

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ŞİZOFRENİDE KLİNİK PSİKOPATOLOJİ, BİLİŞSEL VE
TOPLUMSAL İŞLEVSELLİK ARASINDAKİ İLİŞKİ: 1 YILLIK
İZLEM ÇALIŞMASI**

Fatma Betül ABUT

Kocaeli Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin
Ruhsal Rehabilitasyon Programı için Öngördüğü
BİLİM UZMANLIĞI TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır

KOCAELİ
2019

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ŞİZOFRENİDE KLİNİK PSİKOPATOLOJİ, BİLİŞSEL VE
TOPLUMSAL İŞLEVSELLİK ARASINDAKİ İLİŞKİ: 1 YILLIK
İZLEM ÇALIŞMASI**

Fatma Betül ABUT

Kocaeli Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin
Ruhsal Rehabilitasyon Programı için Öngördüğü

BİLİM UZMANLIĞI TEZİ

Olarak Hazırlanmıştır

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Mustafa YILDIZ

Etik Kurul Onay Nu: KÜ GOKAEK 2018/2.7

Proje Nu: 2018/5

KOCAELİ

2019

KABUL VE ONAY

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE


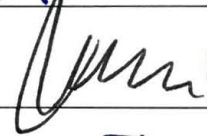
Tez Adı: Şizofrenide Klinik Psikopatoloji, Bilişsel ve Toplumsal İşlevsellik Arasındaki İlişki: 1 Yıllık İzlem Çalışması

Tez Yazarı: Fatma Betül Abut

Tez Savunma Tarihi: 17.06.2019

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Mustafa Yıldız

Bu çalışma sınav kurulumuz tarafından Ruhsal Rehabilitasyon Anabilim Dalında BİLİM UZMANLIĞI TEZİ olarak kabul edilmiştir.

SINAV KURULU ÜYELERİ		İMZA
ÜNVANI	ADI SOYADI	
BAŞKAN	Prof. Dr. Arslan Bekt	
ÜYE (DANIŞMAN)	Prof. Dr. Mustafa Yıldız	
ÜYE	Dr. Öğr. Üyesi Gül Dınc	ANTA.
ÜYE		
ÜYE		

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

.... /.... /2019

Prof. Dr. Sema Aşkın KEÇELİ

KOÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ÖZET

Şizofrenide Klinik Psikopatoloji, Bilişsel ve Toplumsal İşlevsellik Arasındaki İlişki: 1 Yıllık İzlem Çalışması

Amaç: Bu çalışmanın amacı şizofreni tanılı bireylerde bir yıllık izlem boyunca klinik belirti düzeyi, bilişsel işlevler ve toplumsal işlevsellik arasındaki ilişkiyi belirlemek ve bu bağıntının zaman içerisindeki değişimini saptamaktır.

Yöntem: Çalışma, Şubat 2018 – Mayıs 2019 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Araştırmaya, bu tarihlerde Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniğinde ayaktan tedavi gören, şizofreni veya şizoaffektif bozukluk tanılı, en az ilkokul mezunu, KGI-Ş puanı 5 ve altında olan, zekâ geriliği veya nörolojik bir hastalığı olmayan, son 6 ayda EKT almamış ve çalışmaya katılmaya onay veren 40 hasta dahil edildi. Hastalara başlangıçta ve bir yıl sonra klinik psikopatoloji için PANSS ve KGI-Ş, toplumsal işlevsellik için TİDÖ ve İGD, bilişsel işlevler için Sayı Menzili, Mantıksal Bellek, Stroop, Wisconsin Kart Eşleme Testi, Sözel Akıcılık, İz Sürme A ve B testleri uygulandı. İlişkisel analizler için Pearson, Spearman ve Kısmi bağıntı analizi; ön test-son test karşılaştırmaları için Mann Whitney U testi ve karışık desenli ANOVA uygulandı.

Bulgular: Çalışmayı tamamlayan hastaların %67,5'i erkek, %75'i şizofreni, yaş ortalaması 33, eğitimi 12 yıl, hastalık süresi 10 yıldır. İzlem sonunda klinik belirtilerde anlamlı azalma, toplumsal işlevsellikte ve bilişsel işlev alanlarından yürütücü işlevler ve sözel bellekte artış gözlemlendi. Klinik belirtilerle tüm bilişsel alanlarda orta düzey negatif bağıntı saptandı ve en yüksek bağıntı negatif belirtilerde görüldü. Toplumsal işlevsellikle klinik belirtiler arasında da orta ila yüksek düzeyde negatif ilişki bulundu ve bu ilişkide negatif belirtiler ön plandaydı. Bilişsel işlevsellik alanlarından yürütücü işlevler ile işlem hızı toplumsal işlevsellikle bağıntılı bulundu. İlişkiler son testlerde de kararlılığını korudu.

Sonuç: İzlem sonunda hastaların klinik, bilişsel ve toplumsal işlevsellik anlamında iyileştiği bulguları. Değişkenler arasında bulunan ilişkilerinse bir yıl boyunca stabil seyrettiği gözlemlendi. Bu çalışma, düzenli takip ve tedavinin doğal izlemde iyileştirici etkisini ortaya koymaktadır.

Anahtar Sözcükler: klinik psikopatoloji, bilişsel işlev, toplumsal işlevsellik, izlem

ABSTRACT

The Association Between Clinical Psychopathology, Cognition and Social Functioning: 1 Year Follow-Up Study

Objective: The purpose of this study was to identify the relationship between clinical psychopathology, cognitive functions, and social functioning of the patients with schizophrenia throughout one year, and to analyze the change and stability of the variables.

Method: This study was conducted between February 2018 – May 2019. Forty outpatients were recruited from Kocaeli University Psychiatry Polyclinic who were diagnosed with schizophrenia or schizoaffective disorder, at least primary school graduate, has CGI-S of 5 or less, didn't receive ECT for the last 6 months, didn't have any neurological disease or MR, and gave consent to participate the study. For clinical psychopathology; PANSS and CGI-S, for social functioning; SFAS and GAF, and for cognitive functions; Digit Span, Logical Memory, Stroop, WCST, Verbal Fluency, and Trail Making Tests were applied at baseline and after one year. Pearson, Spearman, and Partial Correlation were used in correlation analyses. Mann Whitney U and mixed-design ANOVA were applied for between-group comparisons. Paired sample t-test and Wilcoxon signed ranks test were used for within-group comparisons.

Results: In our study, 67.5% of the participants were males, 75% diagnosed with schizophrenia, mean age was 33, level of education was 12 years, and duration of illness was 10 years. After one year; clinical symptoms decreased, while social functioning, executive functions, and verbal memory increased. Clinical symptoms were negatively associated with all cognitive domains with the highest relation in negative symptoms. Social functioning was negatively correlated with psychopathology and the highest correlation was in negative symptoms. Executive functions and processing speed were correlated with social functioning. All the correlations were stable throughout one year.

Conclusions: This follow-up revealed that clinical symptoms, cognition, and social functioning improved over time. The relationships between the three variables were stable throughout one year. This study shows the rehabilitative effect of regular hospital appointments and receiving the right treatment.

Keywords: clinical psychopathology, cognitive function, social functioning, follow-up

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans ve tez sürecim boyunca bilgi, deneyim ve birikimiyle desteğini hiçbir zaman esirgemeyen tez danışmanım sayın Prof. Dr. Mustafa Yıldız'a,

Üç yıl boyunca her zaman desteğini hissettiğim ve bu tezi mümkün kılan değerli akademisyen arkadaşım Araş. Gör. Aysel İncedere'ye,

Hasta takip süreçlerinde yardımcı olan Dr. Mehmet Buğrahan Gürcan, Dr. Duygu Esen ve tüm psikoze ekibine,

Bilişsel testlerde tecrübelerinden faydalandığım meslektaşım Ayşe Kırçalı'ya,

Teknik yardım ve destekleriyle öğrencilik hayatımı kolaylaştıran Durmuş İmat abiye,

Destekleriyle her zaman yanımda olan ve bana olan inançlarıyla güç veren teyzem Zuhâl Turgut ve ablam Seydanur Turgut'a, ulaşım ve lojistik desteğini esirgemeyen abim Serdar Turgut'a, akademi ve bilim dünyasına atılmamda yol göstericim olan babam Nurettin Abut'a, moral ekibim ve duygudurum düzenleyicilerim olan kardeşlerim Esra Abut ve Zehra Abut'a, beni bugünlere getiren, disiplini ve sabrı öğreten, yaptığım her işte en büyük güdülenme kaynağım olan annem Nurcan Abut ve anneannem Zerrin Kaymak'a,

Araştırmaya katılmaya gönüllü olan tüm hastalarımaya sonsuz teşekkürler.

TEZİN AŞIRMA OLMADIĞI BİLDİRİSİ

Tezimde başka kaynaklardan yararlanılarak kullanılan yazı, bilgi, çizim, çizelge ve diğer malzemeler kaynakları gösterilerek verilmiştir. Tezimin herhangi bir yayından kısmen ya da tamamen aşırma olmadığını ve bir İntihal Programı kullanılarak test edildiğini beyan ederim.

28/05/2019

Fatma Betül ABUT



İÇİNDEKİLER

KABUL ve ONAY	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR	vi
TEZİN AŞIRMA OLMADIĞI BİLDİRİSİ	vii
İÇİNDEKİLER	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	x
ÇİZİMLER DİZİNİ	xi
ÇİZELGELER DİZİNİ	xii
1. GİRİŞ	1
1.1. Şizofrenide Belirtiler, Tanı ve Hastalık Seyri	1
1.2. Şizofrenide Klinik Psikopatoloji	3
1.3. Şizofrenide Toplumsal İşlevsellik	4
1.4. Şizofrenide Bilişsel İşlevsellik	6
1.5. Şizofrenide İzlem Çalışmaları	9
2. AMAÇ	11
3. YÖNTEM	12
3.1. Araştırmanın Tipi	12
3.2. Araştırma Yerinin Seçimi	12
3.3. Araştırma Evreni ve Örneklemi	12
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	13
3.5. Araştırmada Kullanılan Terim, Sınıflandırma, Yöntem ve Ölçütler	13
3.6. Araştırmada Kullanılan Ölçekler	13
3.6.1. Nüfus ve Klinik Bilgi Belgesi (NKB)	13
3.6.2. İşlevsel Değerlendirme	13
3.6.2.1. Toplumsal İşlevselliğin Değerlendirilmesi Ölçeği (TİDÖ)	13
3.6.2.2. İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi (İGD)	14
3.6.3. Klinik Değerlendirme	14
3.6.3.1. Pozitif ve Negatif Belirtiler Ölçeği (PANSS)	14
3.6.3.2. Klinik Genel İzlenim-Şiddet (KGİ-Ş)	14
3.6.4. Bilişsel Değerlendirme	14
3.6.4.1. Dikkat ve Çalışma Belleği	15
3.6.4.2. Sözel Bellek	15
3.6.4.3. Yürütücü İşlevler	16

3.6.4.4. Sözel Akıcılık	16
3.6.4.5. İşlem Hızı	17
3.7. Araştırmanın Uygulanması	17
3.8. Alınan Etik Kurul Onayı Yeri ve Numarası	18
3.9. İstatistiksel Analiz ve Veri Çözümleme	18
4. BULGULAR	19
4.1. Hastaların Nüfus ve Klinik Özelliklerine İlişkin Bulgular	19
4.2. İşlevsellik Ölçekleri Arasındaki Bağntı Bulguları	20
4.3. Klinik Psikopatoloji ve Toplumsal İşlevsellik Arasındaki Bağntı Bulguları	21
4.4. Klinik Psikopatoloji ve Bilişsel İşlevler Arasındaki Bağntı Bulguları	22
4.5. Toplumsal İşlevsellik ve Bilişsel İşlevler Arasındaki Bağntı Bulguları	23
4.6. Klinik Psikopatoloji – Bir Yıllık İzlem Bulguları	24
4.7. Toplumsal İşlevsellik – Bir Yıllık İzlem Bulguları	26
4.8. Bilişsel İşlevler – Bir Yıllık İzlem Bulguları	29
4.9. Klinik Psikopatoloji, Bilişsel ve Toplumsal İşlevsellik Bir Yıllık İzlem Bulguları	30
5. TARTIŞMA	31
5.1. Ön-Test Bulgularının Tartışılması	31
5.2. Bir Yıllık İzlem Sonuçlarının Tartışılması	33
5.3. Sınırlılıklar	35
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	36
6.1. Sonuçlar	36
6.2. Öneriler	36
KAYNAKLAR	37
ÖZGEÇMİŞ	
EKLER	

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

BİLNOT: Bilişsel Potansiyeller için Nöropsikolojik Test Bataryası

CRH: Ciddi Ruhsal Hastalık

DSM: Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı

IQ: Zeka Katsayısı

İGD: İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi

İST: İz Sürme Testi

KGİ-Ş: Klinik Genel İzlenim-Şiddet

NPT: Nöropsikolojik Test

Ort: Ortalama

PANSS: Pozitif ve Negatif Belirtiler Ölçeği

SS: Standart Sapma

ŞAB: Şizoaffektif Bozukluk

TİDÖ: Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği

WKET: Wisconsin Kart Eşleme Testi

ÇİZİMLER DİZİNİ

Çizim 4.1. Klinik, bilişsel ve toplumsal ölçek puanlarının bir yıllık değişimi.....	30
---	----



ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 3.1. Bilişsel işlevsellik alanları ve kullanılan ölçekler.....	15
Çizelge 4.1. Hastaların nüfus ve klinik bilgileri.....	19
Çizelge 4.2. TİDÖ ve İGD ön test bağıntı katsayıları.....	20
Çizelge 4.3. TİDÖ ve İGD son test bağıntı katsayıları.....	20
Çizelge 4.4. Klinik ve toplumsal işlevsellik ön-test bağıntı katsayıları.....	21
Çizelge 4.5. Klinik ve toplumsal işlevsellik son-test bağıntı katsayıları.....	21
Çizelge 4.6. Klinik ve bilişsel testler ön-test bağıntı katsayıları.....	22
Çizelge 4.7. Klinik ve bilişsel testler son-test bağıntı katsayıları.....	22
Çizelge 4.8. Bilişsel testler ve işlevsellik ön-test bağıntı katsayıları.....	23
Çizelge 4.9. Bilişsel testler ve işlevsellik son-test bağıntı katsayıları.....	23
Çizelge 4.10. Klinik psikopatoloji ön ve son test karşılaştırması.....	24
Çizelge 4.11. Şizofreni ve ŞAB hastaları klinik puanlarının karşılaştırması	24
Çizelge 4.12. Hastalık süresine göre klinik işlevler ön ve son test karşılaştırması	25
Çizelge 4.13. Toplumsal işlevsellik puanları ön ve son test karşılaştırması.....	26
Çizelge 4.14. Tanı grubuna göre toplumsal işlevsellik ön test-son test karşılaştırması.....	27
Çizelge 4.15. Hastalık süresine göre toplumsal işlevsellik ön test-son test karşılaştırması.....	28
Çizelge 4.16. Bilişsel işlevler ön ve son test karşılaştırması.....	29

1. GİRİŞ

Şizofreni genellikle genç yaşlarda (ort. 15-25) başlayan, sanrı, varsanı, dağınık düşünce ve davranış, irade yitimi, istenç kaybı gibi klinik belirtilerin yanı sıra bilişsel işlevlerde ve toplumsal işlevsellikte bozulmaların görüldüğü ciddi ruhsal hastalıklar (CRH) arasında yer almaktadır (American Psychiatric Association 1994, Andreasen 1997). Psikotik bozukluklar içinde en yıkıcı etkiye sahip olan şizofreni aynı zamanda yetiyitiminin en fazla görüldüğü hastalıkların başında gelmektedir (Switaj ve diğ. 2012, Whiteford ve diğ. 2013). Ortaya çıkış nedeniyle ilgili pek çok araştırma yürütülmüş ve kalıtım, beyindeki işlevsel ve yapısal bozulmalar, doğum öncesi-sonrası veya sırasında yaşanan örselenmeler, biyokimyasal etkenler, sinirgelişimsel etmenler ve sinirsel yozlaşma (nörodejenerasyon) ile ilişkili olduğu bulunmuş fakat; hala yürütülmekte olan çalışmalara rağmen kesin oluş nedeni tam olarak aydınlatılamamıştır (Messias ve diğ. 2007, Öztürk ve Uluşahin 2016). Bu nedenle, hastalık için uygun tedavi arayışları ve uygulamaları farklılık gösterebilmektedir. Hastalığın süregelen yapısı yaşam boyu tedavi gereksinimi doğurmakta ve hastalığın gidişi (prognoz) çeşitli etmenlere bağlı olarak yaşamboyu değişiklik gösterebilmektedir (Stephens 1978).

1.1. Şizofrenide Belirtiler, Tanı ve Hastalık Seyri

Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı – 5.baskısında, kısaca DSM-5, şizofreni tanısı için belli ölçütler belirlenmiştir. A-F arasında adlandırılan bu ölçütler altı bölümden oluşmaktadır. Tanı için temel alınan A ölçütüne göre; kişide en az bir ay boyunca iki ya da daha fazla psikoz belirtisi (sanrı, varsanı, dağınık konuşma, dağınık veya katatonik davranış, negatif belirtiler) görülmeli ve bunlardan en azından biri sanrı, varsanı ya da dağınık konuşma olmalıdır. Bu dönem genellikle hastalığın akut evresini ifade etmektedir. Bir diğer önemli ölçüt (B); rahatsızlığın başlangıcından itibaren işlevsellik düzeyinin bir veya daha çok alanda (ör. iş, kişiler arası ilişkiler, özbakım, akademik başarı) hastalıktan önceki döneme göre bozulmuş olmasıdır. C ölçütüne göre; hastalık belirtileri en az altı ay sürmeli ve en azından bir ayı A ölçütündeki belirtileri karşılamalıdır. Ayrıca, psikotik özellikli depresyon ve iki uçlu bozukluk dışlanmalı (D) ve hastada görülen bozukluklar başka herhangi bir madde veya tıbbi bir durumla açıklanamamalıdır (E). Ek olarak son ölçütte (F); kişide eğer yaygın gelişimsel bozukluk veya çocukluk döneminde başlayan bir iletişim bozukluğu geçmişi varsa, şizofreni tanısının konabilmesi için yukarıda bahsedilen

ölçütlere ek olarak en az 1 ay süreyle belirgin sanrı veya varsanıların görülmesi gerektiği belirtilmiştir (American Psychiatric Association 2013).

Uluslararası ölçekte yapılan çalışmalarda şizofreni yaygınlığı %0,4-1,0 aralığında belirtilirken (Linscott ve van Os 2010, Moreno-Küstner ve diğ. 2018) ülkemizde yapılan sistematik bir gözden geçirme çalışmasında bu oran %0,8 olarak bulunmuştur (Binbay ve diğ. 2011). Atak sonrası hastane yatışı olan hastaların %50-80'i yaşamları boyunca en az bir kere yeniden hastaneye yatırılmaktadır (Harrow ve diğ. 2005). Hastalığın süreğen yapısı devamlı bir tedavi ihtiyacı gerektirmekte ve yetiyitimiyle ilerlemesi pek çok olumsuz sonuçlar doğurmaktadır (Vos ve diğ. 2017). Şizofrenisi olan bireylerin beklenen yaşam süresinin şizofrenisi olmayanlara göre ortalama 10 yıl daha kısa (Mortensen 2003) ve genel nüfusa göre erken ölüm oranlarının 2-3 kat fazla olduğu (World Health Organization 2018), bununla birlikte; özellikle akut dönemde %10-15 oranında özkıyım girişiminde buldukları (Joiner 2005) ve özkıyım girişimi sonucunda ölüm oranının %4,9 olduğu (Palmer ve diğ. 2005) bilinmektedir. Bu oranlarla, dünya çapında yetiyitimine neden olan en ciddi ilk 15 hastalık arasında yer almaktadır (Vos ve diğ. 2017).

Hastalığın süreğen yapısı nedeniyle hastalardaki yıkım giderek artıyor gibi görünse de şizofreni hastalarının çoğunun işlevselliğinde yaşam boyu ilerleyici bir bozulma gözlenmemekte, aksine; ilk atak sonrasındaki 5-10 yıl içerisinde tedaviyle hastalık dengelenmekte, yinelemeler azalmakta ve görece ortalama bir işlevsellik edinilmektedir (Harrow ve diğ. 2005, Menezes ve diğ. 2006). Bununla birlikte, hastalığın seyrinde gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında farklılıklar olduğu da belirtilmiştir (Jablensky 2000).

Şizofreninin gelişmekte olan ülkelere, gelişmiş ülkelere göre daha iyi seyrettiği bulgulanmıştır (Anders 2003). Uluslararası ölçekte Hindistan, Nijerya, Kolombiya gibi ülkelerdeki şizofreni hastalarının İngiltere, Danimarka, Amerika gibi gelişmiş ülkelerdeki şizofreni hastalarına oranla uzun dönemde daha az yetiyitimine sahip oldukları belirtilmektedir (Jablensky 2000). Araştırmacılar, gelişmekte olan ülkelerdeki şizofreni hastalarının toplumsal çevresinin gelişmiş ülkelere göre uyum ve iyileşmelerini daha fazla kolaylaştırdığını öne sürmüştür. Bunda, gelişmekte olan ülkelere şizofrenili bireylerin geniş ve daha yakın aile bağlarının olması etkilidir (Karno ve Jenkins 1993). Bununla birlikte, gelişmemiş/gelişmekte olan ülkelerdeki hastaların ailelerinin düşmanca tutum, eleştirelilik ve aşırı müdahale (overinvolvement) ölçeklerinden gelişmiş ülkelere oranla daha düşük puan aldığı bulunmuştur (Hooley 2007). Ailelerin bu tutumu, hastalığın yineleme oranının düşmesine yardımcı olmaktadır. Hastalığın seyri konusundaki görüşler

zamanla değişse de ‘şizofreninin kaçınılmaz bir şekilde ilerleyici bir bozukluk olduğu’ şeklindeki genel inanın yerine artık yapılan araştırmalar ışığında ‘şizofreni hastalarının zamanla daha iyi bir işlevsellik düzeyine ulaştığı’ bilgisi kabul görmektedir (Nolen-Hoeksema 2011, Esen-Danacı ve diğ. 2018).

1.2. Şizofrenide Klinik Psikopatoloji

Psikozda beş ana belirti kümesi görülmektedir. Bunların dördü pozitif belirtiler olan sanrı, varsanı, dağınık (dezorganize) konuşma, dağınık veya olağandışı davranış, sonuncusu ise negatif belirtilerdir (Corvin 2011). Negatif belirtiler normalde olması beklenen istek, güdülenim, ilgi ve duyguların eksikliği şeklinde tanımlanmakta ve duygulanımda küntleşme, konuşmanın azalması, irade yitimi, istek kaybı, toplumsal çekilme gibi belirtileri kapsamaktadır (Andreasen 1982). DSM’de şizofreni için konulan tanı ölçütlerinde de bu belirtiler temel alınmıştır (American Psychiatric Association 2013). Hastaların belirti şiddetini belirlemek amacıyla geliştirilen ve alanda en yaygın kullanılan ölçek olan Pozitif ve Negatif Belirtiler Ölçeği’nde (PANSS) pozitif, negatif ve genel psikopatoloji olmak üzere üç belirti kümesinden bahsedilmektedir (Kay ve diğ. 1987). Belirtilerin hastalığın yetiyitimi düzeyini belirlemesinin yanı sıra hastaların işlevsellikleriyle de ilişkili olduğu belirtilmiştir (Erol ve diğ. 2009, Valencia ve diğ. 2015).

