

Şizofreni Hastalarında Tekrarlayan Yatış Sıklığı ve Öngörücüleri

Frequency and Predictors of Recurrent Hospitalizations of Schizophrenic Patients

Bülent Kadri Gültekin¹, Jülide Güler¹, Sermin Kesebir², Abdülhalik Gülücü³, Mine Ergelen³

¹Uz.Dr., ²Doç.Dr., ³Dr., Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada, yatarak tedavi gören şizofreni tanılı hastalarda, taburculuk sonrası 6 ay içerisinde yeniden yatış sıklığının ve bunu etkileyen sosyodemografik ve klinik değişkenlerin incelenmesi amaçlandı. **Yöntem:** Bu amaçla, 01 Nisan 2011- 30 Eylül 2011 tarihleri arasında, hastanemizde yatarak tedavi görmüş ve taburcu edilmiş, şizofreni tanılı 292 hasta çalışmaya dahil edildi. **Bulgular:** Taburculuk sonrasındaki 6 aylık süre içinde 292 hastanın 50'si (%17.1) yeniden hastaneye yatmıştır. İlk kez hastane yatışı olan hastaların hiç biri bu süre içerisinde yeniden hastaneye yatmamıştır. Tekrarlayan yatışı olan hastaların ortalama yeniden yatış zamanı 85.6 ± 52.1 gündür. Tekrarlayan yatış riski ailede psikoz öyküsü olanlarda 2.3 kat daha fazla görülürken hastalığın başlangıç yaşının küçülmesiyle arttığı, yatış sayısının artışıyla birlikte arttığı, yatış ve taburculuk PANSS puanlarının artışıyla birlikte arttığı görüldü. **Sonuç:** Yatarak tedavi gören şizofren hastaların izleminde, ailede psikoz öyküsü, hastalığın başlangıç yaşı, önceki yatış sayısı ve hastalığın şiddeti yeniden yatışı etkileyen etkenlerdir.

Anahtar Sözcükler: Tekrarlayan yatış, şizofreni, risk etkeni.

(*Klinik Psikiyatri 2013;16:225-231*)

SUMMARY

Objectives: In this study, it was aimed to investigate the frequency of re-hospitalizations within 6 months after discharge and sociodemographic and clinical variables affecting it in schizophrenic patients who were treated at the hospital. **Method:** For this purpose, 292 schizophrenic patients who were hospitalized, treated at our hospital and discharged from the hospital between April 10th 2011 and September 30th 2011 were included in the study. Sociodemographic and clinical data (positive and negative syndrome scale: PANSS) were obtained from medical records. **Results:** Fifty (17.1%) of 292 patients were re-hospitalized within 6 months after discharge. None of the patients who had been hospitalized for the first time were re-hospitalized during this period. Mean duration of re-hospitalization is 85.6 ± 52.1 days. While re-hospitalization risk was 2.3 fold greater among the patients who had the family history of psychosis, it was seen to decrease as the age of onset got smaller, increase as the number of hospitalizations and PANSS scores on hospitalization and discharge increased. **Conclusion:** Family history of psychosis, age of onset of the disease, number of previous hospitalizations and disease severity are the factors which affect re-hospitalization in follow up of schizophrenic patients who are hospitalized.

Key Words: Re-hospitalization, schizophrenia, risk factor.

