



**T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

**SEMPTOMATİK REMİSYONDA OLAN VE
OLMAYAN ŞİZOFRENİ HASTALARININ YAŞAM
KALİTELERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

UZMANLIK TEZİ

**Dr. Mehmet Hanifi KOKAÇYA
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. Osman VIRİT**

Mayıs-2010

**T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

**SEMPTOMATİK REMİSYONDA OLAN VE
OLMAYAN ŞİZOFRENİ HASTALARININ YAŞAM
KALİTELERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

UZMANLIK TEZİ

**Dr. Mehmet Hanifi KOKAÇYA
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. Osman VIRİT**

Mayıs-2010

I. ÖNSÖZ

Asistanlık eğitimim boyunca deneyimini ve bilgilerini benden esirgemeyen değerli hocalarım Prof. Dr. Haluk A. SAVAŞ, Doç. Dr. Abdurrahman ALTINDAĞ ve Yrd. Doç. Dr. Osman VIRIT'a teşekkür ederim.

Tez döneminde yaptığı katkılarından dolayı danışman hocam Yrd. Doç. Dr. Osman VIRIT'a ve beraber çalıştığım değerli asistan arkadaşlarıma, servis hemşireleri ve personellerine geçirilen güzel günler için ayrıca teşekkür ederim.

Eğitimim süresince bütün sıkıntılara ortak olan ve benden desteklerini esirgemeyen kıymetli eşime ve değerli anne ve babama teşekkürü borç bilirim.

Dr. Mehmet Hanifi KOKAÇYA

Gaziantep, 2010

II. İÇİNDEKİLER

I. ÖNSÖZ	I II.
İÇİNDEKİLER	II
III. ÖZET	III
IV. ABSTRACT	IV
V.KISALTMALAR	V
VI. TABLO LİSTESİ	VI
VII. ŞEKİL LİSTESİ	VII

1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1 Şizofreni.....	3
2.1.2. Tarihçe.....	3
2.1.3. Epidemiyoloji.....	4
2.1.4. Etyoloji.....	5
2.1.4.1 Genetik.....	5
2.1.4.2 Çevresel etkenler.....	6
2.1.4.3 Stres-yatkınlık modeli.....	6
2.1.4.4 Şizofreninin nöro-gelişimsel hipotezi.....	6
2.1.4.5 Psikoanalitik kuram.....	7
2.1.4.6 Obstetrik komplikasyonlar ve perinatal enfeksiyonlar.....	7
2.1.4.7 Hastalık öncesi kişilik özellikleri.....	8
2.1.4.8 Sosyal faktörler.....	8
2.1.4.9 Biyokimyasal teoriler.....	9
2.1.4.9.1 Dopamin.....	9
2.1.4.9.2 Serotonin.....	10
2.1.4.9.3 Glutamat.....	10
2.1.4.9.4 Gabaaminobütirik asit (GABA).....	10
2.1.4.9.5 Noradrenalin.....	11
2.1.5. Şizofreni tanısı.....	11

2.1.5.1. DSM-IV-TR'ye göre şizofreni tanı ölçütleri	11
2.1.5.2. ICD-10'a göre şizofreni tanı ölçütleri	12
2.1.6. DSM-IV-TR'ye göre şizofreni alt tipleri ve tanı ölçütleri	13
2.1.6.1. Paranoid tip.....	13
2.1.6.2. Dezorganize tip	13
2.1.6.3. Katatonik tip	14
2.1.6.4. Ayrışmamış tip.....	14
2.1.6.5. Tortu tip	14
2.1.7. Prognoz.....	14
2.1.8. Tedavi	17
2.1.8.1. Somatik tedavi.....	17
2.1.8.1.1. İlaçla tedavi.....	17
2.1.8.1.2. EKT.....	18
2.1.8.2 Psikososyal tedaviler.....	18
2.1.9. Şizofrenide remisyon kavramı.....	18
2.1.9.1 Remisyon ölçütlerinin semptom temelli bileşeni.....	19
2.1.9.2 Remisyon ölçütlerinin zaman temelli bileşeni.....	19
2.2. Yaşam kalitesi kavramı.....	20
2.2.1. Tıpta yaşam kalitesi.....	20
2.2.2. Şizofrenide yaşam kalitesi.....	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	23
3.1. Araştırmanın Tipi.....	23
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	23
3.3. Araştırmanın Evreni.....	23
3.4. Araştırmanın Dâhil Etme ve Dışlama Ölçütleri.....	23
3.5. Araştırmanın Yürütülmesi.....	24
3.6. Veri Toplama Araçları	25
3.6.1. PANSS.....	25
3.6.2. Şizofrenide yaşam niteliği ölçeği.....	25
3.6.3. WHOQOL-BREF.....	27
3.6.4. KGI.....	27
3.6.5. GAF.....	27

3.6.6. Sosyodemografik veri toplama formu	28
3.7. Değişkenlerin Ölçümü Ve Hesaplanması.....	28
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	28
4. BULGULAR.....	30
4.1. Sosyodemografik Veriler.....	30
4.2. Klinik veriler.....	33
5. TARTIŞMA.....	39
6. SONUÇ.....	48
7. KAYNAKLAR.....	49
8. EKLER.....	66

III. ÖZET

SEMPTOMATİK REMİSYONDA OLAN VE OLMAYAN ŞİZOFRENİ HASTALARININ YAŞAM KALİTELERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Dr. Mehmet Hanifi KOKAÇYA

Uzmanlık Tezi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Tez danışmanı: Yard.Doç. Dr. Osman VIRIT

Mayıs 2010, 89 Sayfa

Şizofreni, sosyal işlevsellik ve yaşam kalitesini bozan, iş ve çalışma hayatını etkileyen kronik bir hastalıktır. Uzun yıllar boyunca kaçınılmaz olarak yineleme ve remisyon döngüleriyle seyreder. Andreasen'in 2005 yılında tanımladığı ve psikiyatri camiasında yaygın kabul gören "semptomatik remisyon" kavramı, 6 ay boyunca sadece bazı temel semptomlarda belirli düzeylerde azalma olması ile karakterizedir. Şizofreni hastalarında yapılan çalışmalarda psikopatoloji düzeyleri yüksek olan hastaların daha düşük yaşam kalitesi gösterme eğiliminde oldukları bildirilmektedir.

Şu zamana kadar Türkiye'de semptomatik remisyonadaki şizofreni hastalarının yaşam kalitelerini inceleyen herhangi bir çalışma yoktur. Bu kesitsel çalışma ile bölgemizde 40 remisyonunda olmayan ve 40 semptomatik remisyonunda olan şizofreni hastasının sosyodemografik özellikleri ve yaşam kalitelerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Çalışma sonucunda iki grup arasında hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi, daha önce yatış öyküsü, ek ilaç kullanımı, EKT (Elektokonvulzif tedavi) öyküsü ve kullanılan tedavi şekli, açısından anlamlı bir fark bulunamadı. Remisyonunda olan grubun eğitim düzeyi daha yüksekti ve herhangi bir işte çalışan hasta sayısı bu grupta daha fazlaydı. Semptomatik remisyonunda olmayan grubun PANSS (Pozitif Negatif Sendrom Ölçeği) ile pozitif, negatif, genel psikopatoloji ve PANSS toplam puanı, yaşam kalitesi ve yaşam niteliği ölçeğinin tüm alanlarının puanları ve GAF (Global işlevsellik değerlendirme) puanı semptomatik remisyonunda olan gruba göre daha düşüktü. KGI (Klinik global izlenim) şiddet skoru ise daha yüksekti. PANSS negatif semptomlarla toplam yaşam kalitesi arasında negatif bir ilişki vardı.

