

Türkiye’de Şizofreni Hastalarında Sigara Kullanımının Psikopatolojik, Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerle İlişkisi

Okan Ekinci¹, Aslı Ekinci¹

¹Psikiyatrist, Yozgat Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği,
Yozgat - Türkiye

ÖZET

Türkiye’de şizofreni hastalarında sigara kullanımının psikopatolojik, sosyodemografik ve klinik özelliklerle ilişkisi

Amaç: Şizofreni hastalarında sigara kullanımı yaygınlığı, genel toplumdakinden anlamlı biçimde yüksektir ve bu durum bazı psikososyal ve klinik özelliklerle ilişkili görünmektedir. Bununla birlikte, şizofrenide sigara kullanımı ile psikopatoloji, içgörü, intihar, umutsuzluk ve depresyon arasındaki ilişki hakkında sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Çalışmamızın amacı, Türkiye’de sigara kullanan şizofreni hastalarında sigara kullanımının bu klinik değişkenlerle ilişkisini araştırmaktır.

Yöntem: Bu kesitsel nitelikteki çalışmaya, DSM-IV’e göre şizofreni tanısı almış, ayakta tedavi gören 133 hasta dahil edildi ve nikotin bağımlılığını değerlendirmek amacıyla her biriyle ayrı ayrı görüldü. Hastaların pozitif ve negatif belirtileri Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (PBDÖ) ve Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (NBDÖ), depresyonun derecesi Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (CŞDÖ), umutsuzluk düzeyleri Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ), dürtüsellik düzeyleri Barrat Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ), obsesif-kompulsif belirtileri Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOKO), içgörülerini Beck Bilişsel İçgörü (BBİÖ) ve Akıl Hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeği (AHİÖ) ile değerlendirildi.

Bulgular: Bulgularımız, sigara kullanan şizofrenili olgularda yatarak tedavi görme, intihar girişiminde bulunma oranlarının daha yüksek olduğuna, mevcut psikopatolojilerinin daha ciddi olduğuna, umutsuzluk ve dürtüsellik düzeylerinin de daha yüksek olduğuna işaret etmektedir. Ayrıca, sigara kullanan hastalarda işsizlik oranının daha yüksek olması da dikkat çekmektedir.

Sonuç: Çalışmamız Türkiye’de şizofreni hastalarında sigara kullanımının rolü ile ilgili yeni bakış açıları kazandırabilir. Bulgularımız, sigara kullanımının şizofrenili olgularda daha ciddi psikopatolojinin yanı sıra, intihar eğilimi, umutsuzluk ve dürtüsellikle de ilişki içinde olduğuna işaret etmektedir. Şizofrenili olgularda sigara içiminin intihar, umutsuzluk ve dürtüsellikle olan ilişkisi, bu hasta grubunun tedavi ve takibinde önemli bir yer tutabilir.

Anahtar kelimeler: Şizofreni, sigara içme, umutsuzluk, intihar, psikopatoloji

ABSTRACT

Cigarette smoking in patients with schizophrenia in Turkey: relationships to psychopathology, socio-demographic and clinical characteristics

Objective: In individuals with schizophrenia, the prevalence of cigarette smoking is significantly higher than that of the general population. This appears to be associated with specific psychosocial and clinical characteristics. However, there is limited data regarding the relationship between smoking and psychopathology, insight, impulsivity, suicidality, hopelessness and depression in patients with schizophrenia. In this regard, the purpose of this study was to examine the relationship between these characteristics and smoking in patients with schizophrenia in Turkey.

Method: In this cross-sectional study, 133 outpatients with DSM-IV diagnosis of schizophrenia were recruited and independently interviewed for nicotine dependency with tobacco use. Scale for Assessment of Negative and Positive Symptoms (SANS and SAPS), Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS), Beck Hopelessness Scale (BHS), Barrat Impulsivity Scale (BIS), The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (YBOCS), Beck Cognitive Insight Scale, Scale of Unawareness of Mental Disorder (SUMD) were used to evaluate related psychopathologic variables.

Results: The results revealed that smokers with schizophrenia had higher rates of hospitalization, lifetime suicide attempts, more severe psychopathology, higher impulsivity and hopelessness scores than non-smokers with schizophrenia. In addition, another important result was that smokers with schizophrenia have higher unemployment rates.

Conclusion: From this study, we may gain new insights into the role of cigarette smoking in patients of schizophrenia in Turkey. Our findings suggest that cigarette smoking is associated with not only severe psychopathology but also with impulsivity and hopelessness which are related to suicidality, in patients with schizophrenia. This relationship between suicidality, impulsivity and hopelessness may be of clinical importance for patients with schizophrenia.

Key words: Schizophrenia, smoking, hopelessness, suicide, psychopathology

Yazışma adresi / Address reprint requests to:
Psikiyatrist Okan Ekinci,
Yozgat Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği,
Yozgat - Türkiye

