Sinop İlinde Tanımlı Bir Alanda Şizofreni, Şizoafektif Bozukluk ve Bipolar I Bozukluğun Başvuru Temelli Yaygınlığı

BASKIDA

Tolga BİNBAY[1], Deniz ARIK BİNBAY[2], Halis ULAŞ[3], Köksal ALPTEKİN[4]

ÖZET

Amaç: Tanımlı bir alanda sağlık kayıtlarına dayalı olarak şizofreni, şizoafektif ve bipolar I (BPI) bozukluk yaygınlıklarını saptamak amaçlanmıştır.

Yöntem: 2009-2011 arasında Sinop ilinde tanımlı bir alandaki birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşları kayıtlarına ICD-10 sistemine göre F06.1, F06.2, F10.5, F12.5, F19.5, F20-29, F30-31, F32.3, F33.3, F39 tanılarıyla geçen hastalar olası psikotik bozukluk olgusu olarak dâhil edilmiştir. Son tanıları DSM-IV tanı sistemine göre yapılandırılmış görüşme, telefon görüşmesi ya da en olası tanı yöntemiyle elde edilmiştir.

Bulgular: Kayıtlarda tanımlı alanda yaşayan 15-64 yaş arası 1410 olası psikotik bozukluk olgusu saptanmıştır. Olası olguların %66,8'ine (s: 955) tanısal görüşme, diğerlerine ise telefon görüşmesi ya da en olası tanı yöntemi uygulanmıştır. Tanımlı alanda (15-64 yaş nüfusu 73.503) 727 kişiye psikotik belirtili bozukluk tanısı konmuştur. Buna göre psikotik belirtili herhangi bir DSM-IV bozukluk yaygınlığı 1000 kişide 9,8 (%95 güven aralığı [GA]: 8,2-11,5), şizofreni yaygınlığı 3,6 (%95 GA: 3,0-4,2), şizoafektif bozukluk yaygınlığı 1,1 (%95 GA: 0,8-1,4) ve BPI bozukluk yaygınlığı 2,7 (%95 GA: 2,0-3,3) ve psikotik bulgulu depresyon yaygınlığı 1000 kişide 1,0 (%95 GA: 0,6-1,3) olarak saptanmıştır.

Sonuç: Her 1000 erişkinden 10'u birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerine psikotik belirtili bir bozukluk için başvurmaktadır. Kayıtlara dayalı yaygınlıklar yaşamboyu yaygınlıklara göre daha düşük olmakla birlikte geniş kapsamlı kayıtlar hizmetlerin bu yaygınlıklara göre planlanmasını sağlayabilir.

Anahtar Sözcükler: Yaygınlık, şizofreni, şizoafektif bozukluk, bipolar bozukluk, kayıtlar

SUMMARY

Admission-Based Prevalence of Schizophrenia, Schizoaffective Disorder and Bipolar I Disorder in a Catchment Area in Sinop, Turkey

Objective: To provide registry-based prevalence estimates of schizophrenia, schizoaffective, and bipolar I (BPI) disorders in a defined area of Sinop, Turkey.

Material and Methods: All patients that presented to primary and secondary health services over three year time (2009-2011) with diagnosis of psychotic disorder (F06.1, F06.2, F10.5, F12.5, F19.5, F20-29, F30-31, F32.3, F33.3, F39 in ICD-10) covering a population of 73,503 aged 15-64 were included via case registry systems. All accessed case records were pooled. Case ascertainment and diagnostic assessment were achieved through structured clinical interview for DSM-IV, phone interview, or farming a best-estimated diagnosis via records on registers.

Results: Registries provided 1,410 probable cases. The successful clinical reappraisal rate was 66.8% (n: 955) while, the final diagnoses were determined via phone interview or best-estimate diagnosis in the rest of the cases. Seven hundred twenty seven individuals were diagnosed with DSM-IV yielding a prevalence of 9.8 per 1,000 (95% confidence interval [CI]: 8.2-11.5). Registry-based prevalence of schizophrenia, schizoaffective disorder, BPI disorder, and depression with psychotic features were 3.6 (95% CI: 3.0-4.2), 1.1 (95% CI: 0.8-1.4), 2.7 (95% CI: 2.0-3.3), and 1.0 (95% CI: 0.6-1.3) per 1,000, respectively.

Conclusion: Ten individuals per 1,000 adult persons admit for any disorder with psychotic symptoms. Registry-based prevalence estimates are lower than the lifetime prevalence estimates. However, analyses of administrative data appear to provide information needed for effectively plan and implement psychiatric services.

Keywords: Prevalence, schizophrenia, schizoaffective disorder, bipolar disorder, registries

Geliş Tarihi: 12.07.2015 - **Kabul Tarihi:** 21.10.2015

[1]Uzm., [3]Doç., [4]Prof., Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD., Dokuz Eylül Üniv. Tıp Fak., İzmir. [2]Uzm., Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Katip Çelebi Üniv. Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir.

Dr. Tolga Binbay, e-posta: *tolgabinbay@yahoo.com*

doi: 10.5080/u13743

GİRİŞ

Türkiye'de psikotik bozukluklar epidemiyolojisiyle ilgili sınırlı sayıda araştırma ve yayın bulunmaktadır (Binbay ve ark. 2011, Binbay ve ark. 2014). Türkiye'de yapılmış en geniş kapsamlı psikiyatrik epidemiyoloji araştırması olan Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasına genel toplumda psikozu taramanın yöntemsel kısıtlılıkları nedeniyle psikotik bozukluklar dâhil edilmemiştir (Kılıç 1998). Son yirmi yılda yapılan az sayıdaki genel toplum araştırmasına göre şizofreninin yaşamboyu yaygınlığı 1000 kişide 8 olarak tahmin edilmektedir (Binbay ve ark. 2011). Diğer yandan yine süreğen özellikler gösteren şizoafektif bozukluk, sanrılı bozukluk, kısa psikotik bozukluk ve psikotik belirtili duygudurum bozukluğu gibi diğer psikotik bozukluklar da en az şizofreni kadar yaygındır (Binbay ve ark. 2012). Psikotik bozuklukların yaygınlığıyla ilgili az sayıda araştırma yapılmış olmasına rağmen bu sorunların Türkiye toplumuna maliyeti oldukça yüksektir ve şizofreni yeti yitimine yol açan hastalıklar arasında dokuzuncu sıradadır (Bora Başara ve ark. 2006). Bu nedenle ülkemizde psikotik belirtilerin görüldüğü bozukluklarla ilgili yeni yaygınlık tahminlerinin bildirilmesi önem taşımaktadır.

Sağlık sorunlarının yaygınlığı genel toplum örnekleminde kesitsel olarak (yaşamboyu, son bir yıl ya da nokta) (Goldner ve ark. 2003, Binbay ve ark. 2012, Binbay ve ark. 2014) ya da sağlık hizmetleri kayıtlarını kullanarak saptanabilir (Kilic ve ark. 1994, Anderson 2013). Psikotik bozuklukların yaygınlığı düşük olduğu için sağlık kayıtlarının güvenilir, nitelikli ve kapsayıcı olduğu durumlarda hastalık tahminlerini kayıtlara dayalı yapmak hem zaman kazandırıcıdır hem de bilgi sağlayıcıdır (Goldner ve ark. 2003). Genel toplumda psikotik bozuklukların yaygınlığını saptamanın ise örneklem sayısı ve klinik tanısal görüşme gerekliliği gibi kısıtlılıkları bulunmaktadır (Goldner ve ark. 2003, Binbay ve ark. 2011).

Akıl sağlığı hizmetlerinin planlanması, öngörülmesi ve geliştirilmesi için psikiyatrik bozuklukların yaygınlıklarının ve sıklıklarının saptanması gerekir (Goldner ve ark. 2003). Doğru yaygınlıkların bulunmaması sağlık hizmetlerine gereksinim duyan kişilerin sorunlarının ihmal edilmesine ya da sağlık hizmetlerinin uygunsuz kullanımına neden olabilir (Goldner ve ark. 2003). Türkiye'de 2007 yılından bu yana Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) uygulamasına geçilmektedir (Ensari 2012). Bu merkezlerde öncelikle tanısı şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar olan hastalara sosyal üçüncül iyileştirme hizmetleri verilmektedir (Ensari ve ark. 2013). Psikotik bozuklukların yaygınlıklarının ve sıklıklarının saptanması TRSM gibi iyileştirme hizmetlerinin düzenlenmesi açısından da önem taşımaktadır (Ensari 2012, Ensari ve ark. 2013). Bu nedenle belirli bir alanda yer alan sağlık kayıtlarına dayalı yaygınlık ve sıklık bildirimleri hizmetlerin planlanması için önemlidir.

