

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

ŞİZOFRENİ TANILI HASTALARDA SEMPTOMATOLOJİNİN
SOSYAL İŞLEVSELLİK ÜZERİNE ETKİSİ

Dr. Elif TATLIDİL
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Ali Kemal GÖĞÜŞ

ANKARA
2008

**Ankara üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı**

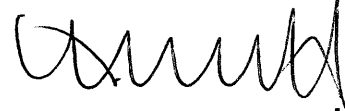
Tıpta Uzmanlık eğitimi çerçevesinde yürütülmüş olan

**"ŞİZOFRENİ TANILI HASTALARDA SEMPTOMATOLOJİNİN SOSYAL
İŞLEVSELLİK ÜZERİNE ETKİSİ"** başlıklı Dr. Elif Tatlıdil'e ait bu çalışma aşağıdaki
jüri üyeleri tarafından **Tıpta Uzmanlık Tezi** olarak kabul edilmiştir.

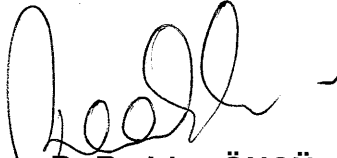
Tez Savunma Tarihi: 20 /10/2008



Prof.Dr. Ali Kemal GÖĞÜŞ
Psikiyatri Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



Prof.Dr.Abdülkadir ÇEVİK
Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanı



Doç. Dr. Bedriye ÖNCÜ
Psikiyatri Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

ÖNSÖZ

Tezimin gerçekleşmesindeki yardım ve katkılarından dolayı tez hocam Prof. Dr. Ali Kemal Göğüş'e,

Uzmanlık eğitimim süresince gerek mesleki gerekse yaşamla ilgili bilgi ve deneyimleriyle yetişmemde büyük katkısı olan değerli hocam Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Abdülkadir Çevik'e,

Eğitimime katkılarından dolayı Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'ndaki tüm hocalarıma ve uzmanlarıma,

Tezimin planlanmasından son noktasının koyulmasına kadar her aşamasındaki katkıları ve sonsuz destekleri için Uz. Dr. Ayşegül Yılmaz'a,

Beş yıllık asistanlık sürecimde çok şeyler paylaştığım asistan arkadaşlarıma ve tüm diğer çalışma arkadaşlarıma,

Tezimin yazım sürecinde hem istatistiksel analizlerim ve tablolarımın yapımı açısından hem de gereksinim duyduğum destek açısından hep yanımda olan babam Prof. Dr. H.Hüseyin Tatlıdil'e, hayatım boyunca hep olduğu gibi tezimi hazırlama sürecimde de desteğini her an hissettiğim annem Türkan Tatlıdil'e, tüm dostlarıma ve aileme en içten teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Elif TATLIDİL

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No:</u>
Kabul ve Onay	i
Önsöz	ii
İçindekiler	iii
Simgeler ve Kısaltmalar Dizini	vi
Tablolar Dizini.....	vii
Hata! Başvuru kaynağı bulunamadı.. Hata! Başvuru kaynağı bulunamadı.	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Şizofreni	3
2.1.1. Şizofreninin Sınıflandırma Sistemlerindeki Tanımları	4
2.1.2. Şizofrenide Pozitif ve Negatif Belirtiler	6
2.2. Şizofreni Hastalarında Depresyon.....	8
2.3. Şizofreni Hastalarında Obsesif Kompulsif Belirtiler.....	9
2.4. Antipsikotik İlaçların Yan Etkileri	10
2.5. Şizofreni Hastalarında Sosyal İşlevsellik	11
2.5.1. Şizofreni Hastalarındaki Sosyal İşlevselliği Etkileyen Faktörler.....	15
2.5.2. Şizofreni Hastalarında Sosyal İşlevselliğin Ölçümü ve Değerlendirilmesi.....	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM	24
3.1. Olgular	24
3.2. Veri Toplama Yöntemi	24
3.3. Veri Toplama Araçları	25

3.3.1. Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (Scale for the Assessment of Positive Symptoms - SAPS)	25
3.3.2. Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (Scale for the Assessment of Negative Symptoms - SANS)	25
3.3.3. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (Calgary Depression Scale for Schizophrenia - CDSS)	26
3.3.4. UKU Yan Etki Değerlendirme Ölçeği (The UKU Side Effect Rating Scale - UKU).....	26
3.3.5. Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (Maudsley Obsessive Compulsive Questionnaire - MOKSL)	27
3.3.6. Sosyal İşlevsellik Ölçeği (The Social Functioning Scale - SFS)	27
3.4. İstatistiksel Analiz	28
4. BULGULAR	29
4.1. Demografik	29
4.2. Ölçek Puanları.....	30
4.3. Sosyal İşlevsellik Ölçek Puanlarının Demografik Özellikler ve Uygulanan Ölçeklerin Puanlarıyla İlişkisi.....	32
4.3.1. Sosyal İşlevsellik Ölçek Puanlarının Demografik Özelliklerle İlişkisi.....	32
4.3.2. Sosyal İşlevsellik Ölçek Puanlarının Uygulanan Ölçeklerin Puanlarıyla İlişkisi	34
4.4. Sosyal İşlevsellik Ölçek Puanlarını Etkileyen Değişkenlerle Uygulanan Regresyon Analizleri	39
5. TARTIŞMA	43
4.5. Çalışmada Elde Edilen Sonuçların Gözden Geçirilmesi	43
4.6. Çalışmanın Kısıtlılıkları	47
5. SONUÇLAR	48
ÖZET.....	50
SUMMARY	51

KAYNAKLAR	52
EKLER.....	59
Ek 1. Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (Scale for the Assessment of Positive Symptoms - SAPS)	59
Ek 2. Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (Scale for the Assessment of Negative Symptoms - SANS)	62
Ek 3. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (Calgary Depression Scale for Schizophrenia - CDSS)	64
Ek 4. UKU Yan Etki Değerlendirme Ölçeği (The UKU Side Effect Rating Scale - UKU)	67
Ek 5. Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (Maudsley Obsessive Compulsive Questionnaire - MOKSL)	70
Ek 6. Sosyal İşlevsellik Ölçeği (The Social Functioning Scale - SFS)	72

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

CDSS	:	Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği
DSM	:	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel Sınıflandırması El Kitabı
GAF	:	İşlevselliğin Global (Genel) Değerlendirilmesi
GAS	:	Global Değerlendirme Ölçeği
HDRS	:	Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği
ICD	:	Hastalıkların ve İlişkili Sağlık Sorunlarının Uluslararası İstatistiksel Sınıflandırması
MOKSL	:	Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi
OKB	:	Obsesif kompulsif bozukluk
SANS	:	Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği
SAPS	:	Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği
SCID-I	:	DSM-IV Eksen-I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme
SFS	:	Sosyal İşlevsellik Ölçeği
SOFAS	:	Sosyal ve Mesleki İşlevselliğin Değerlendirilmesi Ölçeği
SOFS	:	Sosyal Mesleki İşlevsellik Ölçeği
UKU	:	UKU Yan Etki Değerlendirme Ölçeği

TABLÖLAR DİZİNİ

Sayfa No:

Tablo 4.1 Hastalara ait demografik veriler	29
Tablo 4.2 Şizofreni hastalarının uygulanan ölçeklerden aldıkları toplam puanlar ve alt ölçek puanlarının ortalama ve standart sapma değerleri	31
Tablo 4.3 Şizofreni hastalarının SFS alt ölçeklerinden aldıkları puanların ve SFS ham puanının ortalama ve standart sapma değerleri	32
Tablo 4.4. Sosyal İşlevsellik Ölçek Puanları ile Demografik Özellikler Arasındaki İlişki.....	33
Tablo 4.5 Bağımsızlık Düzeyi- Yetkinlik Alt Ölçeğine İlişkin Cinsiyet ve İzlem Yeri Etkenlerinin Varyans Analizi Sonuçları	34
Tablo 4.6 Bağımsızlık Düzeyi- Performans Alt Ölçeğine İlişkin Cinsiyet ve İzlem Yeri Etkenlerinin Varyans Analizi Sonuçları	34
Tablo 4.7 Sosyal İşlevsellik Ölçek Puanları ile SAPS Alt Ölçekleri, SAPS Toplam ve MOKSL Puanları Arasındaki İlişkiler	36
Tablo 4.8 Sosyal İşlevsellik Ölçek Puanları ile SANS Alt Ölçek, SANS Toplam ve CDSS Puanları Arasındaki İlişkiler	37
Tablo 4.9 Sosyal İşlevsellik Ölçek Puanları ile Anlamlı İlişkileri Bulunan Yan Etkiler	38
Tablo 4.10 Sosyal Çekilme Sonuç Değişkenine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları	39
Tablo 4.11 Kişilerarası İşlevsellik Sonuç Değişkenine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları	39
Tablo 4.12 Öncül Sosyal Etkinlikler Sonuç Değişkenine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları	40
Tablo 4.13 Boş Zamanları Değerlendirme Sonuç Değişkenine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları	40
Tablo 4.14 Bağımsızlık Düzeyi- Yetkinlik Sonuç Değişkenine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları	41

Tablo 4.15 Bağımsızlık Düzeyi- Performans Sonuç Değişkenine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları	41
Tablo 4.16 İş- Meslek Sonuç Değişkenine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları	42
Tablo 4.17 SFS Ham Sonuç Değişkenine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları	42

1. GİRİŞ

Şizofreni, kişiye ve topluma maliyeti yüksek olan bir hastalıktır. Doğrudan tedavi masrafları ve üretkenliğin azalmasına bağlı dolaylı kayıpların yanı sıra kişiye de büyük yükler getirmektedir. Tedavide sağlanan tüm gelişmelere ve hospitalizasyon sürelerinde sağlanan kısaltmalara rağmen hastaların büyük bölümü sosyal ve mesleki alanlarda önemli kayıplar yaşamaktadır (1).

Hastalığın tanımlanmasının en erken dönemlerinden itibaren bu sosyal ve mesleki kayıplar şizofreninin özellikleri arasında sayılmıştır ve DSM-IV'te de şizofreninin temel belirtileri arasında yer almıştır (2).

Son yıllara kadar şizofreni tedavisiyle ilgili araştırmalar daha çok psikotik belirtilerin azaltılmasına yönelik olmuştur. Ancak son dönemlerde, ilaç tedavisi seçeneklerinin artmasıyla birlikte daha kapsamlı tedavi hedefleri konmaya başlanmıştır. Bu hedeflerin en önemlilerinden birisi de hastaların sosyal işlevselliklerinde iyileşme sağlanmasıdır (3).

Atipik antipsikotik ilaçların kullanımının yaygınlaşması ve bu ilaçların şizofreninin değişik belirti alanlarında ve özellikle negatif belirtiler, bilişsel işlevler ve sosyal işlevsellikte önemli düzelmeler sağladıklarının saptanmasıyla hastalar ve klinisyenler arasında beklentiler yükselmiştir (4). Son yıllarda hastaların işlevselliği, tedavi başarısının değerlendirilmesi için önemli bir gösterge olarak kabul edilmeye başlanmıştır (5).

Şizofreni hastalarının sosyal işlevselliklerindeki bozukluğun varlığına ilişkin tüm verilere rağmen, bu hastaların güçlüklerinin temellerini araştıran çalışmalar farklı sonuçlara ulaşmaktadır. Sosyal işlevsellik ile hastalığın pozitif ve negatif belirtilerini, bilişsel ve duygudurum belirtileri ile antipsikotik ilaçların yan etkilerini ilişkilendiren veya arada ilişki saptamayan çalışmalar bulunmaktadır (3).

Sosyal işlevselliğin psikopatolojinin şiddetiyle sadece kısmen ilişkili olduğu, sosyal işlevselliğin hastalığın ayrı bir sonucu olarak ele alınması gerektiği ve sosyal ilişkilerdeki bozuklukların şizofreni gelişiminde bağımsız bir süreci ifade ettiği yönünde görüşler de vardır (6).

Bu çalışmanın amacı şizofreni hastalarının tedavilerinde giderek önemli bir hedef alan haline gelen sosyal işlevselliklerinin, pozitif ve negatif psikotik belirtilerle,

depresif ve obsesif-kompulsif belirtilerin varlığıyla, ilaç yan etkileriyle ilişkisinin incelenmesi ve bağlantıların araştırılmasıdır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Şizofreni

Şizofreni, kişinin düşünce, algı, duygu, hareket ve davranışlarının etkilendiği, işlevselliğinin önemli derecede bozulduğu bir klinik sendromdur. Bu belirtilerin ortaya çıkışı ve görünümü hastadan hastaya ve aynı hastada zaman içerisinde büyük değişiklikler gösterebilmektedir ancak hastalığın etkileri daima ciddi ve uzun süreli olmaktadır (7).

Çeşitli ülkelerde yapılan epidemiyolojik çalışmalarda değişik oranlar bildirilmekle beraber, şizofreni hastalığının dünya nüfusunun %0.85-1'ini etkilediği kabul edilmektedir (7).

Şizofreninin başlangıç yaşı genel olarak 15-54 gibi geniş bir aralıkta alınmasına rağmen, erkeklerde 20-24 yaşları arasında insidans zirve yapıp sonra azalarak sabit oranlarda devam etmektedir. Kadınlarda ise yine yirmili yaşlarda insidans yükseken, 35 yaşından sonra hastalığın başlama oranlarında tekrar bir yükselme gözlenmektedir. Kadın ve erkeklerde görülme oranları yaklaşık olarak eşittir. Şizofreni, her toplumda ve her sosyoekonomik düzeyde tanımlanmış ve bildirilmiştir (8).

Şizofreni genellikle ergenlik ya da erken erişkinlik döneminde, sinsi ilerleyen ve kolay fark edilemeyen bir dönemin ardından veya ani olarak başlayabilmektedir. Başlangıçta toplumsal etkinliklerden uzaklaşma, aile bireyleriyle ilişkiden kaçınma ve kendine bakımda özensizlik veya bedeni ile aşırı uğraşma dikkati çekmektedir. Remisyon ve alevlenmelerle seyreden hastalık giderek hastanın temel işlevselliğini daha da kötüleştirmektedir (9).

Alınan öyküde şizofreni hastalarının, hastalık öncesinde genellikle içe dönük, sessiz, yalnızlığı yeğleyen, ilgileri sınırlı, tartışma ve çatışmalardan uzak duran, güvensiz kişiler oldukları saptanmaktadır (10).

2.1.1. Şizofreninin Sınıflandırma Sistemlerindeki Tanımları

Tüm dünyada psikiyatrik hastalıkların sınıflandırılması amacıyla en sık kullanılan iki sistem DSM (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel Sınıflandırması El Kitabı) ve ICD (Hastalıkların ve İlişkili Sağlık Sorunlarının Uluslararası İstatistiksel Sınıflandırması) 'dir.

DSM-IV-TR sınıflandırma sisteminde şizofreni tanı ölçütleri şunlardır:

A. *Karakteristik semptomlar*: Bir aylık bir dönem boyunca (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre), bu sürenin önemli bir kesiminde aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha fazlasının) bulunması:

1. sanrılar
2. varsanılar
3. dezorganize konuşma (örneğin çağrışımlarda dağınıklık, sık sık konu dışı sapmalar gösterme ya da enkoherans)
4. ileri derecede dezorganize ya da katatonik davranış
5. negatif belirtiler, yani affektif donukluk, aloji (konuşmazlık) ya da avolisyon

Not: Sanrılar bizar ise ya da varsanılar kişinin davranış ya da düşünceleri üzerine sürekli yorum yapmakta olan seslerden ya da iki ya da daha fazla sesin birbiriyle/birbirleriyle konuşmasından oluşuyorsa A tanı ölçütlerinden sadece bir belirtinin bulunması yeterlidir.

B. *Toplumsal/mesleki işlev bozukluğu*: İş, kişilerarası ilişkiler ya da kendine bakım gibi önemli işlevsellik alanlarından bir ya da birden fazlası, bu bozukluğun başlangıcından beri geçen sürenin önemli bir kesiminde, bu bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altında kalmıştır (başlangıcı çocukluk ya da ergenlik dönemine uzanıyorsa, kişilerarası ilişkilerde, eğitimle ilgili ya da mesleki başarıda beklenen düzeye erişilememiştir).

C. *Süre*: Bu bozukluğun süregiden belirtileri en az 6 ay süreyle kalıcı olur. Bu 6 aylık süre, en az bir ay süreyle (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre) A tanı ölçütünü karşılayan belirtileri kapsamalıdır; prodromal ya da rezidüel belirtilerin bulunduğu dönemleri kapsayabilir. Bu bozukluğun belirtileri, prodromal ya da

rezidüel dönemlerde, sadece negatif belirtilerle ya da A tanı ölçütünde sıralanan iki ya da daha fazla belirtinin daha hafif biçimleriyle (örneğin acayip inanışlar, olağan dışı algısal yaşantılar) kendilerini gösterebilir.

D. *Şizoaffectif Bozukluğun ve Duygudurum Bozukluğunun dışlanması:* Şizoaffectif bozukluk ve psikotik özellikler gösteren duygudurum bozukluğu dışlanmıştır, çünkü ya (1) aktif-evre belirtileri ile birlikte aynı zamanda major depresif, manik ya da mikst epizodlar ortaya çıkmamıştır ya da (2) aktif-evre belirtileri sırasında duygudurum epizodları ortaya çıkmışsa bile bunların toplam süresi aktif ve rezidüel dönemlerin süresine göre daha kısa olmuştur.

E. *Madde kullanımının/genel tıbbi durumun dışlanması:* Bu bozukluk bir maddenin (örneğin kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılabilen bir ilaç) doğrudan fizyolojik etkilerine ya da genel tıbbi bir duruma bağlı ortaya çıkmamıştır.

F. *Bir Yaygın Gelişimsel Bozuklukla olan ilişkisi:* Otistik bozukluk ya da diğer bir yaygın gelişimsel bozukluk öyküsü varsa, ancak en az bir ay süreyle (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre) belirgin sanrı ya da varsanılar da varsa şizofreni ek tanısı konabilir.

ICD-10 sisteminde şizofreni tanı ölçütleri şunlardır:

G1. Aşağıda (1) numarası altında sınıflandırılmış sendrom, belirti ve işaretlerden en az birisinin veya (2) numarası altında sınıflandırılmış belirti ve işaretlerden en az ikisinin en az bir ay boyunca devam etmiş olan psikoz atağında zamanın çoğunda varolması gereklidir.

1. Aşağıdakilerden en az birisi bulunmalıdır:

a. Düşünce yankılanması, düşünce sokulması veya çekilmesi veya düşünce yayınlanması.

b. Beden hareketlerini veya özel düşünceleri, eylemleri, duyuları etkileyen kontrol edilme, etkilenme veya edilgenlik sanrıları; sanrılı algılama.

c. Hastanın davranışlarını yorumlayan veya hasta hakkında kendi aralarında tartışan işitme varsanıları veya bedenin bazı kısımlarından gelen başka tipte varsanısal sesler.

d. Kültüre uymayan ve tümü ile olanak dışı ( rneğin hava durumunu kontrol etmek veya başka dünyalardan gelenlerle iletişimde olmak), süreklilik gösteren diğer sanrılar.

2. Veya aşağıdakilerden en az ikisi bulunmalıdır:

a. Herhangi bir affektif içeriği olmayan sanrılar (geçici ya da yarı-yapılanmış) veya sürekli aşırı değerlilik düşüncelerinin eşlik ettiği, en az bir ay süreyle her gün görülen, herhangi bir modalitedeki inatçı varsanılar.

b. Enkoherans veya anlamsız konuşmaya yol açan neolojizm, düşünce akışında kopma veya başka düşüncelerin sokulması.

c. Eksitasyon, balmumu esnekliği veya belirli pozisyonda kalma, negativizm, mutizm ve stupor ile giden katatonik davranış.

d. Belirgin apati, konuşma azlığı, duygusal yanıtlarda küntleşme veya uygunsuzluk gibi “negatif” belirtiler (bu belirtilerin depresyona veya nöroleptik ilaç tedavisine bağlı olmadığının bilinmesi gerekir).

G2. Sık kullanılan dışlama kriterleri şunlardır:

1. Eğer hasta manik dönem veya depresif dönem kriterlerini karşılamaktaysa, yukarıdaki G1.1 ve G1.2 kriterlerinin mizaç bozukluğu gelişmeden önce karşılanıyor olması gereklidir.

2. Bozukluk, organik beyin hastalığına, alkol veya madde intoksikasyonuna, bağımlılığına ya da yoksunluğuna bağlı değildir.

2.1.2. şizofrenide Pozitif ve Negatif Belirtiler

şizofreni heterojen bir hastalıktır. şizofreni belirtilerinin ve klinik alt tiplerinin sınıflandırılması üzerinde tam olarak fikir birliği sağlanamamıştır. Kraepelin’in alt tiplendirmesi halen kullanılmakla birlikte son 30 yılda şizofrenide sayısı 5’e varan belirti kümelerinin yer aldığı yeni modellerin oluşturduğu sendrom yapıları önerilmiştir (11).

Pozitif ve Negatif Sendrom  l eği (PANSS) şizofreni belirtilerini pozitif, negatif ve genel olmak üzere üç alt ölçekle değerlendirmektedir. Strauss ve arkadaşları pozitif, negatif ve ilişkisel olmak üzere üç klinik boyut tanımlamaktayken,

Liddle ve arkadaşları yine üç faktörü bulunan sendrom modellerini pozitif belirtiler, dezorganize düşünce ve davranışlar, negatif belirtiler üzerine kurmuşlardır (11).

Kay ve Sevy'nin önerdiği 4 belirti boyutlu modelde negatif ve pozitif belirtilerin yanı sıra, depresif ve duygusal belirtiler bulunmaktadır (12). Lindenmayer ise onların kurduğu sendromlar modeline beşinci bir boyut olarak bilişsel belirtileri eklemiştir (13).

En erken şizofreni tanımlarında varolan ve şizofreni sendrom modellerinde ortak olarak bulunan belirti kümeleri pozitif ve negatif belirtilerdir.

Sık görülen pozitif belirtiler:

Konuşmada düzensizlik, konuşmada kalıplaşmış tekrarlar (stereotipi)

Duygulanımda uygunsuzluk, taşkınlıklar

Algı bozuklukları

Düşüncede çağrışım bozukluğu. Kopukluklar, sapmalar, garip çağrışımlar, mantıksal zincirin bozulması, anlaşılması güç veya olanaksız bağlantılar.