Özellikle negatif belirtiler şizofreni hastalarında daha düşük işlevsel çıktı ve işlevsellik düzeyiyle ilişkili bulunmuştur (Galderisi ve diğ. 2012, Köhler ve diğ. 2016). Pozitif belirtilere göre negatif belirtilerin işlevsellikle daha yüksek ilişkili olması ve toplumsal yaşamı daha fazla bozmasının, daha kalıcı ve inatçı olması ve daha zor tedavi edilmesinden kaynaklandığı düşünölmektedir (Strauss ve diğ. 2010). Pozitif ve negatif belirtilerin zaman içerisindeki değişimi ise hastalığın yapısına göre ve kişiden kişiye değişim göstermektedir. Bununla beraber, belirtilerin hastalığın ilk beş yılında daha belirgin olduğu, sonraki yıllarda görece dengelendiğinden bahsedilmektedir (Lang ve diğ. 2013). Belirti ve hastalık seyrinde kültürler arası farklılığa dikkat çeken boylamsal çalışmalar yürütölmüş ve bazı Batılı olmayan (non-western) ölkelerde Avrupa ve Kuzey Amerika gibi Batı ölkelerine kıyasla şizofrenide belirti seyrinin daha iyi sonuçlandığı saptanmıştır (Lin ve Kleinman 1988). Her ne kadar belirti seyri değişse de psikopatoloji ve işlevsellik arasındaki ilişki kültürler arası çalışmalarda farklı düzeylerde ortaya konmuştur (Malla ve Payne 2005, Lopez-Diaz 2016).

Belirtilerin zaman içerisindeki değişimi, hastalığın seyrine başlı başına yön vermenin yanı sıra, şizofreninin diğer bileşenleri arasındaki ilişkileri de etkilemektedir. Bununla birlikte, etkileşimin hangi bileşenden kaynaklandığıyla ilgili alanyazında farklı açıklamalar

görülmektedir. Kimi çalışmalar, şizofreninin klinik belirtilerinin ve özellikle negatif belirtilerin işlevsellik üzerinde doğrudan bağıntısına değinmiş (Erol ve diğ. 2009, Hochstrasser ve diğ. 2018), kimi ise bu ilişkinin bilişsel yetiler tarafından etkilendiği ve aracı değişken olarak yönlendirildiğini bulgulamıştır (Green ve diğ. 2004).

1.3. Şizofrenide Toplumsal İşlevsellik

İşlevsellik genel anlamda bireyin kendine bakabilmesi, çevresiyle olan etkileşimi, iş, toplumsal etkinlikler ve eş, aile ve arkadaşlarıyla olan ilişkileri gibi alanlarda tanımlı olan rollerini yerine getirebilmesini kapsamaktadır (Moos ve diğ. 2000). Özellikle kişinin özbakım ve günlük yaşam alışkanlıklarını sürdürebilmesi, bağımsız yaşayabilmesi ve doyurucu kişiler arası ilişkilerle toplumda etkin rol almasını kapsayan toplumsal işlevsellik sağlıklı yaşam için aranan ölçütlerden biri olduğu gibi süreğen ruhsal hastalıklarda bozulan alanların başında yer almaktadır (Lieberman 2008). Şizofreni, çoğu kişide topluma katılacakları ve katkı sağlayacakları evre olan ergenliğin geç dönemi veya erken yetişkinlik dönemlerinde ortaya çıktığından toplumsal yaşamı olumsuz yönde etkilemektedir. Hastaların özellikle aktif belirtili dönemlerinde düşünce ve konuşmaları dağınık olmakta, gerçeklikle bağı kopmakta ve özbakım alışkanlıklarını yerine getirme becerileri bozulmaktadır (Schultz ve diğ. 2007). Bu durum hastalığın da etkisiyle eğitim, iş, kariyer ve aile içi yaşantılarını sağlıklı bir şekilde devam ettirmelerine engel olmaktadır. Hastalığın süreğen seyri, devamlı tedavi ihtiyacı ve negatif belirtiler hastaların dengeli bir toplumsal yaşam sürmelerini güçleştirmektedir (Mueser ve Terrier 1998).

Şizofrenide toplumsal işlevselliği yordayan etmenler üzerine çalışmalar yürütülmüş ve bir çalışmada yüksek eğitim düzeyi, negatif belirtilerin azlığı ve yüzde dışavuran duyguların tanınmasının anlamlı olarak toplumsal işlevselliği yordadığı saptanmıştır (Erol ve diğ. 2009). Bununla birlikte, kronik şizofreni hastalarında hem işlevsel kapasiteyi hem de günlük yaşam yetilerini kapsayan gerçek-yaşam davranışlarını (kişinin gerçekte nasıl davrandığı/günlük yaşam performansı) etkileyen etmenlerin araştırıldığı bir çalışmada işlevsel kapasite ile gerçek-yaşam davranışları arasında bir ilişki bulunmamıştır. İşlevsel kapasitenin IQ tarafından yordandığı ve bilişsel yetilerle anlamlı bağıntısının olduğu belirtilmiştir. Günlük yaşam işlevselliğinin ise daha karmaşık olduğu ve eşduyum, duygu tanıma ve psikopatolojinin (klinik belirtiler) bu değişken üzerinde yordayıcı olduğu saptanmıştır (Bechi ve diğ. 2017). Toplumsal işlevselliğin öngörücülerinin araştırıldığı bir başka çalışmada, bilişsel işlevlerden dikkati sürdürmenin toplumsal işlevselliği en güçlü

yordayan etmen olduğu bulunmuştur. Etkileyen diğer etmenler ise zihin kuramı ve tikslenme duygusuna karşı duyarlılığın düşük olması şeklinde belirtilmiştir (Bae ve diğer. 2010).

Alanyazında, işlevselliğin ilişkili olduğu etmenler araştırılmış ve zekâ kaysayısının (IQ) işlevselliği öngördüğü, bununla birlikte; hastalık öncesi toplumsal uyum ve negatif belirtilerin işlevsellikle yakından ilintili olduğu saptanmıştır (Diaz-Caneja ve diğer. 2015). Hastaların işlevsellik ve klinik belirtileriyle ilgili görüş ve algılarının araştırıldığı bir çalışmada, hastalar klinik belirtilerinin zamanla iyileştiğini söylemelerine rağmen işlevsellik durumlarıyla ilgili ortak bir yargıya varamadıkları bulgulanmıştır (Shepherd ve diğer. 2012). Hastaların kimi şu anki işlevselliklerinin hedeflediklerinden daha düşük olduğunu belirtirken kimisi işlevsel olmak için çaba sarf ettiklerini ve gelecekte daha iyiye gideceklerine inandıklarını söylemiştir. Burada işlevselliğin nesnel ve öznel bileşenlerinin farklılaştığı görölmektedir. Klinisyenin değerlendirdiği nesnel genel işlevsellik düzeyiyle olumlu yönde ilişkili bulunan etmenler arasında ise kadın cinsiyet, çalışma durumu ve hastane yatış süresinin kısa olması bulgulanmıştır (Köhler ve diğer. 2016). Bunların yanı sıra, algılanan işlevselliğin içgörü ile yakından ilişkili olduğunu tartışan araştırmalar da bulunmaktadır (Mutsatsa ve diğer. 2006). İçgörüsü bozuk olan hastaların işlevsellik düzeylerini, özellikle bağımsız yaşam yetileri ve başarımlarını olduğundan daha yüksek algıladıkları saptanmıştır. Bu anlamda hasta beyanına dayalı işlevsellik ölçümlerinde hastanın içgörü düzeyini hesaba katmak çalışmanın güvenilirliği açısından önem taşımaktadır.

Bir başka çalışmada, pozitif ve negatif belirtilerin yanı sıra bilişsel işlev alanlarından sözel akıcılığın da etkili bir şekilde toplumsal işlevselliği yordadığı bulunmuştur (Santosh ve diğer. 2013). Benzer başka bir çalışmada işlevselliğin negatif belirtiler ve bilişsel işlevlerle bağıntılı olduğu; mesleki işlevselliğin çalışma belleği ve negatif belirtiler, bağımsız yaşamın sözel bellek puanı, toplumsal işlevselliğin ise sosyal biliş, dikkat ve negatif belirtiler tarafından yordandığı saptanmıştır (Shamsi ve diğer. 2011). Bir meta-analiz çalışmasında ise toplumsal işlevsellik ve sözel akıcılık arasında etki gücü yüksek bir ilişki bulunmuş, ayrıca toplumsal sorun çözmenin yürütücü işlevlerle bağıntılı olduğu, toplumsal becerilerin ise yürütücü işlevlerden çok dikkat ve dikkati sürdürmeyle ilişkili olduğu bulunmuştur (Fett ve diğer. 2011).

1.4. Şizofrenide Bilişsel İşlevsellik

Şizofrenide bilişsel yetiler Kraepelin zamanından beri araştırmacılar için ilgi odağı olmuştur. Hastaların biliş düzeyinde yıllar boyu gözlemlenen eksiklikler bu durumun hastalıkla birebir ilişkili olup olmadığı konusunda merak uyandırmıştır (Green ve Harvey 2014). Bilişsel bozukluklar, şizofreni belirtilerinden bağımsız olarak hastalığın yaygın görülen ana özelliklerinden biri olarak anılmaktadır (Galderisi ve diğ. 2009). Şizofreni hastalarının dikkat, bellek ve işlem hızı gibi temel bilişsel süreçlerinde bozukluklar olduğu bilinmektedir (Savla ve diğ. 2008). Şizofrenisi olmayan bireylerle karşılaştırıldığında şizofreni hastaları dikkatini odaklama ve sürdürmede daha fazla sorun yaşamaktadır. Ayrıca, bilgiyi bellekte tutup işlem yapmayı sağlayan çalışma belleğinde de bozukluklar belirgin olarak görülmektedir (Barch 2005). Hastaların yürütücü işlevler, dikkat, çalışma belleği ve bildirimsel (*declarative*) bellekte gösterdikleri başarımlar, sağlıklı bireylerin 1-2 standart sapma altında kalmaktadır (Bilder ve diğ. 2000). Dikkat ve işlem belleğindeki bu bozulmalar şizofreni hastalarının ilgili verilere dikkatini verip istenmeyen veya gereksiz bilgileri bastırmalarını güçleştirmektedir. Bunun sonucunda, zihinlerinde içinde buldukları duruma uygun ilgili bilgileri ayırt etmekte ve çevresel ve ilgisiz uyaranları göz ardı etmekte zorlanmaktadır (Nolen-Hoeksema 2011). Bu bilişsel bozukluklar hastada görülen sanrı, dağınık düşünce, dağınık davranış, varsanı ve irade yitimini de beslemektedir.

Hastanın bilinç düzeyine devamlı olarak dış dünyadan bilgi ve uyaranlar gelmekte fakat, gereksiz bilgiyi süzme mekanizmaları yeterince çalışmadığından hasta bilginin kaynağını belirleyememektedir. Bu durum, hastaların odaklanma, tutarlı düşünce yapısı ve konuşmaların akıcılığını sürdürmesini, basit ve temel düzeyde bir görevi yerine getirmesini veya gerçeği hayalden/düşlemden ayırt etmesini güçleştirmektedir. Sonuç olarak, toplumsal ilişkileri ve mesleki/akademik başarımları ciddi düzeyde etkilenmekte ve günlük işlevsellikleri bozulmaktadır (Bowie ve diğ. 2008). Hastanın bilincine akın eden düşünce ve algıları anlamlandırma sürecinde sanrı ve varsanılar da ortaya çıkabilmektedir (Beck ve Rektor 2005). Bilişteki bu bozulmalar henüz antipsikotik ilaç kullanmamış (*antipsychotic-naive*) ilk-atak hastalarda görüldüğü gibi (Bilder ve diğ. 2000, Saykin ve diğ. 1994), klinik anlamda düzelme döneminde (remisyonda) olan ve aktif belirtileri olan hastalarda da görülmektedir (Trivedi ve diğ. 2007).

Yapılan çalışmalar şizofreni hastalarındaki bilişsel bozulmaların şizofreni olmayan bireylerdekine göre daha fazla olduğu ve bu durumun farklı belirti düzeylerindeki hastalarda da geçerli olduğunu bulgulamıştır (Sum ve diğ. 2018). Klinik olarak dengede seyreden erkek

şizofreni hastalarında yapılan kontrollü bir çalışmada şizofreni hastalarının kontrol grubundan ve iki uçlu bozukluk hastalarından daha kötü bilişsel performans sergilediği ve bozukluğun daha yayılmış olduğu saptanmıştır (Altshuler ve diğ. 2004).

Bununla birlikte, bazı şizofreni hastalarının bilişsel yetilerinin kontrol grubundan farklı olmadığını bulan çalışmalar da bulunmaktadır (Bryson ve diğ. 1993, Golden ve diğ. 1982). Hasta ve kontrollere körleme nöropsikolojik test (NPT) uygulandığı bir çalışmada hastaların %11'inin hiçbir bilişsel alanda bozukluk göstermediği ve NPT sonuçlarının kontrollerden farklı olmadığını saptanmıştır (Palmer ve diğ. 1997). NPT'si normal ve bozuk olan hastalar arasında nüfus bilgileri açısından anlamlı fark bulunmazken; NPT'si normal olan hastaların daha az negatif ve ekstrapiramidal belirtileri olduğu, daha az antikolinergik ilaç aldığı, daha fazla sosyalleştiği ve yakın zamandaki hastane yatış sayısının daha az olduğu saptanmıştır. Bununla beraber, bu konuda yapılan bir diğer çalışmada hastaların çok az bir kısmının bilişsel testlerinde normal başarımlar gözlendiği ve bu hastaların da aslında bilişsel yetilerinde hastalık öncesi döneme göre düşüş olduğu bulgulanmıştır (Heinrichs ve Zaksanis 1998). Şizofreni hastalarının normal kontrollerle karşılaştırıldığı körlemesine yapılan başka bir çalışmada da hastaların %27'sinin NPT sonuçlarının normal olduğu bulunmuş ve araştırmacılar, hastaların güdülenim eksikliği ve teste olan ilgisizliğinin de başarımlarını etkileyen önemli etmenler olduğunu vurgulamışlardır (Lezak ve diğ. 2004). Alanda yapılan güncel çalışmalar, hastaların çoğunda yaygın bilişsel bozukluklar görüldüğünü kanıtlamaktadır (Bowie ve diğ. 2018, Mollon ve diğ. 2019).

Bilişsel işlevlerdeki bu eksiklikler şizofreni hastalarının yanı sıra ailelerinde de görülebilmektedir. Şizofreni belirtileri göstermeseler bile, hastaların birinci derece yakınlarında bu bilişsel bozuklukların çoğu daha az şiddette gözlenebilmektedir (Snitz ve diğ. 2006). Bu durum kalıtımın etkisini öne çıkarır niteliktedir. Ayrıca, şizofreni tanısı alan hastalarla yapılan boylamsal çalışmalar hastaların çoğunda bilişsel sorunların henüz hastalığın ivedi belirtileri ortaya çıkmadan görülmeye başlandığını saptamış (Cornblatt ve Keilp 1994, Tsuang ve Faraone 2002) ve bu bozulmaların hastalığın seyri boyunca ilerleme göstermediğini bulgulanmıştır (Cannon ve diğ. 2003). Bilişsel bozulmaların şizofreni için erken uyarıcı işaretler olabileceği ve diğer belirtilerin gelişmesini desteklemiş olabileceği söylenmekte (Gur ve diğ. 2007), yetiyitimini ise fazlaca artırdığı ortaya konmaktadır (Green ve diğ. 2000). Bu durum, şizofrenideki bilişsel bozukluğun hastalık belirtilerinin sonucunda ortaya çıkmanın ötesinde, klinik durumdan bağımsız olarak var olduğu ve süreğen biçimde seyrettiği görüşünü desteklemiştir (Casey ve diğ. 2000).

Şizofreni hastalarına uygulanan ölçünlü (standart) bilişsel testlerde dikkat, dikkati sürdürme, yürütücü işlevler, dil becerisi, bilgi işleme, bellek, soyutlama, sözel öğrenme ve sözel akıcılık alanlarında belirgin bozukluklar saptanmıştır (Heinrichs ve Zaksanis 1998, Mohamed ve diğ. 1999, Altshuler ve diğ. 2004, Bhattacharya 2015). Araştırmacılar, bilişsel bozuklukların öngörücülerini saptayabilmek adına çeşitli çalışmalar yürütmüş ve pek çok etmenin bağıntılı olduğunu saptamıştır. Toplumsal işlevsellik düzeyi, bağıntılı bulunan bu etmenlerden biridir (Bora ve diğ. 2006, Chan ve diğ. 2016). Bilişsel yetilerdeki bozukluğun toplumsal işlevsellikle yakından ilişkili olduğu kanısı, alanda yapılan pek çok çalışmanın çıkış noktası olmuştur (van Beilen ve diğ. 2003). Şizofreni hastalarında dikkati odaklama ve sürdürme, yürütücü işlevler, sözel öğrenme ve sözel bellek gibi alanlarda görülen belirgin bozukluk hastaların kişiler arası ilişkiler, problem çözme, günlük yaşam etkinlikleri, çalışma/akademik yaşam gibi alanlarda zorlanmalarıyla ilişkilendirilmektedir (Couture ve diğ. 2006, Santosh ve diğ. 2013). Bir başka çalışmada ise bilişsel alanlardan yalnızca yürütücü işlevlerin toplumsal işlevlerle bağıntılı olduğunu saptamıştır (Fiksinski ve diğ. 2019).

Klinik belirtilerin bilişsel işlevlerle olan ilişkisi sinirbilimsel çalışmaların bir diğer araştırma konusu olmuştur (Holthausen ve diğ. 1999). Psikotik belirtilerdeki değişimin dikkat ve bellek üzerindeki etkisini araştıran bir çalışmada, şizofreni hastalarının atak dönemindeki dikkat, bellek ve yürütücü işlev puanlarının belirtilerinin yatıştığı döneme göre anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır (Yiğittürk ve diğ. 2017). Bu noktada, bilişsel işlevlerle klinik belirtiler arasındaki negatif ilişkiden ve klinik belirtilerin kontrol altında tutulmasının bilişsel yıkımın ilerlemesinin önlenmesi bakımından önemli olduğundan bahsedilebilir. Bir başka boylamsal çalışmada ise bilişsel işlevlerin yalnızca negatif belirtilerle ilişkili olduğuna vurgu yapılmıştır (Bergh ve diğ. 2016). Bununla birlikte hem pozitif hem de negatif belirtilerin NPT üzerinde önemli yordayıcılar olduğunu belirten çalışmalar bulunmaktadır (Jerrel ve Hrisiko 2012). Genel anlamda bilişsel işlevleri en güçlü yordayan belirti grubunun negatif belirtiler olduğu alanyazındaki çalışmalarca ortaya konmuştur (Wolkin ve diğ. 1992, Hughes ve diğ. 2003). Bununla birlikte, şizofrenideki bilişsel bozulmaların negatif belirtilerle olan ilişkisinin görece zayıf olduğu ve ikisi arasında belirtilerin boylamsal değişimini açıklayabilecek net bir bağlantının olmadığını ortaya koyan çalışmalar da bulunmaktadır (Buchanan ve diğ. 1994, Harvey ve diğ. 2006). Bazı çalışmalarda ise belirtilerin yanı sıra kullanılan antipsikotiklerin de biliş üzerinde etkisinin olduğu ve klinik durumla bilişsel yetiler arasındaki ilişkiyi yönlendirebileceği

söylenmektedir. Nöroleptik ilaç kullanımıyla bilişsel bozulmanın azaldığını ortaya koyan çalışmalar olmakla birlikte (Spaulding 1999, Kayahan ve diğ. 2004), bazı araştırmacılar antikolinergik ilaçların bilişsel işlevler üzerinde olumsuz etkisinin olduğu, antipsikotik ve antiparkinson ilaçların ise motor hız ve bellek işlevlerinde bozulmaya neden olduğunu saptamıştır (Heaton ve diğ. 1994). Genel görüş ise antipsikotik ilaçların biliş üzerindeki iyileştirici etkisinin minimal düzeyde olduğu yönündedir (Keefe ve diğ. 2007).

Biliş ve işlevsellik üzerine yürütülen çalışmalar, aralarındaki bağlantının ne düzeyde ve nasıl olduğu üzerinde durulması gerektiğinden bahsetmektedir (Green ve Harvey 2014). Araştırmacılar, gerçek yaşamda işlevselliğe tüm bilişsel alanların etki etmediği, asıl etkili olan alanların belirlenmesinin müdahale çalışmalarında belirleyici olacağını söylemişlerdir.

1.5. Şizofrenide İzlem Çalışmaları

Şizofrenide klinik psikopatoloji, bilişsel işlevler ve toplumsal işlevselliğin ayrı ayrı incelendiği kesitsel çalışmaların yanı sıra uzunlamasına (longitudinal) çalışmalar da bulunmaktadır. Yapılan 5 yıllık bir izlem çalışmasında, iki uçlu bozukluk ve şizofreni hastalarının bilişsel işlevleri ve işlevsel çıktıları incelenmiş ve her iki grupta da sağlıklı kontrole kıyasla bilişsel yetiler ve toplumsal işlevlerde bozukluk görüldüğü fakat bu bozulmanın ilerleyici olmadığı, stabil seyrettiği bulgulanmıştır (Jiménez-López ve diğ. 2019).

Şizofreni yelpaze bozukluklarında bilişsel işlevselliğin seyrini ve öngörücülerini araştıran 10 yıllık boylamsal bir çalışmada; bilişsel işlevlerin takip süresince stabil kaldığı, hastalık belirtilerinin ise genel olarak iyileştiği belirtilmiştir (Bergh ve diğ. 2016). Bilişsel işlevlerdeki bozukluğun öngörücüleri olarak ise erkek cinsiyet, işsizlik, hastalık öncesi başarımın düşük olması ve hastalığın başlangıç yaşının geç olması bulunmuştur. Bununla birlikte, uzun dönemde azalan negatif belirtilerin işlem hızı ve yürütücü işlevlerin iyileşmesiyle bağlantılı olduğu saptanmıştır. Liseyi bitirmiş olmak ve erken dönemde tedavi almış olmak da beklenildiği gibi bilişsel işlevlerle pozitif ilişkili bulunmuştur.

Biliş ve işlevsellik arasındaki ilişkiyi inceleyen uzunlamasına çalışmaların analiz edildiği bir araştırmada, bilişsel değerlendirilmenin uzun vadede işlevselliği öngördüğü ve bilişsel bozukluklar için yapılacak psikofarmakolojik müdahaleler için uygun bir zemin oluşturduğu sonucuna varılmıştır (Green ve diğ. 2004). Araştırmacılar ayrıca işlevsellik ve biliş arasındaki ilişkinin açıkça ortaya konduğunu, fakat toplumsal işlevselliğin ayrıca biliş dışında klinik çalışmalarda dikkate alınmayan başka etmenlerden (ör. psikososyal/ruhsal rehabilitasyon, eğitim ve mesleki olanaklar) de etkilendiğini açıklamışlardır.

Bir başka takip çalışmasında, bilişsel ve toplumsal yetiler incelenmiş ve başlangıç testlerinde sözel bellek ve yürütücü işlevlerin toplumsal sorun çözme yetileriyle anlamlı olarak ilişkili olduğu saptanmıştır. Bilişsel işlevlerle toplumsal işlevsellik arasında ise anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ölçek puanlarının zaman içindeki değişimini ve bilişsel testlerin öngörücü etkisini araştırmak amacıyla 2,5 yıl sonra yalnızca işlevsellik ve sorun çözme testleri tekrarlanmış ve pozitif belirtilerin, toplumsal işlevselliğin ve sorun çözme becerilerinin sabit kaldığı, negatif belirtilerinse azaldığı görülmüştür. Bilişsel işlevlerin toplumsal işlevsellik üzerinde yordayıcı etkisi bulunmazken biliş alanlarından sözel bellek ve dikkati sürdürmenin sorun çözme yetilerini anlamlı olarak öngördüğü saptanmıştır. Biliş ve toplumsal ilişki arasındaki bağıntı ise kararlılığını korumuştur (Addington ve Addington 2000).