Genel toplum örneklemli araştırmalarda yaşamboyu ya da bir yıllık yaygınlıklar saptanabilir (Prince 2003). Kayıtlara dayalı araştırmalarda ise belirli bir bölgedeki tüm sağlık kuruluşlarına belirli bir dönemde başvuran tüm olgular kapsanmaya çalışılır (Ford 2003). Saptanan tüm olgular aynı süre içerisinde aynı bölgede yaşayan tüm nüfusa oranlanarak dönem yaygınlığı elde edilir (Prince 2003, Anderson 2013). Dönem yaygınlığı sadece başvurulara dayalı olduğu için temas yaygınlığı olarak da adlandırılabilir (Anderson 2013). Temas yaygınlığı tüm sağlık birimlerine başvuran olguları kapsayabileceği gibi kayıtlar sadece tedavi hizmetlerinden yararlanan olguları kapsadığında elde edilen dönemsel yaygınlık tedavi yaygınlığı olarak da tanımlanabilir (Ford 2003, Anderson 2013). Bu durumda tedavi yaygınlığı temas yaygınlığına göre daha düşük olacaktır. Diğer yandan ister temas ister tedavi yaygınlığı bildirilsin, kayıtlara dayalı dönem yaygınlığı her zaman için ancak tarama araştırması ile saptanabilecek bazı olguları kapsayamayacaktır (Prince 2003). Bu nedenle kayıtlara dayalı dönem yaygınlığı her ne kadar belirli bir bölgede sağlık hizmetlerine başvuran, tedavi gören olguların saptanmasını sağlasa da kesitsel araştırmalarda saptanan yaşamboyu yaygınlıktan daha düşük olacaktır (Goldner ve ark. 2003, Anderson 2013). Ancak sağlık hizmetlerinin planlanması için gerekli olan olası en düşük yaygınlığı sağlayacaktır (Goldner ve ark. 2003).

Bu makale ile tanımlı bir alanda tüm sağlık kayıtlarına dayalı olarak psikotik bozuklukların dönemsel yaygınlığını ve sıklığını saptamayı amaçlayan bir araştırmanın (Sinop Psikotik Bozukluklar Sıklık ve Yaygınlık Araştırması – SinoPsy) yöntemi ve saptanan yaygınlık bulguları sunulmaktadır.

YÖNTEM

Sinop Psikotik Bozukluklar Sıklık ve Yaygınlık Araştırması (SinoPsy) belirli bir coğrafi alanda yer alan erişilebilir tüm sağlık kuruluşlarının kayıtlarına dayalı olarak başta şizofreni, şizoafektif bozukluk ve bipolar bozukluk tip I olmak üzere psikotik belirtilerin görüldüğü tüm DSM-IV bozukluklarının 3 yıllık bir dönem içindeki yaygınlığını ve sıklığını saptamayı amaçlamaktadır.

Araştırma Alanı

Sinop, Türkiye'nin kuzeyinde Orta Karadeniz bölgesinde yer alan bir ildir. Karadeniz'de bulunan sıra dağlar nedeniyle güney ve batısıyla coğrafi iletişimi azdır ve coğrafi açıdan kısmen yalıtık konumdadır. 2010 yılı toplam il nüfusu 202.740'dır (TÜİK 2011). Nüfusun %52,9'u il ve ilçe merkezinde yaşamaktadır. Toplam nüfusun yaş ortalaması Türkiye ortalamasının üstündedir (TÜİK 2011).

Sinop ilinde merkez ilçe dâhil toplam dokuz ilçe yer almaktadır (Şekil 1). Araştırmanın kapsadığı tanımlı alan dört ilçeden oluşmaktadır: Sinop Merkez, Ayancık, Erfelek ve Gerze.



ŞEKİL 1. Sinop ili ve araştırmanın tanımlı alanı.

Araştırma için tanımlanan ilçeler coğrafik olarak ildeki ayaktan, yataklı ve adli psikiyatri hizmetlerini veren ikinci basamak sağlık kurumuna (Sinop Atatürk Devlet Hastanesi) en yakın ilçelerdir. Tanımlı alan içinde kalan dört ilçe merkezinin araştırmada kayıtları veri alınan ikinci basamak hastaneye uzaklıkları Merkez 8 km, Erfelek 23 km, Ayancık 54 km, Gerze 35 km şeklindedir. İlde yer alan diğer ilçeler ise hem daha uzak mesafelerde yer almaktadırlar hem de komşu il merkezlerindeki (Samsun ve Kastamonu) ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına göreceli olarak daha yakındırlar. Verilerin elde edileceği sağlık kayıtlarının kapsayıcılığını yüksek düzeyde tutmak için sadece dört ilçe araştırmanın tanımlı alanını oluşturmuştur.

Kayıt Veri Tabanları

Olası psikotik bozukluk hastalarına ulaşmak, tanımlı alandaki birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerini kapsamak için üç ayrı veri tabanı kullanıldı: (i) Sinop Atatürk Devlet Hastanesi, (ii) İl Sağlık Müdürlüğü Ruh Sağlığı Şubesi ve (iii) tanımlanan alanda hizmet vermekte olan aile hekimlerinin hasta tanı kayıt sistemleri. Söz konusu üç kayıt sisteminden elde edilen veriler olası psikotik bozukluk olgusu olarak bir havuzda birleştirildi.

Tüm araştırma yerine getirilirken (verilerin toplanması, olası olguların tespit edilmesi ve tanıların netleştirilmesi) İl Sağlık Müdürlüğü'nün 22.07.2011 tarih ve 12906 sayılı iznine, Sağlık Bakanlığı'nın 19.08.2011 tarihli klinik araştırmalar hakkındaki yönetmeliğine, Yükseköğretim Kurulu Genel Kurul'unun 29.08.2012 tarih ve 2012.18.946 sayılı kararı ile yürürlüğe giren Yükseköğretim Kurulu Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi'ne uyulmuş ve tıbbi verilerin kullanılmasında Helsinki Bildirgesi'nde yer alan etik ilkelerle hareket edilmiştir.

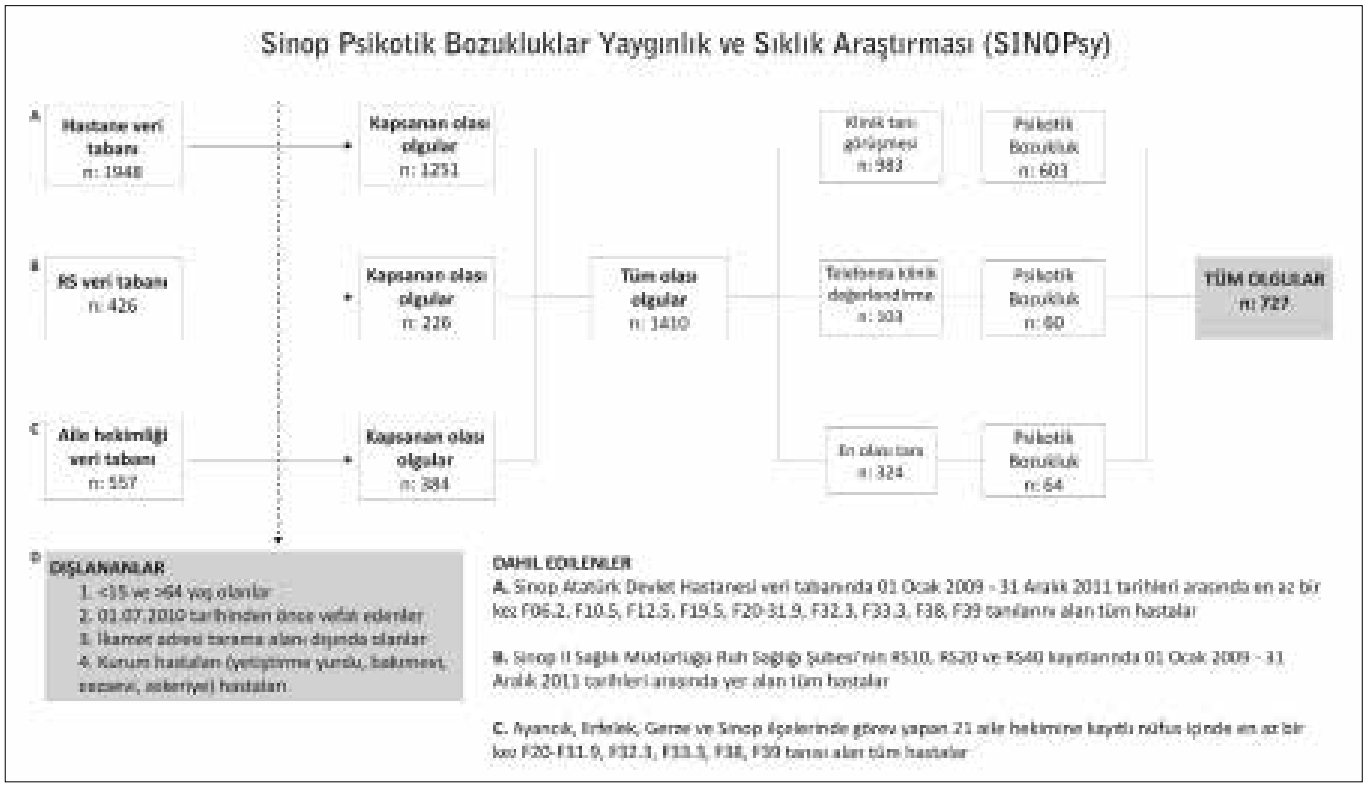
Hastane kayıtları: Sinop Atatürk Devlet Hastanesi tanımlanan alanda ayaktan, yataklı, acil ve adli psikiyatri hizmeti veren tek kurumdur. Ayrıca hastane tanımlı alan içinde psikotik bozukluk hastalarının başvurabileceği diğer dal hizmetlerini (nöroloji, dâhiliye, acil, adli ve sağlık kurulları vb.) de sunmakta olan tek sağlık kuruluşudur. Diğer illerdeki psikiyatri hastanelerine adli ya da acil nedenle yapılan sevkler de bu hastanedeki psikiyatri hizmetleri aracılığıyla yapılmaktadır. Bu nedenlerle tanımlanan alanda psikotik bozukluğu olan hastaların öncelikle başvuru yapabileceği ilk kurum özelliği taşımaktadır. Hastaneye yapılan her başvurunun kayıtları bilgisayar ortamında tutulmaktadır ve hastaların tanıları Dünya Sağlık Örgütü'nün Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırması sistemine (ICD-10) göre kodlanmaktadır (World Health Organization 1992).