Düşünce içeriğinde gerçeklikten uzak, garip, tutarsız sanrılar.

Düşünce okunması, sokulması, yayınlanması, yankılanması.

Düşünce ve davranışın dışarıdan olağandışı yollarla (düşünceler, elektronik yollar, cinler gibi) etkilenmesi.

Hareketlerde garip tekrarlar, katatonik durgunluk ya da taşkınlıklar, regresif davranışlar.

Sık görülen negatif belirtiler:

Aşırı içe kapanma, toplumdan çekilme.

Konuşmada ve düşüncede fakirleşme.

Duygulanımda azalma, küntleşme.

İstek ve irade azalması.

Kendine bakma, iş ve toplumsal uyum alanlarında ilgilenme ve sorumluluk almada azalma.

Hareketlerde azalma.

2.2. Şizofreni Hastalarında Depresyon

Şizofreni hastalarında depresif belirtilerin varlığı hastalığın ilk tanımlandığı dönemlerden beri bildirilmiştir. Şizofreni hastalarında bildirilen depresyon oranları %7-75 arasında değişmektedir, ortalama %25 olarak bildirilmektedir (14). Genel olarak kadın şizofreni hastalarının erkek hastalara göre daha fazla affektif belirti gösterdiği bildirilmişken, bazı çalışmalarda erkek cinsiyet depresyon şiddetinde artışla ilişkili bulunmuştur (15).

Siris'in 1991 tarihli gözden geçirmesi de şizofreni hastalarında ikincil depresyon kavramının altını çizmektedir. Bu ilişkinin tanımlanmasının ardından şizofreni hastalarında depresyonun ölçülmesine ilişkin güçlükler de ifade edilmiştir (16).

Şizofreni hastalarında depresif belirtiler ve negatif belirtiler arasında ilişki olduğuna yönelik yayınlar bulunmakla birlikte (17), çok sayıda çalışma da depresif ve negatif belirtileri birbirlerinden farklı ve şizofreni hastalığında aynı anda bulunabilecek 2 ayrı küme olarak tanımlamıştır (18).

Şizofreni hastalarında depresyonun değerlendirilmesine yönelik en sık kullanılan araç Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDRS)'dir. Ancak HDRS ve Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (SANS) toplam skorları arasında anlamlı korelasyonlar bulunmuştur. Hamilton da HDRS'nin sadece daha önce depresyon tanısı almış kişilerde uygulanmak üzere düzenlenmiş olduğunu vurgulamıştır (16).

Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (CDSS), şizofreni hastalarındaki depresyonu değerlendirmek üzere özel olarak tasarlanmış bir ölçektir. CDSS skorları ile diğer depresyon ölçekleri arasında korelasyon bulunmaktadır. CDSS toplam skoru majör depresif dönem varlığını saptamaktadır ve bu saptamaya tüm ölçek maddeleri katkıda bulunmaktadır. Ayrıca ölçek pozitif, negatif ya da ekstrapiramidal belirtileri değil, depresyonu ölçmektedir (19).

2.3. Şizofreni Hastalarında Obsesif Kompulsif Belirtiler

Şizofreni hastalarında obsesif kompulsif belirtilerin sık görüldüğü uzun yıllardır bilinmekle beraber, son dönemlerdeki sonuçlar bu oranların önceden düşünüldüğünden çok daha yüksek olduğuna işaret etmektedir. Şizofreni ve şizoaffektif bozukluk hastalarında obsesif kompulsif belirti varlığı %7.8-46 arasında değişen oranlarda bildirilmiştir. Kruger ve arkadaşları, şizofreni hastalarında obsesif-kompulsif bozukluk (OKB) komorbiditesi bulunma oranını %15.8 olarak saptamışlardır(20). Şizofreni hastalarında obsesif kompulsif belirti saptanma oranlarındaki farklılıkların nedeni olarak hasta ve hastalık karakteristikleri gösterilmiştir. Araştırılan grubun hastanede yatan veya poliklinik hastaları olması, erken veya kronik dönemde olması, akut veya stabil dönemde olması, tipik veya atipik antipsikotik kullanılıyor olması bu karakteristikler arasında sayılabilir (21).

Şizofreni ve OKB birlikteliği bulunan hastaların prognozlarının sadece şizofrenisi bulunan hastalara göre daha iyi veya daha kötü olduğu yönünde zıt görüşler öne süren birçok yayın bulunmaktadır. Hiç ilaç kullanmamış ilk atak şizofreni hastalarıyla yapılan bir çalışmada, OKB komorbiditesi bulunan hastaların formal düşünce bozukluğu (SAPS) ve affektte düzleşme (SANS) açısından OKB komorbiditesi bulunmayan hastalara göre daha düşük skorlar aldıkları gözlenmiştir. Özellikle şizofreninin erken dönemlerinde obsesif kompulsif belirtilerin bazı şizofreni belirtilerine karşı “koruyucu” etkisi olabileceği öne sürülmüştür. Ancak şizofreninin ilerleyen dönemlerinde bu özelliğin kaybolduğu belirtilmiştir (22).

Bazı araştırmacılar tarafından şizo-obsesif adı verilen bir şizofreni alt tipi önerilmiştir. “Şizo-obsesif” alt tipindeki hastaların görsel uzaysal beceriler, sözel olmayan bellek testleri gibi çeşitli bilişsel alanlarda daha düşük performans gösterdikleri bildirilmiştir (23).

Poyurovsky ve arkadaşları, OKB komorbiditesi bulunan şizofreni hastalarında en sık rastlanan obsesyonları %37.8 ile kontaminasyon korkusu ve %23.6 ile kendisine veya başkalarına zarar geleceği korkusu olarak saptamışlardır. En sık kompulsiyonlar ise %28.2 ile kontrol etme ve %26.6 ile temizlik ritüelleridir. Porto ve arkadaşları ise en sık obsesyonları %34 ile agresif, %26 ile kontaminasyon

ve %20 ile dini obsesyonlar; en sık kompulsiyonları ise %36 ile kontrol etme ve %34 ile temizlik kompulsiyonları olarak bildirmişlerdir (21).

2.4. Antipsikotik İlaçların Yan Etkileri

Antipsikotik ilaç yan etkileri başlıca 3 grupta toplanabilir:

1. Ekstrapiramidal sistem yan etkileri: Başlıca 4 tipi vardır. Akatizi, parkinsonizm (bradikinezi, tremor, rijidite), distoni ve diskinezi. Bu etkiler hastayı rahatsız ettiği kadar damgalanmaya ve korkuya da yol açabilmektedir. Özellikle akatizi ve disfori, hastanın ilaç uyumunu düşürmektedir (24).

2. Metabolik ve endokrinolojik yan etkiler: Kilo alımı, lipid profili ve kan şekeri regülasyonunda bozulmalar, serum prolaktin düzeyindeki artışlar ve galaktore gibi metabolik yan etkiler hem fiziksel hem de psikolojik açıdan hastada rahatsızlık yaratabilmektedir. Allison ve arkadaşları, 6 aylık süre içerisinde antipsikotik ilaç kullanan hastaların %44'ünün kilo aldıklarını saptamışlardır (25).

3. Cinsel işlev bozukluğu: cinsel istekte azalma, ereksiyon, ejakülasyon ve orgazm bozuklukları gelişebilmektedir (26).

Ayrıca ortostatik hipotansiyon, sedasyon, konsantre olmada güçlükler, ağız kuruluğu, hipersalivasyon gibi yan etkiler de hastaların yaşamlarını güçleştirmektedirler (26).

Fakhoury ve arkadaşları antipsikotik tedavi kullanmakta olan hastalarla yaptıkları görüşmelerde o yan etki varlığı bildirmiş hastalarda yan etkinin kişide sıkıntı yaratıyor olma oranlarını kilo alma için %73, depresyon için %67, düşünme ve konsantre olmada güçlük için %63, sedasyon için %59 ve cinsel işlev bozuklukları için %58 bulmuşlardır. Kadınların en çok kilo almadan, erkeklerin ise cinsel işlev bozukluklarından rahatsız olduklarını bildirmişlerdir (27).

Şizofreni hastalarında ilaç tedavisine uyumsuzluk %11'den %80'e varan değişik oranlarda saptanmış ve bu uyumsuzluğun en çok da yan etkilere bağlı olduğu bildirilmiştir (3).

2.5. Şizofreni Hastalarında Sosyal İşlevsellik

Şizofreni kronik, tekrarlayan gidiş gösteren bir hastalıktır. Hastaların izlemlerinde, ilaç uyum sorunları, tekrarlayan hastane yatışları ve sosyal ve mesleki işlevsellik güçlükleri bir arada gitmektedir (1).

Gelişmiş ülkelerde 1960'lerden itibaren hospitalizasyonun azaltılarak tedavinin toplum içinde yürütülmesi ilkesi benimsenmiştir. Ancak bu durum da şizofreni hastalarının hastane dışındaki izlemleri ve toplum yaşamına katılımlarına ilişkin güçlükleri beraberinde getirmiştir (1).

Şizofrenide Sosyal İşlevsellik El Kitabı'na göre sosyal işlevsellikteki bozulmanın tanımı "toplum tarafından tanımlanmış olan ev hanımı, çalışan, öğrenci, eş, aile üyesi, arkadaş gibi rolleri yerine getirememe"dir. Ayrıca bireylerin bu rolleri yerine getirebilme, kendi bakımlarını yapabilme ve boş zaman aktivitelerine katılmayla ilgili becerilerinden tatminleri de düşüktür (29).

Şizofreni, ciddi psikososyal sınırlılıklar getiren bir hastalıktır. Hastalığın tanımlanmasının en erken dönemlerinden itibaren bu sınırlılıklar şizofreninin özellikleri olarak sayılmıştır ve şizofreninin değerlendirilmesinde sosyal işlevselliğin öneminin altı 1980'de DSM-III'e dahil edilmesiyle çizilmiştir. Sosyal işlevsellikteki bozukluklar, DSM-IV'te de şizofreninin temel belirtileri arasında yer almıştır. DSM-IV-TR'de şizofreni tanı kriterleri, sosyal işlevselliğe birkaç noktada değinmektedir. Buradaki sosyal işlevsellik tanımı 3 ana alanı kapsamaktadır: iş/akademik, kişiler arası ilişkiler ve kendine bakım. DSM-IV-TR sosyal işlevsellik bozukluğunun şizofreninin belirti ve bulgularıyla ilişkili ancak onlardan ayrı bir bozulma olduğunu ifade etmektedir. Diğer psikiyatrik bozukluklarda sosyal yaşam güçlükleri klinik belirtilerin doğrudan sonucuyken, şizofrenideki sosyal işlevsellik sorunları tek bir özelliğin doğrudan etkisiyle gelişmemektedir (30).

Şizofreni hastalığının tedavisinin sonuçları pozitif belirtilerdeki azalma olarak ölçülürse, antipsikotik ilaç tedavisi gören hastaların büyük çoğunluğunda önemli oranlarda düzelme sağlanmaktadır. Ancak psikotik belirtilerinde anlamlı düzelmeler sağlanan hastaların yaşam kalitesi, sosyal ve mesleki işlevselliklerinde bozukluklar devam etmektedir (31).

Şizofreni hastalarının üçte ikisinden fazlasında sosyal işlevsellikte belirgin bozulma vardır. Bu bozulmanın yaygınlığı ve şiddetinin saptanması ise şizofreni hastalarının rehabilitasyonu ve tedavi hizmetlerinin planlanmasında önemlidir (32).

Menezes ve Mann, Sao Paulo şehrinin bir bölgesinde yaşamakta olan şizofreni hastalarının %80'inden fazlasının, sosyal işlevselliğinde bozulma saptamış ve %30 hastada bu bozulmanın ciddi boyutlara ulaştığını bildirmişlerdir. Aynı çalışmada sosyal işlevsellikte en çok bozulan alanların ev içi faaliyetler, sosyal içe çekilme ve işle ve cinsellikle ilgili alanlar olduğu saptanmıştır (1).

Ciampi de 289 şizofreni hastasını uzunlamasına izleyip sosyal işlevselliğin hastaların ancak 1/3'ünde iyi olduğunu bildirmiştir. Ayrıca hastalığın süresi uzadıkça sosyal işlevsellikteki bozulmanın arttığını gözlemlemiştir (33).

82 yeni başlangıçlı şizofreni hastasının 2 yıl boyunca izlendiği bir başka çalışmada ise en çok etkilenen alanların iş, heteroseksüel ve sosyal ilişkiler olduğu, kendine bakımın ise daha az oranda bozulmuş olduğu bildirilmiştir (34) .

Şizofreni hastalarının bir işte çalışabilme, bağımsız yaşayabilme ve evlenip çocuk sahibi olma oranları düşüktür (35). Şizofreni psikososyal işlevsellikte ve özellikle sosyal ilişkilere girebilme, aile ve arkadaşlarla iletişimi sürdürebilme, çalışma yaşamındaki işlevsellik alanlarında bozukluklara yol açmaktadır (29).

Son yıllarda hastalığın klinik görünümündeki düzelme kadar hasta ve ailesine ilişkin işlevsellikte düzelme de önemli tedavi hedeflerinden biri durumuna gelmiştir (36). Weiden ve arkadaşları, uzun dönem şizofreni tedavi hedefleri olarak hiyerarşik bir model önermiştir. Bu modele göre tedavide temel hedef stabilitenin sağlanması, ardından yaşam kalitesinde iyileşme kaydedilmesi ve bunları takiben de işlevsellikte düzelme elde edilmesidir (35).

Şizofrenide bozulmuş sosyal işlevsellikle kastedilen şunlardır:

Davranışlar/İşlevsellik:

Kişinin amaçlarını gerçekleştirmek ve gereksinimlerini karşılayabilmek için uygun davranışları yerine getirme becerilerini içermektedir. Hastalık süreci bu becerilerde sorunlara yol açmaktadır (37).

Yapısal İşlevsellik:

Temel özelliği sosyal uyum, yani başkalarının beklentilerine uygun biçimde davranarak sosyal yaşama katılabilmektir. Bundaki bozukluk, sosyal kurallar ve beklentilerden uzaklaşma olarak tanımlanır ve hastalığın bir sonucu olarak kabul edilmektedir (38).

Bilişsellik:

Sosyal biliş, sosyal yeterliliğin temel özelliklerinden biridir ve diğer kişilerin düşüncelerinin ipuçlarını anlamayı, doğru değerlendirip yanıtlamayı içerir. Son dönemlerde şizofrenideki sosyal işlevsellik bozukluklarının temel araştırma alanlarından biridir (39).

Sembolik etkileşim:

Diğer insanlarla ortak sembol kümelerini kullanarak etkileşebilme becerisini ifade eder. Sosyal bilgiler, kişinin yaşamakta olduğu topluma ait bu sembol kümelerini içermektedir. Ayrıca bir başkasının bakış açısından bakabilme yeteneğini de gerektirir.

Şizofreni hastalarının sosyal yaşamlarındaki temel yapılarda organizasyon bozukluğu bulunmaktadır. Sosyal yaşama spontan ve sezgisel bir biçimde dahil olmada güçlükler yaşamaktadırlar (38).

Şizofrenideki sosyal işlevsellik bozukluğunda etkili faktörler:

Kişileri aşan (Trans-personal) faktörler:

Kişinin yaşamını etkileyen ancak onun kontrolü altında olmayan faktörlerdir. Örneğin toplumdaki önyargılar, sosyal ve tıbbi yardımlara ulaşılabilirlik ve ailevi kaynaklar bunlara örnektir. Kişinin yaşamındaki sosyal çerçeve paylaşılan bazı değerleri, amaçları içerir ve bir tür işlevsellik kapasitesi eşik düzeyi oluşturur. Bu eşik düzeyine ulaşamamış kişiler düzgün ve topluma uygun bir sosyal uyumu gösteremezler (38).

Kişileraltı (Sub-personal) faktörler:

Bu faktörler kişinin sosyal dünyayı yaşayışlarıyla doğrudan ilişkili değildir. Bunlar genelde laboratuvar görevlerinde incelenmektedir. Bu faktörlerden en önemlisi nörobiliştir (40).

Nörobilişsel durum ve işlevsellik arasındaki korelasyona ilişkin elde edilen sonuçlar çelişkilidir. Bu ilişkinin yeni başlayanlardan çok, kronik şizofreni hastalarında belirgin olduğu bildirilmiştir (41).

Kişisel (Personal) faktörler:

Bu faktörler diğer tüm değişkenleri kapsamakta ve kişinin sosyal dünyasını ve diğer insanlarla ilişkilerini yaşayışını belirlemektedir. Bu faktörler arasında sosyal biliş, baş etme becerileri, duygusal yaşantılar, empati becerileri ve kişisel değerler yer almaktadır (38).

-Sosyal Biliş

Değişik sosyal alanlarda kendisinin ve başkalarının düşünceleri, hisleri ve olası davranışlarını anlayabilme, tahmin edebilme ve yanıtlayabilme olarak tanımlanmaktadır. Bunun en çok çalışılan birimleri ise duygusal algı, sosyal ipuçlarının algılanması ve zihin kuramıdır (39).

-Baş etme

Geçmişteki ve şimdiki gerilimli olaylar ve bunların sonuçlarının üstesinden gelebilmek demektir. Şizofreni hastaları genellikle stresle, gerilimlerle baş edebilmek için kaçınan davranışlar ortaya koymakta ve bu davranış yapısı da sonuçların uzun vadede kötü olmasına yol açmaktadır. Ancak bu sorunlu davranış yapısına neden olan faktörlerin neler olduğu daha az açıktır. Nörobilişsel duruma , kişilik yapısına ve semptomatolojiye bağlı olduğu yönünde bildirimler bulunmaktadır (38).

Deneyssel ve klinik çalışmalarda bulunan tutarsız sonuçlar, şizofreni hastalarının gerçek dünyadaki yaşamlarının düşündüğümüzden daha karmaşık faktörlerden etkilendiğini düşündürmektedir. Damgalanma ve önyargılar, sosyal destek kaynaklarının varlığı gibi faktörler önemlidir. Ayrıca zayıf bilişsel performansa bağlı olarak duygusal ifadelerin birbirinden ayırte edilmesi, sosyal ipuçlarının yakalanması, diğer insanların amaçlarının farkına varılması, ilişkilerde

yakınlık kurulabilmesinde güçlükler yaşanmaktadır. Başkalarının bakış açısının anlaşılabilmesi kapasitesindeki düşüklük de sosyal performansı olumsuz etkilemektedir. Ancak bu bilgilere ilişkin tutarsızlıklar da bulunmaktadır (38).

Duygusal faktörler de sosyal işlevsellikte rol oynamaktadır. Anhedoni, şizofreni hastası kişilerin sosyal ortamlardan izole olmasına katkıda bulunabilmektedir. Ancak affektif empati (diğerlerinin sıkıntılarıyla ilgilenme) ve diğer insanların sıkıntıları nedeniyle sıkıntı duyma gibi alanlarda bozukluk gözlenmemektedir. Sosyal ilişkiler şizofreni hastası kişilerde büyük duygusal stres yaratabilmekte ve kaçınan baş etme stratejileri benimsemelerine neden olabilmektedir (38).

2.5.1. Şizofreni Hastalarındaki Sosyal İşlevselliği Etkileyen Faktörler

Şizofreni hastalarının sosyal işlevsellik düzeylerinin ve bu alandaki güçlüklerinin araştırıldığı birçok çalışmada, hastaların işlevselliklerinin sosyodemografik değişkenler, hastalık öncesi işlevsellik, hastalık belirtileri, ilaç yan etkileri, ilaç etkinlikleri, komorbid durumlar ve çeşitli rehabilitasyon programlarıyla nasıl ilişkili olduğu araştırılmıştır.

Şizofreni tanılı yaşlı hastalardaki sosyal işlevsellikle ilgili yapılan araştırmalarda, evli ya da çocuk sahibi olanların, mesleğini sürdürebilenlerin çok düşük oranda oldukları gözlenmiş ve özellikle sosyal ilişkiler, boş zamanı değerlendirme, geniş aile ve marital roller alanlarında hastaların işlevselliklerinde bozukluk gözlenmiştir. Bu rollerde görülen bozulmaların belirtilerin şiddeti ile oldukça yüksek korelasyon göstermekte olduğu, ancak bilişsel bozukluk düzeyi ya da sosyal çevre özellikleri ile korelasyon göstermediği bildirilmiştir (9).

Sosyal işlevselliğin psikopatolojinin şiddetiyle sadece kısmen ilişkili olduğu, sosyal işlevselliğin hastalığın ayrı bir sonucu olarak ele alınması gerektiği öne sürülmektedir. Harding ve arkadaşları yaptıkları uzun dönemli izlem çalışmalarında, şizofreni hastalarının semptomatik ve sosyal/mesleki iyileşmelerinin kısmen birbirinden bağımsız gittiğini saptamışlardır. Buna göre psikotik belirtilerde sağlanan olumlu gelişmelerin sosyal veya mesleki işlevselliğe yansımaları aynen gerçekleşmemektedir (42).

Bazı çalışmalarda pozitif belirtilerle sosyal işlevsellik arasında ilişki saptanmaktayken, negatif belirtilerin sosyal işlevsellikteki bozukluğu en çok yordayan belirti kümesi olduğuna yönelik yayınlar ağırlıktadır (43).

Addington ve Addington hem akut dönem hem de remisyonadaki hastalarda işlevselliği negatif belirtilerle ilişkili bulmuş ancak pozitif belirtilerle ilişki saptamamışlardır. Bu çalışmada negatif belirti şiddeti sosyal işlevsellikte azalma , toplumsal uyum güçlükleri ve sosyal beceri eksiklikleri ile ilişkili bulunmuştur (44).

Bell ve Lysaker, şizofreni veya şizoaffektif bozukluk tanısı almış 61 hastayla yaptıkları çalışmada negatif belirtilerle mesleki işlevsellik arasında ilişki gözlemlemişlerdir (45).

Negatif belirtiler ile tek başına yaşayabilme, uzun süreli ilişki sürdürme ve genel işlevsellik arasında da ters yönde ilişki saptanmıştır (35).

Yeni tarihli bir çalışmada da şizofreni veya şizoaffektif bozukluğu bulunan 309 hastanın 12 aylık izlemi sonunda negatif belirtilerin işlevsellik durumunda varyansı pozitif belirtilerden daha çok açıkladığı gösterilmiştir (46).