Telefon / Phone: +90-354-212-1070

Faks / Fax: +90-354-212-1071

Elektronik posta adresi / E-mail address:
drokanekinci@yahoo.com

Geliş tarihi / Date of receipt:
16 Ocak 2012 / January 16, 2012

Kabul tarihi / Date of acceptance:
16 Nisan 2012 / April 16, 2012

GİRİŞ

Şizofreni hastalarının sadece sağlıklı insanlardan değil, diğer ruhsal bozukluklu olan bireylerden de daha yüksek oranda sigara kullandıkları bilinmektedir. Şizofreni olgularında sigara kullanım sıklığının %85-90'lara kadar ulaşabildiği bildirilmektedir (1-3). Normalde bir defa başladıktan sonra, nikotinin nörodüzenleyici etkileri sigara kullanımının sürmesinde önemli bir etkidir. Nikotinin pekiştirici ve zevk verici etkilerinin yanı sıra, rahatsız edici çekilme belirtilerinin çabuk düzeltilmesi de diğer bir etkidir. Şizofrenide ise yüksek oranda sigara kullanımının nedeni belirsizdir. Ancak, en çok öne sürülen "self-medikasyon" teorisidir. Bu görüş, şizofrenisi olan olguların pozitif ve negatif belirtilerin şiddetini azaltmak ve bilişsel işlevlerini düzeltmek için sigara kullandıklarını öne sürer. Bazı çalışmalarda, şizofreni hastalarında sigara içimini takiben seçici dikkat ve nöropsikolojik yetersizliklerin düzelmesinin gösterilmesi de bu görüşü desteklemektedir (4-6). Şizofreni, dopaminerjik aktivitenin mezolimbik sistemde artması (pozitif belirtilerle ilişkili) ve prefrontal bölgede azalması (negatif belirtilerle ilişkili) ile ilişkilidir. Bu bağlamda, sigara kullanımının şizofrenide prefrontal-subkortikal ağdaki dopaminerjik aktivitede geçici artış yaparak, negatif belirtilerin şiddetini azalttığı ve kognitif işlevleri düzelttiği ileri sürülmektedir. Diğer yandan, şizofreni hastalarının antipsikotik ilaçların etkilerini azaltmak için sigara kullanmaları da olasıdır. Sigaranın hem ilaç kan düzeylerini düşürerek hem de dopaminerjik aktiviteyi artırarak antipsikotiklerin extrapiramidal ve bilişsel yan etkilerini iyileştirdiği düşünülmektedir (7,8). Bazı çalışmalar ise sigaranın tipik antipsikotiklerin hem akatizi gibi fiziksel hem de bellek ve dikkat bozukluğu gibi istenmeyen bilişsel yan etkilerini azalttığına işaret etmektedir. Düşük dopaminerjik reseptör işgal oranına sahip klozapinin sigara içme oranlarını azalttığı da göz önünde bulundurulduğunda, yukarıda bahsedilen dopaminerjik teori mantıklı görünmektedir (6,9).

Şizofrenide sigara kullanımının pozitif ve negatif belirtilerle, nöropsikolojik işlevlerle ve ilaç yan etkileriyle ilişkisi iyi bilinmektedir. Ayrıca bazı çalışmalarda, intihar ve dürtüsellikle olan ilişkisinden de

söz edilmektedir (6,10). Ülkemizde, şizofrenide sigara kullanımının psikopatoloji, sosyodemografik özellikler ve biyolojik değişkenlerle ilişkisinin araştırıldığı az sayıda çalışma bulunmaktadır (11-13). Diğer yandan literatüre bakıldığında, şizofrenide sigara kullanımının belirti ve bulgular, içgörü, dürtüsellik, intihar, depresyon ve umutsuzlukla olan ilişkisinin bir arada değerlendirildiği az sayıda çalışma olduğu dikkat çekmektedir (14). Dolayısıyla, bu çalışmada sigara kullanımının şizofreni olgularında psikopatolojik şiddet, içgörü, dürtüsellik, depresyon ve umutsuzluk, obsesif-kompulsif belirtiler, intihar ve bazı sosyodemografik özelliklerle olan ilişkisini saptamayı amaçladık. Şizofrenide sigara kullanımının pozitif ve negatif belirtilerle anlamlı biçimde ilişki içinde olacağı, sigara kullanan olguların daha yüksek dürtüsellik ve daha yüksek depresyon düzeylerine sahip olacakları, dürtüsellikle ilişkili olarak intihar ve şiddet davranışı öyküsünün de sigara kullanan olgularda daha sık saptanacağı varsayıldı. Ayrıca, sigara kullanan ve kullanmayan şizofreni olgularının bazı sosyodemografik ve klinik özellikler bağlamında ayrışacaklarını öngördük.

YÖNTEM

Örneklem

Bu çalışmaya, Kasım 2010 ve Mart 2011 tarihleri arasında ayaktan hasta ünitesinde takip ve tedavi edilen, DSM-IV tanı ölçütlerine (15) göre şizofreni tanısı konulmuş 133 hasta dahil edilmiştir. Çalışmaya dahil edilen hastaların tamamı hastalığın stabil dönemindeydi. Hastalar, son 6 ay içinde pozitif belirti şiddetinde artma yoksa, hastane yatışı gerekmemişse ve son 6 ay içinde antipsikotik tedavilerinde belirgin düzenlemeye ihtiyaç duyulmadıysa stabil dönemde kabul edildi. Akut psikotik alevlenme döneminde olan, mental retardasyonu olan ve Mini Mental Test puanı 23'ün altında olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Ayrıca, beyin tümörü, epilepsi, sistemik hastalıklar, kafa travması ve/veya cerrahisi gibi organik beyin hastalığı olanlar çalışma dışı bırakıldı. Başlangıçta çalışmaya katılma ölçütlerini karşılayan 140 hastadan 7'sinin ailesi ve/veya kendisi çalışmayı reddettiği için, çalışma 133 hasta ile yürütüldü

Çalışma, yerel etik kurulca onaylandı, hasta ve yakınları çalışma hakkında bilgilendirildi, gönüllü olan hastalar bilgilendirilmiş rıza belgesi ile birlikte çalışmaya alındı.

Sigara kullanımı; hastalara ve yakınlarına sigara kullanımını olup olmadığı, varsa ne kadar süredir ve hangi düzeyde olduğu sorularak tespit edildi. En az bir yıldır günde en az 20 adet sigara içen olgular DSM-IV'e göre nikotin bağımlısı olarak tanımlandı ve çalışmamızın sigara içenler grubunu oluşturdu.