Araştırma kapsamında Sinop Atatürk Devlet Hastanesi veri tabanında 01 Ocak 2009 - 31 Aralık 2011 tarihleri arasında herhangi bir başvuru sırasında (ayaktan ya da yataklı; acil ve sağlık kurulları da olmak üzere tüm hizmet birimlerinde) en az bir kez F06.2, F10.5, F12.5, F19.5, F20-31.9, F32.3, F33.3, F38-39, F53.1 tanılarını yer alan tüm hastalar olası psikotik bozukluk olgusu olarak kabul edildi.

Ruh Sağlığı Şubesi Kayıtları: Sağlık Bakanlığı, bölge ruh sağlığı ve hastalıkları hastanelerine sevk edilen, tedavisi tamamlandıktan sonra ikametine geri dönen hastaları takip etmek için bazı kayıt formları (RS10, RS20, RS30, RS40 ve RS50) kullanmaktadır (SağlıkBakanlığı 2005). İl sağlık müdürlüklerinin ruh sağlığı şubeleri aracılığıyla bölge ruh sağlığı ve hastalıkları hastanelerine sevk edilen hastalar için RS10 formları düzenlenmektedir. Hastanın, hastaneden çıkışlarında yaşadığı il veya ilçede kontrol ve izlemlerinin sağlanması amacıyla taburculuğun hemen sonrasında ilgili sağlık müdürlüğüne bildirim için RS20 formları düzenlenmektedir. Sağlık müdürlüklerinin ruh sağlığı şubeleri RS10 ve RS20 kayıtlarında bulunan olgu sayısını ve ICD-10 tanılarını her yıl düzenli olarak Sağlık Bakanlığı'na RS40 formları aracılığıyla bildirmektedir (SağlıkBakanlığı 2005). Sinop İl Sağlık Müdürlüğü Ruh Sağlığı Şubesi kayıtlarında 01 Ocak 2009 - 31 Aralık 2011 tarihleri arasında RS10, RS20 ya da RS40 formları ile kayıtlı bulunan tüm hastalar tanıları ayırt edilmeksizin araştırmaya dâhil edildi.

Aile Hekimleri kayıtları: Araştırma alanında, araştırma döneminde toplam 29 aile hekimliği birimi bulunmaktaydı. Aile hekimleri takip ettikleri, reçete düzenledikleri her hastanın kayıtlarını bilgisayar ortamında ICD-10 sistemine göre tutmaktadır. Bu kapsamda İl Sağlık Müdürlüğü Ruh Sağlığı Şubesi aracılığıyla araştırma alanında görev yapan tüm aile hekimliği birimlerinden 01 Ocak 2009 - 31 Aralık 2011 tarihleri arasında kayıtlarında bulunan ve tanısı F06.2, F10.5, F12.5, F19.5, F20-29, F30-31.9, F32.3, F33.3, F38-39 olan tüm hastaların kayıtları istendi. Sağlık Müdürlüğü aracılığıyla yapılan resmi talep sonucunda 22 aile hekimliği

ŞEKİL 2. Araştırmanın genel deseni ve her bir kayıt sisteminden elde edilen olgularla birlikte ayrıntılı anlatımı.



*RS: Ruh Sağlığı.

biriminin kayıtlarına ulaşıldı ve bildirilen hastalar araştırmaya dâhil edildi. Araştırma tarihi içerisinde Sinop ilinde TRSM bulunmamaktaydı.

Araştırma Ölçütleri

Üç veri tabanından elde edilen tüm kayıtlar tek bir havuzda toplanmıştır. Bu toplama ile farklı veri kaynaklarında birden çok kez yer alan hastalar teke indirilmiş ve olası psikotik bozukluk olgusu olanların yer aldığı tek bir hasta listesi elde edilmiştir. Listede hastaların ad ve soyadları, kimlik numaraları, ICD-10 tanıları (birden çok tanı olması durumunda hepsi alınmıştır) yer almaktaydı.

Hastane çevrim içi sistemi aracılığıyla olası psikotik bozukluk olgusu olanların ikamet adresleri kontrol edilmiş ve ikameti 31.12.2011 tarihinde Ayancık, Erfelek, Gerze ve Sinop ilçelerinde olanlar dâhil edilmiştir. Araştırmanın orta nokta tarihi olan 01.07.2010 tarihinde yaşı <15 ve >64 olanlar (Türkiye'de daha önce yapılmış araştırmalarla benzer yaş aralıklarını kapsamak üzere); 01.07.2010 tarihinden önce vefat edenler; ikamet adresi tarama alanı dışında olanlar; kurum hastaları (yetiştirme yurdu, bakımevi, cezaevi, askeriye - ikametleri tanımlı alan dışında olduğu için) kapsam dışı bırakılmıştır.

Tanısal Değerlendirme ve Kesinleştirme

Olası olguların tanılarının kesinleştirilmesi için klinik tanı görüşmesi, telefon görüşmesi ve kayıtlarda yer alan bilgilerle en olası olgunun saptanması yolları izlenmiştir. Klinik tanı görüşmeleri, telefon değerlendirmeleri ve her üç kayıt sisteminden ulaşılabilen en geniş hastalık bilgisinin elde edilmesi 1 Temmuz 2010 ile 31 Aralık 2012 tarihleri arasında tamamlanmıştır.

Öncelikle listede yer alan olguların her birine DSM-IV Eksen I Bozukluklar için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I) (First ve ark. 1996) uygulanması hedeflenmiştir. Bu kapsamda ilk olarak olası olgu listesinde yer alan ve Atatürk Devlet Hastanesi'ne başvuran hastaların klinik görüşmesi tamamlanmıştır. Tanı belirsiz olduğu durumlarda hastanın en az bir yakını ile ek görüşme yapılmıştır. Listede yer alıp araştırmanın yürütüldüğü tarihlerde hastane başvurusu olmayanlara kayıtlar aracılığıyla ulaşılmış ve hastaneye davet edilerek klinik görüşmeleri tamamlanmıştır. Hastanede klinik görüşmesi yapılamayan olası olgulara telefon ile ulaşılmaya çalışılmıştır. Telefon görüşmesi sırasında SCID-I'in psikotik bozukluklar bölümü uygulanmıştır ve ayrıca hastanın en az bir yakını ile de görüşme yapılmıştır. Gerek hastanede gerekse telefon aracılığıyla klinik görüşme yapılamayan hastaların en olası tanıları ise her üç kayıt sisteminde yer alan en geniş bilgilerin toplanması ile sağlanmaya çalışılmıştır. Hastalarla ya da yakınlarıyla yapılan görüşmelerde araştırma ayrıntılı olarak anlatılmış ve sözel onam alınmıştır.

TABLO 1. Olası Olguların Klinik Değerlendirme ve En Olası Tanı Değerlendirmesi Sonucunda Elde Edilen DSM-IV Tanıları ve ICD-10 Karşılıkları.

