

**T.C.  
Süleyman Demirel Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Psikiyatri Anabilim Dalı**

**ŞİZOFRENİ HASTALARINDA  
YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**UZMANLIK TEZİ**

**Dr. Düzgün ŞİMŞEK**

**DANIŞMAN**

**Yrd. Doç. Dr İbrahim EREN**

**ISPARTA -2006**

# İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER .....	2
TEŞEKKÜR .....	3
KISALTMALAR .....	4
1. GİRİŞ VE AMAÇ .....	5
2. GENEL BİLGİLER .....	7
2.1. ŞİZOFRENİ TANIMI .....	7
2.2. ŞİZOFRENİ TANISI .....	7
2.3. ŞİZOFRENİ TARİHÇESİ .....	11
2.4. EPİDEMİYOLOJİ .....	12
2.5. ETYOLOJİ .....	13
2.6. ŞİZOFRENİ PATOFİZYOLOJİSİ .....	15
2.7. YAŞAM KALİTESİ TANIMI .....	16
2.8. TIPDA YAŞAM KALİTESİ KAVRAMI .....	16
2.9. ŞİZOFRENİDE YAŞAM KALİTESİ KAVRAMI .....	17
2.10. ŞİZOFRENİDE YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ .....	18
2.11. ŞİZOFRENİDE YAŞAM KALİTESİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER .....	20
3. YÖNTEM .....	22
3.1. HASTA SEÇİMİ .....	22
3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI .....	22
3.2.1. Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği .....	22
3.2.2. Sosyodemografik Bilgi Formu .....	23
3.2.3. Psikopatolojik Veriler .....	23
3.2.3.1. Kısa psikiyatrik derecelendirme ölçeği (BPRS) .....	23
3.2.3.2. Pozitif ve negatif semptom ölçeği .....	23
3.2.3.3. Calgary şizofrenide depresyon ölçeği .....	24
3.2.3.4. UKU yan etki değerlendirme ölçeği .....	24
3.2.3.5. Barnes akatizi ölçeği .....	24
3.2.4. Psikososyal Veriler .....	25
3.2.4.1. Dünya sağlık örgütü-yetiyitimi çizelgesi (WHO-DAS-II) .....	25
3.2.4.2. İlgörü değerlendirme ölçeği .....	25
3.2.4.3. Dışavurulan duygulanım ölçeği .....	26
3.2.4.4. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formu .....	26
3.2.4.5. Liebowitz sosyal anksiyete ölçeği .....	27
3.3. VERİLERİN ANALİZİ .....	27
4. BULGULAR .....	28
4.1. SOSYODEMOGRAFİK VERİLER .....	28
4.2. KLİNİK ÖZELLİKLER .....	31
4.3. PSİKOSOSYAL VERİLER .....	35
4.3.1. İlgörü, Dışavurulan Duygulanım ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçek Sonuçları .....	35
4.4. YAŞAM NİTELİĞİ .....	36
4.5. YETİYİTİMİ .....	36
4.6. YAŞAM KALİTESİ VE YETİYİTİMİNİN SOSYODEMOGRAFİK, KLİNİK VE PSİKOSOSYAL DEĞİŞKENLERLE İLİŞKİSİ .....	37
5. TARTIŞMA .....	47
6. SONUÇLAR .....	55
7. ÖZET .....	56
8. SUMMARY .....	58
8. KAYNAKLAR .....	60
7. EKLER .....	71

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca değerli bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım sayın hocam Prof. Dr. Ramazan ÖZCANKAYA'ya

Uzmanlık eğitimim ve tez çalışmalarımnda destek ve katkılarını benden esirgemeyen tez danışmanım Yrd Doç Dr İbrahim EREN'e

Eğitimime katkısı bulunan diğer tüm hocalarıma,

Uzmanlık eğitimim boyunca beni destekleyen birlikte çalıştığım asistan arkadaşlarıma,

Hayatım boyunca bana her türlü olanağı sağlayan fedakar anne ve babama,

Yoğun çalışmalarım sırasında sabır ve desteğini her zaman yanımda hissettiğim eşime sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

## KISALTMALAR

**BPRS:** Kısa Psikiyatrik Derecelendirme Ölçeği

**ÇBASDÖ:** Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

**PANNS:** Pozitif Negatif Sendrom Ölçeği

**WHO-DAS-II:** Dünya Sağlık Örgütü yetiyitimi çizelgesi

**ARK:** Arkadaşları

**CŞDÖ:** Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği

**DSM IV :** Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel Kitabı

**LSFBÖ:** Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Şizofreni düşünce, algı ve duygulanım semptomlarının bulunduğu, kişinin uyum ve işlevsellik düzeyini belirgin olarak bozan, etyolojisi tam olarak belirlenmemiş, farklı klinik görünümleri olan kronik ve şiddetli seyreden bir mental hastalıktır. Şizofrenili hastalarda temel olarak sanrı ve varsanların oluşturduğu gerçeği değerlendirme yetisinde bozukluk, negatif belirtilerden oluşan psikomotor yoksulluk, garip davranış ve pozitif yapısal düşünce bozukluğunu içeren dezorganizasyon gözlenir (1). Hastalığın karakterine ve uygulanan tedaviye bağlı olarak şizofreni hastaları günlük yaşam aktivitelerinde, motivasyonlarında, iletişim becerilerinde, üretkenlik, uyum gibi alanlarda sorunlar yaşamaktadırlar.

Şizofreni, temel olarak akut psikozun kontrolü ve psikotik epizodların önlenmesi amacıyla antipsikotik ilaçlar ile tedavi edilmektedir. Tedavinin başarısına rağmen hastalarda relapslar görülebilmekte, antipsikotiklerin yan etkileri de sorunlar yaratabilmektedir. Hastalarda motivasyon eksikliği ve izolasyon, maladaptif davranış ve sosyal fonksiyon bozukluğu gibi rezidüel semptomları devam edebilir. Bu semptomlar hastaların eğitim, meslek ve sosyal rollere devam etmede zorluklar yaşamasına neden olur. Bu yüzden hastalık üzerine etkili psikososyal etkilerin de göz önüne alınması gerektiği görüşü yaygınlık kazanmakta ve son yıllarda birçok hasta için psikososyal tedaviler ile ilaç tedavisini birlikte kullanma eğilimi artmaktadır (2). Psikososyal tedaviler hastayı destekleme, bağımsız yaşama yetilerini geliştirme ve psikososyal işlevselliği iyileştirme ile şizofrenide ortaya çıkan yıkımı, yetersizlikleri ve olumsuzlukları iyileştirme amacındadır (3). Uygulanan terapiler arasında aile terapisi, toplumsal becerilerin geliştirilmesi, içgörü geliştirme yaklaşımları, bireysel ve grup terapileri, davranışsal yaklaşımlar, duygu dışavurumu geliştirilmesi, şekillendirme, bilişsel süreç terapisi, beceri eğitimi ve motivasyon gibi yaklaşımlar bulunur (4,5,6).

Yaşam kalitesi, Dünya Sağlık Örgütü tarafından “hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak, kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde durumlarını algılama biçimi” olarak tanımlanmıştır (7). Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ise, hastaların kendi sağlık durumlarını nasıl algıladıkları ve hastaların fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak fonksiyonel kapasitesi olarak tanımlanmıştır (8). Son 15 yıl içinde şizofreni gibi

şiddetli psikiyatrik hastalığı bulunan kişilerde, yaşam kalitesinin değerlendirilmesi konusunda çalışmalar yoğunlaşmıştır. Yaşam kalitesi, bugün şizofrenide rehabilitasyon programlarında ve ilaç tedavisi başarısının değerlendirilmesinde önemli bir araç olarak kullanılmaktadır. Şizofreni tedavisinde, son yıllarda hasta ve yakınlarının da tedavi sürecine katılımı yönünde çabalar artmaktadır. Bunun sonucu olarak hasta memnuniyeti, hasta ve yakınlarının tedaviyi değerlendirmeleri, subjektif iyilik hali ve yaşam kalitesinin önemi vurgulanmaktadır. Şizofreni tedavisinin ana amacı şizofreni semptomlarının azaltılmasından ve yinelemeleri önlemenden öte hastanın tam olarak iyileşmesine ve yaşam kalitesinin optimizasyonuna doğru yönelmektedir (9).

Çeşitli kişisel ve sosyal değişkenler, yaşam kalitesi üzerine etkili olabilir. Şizofreni hastalarında bu değişkenlerin etkisinin tanımlanması yaşam kalitesinin artırılması çalışmaları açısından önem taşımaktadır. Sosyodemografik ve klinik değişkenler ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki bir çok çalışmaya konu olmakla beraber bu değişkenlerin etkisi açısından kesin sonuca varmak güçtür.

Şizofrenide yaşam kalitesi, rehabilitasyon programlarında ve ilaç tedavi sonuçlarının değerlendirilmesinde kullanılmasına karşın bu kavramın neleri içerdiği hangi klinik parametrelerden etkilendiği ve nasıl ölçüleceği konusundaki tartışmalar sürmektedir. Bu çalışmanın amacı, hekimin ve hastanın değerlendirmeleri ile (objektif ve subjektif olarak) şizofreni hastalarındaki yaşam niteliği ve yetiyitiminin çeşitli ölçeklerle saptanmasıdır. Ayrıca, sosyodemografik veriler, hastalığın tipi, tedaviye uyum ve yanıt, yan etkiler, hastalık süresi, hastalığa karşı içgörü, eşlik eden anksiyete, depresyon, sosyal destek gibi parametrelerin şizofreni hastalarında yaşam kalitesi üzerine olan etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. ŞİZOFRENİ TANIMI

Şizofreni, düşünce, davranış, algı, konuşma, iletişim, sosyal ilişkiler, dikkat, dürtü denetimi, çevre ile olan etkileşim, duygusal ifadeler, motor davranış alanlarında belirtiler gösteren, gerçeği değerlendirmenin bozulmuş olduğu, heterojen özellik gösteren psikotik bir hastalıktır (10). “Us yarılməsi” anlamı taşıyan şizofreni terimi duygulanım ve düşünce arasında kopukluğu ifade eder.

### 2.2. ŞİZOFRENİ TANISI

Şizofrenide belirti dağılımının üç alt grupta toplandığı çalışmalar ile desteklenmiş olup bunlar; sanrı ve varsanların oluşturduğu gerçeği değerlendirme yetisinde bozukluk, negatif belirtilerden oluşan psikomotor yoksulluk, garip davranış ve pozitif yapısal düşünce bozukluğunu içeren dezorganizasyondur (1). Buna göre şizofreni semptomları 3 ana bölüme ayrılabilir:

Pozitif semptomlar: Halüsinasyon, delüzyon, dezorganize konuşma ve davranış gibi psikotik semptomlar.

Negatif semptomlar: Duygulanım aralığında azalma, konuşma fakirliği, ilgi ve motivasyon kaybı.

Kognitif semptomlar: Organize olmak, soyut düşünce, dikkat ve işlevsel fonksiyonlarda defisit.

Hastalık süreci kendini ortaya koymadan önce premorbid bir dönem bulunmakta ve bu dönemde şizoid veya şizotipal gibi A kümesi kişilik tipi belirtileri bulunmaktadır (11, 12). Hastaların bir kısmında psikotik başlangıç ani ve açık bir şekilde görülebilmekle beraber hastaların büyük bir kısmında belirgin psikotik belirtilerin bulunmadığı, yavaş gelişen, haftalar-yıllar boyunca sürebilen anksiyete, depresyon, obsesyon ve kompulsyonlar, panik, somatik yakınmalar gibi özgül olmayan semptomların bulunduğu prodromal bir dönem gözlenir (10, 12). Prodromal dönemi, psikotik belirtilerin belirgin olarak bulunduğu aktif dönem takip eder. Aktif faz ardından işlevsellikte belirgin bir düşme veya eski işlevsellik dönememe (kalıntı) dönemleri görülür. Kalıntı dönem sıklıkla yavaş ilerleyici olup tabloya negatif belirtiler hakimdir (13). Bu teorik değerlendirmeye karşın şizofreni çok farklı gidiş

ve sonlanım özellikleri göstermektedir. Gidiş ve sonlanımın belirlenmesinde sıklıkla kullanılan belirleyiciler; hastalık belirtileri, iş uyumu, toplumsal uyum, hastaneye yatış sayısı ve süresi, bilişsel yetiler, genel sağlık durumu ve intihar girişimidir (14).

Klinik uygulamada en sık kullanılan tanı kriterleri DSM-IV kriterleri olup dahil edilme ve dışlama ölçütlerini içermektedir. Dahil edilme ölçütleri şizofreni için en özgül semptomlar iken dışlama ölçütleri ayırıcı tanının yapılmasına yardımcı olmaktadır.

### **Şizofreni Tanı Ölçütleri (DSM IV)**

#### **A) Karakteristik semptomlar**

Bir aylık dönemin (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre) önemli bir bölümünde aşağıdakilerin en az ikisinin bulunmasıyla karakterize aktif faz semptomları:

1. Hezeyanlar
2. Halüsinasyonlar
3. Dezorganize konuşma (sıklıkla enkoherans veya konu dışı konuşmalar)
4. İleri derecede dezorganize yada katatonik davranış
5. Negatif belirtiler, duygusal küntlük, aloji yada avolasyon (düşünce içeriğinin yoksullaşması veya istem yokluğu)

Not: Hezeyanlar bizar ise yada halüsinasyonlar kişinin davranışları veya düşünceleri hakkında sürekli yorum yapmakta olan seslerden yada iki yada daha fazla sesin bir birbirleriyle konuşmasından oluşuyorsa, A tanı ölçütünden sadece bir belirtinin olması yeterlidir.

#### **B) Toplumsal /mesleki işlev bozukluğu**

Mesleki, kişiler arası ilişkiler yada kendine bakım gibi önemli işlevsellik alanlarından bir yada birden fazlasında işlevselliğin, hastalık öncesi döneme göre belirgin olarak bozulması (hastalık çocukluk yada ergenlik döneminde başlamış ise kişiler arası ilişki, akademik veya mesleki alanlarda beklenen düzeye ulaşmakta yetersizlik).

#### **C) Süre**

Bu bozukluğun devam ettiğini gösteren belirtiler en az 6 ay süreyle bulunmaktadır. Bu süre en az 1 ay süren aktif dönemi (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre) içermelidir. Prodromal ve rezidüel dönemler de bu süreye dahil olabilir.



D) Şizoaffektif bozukluk ve duygudurum bozukluğunun dışlanması

Şizoaffektif bozukluk ve psikotik bulgulu duygudurum bozukluğu dışlanmıştır. Bunun nedeni, aktif evre ile birlikte depresif, manik veya karma bir dönem ortaya çıkmaması ve aktif evre sırasında duygudurum belirtileri de olmuşsa bunların toplam süresi aktif ve rezidüel dönemlerin süresine göre daha kısa sürmesinden dolayıdır.

E) Madde kullanımı ve genel tıbbi durumun dışlanması

Bu bozukluk bir maddenin doğrudan fizyolojik etkilerine (örneğin kötüye kullanılabilen bir ilaca, tedavide kullanılan bir ilaca) yada genel tıbbi duruma bağlı olarak ortaya çıkmamıştır.

F) Yaygın gelişimsel bir bozuklukla olan ilişki

Otistik bozukluk veya diğer bir yaygın gelişimsel bozukluk öyküsü varsa ancak en az bir ay süreyle (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre) belirgin sanrı ve varsanılar da mevcutsa şizofreni ek tanısı konulabilir.

**Şizofreni DSM IV alt tipleri ve tanı ölçütleri**

Paranoid tip

- A) Bir yada birden fazla sanrı veya sıklıkla işitme varsanılarının bulunması.
- B) Dezorganize konuşma, dezorganize veya katatonik davranış, düz veya uygunsuz duygulanım klinik görünümde baskın değildir.

Dezorganize tip

Aşağıdaki tüm ölçütler karşılanmalıdır.

- A) Dezorganize konuşma, dezorganize davranış, düz veya uygunsuz duygulanım.
- B) Katatonik tip ölçütleri karşılanmamalıdır.

Katatonik tip

Aşağıdakilerden iki veya daha fazlası klinik görünüme hakimdir.

- A) Katalepsi (balmumu esnekliğini de kapsamalı) yada stupor ile karakterize motor hareketsizlik.
- B) Amaçsız ve dış uyarıdan etkilenmeyen aşırı motor aktivite.
- C) Aşırı negativizm (tüm girişimlere hareketsiz direnç yada hareket ettirme girişimlerine rağmen katı postürü sürdürme) yada mutizm.

D) Postür alma, bunun da kanıtı olarak istemli hareketlerde tuhaflıklar (uygunsuz ve bizar postürlerin takınılması), stereotipik hareketler, belirgin mannerizm veya belirgin grimas.

E) Ekolali veya ekopraksi.

#### Ayrışmamış tip

DSM IV'deki A ölçütleri karşılanmıştır ancak paranoid, dezorganize, katatonik tip tanı kriterleri tam olarak karşılanmaz.

#### Rezidüel tip

Aşağıdaki ölçütler karşılanmıştır.

A) Belirgin sanrı, varsanı, dezorganize konuşma ve ileri derecede dezorganize yada katatonik davranışın olmaması.

B) Negatif semptomların yada A ölçütündeki iki yada daha fazla semptomun daha hafif biçiminin varlığı ile belirlendiği üzere bu bozukluğun sürdüğüne ilişkin kanıtlar vardır.

Şizofreninin heterojen bir grup olduğu konusunda fikir birliği bulunmasına rağmen, homojen alt gurupların tanımlanmasında ortak bir yaklaşım mevcut değildir. Şizofreninin alt sendromlarını tanımlayan yaklaşımlar hastalığın farklı patofizyolojik süreçlerinin olduğundan yola çıkmıştır. Crow, şizofreni hastalarını pozitif ve negatif belirtilerine göre Tip I ve Tip II sendrom olarak iki şekilde sınıflandırmıştır. Tip I sendrom akut başlangıç, sanrı, varsanı ve diğer pozitif semptomların bulunduğu klinik, tipik antipsikotiklere iyi yanıt alınması, entelektüel yıkımın az veya hiç olmaması, beyin görüntülemesinde yapısal anormalliklerin bulunmaması, geri dönüşümsüz istemsiz hareketlerin bulunmaması özelliklerine sahip olup öne sürülen patofizyoloji, D2 reseptör yoğunluğu veya duyarlılığında artmanın bulunmasıdır. Tip II sendrom, künt duygulanım, konuşma fakirliği, istenç azlığı ve diğer negatif belirtilerden oluşan klinik, kronik ve yavaş ilerleyen bir seyir, tipik antipsikotiklere olumsuz yanıt, entelektüel yıkım, geri dönüşümsüz istemsiz hareketler, yapısal beyin anormallikleri özelliklerine sahip olup, öne sürülen patofizyoloji, temporal ve frontal kortekste hücre kaybıdır (15,16).

Şizofrenide negatif ve pozitif belirtileri temel alarak değerlendiren diğer bir kişi ise Andreasen'dır. Andreasen klinik belirtilerin psikopatoloji ile açıklanabilmesi ve psikopatoloji ve nörobiyolojinin birleştirilmesi öğelerinden yola çıkmıştır. Pozitif belirtili

şizofreni, negatif belirtili şizofreni ve karma belirtili şizofreni modellerini geliştirmiştir. Pozitif belirtilerin yüksek kortikal işlevlerden kaynaklandığını, negatif belirtilerin ise beyin yıkımını yansıttığını ve negatif-pozitif ayrımının garip davranış temelinde birleştiğini ileri sürmüştür (17).

Carpenter ve arkadaşları negatif belirtilerin birincil, ikincil, kalıcı ve geçici olarak sınıflandırılmasını önermişlerdir. Sendromun kendine özgü negatif belirtilerini birincil, antipsikotik, disfori, uyarı azlığı ve pozitif belirtilere bağlı gelişenleri ise ikincil olarak tanımlamışlardır. Birincil ve kalıcı olan belirtiler için defisit; diğer durumlar için non-defisit terimlerini önermişlerdir. Bu sınıflandırma ve tanımlamalarla şizofreniye özgün psikopatolojilerin daha iyi anlaşılacağını savunmuşlardır (18)

### **2.3. ŞİZOFRENİ TARİHÇESİ**

Şizofreni, çok eski tarihlerden beri bilinmekle birlikte psikiyatrik bir hastalık olarak kabul görmesi nispeten yenidir. Ortaçağda, şizofreninin psikotik belirtileri doğa üstü güçlere bağlanmış ve şizofreni hastalarının lanetlenmiş olduğu düşünülmüştür. Bu dönemde batı toplumlarında hastalar belirgin olarak ayrımcılığa uğramışlardır.

Hastalığın ilk olarak tanımlanması 1800'lü yılların ikinci yarısına rastlamaktadır. Morel 1860 yılında, ergenlik döneminde başlayan yıkımla süregelen bu hastalığa 'dementia precoce' adını vermiştir. 1863 yılında Kahlbaum 'praphrenia hebetica' terimini kullanmıştır. Hecker 1871'de 'hebefreni' olarak tanımladığı hastalıkta hastaların garip davranışlarını kaydetmiş; Kahlbaum 1874 yılında katatonik semptomları tanımlamıştır. (10,11,14).

Şizofreniye bakış açımızda büyük çığır açan Emil Krapelin hastalığın katatonik, hebefrenik tiplerine paranoid ve basit tipleri de ekleyerek bu tipleri 'dementia precox' tanımı kapsamına almıştır (11). Bu terimle bilişsel bozulma (dementia) ve precox (erken başlangıç) arasındaki farkı vurgulamaya çalışmıştır (10). Bu hastalarda sanrı ve varsanıların en belirgin belirtiler olduğunu ve hastalığın süregelen yıkımla seyrettiğini belirtmiştir (11). Krapelin, normal işlevselliğin olduğu ancak alevlenmeler gösteren hastalığı manik depresif psikoz olarak tanımlayıp bu hastaların ayrımını da yapmıştır.

Ayrıca, paranoid hastaların inatçı persekutuar sanrılarının bulunduğunu, hastalığın yıkımlı bir gidişata sahip olduğunu, manik depresif psikozdan farklı olarak semptomların süregelen karakterde olduğunu belirtmiştir (11,10,13). Krapelin, kişide bilinç, affekt ve irade alanlarında tam bir yıkımla giden dementia precox'un psikotik belirtilerinin organik etyolojiye sekonder geliştiğini vurgulamıştır (10).

Şizofreni denilince akla gelen bir diğer önemli isim olan Eugen Bleuler, 1911 yılında "dementia precox" yerine literatüre şizofreni (us yarılması) terimini kazandırmıştır (11,10). Bu terim ile düşünce, duygu ve davranışlar arasındaki bölünmeyi (schisms) belirtmeye çalışmış, "demantia praecox" tanımının kapsamını da eleştirerek, bu durumunun tek bir hastalıktan çok heterojen bir grup olduğunu belirtmiştir (10). Bleuler, erken başlangıç ve şiddetli yıkımın sadece ağır vakalarda görüldüğünü ve şizofreninin mutlaka yıkımlı bir gidişe sahip olmasının gerekmediğini vurgulamış; hastalığa kesitsel bir yaklaşım getirmiştir (13). Bleuler, şizofreni hastalarındaki zihinsel bölünme teorisi için primer belirtileri tanımlamış, bu temel belirtileri şizofreninin 4A'sı olarak isimlendirmiştir (10,11,13,14). Bleuler, temel olarak patolojinin çağrışım bozukluğunda olduğunu, bunun yanında ambivalans, otizm ve duygulanım bozukluğunun da gerektiğini varsanı ve sanrılarının ise ikincil belirtiler olduğunu vurgulamıştır (10).

20 yüzyıl ortalarında Kurd Schneider, şizofreni tanısı için, kendilik ve dış dünya arasındaki engeli bozan 11 tane birinci sıra bulgusu tanımlamıştır (13). Schneider'in birinci sıra bulguları yaygın olarak kabul görmüş olup, günümüz tanı sistemlerinde bu bulgular önemli bir yer tutmaktadır.

#### **2.4. EPİDEMİYOLOJİ**

Dünya üzerinde yaklaşık 24 milyon kişinin hastalıktan etkilendiği düşünülmektedir (19). Coğrafi dağılım olarak tüm dünyada şizofreni, insidans ve prevelans değerleri benzerlik göstermektedir (11). Yapılan değişik çalışmalarda şizofreni insidansı 0.1-0.7/1000; prevelansı ise 0.6-7.1/1000 olarak rapor edilmiştir (10). Warner Giraloma, 1995 yılında yayınlanan derlemesinde yaşla düzeltilmiş yıllık insidansı 100.000 kişide 10-40 yeni olgu olarak vermiştir (19).

Şizofreni, kadın ve erkeklerde eşit oranlarda görülmekle birlikte, hastalığın başlangıç yaşı erkeklerde kadınlara oranla daha erkendir. Genel olarak başlangıç yaşı erkeklerde 15-25 yaşları arası iken, kadınlarda 25-35 yaşları arasındadır. Hastalığın 10 yaşından önce ve 60 yaşından sonra başlaması nadir görülmektedir (11,20). Kadınlarda östrojen hormonunun başlangıç yaşının gecikmesinde etkili olduğu öne sürülmüştür (21). Paralel olarak kadınlarda, menopoz döneminde hastalığın seyrinde ikinci bir yükselme dönemi de tespit edilmiştir (22).

Ülkemizde şizofreni epidemiyolojisi ile ilgili yeterli miktarda çalışma olmamakla birlikte, Sivas ilinde yapılan bir çalışmada yaşam boyu yaygınlığının % 0.5 oranında olduğu ve şizofreni insidansının ülkemiz dışındaki sonuçlar ile uyumlu olduğu belirtilmiştir (23).

## **2.5. ETYOLOJİ**

Tek bir hastalık olarak tanımlanmış olmasına rağmen şizofreni, heterojen etyolojili ortak belirtiler gösteren bozukluklar grubudur (11).

Psikiyatrik bozuklukların günümüz değerlendirmeleri en az dört ögenin bileşimini içermelidir: Genetik yatkınlık, yaşam stresörleri, bireyin kişiliği, stresle başa çıkma becerileri, birey ve genomu üzerine etkili virüs toksin ve çeşitli hastalıklar gibi çevresel etkiler (24).

Genetik geçiş şizofrenide en önemli risk faktörlerinden biridir. Şizofrenide genetik faktörlerin etkisi aile, evlat edinme, ikiz çalışmaları ile ortaya konulmuştur. Evlat edinilen monozigot ikizlerin biyolojik ebeveynleri tarafından yetiştirilen ikizleri ile aynı oranda hastalığa sahip olması genetik etkinin çevre etkisinden daha kuvvetli olduğunu göstermektedir. Ebeveynlerden sadece birinde şizofreni olduğu durumlarda, çocuklarda şizofreni görülmesi riski % 12.5-13.8 iken her iki ebeveynin de şizofreni olması ile bu riskin % 35-46'ya yükseldiği rapor edilmiştir. Şayet ebeveynlerde hastalık mevcut değil ancak kardeşlerden biri şizofreni ise diğer kardeşlerde hastalanma riskinin % 6.7-8.2 olduğu bildirilmiştir. Şizofrenik kişilerin birinci derece akrabaları, normal popülasyona göre 5 ile 10 kat daha yüksek oranda hastalığa yakalanma riski altındadırlar (25).

Genetik geçişin türü belirlenmemiş olmasına rağmen multigenetik, multifaktöriyel bir geçiş olduğu düşünülmektedir (14). Genetik geçişte, orta derecede etkili bir kaç gen veya düşük derecede etkili bir çok gen sorumlu olabilir. Şizofreni etyolojisinde, major etki gösteren genlerin varlığı henüz saptanmış değildir. Mendelian benzeri bir geçişin gözlemlendiği istisnalar dışında karmaşık ailesel geçiş şekli gözlemlenmektedir (26).