GEREÇLER

Sosyodemografik Veri Formu

Hastaların sosyodemografik özellikleri, aile öykülerini, hastalığın başlangıç yaşını, süresini, yatış sayısını, intihar girişimini, başkalarına ve/veya eşyaya şiddet davranışı ile ilgili bilgilerini sorgulayan sorulardan oluşmaktaydı. Sosyodemografik ve klinik özellikler sorgulanırken hastanın yanı sıra, hastanın birinci derece yakınları ile daha önce hastanın takip ve tedavi sürecine katılmış sağlık personelinin de bilgisine başvuruldu.

DSM-IV Eksen I Tanıları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID-I): First ve arkadaşları (16) tarafından 1997'de, DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmedir. SCID I, tanısız değerlendirme standart bir biçimde uygulanmasını sağlayarak, tanının güvenilirliğinin ve DSMIV tanı ölçütlerinin taranmasını kolaylaştırıp tanılarının geçerliliğinin artırılması ve belirtilerin sistematik olarak araştırılması için geliştirilmiştir. SCID-I, birinci eksen tanısının herhangi bir zamanda var olup olmadığını (yaşam boyu prevalans) ve son 1 ay içinde bozukluk semptomlarının varlığını ya da yokluğunu saptar (16,17).

Pozitif Semptomları Değerlendirme Ölçeği (PBDÖ): Şizofreninin pozitif belirtilerinin düzeyini, dağılımını ve şiddetinin değişimini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Türkçe formunun geçerlilik, güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Her madde için 0-5 arasında puan verilmektedir (18, 19). Varsanılar, sanrılar, tuhaf davranış, pozitif yapısal düşünce bozukluğu ve uygunsuz duygulanım olmak üzere beş alt ölçekten oluşmaktadır.

Negatif Semptomları Değerlendirme Ölçeği (NBDÖ): Şizofreninin negatif belirtilerinin düzeyini, dağılımını ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Türkçe formunun geçerlilik, güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Toplam 5 alt ölçek 25 madde içermektedir. Her madde için 0-5 arasında puan verilmektedir (20,21). Duygulanımda düzleşme, düşüncenin yoksullaşması, istemsizlik-apati, anhedoni-toplumsal çekilme ve dikkat bozukluğu olmak üzere beş alt ölçekten oluşmaktadır.

Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (CŞDÖ): CŞDÖ şizofrenide depresyon ciddiyetini değerlendirmek amacıyla Addington ve arkadaşları (22) tarafından geliştirilen bir ölçektir. Bu ölçeğin Türkçe'de güvenilirlik ve geçerlilik çalışması ise Aydemir ve arkadaşları (23) tarafından yapılmıştır. CŞDÖ Türkçe versiyonunun depresif bozukluğun eşlik ettiği şizofreni için kesme puanı 11/12 olarak belirlenmiştir.

Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği (BBİÖ): Bireyin kendi yargılamalarını nasıl değerlendirdiğini ölçmek üzere geliştirilmiş, 15 sorudan oluşan öz bildirim ölçeğidir. Her soru 0 ile 3 arasında puanlandırılır. Önceki çalışmalardan iki faktör elde edilmiştir. Kendini yansıtma ve kendinden eminlik. Kendini yansıtma alternatif açıklamaları kabule yatkınlık, işlevsel olmayan çıkarımları tanıma, kendinden eminlik ise kişinin şimdiki inanç ve yargılarının doğruluğu konusunda kendinden fazlasıyla emin olması anlamına gelmektedir. Ayrıca, kendini yansıtma puanında kendinden eminlik puanının çıkarılmasıyla bileşik indeks elde edilmektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (24,25).

Akıl Hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeği (AHİÖ): Klinik içgörüyü değerlendirmek üzere kullanılan ve içgörüyü üç alt faktörle inceleyen bir ölçektir. Klinisyen tarafından değerlendirilir. Ruhsal hastalığın varlığına içgörüsüzlük, ruhsal hastalığın sosyal sonuçlarına içgörüsüzlük ve tedavi etkinliğine içgörüsüzlük olarak 3 farklı içgörü alanı değerlendirilir. Her maddenin puanı 1 ile 5 arasında değişir. Yüksek puanlar daha kötü klinik içgörüyü işaret eder (26).

Yale-Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği (YBOKÖ): Obsesif-kompulsif belirtilerin türü ve şiddetini ölçmek amacıyla Goodman ve arkadaşları (27) tarafından geliştirilmiştir. Görüşmeci tarafından uygulanır. Türkçe uyarlaması ve geçerlilik-güvenilirlik çalışmaları Karamustafaloğlu ve arkadaşları (28) tarafından yapılmıştır.

Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ): Dürtüsellliği ölçmek için geliştirilmiş, 30 maddeden oluşan kendini değerlendirme ölçeğidir. Bireyin kendisinden yanıt olarak, 'nadiren/hiçbir zaman', 'bazen', 'sıklıkla' ve 'hemen her zaman/her zaman' seçeneklerinden en uygun ifadeyi işaretlemesi istenir. Faktör analiziyle 3 alt faktör elde edilmiştir: a) Dikkatle ilişkili dürtüsellik, b) Motor dürtüsellik, c) Tasarlanmamış dürtüsellik. Dikkatle ilişkili dürtüsellik bilişsel karışıklığı tolere edememe ve sabırsızlığı; motor dürtüsellik anında düşünmeden eyleme geçmeyi; tasarlanmamış dürtüsellik ise gelecek hissini yokluğunu temsil eder. Yüksek puanlar yüksek dürtüsellik düzeyini gösterir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (29,30).

Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ): Beck ve arkadaşları (31) tarafından geliştirilmiştir. Ülkemizde

geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Seber ve arkadaşları (32) tarafından yapılmış olup, bireyin geleceğe yönelik olumsuz beklentilerini belirlemek amacıyla kullanılır. BUÖ 20 maddeden oluşan, 0-1 arasında puanlanan bir ölçektir. Alınan puanlar yüksek olduğunda bireydeki umutsuzluğun yüksek olduğu varsayılır.