DSM-IV Tanı	ICD 10 kodu	Tüm olası olgular içindeki sayısı (n)	Tüm olası olgular içindeki yüzdesi (%)
Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar		**417**	**(29,6)**
Şizofreni	F20	265	18,8
Şizoafektif Bozukluk	F25	83	5,9
Kısa Psikotik Bozukluk	F23	15	1,1
Sanrılı Bozukluk	F22	24	1,7
Diğer Psikotik Bozukluklar[a]	F21; F28; F29	30	2,1
Bipolar I Bozukluk		**197**	**(14,0)**
Psikotik belirtili	F30.2; F31.2; F31.5	141	10,0
Psikotik belirtisiz	F30.1; F31.1; F31.4	42	3,0
Tanımlanmamış	F31.9	14	1,0
Depresif Bozukluk, Psikotik Bulgulu	F32.3; F33.3	**77**	**(5,5)**
Organik Psikotik Bozukluk	F06.0; F06.1; F06.2	**24**	**(1,7)**
Madde Kullanımına Bağlı Psikotik Bozukluk		**12**	**(0,8)**
Alkol ile ilişkili	F10.5	4	
Esrar ile ilişkili	F12.5	8	
Psikotik belirtili bozukluklar (Toplam)		**727**	**(51,6)**
Psikotik belirti olmayan bozukluklar[b]		**664**	**(47,1)**
Tanısı kesinleştirilemeyenler[c]		**19**	**(1,3)**
Tüm olası olgular		**1410**	**(100.0)**

[a]Şizotipal bozukluk (n: 5) da bu gruba dâhil edildi.
[b]Demans (F00), Deliryum (F05), Beyin hasarına bağlı bozukluklar (F06), Alkol ve madde kullanım bozuklukları (F10-19), majör depresif bozukluk (F32-F33), başka türlü tanımlanamayan (BTA) depresif bozukluk (F38-F39), distimi (F34), fobik bozukluklar (F40), anksiyete bozuklukları (F41), obsesif kompulsif bozukluk (F42), travma sonrası stres bozukluğu (F43), dissosiyatif bozukluklar (F44), somatizasyon bozuklukları (F45), kişilik bozuklukları (F60), zeka yetersizlikleri (F70), yaygın gelişimsel bozukluklar (F84), aktivite ve dikkat bozukluğu (F90), nörolojik bozukluklar (G40 vb.).
[c]Kayıtlarda yeterli bilgi olmadığı ve klinik değerlendirme yapılamadığı için en az bir olası tanı saptanamayanlar.

Tanımlı alan genel nüfus bilgileri

Araştırma alanındaki genel nüfus bilgileri için 01 Ocak 1946 - 31Aralık 1995 arası doğan nüfus temel alınmıştır. Dönemsel yaygınlık hesaplaması için araştırmanın orta tarihi olması nedeniyle tanımlı alanın 2010 yılı nüfusu (73.893 kişi) temel alınmıştır. Bilgiler, Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) çevrim içi sitesinden (www.tuik.gov.tr) Adrese Dayalı Nüfus Sayımı aracılığıyla 2010 yılı için elde edilmiştir (TÜİK 2011). Bu kapsamda her bir mahalle ya da köy için cinsiyet, yaş grubu ve medeni duruma göre 15-64 yaş arası nüfus saptanmıştır.

İstatistiksel Yöntem

TÜİK çevrim içi sitesinden elde edilebilen değişkenler olan cinsiyet (kadın/erkek), yaş grubu (15-24; 25-34; 35-44; 45-54; 55-64) ve medeni durum (evlenmiş, hiç evlenmemiş, boşanmış) için nüfusa dayalı yaygınlık hızları hesaplanmıştır. Yaygınlık hızları 1000 kişi için ve %95 güven aralıklarıyla (GA) verilmiştir. Yaygınlıkların sosyodemografik değişkenlerle olan ilişkisini değerlendirmek için çok değişkenli lojistik regresyon modeli kullanılmıştır. Modele yaş ve cinsiyet dâhil edilmiştir. Regresyon analizi ile olasılıklar (odds) oranı (OO) elde edilmiş, sonuçlar %95 GA ile verilmiş ve $p<0,05$ anlamlı kabul edilmiştir. Veriler SPSS 18.0 ile analiz edilmiştir.

BULGULAR

Araştırma kapsamında kullanılan kayıt tabanlarına, bildirilen olgu sayılarının birleştirilmesine, olası olguların tanılarının kesinleştirilmesine dair ayrıntılı bilgi şekil 2'de yer almaktadır. Hastane veri tabanından 1948, Ruh Sağlığı Şubesi kayıtlarından 426 ve aile hekimlerinin veri tabanından 557 olası psikotik bozukluk olgusu elde edilmiştir. Araştırma ölçütlerini yaş, vefat, ikamet ve kurum durumu açısından karşılayan olası olguların tek bir havuzda birleştirilmesi ile toplam 1410 kişilik bir olası olgu listesi elde edilmiştir. Olası olguların %69,7'sine (s= 983) klinik tanısal değerlendirme görüşmesi uygulanmıştır. Geriye kalan olguların %7,3'ünün (s= 103) tanısı telefon görüşmesiyle ve %23,0'ının (s: 324) tanısı ise en olası tanı yöntemi ile elde edilmiştir. Kullanılan yöntemler arasında cinsiyete ve yaşa göre farklılık bulunmaktaydı: erkeklerde telefon görüşmesi (χ^2=4,4; p=0,036) ve kadınlarda en olası

TABLO 2. Tanımlı Alandaki İlçelere Göre Genel Nüfusa Dayalı Yaygınlık Hızları.

	Genel nüfus	Olgu sayısı	Yaygınlık[a]	Olgu sayısı	Yaygınlık[a]	Olgu sayısı	Yaygınlık[a]	Olgu sayısı	Yaygınlık[a]
		Tüm Psikotik Bozukluklar		*Şizofreni*		*Şizoafektif Bozukluk*		*Bipolar I Bozukluk*	
Tanımlı alan	**73893**	**727**	**9,8 (8,2-11,5)**	**265**	**3,6 (3,0-4,2)**	**83**	**1,1 (0,8-1,4)**	**197**	**2,7 (2,0-3,3)**
Sinop	39018	393	10,1 (7,6-12,5)	111	2,8 (2,0-3,7)	46	1,2 (0,7-1,6)	113	2,9 (1,9-3,8)
Kent	27401	286	10,4 (7,5-13,3)	71	2,6 (1,5-3,6)	36	1,3 (0,7-1,9)	85	3,1 (1,9-4,3)
Kır	11617	107	9,2 (6,2-12,2)	40	3,4 (1,9-4,9)	10	0,9 (0,1-1,6)	28	2,4 (1,3-3,5)
Ayancık	**14637**	**136**	**9,3 (7,4-11,2)**	**57**	**3,9 (2,9-4,9)**	**15**	**1,0 (0,6-1,5)**	**42**	**2,9 (1,8-3,9)**
Kent	8444	73	8,6 (6,2-11,1)	29	3,4 (2,1-4,8)	6	0,7 (0,2-1,2)	25	3,0 (1,4-4,9)
Kır	6193	63	10,2 (7,0-13,3)	28	4,5 (2,9-6,2)	9	1,4 (0,6-2,3)	17	2,7 (1,2-4,3)
Erfelek	**6930**	**68**	**9,8 (6,7-12,9)**	**39**	**5,6 (3,6-7,7)**	**7**	**1,0 (0,3-1,7)**	**14**	**2,0 (0,8-3,2)**
Kent	2369	23	9,7 (6,2-13,2)	14	5,9 (3,2-8,6)	2	0,8 (-0,3-2,0)	5	2,1 (0,3-3,9)
Kır	4561	45	9,8 (5,5-14,2)	25	5,5 (2,7-8,3)	5	1,1 (0,2-2,0)	9	1,9 (0,4-3,6)
Gerze	**13308**	**130**	**9,7 (7,5-12,0)**	**58**	**4,4 (3,2-5,5)**	**15**	**1,1 (0,5-1,7)**	**28**	**2,2 (1,3-3,1)**
Kent	7943	83	10,4 (7,3-13,6)	37	4,7 (3,0-6,3)	10	1,3 (0,5-2,0)	15	1,9 (0,8-2,9)
Kır	5365	47	8,8 (5,9-11,6)	21	3,9 (2,4-5,4)	5	0,9 (-0,1-1,9)	13	2,4 (0,7-4,1)

[a]1000 kişide olarak ve %95 güven aralıklarıyla (GA) verilmiştir.

tanı yöntemi (χ^2=3,5; p=0,048) istatistiksel olarak daha fazla kullanılmıştı. Ayrıca en olası tanı yöntemi kullanılan olgular daha üst yaş gruplarında olma eğilimindeydi (t=-5,3; p<0,05).