Risk faktörlerinden bir diğeri ise toplumsal etkenlerdir. Sanayileşmiş büyük kentlerin alt sosyoekonomik bölgelerinde şizofreni oranlarının yüksek olduğu bildirilmiş olup, sosyoekonomik koşullar ile morbidite arasında güçlü bir korelasyon bulunmuştur (27). Şizofreni, her türlü sosyoekonomik ortamda ve kültürde görülebilmekle beraber düşük sosyoekonomik kesimlerdeki enfeksiyon, doğum öncesi bakım ve yoksulluk gibi stresörler şizofreni insidans ve prevalansını arttıran faktörler olabilmektedir. Başka bir görüşe göre ise, ciddi ruhsal bozukluklar bireylerin zamanla alt sosyal sınıflara kaymasına yol açmaktadır (11,13,28).

Şizofreni tanısı konmuş kişilerle yapılan görüşmelerde, stres yaratan yaşam olaylarıyla karşılaşmalarının toplum ortalamasının üzerinde olduğu saptanmıştır. Stres yaratan yaşam olaylarıyla karşılaşma, şizofreniye yol açmaktan ziyade hastalığa yatkınlığı olan kişilerde predispozan faktör olarak ortaya çıkar (21). Şizofrenisi olan kişilerde evlilik oranı toplum ortalamasının altındadır. Yalnız yaşamak şizofreniye yatkınlığı arttırmakta yada bu kişiler hastalık nedeniyle evlenmekte zorluk çekmekte ve daha sık boşanmaktadır (1).

Şizofreninin nöro-gelişimsel hipotezi, hastalığın erişkin beyinde anormalliklere yol açan ve beyin gelişimini etkileyen prenatal ve perinatal erken dönem beyin hasarları sonucu geliştiğini ileri sürer (10). Düşük doğum ağırlığı ve prenatal komplikasyonları hikayesinin şizofrenik hastalarda, kontrol grubundaki bireylere göre daha yüksek oranlarda olduğu rapor edilmiştir (29). Preeklamsi, perinatal beyin hasarı, Rh uyuşmazlığı, birinci trimesterde ciddi maternal beslenme bozukluğu ve ikinci trimesterde influenza enfeksiyonu geçirilmesi ve şizofreni hastalarının hikayesinde bulunan en sık obstetrik komplikasyonlardır (10,11,14,30,31). Yenidoğan döneminde hipoaktivite ve hipotoni, süt çocuğu döneminde motor koordinasyon zayıflığının eşlik ettiği silik nörolojik belirtiler, çocukluk döneminde ise dikkat ve bilgi-işlem eksikliğinin şizofrenide risk faktörleri arasında olduğu bildirilmiştir (32,33).

Doğum mevsiminin de bir risk faktörü olabileceği, kış ayları ve erken bahar aylarında doğmanın şizofreni riskini artırdığı bildirilmiştir. Kış mevsiminde doğmanın, enfeksiyon hastalıklarına ve beslenme bozukluklarına yol açabileceği ve hastalanma riskini arttırabileceği öne sürülmüştür. Hamileliğin ikinci trimesterinde influenza virüsü ile karşılaşmadan sonra da (sıklıkla kış aylarında görülür) şizofreni sıklığında artma olduğu bildirilmiştir (11).

Klinik ve epidemiyolojik veriler, şizofreninin olası etyolojileri arasında enfeksiyöz etkenleri düşündürmektedir. Viral enfeksiyonlara önemli yer verilmekte, sitomegalovirus ve HSV ailesindeki DNA virüsleri şizofreni etkeni olarak öne çıkmaktadır (1). Bununla birlikte enfeksiyöz ajanlarla şizofreni arasında kesin bir ilişki saptanamamıştır (10).

## **2.6. ŞİZOFRENİ PATOFİZYOLOJİSİ**

Görüntüleme çalışmaları şizofreni hastalarında beyinde anatomik bozukluklar olduğunu ortaya koymuştur. Şizofrenide lateral ventriküllerin temporal boynuzlarının ve üçüncü ventrikülün genişlemiş olduğu bilgisayarlı tomografi ile hastaların yaklaşık %80'inde saptanan en yaygın bulgudur (34). Ayrıca, genel olarak, şizofrenili hastaların gerektiğinde, prefrontal kortekste bazı alanları etkinleştiremedikleri kabul edilir (35).

Şizofrenide, EEG'de anormallikler sıklıkla saptanmış ve bu anomalilerin sol hemisfere lokalize olma eğilimi kaydedilmiştir (36). EEG'de teta ve delta aktivitesinde artış, alfa aktivitesinde ise azalma bildirilmiştir.

Şizofreni patogenezinde, nörotransmitter sistemlerindeki bozukluk bir çok çalışmaya konu olmuştur. Bunlar arasında, şizofreni hastalarında dopamin sisteminin hiperaktif hale geldiğini savunan dopamin hipotezi önemli bir yer tutmaktadır. Bunda, nöroleptiklerin tedavi etkilerinin, dopamin D2 reseptörlerini bloke edebilmeleriyle orantılı oluşunun rolü büyüktür. Şizofreni tedavisinde kullanılan ilk etkili antipsikotik ilaçlardan chlorpromazine ve reserpine yapısal olarak birbirinden farklı olmalarına rağmen, ortak antidopaminerjik özellikleri olan ilaçlar olması, şizofrenide dopaminerjik sistemde bozukluk olduğu hipotezini desteklemektedir. Bununla birlikte, bugün için en etkili

antipsikotik ilaçlardan olan clozapine, zayıf bir dopamin D2 antagonistidir. Bundan dolayı dopaminin, şizofrenide etkilenen yegane nörotransmitter olmadığı düşünülerek, diğer nörotransmitterlerin şizofrenideki rolü geniş araştırma alanı bulmuştur. Hastalığın etyolojisinde rol oynadığı düşünülen diğer sistemler arasında norepinefrin, seratonin, Gaba reseptörleri sayılabilir (37,38)

## **2.7. YAŞAM KALİTESİ TANIMI**

Yaşam kalitesi, Dünya Sağlık Örgütü tarafından "hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak, kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde durumlarını algılama biçimi" olarak tanımlamıştır (7). Bu tanımlama içinde yaşam kalitesi, kişinin amaç, beklenti, ilgi ve standartlarından oluşan konumunu, kültür ve değer sistemi içinde kavrayış biçimidir. Yaşam kalitesi, "kişisel tatmin"i ifade eder ve kişinin beden sağlığı, psikolojik durumu/iyilik hali, sosyal etkileşimleri, işlevselliğin yeterliliği, uyum yetisi, hayat görüşü, kişisel inançlarından karmaşık bir şekilde etkilenmektedir. Bir başka ifade ile yaşam kalitesi, kişinin öznel olarak farklı yaşam alanlarından aldığı doyum hissini, nesnel olarak ise sosyal işlevlerini, günlük etkinliklerini ve bedensel sağlığını içermektedir.

Yaşam kalitesi oldukça geniş bir kavramdır. Campbell (1976), yaşam kalitesiyle ilgili 12 alan belirlemiştir; Toplumsallık, eğitim, aile yaşantısı, komşuluk, arkadaşlık, evlilik, milliyet, barınma durumu, sağlık, kendilik duygusu, yaşam standardı ve iş durumudur.( 39)

## **2.8. TIPDA YAŞAM KALİTESİ KAVRAMI**

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, hastaların kendi sağlık durumlarını nasıl algıladıkları ve hastaların fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak fonksiyonel kapasitesi olarak tanımlanmıştır (8). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, hastalık ve tedavinin hastanın hissedilen işlevselliği üzerine etkisini göstermesi şeklinde özetlenebilir (40).

Yaşam kalitesi kavramı tıpta ilk defa 1964 yılında, "Elkinton" tarafından transplantasyon hastaları ile ilgili olarak ele alınmıştır (41). Daha sonraları, kanser tedavisi gören hastaların yaşam kalitelerinin daha iyi olabilmesi için neler yapılabileceği üzerinde durulmuş, kişinin, daha uzun yaşamı, daha kısa ama daha kaliteli bir yaşama değişip değişmeyeceği konusu



gündeme gelmiştir. Bu tarihlerden itibaren tıpta yaşam kalitesi kavramına ilgi, gün geçtikçe artmış ve yaşam kalitesi kavramı çok sayıda çalışmaya konu olmuştur.

Tıpta yaşam kalitesi kavramının kullanım biçimleri Albrecht ve Fitzpatrick (1994) tarafından özetlenmiştir (42):

- Hastanın klinik bakımının planlanması,
- Klinik çalışmalar ve sağlık hizmeti taramalarında sonuç ölçütü olarak,
- Toplumun sağlık gereksinimlerinin belirlenmesi,
- Kaynakların saptanması.

## **2.9. ŞİZOFRENİDE YAŞAM KALİTESİ KAVRAMI**

Yaşam kalitesi, kronik somatik hastalıkların tedavisinde uzun yıllardır gündemde olmakla beraber bu kavramın psikiyatride yer edinmesi nispeten yenidir. Toplumda yaşayan kronik ruh sağlığı bozuk hastalarda, yaşam kalitesi çalışmaları 1980'lerden sonra başlamıştır (43;44) ve 1980'li yıllarda toplum ruh sağlığı programlarında yaşam kalitesi kavramına ilişkin ilk değerlendirmelerin sonuçları elde edilmiştir. Ruhsal bozukluklarda yaşam kalitesi, konsültasyon-liyezon psikiyatrisinde ilk olarak araştırma alanı bulmuş, bunu duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, ağır/süreğen bozukluklar izlemiştir (45). Şizofrenide yaşam kalitesi kavramı ise uzun süre hak ettiği yeri bulamamış ve ihmal edilmiştir.

1950'li yıllarda, tipik antipsikotiklerin kullanıma girmesi şizofreni tedavisinde çok önemli sayılabilecek bir gelişmedir. Bununla birlikte uzun bir süre bu ilaçlardan beklenen hastalığın pozitif semptomlarını geriletmesi olmuştur. Şizofrenide yaşam kalitesi çalışmaları 1960'lı yıllarda yatarak tedavi protokolünden ayakta tedavi protokolüne geçiş ile başlamış olmasına karşın uzun süre yeterli ilgiyi görememiştir (46). Yaşam kalitesi kavramı, şizofrenide araştırmalarında ancak 1990'larda atipik antipsikotik ajanların klinik kullanılma girmesiyle, bu girişimlerin hastanın hayatını ne derecede iyileştirdiğini değerlendirmek amacıyla, hak ettiği yeri bulmaya başlamıştır. Böylece, yaşam kalitesi kavramı hastalık semptomlarının gerilemesi ve nükslerin önlenmesinden farklı beklentileri yansıtmaktadır. Son 15 yıl içinde şizofreni gibi şiddetli psikiyatrik hastalığı bulunan kişilerde, yaşam kalitesinin değerlendirilmesi konusunda çalışmalar yoğunlaşmıştır. Yaşam

kalitesi, bugün şizofrenide rehabilitasyon programlarında ve ilaç tedavisi başarısının değerlendirilmesinde önemli bir araç olarak kullanılmaktadır.

Yaşam kalitesi çalışmalarının şizofreni hastalarında uygulanmasındaki olası gecikme Meltzer ve Bond (1994) tarafından aşağıdaki gibi özetlenmiştir (46):

Hekimlerin şizofreni tedavisinde sadece semptomları azaltmaya yönelik önyargıları,

Şizofreninin tedavi ve rehabilitasyonunda uygulanacak olan psikososyal programların çok ciddi çabalar gerektirmesi,

Yaşam kalitesi üzerinde belirleyici olabilen negatif belirtiler ve bilişsel yetersizliklere yeterince ilgi gösterilmemiş olması,

Klinik ilaç araştırmalarının genellikle kısa süreli olması, uzun süreli olanlarda da daha çok yineleme oranının değerlendirilmesi,

Şizofrenide yaşam niteliği kavramının tanımı ve modelize edilmesindeki güçlükler, Güvenirliği ve geçerliği olan standart ölçeklerin geliştirilmesindeki yetersizlikler.

Şizofreni tedavisinde, son yıllarda hasta ve yakınlarının da tedavi sürecine katılımı yönünde çabalar artmaktadır. Bunun sonucu olarak hasta memnuniyeti, hasta ve yakınlarının tedaviyi değerlendirmeleri, subjektif iyilik hali ve yaşam kalitesinin önemini vurgulanmaktadır. Şizofreni tedavisinin ana amacı şizofreni semptomlarının azaltılmasından ve yinelemeleri önlemenden öte hastanın tam olarak iyileşmesine ve yaşam kalitesinin optimizasyonuna doğru yönelmektedir (9).

## **2.10. ŞİZOFRENİDE YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Yaşam kalitesi kavramı, çok kapsamlı olarak değerlendirilmekle birlikte, Katschnig (2000) yaşam kalitesinin temel olarak üç boyut içerdiğini belirtmiştir (9). Bunlar: Bireyin kendisini iyi hissetme hali/yaşam doyumu, günlük yaşamdaki işlevselliği, kendine bakımı, sosyal rolleri, dış kaynaklar ve sosyal desteklerdir. Bigelow ve arkadaşları (1991) ruh sağlığı hizmetlerinin değerlendirilmesinde bir sonuç ölçütü olarak yaşam niteliği kavramını ele almışlardır (47). Bu modelde, bireyin sosyal talepleri, bireye sunulan fırsatlar/olanaklar ve yeti yitiminin restorasyonu üzerinde durmuşlardır. Lehman ve arkadaşları (1982) ağır ve kronik ruhsal hastalıklar için öne sürdükleri modelde kişisel özellikler ile yaşamın çeşitli

alanlarındaki öznel yaşam kalitesi belirteçleri ve nesnel yaşam kalitesi belirteçlerine önem vermişlerdir (48). Duygular ve beklentiler öznel göstergeleri oluştururken, işlev, uyum ve yaşam biçimi nesnel belirteçleri oluşturmaktadır. Awad ve arkadaşları (1997) antipsikotik ilaç tedavisi altındaki şizofreni hastaları için entegratif bir yaşam kalitesi modeli (çok boyutlu sirküler model) öne sürmüştür (40). Bu modelde, bir yandan kaynaklar, sosyal bağlar, kişilik, değerler ve tutumlar gibi faktörlerin etkisindeki, öte yandan psikotik belirtilerin şiddeti, ilaç yan etkileri ve psikososyal performans düzeyi gibi faktörlerin etkisindeki hastanın öznel algısının yaşam kalitesini belirttiğini bildirmişlerdir.

Yaşam kalitesi kavramının hem subjektif hem de objektif boyutu vardır. “Kendini iyi hissetme”, ”yaşamdan doyum sağlama” ve “mutluluk” gibi ifadeler yaşam kalitesi kavramının subjektif boyutunu oluşturur ve kişinin yaşamı hakkındaki duygularını, beklentilerinden etkilenmesini, önceki tecrübelerini ve mevcut şartların algısını göstermektedir. “Bağımsız yaşayabilme”, ”kişilerarası ilişkiler”, ”üretken olma” gibi ifadeler ise objektif göstergeleri oluşturur ve sosyal fonksiyonel normları ve yaşam tarzını yansıtır. (2,45). Bağlantılı olarak, yaşam kalitesi tayininde, subjektif (hastanın kendi değerlendirmesi) ve objektif (uzman derecelendirmesi) değerlendirmeler kullanılır. Yaşam kalitesinde, hastaların subjektif ve klinisyenin objektif algılaması birbirinden oldukça farklıdır ve objektif ve subjektif değerlendirme arasındaki ilişki her zaman birbiriyle uyumlu değildir. (49,50,51,52). Yaşam kalitesi, hastalar tarafından daha çok yaşam tarzı ve yaşam standardı olarak tanımlanırken, psikiyatristler için hastalığın semptomlarına yönelik yetiyitimi yokluğu ve profesyonel yardımın gerekliliği olarak öne çıkmaktadır. Her iki değerlendirme boyutunun da bazı kısıtlamaları vardır. Bu kısıtlamaların temel nedenleri arasında üniversal olarak kabul edilen ölçüklerin kullanılmaması ve sağlıklı kontrollerden gelen yaşam kalitesi verilerinin bulunmaması sayılabilir. Şizofreni hastalarının yaşam niteliği ölçümünde hastanın kendisinin, yakınlarının ve ruh sağlığı çalışanlarının hep birlikte değerlendirmeye katılması gereklidir (2).

Literatürde ‘yaşam kalitesi’ genel olarak sağlık servisi ve programların yararlılık çalışmaları için ve yeni ilaçların klinik etkinliği araştırmalarında, sonuçların değerlendirilmesinde kullanılmaktadır. Ancak ruh sağlığı servislerine ek olarak çok çeşitli kişisel ve sosyal değişkenler toplumda yaşam kalitesi üzerine etkili olabilir. Şizofreni

hastalarında bu değişkenlerin etkisinin tanımlanması, yaşam kalitesinin artırılması çalışmaları açısından önem taşımaktadır. Sosyodemografik ve klinik değişkenler ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki bir çok çalışmaya konu olmakla beraber, bu değişkenlerin etkisi açısından kesin sonuca varmak güçtür. Yapılan çalışmalarda değişik sonuçlar alınmasının nedenlerinden bir tanesi subjektif yaşam kalitesi kavramının çalışmalar arasında farklılık göstermesidir. Bazı değişkenler belirgin popülasyonları farklı etkileyebilir ve yaşam kalitesinin değişik boyutlarında farklı etkileri olabilir.

Yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla, değişik ölçekler kullanıma sunulmuştur. 1970'li yıllardan itibaren, toplumsal ruh sağlığı programlarının işlevsellik kazanması ile yaşam niteliğinin değerlendirilmesi çalışmaları ivme kazanmıştır. İlerleyen zaman içinde 1984 yılında Heinrichs ve arkadaşları tarafından, şizofreni hastaları için yaşam niteliği ölçeği geliştirilmiştir (53). 1994 yılında Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Grubu, Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesi ölçeğini geliştirmiştir (54). 1999 yılında Fidaner ve arkadaşları tarafından ülkemiz için güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapılmıştır (7). Grennley ve Greenberg 1997 yılında şizofreni ve benzeri ağır ve kronik hastalıkları değerlendirmek için yaşam kalitesi ölçeğini geliştirmiştir (55).

Kullanılan ölçeklerin farklı olması da yaşam kalitesini etkileyen faktörlerde değişik sonuçların ortaya çıkmasında rol oynayabilir. Şizofreni hastalarının yaşam kalitesini değerlendirmek üzere çeşitli modeller geliştirilmiştir. Ancak, kullanılacak geçerli ölçümler konusunda henüz bir görüş birliğine varılamamıştır. Bugün için, şizofreni hastaları için, standardize edilmiş bir yaşam kalitesi ölçüm sistemi bulunmamaktadır.

## **2.11. ŞİZOFRENİDE YAŞAM KALİTESİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Daha önceden de vurgulandığı gibi, yaşam kalitesi kompleks bir kavramdır ve sosyodemografik, klinik ve psikososyal faktörlerin tümünden değişen oranlarda etkilenebilir. Bununla birlikte, sayılan değişkenlerin yaşam kalitesi üzerine etkisi konusunda, literatürde henüz tam bir görüş birliğine varılamamıştır.

Sosyodemografik değişkenlerle ilgili olarak, değişik ülkelerde yapılan çalışmalar farklı sonuçlar ortaya çıkarmıştır. Kimi çalışmalar, cinsiyet ile yaşam kalitesi arasında bir

bağlantı kuramazken, kimi çalışmalar kadın şizofren hastaların yaşam kalitesinin daha yüksek olduğunu, kimi çalışmalar ise erkek hastaların yaşam kalitesinin daha yüksek olduğunu öne sürmüştür (49,56-58). Benzer olarak yaş ve yaşam kalitesi arasında ilişki olduğunu bildiren çalışmaların yanında (59,60,50), yaşam kalitesinin hastanın yaşından bağımsız olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (57,61). Birçok çalışma düşük eğitim seviyesi ve düşük gelirin yaşam kalitesini negatif olarak etkilediğini ortaya koymuştur (61-67). Ancak, ilginç olarak eğitim seviyesi yüksek hastaların, daha düşük yaşam kalitesi kaydettiklerini gösteren çalışmalar da mevcuttur (2,44).

Klinik değişkenler incelendiğinde, çalışmalardan elde edilen ortak sonuçlar, negatif belirtiler, depresyon ve anksiyetenin şizofreni hastalarının yaşam kalitesini olumsuz etkisi olduğu yönündedir (49,60,68-70). Bununla birlikte, birçok çalışmada pozitif belirtiler ile yaşam kalitesi ölçümleri arasında bağlantı olmadığı belirtilmektedir (49,71-73). Diğer klinik değişkenlerin (şizofreninin süresi, başlangıç yaşı gibi) yaşam kalitesi üzerine etkisi henüz tam olarak açığa kavuşmamıştır (45,49,59,68,70,74). Hastalığın tedavisiyle ilgili olarak, hastanın hastanede yatarak tedavi edilmesinin (50,59,60) ve kullanılan ilaçların yan etkilerinin şizofrenide yaşam kalitesinde bozulmayla neden olduğu bildirilmiştir (59,75).

Psikososyal etkenlerin yaşam kalitesi üzerine etkili geniş ölçüde kabul görmüştür (76). Hastanın çevresinden aldığı desteğin, yaşam kalitesini önemli derecede etkilediği öne sürülmüştür. Caron ve arkadaşları (2005), sosyal desteğin iki komponentinin (ataçman ve hastanın değerli olduğuna ikna etmek) şizofreni hastalarında yaşam kalitesini belirleyen faktörler olduğunu bildirmiştir. Ayrıca, hastalığın semptomlarının şiddeti ile yüksek duygu dışavurumu arasında bağlantı bildirilmiştir (77).

### 3. YÖNTEM

#### 3.1. HASTA SEÇİMİ

Haziran 2006-Agustos 2006 tarihleri arasında, Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı polikliniğine başvuran ve DSM IV tanı ölçütlerine göre şizofreni tanısı konulan 50 hasta dahil edildi. Çalışmaya dahil edilme ölçütlerinde verilen testlerin sağlıklı yapabilmesi amacıyla en az ilkokul mezunu olması yer aldı. Tıbbi bir nedene bağlı psikotik bozukluğu bulunan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyan hastalar çalışma hakkında bilgilendirildi ve hastaların çalışmaya katılımları soruldu. Değerlendirmeye alınan 65 hastanın 50 tanesi çalışmaya katılmayı kabul etti ve yazılı onayları alındı.

#### 3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

##### 3.2.1. Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği

Sürdürüm tedavisi altındaki şizofreni hastalarının yaşam niteliğini değerlendirmek amacıyla Heinrich ve arkadaşları (1984) tarafından geliştirilmiş bir ölçektir (53). Türkçe çeviri, güvenilirlik ve yapısal geçerlik çalışması Soygür ve arkadaşları (2000) tarafından yapılmıştır (78). Bu ölçek, hastaların kişisel deneyimlerinin zenginliğini, kişiler arası ilişkilerinin niteliğini, meslek rollerdeki üretkenlik düzeyini ölçmeyi amaçlamaktadır. Ölçek yarı yapılandırılmış bir görüşme biçiminde uygulanmakta ve görüşmeci (ruh sağlığı çalışanı) tarafından değerlendirilmektedir. Toplam 4 alt boyut ve 21 sorudan oluşan ölçekte her bir madde için üç bölüm vardır. Birinci bölümde görüşmecinin değerlendirme yapılacak parametreyi anlaması ve bunun üzerinde yoğunlaşmasına yardımcı olmak üzere kısa bir tanımlama yapılmakta, ikinci bölümde görüşmecinin hastayı incelemesinde yardımcı olmak üzere birkaç örnek soru verilmekte, üçüncü bölümde de değerlendirmeyi yapmak için 7 dereceli likert tipi bir skala verilmektedir. Ölçeğin minimum puanı 0, maksimum puanı ise 126 dır. Ölçeğin alt boyutları: I- Kişilerarası ilişkiler, II- Mesleki rol, III- Ruhsal bulgular, IV- Günlük eşya kullanımı ve faaliyetler biçimindedir. (bkz Ek 1)

### **3.2.2. Sosyodemografik Bilgi Formu**

Yarı-yapılandırılmış görüşme çizelgesi kullanılarak hastaların yaşı, cinsiyeti, kliniğimize geliş şekilleri, eğitim durumu, medeni durumu, mesleki durumları, yaşam şekli, ekonomik durumu gibi sosyodemografik verileri değerlendirildi (bkz Ek 2).

### **3.2.3. Psikopatolojik Veriler**

Hastaların stres verici yaşam olayı/travma hikayesi, ailede psikiyatrik bozukluk hikayesi ve intihar girişimi hikayesi alındı. Hastalığın başlangıç yaşı ve halihazırda yatarak veya ayaktan tedavi görüp görmediği ve hastanın şikayetleri kaydedildi.

Ruhsal durum muayenesi yapılarak, hastaların genel görünüm, motor aktivite, konuşma, algı, zeka, duygudurumu, duygulanımı, düşünce akışı, içeriği, hezeyanı ve homosid düşünce varlığı, intihar düşüncesi ve planı, uyku, iştah, cinsel istek durumları kaydedildi. İlaç tedavisi ve tedaviye uyum ve cevabı belirlendi. (Bkz Ek 3)

#### **3.2.3.1 Kısa psikiyatrik derecelendirme ölçeği (BPRS)**

Kısa psikiyatrik derecelendirme ölçeği, Overall ve Gorham tarafından, 1962 yılında geliştirilmiş bir ölçektir (79). Bu ölçeğin Türkçe çevirisinin güvenilirliğine ilişkin ön veriler, Soykan tarafından (1990) bildirilmiştir (80). BPRS, psikiyatrik hasta gruplarında kullanılan, asıl hedefi farmakolojik tedavi sırasındaki değişikliği ölçmek olan bir ölçektir. 24 maddeden oluşan ve her bir maddede semptom şiddetinin derecelendirilebildiği (0=yok, 6=çok şiddetli) bir ölçektir. Ölçekten elde edilebilecek minimum puan 0 ,maksimum puan ise 144 tür. Bu ölçekte, negatif semptomlar kümesi (duygusal geri çekilme, künt duygulanım ve motor yavaşlama) ve pozitif semptomlar kümesi (kavramsal düzensizlik, halüsinasyon ifadeleri ve alışılmamış düşünce içeriği) bulunur. Bu ölçekle elde edilen puanlar negatif ve pozitif şizofreni vakalarını ayırtmamakta, bir vakada görülen hem negatif, hem de pozitif semptomların belirlenmesi amacıyla kullanılmaktadır. (Bkz Ek 4 )

#### **3.2.3.2. Pozitif ve negatif sendrom ölçeği**

Kay ve ark tarafından 1987 yılında geliştirilen bu ölçek (81), 30 maddelik ve yedi puanlı şiddet değerlendirmesi içeren, yarı-yapılandırılmış bir görüşme ölçeğidir. Bu 30 maddenin

18'i Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (BPRS) ve 12'si ise Psikopatolojik Değerlendirme Ölçeğinden Uyarlanmış. Değerlendirilen maddelerin yedisi pozitif sendrom alt ölçeğine( minimum 7,maksimum 49 puan) , yedisi negatif sendrom alt ölçeğine( minimum 7,maksimum 49 puan) ve geri kalan 16'sı ise genel psikopatoloji alt ölçeğine( minimum16,maksimum 112 puan) aittir. Ölçeğin Türkçe güvenirlik ve geçerlik çalışması Kostakoğlu ve ark tarafından 1999 yılında yapılmıştır (82). (Bkz Ek 5)

### **3.2.3.3. Calgary şizofrenide depresyon ölçeği**

Addington ve arkadaşları tarafından geliştirilen bu ölçek (83), şizofreni ve psikotik bozukluğu olan hastalarda depresif belirtilerin düzeyinin ve şiddet değişiminin ölçülmesi amacıyla kullanılır. Ölçek, görüşmecinin değerlendirdiği bir ölçektir ve dördümlü Likert tipinde değerlendirilen 9 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler, depresif duygudurum, umutsuzluk, değersizlik duygusu, suçlulukla ilgili alınma düşünceleri, patolojik suçluluk, sabah depresyonu, erken uyanma, özkiyim ve gözlenen depresyon belirtilerini içermektedir. Her madde 0-3 puan arasında giderek artan puan alır ve toplam puan bunların toplanmasından elde edilir. Ölçeğin minimum puanı 0,maksimum puanı ise 27 dir.. Bu ölçeğin Türkçe'de güvenirlik ve geçerlik çalışması ise Aydemir ve arkadaşları (2000) tarafından yapılmıştır (84). (Bkz Ek 6)

### **3.2.3.4. UKU yan etki değerlendirme ölçeği**

Özgün ölçek, Lingjaerde ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (85). Arkonaç ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye çevirisi yapılan ölçeğin henüz güvenirlik-geçerlik çalışması yapılmamıştır. Psikolojik, nörolojik, otonom sistem ve genel yan etkilerinin değerlendirildiği, 48 maddeden oluşan 3 bölümden oluşmaktadır. Her bir madde 4 seçenekli olup "0" yan etki olmadığını, "3" ise şiddetli olduğunu belirtmektedir. (Bkz Ek 7). Ölçeğin minimum puanı 0,maksimum puanı ise 144 'tür.