Breier ve arkadaşları, 61 hastalık kronik şizofreni grubunun 2-12 yıllık izlemi sonucunda hem negatif hem de pozitif belirtilerin şiddetiyle hastaların sosyal işlevsellikleri arasında ters yönde korelasyon saptamışlardır (47).

Zaman içerisinde süreklilik gösteren, şiddetli pozitif belirtilerin mesleki ve sosyal işlevselliğe etkilerinin daha belirgin olduğu saptanmıştır. Racenstein ve arkadaşları 8 yıllık izlem çalışmalarında düşünce bozukluğu ve psikososyal işlevsellik arasında ilişki bildirmiştir (45).

Racenstein ve arkadaşları tarafından 70 şizofreni, 43 psikotik affektif bozukluk, 60 psikotik olmayan affektif bozukluk hastasında 10 yıl izlemle psikotik belirti varlığıyla mesleki işlevselliğin ilişkisine bakılmıştır. Sonuç olarak pozitif psikotik belirtiler ile mesleki işlevsellik arasında ilişki gözlenirken, diğer pek çok çalışmadakinin aksine negatif belirtilerle anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Ayrıca şizofreni hastalarının mesleki işlevsellik düzeylerinin her ölçüm anında psikotik belirtili diğer hastalardan daha düşük olduğu gözlenmiştir (45).

Bazı araştırmacılar, psikopatoloji ile işlevsellik arasındaki ilişkinin hastalığın dönemine bağlı olduğunu öne sürmüşlerdir. Akut dönemde elde edilen verilerin gelecekteki işlevsellik düzeyini öngörmeye kronik dönemde elde edilmiş verilere göre daha tutarsız oldukları, ancak bu belirtilerin akut dönemin ardından da sürmesi durumunda öngörü değerlerinin arttığı öne sürülmüştür (45).

Şizofreni hastalarının nörobilişsel güçlükleriyle sosyal işlevselliklerinin arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda da tutarsız sonuçlara ulaşılmıştır. Bazı çalışmalar nörobilişsel durumun işlevselliği semptomatolojiye göre daha güçlü öngördüğünü saptamışken (48,49), diğer bazı çalışmalar belirtilerin daha önemli prediktör olduğunu öne sürmüştür (50,51).

Hindistan'dan Srinivasan ve Tirupati de bilişsel defektlerle sosyal işlevsellik, çalışma durumu ve iş performansı arasında ilişki bulunmadığını ancak negatif belirtilerle bu parametrelerin ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Sosyal işlevsellikle mesleki işlevsellik de yakından ilişkili bulunmuştur (52).

Perlick ve arkadaşlarının yapmış olduğu 12 aylık izlem çalışmasında şizofreni belirtilerinin, nörobilişsel işlevselliğe göre hastanın işlevsellik durumuyla daha yakından ilişkili olduğu bulunmuştur. Belirtilerin ve nörobilişsel ölçümlerin işlevsellikle ilişkisinin birbirleriyle belli alanlarda örtüştüğü ama birbirlerinden bağımsız olduğu ve dolayısıyla hastalığın değişik öğelerini temsil ediyor olabileceği öne sürülmüştür (46).

Farklı gelişmişlik durumlarına sahip ülkelerdeki şizofreni hastalarının 15 ve 25 yıllık süreçteki hastalık seyrini araştıran Uluslararası Şizofreni Çalışması (ISoS)'nın incelenmesinde, düşük ve orta gelirli ülkelerdeki şizofreni hastalarının sosyal ve mesleki işlevselliklerinin daha iyi olduğu gözlenmiştir (53). Gerçekten de düşük ve orta gelirli ülkelerdeki şizofreni hastalarının çalışma oranları yüksek gelirli ülkelerdeki hastalardan daha fazladır. Hindistan ve Çin gibi ülkelerde yapılan araştırmalarda hastaların yaklaşık yarısının çalışmakta olduğu saptanmışken , yüksek gelirli ülkelerde bu oran %10-20'lerde kalmaktadır. Bu durumu açıklamak için öne sürülen etkenlerden biri , işyerindeki meslektaşların düşük ve orta gelirli ülkelerde hastalara genellikle destekleyici şekilde yaklaşmaktayken , yüksek gelirli ülkelerde daha eleştirel bir tutum takınmalarındır. Ayrıca düşük ve orta gelirli ülkelerde kayıt dışı çalışma olanaklarının fazla oluşu ve özürlülük yardımlarının yetersiz olması

nedeniyle çalışma gerekliliğinin bulunması da bu ülkelerdeki hastaların çalışma oranlarındaki artışa katkıda bulunuyor denmektedir (52).

Sosyal Mesleki İşlevsellik Ölçeği'ni (SOFS) geliştiren Saraswat ve arkadaşları, erken hastalık başlangıç yaşının daha bozuk sosyal işlevsellikle ilişkili olduğunu ancak cinsiyetle bir ilişkisi bulunmadığını saptamışlardır. Ölçek skorlarının pozitif ve negatif belirtilerle ilişkili olduğunu gözlemlemişlerdir (54). Sosyal işlevselliğin cinsiyetle ilişkisine yönelik bu bulgudan farklı biçimde kadınların hastalık sonuçlarının mesleki ve sosyal işlevsellik alanlarında erkeklerden daha iyi olduğu yönünde yayınlar da bulunmaktadır (55). Evliliğin sürdürülebilmesi için hastada çeşitli sosyal becerilerin varlığı gereklidir. Şizofreni hastalarında medeni durum ile hastalık sonuçlarının ilişkisine yönelik çalışmalarda çelişkili sonuçlar elde edilmiştir. Bazı çalışmalarda evlenme ve evliliği sürdürebilme, belirtilerde azalma, düşük relaps oranları ve hastalığın genel sonuçlarının ve işlevsellik düzeyinin daha iyi olmasıyla ilişkili bulunmuştur. Diğer bazı araştırmalarda ise bir ilişki saptanamamıştır (52).

Hofer ve arkadaşlarının 60 kronik şizofreni hastasıyla yaptıkları araştırmada, hastalık süresi hem hastanın yaşama durumu (hastalık süresi arttıkça artan tek başına yaşama oranları) hem de sosyal ilişkiler alanlarıyla ilişkili bulunmuştur. Eğitim yılı ile hastanın yaşam durumu arasında ters korelasyon (artan eğitim süresiyle azalan tek başına yaşama oranları) ve çalışma durumu ile pozitif korelasyon vardır (artan eğitim yılıyla artan çalışma oranları) (35).

İlaç tedavisine bağlı yan etkiler hastanın öznel iyilik hissinde olumsuz değişiklikler yapabilmektedir. Özellikle antipsikotik ilaçlara bağlı akatizi ve disfori, hastalarda büyük sıkıntılara yol açmaktadır. Hipokinezi ve diskinetik hareketler gibi diğer ekstrapiramidal motor yan etkiler de daha az oranda olmakla birlikte hastalarda önemli güçlüklerle neden olmaktadır. Ayrıca sedasyon, kilo alımı, cinsel işlev bozuklukları, tükrük salgılanmasında artış gibi yan etkiler de hastaları değişik derecelerde etkileyebilmektedir (56).

İlaç yan etkilerinden kilo alımı, cinsel işlev bozuklukları ve ekstrapiramidal belirtiler (özellikle akatizi ve parkinsonizm) azalmış yaşam kalitesi ve sosyal ilişkiler alanı ile, parkinsonizm ise azalmış mesleki işlevsellikle ilişkili bulunmuştur (35).

CATIE çalışmasında da tedavi yan etkilerine ilişkin olarak sedasyon, parkinsonizm belirtileri ve cinsel işlev bozuklukları gibi yan etkilerin işlevselliği şizofreni belirtileri kadar veya onlardan daha fazla bozduğu bildirilmiştir (57).

Şizofreni hastalarında depresyon varlığı mı işlevsellik durumunu etkilemektedir yoksa şizofreniye bağlı işlevsellik sorunları mı depresif belirtilere yol açmaktadır sorusu henüz açıklığa kavuşmamıştır. Rocca ve arkadaşlarının 87 şizofreni hastasıyla yaptıkları kesitsel çalışmada, depresif belirti şiddetinin işlevselliği ve öznel yaşam kalitesi hissini etkilediği saptanarak, depresyon ve işlevsellik durumunun birbirlerini karşılıklı olarak etkilediği bir model önerilmiştir (15). Wegener ve arkadaşları da benzer biçimde yaşam kalitesi (QOL) sosyal alt ölçeği skorlarını hastadaki depresyonla ilişkili bulmuşlardır (58).

Poyurovsky ve arkadaşlarının hastanede yatmakta olan 68 kronik şizofreni hastasıyla yapmış oldukları araştırmada, şizofreni ve OKB birlikteliği bulunan hastalarda sosyal güçlükler daha belirgin bulunmuştur. Bu hastaların özellikle sosyal ilişkilerinde daha düşmanca oldukları ve insanlarla bir arada olma, yolculuk etme gibi durumlarda daha fazla anksiyete ve panik ataklar yaşadıkları gözlenmiştir. Bu çalışmada şizo-obsesif grupta gözlenen sosyal alanlardaki güçlükler, daha önce Hwang ve arkadaşlarının bu hastalarda daha düşük bağımsız yaşama oranları , daha düşük çalışma oranları ve yaşlarına uygun işlevselliğe ulaşamama tabloları saptamasına da uygunluk göstermektedir (21).

2.5.2. Şizofreni Hastalarında Sosyal İşlevselliğin Ölçümü ve Değerlendirilmesi

Hastaların bakış açısına göre, tedavide psikopatolojik belirtilerin kontrol altına alınması yeterli olmamaktadır, iyilik hali ve işlevsellikle ilgili düzelmeler de tedavinin vazgeçilmez boyutlarıdır (4).

Fischer ve arkadaşları şizofreni hastalarının tedavisinde altı amaç tanımlamıştır: Enerji ve ilginin artırılması, sosyal ilişkilerin iyileştirilmesi, rahatsız edici ve normal dışı deneyimlerin azaltılması (sanrı ve varsanılar), kafa karışıklığı ve konsantrasyon güçlüğünün azaltılması, ilaç yan etkilerinin azaltılması, bir işte çalışma gibi üretken etkinliklerin artırılması (59). Bu altı amaç göz önünde bulundurularak yapılan araştırmada, şizofreni hastalarının tedavi sonucuna ilişkin

önceliklerinin kafa karışıklığının azalması ve enerjinin artması yönünde olduğu, sosyal yaşamda düzelme ve ilaç yan etkilerinin azalmasının son sıraları aldığı saptanmıştır. Ancak tedavide önceliklerin hastanın iyilik hali ve klinik durumuna göre değiştiği gözlenmiştir. Daha iyi durumdaki hastalar sosyal ilişkiler, iş bulma ve enerji artışına daha fazla önem vermekteyken, diğer hastalar hastalık belirtilerinde, kafa karışıklığında ve ilaç yan etkilerindeki azalmayı daha ön sıralarda tutmaktadır (60).

Ruh sağlığı araştırmalarında hastaların bildirdiği sonuçlar hastanın tedaviden ne kadar yararlandığını değerlendirmek için sıkça kullanılmaktadır. Birleşik Devletler Gıda ve İlaç İdaresi, 2006 yılında, hastaların bildirdiği sonuçları, “hastadan, sağlık durumu ve tedavisi ile ilgili alınan tüm doğrudan bildirimler” biçiminde tanımlamıştır. Dolayısıyla hastanın bildirdiği sonuç, hastanın hastalığına ve tedavisine ilişkin algısının ve değerlendirmelerinin klinisyen veya araştırmacı tarafından yorumlanmamış halidir. Bu sonuçlar, hastanın tedaviden ne kadar yarar gördüğü ve sağlık durumuna göre nasıl hissettiği ve işlevsellik gösterdiğine ilişkin bakış açısını yansıtmaktadır (59).

1970’lerden itibaren hastaların bildirdiği sonuçlar, şizofreni hastalarının tedavilerinin etkinliğinin değerlendirilmesinde giderek daha fazla önem kazanmaya başlamıştır.

1) Öncelikle tedavilerin bazı etkileri sadece hasta tarafından bilinebilmekte, dışarıdan gözlemciler tarafından saptanamamaktadır. Özellikle psikiyatride hastalığın çoğu belirtileri de gözlemciler tarafından değerlendirilememekte, hastanın ifadeleriyle bilinebilmektedir.

2) Ayrıca, hastalar, tedavinin etkinliğine ilişkin benzersiz bir bakış açısı sunmaktadırlar. Bu durum özellikle, klinik ölçümlerdeki iyileşmeler hastanın nasıl hissettiği ve işlevselliğinde ne kadar iyileşme olduğuyla paralel gitmediğinde önem kazanmaktadır.

3) Hastanın değerlendirdiği araçlar, değerlendiriciler arasındaki değişkenlikleri içermemektedir.

4) En önemlisi, hastanın değerlendirmeleri hastanın tedavide hizmet alan kişi olarak rolünün altını çizmektedir. Geleneksel olarak, şizofreni hastaları tedavinin pasif alıcıları olarak yaklaşım görmektedir. Ancak son 50 yılda giderek artan biçimde,

tedavide görüşleri ve istekleri göz önünde bulundurulmuş aktif ortaklar olarak yer almaya başlamışlardır (59).

Psikotik hastaların zayıf içgörü varlığı ve hastalık belirtilerinin etkileri nedeniyle yaşam kaliteleri ve sosyal işlevsellik gibi öznel alanlarla ilgili doğru değerlendirmeler yapıp yapamayacaklarına ilişkin endişeler bulunmaktadır. Ancak, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQL Scale) gibi ölçeklerin geçerlik çalışmalarında hasta ve klinisyen tarafından yapılan değerlendirmeler arasında yüksek derecede korelasyon saptanmıştır (61).

Şizofreni hastalarındaki sosyal işlevsellik güçlüklerini değerlendirmek için kullanılan pek çok araç vardır. Bu ölçüm araçları esas olarak ikiye ayrılmaktadır: Makrososyal ölçümler, doğrudan gerçek dünyadaki işlevsellikle ilişkilidir (Örn. Global psikososyal işlevsellik, ilişkilerdeki güçlükler, boş zaman aktiviteleri ve mesleki alandaki yetersizlikler). Mikrososyal ölçümler ise sosyal performansın laboratuvar ölçümlerinden türemiştir (Örn. Rol oynama ve problem çözme testleri) (38).

Malev ve arkadaşları, yaptıkları 7 yıllık izlem çalışmalarında makrososyal ve mikrososyal ölçümler arasında ayırım yapmıştır. Buna göre bilişsel performans ve sosyal sonuçlar arasındaki ilişki seçilen hasta popülasyonundaki hastalık şiddeti ve hastalığın kronikliğine göre değişik bulunmaktadır. Makrososyal ölçümler dışsal, çevresel faktörlerden önemli boyutta etkilenmektedir. Buna karşılık mikrososyal ölçümler de her zaman hastanın gerçek yaşamındaki durumuyla yakından korele olmayabilmektedir (62).

Şizofreni hastalarındaki sosyal işlevselliği değerlendirme gereksinimi nedeniyle çeşitli sosyal işlevsellik ölçekleri geliştirilmiştir. Sosyal ve Mesleki İşlevselliğin Değerlendirilmesi Ölçeği (SOFAS) DSM-IV-TR’de yer almaktadır. İşlevselliğin Global (Genel) Değerlendirilmesi (GAF) ölçeğinden geliştirilmiş olan SOFAS, bireyin sosyal ve mesleki işlevsellik düzeyini psikiyatrik belirtilerin genel şiddetinden bağımsız olarak değerlendirmektedir. Ancak SOFAS oldukça genel değerlendirme yapan bir araçtır ve şizofrenide sosyal işlevselliği değerlendirecek daha spesifik ölçeklere gereksinim bulunmaktadır. Şizofreni hastalarında sosyal işlevselliğe yönelik yapılan çalışmalarda en sık kullanılan 3 ölçek ise şunlardır (2):

1) GAF ölçeği DSM-III-R'de eksen 5 olarak yer almaktayken, ufak değişikliklerle DSM-IV'te de bulunmaktadır. Sosyal işlevselliğin değerlendirilmesinde en çok kullanılan ölçek GAF'tır. GAF ölçeği psikolojik, sosyal ve mesleki işlevselliği güvenilir biçimde değerlendirmektedir (2).

2) GAF'ın öncülü olan Global Değerlendirme Ölçeği (GAS) ise genel işlevselliği, psikiyatrik hastalıktan sağlığa kadar giden bir yelpazede, belirli bir zaman aralığında değerlendirmektedir (2).

3) Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SFS) şizofreni hastalarında sosyal işlevsellik alanlarının değerlendirilmesi için tasarlanmış bir ölçektir. SFS'nin 7 değerlendirme alanı ve toplam 79 maddesi bulunmaktadır. SFS'nin geçerli, güvenilir, zaman içerisindeki değişimleri ölçebilir ve sensitif bir ölçek olduğu gösterilmiştir. 334 ayaktan şizofreni hastasında SFS'nin geçerliliğinin güçlü, iç güvenilirliğinin yüksek ve gruplar arasında ayırım yapabilme özelliğinin iyi olduğu saptanmıştır (63).

Sosyal işlevselliği değerlendiren ölçeklerin en önemli kısıtlılıkları, ileri derecede işlev kaybına uğramış kişilerde ve değişik kültürlerde uygulanımlarıyla ilgili çekincelerdir. Pek çok hastanın uzun dönemli ve yavaş değişim gösteren ciddi işlev kayıpları bulunduğu için sosyal işlevsellik ölçümleri, davranıştaki küçük değişimlere duyarlı olmalıdır. Davranıştaki küçük bir değişim zaman içerisinde işlevsellikte önemli değişimlere yol açabilmektedir (2)

Yapılan araştırmalardaki sosyal işlevsellik bozukluğu tanımıyla ilgili eleştirilerden biri, bunun davranış alanına kısıtlı bir tanım olmasıdır. Davranışlar hareketlerin gözlenebilir sonuçlarıdır. Hareketler de altta yatan zihinsel durumlara bağlı gelişir. Tek bir davranış, çeşitli farklı zihinsel durumların sonuçlarına bağlı ortaya çıkabilmektedir. Şizofreni hastalarındaki anormal sosyal davranışlar sadece hastalığa bağlı yetersizliklere değil, affektif paylaşımların azlığına ve sosyal yaşamdan kopuk olmaya da bağlı olabilmektedir (38).

Sosyal işlevsellik ölçeklerinin şizofreni hastalarında kullanımında üç konuya dikkat edilmelidir:

1) Kullanan kişi, ölçeğin neyi değerlendirdiğinin ve kısıtlılıklarının farkında olmalıdır. Pratikliğinin yanı sıra ölçeğin içeriği ve ölçülmek istenen alana uygun olup olmadığı önem taşımaktadır.

2) Ölçeklerin çoğunun değerlendirdiği alanlar birbirleriyle kesişmektedir. Bu nedenle çoklu ölçek uygulanmasının pratikte fazla yararı bulunmamaktadır.

3) Hastaların belirti düzeyleri ve özellikle duygudurumları değerlendirilmeli ve hastanın sosyal durumuyla ilgili bildirimlerinin analizi yapılırken mutlaka kontrol edilmelidir (64).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Olgular

Çalışmaya Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Polikliniği ve Yataklı Servislerinde tedavi görmekte olan 44 kronik şizofreni hastası alınmıştır. Hastaların şizofreni tanısı DSM-IV-TR tanı ölçütleri kullanılarak ve SCID-I uygulanarak konulmuştur.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri, 18-65 yaşları arasında bulunmak, çalışmaya katılmayı kabul etmek ve testleri yanıtlayabilecek durumda olmaktır. Dışlama kriterleri ise uygulamalara kooperasyon gösteremeyecek kadar dezorganize veya paranoid belirtilerin varlığı, şizoaffektik bozukluk kriterlerinin karşılanması ve hastaların işlevselliğini etkileyebilecek diabetes mellitus, koroner arter hastalığı, romatolojik hastalıklar gibi kronik organik hastalıkların varlığıdır.

Hastalara uygulama öncesi sözel olarak ayrıntılı bilgilendirme yapılarak bilgilendirilmiş onam formu imzalatılmıştır.

3.2. Veri Toplama Yöntemi

Yüz yüze görüşmeler sırasında öncelikle DSM-IV Eksen-I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I) kullanılarak hastaların şizofreni tanısı konulmuştur. Ardından görüşmeci tarafından hastalara Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (SAPS), Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (SANS), Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (CDSS) ve UKU Yan Etki Değerlendirme Ölçeği (UKU) uygulanmıştır.

Hastalara da kendini değerlendirme ölçekleri olan Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) ve Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SFS) verilmiştir. Bu ölçeklerle ilgili hastalara ön bilgi verilerek nasıl yanıtlayacakları açıklanmış ve yardım isteyen 2 hastaya sorular okunarak yanıtlar elde edilmiştir.

3.3. Veri Toplama Araçları

3.3.1. Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (Scale for the Assessment of Positive Symptoms - SAPS)

Hastada şizofreninin pozitif belirtilerinin düzeyini, dağılımını ve şiddet değişimini ölçmek için kullanılmaktadır. Görüşmecinin değerlendirdiği bir ölçektir. Toplam 4 alt ölçek ve 34 madde içermektedir. Bu alt ölçekler varsanılar, sanrılar, garip davranış ve yapısal düşünce bozukluğudur. Ayrıca 35. madde olarak uygunsuz duygulanım da değerlendirilmektedir (65).

Her madde klinisyen tarafından “0 = Belirti yok” ile “5 = Şiddetli” arasında derecelendirilerek puanlanır. Alt ölçekler için ayrı toplam puanlar ve tüm ölçek için toplam puan hesaplanır. Ölçeğin toplam puanı 0-170 arasında değişmektedir (65).

Andreasen tarafından geliştirilmiş olan ölçeğin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması Erkoç ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (66, 65) (Ek 1).

3.3.2. Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (Scale for the Assessment of Negative Symptoms - SANS)

Hastada şizofreninin negatif belirtilerinin düzeyini, dağılımını ve şiddet değişimini ölçmek için kullanılmaktadır. Görüşmecinin değerlendirdiği bir ölçektir. Toplam 5 alt ölçek ve 25 madde içermektedir. Bu alt ölçekler duygulanımda küntleşme, aloji, enerji ve isteğin azalması, zevk alamama ve toplumsal çekilme, dikkati değerlendirmektedir (65).