İstatistiksel Yöntem

İstatistiksel değerlendirmelerde, ölçümle elde edilen verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ile incelenmiştir. İki grubun (sigara kullanan ve kullanmayan şizofreni hastaları) ölçümsel verilerinin karşılaştırılmasında, normal dağılıma uyanlarda Student t testi, normal dağılıma uymayanlarda Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise ki-kare testi kullanılmıştır. Ölçümle elde edilen veriler aritmetik ortalama \pm standart sapma, sayımla elde edilen veriler yüzde (%) olarak gösterilmiştir. Psikopatolojik değişkenler karşılaştırılırken yaş ve cinsiyet, içgörü ile ilgili karşılaştırmalar yapılırken ise pozitif ve negatif belirti şiddeti, yaş, cinsiyet ve eğitim süresi eşdeğişkenler olarak analize dahil edilmiş ve ANCOVA testi ile karşılaştırma yapılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak alınmıştır.

Tablo 1: Sosyodemografik ve klinik özellikler

	Sigara kullanımı (-) n=44	Sigara kullanımı (+) n=89	İstatistik	p
Demografik Özellikler				
Yaş	37.5 \pm 10.9	35.9 \pm 9.5	t=0.81, SD=131	0.42
Cinsiyet				
Kadın	19 (%43.2)	26 (%29.2)	$\chi^2=2.56$, SD=1	0.11
Erkek	25 (%56.8)	63 (%70.8)		
Eğitim süresi (yıl)	7.3 \pm 2.9	7.4 \pm 3.7	t=-0.06, SD=131	0.93
Medeni durum				
Bekar	32 (%72.7)	61 (%68.5)	$\chi^2=0.467$, SD=2	0.79
Evli	7 (%15.9)	14 (%14.7)		
Dul	5 (%11.4)	14 (%14.7)		
Mesleki durum				
Ev hanımı	16 (%36.4)	17 (%19.1)	$\chi^2=13.35$, SD=4	0.01*
İşsiz	14 (%31.8)	52 (%51.4)		
Diğer	14 (%31.8)	20 (%29.5)		
Yaşadığı yer				
Köy	10 (%22.7)	26 (%29.2)	$\chi^2=1.12$, SD=2	0.56
Kasaba	7 (%15.9)	17 (%19.1)		
Şehir	27 (%61.4)	46 (%51.7)		
Sosyoekonomik düzey				
Düşük	21 (%47.7)	55 (%61.8)	$\chi^2=4.9$, SD=3	0.17
Orta	21 (%47.7)	26 (%29.2)		
Yüksek	2 (%4.6)	8 (%8.9)		

* $p<0.05$, χ^2 = Ki-kare testi, t= Student t testi, SD= Serbestlik derecesi

BULGULAR

Tüm örneklemin %66.9'unun bir yıldan fazla süredir günde 20 adetten fazla sigara kullanımı vardı ve DSM-IV'e göre nikotin bağımlılığı tanı kriterlerini karşılıyordu. Hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri tablo 1'de gösterilmiştir (Tablo 1). Sigara kullanan ve kullanmayan hastalar arasında yaş, cinsiyet, evlilik durumu, sosyoekonomik durum ve eğitim süresi açısından anlamlı farklılık yoktu. Sigara kullanan olgularda, kullanmayanlara kıyasla işsizlik oranı anlamlı olarak daha yüksekti.

Gruplar arasında hastalık başlangıç yaşı ve hastalık süresi açısından anlamlı farklılık yoktu. Diğer yandan

sigara içen olguların, içmeyenlerden anlamlı olarak daha yüksek oranda intihar girişiminde bulunduğu saptandı. Sigara kullanmayan olguların yalnızca %2.3'ü daha önce en az bir kez intihar girişiminde bulunmuşken, bu oran sigara kullananlar için %37.2 idi. İki grup arasında hastaneye yatış sayısı açısından anlamlı farklılık mevcuttu. Sigara kullanan olgular daha fazla sayıda hastaneye yatırılarak tedavi edilmişlerdi. Ayrıca, sigara kullanan olgular ek olarak, daha yüksek oranda alkol-madde kullanımına sahiptiler. Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ve şiddet davranışı öyküsü açısından iki grup arasında anlamlı farklılık yoktu (Tablo 2).

İki grup psikopatolojik değişkenler açısından da karşılaştırıldı. Sigara kullanan olguların anlamlı olarak daha

Tablo 2: Sigara kullanan ve kullanmayan olgularda klinik özelliklerin ve psikopatolojik değişkenlerin karşılaştırılması

