düzenli çalışma yaşantısının olmaması, temel gereksinimlerini karşılamada yetersizlik sık yatan grupta ön plana çıkan bulgularıdır. Hastalık süresinin uzunluğu, hastalığın başlangıç yaşının erken olması dönerkapı fenomeni için risk faktörü olarak saptandı. Sık yatan grup içgöründen yoksundu, acil serviste yatışı kabul etmeyip saldırganlık göstermişlerdi. Tedavileri sırasında EKT uygulananı, depo ve atipik nöroleptik kullanımı ve ilaçlara bağlı yan etki tek yatışı olan gruba göre daha yüksek idi. Psikopatolojinin şiddetini değerlendirdiğimiz BPRS skorları ile PANSS pozitif ve genel psikopatoloji alt grupları sık yatan grupta anlamlı derecede yüksek bulundu. Beklendiği şekilde sık yatan grubun GASÖ de saldırganlık skorları yüksek ve İGDÖ de içgörü değerleri düşük bulundu. İçgörü eksikliği, psikopatoloji, yaşanan yan etkiler, ruhsal hastalığa karşı olumsuz tutum, tedavi konusunda algılanan baskı sık yatan grubun ilaç tedavisine uyumsuzluğuna neden olan faktörler arasında anlamlı derecede yüksek olarak saptandı. İstatistiksel açıdan anlamlı olan değerler lojistik regresyona alındı.

Sonuç: Dönerkapı hastalarında psikopatolojinin şiddeti önemli bir risk faktörüdür ve bu şiddet Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (BPRS) kullanılarak saptanabilir. Özellikle başkalarına yönelik fiziksel saldırgan davranışlar, düşük eğitim düzeyine sahip olmak, düzenli çalışmamak, uzun hastalık süresi, hastalık başlangıç yaşının erken olması sık yatışa neden olan önemli risk faktörleridir. Hasta ruhsal rahatsızlığı nedeniyle ilaç kullandığının anlaşılmasından çekindiği ve fikri alınmadan zorla tedaviye başlanması konusunda ailesi ve doktorları tarafından baskı yapılmasına duyduğu tepki nedeniyle ilaç tedavisine uyumsuzluk göstermektedir.

SUMMARY

Examination of Revolving Door Phenomenon Variables on Patients of Schizophrenic Disorder

Introduction: It is discovered that the patients with one-time and frequent inpatient treatments subject to schizophrenia diagnosis show difference from the point of view of socio-demographic factors, clinical matters, treatment methods and conformance of treatment. The objective of this study is to determine the effect of variances such as violence of the psychopathology, inpatient treatment periods, treatment with classical and atypical antipsychotics, insight, inconformity with medical treatment and aggression and socio-demographic matters for instance, sex, age, marital status, living conditions, diagnosis, alcohol and drug addiction on the inpatient schizophrenia patients, experienced 3 times and more inpatient treatments within a period of 18 months.

Method: 50 patients, who were experienced the inpatient treatment (35 men and 15 women), had no inpatient hospitalization story within the last 18 month-period apart from the index episode and 105 patients (78 men and 27 women) with inpatient stories 3 or more within the last 18 months, and subject fulfilling DSM-IV for schizophrenia and fulfilled the acceptance criteria and were undergoing treatment at the general psychiatry clinics of Bakırköy Mental and Neuropathics Hospital between the dates of August 01, 2007 and August 31, 2008 , are included in this study.

The diagnosis of the patients taken into the study and controls were ascertained by the use of the SCID-I scale. The semi-structured Question Form assessing the socio-demographic characteristics and clinical characteristics to the patients and controls are applied to PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale) and Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) in order to evaluate the psychotic symptoms and severity of the illness, Maladjustment Assessment Scale to the Medical Treatment on the Patients Suffering from Psychotic Disorder, Insight Assessment Scale, Retrospective Scale of Aggression are applied . Previous

inpatient files, related to the patients, were examined accordingly. The chi-square test is used in comparisons of the qualitative data and independent t test, however, in the comparison of the dual groups along with the descriptive statistical methods (average, standard deviation and so on) in the assessment of the data. The socio-demographic variances and scales are taken into separate logistic regression analysis in determining of the factors affecting the group subject to 3 and single inpatient treatments and effective factors are determined in that context.

Findings: When the socio-demographic factors between the groups are examined, it is determined that there have been significant differences in respect of educational and professional status, work within the last 18 months, insufficiency in meeting the basic requirements and social security. Low educational level, lack of regular and orderly work life was the findings coming forward in the group subject to frequent inpatient treatment. The length of the illness period, early age of the commencement of illness was determined as a risk factor for the revolving phenomenon. The group subject to frequent inpatient treatment lacked of related insight, they did not accepted the inpatient treatment at the emergency care unit and resorted to aggression. The use of EKT as well as depot and atypical neuroleptic usage and side effects arising from medicines were higher in comparison with the patients subject to single inpatient treatment. The BPRS scores where we assess the violence of psychopathology and PANSS positive and general psychopathology sub-groups were found to be significantly higher in the group subject to frequent inpatient treatment. As is expected, the aggression scores of the group subject to frequent inpatient treatment in GASO were found to be higher and insight values in the IGDO, however, lower. The lack of insight, psychopathology, side effects experienced, negative attitude against the mental illness, pressure perceived on the pertaining treatment were determined as considerably higher among the factors causing the inconformity to the medical treatment of the group subject to frequent inpatient treatment. The values that are meaningful from statistical point of view were taken into logistic regression.

Conclusion: The violence of the psychopathology on the Revolving Door Phenomenon patients is an important risk factor and this violence may be determined by the use of a Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). Especially, the behaviors related to physical aggression against the others are the important risk factors such as low educational level, irregular work, long illness period, early illness age and so on causing the said frequent inpatient treatment. The patient shows incompatibility to the medical treatment as a result of pressure by the family and physicians of the patient on beginning the treatment by exerting force and furthermore, as a result of being scared of others to get to know about and be aware of his/her use of medicine for the said mental disorder.