Her madde klinisyen tarafından “0 = Belirti yok” ile “5 = Şiddetli” arasında derecelendirilerek puanlanır. Alt ölçekler için ayrı toplam puanlar ve tüm ölçek için toplam puan hesaplanır. Ölçeğin toplam puanı 0-125 arasında değişmektedir (65).

Andreasen tarafından geliştirilmiş olan ölçeğin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması Erkoç ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Gerek SAPS, gerek SANS Türkçe formları için yapılan geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında kesme puanı hesaplanmamıştır (66, 65). Şizofrenide Remisyon Çalışma Grubu ise ,

hastalığın semptomatik remisyonunu, SAPS ve SANS skorlarının 6 aydan uzun süreyle 2 veya altında olması biçiminde tanımlamışlardır (36) (Ek 2).

3.3.3. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (Calgary Depression Scale for Schizophrenia - CDSS)

Şizofreni bulunan hastalarda depresyon yönünden değerlendirme yapmak, depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek için kullanılmaktadır. Görüşmecinin değerlendirdiği bir ölçektir. Toplam 9 maddeden oluşmaktadır ve dörtlü Likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Toplam puan 0-27 arasında değişmektedir (65).

Addington ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan ölçeğin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması Aydemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (67, 68).

Addington ve arkadaşlarına göre CDSS skoru 6 veya üzeri olan şizofreni hastaları depresyonda kabul edilmelidir (16). Ölçeğin Türkçe için duyarlılık ve özgüllük makalesinde ise kesme puanının 11/12 olarak kabul edildiği belirtilmiştir (65) (Ek 3).

3.3.4. UKU Yan Etki Değerlendirme Ölçeği (The UKU Side Effect Rating Scale - UKU)

Psikotrop ilaç kullanımına bağlı olarak ortaya çıkan yan etkileri nedensel ilişki kurarak değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır. Görüşmecinin değerlendirdiği bir ölçektir. Toplam 52 maddeden oluşan ölçek, yan etkileri, psişik, nörolojik, otonomik ve diğer olmak üzere dört grup altında ele almaktadır (65).

Yan etkileri sorgulamak üzere soru listesi biçiminde hazırlamıştır. Her yan etkinin hem 0-3 puan arasında şiddeti, hem de mümkün değil, mümkün ve muhtemel biçiminde ilaç kullanımıyla nedensel ilişkisi değerlendirilir. Puanların yorumlanmasından çok, ilaçların hangi alanlarda ne gibi ve ne şiddette yan etki yaptıkları karşılaştırılabilmektedir (65).

Lingjaerde ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan ölçeğin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması bulunmamaktadır (69) (Ek 4).

3.3.5. Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (Maudsley Obsessive Compulsive Questionnaire - MOKSL)

Denekte obsesif kompulsif belirtilerin türü ve yaygınlığını ölçmek için kullanılmaktadır. Bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçeğin orijinali toplam 4 alt ölçek ve 30 madde içermekteyken, Türkçe formunun çalışmasında MMPI (Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri)'dan 7 madde eklenerek 37 maddelik bir ölçek oluşturulmuştur. Her bir madde için doğru veya yanlış biçiminde yanıtla ile ölçüm sağlanmaktadır (65).

Hodgson ve Rachman tarafından geliştirilmiş olan ölçeğin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması Tek ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Türkçe form için kesme puanı hesaplanmamış ve karşılaştırmalı çalışmalarda kullanılması önerilmiştir (65, 70) (Ek 5).

3.3.6. Sosyal İşlevsellik Ölçeği (The Social Functioning Scale - SFS)

Kişinin bütün sosyal rolüne ilişkin yargıyı içeren ve rol işlevlerini değerlendiren bir araçtır. Temel yetileri ve sosyal davranışı nicelik yönünden değerlendirmekte ve aynı zamanda performans eksikliğini yeterlilik eksikliğinden ayırt edebilmektedir. Kendini değerlendirme ölçeği biçimindedir (65).

SFS'nin içeriği, başarılı bulunan psikososyal girişim programlarından alınan bilgilerden ve Yetiyitimi Değerlendirme Ölçeği ile değerlendirilen bozukluk ve yetiyitimi durumlarından oluşturulmuştur. SFS'nin 7 değerlendirme alanı ve toplam 79 maddesi bulunmaktadır. Bu 7 alan şunlardır:

- 1) Sosyal uğraşı/ Sosyal çekilme: Kendi başına zaman geçirme, karşılıklı konuşmaya başlayabilme, sosyal çekiniklik.
- 2) Kişilerarası işlevsellik: Arkadaşlarının sayısı, heteroseksüel ilişkiler, iletişimin niteliği.
- 3) Öncül sosyal etkinlikler: Yaygın sosyal aktivitelerle uğraşı.

- 4) Boş zaman uğraşları: Hobiler vb.
- 5) Bağımsız iş görme yeterliliği: Bağımsız yaşayabilme için gerekli yetileri yerine getirebilme.
- 6) Bağımsız iş görme performansı: Bağımsız yaşayabilme için gerekli yetileri yerine getirip getirmeme.
- 7) İş/Meslek: Üretken bir işle uğraşma ya da günlük aktivitede yapılandırılmış program yapma (9).

Alt ölçekler her birinde açıklandığı biçimde puanlanır. Sosyal çekilme alt ölçeğinden 0-15, kişiler arası işlevsellik alt ölçeğinden 0-9, öncül sosyal etkinlikler alt ölçeğinden 0-66, boş zamanları değerlendirme alt ölçeğinden 0-45, bağımsızlık-yetkinlik alt ölçeğinden 0-39, bağımsızlık-performans alt ölçeğinden 0-39 ve iş-meslek alt ölçeğinden 0-10 arasında değişen puanlar alınabilmektedir. Bu ham puanlar hesaplandıktan sonra çizelgeden her bir alt ölçek için belirlenmiş dönüştürülmüş puanlar belirlenmektedir (63).

Birchwood ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan ölçeğin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması Erakay tarafından yapılmıştır. Ölçeğin toplum standartları hesaplanmamıştır ve karşılaştırmalı çalışmalarda kullanılması önerilmektedir (9, 63) (Ek 6).

3.4. İstatistiksel Analiz

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 15.0 programı kullanılmıştır. Çalışmada sosyal işlevsellik ölçeği ham puanı ve alt ölçek puanlarının hastaların demografik özellikleriyle, hastaların psikotik belirtilerini, depresif belirtilerini, obsesif-kompulsif belirtilerini ve ilaç yan etkilerini değerlendirmek amacıyla uygulanmış olan ölçeklerin sonuçlarıyla ilişkisinin bulunup bulunmadığının araştırılması amacıyla Pearson çift yönlü korelasyon analizi uygulanmıştır. Her bir sosyal işlevsellik alt ölçek puanının diğer değişkenler tarafından ne oranda açıklandığının saptanması amacıyla, o sosyal işlevsellik alt ölçeğiyle ilişkili bulunmuş değişkenler alınarak modeller oluşturulmuş, stepwise değişken seçim yöntemi kullanılarak regresyon analizleri yapılmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Demografik Özellikler

Çalışmaya 44 hasta alınmıştır. Bu hastaların 16'sı kadın ve 28'i erkektir. Hastaların yaş ortalamaları 41.14 ± 8.54 'tür. Hastalık süreleri 17.61 ± 8.60 yıldır. Hastaların tamamı anti-psikotik ilaç kullanmaktadır. Hastaların 26'sı klinikte yatmakta olan hastalarken, 18 tanesi poliklinikte izlenmekte olan hastalardır.

Hastaların eğitim düzeylerine bakıldığında 5'i ilkokul, 6'sı ortaokul, 24'ü lise ve 9'u yüksek okul mezunudur. Eğitim süreleri 11.05 ± 3.07 yıldır.

Çalışmada yer alan hastaların 22 tanesi bekar, 9'u evli ve 13'ü boşanmış veya eşi ölmüş kişilerdir. Hastaların 3'ü yalnız yaşamaktayken, 10'u eş ve/veya çocuklarıyla, 30'u anne-baba-kardeş gibi aile üyeleriyle birlikte yaşamaktadır. 1 hastanın yaşam durumunun ise dönem dönem değiştiği bildirildiği için herhangi bir gruba dahil edilmemiştir.

Hastalara ait demografik veriler Tablo 4.1'de verilmiştir.

Tablo 4.1 Hastalara ait demografik veriler

Değişkenler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	16	36.4
Erkek	28	63.6
İzlem Yeri		
Klinik	26	59.1
Poliklinik	18	40.9
Eğitim		
İlkokul	5	11.4
Ortaokul	6	13.6
Lise	24	54.5
Yüksek okul	9	20.5

Medeni durum		
Bekar	22	50
Evli	9	20.5
Boşanmış/Eşi ölmüş	13	29.5
Yaşama durumu		
Yalnız	3	7
Eş/çocuklarla	10	23.3
Anne-Baba-Kardeşlerle	30	69.8

4.2. Ölçek Puanları

Hastalara verilen ölçeklerden Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (SAPS) toplam puan ortalaması 51.41 ± 19.86 ve Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (SANS) toplam puan ortalaması 52.98 ± 9.39 'dur. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (CDSS) puanı ortalaması 5.00 ± 3.99 ve Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) puanı ortalaması da 15.66 ± 6.88 olarak bulunmuştur.

Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SFS) ham puanları ortalama 90.43 ± 24.06 'dır. Alt ölçek puanlarına bakıldığında ise sosyal çekilme alt ölçeği puan ortalaması 96.16 ± 8.42 , kişilerarası işlevsellik alt ölçeği puan ortalaması 99.29 ± 12.37 , öncül sosyal etkinlikler alt ölçeği puan ortalaması 95.86 ± 14.46 , boş zamanları değerlendirme alt ölçeği puan ortalaması 92.77 ± 11.97 , bağımsızlık düzeyi-yetkinlik alt ölçeği puan ortalaması 96.74 ± 8.01 , bağımsızlık düzeyi-performans alt ölçeği puan ortalaması 92.93 ± 12.55 ve iş-meslek alt ölçeği puan ortalaması 99.76 ± 14.26 'dır.

UKU Yan Etki Değerlendirme Ölçeği (UKU) ile hastalarda saptanan başlıca yan etkilerden konsantrasyon zorlukları hastaların %59'u, bitkinlik ve kolay yorulma hastaların %54.5'i, uykululuk ve sedasyon hastaların %56.8'i, hafıza sorunları hastaların %47.7'si, gerilim ve iç huzursuzluğu hastaların %47.7'si, artmış uyku süresi hastaların %45.5'i, duygusal umursamazlık hastaların %43.2'si tarafından bildirilmiştir. Ayrıca hastaların %47.7'sinde rijidite, %41'inde

hipokinezi, %47.7'sinde tremor, %29.5'inde tükürük salgılamada artış, %50'sinde tükürük salgılamada azalma, %47.7'sinde kabızlık, %52.3'ünde poliüri/polidipsi, %54.5'inde ortostatik baş dönmesi, %50'sinde kilo alma, %66'sında cinsel istek azalması ve %43.2'sinde orgazm işlev bozukluğu bulunmaktadır. Erkek hastaların %68'inde erektile işlev bozukluğu ve %61'inde ejakülasyon işlev bozukluğu yakınması vardır.

Hastaların ölçeklerden ve alt ölçeklerden aldıkları puanların ortalamaları ve standart sapmaları Tablo 4.2 ve 4.3'te verilmiştir.

Tablo 4.2 Şizofreni hastalarının uygulanan ölçeklerden aldıkları toplam puanlar ve alt ölçek puanlarının ortalama ve standart sapma değerleri

Ölçekler	Ortalama	Standart sapma (SD)
SAPS1	10.93	8.23
SAPS2	19.70	8.96
SAPS3	8.36	3.99
SAPS4	11.80	6.49
SAPS5	0.59	0.87
SAPS-T	51.41	19.86
SANS1	15.55	5.29
SANS2	7.82	2.99
SANS3	10.98	2.46
SANS4	13.86	3.28
SANS5	4.77	2.50
SANS-T	52.98	9.39
MOKSL	15.66	6.88
CDSS	5.00	3.99

SAPS: Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği, **SANS:** Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği, **MOKSL:** Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi, **CDSS:** Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği.

Tablo 4.3 Şizofreni hastalarının SFS alt ölçeklerinden aldıkları puanların ve SFS ham puanının ortalama ve standart sapma değerleri

Alt Ölçek	Ortalama	Standart sapma (SS)
Sosyal çekilme	96.16	8.42
Kişilerarası işlevsellik	99.29	12.37
Öncül sosyal etkinlikler	95.86	14.46
Boş zamanları değerlendirme	92.77	11.97
Bağımsızlık düzeyi-yetkinlik	96.74	8.01
Bağımsızlık düzeyi-performans	92.93	12.55
İş-meslek	99.76	14.26
SFS ham puanı	90.43	24.06

SFS: Sosyal İşlevsellik Ölçeği

4.3. Sosyal İşlevsellik Ölçek Puanlarının Demografik Özellikler ve Uygulanan Ölçeklerin Puanlarıyla İlişkisi

4.3.1. Sosyal İşlevsellik Ölçek Puanlarının Demografik Özelliklerle İlişkisi

Sosyal İşlevsellik Ölçeği ham puanı ve alt ölçek puanlarının hastaların demografik özellikleriyle ilişkisinin bulunup bulunmadığının araştırılmıştır.

Analiz sonucunda kadın hastaların bağımsızlık düzeyi- yetkinlik ve bağımsızlık düzeyi- performans alt ölçek puanları erkek hastalara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$). Poliklinikte izlenmekte olan hastaların da bağımsızlık düzeyi- yetkinlik, bağımsızlık düzeyi- performans alt ölçek puanları ve SFS ham puanları klinikte yatmakta olan hastalara göre yüksek saptanmıştır ($p < 0.05$). Ayrıca eğitim yılı artışı da bağımsızlık düzeyi-performans alt ölçek puanlarında artışla ilişkili bulunmuştur ($p < 0.05$).

Aşağıda verilmiş olan Tablo 4.4’de yer alan ilişki katsayılarının incelenmesinden de anlaşılabileceği gibi bağımsızlık düzeyi- yetkinlik alt ölçeği üzerinde cinsiyet ve izlem yeri etkenlerinin etkileri ayrı ayrı anlamlı çıkmıştır.

Örneklemdaki kadın hastaların poliklinikte izlenme oranlarının (%69) erkek hastaların poliklinikte izlenme oranlarından (%25) yüksek olması nedeniyle, bu iki etken birlikte göz önüne alınarak yapılan iki yönlü varyans analizi sonucunda bağımsızlık düzeyi- yetkinlik alt ölçeği üzerinde etkili oldukları görülmüştür (Tablo 4.5).

Öte yandan yine aşağıda verilen Tablo 4.4'den anlaşılaacağı üzere bağımsızlık düzeyi- performans ölçeği üzerinde cinsiyet, izlem yeri ve eğitim yılı etkenlerinin ayrı ayrı anlamlı oldukları bulunurken, bu etkenlerin ikili (cinsiyet-izlem yeri, cinsiyet-eğitim yılı, izlem yeri-eğitim yılı) ve üçlü (cinsiyet-izlem yeri-eğitim yılı) etkilerinin anlamlı olmadıkları bulunmuştur (Tablo 4.6).

Tablo 4.4. Sosyal İşlevsellik Ölçek Puanları ile Demografik Özellikler Arasındaki İlişki

Ölçekler	Cinsiyet	Medeni Durum	Yaşam Durumu	İzlem Yeri	Hasta Yaşı	Eğitim Yılı	Hastalık Süresi
Sosyal Çekilme	0.241 (0.115)	0.088 (0.571)	0.081 (0.604)	0.159 (0.302)	-0.043 (0.782)	0.123 (0.427)	0.043 (0.781)
Kişiler arası İşlevsellik	0.032 (0.837)	0.190 (0.217)	-0.188 (0.227)	0.192 (0.213)	0.136 (0.379)	0.230 (0.133)	0.011 (0.945)
Öncül Sosyal Etkinlikler	0.045 (0.771)	0.024 (0.876)	0.042 (0.788)	0.260 (0.088)	0.049 (0.753)	0.113 (0.465)	0.086 (0.581)
Boş Zamanları Değerlendirme	0.168 (0.275)	-0.076 (0.622)	-0.036 (0.819)	0.170 (0.269)	0.027 (0.861)	-0.090 (0.559)	-0.011 (0.944)
Bağımsızlık Düzeyi- Yetkinlik	0.359* (0.017)	0.200 (0.192)	0.268 (0.082)	0.328* (0.030)	-0.039 (0.801)	0.222 (0.147)	-0.043 (0.783)
Bağımsızlık Düzeyi- Performans	0.356* (0.018)	0.085 (0.582)	0.233 (0.133)	0.304* (0.045)	0.013 (0.933)	0.312* (0.039)	0.054 (0.726)
İş-Meslek	0.120 (0.438)	0.081 (0.599)	0.091 (0.561)	0.135 (0.381)	-0.182 (0.238)	0.201 (0.192)	-0.172 (0.263)
SFS Ham Puanı	0.262 (0.085)	0.078 (0.615)	0.130 (0.405)	0.313* (0.038)	-0.023 (0.881)	0.211 (0.168)	-0.062 (0.989)

Üstteki değerler: Pearson İlişki Katsayıları

Alttaaki değerler: Çift Yönlü P Olasılık Değerleri

*: P < 0.05

Tablo 4.5 Bağımsızlık Düzeyi- Yetkinlik Alt Ölçeğine İlişkin Cinsiyet ve İzlem Yeri Etkenlerinin Varyans Analizi Sonuçları

Varyasyon Kaynağı		Hata Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Hata Kareler Ortalaması (KO)	F	P
Sabit	Hipotez Hata	324730.1	1 a			
Cinsiyet	Hipotez Hata	173.369 261.812	1 1	173.369 261.812 ^b	0.662	0.565
İzlem Yeri	Hipotez Hata	42.732 261.812	1 1	42.732 261.812 ^b	0.163	0.756
Cinsiyet İzlem Yeri	Hipotez Hata	261.812 2043.980	1 40	261.812 51,099 ^c	5.124	0.029

a: Hesaplanamadı

b: Kareler ortalaması (Cins*İzlem yeri)

c: Kareler ortalaması (Hata)

Tablo 4.6 Bağımsızlık Düzeyi- Performans Alt Ölçeğine İlişkin Cinsiyet ve İzlem Yeri Etkenlerinin Varyans Analizi Sonuçları

Varyasyon Kaynağı		Hata Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Hata Kareler Ortalaması (KO)	F	P
Sabit	Hipotez Hata	300339.5 478.060	1 1.019	300339.540 469.291 ^a	639.985	0.024
Cinsiyet	Hipotez Hata	435.171 97.480	1 1	435.171 97.480 ^b	4.464	0.281
İzlem Yeri	Hipotez Hata	131.601 97.480	1 1	131.601 97.480 ^b	1.350	0.452
Cinsiyet İzlem Yeri	Hipotez Hata	97.480 5627.094	1 40	97.480 140.677 ^c	0.693	0.410

a: Kareler ortalaması (Cinsiyet) + Kareler ortalaması (İzlem yeri) - Kareler ortalaması (Cinsiyet*İzlem yeri)

b: Kareler ortalaması (Cinsiyet*İzlem yeri)

c: Kareler ortalaması (Hata)

4.3.2. Sosyal İşlevsellik Ölçek Puanlarının Uygulanan Ölçeklerin Puanlarıyla İlişkisi

Sosyal İşlevsellik Ölçeği ham puanı ve alt ölçek puanlarının, hastaların psikotik belirtilerini, depresif belirtilerini, obsesif-kompulsif belirtilerini ve ilaç yan etkilerini değerlendirmek amacıyla uygulanmış olan ölçeklerin sonuçlarıyla ilişkisinin bulunup bulunmadığı araştırılmıştır.

Analiz sonucunda SAPS1 alt ölçek puanları, kişilerarası işlevsellik ($p < 0.05$), bağımsızlık düzeyi- yetkinlik ($p < 0.01$), bağımsızlık düzeyi- performans ($p < 0.01$) ve SFS ham puanları ($p < 0.01$) ile negatif yönde korele bulunmuştur.

SAPS4 alt ölçek puanlarının, kişilerarası işlevsellik ($p < 0.05$) ve bağımsızlık düzeyi- yetkinlik ($p < 0.05$) alt ölçek puanları ile negatif yönde korele olduğu saptanmıştır.

SAPS toplam puanı da kişilerarası işlevsellik ($p < 0.05$), bağımsızlık düzeyi yetkinlik ($p < 0.01$) ve SFS ham puanlarıyla ($p < 0.05$) negatif yönde koreledir (Tablo 4.7).

Negatif belirtiler ve depresif belirtiler ile sosyal işlevsellik alt ölçek puanlarının ilişkisi açısından bakıldığında, analiz sonuçlarında, SANS2 alt ölçek puanının kişilerarası işlevsellik ($p < 0.05$) alt ölçek puanıyla negatif yönde korele olduğu bulunmuştur.

SANS3 alt ölçek puanı, sosyal çekilme ($p < 0.01$), boş zamanları değerlendirme ($p < 0.05$), bağımsızlık düzeyi- yetkinlik ($p < 0.01$), bağımsızlık düzeyi- performans ($p < 0.01$), iş- meslek ($p < 0.01$) ve SFS ham puanlarıyla ($p < 0.01$) negatif yönde koreledir.

SANS4 alt ölçek puanı, sosyal çekilme ($p < 0.01$), kişilerarası işlevsellik ($p < 0.01$), öncül sosyal etkinlikler ($p < 0.05$), boş zamanları değerlendirme ($p < 0.05$), bağımsızlık düzeyi- yetkinlik ($p < 0.01$), bağımsızlık düzeyi- performans ($p < 0.01$), ve SFS ham puanlarıyla ($p < 0.01$) negatif yönde koreledir. Bu alt ölçek puanı ile sadece iş- meslek puanı arasında ilişki gözlenmemiştir.