GİRİŞ

Kronik ruhsal hastalığı olan bir grup hastada, hastaneye yatış ve çıkış sıklığının fazla oluşu, "döner kapı" fenomeni olarak adlandırılmıştır (Gastal ve ark. 2000). Son yüzyılda psikofarmakoloji alanında, özellikle yeni kuşak antipsikotiklerin getirdiği pek çok yararlı yenilik olmasına karşılık, bu görüngü varlığını sürdürmektedir. Tekrarlayan yatışın hasta ve hastalıkla ilgili nedenleri ile ilişkili olarak, geçmiş yıllarda yapılan klinik çalışmalarda, şizofreni, şizoaffektif bozukluk ve duygudurum bozukluğu tanılı hastalarda, döner kapı fenomeninin en önemli öngörücüleri, tedaviye uyumsuzluk ve madde kullanım bozukluğu olarak bulunmuştur (Haywood ve ark. 1995, Weiden ve Glazer 1997). Diğer nedenler konusunda ise farklı görüşler vardır. Bazı araştırmacılar, tekrarlayan yatışların, yetersiz hasta izlemi ve yetersiz rehabilitasyon hizmetinden kaynaklandığı görüşündedir (Lewiss ve ark. 1989, Shadish ve ark. 1989). Öte yandan hastanelerin ve yatakların azaltılması, başka bir deyişle hastane temelli hizmetten toplum temelli hizmete kayma politikasının bazı ülkelerde başarılı sonuçlara yol açmasına karşılık, bazı ülkelerde tekrarlayan yatış sıklığını arttırdığını belirten araştırmacılar da mevcuttur. Yatak sayısının azlığı ve hastanede yatış süresinin kısalması, ciddi ruhsal sorunları olan hastaların tam olarak iyileşmeden erken taburcu olması gibi olumsuz sonuçları beraberinde getirmiştir (Botha ve ark. 2010). Bazı araştırmacılara göre ise, tekrarlayan yatışlarda ekonomik sorunlar, barınma ve sosyal problemler gibi psikiyatri dışı nedenler etkilidir (Surber ve ark. 1987, Harris ve ark. 1986).

Son yıllarda ruhsal sorunlarla ilgili risk etkenlerini azaltmayı ve koruyucu etkenleri artırmayı amaçlayan önleyici müdahaleler ön plana çıkmıştır. Ruhsal sorunların önlenmesi için üç aşamadan oluşan bir model ortaya atılmıştır. Bunlar; risk ve koruyucu etkenlerin tanımlanması, önleme stratejileri geliştirme ve bunları sınıflama, belirlenen önleme stratejilerini toplumun yapısını göz önünde bulundurarak uyarlamak ve uygulamak. Bu çerçevede tekrarlayan yatışlarda, risk etkenlerinin saptanması ve bu risk etkenlerinin erken farkedilerek gerekli girişimlerin yapılması tekrarlayan yatış sıklığını azaltacaktır (Weich ve ark. 1997, Sartorius 2001, Gültekin 2010). Tekrarlayan yatışlarla ilgili yazında az sayıda çalışma bulunmakta, tekrarlayan

yatışları etkileyen etkenler konusunda ise görüş birliği bulunmamaktadır. Konuyla ilgili, ülkemizde yapılmış bir çalışmaya ise, biz rastlamadık. Bu çalışmanın amacı, bir dal ve kamu hastanesi olan Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde (ERSHEAH), yatarak tedavi gören şizofreni tanılı hastalarda, taburculuk sonrası 6 ay içerisinde yeniden yatış sıklığının ve bunu etkileyen sosyodemografik ve klinik değişkenlerin incelenmesidir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Örneklem

Bu amaçla 01 Nisan 2011-30 Eylül 2011 tarihleri arasında hastanemizde yatarak tedavi görmüş olan şizofreni tanılı 292 hasta çalışmaya dahil edildi. Birinci derece yakınının isteği ile taburcu edilmiş olma dışlama ölçütü olarak kabul edildi. Çalışma için hastane yönetiminden ve bağlı bulunduğu etik ve araştırma komitesinden gerekli izin alınarak uygulama öncesinde hastaların tümüne çalışma hakkında bilgi verildi ve onamları alındı.

Araçlar

Sosyodemografik ve klinik veri toplama formu: Yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, yaşam şekli, yatış şekli, yatış sayısı, yatış süresi, hastalığın başlangıç yaşı, aile öyküsü, alkol ve madde kullanım öyküsü sorgulanmıştır.