KAYNAKLAR

- Aker T, Sungur M. Şizofrenide Bireysel Bilişsel ve Davranışçı Tedavi Yöntemleri Uygulama Kitabı. İstanbul, 2000
- Aker T, Üstünsoy S, Kuğu N, Yazıcı A: Psikotik bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum ve ilaç tedavisine uyumsuzluğu değerlendirme ölçeği, 36. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Poster Bildirisi, 2000
- Akvardar Y, Tümöklü M, Alptekin K. Şizofreni ve Madde Kullanımı. Bağımlılık Dergisi; 4(3):118-122, 2003
- Alptekin K. ve Atbaşoğlu E.C. Şizofreni Tedavi Kılavuzu, 2005
- Altınbaş K, Kurt E, Oral ET. İkinci Kuşak Antipsikotiklerin Endokrin Yan Etkileri: İstisna mı, Kural mı? Anadolu Psikiyatri Dergisi; 6(4):259-266 , 2005
- Andreasen NC: The Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS). Iowa City, The University of Iowa, 1983
- Andreasen NC: The Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS). Iowa City, The University of Iowa, 1984
- Arseneault L, Moffitt TE, Caspi A, Taylor PJ, Silva PA. Mental disorders and violence in a total birth cohort: results from the Dunedin study. Arch Gen Psychiatry; 57:979-986, 2000
- Axelroad S, Wetzler S. Factors Associated With Better Compliance With Psychiatric Aftercare. Hos. And Comn. Psychiatry, 40: 397-401, April 1989
- Baier M, De Shay E, Owens K. The relationship between insight and clinical factors for persons with schizophrenia. Arch Psychiatr Nurs, 14:259-265, 2000
- Bartels JS, Drake RE, Wallach MA, Freedman DH. Characteristic hostility in Schizophrenic outpatient. Schizophrenia Bulletin. 17 :1;163-171, 1991
- Bartko G, Herczeg I, Zador G: Clinical symptomatology and drug compliance in schizophrenic patients. Acta Psych Scand :74-76, 1988
- Belli H, Özçetin A, Ertem Ö, Alpay E, Bahçebaşı T, Kıran CK, Baykız AF, Bayık B. Şizofreni hastalarında sosyodemografik özellikler ve tedavi ile ilişkili etkenler. Anadolu Psikiyatri Dergisi ; 8(2):102-112, 2007
- Bergen J, Hunt G, Armitage P, Bashir M. Six-month outcome following a relapse of schizophrenia. Aust N Z J Psychiatry. Dec;32(6):815-22, 1998

Böke Ö, Sarısoy G, Çelik C, Aker S, Bahçe Z, Şahin AR. Yatarak tedavi gören şizofreni hastalarında fiziksel saldırganlık ve nörolojik silik işaretler. Klinik psikofarmakoloji Bülteni; 18(1):22-30, 2008

Buchanan RW, Carpenter WT. 12.1 Şizofreni Kavramı. Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry (Türkçesi). Aydın H, Bozkurt A (Ed). Güneş Kitabevi; 1329-1345, 2007

Buchkremer G, Stricker K, Holler R, Kuhs H. The Predictability of Relapses in Schizophrenie Patients. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 240; 292-300, 1991

Casper E, Romo J, Fasnacht R. Readmission patterns of frequent users of inpatient psychiatric service. Hosp Community Psychiatry; 42:1166-7, 1991

Ceylan ME ve Çetin M. Genel Bilgiler.Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri Şizofreni-I.Ceylan ME ve Çetin M (Ed).1.cilt 3. baskı:83-125. İstanbul, 2005

Cuffel BJ, Chase P. Remission and relaps of substance use disorders in schizophrenia: Results from a one-year prospective study. J Nerv Ment Dis, 182:342-348,1994

Çelik O. Şizofrenik Bozukluklarda Sık Hastane Yatışını Etkileyen Faktörler (Uzmanlık Tezi). İstanbul 1997

Çobanoğlu ZSÜ, Aker T, Çobanoğlu N. Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi;16(4):211-218, Aralık 2003

Dankı D, Dilbaz N, Okay İT, Teki Ş. Şizofreni Tanısı Olan Hastalarda İçgörünün Aile Öyküsü, Pozitif ve Negatif Belirtilerle İlişkisi. Türk Psikiyatri Dergisi ; 18(2):129-136, 2007

Dervaux A, Laqueille X, Bourdel MC, Leborgne MH, Olie JP, Loo H, Krebs MO. Cannabis and schizophrenia: demographic and clinical correlates. Encephale;29(1):11-7, Jan-Feb 2003

Deveci A, Danacı AE, Gürlek E, İçelli İ. Psikiyatri kliniğinde yatarak izlenen şizofreni hastalarının sosyodemografik ve klinik özellikleri. 3P Dergisi; 13(1):49-53, 2005

Dilbaz N, Karamustafalıoğlu O, Oral T, Önder E, Çetin M. Psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreni hastalarında tedaviye uyumun ve uyumu etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni;16(4):223-232, 2006

Ensari H, Ceylan ME, Kılınç E, Kenar J. Türkiye'deki ruh hastalıkları hastanelerindeki psikofarmakolojik tedavilerin kalite yönünden değerlendirilmesi.