İlişkisel bir araştırmada, toplumsal işlevselliğin pozitif ve negatif belirtiler ve bilişsel işlevlerle zayıf-orta düzeyde bağıntılı olduğu bulunmuştur (Mohamed ve diğ. 2008). Bilişsel ve toplumsal işlevsellik arasında bazı çalışmalarda zayıf ilişkiler bulunmuş olsa da bilişsel işlevlerin toplumsal işlevselliğin en iyi yordayıcısı olduğunu saptayan çalışmalar azımsanmayacak düzeydedir (Kurtz 2011, Lepage ve diğ. 2014, Rajji ve diğ. 2014).

Ülkemizde klinik psikopatoloji, toplumsal işlevsellik ve biliş üzerine yürütülen çalışmalar kısıtlı ve kesitsel olma eğilimindedir. Bir doğal izlem çalışmasında, hastalar iki ay boyunca izlenmiş ve yalnızca ilaç kullanımı ve biliş araştırılmıştır. İzlem sonunda negatif belirtiler ve bilişsel işlev puanlarında iyileşme görülmüştür (Kayahan ve diğ. 2004). Yürütülen bir yıllık izlem çalışmasında, 6. ve 12. ayın sonunda klinik (psikotik) belirtilerde anlamlı azalma saptanmıştır. Bu çalışmada antipsikotik türlerine göre iyileşme düzeyi incelenmiş ve hem klasik hem atipik antipsikotiklerin belirtilerde iyileşme sağladığı fakat atipik antipsikotiklerin izlem süresinde daha etkili olduğu bulgulanmıştır (Amuk ve diğ. 2004). Bu alanda yapılan izlem çalışmalarında genellikle uygulanan tedavinin etkisi ölçülmüş (Sönmez 2009, Arslan ve diğ. 2015), ilişki inceleyen diğer çalışmalar ise kesitsel düzeyde kalmıştır (Yurdakul 2015, Çelikbaş ve Ergün 2018). Ülkemizde doğal izlemde klinik, biliş ve işlevsellik arasındaki ilişkiyi birlikte inceleyen ve bu ilişkinin zaman içerisindeki değişkenliğini araştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır.

2. AMAÇ

Şizofreni hastalarında klinik durum, belirti düzeyi ve işlevselliğin zaman içerisindeki değişiminin belirlenmesi bu doğrultuda uygulanacak tedavilerin etkililiği ve uygun yöntemin seçilmesi açısından önem taşımaktadır. Bununla birlikte, bilişsel işlevlerin klinik psikopatoloji ve toplumsal işlevsellikle ilişkili olduğu bilinmekte, bilişsel yetiler değerlendirilmeden işlevsellikte ve klinik seyirde gözlenen değişimin yorumlanmasının yanıltıcı olabileceği düşünülmektedir. Bu bağlamda şizofrenide klinik belirtiler, bilişsel yetiler veya toplumsal işlevselliği ayrı ayrı değerlendiren kesitsel çalışmalar bulunmakta fakat aralarındaki ilişkiyi daha sağlıklı değerlendirebilmek için uzunlamasına çalışmaların gerekliliği ortaya konmaktadır. İzlem çalışmalarının artması ve tekrarlanması bu değişkenlerin anlaşılması ve süreğenliliğinin saptanması açısından önem taşımaktadır. Yurtdışı örnekleri görülen ve üç değişkeni birlikte izleyip değerlendiren bu tür izlem çalışmaları ülkemizde yapılmamıştır.

Bu çalışmada, şizofreni hastalarında klinik psikopatoloji (belirti ve hastalık şiddeti), toplumsal işlevsellik ve bilişsel işlevler arasındaki ilişkiyi belirlemek ve aralarındaki ilişkinin 1 yıllık izlemde kararlılığını (stabilite) saptamak amaçlanmıştır.

3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, boylamsal (uzunlamasına) bir izlem çalışmasıdır. Gözlemsel nitelikte olan bu çalışma ilişkisel (korelasyonel) araştırma türündedir. Katılımcılara bir yıllık izlem boyunca herhangi bir müdahale uygulanmamış, düzenli tedavi takipleri sağlanan hastaların izlem öncesi ve sonrasındaki ölçümleri arasında karşılaştırma yapılmıştır.

3.2. Araştırma Yerinin Seçimi

Araştırma, hasta topluluğuna erişim kolaylığı nedeniyle Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri polikliniğinde Şubat 2018 – Mayıs 2019 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

3.3. Araştırma Evreni ve Örnekleme

Çalışmanın evreni Kocaeli’de yaşayan şizofreni ve şizoaffektif bozukluk (ŞAB) tanılı hastalardan oluşmaktaydı. Ulaşılabilir evren olarak Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreni hastaları belirlendi. Örneklem, belirlenen tarihler arasında Kocaeli Üniversitesi Psikiyatri polikliniğine ayaktan başvuran şizofreni ve şizoaffektif bozukluk tanılı hastalardan, seçkisiz olmayan örnekleme biçimlerinden amaçlı örnekleme yöntemiyle belirlediğimiz ölçütleri karşılayanlar arasından seçildi.

Çalışmaya katılma ölçütleri:

- DSM-5’e göre şizofreni veya şizoaffektif bozukluk tanısı almış olma,
- 18-55 yaş aralığında olma,
- Klinik Genel İzlenim-Şiddet (KGI-Ş) puanı 5 ve altında olması,
- En az ilkokul mezunu olma

Dışlama ölçütleri:

- Okuma ve anlamayı etkileyecek düzeyde bir dil sorunu olması,
- Zekâ geriliği olması,
- Yetiyetimine neden olacak düzeyde nörolojik bir hastalığın bulunması,
- Alkol veya madde bağımlılığı bulunması,
- Son 6 ayda elektrokonvülsif tedavi (EKT) almış olması şeklinde belirlenmiştir.

Başlangıçta belirtilen ölçütleri karşılayan hastalardan araştırmaya katılmaya onam veren 52 hasta çalışmaya dahil edildi. İlk testleri yapılan hastalardan 4 tanesi bir yıllık izlem sürecinde atağa girmesi, 1 tanesi poliklinik takibinden düşmesi, 5’i tekrar test için belirlenen tarihlerde poliklinik randevularına ve takibe gelmemesi ve 2’si tekrar test yapmayı

reddetmesi nedeniyle son testleri uygulanamadı. Böylece toplam 12 hasta çalışmadan düştü. Araştırma, her iki ölçümü de gerçekleştirilen toplam 40 hastayla tamamlandı.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Bu araştırmanın değişkenleri şizofreni tanısı olan bireylerin klinik belirtileri, toplumsal işlevsellikleri ve bilişsel işlevleriydi. Belirlenen değişkenler arasındaki ilişkinin iki zaman aralığındaki sabitliği ve değişimi araştırıldığından zaman (1 yıllık süre) bu çalışmanın bağımlı değişkeniydi.

3.5. Araştırmada Kullanılan Terim, Sınıflandırma, Yöntem ve Ölçütler

Araştırmada kullanılan terimler ve istatistik verileri, bilimsel araştırmalarda kullanılmak üzere APA (*American Psychological Association*) tarafından onaylanan terimlerdir. Sınıflandırmada ise DSM'de yer alan ölçütler kullanılmıştır (American Psychiatric Association 2013).

3.6. Araştırmada Kullanılan Ölçekler

3.6.1. Nüfus ve Klinik Bilgi Belgesi (NKB)

Hastanın nüfus ve klinik bilgilerinin sorgulandığı belge araştırmacı tarafından oluşturuldu. Hastanın doğum tarihi, yaşı, cinsiyeti, başarıyla tamamladığı eğitim yılı, çalışma durumu, tanısı, medeni durumu, hastalığının başlangıç yaşı, hastalığının süresi, toplam hastane yatış sayısı ve süresiyle ilgili bilgiler hastadan alındıktan sonra doktoru ve/veya bir yakınından teyit edildi. Formdaki bilgilerin alınması için hastayla yapılan görüşme yaklaşık 5 dakika sürmüştür.

3.6.2. İşlevsel Değerlendirme

3.6.2.1. Toplumsal İşlevselliğin Değerlendirilmesi Ölçeği (TİDÖ)

Kocaeli Üniversitesi Ruhsal Rehabilitasyon birimi tarafından geliştirilen ve toplumsal işlevselliği ölçmeyi amaçlayan ölçek 19 maddeden oluşmaktadır (Yıldız ve diğ. 2018). Dört alt boyutu olan ölçeğin ilk 7 maddesi Özbakım, 8-14. maddeler Kişilerarası İlişkiler ve Eğlenti, 15-18. maddeler Bağımsız Yaşam ve 19. madde Çalışma boyutunu oluştırmaktadır. Her soruda üç seçenek olup seçenekler 1-3 arasında puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 19, en yüksek puan 57'dir. Yüksek puan, yüksek düzey toplumsal işlevsellik anlamına gelmektedir. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,84 bulunmuştur.

Görüşmeci, hasta yakını ve hasta tarafından doldurulabilen ölçek bu çalışmada hasta ve yakını ile görüşülerek araştırmacı tarafından dolduruldu. Ölçeğin toplam uygulama süresi ortalama 7-8 dakikadır.

3.6.2.2. İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi (İGD)

İGD, Bireyin hastalık belirtilerinin günlük yaşama etkisini göz önünde bulundurarak genel işlevselliğini değerlendiren bir ölçektir. Bir uzman tarafından, 0-100 arasında bir değer verilerek kişinin genel işlevselliği puanlanmaktadır. Onlu değerlendirme basamaklarına bölünmüş olan ölçekte gerekli görüldüğü takdirde ara değerler kullanılmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puan, işlevselliğin yüksek olduğunu göstermektedir (American Psychiatric Association 1994). Bu çalışmada İGD, hastanın psikiyatrik takibini yapan klinisyen tarafından uygulandı.

3.6.3. Klinik Değerlendirme

3.6.3.1. Pozitif ve Negatif Belirtiler Ölçeği (PANSS)

Kay ve arkadaşları tarafından geliştirilen Pozitif ve Negatif Belirtiler Ölçeği, yedili değerlendirme sistemi bulunan 30 maddelik bir klinik belirti ölçeğidir. Pozitif, negatif ve genel psikopatoloji alt boyutlarından oluşmaktadır. Klinisyen tarafından uygulanan ölçekten alınan yüksek puanlar belirtilerin şiddetli olduğuna işaret etmektedir (Kay ve diğ. 1987). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Kostakoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Kostakoğlu ve diğ. 1999). Bu çalışmada PANSS, hastaların poliklinik takibini gerçekleştiren klinisyen tarafından uygulandı.

3.6.3.2. Klinik Genel İzlenim – Şiddet (KGİ-Ş)

Guy tarafından geliştirilen Klinik Genel İzlenim Ölçeğinin Şiddet alt-ölçeği kullanıldı. Klinisyen tarafından doldurulan bu ölçekte bireyin hastalık şiddeti 1 ila 7 arasında puanlanır. 1 “hasta değil”, 2 “sınırdaki mental işlevsellik”, 3 “hafif düzeyde hasta”, 4 “orta düzeyde hasta”, 5 “belirgin düzeyde hasta”, 6 “şiddetli düzeyde hasta” ve 7 “en şiddetli düzeyde hasta” anlamına gelmektedir (Guy 1976). KGİ, bu çalışmada hastaların klinik takibini gerçekleştiren klinisyen tarafından puanlandı.

3.6.4. Bilişsel Değerlendirme

Bu çalışmada bilişsel işlevler beş alanda değerlendirildi. Bilişsel alanlar ve bu alanları ölçmek için kullanılan nöropsikolojik testler Çizelge 3.1’de verildi. Dikkat ve Çalışma Belleği, Yürütücü İşlevler ve İşlem Hızı alanları için iki bilişsel test kullanılırken Sözel Bellek için yalnızca Mantıksal Bellek testi, Sözel Akıcılık içinse Kontrollü Kelime Çağrışım testi uygulandı. Birden çok testin uygulandığı alanların toplam puanını hesaplamak için alt alandaki testlerden alınan puanlar z-puanına dönüştürülüp her biri için bileşik puan hesaplandı.

Çizelge 3.1. Bilişsel İşlevsellik Alanları ve Kullanılan Ölçekler

Bilişsel Alan	Nöropsikolojik Test
Dikkat ve Çalışma Belleği	İleri ve Geri Sayı Menzili (Wechsler Bellek Ölçeği)
Sözel Bellek	Mantıksal Bellek (Wechsler Bellek Ölçeği)
Yürütücü İşlevler	Stroop Testi Wisconsin Kart Eşleme Testi
Sözel Akıcılık	Kontrollü Kelime Çağrışım Testi (K-A-S harfleri)
İşlem Hızı	İz Sürme Testi – A ve B formları

3.6.4.1. Dikkat ve Çalışma Belleği

Sayı Menzili Testi

Wechsler Bellek Ölçeğinin alt testlerinden biridir (Wechsler 1987). BİLNOT bataryası kapsamında Türkçe'ye kazandırılmıştır (Karakaş 2006). İleri Sayı Menzilinde; kişiden sesli okunan rakamları aynı sırayla tekrar etmesi istenir. Üç adet rakamdan başlanır ve bildikçe sayı dizileri arttırılır. Rakam sıralamasını doğru olarak tekrarlayabildiği en son dizilim kişinin ileri sayı menzili olarak kaydedilir. İleri sayı menzili, basit dikkati ve kısa süreli bellek kapasitesini ölçmektedir.

Geril Sayı Menzilinde, 2 adet rakamdan başlayarak farklı sayı dizileri okunur ve bu sefer okunan rakamların sırasını sondan başa doğru tekrarlaması istenir. Kişi bildikçe sayı dizisi rakamları arttırılır ve doğru tekrarladığı son dizi geril sayı menzili olarak kaydedilir. Bu test çalışma belleğini ölçmektedir.

3.6.4.2. Sözel Bellek

Mantıksal Bellek Testi

Wechsler Bellek Ölçeğinin alt ölçeklerinden biri olan Mantıksal Bellek (hikâye izleme) testinin A formu kullanılmıştır (Wechsler 1987). Yedi cümlelik kısa bir hikâyeden oluşan test bireyin anlık ve uzun süreli belleğini ölçmektedir. Hikâye, uygulayıcı tarafından kişiye bir kez okunur ve aklında kaldığı kadarıyla hikâyeyi anlatması istenir. Hastanın hikâyede geçen ve önceden belirlenmiş 25 maddeden kaç tanesini hatırladığı anlık bellek puanı olarak kaydedilir. 20-25 dakika sonra hikâyeyi tekrar anlatması istenir ve 25 madde üzerinden alacağı puan uzun süreli bellek puanı olarak kaydedilir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması BİLNOT bataryası kapsamında gerçekleştirilmiştir (Karakaş 2006). Bu çalışmada, kendiliğinden bellek puanı değerlendirilmeye alınmıştır.

3.6.4.3. Yürütücü İşlevler

Stroop Testi

İlk versiyonu Stroop tarafından geliştirilen test çeldirici uyararı bastırma, dürtüsellik ve bozucu etkiye direnç göstermeyi ölçmektedir (Stroop 1935). Hastadan önce siyah renkle yazılmış bir dizi renk kelimelerini okuması istenir. Daha sonra renkli dikdörtgen kümelerinin renklerini söylemesi istenir. Ardından, renkli yazılmış renk isimlerini okuması ve son olarak da renkli yazılmış renk isimlerinin renklerini söylemesi istenir. Her bir bölümde süre tutulur. Yaptığı yanlış ve kendiliğinden düzeltmeler kaydedilir. Sonuncusunda tamamladığı süreden renkli kelimelerin renklerini söylediği süre çıkartılıp bozucu etkiye karşı koyma (enterferans) süresi belirlenir. Bu sürenin az olması bozucu etkiye karşı koyabildiğini göstermektedir. Farklı çeşitleri olan testin Türkçe geçerliği bulunmaktadır (Karakas ve diğ. 1999). Bu çalışmada bozucu etki ve hata sayısı değerlendirmeye alınmıştır.

Wisconsin Kart Eşleme Testi (WKET)

Berg tarafından geliştirilen ve Heaton tarafından günümüzdeki son haline getirilen WKET soyutlama becerisi, kavramsallaştırma, karmaşık dikkat becerileri, sorun çözme, kategori oluşturma, mental esneklik ve geri bildirimlerden faydalanma yetilerini ölçmektedir (Berg 1948, Heaton 1981). BİLNOT Bataryası kapsamında Türkçe'ye uyarlanan testte kişiden 64'er 2 deste kartı, önüne konulan dört referans kartına uygun biçimde eşleştirmesi istenir. Kişi eşleştirme yaptıkça uygulayıcı tarafından aldığı 'Doğru' veya 'Yanlış' yönergeleriyle kartların yerleştirilmesinde uygulanan kuralı bulmaya çalışır. Toplam 6 kategoriden oluşmakta ve kişi en fazla 128 kart denemesi yapabilmektedir. Bu testte tamamlanan kategori sayısı, perseveratif hata yüzdesi ve kavramsal düzey tepki yüzdesi değerlendirilmeye alınmıştır.

3.6.4.4. Sözel Akıcılık

Kontrollü Kelime Çağrışım Testi

Harf veya ses (leksikal) akıcılığı olarak da bilinen çağrışım testi Newbombe tarafından geliştirilmiş ve Tumaç tarafından Türkçe'ye kazandırılmıştır (Newcombe 1969, Tumaç 1997). Kişinin bir dakika içerisinde kendisine söylenen harfle başlayan ne kadar anlamlı sözcük sayabildiğini ölçer. Kişiye birer dakika verilerek sırasıyla K, A ve S harfleriyle başlayan, özel isim harici, kelimeler söylemesi istenir. Burada kişinin dikkatini ve verilen yönergeye uyarak kelime haznesindeki bilgileri ne kadar hızlı çağırabildiği ölçülmektedir.

Bu çalışmada, K-A-S harflerinden tekrarsız söyleyebildiği anlamlı kelimelerin toplamı değerlendirilmiştir.

3.6.4.5. İşlem Hızı

İz Sürme Testi (A ve B formları)

İz Sürme Testi (İST) A ve B formlarından oluşmakta, psikomotor hız ve işlem hızını ölçmektedir (Reitan 1955). Türkçe geçerlik çalışması kapsamında testin B formuna orijinaline ek olarak Türk alfabesindeki ‘Ç’, ‘Ğ’, ‘İ’ harfleri eklenmiş (Cangöz ve diğ. 2009) ve bu versiyonuyla norm belirleme çalışması yapılmıştır (Türkeş ve diğ. 2015).

A formunda kişiden 1’den 25’e kadar olan rakamları sırayla birleştirmesi istenir. Kişinin başladığı andan bitirdiği ana kadar süre tutulur. B formunda ise A’dan İ’ye harf ve 1’den 13’e rakamlar karışık sunulmuştur. Hastadan 1’den başlayarak sırasıyla bir rakam bir harf şeklinde ilerleyerek rakam ve harfleri birleştirmesi istenir (1-A-2-B...). Başladığı andan bitirdiği ana kadarki tamamlama süresi kaydedilir. Bu testte A ve B formlarını tamamlama süreleri değerlendirilmiştir.

3.7. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın ilk verilerini toplama kısmı, bir yıl sonra tekrarlanmak üzere Şubat – Mayıs 2018 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Polikliniğe kontrole gelen hastalardan ölçütlere uygun olanlar belirlenip araştırma hakkında bilgilendirici görüşme yapıldı. Katılmaya onam veren hastalar bir poliklinik hekimi tarafından klinik olarak değerlendirildi. PANSS, KGİ ve İGD’si klinisyen tarafından puanlanan hastanın bilişsel ve toplumsal işlevselliği araştırmacı tarafından yapılan görüşme sonucu değerlendirildi. Ruhsal İyileştirim Test Odasında hastayla yaklaşık 35 dakika süren görüşmede NKB, TİDÖ ve bilişsel test bataryası uygulandı. Hastaya bu süre boyunca su ve yiyecek ikramında bulunuldu. TİDÖ’deki bilgiler hasta yakını ve/veya doktoruyla görüşülerek doğruluğu kontrol edildi.

Bir yıllık süre boyunca çalışmaya katılan hastaların poliklinikten takipli doktorundan genel durumlarıyla ilgili bilgi edinildi, bu süreçteki ilaç takipleri ve atak durumları öğrenildi. Bir yıl sonraki ölçümler için Ocak 2019 ayında hastalarla tekrar iletişime geçildi. İzlem sonunda atağa girmiş olan ve ilaç alımını bırakan hastalar çalışmadan düşürüldü. İlk testinden sonra bir yılı dolduran ve tekrar test yapmaya onay veren hastalarla Şubat – Mayıs 2019 ayları arasında aynı hekim ve araştırmacı tarafından tekrar-testler uygulandı.

3.8. Alınan Etik Kurul Onayı Yeri ve Numarası

Çalışmayı yürütebilmek için etik kurul izni Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan alınmıştır. Kurul karar nu: KÜ GOKAEK 2018/2.7. Proje nu: 2018/5.

3.9. İstatistiksel Analiz ve Veri Çözümleme

Veriler SPSS 21.0 programıyla analiz edildi. Hastaların nüfus ve klinik bilgileri tanımlayıcı istatistik yöntemiyle ortalama ve yüzde biçiminde belirtildi.

Normal dağılım için *normality plots* ile örneklem sayısının 50'den az olması nedeniyle Shapiro-Wilk değerleri incelendi. İlişkisel analizlerde normal dağılım gösteren değişkenlerle Pearson, normal dağılmayanlarla Spearman bağıntı analizi kullanıldı. Grup içi karşılaştırmalarda Paired-sample t-test ve Wilcoxon Sıralı Diziler Testi, ön-test ve son-test karşılaştırmalarında ise Mann-Whitney U testi kullanıldı. Tanı grupları ve hastalık sürelerine göre ön-test son-test karşılaştırması yapmak için Two-way Mixed-ANOVA uygulandı.

4. BULGULAR

4.1. Hastaların Nüfus ve Klinik Bilgilerine İlişkin Bulgular

Polikliniğe ayaktan tedavi için başvuran şizofreni ve şizoaffektif bozukluk tanılı hastalarla Şubat 2018 – Mayıs 2019 tarihleri arasında gerçekleştirilen bu çalışmaya 52 hastayla başlanmış; fakat 12 hastanın atak geçirme, takipten düşme ve tekrar-test yapmayı reddetmeleri gibi gerekçelerle çalışmadan düşmesi nedeniyle 40 hasta ile tamamlanmıştır.

Çalışmayı tamamlayan hastaların 30'u (%75) şizofreni, 10'u (%25) şizoaffektif bozukluk tanılı idi. Çoğu erkek (%67,5) ve bekar (%72,5) olan hastaların yaş ortalaması 33, eğitim seviyesi ortalama 12 yıl, hastalık başlangıç yaşı 23, ortalama hastalık süresi 10 yıl, hastane yatış sayısı 2 ve toplam hastanede yatış süresi 62 gün idi. Hastaların yarısı işsiz (%50), 8'i çalışmakta (%20), 2'si (%15) öğrenci ve 2'si (%15) de malulen emekliydi. Hastaların nüfus ve klinik bilgileri Çizelge 4.1'de verildi.