### **3.2.3.5. Barnes akatizi ölçeği**

Barnes tarafından 1984 yılında geliştirilen bir ölçektir (86). Antipsikotik tedavi alan hastalarda akatizinin ölçümü için yaygın olarak kullanılan bir ölçektir. Ölçekte hem gözlenen hareketleri hem de subjektif huzursuzluk deneyimi değerlendirilir. Psödoakatizi



ve hafif, orta, ağır akatizi için tanı kriterleri içerir. (Bkz Ek 8)Ölçeğin minimum puanı 0, maksimum puanı ise 14

### **3.2.4. Psikososyal Veriler**

#### **3.2.4.1. Dünya sağlık örgütü-yetiyitimi çizelgesi (WHO-DAS-II)**

Dünya Sağlık Örgütü Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesi, bireyin faaliyet düzeyinde ve topluma katılımında olan kısıtlılıkları tespit edebilmek amacıyla, Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilmiştir (87). Bu ölçekte hastalık, yaralanma gibi sağlık durumlarına bağlı olarak ortaya çıkan sonuçlar sistematik olarak gruplandırılarak, yetiyitimi ve işlevsellik sınıflandırılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımlamasına göre (WHO, 1997) yetiyitimi ve işlevsellik, beden yapısı ve işlevleri; bireysel faaliyetler, topluma katılım olmak üzere üç ayrı boyutu içermektedirler (88).

36 maddelik yarı yapılandırılmış bir görüşme ölçeği olan bu ölçek, birçok kültürde ortak olarak önemli sayılan faaliyetleri içeren 6 alandan oluşmaktadır. Bunlar: 1)anlama ve iletişim kurma, 2)Hareket etme ve bir yerden bir yere gitme, 3)Kendine bakım, 4)İnsan ilişkileri, 5)Yaşam faaliyetleri, 6)Toplumsal yaşama katılım başlıkları altında toplanmıştır (Ek 1). Tüm bu alanlarla ilgili sorularda kişinin son bir ayda o faaliyet sırasında ne kadar güçlük çektiği sorulmakta, hiç, hafif, orta derecede, çok fazla, aşırı/hiç yapamıyorum şeklinde alınan cevaplar 1-5 arasında puanlanmaktadır. Hastanın güçlükleri nelere bağladığını anlayabilmek amacıyla, yaşadığı güçlükleri bedensel, ruhsal, alkol veya maddeyle ilgili sorunların hangilerine bağladığını puanlaması istenmektedir. Bunların yanı sıra hastanın yaşadığı güçlükleri ne derecede çevresel etkenlere bağladığını anlamaya yönelik sorular vardır. Ölçeğin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması Uluğ ve ark tarafından 2001 yılında yapılmıştır (89). (Bkz Ek 9).

#### **3.2.4.2. İçgörü değerlendirme ölçeği**

David tarafından (1990) hazırlanan İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği, klinisyen tarafından uygulanan ve içgörüyü niceliksel olarak değerlendiren bir ölçektir (90). İçgörü değerlendirme ölçeği tedaviye uyum, hastalığın farkında olma, psikotik yaşantıları doğru olarak tanımdan oluşan üç bileşenden oluşur. İçgörü Değerlendirme

Ölçeği, 8 sorudan oluşan ve klinisyen tarafından uygulanan yarı-yapılandırılmış bir ölçektir. İlk 7 sorunun en yüksek toplam puanı 14'dür. Sekizinci sorunun sorulması görüşmeciye bırakılmıştır ve bu soru ile birlikte en yüksek toplam puan 18'dir. Hastanın yüksek puan alması yüksek içgörü düzeyini gösterir. Bu ölçeğin Türkçe'de güvenilirlik ve geçerlik çalışması Arslan ve arkadaşları (2001) tarafından yapılmıştır (91). (Bkz Ek 10)

### **3.2.4.3. Dışavurulan duygulanım ölçeği**

Bu ölçek, hasta için önemli olan bir kişi ile hasta arasındaki duygusal durumu anlamak ve ilişkinin bazı özelliklerini derecelendirmek üzere Cole ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilmiş olan bir özdeğerlendirme aracıdır (92). Ölçek, hastalara uygulanmaktadır ve maddeler, doğru-yanlış biçiminde, anahtar akraba konumunda olan kişi ile son üç ay içindeki ilişkiler göz önüne alınarak işaretlenmektedir. 60 maddeden oluşan ölçeğin, her biri 15 madde içeren müdahalecilik, duygusal tepki, hastalığa karşı tutum, hoşgörü / beklentiler başlıklarını taşıyan dört alt ölçeği vardır. Bu ölçeğin, dilimize çevirisi ve güvenilirlik - geçerlilik çalışması Berksun ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (93). (Bkz Ek 11)

### **3.2.4.4. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formu**

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ), üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendiren ve 12 maddeden oluşan bir ölçektir (94). Ölçek, her biri 4 maddeden oluşan desteğin kaynağına ilişkin 3 grubu içerir. Bu üç grupta; aile, arkadaş ve özel bir insan desteği değerlendirilir. Her madde 7-aralıklı bir ölçek kullanılarak derecelendirilmiştir. Her alt ölçekteki dört maddenin puanlarının toplanması ile altölçek puanı elde edilmiş ve bütün altölçek puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanı elde edilir. Üç alt ölçeği olan ölçeğin minimum alt ölçek puanları 4; maksimum puanları ise 28'dir. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade eder. Ölçeğin gözden geçirilmiş formunda ise temel olarak Orijinal ÇBASDÖ maddeleri, örnekler verilerek (ebeveyn, eş, çocuklar, kardeşler) tanımlanmaya çalışılan aile maddeleri ve dışlama yoluyla ve örnekler verilerek tanımlanan özel bir insan dışında, Türkçe olarak aynı kalmıştır. 'Özel bir insan' boyutu ailenin ve arkadaşlarının dışında olan bir kişi (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) olarak

tanımlanmıştır. Bu ölçeğin Türkçe güvenlik ve geçerliği Eker ve ark tarafından 2001 yılında yapılmıştır (95) (Bkz Ek 12).

#### **3.2.4.5. Liebowitz sosyal anksiyete ölçeği**

Sosyal ortamlarda ve performans gerektiren durumlarda yaşanan korku ve kaçınmanın şiddetini değerlendirmek amacıyla Liebowitz tarafından geliştirilmiş bir ölçektir (96). Sosyal durumları değerlendiren 11, performans gerektiren durumları değerlendiren 13 soru olmak üzere toplam 24 sorudan oluşmaktadır. Klinisyen tarafından uygulanan ölçek, sosyal durumlarda yaşanan korkunun şiddetini, performans gerektiren durumlarda yaşanan korkunun şiddetini, sosyal durumlardan kaçınmanın şiddetini, performans gerektiren durumlardan kaçınmanın şiddetini, toplam korku şiddetini ve toplam kaçınma şiddetini gösteren 6 alt ölçek puanı sağlamaktadır. Bu ölçeğin, Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği Dilbaz (2001) tarafından yapılmıştır (97) (Bkz Ek 13). Ölçeğin kaygı ve kaçınma alt ölçeklerinin minimum ve maksimum puanları 24 -72 arasında değişmektedir.

### **3.3. VERİLERİN ANALİZİ**

Elde edilen veriler “SPSS 12.0 for Windows” paket programını kullanarak analiz edildi.

Olguların demografik özelliklerinin değerlendirilmesi, deskriptif istatistikler yapılarak sonuçlar frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma olarak ifade edildi. Kullanılan ölçeklerin bir kısmının analizi ortalama ve standart sapma olarak diğerleri ölçeklerin alt sınıflarının puanları gruplandırılarak yapıldı.

Demografik veriler (cinsiyet, medeni durum, mesleki durum, gelir durumu, eğitim durumu gibi), klinik veriler (hastalığın başlangıç yaşı toplam tedavi süresi, tanı grupları gibi), psikopatolojik ölçümler (toplam puan ve alt ölçek puanları) ile yaşam kalitesi arasındaki bağlantı Pearson korelasyon analizi ve Spearman korelasyon analizi ile değerlendirildi. Cinsiyet grupları verilerine göre ki-kare ve bağımsız t-testi ile karşılaştırıldı.

P değerinin 0.05’den küçük olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

## 4. BULGULAR

### 4.1. SOSYODEMOGRAFİK VERİLER

Çalışmaya dahil edilen hastalarla ilgili sosyodemografik veriler tablo 1’de toplu olarak görülmektedir. Çalışmaya dahil edilen hastaların 18 (%36) tanesini kadın, 32 (%64) tanesini erkek hastalar oluşturmaktaydı. Hastaların en genci 16 ve en yaşlısı 63 olmak üzere yaş ortalaması  $34.8 \pm 12.7$  idi (kadınlar 18-63 yaş arasında, ortalama  $37.6 \pm 12.4$ ; erkeklerde 16-63 yaş arasında, ortalama  $33,3 \pm 12,8$  idi).

Hastaların büyük bir kısmı (%82) kendi isteği ile gelirken, ailesinin isteği ile gelen hastalar %14, konsültasyon ile gelen hastalar %2 ve polis nezaretinde gelen hastalar ise %2 oranında idi.

Medeni durum ile ilgili olarak, hastaların % 58’inin hiç evlenmemiş olduğu görüldü. Hastaların %60’ı anne-babası ile birlikte, ile %8’i ise yalnız yaşamaktaydı. Hastaların %38’i evli olmakla beraber ve %30’unun eş ve çocuklarıyla yaşamakta olduğu gözlemlendi. Hastaların %32’si ilk-orta öğretim, %52’si lise mezunu ve %16’sı üniversite mezunu idi. Çalışma durumu ile ilgili olarak kadın hastaların hiçbirinin çalışmadığı, erkek (n=32) hastalardan ise sadece 6’sının (%12) çalıştığı görüldü. Kadın hastaların büyük çoğunluğunun (%83) ev kadını veya işsiz olduğu ve erkek hastaların ise %38’inin işsiz, %16’sının malülen emekli oldukları görüldü. Ülkemiz koşullarına göre değerlendirildiğinde, hastaların %58’inin ekonomik durumunun orta, %22’sinin zayıf ve %20’sinin iyi olduğu görüldü. Hastaların %74’ünün kendi evinde, %26’sının ise kirada yaşadığı gözlemlendi. Hastaların %88’inin resmi sosyal güvencesi bulunmaktayken, %10’u yeşil kart sistemi ile sağlık güvencesi altındaydı. Öğrenci olan bir hasta ise üniversite mediko-sosyal güvencesi altındaydı.

32 erkek hastadan askerlik yapan 21 hastanın 4 tanesinin askerlikten tıbbi gerekçelerle ayrıldığı, askerliğini yapmayan 3 hastanın hastalığı nedeni ile askere gitmediği öğrenildi.

**Tablo 1. Çalışmaya dahil edilen hastaların sosyodemografik özellikleri**

	<b>Kadın</b>	<b>Erkek</b>	<b>Toplam</b>
	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>
<b>Geliş şekli</b>			
Kendi isteği ile	15 (83.3)	26 (81.3)	41 (82)
Aile isteği ile	2 (11.1)	5 (15.6)	7 (14)
Konsültasyon		1 (3.1)	1 (2)
Polis nezaretinde	1 (5.6)	-	1 (2)
<b>Medeni durum</b>			
Bekar	10 (55.6)	19 (59.4)	29 (58)
Evli	6 (33.3)	13 (40.6)	19 (38)
Dul veya boşanmış	2 (11.1)	-	2 (4)
<b>Yaşam şekli</b>			
Yalnız	1 (5.6)	3 (9.4)	4 (8)
Anne-baba ile	11 (61.1)	19 (59.4)	30 (60)
Eş ve çocuklarla	5 (27.8)	10 (31.3)	15 (30)
Diğer yakınlarla	1 (5.6)	-	1 (2)
<b>Kalınan yer</b>			
Kira	7 (38.9)	6 (18.8)	12 (26)
Kendi evi	11 (61.1)	26 (81.3)	37 (74)
<b>Eğitim</b>			
İlkokul	5 (27.8)	5 (15.6)	10 (20)
Ortaokul	-	6 (18.8)	6 (12)
Lise	11 (61.1)	15 (46.9)	26 (52)
Üniversite	5 (11.1)	6 (18.8)	8 (16)

	<b>Kadın</b>	<b>Erkek</b>	<b>Toplam</b>
	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>
<b>Çalışma durumu</b>			
Öğrenci	1 (5.6)	5 (15.6)	6 (12)
Çalışıyor	-	6 (18.8)	6 (12)
İşsiz	-	12 (37.5)	21 (42)
EvKadını	15 (83.3)	-	6 (12)
Emekli	2 (11.1)	4 (12.5)	6 (12)
MalülenEmekli	-	5 (15.6)	5 (10)
<b>Ekonomik durum</b>			
Zayıf	3 (16.7)	8 (25)	11 (22)
Orta	10 (55.6)	19 (59.4)	29 (58)
İyi	5 (27.8)	5 (15.6)	10 (20)
<b>Sosyal güvence durumu</b>			
Yok	-	-	-
Em.San/BağKur/Sigorta	18 (100)	26 (81.3)	44 (88)
YeşilKart/VakıfDesteği	-	5 (15.6)	5 (10)
Diğer	-	1 (3.1)	1 (2)
<b>Sosyal Destek</b>			
Yeterli	3 (16.7)	4 (12.5)	7 (14)
Bazı alanlarda yetersiz	10 (55.6)	19 (59.4)	29 (58)
Birçok alanda yetersiz	5 (21.8)	9 (28.1)	14 (28)
<b>Askerlik durumu*</b>			
Yaptı		21 (65.6)	
Yapmadı		8 (25)	
Hastalığı nedeni ile askere gitmedi		3 (9.4)	
<b>Askerlikten ne şekilde ayrıldığı*</b>			
Normal		17 (81)	
Tıbbi gerekçeler		4 (19)	

\* Erkek hastalar için.

## 4.2. KLİNİK ÖZELLİKLER

Çalışmaya dahil edilen hastalarda paranoid tip şizofreni alt tiplerin en yaygını (21 hasta, %42) olarak gözlenirken, farklılaşmamış tip ikinci en yaygın (13 hasta, %26) tipi oluşturmaktaydı. Hastaların 9 (%) tanesi rezidüel tip, 7 (%14) tanesi ise dezorganize tip şizofreni alt grubuna uymaktaydı. Çalışmaya dahil edilen hastalardan 3(%6)'ü ilk epizodlarını geçirmekteydiler.

Çalışmaya dahil edilen hastaların 49(%98) tanesi atipik antipsikotik; 1(%2) tanesi ise tipik antipsikotik tedavisi almaktaydı. Atipik antipsikotik tedavisi altındaki hastaların 33(%67.3) tanesi sadece bir; 12(%24.4) tanesi iki; 1(%2) tanesi üç atipik antipsikotik ilacı bir arada kullanmaktaydı. Hastaların 3 tanesi ise bir atipik ve bir tipik antipsikotik ilacı bir arada kullanmaktaydı. Ayrıca, 14(%28) hasta antidepresan; 6(%12) hasta antikolinerjik; 5(%10) hasta benzodiazepin ve 3(%6) hasta ise antiepileptik ilacı ek tedavi olarak almaktaydı. İki tipik antipsikotik ilacı kombine kullanan bir hasta ayrıca antiepileptik ilaç kullanmaktaydı. Hastaların öykülerinde, 38'inin(%76) hem yatarak hem de ayaktan tedavi gördüğü, 11 (%22) tanesi sadece ayaktan tedavi gördüğü ve 1(%2) tanesi ise sadece yatarak tedavi gördüğü öğrenildi.

Ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü bildiren hasta sayısı 16(%32) idi. Alkol veya diğer madde bağımlılığı bulunan hasta mevcut değildi ve hastaların 19 (%38)'nda sigara alışkanlığı mevcuttu. Kadınların 7(%38.9)'si, erkeklerin 13(%40.6)'ü olmak üzere 20 hasta(%40), hasta stres verici yaşam olayı veya travmatik yaşantı öyküsü vermekteydiler. Yine kadınların 4(%22.2)ünde, erkeklerin 11(%34.4)'inde olmak üzere, toplam hastaların 15(%30)'i en az bir kez intihar girişiminde bulunmuştu. Hastaların klinik özellikleri ve klinik özelliklerin cinsiyete göre dağılımı tablo 2a'da toplu olarak görülmektedir.

Çalışmamızda şizofreni hastalarının hastalık başlangıç yaşı en az 13 yaş en fazla 42 yaş olmak üzere ortalama  $23.1 \pm 7.0$  yaş idi. Hastalığın ortalama süresi ise  $11.8 \pm 11.1$  yıl olarak bulundu. Hastaların BPRS ölçeğinden en az 10, en fazla 76 puan olmak üzere puan almış ve ortalama BPRS puanı  $31.54 \pm 11.90$  puan idi. Şizofrenide, depresyon için Calgary ölçeği değerlendirildiğinde ise hastaların en az 0 en fazla 24 puan olmak üzere depresyon puanı aldığı ve ortalama depresyon puanının  $5.7 \pm 6.3$  olduğu görüldü. Kadınlarda CŞDÖ puanı

erkeklerle karşılaştırıldığında anlamlı olarak daha yüksek bulundu. PANNS ölçeğinin alt ölçekleri karşılaştırıldığında hastaların negatif semptomlarının pozitif semptomlardan daha yüksek seviyede olduğu kaydedildi. Pozitif semptomların ortalaması  $14.9 \pm 4.4$  iken, negatif semptomların ortalaması  $17.6 \pm 7$  idi. Genel psikopatoloji ortalama puanı ise  $64.9 \pm 13.6$  olarak bulundu.

LSFBÖ kaygı alt puanının ortalaması  $53.7 \pm 15.5$ , kaçınma alt puanı  $50.1 \pm 14.47$  idi. Şizofreni hastalarında kullanılan ilaçların yan etkileri UKU yan etki değerlendirme ölçeği kullanılarak incelendiğinde, ilaç yan etkilerinin düşük seviyelerde olduğu görüldü. UKU yan etki değerlendirme ölçeğinin alt gruplarından ruhsal yan etkiler ortalama  $3.6 \pm 3.8$ , nörolojik yan etkiler ortalama  $0.9 \pm 1.5$ , otonomik yan etkiler  $2.6 \pm 2.5$ , diğer yan etkiler  $3.1 \pm 2.7$  olarak bulundu. Hastalar Barnes Akatizi Ölçeği kullanılarak değerlendirilen akatizi puanları  $1.2 \pm 1.6$  idi. Hastaların UKU yan etki ölçeği diğer yan etkiler ve Barnes akatizi ölçeği puanları erkeklerde kadınlardan anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Hastaların klinik ölçek puanları ve bunların cinsiyete göre farklılıkları tablo 2.b'de toplu olarak görülmektedir.



**Tablo 2a. Çalışmaya dahil edilen hastaların klinik özellikleri**

	<b>Kadın N(%)</b>	<b>Erkek N(%)</b>	<b>Toplam N(%)</b>
<b>Klinik tip</b>			
Dezorganize	5 (27.8)	2 (6.3)	7 (14)
Paranoid	7 (38.9)	14 (43.8)	21 (42)
Farklılaşmamış	2 (11.1)	11 (34.4)	13 (26)
Rezidüel	4 (22.2)	5 (15.6)	9 (18)
<b>Tedavi</b>			
<b>Atipik antipsikotik</b>	<b>18 (100)</b>	<b>31 (96.9)</b>	<b>49 (98)</b>
Bir atipik ilaç	15 (83.3)	22 (68.8)	37 (74)
İki atipik ilaç	3 (16.7)	8 (25)	11 (22)
Üç atipik ilaç	-	1 (3.1)	1 (2)
Atipik+tipik ilaç	-	4 (12.5)	4 (8)
<b>Tipik antipsikotik</b>	-	<b>1 (3.1)</b>	<b>1 (2)</b>
<b>Ek ilaç kullanımı</b>			
Antidepresan	5 (27.8)	9 (28.1)	14 (28)
Antikolinergik	1 (5.6)	3 (9.4)	4 (8)
Benzodiazepin	4 (22.2)	1 (3.1)	5 (10)
Antiepileptik	1 (5.6)	3 (9.4)	4 (8)
<b>Tedavi şekli</b>			
Yatarak tedavi	-	1 (3.1)	1 (2)
Ayaktan tedavi	6 (33.3)	5 (15.6)	11 (22)
Hem yatarak hem ayaktan	12 (66.7)	26 (81.3)	38 (76)
<b>Stres verici yaşam olayı/Travma</b>	7 (38.9)	13 (40.6)	20 (40)
<b>Komorbidite</b>			
Sigara	4 (22.2)	15 (46.9)	19 (38)
İntihar girişimi	4 (22.2)	11 (34.4)	15 (30)
<b>Ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü</b>	7(38.9)	9 (28.1)	16 (32)

**Tablo 2.b. Çalışmaya dahil edilen hastaların klinik özellikleri**

	<b>Kadın</b>	<b>Erkek</b>	<b>Toplam</b>	<b>P</b>	<b>t</b>
	<b>Ort (SS)</b>	<b>Ort (SS)</b>	<b>Ort (SS)</b>		
<b>Başlangıç yaşı</b>	25.8 (8.4)	21.7 (5.8)	23.1 (7.0)	0.08	1.79
<b>Hastalık süresi (yıl)</b>	11.9(11.2)	11.9 (12.3)	11.9(10.7)	0.99	-0.1
<b>BPRS</b>	30.8 (15.0)	31.9 (10.0)	31.54 (11.90)	0.76	-0.31
<b>PANNS</b>					
Pozitif	13.9 (4.3)	15.5 (4.5)	14.9 (4.4) 17.6	0.24	-1.19
Negatif	19.7 (8.9)	16.2 (5.2)	(7.0)	0.15	1.48
Genel	32.1 (8.1)	33.0 (6.7)	32.6 (7.2)	0.70	-0.39
Toplam	66.3 (16.8)	64.0 (11.3)	64.9(13.6)	0.59	0.54
<b>ŞDCÖ</b>	5.8 (6.5)	5.7 (6.4)	5.7 (6.3)	<b>0.03</b>	<b>0.98</b>
<b>Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği</b>					
Kaygı	53.9(16.7)	53.7(15.1)	53.7(15.5)	0,96	0.48
Kaçınma	49.4(16.8)	50.5(13.8)	50.1(14.7)	0,81	-0,24
<b>UKU Yan Etki</b>					
<b>Değerlendirme Ölçeği</b>					
Ruhsal yan etkiler	2.8 (4.2)	4.1 (3.5)	3.6 (3.8)	0.27	-1.11
Nörolojik yan etkiler	0.6 (1.3)	1.0 (1.6)	0.9 (1.5)	0.40	-0.85
Otonomik yan etkiler	2.2 (2.4)	2.8 (2.5)	2.6 (2.5)	0.44	-782
Diğer yan etkiler	2.0 (2.0)	3.7 (2.9)	3.1 (2.7)	<b>0.04</b>	<b>-2.18</b>
Yan etkilerin hastanın günlük performansını etkilemesi	1.2 (0.6)	1.4 (0.6)	1.4 (0.6)	0.26	-1.15
<b>Barnes Akatizi Ölçeği</b>	0.6 (1.3)	1.5 (1.6)	1.2 (1.6)	<b>0.05</b>	<b>-2.09</b>

BPRS: Kısa Psikiyatrik Derecelendirme Ölçeği; PANNS :Pozitif Negatif Semptomlar Ölçeği; ŞDCÖ: Şizofrenide Depresyon için Calgary Ölçeği

### 4.3. PSİKOSOSYAL VERİLER

#### 4.3.1. İçgörü, Dışavurulan Duygulanım ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçek Sonuçları

İçgörü, dışavurulan duygulanım ve çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçek puanları tablo 3'te toplu olarak görülmektedir. İçgörü değerlendirme ölçeği ile değerlendirilen, hastaların ortalama içgörü seviyesi  $11.5 \pm 4.1$  idi. Dışavurulan duygulanım düzeyi ortalama toplam puanı  $19.1 \pm 8.9$  olarak bulundu. Altölçekler karşılaştırıldığında, dışavurulan duygulanımın en fazla müdahalecilik alanında  $6.9 \pm 2.8$  olduğu, en az ise hastalığa karşı tutum alanında  $3.9 \pm 2.3$  olduğu görüldü. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğine göre, hastaların sosyal desteği en fazla hissettikleri alan aile (ort  $22.5 \pm 6.7$ ) iken, en az hissettikleri sosyal destek özel alanda (ort  $8.5 \pm 6.7$ ) saptanmıştır. Hastaların içgörü, dışavurulan duygulanım ve çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçek puanları kadın ve erkek hastalar arasında istatistiksel olarak farklı değildi. Hastaların içgörü, dışavurulan duygulanım ve çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçek puanları ve kadın ve erkek hastalardaki sonuçları tablo 3'te toplu olarak görülmektedir.