Klinik Psikofarmakoloji Bülteni ;14(2):68-78, 2004

Ertuğrul A, Rezaki M. Prefrontal kortex ve şizofreni. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni; 16(2):118-127, 2006

Evren EC. İki Uçlu Duygudurum Bozukluklarında Sık Hastane Yatışını Etkileyen Faktörler.(Tez çalışması). İstanbul 1995

Fenton WS, McGlashen TH, Victor BJ, Blyer CR. Symptoms subtype and suicidality in patient with schizophrenia spectrum disorders. Am. J. Psychiatry. 154; 199-204, 1997

Frangou S ve Murray RM. Şizofreni. Çeviren Gürkan Kazancı. Nobel Tıp Kitabevleri, 2008

Fresan A.,Apiquian R., Nicolini H., Anaya M. G. Association Between Violent Behavior and Psychotic Relapse in Schizophrenia: Once More Through The Revolving Door? Salud Mental, enero-febrero, ano/vol. 30, numero 001, 2007

Gastal FL. Controle estatístico de processo: um modelo para a avaliação da qualidade de serviços de internação psiquiátrica (tese). São Paulo: Universidade Federal de Sao Paulo/EPM; 1995

Goodpastor W.A., Hare B.K. Factors associated with multiple readmissions to an urban public psychiatric hospital. Hospital and Community Psychiatry, 42, 85-87, 1991

Grossman LS, Haywood TW, Cavanaugh JL, Davis JM, Lewis DA. State psychiatric hospital patients with past arrests for violent crimes. Psychiatr Serv.;46(8):790-5, Aug 1991

Gupta S, Hendricks S, Kenkel AM, Bhatia SC, Haffke EA. Relaps in schizophrenia: is there a relationship to substance abuse? Schizophr Res.;20(1-2):153-6, May 1996

Güvenç C, İlnem C, Ceylan ME, Vardar M. Şizofreni ve östrojen. Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi ;17(2):99-104, 2004

Haver E, Baruch Y, Kotler M. Special Editorial: The Sructural Reform of Mental Health Services. The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences. Jerusalem. Vol. 40, Iss 4; pg. 235, 3 pgs, 2003

Haywood TW, Kravitz HM, Grosman LS, Cavanaugh JL jr, Davis JM, Lewis DA. Predicting the “revolving door” phenomen among patients with schizophrenic, schizoaffective disorders. Am J Psychiatry;152: 856-61, 1995

Heila H, Isometsa ET, Henriksson MM, Heikkinen ME, Marttunen MJ, Lonqvist

JK. Suicide in schizophrenia: a nationwide psychological autopsy study on age and sex specific clinical characteristics of 92 victims with schizophrenia. *Am J Psychiatry*;154: 1235-1242, 1997

Heyscue BE, Levin GM, Merrick JP. Compliance with depot antipsychotic medication by patients attending outpatient clinics. *Psychiatr Serv.*; 49(9):1232-4, Sep 1998

Hocaoğlu Ç, Tekin Z. Bir Psikiyatri Hastanesinde Tedavi Gören Şizofrenik Hastalarda İntihar Düşüncesi: Pozitif ve Negatif belirtiler, Depresyon ve Umutsuzluk İlişkisi. *Yeni Symposium*; 45(4):180-188, 2007

Holzinger A, Loffler W, Muller P, Priebe S, Angermeyer MC: Subjective illness theory and antipsychotic medication compliance by patients with schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 190(9): 597-603, 2002

Hopko DR, Lachar D, Bailey SE, Varner RV. Assessing predictive factors for extended hospitalization at acute psychiatric admission. *Psychiatr Serv.*;52(10):1367-73, Oct 2001

Hunt GE, Bergen J, Bashir M. Medication compliance and comorbid substance abuse in schizophrenia: impact on community survival 4 years after a relapse. *Schizophr Res.* 1;54(3):253-64, Apr 2002

Işık E ve Işık U. Şizofreni.Güncel Klinik Psikiyatri. Işık E, Taner E, Işık U (Ed). 5:81-115.Ankara 2008

Junginger J. Psychosis and Violence. The car efor a content analysis of psychotic Experience *Schizophrenia Bulletin* 22: 1; 91-103, 1986

Kane J, Honigfeld G, Singer J, et al. Clozapine for treatment- resistant schizophrenic. A double-blind comparison with chlorpromazine. *Arch Gen Psychiatry* ;45:789-96, 1988

Kaplan HI, Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry Seventh Edition, Philadelphia 2000

Kaplan ve Sadock Klinik Psikiyatri. Çeviri editörü: Abay E. 121-139. Nobel Tıp Kitabevleri; 2004

Kastrup M. The use of a psychiatric register in predicting the outcome "revolving door patient". A nation-wide cohort of first time admitted psychiatric patients. *Acta Psychiatr Scand.*;76(5):552-60, Oct 1987

Kastrup M. Who became revolving door patients? Findings from a nation wide cohort of fist time admitted psychiatric patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*,

76, 80-88, 1987

Kemp R, Kirov G, Everitt B, Hayward P, David A: Rndomized controlled trial of compliance therapy. Br J Psychiatry 172:413-419, 1998

Kırkpatrik B ve Tek C. 12.1Şizofreni: Klinik Özellikler ve Psikopatolojik Kavramı. Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry (Türkçesi). Aydın H, Bozkurt A (Ed). Güneş Kitabevi; 1416-1436, 2007

Kısa C, Aydemir Ç, Cebeci S, Yıldırım SG, Göka E. Psikiyatri Kliniğinde Yatış Sürelerini Etkileyen Faktörler. Türkiye'de Psikiyatri; 9(1):12-17, 2007

Kültür S ve Mete L. Şizofreni. Psikiyatri Temel Kitabı. Güleç C&Koroğlu E (Ed). Cilt 1:321-355. Ankara, 1997

Koroğlu E. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (Çeviri) DSM-IV-TR Dördüncü Baskı Cilt 1,Ankara 2007

Kreyenbuhl JA, Kelly DL, Conley RR. Circumstances of suicide among individuals with schizophrenia. Schizophrenia Research; 58:253-261, 2002

Lacro JP, Dunn LB, Dolder CR, Leckband SG, Jeste DV: Prevalance of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature : Am Psychiatry 63(10): 892-909, 2002