Çizelge 4.1. Hastaların nüfus ve klinik bilgileri (N=40)

	Ortalama \pm SS	Aralık	Sayı (Yüzde)
Yaş*	33,08 \pm 8,91	21-54	
Eğitim	11,93 \pm 2,98	5-17	
Hastalığın başlangıç yaşı	23,23 \pm 6,34	15-45	
Hastalığın süresi*	9,68 \pm 6,09	2-26	
Hastaneye yatış sayısı	2,05 \pm 1,58	0-6	
Toplam hastanede yatış süresi/gün	62,00 \pm 59,49	0-290	
Cinsiyet			
Erkek			27 (%67,5)
Kadın			13 (%32,5)
Tanı			
Şizofreni			30 (%75)
Şizoaffektif bozukluk			10 (%25)
Medeni durum			
Bekar			29 (%72,5)
Evlü			9 (%22,5)
Boşanmış/dul/ayrı			2 (%5,0)
Çalışma durumu			
İşsiz			20 (%50)
Çalışıyor			8 (%20)
Malulen emekli			6 (%15)
Öğrenci			6 (%15)

*Teste başladıkları tarih esas alınmıştır.

4.2. İşlevsellik Ölçekleri Arasındaki Bağını Bulguları

Kullanılan işlevsellik ölçeklerinin (TİDÖ ve İGD) kendi aralarında başlangıç ve son ölçümlerindeki bağıntısı Spearman ve Pearson bağıntı analiziyle incelendi. TİDÖ toplam ile alt ölçekleri ve İGD arasında başlangıçta ölçülen bağıntı düzeyinin bir yıl sonraki ölçümlerle değişmediği ve korelasyon katsayılarının benzer olduğu bulundu. TİDÖ ve İGD ölçekleri arasında hem ön hem son testlerde orta ila yüksek düzeyde pozitif bağıntı saptandı. Ön-testlerde TİDÖ toplam puanla İGD arasında bulunan pozitif yöndeki ilişki ($r_s=0,50$), bir yıl sonraki ölçümlerde de aynı düzeyi korudu ($r_s=0,58$). İGD ile TİDÖ alt-ölçekleri arasında en yüksek ilişki Çalışma alt-boyutunda bulundu ($r_s=0,61$) ve bu ilişki bir yılın sonunda da değişmedi. Bununla birlikte, İGD hem ön hem son testlerde Özbakım boyutu dışında TİDÖ'nün bütün boyutlarıyla anlamlı olarak pozitif bağıntılı bulundu. Başlangıçta ve bir yılın sonunda İGD ile TİDÖ toplam ve alt-boyutları arasındaki ilişkiler Çizelge 4.2 ve 4.3'te sırasıyla verildi. Normal dağılıma uyan değişkenler arasında Pearson bağıntı analizi, işaretlenen verilerde ise normal dağılıma uymadığından Spearman bağıntı analizi uygulandı.

Çizelge 4.2. TİDÖ ve İGD ön test korelasyon katsayıları

	TİDÖ toplam	TİDÖ özbakım	TİDÖ kişiler ¹	TİDÖ bağımsız ¹	TİDÖ çalışma ¹	İGD ¹
TİDÖ toplam						
TİDÖ özbakım	0,59**					
TİDÖ kişilerarası ¹	0,84**	0,22				
TİDÖ bağımsız ¹	0,71**	0,08	0,61**			
TİDÖ çalışma ¹	0,49**	0,28	0,25	0,23		
İGD ¹	0,50**	0,20	0,43**	0,34*	0,61**	

* $p<0,05$, ** $p<0,001$, ¹Spearman korelasyon

Çizelge 4.3. TİDÖ ve İGD son test korelasyon katsayıları

	TİDÖ toplam	TİDÖ özbakım	TİDÖ kişiler ¹	TİDÖ bağımsız ¹	TİDÖ çalışma ¹	İGD
TİDÖ toplam						
TİDÖ özbakım	0,59**					
TİDÖ kişilerarası ¹	0,73**	0,11				
TİDÖ bağımsız ¹	0,71**	0,17	0,47**			
TİDÖ çalışma ¹	0,42**	0,29	0,06	0,23		
İGD	0,58**	0,11	0,38*	0,34*	0,61**	

* $p<0,05$, ** $p<0,001$, ¹Spearman korelasyon

4.3. Klinik Psikopatoloji ve Toplumsal İşlevsellik Arasındaki Bağını Bulguları

Klinik belirti ve şiddeti ölçen PANSS ve KGİ puanlarıyla TİDÖ ve İGD arasındaki bağıntı incelendi ve değişkenlerin normal dağılıma uyma durumuna göre (Shapiro-Wilk normallik analizi sonrası) Pearson veya Spearman (r_s) analizi uygulandı. Analiz sonucunda ön-testlerde; TİDÖ toplam puanının PANSS toplam, tüm alt ölçekleri ve KGİ-Ş puanıyla orta ila yüksek düzeyde (-0,36 ile -0,62 arasında) negatif anlamlı ilişkili olduğu saptandı. Son-testte ise aynı ilişkinin kuvvetinin arttığı ve korelasyon katsayılarının -0,46 ile -0,71 arasında değerler aldığı bulguları. Bununla birlikte, TİDÖ toplamla en yüksek bağıntının hem ön hem son-testlerde PANSS negatif ile olduğu bulundu (sırasıyla; $r=-0,62$ ve $r=-0,71$). TİDÖ alt boyutlarından ise PANSS ile en yüksek bağıntının kişilerarası ilişkiler ve eğlenti boyutu olduğu ve bu negatif yöndeki ilişkinin bir yıl sonraki ölçümlerde anlamlılığının arttığı bulundu. İGD ile PANSS toplam, tüm alt ölçekleri ve KGİ-Ş arasında orta-yüksek düzey anlamlı negatif bağıntı bulundu. İGD ile en yüksek bağıntının ise KGİ-Ş arasında olduğu görüldü (ön test $r_s = -0,75$; son test $r_s = -0,86$). Ayrıca, bir yıllık izlem süresinde herhangi bir ruhsal eğitim (psikoeğitim) almış olan hastaların ($n=13$) eğitim durumu kısmi korelasyon (*partial correlation*) yöntemiyle dışlanıp analiz tekrarlandığında da bağıntıların arasındaki anlamlılık değişmedi (Çizelge 4.4 ve 4.5).

Çizelge 4.4. Klinik ve toplumsal işlevsellik ön-test bağıntı katsayıları

	PANSS toplam	PANSS pozitif	PANSS negatif	PANSS genel psikopatoloji	KGİ-Ş ¹
TİDÖ toplam	-0,48**	-0,31*	-0,62**	-0,41**	-0,36*
TİDÖ özbakım	-0,15	-0,10	-0,26	-0,09	-0,10
TİDÖ kişilerarası	-0,47**	-0,31*	-0,58**	-0,45**	-0,29
TİDÖ bağımsız ¹	-0,26	-0,15	-0,40*	-0,25	-0,21
TİDÖ çalışma ¹	-0,44**	-0,39*	-0,54**	-0,35*	-0,42**
İGD ¹	-0,61**	-0,55**	-0,61**	-0,58**	-0,75**

¹ r_s , * $p<0.05$, ** $p<0.01$

Çizelge 4.5. Klinik ve toplumsal işlevsellik son-test bağıntı katsayıları

	PANSS toplam	PANSS pozitif	PANSS negatif	PANSS genel psikopatoloji	KGİ-Ş ¹
TİDÖ toplam	-0,67**	-0,55**	-0,71**	-0,59**	-0,46**
TİDÖ özbakım	-0,31*	-0,23	-0,35*	-0,28	-0,05
TİDÖ kişilerarası ilişkiler ve eğlenti ¹	-0,41**	-0,35*	-0,55**	-0,34*	-0,48**
TİDÖ bağımsız yaşam ¹	-0,48**	-0,37*	-0,56**	-0,36*	-0,49**
TİDÖ çalışma ¹	-0,39*	-0,39*	-0,26	-0,43**	-0,28
İGD	-0,78**	-0,79**	-0,67**	-0,69**	-0,86**

¹ r_s , * $p<0.05$, ** $p<0.01$

4.4. Klinik Psikopatoloji ve Bilişsel İşlevler Arasındaki Bağntı Bulguları

Klinik belirtiler ve bilişsel yetiler arasındaki ilişkiyi saptamak adına beş bilişsel işlev alanından elde edilen puanlar z-puanına dönüştürülüp her alt alan için bileşik gösterge hesaplandı. Tüm bilişsel alanlardan alınan yüksek puanın yüksek bilişsel işlevselliği göstermesi adına İşlem Hızı alanında hesaplanan puan -1 ile çarpılarak analize dahil edildi. Ön-test analizlerinde PANSS ve KGİ ile en fazla ilişkili bulunan alanın Yürütücü İşlevler olduğu saptandı. Bununla birlikte, son-testlerdeki bağntıların ilk-testlerdekine kıyasla daha güçlü olduğu görüldü. Dikkat ve çalışma belleği ile klinik belirtiler arasında ilk-testlerde bağntı bulunmazken, son-testlerde tüm PANSS boyutlarıyla orta düzeyde anlamlı negatif ilişki saptandı. Sözel bellek puanı ise ilk-testlerde yalnızca PANSS negatifle negatif düzey ilişkili, son-testlerde ise PANSS negatif ve KGİ-Ş ile orta düzey negatif ilişkili bulundu. Yürütücü işlevlerle klinik psikopatoloji arasında ön-testte PANSS negatif dışındaki klinik alanlarda bağntı bulunurken son-testlerde tüm klinik testlerle bağntı saptandı ve bu ilişkinin düzeyi ilk testlerden daha yüksekti. İşlem hızı ile klinik belirtiler arasında ilk testlerde anlamlı bağntı bulunmazken son-testlerde PANSS toplam, PANSS pozitif, PANSS genel psikopatoloji ve KGİ-Ş arasında negatif yönde orta düzey anlamlı ilişki saptandı. Klinik testler ve bilişsel işlev alanları arasındaki ön-test ve son-test bağntı analizi sonuçları Çizelge 4.6 ve 4.7’de verildi.

Çizelge 4.6. Klinik ve bilişsel testler *ön-test* bağntı katsayıları

	PANSS toplam	PANSS pozitif	PANSS negatif	PANSS genel psk.	KGİ-Ş ¹
Dikkat & Çalışma Belleği	-0,21	-0,23	-0,16	-0,22	-0,23
Sözel Bellek	-0,23	-0,07	-0,38*	-0,19	-0,16
Yürütücü işlevler	-0,33*	-0,32*	0,19	-0,36*	-0,33*
Sözel Akıcılık	-0,10	-0,03	-0,19	-0,11	-0,05
İşlem Hızı	-0,17	-0,20	-0,16	-0,17	-0,12

*p<0.05, ¹r_s

Çizelge 4.7. Klinik ve bilişsel testler *son-test* bağntı katsayıları

	PANSS toplam	PANSS pozitif	PANSS negatif	PANSS genel psk.	KGİ-Ş ¹
Dikkat & Çalışma Belleği	-0,37*	-0,34*	-0,32*	-0,39*	-0,21
Sözel Bellek	-0,25	-0,19	-0,35*	-0,26	-0,40*
Yürütücü işlevler	-0,48*	-0,48*	-0,37*	-0,46*	-0,51*
Sözel Akıcılık	-0,25	-0,14	-0,34*	-0,26	-0,13
İşlem Hızı	-0,36*	-0,35*	-0,31	-0,39*	-0,29

*p<0.05, ¹r_s

4.5. Toplumsal İşlevsellik ve Bilişsel İşlevler Arasındaki Bağını Bulguları

Bilişsel işlevler ve toplumsal işlevsellik arasındaki ilişki beş bilişsel alan üzerinden hesaplandı. Tüm bilişsel alanlardan alınan yüksek puanın yüksek bilişsel işlevselliği göstermesi adına işlem hızı için hesaplanan puan -1 ile çarpılarak analize sokuldu. Ön ve son test bağıntı analizlerinde Dikkat ve çalışma belleği ile işlevsellik puanları arasında anlamlı bir bağıntı saptanmadı. Sözel Bellek ve Sözel Akıcılık alanlarıyla işlevsellik puanları arasında her iki ölçümde de anlamlılık bulunmadı. Bununla birlikte, İşlem hızı ile işlevsellik ölçekleri arasında ön-testlerde anlamlılık yokken son-testlerde TİDÖ kişiler arası ilişkiler alt boyutuyla orta düzey bir ilişki saptandı. Toplumsal işlevsellikle en çok bağıntılı olan bilişsel alan ise yürütücü işlevler idi. İlk testlerde yürütücü işlevlerle TİDÖ toplam, TİDÖ bağımsız yaşam ve İGD arasında orta düzey anlamlı ilişki görülürken, son-testlerde anlamlılığa ek olarak TİDÖ kişiler arası ilişkiler ve eğlenti boyutunun eklendiği ve bağıntı gücünün arttığı belirlendi.

Bilişsel işlev alanları ve toplumsal işlevsellik puanları arasındaki ön-test ve son-test bağıntı analizleri sırasıyla Çizelge 4.8 ve 4.9'da verildi.

Çizelge 4.8. Bilişsel testler ve işlevsellik *ön-test* bağıntı katsayıları

	TİDÖ toplam	TİDÖ özbakım	TİDÖ kişilerarası ¹	TİDÖ bağımsız ¹	TİDÖ çalışma ¹	İGD ¹
Dikkat & Çalışma Belleği	0.17	0.02	0.21	0.12	0.21	0.21
Sözel Bellek	0.20	0.06	0.26	0.09	0.11	0.18
Yürütücü işlevler	0.32*	0.15	0.25	0.35*	0.22	0.33*
Sözel Akıcılık	0.22	0.09	0.27	0.15	0.12	0.10
İşlem Hızı	0.16	0.10	0.19	0.21	0.22	0.22

*p<0.05

¹Spearman katsayısı

Çizelge 4.9. Bilişsel testler ve işlevsellik *son-test* bağıntı katsayıları

	TİDÖ toplam	TİDÖ özbakım	TİDÖ kişiler ¹	TİDÖ bağımsız ¹	TİDÖ çalışma ¹	İGD ¹
Dikkat & Çalışma Belleği	0.17	0.03	0.29	0.08	0.07	0.17
Sözel Bellek	0.08	0.10	0.15	0.07	0.12	0.25
Yürütücü işlevler	0.38*	0.15	0.38*	0.49**	0.29	0.43**
Sözel Akıcılık	0.15	0.03	0.18	0.13	0.13	0.15
İşlem Hızı	0.23	0.10	0.36*	0.10	0.32	0.32

*p<0.05

**p<0.01

¹Spearman katsayısı

4.6. Klinik Psikopatoloji – Bir Yıllık İzlem Bulguları

Hastaların bir yıllık izlem sonucunda klinik psikopatoloji puanlarındaki değişim verilerin normallik değerlerine göre Paired Sample t-testi ve Wilcoxon Sıralı Diziler Testi ile değerlendirildi. Buna göre, bir yıllık izlem sonucunda PANSS'ın tüm boyutları ve KGİ-Ş puanlarının anlamlı olarak azaldığı saptandı (Çizelge 4.10).

Çizelge 4.10. Klinik psikopatoloji ön ve son test karşılaştırması

	İlk test	Son test	Paired Sample/Wilcoxon		p
	Ort ± SS	Ort ± SS	t/Z	df	
PANSS toplam	76,23 ± 16,10	67,63 ± 12,49	5,339	39	<0,001
PANSS pozitif	17,75 ± 4,60	15,83 ± 3,98	3,981	39	<0,001
PANSS negatif	19,88 ± 4,99	17,40 ± 4,11	4,639	39	<0,001
PANSS gen.psk	38,60 ± 7,86	34,40 ± 5,55	4,651	39	<0,001
KGİ-Ş	3,52 ± 0,93	3,12 ± 0,79	-3,398 ^z		0001

^zWilcoxon Sıralı Diziler Testi

Klinik belirti puanlarının hastaların tanı gruplarına göre farklılaşp farklılaşmadığını anlamak amacıyla Two-Way Mixed ANOVA uygulandı. PANSS puanlarında hastalık tanısı (Şizofreni ve ŞAB) ve ön-test son-test puanları arasında bir etkileşim etkisi saptanmadı. Bununla birlikte, KGİ-Ş değerlerinde ŞAB hastalarının şizofreni hastalarına göre izlem sonunda daha fazla iyileşme gösterdiği bulguları. Tanı gruplarının grup içi karşılaştırması için Paired sample t-testi ve Wilcoxon sıralı diziler testi yapıldı (Çizelge 4.11).

Çizelge 4.11. Şizofreni (n=30) ve ŞAB (n=10) hastaları klinik puanlarının karşılaştırması

		Şizofreni	ŞAB	ANOVA		Etki gücü
		Ort ± SS	Ort ± SS	F	p	
PANSS toplam	ilk-test	75,80 ± 16,07	77,50 ± 16,99	0,181	0,673	0,005
	son-test	67,60 ± 13,22	67,70 ± 10,64			
	p*	<0,001	0,019			
PANSS pozitif	ilk-test	17,70 ± 4,49	17,90 ± 5,17	0,001	0,978	0,000
	son-test	15,73 ± 3,96	16,10 ± 4,25			
	p*	0,001	0,137			
PANSS negatif	ilk-test	20,13 ± 5,18	19,10 ± 4,56	0,451	0,506	0,012
	son-test	17,87 ± 4,23	16,00 ± 3,53			
	p*	0,002	0,003			
PANSS gen.psk	ilk-test	37,97 ± 7,76	40,50 ± 8,25	0,196	0,660	0,005
	son-test	34,00 ± 6,01	35,60 ± 3,89			
	p*	<0,001	0,044			
KGİ-Ş	ilk-test	3,40 ± 0,89	3,90 ± 0,99	10,326	0,003	0,214
	son-test	3,17 ± 0,83	3,00 ± 0,67			
	p**	0,020	0,004			

*Paired sample t-testi, **Wilcoxon sıralı diziler testi

Hastalarda klinik belirtilerde bulunan iyileşmenin hastalık sürelerine göre değişip değişmediğini saptamak amacıyla hastalık süresi ve ön-test son-test klinik puanları karışık desenli ANOVA ile değerlendirildi. Hastalık sürelerinin ortalama 10 yıl olması nedeniyle, 10 yılın altında ve 10 yıl ve üzeri hastalık süresi olanlar şeklinde iki grup oluşturuldu. Gruplar two-way mixed ANOVA analiziyle klinik psikopatoloji açısından incelendi. Analiz sonucunda, hastaların bir yıllık izlem boyunca PANSS ve KGİ-Ş puanlarındaki değişimin hastalık sürelerine göre farklılık göstermediği saptandı. Bununla birlikte, her iki grubun kendi içindeki ön ve son test karşılaştırmaları Paired sample t-testi ve Wilcoxon sıralı diziler testi ile gerçekleştirildi. Grup içi karşılaştırmalarda, hastalık süresi 10 yılın altında olanların tüm klinik testlerinde anlamlı azalma saptanırken 10 yıl üstü gruptaki hastaların yalnızca PANSS pozitif puanlarında anlamlı azalma olduğu, diğer klinik belirtilerdeki azalmanın istatistiksel olarak anlamlılığa ulaşmadığı ($p>0,05$) saptandı.

10 yıl altı ve 10 yıl ve üzeri hastalık süresine sahip olan hastaların PANSS ve KGİ-Ş değişimlerinin karşılaştırıldığı karışık desenli ANOVA sonuçları Çizelge 4.12’de verildi.

Çizelge 4.12. Hastalık süresine göre klinik işlevler ön-son test karşılaştırılması

		10 yıl altı (n=24)	10 yıl ve üstü (n=16)	ANOVA		Etki gücü
		Ort ± SS	Ort ± SS	F	p	
PANSS toplam	ilk-test	79,58 ± 15,11	71,19 ± 16,70	1,955	0,170	0,049
	son-test	69,17 ± 12,48	65,31 ± 12,53			
	p*	<0,001	0,065			
PANSS pozitif	ilk-test	18,42 ± 4,49	16,75 ± 4,72	0,369	0,547	0,010
	son-test	16,25 ± 3,91	15,19 ± 4,12			
	p*	0,004	0,040			
PANSS negatif	ilk-test	21,08 ± 4,58	18,06 ± 5,18	0,840	0,365	0,022
	son-test	18,21 ± 4,09	16,19 ± 3,94			
	p*	<0,001	0,090			
PANSS gen.psk	ilk-test	40,03 ± 7,42	36,38 ± 8,19	2,646	0,112	0,065
	son-test	34,71 ± 5,62	33,94 ± 5,59			
	p*	<0,001	0,154			
KGİ-Ş	ilk-test	3,62 ± 0,97	3,37 ± 0,88	0,504	0,482	0,013
	son-test	3,17 ± 0,70	3,06 ± 0,93			
	p**	0,002	0,096			

*Paired sample t-testi, **Wilcoxon sıralı diziler testi

4.7. Toplumsal İşlevsellik – Bir Yıllık İzlem Bulguları

Bir yıllık izlem sonucunda hastaların işlevsellik puanlarının değişimini değerlendirmek için verilerin normallik durumu temel alınarak Paired-Sample t-testi ve Wilcoxon Sıralı Diziler Testi uygulandı. Analiz sonucunda, TİDÖ özbakım boyutu dışında TİDÖ ve İGD puanlarının hepsinde anlamlı bir artış saptandı. İşlevsellik puan ortalamaları ile ön-test son-test karşılaştırma analizi Çizelge 4.13'te verildi.

Çizelge 4.13. Toplumsal işlevsellik puanları ön ve son test karşılaştırması

	İlk test	Son test	Paired Sample/Wilcoxon		p
	Ort ± SS	Ort ± SS	t/Z	df	
TİDÖ toplam	40,10 ± 5,89	43,48 ± 5,86	-8,122	39	<0,001
TİDÖ özbakım	14,70 ± 2,49	15,13 ± 2,85	-1,981	39	0,055
TİDÖ kişilerarası	13,80 ± 2,99	16,03 ± 3,03	-4,928 ^z		<0,001
TİDÖ bağımsız	9,95 ± 2,05	10,45 ± 1,77	-3,064 ^z		0,002
TİDÖ çalışma	1,65 ± 0,83	1,88 ± 0,94	-2,714 ^z		0,007
İGD	59,38 ± 7,69	64,75 ± 7,84	-4,875 ^z		<0,001

^zWilcoxon Sıralı Diziler Testi

Hastalık tanısının toplumsal işlevsellik puanlarının değişimindeki etkisinin değerlendirilmesi amacıyla şizofreni ve şizoaffektif bozukluk tanılı hastalar two-way mixed ANOVA analiziyle toplumsal işlevsellik puanları açısından karşılaştırıldı. Analiz sonucunda, TİDÖ puanlarında tanı grubuna göre anlamlı farklılık saptanmadı. Bununla birlikte, İGD puanlarında tanı açısından etkileşim etkisi (interaction effect) olduğu bulguları. ŞAB hastalarının şizofreni tanılı hastalara göre bir yılın sonunda başlangıç puanına göre daha fazla iyileşme gösterdiği görüldü.

Şizofreni ve ŞAB hastalarının ön ve son-test puanlarının grup içi karşılaştırmasını gerçekleştirmek amacıyla her iki grup için de ayrı ayrı paired sample t-testi ve wilcoxon sıralı diziler testi uygulandı. Analiz sonucunda şizofreni grubunda Özbakım boyutu dışında tüm işlevsellik puanlarında artış gözlenirken ŞAB grubunda yalnızca TİDÖ toplam, TİDÖ kişiler arası ilişkiler ve eğlenti ve İGD puanlarında anlamlı artış görüldü.

Tanı grubuna göre işlevsellik puanlarının karşılaştırıldığı karışık desenli ANOVA sonuçları Çizelge 4.14'te verildi.