Pozitif ve negatif sendrom ölçeği (PANSS): Kay ve ark. (1987) tarafından geliştirilen 30 maddelik ve yedi puanlı şiddet değerlendirilmesi içeren yarı yapılandırılmış bir görüşme ölçeğidir. 30 psikiyatrik parametreden yedisi pozitif belirtiler alt ölçeğine, yedisi negatif belirtiler alt ölçeğine ve geri kalan on altısı genel psikopatoloji alt ölçeğine aittir. Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlik çalışması Kostakoğlu ve ark. (1999) tarafından yapılmıştır. PANSS Türkçe versiyonu için iç tutarlılık 0.71-0.75 arasında, sınıf içi korelasyon katsayısı 0.96 ve yapı geçerliliğinde pozitif ve negatif alt ölçeklerin korelasyon katsayısı -0.41 olarak hesaplanmıştır.

Uygulama

Geriye dönük planlanan bu çalışmada Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma

Tablo 1. Tekrarlayan yatışı olan ve olmayan hastaların sosyodemografik özellikleri

Değişken	Tekrarlayan yatış		p
	Var n (%)	Yok n (%)	
Cinsiyet			
Erkek	23 (46.0)	110 (45.5)	0.944*
Kadın	27 (54.0)	132 (54.5)	
Eğitim seviyesi			
Okula gitmemiş	4 (8.0)	25 (10.3)	0.137*
İlköğretim	25 (50.0)	155 (64.0)	
Lise		14 (28.0)	43 (17.8)
Üniversite	7 (14.0)	19 (7.9)	
Yaşam şekli			
Yalnız	4 (8.0)	25 (10.3)	0.797**
Anne-baba/eş	46 (92.0)	17 (89.7)	
Yaş (X±ss)	38.2±11.5	40.6±12.7	0.216***

*Ki-kare testi **Fisher'in kesin testi ***Student t testi

Hastanesi'nde 01 Nisan 2011-30 Eylül 2011 tarihleri arasında erkek ve kadın servisinde yatarak tedavi görmüş ve taburculuğu yapılmış olan şizofreni tanımlı hastalar bu çalışma kapsamında değerlendirildi. Tanılar, DSM-IV-TR ölçütlerine göre serviste çalışan psikiyatri uzmanı tarafından yapılan psikiyatrik görüşme ile konuldu. Bu hastaların kendileri ya da yakınlarına ulaşılarak taburculuk sonrası 6 ay içerisinde yeniden tekrarlayan yatışları olup olmadığı, olduyorsa ne kadar süre sonra olduğu öğrenildi. Bilgiler hastanemiz ve diğer hastanelerin tıbbi kayıtlarından kontrol edilerek doğrulandı.

İstatistiksel Analiz

Araştırma verileri bilgisayar ortamında ve SPSS 15.0 programı kullanılarak değerlendirildi. Sayısal verilerin karşılaştırılmasında Student t testi, Mann-Whitney U testi; kategorik verilerin karşılaştırılmasında ki-kare testi ve fisher'in kesin testi kullanıldı. Bağlantı analizinde Pearson Korelasyon testi kullanıldı. İkili bağımlı değişken ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişkinin gücünü incelemek üzere lojistik regresyon analizi yapıldı. Tüm testler iki uçlu olup, $p < 0.05$ anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Taburculuk sonrasındaki 6 aylık süre içinde 292 hastanın 50'si (%17.1) yeniden hastaneye yatmıştır. İlk kez hastaneye yatışı olan hastaların hiç biri 6 aylık süre içerisinde yeniden hastaneye yatmamıştır. Tekrarlayan yatışı olan hastaların ortalama yeniden yatış zamanı 85.6 ± 52.1 gün'dür. Yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi ve yaşam şekli yönünden tekrarlayan yatışı olan ve olmayan hastalar arasında fark saptanmadı (Tablo 1). Tekrarlayan yatışı olan hastalarda aile öyküsünde psikozun varlığı daha sık, hastalığın başlangıç yaşı daha erken, önceki yatış sayısı daha fazla, PANSS puanları (yatış ve taburculuk puanları) daha yüksek bulundu (Tablo 2). Yatış süresi ve madde kullanım bozukluğu sıklığı iki grup arasında benzerdir.