Lauriello J, Lenroot R, Bustillo JR. Maximizing the synergy between pharmacotherapy and psychosocial therapies for schizophrenia. Psychiatr Clin N Am 26, 191-211, 2003

Lewis DA, Shadish WR, Lurigio AJ: Policies of inclusion and mentally ill; long term care in a new environment. J Social Issues;45:173-186, 1989

LewisT, Jyce P. R. The new revolving door patients: results from a national wide sample. Soc Psychiatr Scand; 82:130-5, 1990

Lewis DA, Shadish WR, Lurigio AJ: Policies of inclusion and mentally ill; long term care in a new environment. J Social Issues;45:173-186, 1989

Linszen DH, Dingemans PM, Lenior ME. Cannabis abuse and the course of recent-onset schizophrenic disorders. Arch Gen Psychiatry; 51:273-279, 1994

Lienszen. D.H., Dingemans P.M.,Lenior M.E. Cannabis abuse and the course of recent-onset schizophrenic disorders. Arch. Gen. Psychiatry 51, 273-279, 1994

Lysaker P, Bell M, Milstein R. Insight and psychosocial treatment compliance in schizophrenia. Psychiatry 57:307-315, 1994

Mahendran R, Mythily, Chong SA, Chan YH. Brief communication: factors

- affecting rehospitalisation in psychiatric patients in Singapore. *Int J Soc Psychiatry*;51(2):101-5, Jun 2005
- Meltzer HY, Fatemi H. Suicide in schizophrenia: the effect of clozapine. *Clin Neuropharmacol*; 18 (suppl 3):18-24, 1995
- Mintz AR, Dobson KS, Romney DM. Insight in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Res*, 61:75-88,2003
- Misdrachi D, Liorca PM, Lancon C, Bayle FJ: Compliance in schizophrenia: predictive factors, therapeutical considerations and research implications. *Encephale* 28(3 Pt 1): 266-72, 2002
- Moore O, Cassidy E, Carr A, Callaghan EO. Unawareness of illness and its relationship with depression and self-deception in schizophrenia. *Eur. J. Psychiatry*, 14:264-269, 1999
- Mueser KT, Yarnold PR, Levinson DF, Singh H, Bellac AS, Kee K, Morrison RL, Yadalam KG. Prevalence of substance abuse inschizophrenia: demographic and clinical correlates. *Schizophr Bull*, 16:31-56, 1990
- Mueser KT, Bellack AS, Blanchard JJ. Comorbidity of schizophrenia and substance abuse: implications for treatment. *J Consult Clin Psychol*.;60:845-856, 1992
- Mullen PE, Burgess P., Wallace C., Palmer S.,Rushena D. Community care and criminal offending in schizophrenia. *Lancet* 355, 614-617, 2000
- Olfson M, Mechanic D, Hansell S, Boyer CA, Walkup J, Weiden PJ: Predicting medication noncompliance after hospital discharge among patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 51(2): 216-22, 2000
- Özsoy S, Eşel E, İzgi HB, Turan MT, Sofuoğlu S. Şizofreni ve Bipolar Bozukluklu Hastalarda Tipik ve Yeni Nesil Antipsikotiklerin Hematolojik Parametreler Üzerine Etkileri. *Türkiye’de Psikiyatri Dergisi*. Cilt 10-sayı1-Ocak 2008
- Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 10. basım .XVI;217-281. Ankara, 2004
- Pan PC, Tantan D: Clinical characteristics, health beliefs and compliance with maintenance treatments, a comparison between regular and irregular attenders at a depot clinic. *Acta Psych Scand* 79: 564-570, 1989
- Perkins DO: Predictors of noncompliance in patients with schizophrenia: *J Clin Psychiatry* 63(12):1121-8, 2002
- Perry W, Moore D, Braff D, Gender differences on thought disturbance

measures among schizophrenic patients. Am. J. Psychiatry 152: 9; 1298-1301, 1995

Rabinowitz J, Mark M, Popper M, Slyuzberg M, Munitz H. Predicting revolving-door patients in a 9-year national sample. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.;30(2): 65-72, Mar 1995

Robins LN, Regier DA. Psychiatric disorders in America. New York:The free pres. 1991

Rossell SL, Coakes J, Shapleske J. Insight: its relationship with cognitive function, brain volume and symptoms in schizophrenia. Psychol Med, 33:111-119, 2003

Rusch N, Corrigan PW: Motivasyonel interviewing to improve insight and treatment adherence in schizophrenia. Psychiatr Rehabil J 26(1):23-32, 2002

Semiz ÜB. Elektrokonvülsif Tedavi. Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri Şizofreni-II. 1. cilt. Ceylan E ve Çetin M (Ed). Bölüm 48:1269-1299, 2005

Sarandol A, Akaya C, Cangör Ş, Mercan Ş, Piriñçi L, Kırılı S. Ayaktan takip edilen şizofreni hastalarının takip sürelerini etkileyen sosyodemografik, hastalık ve tedaviye ait özellikler. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni; 17(1):15-23, 2007

Sheridan M, Henrian RE, Robinson L, Baxter V. Precipitants of violence in a psychiatric inpatient setting. Hosp Community Psychiatry;41:776-780, 1990

Siris SG. Suisid and schizophrenia. J. Psychopharmacol.; 15: 127-135, 2001

Soygur AH. Şizofreni tedavisinde aileye yaklaşım. 3P Dergisi 2:117-127.1993

Sökmez T. Hastanemiz Genel Psikiyatri Servislerine Yapılan Tekrar Yatışları Etkileyen Faktörlerin Araştırılması (Uzmanlık Tezi). İstanbul 1998

Sullivan G, Wells KB, Morgenstern H, Leake B. Identifying modifiable risk factors for rehospitalization. Am J Psychiatry. 152; 1749-1756, 1995