**Tablo 3. İçgörü, dışavurulan duygulanım ve çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçek sonuçları**

	Kadın	Erkek	Toplam	p	t
	Ort (SS)	Ort (SS)	Ort (SS)		
<b>İçgörü Değerlendirme Ölçeği</b>					
İçgörü Değerlendirme Ölçeği	10.1(5.1)	12.2(3.2)	11.5(4.1)	0.13	1.56
<b>Dışavurulan Duygulanım Düzeyi Ölçeği</b>					
Müdahalecilik	6.9 (2.8)	6.9 (2.9)	6.9 (2.8)	0.94	0.08
Duygusal tepki	4.6 (3.4)	4.2 (2.2)	4.4 (2.7)	0.43	0.67
Hastalığa karşı tutum	4.1 (2.3)	3.8 (2.3)	3.9 (2.3)	0.75	0.32
Hoşgörü / beklentiler	4.3 (3.4)	4.2 (2.8)	4.2 (3.0)	0.95	0.07
Toplam	19.2(10.6)	19.1(8.1)	19.1(8.9)	0.99	0.19
<b>Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği</b>					
Özel	6.3 (3.2)	9.7 (7.8)	8.5 (6.7)	0.42	-2.10
Aile	21.6 (7.9)	23.0(5.9)	22.5(6.7)	0.50	-0.68
Arkadaş	10.1 (6.8)	11.5(6.5)	11.0(6.6)	0.49	-0.69
Toplam	37.6(13.0)	44.2(14.5)	42.3(13.9)	0.13	-1.54

#### 4.4. YAŞAM NİTELİĞİ

Şizofreni hastaları için yaşam niteliği ölçeği toplam puanı değerlendirildiğinde hastaların ortalama puanları  $52.2 \pm 18.1$  idi (en düşük 14; en yüksek 85). Yaşam niteliği alanları incelendiğinde kişiler arası ilişkiler alanında (minimum 0 maksimum 48) ortalama  $17.7 \pm 8.1$ , mesleki rol alanında (minimum 0; maksimum 24) ortalama  $8.7 \pm 4.4$ , ruhsal bulgular alanında (minimum 0 maksimum 42) ortalama  $20.0 \pm 6.5$ , kişisel eşya/faaliyet alanında (minimum 0 maksimum 12) ortalama  $5.8 \pm 2.1$  puanları bulundu. Kadın ve erkek hastaların yaşam niteliği puanları karşılaştırıldığında, iki grubun yaşam niteliği açısından farklı olmadığı görülmüştür. Hastaların şizofreni hastaları için yaşam niteliği ölçeği puanları tablo 4’te toplu olarak görülmektedir.

**Tablo 4. Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği**

	<b>Kadın</b>	<b>Erkek</b>	<b>Toplam</b>	<b>p</b>	<b>t</b>
	Ort (SS)	Ort (SS)	Ort (SS)		
Kişiler arası ilişkiler	16.4 (9.5)	18.5 (7.3)	17.7 (8.1)	0.39	-0.87
Mesleki rol	9.7 (4.1)	8.2 (4.5)	8.7 (4.4)	0.26	1.13
Ruhsal Bulgular	19.3 (8.4)	20.3 (5.2)	20.0 (6.5)	0.63	-0.49
Kişisel Eşya/Faaliyet	5.7 (2.5)	5.8 (1.9)	5.8 (2.1)	0.93	0.10
Toplam	51.1 (23.2)	52.8 (14.9)	52.2 (18.1)	0.77	-0.29

#### 4.5. YETİYİTİMİ

Hastaların yetiyitiminin en fazla görüldüğü alan “yaşam faaliyetleri” (ortalama  $46.8 \pm 29.7$ ) alanı iken yetiyitiminin en düşük olduğu alan “hareket etme, bir yerden bir yere gitme” idi. Hastaların insan ilişkileri alanında yetiyitimi ortalaması  $40.1 \pm 28.19$  iken toplumsal yaşama katılım alanında yetiyitimi ortalaması  $42.9 \pm 18.4$  olarak bulundu. Kadın ve erkek hastaların yetiyitimleri karşılaştırıldığında, iki grubun yetiyitim açısından farklı olmadığı görülmüştür. Hastaların yetiyitim puanları tablo 5’te toplu olarak görülmektedir.

**Tablo 5. Dünya Sağlık Örgütü Yetiyitimi Ölçeği**

<b>Alanlar</b>	<b>Kadın Ort(SS)</b>	<b>Erkek Ort (SS)</b>	<b>Toplam Ort (SS)</b>	<b>p</b>	<b>t</b>
<b>Anlama ve iletişim kurma</b>	41.7 (37.1)	41.7(23.7)	41.7 (28.9)	1.0	0.0
<b>Hareket etme, bir yerden bir yere gitme</b>	20.8 (26.6)	20.0(21.5)	20.3 (23.2)	0.90	0.12
<b>Kendine bakım</b>	23.6 (27.7)	21.7(24.6)	22.4 (25.5)	0.80	0.26
<b>İnsan ilişkileri</b>	44.8 (31.2)	37.5(26.4)	40.1 (28.1)	0.38	0.88
<b>Yaşam faaliyetleri</b>	45.8 (31.8)	47.4(28.9)	46.8 (29.7)	0.86	-0.18
<b>Toplumsal yaşama katılım</b>	39.6 (20.1)	44.8(17.4)	42.9 (18.4)	0.34	-0.97
<b>Toplam</b>	36.5 (23.4)	37.4(17.1)	37.1 (19.4)	0.89	-0.14

#### **4.6. YAŞAM KALİTESİ VE YETİYİTİMİNİN SOSYODEMOGRAFİK, KLİNİK VE PSİKOSOSYAL DEĞİŞKENLERLE İLİŞKİSİ**

Tablo 6’da yaşam kalitesi ile sosyodemografik değişkenler arasındaki ilişki toplu olarak görülmektedir. Yaşam kalitesi ve sosyodemografik değişkenler incelendiğinde hastaların ekonomik durumu, hastalık başlangıçve sosyal destek dışındaki değişkenler ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Hastaların ekonomik durumu ile yaşam kalitesinin bütün alanları arasında pozitif yönde korelasyon saptandı. Sosyal destek ile yaşam kalitesinin tüm alanları arasında istatistiksel olarak güçlü bir anlamlılık tespit edildi. Hastalığın başlangıç yaşı ile mesleki rol, kişisel eşya/faaliyet puanları arasında pozitif ilişki olduğu görüldü. Diğer değişkenlerle yaşam kalitesi uanları arasında ilişki bulunmadı.

Hastaların, BPRS puanlarının genel olarak, yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu görülmektedir. BPRS puanının, yaşam kalitesinin tüm alanları ile negatif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır. PANSS Pozitif semptomlarla yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki görülmezken, negatif semptomların yaşam kalitesinin tüm alanları ile anlamlı derecede negatif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır. Aynı şekilde PANNS genel psikopatoloji puanı ile yaşam kalitesi puanlarının tümü arasında negatif ilişki bulundu. Ayrıca, hastaların ŞCDÖ depresyon düzeyleri ile yaşam kalitesi arasında negatif ilişki tespit edilmiştir. *yaşam*

kalitesi ve klinik değişkenler arasındaki ilişkiler tablo 7’de toplu olarak görölmektedir.

Yaşam kalitesinin yetiyitimi ile ilişkisi incelendiğinde, yetiyitiminin “hareket etme, bir yerden bir yere gitme” alanı dışındaki tüm alanlarının yaşam kalitesinin tüm alanlarıyla negatif olarak ilişkide olduğu saptanmıştır. Hareket etme, bir yerden bir yere gitme alanı kişiler arası ilişkiler alanı ve toplam yaşam kalitesi puanı ile negatif ilişkili bulunmuştur. Toplam yetiyitimi ile yaşam kalitesinin tüm alanları arasında, negatif yönde oldukça anlamlı bir ilişki görölmektedir. Yetiyitimi puanları ile yaşam kalitesi puanları arasındaki ilişki tablo 8’de toplu olarak görölmektedir.

Yaşam niteliğinin kişilerarası ilişkiler alanı ile çok boyutlu algılanan sosyal desteğinin, her üç alanı (özel, arkadaş ve aile) ve içgörü puanı ile pozitif; LSFBO kaygı ve kaçınma puanları ile negatif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Hastaların ruhsal bulguları ile ilgili yaşam kalitesi ve toplam yaşam kalitesi, çok boyutlu algılanan sosyal desteğinin her üç alanı ve içgörü ile pozitif olarak ilişkili, kişisel eşya/faaliyet alanı sosyal desteğinin arkadaş ve aile alanları ve içgörü ile pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte ÇBASD toplam puanı ile yaşam kalitesi toplamı arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki mevcuttu. Yaşam niteliğinin mesleki rol alanı ile çok boyutlu algılanan sosyal desteğinin özel ve toplam puanları arasında pozitif ilişki olduğu bulunmuştur. Duygu dışavurumu ile yaşam kalitesinin hiçbir alanı ile bağlantı saptanamamıştır.

Çok boyutlu algılanan sosyal destek, duygu dışavurumu, LSFBO, içgörü ölçek puanları ile yaşam niteliği puanları arasındaki ilişki tablo 9’da toplu olarak görölmektedir.

**Tablo 6. Yaşam kalitesi ile sosyodemografik değişkenler arasındaki korelasyonlar**

	Kişilerarası ilişkiler		Mesleki rol		Ruhsal bulgular		Kişisel eşya/faaliyet		Toplam yaşam kalitesi	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>P</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>R</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
<b>Yaş</b>	-.042	.774	.213	.141	-.121	.409	.038	.798	-.006	.966
<b>Cinsiyet</b>	.121	.401	-.177	.219	.030	.834	-.050	.731	.001	.992
<b>Medeni durum</b>	.052	.719	.228	.112	.023	.875	.084	.563	.089	.540
<b>Eğitim durumu</b>	.161	.264	.134	.353	.156	.280	.189	.189	.202	.159
<b>Ekonomik durum</b>	<b>.296(*)</b>	<b>.037</b>	<b>.428(**)</b>	<b>.002</b>	<b>.311(*)</b>	<b>.028</b>	<b>.396(**)</b>	<b>.004</b>	<b>.388(**)</b>	<b>.005</b>
<b>Sosyal destek</b>	<b>-.379(**)</b>	<b>.007</b>	<b>-.565(**)</b>	<b>.000</b>	<b>-.447(**)</b>	<b>.001</b>	<b>-.457(**)</b>	<b>.001</b>	<b>-.514(**)</b>	<b>.000</b>
<b>Hastalık başlangıç yaşı</b>	.205	.162	<b>.354(*)</b>	<b>.014</b>	.070	.638	<b>.303(*)</b>	<b>.037</b>	.236	.107
<b>Hastalık süresi</b>	-.179	.224	.020	.894	-.193	.188	-.153	.301	-.163	.269
<b>İntihar öyküsü</b>	-.021	.884	-.187	.194	-.111	.444	-.038	.791	-.101	.484
<b>Aile öyküsü</b>	-.085	.586	-.018	.911	-.031	.843	.142	.363	-.047	.767

\* :  $P < 0.05$ ; \*\* :  $P < 0.01$ , \*\*\* :  $P < 0.001$ .

**Tablo 7. Yaşam kalitesi ile psikopatolojik değişkenler arasındaki korelasyonlar**

	Kişilerarası ilişkiler		Mesleki rol		Ruhsal bulgular		Kişisel eşya/faaliyet		Toplam yaşam kalitesi	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>R</i>	<i>p</i>
<b>BPRS</b>	<b>-.679(**)</b>	<b>.000</b>	<b>-.420(**)</b>	<b>.002</b>	<b>-.589(**)</b>	<b>.000</b>	<b>-.528(**)</b>	<b>.000</b>	<b>-.677(**)</b>	<b>.000</b>
<b>PANSS</b>										
<b>Pozitif</b>	-.103	.490	.033	.826	-.095	.527	.018	.903	-.070	.640
<b>Negatif</b>	<b>-.752(**)</b>	<b>.000</b>	<b>-.321(*)</b>	<b>.028</b>	<b>-.704(**)</b>	<b>.000</b>	<b>-.670(**)</b>	<b>.000</b>	<b>-.745(**)</b>	<b>.000</b>
<b>Genel</b>	<b>-.557(**)</b>	<b>.000</b>	<b>-.369(*)</b>	<b>.012</b>	<b>-.540(**)</b>	<b>.000</b>	<b>-.390(**)</b>	<b>.007</b>	<b>-.576(**)</b>	<b>.000</b>
<b>Toplam</b>	<b>-.697(**)</b>	<b>.000</b>	<b>-.305(*)</b>	<b>.040</b>	<b>-.664(**)</b>	<b>.000</b>	<b>-.505(**)</b>	<b>.000</b>	<b>-.681(**)</b>	<b>.000</b>
<b>ŞDCÖ</b>	<b>-.387(**)</b>	<b>.007</b>	-.184	.212	<b>-.350(*)</b>	<b>.015</b>	-.105	.477	<b>-.358(*)</b>	<b>.013</b>
<b>UKU Yan Etki Değerlendirme Ölçeği</b>										
<b>Ruhsal</b>	-.087	.562	-.062	.679	-.050	.739	.013	.931	-.070	.639
<b>Nörolojik</b>	-.164	.271	.030	.843	-.033	.827	-.210	.157	-.103	.492
<b>Otonomik</b>	-.145	.330	.116	.436	-.151	.310	-.165	.269	-.112	.455
<b>Diğer yan etkiler</b>	.175	.239	-.197	.185	.034	.822	-.023	.877	.042	.778
<b>Günlük performansı etkileme</b>	-.068	.651	.030	.842	-.028	.854	.023	.878	-.031	.837
<b>Barnes/Akatizi ölçeği</b>	-.096	.538	-.182	.244	-.039	.805	.033	.836	-.098	.532

\* :  $P < 0.05$ ; \*\* :  $P < 0.01$ , \*\*\* :  $P < 0.001$ .

BPRS: KısaPsikiyatrikDerecelendirmeÖlçeği; PANNS: Pozitif Negatif Semptomlar Ölçeği; ŞDCÖ:Şizofrenide Depresyon için Calgary Ölçeği



**Tablo 8. Yaşam kalitesi ile yetiyitimi alanları arasındaki korelasyon**

	Kişilerarası ilişkiler		Mesleki rol		Ruhsal bulgular		Kişisel eşya/faaliyet		Toplam yaşam kalitesi	
Anlama ve iletişim kurma	-.505(**)	.000	-.340(*)	.016	-.487(**)	.000	-.399(**)	.004	-.529(**)	.000
Hareket etme, bir yerden bir yere gitme	-.338(*)	.016	-.223	.120	-.226	.114	-.227	.113	-.312(*)	.027
Kendine bakım	-.403(**)	.004	-.321(*)	.023	-.372(**)	.008	-.459(**)	.001	-.444(**)	.001
İnsan ilişkileri	-.646(**)	.000	-.127	.379	-.530(**)	.000	-.312(*)	.028	-.545(**)	.000
Yaşam faaliyetleri	-.471(**)	.001	-.329(*)	.020	-.501(**)	.000	-.367(**)	.009	-.512(**)	.000
Toplumsal yaşama katılım	-.393(**)	.005	-.361(*)	.010	-.411(**)	.003	-.251	.078	-.439(**)	.001
Yetiyitimi toplamı	-.595(**)	.000	-.363(**)	.010	-.548(**)	.000	-.424(**)	.002	-.599(**)	.000

\* :  $P < 0.05$ ; \*\* :  $P < 0.01$ , \*\*\* :  $P < 0.001$ .

**Tablo 9. Yaşam kalitesi ve psikososyal değişkenler arasındaki korelasyonlar**

	Kişilerarası ilişkiler		Mesleki rol		Ruhsal bulgular		Kişisel eşya/faaliyet		Toplam yaşam kalitesi	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>R</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
<b>İçgörü Değerlendirme ölçeği</b>	<b>.445(**)</b>	<b>.001</b>	.153	.290	<b>.476(**)</b>	<b>.000</b>	<b>.398(**)</b>	<b>.004</b>	<b>.452(**)</b>	<b>.001</b>
<b>Duygu dışavurumu ölçeği</b>	.009	.951	.154	.289	-.025	.867	.185	.204	.053	.717
<b>ÇBASDÖ</b>										
<b>Özel</b>	<b>.362(*)</b>	<b>.013</b>	<b>.329(*)</b>	<b>.026</b>	<b>.349(*)</b>	<b>.017</b>	.147	.328	<b>.388(**)</b>	<b>.008</b>
<b>Arkadaş</b>	<b>.376(**)</b>	<b>.009</b>	.241	.102	<b>.383(**)</b>	<b>.008</b>	<b>.397(**)</b>	<b>.006</b>	<b>.410(**)</b>	<b>.004</b>
<b>Aile</b>	<b>.555(**)</b>	<b>.000</b>	.258	.080	<b>.611(**)</b>	<b>.000</b>	<b>.437(**)</b>	<b>.002</b>	<b>.581(**)</b>	<b>.000</b>
<b>Toplam</b>	<b>.619(**)</b>	<b>.000</b>	<b>.400(**)</b>	<b>.005</b>	<b>.638(**)</b>	<b>.000</b>	<b>.477(**)</b>	<b>.001</b>	<b>.658(**)</b>	<b>.000</b>
<b>LSFBÖ</b>										
<b>Kaygı</b>	<b>-.429(**)</b>	<b>.002</b>	.070	.633	-.215	.139	-.022	.879	-.257	.075
<b>Kaçınma</b>	<b>-.386(**)</b>	<b>.006</b>	.171	.240	-.142	.329	.048	.742	-.179	.217

\* :  $P < 0.05$ ; \*\* :  $P < 0.01$ , \*\*\* :  $P < 0.001$ .

ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği; LSFBÖ: Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği

Yetiyitimi ile sosyodemografik değişkenler arasında belirgin bir korelasyon saptanamadı. Sadece, hareket etme, bir yerden bir yere gitme ve toplumsal yaşama katılım alanlarının sosyal destek ile pozitif yönde ilişkili olduğu gözlemlendi. Yetiyitimi ile sosyodemografik değişkenler arasında ilişkiler tablo 10’da toplu olarak görülmektedir.

Yetiyitimi ile psikopatolojik değişkenler arasındaki korelasyonlar incelendiğinde, hastaların ruhsal durumunun, genel olarak yetiyitimi ile ilişkili olduğu görüldü. BPRS ile yetiyitiminin tüm alanları arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu belirlendi. PANNS pozitif semptomlarının yetiyitiminin toplumsal yaşama katılım ile pozitif yönde ilişkili olduğu, diğer alanlar ile ilişkili olmadığı, bununla birlikte negatif semptomların anlama ve iletişim kurma hareket etme, bir yerden bir yere gitme ve insan ilişkileri alanlarında ve toplam yetiyitimi ile pozitif yönde ilişkili olduğu görüldü. Genel psikopatoloji ve toplam PANNS puanlarının kendine bakım alanı dışında tüm yetiyitimi alanlarıyla pozitif ilişkili olduğu belirlendi. Hastaların CŞDÖ ile ölçülen depresyon düzeyleri ile yetiyitiminin hareket etme ve bir yerden bir yere gitme dışında, yetiyitiminin tüm alanlarıyla pozitif ilişkili olduğu görüldü. İlaç yan etkilerinin genel olarak yetiyitimi ile anlamlı bir ilişkisi saptanamadı, ancak ruhsal yan etkilerle kendine bakım arasında; otonomik yan etkilerle anlama iletişim kurma ve hareket etme/bir yerden bir yere gitme alanları arasında pozitif bir ilişkili olduğu belirlendi. Hastalık süresi, tedavi şekli, aile ve intihar öyküsü, Barnes akatizi ölçek puanı gibi klinik değişkenler ile yetiyitimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki mevcut değildi.

Yetiyitimi ve psikososyal değişkenler arasındaki ilişki tablo 12’de toplu olarak görülmektedir. Yetiyitiminin sosyal fobi ölçeği puanları ile pozitif yönde ilişkili olduğu görüldü. Sosyal fobi ölçeği sosyal kaygı puanı ile yetiyitimi toplam, insan ilişkileri, yaşam faaliyetleri, toplumsal yaşama katılım puanları arasında anlamlı pozitif ilişki olduğu bulundu. Hastaların insan ilişkileri ile ilgili yetiyitiminin çok boyutlu algılanan sosyal desteğinin her üç alanı ve toplam puanı ile negatif yönde ilişkili olduğu saptandı. Sosyal desteğin alt alanları incelendiğinde aile ve arkadaş alan puanları ile toplam yetiyitimi ile ters yönde ilişkisi saptandı. Aile alan puanı ile hareket etme/bir yerden bir yere gitme alanı arasında negatif ilişki görüldü. Yetiyitimi ile hastaların içgörü düzeyleri ve duygu dışavurumu arasında anlamlı bir korelasyon yoktu.

**Tablo 10. Yetiyitimi ile sosyodemografik değişkenler arasındaki korelasyonlar**

	Anlama ve iletişim kurma		Hareket etme, bir yerden bir yere gitme		Kendine bakım		İnsan ilişkileri		Yaşam faaliyetleri		Toplumsal yaşama katılım		Yetiyitimi toplamı	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>R</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>R</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
<b>Yaş</b>	.124	.397	.097	.507	-.004	.979	.172	.238	.065	.657	-.082	.574	.058	.691
<b>Cinsiyet</b>	.056	.697	.037	.800	.003	.984	-.109	.452	.035	.811	.142	.327	.074	.611
<b>Geliş şekli</b>	-.187	.193	.056	.701	.007	.963	.036	.802	-.094	.516	-.029	.839	-.061	.676
<b>Medeni durum</b>	-.050	.730	.137	.342	-.052	.719	.061	.672	-.025	.863	-.007	.962	-.004	.980
<b>Eğitim durumu</b>	-.132	.360	-.122	.400	.004	.978	-.156	.280	-.132	.362	-.004	.979	-.132	.362
<b>Ekonomik durum</b>	-.208	.147	-.043	.768	.046	.750	-.168	.242	-.101	.483	.009	.948	-.114	.430
<b>Sosyal destek</b>	.149	.302	<b>.301(*)</b>	<b>.033</b>	-.065	.656	.031	.829	.255	.074	<b>.320(*)</b>	<b>.023</b>	.210	.143

\* :  $P < 0.05$ ; \*\* :  $P < 0.01$ , \*\*\* :  $P < 0.001$ .

**Tablo 11. Yetiyitimi ile psikopatolojik değişkenler arasındaki korelasyonlar**

	Anlama ve iletişim kurma		Hareket etme, bir yerden bir yere gitme		Kendine bakım		İnsan ilişkileri		Yaşam faaliyetleri		Toplumsal yaşama katılım		Yetiyitimi toplamı	
	<i>R</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>R</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
<b>Hastalık başlangıç yaşı</b>	-.133	.367	-.086	.560	.052	.725	.001	.993	-.069	.642	-.025	.868	-.072	.629
<b>Hastalık süresi</b>	.215	.142	.157	.288	-.024	.870	.200	.173	.151	.307	-.007	.962	.136	.357
<b>İntihar öyküsü</b>	-.045	.754	.140	.331	.101	.484	.105	.469	-.161	.265	.056	.699	-.009	.950
<b>Aile öyküsü</b>	-.082	.603	.164	.292	-.075	.634	-.033	.833	.105	.503	.076	.629	.072	.648
<b>BPRS</b>	<b>.543(**)</b>	<b>.000</b>	<b>.402(**)</b>	<b>.004</b>	<b>.546(**)</b>	<b>.000</b>	<b>.549(**)</b>	<b>.000</b>	<b>.529(**)</b>	<b>.000</b>	<b>.666(**)</b>	<b>.000</b>	<b>.708(**)</b>	<b>.000</b>
<b>PANNS</b>														
<b>Pozitif</b>	.147	.325	.134	.369	-.080	.592	.024	.874	.148	.320	<b>.413(**)</b>	<b>.004</b>	.199	.179
<b>Negatif</b>	<b>.290(*)</b>	<b>.048</b>	<b>.349(*)</b>	<b>.016</b>	.273	.063	<b>.414(**)</b>	<b>.004</b>	.256	.082	.128	.391	<b>.355(*)</b>	<b>.014</b>
<b>Genel</b>	<b>.409(**)</b>	<b>.005</b>	<b>.378(**)</b>	<b>.010</b>	.269	.070	<b>.348(*)</b>	<b>.018</b>	<b>.344(*)</b>	<b>.019</b>	<b>.417(**)</b>	<b>.004</b>	<b>.472(**)</b>	<b>.001</b>
<b>Toplam</b>	<b>.384(**)</b>	<b>.008</b>	<b>.350(*)</b>	<b>.017</b>	.268	.072	<b>.453(**)</b>	<b>.002</b>	<b>.364(*)</b>	<b>.013</b>	<b>.391(**)</b>	<b>.007</b>	<b>.480(**)</b>	<b>.001</b>
<b>CŞDÖ</b>	<b>.379(**)</b>	<b>.008</b>	.281	.053	<b>.344(*)</b>	<b>.017</b>	<b>.475(**)</b>	<b>.001</b>	<b>.455(**)</b>	<b>.001</b>	<b>.420(**)</b>	<b>.003</b>	<b>.504(**)</b>	<b>.000</b>
<b>UKUYEDÖ</b>														
<b>Ruhsal</b>	.103	.491	.247	.094	<b>.366(*)</b>	<b>.011</b>	.184	.216	.204	.170	.282	.055	<b>.298(*)</b>	<b>.042</b>
<b>Nörolojik</b>	.047	.754	.079	.596	.215	.147	.167	.261	-.086	.564	.000	1.000	.081	.589
<b>Otonomik</b>	<b>.329(*)</b>	<b>.024</b>	<b>.416(**)</b>	<b>.004</b>	.224	.130	.194	.192	.081	.590	.007	.961	.281	.056
<b>Diğer</b>	.064	.667	-.052	.729	.127	.394	-.028	.850	.066	.661	.188	.206	.065	.662
<b>Günlük performansı etkilemesi</b>	.150	.314	.098	.514	.197	.185	.286	.051	.114	.445	.179	.228	.225	.129
<b>Barnes/Akatizi ölçeği</b>	.130	.407	.149	.339	-.017	.916	-.043	.786	.030	.851	.238	.124	.120	.442

\* :  $P < 0.05$ ; \*\* :  $P < 0.01$ , \*\*\* :  $P < 0.001$ .

BPRS: KısaPsikiyatrikDerecelendirmeÖlçeği; PANNS: Pozitif Negatif Semptomlar Ölçeği; CŞDÖ:Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği;

UKUYEDÖ: UKU Yan Etki Değerlendirme Ölçeği

**Tablo 12. Yetiyitimi ve psikososyal değişkenler arasındaki korelasyonlar**

	Anlama ve iletişim kurma		Hareket etme, bir yerden bir yere gitme		Kendine bakım		İnsan ilişkileri		Yaşam faaliyetleri		Toplumsal yaşama katılım		Yetiyitimi toplamı	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>R</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>R</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
<b>İçgörü Değerlendirme ölçeği</b>	-0.022	.881	-0.013	.927	-.193	.179	-.163	.257	-.167	.247	-.112	.440	-.145	.315
<b>Duygu dışavurumu ölçeği</b>	-.060	.681	-.070	.633	-.252	.081	.002	.990	.056	.702	.029	.841	-.042	.774
<b>ÇBASD</b>														
<b>Özel</b>	-.286	.054	-.151	.317	-.129	.393	<b>-.348(*)</b>	<b>.018</b>	-.115	.447	-.039	.799	-.223	.135
<b>Arkadaş</b>	-.128	.393	-.238	.108	-.212	.152	<b>-.316(*)</b>	<b>.031</b>	<b>-.343(*)</b>	<b>.018</b>	<b>-.433(**)</b>	<b>.002</b>	<b>-.353(*)</b>	<b>.015</b>
<b>Aile</b>	-.262	.075	<b>-.304(*)</b>	<b>.038</b>	-.240	.104	<b>-.414(**)</b>	<b>.004</b>	-.268	.069	-.252	.088	<b>-.358(*)</b>	<b>.013</b>
<b>Toplam</b>	<b>-.332(*)</b>	<b>.023</b>	<b>-.340(*)</b>	<b>.020</b>	<b>-.298(*)</b>	<b>.042</b>	<b>-.518(**)</b>	<b>.000</b>	<b>-.359(*)</b>	<b>.013</b>	<b>-.367(*)</b>	<b>.011</b>	<b>-.459(**)</b>	<b>.001</b>
<b>LSFBÖ</b>														
<b>Kaygı</b>	.277	.054	.223	.123	.240	.097	<b>.435(**)</b>	<b>.002</b>	<b>.365(**)</b>	<b>.010</b>	<b>.403(**)</b>	<b>.004</b>	<b>.437(**)</b>	<b>.002</b>
<b>Kaçınma</b>	.188	.195	.204	.161	.242	.094	<b>.424(**)</b>	<b>.002</b>	<b>.300(*)</b>	<b>.036</b>	<b>.317(*)</b>	<b>.027</b>	<b>.376(**)</b>	<b>.008</b>

\* :  $P < 0.05$ ; \*\* :  $P < 0.01$ , \*\*\* :  $P < 0.001$ .