SANS toplam puanı da sosyal çekilme ($p < 0.01$), kişilerarası işlevsellik ($p < 0.05$), boş zamanları değerlendirme ($p < 0.05$), bağımsızlık düzeyi- yetkinlik

($p < 0.05$), iş- meslek ($p < 0.05$) ve SFS ham puanı ($p < 0.01$) ile negatif yönde korele bulunmuştur.

CDSS puanı ile ise sadece kişilerarası işlevsellik ($p < 0.05$) alt ölçek puanı arasında negatif yönde bir korelasyon saptanmıştır (Tablo 4.8).

Tablo 4.7 Sosyal İşlevsellik Ölçek Puanları ile SAPS Alt Ölçekleri, SAPS Toplam ve MOKSL Puanları Arasındaki İlişkiler

Ölçekler	SAPS1	SAPS2	SAPS3	SAPS4	SAPS5	SAPS-T	MOKSL
Sosyal Çekilme	-0.218 (0.115)	-0.036 (0.818)	-0.088 (0.572)	-0.188 (0.221)	0.256 (0.093)	-0.175 (0.257)	0.094 (0.545)
Kişiler arası İşlevsellik	-0.367* (0.014)	-0.147 (0.340)	-0.173 (0.262)	-0.359* (0.017)	-0.055 (0.721)	-0.372* (0.013)	-0.187 (0.223)
Öncül Sosyal Etkinlikler	-0.270 (0.076)	0.062 (0.687)	-0.088 (0.570)	-0.186 (0.227)	-0.038 (0.808)	-0.164 (0.286)	0.020 (0.895)
Boş Zamanları Değerlend.	-0.260 (0.088)	0.015 (0.925)	0.109 (0.482)	-0.155 (0.315)	-0.095 (0.542)	-0.125 (0.420)	0.081 (0.602)
Bağımsızlık Düzeyi-Yetkinlik	-0.402** (0.007)	-0.208 (0.175)	-0.245 (0.109)	-0.299* (0.049)	0.033 (0.834)	-0.406** (0.006)	-0.190 (0.217)
Bağımsızlık Düzeyi-Performans	-0.397** (0.008)	-0.066 (0.669)	-0.149 (0.336)	-0.106 (0.494)	-0.148 (0.336)	-0.251 (0.101)	-0.100 (0.520)
İş-Meslek	-0.133 (0.389)	0.025 (0.871)	-0.108 (0.485)	-0.275 (0.071)	-0.079 (0.610)	-0.157 (0.307)	0.091 (0.555)
SFS Ham Puanı	-0.413** (0.005)	-0.059 (0.701)	-0.104 (0.500)	-0.269 (0.078)	0.063 (0.685)	-0.303* (0.045)	-0.057 (0.714)

Üstteki değerler: Pearson İlişki Katsayıları

Altteki değerler: Çift Yönlü P Olasılık Değerleri

*: $p < 0.05$

** : $p < 0.01$

SAPS1: Varsanılar

SAPS2: Sanrılar

SAPS3: Garip davranış

SAPS4: Pozitif yapısal düşünce bozukluğu

SAPS5: Uygunsuz duygulanım

MOKSL: Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi

Tablo 4.8 Sosyal İşlevsellik Ölçek Puanları ile SANS Alt Ölçek, SANS Toplam ve CDSS Puanları Arasındaki İlişkiler

Ölçekler	SANS1	SANS2	SANS3	SANS4	SANS5	SANS-T	CDSS
Sosyal Çekilme	-0.121 (0.434)	-0.075 (0.630)	-0.407** (0.006)	-0.428** (0.004)	-0.159 (0.302)	-0.391** (0.009)	-0.108 (0.486)
Kişilerarası İşlevsellik	-0.004 (0.978)	-0.342* (0.023)	-0.189 (0.219)	-0.487** (0.001)	0.051 (0.742)	-0.318* (0.036)	-0.373* (0.013)
Öncül Sosyal Etkinlikler	-0.030 (0.846)	-0.169 (0.274)	-0.210 (0.172)	-0.377* (0.012)	-0.124 (0.423)	-0.291 (0.056)	0.080 (0.605)
Boş Zamanları Değerlend.	-0.096 (0.534)	-0.048 (0.757)	-0.379* (0.011)	-0.353* (0.019)	-0.034 (0.823)	-0.301* (0.047)	0.087 (0.575)
Bağımsızlık Düzeyi-Yetkinlik	0.117 (0.450)	-0.194 (0.208)	-0.628** (0.000)	-0.504** (0.000)	-0.054 (0.728)	-0.351* (0.019)	-0.057 (0.715)
Bağımsızlık Düzeyi-Performans	0.173 (0.262)	0.096 (0.535)	-0.421** (0.004)	-0.508** (0.000)	-0.141 (0.360)	-0.198 (0.199)	0.001 (0.995)
İş-Meslek	-0.042 (0.785)	-0.297 (0.050)	-0.420** (0.005)	-0.230 (0.134)	-0.167 (0.278)	-0.353* (0.019)	0.044 (0.778)
SFS Ham Puanı	-0.004 (0.982)	-0.135 (0.382)	-0.491** (0.001)	-0.549** (0.000)	-0.140 (0.366)	-0.403** (0.007)	-0.110 (0.948)

Üstteki değerler: Pearson İlişki Katsayıları

Altteki değerler: Çift Yönlü P Olasılık Değerleri

*: $p < 0.05$

** : $p < 0.01$

SANS1: Duygulanımda küntleşme

SANS2: Aloji

SANS3: Enerji ve isteğin azalması

SANS4: Zevk alamama ve toplumsal çekilme

SANS5: Dikkat

CDSS: Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği

Sosyal İşlevsellik Ölçeği ham puanı ve alt ölçek puanlarının UKU Yan Etki Değerlendirme Ölçeği (UKU) ile hastalarda saptanan başlıca yan etkilerin varlığıyla ilişkisi araştırılmıştır.

Analiz sonucunda, erektil işlev bozukluğu ve ejakülasyon işlev bozukluğu bulunan hastaların sosyal çekilme, bağımsızlık düzeyi- yetkinlik, bağımsızlık düzeyi-

performans ve SFS ham puanlarının bu yan etkilerin bulunmadığı hastalara göre anlamlı derecede düşük olduğu gözlenmiştir.

Benzer biçimde, tükrük salgılamada artış yakınması bulunan hastaların öncül sosyal etkinlikler ve iş- meslek alt ölçek puanları böyle bir yakınması bulunmayan hastalardan anlamlı derecede düşüktür.

Hafıza sorunları bildiren hastaların boş zamanları değerlendirme alt ölçek puanları da hafıza sorunu bulunmadığını belirten hastalardan anlamlı derecede düşük saptanmıştır (Tablo 4.9).

Tablo 4.9 Sosyal İşlevsellik Ölçek Puanları ile Anlamlı İlişkileri Bulunan Yan Etkiler

Ölçekler	p<0.005 Düzeyinde İlişkili Olanlar	p<0.001 Düzeyinde İlişkili Olanlar
Sosyal Çekilme	- Eretil işlev bozukluğu - Ejekülasyon işlev bozukluğu	
Kişiler arası İlişkiler		
Öncül Sosyal Etkinlikler	- Tükrük salgılamada artış	
Boş Zamanları Değerlendirme	- Hafıza Sorunları	
Bağımsızlık Düzeyi- Yetkinlik		- Eretil işlev bozukluğu - Ejekülasyon işlev bozukluğu
Bağımsızlık Düzeyi- Performans	- Ejekülasyon işlev bozukluğu	- Eretil işlev bozukluğu
İş-Meslek	- Tükrük salgılamada artış	
SFS Ham Puanı	- Eretil işlev bozukluğu - Ejekülasyon işlev bozukluğu	

4.4. Sosyal İşlevsellik Ölçek Puanlarını Etkileyen Değişkenlerle Uygulanan Regresyon Analizleri

Her bir sosyal işlevsellik alt ölçek puanının diğer değişkenler tarafından ne oranda açıklandığının saptanması amacıyla regresyon analizleri yapılmıştır.

Sosyal çekilme puanının diğer değişkenlerle ilişkisinin incelendiği regresyon analizinde bağımlı değişkenin sadece SANS4 puan değişkeni ile ilişkili olduğu ve sosyal çekilme puanını tek başına % 18 oranında açıkladığı bulunmuştur. Analizden elde edilen bulguların özeti Tablo 4.10'dadır.

Tablo 4.10 Sosyal Çekilme Sonuç Değişkenine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	Beta Katsayısı	Standart Hata	Standart Beta Katsayısı	t- Değeri	p Değeri
Sabit	111.381	5.092		21.872	0.000
SANS4 Puanı	-1.098	0.358	-0.428	-3.070	0.004

$R^2=0.18$

Kişilerarası işlevsellik puanının diğer değişkenlerle ilişkisinin incelendiği regresyon analizinde bağımlı değişkenin Calgary, SANS2 ve SAPS1 puan değişkenleri ile ilişkili olduğu ve sosyal çekilme puanını sırasıyla %14, %10 ve %7.6 olmak üzere toplam % 31.6 oranında açıkladıkları bulunmuştur. Analizden elde edilen bulguların özeti Tablo 4.11'dedir.

Tablo 4.11 Kişilerarası İşlevsellik Sonuç Değişkenine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	Beta Katsayısı	Standart Hata	Standart Beta Katsayısı	t- Değeri	p Değeri
Sabit	118.022	5.049		23.376	0.000
Calgary Puanı	-0.944	0.413	-0.304	-2.289	0.027
SANS2 Puanı	-1.200	0.545	-0.290	-2.201	0.034
SAPS1 Puanı	-0.423	0.201	-0.281	-2.106	0.042

$R^2=0.316$

Öncül sosyal etkinlikler puanının diğer değişkenlerle ilişkisinin incelendiği regresyon analizinde bağımlı değişkenin SANS4 ve Calgary puan değişkenleri ile ilişkili olduğu ve öncül sosyal etkinlikler puanını sırasıyla %17 ve %8 olmak üzere toplam % 25 oranında açıkladıkları bulunmuştur. Analizden elde edilen bulguların özeti Tablo 4.12’dir.

Tablo 4.12 Öncül Sosyal Etkinlikler Sonuç Değişkenine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	Beta Katsayısı	Standart Hata	Standart Beta Katsayısı	t- Değeri	p Değeri
Sabit	127.300	9.373		13.581	0.000
SANS4 Puanı	-2.691	0.738	-0.567	-3.648	0.001
Calgary Puanı	1.261	0.607	0.323	2.077	0.044

$R^2=0.25$

Boş zamanları değerlendirme puanının diğer değişkenlerle ilişkisinin incelendiği regresyon analizinde bağımlı değişkenin SANS3 ve hafıza sorunları değişkenleri ile ilişkili olduğu ve boş zamanları değerlendirme puanını sırasıyla %16 ve %14 olmak üzere toplam % 30 oranında açıkladıkları bulunmuştur. Analizden elde edilen bulguların özeti Tablo 4.13’dir.

Tablo 4.13 Boş Zamanları Değerlendirme Sonuç Değişkenine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	Beta Katsayısı	Standart Hata	Standart Beta Katsayısı	t- Değeri	p Değeri
Sabit	119.747	7.593		15.772	0.000
SANS3 Puanı	-2.028	0.660	-0.401	-3.073	0.004
Hafıza Sorunları	-9.341	3.218	-0.379	-2.903	0.006

$R^2=0.30$

Bağımsızlık düzeyi- yetkinlik puanının diğer değişkenlerle ilişkisinin incelendiği regresyon analizinde bağımlı değişkenin SANS3 ve SAPS1 puan

değişkenleri ile ilişkili olduğu ve bağımsızlık düzeyi- yetkinlik puanını sırasıyla %40 ve %6 olmak üzere toplam % 46 oranında açıkladıkları bulunmuştur. Analizden elde edilen bulguların özeti Tablo 4.14’te verilmiştir.

Tablo 4.14 Bağımsızlık Düzeyi- Yetkinlik Sonuç Değişkenine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	Beta Katsayısı	Standart Hata	Standart Beta Katsayısı	t- Değeri	p Değeri
Sabit	119.723	4.201		28.495	0.000
SANS3 Puanı	-1.836	0.384	-0.564	-4.776	0.000
SAPS1 Puanı	-0.259	0.115	-0.265	-2.247	0.030

$R^2=0.46$

Bağımsızlık düzeyi- performans puanının diğer değişkenlerle ilişkisinin incelendiği regresyon analizinde bağımlı değişkenin SANS4 ve Calgary puan değişkenleri ile ilişkili olduğu ve bağımsızlık düzeyi- performans puanını sırasıyla %26 ve % 8 olmak üzere toplam % 34 oranında açıkladıkları bulunmuştur. Analizden elde edilen bulguların özeti Tablo 4.15’te verilmiştir.

Tablo 4.15 Bağımsızlık Düzeyi- Performans Sonuç Değişkenine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	Beta Katsayısı	Standart Hata	Standart Beta Katsayısı	t- Değeri	p Değeri
Sabit	123.178	7.071		17.421	0.000
SANS4 Puanı	-2.553	0.557	-0.667	-4.587	0.000
Calgary Puanı	1.029	0.458	0.327	2.248	0.030

$R^2=0.34$

İş - meslek puanının diğer değişkenlerle ilişkisinin incelendiği regresyon analizinde bağımlı değişkenin SANS3 puan ve tükrük salgılamada artış değişkenleri ile ilişkili olduğu ve İş - meslek puanını sırasıyla %18 ve % 6.5 olmak üzere toplam % 24.5 oranında açıkladıkları bulunmuştur. Analizden elde edilen bulguların özeti Tablo 4.16’dadır.

Tablo 4.16 İş- Meslek Sonuç Değişkenine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	Beta Katsayısı	Standart Hata	Standart Beta Katsayısı	t- Değeri	p Değeri
Sabit	121.017	9.293		13.022	0.000
SANS3 Puanı	-2.167	0.799	-0.374	-2.713	0.010
Tükrük Artışı	7.965	4.176	0.263	1.907	0.064

$R^2=0.245$

SFS ham puanının diğer değişkenlerle ilişkisinin incelendiği regresyon analizinde bağımlı değişkenin SANS4 ve Calgary puan değişkenleri ile ilişkili olduğu ve SFS ham puanını sırasıyla %30 ve % 9 olmak üzere toplam % 39 oranında açıkladıkları bulunmuştur. Analizden elde edilen bulguların özeti Tablo 4.17'dedir.

Tablo 4.17 SFS Ham Sonuç Değişkenine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	Beta Katsayısı	Standart Hata	Standart Beta Katsayısı	t- Değeri	p Değeri
Sabit	152.878	13.028		11.734	0.000
SANS4 Puanı	-5.242	1.025	-0.715	-5.112	0.000
Calgary Puanı	2.046	0.844	0.339	2.425	0.020

$R^2=0.39$

5. TARTIşMA

4.5. Çalışmada Elde Edilen Sonuçların Gözden Geçirilmesi

şizofreni erken erişkinlikte başlayarak ileri derecede yeti kaybına yol açan, yaşam boyu yaklaşık %1 prevalansa sahip bir hastalıktır. Klinik tablo sanrılar, varsanılar, davranış bozuklukları ve çeşitli nörobilişsel bozuklukları kapsamaktadır (71).

Sosyal işlevsellikte bozulmalar ilk dönemlerde şizofreninin temel özelliklerinden sayılmıştır. Son dönemlerde de şizofreniyle ilgili yapılan araştırmalarda ve tedavi sonuçlarının değerlendirilmesinde bir lt olarak tekrar önem kazanmaya başlamıştır (2).

Bu çalışmada şizofreni hastalarındaki sosyal işlevselliğin ve sosyal işlevselliğin alt bileşenlerinin hastalık belirtileri, demografik özellikler, depresif veya obsesif kompulsif belirtilerin varlığı ve yan etki profiliyle ilişkisi bulunup bulunmadığının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Çalışmalarda genel olarak sosyal işlevsellikte en çok bozulmanın iş, sosyal ilişkiler ve cinsellikle ilgili alanlarda olduğu bildirilmişken (1), bu çalışmada, tüm alt ölçekler arasında en az kaybın iş-meslek alanında varolduğu gözlenmiştir. Ancak bu sonuç, orta gelirli ülkelerde yapılan çalışmalarda yüksek gelirli ülkelerdeki hastalara göre iş alanında daha iyi sonuçlar saptanmasıyla uygunluk göstermektedir (52, 53).

şizofreni hastalarının demografik özellikleriyle sosyal işlevselliklerinin ilişkisini araştıran çalışmalarda birbirleriyle oldukça çelişen sonuçlar elde edilmiştir. Dworkin'in 220 tane şizofreni hastası ikizle yapmış olduğu çalışmada erkek ve kadın şizofreni hastalarının pozitif ve negatif ölçek skorları farksızken, erkeklerde kadınlara göre ie çekilme ve sosyal ilişki azalması belirgin, premorbid sosyal işlevsellik zayıf olarak bulunmuştur (6). Benzer biçimde Leung ve Chue de kadınların hastalık sonuçlarının mesleki ve sosyal işlevsellik alanlarında erkeklerden daha iyi olduğunu saptamışlardır (55). Bu bulguların tam tersi yönde, Saraswat ve arkadaşları ise sosyal işlevsellikle cinsiyet arasında herhangi bir ilişki saptamamıştır (54).

Bizim çalışmamızda kadın cinsiyetin ve hastanın poliklinikte izleniyor olmasının bağımsızlık düzeyi- yetkinlik ve bağımsızlık düzeyi- performans alanlarında daha iyi sonuçlarla ilişkili olduğu gözlenmiştir. Ancak örneklemin seçiminde kadın hastaların poliklinikte izlenmekte olma oranlarının (%69) erkek hastaların poliklinikte izlenme oranlarına (%25) göre yüksek olması nedeniyle bu farkı yaratanın tek bir faktör mü yoksa ayrı ayrı her iki faktör mü olduğunun araştırılması amacıyla ileri analizler yapılmıştır. Bu analizlerin sonucunda bağımsızlık düzeyi- yetkinlik alanında hem kadın cinsiyetin hem de poliklinikte izleniyor olmanın birbirinden bağımsız olarak etkili olduğu, ancak bağımsızlık düzeyi-performans alanındaki farkın izlem yerinden kaynaklandığı ve değişkenler bir arada göz önüne alındığında cinsiyetle ilişkisinin kalmadığı gözlenmiştir.

Cinsiyetle bu tek alan dışında hiçbir sosyal işlevsellik alanı arasında ilişki saptanmamış olması, yukarıda belirtildiği gibi birbiriyle çelişen sonuçların varlığı nedeniyle, iki cinsiyet arasında ayrıntılı eşleştirmelerin yapıldığı uzunlamasına çalışmaların yapılmasına gereksinimi işaret etmektedir.

Hastaların medeni durumlarını ve evli olmalarını düşük relaps oranlarıyla, hastalığın genel sonuçlarının ve hastaların işlevsellik düzeyinin daha iyi olmasıyla ilişkili bulan yayınlar olduğu gibi, diğer bazı araştırmalarda herhangi bir ilişki saptanmamıştır (52). Literatürde hastalık süresini kişilerarası ilişkiler alanıyla negatif yönde korele ve eğitim yılını çalışma durumu ile pozitif yönde korele bulan çalışmalar vardır (35).

Bizim çalışmamızda, bekleneceği üzere, poliklinikte izlenmekte olan hastaların tüm alanları kapsamakta olan SFS ham puanlarının klinikte izlenmekte olan hastalardan yüksek olduğu, yani genel sosyal işlevselliklerinin daha iyi düzeyde olduğu saptanmıştır. Hastaların medeni durumu, aileyle veya tek başlarına yaşamaları ve hastalık süreleri ile sosyal işlevsellikleri arasında ise herhangi bir ilişki saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Aynı demografik özelliklerle olduğu gibi hastaların psikotik belirtileriyle sosyal işlevselliklerinin ilişkisini araştıran çalışmalarda da farklı sonuçlara ulaşılmıştır. Çalışmaların çoğunda pozitif psikotik belirtilerle sosyal işlevsellik arasında herhangi bir ilişki saptanmamışken, negatif belirtilerin sosyal işlevsellikteki bozukluğu en çok yordayan belirti kümesi olduğuna yönelik yayınlar ağırlıktadır (35,

44). Ancak tam tersi yönde özellikle mesleki işlevsellikle pozitif psikotik belirtileri ilişkili bulan ancak negatif psikotik belirtilerin ilişkisi bulunmadığını ifade eden yayınlar da bulunmaktadır (45).

Bizim çalışmamızda SANS, SAPS, CDSS ve MOKSL puanlarıyla sosyal işlevsellik alanlarının ilişkisine bakıldığında

1. Sosyal çekilme alanının SANS3, SANS4 alt ölçek puanları ve SANS toplam puanıyla negatif yönde korele olduğu,

2. Kişilerarası işlevsellik alanının SAPS1, SAPS4 alt ölçek puanları ve SAPS toplam puanıyla; SANS2, SANS4 alt ölçek puanları ve SANS toplam puanıyla ve ayrıca CDSS puanıyla negatif yönde korele olduğu,

3. Öncül sosyal etkinlikler alanının sadece SANS4 alt ölçek puanıyla negatif yönde korele olduğu,

4. Boş zamanları değerlendirme alanının SANS3, SANS4 alt ölçek puanı ve SANS toplam puanıyla negatif yönde korele olduğu,

5. Bağımsızlık düzeyi- yetkinlik alanının SAPS1, SAPS4 alt ölçek puanları ve SAPS toplam puanıyla; SANS3, SANS4 alt ölçek puanları ve SANS toplam puanıyla negatif yönde korele olduğu,

6. Bağımsızlık düzeyi- performans alanının SAPS1 alt ölçek puanı; SANS3 ve SANS4 alt ölçek puanlarıyla negatif yönde korele olduğu,

7. İş- meslek alanının SANS3 alt ölçek puanı ve SANS toplam puanıyla negatif yönde korele olduğu,

8. Tüm sosyal işlevsellik alanlarını kapsamakta olan SFS ham puanının SAPS1 alt ölçek puanı ve SAPS toplam puanıyla; SANS3, SANS4 alt ölçek puanları ve SANS toplam puanıyla negatif yönde korele olduğu saptanmıştır.