		Sigara kullanımı (-) n=44	Sigara kullanımı (+) n=89	İstatistik	p
KLİNİK ÖZELLİKLER					
Hastalık başlangıç yaşı		22.6±7.2	23.7±7.4	t=-0.82, SD=131	0.41
Hastalık süresi		15.0±10.2	12.2±8.2	t=1.66, SD=131	0.09
Yatış sayısı		1.6±1.2	2.6±2.8	t=-1.99, SD=131	0.04*
Alkol-madde kullanımı	Yok	41 (%93.2)	69 (%77)	$\chi^2=4.21$, SD=1	0.04*
	Var	3 (%6.8)	20 (%23)		
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü	Yok	15 (34.1)	30 (%33.7)	$\chi^2=0.01$, SD=1	0.96
	Var	29 (%65.9)	59 (%66.3)		
İntihar öyküsü	Yok	43 (%97.7)	56 (%62.9)	$\chi^2=21.69$, SD=1	<0.001**
	Var	1 (%2.3)	33 (%37.1)		
Şiddet davranışı	Yok	32 (%72.7)	63 (%27.3)	$\chi^2=0.05$, SD=1	0.81
	Var	12 (%70.8)	26 (%29.2)		
PSİKOPATOLOJİK DEĞİŞKENLER					
Pozitif belirtiler toplam puanı		24.8±16.4	34.7±16.5	F=9.51	0.001*
Varsanılar		6.8 ±5.1	9.3 ±4.2	t= 0.526	0.06
Sanrılar		11.7 ±9.8	13.8 ±7.6	t=-0.045	0.09
Dezorganize davranış		4.2±3.4	6.3±2.4	t=-0.348	0.07
Pozitif formal düşünce bozukluğu		1.5±1.5	3.4±1.2	t=0.523	0.06
Uygunsuz duygulanım		1.7±1.8	1.9 ±1.1	t=-0.731	0.46
Negatif belirtiler toplam puanı		31.7±17.4	41.1±15.3	F=8.16	0.002*
Duygulanımda küntleşme		7.6±5.7	8.8±4.1	t=0.567	0.06
Aloji		5.6±3.1	6.9±3.3	t=0.163	0.09
Avolasyon/Apati		6.2±4.1	7.6±3.6	t=0.245	0.80
Anhedoni/Asosyalite		7.7±4.5	7.9±2.4	t=-0.348	0.72
Dikkat kusuru		4.5±2.1	5.8 ±2.3	t=-0.204	0.08
Calgary Depresyon Ölçeği (CDÖ)		2.9±3.8	4.1±4.3	F=1.22	0.27
Beck Umutsuzluk Ölçeği		6.9±3.7	9.1±4.9	F=7.41	<0.01*
Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOKÖ)		5.1±9.2	5.3±10.1	F=0.02	0.91
Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BIS)		62.1±10.5	68.3±10.4	F=5.21	0.01*
Plansızlık-BIS		23.6±4.2	24.1±3.7	F=1.25	0.22
Dikkatle ilişkili-BIS		14.4±3.5	18.4±4.1	F=3.61	0.04*
Motor-BIS		25.1±3.8	25.2±3.4	F=1.60	0.07

* p<0.05, ** p<0.001, χ^2 = Ki-kare testi, t=Student t testi, F=Tek yönlü varyans analizi, SD= Serbestlik derecesi

Tablo 3: Sigara kullanan ve kullanmayan olgularda içgörü bileşenlerinin karşılaştırılması

	Sigara kullanımı (-) n=44	Sigara kullanımı (+) n=89	ANCOVA	p
Akıl Hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeği				
Total içgörüsüzlük	7.7±4.4	8.2±3.7	F=0.754	0.387
Ruhsal bozukluğun varlığına içgörüsüzlük (AHİÖ1)	2.7±1.6	2.9±1.5	F=1.133	0.289
Sosyal sonuçlarına içgörüsüzlük (AHİÖ2)	2.5±1.6	2.7±1.4	F=0.955	0.330
Tedavi etkinliğine içgörüsüzlük (AHİÖ3)	2.5±1.4	2.6±1.3	F=0.034	0.853
Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği				
Bileşik indeks	2.4±5.2	2.3±5.2	F=0.144	0.705
Kendini yansıtırma	11.7±4.5	12.0±4.8	F=0.001	0.976
Kendinden eminlik	9.3±2.6	9.7±3.6	F=0.413	0.522

F=Tek yönlü kovaryans analizi (ANCOVA)

ANCOVA (yaş, cinsiyet, pozitif ve negatif belirti şiddeti eş değişkenler olarak analize dahil edildi)

yüksek total PBDÖ ve NBDÖ puanlarına sahip oldukları bulundu. Diğer yandan, sigara kullanan olguların umutsuzluk şiddetinin kullanmayanlara oranla daha yüksek olduğu bulundu. Gruplar dürtüsellik düzeyleri açısından karşılaştırıldığında ise sigara kullananlar anlamlı olarak daha yüksek total dürtüsellik ve dikkatle ilişkili dürtüsellik puanlarına sahiptiler. Buna karşın, pozitif ve negatif belirti alt ölçek puanları, obsesif-kompulsif belirtiler ve depresyon şiddeti açısından iki grup arasında anlamlı farklılık bulunamadı. (Tablo 2).

İki grup içgörü ve bilişsel içgörü puanları açısından karşılaştırıldığında ise sigara kullanan ve kullanmayan şizofrenili olgular arasında içgörü total ve alt ölçek puanları ile bilişsel içgörü ve alt ölçek puanları açısından anlamlı farklılık olmadığı bulundu (Tablo 3).

TARTIŞMA

Bu çalışma, bildiğimiz kadarıyla, ülkemizde sigara kullanan ve kullanmayan şizofreni olgularını sosyodemografik ve klinik özellikler, pozitif ve negatif belirti ciddiyeti, dürtüsellik düzeyleri, obsesif-kompulsif belirti ciddiyeti, içgörü bileşenleri, umutsuzluk ve depresyon ciddiyeti açısından karşılaştıran ilk çalışmadır. Çalışmamızın bulguları, sigara kullanan şizofreni olgularında pozitif ve negatif belirtilerin, dürtüsellik ve umutsuzluk düzeylerinin daha şiddetli olduğuna, daha sıklıkla hastaneye yatıklarına ve bu olgularda intiharın ve işsizliliğin daha yüksek oranda olduğuna işaret etmektedir. Sigara kullanımı yaygınlığı bizim örneklemimizde yaklaşık %67 olarak bulundu. Bu bulgu, %85-95 gibi yüksek oranlar bildiren daha önceki çalışmalara kıyasla düşük

görünmektedir (6). Bu farklılık, çalışmamızdaki örneklem büyüklüğü, sosyokültürel özellikler, sigara kullanımının tanımı gibi önceki çalışmalardan farklılık arz eden bazı faktörlerden kaynaklanabilir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada saptanan, şizofreni olgularında %72 sigara kullanım oranı çalışmamızdakine benzerdir ve sosyokültürel farklılığın önemini destekler niteliktedir (11). Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda ise bu oran, %45 ve %50 olarak aktarılmaktadır (13,33). Ayrıca sigara kullanım sıklığındaki farklılıkların kullanılan antipsikotiklerin tipi ve dozu, ek antikolinerjik kullanımı gibi değişkenlerle de ilişkili olabileceği bildirilmektedir (2).