Tek değişkenli analizlerde anlamlı ilişki bulunan beş bağımsız değişken lojistik regresyon analiziyle değerlendirildiğinde, tekrarlayan yatış riski ailede psikoz öyküsü olanlarda 2.289 kat daha fazla görülürken hastalığın başlangıç yaşının küçülmesiyle arttığı, yatış sayısının artışıyla birlikte arttığı, yatış ve taburculuk PANSS puanlarının artışıyla birlikte arttığı görüldü (Tablo 3). Tekrarlayan yatış

Tablo 2. Tekrarlayan yatışı olan ve olmayan hastaların klinik özellikleri

Değişken	Tekrarlayan yatış		p
	Var n(%)	Yok n(%)	
Ailede psikoz öyküsü			
Var	27 (54.0)	91(37.6)	0.031*
Yok	23 (46.0)	151(62.4)	
Yatış şekli			
İstemli	31 (62.0)	140(57.9)	0.588*
İstem dışı	19 (38.0)	102(42.1)	
Madde kullanım bozukluğu			
Var	2 (4.0)	7(2.9)	0.654**
Yok	48(96)	235(97.1)	
	($\bar{X} \pm ss$)	($\bar{X} \pm ss$)	
Hastalığın başlangıç yaşı	23.2±6.64	27.4±8.1	0.02***
Yatış sayısı	8.2±2.98	4.7±2.12	<0.001***
Yatış süresi	25.7±10.5	24.4±9.92	0.531***
PANSS			
Yatış puanı	177.8±5.9	171.2±5.6	<0.001***
Taburculuk puanı	84.1±3.5	76.7±10.5	<0.001***

*Ki-kare testi **Fisher'in kesin testi ***Student t testi ****Mann-Whitney U

sayısı ile hastalığın başlangıç yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf düzeyde ters bir korelasyon saptanırken, PANSS başlangıç puanı arasında olumlu yönde zayıf düzeyde korelasyon saptandı (Tablo 4).

TARTIŞMA

Bu çalışmada bir ruh sağlığı hastanesinde yatarak tedavi gören şizofreni tanılı hastaların taburculuk sonrası 6 ay içerisinde yeniden yatış sıklığını ve bunu etkileyen etkenleri araştırdık. Tekrarlayan yatışı olan hastalarda bir sonraki yatışa kadar geçen sürenin 85.6±52.1 gün gibi oldukça kısa bir zaman dilimi olduğunu gördük. Bu grup yatarak tedavi gören şizofreni tanılı hastalarımızın yaklaşık beşte birlik bir bölümüne karşılık gelmekte idi. Bu oran Amerika Birleşik Devletleri'nde, taburculuk sonrası 3 ay içerisinde yeniden yatışın değerlendirildiği

bir çalışmada %24.4 olarak bildirilmektedir (Olfson ve ark. 1999). Bu oran bizim çalışmamızda 6 ay için belirlediğimiz %17.1'in oldukça üzerindedir.

Çalışmamızda tekrarlayan yatış ile yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, yalnız ya da aile ile birlikte yaşama arasında bir birliktelik saptanmadı. Japonya'da yapılan bir çalışmada, şizofreni hastalarında tekrarlayan yatışlar eğitim düzeyi ile ilişkili bulunmuş, ilköğretim düzeyinde eğitim almış hastalarda tekrarlayan yatışların daha sık görüldüğü saptanmıştır (Suzuki ve ark. 2003). Son bir yılda 3 ya da daha fazla psikiyatri yataklı servisini kullanan hastaların, diğerleri ile karşılaştırıldığı bir çalışmada da, genç olmak tekrarlayan yatış için bir risk etkeni olarak belirlenmiştir (Morlino ve ark. 2011). Lay ve ark.'nın (2006) çalışmasında tekrarlayan yatışla ilişkili sosyodemografik değişkenler genç ve düşük eğitilmiş olmakla birlikte yalnız yaşıyor olmak

Tablo 3. Tekrarlayan yatış varlığının değişken olarak alındığı lojistik regresyon analizi