Surber R, Winkler E, Monteleone M, havassy B, Goldfinger S, Hopkin J. Characteristics of high users of acute psychiatric inpatient services. Hosp Community Psychiatry; 38:1112-4, 1987

TEOSS-Double-Blind Comparison of First- and Second-Generation Antipsychotics in Early-Onset Schizophrenia and Schizo-affective Disorder: Findings From the Treatment of Early-Onset Schizophrenia Spectrum Disorders (TEOSS) Study. Linmarie Sikich, M.D., Jean A. Frazier, M.D., Jon McClellan, M.D., Robert L. Findling, M.D., Benedetto Vitiello, M.D., Louise Ritz, M.B.A.,

Denisse Ambler, M.D., Madeline Puglia, B.A., Ann E. Maloney, M.D., Emily Michael, B.A., Sandra De Jong, M.D., Karen Slifka, R.N., C.S., Nancy Noyes, C.P.N.P., C.S., Stefanie Hlastala, Ph.D., Leslie Pierson, M.P.H., Nora K. McNamara, M.D., Denise Delporto-Bedoya, M.A., Robert Anderson, B.S., Robert M. Hamer, Ph.D., and Jeffrey A. Lieberman, M.D. Am J Psychiatry, September 15, 2008

Uzun Ö. Pozitif-Negatif Belirtiler. Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri Şizofreni-I 1. cilt. Ceylan ME & Çetin M (Ed). 3. baskı. 25; 83-125. İstanbul, 2005

Uzun Ö. Şizofreni ve İntihar. Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri Şizofreni-I 1. cilt. Ceylan ME & Çetin M (Ed). 3. baskı. 46; 1231-1241. İstanbul, 2005 a

Uzun Ö. Şizofreni ve Madde Kullanım Bozuklukları. Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri Şizofreni-II 1. cilt. Ceylan ME & Çetin M (Ed). 3. baskı. 52; 1371-1383. İstanbul, 2005 b

Van Putten T. Why do schizophrenic patients refuse to take their drugs? Arch Gen Psychiatry; 31:67-72, 1974

Weiden PJ, Olfson M. Cost of Relapse in schizophrenia. Schizophrenia Bulletin. 21: 3; 419-429, 1995

Weiden P, Glazer W. Assessment and Treatment Selection for "Revolving Door" Inpatients with Schizophrenia. Psychiatric Quarterly. New York. Vol.68, Iss.4; pg.377, Dec 1997

Whiteborn D, Good K, Leblanc A, Kopala L. Gender effect in schizophrenia. A neurodevelopmental perspective schizophrenia monitor. 7: 1; 1-4, 1997

Yağcıoğlu AE. Şizofreni Tedavisi ve Antipsikotik İlaçlar. Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi Psikiyatri; 1(1):49-57, 2005

Yanık M. Türkiye Ruh Sağlığı Sistemi Üzerine Değerlendirme ve Öneriler. RCHP Özel sayı Ekim 2007

Yıldız A, Onur E, Turgut K, Tunca Z. Bir üniversite hastanesi psikiyatri kliniğinde hasta yatış sürelerini etkileyen faktörler. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni; 13(3):122-128, 2003

Yılmaz A, Soykan A, Gül ES, Saka MC. Hastanede yatan şizofreni ve şizoaffektif bozukluk tanılı hastalardaki antipsikotik tedavi seçimlerinin geriye dönük değerlendirilmesi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni; 17(1):9-14, 2007

Yıldız M, Cerit C. Şizofreni tedavisinin yıllık maliyeti: Bir üniversite hastanesi verilerinden yapılan hesaplama. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni; 16(4):239-244, 2006

Zygmunt A, Olsson M, Boyer CA, Mechanic D: Interventions to improve medication adherence in schizophrenia. Am J Psychiatry 159(10): 1653-64, 2002

EK-1

SORU FORMU

A-HASTAYA AİT FAKTÖRLER

1-Yaşı:

- 1 () 18-25
- 2 () 25-35
- 3 () 35-45
- 4 () 45-55
- 5 () 55 ve üstü

2- Cinsiyeti:

- 1 () Kadın
- 2 () Erkek

3- Eğitim durumu:

- 1 () Hiç okula gitmemiş
- 2 () İlkokul mezunu
- 3 () Ortaokul mezunu
- 4 () Lise mezunu
- 5 () Yüksek okul mezunu

4- Medeni durumu:

- 1 () Evli
- 2 () Bekar
- 3 () Dul
- 4 () Boşanmış

5- Mesleği:

- 1 () Yok
- 2 () Serbest
- 3 () Ücretli (devlet/ özel)
- 4 () İşçi (kırsal/ kentsel)
- 5 () Emekli

6- Son 18 ayda madde kullanımı:

- 1 () Var
- 2 () Yok

7- Son 18 ayda alkol kullanımı:

1 () Var

2 () Yok

8- Yaşam şekli:

1 () Yalnız

2 () Aile

3 () Arkadaş

9- Yaşadığı yer:

1 () Merkez/Şehir

2 () Kırsal kesim

10- Son 18 ayda çalışma durumu:

1 () Çalışmıyor

2 () Aralıklarla çalışıyor

3 () Düzenli çalışıyor

11- Temel gereksinimlerini karşılamada yetersizlik:

1 () Var

2 () Yok

12- Sosyal güvencesi:

1 () Var

2 () Yok

B-HASTALIĞA AİT FAKTÖRLER

13- Hastalık süresi:.....