Sonuç olarak şizofrenide semptomatik remisyon kriterleri sadece semptomlar üzerine odaklanan bir kavram olmasına karşın hastaların yaşam kalitelerini ve işlevselliklerini de yansıtabileceği görülmekte olup tedavide negatif belirtiler üzerine daha fazla odaklanılmalıdır.

Anahtar kelimeler: Şizofreni, Semptomatik remisyon, Yaşam kalitesi

IV. ABSTRACT

COMPARISON OF LIFE QUALITIES IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH AND WITHOUT SYMPTOMATIC REMISSION

Dr. Mehmet Hanifi KOKAÇYA

Residency Thesis, Department of Psychiatry

Supervisor: Associate Prof. Dr. Osman VIRIT

May 2010, 89 pages

Schizophrenia is a chronic disorder damaging social functioning, life quality, affect business life. It progresses inevitably with relapse and remission circles for years. The notion “symptomatic remission” defined by Andreasen in 2005, and commonly accepted in psychiatry circle, is characterized with a decrease in only some main symptoms for 6 months. In studies on schizophrenia patients, it is notified that patients having high level of psychopathology tended to have lower life quality. Up till now, in Turkey, there has been no study examining life quality in schizophrenia patients in symptomatic remission. With this cross-sectional study, comparison of sociodemographic characteristics and life qualities of 80 schizophrenia patients (40 not in remission, and 40 in symptomatic remission) in our region was aimed.

At the end of the study, a significant difference between these two groups in terms of age at onset of disorder, duration of disorder, previous hospitalization histories, supplementary medication usage, ECT (Electroconvulsive therapy) history and treatment methods used. Education level of the group in remission was higher, and the number of people working in any job was greater than the non-remission group. According to PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale), positive, negative, general psychopathology and PANSS total scores; scores of all fields of life quality scale, and GAF (Global Assessment of Functioning) score were lower when compared to the group in symptomatic remission. However, CGI (Clinical Global Impression) severity score was higher. There was a negative correlation between PANSS negative symptoms and total life quality. As a result, although in schizophrenia, symptomatic remission criteria is a notion focusing only on symptoms, it is seen that it can also reflect life qualities and functioning of patients, and we should focus more on negative syndroms in treatment.

Key words: Schizophrenia, Symptomatic remission, Life quality

V. KISALTMALAR

ABD	: Amerika Bileşik Devletleri
DSM-IV	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition
DSM-IV-TR	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision
GABA	: Gama-amino bütirik asit
GAF	: Global Assessment of Functioning
EKT	: Elektrokonvulzif tedavi
ICD-10	: The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision
LSD	: Liserjik Asit Dietilamin
KGI	: Klinik Global İzlenim
NMDA	: N-Metil-D-Aspatat
PANSS	: Positive and Negative Syndrome Scale
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
5-HT-1A	: Serotonin-5 Hidroksitriptamin 1A
5-HT-2A	: Serotonin-5 Hidroksitriptamin 2A
WHOQOL BREF	: World Health Organisation Quality of Life Brief Form
WHOQOL BREF TR	: World Health Organisation Quality of Life Brief Form, Türkçe versiyonu

VI. TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Şizofreni prevalansı.....	5
Tablo 2. Şizofrenide olumlu ve olumsuz prognoz göstergeleri.....	16
Tablo 3. Hastaların sosyodemografik özellikleri	31
Tablo 4a. Semptomatik remisyonunda olan ve olmayan hastaların klinik özellikleri.....	34
Tablo 4b. Semptomatik remisyonunda olan ve olmayan hastaların klinik özellikleri.....	35
Tablo 5. Semptomatik remisyon grubundaki hastaların yaşam kalitesi ile psikopatolojik değişkenler arasındaki korelasyonlar.....	37
Tablo 6. Semptomatik remisyonunda olmayan hastaların yaşam kalitesi ile psikopatolojik değişkenler arasındaki korelasyonlar.....	38

VII. ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Hastaların sosyal güvenceleri.....	30
Şekil 2. Hastaların eğitim düzeyleri.....	32

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Şizofreni, genelde genç yaşta başlayan, insanın kişilerarası ilişkilerden ve gerçeklerden uzaklaşarak, kendine özgü bir içe-kapanım dünyasında yaşadığı, algı, düşünce ve davranışlarında önemli bozuklukların görüldüğü ağır bir ruhsal bozukluktur (1). Her türlü toplumda en sık görülen ruhsal bozukluklardandır. Normal populasyonda şizofrenin yaygınlık oranı %1 olarak bildirilmiştir (2). Kadın ve erkeklerde eşit oranda görülür (3). Hastalığın karakterine ve uygulanan tedaviye bağlı olarak şizofreni hastaları günlük yaşam aktivitelerinde, motivasyonlarında, iletişim becerilerinde, üretkenlik, uyum gibi alanlarda sorunlar yaşamaktadırlar (4).

Yaşam niteliği, bireyin temel gereksinimlerinin, toplumsal beklentilerinin karşılanması ve yaşadığı toplumun sunduğu olanaklardan yararlanması olarak tanımlanmaktadır (5).

2005 yılında ABD’li bir uzman çalışma grubu şizofrenide remisyon kavramını daha net tanımlayabilmek için tanı ölçütleri geliştirmiştir (6). Günümüzde yaygın kabul gören bu ölçütler birçok çalışmada tutarlı ve klinik olarak kolay uygulanabilir olarak nitelendirilmiştir (7). Bu tanıma göre, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinde (PANSS) tanısal açıdan anlamlı 8 semptom seçilmiştir. Bunlar:

1. Sanrılar; 2. Olağandışı düşünce içeriği; 3. Varsanlı davranış; 4. Düşünce dağınıklığı; 5. Postür ve kişiye özgü hareketler; 6. Duygulanımda küntleşme; 7. Sosyal geri çekilme; 8. Spontanlıkta azalma’dır. En az 6 ay süreyle bu semptom skorlarının 3 ve 3’ün altında olması “semptomatik remisyon” olarak tanımlanmıştır. Çalışma Grubu, remisyonu “Hastaların temel belirti ve semptomlarında, tipik olarak ilk şizofreni tanısının konmasında kullanılan eşiğin altında olmasını sağlayacak derecede bir düzelme” olarak tanımlamıştır. Dolayısıyla remisyon, “tam iyileşme”den oldukça farklıdır.

Şizofreni kronik bir hastalık olup, hastalık öncesi işlevselliğe tamamıyla dönüş pek rastlanmayan bir durumdur. Farmakolojik tedavide esas olarak yinelemenin önlenmesi üzerinde yoğunlaşmıştır. Günümüzde artık şizofreni tedavisinin ana amacı semptomları azaltmadan ve yinelemeleri önlemeden ziyade hastanın tam olarak iyileşmesine ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesine doğru yönelmektedir (8). Ancak farmakolojik ve psikososyal yaklaşımlardaki gelişmeler, tedavi sonuçlarına ilişkin daha büyük beklentilerimizin oluşmaya başladığını ve artık yaşam kalitesi ve işlevsellikte

daha uzun dönemli ve fonksiyonel düzelmelerin olabileceğini göstermektedir (9). Şizofreni hastalarında yapılan çalışmalarda psikopatoloji düzeyleri yüksek olan hastaların daha düşük yaşam kalitesi gösterme eğiliminde oldukları bildirilmektedir (10,11).