Çizelge 4.14. Tanı grubuna göre toplumsal işlevsellik ön test-son test karşılaştırması

		Şizofreni	ŞAB	ANOVA		Etki gücü
		Ort ± SS	Ort ± SS	F	p	
TİDÖ toplam	ilk-test	39,10 ± 6,12	43,10 ± 4,04	0,143	0,708	0,004
	son-test	42,57 ± 6,23	46,20 ± 3,58			
	p*	<0,001	0,005			
TİDÖ özbakım	ilk-test	14,50 ± 2,70	15,30 ± 1,70	0,741	0,741	0,003
	son-test	14,97 ± 3,09	15,60 ± 2,01			
	p*	0,070	0,520			
TİDÖ kişiler	ilk-test	13,37 ± 2,72	15,10 ± 1,11	0,353	0,556	0,009
	son-test	15,70 ± 2,87	17,00 ± 3,46			
	p**	<0,001	0,007			
TİDÖ bağımlı	ilk-test	9,57 ± 2,16	11,10 ± 1,10	0,150	0,701	0,004
	son-test	10,03 ± 1,83	11,70 ± 0,67			
	p**	0,009	0,109			
TİDÖ çalışma	ilk-test	1,67 ± 0,88	1,60 ± 0,69	0,320	0,575	0,008
	son-test	1,87 ± 0,97	1,90 ± 0,87			
	p**	0,034	0,083			
İGD	ilk-test	60,17 ± 7,93	57,00 ± 6,75	10,336	0,003	0,214
	son-test	64,33 ± 7,85	66,00 ± 8,09			
	p**	<0,001	0,007			

*Paired sample t-testi, **Wilcoxon sıralı diziler testi

Hastalar, ayrıca ortalama hastalık süresinin altında ve üstünde olanlar şeklinde ikiye ayrılarak işlevsellik puanları açısından değerlendirildi. Bir yıllık izlemde işlevsellik puanlarındaki değişim ile hastalık süresi arasındaki etkileşim etkisini hesaplamak amacıyla two-way mixed ANOVA analizi yapıldı. Analiz sonucunda işlevsellik ile hastalık süresi arasında herhangi bir etkileşim etkisi (interaction effect) bulunmadı. Bununla birlikte 10 yıl üstü ve altında hastalık süresine sahip olan hastaların ön ve son-test puanları kendi aralarında paired sample t-testi ve wilcoxon sıralı diziler testiyle karşılaştırıldı. Grup içi karşılaştırmalar incelendiğinde; hastalık süresi 10 yılın altında olan hastaların TİDÖ-özbakım dışında tüm işlevsellik puanlarında anlamlı olarak artış bulunurken, 10 yılın üstünde hastalık süresine sahip hastaların yalnızca TİDÖ toplam, TİDÖ kişiler arası ilişkiler ve eğlenti ve İGD puanlarında artış olduğu bulguları. Hastalık süresine göre toplumsal işlevsellik puanlarının karşılaştırıldığı karışık desenli ANOVA bulguları Çizelge 4.15'te verildi.

Çizelge 4.15. Hastalık süresine göre toplumsal işlevsellik ön test-son test karşılaştırması

		10 yıl altı	10 yıl ve üstü	ANOVA		Etki gücü
		Ort ± SS	Ort ± SS	F	p	
TİDÖ toplam	ilk-test	39,75 ± 5,77	40,62 ± 6,23	1,865	0,180	0,047
	son-test	43,58 ± 5,44	43,31 ± 6,63			
	p*	<0,001	0,005			
TİDÖ özbakım	ilk-test	15,25 ± 2,61	13,87 ± 2,12	0,002	0,963	0,000
	son-test	15,67 ± 2,74	14,31 ± 2,89			
	p*	0,144	0,234			
TİDÖ kişiler	ilk-test	13,42 ± 2,79	14,37 ± 3,26	2,015	0,164	0,050
	son-test	16,00 ± 3,01	16,06 ± 3,17			
	p**	<0,001	0,004			
TİDÖ bakım.	ilk-test	9,46 ± 2,21	10,68 ± 1,58	0,117	0,734	0,003
	son-test	10,00 ± 1,86	11,12 ± 1,41			
	p**	0,014	0,066			
TİDÖ çalışma	ilk-test	1,62 ± 0,82	1,69 ± 0,87	1,164	0,288	0,030
	son-test	1,92 ± 0,97	1,81 ± 0,91			
	p**	0,020	0,157			
İGD	ilk-test	58,96 ± 6,91	60,00 ± 8,94	0,395	0,533	0,010
	son-test	63,96 ± 6,59	65,94 ± 9,52			
	p**	<0,001	0,002			

*Paired sample t-testi, **Wilcoxon sıralı diziler testi

4.8. Bilişsel İşlevler – Bir Yıllık İzlem Bulguları

Bilişsel işlev puanlarının bir yıllık takip sonucundaki değişimi verilerin normallik durumu temel alınarak Paired-Sample t-testi ve Wilcoxon Sıralı Diziler Testi ile değerlendirildi. Dikkat ve çalışma belleği için hesaplanan ortalama puan sayı menzili testlerinin bileşik puanı üzerinden hesaplandı. Yürütücü işlev alanı ortalama puanı, Stroop ve WKET bileşik puanı olarak analize alındı. Sözel akıcılık ortalama puanı ise çağrışım testindeki K-A-S toplam puanı hesaplanarak elde edildi. İşlem hızı için İST A ve B formları bileşik puanı hesaplandı.

Analiz sonucunda; dikkat ve çalışma belleği, sözel akıcılık ve işlem hızı puanları bir yıl sonra artış gösterse de bu artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Bunun yanı sıra, sözel bellek ve yürütücü işlev puanlarının bir yılın sonundaki ölçümlerde anlamlı olarak artış gösterdiği saptandı. Beş bilişsel işlevin izlem öncesi ve sonucu puan ortalamaları ve yapılan Paired-sample t-testi ve Wilcoxon sıralı diziler testi bulguları Çizelge 4.16’da verildi.

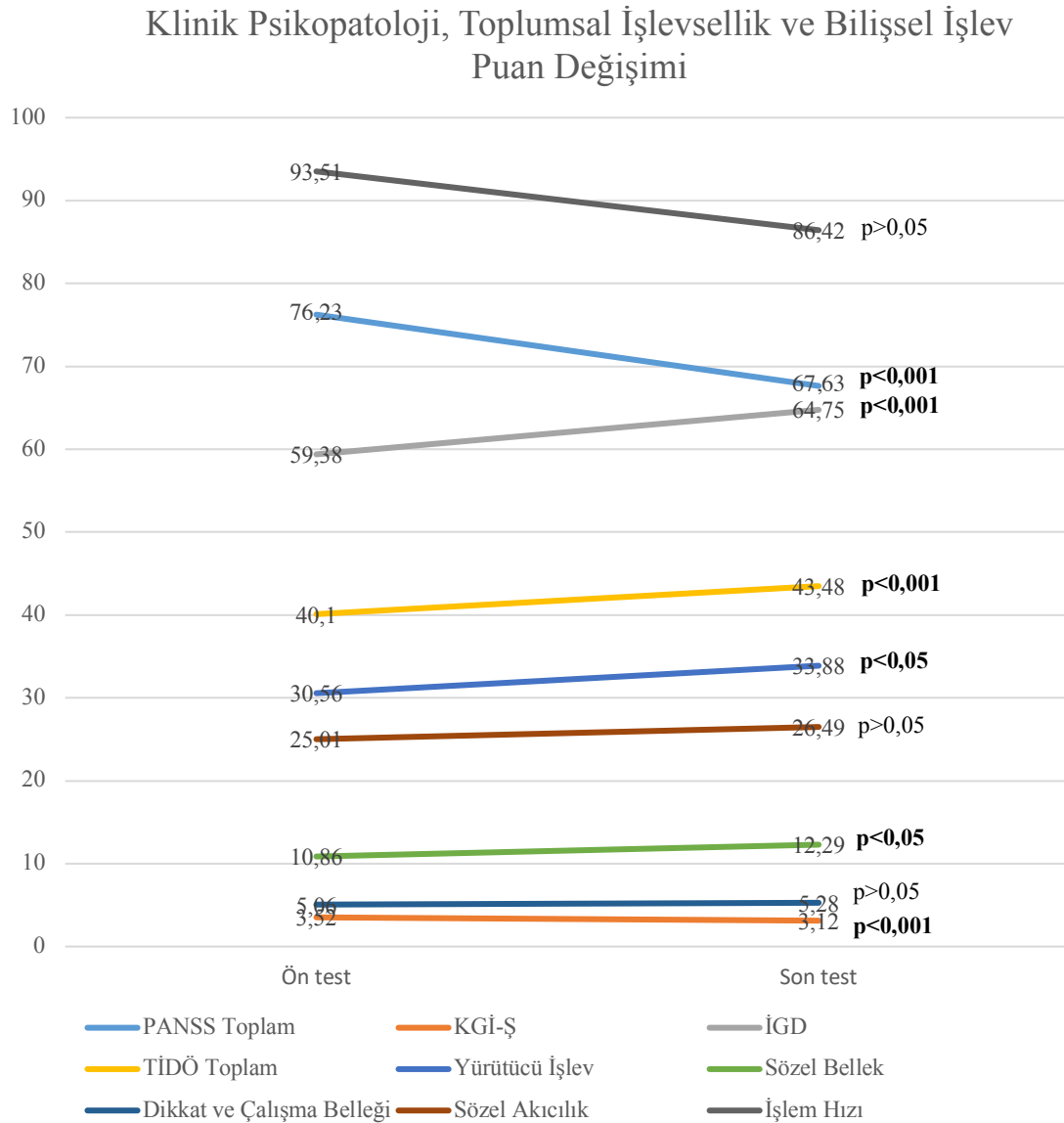
Çizelge 4.16. Bilişsel işlevler ön ve son test karşılaştırması

		Ort ± SS	Paired Sample/Wilcoxon		P
			t/Z	df	
Dikkat & Çalışma Belleği	ilk-test	5,06 ± 0,88	-1,883	39	0,060
	son-test	5,28 ± 0,84			
Sözel Bellek	ilk-test	10,86 ± 4,35	-3,053	39	0,004
	son-test	12,29 ± 4,16			
Yürütücü İşlevler	ilk-test	30,56 ± 12,51	-2,372	39	0,018
	son-test	33,88 ± 10,24			
Sözel Akıcılık	ilk-test	25,01 ± 7,67	-1,262	39	0,207
	son test	26,49 ± 7,55			
İşlem Hızı	ilk-test	93,51 ± 46,63	-0,966	39	0,334
	son test	86,42 ± 34,20			

^zWilcoxon Sıralı Diziler Testi

4.9. Klinik Psikopatoloji, Bilişsel ve Toplumsal İşlevsellik Bir Yıllık İzlem Bulguları

Çalışmada uygulanan ölçeklerin bir yıllık değişimi Çizim 4.1’de sunuldu. Klinik değerlendirme araçlarından PANSS toplam ve KGİ-Ş puanı, toplumsal işlevsellik değerlendirmesi için TİDÖ toplam ve İGD, bilişsel alanlar içinse yürütücü işlevler, sözel bellek, dikkat ve çalışma belleği, sözel akıcılık ve işlem hızı puanları alındı. Bir yılın sonunda yapılan analizler sonucunda klinik psikopatoloji puanlarından PANSS toplam ortalaması 76,23’ten 67,63’e, KGİ ise 3,52’den 3,12’ye düştü. Toplumsal işlevsellik puanlarından TİDÖ toplam ortalaması 40,10’dan 43,48’e, İGD ise 59,38’den 64,75’e yükseldi. Bilişsel işlev alanlarından ise istatistiksel olarak anlamlı artış yalnızca yürütücü işlev (30,56’dan 33,88’e) ve sözel bellek puanlarında (10,86’dan 12,29’a) görüldü.



Çizim 4.1. Klinik, bilişsel ve toplumsal işlev puanlarının bir yıllık değişimi

5. TARTIŞMA

Şizofreni ve şizoaffektif bozukluk tanılı hasta grubunu bir yıllık izlemde klinik psikopatoloji, bilişsel işlevsellik ve toplumsal işlevsellik açısından araştıran bu çalışmada değişkenlerin birlikte değişimi incelendi ve aralarındaki ilişkinin zaman içerisindeki tutarlılığı değerlendirildi. Klinik belirtiler, bilişsel yetiler ve toplumsal işlevsellik arasında hem kesitsel hem de boylamsal olarak ilişki olduğu bulguları.

5.1. Ön-Test Bulgularının Tartışılması

Çalışmayı tamamlayan 40 hastanın yaş ortalaması $33\pm 8,9$, ortalama lise mezunu (başarıyla tamamladığı eğitim ortalaması: 12 yıl), hastalık başlangıç yaşı $23\pm 6,3$ ve hastalık süreleri $10\pm 6,1$ yıl idi. Çoğu çalışmayan (%65) ve bekar (%77,5) olan hasta grubunun diğer çalışmalarda şizofreni hastalarıyla nüfus ve klinik özellikler açısından benzer olduğu söylenebilir (Lysaker ve Davis 2004, Çetinkaya Duman ve diğ. 2007, Talreja ve diğ. 2013).

Klinik psikopatoloji, bilişsel işlevler ve toplumsal işlevsellik arasındaki ilişki ön-test puanlarının bağıntı katsayılarıyla incelendi. Klinik belirtiler (PANSS ve KGI) ile toplumsal işlevsellik (TİDÖ ve İGD) arasında orta ila yüksek düzey negatif bağıntı saptandı ($r=-0,36$ ila $-0,75$). Toplumsal işlevsellikle belirti kümeleri arasındaki bu ilişki benzer çalışmalarda sonuçları destekler niteliktedir (Dickerson 1996, Hochstrasser ve diğ. 2018). Klinik belirtilerden toplumsal işlevsellik değerleriyle en fazla bağıntılı bulunan alt alan ise PANSS-negatif boyutu idi. Bu noktada, şizofreni hastalarında işlevselliğin pozitif belirtilerden çok negatif belirtilerle ilişkili olduğu sonucuna ulaşan çalışmalarla paralellik göstermektedir (Malla ve Payne 2005, Erol ve diğ. 2009). Negatif belirtilerin toplumsal işlevsellikle olan bağı; hastaların toplumsal çekilme, istek azalması, ilgisizlik, konuşmanın akıcılığının ve kendiliğinden olmasının kaybı, ilişki kurmada yaşadıkları zorluklar ve duygulanımda küntleşme gibi konularda yaşadıkları sorunların toplumsal hayata karışmaları ve uyum sağlamalarını zorlaştırdığını düşündürmektedir. Bu görüş işlevselliğin öngörücüleri arasında negatif belirtilerin öne çıktığını bulgulayan çalışmalar tarafından desteklenmektedir (Milev ve diğ. 2005, Couture ve diğ. 2011, Hunter ve Barry 2012).

Toplumsal işlevsellik ölçeklerinin kendi aralarındaki bağıntısına bakıldığında İGD ve TİDÖ puanları arasında orta ila yüksek düzey pozitif ilişki saptandı ($r_s=0,34$ ila $r_s=0,61$). Bu oran, yeni geliştirilmiş olan TİDÖ'nün orijinal çalışmasında elde edilen bağıntı düzeyiyle benzerlik göstermektedir (Yıldız ve diğ. 2018).

Bilişsel işlevlerle toplumsal işlevsellik arasındaki ön-test bağıntı puanlarına bakıldığında ise işlevsellik puanlarıyla yürütücü işlevler arasında orta düzey pozitif yönde anlamlılık saptandı. Özellikle TİDÖ toplam, bağımsız yaşam ve çalışma puanlarının yürütücü işlevlerle bağıntılı olduğunun bulunması ön lob işlevlerinin toplumsallaşma, birey olarak kendine bakabilme ve bağımsız yaşayabilme ile ilişkisini ortaya koymaktadır. Şizofrenide biliş ve toplumsal işlevsellik arasındaki ilişki alanyazındaki diğer çalışmalar tarafından da benzer şekilde ortaya konmuştur (Carrion ve diğ. 2011, Horan ve diğ. 2012). Bununla birlikte, toplumsal işlevsellikle kısa süreli bellek ve çalışma belleği (Smith ve diğ. 2002), sözel bellek, dikkat ve işlem hızı (Velligan ve diğ. 2000, Milev ve diğ. 2005, Tandberg ve diğ. 2011) arasında bağıntı bulan çalışmalar da bulunmaktadır. Bu çalışmanın ön-test bulgularında ise işlevsellik ile yalnızca yürütücü işlevler arasında bağıntı saptandı. Alanyazında bu çalışmayı destekler nitelikte, işlevselliğin yürütücü işlevlerle yakından ilişkili olduğunu belirleyen çalışmalar da bulunmaktadır (Woonings ve diğ. 2003, Oie ve diğ. 2011). Bu noktada yapılan çalışmalardaki yöntemsel ve araçsal farklılıklardan söz edilebilir. Şizofrenide yürütülen bilişsel işlev çalışmalarında NPT olarak ortak batarya (ör. MCCB, BACS) kullanan çalışmalar bulunmasına rağmen (Keefe ve diğ. 2008, Nuechterlein ve diğ. 2006, August ve diğ. 2012, McCleery ve diğ. 2014) uzlaşmış bataryaların her dilde ve kültürde uyarlaması bulunmadığından uluslararası ölçekte herkes tarafından ortak kullanılan bir NPT bulunmamaktadır. Bu nedenle, yapılan çalışmalarda aynı bilişsel alanı ölçen farklı testler kullanılması ve aynı test kullanılsa dahi farklı puanların analiz edilmesi nedeniyle bilişsel işlev alanlarında farklı sonuçlar elde edilebilmektedir.

Bilişsel işlevlerle klinik psikopatoloji ön-test bağıntı sonuçlarına bakıldığında ise yürütücü işlevler ve sözel bellek puanlarının klinik belirtilerle negatif ilişkili olduğu bulundu. Yürütücü işlevlerin neredeyse tüm klinik alanlarla bağıntılı olduğu göze çarpmaktaydı. Benzer şekilde, klinik belirtilerle yürütücü işlevlerin bağıntısını ortaya koyan çalışmalar bu bulguyu desteklemektedir (Addington ve diğ. 1991, Bozikas ve diğ. 2004). Bununla birlikte, sözel belleğin klinik psikopatolojiyle ve özellikle negatif belirtilerle bağıntılı olduğunu bulgulayan çalışmalar bu çalışmadaki PANSS-negatif ve sözel bellek ilişkisini destekler niteliktedir (Heinrichs ve Vaz 2004, Manglam ve Das 2013).

Bununla birlikte, yapılan ön-test bağıntı analizleri sonucunda, hastaların eğitim seviyesinin (başarıyla tamamladıkları eğitim yılı) kısmi korelasyon analiziyle etkisi dışlanıp tekrarlandığında da bağıntı katsayılarının değişmediği görüldü. Eğitim seviyesi düşük olanlarla yüksek olanların işlevsellik ve klinik puanlarındaki değişim açısından farklılaşmadığı bulundu.

5.2. Bir Yıllık İzlem Sonuçlarının Tartışılması

Bir yıl sonra tekrarlanan klinik, bilişsel ve işlevsellik testleri ilişkisel anlamda yeniden değerlendirildi. Ölçek puanlarıyla yapılan bağıntı analizi sonucunda; psikopatoloji ve toplumsal işlevsellik arasında, toplumsal işlevsellik ve psikopatoloji arasında, bilişsel işlevler ve toplumsal işlevsellik arasında, psikopatoloji ve bilişsel işlevler arasında bulunan ilişki düzeyinin zaman içinde değişmediği ve kararlı seyrettiği saptandı. Genel anlamda, son-testlerdeki bağıntı katsayılarının ilk-testlerdeki bağıntı katsayılarına göre daha yüksek olduğu görüldü. Bu durumun görülmesine, ölçeklerin ön-test ve son-test puanlarındaki değişimin etki edebileceği düşünülmektedir.

Toplumsal işlevsellik puanlarından TİDÖ-Toplam ve İGD'nin PANSS toplam ile ön-testlerdeki orta ila yüksek düzeydeki negatif bağıntısı son testlerde de korunmuş ve her ikisi de yüksek düzeyde bağıntılı bulunmuştur. Bununla birlikte İGD ve PANSS-toplam arasında yüksek düzeyde negatif bağıntı (son-testlerde $r_s=-0,78$) bulunurken, TİDÖ-toplam ve PANSS-toplam arasında da yüksek düzeyde negatif bağıntı (son-testlerde $r_s=-0,67$) saptanmıştır. Bu veri, klinisyen tarafından puanlanan işlevselliğin de hekim dışı araştırmacı tarafından puanlanan işlevselliğin de klinik psikopatoloji puanıyla aynı düzeyde bağıntı gösterdiğini belirtmektedir. Bunun yanı sıra, tüm işlevsellik puanlarının en yüksek bağıntısının PANSS-toplam ve PANSS-negatif ile olduğu görülmektedir. Bu durum, negatif belirtilerin işlevsellikle olan yüksek bağıntısını bulgulayan çalışmaları desteklemektedir (Galderisi ve diğ. 2012, Köhler ve diğ. 2016).

Klinik psikopatoloji ve bilişsel işlevler arasındaki son-test bağıntı katsayıları incelendiğinde, beş bilişsel alanın da klinik belirtilerle bağıntılı olduğu görülmektedir (Çizelge 4.7). Klinik belirtilerle en güçlü bağıntı gösteren bilişsel alan ön-testlerde olduğu gibi yürütücü işlevler idi. Tüm belirti puanlarıyla orta düzeyde ilişkili bulunan yürütücü işlev puanı; karmaşık dikkat, perseveratif hata, planlama, yönerge izleme, mental esneklik, soyutlama ve kavramsallaştırma becerisi gibi alanları içeren ön (frontal) bölge işlevlerinin önemini ve hastalık belirtileri bakımından dikkat edilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Bununla birlikte, dikkat ve çalışma belleği, sözel bellek, yürütücü işlevler, sözel akıcılık ve işlem hızının klinik belirtilerle bulunan bağıntısı alanyazındaki diğer çalışma bulgularını destekler niteliktedir (Bozikas ve diğ. 2004, Manglam ve Das 2013, Bagny ve diğ. 2013).

Bilişsel işlevler ve toplumsal işlevsellik arasındaki bağıntı incelendiğinde; ön-testlerdeki yürütücü işlevler ve işlevsellik ilişkisinin son-testlerde de aynı şekilde sürdüğü görülmektedir. Bu bulgu, uzunlamasına ölçümde yürütücü işlevlerle toplumsal işlevsellik arasında ortaya konan bağıntıyı desteklemiştir (Fujii 2003). Bununla birlikte, işlem hızı da

TİDÖ-kişiler arası ilişkiler ve eğlenti boyutuyla ilişkili bulunmuştur. Bu bulgu, alanyazındaki işlem hızı ve işlevsellik ilişkisi bulgusunu desteklemektedir (Milev ve diğ. 2005).

Klinik psikopatoloji ön-test ve son-test puan karşılaştırması sonucunda; PANSS puanlarının tümü ve KGI-Ş puanının bir yıllık izlem sonunda anlamlı olarak azaldığı bulgulanmıştır. Klinik belirtilerin tedavinin etkisiyle zamanla iyileşebildiğine dair çalışmalar olmakla birlikte (Uzun ve diğ. 2000, Gallinat ve diğ. 2001, Harrow ve diğ. 2005), doğal izlemde değişim gözlenmediği veya değişimin sabit olmadığını saptayan araştırmalar da bulunmaktadır (Reichenberg ve diğ. 2005, Dollfus ve Petit 1995, Putnam ve diğ. 1996). Ayrıca, klinik psikopatolojideki bu iyileşmenin tanı gruplarına ve hastalık sürelerine göre değişme göstermediği bulgulanmıştır. Şizofreni ve şizoaffektif tanılu hasta grubunun klinik belirtiler açısından bir yıllık izlemde puan değişimi olarak birbirinden farkı yoktu. Aynı şekilde, hastalık süresi 10 yıldan az ve 10 yıldan fazla olan hastalar da klinik puan değişimi açısından birbirine üstünlük sağlamadı. Klinik belirtilerde zamanla görülen iyileşmenin, hastaların düzenli tedavi almalarının sağlanması, poliklinik takiplerine devam etmeleri ve tedavi ekibi tarafından desteklenmeleri olabileceği düşünülmektedir. Ek bir eğitim ve terapi verilmesi dahi düzenli tedavi ve takip klinik belirtilerde iyileşme görülmesini sağlamış olabilir.