Olası olguların %47,1'inin (s=664) psikotik belirtilerin eşlik etmediği başka bir DSM-IV bozukluğu tanısı bulunmaktaydı (Tablo 1); ancak bu kişiler en az bir kayıt sistemine, en az bir kez psikotik bozukluk ya da bipolar bozukluk tanısıyla kaydedilmişti. Bu hastaların %56,9'unun (s=378) tanısı klinik değerlendirme görüşmesiyle kesinleştirilirken %6,5'ine (s=43) telefon görüşmesi ve %36,6'sına ise en olası tanı yöntemi uygulandı. Kadınlarda ve üst yaş grubunda psikotik bozukluğu olmamasına rağmen kayıtlara en az bir kez psikotik ya da bipolar bozukluk tanısıyla geçen hastalar anlamlı olarak daha fazlaydı (sırasıyla χ^2=22,4; p<0,05 ve t=2,1; p<0,05). Olası olguların %1,3'ünün tanısı (s=19) görüşme yapılamadığı ve kayıtlarda yeterli bilgi bulunmadığı için kesinleştirilemedi.

Olası olguların %51,6'sının (s=727) psikotik belirtilerin görüldüğü bir DSM-IV bozukluğu tanısı bulunmaktaydı (Tablo 1). Araştırmada saptanan yaygınlık tahminleri bu hasta toplamlarına dayanmaktadır. Herhangi bir psikotik bozukluğu olduğu saptananların %57,3'ü (s= 417) şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar kategorilerinde yer almaktaydı. Psikotik bulgulu duygudurum bozukluğu (BPI ve psikotik bulgulu depresyon) hastaların %37,7'inde (s= 274) saptanırken madde kullanımına bağlı psikotik bozukluk ise psikotik bozukluk hastalarının % 1,6'sını (s= 12) oluşturmaktaydı.

Tanımlı bölgede kayıtlara dayalı psikotik belirtili herhangi bir DSM-IV bozukluk yaygınlığı 1000 kişide 9,8 (%95 GA: 8,2-11,5), şizofreni yaygınlığı 3,6 (%95 GA: 3,0-4,2), şizoafektif bozukluk yaygınlığı 1,1 (%95 GA: 0,8-1,4) ve BPI bozukluk yaygınlığı 2,7 (%95 GA: 2,0-3,3) idi (Tablo 2). Psikotik bulgulu depresyon yaygınlığı ise 1000 kişide 1,0 (%95 GA: 0,6-1,3) idi (tabloda verilmemiştir). Herhangi bir psikotik bozukluk yaygınlığı tanımlı alan içinde 1000 kişide 10,4 ile 8,6 arasında dağılım göstermekteydi. Şizofreni için saptanan kayıtlara dayalı yaygınlık ise 1000 kişide 5,9 (Erfelek kent merkezi) ile 2,6 (Sinop kent merkezi) arasındaydı. BPI yaygınlığı ise 1000 kişide 3,1 (Sinop kent merkezi) ile 1,9 (Gerze kent merkezi ve Erfelek kırsal) arasında değişmekteydi (Tablo 2).

Nüfusa dayalı cinsiyet bilgilerine göre sosyodemografik özelliklere göre herhangi bir psikotik bozukluk varlığının kadınlardaki ve erkeklerdeki kayıtlara dayalı yaygınlıkları sırasıyla 9,7 (%95 GA= 7,3-12,0) ve 10,0 (%95 GA= 7,6-12,4) idi (Tablo 3). Şizofreni yaygınlığı kadınlara göre erkeklerde ılımlı olarak daha yüksek (1000 kişide 3,4 ve 3,7) iken cinsiyet farklılığı sadece BPI için anlamlıydı; yaygınlık kadınlara göre erkeklerde göre daha düşüktü (sırasıyla 1000 kişide 3,2 ve 2,2;

kadınlara göre erkekler için düzeltilmiş OO= 0,7; %95 GA= 0,5-0,9; p<0,05).

Psikotik bozuklukların yaygınlıkların yaygınlıkları 15-24 yaş grubuna göre diğer yaş gruplarında anlamlı olarak daha yüksekti (Tablo 3). Yükseklik şizofreni için özellikle 35-44 yaş grubunda belirgin iken (tüm psikotik bozukluklar için 1000 kişide 14,2 ve şizofreni için 1000 kişide 5,3) şizoafektif bozukluk ve BPI için ılımlı olarak 45-54 yaş grubunda daha yüksek olma eğilimindeydi (sırasıyla 1000 kişide 1,5 ve 3,5). Sadece artan yaş ile ortaya çıkan artmış risk BPI grubunda şizofreni ve şizoafektif bozukluk hastalarına göre anlamlı ancak görece daha düşüktü (25-34 yaş grubu için düzeltilmiş OO sırasıyla 1,1; 2,2; 2,6).

Psikotik bozuklukların yaygınlıkları evlilere göre bekârlar ve özellikle de boşanmış olanlar arasında oldukça yüksekti. Evlilerde tüm psikotik bozukluklar için yaygınlık 1000 kişide 6,7 iken bekarlar için yaygınlık 14,2 ve boşanmış olanlar için 49,0 idi (Tablo 3). Benzer biçimde yaş ve cinsiyet için düzeltilmiş OO'lar evlilere göre bekârlar ve boşanmışlardaki artmış riski yansıtmaktaydı (sırasıyla 3,9 [%95 GA= 3,2-4,9] ve 8,0 [%95 GA= 6,4-10,0]). Artmış risk BPI bozukluk grubuna göre şizofreni ve şizoafektif bozukluk gruplarında daha belirgindi (şizofreni için evlilere göre bekârlarda ve boşanmış olanlarda düzeltilmiş OO sırasıyla 14,1 [%95 GA= 10,0-19,8] ve 12,5 [%95 GA=8,6-18,3]; şizoafektif bozukluk için 8,2 [%95 GA= 4,4-15,2] ve 13,9 [%95 GA= 7,6-25,2]). Aynı oranlar BPI bozukluk için sırasıyla 1,6 (%95 GA= 1,1-2,5) ve 4,5 (%95 GA= 2,8-7,1) idi (Tablo 3).

Tüm psikotik belirtili bozuklukların yaygınlığı, kentsel, yarı kentsel ve kırsal bölgeler arasında farklılık göstermezken (sırasıyla 1000 kişide 10,4, 9,5 ve 9,4 – tablo 3) şizofreni yaygınlığı kentsel bölgelerde (1000 kişide 2,6) yarı-kentsel (1000 kişide 4,2) ve kırsal bölgelere (1000 kişide 4,1) göre daha düşüktü (kırsal yerleşimlere göre kentsel yerleşimdeki düzeltilmiş OO= 0,6; %95 GA= 0,5-0,9; p<0,05). Diğer yandan şizoafektif ve BPI bozuklukların yaygınlıkları kentsel bölgelerde (sırasıyla 1000 kişide 1,3 ve 3,1) kırsal bölgelere göre (sırasıyla 1000 kişide 1,1 ve 2,6) daha yüksekti ama fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (Tablo 3).

TARTIŞMA

Bu araştırma Türkiye'de, psikotik belirtili bozuklukların belirli bir dönem için yaygınlığını tanımlı bir alanda kayıtlara dayalı olarak ve genel nüfusa göre veren ilk araştırmadır. Bulgulara göre araştırma döneminde her 1000 kişiden 10'u tanımlı alanda bulunan birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerine en az bir kez psikotik belirtili bir bozukluk için başvurmuştur. Bu yaygınlık tahmini, genel erişkin nüfusta psikotik bulgulu bozukluklar için sağlık hizmeti kullanımının en alt oranı olarak değerlendirilebilir (Goldner ve ark. 2003). Diğer yandan yine aynı dönemde her 1000 kişiden yaklaşık 20'si birinci ve

TABLO 3. Sosyodemografik Özelliklere Göre Genel Nüfusa Dayalı Yaygınlık Hızları ve Olasılıklar Oranları.