ÇBASD: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği; LSFBO: Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği

## 5. TARTIŞMA

Kronik bir hastalık olan şizofreni, hastalığın tabiatı, beraberinde gelişen beyin işlev bozukluğu ve uygulanan tedavinin yan etkisine bağlı olarak epizodik veya devamlı şekilde fiziksel, psikolojik ve sosyal problemlere neden olabilir. Hastaların çevresiyle ilişkilerinin bozulması, etkinliklerinin azalması, aile içi rollerini yerine getirmeme, işini aksatma veya kaybetme bu hastalıkta yaşanan başlıca sorunlar arasındadır. Şizofreni hastalarının yaşam kalitesi, genel popülasyondan ve bedensel hastalığı olan kişilerden daha düşük bulunmuştur (9). Ayrıca, şizofreni hastalarının şizoafektif ve/veya duygudurum bozukluğu olan hastalara göre sosyal ilişkilerden daha az doyum sağladıkları bildirilmiştir (71). Yaşam kalitesi kompleks bir kavram olup bir çok faktörden etkilenebilir. Bu çalışmada, şizofreni hastalarının yaşam kalitesi ve yaşam kalitesine etkili olabilecek faktörler araştırılmıştır.

Çalışmamızda kadın ve erkeklerin yaşam kalitesi ve yetitimleri arasında fark bulunmamıştır. Bir çalışma kadınların erkeklere göre sosyal uyumunun daha iyi olduğu, fakat bunun yaşam kalitesinde daha fazla doyuma yol açmadığını belirtmiştir (58). Vandiver (1998), Amerika Birleşik Devletleri, Kanada ve Küba'daki şizofreni hastalarını karşılaştırarak yaptığı çalışmasında Kanadalı kadınların sosyal ilişkilerde ve yaşam kalitesinde daha yüksek skorlama yaptığını, bunun Küba da tam tersi olduğunu ve Amerika Birleşik Devletlerinde ise cinsiyetler arasında fark olmadığını rapor etmiştir (56). Japonya'da ise erkek psikiyatrik hastalarda daha düşük seviyede yaşam tatmini olduğu bildirilmiştir (61). Atkinson ve ark. (57) Kanada'da, Carpinello ve ark. (49) İtalya'da, Roder-Wanner ve ark (58) ise Almanya'da erkek şizofrenik hastaların kadın hastalara göre daha düşük yaşam doyumu hissettikleri kaydedilmiştir.

Çalışmamızda yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma ekonomik durum gibi faktörler ile hastaların yaşam kalitesi arasında bir bağlantı saptanmamıştır. Ülkemizde gerçekleştirilen bir çalışmada benzer şekilde cinsiyet, medeni durum, gelir, meslek grupları, yaş, eğitim yılı ve toplam işsizlik süresinin yaşam kalitesi ile ilişkili olmadığı bildirilmiştir (70). İtalya'da yapılan bir başka çalışmada da yaşam kalitesi yaş, hastalığın başlangıç yaşı, süresi ve cinsiyet gibi sosyodemografik etkenlerden bağımsız bulunmuştur (49).

Sosyodemografik değişkenlerin yaşam kalitesi ile ilişkisi incelendiğinde, literatürde tam bir görüş birliğine varılmadığı görülmektedir: Genel popülasyon üzerine yapılan çalışmalarda cinsiyet ve yaşam kalitesi arasında bir bağlantı kurulamamıştır (98). Lehman ve arkadaşları, psikiyatrik

hastalarda 25 yaşın altındaki erkeklerde ve 36-45 yaş arası erkeklerde, genel olarak, kadın hastalardan daha yüksek derecelerde yaşam tatmini olduğunu göstermiştir (99, 100). Bununla birlikte, eğlence ve sağlık alanlarında bazı yaş sınıflarında erkeklerin, diğer alanlarda ise kadınların yaşamdan daha fazla doyum sağladıkları bulunmuştur.

Yaş ile ilgili olarak, Mercier ve ark. (1998) şiddetli psikiyatrik hastalığa sahip yaşlı hastaların daha az endişe, değişiklik için daha az istek taşıdıklarını ve daha az kişisel projelerinin olduğunu bildirmiştir (65). Bununla beraber, şizofreni hastalarında yaşla birlikte yaşam kalitesinin anlamlı olarak düştüğünü gösteren çalışmalar vardır (50,59,60). Öte yandan diğer çalışmalar, psikiyatrik hastalarda yaş ve yaşam doyumu arasında bir korelasyon olmadığını ortaya koymuştur (57,61). Bizim çalışmamızda yaş ile yaşam kalitesinin herhangi bir alt puanı arasında ilişki bulunmadı.

Yapılan epidemiolojik çalışmalar, genel popülasyonda eğitim seviyesi yüksek gruptaki kişilerde yaşam kalitesinin arttığını göstermiştir (101). Psikiyatrik hastalarda ise bu ilişki henüz tam olarak açığa kavuşmuş değildir. Bazı çalışmalar eğitim seviyesi ve yaşam kalitesi arasında pozitif bir ilişki kaydetmiştir (49,50,56,59,60). Eğitim seviyesi yüksek şizofren hastaların daha iyi psikopatolojik seviyede olduğu (62), sosyal faaliyetlerde daha uyumlu oldukları ve yaşamdan daha fazla doyum aldıkları bildirilmiştir (61). Düşük eğitim seviyesi ve düşük gelirin yaşam kalitesini negatif olarak etkilediği bildirilmiştir (63). Diğer çalışmalarda eğitim seviyesi yüksek hastaların daha düşük yaşam kalitesi kaydettiklerini göstermiştir (44,2). Hastaların çalışma durumu ile ilgili olarak Fabian (1989), çalışan erkeklerin çalışmayan erkeklere göre yaşam kalitelerinden belirgin olarak daha fazla doyum sağladıklarını; aksine çalışan kadınların yaşam kalitelerini çalışmayan kadınlara göre daha düşük algıladıklarını kaydetmiştir (102). Bu araştırmanın sonuçları şizofreni hastalarında eğitim seviyesi veya çalışma durumlarıyla yaşam kalitesi arasında ilişki olmadığını; ancak ekonomik durumunun ve yaşam şartlarının yaşam kalitesi ile bağlantılı olduğunu göstermiştir. Paralel olarak, çalışmaların bir çoğu, kronik psikiyatrik hastalığı olan kişilerde yaşam şartları ile yaşam kalitesi arasında bağlantı olduğunu bildirmiştir (64,65,66,Caron ve ark 1998). Koivumma-Honkanen ve ark (1996), şizofreni hastalarının gelir seviyesi yükseldikçe yaşam kalitelerinin de yükseldiğini rapor etmiştir. Caron ve ark (1998) ilginç olarak, düşük gelirli gruplarda, eğitim seviyesi ve yaşam kalitesi arasında ters ilişki olduğunu bildirmiştir (67). Dolayısıyla (genel olarak eğitilmiş olmak gelir seviyesinin artmasına katkıda bulunmakla birlikte) gelir seviyesi düşük olduğu sürece eğitilmiş olmanın yaşam kalitesini arttırmada temel faktör olmadığı söylenebilir. Bu sonuçlara göre hastaların gelirlerinin tatminkar



olduğu ve yaşam refahları sağlandığı sũrece eğitim durumunun veya çalışma durumunun (ev kadını olmak, çalışmamak gibi) yaşam kalitesi ũzerine etkili faktũrler olmayabileceği ũne sũrũlebilir. Öte yandan, yaşam şartlarının objektif olarak kaydedilmesi (gelir seviyesi) ile hastanın bu şartları subjektif olarak algılaması ũzerine farklı sonuçlar kaydedilmiştir (50,59). şizofreni hastalarının diğer alanlarla kıyaslandığında ekonomik yũnden daha az tatminkar oldukları bildirilmiştir (103).

Çalışmamızda klinik değişkenler incelendiğinde, hastalığın sũresiyle bir bağlantı kurulamazken, hastalığın başlangıç yaşı ile yaşam kalitesinin mesleki rol ve faaliyet alanları ile korelasyon gũsterdiđi saptanmıştır. Bu erken başlangıçlı hastaların hastalığın sũresinden bağımsız olarak yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilediğini gũstermektedir. Erken başlangıçlı hastalık hem beyin gelişimine etkisi hem de eğitim ve diğer sosyal gelişimlere etkisi nedeniyle yaşam kalitesini olumsuz olarak etkileyebilir. Literatũrde yaşam kalitesi ile şizofreninin sũresi (45), tedavisiz kalınan sũre, toplam yatış sũresinin uzunluğu ile negatif ilişki olduğu bildirilmiştir (59).

Çalışmalarda genel olarak depresyon, anksiyete ve negatif belirtilerin varlığı dışındaki klinik değişkenlerin etkisi bulunmamıştır (49,68,70,74). Bugũne kadar yapılan çalışmalarda ortak sonuçlar, şizofrenide yaşam kalitesi ũzerine negatif belirtiler, depresyon ve anksiyetenin olumsuz etkisi olduğu yũnundedir. (49,60,68-70). Yapılan çalışmalara uyumlu olarak, çalışmamız, hastanın depresyon dũzeyi , BPRS puanı ve PANSS negatif puanının da yaşam kalitesi ile negatif yũnde korelasyon gũsteren değişkenler olduğunu ortaya koymuştur.

şizofreni tanısı olan hastalarda yapılan yaşam kalitesi çalışmalarında semptomatoloji ile ilgili olarak en sık saptanan bulgulardan biri de depresyonun negatif ilişkisidir (61,69). Atkinson ve ark (1997) nesnel yaşam standartları daha dũřuk olmasına karşın şizofrenili hastaların majũr depresyon tanısı alan hastalara gũre daha yũksek yaşam kalitesi puanları aldıklarını belirtmişlerdir (57). şizofreni grubu içinde ise depresyon ve anksiyete belirtilerinin varlığının yaşam kalitesini olumsuz yũnde etkilediği saptanmıştır (69). Bir duygulanım bozukluğu olmayan ancak depresyon belirtileri olan hastaların yaşamlarını algılama ve değerlendirmelerinin olumsuz yũnde etkilendiği; depresyonun diğer değişkenlerden bağımsız olarak öznel yaşam kalitesinde olumsuz bir algılamaya yol açtığı belirtilmektedir (68).

Psikiyatrik bozukluluğu olan hastalarda, depresyonun yaşam kalitesine negatif yũnde etkisi çeşitli çalışmalarca ortaya konulmuştur. Lehman (1983) şiddetli psikiyatrik hastalarda depresyon ve yaşam kalitesi arasında negatif bir ilişki kaydederken (44); Koivumma-Honkanen ve ark (1996), depresyonu psikiyatrik hastalarda yaşam doyumunu etkileyen en gũlũ değişken olarak

tanımlamıştır (61). Değişik tanı konulan psikiyatrik hastaların karşılaştırıldığı çalışmalarda depresyonun yaşam kalitesini en fazla etkileyen bozukluk olduğu bildirilmiştir (57,49,104). Bizim çalışmamızda da depresif belirti düzeyi ile kişilerarası ilişkiler, ruhsal bulgular ve toplam yaşam kalitesi arasında negatif ilişki olduğu bulunmuştur. Bu bulgumuz literatür de bildirilen diğer çalışmaların paralelindedir.

Bazı araştırmacılar hem negatif hem de pozitif semptomların yaşam kalitesine etkili faktörler olduğunu bildirmekle beraber (74, 105) birçok çalışmada pozitif belirtiler ile yaşam kalitesi ölçümleri arasında ilişki olmadığı bildirilmektedir (49,71-73). Ho ve ark (1998) tedaviye dirençli şizofreni hastalarında negatif belirtilerin pozitif belirtilere göre yaşam kalitesi üzerine daha fazla etkileri olduğunu bildirmiştir (60). Ayrıca, negatif semptomların şiddeti ile mesleki körelme, başkalarına ekonomik olarak bağımlılık, yakınlarla sosyal ilişkilerin bozulması, aktivitelerden zevk alamama ile pozitif ilişki bildirmiştir (60). Lambert ve arkadaşları (2003), yaşam kalitesinin negatif ve affektif semptomlarla pozitif semptomlardan daha yüksek oranda ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (106). Bazı çalışmalar ise paranoid düşünce ve gerçeği değerlendirme bozukluğu gibi pozitif belirtilerin yaşam kalitesi ile negatif bağlantısı olduğunu göstermiştir.(51,107). Bizim çalışmamızda da PANSS negatif belirtiler, genel psikopatoloji ve toplam puanlarla yaşam kalitesinin bütün alanlarında negatif ilişki bulunmuşken, pozitif semptomlarla yaşam kalitesi arasında ilişki bulunmamıştır.

Klinik değişkenlerden hastalığın ve hastanede yatış süresinin uzunluğu, tardiv diskinezi ve ilaç yan etkilerinin varlığının şizofrenide yaşam kalitesinde bozulmayla ilişkisi bildirilmiştir (59,75). Klasik antipsikotiklerin kullanımında, ekstrapiramidal semptomlar, özellikle akut dönemde görülmektedir. Özellikle akatizi ve parkinsonizm olumsuz yaşam kalitesi ve subjektif iyilik ile ilişkilendirilmiştir (108). Ekstrapiramidal semptomlar dışında kilo alma, sedasyon ve cinsel disfonksiyon gibi yan etkilerde düşük yaşam kalitesi ve subjektif iyilik ile ilişkilendirilmiştir (108). Bu çalışmada ilaç yan etkisi ile yaşam kalitesi arasında ilişki bulunmadı. Ancak çalışmamızda hastaların tamamına yakını atipik antipsikotik kullanması ve ekstrapiramidal belirtilerin düşük olması nedeni ile ekstrapiramidal belirtiler ile yaşam kalitesi arasında ilişki konusunda yorum yapmak doğru olmayacaktır.

Bir çok çalışma zayıf içgörünün yaşam kalitesini negatif yönde etkilediğini bildirmiştir (Lysaker 2002; Ristner 2003; Roe 2003). İç görünün azalması hastaların yaşam kalitelerini subjektif olarak bildirimlerindeki yararlılığı sınırlandırmaktadır (51,109, 110). Bu çalışmadan elde edilen bulgular da hastaların içgörü seviyesi ile yaşam kalitesinin bağlantılı olduğu yönündedir. Ayrıca,

çalışmamızda, içgörü ile yaşama kalitesinin kişilerarası ilişkiler, ruhsal bulgular, kişisel eşya faaliyet, ve toplam yaşam kalitesi puanları arasında pozitif ilişki bulunmuştur. Bu bulguda hastaların içgörüsünün yaşam kalitesini etkilediğini göstermektedir. İçgörü tedaviye uyumun en önemli belirleyicisidir. Tedaviye uyumun etkilenmesi yaşam kalitesi ile içgörünün ilişkisinin oluşmasında belirleyici olabilir.

Hastaların depresyon seviyesinin artmasının günlük yaşamsal faaliyetlerini ve insan ilişkilerini etkilemesi beklenen bir bulgudur. Paralel olarak, çalışmamızda hastaların depresyon seviyesi arttıkça, hareket etme/bir yerden bir yere gitme alanı dışındaki tüm alanlarda yetiyitiminin arttığı gözlenmiştir. Benzer olarak, şizofreni hastalarında yetiyitimi skorları ile depresif semptomların şiddeti arasında güçlü bir bağlantı kaydedilmiştir (111,112). Bununla birlikte, Patterson ve arkadaşları (2001) yetiyitiminin negatif semptomların şiddetiyle bağlantı olduğunu ancak depresif semptomlarla bağlantılı olmadığını bildirmiştir (113). Ayrıca, Siegel ve ark. (2006) semptomlar, cinsiyet, eğitim ve hastalık süresinin şizofreni hastalarında fonksiyonel kapasiteyi etkileyen faktörler olduğunu belirtmiştir (114).

Sosyal anksiyete, şizofreni hastalarında sık karşılaşılan bir komorbiditedir (115,116). Şizofreni hastaları ve sosyal anksiyete bozukluğu olan hastaların karşılaştırıldığı bir çalışmada, komorbid sosyal anksiyetesi olan şizofreni hastalarında Liebowitz Sosyal Anksiyete skorlarının, sosyal anksiyete bozukluğu bulunan hastalarla benzer düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Bununla birlikte, sosyal anksiyete bozukluğu bulunan şizofreni hastalarında sosyal uyum ve yaşam kalitesinin daha düşük derecelerde olduğu görülmüştür (115). Sosyal anksiyete semptomlarının yaşam kalitesiyle negatif yönde ilişkili olduğu (116) ve şiddetli yetiyitimi ile birlikte seyrettiği (115) kaydedilmiştir. Çalışmamızda Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği kaygı ve kaçınma puanları ile yetiyitimi insan ilişkileri, yaşam faaliyetleri ve toplumsal yaşama katılım alanlarıyla ve toplam yetiyitimi arasında güçlü bir ilişki saptanmıştır. Ayrıca, Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği kaygı ve kaçınma puanları ile yaşam kalitesi kişilerarası ilişkiler altölçeği arasında anlamlı bir negatif korelasyon görülmüştür. Bu bulgular, hastaların yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde sosyal anksiyetelerinin de hedeflenmesi gerektiğini göstermektedir.

Şizofrenili hastalarda aile ortamı psikopatoloji şiddeti bakımından dikkate alınması gereken bir faktördür. Aile ortamındaki ilişkiler ve duygu dışavurumunun şizofreni hastalarında relaps ve yeniden hastaneye yatış açısından önem taşıyabileceği düşünülmektedir. Yüksek duygu dışavurumunun şizofrenide hastalık alevlenmesine yol açtığı hipotezi geniş ölçüde kabul görmüştür. Hastalığın semptomlarının şiddeti ile yüksek duygu dışavurumu) arasında bağlantı

bildirilmiştir. Aile içi çatışmalar hastalığın seyrine olumsuz etki yapmaktadır. Bu çatışmaya yapılacak müdahaleler hastalığın daha iyi seyir göstermesini sağlayacak ve hastanın yaşam kalitesini arttıracaktır (117). Çalışmamızda duygu dışavurumu ile yaşam kalitesi puanları arasında ilişki bulunamamıştır.

Caron ve arkadaşları (2005), sosyal desteğin iki komponentinin (ataçman ve hastanın değerli olduğuna ikna etmek) şizofreni hastalarında yaşam kalitesini belirleyen faktörler olduğunu ve hayatın günlük zorluklarının şiddeti, başa çıkma stratejileri, eğitim seviyesi ve hastanede geçen sürenin yaşam kalitesine etkili olan diğer faktörler arasında olduğunu bildirmiştir (77). Yaşam kalitesini artıran etkenlerden biri de psikososyal etkenler ve sosyal destektir. Bu nedenle ilaç tedavileri dışındaki rehabilitasyon yöntemleri de tedavi kapsamına dahil edilmelidir. Bizim çalışmamızda da hastanın algıladığı sosyal destek toplam puanı ile yaşam kalitesinin bütün alt alanları ile, çok boyutlu algılanan sosyal destek arkadaş ve aile alt ölçek puanı kişilerarası ilişkiler, ruhsal bulgular, kişisel eşya faaliyet, ve toplam yaşam kalitesi ile, çok boyutlu algılanan sosyal destek özel alt puanı yaşam kalitesi kişilerarası ilişkiler, mesleki rol, ruhsal bulgular ve toplam yaşam kalitesi puanları ile pozitif korele bulunmuştur.

Çalışmamıza katılan hastalar sosyal desteği en fazla ailelerinden aldıklarını kaydetmişlerdir. Arkadaş ve özel bir insan tarafından sağlanan desteğin de yaşam kalitesiyle anlamlı bir ilişkisi olmakla birlikte aile tarafından sağlanan desteğin yaşam kalitesiyle daha güçlü bir ilişkisi olduğu görülmüştür. Yetiyitimi ile bağlantılı olarak da aile desteği ve arkadaş desteğinin yetiyitimi ile ters yönde ilişkisi saptanmıştır. Yapılan çalışmalar şizofreni hastalarının hayat kalitesi ve sosyal işlevselliği üzerinde aile yaşantısının etkisini ortaya koymuş ve aktif aile desteğinin önemini vurgulamıştır (118). Ülkemizde yapılan bir çalışma da şizofreni hastalarının sosyal işlevsellikleriyle aile ilişkilerinin etkileşim içinde olduğunu ve aile içindeki iletişim sorunlarının hastaların sosyal işlevselliğinin pek çok alanıyla ilişkili olduğunu göstermiştir (119). Hastaların ailelerinin (ve hasta için özel kişi veya arkadaşlarının) katıldığı eğitim ve rehabilitasyon programlarının şizofreni tedavisinde yararlı olduğunu gösterilmiştir. (120). Bu sonuçlar uygulanan psikososyal tedavi girişimlerinin hastalar kadar ailelere de uygulanması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Yetiyitimi bedensel ve ruhsal hastalıklara bağlı olarak, kişinin kendine bakım, sosyal ilişkiler gibi temel yaşamsal faaliyetlerinin ve işlevselliğinin ve toplum içinde bağımsız ve efektif olarak fonksiyon görmesinin aksamaması halidir (121). Sosyal işlev düzeyinde bozulma şizofreni tanı ölçütleri arasında yer almakta ve hastalığın gidişi açısından oldukça önem taşımaktadır. Sağlıklı

kişilerden oluşan kontrol grubuyla karşılaştırmalı yapılan çalışmalarda şizofreni hastalarında sosyal faaliyetlerin tüm alanlarında kaydadeğer derecelerde yetiyitimi saptanmıştır (111,113,122,123). De Jong ve arkadaşları (1986), şizofrenide yetiyitiminin öncelikle toplumsal ve mesleki rollerde, sosyal ilişkilerde başladığını, daha ileri evrede kişinin kendine bakımının etkilendiğini vurgulamıştır (124). Uluğ ve arkadaşları (2001) ise şizofreni hastaları ve kontrol grubu arasında farklılığın en belirgin olduğu alanların yaşam faaliyetleri, toplumsal yaşama katılım, anlama ve iletişim kurma, insan ilişkileri olduğunu bulmuş, kendine bakım alanında ise yetiyitiminin kontrol grubuna göre daha az farklılık kaydetmiştir (89). Yukarı bahsedilen çalışmalarla uyumlu olarak çalışmamızın sonuçları yetiyitiminin sırasıyla en fazla yaşam faaliyetleri, toplumsal yaşama katılım, anlama iletişim kurma ve insan ilişkileri alanlarında olduğu; en az olarak ise kendine bakım ve hareket etme, bir yerden bir yere gitme alanlarında görüldüğünü ortaya koymuştur. Bu sonuçlar yetiyitiminin yüksek seviyedeki rollerden düşük seviyedeki rollere doğru giden hiyerarşik bir yol izlediği görüşünü desteklemektedir (125).

Çalışmamızda, genel olarak, yetiyitiminin tüm alanları ile yaşam kalitesinin tüm alanları arasında güçlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Şizofreni hastalarında işlevsellik düzeyinin yaşam kalitesine etkili faktörlerden olduğu rapor edilmiştir (Norman ve ark 2000; Awad 2000). Benzer olarak Patterson ve arkadaşları (2001) ve McKibbin ve arkadaşları (2004) şizofreni hastalarında yetiyitimi, günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesi arasında güçlü bir bağlantı olduğunu bildirmiştir (111,113).

Çalışmamızın sonuçları yetiyitiminin genel olarak sosyodemografik değişkenlerle bağlantılı olmadığını ancak hastalığın semptomlarıyla, ÇBASD ve sosyal anksiyete ile bağlantılı olduğunu ortaya koymuştur. Ülkemizde gerçekleştirilen bir başka çalışmada yetiyitiminin demografik değişkenlerle ilişkisi olmamakla birlikte hastalık semptomlarının şiddeti arttıkça yetiyitiminin de arttığı bildirilmiştir (126,89). Hastalığın semptomlarıyla yetiyitimi arasındaki korelasyon, uygulanan tedavinin hastalığın semptomlarını düzeltmenin yanında hastaların yaşadığı yetiyitimi de azaltacağını işaret edebilir.

Çalışmamızda pozitif semptomların “toplumsal alana katılım” alanı dışındaki alanlarda yetiyitimi ile bir bağlantısı olmadığı, negatif semptomların ise “anlama iletişim kurma”, ”hareket etme/bir yerden bir yere gitme”, ”insan ilişkileri” alanlarıyla toplam yetiyitimi ile bağlantılı olduğu; genel psikopatolojinin ise ”kendine bakım” dışında tüm alanlarla pozitif yönde korele olduğu görülmüştür. Negatif semptomlar ve genel psikopatolojinin yanında pozitif semptomların da yetiyitimi ile bağlantılı olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (113, 126-129). Bununla birlikte

pozitif semptomların şizofrenide hastanın gelecekteki yeti performansı çok fazla etkilemediği (129), öte yandan negatif semptomların hastaların fonksiyonlarının gidişatının değerlendirilmesinde etkili olduğu bildirilmiştir (113,127,130). Ayrıca, defisit şizofreni olarak alt sınıfa ayrılan şizofreni tipinde prognozu kötü, tedaviye dirençli ve negatif semptomları olan hastalarda yetiyitiminin daha fazla yaşandığı bildirilmiştir (131).

Hastanın yaşam kalitesinin iyileştirilmesi kavramı hastanın kendisi tarafından algılanan bir durum olduğu için, yaşam niteliğinin değerlendirilmesinde yararlanılan en önemli ölçütler subjektif göstergelerdir. Buna karşın, şizofreni hastalarının yaşam niteliklerini kendi kendilerine değerlendirip değerlendiremeyecekleri konusu oldukça tartışmalıdır. Uzun yıllar, şizofreni hastalarının kendi yaşam kalitelerini doğru olarak belirleyemeyecekleri düşünülmüştür. Özellikle akut durumlarda, hastaların psikotik semptomları, azalmış içgörü seviyeleri, düşünce ve algılama bozuklukları, bilgi işleme kapasitelerinin düşmesi yaşam kalitesi algılamasını etkileyebileceği belirtilmiştir (132). Bundan dolayı, bu hasta popülasyonunda yaşam kalitesi ve subjektif iyilik hali araştırmalarına kuşkuyla yaklaşılmıştır. Remisyondaki stabil hastalar genel olarak güvenilir yaşam kalitesi bilgisi verebilmekle birlikte şiddetli halüsinasyonları olan, dezorganize, bilişsel defisiti olan veya içgörüsü zayıf hastaların kendi yaşam kalitesini veya subjektif iyilik halini değerlendirip değerlendiremeyeceği tam olarak açığa kavuşmamıştır. Bununla birlikte yapılan çalışmalar hastaların genel olarak kendi iyilik halini algılayıp muhakeme edebileceğini göstermiştir (133).