9. MOKSL puanıyla hiçbir sosyal işlevsellik alanı arasında ilişki gözlenmemiştir.

Bu bulguların ışığında pozitif psikotik belirtilerden özellikle varsanların ve pozitif yapısal düşünce bozukluğunun şiddetinin artmasıyla, hastaların kişilerarası işlevsellik ve bağımsızlık düzeyinin gerilediği gözlenmektedir. Benzer bir ilişki özellikle hastalardaki garip (dezorganize) davranışların artışıyla da beklenebilecekken, böyle bir bağlantı saptanamamıştır. Literatürdeki çalışmalarla

uyumlu olmayan biçimde iş- mesleksen işlevsellikle pozitif psikotik belirtiler arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır.

Negatif psikotik belirtilerden enerji ve isteğin azalması ve zevk alamama-toplumsal çekilmenin tek başlarına veya beraberce tüm sosyal işlevsellik alanlarını ve genel işlevsellik düzeyini olumsuz etkiledikleri saptanmıştır. Her bir sosyal işlevsellik alt ölçek puanının diğer değişkenler tarafından ne oranda açıklandığının saptanması amacıyla yapılan regresyon analizlerinin sonucunda da, alt ölçek puanlarını en çok açıklamakta olan değişkenlerin yine SANS3 puanıyla ifade edilen enerji ve isteğin azalması ile SANS4 puanıyla ifade edilen zevk alamama-toplumsal çekilme olduğu gözlenmiştir. Bu sonuç literatürdeki sonuçların geneliyle uyum göstermektedir (43, 46). Bu iki negatif belirti kümesi dışında sadece içeriğine uygun biçimde aloji varlığı örneklemimizdeki şizofreni hastalarındaki kişilerarası ilişki güçlükleri ile ilişkili gözlenmektedir.

Şizofreni hastalarında depresif belirtilerin ve obsesif kompulsif belirtilerin varlığının ve şiddetinin sosyal işlevselliği etkileyip etkilemediğine yönelik çalışmalarda ise genel olarak her iki belirti kümesinin varlığında da sosyal işlevsellik düzeyinde olumsuz etkilenme gözleendiği bildirilmiştir. Depresif belirti şiddetinin genel işlevsellik düzeyi ile negatif yönde ilişkili olduğu saptanmışken (15), bizim çalışmamızda kişilerarası işlevsellik alanı dışında hiçbir alanla depresif belirtilerin şiddeti arasında ilişki gözlenmemiştir. Şizofreni ve OKB birlikteliği bulunan hastalarda sosyal güçlüklerin daha belirgin olduğunu bildiren yayınlar vardır(21). Bu çalışmanın sonucunda ise obsesif- kompulsif belirtilerle de sosyal işlevselliğin herhangi bir alanı arasında ilişki saptanamamıştır.

Hofer ve arkadaşları, cinsel istekte azalma ve sosyal ilişki güçlükleri arasında ilişki bildirmişlerdir. Benzer biçimde kilo alımı, ekstrapiramidal belirtiler, sedasyon, hipersalivasyon ile yaşam kalitesi ve sosyal işlevselliği, yine ekstrapiramidal yan etkilerle mesleki işlevselliği ilişkili bulan yayınlar literatürde yer almaktadır (56, 72). Bizim çalışmamızda, bildirilmiş genel sonuçların aksine, ekstrapiramidal yan etkiler ve kilo alımı ile sosyal işlevsellik arasında ilişki saptanmazken, literatüre uyan biçimde erektil disfonksiyon ve ejakülasyon disfonksiyonu varlığı ile sosyal çekilme, bağımsızlık düzeyi ve genel sosyal işlevsellik arasında ilişki gözlenmiştir. Benzer

biçimde hipersalivasyon yan etkisiyle öncül sosyal etkinlikler ve iş- meslek alanları arasında ilişki saptanmış olması da daha önceki çalışmalarla paralellik göstermektedir (56). Bunlara ek olarak hastaların bildirmiş oldukları hafıza sorunlarının da boş zamanları değerlendirme alanıyla ilişkisi gözlenmiştir.

4.6. Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışmamıza 44 hasta alınmıştır. Literatürde benzer hasta sayılarıyla yapılmış yayınlar bulunmakla birlikte, olgu sayısının az olması çalışmanın kısıtlılıklarındandır.

Çalışmamız kesitsel özellik taşımaktadır. Hastaların klinik tablolarıyla sosyal işlevselliklerinin ilişkisinin saptanması ve yapılacak müdahalelerin ardından tekrar bu ilişkilerin gözden geçirilmesini içeren uzunlamasına çalışmalar daha ayrıntılı sonuçlar sağlayabilecektir.

Ayrıca örneklemin hem poliklinik hem de klinikte izlenmekte olan hastalardan seçilmiş olması beraberinde güçlükleri getirmiştir. Klinikte izlenmekte olan hastaların testi alabilecek durumda, daha organize ve işbirliğine açık hastalardan seçilmiş olmasına rağmen bu hasta grubu daha akut psikotik tablonun izlendiği kişilerden oluşmaktadır. Böyle bir örneklemin seçilmesi, şizofreni hastalarının daha geniş bir yelpazesini temsil eden hastaların çalışmaya alınmasını sağlamakla birlikte, hastalığın doğasından kaynaklanan nedenlerle hastaların öz bildirimine dayanan testlerin sonuçlarına ilişkin kısıtlılıkları da beraberinde getirmiştir. Psikotik hastalarda öz bildirime dayanan ölçeklerin geçerlik çalışmalarında hasta ve klinisyen tarafından yapılan değerlendirmeler arasında yüksek derecede korelasyon saptanmış olmasına rağmen (58, 61), akut dönemdeki psikotik hastaların yaşam kaliteleri ve sosyal işlevsellik gibi öznel alanlarla ilgili doğru değerlendirmeler yapıp yapamayacaklarına ilişkin endişeler bulunmaktadır.

5. SONUÇLAR

Şizofreni tedavisindeki geleneksel yaklaşım öncelikle psikotik belirtilerin kontrol altına alınmasını, ardından tedavi başlangıcında hemen gözlenebilir olan, nörolojik yan etkiler başta olmak üzere antipsikotik ilacın çeşitli yan etkilerine müdahale edilmesini içermektedir. Bu yaklaşım erken dönemde uygun olmakla birlikte, uzun dönem izlemde yeterli gelmemektedir. Son yıllara kadar şizofreni tedavisiyle ilgili araştırmalar da daha çok psikotik belirtilerin azaltılmasına yönelik olmuştur. Ancak son dönemlerde, tedavi seçeneklerinin artmasıyla birlikte daha kapsamlı tedavi hedefleri konmaya başlanmıştır. Bu hedeflerin en önemlilerinden birisi de hastaların sosyal işlevselliklerinde iyileşme sağlanmasıdır. Sosyal işlevsellik ve bunun her psikotik ataktan sonra ne oranda atak öncesi düzeye ulaşabildiği hastalığın tedavisi ile ilgili önemli göstergelerdir.

Şizofreni hastalarının sosyal işlevselliklerindeki bozukluğun varlığına ilişkin tüm verilere rağmen, bu hastaların güçlüklerinin hasta özellikleri, klinik tablo ve ilaç yan etkileriyle ilişkilerine yönelik çalışmalarda farklı sonuçlara ulaşılmıştır.

Çalışmamızda hastalık süresi, medeni durum, hastanın ailesiyle veya tek başına yaşaması, cinsiyet, eğitim durumu gibi demografik özelliklerle hastaların sosyal işlevsellikleri arasında belirgin bir ilişki saptanamamıştır.

Genel olarak araştırmalarda hastaların pozitif psikotik belirtileriyle sosyal işlevsellik alanları arasında ilişki zayıf veya yok olarak bulunmuşken, bu çalışmada pozitif psikotik belirtilerle hastaların kişilerarası işlevsellik ve bağımsızlık düzeyleri arasında ilişki gözlenmiştir. Özellikle varsanıların ve pozitif yapısal düşünce bozukluğunun şiddetinin artmasıyla, hastaların kişilerarası işlevsellik ve bağımsızlık düzeyleri gerilemektedir. Genel literatürden yine ayrılan bir biçimde çalışmamızda hastaların iş- meslek alanındaki durumlarının pozitif belirti şiddetiyle ilişkisi saptanamamıştır.

Çalışmamızda, beklenildiği üzere, negatif belirtilerin, özellikle de enerji ve isteğin azalması ile zevk alamama-toplumsal çekilme belirtilerinin sosyal işlevsellik alanlarını ve genel işlevsellik düzeyini en çok etkileyen belirti kümeleri olduğu gözlenmiştir. Hastaların birçok etkinlikler kadar sosyal ilişkiler için de isteksiz olması bu sonucu açıklayabileceği gibi, bu negatif belirti alt ölçekleri ile sosyal

işlevsellik alt ölçeğinin belli alanlarının çok paralel şeyleri ölçüyor olmaları da bu sonuca yol açıyor olabilir. Bu sonuçlardan farklı biçimde, beklenilenin aksine, duygulanımda düzleşme, aloji ve dikkat alanlarının sosyal işlevsellikle belirgin ilişkisi saptanamamıştır.

Çalışmamızda depresif belirtiler ve özellikle de obsesif kompulsif belirtilerle hastaların sosyal işlevsellikleri arasında önemli bir ilişki saptanamamıştır.

İlaç yan etkilerine ilişkin olarak ise çalışmamızda, beklenilenden farklı olarak ekstrapiramidal yan etkiler ve kilo alımı ile sosyal işlevsellik arasında ilişki saptanmazken, erektile işlev bozukluğu ve ejakülasyon işlev bozukluğu varlığı ile sosyal çekilme ve genel sosyal işlevsellik arasında ilişki gözlenmiştir. Benzer biçimde tükrük salgılanmasında artış yan etkisiyle öncül sosyal etkinlikler ve iş-meslek alanları arasında ilişki saptanmış olması da daha önceki çalışmalarla paralellik göstermektedir. Hastalarda görülen ilaç yan etkilerinin hastanın öznel iyilik hissinde olumsuz değişikliklere yol açtığı ve işlevselliği şizofreni belirtileri kadar veya onlardan daha fazla bozduğu bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda da ilaç yan etkilerinin hastaların sosyal işlevselliğini birçok belirtiden ve hastanın demografik özelliklerinden fazla etkilemekte olduğunun bulunmuş olması, bu yan etkilerin ortadan kaldırılması ya da en aza indirilmesinin hastaların yaşamda yer almaları ve bu yaşamın kalitesinin yükselmesi için büyük önem taşıdığının altını çizmektedir.

Hastaların bakış açısıyla, tedavide psikopatolojik belirtilerin kontrol altına alınması yeterli olmamaktadır, iyilik hali ve işlevsellikle ilgili düzelmeler de tedavinin vazgeçilmez boyutlarıdır. Ancak tedavinin sosyal sonuçlara etkilerini değerlendirirken göz önünde bulundurulması gereken en önemli konu, sosyal sonuçların toplumun durumuna bağlı olduğu gerçeğidir.

Son olarak, şizofreni hastalarındaki sosyal işlevselliği hastalık belirtilerinden bağımsız ve toplumların gelişmişlik düzeyini göz önünde bulundurarak değerlendirebilecek araçlara gereksinim bulunmaktadır. Şizofreni hastalarında geçerliliği gösterilmiş, hastalık ve tedavi sürecindeki değişimlere duyarlı ölçeklerin geliştirilmesi ile uzun dönem prognoz daha iyi ve ayrıntılı biçimde izlenebilmesi sağlanabilecektir.

ÖZET

ŞİZOFRENİ TANILI HASTALARDA SEMPTOMATOLOJİNİN SOSYAL İŞLEVSELLİK ÜZERİNE ETKİSİ

Bu araştırmanın amacı şizofreni hastalarındaki sosyal işlevselliğin hastalık belirtileri, hasta özellikleri, depresif veya obsesif kompulsif belirtilerin varlığı ve yan etki profiliyle ilişkisi bulunup bulunmadığının belirlenmesidir. Örneklem, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda yatarak veya ayaktan tedavi görmekte olan 44 kronik şizofreni hastasından oluşmaktadır. Şizofreni tanısı DSM-IV-TR tanı ölçütleri kullanılarak ve SCID-I uygulanarak konulan hastalara SAPS, SANS, CDSS, MOKSL, UKU ve SOFS ölçekleri uygulanmıştır. Çalışmamızda hastalık süresi, medeni durum, hastanın ailesiyle veya tek başına yaşaması, cinsiyet, eğitim durumu gibi sosyodemografik değişkenlerle hastaların sosyal işlevsellikleri arasında belirgin bir ilişki saptanamamıştır. Negatif belirtilerin, özellikle de enerji ve isteğin azalması ile zevk alamama-toplumsal çekilme belirtilerinin sosyal işlevsellik alanlarını en çok etkileyen belirti kümeleri olduğu gösterilmiştir. Ayrıca, pozitif psikotik belirtilerden varsanların ve pozitif yapısal düşünce bozukluğunun şiddetinin artmasıyla, hastaların kişilerarası işlevsellik ve bağımsızlık düzeylerinin kötüleştiği gözlenmiştir. Cinsel işlev bozuklukları, hafıza sorunları ve tükrük salgılanmasında artışın da çeşitli sosyal işlevsellik güçlüklerine yol açtıkları bulunmuştur. Depresif belirtiler ve obsesif kompulsif belirtilerle hastaların sosyal işlevsellikleri arasında önemli bir ilişki saptanamamıştır. Bulgularımız, özellikle pozitif ve negatif belirtileri hedeflemek üzere tasarlanmanın yanı sıra en az yan etki riskini de taşıyan tedavilerin şizofreni hastalarının sosyal işlevsellikleri üzerinde en büyük etkiyi sağlayabileceğini önermektedir. Sonuç olarak, şizofrenideki sosyal işlevselliğin ölçümüne ilişkin önemli kazanımlar elde edilmiş olmakla birlikte, daha kültüre özgü ve işlevselliği belirtilerden bağımsız biçimde değerlendiren ölçeklerin geliştirilmesine hala gereksinim bulunmaktadır.

Anahtar kelimeler: Şizofreni, psikotik belirtiler, depresyon, yan etkiler, sosyal işlevsellik

SUMMARY

THE EFFECT OF SYMPTOMATOLOGY ON SOCIAL FUNCTIONING IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

The aim of this study is to determine whether the social functioning of patients with schizophrenia have any relationship with symptoms, patient characteristics, presence of depressive or obsessive compulsive symptoms and side effect profile. The sample consists of 44 in- or outpatients with chronic schizophrenia who had been treated in Ankara University, School of Medicine, Psychiatry Department. SAPS, SANS, CDSS, MOCQ, UKU scales were administered to patients after diagnosis of schizophrenia had been made by using the DSM-IV-TR criteria and SCID-I. No significant correlation was found between the social functioning of patients and sociodemographic variables like duration of illness, marital status, housing, education and sex. It was shown that the social functioning domains were influenced most strongly by negative symptoms, particularly by the symptoms of avolition- apathy and anhedonia- asociality. Also it was observed that as the level of positive symptoms of delusions and positive formal thought disorder gets higher, interpersonal communication and independence level of the patient gets worse. Sexual dysfunction, failing memory and increased salivation were also found to cause various social dysfunctions. Neither depressive symptoms nor obsessive compulsive symptoms were found to be significantly correlated with the social functioning of patients. Our data suggest that treatments designed to specifically target positive and negative symptoms as well as with minimal risk of the side effects may have the greatest impact on social functioning in patients with schizophrenia. Finally, although substantial gains have been made in the measurement of social functioning in schizophrenia, there is still a need for the development of scales that are more culture specific and that can assess functioning independent of symptoms.

Key words: Schizophrenia, psychotic symptoms, depression, side effects, social functioning.

KAYNAKLAR

1. Menezes PR, Mann AH. The social adjustment of patients with schizophrenia: Implications to the mental health policy in Brasil. *Rev Saude Publica* 1993; 27(5): 340-9.
2. Burns T, Patrick D. Social functioning as an outcome measure in schizophrenia studies. *Acta Psychiatr Scand* 2007; 116: 403-418.
3. Ciudad A, Olivares JM, Bousoño M, Gomez JC, Alvarez E. Improvement in social functioning in outpatients with schizophrenia with prominent negative symptoms treated with olanzapine or risperidone in a 1 year randomized, open-label trial. *Progress in Neuro-Psychopharmacology&Biological Psychiatry* 2006; 30: 1515-1522.
4. Fleischhacker WW, Rabinowitz J, Kemler G, Eerdekens M, Menhert A. Perceived functioning, well-being and psychiatric symptoms in patients with stable schizophrenia treated with long-acting risperidone for 1 year. *Br J Psychiatry* 2005; 187: 131-136.
5. Lambert E, Naber D. Current issues in schizophrenia: overview of patient acceptability, functioning capacity and quality of life. *CNS Drugs* 2004; 18: 1-13.
6. Dworkin RH. Patterns of sex differences in negative symptoms and social functioning consistent with separate dimensions of schizophrenic psychopathology. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 347-349.
7. Buchanan RW, Carpenter Jr WT. Schizophrenia: Intrduction and Overview. In: Sadock BJ, Sadock VA, eds. *Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins, 2000: 1096-1110.
8. Jablensky A. Epidemiology of schizophrenia. In: Gelder MG, Lopez-Ibor Jr JJ, Andreasen NC, eds. *New Oxford Textbook of Psychiatry*. New York: Oxford University Pres, 2000: 585-599.

9. Yaprak Erakay S. Şizofreni tanılı hastalarda sosyal işlevsellik ölçeği (SİÖ) Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliğinin araştırılması. T.C. Sağlık Bakanlığı Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1.Psikiyatri Kliniği, Uzmanlık Tezi, İzmir, 2001.
10. Öztürk MO. Şizofreni. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri, 2004: 217-279.
11. Villalta-Gil V, Vilaplana M, Ochoa S, Dolz M, Usall J, Haro JM, Almenara J, Gonzalez JL, Lagares C. Four symptom dimensions in outpatients with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry* 2006; 47: 384-388.
12. Kay SR, Sevy S. Pyramidal model of schizophrenia. *Schizophr Bull* 1990; 16(3): 537-45.
13. Lindenmayer JP, Bernstein-Hyman R, Grochowski S. Five-factor model of schizophrenia. Initial validation. *J Nerv Ment Dis* 1994; 182(11): 631-8.
14. Siris SG. Depression in schizophrenia: perspective in the era of “atypical” antipsychotic agents. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 1379-89.
15. Rocca P, Bellino S, Calvarese P, Marchiaro L, Patria L, Rasetti R, Bogetto F. Depressive and negative symptoms in schizophrenia: different effects on clinical features. *Comprehensive Psychiatry* 2005; 46: 304-310.
16. Addington D, Addington J, Atkinson M. A psychometric comparison of the Calgary Depression Scale for Schizophrenia and the Hamilton Depression Rating Scale. *Schizophr Res* 1996; 19: 205-212.
17. Sax KW, Strakowski SM, Keck PEJ, Upadhyaya VH, West SA, McElroy SL. Relationship among negative, positive and depressive symptoms in schizophrenia and psychotic depression. *Br J Psychiatry* 1996; 168: 68-71.
18. Kibel DA, Laffont I, Liddle PF. The composition of the negative syndrome of chronic schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1993; 62: 744-50.
19. Addington D, Addington J, Maticka-Tyndale E. Specificity of the Calgary Depression Scale for Schizophrenics. *Schizophr Res* 1994; 11: 239-44.
20. Kruger S, Braunig P, Hoffler J, Shugar G, Borner I, Langkrar J. Prevalence of obsessive-compulsive disorder in schizophrenia and significance of motor symptoms. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2000; 12: 16-24.

21. Poyurovsky M, Hramenkov S, Isakov V, Rauchverger B, Modai I, Schneidman M, Fuchs C, Weizman A. Obsessive-compulsive disorder in hospitalized patients with chronic schizophrenia. *Psychiatry Res* 2001; 102: 49-57.
22. Poyurovsky M, Fochs C, Weizman A. Obsessive-compulsive disorder in patients with first-episode schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1998-2000.
23. Berman I, Merson A, Viegner B, Losonczy MF, Pappas D, Green AJ. Obsessions and compulsions as a distinct cluster of symptoms in schizophrenia: a neuropsychological study. *J Nerv Ment Dis* 1998; 186: 150-156.
24. Gerlach J. Improving outcome in schizophrenia: the potential importance of EPS and neuroleptic dysphoria. *Ann Clin Psychiatry* 2002; 14: 47-57.
25. Allison DB, Mackell JA, McDonnell DD. The impact of weight gain on quality of life among persons with Schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2003; 54: 565-567.
26. Fagiolini A, Goracci A. The long term- maximising potential for rehabilitation in patients with schizophrenia. *European Neuropsychopharmacology* 2007; 17: 123-129.
27. Fakhoury WK, Wright D, Wallace M. Prevalence and extent of distress of adverse effects of antipsychotics among callers to a United Kingdom National Mental Health Helpline. *Int Clin Psychopharmacol* 2001; 16: 153-162.
28. Kane JM. Schizophrenia. *N Eng J Med* 1996; 334: 34-41.
29. Burns T, Patrick D. Social functioning as an outcome measure in schizophrenia studies. *Acta Psychiatr Scand* 2007; 116: 403-418.
30. McGurk SR, Moriarty PJ, Harvey PD, Perrella M, White L, Davis KL. The longitudinal relationship of clinical symptoms, cognitive functioning, and adaptive life in geriatric schizophrenia. *Schizophr Res* 2000; 42: 47-55.
31. Brekke JS, Levin S, Wolkon G, Sobel G, Slade B. Psychosocial functioning and subjective experience in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1993; 19: 599-608.
32. Schubart C, Krumm B, Biehl H, Schwartz R. Measurement of social disability in a schizophrenic patient group. *Soc Psychiatry* 1986; 21: 1-9.
33. Ciompi L. The natural history of schizophrenia in the long term. *Br J Psychiatry* 1980; 136: 413-20.