Değişken	Genel nüfus	Olgu sayısı	Yaygınlık[a]	Uyarlanmış OO[b]	Olgu sayısı	Yaygınlık[a]	Uyarlanmış OO[b]	Olgu sayısı	Yaygınlık[a]	Uyarlanmış OO[b]	Olgu sayısı	Yaygınlık[a]	Uyarlanmış OO[b]
			Tüm Psikotik Bozukluklar			*Şizofreni*			*Şizoafektif Bozukluk*			*Bipolar I Bozukluk*	
Cinsiyet													
Kadın	36895	357	9,7 (7,3-12,0)	1,0 (ref)	127	3,4 (2,6-4,3)	1,0 (ref)	42	1,1(0,7-1,6)	1,0 (ref)	114	3,1 (2,1-4,1)	1,0 (ref)
Erkek	36998	370	10,0 (7,6-12,4)	1,0 (0,9-1,2)	138	3,7 (2,9-4,5)	1,1 (0,8-1,4)	41	1,1 (0,7-1,5)	0,9 (0,6-1,5)	83	2,2 (1,5-3,0)	0,7 (0,5-0,9)
Yaş													
15-24	16537	92	5,5 (2,7-8,4)	1,0 (ref)	28	1,7 (0,7-2,6)	1,0 (ref)	8	0,5 (0,1-0,9)	1,0 (ref)	34	2,0 (0,9-3,2)	1,0 (ref)
25-34	15133	152	10,0 (7,7-13,0)	**1,8 (1,3-2,3)**	58	3,8 (2,5-5,1)	**2,2 (1,4-3,5)**	19	1,2 (0,6-1,8)	**2,6 (1,1-5,9)**	35	2,3 (1,2-3,4)	**1,1 (0,7-1,8)**
35-44	13860	195	14,2 (9,5-18,9)	**2,5 (2,0-3,3)**	72	5,3 (3,6-6,9)	**3,1 (2,0-4,8)**	19	1,4 (0,8-1,9)	**2,8 (1,2-6,5)**	49	3,5 (1,5-5,5)	**1,7 (1,1-2,6)**
45-54	14931	189	12,6 (7,9-17,4)	**2,3 (1,8-2,9)**	73	4,9 (3,3-6,5)	**2,9 (1,9-4,5)**	23	1,5 (0,5-2,6)	**3,2 (1,4-7,1)**	52	3,5 (1,8-5,2)	**1,7 (1,1-2,6)**
55-64	13432	99	7,4 (4,3-10,4)	1,3 (1,0-1,7)	34	2,5 (1,6-3,4)	1,5 (0,9-2,5)	14	1,0 (0,4-1,7)	2,1 (0,9-5,1)	27	2,0 (1,0-3,0)	0,9 (0,6-1,6)
Medeni durumu													
Evli*	50292	336	6,7 (4,8-8,5)	1,0 (ref)	81	1,6 (1,3-1,9)	1,0 (ref)	30	0,6 (0,2-0,9)	1,0 (ref)	115	2,3 (1,5-3,0)	1,0 (ref)
Bekâr	21337	282	13,2 (10,0-16,4)	**3,9 (3,2-4,9)**	143	6,7 (5,1-8,3)	**14,1 (10,0-19,8)**	36	1,7 (1,1-2,2)	**8,2 (4,4-15,2)**	60	2,8 (1,7-3,9)	**1,6 (1,1-2,5)**
Boşanmış	2224	109	49,0 (36,1-61,9)	**8,0 (6,4-10,0)**	41	18,4 (11,4-25,4)	**12,5 (8,6-18,3)**	17	7,6 (3,5-11,8)	**13,9 (7,6-25,2)**	22	9,9 (5,5-14,3)	**4,5 (2,8-7,1)**
Yerleşim													
Kırsal	27736	262	9,4 (7,7-11,2)	1,0 (ref)	114	4,1 (3,2-5,0)	1,0 (ref)	29	1,0 (0,6-1,5)	1,0 (ref)	67	2,4 (1,7-3,1)	1,0 (ref)
Yarıkentsel	18756	179	9,5 (7,6-11,4)	1,0 (0,8-1,2)	80	4,2 (3,2-5,3)	1,1 (0,8-1,4)	18	1,0 (0,5-1,4)	0,9 (0,5-1,7)	45	2,4 (1,5-3,2)	1,0 (0,7-1,4)
Kentsel	27401	286	10,4 (7,5-13,3)	1,1 (0,9-1,3)	71	2,6 (1,5-3,6)	**0,6 (0,5-0,9)**	36	1,3 (0,7-1,9)	1,3 (0,8-2,2)	85	3,1 (1,9-4,3)	1,3 (0,9-1,8)

[a]1000 kişide olarak ve %95 güven aralıklarıyla (GA) verilmiştir. [b]Yaş ve cinsiyet için kontrol edilmiştir. Olasılıklar oranları (OO) %95 güven aralıklarıyla (GA) verilmiştir. İstatistiksel olarak p<0,05 anlamlı kabul edilmiş ve kalın karakterle belirtilmiştir. *Medeni durumu "dul" olanları da içermektedir.

ikinci basamak sağlık hizmetleri kayıtlarında psikotik bulgulu bir bozukluk tanısı ile kaydedilmiştir. Ancak araştırma bulguları, kayıtlarda psikotik bozukluk tanısı bulunan başvuruların yaklaşık yarısının hali hazırda herhangi bir psikotik bozukluğunun bulunmadığını, başka nedenlerle (zekâ yetersizliği, dürtü denetimi gibi nedenlerle antipsikotik ilaç reçetelenmesi ve bu reçetelerde ICD kodunun girilmesi gerekliliği gibi) bu tür tanıların kaydedildiğine işaret etmektedir.

Türkiye'de genel toplum örneklemlerine dayanan kesitsel tarama araştırmaları yaşamboyu herhangi bir psikotik bozukluk yaygınlığını yaklaşık olarak 1000 kişide 26, şizofreni yaygınlığını 1000 kişide 8, şizoafektif bozukluk yaygınlığını 1000 kişide 2, BPI bozukluk yaygınlığını yaklaşık olarak 1000 kişide 4 ve psikotik bulgulu depresyon yaygınlığını 1000 kişide 5 olduğunu bildirmiştir (Binbay ve ark. 2011, Binbay ve ark. 2012, Özdemir ve Doğan 2015). Araştırmada saptanan kayıtlara dayalı yaygınlıklar ise kesitsel araştırmalarda bildirilen yaygınlıkların oldukça altındadır. Genel toplum örneklemine dayalı kesitsel araştırmalarda saptanan yaygınlıklar ile kayıtlara dayalı genel nüfusa oranlanmış yaygınlıkların farklı olmasının altında bazı nedenler bulunuyor olabilir. Aşağıda bu nedenler ele alınacaktır. Yine de SinoPsy araştırması kapsamında saptanan yaygınlıkların başka ülkelerden bildirilen kayıtlara dayalı yaygınlıklara benzer olduğu belirtilebilir (Tizon ve ark. 2009)

Psikotik belirtili bozukluklar önemli oranda kronik seyreden, belirtilerde alevlenme ve yatışmaların olduğu, tam iyileşmenin %20'ler düzeyinde olduğu bozukluklardır (Muller-Oerlinghausen ve ark. 2002, Wittchen ve ark. 2003, van Os ve Kapur 2009). İlk atak psikotik bozukluk hastalarının önemli bir kısmı uzun süreli sağlık hizmetleri kullanıcılarına dönüşürler (Menezes ve ark. 2006). Sürekli ve tekrarlayan sağlık hizmeti kullanımına rağmen psikotik bozukluklarda karşılanmamış tedavi açığı ya da düzenli tedaviyi bırakma oldukça yüksektir (Kohn ve ark. 2004, Lieberman ve ark. 2005). Bu nedenle araştırmada saptanan yaygınlık bulguları psikotik belirtili bozukluk hastalarının yarısından çoğunun en az üç yıllık süre içinde birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerine başvurmadıklarına işaret ediyor olabilir. Diğer yandan psikotik bozukluk hastalarının bir bölümü üç yıllık süre içerisinde sağlık hizmetlerine başvuruyu gerektirecek bir alevlenme yaşamamış olabilir. Ayrıca tanımlı alan içinde yaşayan psikotik bozukluk hastalarının bir kısmı, araştırmanın kapsadığı kayıt veri tabanlarının genişliğine rağmen başka illerdeki sağlık kuruluşlarına başvurmayı tercih etmiş olabilecekleri için kayıt dışı kalmış olabilirler.

Öte yandan kayıtlara dayalı yaygınlıklar tanımlı alana ait sosyodemografik özellikleri de yansıtıyor olabilir. Sinop ilinin de yer aldığı Karadeniz Bölgesi'nden son 20 yıl içinde özellikle başta İstanbul olmak üzere büyükşehirlere yüksek oranda göç yaşanmıştır (Başel 2007, Murat 2007). Psikotik bozukluk hastalarının önemlice bir bölümü tanımlı alandan göç etmiş olan nüfusun içinde yer alıyor olabilir. Bu nedenle de araştırmada saptanan yaygınlıklar görece olarak düşük kalmış olabilir. Ancak "seçilmiş göç" olasılığını (Cantor-Graae ve Selten 2005) değerlendirmemizi sağlayacak nüfus ve olgu sayıları elimizde bulunmamaktadır. Yine de kesitsel araştırmalarda bildirilen yaşamboyu yaygınlıklarla karşılaştırılırsa tanımlı alanda bildirilen yaygınlıklara göre DSM-IV şizofreni ve diğer psikotik bozukluk tanılı hastaların en az yarısının üç yıllık dönem boyunca birinci ya da ikinci basamak sağlık hizmetlerine başvurmadıkları söylenebilir.