Toplumsal işlevsellik ön ve son test sonuçlarında TİDÖ-özbakım puanı dışında tüm işlevsellik alanlarında artış gözlemlenmiştir. Bu değişimin, klinik belirtilerdeki azalmayla birlikte gözlenmesi dikkat çekmekte ve toplumsal işlevsellikle psikopatoloji arasındaki ilişkiyi desteklemektedir. Bu bulgu, tedavide kalan hastaların zamanla daha iyi bir işlevsellik düzeyine ulaşacağı bilgisini desteklemektedir (Esen-Danacı ve diğ. 2018, Menezes ve diğ. 2006). Bununla birlikte, hem TİDÖ'nün İGD ile arasındaki ilişki seyrinin benzerliği ve diğer değişkenler arasındaki ilişkilerindeki ortaklıklar, hem de izlem boyunca bilişsel ve klinik belirtilerle bağıntısının devam ediyor olması yeni geliştirilmiş olmasına rağmen TİDÖ'nün (Yıldız ve diğ. 2018) tutarlı bir ölçek olduğunu kanıtlar niteliktedir.

Bilişsel işlevlerin zaman içindeki değişimi incelendiğinde ise yürütücü işlevler ve sözel bellek puanlarının bir yıl sonunda artış gösterdiği bulunmuştur. Yürütücü işlevler ve sözel belleğin klinik belirtiler ve toplumsal işlevsellikle olan bağıntısı düşünüldüğünde; psikopatolojideki azalma ve toplumsal işlevsellikteki artışın yürütücü işlev ve sözel bellekteki düzelmeye paralel seyrettiği görülmektedir. İzlem çalışmalarında bilişsel işlevlerin zaman içerisinde fazla değişim göstermeden stabil seyrettiği bilgisi yer almaktadır (Harvey ve diğ. 2013, Bergh ve diğ. 2016, Jiménez-López ve diğ. 2019). Bu noktada,

poliklinikteki tedavi ekibinin hastayla birebir iletişimi ve tedavi desteğinin, her ne kadar düzenli bir eğitim süreci şeklinde olmasa da hastanın klinik belirtilerinde ve işlevsel düzelmesinde etkili olmuş olabileceği söylenebilir. Hastalık seyrinde görülen iyileşmede düzenli takip ve tedavi ekibi-hasta iş birliğinin iyileştirici etkisinden söz edilebilir.

5.3. Sınırlılıklar

Bu çalışma birtakım sınırlılıkları beraberinde getirmiştir. Örneklem sayısının az olması bunlardan biridir. Çalışmanın sonunda tahmin edilenden daha fazla katılımcı düşmüş (12 kişi) ve bu durum bazı ilişkilerin anlamlılık sınırında kalmasına neden olup çalışmanın gücünü etkilemiştir. Bununla birlikte, sağlıklı kontrol grubunun olmaması da bir başka kısıtlılık olarak öne çıkmaktadır. Çalışmanın başında kontrol grubu oluşturmaya karar verilmiş fakat süre kısıtlılığı ve uygun örnekleme ulaşma zorluğu düşünülmüş ve vazgeçilmiştir. Bilişsel ve toplumsal işlevlerdeki değişimin sağlıklı kontrollerde de izlenememesi ilişkinin daha ayrıntılı yorumlanabilmesini kısıtlamıştır. Hastaların zekâ düzeylerinin hesaplanmaması da bilişsel işlevleri değerlendirirken karıştırıcı etki olarak dışlanamamasına neden olmuştur. Bununla birlikte, hastaların düşünsel (entelektüel) seviyelerini yansıttığını düşündüğümüz eğitim seviyeleri yapılan analizlerde covariate olarak alınıp zekanın etkisi dışlanmaya çalışılmış ve ilişkiler üzerinde etkili olmadığı görülmüştür.

Bilişsel ve toplumsal işlevleri araştırmacının kendisinin uygulama durumunda kalması da bir diğer kısıtlılık olarak görülmektedir. Örneklem yalnızca Kocaeli Üniversitesi Psikiyatri Polikliniğinden oluşması bir başka sınırlılık olarak değerlendirilebilir. Bu durum, sonuçların genellenebilirliği konusunda şüphe uyandırır da Kocaeli'nin göç alan bir şehir olması, her kültürden insanın barınması ve örneklem nüfus özelliklerinin Türkiye'de yapılmış diğer şizofreni çalışmalarındakine benzer olması bu çalışmadaki şizofreni hastalarının ortalama hasta evrenine yakın olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte izlem süresinin yalnızca bir yıl olması da bir diğer sınırlılık olarak değerlendirilmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu çalışma klinik psikopatoloji, bilişsel işlevsellik ve toplumsal işlevselliğin ilişkisel düzeyinin ve seyrinin bir yıllık izlemde birlikte değerlendirildiği ülkemizde gerçekleştirilen ilk çalışmadır. İzlem sonunda; klinik psikopatoloji puanlarında azalma, toplumsal işlevsellik puanlarında artma ve bilişsel işlev alanlarından yürütücü işlevler ve sözel bellek puanlarında artma gözlemlendi.

İlişkisel analiz sonucunda; klinik belirtilerle toplumsal işlevsellik arasında orta ila yüksek düzeyde negatif bağıntı bulundu ve bu bağıntı düzeyi, izlem sonunda da aynı şekilde devam etmekteydi. İşlevsellikle en fazla bağıntının görüldüğü belirti kümesi ise negatif belirtilerdi. Klinik belirtilerle bilişsel işlevler arasında ise ön planda yürütücü işlevler olmak üzere dikkat ve çalışma belleği, sözel bellek, sözel akıcılık ve işlem hızı ile orta düzey negatif ilişki saptandı ve bu ilişkinin düzeyi son ölçümlerde biraz daha artmıştı. Klinik olarak bilişsel yetilerle en fazla ilişkili olan alanın negatif belirtiler olduğu bulgulandı. Bilişsel işlevler ile toplumsal işlevsellik arasındaki bağıntı analizi sonucunda ise yürütücü işlevler ve işlem hızı ile toplumsal işlevsellik arasında ilişki saptandı ve bu ilişki de son ölçümlerde korunmaktaydı. İşlevsellik alanlarından bilişsel yetilerle en fazla bağıntının görüldüğü alan ise Kişiler arası ilişkiler ve Eğlenti etkinlikleri alanıydı.

Sonuç olarak değişkenler arasındaki ilişkinin kararlılığı (stabilitesi) sunuldu ve düzenli takip altındaki şizofreni hastalarında bir yıl içerisinde bile hastalık seyri ve işlevsellik açısından düzelme görülebildiği gösterildi.

6.2. Öneriler

Bu araştırmanın daha büyük örneklem grubuyla daha uzun sürede izlenmesi değişkenler arası ilişkinin derinlemesine incelenebilmesi açısından daha faydalı olacaktır. Bununla birlikte, ilerideki çalışmalar için çok merkezli şekilde farklı bölgelerden toplanan verilerle değerlendirilme yapılması sonuçların örneklem açısından genellenebilirliğini arttıracaktır. Ayrıca ilerideki çalışmalar için örneklemin yaş, cinsiyet ve eğitim yılıyla eşleşen bir kontrol grubunun eklenmesi daha sağlıklı yorumlamalar yapılmasına katkı sağlayacaktır. Bunun yanı sıra, hastaların IQ ölçümünün yapılp farklı biliş alanlarının da ölçüldüğü çalışma desenlerinin planlanması da bilişsel işlevlerin ilişki temelinde daha iyi anlaşılmasını sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

- Addington J, Addington D, Maticka-Tyndale E. Cognitive functioning and positive and negative symptoms in schizophrenia. *Schizophr Res.* 1991; 5(2): 123-34.
- Addington J, Addington D. Neurocognitive and social functioning in schizophrenia: a 2.5-year follow-up study. *Schizophr Res.* 2000; 44(1): 47-56.
- Altshuler LL, Ventura J, van Gorp WG ve diğ. Neurocognitive function in clinically stable men with bipolar I disorder or schizophrenia and normal control subjects. *Biol Psychiatry.* 2004; 56: 560-9.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4. Baskı). American Psychiatric Association, Washington, 1994.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5. Baskı). American Psychiatric Association, Washington, 2013.
- Amuk T, Kalkan Oğuzhanoglu N, Ateşçi F. Şizofreni hastalarının bir yıllık izlem çalışması. *Anadolu Psikiyatri Derg.* 2004; 5: 141-7.
- Anders SL. Improving community-based care for the treatment of schizophrenia: Lessons from native Africa. *Psychiatr Rehabil J.* 2003; 27: 51-8.
- Andreasen NC. Negative symptoms in schizophrenia: Definition and reliability. *Arch Gen Psychiatry.* 1982; 39: 784-8.
- Andreasen NC. The evolving concept of schizophrenia: From Kraepelin to the present and future. *Schizophr Res.* 1997; 28(2-3): 105-9.
- Arslan M, Yazıcı A, Yılmaz T. Rehabilitasyon programının şizofreni hastalarının kliniği, sosyal işlevselliği ve yaşam kalitesi üzerindeki uzun dönem etkileri: İzleme çalışması. *Anadolu Psikiyatri Derg.* 2015; 16(4): 238-46.
- August SM, Kiwanuka JN, McMahon RP. The MATRICS consensus cognitive battery (MCCB): clinical and cognitive correlates. *Schizophr Res.* 2012; 134(1): 76-82.
- Bae SM, Lee SH, Park YM ve diğ. Predictive factors of social functioning in patients with schizophrenia: exploration for the best combination of variables using data mining. *Psychiatry Investig.* 2010; 7(2): 93-101.
- Bagney A, Rodriguez-Jimenez R, Martinez-Gras I ve diğ. Negative symptoms and executive function in schizophrenia: does their relationship change with illness duration? *Psychopathology.* 2013; 46(4): 241-8.
- Barch DM. The cognitive neuroscience of schizophrenia. *Annu Rev of Clinical Psychology,* 2005; 1: 321-53.
- Bechi M, Bosia M, Spangaro M ve diğ. Exploring functioning in schizophrenia: Predictors of functional capacity and real-world behaviour. *Psychiatry Res.* 2017; 251: 118-24.
- Beck AT, Rector NA. Cognitive approaches to schizophrenia: Theory and therapy. *Annual Rev Clin Psychol.* 2005; 1: 577-606.
- Benton AL. Differential behavioural effects in frontal lobe disease. *Neuropsychologia.* 1968; 6: 53-60.
- Berg EA. A simple objective technique for measuring flexibility in thinking. *J Gen Psychol.* 1948; 39: 15-22.
- Bergh S, Hjorthøj C, Sørensen HJ ve diğ. Predictors and longitudinal course of cognitive functioning in schizophrenia spectrum disorders, 10 years after baseline: The OPUS study. *Schizophr Res.* 2016; 175(1-3): 57-63. doi: 10.1016/j.schres.2016.03.025.
- Bhattacharya K. Cognitive function in schizophrenia: a review. *J Psychiatry.* 2015; 18(1). Doi: 10.4172/Psychiatry.1000187.
- Bilder RM, Goldman RS, Robinson D ve diğ. Neuropsychology of first-episode schizophrenia: Initial characterization and clinical correlates. *Am J Psychiatry.* 2000; 157: 549-59.
- Binbay T, Ulaş H, Elbi H ve diğ. Türkiye’de psikoz epidemiyolojisi: yaygınlık tahminleri ve başvuru oranları üzerine sistematik bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatr Derg.* 2011; 22(1): 40-52.

- Bora E, Eryavuz A, Kayahan B ve diğ. Social functioning, theory of mind and neurocognition in outpatients with schizophrenia; mental state decoding may be a better predictor of social functioning than mental state reasoning. *Psychiatry Res.* 2006; 145: 95-103.
- Bowie CR, Best MW, Depp C ve diğ. Cognitive and functional deficits in bipolar disorder and schizophrenia as a function of the presence and history of psychosis. *Bipolar Disord.* 2018; 20(7): 604-13.
- Bowie CR, Leung WW, Reichenberg A. Predicting schizophrenia patients' real-world behavior with specific neuropsychological and functional capacity measures. *Biol Psychiatry.* 2008; 63: 505-11.
- Bozikas VP, Kosmidis MH, Kioperlidou K ve diğ. Relationship between psychopathology and cognitive functioning in schizophrenia. *Compr Psychiatry.* 2004; 45(5): 392-400.
- Bryson GJ, Silverstein ML, Nathan A ve diğ. Differential rate of neuropsychological dysfunction in psychiatric disorders: Comparison between Halstead-Reitan and Luna- Nebraska batteries. *Percept Mot Skills.* 1993; 76: 305-6.
- Buchanan RW, Strauss ME, Kirkpatrick B ve diğ. Neuropsychological impairments in deficit vs nondeficit forms of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry.* 1994; 51: 804-11.
- Cangöz B, Karakoç E, Selekler K. Trail Making Test: Normative data for Turkish elderly population by age, sex and education. *J Neurol Sci.* 2009; 283(1-2): 73-8.
- Cannon TD, van Erp TGM, Bearden CE ve diğ. Early and late neurodevelopmental influences in the prodrome to schizophrenia: Contributions of genes, environment, and their interactions. *Schizophr Bull.* 2003; 29: 653-69.
- Carrion RE, Goldberg TE, McLaughlin D ve diğ. Impact of neurocognition on social and role functioning in individuals at clinical high risk for psychosis. *Am J Psychiatr.* 2011; 168(8): 806-13.
- Casey BJ, Giedd JN, Thomas KM. Structural and functional brain development and its relation to cognitive development. *Bio Psychol.* 2000; 54: 241-57.
- Çelikbaş Z, Ergün S. Şizofrenide nörobilişsel bozukluklar ve işlevsellikle ilişkisi. *J Contemp Med.* 2018; 8(2): 183-7.
- Çetinkaya Duman Z, Aştı N, Üçok A ve diğ. Şizofreni hastalarına ve ailelerine 'bağımsız ve sosyal yaşam becerileri topluma yeniden katılım programı' uygulaması, izlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Derg.* 2007; 8(2): 91-101.
- Chan SKW, Kao SYS, Leung, SL ve diğ. The role of cognitive functioning and symptomology in self- stigma formation in psychosis. The 4th International Congress of Psychiatry (RANZCP 2016), Hong Kong, 8-12 Mayıs 2016.
- Cornblatt BA, Keilp JG. Impaired attention, genetics, and the pathophysiology of schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1994; 20: 31-46.
- Corvin AP. Two patients walk into a clinic...a genomics perspective on the future of schizophrenia. *BMC Biol.* 2011; 9: 77. doi: 10.1186/1741-7007-9-77.
- Couture SM, Granholm EL, Fish SC. A path model investigation of neurocognition, theory of mind, social competence, negative symptoms and real-world functioning in schizophrenia. *Schizophr Res.* 2011; 125(1-2): 152-160.
- Couture SM, Penn DL, Roberts DL. the functional significance of social cognition in schizophrenia: a review. *Schizophr Bull.* 2006; 32(Suppl 1): 44-63.
- Diaz-Caneja CM, Pina-Camacho L, Rodríguez-Quiroga A ve diğ. Predictors of outcome in early-onset psychosis: a systematic review. *NPJ Schizophr.* 2015; 1: 14005. Doi: 10.1038/npjischz.2014.5
- Dickerson F, Boronov JJ, Ringel N ve diğ. Neurocognitive deficits and social functioning in outpatients with schizophrenia. *Schizophr Res.* 1996; 21: 75-83.
- Dollfus S, Petit M. Stability of positive and negative symptoms in schizophrenic patients: a 3-year follow-up study. *Eur Psychiatry.* 1995; 10(5): 228-36.

- Erol A, Keleş Ünal E, Tunç Aydın E ve diğ. Şizofrenide sosyal işlevselliği yordayan etmenler. *Türk Psikiyatri Derg.* 2009; 20(4): 313-21.
- Esen-Danacı A, Böke Ö, Saka MC ve diğ. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara, 2018.
- Fett AG, Viechtbauer W, Dominguez MG ve diğ. The relationship between neurocognition and social cognition with functional outcomes in schizophrenia: A meta-analysis. *Neurosci and Biobehav Rev.* 2011; 35: 573-88.
- Fiksinski AM, Breetvelt EJ, Lee YJ ve diğ. Neurocognition and adaptive functioning in a genetic high-risk model of schizophrenia. *Psychol Med.* 2019; 49(6): 1047-54.
- Fujii DE, Wylie AM, Neurocognition and community outcome in schizophrenia: long-term predictive validity. *Schizophr Res.* 2003; 59: 219-23.
- Galderisi S, Davidson M, Kahn RS ve diğ. Correlates of cognitive impairment in first episode schizophrenia: the EUFEST study. *Schizophr Res.* 2009; 115: 104-14.
- Galderisi S, Mucci A, Bitter I ve diğ. Persistent negative symptoms in first episode patients with schizophrenia: Results from the european first episode schizophrenia trial. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2012; 23: 196-204.
- Gallinat J, Riedel M, Juckel G ve diğ. P300 and symptom improvement in schizophrenia. *Psychopharmacology.* 2001; 158(1): 55-65.
- Golden CJ, MacInnes WD, Ariel RN ve diğ. Cross-validation of the ability of the Luria-Nebraska Neuropsychological Battery to differentiate chronic schizophrenics with and without ventricular enlargement. *J Consult Clin Psychol.* 1982; 50: 87-95.
- Green MF, Harvey PD. Cognition in schizophrenia: Past, present, and future. *Schizophr Res Cogn.* 2014; 1(1): e1-e9.
- Green MF, Kern RS, Braff DL ve diğ. Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: Are we measuring the "right stuff?". *Schizophr Bull.* 2000; 18: 119-36.
- Green MF, Kern RS, Heaton RK. Longitudinal studies of cognition and functional outcome in schizophrenia: implications for MATRICS. *Schizophr Res.* 2004; 72(1): 41-51.
- Gur RE, Calkins ME, Gur RC ve diğ. The consortium on the genetics of schizophrenia: Neurocognitive endophenotypes. *Schizophr Bull.* 2007; 33: 49-68.
- Guy W. Clinical global impression. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. Department of Health, Education, and Welfare, Rockville, MD, U.S, 1976, p.218-21.
- Harrow M, Grossman LS, Jobe TS ve diğ. Do patients with schizophrenia ever show periods of recovery? A 15-year multi follow-up study. *Schizophr Bull.* 2005; 31: 723-34.
- Harvey PD, Koren D, Reichenberg A ve diğ. Negative symptoms and cognitive deficits: what is the nature of their relationship? *Schizophr Bull.* 2006; 32(2): 250-8.
- Harvey PD, Raykov T, Twamley EW ve diğ. Factor structure of neurocognition and functional capacity in schizophrenia: a multidimensional examination of temporal stability. *J Int Neuropsychol Soc.* 2013; 19(6): 656-63.
- Heaton R, Paulsen JS, McAdams LA ve diğ. Neuropsychological deficits in schizophrenics. relationship to age, chronicity and dementia. *Arch Gen Psychiatry.* 1994; 51: 469-76.
- Heaton RK. Wisconsin Card Sorting Test manual. Psychological Assessment Resources, Odessa, FL, 1981.
- Heinrichs RW, Vaz SM. Verbal memory errors and symptoms in schizophrenia. *Cogn Behav Neurol.* 2004; 17(2): 98-101.
- Heinrichs ZW, Zaksanis KK. Neurocognitive deficits in schizophrenia: a quantitative review of the evidence. *Neuropsychology.* 1998; 12: 426-45.

- Hochstrasser L, Borgwardt S, Lambert M ve diğ. The association of psychopathology with concurrent level of functioning and subjective well-being in persons with schizophrenia spectrum disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2018; 268(5): 455-60.
- Holthausen EA, Wiersma D, Knegtering RH ve diğ. Psychopathology and cognition in schizophrenia spectrum disorders: the role of depressive symptoms. *Schizophr Res*. 1999; 39(1): 65-71.
- Hooley JM. Expressed emotion and relapse of psychopathology. *Annu Rev Clin Psychol*. 2007; 3: 329-52.
- Horan WP, Green MF, DeGroot M ve diğ. Social cognition in schizophrenia, Part 2: 12-month stability and prediction of functional outcome in first-episode patients. *Schizophr Bull*. 2012; 38(4): 865-72.
- Hughes C, Kumari V, Soni W ve diğ. Longitudinal study of symptoms and cognitive function in chronic schizophrenia. *Schizophr Res*. 2003; 59(2-3): 137-46.
- Hunter R, Barry S. Negative symptoms and psychosocial functioning in schizophrenia: Neglected but important targets for treatment. *Eur Psychiatry*. 2012; 27(6): 432-6.
- Jablensky A. Epidemiology of schizophrenia: The global burden of disease and disability. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2000; 250: 274-85.
- Jerrel JM, Hrisko S. Changes in cognitive function associated with syndrome changes on two five-factor models of the Positive and Negative Syndrome Scale. *Hum Psychopharmacol Clin Exp*. 2012; 27: 566-76.
- Jiménez-López E, Sánchez-Morla EM, López-Villarreal A ve diğ. Neurocognition and functional outcome in patients with psychotic, non-psychotic bipolar I disorder, and schizophrenia. A five-year follow-up. *Eur Psychiatry*. 2019; 56: 60-68.
- Joiner T. Why people die by suicide, 2005. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Karakaş S, Erdoğan E, Sak L ve diğ. Stroop testi TBAG formu: Türk kültürüne standardizasyon çalışmaları, güvenilirlik ve geçerlik. *Klinik Psikiyatri*. 1999; 2(2): 75-88.
- Karakaş S. Bilnot Bataryası El Kitabı. Nöropsikolojik testler için araştırma ve geliştirme çalışmaları. Eryılmaz Ofset Matbaacılık, Ankara, 2006, pp. 51-114.
- Karno M, Jenkins JH. Cross-cultural studies in the course and treatment of schizophrenia. *Psychiatr Clin North America*. 1993; 16: 339-50.
- Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1987; 13(2): 261-76.
- Kayahan B, Veznedaroğlu B, Öztürk Ö ve diğ. Atipik antipsikotik ilaçların şizofreni hastalarında kısa kognitif muayene (KKM) üzerine etkisi: Tipik antipsikotiklerle karşılaştırmalı - doğal izlem çalışması. *Anadolu Psikiyatri Derg*. 2004; 5: 206-12.
- Keefe RS, Sweeney JA, Gu H ve diğ. Effects of olanzapine, quetiapine, and risperidone on neurocognitive function in early psychosis: a randomized, double-blind 52-week comparison. *Am J Psychiatr*. 2007; 164(7): 1061-71.
- Köhler O, Horsdal HT, Baandrup L ve diğ. Association between Global Assessment of Functioning scores and indicators of functioning, severity, and prognosis in first-time schizophrenia. *Clin Epidemiol*. 2016; 8: 323-32.
- Kostakoğlu AE, Batur S, Tiryaki A ve diğ. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinin (PANSS) Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Derg*. 1999; 14(44): 23-32.
- Kurtz MM. Neurocognition as a predictor of response to evidence-based psychosocial interventions in schizophrenia: what is the state of the evidence? *Clin Psychol Rev*. 2011; 31: 663-72.
- Lang FU, Kösters M, Lang S ve diğ. Psychopathological long-term outcome of schizophrenia: a review. *Acta Psychiatr Scand*. 2013; 127(3): 173-82.
- Lepage M, Bodnar M, Bowie CR. Neurocognition: Clinical and functional outcomes in schizophrenia. *Can J Psychiatry*. 2014; 59: 5-12.
- Lezak MD, Howieson DB, Loring DW. Concept formation and reasoning. *Neuropsychological Assessment* (4. Baskı). Oxford University Press, New York, 2004.