Şizofrenide yaşam kalitesini bozan etkenler arasında; depresyon ve intihar, negatif belirtilerin varlığı, ekonomik güçlükler, yeti yitimi, uzun süreli ve sık hastane yatışları, sosyal destek yetersizliği, antipsikotik ilaçların yan etkileri gibi durumlar söz konusudur (12, 13, 14). Şizofreni hastalarında yaşam niteliği ile sosyodemografik verilerin ilişkisinin araştırıldığı çalışmalarda; kadın hastalar, evli hastalar ve eğitim düzeyi düşük hastaların yaşam niteliğinin daha iyi olduğu saptanmıştır (15).

Şu zamana kadar Türkiye’de semptomatik remisyondaki şizofreni hastalarının yaşam kalitelerini inceleyen herhangi bir çalışma yoktur. Sadece semptomlara dayalı bir remisyon kavramının hastanın yaşam kalitesini nasıl etkileyeceği konusu tam olarak bilinmemektedir. Bu kesitsel çalışma ile bölgemizdeki semptomatik remisyonunda olan ve olmayan şizofreni hastalarının sosyodemografik özellikleri ile yaşam kalitelerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Şizofreni

Şizofreni; kişinin duygu, düşünce, algı, 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 her zaman ciddi ve genellikle uzun süreli olmaktadır (16). Hastalığın temel belirtileri; varsanılar, sanrılar, dezorganize konuşma ve hareketler, uygunsuz duygulanım, bilişsel kayıplar, psikososyal işlevsellikte bozulmadır (17).

2.2. Tarihçe

İlk kez 1860'ta Belçikalı psikiyatrist Morel, 14 yaşında bir çocukta aile içinde ve okulda çatışmalar ve uyum sorunlarıyla başlayıp yıkımla sonlanan bir içe kapanma tablosu tanımlamış ve bu tabloyu "Dementia Praecox" olarak adlandırmıştır (3).

1871 yılında Hecker hebefreniyi, 1874'te ise Kahlbaum katatoniyi tanımlamışlardır. Daha sonra 1896 yılında Emil Kraepelin bu iki klinik tabloya basit ve paranoid tipleri de eklemiş, bunların büyük olasılıkla aynı metabolik kökenli bir hastalığın farklı görünüşleri olduğunu ileri sürerek hepsini "Dementia Praecox" başlığı altında toplamıştır (3). Kraepelin, normal işlevselliğin olduğu ancak alevlenmeler gösteren hastalığı, manik depresif psikoz olarak tanımlayıp bu hastaların ayrımını da yapmıştır.

1911 yılında ise İsviçre'li bir psikiyatri profesörü olan Eugen Bleuler "Dementia Praecox" yerine yunanca akıl yarılması anlamına gelen 'şizofreni' terimini ilk kez kullanan kişi olmuştur (18). Bu terim ile düşünce, duygu ve davranışlar arasındaki bölünmeyi (schisms) belirtmeye çalışmış, "Dementia Praecox" tanımının kapsamını da eleştirerek, bu durumunun tek bir hastalıktan çok, heterojen bir grup olduğunu belirtmiştir (18). Bleuler, erken başlangıç ve şiddetli yıkımın sadece ağır vakalarda görüldüğünü ve şizofreninin mutlaka yıkımlı bir gidişe sahip olmasının gerekmediğini vurgulamıştır. Bleuler'e göre şizofrenide gerçek patoloji düşünce sürecindeki çağrışım kaybıdır; sanrı ve varsanılar ise bu çağrışım bozukluğuna ikincil olarak ortaya

çıkmaktadır. Bleuler şizofrenide dört belirtinin temel semptom olduğunu belirtmiştir. Bunlara ‘Dört A Belirtisi’ adını vermiştir. Bunlar:

- 1- Autism (otizm)
- 2- Assosiasyon bozukluğu (düşünce akışı bozuklukları)
- 3- Affekt Bozukluğu (duygulanım bozuklukları)
- 4- Ambivalans’tır (18).

1930’larda Kurt Schneider şizofreni için patognomik olarak kabul edilen birincil sıra belirtileri tanımlanmıştır. Bunlar; düşünce çekilmesi, düşünce yayılması, düşünce okunması, yorum yapan, tartışan, emir veren işitsel varsanılar, somatik varsanılar, sanrılı algılama, duygu ve davranışların başkalarının etkisi altında olduğu sanrılarıdır (1). 1960’ların sonlarında, Schneider’in ‘birinci sıra belirtileri’ Avrupa’da yaygın bir kullanım bulmuştur (19). 1980’de Amerika Birleşik Devletleri’nde Akıl Hastalıklarının Tanı ve İstatiksel El Kitabı III. Baskısının (DSM III) yayınlanmasıyla psikiyatride önemli bir değişiklik olmuştur. Bu basım, tanı koymayı, ruhsal işlevselliğe ilişkin kurallar ve kanıtlanmamış varsayımlara dayandıran daha önceki çalışmalardan oldukça farklıydı (20). Bleuler’in çağrışım çözüklüğü konusundaki iddialarının yapılan çalışmalarla doğrulanmaması ve DSM tanı sisteminin yaygın bir kabul görmesi sonucu Bleulerci yaklaşım biraz geri plana itilmiştir.

2.3. Epidemiyoloji

Şizofreni, her toplum ve her coğrafi bölgede görülen bir bozukluktur. Karşılaştırılabilir verileri elde etmek zor olsa da sıklık ve yaşam boyu yaygınlık oranları tüm dünyada neredeyse eşittir (21). Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre Avrupa ve Asya’da hastalık sıklığı %0.85 olarak bildirilmektedir (22). Normal populasyonda şizofrenin yaygınlık oranı ise %1 olarak bildirilmiştir (2). Yıllık insidansı onbinde 0.5-5 arasında değişmektedir (23). 1 yıllık prevalans ise binde 2.7-7 arasındadır (18).

Şizofreni, erkeklerde ve kadınlarda eşit oranlarda görülür. Hastalığın başlangıç yaşı erkeklerde kadınlara oranla daha erkendir. Genel olarak başlangıç yaşı erkeklerde 15-25 yaşları arası iken, kadınlarda 25-35 yaşları arasındadır. Hastalığın 10 yaşından önce ve 60 yaşından sonra başlaması nadirdir (21, 24). Kadınlarda erkeklere göre daha iyi gidiş gözlenmektedir (18).