34. De Jong A, Giel R, Slooff CJ, Wiersma D. Social disability and outcome in schizophrenic patients. *Br J Psychiatry* 1985; 147: 631-6.
35. Hofer A, Rettenbacher MA, Widschwendter CG, Kemler G, Hummer M, Fleischhacker WW. Correlates of subjective and functional outcomes in outpatient clinic attendees with schizophrenia and schizoaffective disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2006; 256: 246-255.
36. Andreasen NC, Carpenter WT, Kane JM, Lasser RA, Marder SR, Weinberger DR. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 441-449.
37. Bellack AS, Morrison RL, Wixted JT, Mueser KT. An analysis of social competence in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1990; 156: 809-818.
38. Stanghellini G, Balerini M. Criterion B (social dysfunction) in persons with schizophrenia: the puzzle. *Curr Opin Psychiatry* 2007; 20: 582-587.
39. Hogarty GE, Fleischer S. Developmental theory for a cognitive enhancement therapy of schizophrenia. *Schizophr Bull* 1999; 25: 677-692.
40. Nuechterlein KH, Barch DM, Gold JM, Goldberg TE, Green MF, Heaton RK. Identification of separable cognitive factors in schizophrenia. *Schizophr Res* 2004; 72: 29-39.
41. Stirling J, White C, Lewis S, Hopkins R, Tantam D, Huddy A, Montague L. Neurocognitive function and outcome in first-episode schizophrenia: a 10-year follow-up of an epidemiological cohort. *Schizophr Res* 2003; 65: 75-86.
42. Harding CM, Zubin J, Strauss JS. Chronicity in schizophrenia: revisited. *Br J Psychiatry Suppl* 1992; 161: 27-37.
43. Patterson TL, Moscona S, McKibbin CL, Davidson K, Jeste DV. Social skills performance assessment among older patients with schizophrenia. *Schizophr Res* 2001; 48: 351-60.
44. Addington J, Addington D. Premorbid functioning, cognitive functioning, symptoms and outcome in schizophrenia. *J Psychiatry Neurosci* 1993; 18:18-23.
45. Racenstein JM, Harrow M, Reed R, Martin E, Herbener E, Penn DL. The relationship between positive symptoms and instrumental work functioning in schizophrenia: A 10 year follow-up study. *Schizophr Res* 2002; 56: 95-103.

46. Perlick DA, Rosenheck RA, Kaczynski R, Bingham S, Collins J. Association of symptomatology and cognitive deficits to functional capacity in schizophrenia. *Schizophr Res* 2008; 99: 192-199.
47. Breier A, Schreiber JL, Dyer J, Pickar D. National Institute of Mental Health longitudinal study of chronic schizophrenia. Prognosis and predictors of outcome. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48(3): 239-46.
48. Velligan DI, Mahurin RK, Diamond PL, Hazleton BC, Eckert SL, Miller AL. The functional significance of symptomatology and cognitive function in schizophrenia. *Schizophr Res* 1997; 25: 21-31.
49. Kurtz MM, Moberg PJ, Ragland JD, Gur RC, Gur RE. Symptom versus neurocognitive test performance as predictors of psychosocial status in schizophrenia: a 1- and 4-year prospective study. *Schizophr Bull* 2005; 31: 167-174.
50. Johnstone EC, Macmillan JF, Frith CD, Benn DK, Crow TJ. Further investigation of the predictors of outcome following first schizophrenic episodes. *Br J Psychiatry* 1990;157: 182-189.
51. Norman RMG, Malla AK, Cortese L, Cheng S, Diaz K, McIntosh E, McLean TS, Rickwood A, Voruganti LP. Symptoms and cognition as predictors of community functioning: a prospective Analysis. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 400-405.
52. Isaac M, Chand P, Murthy P. Schizophrenia outcome measures in the wider international community. *Br J Psychiatry* 2007; 191(suppl 50): 71-77.
53. Harrison G, Hopper K, Craig T. Recovery from psychotic illness: a 15- and 25-year international follow-up study. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 506-517.
54. Saraswat N, Rao K, Subbakrishna DK, Gangadhar BN. The Social Occupational Functioning Scale (SOFS): a brief measure of functional status in persons with schizophrenia. *Schizophr Res* 2006; 81: 301-309.
55. Leung A, Chue P. Sex differences in schizophrenia, a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 59: 165-72.
56. Hofer A, Kemler G, Eder U, Edlinger M, Hummer M, Fleischhacker WW. Quality of life in schizophrenia: The impact of psychopathology, attitude toward medication, and side effects. *J Clin Psychiatry* 2004; 65: 932-939.

57. Swartz MS, Perkins DO, Stroup TS, McEvoy JP, Nieri JM, Haak DC. Assessing clinical and functional outcomes in the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) schizophrenia trial. *Schizophr Bull* 2003; 29: 33-43.
58. Wegener S, Redoblado-Hodge MA, Lucas S, Fitzgerald D, Haris A, Brennan J. Relative contributions of psychiatric symptoms and neuropsychological functioning to quality of life in first-episode psychosis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2005; 39: 487-492.
59. McCabe R, Saidi M, Priebe S. Patient-reported outcomes in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2007; 191(suppl 50): 21-28.
60. Rosenheck R, Stroup S, Keefe RSE. Measuring outcome priorities and preferences in people with schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2005; 187: 529-536.
61. Becchi A, Rucci P, Placentino A, Neri G, de Girolamo G. Quality of life in patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2004; 39: 397-401.
62. Milev P, Ho B-H, Arndt S, Andreasen NC. 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: 495-506.
63. Birchwood M, Smith J, Cochrane R, Wetton S, Copestake S. The Social Functioning Scale. The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *Br J Psychiatry* 1990; 157: 853-859.
64. Priebe S. Social outcomes in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2007; 191(suppl 50): 15-20.
65. Aydemir Ö, Köroğlu E. *Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler*. HYB Basım Yayın, Ankara, 2006.
66. Andreasen NC. Methods for assessing positive and negative symptoms. *Mod Probl Pharmacopsychiatry* 1990; 24: 73-88.
67. Addington D, Addington J, Maticka-Tyndale E, Joyce J. Reliability and validity of a depression rating scale for schizophrenics. *Schizophr Res* 1992; 6: 201-208.

68. Aydemir Ö, Esen Danacı A, Deveci A, İçelli İ. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği'nin Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. Nöropsikiyatri Arşivi 2000; 37: 82-86.
69. Lingjaerde O, Ahlfors UG, Bech P, Dencker SJ, Elgen K. The UKU side effect rating scale. A new comprehensive rating scale for psychotropic drugs and a cross-sectional study of side effects in neuroleptic-treated patients. Acta Psychiatr Scand Suppl 1987; 334: 1-100.
70. Hodgson RJ, Rachman S. Obsessional-compulsive complaints. Behavioral and Research Therapy 1977; 15: 389-395.
71. Freedman R. Schizophrenia. N Engl J Med 2003; 349: 1738-1749.
72. Hofer A, Baumgartner S, Edlinger M, Hummer M, Kemler G, Rettenbacher MA, Schweigkofler H, Schwitzer J, Fleischhacker WW. Patient outcomes in schizophrenia I: correlates with sociodemographic variables, psychopathology, and side effects. European Psychiatry 2005; 20: 386-394.

EKLER

Ek 1.

POZİTİF BELİRTİLERİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

VARSANILAR

	yok	kuşkulu	hafif	orta	Belirgin	şiddetli
1. İşitsel varsanılar Şimdiye kadar hiç çevrede kimse yokken konuşmalar ya da başka sesler işittiğiniz oldu mu? Ne diyorlardı?	0	1	2	3	4	5
2. Yorum yapan sesler Şimdiye kadar hiç düşündükleriniz ya da yaptıklarınız hakkında yorum yapan sesler işittiniz mi? Ne diyorlardı?	0	1	2	3	4	5
3. Aralarında konuşan sesler Şimdiye kadar hiç aralarında konuşan iki ya da daha fazla ses işittiniz mi? Ne diyorlardı?	0	1	2	3	4	5
4. Somatik ya da dokunsal varsanılar Şimdiye kadar hiç bedeninizde yanma duygusu ya da başka tuhaf duygular hissettiniz mi? Ne tür şeyler? Bedeninizin boyut ya da şekil olarak değişmiş gibi geldiği oldu mu?	0	1	2	3	4	5
5. Koku varsanıları Şimdiye kadar hiç alışılmadık ya da başkalarının duymadığı kokular duydunuz mu? Bunlar ne tür kokulardı?	0	1	2	3	4	5
6. Görsel varsanılar Şimdiye kadar hiç başka insanların görmediği görüntüler gördüğünüz oldu mu? Ne gördünüz? Bunlar uykuya dalarken ya da uyanırken mi oldu?	0	1	2	3	4	5
7. Global olarak varsanılar Hafif (2): Varsanıların varlığı açıktır, ender olarak ortaya çıkarlar; kişi zaman zaman bunların varlığından kuşkuya düşebilir. Orta (3): Varsanılar canlıdır ve zaman zaman ortaya çıkarlar. Belirgin (4): Varsanılar çok canlıdır, sık ortaya çıkarlar ve kişinin yaşamını kapsarlar. Şiddetli (5): Varsanılar hemen her gün ortaya çıkarlar ve bazen alışılmadık ya da tuhaf yapıdadırlar; çok canlı ve aşırı derecede rahatsız edicidirler.	0	1	2	3	4	5

Altölçek Toplam ()

SANRILAR

	yok	kuşkulu	hafif	orta	Belirgin	şiddetli
8. Kötülük görme sanrıları İnsanlar sizi herhangi bir yolla rahatsız ediyorlar mı? İnsanların size karşı olduklarını hissediyor musunuz? Size herhangi bir şekilde zarar vermeye çalışan birisi var mı? Sizi gözetleyen ya da takip eden kimse var mı?	0	1	2	3	4	5
9. Kıskançlık sanrıları Şimdiye kadar hiç eşinizin size karşı dürüst olmayabileceğinden endişe ettiniz mi? Ne tür kanıtlarınız var?	0	1	2	3	4	5
10. Suçluluk ya da günahkarlık sanrıları Şimdiye kadar hiç cezalandırılmayı hak etmenizi gerektirecek korkunç bir şey yaptınız mı?	0	1	2	3	4	5
11. Büyüklük sanrıları Özel ya da olağandışı bir yeteneğiniz var mı? Kendinizi büyük şeylere ulaşacak gibi hissediyor musunuz?	0	1	2	3	4	5
12. Dinsel sanrılar Dindar bir kişi misiniz? Şimdiye kadar hiç olağandışı bir dinsel yaşantınız oldu mu? Çocuklukta nasıl bir din eğitimi aldınız?	0	1	2	3	4	5
13. Somatik sanrılar Bedeninizle ilgili herhangi bir sorunuz var mı? Görünümünüzde herhangi bir değişiklik fark ettiniz mi? Bedeninizle ilgili herhangi bir sorunuz var mı?	0	1	2	3	4	5
14. Referans sanrıları Şimdiye kadar hiç, bir odaya girdiğinizde insanların sizin hakkınızda konuşmakta olduklarını ya da size güldüklerini düşündünüz mü? Şimdiye kadar hiç, gazete ve dergilerde ya da televizyonda size imada bulunan ya da sizin için özel bir mesaj taşıyan şeyler gördünüz mü? İnsanlar sizinle olağandışı bir yolla iletişimde bulundular mı?	0	1	2	3	4	5
15. Kontrol edilme sanrıları Şimdiye kadar hiç bazı dış güçler tarafından kontrol edildiğinizi hissettiğiniz oldu mu?	0	1	2	3	4	5
16. Düşünce okunması sanrıları Şimdiye kadar hiç insanların zihninizi okuduklarını hissettiniz mi?	0	1	2	3	4	5
17. Düşünce yayınlanması Şimdiye kadar hiç kendi düşüncelerinizin, sanki başınızın dışındaymış gibi çevrede yüksek sesle söylendiğini işittiniz mi? Şimdiye kadar hiç düşüncelerinizin başkalarının işitebileceği şekilde çevreye yayımlandığını hissettiniz mi?	0	1	2	3	4	5
18. Düşünce sokulması Şimdiye kadar bazı yabancı güçler tarafından zihninize düşünceler sokulduğunu hissettiniz mi? Şimdiye kadar hiç size ait gibi görünmeyen düşünceleriniz olduğunu hissettiniz mi?	0	1	2	3	4	5
19. Düşünce çekilmesi Şimdiye kadar hiç düşüncelerinizin dış güçler tarafından çekilip alındığını hissettiniz mi?	0	1	2	3	4	5
20. Global olarak sanrılar Hafif (2): Sanrıların varlığı açıktır, ancak kişi zaman zaman bu inancından kuşkuya düşer. Orta (3): Kişi inancında ısrarlıdır, fakat bu zaman zaman ortaya çıkar ve davranışlar üzerinde önemli bir etkisi yoktur. Belirgin (4): Sanrıya sıkı bir şekilde sarınılır; sık ortaya çıkar ve kişinin davranışını etkiler. Şiddetli (5): Sanrılar karmaşık, iyi yapılanmış ve yaygındır; bunlara sıkı bir şekilde sarınılır ve kişinin davranışları üzerinde belirgin bir etkileri vardır; biraz tuhaf ve alışılmadık olabilirler.	0	1	2	3	4	5

Altölçek Toplam ()

GARİP DAVRANIŞ

	yok	kuşku	hafif	orta	belirgin	şiddetli
21. Giyim ve görünüm Şimdiye kadar hiç görünümünüz hakkında yorum yapan oldu mu?	0	1	2	3	4	5
22. Toplumsal ve cinsel davranış Şimdiye kadar hiç başkalarının olağandışı bulabilecekleri ya da dikkatlerin üzerinizde toplanmasına neden olacak bir şey yaptınız mı?	0	1	2	3	4	5
23. Saldırgan ve taşkın davranış Şimdiye kadar hiç hayvanlara ya da insanlara zarar vermeye yönelik bir şey yaptınız mı? Birine kızdınız mı? Kızgınlığınızı nasıl ifade ettiniz?	0	1	2	3	4	5
24. Yineleyici ya da stereotipik davranış Kendinizi yapmak zorunda hissettiğiniz şeyler var mı?	0	1	2	3	4	5
25. Global olarak garip davranış Hafif (2): Zaman zaman olağandışı ya da açıkça idiosenkratik davranış Örnekleri; kişi genellikle kısmi bir içgörüyü sahiptir. Orta (3): Toplumsal normlardan açıkça sapmış ve kısmen bizar görünen Davranış; kişinin kısmi bir içgörüsü olabilir. Belirgin (4): Toplumsal normlardan belirgin biçimde sapmış ve açıkça Bizar davranış; kişinin kısmi bir içgörüsü olabilir. Şiddetli (5): Aşırı derecede bizar ya da fantastik davranış; cinayet girişimi Gibi tek bir aşırı davranış olabilir; kişi genellikle içgörüsünü kaybetmiştir.	0	1	2	3	4	5

Altölçek Toplam ()

POZİTİF YAPISAL DÜŞÜNCE BOZUKLUĞU

	yok	kuşku	hafif	orta	belirgin	şiddetli
26. Raydan çıkma (çağırışım çözüklüğü)	0	1	2	3	4	5
27. Teğetsellik	0	1	2	3	4	5
28. Enkoherans (sözcük salatası)	0	1	2	3	4	5
29. Mantıksızlık	0	1	2	3	4	5
30. Çevresel konuşma	0	1	2	3	4	5
31. Baskılı konuşma	0	1	2	3	4	5
32. Çelinebilir konuşma	0	1	2	3	4	5
33. Klang çağırışım	0	1	2	3	4	5
34. Global olarak yapısız düşünce bozukluğu Hafif (2): Zaman zaman ortaya çıkan bozukluk örnekleri; kişinin konuşması anlaşılabilir. Orta (3): Sık sık ortaya çıkan bozukluk örnekleri; kişiyi anlamak bazen güçtür. Belirgin (4): Kişiyi anlamak sıklıkla güçtür. Şiddetli (5): Kişi tümüyle anlaşılmazdır.	0	1	2	3	4	5

Altölçek Toplam ()

UYGUNSUZ DUYGULANIM

	yok	kuşku	hafif	orta	belirgin	şiddetli
35. Uygunsuz duygulanım Hafif (2): En azından bir kez uygunsuz gülümseme ya da başka bir Uygunsuz duygulanım örneği Orta (3): Kişi iki-dört uygunsuz duygulanım örneği gösterir. Belirgin (4): Kişi beş-on uygunsuz duygulanım örneği gösterir. Şiddetli (5): Kişinin duygulanımı zamanın çok büyük bir bölümünde uygunsuzdur.	0	1	2	3	4	5

ÖLÇEĞİN TOPLAM SKORU :

Ek 2.

NEGATİF BELİRTİLERİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

DUYGULANIMDA DÜZLEŞME YA DA KÜNTLEŞME

	yok	kuşkulu	hafif	orta	belirgin	şiddetli
1. Değişmeyen yüz ifadesi	0	1	2	3	4	5
2. Kendiliğinden hareketlerde azalma	0	1	2	3	4	5
3. Jestlerde azalma	0	1	2	3	4	5
4. Zayıf göz ilişkisi	0	1	2	3	4	5
5. Duygusal tepkisizlik	0	1	2	3	4	5
6. Sesle vurgulamada yetersizlik	0	1	2	3	4	5
7. Duygulanımda düzleşmenin global değerlendirilmesi	0	1	2	3	4	5

Altölçek Toplam ()

DÜŞÜNCENİN YOKSULLAŞMASI (ALOJİ)

	yok	kuşkulu	hafif	orta	belirgin	şiddetli
8. Konuşmanın yoksulluğu	0	1	2	3	4	5
9. Konuşma içeriğinin yoksulluğu	0	1	2	3	4	5
10. Bloklar	0	1	2	3	4	5
11. Yanıttan önce bekleme süresinin uzaması	0	1	2	3	4	5
12. Alojinin global değerlendirmesi	0	1	2	3	4	5

Altölçek Toplam ()

ENERJİ VE İSTEĞİN AZALMASI

	yok	kuşkulu	hafif	orta	belirgin	şiddetli
13. Kendine bakım ve temizlik Ne sıklıkla yıkıyor ya da duş alıyorsunuz? İç çamaşırlarınızı her gün değiştiriyor musunuz? Çamaşırlarınızı ne sıklıkla yıkıyorsunuz?	0	1	2	3	4	5
14. İş ya da okulda sebatlılık (İşte, okulda) sorunuz var mı? Bazı projeleri başlatıp sonra hiçbir zaman tamamlama aşamasına getirmedığınız olur mu?	0	1	2	3	4	5
15. Fizik enerjinin azalması Günün büyük bölümünü yatarak ya da oturarak geçirdiğiniz olur mu? (Bunun bir günden fazla sürdüğü oluyor mu?)	0	1	2	3	4	5
16. Enerji ve isteğin azalmasının global değerlendirmesi	0	1	2	3	4	5

Altölçek Toplam ()

ZEVK ALMAMA VE TOPLUMSAL ÇEKİLME

	yok	kuşkulu	hafif	orta	belirgin	şiddetli
18. Cinsel etkinlik Cinsel isteğinizde herhangi bir değişiklik fark ettiniz mi?	0	1	2	3	4	5
19. Yakınlık duygusu ve yakınlıkta yetersizlik (Ailenizle, eşinizle) herhangi bir sorunuz var mı? (Aile, ebeveyn, eş vb.yi) ziyaret konusunda ne hissediyorsunuz?	0	1	2	3	4	5
20. Arkadaş ve akranlarla ilişkiler Arkadaşlarınızla birlikte çok zaman geçiriyor musunuz? Yalnız kalmaktan hoşlanıyor musunuz? Yoksa arkadaşlarla birlikte olmayı mı tercih edersiniz?	0	1	2	3	4	5
21. Zevk almama ve toplumsal çekilmenin global değerlendirilmesi	0	1	2	3	4	5

Altölçek Toplam ()

DİKKAT BOZUKLUĞU

	yok	kuşkulu	hafif	orta	belirgin	şiddetli
22. Sosyal dikkatsizlik	0	1	2	3	4	5
23. Mental durum değerlendirmesi sırasında dikkatsizlik	0	1	2	3	4	5
24. Dikkatin global değerlendirilmesi	0	1	2	3	4	5

ÖLÇEĞİN TOPLAM SKORU :

Ek 3.

CALGARY ŞİZOFRENİDE DEPRESYON ÖLÇEĞİ

1) Depresyon: Son iki hafta boyunca ruh halinizi nasıl tanımlarsınız? Yeterince neşelenebiliyor muydunuz, yoksa son zamanlarda aşırı çökkün ya da üzüntülü müydünüz? Son iki hafta içinde, her gün ne kadar sıklıkta kendinizi [KENDİ KELİMELERİ] hissediyorsunuz? Gün boyu?

0. Yok

1. Hafif: Sorulduğunda biraz üzüntü ya da güvensizlik ifade eder

2. Orta: Son iki hafta boyunca zamanın neredeyse yarısında süren belirgin çökkün duygudurum: Her gün var

3. Şiddetli: Her gün zamanın yarısından fazlasında süren, olağan motor ve toplumsal işlevselliği etkileyen belirgin çökkün duygudurum

2) Umutsuzluk: Geleceğinizi nasıl görüyorsunuz? Sizin için herhangi bir gelecek var mı? Yoksa yaşam oldukça umutsuz mu görünüyor? Kendinizi koyuverdiniz mi, yoksa hâlâ çaba göstermek için neden var mı?

0. Yok

1. Hafif: Son iki hafta boyunca bazı zamanlar umutsuzluğa kapılmış ama hâlâ gelecek için belli düzeyde umut taşıyor

2. Orta: Son iki hafta boyunca ısrarlı, orta düzeyde umutsuzluk duygusu. İşlerin daha iyiye gidebileceği konusunda ikna edilebiliyor

3. Şiddetli: İsrarlı ve sıkıntı veren umutsuzluk duygusu

3) Değersizlik duygusu: Başka insanlarla karşılaştığınızda, kendinizi nasıl görüyorsunuz? Kendinizi başka insanlardan daha mı iyi, daha mı kötü, yoksa yaklaşık aynı düzeyde mi görüyorsunuz? Kendinizi başkalarından aşağıda ya da hatta değersiz mi hissediyorsunuz?