Çalışmamızda yaş, cinsiyet ve eğitim süresi kontrol edildikten sonra, sigara kullanan olguların daha ciddi pozitif ve negatif belirti şiddetine sahip olmaları ve ek olarak, daha fazla sayıda hastane yatışlarının olması, bu olgularda hastalığın daha ciddi seyrettiğine işaret etmektedir. Bu bulguyu daha önceki çalışmalar da desteklemektedir. Çeşitli çalışmalarda, sigara kullanımı varlığının daha ciddi bir psikopatolojinin nedeni ya da sonucu olduğu bildirilmektedir. Bu ciddiyetin, sigara kullanan olguların aynı zamanda ek madde kullanımlarının da bulunmasından kaynaklandığı ileri sürülmektedir. Bu hipoteze göre, ek madde kullanımı psikopatolojik ciddiyeti ve hastane yatışlarını artırmaktadır. Çalışmamızda sigara kullanan olguların daha yüksek oranda alkol-madde kullanımlarının olması da bu görüşü desteklemektedir (6,34,35). Bir diğer yaklaşım ise, daha ciddi psikopatolojisi olan hastaların ya bu semptomlara ikincil gelişmiş ya da daha yüksek ilaç dozlarından kaynaklanan istenmeyen psikişik (anhedoni gibi) ve fiziksel (parkinsonizm gibi) etkileri azaltmaya yönelik bir girişim

olarak sigara kullanıyor olmalarıdır. Ancak hangi nedenden olursa olsun, sigara kullanımının psikopatolojik ciddiyeti etkilediğini söyleyebiliriz. Başka bir bakış açısıyla ise, bu bulgu, psikopatolojik ciddiyetin sigara kullanımını etkilediği şeklinde de yorumlanabilir. Semptom alt tipleri açısından baktığımızda ise iki grup arasında negatif ve pozitif belirtiler açısından anlamlı farklılık yoktu. Çalışmamızın bulgusu, sigara kullanımının semptom alt tipleri ile ilişkili olmadığını öne süren önceki çalışmaları desteklemektedir (36-38).

Diğer yandan çalışmamızda sigara kullanan ve kulllanmayan olgular arasında, klinik ve bilişsel içgörü bileşenleri açısından anlamlı farklılık bulunamadı. İçgörü yokluğunun psikopatolojiyi artırarak sigara kullanımı artırabileceği ya da daha iyi içgörünün depresyonu körükleyerek sigara kullanımını tetikleyeceği beklenebilirdi. Bununla birlikte, bulgularımız bu iki hipotezi de desteklememektedir ve literatürde sigara kullanımının şizofrenili olgularda içgörü ile ilişkisine yönelik herhangi bir çalışma olmaması, yorum yapmayı güçleştirmektedir. Bu konuda gelecek çalışmaların daha geniş örneklem gruplarında ve uzunlamasına yapılması, bu iki anti-te arasındaki gerçek ilişkiyi ortaya çıkarabilir.

Çalışmamızın diğer dikkat çeken bir bulgusu ise, sigara kullanan şizofreni olgularında daha yüksek intihar oranları olmasıydı. Daha önceki çalışmalarda, şizofrenide sigara kullanımı ile intihar ilişkisine vurgu yapılmış ve sigara kullanımının intiharın altında yatan psikopatolojiyi şiddetlendirerek, intihar eğilimini artırdığı ileri sürülmüştür. Bazı çalışmalarda ise sigara kullanımının dürtüselliği artırarak, intihar sıklığını artırdığı bildirilmiştir (10,39). Ayrıca çalışmamızda, duygudurum bozukluğu bulunan olgularda intiharın önemli bir belirleyicisi olan umutsuzluk düzeylerinin de sigara kullanan olgularda daha yüksek olması, sigara kullanımı ile intihar arasındaki yakın ilişkiyi desteklemektedir. Bir diğer bakış açısıyla, şizofreni hastaları umutsuzluk, karamsarlık ve stresle baş etmek için sigara kullanıyor olabilirler. Ayrıca, bu istenmeyen duyguların üstesinden gelemediklerinde yaşadıkları hayal kırıklığı sonucu intihar girişiminde bulunuyor olabilirler. Bu sonuçlara göre, sigara kullanan şizofreni hastalarında umutsuzluk düzeyi yakından takip edilmeli, hastaların istenmeyen duygularla baş etmeleri için ek müdahalelerde

bulunulmalı ve hastalar intihar yönünden daha yakından takip edilmelidirler (40).