14- Hastaneye son başvuruındaki başvuru nedeni:

1 () Suisid fikri veya girişimi

2 () İlaça uyumsuzluk veya cevapsızlık

3 () Başkalarına saldırganlık

4 () Alkol ve madde kötüye kullanımı

5 () Yakınları ile ilişkili problemler

15- Son başvuruındaki yatış endikasyonu:

1 () Akut alevlenme

2 () Genel tıbbi durum nedeniyle

3 () Bakım nedeniyle

4 () Tam düzelme olmadığı için

5 () Diğer

16- Son başvurdaki başvuru şekli:

- 1 () Kendi isteği ile
- 2 () Polis eşliğinde
- 3 () Aile tarafından
- 4 () Çevre sakinleri tarafından

17- Tanı değişikliği (tüm yatışlar değerlendirilerek):

- 1 () Var
- 2 () Yok

18- Tanı değişikliği var ise:

- 1 () Farklı grup
- 2 () Aynı grup
- 3 () Tanı değişikliği yok

19- Hastanın ilk yatışında ailesi ile ilişkisi:

- 1 () Ailesi yok
- 2 () Ailesi geldi
- 3 () Ailesi gelmedi
- 4 () Bilgi yok

20- Hastanın son yatışında ailesi ile ilişkisi:

- 1 () Ailesi yok
- 2 () Ailesi geldi
- 3 () Ailesi gelmedi
- 4 () Bilgi yok

21- İlk yatışında hastanede kalış süresi?.....

22- İlk yatış ile ikinci yatış arasındaki süre:.....

23- Son yatışı kaç hafta önce :.....

24- Ailede ruhsal hastalık öyküsü:

- 1 () Var
- 2 () Yok

25- Ailede intihar öyküsü:

26- Suisid girişimi:

- 1 () Var
- 2 () Yok

27- İçgörüsü.

- 1 () Var
- 2 () Yok

28- Acil serviste saldırganlık:

- 1 () Var
- 2 () yok

29- Yatırılmaya tutumu:

- 1 () İsteği dışında
2 () Yatışı kabul etti

30- Hastalığın uzunlamasına gidişi:

- 1 () Epizodlar arasında rezidüel semptomlar gösteren epizodik
2 () Epizodlar arasında rezidüel semptomlar olmaksızın epizodik
3 () Sürekli
4 () Geçirilmiş tek epizod kısmi remisyonda
5 () Geçirilmiş tek epizod tam remisyonda

31- Hastalığın başlangıç yaşı:

32- Son 18 ay içinde hastane yatış sayısı:

33- Toplam hastane yatış sayısı:

34- Son 18 ay içinde hastanede geçirilen gün sayısı:

35- Şizofreninin alt tipi: (1) Dezorganize tip (2) Farklılaşmamış tip
(3) Katatonik tip (4) Paranoid tip
(5) Rezidüel tip

36- Son 18 ay içinde eşlik eden başka bir tıbbi durum: (1) Var (2) Yok

C- TEDAVİYE AİT FAKTÖRLER

37- Son 18 ay içinde ayaktan tedaviye uyumu:

- 1 () Hiç gelmiyor
2 () Düzensiz geliyor
3 () Düzenli geliyor

38- Son 18 ay içinde ilaç tedavisine uyumu:

- 1 () İlaç kullanmıyor
2 () Düzensiz kullanıyor
3 () Düzenli kullanıyor

39- Düzenli kullanımı yoksa sebebi: (1) Psikopatoloji (2) Ekonomik (3) Sosyal
(4) Tedavi yan etkisi (5) Yanlış inanışlar

40- Hastaneye sık yatışını arttıran faktörler:

- 1 () Tedaviye uyumsuz
2 () Yetersiz sosyal destek
3 () Alkol ve/ veya madde kullanımı
4 () Sosyal stresörler (aile- iş problemleri)

41- Çıkış durumu:

- 1 () Haliyle
- 2 () Kısmi salah
- 3 () Salah
- 4 () Servisten izinsiz ayrılış

42- EKT uygulanmış mı?:(Son 18 aydaki her yatış için ayrı değerlendirilecek)

- 1 () Evet
- 2 () Hayır

43- Son 18 ay içinde depo nöroleptik kullanımı: (1) Var (2) Yok

44- Son 18 ay içinde antidepresan kullanımı: (1) Var (2) Yok

45- Son 18 ay içinde atipik antipsikotik kullanımı: (1) Var (2) Yok

Var ise.....

46- Son 18 ay içinde ilaca bağlı yan etki deneyimi: (1) Var (2) Yok

47- Hastalık süresince ilaca bağlı yan etki deneyimi: (1) Var (2) Yok

48-

Yatış sayısı	1	2	3	4	5
Yatış gerekçesi					
Yatış süresi					
Yatış tanısı					
Hastanede uygulanan ilaç tedavisi ve dozları					
EKT uygulaması (var/yok)					
Çıkış şekli					
Hastaneden çıkış ilaç tedavisi ve dozları					

EK-2

PANSS DERECELENDİRME FORMU

Pozitif Ölçek :	Yok	Asq	Haf	Ort	O.c.	Cid.	Aşı.
P1. Hezeyanlar	1	2	3	4	5	6	7
P2. Kavramsal düzensizlik	1	2	3	4	5	6	7
P3. Varsanlı davranış	1	2	3	4	5	6	7
P4. Eksitasyon	1	2	3	4	5	6	7
P5. Grandiyosite	1	2	3	4	5	6	7
P6. Şüphencilik/perseküsyon	1	2	3	4	5	6	7
P7. Hostilite	1	2	3	4	5	6	7

Negatif Ölçek:

N1. Affekt küntleşmesi	1	2	3	4	5	6	7
N2. Emosyonel çekilme	1	2	3	4	5	6	7
N3. Uyum zayıflığı	1	2	3	4	5	6	7
N4. Pasif/apatik sosyal çekilme	1	2	3	4	5	6	7
N5. Soyut düşüncede zorluk	1	2	3	4	5	6	7
N6. Konuşmanın akış yetersizliği	1	2	3	4	5	6	7
N7. Stereotipik düşünce	1	2	3	4	5	6	7

Genel Psikopatoloji Ölçeği:

G1. Bedensel kaygı	1	2	3	4	5	6	7
G2. Anksiyete	1	2	3	4	5	6	7
G3. Suçluluk duyguları	1	2	3	4	5	6	7
G4. Gerginlik	1	2	3	4	5	6	7
G5. Mannerizm ve postür	1	2	3	4	5	6	7
G6. Depresyon	1	2	3	4	5	6	7
G7. Motor retardasyon	1	2	3	4	5	6	7
G8. İşbirliğine girmeme	1	2	3	4	5	6	7
G9. Olağan dışı düşünce içeriği	1	2	3	4	5	6	7
G10. Yönelim bozukluğu	1	2	3	4	5	6	7
G11. Dikkat azalması	1	2	3	4	5	6	7
G12. İçgörü ve muhakeme	1	2	3	4	5	6	7
G13. İrade bozukluğu	1	2	3	4	5	6	7
G14. İmpuls kontrolünde bozukluk	1	2	3	4	5	6	7
G15. Zihin meşguliyeti	1	2	3	4	5	6	7
G16. Etkin sosyal kaçınma	1	2	3	4	5	6	7

EK-3

KISA PSİKİYATRİK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

0=yok, 1=çok hafif, 2=hafif, 3=orta, 4=orta-şiddetli, 5=şiddetli, 6=aşırı derecede şiddetli

1.SOMATİK UĞRAŞLAR: Beden sağlığıyla uğraşma, fiziki hastalıktan korkma, hipokondriyazis	0	1	2	3	4	5	6
2.ANKSİYETE: Hal veya gelecek için aşırı endişe, korku	0	1	2	3	4	5	6
3.DUYGUSAL İÇE KAPANMA: Spontan interaksyonun kaybı izolasyon, kişiler arası ilişkilerde yetersizlik	0	1	2	3	4	5	6
4.DÜŞÜNCE ÇÖZÜLMESİ: Konfü, kopuk, bağlantısız dezorganize düşünce süreçleri	0	1	2	3	4	5	6
5.SUÇLULUK DUYGULARI: Kendini suçlama, utanma geçmişteki davranışlarından pişmanlık duyma	0	1	2	3	4	5	6
6.GERGİNLİK: Sinirlilik, aşırı hareketlilik, gerginliğin fizik ve motor belirtileri	0	1	2	3	4	5	6
7.MANİYERİZM VE POSTÜR: Tuhaf, acayip, doğal olmayan motor davranışlar (tikler dışında)	0	1	2	3	4	5	6
8.GRANDİYOZİTE: Kendisi hakkında abartmalı düşünceler, gurur, olağan dışı güç ve yeteneğe sahip olduğu inancı	0	1	2	3	4	5	6
9.DEPRESİF DUYGUDURUM: Elem, keder, umutsuzluk, kötümserlik	0	1	2	3	4	5	6
10.DÜŞMANCA DAVRANIŞ: Başkalarına karşı düşmanlık, kavgacılık, nefret	0	1	2	3	4	5	6
11.KUŞKUCULUK: Güvensizlik, başkalarının kasıtlı olarak kötülük yapacağına inanma	0	1	2	3	4	5	6
12.HALLÜSİNATUVAR DAVRANIŞ: Normal dışı, uyaran olmaksızın algılama	0	1	2	3	4	5	6
13.MOTOR YAVAŞLAMA: Yavaşlamış, zayıflamış hareket veya konuşma, beden kuvvetinde azalma	0	1	2	3	4	5	6
14.İŞBİRLİĞİ KURMAMA: Direnç, temkinlilik, otoriteyi reddetme	0	1	2	3	4	5	6
15.OLAĞAN DIŞI DÜŞÜNCELER: Olağan dışı, garip, tuhaf, acayip düşünce kavramı	0	1	2	3	4	5	6
16.DUYGUSAL KÜNTLÜK: Azalmış duygusal ton, duyguların normal şiddetinde azalma	0	1	2	3	4	5	6
17.TAŞKINLIK: Artmış emosyonel ton, ajitasyon tepkisellikte artma	0	1	2	3	4	5	6
18.DEZORYANTASYON: Konfüzyon veya kişi, yer, zamana ait çağrışımların kaybı	0	1	2	3	4	5	6

ÖLÇEĞİN TOPLAM SKORU ()

EK-4

İLAÇ TEDAVİSİNE UYUMSUZLUĞU DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ -YANIT FORMU-

Hastanın;	tanısı (DSM-IV)
yaşı:	hastalık süresi:
cinsiyeti:	hastaneye yatış sayısı:
mesleği:	kullandığı ilaçlar:
öğrenim düzeyi:	geliş şekli:
medeni hali:	aile öyküsü:
oturduğu yer:	gelir düzeyi:
doğum yeri:	sosyal güvencesi, desteği:

A.

1.	0	1	2	3
2.	0	1	2	3
3.	0	1	2	3
4.	0	1	2	3

B.

5.	0	1	2	3
6.	0	1	2	3
7.	0	1	2	3
8.	0	1	2	3
9.	0	1	2	3
10.	0	1	2	3
11.	0	1	2	3
12.	0	1	2	3
13.	0	1	2	3
14.	0	1	2	3
15.	0	1	2	3

Bütünsel değerlendirme

0	1	2	3
---	---	---	---

Uyumsuzluk Şiddetini Değerlendirme Ölçeği

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

İÇGÖRÜNÜN ÜÇ BİLEŞENİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ:

1a. Hasta tedaviyi (Hastaneye başvurma ve/veya ilaç tedavisi ve/veya diğer fiziksel ya da psikolojik tedaviler) kabul ediyor mu? (Edilgin biçimde kabullenmeyi içerir)

- o Sıklıkla =2 (Tedaviye gereksinimi olduğunu nadiren sorgular)
- o Bazen =1 (Arada bir neden tedaviye gereksinim duyduğunu sorgular)
- o Hiçbir zaman =0

Eğer 1a, 1 ya da 2 ise aşağıdaki soruyu sorunuz:

1b. Hasta tedaviyi teşvik edilmeden istiyor mu?