Genel toplum örneklemlerinde yapılan kesitsel araştırmalarda şizofreni yaygınlığına göre BPI bozukluk yaygınlığı genellikle daha düşüktür (Perala ve ark. 2007, Binbay ve ark. 2012). Kayıtlara dayalı bu araştırmada şizofreni ve BPI bozukluk arasındaki yaygınlık farklılığının kesitsel araştırmalardaki kadar olmaması dikkat çekicidir. Kayıtlara dayalı BPI bozukluk yaygınlığı, kesitsel araştırmalarda bildirilen yaşamboyu yaygınlık tahminlerine (1000 kişide yaklaşık olarak 4) daha yakındır (Binbay ve ark. 2012, Özdemir ve Doğan 2015). Ancak Türkiye'de kesitsel araştırmalarda ve kayıtlara dayalı bu araştırmada saptanan BPI bozukluk yaygınlığı diğer ülkelerdeki araştırmalara göre düşüktür (Merikangas ve ark. 2007, Merikangas ve ark. 2011, Dell'Aglio ve ark. 2013). BPI bozukluk yaygınlığı üzerine yapılan kesitsel araştırmalarda en önemli farklılık kaynağı olguların saptanmasıyla ilgilidir (Wittchen ve ark. 2003). Bu nedenle araştırmalar arasında farklı yaygınlık bildirimlerini etkiliyor olabilir (Dell'Aglio ve ark. 2013).

Diğer yandan BPI bozukluk, şizofreni gibi uzun süreli seyir gösteren, duygudurum dönemlerinde alevlenmelerin ve tam ya da tama yakın iyileşmenin olduğu bir psikiyatrik bozukluktur ve hastaların sağlık hizmetleri kullanımının uzun süreli ve tekrarlayıcı olduğu düşünülebilir (Wittchen ve ark. 2003). Bu nedenle kayıtlara dayalı bu araştırmada yaygınlık tahmini kesitsel araştırmalara yakın bir oranda saptanabilmiş olabilir. Diğer yandan yaygınlık tahminlerindeki benzerlik araştırma yöntemiyle ilgili olduğu kadar demografik ve coğrafi (Karadeniz Bölgesi) bir özelliği de yansıtıyor olabilir. Ancak bilimsel kaynaklarda bu durumu sorgulayacak yeterli bilgi bulunmamaktadır.

Psikotik bulgulu depresyon yaygınlığı ise genel toplum araştırmalarına göre (yaklaşık 1000 kişide 4) daha düşük çıkmıştır (Ohayon ve Schatzberg 2002, Perala ve ark. 2007, Binbay ve ark. 2012). Kesitsel araştırmalarda saptanan yaşamboyu yaygınlığa göre kayıtlara dayalı yaygınlık araştırması sadece belirli bir dönemde sağlı hizmetlerine başvuran hastaları kapsadığı için araştırmamızdaki oran düşük kalmış olabilir. Diğer yandan psikotik bulgulu depresyonu ayaktan ya da yataklı psikiyatri hizmetlerinde dahi tanımlamak çeşitli zorluklara sahiptir (Maj ve ark. 2007). Bu nedenle hastaların önemli bir bölümü kayıtlara geçmemiş ve araştırma dışında kalmış olabilir.

Şizofreni yaygınlıkları ve şizofreni için sağlık hizmetlerine başvuru kadınlara göre erkeklerde daha yüksektir (Binbay ve ark. 2011, Binbay ve ark. 2012). Ancak araştırma alanındaki kayıtlarda şizofreni ve şizoafektif bozukluk için cinsiyete dayalı bir fark bulmamıştır. Türkiye'de yapılan kesitsel araştırmalarda BPI bozukluk yaygınlığı kadınlarda daha yüksek olma eğilimindeyken (Binbay ve ark. 2012, Özdemir ve Doğan 2015) farklı ülkelerdeki araştırmalarda erkeklerde daha yüksek olma eğilimindedir (Merikangas ve ark. 2011). Kayıtlara dayalı bu araştırmada kadınlar BPI bozukluk için daha yüksek risk saptanması kesitsel araştırmalarla uyumludur.

Psikotik bulgulu bozuklukların yaş gruplarındaki yaygınlıkları, belirtilerin sağlık kuruluşlarına başvuruyu gerektirecek şiddete ulaşmasını yansıtmaktadır. Diğer yandan bu bozuklukların ortaya çıkış yaşı, eğitim, meslek ve sosyal işlevsellik gelişimi açısından en önemli hayat dönemine denk gelir ve bu nedenle hastalar yaşamboyu süren bazı olumsuzluklar yaşamak zorunda kalırlar (Wittchen ve ark. 2003, van Os ve Kapur 2009). Araştırmamızda medeni durum açısından saptanan yaygınlık hızları ve artmış risk bu açıdan oldukça önemlidir. Türkiye'de psikotik bozukluk (özellikle de şizofreni ve benzeri bozukluklarda) hastaları evlenemeyerek ya da evliliklerini sürdüremeyerek yaşadıkları belirtilerin sosyal bedelini ödemektedir.

Şizofreni yaygınlıkları kentsel yerleşim bölgelerinde daha yüksektir (March ve ark. 2008). Bu yüksekliğin hem hastalığın patofizyolojisi hem de sosyodemografik özelliklerle ilişkisi bulunmaktadır (Allardyce ve Boydell 2006). Araştırmamızda kırsal bölgeler şizofreni için artmış yaygınlık ve risk ile ilişkili bulunmuştur. Bu durum, tanımlı alanda son yirmi yıl içinde yaşanan kitlesel göç göz önünde bulundurulursa (Başel 2007, Murat 2007) "seçilmiş göç" (hasta olmayanların göç etmesi) ya da sosyal kalıntı durumlarıyla (göç sonrasında geriye hastaların ya da hastalık riski yüksek olanların kalması) ilgili olabilir. Diğer yandan Türkiye'de kırsal bölgelerde sosyoekonomik yoksunluk daha yüksektir (Aran ve ark. 2010). Bu artmış risk kırsal nüfus içinde daha fazla psikotik bozukluk hastasının ortaya çıkmasına neden oluyor olabilir (Drukker ve ark. 2007, March ve ark. 2008). İstatistiksel anlamlılığı olmasa da şizoafektif ve BPI bozuklukların kentsel alanlarda daha yüksek olması dikkat çekicidir.

Araştırmanın bulguları bazı kısıtlılıklarla birlikte değerlendirilmelidir. Araştırmanın bulguları kayıtlara bağlı bir yanlılık taşıyor olabilir. Her ne kadar tanımlı alandaki tüm sağlık kayıtlarına ulaşılmaya çalışılmış olsa da bir grup aile hekiminin kayıtlarına ve diğer illerdeki üçüncü basamak ya da özel sağlık kuruluşlarına yapılan başvurulara ulaşılamamıştır. Psikotik bozukluğu olup ICD kodu başka hastalıklar olan hastalar kapsam dışı kalmıştır. Kronik hastalığı olan ancak araştırma süresi içinde ilaç yazdırma ihtiyacı ya da alevlenmesi olmadığı için başvurmayanlar kapsam dışında kalmıştır. Araştırma için seçilen bölge ile diğer bölgeler arasında demografik farklar bulunabilir ancak bu araştırmada nüfus, demografi ve sağlık hizmetleri kullanımındaki farklılıklar incelenmemiştir. Bu nedenle tanımlı alandaki bazı olgular araştırma dışında kalmış olabilir. Eğer bu kesim, önemli bir orana denk geliyorsa, araştırmamızda bildirilen yaygınlıklar hâlihazırda var olan ihtiyacın bir bölümünü yansıtmış olacaktır. Ayrıca kayıtlara dayalı söz konusu yanlılık bu makalede sosyodemografik etkenlerle ilgili olarak saptanan ya da saptanamayan ilişkilerin genellenebilmesini de sınırlandırmaktadır.

Bir diğer yanlılık kaynağı ise tanıların netleştirilmesiyle ilgilidir. ICD kodlamasındaki hatalar, kişi beyanlarındaki yetersizlikler, damgalanma nedeniyle psikotik bozuklukların ifade edilmeyebilmesi, olası olguların kendilerinden ya da yakınlarından alınan bilgilerin yetersiz olabilmesi, telefon görüşmelerinde tanı koymanın kısıtlılıkları olguların netleştirmesinde yanlılık oluşturmuş olabilir. Diğer yandan olası olgular listesinde yer alanların yaklaşık yarısında psikotik bozukluk olmadığı saptanmıştır. Ancak bu kişilerin bir kısmına klinik görüşme yapılmamış ve sadece kayıtlarda yer alan bilgilere göre tanıları netleştirilmiştir. Bu yöntem yanlılık oluşturmuş olabilir.

Kısıtlılıklarına rağmen SinoPsy araştırması tanımlı bir alanda psikotik belirtili bozuklukların yaygınlıklarını genel nüfus bilgileri de kullanılarak saptayan ilk araştırmadır. Epidemiyolojik yöntem açısından kayıtlara dayalı araştırmaların gerektirdiği tüm şartlar yerine getirimli ve veri kalitesinin mümkün olan en yüksek düzeyde tutulması sağlanmıştır.