2.4. Etyoloji

Şizofreninin fizyopatolojisini oluşturan etyolojik süreçler tam olarak bilinmemektedir (16). Günümüzde etyolojide tek bir neden yerine birçok faktörün ortaklaşa etkisinin olduğuna inanılmaktadır. Hastalığın nörogelişimsel veya nörodejenaratif olabileceğine dair tartışmalar sürmektedir. Genel olarak kabul gören varsayıma göre hastalığın erken dönemlerinde (özellikle gebeliğin ikinci trimesterinde) bazı genetik ve çevresel etmenler beynin gelişmesini bozmakta, beyindeki bu bozukluk hastalığa veya duyarlılığa yol açmakta, yaşamın sonraki dönemlerinde kişiyi etkileyen başka biyolojik ve psikolojik etmenler şizofreniyi ortaya çıkarmaktadır. Etyolojide rol oynayan önemli faktörler şunlardır:

2.4.1. Genetik

Şizofrenide genetik faktörlerin etkisi; aile, evlat edinme, ikiz çalışmaları ile ortaya konulmuştur (25). Hasta bir akraba ile paylaşılan gen oranında şizofreni riskinin de artış göstereceği beklenmektedir (20). Şizofreni prevalansı toplumda %1 iken bu oran ebeveyninden biri şizofren olan çocuklarda %12, hem annesi hem babası şizofren olan çocukta %40, şizofren bir hastanın ikiz olmayan kardeşinde %8, şizofren bir hastanın dizigot ikizinde %12 ve şizofren hastanın monozigotik kardeşinde ise %47'dir (26) (Bkz Tablo 1). Şizofrenlerin birinci derece akrabalarında hastalanma riski %10, ikinci derece akrabalarında ise %5'tir (27).

Tablo 1. Şizofreni Prevalansı (26)

	yüzde
Toplumda	%1
Kardeşler arasında	%8
Anne babadan biri şizofren	%12
Dizigot ikizlerde	%12
Anne babadan her ikisi de şizofren	%40
Monozigot ikizlerde	%47

Genetik geçişin türü belirlenmemiş olmasına rağmen multigenetik, multifaktöriyel bir geçiş olduğu düşünülmektedir (1). Evlat edinme çalışmalarında şizofrenili anne-babaların çocukları, sağlıklı anne-baba yanına evlatlık olarak

verildiklerinde şizofreni geliştirme oranlarının genel popülasyondakinden daha yüksek bulunduğu bildirilmektedir (28).

Şizofreni ile ilişkili olan çok sayıda gen bildirilmiştir. Yeni genom tarama projelerinin uygulamaya konulmasıyla birlikte 1q, 2q, 5q, 6p, 10p, 13q, 15q, 18q, 22q, kromozomlarında şizofreni aday bölgelerinin bulunduğu dair kanıtlar elde edilmiştir (29).

2.4.2. Çevresel etkenler

Tek yumurta ikizlerinde eş hastalanma oranı yüzde yüz değildir (30). Bu durum, şizofreni gelişiminde genetik etkenlerle birlikte hastaların büyük bir kısmında hastalığın ortaya çıkışında çevresel risk etkenlerinin de etkili olduğunu ortaya koymuştur (31). Bu çevresel etkenler; gebelik ve doğum komplikasyonları, gebelik sırasında influenza epidemilerine maruz kalma veya maternal açlık, kış aylarında doğum yapmak ve Rhesus (Rh) faktörü uyumsuzluğudur (21). Bazı çalışmalarda geç kış ya da bahar aylarında doğanlarda ortalama %5-8 oranında daha fazla şizofreni hastalığı izlendiği bildirilmiştir (32). Bazı araştırmalara göre de yaz sonu ve sonbahar aylarında doğanlarda şizofreni insidansında azalma görüldüğünden söz edilmektedir (33).

2.4.3. Stres-Yatkınlık Modeli

Son zamanlarda şizofreni etiolojisinde artık daha çok stres-diatez (yatkınlık) modeli üzerinde durulmaktadır. Bu modele göre kişinin özel bir yatkınlığı (diatez) olabilir ve kişinin stresli bir çevresel etkiye maruz kalması üzerine şizofreni semptomları gelişir (26). Biyolojik, psikososyal ve çevresel etkenlerin karşılıklı etkileşiminin anlatımı olarak tanımlanan stres yatkınlık modeli, özel bir yatkınlığı bulunan kişide stresli bir durumla karşılaşıldığında şizofreni belirtilerinin geliştiği ileri sürülmüştür. Stres-yatkınlık modeliyle ilgili açıklamaların çoğunda, yatkınlık veya stresin biyolojik, çevresel veya her ikisi birden olabileceği belirtilmiştir (21).

2.4.4. Nöro-gelişimsel hipotez

Şizofrenili hastaların çocukluk öykülerinde anormal nörolojik ve davranışsal bulgular olduğu bilinmektedir. Şizofreninin nöro-gelişimsel hipotezi, hastalığın erişkin beyinde anormalliklere yol açan ve beyin gelişimini etkileyen prenatal ve perinatal

erken dönem beyin hasarları sonucu geliştiğini ileri sürer (18). Bu varsayımına göre şizofreni, beyin gelişimi sırasında oluşmaya başlayan bir hastalıktır. Erken dönemde meydana gelen genetik ve epigenetik olaylar beyin gelişimini olumsuz etkilemektedir. Bu olumsuz etkiler merkezi sinir sisteminde sinyal iletim bozukluklarına veya nöronlar arası bağlantıların hatalı olmasına yol açarak ileriki dönemlerde şizofreni belirtilerinin ortaya çıkmasına neden olabilir (34). Ayrıca çeşitli hayvan modellerinde beyin gelişimi sırasında oluşturulan değişikliklerin erişkin hayvanda psikozla ilişkili olduğu kabul edilen bozukluklara yol açtığı gösterilmiştir (35).

2.4.5. Psikoanalitik kuram

Freud'a göre şizofreni, egonun ilk kez ortaya çıktığı döneme kadar uzanan bir gerilemeden (regresyon) kaynaklanmaktadır. Yaşamın erken dönemlerinde cinsel enerjinin dinamik belirtisi olan libido, tümüyle bedene ve benliğe yatırılmış durumdadır. Bu durum birincil narsizm olarak adlandırılır (3). Çocuk büyüdükçe ve çevreyle ilişkileri arttıkça libido giderek çevredeki nesnelere yatırılır ve böylece gerçek nesne ilişkileri gelişir. Çevredeki nesnelere yatırılan ilgi, bağlılık ve sevgiye nesne libidosu adı verilir. Ruhsal ya da organik nedenlerle söz konusu erken döneme saplanan ve yaşamın daha sonraki dönemlerinde örseleyici olaylarla karşılaştığında yeniden buraya gerileyen kişi, nesne ve ego bütünlüğünü kaybeder (3). Nesnelere yatırılmış libido, bir çatışma sonucu dış dünyadan (nesnelere) geri çekilip birincil narsistik döneme saplanır (fiksasyon)(36). Libidinal geri çekilme o kadar derindir ki dış gerçeklikle aradaki bağ kopar. Libidonun geri çekilmesi dış dünyayı anlamsızlaştırdığı için hasta olağan dışı birtakım inanışlar geliştirerek dış dünyaya yeniden bir anlam kazandırmaya uğraşır (37,38). Nesnelere çekilip bedene ve benliğe yatırılan enerji kişinin kendi bedeniyle aşırı uğraşmasına, büyüklük duygularına ve depersonalizasyona neden olabilir (3).