Çalışmamızda, sigara kullanan olgularda daha yüksek total ve dikkatle ilişkili dürtüsellik düzeyleri olduğu dikkati çekmektedir. Bu bulgu, daha önceki çalışmalarla uyumludur. Ancak çalışmamızın deseni dolayısı ile dürtüselliğin sigara kullanımının bir nedeni mi, yoksa sonucu mu olduğuna karar veremeyiz. Bunu anlamak için uzunlamasına takip çalışmalarına ihtiyaç vardır (41,42). Bununla birlikte, iyileşme döneminde dikkatle ilişkili ve total dürtüsellik puanlarının, bipolar ve major depresif olgularda geçmiş intihar girişiminin önemli belirleyicileri olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda sigara içen olguların aynı zamanda anlamlı olarak daha yüksek oranda intihar girişimlerinin de bulunması, akla şizofreni olgularında sigara içiminin yüksek dürtüsellik düzeylerinden kaynaklandığını getirmektedir. Dikkatle ilişkili dürtüsellik düzeyi yüksekliği olan bireyler karmaşık düşünme yetisinden ve düşünce esnekliğinden yoksundur, dolayısı ile bir eylemin uzun dönemli sonuçlarını göz önünde bulundurmazlar (43,44). Bu yönden bakıldığında, dikkatle ilişkili dürtüsellik düzeyinin yüksekliği, uzun dönemli sonuçları ciddi olabilen sigara kullanımının ve eş zamanlı intiharın tetikleyicisi olabilir. Bunun klinik açıdan iki anlamı olabilir. İlki, sigara kullanan şizofreni olgularını dürtüsellik yönünden de iyi değerlendirmek gereklidir. ikincisi ise, dürtüsellik ve sigara kullanımının birlikte olduğu olgular intihar açısından daha iyi takip edilmelidir.

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları olduğu göz ardı edilemez. Birincisi, örneklemimizin küçüklüğü ve çalışmamızın kesitsel desende olmasıdır. Dolayısıyla, bulgularımızla neden-sonuç ilişkisi kurmak mümkün değildir. Gelecek çalışmalar, sigara ve klinik özellikler arasındaki ilişkiyi uzunlamasına test etmelidirler. Ayrıca, çalışma örneklemimiz tümüyle ayaktan hasta popülasyonundan oluşmaktadır ve tüm şizofreni hastalarını temsil edemez. Kullandığımız ölçeklerin çoğunluğu öz bildirim ölçөгüdür ve bu sonuçlarımızın güvenilirliğini azaltabilir. Nikotin bağımlılığının DSM-IV'e göre daha güvenilir yöntemlerle, örneğin Fagerstrom Testi gibi daha spesifik testlerle taranması bulguların güvenilirliğini arttırabilirdi. Ayrıca, nikotinin bilişsel işlevler üzerine etkileri iyi bilindiği için, nörokognitif işlevlerin diğer değişkenlerle birlikte değerlendirilmesi anlamlı olabilirdi.

SONUÇ

Çalışmamızdan elde edilen bulgular, şizofrenide oldukça yüksek oranda sigara kullanımı olduğunu göstermektedir. Çalışmamız, şizofrenide sigara kullanımı ile psikopatoloji ciddiyeti arasında daha önce bildirilen yakın ilişkiyi desteklemektedir. En önemlisi de, sigara kullanımının şizofrenili olgularda intihar, umutsuzluk ve dürtüsellikle ilişkili olduğuna işaret etmektedir. Şizofreni olgularında sigara kullanımının intihar, umutsuzluk ve

dürtüsellikle olan ilişkisi, bu hasta grubunun tedavi ve klinik takibinde önemli bir yer tutabilir. Ancak, şizofrenide sigara ile psikopatoloji ilişkisini daha iyi anlayabilmek için uzunlamasına çalışmalara ihtiyaç olduğu açıktır. Klinisyenler şizofreni olgularını takip ederken, sigara kullanımının varlığını, dürtüsellik, intihar ve diğer psikopatolojik özelliklerle ilişkisini göz önünde tutmalıdırlar. Ayrıca hastalık ciddiyeti ile ilişkisi düşünüldüğünde, bu hasta grubunda daha zorlu bir süreç olan sigara bırakma programlarına daha çok önem verilmelidir.

KAYNAKLAR

1. De Leon J, Dadvand M, Canuso C, White AO, Stanilla JK, Simpson GM. Schizophrenia and smoking: an epidemiological survey in a state hospital. *Am J Psychiatry* 1995; 152:453-455.
2. Etter M, Mohr S, Garin C, Etter JF. Stages of change in smokers with schizophrenia or schizoaffective disorder and in the general population. *Schizophr Bull* 2004; 30:359-368.
3. De Leon J, Diaz F. A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. *Schizophr Res* 2005; 76:135-157.
4. Berlin I, Singleton EG, Pedarriosse AM, Lancrenon S, Rames A, Aubin HJ, Niaura R. The modified reasons for smoking scale: factorial structure, gender effects and relationship with nicotine dependence and smoking cessation in French smokers. *Addiction* 2003; 98:1575-1583.
5. Ziedonis DM, Kosten TR, Glazer WM, Frances RJ. Nicotine dependence and schizophrenia. *Hosp Community Psychiatry* 1994; 45:204-206.
6. Lyon ER. A review of the effects of nicotine on schizophrenia and antipsychotic medications. *Psychiatr Serv* 1999; 50:1346-1350.
7. Nomikos GG, Schilstorm B, Hildebrand BE, Panagis G, Grenhoff J, Svensson TH. Role of alpha 7 nicotine receptors in nicotine dependence and implications for psychiatric illness. *Behav Brain Res* 2000; 113:97-113.
8. Kumari V, Postma P. Nicotine use in schizophrenia: the self medication hypotheses. *Neurosci Biobehav Rev* 2005; 29:1021-1034.
9. Barnes M, Lawford BR, Burton SC, Heslop KR, Noble EP, Hausdorf K, Young RM. Smoking and schizophrenia: is symptoms profile related to smoking and which antipsychotic medication is of benefit in reducing cigarette use? *Aust NZJ Psychiatry* 2006; 40:575-580.
10. Iancu I, Sapir AP, Sbaked G, Poreb A, Dannon PN, Cbelben J, Kotler M. Increased suicidal risk among smoking schizophrenia patients. *Clin Neuropharmacol* 2006; 29:230-237.
11. Karşıdag C, Alpay N, Kocabıyık A. Şizofreni ve sigara bağımlılığı. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2005; 18:13-20.
12. Turan T, Dolu N, Ozsoy S, Kılıç C, Beşirli A, Esel E. Effects of smoking on P50 waveform in schizophrenic patients. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2009; 19:226-234.
13. Uzun Ö, Cansever A, Basoğlu C, Ozsahin A. Smoking and substance abuse in outpatients with schizophrenia: A 2-year follow-up study in Turkey. *Drug Alcohol Depend* 2003; 70:187-192.
14. Kao YC, Liu YP, Cheng TH, Chou MK. Cigarette smoking in outpatients with chronic schizophrenia in Taiwan: relationships to socio-demographic and clinical characteristics. *Psychiatry Res* 2011; 190:193-199.
15. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Ed.* Washington, DC: APA, 2000.
16. First MB, Spitzer RL, Gibbon M. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID) Clinician Version.* Washington, DC: American Psychiatric Press, 1996.
17. Corapcioglu A, Aydemir O, Yildiz M. *Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-IV), Turkish Version (Turkish).* Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1999.
18. Andreasen NC. *Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS).* Iowa City: College of Medicine, University of Iowa, 1984.
19. Erkoç S, Arkonaç O, Ataklı C. Pozitif semptomları değerlendirme ölçeğinin güvenilirliği ve geçerliliği. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 1991; 4:20-24.