- Liberman RP. Yetiyetiminden İyileşmeye: Psikiyatrik İyileştirim Elkitabı. American Psychiatric Publishing Inc. Washington DC. 2008. Çev. Mustafa Yıldız, Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği, Ankara, 2011.
- Lin KM, Kleinman AM. Psychopathology and clinical course of schizophrenia: a cross-cultural perspective. *Schizophr Bull.* 1988; 14(4): 555-67.
- Linscott RJ, van Os J. Systematic reviews of categorical versus continuum models in psychosis: evidence for discontinuous subpopulations underlying a psychometric continuum. Implications for DSM-V, DSM-VI, and DSM-VII. *Annu Rev Clin Psychol.* 2010; 6: 391-419. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.032408.153506.
- Lopez-Diaz A, González-Higueras F, Torres-Hernández P. Predicting psychosocial functioning in schizophrenia: the role of clinical symptoms and the awareness of illness. 5th Biennial Schizophrenia International Research Society Conference, 2016.
- Lysaker PH, Davis LW. Social function in schizophrenia and schizoaffective disorder: Associations with personality, symptoms and neurocognition. *Health Qual Life Outcomes.* 2004; 2: 15.
- Malla A, Payne J. First-episode psychosis: psychopathology, quality of life, and functional outcome. *Schizophr Bull.* 2005; 31(3): 650-71.
- Manglam MK, Das A. Verbal learning and memory and psychopathology in schizophrenia. *Asian J Psychiatr.* 2013; 6(5): 417-20.
- McCleery A, Ventura J, Kern RS ve diğ. Cognitive functioning in first-episode schizophrenia: MATRICS consensus cognitive battery (MCCB) profile of impairment. *Schizophr Res.* 2014; 157(1-3): 33-9.
- Menezes NM, Arenovich T, Zipursky RB. A systematic review of longitudinal outcomes studies of first-episode psychosis. *Psychol Med.* 2006; 36, 1349-62.
- Messias E, MD, Chen CY, Eaton WW. Epidemiology of schizophrenia: review of findings and myths. *Psychiatr Clin North Am.* 2007; 30(3): 323-38.
- Milev P, Ho BC, Arndt S ve diğ. Predictive values of neurocognition and negative symptoms on functional outcome in schizophrenia: a longitudinal first-episode study with 7-year follow-up. *Am J Psychiatry.* 2005; 162(3): 495-506.
- Mohamed S, Paulsen JS, O'Leary D ve diğ. Generalized cognitive deficits in schizophrenia: a study of first-episode patients. *Arch Gen Psychiatry.* 1999; 56(8): 749-54.
- Mohamed S, Rosenheck R, Swartz M ve diğ. Relationship of cognition and psychopathology to functional impairment in schizophrenia. *Am J Psychiatry.* 2008; 165: 978-87.
- Mollon J, Mathias SR, Knowles EEM ve diğ. Cognitive impairment from early to middle adulthood in patients with affective and nonaffective psychotic disorders. *Psychol Med.* 2019; 1-10.
- Moos RH, McCoy L, Moos BS. Global assessment of functioning (GAF) ratings: Determinants and role as predictors of one-year treatment outcomes. *J Clin Psychol.* 2000; 56(4): 449-61.
- Moreno-Küstner B, Martín C, Pastor L. Prevalence of psychotic disorders and its association with methodological issues. A systematic review and meta-analyses. *PLoS One.* 2018; 13(4): e0195687. PMID: 29649252
- Mortensen PB. Mortality and physical illness in schizophrenia. RM Murray and PB Jones (Eds.), *The epidemiology of schizophrenia*, 2003; pp. 275-87. New York: Cambridge University Press.
- Mueser, KT, Tarrier N (Ed). Handbook of social functioning in schizophrenia. Allyn & Bacon, Needham Heights, MA, US, 1998.
- Mutsatsa SH, Joyce EM, Hutton SB ve diğ. Relationship between insight, cognitive function, social function and symptomatology in schizophrenia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2006; 256: 356-63.
- Newcombe F. Missile Wounds of the Brain. A Study of Psychological Deficits. Oxford University Press, London, 1969.
- Nolen-Hoeksema S. Abnormal Psychology. Schizophrenia spectrum and other psychotic disorders, 6th edition, 2011, p.217-49. New York, NY: McGraw-Hill Education.

- Nuechterlein KH, Green MF. MATRICS Consensus Cognitive Battery Manual. MATRICS Assessment, Inc, Los Angeles, CA, 2006.
- Öztürk MO, Uluşahin NA. Ruh sağlığı ve bozuklukları. Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara, 2016.
- Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62(3): 247-53.
- Palmer BW, Heaton RK, Paulsen JS ve diğ. Is it possible to be schizophrenic yet neuropsychologically normal? *Neuropsychology*. 1997; 11: 437-46.
- Putnam KM, Harvey PD, Parrella M ve diğ. Symptom stability in geriatric chronic schizophrenic inpatients: A one-year follow-up study. *Biol Psychiatry*. 1996; 39(2): 92-9.
- Rajji TK, Miranda D, Mulsant BH. Cognition, function, and disability in patients with schizophrenia: a review of longitudinal studies. *Can J Psychiatry*. 2014; 59: 13-7.
- Reichenberg A, Rieckmann N, Harvey PD. Stability in schizophrenia symptoms over time: findings from the Mount Sinai Pilgrim Psychiatric Center Longitudinal Study. *J Abnorm Psychol*. 2005; 114(3): 363-72.
- Reitan R. The relation of the Trail Making Test to organic brain damage. *J Consult Psychol*. 1955; 19: 393-4.
- Saha S, Chant D, Welham J ve diğ. A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS Med*. 2005; 2(5): e141.
- Santosh S, Dutta Roy D, Kundu PS. Psychopathology, cognitive function, and social functioning of patients with schizophrenia. *East Asian Arch Psychiatry*. 2013; 23(2): 65-70.
- Savla GN, Moore DJ, Palmer BW. Cognitive functioning in KT Mueser and Dilip V Jeste (Eds.), *Clinical Handbook of Schizophrenia*, 2008, pp. 91-99, New York: Guilford Press.
- Saykin AJ, Shtasel DL, Gur RE ve diğ. Neuropsychological deficits in neuroleptic naive patients with first-episode schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 1994; 51: 124-31.
- Schultz SH, North SW, Shields CG. Schizophrenia: A review. *Am Fam Physician*, 2007; 75(12): 1821-9.
- Shamsi S, Lau A, Lencz T ve diğ. Cognitive and symptomatic predictors of functional disability in schizophrenia. *Schizophr Res*. 2011; 126(1-3): 257-64.
- Shepherd S, Depp CA, Harris G ve diğ. Perspectives on schizophrenia over the lifespan: a qualitative study. *Schizophr Bull*. 2012; 38(2): 295-303.
- Smith TE, Hull JW, Huppert JD ve diğ. Recovery from psychosis in schizophrenia and schizoaffective disorder: symptoms and neurocognitive rate-limiters for the development of social behavior skills. *Schizophr Res*. 2002; 55: 229-37.
- Snitz BE, MacDonald AWIII, Carter CS. Cognitive deficits in unaffected first degree relatives of schizophrenia patients: A meta-analytic review of putative endophenotypes. *Schizophr Bull*. 2006; 32: 179-94.
- Sönmez S. Şizofreni hastalarında psikoeğitim grup çalışmasının pozitif ve negatif belirtiler, sosyal işlevsellik, yeti yitimi, içgörü ve yaşam kalitesi üzerine etkilerinin araştırılması. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Birimi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2009.
- Spaulding WD, Fleming SK, Reed D ve diğ. Cognitive functioning in schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1999; 25(2): 275-89.
- Stephens JH. Long-term prognosis and follow-up in schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1978; 4(1): 25-47.
- Strauss GP, Harrow M, Grossman LS ve diğ. Periods of recovery in deficit syndrome schizophrenia: A 20-year multi-follow-up longitudinal study. *Schizophr Bull*. 2010; 36: 788-99.
- Stroop JR. Studies of interference in serial verbal reactions. *J Exp Psychol*. 1935; 18: 643-62.
- Sum MY, Tay KH, Sengupta S ve diğ. Neurocognitive functioning and quality of life in patients with and without deficit syndrome of schizophrenia. *Psychiatry Res*. 2018; 263: 54-60.

- Świtaj P, Anczewska M, Chrostek A ve diğ. Disability and schizophrenia: a systematic review of experienced psychosocial difficulties. *BMC Psychiatry*. 2012; 12: 193. Doi: 10.1186/1471-244X-12-193.
- Talreja BT, Shah S, Kataria L. Cognitive function in schizophrenia and its association with socio-demographics factors. *Ind Psychiatry J*. 2013; 22(1): 47-53.
- Tandberg M, Ueland T, Sundet K ve diğ. Neurocognition and occupational functioning in patients with first-episode psychosis: a 2-year follow-up study. *Psychiatry Res*. 2011; 188: 334-42.
- Trivedi JK, Goel D, Sharma S ve diğ. Cognitive functions in stable schizophrenia & euthymic state of bipolar disorder. *Indian J Med Res*. 2007; 126: 433-9.
- Tsuang MT, Faraone SV. Diagnostic concepts and prevention of schizophrenia. *Can J Psychiatry*. 2002; 47: 515-7.
- Tumaç A. Normal deneklerde, frontal hasarlara duyarlı bazı testlerde performans yaş ve eğitimin etkisi. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Bölümü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1997.
- Türkeş N, Can H, Kurt M ve diğ. İz Sürme Testi'nin 20-49 yaş aralığında Türkiye için norm belirleme çalışması. *Türk Psikiyatri Derg*. 2015; 26(3): 189-96.
- Uzun Ö, Özşahin A, Özmenler KN ve diğ. Tedaviye dirençli şizofrenide klozapin: üç yıllık izlem. *Bull Clin Psychopharmacol*. 2000; 10: 74-80.
- Valencia M, Fresán A, Barak Y ve diğ. Predicting functional remission in patients with schizophrenia: a cross-sectional study of symptomatic remission, psychosocial remission, functioning, and clinical outcome. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2015; 11: 2339-48.
- van Beilen M, Kiers HA, Bou A ve diğ. Cognitive deficits and social functioning in schizophrenia: a clinical perspective. *Clin Neuropsychol*. 2003; 17(4): 507-14.
- Velligan DI, Bow-Thomas CC, Mahurin RK ve diğ. Do specific neurocognitive deficits predict specific domains of community function in schizophrenia? *J Nerv Ment Dis*. 2000; 188: 518-24.
- Vos T, Abajobir AA, Abate KH ve diğ. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: A systematic analysis for the global burden of disease study 2016. *Lancet*. 2017; 390(10100):1211-59. doi: 10.1016/S0140-6736(17)32154-2.
- Wechsler D. Manual for the Wechsler Memory Scale-Revised. The Psychological Corporation, San Antonio, TX, 1987.
- Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J ve diğ. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the global burden of disease study 2010. *Lancet*. 2013; 382(9904): 1575-86.
- Wolkin A, Sanfilippo M, Wolf AP ve diğ. Negative symptoms and hypofrontality in chronic schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 1992; 49: 959-65.
- World Health Organization. Schizophrenia: key facts, 2018. Erişim: 10 Mayıs 2019. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Yiğittürk D, Kaya B, Ünal S. Şizofreni hastalarında psikotik belirtilerdeki düzelmelerin dikkat ve bellek işlevleri üzerine yansımaları. *Klinik Psikiyatri*. 2017; 20: 19-29.
- Yıldız M, Kiras F, İncedere A ve diğ. Development of social functioning assessment scale (SFAS) for people with schizophrenia: validity and reliability study. *Anadolu Psikiyatri Derg*. 2018; 19(Suppl 2): 29-38.
- Yurdakul A. Şizofreni hastalarında sosyal işlevselliğin bilişsel işlevler ve algılanan duygusal dışavurum ile ilişkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sınır Bilimi Anabilim Dalı, Yüksek lisans tezi, İzmir, 2015

ÖZGEÇMİŞ

1. Bireysel Bilgiler

Adı Soyadı: Fatma Betül ABUT
Doğum yeri ve tarihi: İzmit – 20.07.1993
Uyruğu: T.C.
Medeni Durumu: Bekar
Çalıştığı Kurum: Kocaeli Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi
Psikoloji Bölümü
İletişim Adresi ve Telefonu: KOÜ Fen Edebiyat Fakültesi Dekanlığı – Z11
Umuttepe, 41380, Kocaeli
05362476429

2. Eğitimi

Yüksek Lisans: Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Ruhsal Rehabilitasyon AD (2016-2019)
Lisans: Orta Doğu Teknik Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi
Psikoloji Bölümü (2011-2016)
Lise: Cahit Elginkan Anadolu Lisesi (2007-2011)
İlköğretim: Kuvayı Milliye İlköğretim Okulu (2002-2007)
Alparslan İlköğretim Okulu (1999-2002)
Yabancı Dil: İngilizce (İleri düzey)

3. Unvan:

Araştırma Görevlisi (2017-hala)

4. Mesleki Deneyim:

Kocaeli Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi
Psikoloji Bölümü Arş. Gör. (2017-devam ediyor)
ODTÜ Klinik Psikoloji Labı
Gönüllü araştırma asistanı (2015-2016)
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Servis
(Bölüm 44) – Stajyer (2015)
ODTÜ Gelişim Psikolojisi Labı
Gönüllü araştırma asistanı (2014-2015)

5. Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar:

- Türk Psikologlar Derneği
- Ruhsal Rehabilitasyon Uzmanları Derneği

6. Bilimsel Yayınlar:

Kaytaz BN, Abut FB, Yıldız M. Şizofreni ve şizoaffektif bozukluk tanısı almış hastalarda çalışma yaşamının incelenmesi: Bir pilot çalışma. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2017; 3(3): 13-17.

Yıldız M, İncedere A, Kiras F, Abut FB, Kircali A, İpci K. Development of Self-Stigma Inventory for Families of the patients with schizophrenia (SSI-F): validity and reliability study. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*. 2018. DOI:10.1080/24750573.2018.1480858.

Yıldız M, Kaytaz BN, İncedere A, Abut FB, Özgül Aydın A, Sarandöl A, Yener Örum TG, Kurt A, Erşan EE. Rates and correlates of employment in patients with schizophrenia: A multicenter study in Turkey. *International Journal of Social Psychiatry*. 2019; 65(3): 235-243.

Yıldız M, Kiras F, İncedere A, Esen D, Gürcan MB, Abut B, İpçi K, Tural Ü. Development of Social Functioning Assessment Scale (SFAS) for people with schizophrenia: Validity and reliability study. *Anadolu Psikiyatri Derg*. 2018; 19(Suppl 2): 29-38.

Yıldız M, Kiras M, İncedere A, Abut FB. Development of self-stigma inventory for patients with schizophrenia (SSI-P): Reliability and validity study. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*. 2018. DOI: 10.1080/24750573.2018.1533189

Ödüller: 2. Ruhsal İyileştirim Kongresi – Sözel Bildiri İkincilik Ödülü

EKLER

EK 1

NÜFUS VE KLİNİK BİLGİ BELGESİ (NKB)

Hastanın ismi:	Tarih:
Doğum tarihi/Yaş:	Cinsiyet: <input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Kadın
Doğum yeri (Şehir):	Eğitim (başarıyla tamamladığı yıl):
Medeni durum: <input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/> Evli <input type="checkbox"/> Boşanmış /ayrı / dul	Şu anki çalışma durumu: <input type="checkbox"/> İşsiz <input type="checkbox"/> Malulen emekli <input type="checkbox"/> Çalışıyor <input type="checkbox"/> Öğrenci
Hastalığın başlangıç yaşı:	Toplam hastane yatış sayısı:
Hastalığın süresi (yıl):	Toplam yatış günü:
Tanı: <input type="checkbox"/> Şizofreni <input type="checkbox"/> Şizoaffektif bozukluk	
Yaşam biçimi (kimlerle yaşıyor, bakıcıları): <input type="checkbox"/> Aile <input type="checkbox"/> Eş/Çocuk <input type="checkbox"/> Akraba <input type="checkbox"/> Yalnız <input type="checkbox"/> Arkadaşlarıyla	

EK 2

POZİTİF VE NEGATİF BELİRTİLER ÖLÇEĞİ (PANSS)

Ad, Soyad:

Tarih:

Uygulayan doktor:

PANSS

Pozitif Belirtiler	Yok (1)	Çok Hafif (2)	Hafif (3)	Orta Düzeyde (4)	Orta Derecede Ağır (5)	Ağır (6)	Çok Ağır (7)
P1 Sanrılar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P2 Düşünce dağınıklığı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P3 Varsanılar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P4 Taşkınlık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P5 Büyüklük duyguları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P6 Şüpheliklik kötülük	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P7 Düşmanca tutum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Skor:

Negatif Belirtiler	Yok (1)	Çok Hafif (2)	Hafif (3)	Orta Düzeyde (4)	Orta Derecede Ağır (5)	Ağır (6)	Çok Ağır (7)
N1 Duygulanımda küntleşme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N2 Duygusal iççekilme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N3 İlişki kurmada güçlük	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N4 Pasif biçimde kendini toplumdandan çekme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N5 Soyut düşünme güçlüğü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N6 Konuşmanın kendiliğinden ve akıcılığının kaybı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N7 Steriotipik düşünme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Skor:

Genel Psikopatoloji	Yok (1)	Çok Hafif (2)	Hafif (3)	Orta Düzeyde (4)	Orta Derecede Ağır (5)	Ağır (6)	Çok Ağır (7)
G1 Bedensel kaygı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G2 Anksiyete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G3 Suçluluk duyguları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G4 Gerginlik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G5 Manyerizm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G6 Depresyon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G7 Motor yavaşlama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G8 İşbirliği kuramama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G9 Olağandışı düşünce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G10 Yönetim bozukluğu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G11 Dikkat azalması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G12 Yargılama ve içgörü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G13 İrade bozukluğu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G14 Dürtü kontrolsüzlüğü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G15 Zihinsel aşırı uğraş	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G16 Aktif biçimde sosyal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Toplam skor:

Skor:

EK 3

KLİNİK GENEL İZLENİM – ŞİDDET

Hastalık Şiddeti

Bu hasta grubu ile olan klinik deneyimlerinize dayanarak, sizce bu kişi ne kadar hasta?

1. Normal, hasta değil
2. Hastalık sınırında
3. Hafif düzeyde hasta
4. Orta düzeyde hasta
5. Belirgin düzeyde hasta
6. Şiddetli düzeyde hasta
7. En şiddetli düzeyde hasta

EK 4

İŞLEVSELLİĞİN GENEL DEĞERLENDİRİLMESİ (İGD)

Ruhsal sağlık-hastalığın varsayımsal sürekliliği üzerinde psikolojik, toplumsal ve mesleki işlevselliği göz önünde bulundurunuz. Fiziksel (ya da çevresel) kısıtlamalara bağlı işlevsellik bozulmalarını bu kapsam içinde değerlendirmeyiniz.

Kod	(Not: Uygun düştüğünde ara kodları da kullanınız, örn. 45, 68, 72.)
91-100	Çok çeşitli etkinlik alanlarında üst düzeyde işlevsellik, yaşam sorunları hiçbir zaman denetim dışı kalmıyor gibi görünmektedir, birçok olumlu niteliği olduğu için başkalarınınca aranan biridir. Herhangi bir semptomu yoktur.
81-90	Hiç belirti olmaması ya da çok az belirti olması (örn. sınavdan önce hafif bir anksiyete duyma), tüm alanlarda işlevselliğin iyi olması, çok çeşitli etkinliklerle ilgilenme ve bunlara katılma, toplumsal yönden etkindir, genellikle yaşamı doyumludur, günlük sorunlar ya da kaygılardan öte sorun ya da kaygıların olmaması (örn. aile bireyleriyle ara sıra olan tartışmalar).
71-80	Semptomlar varsa bile bunlar gelip geçicidir ve psikososyal stres kaynaklarına verilen beklentir tepkilerdir (örn. aile tartışmasından sonra düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırmada zorluk çekme); toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte hafif bir bozulma olmasından daha ileri bir durum yoktur (örn. geçici olarak okulda geri kalma)
61-70	Birtakım hafif semptomlar (örn. depresif duygudurum ve hafif insomnia) YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte birtakım zorlukların olması (örn. Ara sıra okuldan kaçmalar ya da ev içinde hırsızlık yapma), ancak genelde oldukça iyi bir biçimde işlevselliğini sürdürür, anlamlı kişiler arası ilişkileri vardır.
51-60	Orta derecede semptomlar (örn. donuk duygulanım ve çevresel konuşma, ara sıra gelen panik atakları) YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte orta derecede bir zorluğu vardır (örn. az sayıda arkadaşı vardır, çalışma arkadaşları ile çatışmaları vardır).
41-50	Ağır semptomlar (örn. intihar düşünceleri, ağır obsesyonel törensel davranışlar, sık sık mağazalardan mal çalma) YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte ciddi bir bozukluk vardır (örn. hiç arkadaşı yoktur, işini koruyamaz).
31-40	Gerçeği değerlendirmede ya da iletişimde bazı bozukluklar vardır (örn. konuşması kimi zaman mantıkdışı, çapraşık ya da konuşulan konuyla ilgisizdir) YA DA iş/okul, aile ilişkileri, yargılama, düşünme ya da duygudurum gibi birçok alanda temel birtakım bozukluklar vardır (örn. depresif bir kişi arkadaşlarından kaçır, ailesini ihmal eder ve çalışamaz; çocuk yaşta olan bir kişi kendinden daha küçükleri döver, evde hep karşı gelir ve okulda başarısızdır).
21-30	Davranışları hezeyanlar ve varsamlardan oldukça etkilenir YA DA iletişim ya da yargıda ciddi bir bozukluk vardır (örn. bazen enkoherandır, ileri derecede uygunsuz bir biçimde davranır, intihar düşünceleriyle uğraşır durur) YA DA hemen tüm alanlarda işlevselliği kötüdür (örn. bütün gün yataktan çıkmaz; işi, evi ya da arkadaşları yoktur).
20-11	Kendisini ya da başkalarını yaralayacak olma tehlikesi zaman zaman vardır (örn. açıkça ölüm beklentisi olmadan intihar girişimleri; sıklıkla şiddete başvurur; manik eksitasyon) YA DA ara sıra kişisel bakımın en temel gereklerini bile yerine getiremez (örn. dışkı sürer) YA DA iletişimde ileri derecede bir bozukluk vardır (örn. ileri derecede enkoherandır ya da mutizm içindedir).
1-10	Kendisini ya da başkalarını ağır bir biçimde yaralayacak olma tehlikesi sürekli vardır (örn. yineleyen şiddet gösterileri) YA DA kişisel bakımın en temel gereklerini sürekli olarak yerine getiremez YA DA açıkça ölüm beklentisi içinde ciddi intihar eylemi.
0	Bilgi yetersiz

EK 5

TOPLUMSAL İŞLEVSELLİĞİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (TİDÖ)

Adı Soyadı:

Tarih: /..... /.....

Bireylerin özbakım alışkanlıkları, aile/çevre ile ilişkileri, toplumsal davranış özellikleri ve çalışma durumunu değerlendiren bu ölçeği doldururken **son birkaç aydaki** durumunuzu en iyi şekilde yansıtan seçenekleri işaretleyiniz.