2.4.6. Obstetrik komplikasyonlar ve perinatal enfeksiyonlar

Şizofrenili hastalarda, sağlıklı kontrollere ve hastaların sağlıklı kardeşlerine göre doğum öncesi ve doğum komplikasyonu öyküsünün daha fazla olduğu bildirilmiştir (39). Özellikle gebelik ve doğum sırasında bebeğin oksijensiz kalmasına yol açan durumların şizofreni gelişme riskini artırdığı düşünülmektedir (39). Birçok

çalışmada hamileliğinin 2. trimesterinde influenza epidemisine maruz kalan kadınların çocuklarının şizofreni açısından artmış bir risk taşıdığı bildirilmiştir (40). Bu durum, enfeksiyonun hem inflamatuvar hem de immunolojik süreçleri etkileyerek nöral hücre göçünün etkin olduğu bu devrede normal beyin gelişimini etkiliyor olabileceğini düşündürmektedir. Gebeliğin 2. trimesterinde geçirilen rubella, poliovirus ve herpes simplex gibi enfeksiyonların da çocukta şizofreniye yol açabileceği öne sürülmüştür (41).

2.4.7. Hastalık öncesi kişilik özellikleri

Şizofrenili hastaların öyküleri incelendiğinde hastalık öncesinde tipik olarak şizoid, ya da şizotipal kişilik özellikleri gösterdikleri; sessiz içe dönük ve edilgen oldukları öğrenilir (3). Geriye dönük incelendiğinde bu kişilerin bir bölümü erken çocukluk döneminde aşırı utangaç, ilişki kurulması zor, duygusal olarak künt olduğu görülür. Çocukluk veya ergenlik döneminde çok az arkadaşları vardır ya da hiç arkadaşı yoktur. Ancak şizofreni için açık bir premorbid kişilik bozukluğundan söz edilmez.

2.4.8. Sosyal faktörler

Sosyoekonomik düzeyi düşük bireylerde şizofreni daha sık görülür (42). Düşük sosyoekonomik kesimlerdeki enfeksiyon, doğum öncesi yetersiz bakım ve yoksulluk gibi stresörler şizofreni insidans ve prevalansını arttıran faktörler olabilmektedir. Başka bir görüşe göre ise ciddi ruhsal bozukluklar, işyaşamını ve sosyal işlevselliği olumsuz etkileyerek zamanla bireylerin alt sosyal sınıflara kaymasına yol açmaktadır (21, 43, 44).

Gerek akut şizofreni belirtilerinin başlamasından önce, gerekse hastalığın nükslerinden önceki sürelerde, kişinin yaşadığı ağır stresli yaşam olaylarının varlığından bahsedilmektir (45). Ancak şizofreniye özgü bir yaşam olayı tariflenememiştir. Stres-diatez modeline göre yaşam olaylarının, hastalığa yatkın bireylerde etkili olduğu öne sürülmektedir.

Yakın zamanda göç etmiş kişilerde şizofreni daha sık görülmektedir. (46,47). Bu nedenle kişisel ve ailevi göç öyküsü, önemli bir risk etkeni olarak değerlendirilmektedir (20). Birleşik Krallık'ta yapılan bir çalışmada Afro-Karayipli göçmenlerde şizofreni insidansının artmış olduğu gösterilmiştir. Göçmenlerdeki

şizofreni insidansı az sayıda göçmenle birlikte yaşadıklarında en yüksek bulunmuştur. Bu durum sosyal desteğin azlığı ve göreceli sosyal izolasyonla açıklanabilmektedir. Muhtemelen kişiyi izole etme potansiyeli nedeniyle göç, şizofreni için bir risk faktörüdür (46).

Şizofreni ile medeni durum arasında da bir ilişki vardır. Yapılan izlem çalışmaları bekar olmanın şizofreni gelişimiyle erkeklerde 12-50 kat, kadınlarda ise 3-15 kat ilişkili olduğunu göstermektedir (48,49).

2.4.9. Biyokimyasal teoriler

2.4.9.1. Dopamin

Şizofreni konusunda en çok adı geçen nörotransmitter dopamindir. Dopamin hipotezine göre şizofrenide dopaminerjik sistemlerde hiperaktivite vardır (26).

Bu varsayımın en önemli dayanağı hemen bütün antipsikotik ilaçların birer dopamin reseptörü antagonisti olmasıdır. Ayrıca amfetamin ve kokain gibi dopamin etkinliğini artıran maddelerin normal kişilerde psikoz benzeri bir tabloya yol açması (1, 21) ve yine levodopa gibi dopaminerjik agonistlerin şizofrenik hastaların çoğunda semptomları alevlendiriyor olması da bu varsayımı destekleyen gözlemlerdir. Dopaminerjik nöroanatomi üç nöronal sistemden oluşmaktadır. Bunlar: mezolimbik-mezokortikal sistem, nigrostriatal sistem ve tuberoinfundibuler sistem şeklindedir. Antipsikotik ilaçlar etkilerini mezolimbik-mezokortikal sistemdeki dopamin reseptörleri üzerinden göstermektedir. Nigrostriatal sistemdeki dopamin reseptör blokajı antipsikotiklerin ekstrapiramidal yan etkilerden ve tuberoinfundibuler sistemdeki dopamin reseptör blokajı prolaktin salınımındaki artıştan kaynaklanan hormonal yan etkilerden sorumlu tutulmaktadır (50). Mezolimbik sistemdeki dopamin artışı hastalığın pozitif belirtilerinden, mezokortikal sistemdeki dopamin yetersizliğinin ise negatif belirtilerden ve bilişsel kayıplardan sorumlu olduğu kabul edilmektedir (51). Yine bunla ilişkili olarak D2, D3, D4 reseptörlerinin duyarlılığındaki artış pozitif belirtilerden, D1 ve D5 reseptörlerinin duyarlılığındaki azalma negatif belirtilerden ve bilişsel işlevlerdeki kayıptan sorumlu tutulmuştur (52).

2.4.9.2. Serotonin

Serotonin, dopamin ile güçlü etkileşimleri olan ve dopamini inhibe eden düzeneklerde düzenleyici olarak görev yapan bir nörotransmitterdir (53). Klozapin ve yeni atipik antipsikotiklerin serotonin reseptörlerine olan ilgisi ve halüsinojen bir madde olan LSD (liserjik asit dietilamin)'nin serotonin ile benzerliğinin ortaya konulması dikkatleri serotonin üzerine yoğunlaştırmıştır. Ne var ki LSD ile oluşan varsanılar görseldir ve şizofreninin diğer belirtileri tabloya eşlik etmez.

Serotonin reseptör yoğunluğu frontal kortekste şizofreni hastalarında kontrollere göre daha düşük bulunmuştur (54). Şizofrenili hastalarda; kortekste, 5-HT 2A (serotonin 5-hidroksitriptamin tip 2A) yoğunluğunda azalma ve 5-HT 1A (serotonin 5-hidroksitriptamin tip 1A) yoğunluğunda artma olduğu bildirilmektedir (55). Dopamin reseptörleri ile birlikte serotonin reseptörlerini de etkileyen ilaçların daha az yan etkisinin ve daha çok tedavi edici etkisinin olması, serotonin antagonizmasına bağlanmış ve bu durum serotonin ve dopamin sistemleri arasında bir bozukluk olduğu düşüncesine yol açmıştır (3).