20. Andreasen NC. Scale for the assessment of negative symptoms (SANS). Iowa City: College of Medicine, University of Iowa, 1984.
21. Erkoç S, Arkonaç O, Atakli C. Negatif semptomları değerlendirme ölçeğinin güvenilirliği ve geçerliliği. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 1991; 4:14-15.
22. Addington D, Addinton J, Maticka-Tyndale E, Joyce J. Reliability and validity of a depression rating scale for schizophrenics. *Schizophr Res* 1992; 6:201-208.
23. Aydemir Ö, Esen A, Deveci A. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği'nin Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *Nöropsikiyatri Arsivi* 2000; 37:82-86.
24. Beck AT, Baruch E, Balter JM, Steer RA, Warman DM. A new instrument for measuring insight: The Beck cognitive insight scale. *Schizophr Res* 2004; 68:319-329.
25. Aslan S, Turkcapar H, Güney E, Eren N, Akkoca Y, Ugurlu M. Beck Bilişsel çögörü Ölçeği Türkçe Formu'nun şizofrenik hastalar için güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2005; 8:186-196.
26. Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Flaum MM, Endicott J, Gorman JM. Assessment of insight in psychosis. *Am J Psychiatry* 1993; 150:873-879.
27. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA. The Yale-Brown obsessive compulsive scale, I: development, use and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46:1006-1011.
28. Karamustafaloğlu O, Üçok AM, Ulusoy M, Erkmn H. Yale-Brown obsesyon-kompulsiyon derecelendirme ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı*, 1993.
29. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *J Clin Psychol* 1995; 51:768-774.
30. Hıdıroğlu C. Bipolar bozukluk tanılı ötimik hastalar ve birinci derece akrabalarında dürtüsellik: Sağlıklı kontrollerle karşılaştırmalı bir çalışma. *Dokuz Eylül Üniversitesi · Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, İzmir*, 2009.
31. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *J Consult Clin Psychol* 1974; 42:861-865.
32. Seber G, Dilbaz N, Kaptanoğlu C, Tekin D. Umutsuzluk Ölçeği: Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Kriz Dergisi* 1993;1:139-142.
33. Yıldız M, Özcan ME. Ayaktan izlenen psikiyatri hastalarında nikotin bağımlılığı yaygınlığı. *Bağımlılık Dergisi* 2000; 1:86-88.
34. Goff DC, Henderson DC, Amico E. Cigarette smoking in schizophrenia: relationship to psychopathology and medication side effects. *Am J Psychiatry* 1992; 149:1189-1194.
35. Patkar AA, Gopalakrishnan R, Lundy A, Leone FT, Certa KM, Weistein SP. Relationship between smoking and positive and negative symptoms in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 2002; 190:604-610.
36. Barnes M, Lawford BR, Burton SC. Smoking and schizophrenia: is symptom profile related to smoking and which antipsychotic medication is of benefit in reducing cigarette use? *Aust NZJ Psychiatry* 2006; 40:575-580.
37. Herran A, de Santiago A, Sandoya M. Determinants of smoking behavior in outpatients with schizophrenia. *Schizophr Res* 2000; 41:373-381.
38. Liao DL, Yang JY, Lee SM, Chen H, Tsai SJ. Smoking in chronic schizophrenic inpatients in Taiwan. *Neuropsychobiology* 2002; 42:172-175.
39. Beratis S, Katrivanou A, Gourzis P. Factors affecting smoking in schizophrenia. *Compr Psychiatry* 2001; 42:393-402.
40. Miller M, Hemenway D, Bel NS, Yore MM, Amoroso PJ. Cigarette smoking and suicide: a prospective study of 300.000 male active-duty army soldiers. *Am J Epidemiol* 2000; 151:1060-1063.
41. Hull-Blank EE, Kerr BA, Robison-Kurpius SE. Risk factors of suicidal ideations and attempts in talented, at-risk girls. *Suicide Life Threat Behav* 2004; 34:267-276.
42. Yen S, Shea MT, Sanislow CA, Grilo CM, Skodol AE, Gunderson JG, McGlashan TH, Zanarini MC, Morey LC. Borderline personality disorder criteria associated with prospectively observed suicidal behavior. *Am J Psychiatry* 2004; 161:1296-1298.
43. Ekinci O, Albayrak Y, Ekinci AE, Caykoylu A. Relationship of trait impulsivity with clinical presentation in euthymic bipolar disorder patients. *Psychiatry Res* 2011; 190:259-264.
44. Ekinci O, Albayrak Y, Caykoylu A. Impulsivity in euthymic patients with major depressive disorder: the relation to sociodemographic and clinical properties. *J Nerv Ment Dis* 2011; 199:454-458.