1. **El-yüz yıkama sıklığınız nedir?**
() Haftada 1 ya da daha az () Haftada 3 – 5 kez () Her gün
2. **Diş fırçalama sıklığınız nedir?**
() Haftada 1 ya da daha az () 2-3 günde bir () Günde en az 1 kez
3. **Banyo yapma sıklığınız nedir?**
() Ayda 1-2 kez ya da daha az () Haftada 1-2 kez () Haftada 3 ya da daha fazla
4. **Tırnak kesme sıklığınız nedir?**
() Ayda 1-2 kez ya da daha az () İki haftada bir () Haftada 1 kez
5. **İç çamaşırı değiştirme sıklığınız nedir?**
() Haftada 1 ya da daha az () 2-3 günde bir () Hemen her gün
6. **Çorap değiştirme sıklığınız nedir?**
() Haftada 1 ya da daha az () 2-3 günde bir () Hemen her gün
7. **(Kadınlar için) Cilt bakımı ve makyaj yapma, kaş ve bıyık alma sıklığınız nedir?**
() Sadece özel günlerde () 2-3 ayda bir () Haftada bir
(Erkekler için) Sakal tıraşı olma sıklığınız nedir?
() Haftada 1 ya da daha az () Haftada 2-3 kez () Her gün
8. **Birlikte yaşadığınız kişilerle piknik, gezi, konser, maç, sinema, sergi vb. etkinliklere katılma sıklığınız nedir?**
() Hiç () 2-3 ayda bir () Ayda 1 – 2 kez
9. **Birlikte yaşadığınız kişilerle duygu ya da sorunlarınızı paylaşıyor mısınız?**
() Hiç paylaşmam () Sorulduğunda paylaşıyorum () Genellikle paylaşıyorum
10. **Kafe/çay bahçesi gibi yerlere gitme sıklığınız nedir?**
() Hiç () 2-3 ayda bir () Ayda birden fazla
11. **Akrabalar dışında kaç yakın arkadaşınız var?**
() Hiç yok () 1– 3 kişi () 4 ve üzeri
12. **Arkadaşlarla birlikte piknik, gezi, konser, maç, sinema, sergi vb. etkinlik yapma sıklığınız nedir?**
() Hiç yapmam () 2-3 ayda bir () Ayda en az 1 kez
13. **Spor amaçlı etkinlik (halı saha maçı, tempolu yürüyüş, bisiklete binme, yüzme vb.) yapma sıklığınız nedir?**
() 2-3 ayda bir ya da daha az () Ayda 1- 2 kez () Haftada en az 1 kez
14. **Gazete, dergi okuma (internet ve TV haberleri dahil) sıklığınız nedir?**
() Ayda 1- 2 kez ya da daha az () Haftada 1-2 kez () Hemen her gün
15. **Tek başına (yardım almaksızın) evden dışarı çıkma sıklığınız nedir?**
() Ayda 1- 2 kez ya da daha az () Haftada 1-2 kez () Hemen her gün
16. **Toplu taşıma araçlarını ya da özel aracınızı (yardımsız) kullanma sıklığınız nedir?**
() Ayda 1- 2 kez ya da daha az () Haftada 1-2 kez () Hemen her gün
17. **İhtiyaca göre alışveriş (pazar, market, mağaza vb. yerlerde) yapma durumunuz nedir?**
() Yapamam () Yardımla yaparım () Kendim yaparım
18. **Gelirinize göre harcama ve ödeme (para yönetimi) yapma durumunuz nedir?**
() Yapamam () Yardımla yaparım () Kendim yaparım
19. **Çalışma durumunuz nedir?**
() Çalışmıyorum () Destekli çalışıyorum () Düzenli bir işte çalışıyorum
(Öğrenci ise derslere katılma)
() Katılmıyorum () Arada katılıyorum () Düzenli katılıyorum
(Ev hanımı ise ev işleriyle ilgili sorumlulukları)
() Yerine getiremiyorum () Yardıma ihtiyaç duyuyorum () Kendim yerine getiriyorum

EK 6

SAYI MENZİLİ TESTİ

İleri Sayı Menzili

Puan	1. Deneme	2. Deneme
3	6 2 9	3 7 5
4	5 4 1 7	8 3 9 6
5	3 6 9 2 5	6 9 4 7 1
6	9 1 8 4 2 7	6 3 5 4 8 2
7	1 2 8 5 3 4 6	2 8 1 4 9 7 5
8	3 8 2 9 5 1 7 4	5 9 1 8 2 6 4 7

İleri Sayı Menzili Puanı:

Geri Sayı Menzili

Puan	1. Deneme	2. Deneme
2	5 1	3 8
3	4 9 3	5 2 6
4	3 8 1 4	1 7 9 5
5	6 2 9 7 3	4 8 5 2 7
6	7 1 5 2 8 6	8 3 1 9 6 4
7	4 7 3 9 1 2 8	8 1 2 9 3 6 5

Geri Sayı Menzili Puanı:

EK 7

MANTIKSAL BELLEK TESTİ

A) Kadıköy'de bir okulda hademe olarak çalışan bir kadın varmış; ismi Ayşe Öztürk. Bu kadın polis karakoluna başvurmuş ve demiş ki: "Dün akşam sokakta giderken, iki kişi yolumu kestiler, elimden para çantamı kapıp kaçtılar. Çantamda 360 Lira vardı." demiş. Bu kadının 4 çocuğu varmış. Ev kirasını ödemesi gerekiyormuş. İki gündür de ailece doğru dürüst bir şey yememişler. Kadının haline acıyan polisler, kendisi için aralarında bağış toplamışlar.

B) Kırım isimli bir Rus gemisi, Pazar gecesini, Sinop açıklarında fırtınaya tutulmuş ve batmış. Gece karanlıkmiş, dalgalar kabarıyormuş. Buna rağmen yolculardan 6'sı kadın 17 kişi kurtarılmış. Ertesi sabah, balıkçı motorları kazazedeleri Trabzon limanına götürmüşler.

EK 8

STROOP TESTİ

SİYAH / BEYAZ OKUMA

YEŞİL	KIRMIZI	YEŞİL	MAVİ	MAVİ	KIRMIZI	YEŞİL	KIRMIZI	MAVİ	KIRMIZI
KIRMIZI	MAVİ	KIRMIZI	YEŞİL	MAVİ	KIRMIZI	YEŞİL	MAVİ	KIRMIZI	MAVİ
KIRMIZI	YEŞİL	MAVİ	KIRMIZI	YEŞİL	KIRMIZI	MAVİ	YEŞİL	MAVİ	YEŞİL
KIRMIZI	MAVİ	KIRMIZI	YEŞİL	MAVİ	KIRMIZI	YEŞİL	MAVİ	KIRMIZI	MAVİ
MAVİ	YEŞİL	KIRMIZI	KIRMIZI	MAVİ	YEŞİL	KIRMIZI	MAVİ	KIRMIZI	YEŞİL
YEŞİL	KIRMIZI	MAVİ	YEŞİL	KIRMIZI	MAVİ	KIRMIZI	MAVİ	YEŞİL	MAVİ

Süre :

DÖRTGEN RENGİ SÖYLEME

KIRMIZI	YEŞİL	MAVİ	YEŞİL	KIRMIZI	MAVİ	MAVİ	YEŞİL	KIRMIZI	YEŞİL
KIRMIZI	MAVİ	YEŞİL	KIRMIZI	MAVİ	KIRMIZI	YEŞİL	YEŞİL	MAVİ	MAVİ
KIRMIZI	MAVİ	YEŞİL	MAVİ	KIRMIZI	YEŞİL	KIRMIZI	MAVİ	YEŞİL	KIRMIZI
KIRMIZI	YEŞİL	MAVİ	KIRMIZI	YEŞİL	KIRMIZI	MAVİ	YEŞİL	KIRMIZI	YEŞİL
YEŞİL	KIRMIZI	MAVİ	YEŞİL	MAVİ	YEŞİL	KIRMIZI	MAVİ	MAVİ	KIRMIZI
KIRMIZI	YEŞİL	MAVİ	YEŞİL	KIRMIZI	YEŞİL	MAVİ	KIRMIZI	MAVİ	YEŞİL

Süre :

RENKLİ KELİMELERİ OKUMA

KIRMIZI	YEŞİL	MAVİ	YEŞİL	KIRMIZI	MAVİ	MAVİ	YEŞİL	KIRMIZI	YEŞİL
KIRMIZI	MAVİ	YEŞİL	KIRMIZI	MAVİ	KIRMIZI	YEŞİL	YEŞİL	MAVİ	MAVİ
KIRMIZI	MAVİ	YEŞİL	MAVİ	KIRMIZI	YEŞİL	KIRMIZI	MAVİ	YEŞİL	KIRMIZI
KIRMIZI	YEŞİL	MAVİ	KIRMIZI	YEŞİL	KIRMIZI	MAVİ	YEŞİL	KIRMIZI	YEŞİL
YEŞİL	KIRMIZI	MAVİ	YEŞİL	MAVİ	YEŞİL	KIRMIZI	MAVİ	MAVİ	KIRMIZI
KIRMIZI	YEŞİL	MAVİ	YEŞİL	KIRMIZI	YEŞİL	MAVİ	KIRMIZI	MAVİ	YEŞİL

Süre :

RENKLİ KELİMELERİN RENGİNİ SÖYLEME

MAVİ	KIRMIZI	YEŞİL	KIRMIZI	MAVİ	YEŞİL	KIRMIZI	MAVİ	YEŞİL	KIRMIZI
MAVİ	YEŞİL	MAVİ	MAVİ	KIRMIZI	YEŞİL	KIRMIZI	MAVİ	YEŞİL	KIRMIZI
YEŞİL	KIRMIZI	MAVİ	YEŞİL	MAVİ	KIRMIZI	YEŞİL	KIRMIZI	MAVİ	YEŞİL
MAVİ	KIRMIZI	YEŞİL	MAVİ	KIRMIZI	YEŞİL	KIRMIZI	MAVİ	YEŞİL	KIRMIZI
MAVİ	YEŞİL	KIRMIZI	MAVİ	KIRMIZI	MAVİ	YEŞİL	KIRMIZI	YEŞİL	MAVİ
MAVİ	KIRMIZI	YEŞİL	MAVİ	YEŞİL	KIRMIZI	YEŞİL	MAVİ	YEŞİL	MAVİ

Süre :

Yanlış :

Spontan Düzeltme :

Süre Farkı :

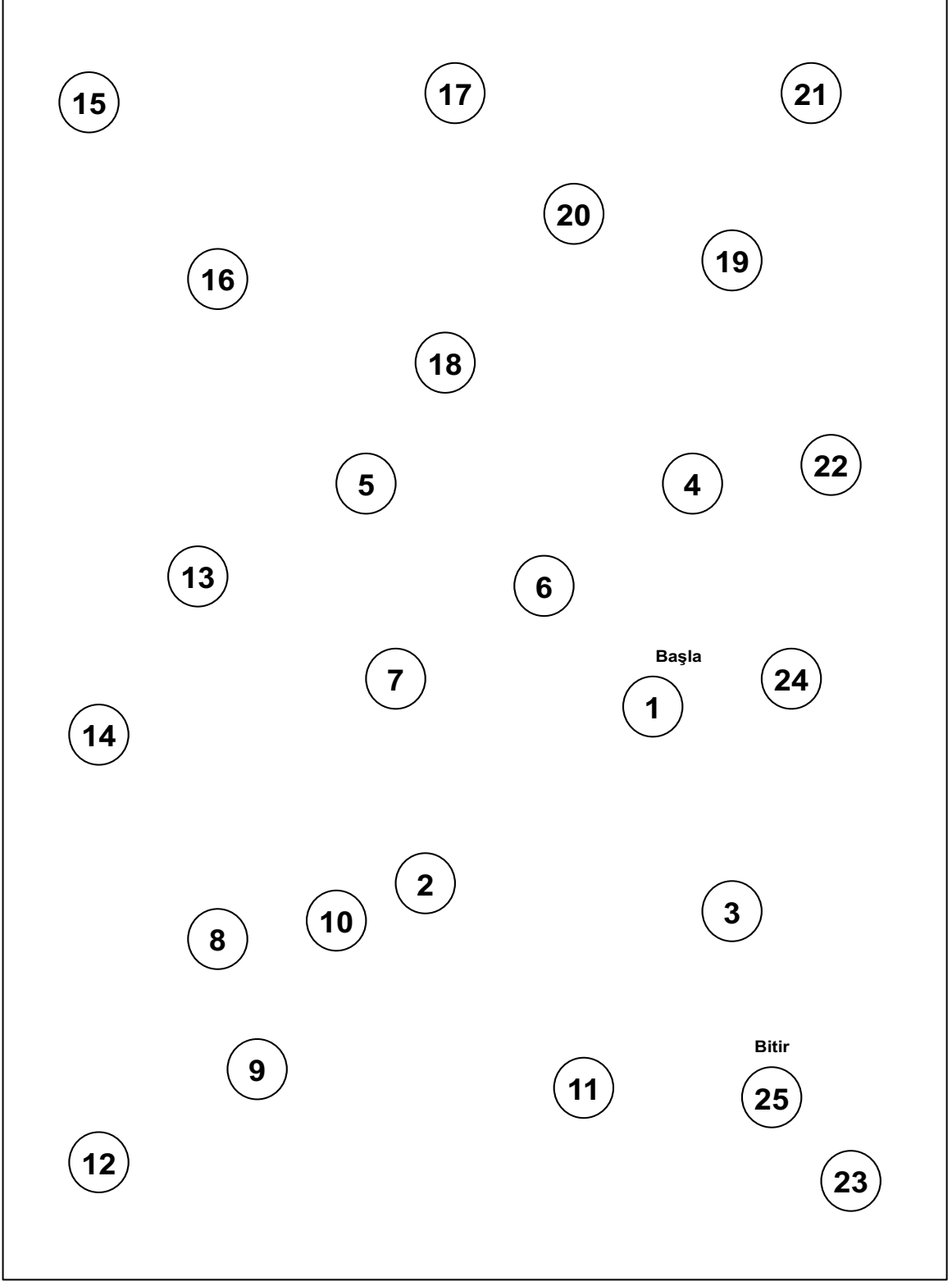
EK 10

SÖZEL AKICILIK TESTLERİ

	HAYVAN	K HARFİ	A HARFİ	S HARFİ
0-15 dakika				
16-30 dakika				
31-45 dakika				
46-60 dakika				
	Puan: Perseverasyon: Kategori Dışı:	Puan: Perseverasyon: Kategori Dışı: Özel İsim:	Puan: Perseverasyon: Kategori Dışı: Özel İsim:	Puan: Perseverasyon: Kategori Dışı: Özel İsim:
KAS TOPLAM PUAN: _____ Pers: _____ Kategori Dışı: _____ Özel İsim: _____				

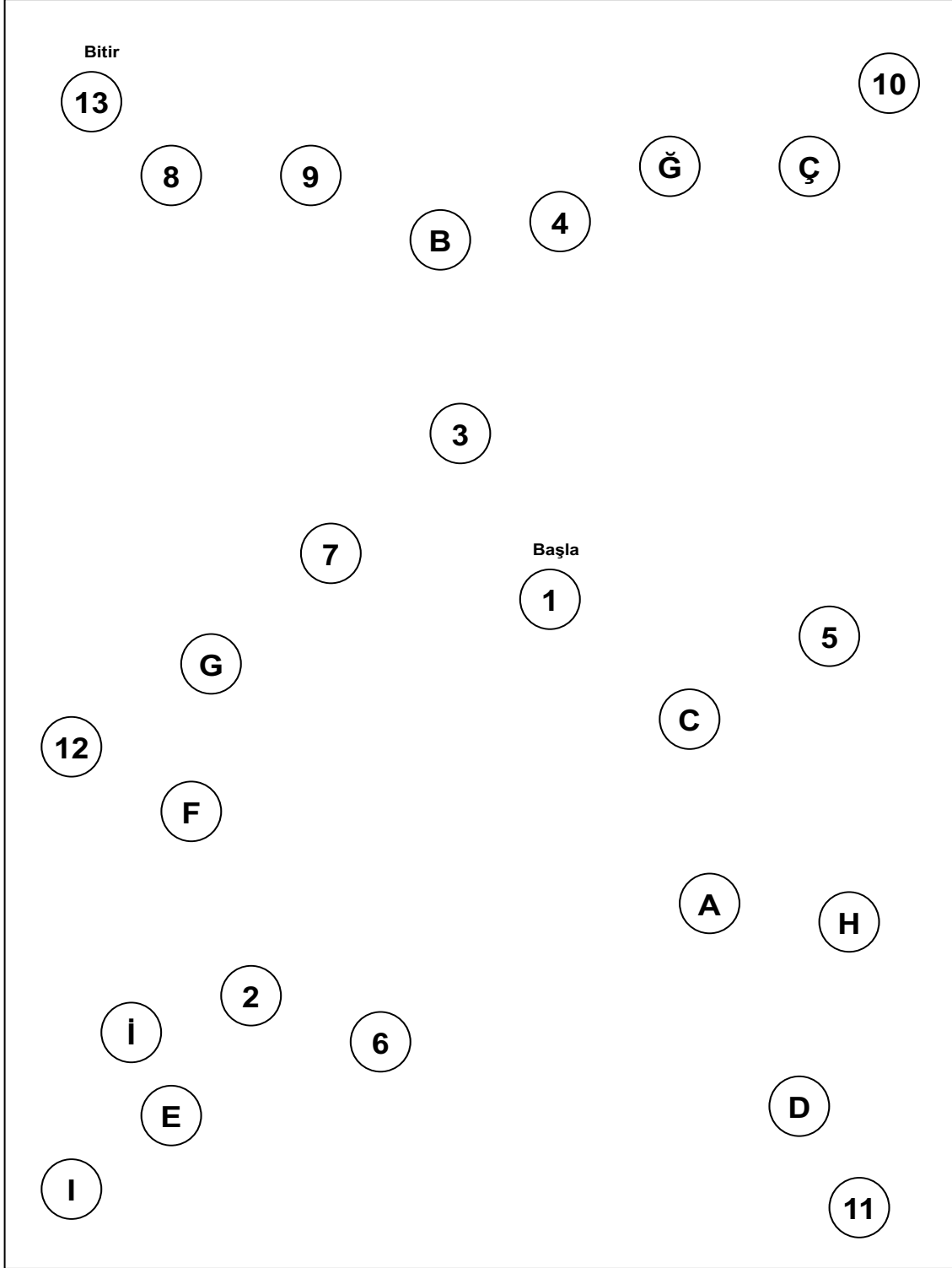
EK 11

İZ SÜRME – A FORMU



EK 12

İZ SÜRME – B FORMU



EK 13

ETİK KURUL ONAYI



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



Etik Kurul Bilgileri	Adı	Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	Adres	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Ara Kat 41380 Umuttepe Yerleşkesi /KOCAELİ
	Telefon	0262 303 74 50
	Faks	0262 303 74 63
	E-Posta	gokaetikkurul@kocaeli.edu.tr

Başvuru Bilgileri	Araştırmacının Adı	Şizofrenide klinik psikopatoloji ve bilişsel ve toplumsal işlevsellik arasındaki ilişki: 1 yıllık izlem çalışması		
	Araştırma Proje Numarası	KÜ GOKAEK 2018/5		
	Sorumlu Araştırmacı Unvanı/Adı/Soyadı	Prof. Dr. Mustafa YILDIZ		
	Sorumlu Araştırmacının Uzmanlık Alanı	Psikiyatri		
	Araştırma Merkezi	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD		
	Destekleyici	KÜ BAPB		
	Araştırmacının Türü	Yüksek Lisans Tezi		
	Araştırmaya Katılan Merkezler	Tek Merkezli <input checked="" type="checkbox"/>	Çok Merkezli <input type="checkbox"/>	Ulusal <input checked="" type="checkbox"/>

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Var	Yok	Açıklama
		Başvuru Dilekçesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Başvuru Formu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Araştırmacının Türü	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gözlemsel Çalışma/Anket Çalışması
	Araştırma Protokolü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Kullanılacak Form Örnekleri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Aydınlatılmış Onam Formu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Araştırma Bütçesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Literatür Örneği	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Taahhütname	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Biyolojik Materyal Transfer Anlaşması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	İzin Belgeleri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Başhekimlik Onayı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Özgeçmişler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Değişiklik Bilgi Formu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Proje Sonuç Formu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Diğer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Karar Bilgileri	Karar No: KÜ GOKAEK 2018/9.7	Proje No: 2018/5	Tarih: 7/2/2018
	Prof. Dr. Mustafa YILDIZ sorumluluğunda yapılan ve yukarıda bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler, araştırmanın gerekçesi, amacı, yaklaşım ve yöntemleri, gönüllüler için beklenen yarar ve riskler dikkate alınarak değerlendirilmiş ve araştırmanın ilgili protokol doğrultusunda belirtilen merkezlerde yürütülmesi etik açıdan, <input checked="" type="checkbox"/> Uygun bulunmuştur. <input type="checkbox"/> Eksikliklerin tamamlanması koşulu ile uygun bulunmuştur.* <input type="checkbox"/> Uygun bulunmamıştır.*		

Dayanakları	Hasta Hakları Yönetmeliği (01.08.1998/23420); Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi; İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (09.12.2003/25311); Biyotıp Araştırmalarına İlişkin İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesine Ek Protokolün Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (29.03.2011/27899); İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik (13.04.2013/28617); Tıbbi Cihaz Klinik Araştırmaları Yönetmeliği (06.09.2014/29111); Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi; İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu; Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları; Türk Tabipleri Birliği Araştırma Etiği Bildirgesi
-------------	--

Etik Kurul Üyeleri

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlişki		Toplantıda Bulunma		İmza
Prof. Dr. Kadir Babaoğlu Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. İ. Erdem Okay Üye	Genel Cerrahi	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Haluk Emre Özel Üye	Restoratif Diş Tedavisi	Kocaeli Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Özlem Yıldız Gündoğdu Üye	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Canan Baydemir Üye	Biyostatistik	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Semil Selcen Göçmez Üye	Farmakoloji	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Yusufhan Yazır Üye	Histoloji ve Embriyoloji	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Aslıhan Akpınar Raportör	Tıp Tarihi ve Etik	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Ceyla Eraldemir Üye	Biyokimya	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* Gerekçe ve öneriler:

KÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onay Formu	Belge Kodu Onay formu	Rev. Tarihi / No.su: 18.10.2017/KOGOEK01.2	Sayfa 2/2
--	--------------------------	---	--------------

Tez Denetleme Listesi

Tez, aşağıdaki denetimler yapılarak tamamlanmıştır.

- Kapak ve iç kapak sayfalarında BİLİM UZMANLIĞI ya da DOKTORA şeklinde elde edilen unvanlar yazıldı (Kapak sayfasına danışman adı yazılmamalıdır).
- Kapak sayfasına mezun olunan PROGRAMIN (Anabilim dalının değil) adı yazıldı.
- Tez kapağı sırt kısmına kılavuzda belirtilen çizimde (yazının yönüne dikkat!) ad, program, yıl yazıldı.
- Onay sayfası uygun çizimde hazırlandı (kazanılan unvanlar BİLİM UZMANLIĞI ya da DOKTORA olmalıdır) imzalatıldı (Enstitü Müdürü'nün imzası da gereklidir, imzaların aynı renk kalemle atılmasına dikkat edilmelidir).
- Dizinler kılavuzda belirtildiğı gibi sıralandı.
- Ön sayfalara i, ii, iii şeklinde Roma rakamları konuldu.
- Sayfa numaraları kılavuzda belirtildiğı şekilde konuldu.
- Sayfa düzeni kılavuzda belirtildiğı şekilde yapıldı.
- Ana metin yazı boyutu 12 olacak biçimde basıldı.
- Dipnot yazı boyutu 10 olacak şekilde basıldı.
- Ana metin satır aralığı 1.5 olacak şekilde yazıldı.
- Kaynaklar abecesel sıralamaya göre yazıldı.
- Kaynak gösterme ilkelerine ve yazım kurallarına uyuldu.
- Ekler kılavuzda belirtildiğı gibi verildi.

2019

Prof. Dr. Mustafa YILDIZ