2.4.9.3. Glutamat

Şizofreni etyolojisinde rolü olduğu düşünülen glutamat, beyindeki ana uyarıcı nörotransmitterdir ve kortiko-kortikal, kortiko-subkortikal ve talamokortikal iletimi düzenler. Bir glutamat reseptörü olan N- metil-D-aspartat'ı (NMDA) bloke eden fensiklidinin, şizofrenin pozitif ve negatif belirtilerini birlikte içeren bir klinik tabloya neden olması, glutamat sisteminin şizofrenideki rolüne dikkat çekmektedir (56). Glutamatın rolüne dair çeşitli mekanizmalar öne sürülmüştür. Bunlar arasında; hipokampal ve kortikal nöronlarda ekzitotoksik hasar olması, nörogelişim sırasında glutamaterjik nöronlarda anormal budanma olması, dopamin ve glutamat sistemleri arasındaki etkileşim yer almaktadır (56,57).

2.4.9.4. Gama aminobütirik asit (GABA)

Kuramsal olarak inhibitör etkili GABA'erjik nöronların kaybı dopaminerjik nöronlarda hiperaktiviteye neden olabilmektedir (58). Şizofrenide, prefrontal ve singulat kortekste GABA'erjik nöron yitimi saptanmıştır (54).

2.4.9.5. Noradrenalin

Şizofrenili hastaların bir kısmında beyinde ve beyin omurilik sıvısında noradrenalinin arttığı ve bu yolla dopaminerjik yayılımın çoğaldığı bildirilmiştir. Dopaminerjik ve noradrenerjik etkinlikler arasında ilişki açık olmamasına rağmen; noradrenerjik sistemdeki anormalliğin, dopaminerjik sistemi etkilediği; sıklıkla hastalığın alevlenmesine neden olduğu yolunda çok miktarda veri bulunmaktadır (58). Paranoid belirtilerin baskın olduğu hastalarda beyin omurilik sıvısı ve plazmadaki noradrenalin düzeylerinde artma olduğu bildirilmektedir (22).

2.5. ŞİZOFRENİ TANISI

Günümüzde Hastalıkların ve Bunlarla İlişkili Sağlık Sorunlarının Uluslararası İstatistiksel Sınıflandırması 10. Baskı (ICD-10) ve (DSM-IV-TR) tanı sistemleri sıklıkla kullanılmaktadır. Klinik uygulamada en sık kullanılan tanı ölçütleri DSM-IV-TR ölçütleridir.

2.5.1. DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri

DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre şizofreni tanısı için hezeyan ve varsanılarının varlığı gerekli değildir. Hastada saptanan bozukluğun üçten beşe kadar listelenen belirtilerden ikisinin varlığında şizofreni tanısı konulabilir. DSM-IV-TR'ye göre şizofreni tanı ölçütleri şöyledir (23):

A. Karakteristik Belirtiler: Bir aylık bir dönem boyunca (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre), bu sürenin önemli bir kesiminde aşağıdakilerden en az ikisinin bulunması (NOT: Sanrılar tuhaf ise ya da halüsinasyonlar kişinin davranış ya da düşünceleri üzerine sürekli yorum yapmakta olan konuşmalarsa tanı için bir semptom yeterlidir):

- (1) Hezeyanlar (sanrılar)
- (2) Halüsinasyonlar (varsanılar)
- (3) Dezorganize konuşma
- (4) İleri derecede dezorganize ya da katatonik davranış
- (5) Negatif belirtiler, yani affektif donukluk, aloji (konuşamazlık) ya da avolisyon (istek kaybı)

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

B. Toplumsal veya Mesleki İşlev Bozukluğu: İş yaşantısında, kişilerarası ilişkilerde, kendine bakım gibi alanlarda önemli bozulmaların olması.

C. Süre: Aktif bozukluk belirtilerinin en az 6 ay süreyle devam etmesi, ancak iyi tedavi edilmişse bu süre bir ay veya daha az olabilir.

D. Şizoaffektif Bozukluğun ve Duygudurum Bozukluğunun Dışlanması: Şizoaffektif Bozukluk ve Psikotik Özellikler Gösteren Duygudurum Bozukluğu dışlanmıştır. Çünkü ya (1) aktif evre belirtileri ile birlikte aynı zamanda majör 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 (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç vb.) doğrudan fizyolojik etkilerine ya da genel tıbbi bir duruma bağlı olarak ortaya çıkmamıştır.

F. Bir Yaygın Gelişimsel Bozuklukla olan İlişkisi: 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 hezeyan ya da hallüsinasyonlar da varsa şizofreni ek tanısı konabilir.

2.5.2. ICD-10 Tanı Ölçütleri

DSM IV-TR'nin aksine ICD-10, tanı için birden dörde kadar olanlardan en az birinin belirgin olmasını veya ikisinin daha az belirgin olmasını veya beşten sekize kadar olan belirtilerden en az ikisinin bir ay veya daha uzun süre varlığını gerekli kılar. Bir aydan daha kısa süren için benzer durumlar şizofreni benzeri bozukluklar olarak isimlendirilir. Şizofreni tanısı koymak için altı aylık süre ikisinde de geçerlidir (1).

ICD-10'a göre şizofreni tanısı için 9 semptom önemlidir:

1. Düşünce yankılanması, sokulması, çekilmesi, yayınlanması
2. Kontrol edilme, etkilenme ve edilgenlik sanrıları (beden hareketlerini, özel düşünceleri, eylemleri ya da duyuları etkileyen), sanrılı algılama

3. Hastanın davranışlarını yorumlayan ya da kendi aralarında hastayı tartışan işitme varsanıları ya da bedenin belli bölgelerinden gelen sanrısız sesler.
4. Tümöyle olanak dışı, kültüre uygun olmayan, süreklilik gösteren diğer sanrılar Örneğin, dinsel ya da siyasal kimliğe ya da inanç üstü güç ve yeteneklere sahip olma (hava durumunu denetleme, başka dünyadan yabancılarla iletişime girebilme, vb).
5. Herhangi türden inatçı varsanılar. Bu varsanılar duygulanımla uyum göstermeyen, gelip geçici ya da yarı sistemli sanrılarla ya da aşırı değer kazanmış fikirlerle birlikte olmalı ya da haftalarca, aylarca kesintisiz olarak her gün bulunmalıdır.
6. Düşüncede akışında kopma ve başka düşünce sokulmaları; bunun sonucu oluşan çağrışımlarda dağınıklık (enkoherans), uygunsuz konuşma ya da neolojizm.
7. Katatonik davranış (eksitasyon, bedeni belli bir pozisyonda tutma, balmumu esnekliği, negativizm mutizm ve stupor).
8. Negatif Belirtiler (örneğin, belirgin konuşma azlığı, apati, duygusal tepkilerde küntleşme, ya da uygunsuzluk, vb.). Bu belirtiler genellikle sosyal çekilme ve sosyal performansın düşmesine yol açarlar. Bu belirtilerin depresyona ya da antipsikotik ilaç tedavisine bağlı olmadığını bilmesi gerekir.
9. Tüm davranışlarda değişme. Kişiliğin bazı yönleri ile ilişkili belirgin ve sürekli nitelik değişiklikleri; bunlar ilgi yitimi, amaçsızlık, tembellik, kendi kendisi ile uğraşma ve sosyal çekilme biçiminde ortaya çıkabilir (8).

ICD-10'da şizofreni 10 alt grupta incelenmiştir. DSM-IV-TR'den farklı olarak post-şizofrenik depresyon ve basit şizofreni yer almıştır. Ancak bu gruplara uymayanlar için başka ve belirlenmemiş tanı grupları bulunmaktadır.