Değişken	Olasılıklar oranı	%95 Güven aralığı	p
Aile öyküsü varlığı	2.289	1.005-5.215	0.049
Hastalığın başlangıç yaşı	1.092	1.023-1.165	0.008
Yatış sayısı	0.885	0.813-0.964	0.005
PANSS yatış puanı	0.783	0.719-0.852	<0.001
PANSS taburculuk puanı	0.893	0.851-0.936	<0.001

Tablo 4. Yatış sayısı ile şizofreni başlangıç yaşı ve PANSS puanları arasındaki ilişki

Değişken	Başlangıç yaşı		PANSS yatış		PANSS taburculuk	
	r	p	r	p	r	p
Yatış sayısı	-0.143	0.015	0.185	0.01	0.039	0.504

olarak sayılmaktadır. Morlino ve ark.'nın (2011) çalışmasında tekrarlayan yatışlı hastaların aynı zamanda evlenmemiş, işsiz, yeti kaybı yardımı alan başvuru öncesi hafta içerisinde eş ya da aile üyeleriyle çatışma yaşayan kişiler olduğu saptanmıştır. Bu çalışmanın dikkat çekici bir sonucu ise, şiddet kurbanı olmanın tekrarlayan yatış için öngörücü bir değişken olarak saptanmış olmasıdır.

Çalışmamızda, ilk kez hastane yatışı olan hastaların hiç birinin, aynı zaman diliminde, yeniden hastane yatışının olmadığı saptandı. İlk kez şizofreni tanısı alan 135 hasta ile kronik şizofreni tanılı 398 hastanın iki yıl boyunca tekrarlayan yatışlarının araştırıldığı başka bir çalışmada ise ilk kez tanı alan hastaların %39'u, kronik şizofreni hastalarının ise %47'sinin tekrarlayan yatışının olduğu, taburculuk sonrası tekrar yatış zamanları arasında fark olmadığı saptanmıştır (Herceg ve ark. 2008). Herceg ve ark.'nın (2008), bizim çalışmamızdan farklı olarak, tekrarlayan yatış oranlarını ilk tanı ve süregen hastalar arasında benzer bulmasının nedenini, iki yıllık sürenin aradaki farkı kapatmış olabileceği şeklinde yorumladık. Nitekim ilk atak sonrası psikotik alevlenme sıklıkla ilk iki yıl içerisinde ortaya çıkmaktadır (Üçok ve ark. 2006). Bu sürenin ardından yeniden yatış sıklığı zamanla doğru orantılı olarak artmaktadır. Üçok ve ark.'nın (2006) çalışmasında, şizofreni ilk atak tanılı hastalar için, 1 yıl içerisinde yeniden hastaneye yatış

oranı %12.1 olarak bildirilmiştir. Aynı çalışmada bir sonraki yatışa kadar geçen süre 4.8 ± 2.4 ay olarak belirtilmektedir.

Çalışmamızın sonuçlarına göre tekrarlayan yatışı olan ve olmayan hastalar arasında istemli ya da zorunlu yatış yönünden fark bulunmamaktadır. Ancak önceki yatış sayısı, tekrarlayan yatışı olan olgularda daha yüksektir. Bu bulgumuz, yazında daha önce bildirilen pek çok çalışma bulgusu ile benzerdir (Olfson ve ark. 1999, Morlino ve ark. 2011, Postrado ve Lehman 1995, Roick 2004). Yazında bildirilenin (Haywood ve ark. 1995, Weiden ve Glazer 1997, Olfson ve ark. 1999) aksine, bizim çalışmamızda madde kullanım bozukluğu tekrarlayan yatışı olan ve olmayan hastalar arasında benzer sıklıkta ve %5'in altında saptanmıştır. Olfson ve ark.'nın (1999) tekrarlayan yatışı olan olgularda daha sık bulunduğu bir diğer eşitimi depresyondur.