0. Yok

1. Hafif: Kısmen aşağılık duygusu var, değersizlik duygusu düzeyine ulaşmıyor

2. Orta: Kişi kendini değersiz hissediyor, ama zamanın yarısından azında

3. Şiddetli: Kişi zamanın yarısından fazlasında kendini değersiz hissediyor. Öyle olmadığı konusunda ikna edilebiliyor

4) Suçlulukla İlgili Alınma Düşünceleri: Bir konuda itham edildiğiniz ya da hatta haksız yere suçlandığınız duygusuna kapıldınız mı? Hangi konuda? (Doğrulanabilir itham ya da suçlamaları dahil etmeyin. Suçluluk sanılarını dışlayın)

0. Yok

1. Hafif: Kişi zamanın yarısından azında kendini itham altında hisseder ama suçlu hissetmez

2. Orta: İtham altında olduğuna dair ısrarlı duygular ve/veya ara sıra suçlu olduğuna dair duygular
3. Şiddetli: Suçlu olduğuna dair ısrarlı duygular. İkna edilmeye çalışılınca, öyle olmadığını kabul eder

5) Patolojik Suçluluk: Geçmişte yapmış olabileceğiniz önemsiz şeylerden dolayı kendinizi kabahatli bulma eğiliminde misiniz? Bu konuyla bu derecede uğraşmayı hakkettiğinizi düşünüyor musunuz?

0. Yok
1. Hafif: Kişi bazen bazı küçük kabahatler konusunda olması gerekenden fazla suçluluk duyar, ama bu, zamanın yarısından azını alır
2. Orta: Kişi çoğu zaman (zamanın yarısından fazlasında) önemini abarttığı geçmiş eylemleri konusunda suçluluk duyar
3. Şiddetli: Kişi çoğu zaman kötü giden her şey için, hatta kendi hatası olmasa bile kendini kabahatli hisseder

6) Sabah Depresyonu: Son iki hafta boyunca, kendinizi çökkün hissederken, bu çökkünlüğün günün belli bir zamanında daha kötüleştiğini fark ettiniz mi?

0. Yok: Depresyon yok
1. Hafif: Depresyon var ama gün içi değişkenlik yok
2. Orta: Depresyonun sabahları kötüleştiği kendiliğinden belirtilir
3. Şiddetli: Sabahları belirgin biçimde daha kötü olan ve işlevselliğin bozulduğu depresyon akşamları düzelir

7) Erken Uyanma: Sabahları normalden daha mı erken uyanıyorsunuz? Bu, haftada kaç kez oluyor?

0. Yok: Erken uyanma yok
1. Hafif: Ara sıra (en çok haftada iki kez) olağan ya da gerekli uyanma zamanından en az 1 saat önce uyanıyor
2. Orta: Çoğunlukla (en çok haftada beş kez) olağan ya da gerekli uyanma zamanından en az 1 saat önce uyanıyor
3. Şiddetli: Her gün uyanma zamanından en az 1 saat önce uyanıyor

8) Özkıyım: Hayatın yaşamaya değer olmadığını hissediyor musunuz? Yaşamınıza son vermek hiç içinizden geçti mi? Kendinize ne yapabileceğinizi düşündünüz? Gerçekten denediniz mi?

0. Yok
1. Hafif: Sıklıkla keşke ölmüş olsaydım biçiminde düşünceler ya da ara sıra özkıyım düşünceleri

2. Orta: Üzerinde uğraşılmış özkıyım tasarısı ama girişimde bulunmamıştır
3. Şiddetli: Açıkça ölümle sonuçlanmak üzere hazırlanmış özkıyım girişimi (örn. şans eseri fark edilme ya da etkisiz yöntem)

9) Gözlenen Depresyon: Tüm görüşme boyunca görüşmecinin gözlemlerine dayanır. Görüşmede uygun anlarda sorulan “Kendinizi ağlamaklı hissediyor musunuz?” sorusu bu gözlem için gerekli bilgiyi sağlayabilir.

0. Yok
1. Hafif: Görüşmenin belirgin olarak yansız konuşmalarını içeren bölümlerinde bile kişi üzgün ya da kederli görünmektedir
2. Orta: Kişi görüşme boyunca sıkın, tekdüze bir ses tonuyla üzgün ve kederli görünmektedir ve bazen ağlar ya da ağlamaklı olur
3. Şiddetli: Kişi sıkıntı veren konularda boğulacak gibi olur, sıklıkla derin iç çeker ve açıkça ağlar ya da kişi ısrarlı olarak ıstıraptan donakalmış durumdadır ancak görüşmeci depresyonun varolduğundan emindir.

Ek 4.

UKU YAN ETKİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

LÜTFEN OKUNACAK ŞEKİLDE DOLDURUNUZ SİYAH TÜKENMEZ KALEM KULLANINIZ
TÜM SORULARI YANITLAYINIZ

Hastanın Cinsiyeti:

E ☐

K ☐

Değerlendirme Tarihi:

Gün _____

Ay _____

Yıl _____

Saat: _____

Sa. _____

Dk. _____

LÜTFEN OKUNACAK ŞEKİLDE DOLDURUNUZ SİYAH TÜKENMEZ KALEM KULLANINIZ TÛM SORULARI YANITLAYINIZ												
Hastanın Cinsiyeti: E K		Değerlendirme Tarihi: Gün Ay Yıl				Saat: Sa Dk						
HER MADDE İÇİN İLGİLİ KUTUYU İŞARETLEYİNİZ (DERECE VE NEDENSEL İLİŞKİ)												
Yan Etki Kategorisi		Semptom		DY *	Son üç gündeki şiddet					Nedensel ilişki **		
				9	0	1	2	3	M.D.	Müm.	Muh.	
Psikişik	1.1	Konsantrasyon Zorlukları										
	1.2	Asteni / Bitkinlik / Daha Kolay Yorulma										
	1.3	Uykululuk / Sedasyon										
	1.4	Hafıza Sorunları										
	1.5	Depresyon										
	1.6	Gerilim / İç Huzursuzluğu										
	1.7	Artmış Uyku Süresi										
	1.8	Azalmış Uyku Süresi										
	1.9	Artmış Rüya Aktivitesi										
	1.10	Duygusal Umursamazlık										
Nörolojik	2.1	Distoni										
	2.2	Rijidite										
	2.3	Hipokinezi / Akinezi										
	2.4	Hiperkinetik										
	2.5	Tremor										
	2.6	Akatizi										
	2.7	Epileptik Nöbetler										
	2.8	Parestesi										
Otonomik	3.1	Görme Netliği Problemleri										
	3.2	Tükürük Salgılamada Artış										
	3.3	Tükürük Salgılamada Azalma										
	3.4	Bulanık / Kusma										
	3.5	İshal										
	3.6	Kabızlık										
	3.7	İdrar Yapmada Problemler										
	3.8	Poliüri / Polidipsi										
	3.9	Ortostatik Başdönmesi										
	3.10	Palpitasyon / Taşikardi										
	3.11	Terleme Eğiliminde Artış										

* DY: değerlendirme yapılamadı, ** MD: mümkün değil, Müm: Mümkün, Muh: Muhtemel

Yan Etki Kategorisi		Semptom	DY *	Son üç gündeki şiddet					Nedensel ilişki **		
			9	0	1	2	3		M.D.	Müm	Muh
Diğer	4.1	Döküntü									
	4.1a	Morbilliform									
	4.1b	Peteşi									
	4.1c	Ürtiker									
	4.1d	Psöriyatik									
	4.1e	Sınıflanamıyor									
	4.2	Kaşıntı									
	4.3	Fotosensitivite									
	4.4	Artmış Pigmentasyon									
	4.5	Kilo alma									
	4.6	Kilo kaybı									
	4.7	Menoraji									
	4.8	Amenore									
	4.9	Galaktore									
	4.10	Jinekomasti									
	4.11	Cinsel İstek Artışı									
	4.12	Cinsel İstek Azalması									
	4.13	Erektile Disfonksiyon									
	4.14	Ejeksiyon Disfonksiyonu									
	4.15	Orgazm Disfonksiyonu									
	4.16	Vajen Kuruması									
	4.17	Baş ağrısı									
	4.17a	Tansiyon baş ağrısı									
	4.17b	Migren									
	4.17c	Diğer şekiller									
	4.18	Fiziksel Bağımlılık									
	4.19	Psikik Bağımlılık									

* DY: değerlendirme yapılamadı, ** M.D.: mümkün değil, Müm: Mümkün, Muh: Muhtemel

Var olan yan etkilerin hastanın günlük performansına etkisinin genel değerlendirmesi:

		Değerlendiren	
		Hasta	Doktor
0	Yan etki yok		
1	Hastanın performansını etkilemeyen hafif yan etkiler		
2	Hastanın performansını orta derecede etkileyen yan etkiler		
3	Hastanın performansını önemli ölçüde etkileyen yan etkiler		

Yapılan:

0	Müdahale yok	
1	Hastanın daha sık değerlendirilmesi, doz azaltması yok ve/veya yan etkiler için sürekli olmayan ilaç tedavisi	
2	Doz ayarlaması ve/veya yan etkiler için sürekli ilaç tedavisi	
3	İlacın kesilmesi veya başka ilaca geçilmesi	

Tarih:	Gün	Ay	Yıl

İmza:

Ek 5.

MAUDSLEY OBSESİF KOMPULSİF SORU LİSTESİ

Aşağıdaki cümleleri dikkatle okuyunuz. Size uygunsa "DOĞRU"yu uygun değilse "YANLIŞ"ı daire içine alınız. Lütfen soruların hepsini cevaplandırınız.

1. Bana bir hastalık bulaşır korkusuyla herkesin kullandığı telefonları kullanmaktan kaçınırım.	DOĞRU	YANLIŞ
2. Sık sık hoşla gitmeyen şeyler düşünür, onları zihnimden uzaklaştırmakta güçlük çekerim.	DOĞRU	YANLIŞ
3. Dürüstlüğe herkesten çok önem veririm	DOĞRU	YANLIŞ
4. İşleri zamanında bitiremediğim için çoğu kez geç kalırım.	DOĞRU	YANLIŞ
5. Bir hayvana dokununca hastalık bulaşır diye kaygılanırım.	DOĞRU	YANLIŞ
6. Sık sık havagazını, su musluklarını ve kapıları birkaç kez kontrol ederim.	DOĞRU	YANLIŞ
7. Değişmez kurallarım vardır.	DOĞRU	YANLIŞ
8. Aklıma takılan nahoş düşünceler hemen her gün beni rahatsız eder.	DOĞRU	YANLIŞ
9. Kaza ile bir başkasına çarptığımda rahatsız olurum.	DOĞRU	YANLIŞ
10. Her gün yaptığım basit günlük işlerden bile emin olamam.	DOĞRU	YANLIŞ
11. Çocukken annem de babam da beni fazla sıkı mazlardı.	DOĞRU	YANLIŞ
12. Bazı şeyleri tekrar tekrar yaptığımı için işimde geri kaldığım oluyor.	DOĞRU	YANLIŞ
13. Çok fazla sabun kullanırım.	DOĞRU	YANLIŞ
14. Bana göre bazı sayılar son derece uğursuzdur.	DOĞRU	YANLIŞ
15. Mektupları postalamadan önce onları tekrar tekrar kontrol ederim.	DOĞRU	YANLIŞ
16. Sabahları giyinmek için uzun zaman harcarım.	DOĞRU	YANLIŞ
17. Temizliğe aşırı düşkünüm.	DOĞRU	YANLIŞ
18. Ayrıntılara gereğinden fazla dikkat ederim.	DOĞRU	YANLIŞ
19. Pis tuvaletlere giremem.	DOĞRU	YANLIŞ

20. Esas sorunum bazı şeyleri tekrar tekrar kontrol etmemdir.	DOĞRU	YANLIŞ
21. Mikrop kapmaktan ve hastalanmaktan korkar ve kaygılanırım.	DOĞRU	YANLIŞ
22. Bazı şeyleri birden fazla kontrol ederim.	DOĞRU	YANLIŞ
23. Günlük işlerimi belirli bir programa göre yaparım.	DOĞRU	YANLIŞ
24. Paraya dokunduktan sonra ellerimi kirli hissedirim.	DOĞRU	YANLIŞ
25. Alıştığım bir işi yaparken bile kaç kere yaptığımı sayarım.	DOĞRU	YANLIŞ
26. Sabahları elimi yüzümü yıkamak çok zamanımı alır.	DOĞRU	YANLIŞ
27. Çok miktarda mikrop öldürücü ilaç kullanırım.	DOĞRU	YANLIŞ
28. Her gün bazı şeyleri tekrar tekrar kontrol etmek bana zaman kaybettirir.	DOĞRU	YANLIŞ
29. Geceleri giyeceklerimi katlayıp asmak uzun zamanımı alır.	DOĞRU	YANLIŞ
30. Dikkatle yaptığım bir işin bile tam doğru olup olmadığına emin olamam.	DOĞRU	YANLIŞ
31. Kendimi toparlayamadığım için günler, haftalar, hatta aylarca hiçbir şeye el sürmediğim olur.	DOĞRU	YANLIŞ
32. En büyük mücadelelerimi kendimle yaparım.	DOĞRU	YANLIŞ
33. Çoğu zaman büyük bir hata ya da kötülük yaptığım duygusuna kapılırım.	DOĞRU	YANLIŞ
34. Sık sık kendime birşeyleri dert edिनırım.	DOĞRU	YANLIŞ
35. Önemsiz ufak şeylerde bile karar verip işe girişmeden önce durup düşünürüm.	DOĞRU	YANLIŞ
36. Reklamlardaki ampuller gibi önemsiz şeyleri sayma alışkanlığım vardır.	DOĞRU	YANLIŞ
37. Bazen önemsiz düşünceler aklıma takılır ve beni günlerce rahatsız eder.	DOĞRU	YANLIŞ

Ek 6.**SOSYAL İŞLEVSELLİK ÖLÇEĞİ (SFS)**

Adı-soyadı----- Tarih-----	
PUANLARIN DÖKÜMÜ	
<i>Alt Ölçek</i>	<i>Dönüştürülmüş Puanlar</i>
Sosyal Çekilme	-----
Kişilerarası İşlevsellik	-----
Öncül Sosyal Etkinlikler	-----
Boş Zamanları Değerlendirme	-----
Bağımsızlık Düzeyi	-----
Yetkinlik	-----
Performans	-----
İş	-----
Toplam Puan (Ortalama)	-----

SOSYAL İŞLEVSELLİK ÖLÇEĞİ
Hasta Formu**İSİM:**_____

Bu ölçek hastalanmanızdan bu yana ne durumda olduğunuzu anlamamıza yardımcı olacaktır.

Ölçeğin doldurulması yaklaşık 20 dakika sürer. (Doldurmaya başlamadan önce lütfen aşağıdaki soruları yanıtlayınız.)

1. Nerede yaşıyorsunuz?**Cevap:**_____**2. Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?****Cevap:**_____

	Ç	KAİ	ÖSE	BZD	B-y	B-p	İ / M
Ham puan							
Dönüştürülmüş puan							

SOSYAL UĞRAŞI / SOSYAL ÇEKİLME

1. Her gün kaçta kalkıyorsunuz?

Hafta içi ortalama ☐

Hafta sonu ortalama (eğer farklıysa) ☐

3: Sabah 9'dan önce

2: Sabah 9 ile 11 arası

1: Sabah 11 ile öğleden sonra 1 arası

0: Öğleden sonra 1'den geç

2. Günün kaç saatini yalnız geçiriyorsunuz?

örn. odada tek başına,
tek başına dolaşarak,
radyo dinleyerek ya da televizyon izleyerek v.b.

Lütfen kutulardan birini işaretleyin:

Tek başına geçirdiğiniz saatler

0-3	Tek başına geçirdiğiniz süre çok az.	☐ 3
3-6	Zamanın bir kısmı.	☐ 2
6-9	Zamanın önemli bir kısmı.	☐ 1
9-12	Zamanın büyük bir kısmı.	☐ 0
12	Hemen hemen zamanın hepsi.	☐ 0

3. Evde ne kadar sıklıkla bir sohbeti başlatıyorsunuz?

Hemen hemen hiç / nadiren / bazen / sık sık

0	1	2	3
☐	☐	☐	☐

4. Evden ne sıklıkla çıkıyorsunuz? (herhangi bir nedenle)

Hemen hemen hiç / nadiren / bazen / sık sık

0	1	2	3
☐	☐	☐	☐

5. Yabancıların varlığına nasıl tepki gösterirsiniz?

Onlardan kaçınma	☐ 0
Huzursuz olma	☐ 1
Onları kabul etme	☐ 2
Onlardan hoşlanma	☐ 3

KİŞİLERARASI İŞLEVSELLİK

1. Şu anda kaç arkadaşınız var?
(düzenli olarak görüştüğünüz, birlikte etkinliklerde bulunduğunuz v.b.)

2. Karşı cinsten bir arkadaşınız var mı? (eğer evli değilseniz)

Evet / Hayır

3 / 0

1 ve 2'nin toplamı

0 = 0

1 = 1

2 = 2

3+ = 3

3. Anlamlı veya mantıklı konuşmayı ne sıklıkla başarıyorsunuz?
Lütfen kutuyu işaretleyiniz

Hemen hemen hiç

0

Nadiren

1

Bazen

2

Sık sık

3

4. Şu sıralar insanlarla konuşmak ne kadar zor ya da ne kadar kolay geliyor?

Çok kolay

Oldukça kolay

Orta

Oldukça zor

Çok zor

EN YÜKSEK PUAN =9

EN DÜŞÜK PUAN = 0

ÖNCÜL SOSYAL ETKİNLİKLER

Son üç ay içinde aşağıdaki etkinliklerin her birine ne sıklıkta katıldığınızı göstermek üzere uygun bölümü işaretleyiniz.

	0	1	2	3
	Hiç	Nadiren	Bazen	Sık sık
Sinema				
Tiyatro / konser				
Kapalı salon sporunu izleme (örneğin; masa tenisi)				
Açık alan sporunu izleme(örneğin; futbol)				
Sanat galerisi / müze				
Sergi				
İlgi duyulan yerleri gezme				
Toplantı, konuşma v.b				
Gece okulu				
Akrabaları evlerinde ziyaret etme				
Akrabaların ziyarete gelmesi				
Arkadaşlarınızı ziyaret etme (erkek / kız arkadaşınız dahil)				
Arkadaşlarınız tarafından ziyaret edilme (erkek / kız arkadaşınız dahil)				
Partiler				
Resmi toplantılar				
Disko v.b.				
Gece kulübü / sosyal kulüp				
Kapalı salon sporu yapmak				
Açık alan sporu yapmak				
Kulüp / dernek				
Kahve / cafe'lere gitme				
Dışarıda yemek yemek				
Dini etkinliklere katılmak				

BOŞ ZAMANLARI DEĞERLENDİRME

Lütfen son üç ay içinde aşağıdaki etkinlikleri ne sıklıkta yaptığınızı belirtmek için uygun olan bölümü işaretleyiniz.

	0	1	2	3
	Hiç	Nadiren	Bazen	Sık sık
Müzik aleti çalma				
Dikiş-nakış, örgü				
Bahçe işleri				
Okuma				
Televizyon izleme				
Teyp ya da radyo dinleme				
Yemek pişirme				
Kendi başına yapılan etkinlikler (maket uçak yapma v.b.)				
Tamir işleri (araba, bisiklet, ev v.b.)				
Yürüyüş, dolaşma				
Araba kullanma / bisiklete binme (hobi olarak)				
Yüzme				
Hobi (örneğin; koleksiyon yapma)				
Alışveriş yapma				
Sanatsal etkinlikler (resim yapma, el sanatları v.b.)				

BAĞIMSIZLIK DÜZEYİ - YETKİNLİK

Lütfen son üç ay içinde aşağıdaki etkinlikleri ne sıklıkta yaptığınızı belirtmek için uygun olan bölümü işaretleyiniz:

	3	2	1	0
	Yeterli	Yardım gerekir	Yapamam	Bilmiyorum
Toplu ulaşım				
Parayı doğru biçimde değerlendirme				
Paranızın hesabını yapma				
Kendiniz için yemek pişirme				
Haftalık alışveriş				
İş arama				
Kendi çamaşırlarınızı yıkama				
Kişisel temizlik				
Yıkama, düzenli olma v.b.				
Dükkanlardan alışveriş yapma				
Evden tek başına çıkma				
Kendiniz için giysi seçme ve alma				
Dış görünüşünüze özen gösterme				

BAĞIMSIZLIK DÜZEYİ - PERFORMANS

Lütfen son üç ay içinde aşağıdakilerden her birini ne sıklıkta yaptığınızı belirtmek için uygun olan bölümü işaretleyiniz.

	0	1	2	3
	Hiç	Nadiren	Bazen	Sık sık
Alışveriş yapma (yardım almadan)				
Bulaşık yıkama, yerleştirme v.b.				
Düzenli olarak yıkama, banyo yapma v.b.				
Kendi çamaşırlarınızı yıkama				
İş arama (eğer işsizseniz)				
Gıda alışverişi yapma				
Yemek hazırlama ve pişirme				
Evden tek başına ayrılma				
Otobüs, tren v.b. binme				
Para harcama				
Paranızın hesabını yapma				
Kendiniz için giysi seçme ve alma				
Dış görünüşünüze özen gösterme				

İŞ / MESLEK

EN YÜKSEK =10

EN DÜŞÜK = 0

Düzenli bir işiniz var mı? (Rehabilitasyon ya da yeniden eğitim kursları dahil)

Evet / Hayır

(altını çiziniz)

1. EĞER YANITINIZ EVETSE:

Ne tür bir iş?-----

Haftada kaç saat çalışıyorsunuz?-----

Ne zamandır bu işte çalışıyorsunuz?-----

2. EĞER YANITINIZ HAYIRSA:

En son ne zaman bir işte çalıştınız?-----

Ne tür bir işti?-----

Haftada kaç saat çalışırdınız?-----

Özürlü olduğunuza ilişkin bir belge verildi mi?

EVET / HAYIR

(altını çiziniz)

Ayaktan tedavi için hastaneye gidiyor musunuz?

EVET / HAYIR

(altını çiziniz)

Herhangi bir işte çalışabileceğinizi düşünüyor musunuz?

*

3

2

0

Kesinlikle evet / Zorlanırım / Kesinlikle hayır

Ne sıklıkla yeni iş bulma girişiminde bulunuyorsunuz? (örneğin; İş ve İşçi Bulma Kurumu'na başvurma, gazete ilanlarına bakma)

*

0

1

2

3

Hemen hemen hiç / nadiren / bazen / sık sık

10 puan- Tam gün gelir getiren iş ya da tam gün öğrenci

9 puan- Yarım gün gelir getiren iş ya da ev hanımı veya anne

8 puan- Yakın zamana kadar iş sahibi (örn. son 6 aya kadar)