2.6. DSM-IV-TR'ye göre şizofreni alt tipleri ve tanı ölçütleri

2.6.1. Paranoid tip

Aşağıdaki tanı ölçütlerinin karşılandığı şizofreni tipi:

A. Bir ya da birden fazla sanrı ya da sıklıkla işitme varsanılarının olması

B. Şunlardan hiçbirinin bulunmaması: Dezorganize konuşma, dezorganize ya da katatonik davranış, donuk ya da uygunsuz affekt

2.6.2. Dezorganize (hebefrenik) tip

A. Aşağıdakilerden hepsi belirgindir:

- (1) Dezorganize konuşma
- (2) Dezorganize davranış
- (3) Donuk ya da uygunsuz affekt

B. Katatonik tip için tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

2.6.3. Katatonik tip

Aşağıdakilerden iki veya daha fazlası klinik görünümüne hakimdir.

- A)** Katalepsi (balmumu esnekliğini de kapsamalı) ya da stupor ile karakterize motor hareketsizlik
- B)** Amaçsız ve dış uyarıdan etkilenmeyen aşırı motor aktivite
- C)** Aşırı negativizm (tüm girişimlere hareketsiz direnç ya da hareket ettirme girişimlerine rağmen katı postürü sürdürme) ya da mutizm.
- D)** Postür alma, bunun da kanıtı olarak istemli hareketlerde tuhafliklar (uygunsuz ve bizar postürlerin takınılması), sterotipik hareketler, belirgin mannerizm veya belirgin grismas
- E)** Ekolali veya ekopraksi

2.6.4. Ayırışmamış (farklılaşmamış) tip

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

2.6.5. Tortu (rezidüel) tip

Aşağıdaki ölçütler karşılanmıştır:

- A)** Belirgin sanrılar, varsanılar, dezorganize konuşma ve ileri derecede dezorganize ya da katatonik davranışın olmaması
- B)** Negatif semptomların ya da A ölçütündeki iki ya da daha fazla semptomun daha hafif biçiminin varlığı ile belirlendiği üzere bu bozukluğun sürdüğüne ilişkin kanıtlar vardır.

2.7. Prognoz

Şizofreni ne her olguda giderek artan yıkımla sonuçlanan bir hastalıktır ne de tamamen düzelen ve sadece nörobilişsel bozulmalarla süregiden basit gidişli bir hastalıktır (22). Hastalığın gidişi genelde alevlenmeler ve remisyonlar şeklindedir (59). Her bir relapsı, hastanın işlevselliğinde daha fazla kayıp izler. Şizofreni hastalarının yaklaşık üçte biri sınırdan veya bütünleşmiş bir sosyal yaşama sahip olsa da, birçoğu amaçsız, inaktif, sıklıkla hastaneye yatışların olduğu ve fakirlikle karakterize bir yaşama sahiptirler (21). Hastalığı sürenlerden bazılarının oldukça sabit bir gidişi varken diğer bazılarının ise ağır yetersizliklerle giden ilerleyici bir kötüleşme gösterdiği görülür. Şizofrenide tam iyileşme (hastalık öncesi işlevsellik düzeyine dönme) pek görülmez (26).

Ölüm oranı şizofreni hastalarında genel nüfusa göre iki kat yüksektir. Şizofreni hastalarında en önemli ölüm nedenleri intihar, kazalar ve diğer hastalıklardır (60). Şizofrenin prognozu kişisel farklılıklar gösterdiğinden, prognozu öngörmede olumlu ve olumsuz gidiş göstergelerini göz önünde bulundurmak gerekir (53). Olumlu ve olumsuz prognoz göstergeleri tablo 2’de gösterilmiştir.

Tablo 2. Şizofrenide olumlu ve olumsuz prognoz göstergeleri (53)

Olumlu prognoz göstergeleri	Olumsuz prognoz göstergeleri
<p>1.Hastalık öncesi kişiliğin sağlıklı olması: Çevreye uyum sağlayabilme, sağlıklı kişiler arası ilişki kurabilme, sağlıklı ve dengeli duygusal ve cinsel yaşamın olması.</p> <p>2.Hastalık öncesi işlevselliğin sağlıklı olması. Sağlıklı bir ev ve aile yaşamının, sağlıklı okul ya da iş yaşamının olması</p> <p>3.Zeka düzeyinin normal olması</p> <p>4. Orta ve yüksek sosyoekonomik düzeyde olması</p> <p>5.Kadın olması (61)</p> <p>6.Evli olması (25)</p> <p>7.Prenatal komplikasyonların olmaması</p> <p>8. Ailede şizofreni öyküsünün bulunmaması</p> <p>9. Hastalığın yirmili yaşlar ve sonrasında başlaması</p> <p>10. Hastalığın akut biçimde başlaması (63)</p> <p>11. Hastalığın bir stresle bağlantılı olarak ortaya çıkması.</p> <p>12. Hastalık başlangıcında konfüzyon ve atipik belirtilerin varlığı</p> <p>13. Dezorganizasyon ve negatif ve bilişsel belirtilerin olmaması (tartışmalı)(64)</p> <p>14. Depresif belirtilerin varlığı</p> <p>15. Hastalık alt tipinin katatonik, paranoid olması</p> <p>16. Yapısal beyin anomalisi, patolojisi bulunmaması (52)</p> <p>17. Nörokognisyonun iyi olması (25)</p> <p>18. Hastalık belirtilerinin “ego distonik” olması</p> <p>19. Hastanın tedavi uyumunun iyi olması</p> <p>20. Tedaviye erken başlanması: Katatoni tabloları, intihar, bağımlılık gibi durumlar yönünden olumsuz sonuçları önleyebilir</p> <p>21. Hastaneye yatış sayısı ve süresinin az olması</p> <p>22. Ailenin hasta, hastalık ve tedaviye karşı olumlu tutumu</p> <p>23. Ailede sağlıklı duygu dışı vurumunun varlığı</p>	<p>1. Hastalık öncesi kişiliğin sağlıksız olması: Çevreye uyum sağlayamaması, sağlıklı kişiler arası ilişki kuramaması, sağlıksız ve dengesiz duygusal ve cinsel yaşamın olması ve şizotipal, şizoid kişilik yapısı özelliklerinin olması</p> <p>2. Hastalık öncesi işlevselliğin sağlıksız olması: Ev, okul, aile ya da iş yaşamının sağlıksız olması, sosyal işlevselliğin iyi olmaması (61)</p> <p>3.Zeka düzeyinin düşük olması (61)</p> <p>4.Düşük sosyoekonomik düzeyde olması</p> <p>5.Erkek olması (61)</p> <p>6.Hiç evlenmemiş olması</p> <p>7.Prenatal komplikasyon varlığı (25)</p> <p>8. Ailede şizofreni öyküsünün bulunması (61)</p> <p>9.Hastalığın erken yaşta (20 yaş öncesi) başlaması (25)</p> <p>10. Hastalığın sinsi ve belirgin olmayan biçimde başlaması (62)</p> <p>11. Hastalığın bir stresle bağlantılı olmadan ortaya çıkması</p> <p>12. Hastalık başlangıcında konfüzyon gibi belirtilerin olmaması</p> <p>13. Negatif ve bilişsel bozukluk belirtilerinin varlığı ve yoğunluğu (tartışmalı) (65)</p> <p>14. Dezorganizasyon olması (61)</p> <p>15. Hastalık alt tipinin basit ya da hebefrenik olması (63)</p> <p>16. Obsesif kompulsif belirtilerin varlığı</p> <p>17. Hastalık öncesinde ya da hastalıkla birlikte alkol kullanımı olması (66)</p> <p>18. Yapısal beyin anomalisi: Ventriküler genişleme ya da atrofi, gibi yapısal anormalliklerin izlenmesi</p> <p>19. Nörokognisyonun normal olmaması (25)</p> <p>20. Hastalık belirtilerinin “ego sintonik” olması: hastanın yaşadığı sanrı ve varsanı gibi belirtilerden rahatsız olmaması ve bunları kabullenmesi</p> <p>21. Hastanın tedavi uyumunun iyi olmaması</p> <p>22. Tedaviye geç başlanması: Katatoni, intihar, komorbid bağımlılık gibi durumlar yönünden olumsuz sonuçlara neden olabilirse de, defisitler gidişe çok fazla etkili değildir (tartışmalıdır)</p> <p>23. Sosyal izolasyon: Hastanın sosyal yönden izole bir yaşam sürmesi</p> <p>24. Hastaneye yatış sayısı ve süresinin çok olması, giderek önemini kaybettiği çalışmalarla gösterilmektedir</p> <p>25. Ailenin hasta, hastalık ve tedaviye karşı olumsuz tutumu</p> <p>26. Ailede sağlıksız duygu dışı vurumunun varlığı</p>