Bu çalışmada ailede psikoz öyküsünün varlığı, şizofreni tanılı hastalarda, tekrarlayıcı yatış için öngörücü bir değişken olarak saptanmıştır. Bu bulgumuz, yazında daha önce sözü edilmeyen bir bulgu olup, kötü gidişi vurgulayan bir değişken olarak yorumlanmalıdır. Çalışmamızda, tekrarlayan yatışı olan hastalarda daha düşük bulunduğu başlangıç yaşı, yine, kötü gidiş yönünde bir değişken olarak bildiğimiz erken başlangıç lehinedir. Buna ek olarak, başlangıç yaşı ile yatış

sayısı arasında ters bir bağıntı saptadık. Erken başlangıç, daha önce iki çalışmada da, tekrarlayan yatışın öngörücü değişkeni olarak bildirilmiştir (Haro ve ark. 1994, Morlino ve ark. 2011). Tekrarlayan yatışta şizofreninin kötü gidiş belirteçleri yanında, şimdiki hastalık şiddeti de yatış ve taburculuk sırasındaki daha yüksek PANSS puanları ile kendini göstermektedir. Yatış sırasındaki PANSS puanı ile yatış sayısı arasında doğrusal bir bağıntı mevcuttur. Ciddi ruhsal sorunları olan 599 hastanın izlendiği bir çalışmada, hastalığın o sıradaki belirti şiddeti daha yüksek olan hastalarda tekrarlayan yatış oranı daha yüksek bulunmuştur (Postrado ve Lehman 1995). Şizofreni tanılı 307 hastanın 2.5 yıl boyunca izlendiği bir çalışmada ise, üç ve üzeri yatışı olan hastalarda, hastalığının o sıradaki şiddeti, tekrarlayan yatış için en önemli risk etkeni olarak saptanmıştır (Roick 2004).

Bu çalışmanın dikkat çekici bir bulgusu, kötü gidiş belirteçleri olan, belirti şiddeti yatış ve taburculuk sırasında yüksek olan, tekrarlayan yatışı olan hastalar ile diğerlerinin, hastanede yatış sürelerinin benzer olmasıdır. Bu bulgumuz, Botha ve ark.'nın (2010), tekrarlayan yatış sıklığının artmasında, psikiyatri hastanelerin kapatılması ve yatakların azaltılmasının, hastanelerde kalma süresinin kısaltılması ya da standart olması yönündeki sağlık politikasının da etkili olduğu şeklindeki görüşlerini doğrular niteliktedir. Almanya'da yapılan çok merkezli bir çalışmada, taburculuk sonrası bir yıl içerisinde belirtileri kötüleşen ya da yeniden yatışı

olan şizofreni hastalarının önemli bir bölümünün, taburculukları sırasında remisyonda olmadığı (ciddi belirti ve ilaç yan etkisi bulundurduğu) belirtilmektedir (Schennach ve ark. 2012). Sonuç olarak, tekrarlayan yatışlar ekonomik, sosyal, toplumsal boyutuyla önemli bir ruh sağlığı sorunudur. Bu çalışmanın önemli bir sınırlılığı hastaneye yeniden yatışa etkili olabilecek bazı değişkenlerin (tedaviye uyum, kullandığı antipsikotikler, ailedeki duygu dışavurumu, sosyal yeti yıkımı olup olmadığı vb.) bu çalışma kapsamında ele alınmamış olmasıdır.

Bu alanda, ilişkili olabilecek tüm değişkenlerin sistematik olarak gözden geçirildiği, çok merkezli ve geniş örneklemlerle, ileriye dönük çalışmalara ihtiyaç vardır. Elde edilen veriler ışığında, yatarak tedavi gören şizofreni hastalarının izleminde, mevcut risk etkenleri göz önünde bulundurulmalıdır. Bizim çalışmamızın sonuçlarına göre, bu risk etkenleri, erken başlangıç, pozitif aile öyküsü, şimdiki hastalık şiddeti ve önceki yatış sayısı olarak sıralanmaktadır. Bu noktada önerimiz, risk etkenlerinin varlığında yatış süresinin hastanın ihtiyacına göre planlanması, hastalık belirtileri minimal olduğunda ya da tam bir iyileşme durumunda taburculuk planlanmasıdır.