## 6. SONUÇLAR

Çalışmamızda elde edilen sonuçlar özetlendiğinde;

1. Yaşam kalitesi puanlarının kadın ve erkekler arasında farklı olmadığı bulundu.
2. Yetiyitimi puanlarının kadın ve erkekler arasında farklı olmadığı bulundu.
3. Yaşam kalitesi ve sosyodemografik değişkenler incelendiğinde, hastaların ekonomik durumu, hastalık başlangıç yaşı ve sosyal destek dışındaki değişkenler ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamadı.
4. Hastaların klinik özellikleri ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde, yaşam kalitesinin, temel olarak, şizofrenide belirti düzeyi, negatif semptomları ve depresyon düzeyi ile ilişkili olduğu gösterildi. Bununla beraber, diğer klinik değişkenler (hastalık süresi, tedavi şekli, ilaç yan etkileri gibi) ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamadı.
5. Şizofreni hastalarında içgörü ile yaşam kalitesinin pozitif olarak ilişkili olduğu görüldü.
6. Sosyal desteğin hastaların yaşam kalitesinde önemli bir yeri olduğu görülmektedir. Yaşam kalitesinin çok boyutlu algılanan sosyal destek ile pozitif; sosyal fobi ile ise negatif yönde korele olduğu görüldü. Ayrıca, hastaların yaşam kalitesinin çok boyutlu algılanan sosyal destek ile pozitif yönde bağlantı olduğu kaydedildi. Bununla birlikte duygu dışavurumu ile yaşam kalitesinin hiçbir alanı arasında bağlantı bulunamadı.
7. Sosyal anksiyetenin yaşam kalitesinin kişilerarası ilişkiler puanı ile negatif olarak ilişkili olduğu bulundu.
8. Yetiyitimi puanlarının BPRS, PANNS ve CŞDÖ puanları ile pozitif korele olduğu görüldü.
9. Yetiyitimi ile yaşam kalitesi puanlarının tamamına yakınının negatif ilişkili olduğu görüldü

Bu sonuçlar, yaşam kalitesi kavramının karmaşık yapısını vurgulamaktadır. Bu hastalarda yaşam kalitesinin saptanması, hastaların topluma kazandırılması ve sürdürülmekte olan tedavi sonuçlarının değerlendirilebilmesine olanak tanıyabilir. Bu araştırmanın bulguları klinik faktörler yanında psikososyal faktörlerin de yaşam kalitesi üzerindeki önemini vurgulamaktadır. Şizofreni hastalarının yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesinde bu faktörlerin tedavi planında yer alması yararlı olabilir.

## 7. ÖZET

**Giriş ve amaç:** Şizofrenisi hastaları, günlük yaşam aktivitelerinde, motivasyonlarında, iletişim becerilerinde, üretkenlik, uyum gibi alanlarda sorunlar yaşamaktadırlar. Bu ve benzeri durumlar yaşam kalitesi kavramı ile ilişkili olup, bu hastalarda yaşam kalitesinin saptanması hastaların topluma kazandırılmasına ve sürdürülmekte olan tedavi sonuçlarının değerlendirilebilmesine olanak tanıyabilir. Bu araştırmanın amacı, şizofreni hastalarında yaşam niteliğinin saptanması ve sosyodemografik, klinik, yetiyitimi, hastalığa karşı içgörü, sosyal fobi ve sosyal destek gibi parametrelerin yaşam niteliği üzerine olan etkilerinin belirlenmesidir.

**Yöntem:** DSM IV tanı kriterlerine göre şizofreni tanısı konulan şizofreni hastaları (n= 50) çalışmaya dahil edildi. Çeşitli ölçekler kullanılarak subjektif ve objektif değerlendirmeler yapıldı. Hastaların yaşam nitelikleri, Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeğiyle değerlendirildi. Hastaların sosyodemografik özellikleri kaydedildi. Hastalığın kliniği ile ilgili bilgiler belirlendi. Ruhsal durum (Kısa Psikiyatrik Derecelendirme Ölçeği ile), pozitif ve negatif semptomlar (Pozitif Negatif Semptom Ölçeği ile), depresyon (Şizofrenide Depresyon İçin Calgary Ölçeği ile), tedavinin yan etkileri (UKU Yan Etki Değerlendirme Ölçeği ve Barnes Akatizi Ölçeği ile) incelendi. Ayrıca, yetiyitimi (Dünya Sağlık Örgütü Yetiyitimi Çizelgesi ile), hastalığa karşı içgörü (İçgörü Değerlendirme Ölçeği ile); eşlik eden sosyal kaygı (Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği ile), sosyal destek (Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği) ve dışavurulan duygulanım (Dışavurulan Duygulanım Ölçeği ile) kaydedildi. Sayılan parametrelerin yaşam kalitesi ile ilişkisi araştırıldı. Veriler sıklık, yüzde, ortalama ve standart sapma olarak ifade edildi.

**Bulgular:** Yaşam kalitesi Kişiler arası ilişkiler alanında  $17.7\pm 8.1$ ; mesleki rol alanında  $8.7\pm 4.4$ ; ruhsal bulgular alanında  $20.0 \pm 6.5$ , kişisel eşya/faaliyet alanında  $5.8\pm 2.1$  olmak üzere hastaların yaşam kalitesi toplam ortalaması  $52.2\pm 18.1$  olarak bulundu. Yaşam kalitesi açısından kadın ve erkekler arasında fark yoktu. Sosyodemografik değişkenlerden sadece hastaların ekonomik durumu, ve sosyal desteğin yaşam kalitesiyle ilişkili olduğu saptandı. Klinik değişkenlerden kısa psikiyatrik derecelendirme ve hastaların depresyon düzeyleri ve PANSS ile yaşam kalitesi arasında negatif ilişki tespit edilmiştir. Bununla beraber, diğer klinik değişkenler (hastalık süresi, tedavi şekli, ilaç yan etkileri gibi) ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı. Hastaların içgörü düzeyleri ile yaşam kalitesi arasında pozitif korelasyon mevcuttu. Yaşam kalitesinin çok boyutlu algılanan sosyal desteğin tüm alanları ile pozitif bağlantısı varken, aile duygu dışavurumu ile anlamlı bir ilişki mevcut değildi. Hastaların sosyal fobi düzeyleri ile



yaşam kalitesinin sadece kişiler arası ilişkiler alanı arasında bir bağlantı bulundu. Yetiyitimi puanları ile yaşam kalitesinin tüm alanları arasında ters yönde oldukça anlamlı bir ilişki görüldü.

**Sonuçlar:** Bu çalışmanın sonuçları, hastaların ruhsal durumu, yetiyitimi ve sosyal destek düzeyinin şizofreni hastalarının yaşam kalitesinde etkili faktörler olduğunu göstermektedir. Şizofreni hastalarının yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesinde, bu faktörlerin tedavi planında göz önüne alınması yararlı olabilir.

## 8. SUMMARY

**Introduction and aim:** Schizophrenia patients have problems in their daily activities, motivations, communication skills and fields like productivity and adaptation. These conditions are related to the concept of quality of life which can enable to determine the quality of life in these patients, adjustment of patients to community and assessment of treatment outcome. The aim of this study is to determine the quality of life in schizophrenia patients and to assess the effect of parameters such as sociodemographic, clinical, disability, insight, social phobia and social support on the quality of life.

**Method:** Schizophrenia patients, diagnosed according to DSM IV criteria (n= 50), were included in this study. Subjective and objective assessments were conducted by various measurements: Quality of life of patients was determined using Quality of Life Scale for Schizophrenia Patients. Sociodemographic variables were recorded. Clinical data of patients were also assessed. Psychiatric condition (by Brief Psychiatric Rating Scale); positive and negative symptoms (by Positive Negative Syndrome Scale); depression (by Calgary Depression Scale in Schizophrenia); side effects of medication (by UKU Side Effect Rating Scale and Barnes Akathisia Scale) were investigated. In addition, the level of disability (World Health Organization Disability Assessment Scale); insight to disease (by Insight Assessment Scale); social phobia (by Liebowitz Social Phobia Signs Scale); social support (by Multiple Dimension Perceived Social Support Scale) and expressed emotion (by Level of Expressed Emotion Scale) was recorded. The relationship between the above-mentioned parameters and quality of life was examined. Data were presented as frequency, percentage, mean and standard deviation.

**Results:** In interpersonal relations  $17.7\pm 8.1$ ; instrumental role functioning  $8.7\pm 4.4$ ; intrapsychic foundations  $20.0 \pm 6.5$ ; common objects and activities  $5.8\pm 2.1$  and total quality of life of patients were found as  $52.2\pm 18.1$ . There was no difference in quality of life between male and female patients. Among sociodemographic variables, only economical status and social support were related to quality of life. Among the clinical variables, brief psychiatric rating, depression level of patients and PANSS were negatively correlated with quality of life. However, no significant relation between other clinical variables (such as the length of the disease, type of treatment and side effects of medication) and quality of life was found. There was a positive correlation between insight level of patients and quality of life. While quality of life was positively correlated with all the fields of multiple dimension perceived social support, there was no relation with expressed

emotion. Social phobia levels of patients were found to be only related with the interpersonal relations of quality of life. A strong negative relation was observed between all the fields of disability and quality of life.

**Conclusions:** The results of this study show that the level of psychiatric state, disability and social support are the factors that affect quality of life in schizophrenia patients. Taking these factors into account in the treatment plan may be beneficial in the assessment of and increasing the quality of life of schizophrenia patients.

## 8. KAYNAKLAR

- 1) K roğlu E, G le C (Ed). Psikiyatri temel kitabı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- 2) Bobes J, Gonzales MP: Quality of Life in schizophrenia. In: Katsching H, Freeman H, Sartorius N (eds). Quality of Life in Mental Disorders. West Sussex, John Wiley&Sons 1997:165-178.
- 3) Falloon IR (1992) Psychotherapy of schizophrenia. Br J Hosp Med, 48:164-170.
- 4) Sevinok L. Şizofrenide psikososyal tedaviler. Şizofreni Dizisi 2000;1:72-80
- 5) Gunatilake S, Ananth J, Parameswaran S, Brown S, Silva W.Rehabilitation of schizophrenic patients. Curr Pharm Des. 2004;10:2277-88.
- 6) Yıldız M. Şizofrenide Psikososyal Beceri Eğitiminde İerik ve Etkinlikler. Klinik Psikiyatri 2001;4:119-123
- 7) Fidaner H, Elbi H, Fidaner C, ve ark: Yaşam kalitesinin  l lmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF. 3P Dergisi 1999;7(Ek 2):3-66.
- 8) Bullinger M, Hasford J. Evaluating quality of life measures for clinical trials in Germany. Control Clin Trials 1991;12:91S-105S.
- 9) Katschnig H (2000) Schizophrenia and quality of life. Acta Psychiatr Scand, 102(Suppl 407):33-37.
- 10) Ceylan ME, etin M. Araştırma ve uygulamada biyolojik psikiyatri (1. cilt). 3. baskı, Yerküre Tanıtım ve Yayıncılık Hizmetleri AŐ, İstanbul, 2005.
- 11) Sadock BJ, Sadock VA. (eviri Editörleri, Aydın H, Bozkurt A). Kaplan Sadock, Klinik Psikiyatri. 2. baskı. GüneŐ Kitabevi Ltd Őti, Ankara, 2005.
- 12) Kırpınar İ. Şizofrenide Prodromal Belirtiler Şizofreni dizisi 1998;2:41-45
- 13) Nasrallah HA, Smeltzer DJ (eviri editörleri: Alptekin K), Şizofreni güncel tanı ve tedavi kitabı. 1. baskı, AstraZeneca, 2005.
- 14) Öztürk O. Ruh sağlığı ve bozuklukları, Ankara, 2004.
- 15) Crow TJ. Molecular pathology of scizophrenia: more than one disease process? Br Med J 1980;280:66-68.
- 16) Crow TJ. The two syndrome-concept: origins and current status. Scizophr Bull 1985;11:471-486.

- 17) Andreasen NC. Negative v positive scizophrenia. Definition and validation. Arch Gen Psychiatry 1982;39:789-794.
- 18) Carpenter WT, Heinrichs DW, Wagman AMI. Deficit and nondeficit forms of scizophrenia: The concept. Am J Psychiatry 1988;145:578-583.
- 19) Warner R, Girolamo G. Epidemiology of mental disorders and psychosocial problems: shizophrenia. Geneva, WHO, 1995.
- 20) Jablensky A. The 100 year epidemiology of-Schizophrenia. Schizophrenia Research, 1997;28: 111-125
- 21) Arıhan G. Şizofreni Epidemiyolojisi Şizofreni Dizisi 1998;2:64-74.
- 22) Castle DJ, Murray RM, (1993) The epidemiology of late onset Schizophrenia. Schizophr Bull, 19: 691-700.
- 23) Doğan O ve ark. (1995) Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi. Sivas Dilek Matbaası.
- 24) Stahl SM. psikofarmakolojinin temelleri. Çeviri editörleri: Taneli B, Taneli Ş. Yelkovan, İstanbul, 2003.
- 25) Jones P, Cannon M (1998) The new epidemiology of schizophrenia. Psych Clinics North Am, 21 (1): 1-25
- 26) Ateş İ, Abay E. Şizofreninin Genetiği Klinik Psikiyatri 2001;4:53-59
- 27) Harvey CA, Panelis C, Taylor J ve ark. (1996) The Camden schizophrenia surveys II. High prevalance of schizophrenia in an inner London borough and its relation ship to sociodemographic factors. Br J Psychiatry, 168: 418-426.
- 28) Helzer SE (1989) Schizophrenia: Epidemiology Psychiatry. R Michels (ed), 1. cilt, Philadelphia, SB Lippincott Company, 54: 1-17.
- 29) Cannon TD, Medrick SA, Parnas J ve ark. (1993) Developmental brain abnormalities in the offspring of schizophrenic mothers. Contributions of genetic and enviromental factors. Arch Gen Psychiatry, 30:551-564.
- 30) Jones P, Cannon M (1998) The new epidemiology of schizophrenia. Psych Clinics North Am, 21 (1): 1-25.
- 31) Yüksel N. Psikofarmakoloji. 2003

- 32) Fish B (1992) Infants at risk for schizophrenia: Sequelse of a genetic neurointergative defect. Arch Gen Psychiatry, 49:221-235
- 33) Marcus J, Hans SL, Auerbach JG ve ark. (1993) Children at risk for schizophrenic. The Jerusalem infant development study. Arch Gen Psychiatry, 50:798-809.
- 34) Shelton RC, Weinberger DR. X-ray computerized tomography studies in schizophrenia: a review and synthesis. Handbook of Schizophrenia, Cilt 1, HA Nasrallah, DR Weinberger (Ed), Amsterdam, Elsevier, 1986, s:207-250.
- 35) Weinberger DR, Aloia MS, Goldberg TE ve ark. The frontal lobes and schizophrenia. J Neuropsychi Clin Neurosci 1994;6:419-427
- 36) Kahraman T. Şizofrenide Klinik Nörofizyoloji, Şizofreni dizisi 1999;3:102-107
- 37) Önder E, Küçükada K. Şizofreni ve Dopamin. Şizofreni Dizisi 1999;2:45-57
- 38) Rezaki M. Şizofreni Nörobiyolojisine kısa bir bakış. Klinik Psikiyatri 1998;1:31-34
- 39) Campbell A, Converse PE, Rogers WL. The Quality of American Life. Russell Sage Foundation. New York, 1976
- 40) Awad AG, Voruganti LNP, Heslegrave RJ. A conceptual model of quality of life in schizophrenia: Description and preliminary clinical validation. Qual Life Res 1997;6:21-26.
- 41) Top MŞ, Özden SY, Sevim ME. Psikiyatride Yaşam Kalitesi. Düşünen Adam; 2003, 16(1): 18-23
- 42) Albrecht GL, Fitzpatrick R (1994) A sociological perspective on health-related qulaity of life research, Advanced in Medical Sociology, Quality of life in health care. GL Albrecht, R Fitzpatrick (Ed), London, UK, Greenwich CT, Jai Press, .121.
- 43) Malm U, May PR, Dencker SJ. Evaluation of the quality of life of the schizophrenic outpatient: a checklist. Schizophr Bull 1981; 7: 477-487.
- 44) Lehman A.F. The effects of psychiatric symptoms on quality of life assessments among the chronic mentally ill. Eval Prog Plann 1983;6:143-151.
- 45) Katschnig H (1999) How useful is the concept of quality of life in psychiatry. Quality of Life in Mental Disorders, H Katschnig, H Freeman, N Sartorius (Ed), England, John Wiley&Sons, .3-16.

- 46) Meltzer HY, Bond DD (1994) Quality of life in schizophrenia: Importance for psychopharmacology research and practise. *News Quality of life Letter*, 9:9-10
- 47) Bigelow DA, McFarland BH, Olson MM (1991) Quality of life community mental health program clients: Validating a measure. *Community Ment Health J*, 27:43-55.
- 48) Lehman AF, Ward NC, Linn LS Chronic mental patients: The quality of life issue. *Am J Psychiatry* 1982;139:1271-1276.
- 49) Carpiniello B, Lai GL, Pariante CM, Carta MG, Rudas N. Symptoms, standards of living and subjective quality of life: a comparative study of schizophrenic and depressed out-patients. *Acta Psychiatr Scand*. 1997;96:235-41.
- 50) Skantze K, Malm U, Dencker SJ, May PR, Corrigan P. Comparison of quality of life with standard of living in schizophrenic out-patients. *Br J Psychiatry*. 1992;161:797-801.
- 51) Ritsner M, Kurs R. Quality of life outcomes in mental illness: schizophrenia, mood and anxiety disorders. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res* 2003;3:89-99.
- 52) Angermeyer MC, Holzinger A, Kilian R, Matschinger H. Quality of life--as defined by schizophrenic patients and psychiatrists. *Int J Soc Psychiatry*. 2001;47:34-42.
- 53) Heinrichs DW, Hanlon TE, Carpenter WT. The quality of life scale: an instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophr Bull* 1984;10:388-398.
- 54) The WHOQOL Group (1994) The development of World Health Organization Quality of Life Assessment: International perspectives J Orley & WKuyken, Springer Verlag ,Heidelberg s.41-61
- 55) Grennley JR, Greenberg JS, Brown R. Measuring quality of life :A new practical survey instrument. *Soc Work* 1997;42:244-254.
- 56) Vandiver VL, Quality of life, gender and schizophrenia: a cross-national survey in Canada, Cuba and USA. *Community Mental Health Journal* 1998;34:501-522.
- 57) Atkinson M, Zibin S, Chuang H. Characterizing quality of life among patients with chronic mental illness: a critical examination of self-report methodology. *American Journal of Psychiatry* 1997;154:99-105.

- 58) Röder-Wanner UU, Oliver JPJ, Priebe S. Does quality of life differ in schizophrenic women and men? an empirical study. *International Journal of Social Psychiatry* 1997;43:129-143.
- 59) Browne S, Roe M, Lane A, Gervin M, Morris M, Kinsella A. Quality of life in schizophrenia: relationship to sociodemographic factors, symptomatology and tardive dyskinesia. *Acta Psychiatr Scand* 1996;94:118-124.
- 60) Ho BC, Nopoulos P, Flaum M, Arndt S, Andreasen NC. Two-year outcome in first-episode schizophrenia: predictive value of symptoms for quality of life. *Am J Psychiatry*. 1998;155:1196-201.
- 61) Koivumma-Honkanen HT, Viinamäki H, Honkanen R, Transkanen A, Antikainen R, Niskanen L, Jääskeläinen J, Lehtonen J. Correlates of life satisfaction among psychiatric patients. *Acta Psychiatr Scand* 1996;94:372-378.
- 62) Huber G, Gross G, Schuttler R. A long-term follow-up study of schizophrenia: psychiatric course of illness and prognosis. *Acta Psychiatr Scand* 1975; 52:49-57.
- 63) Cardoso Ci, Caiaffa WT, Bandeira M, Siqueira AL; Abreu MN, Fonseca JO Factors associated with low quality of life in schizophrenia. *Cad. Saúde Pública* 2005;21:1338-1340.
- 64) Lehman AF, Slaughter JG, Myers CP. Quality of life in alternative residential settings. *Psychiatric Quarterly* 1991;62:35-49.
- 65) Mercier C, Péladeau N, Tempier R. Age, gender and quality of life in schizophrenia. *Community Mental Health Journal* 1998;34:487-500.
- 66) Simpson CJ, Hyde CE, Faragher EB. The chronically mentally ill in the community facilities. A study of quality life. *British Journal of Psychiatry* 1989;154:77-82.
- 67) Caron J, Tempier R, Mercier C, Leouffre P. Components of social support and quality of life in long-term psychiatric patients, low-income individuals and the general population. *Community Mental Health Journal* 1998;34:459-475.
- 68) Huppert JD, Weiss KA, Lim R, Pratt S, Smith TE. Quality of life in schizophrenia: Contributions of anxiety and depression. *Schizophr Res* 2001;1:171-180.



- 69) Fitzgerald PB, Williams CL, Corteling N, Folia SL, Brewer K, Adams A, de Castella AR, Rolfe T, Davey P, Kulkarni J. Subject and observer-rated quality of life in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand.* 2001;103:387-92.
- 70) Örsel S, Akdemir A, Özel S. Şizofrenide yaşam kalitesi: Depresyon, anksiyete ve negatif belirtilerin etkileri. *3P Dergisi* 2003;11:25-34.
- 71) Ritsner M, Modai I, Endicott J, Rivkin O, Nechamkin Y, Barak P, Goldin V, Ponizovsky A. Differences in quality of life domains and psychopathologic and psychosocial factors in psychiatric patients. *J Clin Psychiatry.* 2000;61:880-889.
- 72) Gaitte L, Vazquez-Barquero JL, Borra C, Ballesteros J, Schene A, Welcher B, Thornicroft G, Becker T, Ruggeri M, Herran A; EPSILON Study Group. Quality of life in patients with schizophrenia in five European countries: the EPSILON study. *Acta Psychiatr Scand.* 2002;105:283-92.
- 73) Green CA, Fenn DS, Moussaoui D, Kadri N, Hoffman WF. Quality of life in treated and never-treated schizophrenic patients. *Acta Psychiatr Scand.* 2001;103:131-42.
- 74) Packer S, Husted J, Cohen S, Tomlinson G. Psychopathology and quality of life in schizophrenia. *J Psychiatry Neurosci* 1997;22:231-4.
- 75) Browne S, Garavan J, Gervin M, Roe M, Larkin C, O'Callaghan E. Quality of life in schizophrenia: insight and subjective response to neuroleptics. *J Nerv Ment Dis.* 1998;186:74-8.
- 76) Ritsner M. Predicting changes in domain-specific quality of life of schizophrenia patients. *J Nerv Ment Dis* 2003;191:287-294.
- 77) Caron J, Lecomte Y, Stip E, Renaud S. Predictors of quality of life in schizophrenia. *Community Ment Health J.* 2005;41:399-417.
- 78) Soygür H, Aybaş M, Hınçal G ve ark. Şizofreni hastaları için yaşam nitelikleri ölçeği: Güvenirlilik ve yapısal geçerlik çalışması. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2000;13:204-210.
- 79) Overall JE, Gorham DR. The brief psychiatric rating scale. *Psychol Rep* 1962;10:799-812.

- 80) Soykan Ç. Institutional differences and case typically related to diagnosis, symptom severity, prognosis and treatment. Uzmanlık tezi. ODTÜ Klinik Psikoloji Bölümü, Ankara,1990.
- 81) Kay SR, Fiszbein A, Opler LA ve ark. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. Schizophr Bull 1987;13:261-276.
- 82) Kostakoğlu (Anıl) AE, Batur S, Tiryaki A ve ark. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinin (PANSS) Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenilirliği. Türk Psikoloji Dergisi 1999;14:23-32.
- 83) Addington D, Addington J, Maticka-Tyndale E. Specificity of the Calgary Depression Scale for schizophrenics. Schizophr Res 1994;11:239-244.
- 84) Aydemir Ö, Esen Danacı A, Deveci A ve ark. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği'nin Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. Nöropsikiyatri Arşivi 2000;37:82-86.
- 85) Lingiarde O,Ahlfors UG,Bech P,Dencker SJ,Elgen K. The UKU Side Effect Rating Scale: a new comprehensive rating scale for psychotropic drugs, and a cross-sectional study of side effects in neuroleptic-treated patients. Acta Psychiatr Scand Suppl 1987;76:1-100.
- 86) Barnes TRE. A rating scale for drug-induced akathisia. Br J Psychiatry 1984;154:672-676.
- 87) World Health Organisation WHO Disability Assessment Schedule-II (WHO-DAS-II ), WHO, Cenevre, 1999.
- 88) World Health Organisation ICIDH-2 (International Classification of Impairments, Activities and Participation), Beta -1 draft for field trials, WHO, Cenevre, 1997.
- 89) Uluğ B, Ertuğrul A, Göğüş A, Kabakçı E. Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesinin (WHO-DAS-II) Şizofreni Hastalarında Geçerlilik ve Güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi 2001;12:121-130.
- 90) David AS. Insight and Psychosis. Br J. Psychiatry 1990;156:798-808.
- 91) Arslan S, Günay Kılıç B, Karakılıç H ve ark. İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği: güvenilirlik ve geçerlik çalışması. Türkiye'de Psikiyatri 2001;3:17-24.
- 92) Cole JD, Kazarian SS. The Level of Expressed Emotion Scale: a new measure of expressed emotion. J Clin Psychol 1988;44:392-397.

- 93) Berksun OE. Dışavurulan duygulanım ölçeği: Ölçek uyarlama üzerine bir pilot çalışma. Türk Psikoloji Dergisi 1993;8:10-15.
- 94) Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. J Pers Assess 1988;52:30-41.
- 95) Eker D, Arkar H, Yıldız H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği'nin gözden geçirilmiş Formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi 2001;12:17-25.
- 96) Liebowitz MR.. Social phobia. Mod Probl Pharmacopsychiatry 1987;22:141-173.
- 97) Dilbaz N. Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği Geçerlilik ve Güvenirliği. 37. Ulusal Psikiyatri Kongresi, İstanbul, 2001.
- 98) Andrews FM, Withey SB. Social Indicators of Well-Being. Plenum Press, New York, 1976.
- 99) Lehman AF, Slaughter JG, Myers CP. Quality of life experiences of the chronically mentally ill. Gender and stages of life effects. Evaluation and Program Planning 1992;15:7-12.
- 100) Lehman A, Rachuba LT, Postrado L. Demographic influences on quality of life among persons with chronic mental illnesses. Evaluation and Program Planning 1995;18:155-164.
- 101) Stephens T, Dulberg C, Joubert N. La santé mentale de la population canadienne. Maladies Chroniques au Canada 2000;20:118-126.
- 102) Fabian ES. Work and the quality of life. Psychosocial Rehabilitation Journal 1989;12:39-49.
- 103) Sullivan G, Wells KB, Leak B. Clinical factors associated with better quality of life in a seriously mentally ill population. Hosp Community Psychiatry 1992; 43:794-798.
- 104) Pukrop R, Shlaack V, Möller-Leinkümle AM, Albus M, Czernick A, Klosterkötter J, Möller HJ. Reliability, and validity of quality of life assessed by short-form 36 and the modular system for quality of life in patients with schizophrenia. Psychiatry Research 2003;119:63-79.
- 105) Norman RM, Malla AK, McLean T, Voruganti LP, Cortese L, McIntosh E, Cheng S, Rickwood A. The relationship of symptoms and level of functioning in schizophrenia to general wellbeing and the Quality of Life Scale. Acta Psychiatr Scand. 2000;102:303-309.