SONUÇ

Araştırma bulgularına göre üç yıllık bir dönem içinde her erişkin 1000 kişiden 10'u birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerine psikotik belirtili bir bozukluk için başvurmaktadır. Psikotik belirtili bozuklukların yaygınlığı, kayıtlara dayalı araştırmalarda kesitsel genel toplum araştırmalarına göre daha düşüktür. Psikotik bozukluk hastalarının yarısı en az 3 yıl boyunca bu araştırmada saptanmayacak nedenlere bağlı olarak sağlık hizmetlerine başvurmuyor olabilir. Yine de geniş kapsamlı kayıtlar az görülen hastalıkların yaygınlığının saptanmasını ve hizmetlerin bu yaygınlıklara göre planlanmasını sağlayabilir. Diğer yandan sağlık kayıtlarında psikotik bozukluk tanısı olan hastaların yarısı psikotik bozukluk hastası değildir. Bu nedenle ülkemizdeki sağlık kayıtlarının kullanımı da gözden geçirilmelidir.

Teşekkür

Araştırmacılar verilerin elde edilmesi ve analiz edilmesi için farklı aşamalarda yardımcı olan Dr. Osman Açıkgöz (dönemin Sinop İl Sağlık Müdürü), Op. Dr. Feryat Demirhan (dönemin Sinop Atatürk Devlet Hastanesi Başhekimi), Psk. Macide Özkan Karaduman (Sinop İl Halk Sağlığı Müdürlüğü Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar, Programlar ve Kanser Şube Müdürü), Hem. İlker Aksoy Demirbaş ve Hem. Serap Özdenbaşı Durgun (Sinop İl Halk Sağlığı Müdürlüğü Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar, Programlar ve Kanser Şube Müdürlüğü), Huriye Erdem, Fatma Gündoğdu ve Ceyda Yumuşak (tıbbi sekreter, Sinop Atatürk Devlet Hastanesi), Demet Konuk (Sinop Atatürk Devlet Hastanesi istatistik birimi), James Kirkbride (psikiyatrik epidemiyolojist, London's Global University), Uzm. Dr. Gülgün Aydın (psikiyatrist, Sinop Atatürk Devlet Hastanesi), Uzm. Dr. Defne Korucu (nörolog, Sinop Atatürk Devlet Hastanesi), araştırma alanı içindeki aile hekimleri ve Sinop Atatürk Devlet Hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran hastalara teşekkürü bir borç bilir.

KAYNAKLAR

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

Anderson KK (2013) Health service registry data in psychiatric epidemiology: challenges for definition and interpretation. Acta Psychiatr Scand 127:9-10.

Aran M, Demir S, Sarıca Ö ve ark. (2010) Poverty and Inequality Changes in Turkey (2003-2009). Ankara, State Planning Organization.

Başel H (2007) Türkiye'de Nüfus Hareketlerinin ve İç Göçün Nedenleri. Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi 53:515-542.

Binbay T, Alptekin K, Elbi H ve ark. (2012) İzmir Kent Merkezinde Şizofreni ve Psikotik Belirtili Bozuklukların Yaşamboyu Yaygınlığı ve İlişkili Oldukları Sosyodemografik Özellikler. Turk Psikiyatri Derg 23:149-160.

Binbay T, Direk N, Aker T ve ark. (2014) Türkiye'de Psikiyatrik Epidemiyoloji: Yakın Zamanlı Araştırmalarda Temel Bulgular ve Gelecek İçin Öneriler. Turk Psikiyatri Derg 25:264-281.

Binbay T, Ulas H, Elbi H ve ark. (2011) Türkiye'de Psikoz Epidemiyolojisi: Yaygınlık Tahminleri ve Başvuru Oranları Üzerine Sistematik Bir Gözden Geçirme. Turk Psikiyatri Derg 22:40-52.

Bora Başara B, Dirimeşe V, Özkan E ve ark. (2006) Türkiye Hastalık Yükü Çalışması 2004. Ankara: Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü.

Cantor-Graae E, Selten JP (2005) Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. Am J Psychiatry 162:12-24.

Dell'Aglio JC Jr, Basso LA, Argimon II ve ark. (2013) Systematic review of the prevalence of bipolar disorder and bipolar spectrum disorders in population-based studies. Trends Psychiatry Psychother 35:99-105.

Drukker M, Gunther N, van Os J (2007) Disentangling associations between poverty at various levels of aggregation and mental health. Epidemiol Psichiatr Soc 16:3-9.

Dünya Sağlık Örgütü (1992) ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırılması. (Çev. ed.: Öztürk MO, Uluğ B, Çev.: Çuhadaroğlu F, Kaplan i, Özgen G, Öztürk MO, Rezaki M, Uluğ B). Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, Ankara, 1993.

Ensari H (2012) Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi projesi uygulamaları. Anadolu Psikiyatri Derg 10:48-49.

Ensari H, Gültekin BK, Karaman D ve ark. (2013) Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi hizmetlerinin şizofreni hastalarındaki yaşam kalitesi, yeti yitimi, genel ve sosyal işlevsellik üzerine etkisi: Bir yıllık izleme sonuçları. Anadolu Psikiyatri Derg 14:108-114.

First MB, Spitzer RL, Gibbon M ve ark. (1996) Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinician Version (SCID-CV). Washington D. C. American Psychiatric Press.

Ford T (2003) Introduction to epidemiological study designs. Practical Psychiatric Epidemiology, M Prince, R Stewart, T Ford, M Hotopf (Ed), Oxford, New York. Oxford University Press, s. 85-95.

Goldner EM, Jones W, Waraich P (2003) Using administrative data to analyze the prevalence and distribution of schizophrenic disorders. Psychiatr Serv 54:1017-1021.

Kilic C, Rezaki M, Ustun TB ve ark. (1994) Pathways to psychiatric care in Ankara. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 29:131-6.

Kılıç C (1998) Türkiye Ruh Sağlığı Profili-Erişkin nüfusta ruhsal hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yetiyitimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanım sonuçları. T. C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ankara.

Kohn R, Saxena S, Levav I ve ark. (2004) The treatment gap in mental health care. Bull World Health Organ 82:858-866.

Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP ve ark. (2005) Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. N Engl J Med 353:1209-1223.

Maj M, Pirozzi R, Magliano L ve ark. (2007) Phenomenology and prognostic significance of delusions in major depressive disorder: a 10-year prospective follow-up study. J Clin Psychiatry 68:1411-1417.

March D, Hatch SL, Morgan C ve ark. (2008) Psychosis and place. Epidemiol Rev 30:84-100.

Menezes NM, Arenovich T, Zipursky RB (2006) A systematic review of longitudinal outcome studies of first-episode psychosis. Psychol Med 36:1349-1362.

Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J ve ark. (2007) Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. Arch Gen Psychiatry 64:543-552.

Merikangas KR, Jin R, He JP ve ark. (2011) Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. Arch Gen Psychiatry 68:241-251.

Muller-Oerlinghausen B, Berghofer A, Bauer M (2002) Bipolar disorder. Lancet 359:241-247.

Murat S (2007) Doğum Yerlerine Göre İstanbul Nüfusu ve İç Göçler. İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Sosyal Siyaset Konferansları, İstanbul Üniversitesi Yayınları, İstanbul.

Ohayon MM, Schatzberg AF (2002) Prevalence of depressive episodes with psychotic features in the general population. Am J Psychiatry 159:1855-1861.

Özdemir Ö, Doğan O (2015) Sivas il merkezinde iki uçlu duygudurum bozukluğunun yaygınlığı, psikiyatrik eş tanıları ve hastaların yaşam kalitesi. Anadolu Psikiyatri Derg 16:85-94.

Perala J, Suvisaari J, Saarni SI ve ark. (2007) Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. Arch Gen Psychiatry 64:19-28.

Prince M (2003) Cross-sectional surveys. Practical Psychiatric Epidemiology, M Prince, R Stewart, T Ford, M Hotopf (Ed), Oxford, New York. Oxford University Press, s. 111-129.

Sağlık Bakanlığı (2005) Ruh Hastalarının Sevk ve Takipleri. Ankara, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.

Tizon JL, Ferrando J, Artigue J ve ark. (2009) Neighborhood differences in psychoses: prevalence of psychotic disorders in two socially-differentiated metropolitan areas of Barcelona. Schizophr Res 112:143-8.

TÜİK (2011) Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları 2010. Ankara, Türkiye İstatistik Kurumu.

van Os J, Kapur S (2009) Schizophrenia. Lancet 374:635-645.

Wittchen HU, Mhlig S, Pezawas L (2003) Natural course and burden of bipolar disorders. Int J Neuropsychopharmacol 6:145-154.