- o Sıklıkla =2 (Uygun olmayan medikasyon istekleri dışlanmalıdır)
- o Bazen =1 (Unutkanlık/dezorganizasyon nedeniyle ilaç almayı ihmal eden hastalar buraya dahil edilebilir.)
- o Hiçbir zaman =0 (Tedaviyi her zaman uyarıdan sonra kabul ediyorsa.)

2a. Hastaya sorunuz: “Bir hastalığınız olduğunu düşünüyor musunuz ?” ya da “Bazı sorunlarınız olduğunu düşünüyor musunuz ?”(mental,fiziksel, belirlenmemiş)

- o Sıklıkla =2 (Hastalığı olduğunu bir çok günler, günün çoğunda düşünmüş)
- o Bazen =1 (Hastalığı olduğunu arada düşünmüş)
- o Hiç bir zaman =0 (Neden doktorların/diğerlerinin kendisinin bir hastalığı olduğunu düşündüklerini soruyorsa)

Eğer 2a 1 ya da 2 ise aşağıdaki soruyu sorunuz:

2b. hastaya “bir ruhsal/psikiyatrik hastalığınız olduğunu düşünüyor musunuz ?”

şeklinde sorunuz. (2a. nın maddeleri geçerlidir). Sıklıkla=2, Bazen =1, Hiçbir zaman =0.

2c (2b. eğer 1 ya da 2 ise) “Hastalığınızı nasıl açıklarsınız ?” diye sorunuz.

- o Hastanın sosyal, kültürel ve eğitim düzeyine uygun akılcı yanıtlar: ör: aşırı stres, kimyasal dengesizlik, ailesel kalıtım biçimindeki açıklamalar
=2
- o Karışık, tam anlamadığı kulaktan duyma açıklamalar ya da “ Bilmiyorum”
şeklinde yanıtlar =1
- o Delüzyonel açıklamalar
=0

3a. “.....(özgül hezeyanı) konusundaki inancınızın gerçekte doğru olmadığını düşünüyor musunuz?” diye sorunuz. Ya da

“.....(özgül halüsinasyonu) gerçekte olmadığını düşünüyor musunuz”

- o Sıklıkla =2 (bir çok gün, günün çoğunda düşünmüş)
- o Bazen =1 (bazı günler en azından günde bir kez aklına gelmiş)
- o Hiçbir zaman =0

Eğer 3a. 1 ya da 2 ise aşağıdaki soruyu sorunuz:

3b. Bu olayları/ yaşıntılarınızı nasıl açıklarsınız? (.....konusundaki inancınız / sesler işitmeniz, görüntüler görmeniz.)

- | | |
|---|----|
| o “Hastalığımın bir parçası” | =2 |
| o “Yorgunluk ve stres” gibi dış olaylara bağlıyorsa | =1 |
| o Dış güçlere bağlıyorsa (delüzyonel olabilir) | =0 |

Ek soru:durumlarında insanlar size inanmadıklarında kendinizi nasıl

hissediyorsunuz?(hasta çevreye hezeyan ya da halüsinasyonundan bahsederken)

0= “Yalan söylüyorlar.”

1= “Ne söylerlerse söylesinler hala kendimi emin hissedirim.”

2= “Kafam karışır ve ne düşüneceğimi bilemem.”

3= “Bende bir hata olduğunu düşünürüm.”

4= “İşte öyle hallerde hasta olduğumu biliyorum.”

EK-6**GEÇMİŞE DÖNÜK AÇIK SALDIRGANLIK ÖLÇEĞİ (GASÖ)**

Davranış	(0)	(1-2)	(3-4)	(5-10)	(>10)
	Hiç yok	Bazen	Sıklıkla	Çoğunlukla	Her zaman
Sözel agresyon					
1-Gürültü yapmak, kızınca bağırma					
2-Öfke ile bağırma, hafif kişisel hakaret					
3-Ağır küfür, çok kötü kelimeler kullanma, kendisine veya diğerlerine yönelik orta şiddette tehditlerde bulunma					
4-Kendisine veya diğer kişilere yönelik açık şiddet içerikli tehditlerde bulunma veya kontrol için yardım isteme					
Nesnelere yönelik Fiziksel Agresyon					
5-Kapıları çarpma, ortalığı karıştırma, giysileri dağıtma					
6-Cisimleri fırlatma, kırmadan mobilyaları tekmeleme, duvarda iz yapma					
7-Nesneleri parçalama, camları kırma					
8-Yangın çıkarma, nesneleri fırlatma, kendine yönelik tehlikeli fiziksel saldırganlık					
Kendine Yönelik Fiziksel Agresyon					
9-Deriyi yolmak veya çizmek, beden veya kollara vurma, kendini çimdiklemek, saçını çekmek					
10-Kafayı vurma, nesnelere yumruk, kendini cisimlerin üzerine veya yere fırlatmak					
11-Küçük kesi, çürük veya yanıklar					
12-Kendini kesme, derin kesiler yapma, kanayan ısırtıklar, dahili yaralanma, kırık, şuur kaybı, dişlerin kırılması, başkalarına yönelik fiziksel saldırgan					
Başkalarına Yönelik Fiziksel Saldırganlık					
13-Tehditkar hareketlerde bulunma, insanların üzerine yürüme, elbiselerinden tutma					
14-Vurma, tekmeleme, itme, saçlarından çekme					
15-Ciddi fiziksel yaralanmaya sebep olacak şekilde diğer kişilere saldırmak (çürük, incinme, darbe izi)					
16-Ciddi fiziksel yaralanmaya sebep olacak şekilde diğer kişilere saldırma (kırılmış kemikler, derin yaralar)					