- 106) Lambert TJ, Castle DJ.. Pharmacological approaches to the management of schizophrenia. *Med j Aust* 2003;178:S57-61.
- 107) Cabeza IG, Amador MS, Lopez CA, Gonzalez de ,Chavez M. Subjective response to antipsychotics in schizophrenic patients: clinical implications and related factors. *Schizophr Res* 2000 21;41:349-55.
- 108) Whitworth AB, Fleischacker WW. Adverse effects of antipsychotic drugs. *Int Clin Psychopharmacol* 1995;9 Suppl 5:21-27.
- 109) Lysaker PH, Bryson GJ, Bell MD. Insight and work performance in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis.* 2002;190:142-146.
- 110) Roe D, Kravetz S. Different ways of being aware of a psychiatric disability: a multifunctional narrative approach to insight into mental disorder. *J Nerv Ment Dis.* 2003;191:417-424.
- 111) McKibbin C, Petterson TL, Jeste DV. Assessing disability in older patients with schizophrenia: results from the WHODAS-II. *J Nerv Ment Dis.* 2004;192:405-13.
- 112) Rocca P, Bellino S, Calvarese P, Marchiaro L, Patria L, rasetti R, Bogetto F. Depressive and negative symptoms in schizophrenia: different effects on clinical features. *Compr Psychiatry* 2005;46:304-10.
- 113) Patterson TL, Moscona S, McKibbin CL, Davidson K, Jeste DV. Social skills performance assessment among older patients with schizophrenia *Schizophr Res* 2001: 30;48:351-60.
- 114) Siegel SJ, Irani F, Brensinger CM, Kohler CG, Bilker WB, Ragland JD, Kaner SJ, Gur RC, Gur RE. Prognostic variables at intake and long-term level of function in schizophrenia. *Am J Psychiatry.* 2006;163:433-441.
- 115) Pallanti S, Quercioli L, Hollander E. Social anxiety in outpatients with schizophrenia: a relevant cause of disability. *Am J Psychiatry* 2004;161:53-8.
- 116) Huppert JD, Smith TE. Anxiety and schizophrenia: the interaction of subtypes of anxiety and psychotic symptoms. *CNS Spectr.* 2005;10:721-131.
- 117) Tüzer V, Zincir S, Başterzi AD, Aydemir Ç, Kısa C, Göka E. Şizofreni Hastalarında Aile Ortamı ve Duygu Dışavurumunun Değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri* 2003;6:198-203

- 118) Vuksic-Mihaljevic Z, Mandic N, Barkic J, Laufer D. Schizophrenic disorder and social functioning. *Psychiatry Clin Neurosci*, 1998;52:21-27.
- 119) Danacı AE, Karaca N, Devenci A. Şizofreni Hastalarında Aile İşlevselliği ile Sosyal İşlevsellik Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. *Türkiye’de Psikiyatri* 2005;7:103-108.
- 120) Pitschel-Walz G ,Bauml J,Bender W ,Engel RR,Wagner M,Kissling W. Psychoeducation and compliance in the treatment of schizophrenia: results of the Munich Psychosis Information Project Study. *J Clin Psychiatry*. 2006;67:443-52.
- 121) Druss BG, Marcus SC, Rosenheck RA ve ark. Understanding disability in mental and general health conditions. *Am J Psychiatry* 2000;157:1485-1491.
- 122) Savaşır I, Göğüş A, Öztürk O ve ark. (1987) Assessment of disability in schizophrenia: Turkish findings in a comparative perspective. *Growth and Progress in Cross-cultural Psychology*, Ç. Kağıtçıbaşı (Ed.) Swets & Zeitlinger, B.V. Lisse: 302-308.
- 123) Liberman JP, Corrigan PW. Designing new psychosocial treatments for schizophrenia. *Psychology* 1993;56: 238.
- 124) De Jong A, Giel R, Sloof CJ ve ark. Social disability and outcome in schizophrenic patients. *Br J Psychiatry* 1986;147:631-636.
- 125) Cooper J. The description and classification of social disability by means of a taxonomic hierarchy. *Acta Psychiatr Scand* 1980;62 (Suppl. 285):140–146.
- 126) Ertugrul A, Ulug B. The influence of neurocognitive deficits and symptoms on disability in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2002;105(3):196-201.
- 127) Leisse M, Kallert TW. Social integration and the quality of life of schizophrenic patients in different types of complementary care, *European Psychiatry* 2000;15:450-460.
- 128) Liddle PF. Cognitive impairment in schizophrenia: its impact on social functioning, *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2000;400:11-16 (Suppl).
- 129) Bell M, Bryson G, Greig T, Corcoran C, Wexler BE. Neurocognitive enhancement therapy with work therapy, *Archives of General Psychiatry* 2001;58:763-768.
- 130) Alptekin K, Erkoc S, Gogus AK, Kultur S, Mete L, Ucok A, Yazici KM. Disability in schizophrenia: Clinical correlates and prediction over 1-year follow-up. *Psychiatry Res* 2005;135:103-11.

- 131)** Heiden W, Häfner H. The epidemiology of onset and course of schizophrenia, *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 2000;**250**:292-303.
- 132)** Becker M, Diamond R (1999) New developments in quality of life measurement in schizophrenia. *Quality of Life in Mental Disorders*, H Katschnig, H Freeman, N Sartorius (Ed), England, John Wiley&Sons, s.119-133.
- 133)** Lambert M, Schimmelmann BG, Karow A, Naber D. Subjective well-being and initial dysphoric reaction under antipsychotic drugs - concepts, measurement and clinical relevance. *Pharmacopsychiatry*. 2003;36:S181-90.

## 7. EKLER

### EK 1. ŞİZOFRENİ HASTALARI İÇİN YAŞAM NİTELİĞİ ÖLÇEĞİ

1. Evdeki ilişkiler	0	1	2	3	4	5	6
2. Arkadaşlık ilişkileri	0	1	2	3	4	5	6
3. Tanıdık edinebilme	0	1	2	3	4	5	6
4. Sosyal aktiviteler	0	1	2	3	4	5	6
5. Sosyal bağlar	0	1	2	3	4	5	6
6. Girişkenlik	0	1	2	3	4	5	6
7. Toplumdan uzaklaşma	0	1	2	3	4	5	6
8. Karşı cinsle ilişkiler	0	1	2	3	4	5	6
9. Mesleki role uyum	0	1	2	3	4	5	6
10. Başarı	0	1	2	3	4	5	6
11. Mesleki doyum	0	1	2	3	4	5	6
12. Amaç edinebilme	0	1	2	3	4	5	6
13. Motivasyon	0	1	2	3	4	5	6
14. Çevreye ilgi	0	1	2	3	4	5	6
15. Anhedoni	0	1	2	3	4	5	6
16. Zaman kullanımı	0	1	2	3	4	5	6
17. Kişisel eşyalar	0	1	2	3	4	5	6
18. Günlük faaliyetler	0	1	2	3	4	5	6
19. Eşduyum	0	1	2	3	4	5	6
20. Görüşmeci ile etkileşim	0	1	2	3	4	5	6
I-KIŞILARARASI İLİŞKİLERİ -8							
II- MESLEKİ ROL 9- 12							
III-RUHSAL BULGULAR 13-17, 20-21							
IV-KİŞİSEL EŞYA/FAALİYET 18-19							
TOPLAM							

## EK 2. SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

PROT NO: Dr Tarih:  
Adı Soyadı: Yaş: Cinsiyet:  
Adres ve Tel:

**Geliş şekli:** Kendi isteği Aile işleği Konsültasyon Polis nezaretinde Adli

**Medeni durum:** Bk Evli Dul Boş Çocuk sayısı:  
Öz ve üvey kardeşlerinin sayısı Evlilik sayısı Evli olduğu süre

### Eğitim Durumu:

(0) okuma yazma yok (1) okur-yazar (2) ilkokul (3) ortaokul (4) lise (5) üniversite (6) lisans üstü

Okuduğu toplam yıl sayısı:

### Yaşam şekli:

(1) yalnız yaşıyor (2) anne-baba ile (3) eş ve çocuklarla birlikte (4) diğer bir yakınla birlikte (5) başkalarıyla birlikte (6) açık bakım evi (7) diğer..

Son yaşadığı durumda geçen süre (ay olarak):

### Kaldığı yer:

(1) kira (2) kendi evi (3) lojman (4) bakımevi (5) evsiz

**Çalışma durumu:** Öğr Çalışıyor İşsiz EvK Emekli Malül.Emkli

### İş öyküsü:

Halen tam zamanlı bir işte çalışmakta mı? (30+ saat/hafta, okulu saymayınız)

1=evet 2=hayır

Halen part-time bir işle mi çalışmakta? (okulu saymayınız) 1=evet 2=hayır

Çalışmaya başladığı zaman: Çalışılan zaman (ay olarak):

### Askerlik Durumu:

Askerlik yaptı mı? (1=evet, 2=hayır) Askerliği ne kadar süreyle yaptı? (ay olarak):

Hastanın askerlikten ne şekilde ayrıldığı:

(0) bilgi yok (1) normal (2) tıbbi gerekçelerle (3) olumsuz şekilde (4) diğer

### Ekonomik durumu:

(1) zayıf (2) orta (3) iyi Hastanın aylık geliri:

### Sosyal güvencesi:

(1)yok (2) emekli sandığı/bağkur/sigorta (3) yeşil kart/vakıf desteği (4) kaymakamlık (5) özel (6) diğer..

### Sosyal desteğin değerlendirilmesi

(1) sosyal desteği yeterli (2) bazı alanlarda yetersizlikler var  
(3) birçok alanda yetersizlik var (4) hemen hemen bütün alanlarda yetersizlikler var  
(5) sosyal desteği hiç yok



### EK 3. RUHSAL DURUM MUAYENESİ

#### Genel görünüm:

Normal Huzursuz Ajite Öfkeli Saldırgan Dağınık Bizar Teatral Sedükif

#### Motor aktivite:

N ↓ ↑ Değişken Dezorganize Katatoni Parkinsonizm. Tik Diskinezi Akatizi

#### Konuşma:

Normal Ton ↓ ↑ Miktar ↓ ↑ Hız ↓ ↑ Basıncı Dağınık Mutistik Dizartrik Regresif

#### Algı:

Normal Halüsinasyon *işitsel görsel taktil koku tat* illüzyon dereal depers

#### Zeka:

Normal sınırdaki Geri İleri derecede geri Yüksek

**Soyutlama:** Normal Bozuk

#### Duygudurumu:

Ötimik Depresif Öforik İrritabl Anksiyeteli

#### Duygulanımı:

Uygun Uygunsuz Kısıtlı Yüzeysel Kunt Apatik Labil Endişeli Anksiyeteli Depresif

#### Düşünce akışı:

Normal Hızlı Yavaş Gevşek Teğetsel Stereotipik Perseverasyon Dezorganize

#### Düşünce içeriği:

**Hezeyan:** Yok Var

**Homisid düşüncesi:** Yok Var

**İntihar düşüncesi:** Yok Var **Plan:** Yok Var

**Uyku:** N ↓ ↑ **İştah:** N ↓ ↑ **Cinsel istek:** N ↓ ↑

#### Şiddet:

(1) Hasta değil (2) Hastalık sınırında (3) Hafif düzeyde hasta (4) Orta düzeyde hasta  
(5) Belirgin düzeyde hasta (6) Ağır hasta (7) Çok ağır hasta

#### Şizofreni alt tipi:

(1) Paranoid (2) Farklılaşmamış (3) Dağınık (4) Katatonik (5) Kalıntı

#### Son tedaviye cevap:

(1) Çok düzeldi (2) Oldukça düzeldi (3) Biraz düzeldi (4) Hiç değişiklik yok  
(5) Biraz kötüleşti (6) Oldukça kötüleşti (7) Çok kötüleşti

#### Ek tanımlar:

Eksen I	Eksen II	Eksen III	Eksen IV	Eksen V
1.	1.	1.	1.	GAF:
2.	2.	2.	2.	

#### Premorbid kişilik yapısı:

Bağımlı ObsKomp Kaçınan AntiS Prnoid Narsist Histrio Şizoid Şztipal Borderline

**Kullandığı ilaçlar ve süreleri:**

Hastanın ilk kez antipsikotik kullanmaya başladığı tarih (biliniyorsa):

Hasta halen antipsikotik ilaç alıyor mu? (1) evet (2) hayır

**İlaç uyumu:**

İlaç kullanım düzenini belirtiniz.

(0) İlaçlarını düzenli kullanmaktadır.

(1) İlaçlarını ayda birkaç kez aksatmakta, yakınlarının zorlamalarına rağmen bu aksaklığı sürdürmekte veya bazen önerilenden fazla miktarda ilaç kullanmaktadır.

(2) İlaçlarını ayın önemlice bir bölümünde aksatmakta, yakınlarının ciddi zorlamalarına rağmen bu aksaklığı sürdürmekte veya çoğunlukla önerilenden fazla miktarda ilaç almaktadır.

(3) İlaçlarını zorlamalara rağmen bile neredeyse hiç kullanmamakta yada hemen her zaman önerilenden fazla miktarda ilaç almaktadır.

(4) Hiç ilaç kullanmamakta veya her gün önerilenden fazla miktarda ilaç kullanmaktadır.

(5) 6 ay gibi uzunca bir süredir hiç ilaç kullanmamakta veya önerilen ilaçları kötüye kullanım / bağımlılık düzeyinde kullanmaktadır.

**İlaç uyumsuzluğunu etkileyen nedenler:**

**Toplumsal, ekonomik, bilgilenme eksikliği, kültürel inançları gibi nedenleri belirtiniz.**

(0) Etkisi yok, ilacını kullanıyor (1) Kısmi bir etkisi var (2) İlaç kullanımını tamamen etkiliyor

**Yan etkilerle ilişkisini belirtiniz**

(0) Etkisi yok, ilacını kullanıyor (1) Kısmi bir etkisi var (2) İlaç kullanımını tamamen etkiliyor

**Hezeyanları, iç görü yokluğu gibi psikopatolojisi ile ilgili nedenlerle ilişkisini belirtiniz.**

(0) Etkisi yok, ilacını kullanıyor (1) Kısmi bir etkisi var (2) İlaç kullanımını tamamen etkiliyor

**İlaç kullanımının bütünsel değerlendirilmesini belirtiniz (İlaç kullanım düzeni, iç görüşüyle ilişkisi ve kullanmıyorsa etkileyen nedenleri göz önüne alınız).**

(0) İlaç kullanımına ve tedaviye uyumlu (1) Az da olsa uyumunda aksaklıklar var

(2) Tedaviye uyumunda belirgin aksaklıklar var (3) Tedaviye tamamen uyumsuz

#### EK 4. KISA PSİKİYATRİK DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

Bu form 24 belirti yapısını içermektedir, her biri şiddetine göre 'yok' tan 'aşırı şiddetli' ye kadar derecelendirilir. Hastanın o andaki durumunu en iyi tanımlayan numarayı işaretleyiniz. Eğer özgül bir belirti değerlendirilemediyse DM' yi seçiniz.

Dm	1	2	3	4	5	6	7
Değerlendirilmedi	Yok	Çok hafif	Hafif	Orta şiddette	Biraz ağır	Ağır	Çok şiddetli

1-14 arasındaki belirtileri hastanın bildirdiğine göre derecelendiriniz.

Not: 7, 12 ve 13 görüşme sırasındaki gözlenen davranış da dikkate alınarak değerlendirilmelidir.

1. Bedensel ilgi	Dm	0	1	2	3	4	5	6
2. Anksiyete	Dm	0	1	2	3	4	5	6
3. Depresyon	Dm	0	1	2	3	4	5	6
4. İntihar düşünce ve eğilimi	Dm	0	1	2	3	4	5	6
5. Suçluluk /günahkarlık	Dm	0	1	2	3	4	5	6
6. Düşmanlık	Dm	0	1	2	3	4	5	6
7. Duygulanımda yükselme	Dm	0	1	2	3	4	5	6
8. Büyüklenmecilik	Dm	0	1	2	3	4	5	6
9. Kuşkuculuk	Dm	0	1	2	3	4	5	6
10. Varsanılar	Dm	0	1	2	3	4	5	6
11. Olağandışı düşünce içeriği	Dm	0	1	2	3	4	5	6
12. Garip davranış	Dm	0	1	2	3	4	5	6
13. Kendini ihmal	Dm	0	1	2	3	4	5	6
14. Yönelim bozukluğu	Dm	0	1	2	3	4	5	6

15-24 arasındaki belirtileri görüşme sırasında gözlenen konuşma ve davranışa göre derecelendiriniz.

15. Kavramsal düzensizlik	Dm	0	1	2	3	4	5	6
16. Duygulanımda küntleşme	Dm	0	1	2	3	4	5	6
17. Duygusal çekilme	Dm	0	1	2	3	4	5	6
18. Hareketlerde yavaşlama	Dm	0	1	2	3	4	5	6
19. Gerginlik	Dm	0	1	2	3	4	5	6
20. İşbirliği kurmama	Dm	0	1	2	3	4	5	6
21. Eksitasyon	Dm	0	1	2	3	4	5	6
22. Dikkat dağınıklığı	Dm	0	1	2	3	4	5	6
23. Hareketlerde artma	Dm	0	1	2	3	4	5	6
24. Manyerizm ve duruş	Dm	0	1	2	3	4	5	6

## EK 5. POZİTİF VE NEGATİF SENDROM ÖLÇEĞİ

1= Yok 2= Çok 3= Hafif 4= Orta 5= Orta/Ağır 6= Ağır 7=Çok ağır

POZİTİF BELİRTİLER ÖLÇEĞİ							
P1. Sanrılar	1	2	3	4	5	6	7
P2. Düşünce dağınıklığı	1	2	3	4	5	6	7
P3. Varsanılar	1	2	3	4	5	6	7
P4. Taşkınlık	1	2	3	4	5	6	7
P5. Büyüklük duyguları	1	2	3	4	5	6	7
P6. Şüphecilik/kötülük görme	1	2	3	4	5	6	7
P7. Düşmanca tutum	1	2	3	4	5	6	7

NEGATİF BELİRTİLER ÖLÇEĞİ							
N1. Duygulanımda küntleşme	1	2	3	4	5	6	7
N2. Duygusal iççekilme	1	2	3	4	5	6	7
N3. İlişki kurmada güçlük	1	2	3	4	5	6	7
N4. Pasif/kayıtsız biçimde kendini toplumdandan çekme	1	2	3	4	5	6	7
N5. Soyut düşünme güçlüğü	1	2	3	4	5	6	7
N6. Konuşmanın kendiliğinden ve akıcı olmasının kaybı	1	2	3	4	5	6	7
N7. Sterotipik düşünme	1	2	3	4	5	6	7

GENEL PSİKOPATOLOJİ ÖLÇEĞİ							
G1. Bedensel kaygı	1	2	3	4	5	6	7
G2: Anksiyete	1	2	3	4	5	6	7
G3. Suçluluk duyguları	1	2	3	4	5	6	7
G4. Gerginlik	1	2	3	4	5	6	7
G5. Manyerizm ve vücut durumu	1	2	3	4	5	6	7
G6. Depresyon	1	2	3	4	5	6	7
G7. Motor yavaşlama	1	2	3	4	5	6	7
G8. İşbirliği kuramama	1	2	3	4	5	6	7
G9. Olağan dışı düşünce içeriği	1	2	3	4	5	6	7
G10. Yönelim bozukluğu	1	2	3	4	5	6	7
G11. Dikkat azalması	1	2	3	4	5	6	7
G12. Yargılama ve içgörü eksikliği	1	2	3	4	5	6	7
G13. İdare bozukluğu	1	2	3	4	5	6	7
G14. Dürtü kontrolsüzlüğü	1	2	3	4	5	6	7
G15. Zihinsel aşırı uğraşı	1	2	3	4	5	6	7
G16. Aktif biçimde sosyal kaçınma	1	2	3	4	5	6	7

PUANLAMA: Pozitif belirtiler:

Negatif belirtiler:

Genel psikopatoloji:

Toplam:

## EK 6. ŞİZOFRENİDE DEPRESYON İÇİN CALGARY ÖLÇEĞİ

İlk soruyu yazıldığı gibi sorun. Bunu izleyerek kendi kanınıza göre açıklayıcı ek sorular sorabilirsiniz. Aksi bildirilmedikçe sorular son iki haftaya yöneliktir. 9. Maddeyi görüşmenin tümünde edindiğiniz izlenime göre doldurun.

**1. DEPRESYON: Son iki hafta içindeki ruh halinizi nasıl tanımlayabilirsiniz? Son zamanlarda kendinizi belirgin bir biçimde neşeli mi yoksa çökkün ve keyifsiz mi hissediyorsunuz? Son iki hafta içinde kaç kez kendinizi her gün (kendi kelimeleriyle) hissettiniz. Bütün gün mü?**

0. Yok

1. Hafif: Sorulunca bir miktar üzüntü ve hayal kırıklığı ifade etmektedir

2. Orta : Son iki hafta içinde zamanının yarısında belirgin depresif duygudurum tanımlamaktadır. Gün boyu sürmektedir.

3. Ciddi: Gün boyu süren ve zamanının yansından fazlasını kapsayan belirgin depresif duygudurum: normal motor ve sosyal işlevleri bozmaktadır.

**2. ÜMİTSİZLİK: Geleceğinizi nasıl görüyorsunuz? Gelecekte ümitli misiniz? Yoksa yaşamdan ümidinizi vitirdiniz mi? Sizin için hala denemeye değer bir şeyler var mı, yoksa her şeyden vazgeçtiniz mi?**

0. Yok

1. Hafif: Son bir hafta içinde zaman zaman ümitsizlik hissetmiş, ancak geleceğe ilişkin hala ümidi var.

2. Orta: Son hafta içinde kalıcı ve orta derecede ümitsizlik tanımlıyor. Bir şeylerin daha iyi olabileceği -konusunda ikna edilebiliyor.

3. Şiddetli: Sürekli ve rahatsız edici düzeyde ümitsizlik hissi var.

**3. KENDİNİ DEĞERSİZ GÖRME: başkalarına göre kendinizi nasıl buluyorsunuz. Başkalarına göre daha iyi olduğunuzu mu, başkaları kadar iyi olmadığınızı mı , herkesle aynı değerde olduğunuzu mu düşünüyorsunuz? Daha aşağı hatta değersiz hissediyor musunuz?**

0. Yok

1. Hafif: Bir ölçüde aşağı hissetmekle beraber bu değersizlik düzeyinde değil

2. Orta: Kendini değersiz hisseder. Ancak bu tüm zamanın yarısından daha bir süre için geçerlidir.

3. Ciddi: Zamanın yarısından fazla sürede kendini değersiz hissetmektedir. Ancak başka türlü düşünmesi konusunda tartışılabilir durumdadır.

**4. SUÇLULUKLA İLGİLİ REFERANS DÜŞÜNCELERİ: Başkalarınca ayıplandığınızı hatta haksız biçimde suçlandığınızı hissediyor musunuz ? Ne hakkında? (Makul sayılabilecek ayıplama yada suçlamaları dikkate almayın. Suçluluk hezeyanlarını dahil etmeyin)**

0. Yok

1. Hafif: Zamanın %50 sinden az olmak üzere, ayıplandığı hissi vardır ancak suçlandığını hissetmemektedir.

2. Orta: Ayıplandığı duygusu sürekli olarak vardır ve/veya zaman zaman suçlandığını hissetmektedir

3. Ciddi: Suçlandığı hissi süreklidir. Ancak tartışılırsa öyle olmadığını kabul etmektedir.

**5. PATOLOJİK SUÇLULUK: Geçmişte yapmış olabileceğiniz küçük şeyler için kendinizi suçlama eğiliminde misiniz? Bu konuda endişelenmekte haklı olduğunuzu düşünüyor musunuz?**

0. Yok
1. Hafif: Zaman zaman bazı küçük hatalarından dolayı suçluluk hissetmektedir. Ancak bu zamanının yarısından azını kapsamaktadır
2. Orta: Sıklıkla (zamanının çoğunda) şiddetini kendisinin abarttığı geçmiş eylemlerinden dolayı suçluluk hissetmektedir.
3. Ciddi: Sıklıkla, kendi hatasından kaynaklanmasa bile yolunda gitmeyen her şey için kendisini suçlamaktadır.

**6. SABAH DEPRESYONU: Son iki hafta içinde kendinizi çökkün hissettiğinizde bunun günün belirli bir kısmında daha şiddetli olduğunu fark ettiniz mi ?**

0. Depresyon yok
1. Hafif: depresyon var ancak diurnal değişim yok
2. Orta: Depresyonun öğlenden önce daha şiddetli olduğunu kendiliğinden söylüyor.
3. Ciddi: depresyon öğlenden önce belirgin olarak daha şiddetli. Buna bağlı olarak bozulan işlevsellik öğlenden sonra düzeliyor.

**7. ERKEN UYANMA: Sabahlan her zamankinden erken uyanıyor? Bu haftada kaç kez oluyor?**

0. Erken uyanma yok
1. Hafif: haftada bir ya iki kez normal saatinden yada saati kurduğu saatten en az bir saat erken uyanıyor.
2. Orta: yukarıda tanımlanan durum daha sık (haftada 5 defaya kadar) gerçekleşiyor.
3. Ciddi: Her gün en az bir saat erken uyanıyor.

**8. İNTİHAR: hayatın yaşamaya değmediğini düşündünüz mü? Her şeyi bitirmek istediğiniz oldu mu? Ne yapmayı planladınız? Gerçekten denediniz mi?**

0. Yok
1. Hafif: sıklıkla ölmüş olmayı istiyor, yada ara sıra intihar düşünceleri var
2. Orta: İntihara niyeti var, plan yapıyor ancak denememiş.
3. Ciddi: Ciddi olarak kendini öldürmeye yönelik girişimi var (tesadüfen bulunmuş ya da uyguladığı yöntem yeterince etkili olmamış.

**9. GÖZLENEN DEPRESYON: Görüşmecinin görüşmenin bütününe ilişkin değerlendirmesine dayanır. Görüşmenin uygun bir yerinde " ağlamak istediğiniz oluyor mu? " sorusu bu gözlem için gerekli bilgiyi sağlayabilir**

0. Yok
1. Hafif: Nötr konular konuşulurken bile zaman zaman üzgün ve kederli görünmektedir.
2. Orta: Görüşme boyunca üzgün %-e kederlidir, ses tonu kederlidir, ağlar yada ağlamaktadır.
3. Ciddi: Sıkıntı verici konularda tıkanmakta, sık sık derin derin iç çekmekte ve açıkça ağlamaktadır. Yada sürekli biçimde, üzüntüden donup kalmış bir görüntü sergilemektedir.

## EK 7. UKU YAN ETKİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

1. RUHSAL YAN ETKİLER	0	1	2	3	9	Nedensel ilişki*		
						1	2	3
1.1. Konsantrasyon sorunları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2. Kuvvetsizlik / Halsizlik / Kolay yorulma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3. Uyku hali / Sedasyon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4. Unutkanlık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5. Depresyon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.6. Gerginlik / İç huzursuzluğu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.7. Uyku Süresinde Uzama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.8. Uyku Süresinde Azalma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.9. Rüya Görmede Artma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.10. Duygusal Kayıtsızlık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2. NÖROLOJİK YAN ETKİLER</b>								
2.1. Distoni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2. Rijidite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3. Hipokinezi /Akinezi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4. Hiperkinezi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5. Tremor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6. Akatizi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.7. Epileptik Nöbetler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.8. Pareteziler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3. OTONOMİK YAN ETKİLER</b>								
3.1. Akomodasyon Bozuklukları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2. Artmış Salivasyon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3. Azalmış Salivasyon (Ağızda Kuruluk)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4. Bulantı / Kusma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5. İshal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.6. Kabızlık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.7. İşeme Sorunları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.8. Poliüri / Polidipsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.9. Ortostatik Baş Dönmesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.10. Çarpıntı / Taşikardi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.11. Terlemede Artış	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Nedensel İlişki 1- Muhtemel değil

2- Mümkün

3- Muhtemel

4. DİĞER YAN ETKİLER	0	1	2	3	9	Nedensel İlişki*		
						1	2	3
4.1. Döküntü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a- Morbiliform <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b- Peteşi <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c- Ürtiker <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d- Psöriatik <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e- Sınıflandırılmayan <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2. Kaşıntı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3. Fotosensitivite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4. Pigmentasyonda Artış	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.5. Kilo Artışı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.6. Kilo Kaybı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.7. Menoraji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.8. Amenore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.9. Galaktöre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.10. Jinekomasti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.11. Cinsel İstekte Artma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.12. Cinsel İstekte Azalma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.13. Ereksiyon Bozukluğu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.14. Ejekülasyon Bozukluğu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a- Prematür	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b- Geç	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 15. Orgazm Sorunları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.16. Vajende Kuruluk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 17. Baş Ağrısı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a- Gerilim baş ağrısı <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b- Migren <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c- Diğer <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.18. Fiziksel Bağımlılık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.19. Psikolojik Bağımlılık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*Nedense! İlişki 1- Muhtemel değil 2- Mümkün 3- Muhtemel

#### 5. YAN ETKİLERİN HASTANIN GÜNLÜK PERFORMANSINI ETKİLEMESİNİN GENEL DEĞERLENDİRİLMESİ

- 0 Yan etki yok
- 1 Hastanın performansını etkilemeyen hafif yan etkiler
- 2 Hastanın performansını orta derecede etkileyen yan etkiler
- 3 Hastanın performansını belirgin derecede etkileyen yan etkiler

#### 6. DEĞERLENDİRMEYİ YAPAN

- 1 Hasta  2 Doktor

#### 7. SONUÇ

- 0 Herhangi birşey yapılmaması.
- 1 Hastanın daha sık değerlendirilmesi, ilaç dozunda daha sık değişiklik yapılmaması ve/veya yan etkilerin ara sıra ilaçla tedavisi.
- 2 İlaç dozunun azaltılması ve/veya yan etkilerin ilaçlarla sürekli tedavisi.
- 3 İlacın kesilmesi veya diğer bir ilaçla tedaviye devam edilmesi.