Yazışma adresi: Dr.Bülent Kadri Gültekin, Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, gultekinb@yahoo.com

KAYNAKLAR

Botha UA, Koen L, Joska JA ve ark. (2010) The revolving door phenomenon in psychiatry: comparing low-frequency and high-frequency users of psychiatric inpatient services in a developing country. *Soc Psychiat Epidemiol*, 45:461-468.

Gastal FL, Andreoli SB, Quintana MI ve ark. (2000) Predicting the revolving door phenomenon among patients with schizophrenic, affective disorders and non-organic psychoses. *Rev Saude Publica*, 34:280-285.

Gultekin BK (2010) Ruhsal bozuklukların önlenmesi: Kavramsal çerçeve ve sınıflandırma. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2:583-594.

Haro JM, Eaton WW, Bilker WB ve ark. (1994) Predictability of rehospitalization for schizophrenia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 244:241-246.

Harris M, Bergman HC, Bachrach LL (1986) Psychiatric and nonpsychiatric indicators for rehospitalization in a chronic patient population. *Hosp Community Psychiatry*, 37:630-631

Haywood TW, Kravitz HM, Grossman LS ve ark. (1995) Predicting the "revolving door" phenomenon among patients with schizophrenic, schizoaffective, and affective disorders. *Am J Psychiatry*, 152:856-861

Hereceg M, Jukic V, Vidovic D ve ark. (2008) Two year rehospitalization rates of patients with newly diagnosed or chronic schizophrenia on atypical or typical antipsychotic drugs: retrospective cohort study. *Croat Med J*, 49:215-223.

Kay SR, Fiszbein A, Opler LA (1987) The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull*, 13:261-275.

Kostakoğlu AE, Batur S, Tiryaki A (1999) Pozitif ve negatif sendrom ölçeğinin (PANSS) Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 14:23-32.

Lay B, Lauber C, Rössler W (2006) Prediction of in-patient use in first-admitted patients with psychosis. *Eur Psychiatry*, 21:401-409.

- Lewiss DA, Shadish WR, Lurigio AJ (1989) Policies of inclusion and the mentally ill: Long-term care in a new environment. *Journal of Social Issues*, 45:173-186.
- Morlino M, Calento A, Schiavone V ve ark. (2011) Use of psychiatric inpatient services by heavy users: findings from a national survey in Italy. *Eur Psychiatry*, 26:252-259.
- Olfson M, Mechanic D, Boyer CA ve ark. (1999) Assessing clinical predictions of early rehospitalization in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis*, 187:721-729.
- Postrado LT, Lehman AF (1995) Quality of life and clinical predictors of rehospitalization of persons with severe mental illness. *Psychiatr Serv*, 46:1161-1165.
- Roick C, Heider D, Kilian R ve ark. (2004) Factors contributing to frequent use of psychiatric inpatient services by schizophrenia patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 39:744-751.
- Sartorius N (2001) Primary prevention of mental disorders. Thornicroft G, Szukler G (Eds), *Textbook of Community Psychiatry* içinde, Oxford: Oxford University Press; s.487-494.
- Schennach R, Obermeier M, Meyer S ve ark. (2012) Predictors of relapse in the year after hospital discharge among patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv*, 63:87-90.
- Shadish WR, Lurigio AJ, Lewiss DA (1989) After deinstitutionalization: the present and future of mental health long-term care policy. *Journal of Social Issues*, 45:1-15.
- Surber RW, Winkler EL, Monteleone M ve ark. (1987) Characteristics of high users of psychiatric inpatient services. *Hosp Community Psychiatry*, 38:1112-1114.
- Suzuki Y, Yasumura S, Fukao A, Otani K (2003) Associated factors of rehospitalization among schizophrenic patients. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 57:555-561.
- Üçok A, Polat A, Çakır S ve ark. (2006) One year outcome in first episode schizophrenia predictors of relaps. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 256:37-43.
- Weich S, Lewis G, Churchill R ve ark. (1997) Strategies for the prevention of psychiatric disorder in primary care in south London. *J Epidemiol Community Health*, 51:304-309.
- Weiden P, Glazer W (1997) Assessment and treatment selection for "revolving door" inpatients with schizophrenia. *Psychiatry Q*, 68:377-792.