## EK 8. BARNES AKATİZİ ÖLÇEĞİ (BARS)

Hasta otururken ve ayakta doğal konuşma sırasında gözlenmelidir, her bir pozisyon için en az iki dakika gerekir. Diğer durumlarda gözlenen belirtiler de, örneğin serviste herhangi bir faaliyet yaparken ortaya çıkanlar , ayrıca değerlendirilmelidir. Ardından, öznel fenomenler doğrudan sorgulamayla ortaya çıkarılmalıdır.

### 1. NESNEL (OBJEKTİF) (0-3)

0= Normal, genellikle kol ve bacaklarda huzursuz hareketler

1 = Karakteristik huzursuz hareketlerin; otururken ayaklar ve bacakların yerinde durmaması yada bir bacağın sallanması ve/veya ayaktayken yerinde sayma hareketleri veya bir nokta üzerinde yürüme vardır fakat, hareketler gözlenen zamanın yarısından daha az bir zamanda bulunur.

2 = Gözlenen fenomen 1. maddede tarif edildiği gibidir fakat, hareketler gözlenen zamanın en az yarısı kadar bir zamanda bulunur.

3 = Hasta gözlenen süre boyunca sürekli olarak karakteristik huzursuz hareketler ile meşguldür ve/veya oturur durumda kalamaz veya ayaktayken yürümeden yada adımlamadan duramaz

### ÖZNEL (SÜBJEKTİF)

### 2. HUZURSUZLUĞUN FARKINDA OLMAK (0-3)

0 = İç huzursuzluğu yoktur

1 = Spesifik olmayan iç huzursuzluğu hissi

2 = Hasta bacaklarını hareket ettirmeden tutamayacağını farkındadır veya hareketsiz durması istendiğinde, ayaklarını hareket ettirme isteği ve/veya iç huzursuzluğu yakınmaları artar

3 = Hasta çoğu zaman hareket etmek için yoğun bir zorlanma hissettiğinin ve/veya yürümek yada adımlamak için kuvvetli bir arzu duyduğunun farkındadır.

### 3. HUZURSUZLUĞA BAĞLI RAHATSIZLIK (0-3)

0 = Rahatsızlık yoktur

1 = Hafif

2 = Orta

3 = Şiddetli

### 4. AKATİZİNİN AYRINTILI KLİNİK DEĞERLENDİRMESİ (0-5)

**0 = Yok.** Huzursuzluğun farkında olduğuna dair bir belirti yoktur. İç huzursuzluğu ya da ayaklarını hareket ettirmek için zorlantılı bir arzu duyduğuna dair öznel bir açıklama olmadığı halde karakteristik akatizi hareketleri varsa, psödoakatizi olarak sınıflandırılmalıdır.

**1 = Kuşkulu.** Spesifik olmayan iç gerilimi ve huzursuz hareketler.

**2 = Hafif akatizi.** Hareketsiz durması istendiğinde kötüleşen ayaklardaki huzursuzluğun ve/veya iç huzursuzluğunun farkında olma. Huzursuz hareketler vardır. Fakat akatizinin karakteristik huzursuz hareketlerinin gözlenmesi gerekmez. Bu durum rahatsızlık yaratmaz yada çok az rahatsızlık yaratır.

**3 = Orta derecede akatizi.** Yukarıda hafif akatizide tarif edildiği gibi huzursuzluğun farkındadır ve buna ek olarak ayaktayken yerinde sayma hareketleri gibi huzursuz hareketler bulunur. Hastalar bu durumu rahatsız edici bulurlar.

**4 = Belirgin akatizi.** Yürümek yada adımlamak için zorlu bir arzu içeren öznel bir huzursuzluk. Bununla birlikte, hasta en az beş dakika oturur durumda kalabilir. Durum açıkça rahatsız edicidir.

**5 = Şiddetli akatizi.** Hasta çoğunlukla bir aşağı bir yukarı gezinmek için kuvvetli bir zorlanma tanımlar. Birkaç dakikadan fazla oturamaz yada yatamaz. Yoğun huzursuzluk ve uykusuzluk ile birlikte sürekli huzursuzluk hali.

## EK 9. DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ YETİYİTİMİ ÇİZELGESİ (WHO DAS –II)

### Alanların gözden geçirilmesi

Görüşmemiz insanların sağlık durumları nedeniyle karşılaştıkları güçlüklerle ilgilidir (*1.kartı gösterin*). Sağlık durumları ile kısa veya uzun süren hastalıklar ve sağlık sorunlarını, yaralanmaları, ruhsal sorunları, alkol ve madde kullanımı ile ilgili sorunları kastediyorum.

Bazı sorular tekrarlanıyor olabilir, lütfen her sorulduğunda cevaplayınız.

Soruları cevaplarırken tüm sağlık sorunlarınızı hatırlayın. Sizden bir faaliyeti sürdürürken çektiğiniz güçlükleri sorduğumda aşağıda belirtilen soruları düşünerek cevap verin. (*1. kartı gösterin*)

- Faaliyeti sürdürmek için normalde olduğundan daha fazla çaba harcamak zorunda kalıyor musunuz?
- Faaliyeti sürdürürken herhangi bir rahatsızlık veya ağrı çekiyor musunuz?
- Faaliyeti sürdürürken yeterince hızlı olamıyor musunuz?
- Bu faaliyeti sürdürme biçiminizde değişiklik yapmak zorunda kaldınız mı?

(*1. Kartı gösterin*) Son 30 günü hatırlamanızı istiyorum.

Bu soruların cevaplarırken genel olarak faaliyeti sürdürürken ne kadar güçlük çektiğinizi düşünmenizi istiyorum.

### (2. Kartı gösterin)

Cevap verirken kullanacağınız ölçek ise bu (*Ölçeği yüksek sesle okuyun*): Hiç, hafif, orta derecede, çok fazla, aşırı veya hiç yapamıyorum.

(*1. ve 2. Kart görüşme boyunca deneğin önünde olmalıdır*).

### 1. ALAN Anlama ve iletişim kurma

Şimdi size anlama ve iletişim kurmayla ilgili bazı sorular soracağım.

#### 1. VE 2. KARTLARI GÖSTERİN.

Son 30 gün içinde aşağıdaki durumlarda ne kadar güçlük çektiniz?

	hiç	biraz	orta derecede	çok fazla	aşırı/ hiç yapamıyorum
<b>D1.1</b> On dakika süreyle bir işe <u>dikkatini verebilme</u>	1	2	3	4	5
<b>D 1.2</b> Yapılması gereken önemli şeyleri <u>akılda tutma</u>	1	2	3	4	5
<b>D1.3</b> Günlük yaşamda ortaya çıkan sorunların <u>nedenlerini anlama ve çözümler bulma</u>	1	2	3	4	5
<b>D1.4</b> Yeni işler öğrenme (yeni bir yol vb.)	1	2	3	4	5
<b>D1.5</b> İnsanların söylediklerini genel olarak <u>anlama</u>	1	2	3	4	5
<b>D1.6</b> Bir sohbeti <u>başlatabilme veya sürdürülebilme</u>	1	2	3	4	5

## 2. ALAN Hareket etme, bir yerden bir yere gitme

Şimdi size hareket etme, bir yerden bir yere gitme sırasında çektiğiniz güçlüklerle ilgili sorular soracağım.

### 1 VE 2. KARTLARI GÖSTERİN.

Son 30 gün içinde aşağıda belirtilen durumlarda ne kadar güçlük çektiniz?

	hiç	biraz	orta derecede	çok fazla	aşırı/ hiç yapamıyorum
<b>D2.1</b> <u>30 dakika gibi uzun süre ayakta kalma</u>	1	2	3	4	5
<b>D2.2</b> <u>Otururken ayağa kalkma</u>	1	2	3	4	5
<b>D2.3</b> <u>Evin içinde dolaşma</u>	1	2	3	4	5
<b>D2.4</b> <u>Evden dışarı çıkma</u>	1	2	3	4	5
<b>D2.5</b> <u>Bir kilometre dolayında uzun mesafe yürüme</u>	1	2	3	4	5

## 3.ALAN Kendine bakım

Şimdi size kendinize bakımda-çektığınız güçlükleri soracağım.

### 1 VE 2. KARTLARI GÖSTERİN.

Son 30 gün içinde aşağıda belirtilen durumlarda ne kadar güçlük çektiniz?

	hiç	biraz	orta derecede	çok fazla	aşırı/ hiç yapamıyorum
<b>D3.1</b> <u>Banyo yapma</u>	1	2	3	4	5
<b>D3.2</b> <u>Giyinme</u>	1	2	3	4	5
<b>D3.3</b> <u>Beslenme</u>	1	2	3	4	5
<b>D3.4</b> <u>Birkaç gün yalnız kalma</u>	1	2	3	4	5

## 0.ALAN İnsan ilişkileri

Şimdi size insan ilişkilerinde çektiğiniz güçlüklerle ilgili sorular soracağım. Sadece sağlık sorunları nedeniyle çektiğiniz güçlükleri öğrenmek istediğimi unutmayın. Bununla hastalıkları, yaralanmaları, ruhsal sorunları ve alkol ve madde kullanımına bağlı sorunları kastediyorum.

### 1 VE 2. KARTLARI GÖSTERİN.

Son 30 gün içinde aşağıda belirtilen durumlarda ne kadar güçlük çektiniz

	hiç	biraz	orta derecede	çok fazla	aşırı/ hiç yapamıyorum
<b>D4.1</b> <u>Tanımadığınız insanlarla ilişki kurma</u>	1	2	3	4	5
<b>D4.2</b> <u>Bir arkadaşlığı sürdürme</u>	1	2	3	4	5
<b>D4.3</b> <u>Yakın olduğunuz insanlarla ilişki kurma</u>	1	2	3	4	5
<b>D4.4</b> <u>Yeni arkadaşlar edinme</u>	1	2	3	4	5
<b>D4.5</b> <u>Cinsel ilişki</u>	1	2	3	4	5

## 5. ALAN Yaşam faaliyetleri

### Ev işleri

Bundan sonraki sorular ev işlerini yapmak ve birlikte yaşadığınız insanlara bakmakla ilgili faaliyetleri içermektedir. Yemek yapmak, temizlik yapmak, alışveriş yapmak, diğer aile bireylerine bakmak, size ait olan şeylerle ilgilenmek bu faaliyetler arasındadır.

**D5.1** Bir hafta içinde bu tür faaliyetlere kaç saat harcıyorsunuz? *Saat olarak kaydedin* /

### 0. VE 2. KARTLARI GÖSTERİN.

Sağlık durumunuz nedeniyle son 30 gün içinde aşağıda belirtilen durumlarda ne kadar güçlük çektiniz?

	hiç	biraz	orta derecede	çok fazla	aşırı/ hiç yapamıyorum
<b>D5.2</b> <u>Evle ilgili sorumlulukları yerine getirme</u>	1	2	3	4	5
<b>D5.3</b> <u>Evdeki önemli görevlerinizi iyi bir şekilde yapma</u>	1	2	3	4	5
<b>D5.4</b> <u>Yapılması gereken tüm ev işlerini bitirme ilde yapma</u>	1	2	3	4	5
<b>D5.5</b> <u>Ev işlerini yeterince hızlı yapma</u>	1	2	3	4	5
<b>D5.6</b> <u>Son 30 gün içinde sağlık durumunuz nedeniyle ev işlerini yeterince yapmadığınız veya hiç yapmadığınız kaç gün oldu?</u>	1	2	3	4	5

*Gün sayısını kaydedin* \_\_/\_\_

**DENEK ÇALIŞIYORSA VEYA ÖĞRENCİYSE) DEVAM EDİN, YOKSA BİR SONRAKI SAYFADAKİ 6. BÖLÜME GEÇİN**

Şimdi size diğer iş faaliyetleriyle ilgili sorular soracağım.

**D5.7** Bir haftanın kaç saatini işte geçiriyorsunuz? SAAT OLARAK KAYDEDİN \_/\_

**1 VE 2. KARTLARI GÖSTERİN.**

Sağlık durumunuz nedeniyle son 30 gün içinde aşağıda belirtilen durumlarda ne kadar güçlük çektiniz?

	hiç	biraz	orta derecede	çok fazla	aşırı/ hiç yapamıyorum
<b>D5.8</b> Her gün yapmak zorunda olduğunuz işleri yürütme	1	2	3	4	5
<b>D5.9</b> İşteki <u>önemli görevlerini iyi</u> bir şekilde yerine getirme	1	2	3	4	5
<b>D5.10</b> Yapılması gereken tüm <u>işleri bitirme</u>	1	2	3	4	5
<b>D5. 11</b> İşleri <u>zamanında bitirme</u>	1	2	3	4	5

**6.ALAN Toplumsal yaşama katılım**

Şimdi size toplumsal yaşama katılımınız ve sağlık sorunlarınızın siz ve aileniz üzerindeki etkisiyle ilgili sorular soracağım. Bazı sorular son 30 günü aşan sorunlarla ilgili olabilir, ancak cevaplarırken lütfen son 36 günü dikkate alın. Yine soruları bedensel, ruhsal, alkol veya madde kullanımı ile ilgili sağlık sorunlarınızı düşünerek cevaplayın.

**1 VE 2. KARTI GÖSTERİN**

Son 30 gün içinde:

	hiç	biraz	orta derecede	çok fazla	aşırı/ hiç yapamıyorum
<b>D6.1</b> <u>Sosyal faaliyetlere herkes kadar</u> katılabilmekte (şenlikler, eğlenceler,dini faaliyetler vb.) ne kadar sorunla karşılaştınız?	1	2	3	4	5
<b>D6.2</b> Çevrenizden kaynaklanan <u>engeller yüzünden</u> ne kadar sorunla karşılaştınız?	1	2	3	4	5
<b>D6.3</b> Diğer insanların davranış ve tutumları karşısında kendinize <u>saygınızı yitirmeden yaşayabilmekte</u> ne kadar sorunla karşılaştınız?	1	2	3	4	5
<b>D6.4</b> Sağlık durumunuza ve yol açtığı sonuçlara ne kadar zaman	1	2	3	4	5

harcadınız?

**D6.5** Sağlık durumunuz yüzünden 1 2 3 4 5  
duygusal olarak ne kadar etkilendiniz?

**D6.6** Sağlıkınız için yaptığımız 1 2 3 4 5  
harcamalar sizin ve ailenizin  
ekonomik durumunu  
ne kadar etkiledi?

Son 30 gün içinde:

**D6.7** Sağlık durumunuz yüzünden 1 2 3 4 5  
ailenizle ne kadar sorunla karşılaştı?

**D6.8** Dinlenmek veya eğlenmek 1 2 3 4 5  
amacıyla kendi başınıza  
birşeyler yapmakta ne kadar  
güçlük çekiyorsunuz?

## EK 10. İÇGÖRÜ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

1. HERHANGİ BİR HASTALIĞI OLDUĞUNU DÜŞÜNÜYOR MU?	0. Hayır 1. Bazen 2. Evet
2. BİR AKIL / RUH HASTALIĞI OLDUĞUNU KABUL EDİYOR MU?	1. Hayır 1. Şüpheleri var 2. Evet
3. BU HASTALIĞI NASIL AÇIKLIYOR?	0. Hezeyanlı açıklama 1. Bilmiyor 2. Sosyokültürel düzeyine göre kabul edilebilir açıklama
4. YAŞANTILARINI PATOLOJİK / FARKLI OLARAK DEĞERLENDİRİYOR MU?	0. Kesinlikle karşı çıkıyor 1. Telkin edilebilir 2. Evet
5. SEMPTOMLARINI NASIL AÇIKLIYOR?	0. Dış güçlere, hezeyanlarına bağlıyor 1. Yorgunluk, stres gibi dış etkenler 2. Hastalığının bir parçası olarak
6. TEDAVİ İÇİN KENDİ TALEBİ VAR MI?	1. Hayır 2. Bazen 2. Evet
7. TEDAVİYİ KABUL EDİYOR MU?	0. Hayır (Zor kullanarak) 1. Bazen 2. Evet (Her zaman)
8. TEDAVİYİ NEDEN KABUL EDİYOR?	0. Zorunlu olduğu için 'Başka çare yok' 1. Başkalarının istediği / başka amaçlar için 2. Şikayetlerini ortadan kaldıracağı için
9. ÖNCEKİ HASTALIKLARINI NASIL DEĞERLENDİRİYOR?	0. Hiçbir zaman hastalığını kabul etmiyor 1. Geçştiriyor 2. Doğru, kabul edilebilir açıklama

## EK 11. DIŐA VURULAN DUYGULANIM DÜZEYİ ÖLÇEĞİ

En yakın olduğu, başvuru öncesi son 3 ayın en az 1 ayı birlikte oturduğu (haftada 35 saatin üzeri kontakt zorunlu)

Kişinin Adı soyadı: Tanımı Yaşı Mesleği  
Yüz yüze bir haftada kaç saat görüŐtükleri

**AÇIKLAMA:** AŞağıda bir yakınınızın size karşı davranışlarını tanımlayan cümleleri vardır. Lütfen birlikte yaşadığınız, sizin için önemli olan bir insanı düşünerek cümleleri okuyun ve tanımlanan biçimlerde davranıp davranmadığınızı doğru (D), yanlış (Y) Şeklinde iŐaretleyin. Bunu yaparken son bir yılınızı düşünün.

- 1.Konuşmak istediğim zaman anlayıŐla karŐılar.
- 2.Sinirlendiğim zamanlar beni yatıŐtırır.
- 3.Kontrolümü yitirdiğimi söyler.
- 4.Beklentilerini karŐılamadığım zamanlarda bile bana hoŐgörölü davranır.
- 5.Ben konuŐurken müdahale etmez.
- 6.Sinirlerimi bozmaz.
- 7.İyi değilim dediğimde benim ilgi çekmek istediğimi söyler.
- 8.Beklentilerini duyuramadığım için kendimi suçlu hissetmeme neden olur.
- 9.Bana karşı aşırı koruyucu-kollayıcılığı yoktur.
- 10.Kendimi iyi hissetmediğim zamanlar bana öfkelenir.
- 11 .Hasta veya keyifsiz olduğumda bana karşı anlayıŐlıdır.
- 12.Benim olaylara bakış açımı anlayabilir.
- 13.Her zaman müdahalecidir.
- 14.Bir Şeyler kötüye gitmeye baŐlayınca korku ve heyecana kapılmaz.
- 15.Kendimi iyi hissetmediğimde bana dıŐardan yardım aramam için cesaret verir.
- 16.Ona dert olduğumu düşünmez.
- 17.Bir Şeyleri benimle yapmak konusunda ısrar etmez.
- 18.İŞler sarpa sarınca doğru dürüst düşünmez.
- 19.Keyifsiz huzursuz olduğumda bana yardımcı olmaz.
- 20.Benden umduğunu bulamazsa beni aŐaĐılar.
- 21 .Hep benimle birlikte olmakta ısrarlı değildir.
22. Yolunda gitmeyen işler için beni suçlar.
- 23.Bir insan olarak değerli biri olduğumu bana hissettirir.
- 24.Keyifsiz, huzursuz yada kafam karıŐık olduğunda bu duruma " tahammül göstermez.
- 25.Beni çaresizliğim ve bunalımımınla öylece bir kenarda bırakır.
- 26.Kötü olduğum zamanlarda benim duygularımı nasıl ele alacağını bilemez.
- 27.Sorunlarımı ondan öç almak için yarattığımı söyler.
- 28.Benim özelliklerimi sınırlılıklarımı anlar, elimi kolumu bağlayan Şeyleri bilir.
- 29.Ne yaptığımı bilmek için beni sık sık kontrol eder.
- 30.Zor durumlar karşısında soğukkanlılığım ve kendine hakimiyetini koruyabilir.
- 31.Hasta olduğumda, benim kendimi iyi hissetmem için uğraŐır.
- 32.Benim neyi becerip neyi beceremeyeceğim konusunda gerçektir.
- 33.Her zaman iŐlerime burnunu sokar.
- 34.Söylediğim Şeyleri sonuna kadar dinler.
- 35.Uzman yardımı aramanın doğru olmayacağını söyler.
- 36.İŞler yolunda gitmediği zaman bana öfkelenir.
- 37.Hakkımda herŐeyi mutlaka öğrenmek ister.
- 38.O yanımda olduğu zaman huzurlu ve rahat hissetmemi sağlar.
- 39.İyi olmadığımı söylediğimde beni durumumu abartmakla suçlar.
- 40.Bir Şeyler yolunda gitmese bile bana karşı hep sabırlıdır.
- 41.Gittiğim yeri mutlaka ısrarla öğrenmek ister.
- 42.Bana sebepsiz yere öfkelenir.
- 43.Hasta olduğum zaman ilgili biri olur.
- 44.Desteğine ihtiyacım olduğu zaman esirgemez.
- 45.Benim özel kişisel meselelerime karıŐır.
- 46.Zor (stres yaratan) bir durumla kolayca başa çıkar.
- 47.Kendimi iyi hissetmiyorsam, durumumu merak eder ve anlamak ister.
- 48.Bir hata yaparsam anlayıŐla karŐılar.
- 49.Hayatıma karıŐmaz.
- 50.İyi olmadığım zaman bana tahammülü yoktur.
- 51.Kendimi kötü hissettiğimde bundan dolayı beni suçlamaz.
- 52.Benden çok fazla Şey bekler.
- 53.Bana ait çok özel konularda çok soru sormaz.
- 54.İŞler yolunda gitmediği zaman o işleri daha da kötüleŐtirir.
- 55.Kendimi iyi hissetmediğim zaman, o bunları benim yarattığımı söyleyerek sık sık beni suçlar.
- 56.Ben bir Şeyi beceremeyince zıvanadan çıkar çok öfkelenir.
- 57.Geliş gidiş saatlerim konusunda onu haberdar etmezsem huzursuz olur.
- 58.İŞler iyi gitmediği zamanlar huzursuz olur.
- 59.Kendimi iyi hissetmediğim zamanlarda bana güven verir, destek olur.
- 60.Kendimi iyi hissetmediğimde bile benden aynı gayreti bekler



## EK 12. ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ'NİN GÖZDEN GEÇİRİLMİŞ FORMU

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir.

Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

**1. Ailem ve arkadaşlarımı dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.**

Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet.

**2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.**

Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet.

**3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.**

Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet.

**4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.**

Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet.

**5. Ailem ve arkadaşlarımı dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.**

Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet.

**6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.**

Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet.

**7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.**

Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet.

**8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.**

Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet.

**9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.**

Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet.

**10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var. ,**

Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet.

**11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.**

Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet.

**12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.**

Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet.

## EK 13. LIEBOWITZ SOSYAL FOBİ BELİRTİLERİ ÖLÇEĞİ

Lütfen aşağıdaki formu dikkatle okuyun.

Sol kolondaki durumlarda duyduğunuz kaygının şiddetine göre, 1 ile 4 arasında puan verin. Sağ kolonda aynı durumlar tekrar sıralanmıştır. Bu defa bu durumlardan kaçınıyorsanız, kaçınmanın şiddetine göre yine 1 ile 4 arasında puan verin. Puanlamayı aşağıdaki tariflere göre yapın.

Teşekkürler.

### Kaygı

- 1: Yok ya da çok hafif
- 2: Hafif
- 3: Otta derecede
- 4: Şiddeti

### Kaçınma

- 1: Kaçınma yok ya da çok ender
- 2: Zaman zaman kaçırım
- 3: Çoğunlukla kaçırım
- 4: Her zaman kaçırım

Kaygı	Puan	Kaçınma	Puan
1. Önceden hazırlanmaksızın bir toplantıda kalkıp konuşmak		1. Önceden hazırlanmaksızın bir toplantıda kalkıp konuşmak	
3. Seyirci önünde hareket, gösteri yada konuşma yapmak		4. Seyirci önünde hareket, gösteri yada konuşma yapmak	
3. Dikkatleri üzerinde toplamak		3. Dikkatleri üzerinde toplamak	
4. Romantik veya cinsel bir ilişki kurmak amacıyla birisiyle tanışmaya çalışmak		4. Romantik veya cinsel bir ilişki kurmak amacıyla birisiyle tanışmaya çalışmak	
5. Bir gruba önceden hazırlanmış sözlü bilgi sunmak		5. Bir gruba önceden hazırlanmış sözlü bilgi sunmak	
6. Başkaları içerdeyken bir odaya girmek		6. Başkaları içerdeyken bir odaya girmek	
7. Kendisinden daha yetkili biriyle konuşmak		7. Kendisinden daha yetkili biriyle konuşmak	
8. Satın aldığı bir malı ödediği parayı geri almak üzere mağazaya iade etmek		8. Satın aldığı bir malı ödediği parayı geri almak üzere mağazaya iade etmek	
9. Çok iyi tanımadığı birisine fikir ayrılığı veya hoşnutsuzluğun ifade edilmesi		9. Çok iyi tanımadığı birisine fikir ayrılığı veya hoşnutsuzluğun ifade edilmesi	
10. Gözlendiği sırada çalışmak		10. Gözlendiği sırada çalışmak	
11. Çok iyi tanımadığı bir kişiyle yüz yüze konuşmak		11. Çok iyi tanımadığı bir kişiyle yüz yüze konuşmak	
12. Bir eğlenceye gitmek		12. Bir eğlenceye gitmek	
13. Çok iyi tanımadığı birisinin gözlerinin içine doğrudan bakmak		13. Çok iyi tanımadığı birisinin gözlerinin içine doğrudan bakmak	
14. Yetenek, beceri y da bilginin sınanması		14. Yetenek, beceri y da bilginin sınanması	
15. Gözlendiği sırada yazı yazmak		15. Gözlendiği sırada yazı yazmak	
16. Çok iyi tanımadığı bir kişiyle telefonla konuşmak		16. Çok iyi tanımadığı bir kişiyle telefonla konuşmak	
17. Umumi yellerde yemek yemek		17. Umumi yellerde yemek yemek	
18. Evde misafir ağırlamak		18. Evde misafir ağırlamak	
19. Küçük bir grup faaliyetine katılmak		19. Küçük bir grup faaliyetine katılmak	
20. Umumi yerlerde bir şeyler içmek		20. Umumi yerlerde bir şeyler içmek	
21. Umumi telefonları kullanmak		21. Umumi telefonları kullanmak	
22. Yabancılarla konuşmak		22. Yabancılarla konuşmak	
23. Satış elemanının yoğun baskısına karşı koymak		23. Satış elemanının yoğun baskısına karşı koymak	
24. Umumi tuvalette idrar yapmak		24. Umumi tuvalette idrar yapmak	