2.1.8. ŞİZOFRENİ TEDAVİSİ

Şizofreni tedavisi, somatik tedaviler ve psikososyal tedaviler olarak ikiye ayrılabilir.

2.1.8.1. Somatik tedavi

2.1.8.1.1. İlaç tedavisi

Antipsikotikler: Antipsikotikler iki sınıf içinde değerlendirilmektedir. Klasik (tipik) ve atipik antipsikotikler. Dopamin reseptör antagonisti klasik antipsikotikler özellikle pozitif belirtilerin olduğu şizofreni tedavisinde etkilidirler. Bunlar arasında klorpromazin, haloperidol, sülpirid vardır. Klasik antipsikotik ilaçlar, dopamin D2 reseptör antagonizması yaparak terapötik etki gösterirler. Mezolimbik dopaminerjik yolaktaki D2 reseptör antagonizması pozitif belirtileri azaltır, çünkü bu belirtilerin ortaya çıkmasından mezolimbik yolaktaki dopamin etkinliğinin artışı sorumlu tutulmaktadır. Ancak tüberoinfundibular, mezokortikal, ve nigrostriatal dopaminerjik yollarda da yine aynı etkiye sahip olan klasik antipsikotikler, mezokortikal yolakta dopamin aktivitesindeki azalmaya bağlı olarak ortaya çıktığı düşünülen negatif belirtiler üzerinde etkisiz kalmaktadır (57,67-70).

Antipsikotik etkinin oluşabilmesi için striatal D2 reseptör blokajının en az %65-70 arasında olması gerektiği ve %80'nin üzerindeki D2 reseptör blokajının ise ekstrapiramidal sistem yan etki etki riskini arttırdığı saptanmıştır (71,72).

Klasik antipsikotiklerin akatizi, akut distoni, nöroleptik malign sendrom, tardiv diskinezi gibi ciddi yan etkileri bulunmaktadır.

Klozapinin kullanıma girmesine kadar, ekstrapiramidal yan etkisi görülmeyen bir ilacın klinik etkisinin de olmadığı ve nörolojik yan etkilerle antipsikotik etkinliğin bağlantılı olduğu düşünülmekteydi (19). Klozapin tedavisiyle birlikte nörolojik yan etkiler gelişmeden antipsikotik etkinliğin ortaya çıkması üzerine, serotonin-dopamin antagonistleri olan yeni antipsikotikler atipik olarak nitelendirilmeye başlanmıştır (68).

Atipik antipsikotikler olarak isimlendirilen Serotonin–Dopamin antagonistleri şizofreninin pozitif belirtilerinde en az haloperidol kadar etkili olurken, negatif belirtiler üzerinde etkileri daha iyidir. Klozapin, ziprasidon, risperidon, olanzapin, ketiapin, sertindol gibi atipik antipsikotikler, nigrositriyal nöronlardan çok mezolimbik nöronlar üzerine etkilidir (3). 5-HT₂ reseptörlerine afinitesi D2 reseptörlerine olan afinitelerinden daha yüksektir. Bu nedenle klasik antipsikotiklere göre daha az nörolojik

yan etkilere neden olurlar (3). Şizofreni tedavisinde ilk seçenek ilaçlar olarak yerini almaya başlamışlardır (58).

2.1.8.1.2. EKT (Elektrokonvulsif terapi)

Şizofreni için temel somatik tedavi yöntemlerinden biri de Elektrokonvulsif terapidir (EKT). Antipsikotik ilaçların gelişmesiyle günümüzde daha nadir kullanılır hale gelmiştir (3). Özellikle katatonik şizofrenide, ağır ajitasyon gösteren hastaların denetiminde EKT uygulanabilir (26).

2.1.8.2. Psikososyal tedaviler

Şizofrenili bireylerin toplumsal işlevsellik kazanmalarını sağlamada farmakolojik tedavinin etkisi sınırlıdır (3). Şizofreni prognozuyla ilgili yapılan çalışmalarda ilaç tedavisiyle psikososyal girişimlerin bir arada kullanıldığı gruplardaki sonuçlar, bu tedavilerden herhangi birinin tek başına uygulandığı gruplardaki sonuçlara nazaran daha iyi bulunmuştur (1,73). Davranış tedavisi, aile tedavisi, grup terapisi, terapisi, sosyal beceri kazandırma tedavileri, bireysel psikoterapi, toplumsal beceri kazandırma eğitimi, psikososyal tedavilere örnek olarak sayılabilir.

Şizofreni tedavisinde standart bir tedavi planı yoktur. Hekim, hasta ve hasta yakınlarıyla işbirliği yapmalıdır. Her yeni olgu biyolojik ruhsal ve toplumsal boyutlarıyla değerlendirilerek hastaya özgül bir yaklaşım oluşturulmalıdır (3).

2.1.9 Şizofrenide remisyon kavramı

Bugüne kadar şizofreninin farmakolojik tedavisi, temel olarak alevlenmelerin ve yinelenmelerin önlenmesi üzerinde yoğunlaşmıştır. Ancak farmakolojik ve psikososyal yaklaşımlardaki ilerlemeler, tedavi sonuçlarıyla ilgili daha büyük beklentileri doğurmuştur. Bu gelişmeler artık işlevsellikte ve yaşam kalitesinde daha uzun süreli ve daha fonksiyonel düzelmelerin olabileceğini düşündürmektedir.

Daha önce anksiyete ve duygudurum bozukluklarının tedavisine ilişkin remisyon ölçütlerinin tanımlanması ve uygulanması hastalara çeşitli klinik yararlar sağlamıştır (74,75). Bu nedenle şizofrenide remisyonu değerlendirmek için tanımlanan ölçütlerin de hastaların uzun dönem takibinde ve tanısız etkenleri ayırt etmede yararlı olabileceği düşünülmüştür.

Bu düşünceden hareketle şizofreni hastalarında remisyonun değerlendirilmesi için 2005 yılında ABD’li bir uzman çalışma grubu (The Remission in Schizophrenia Working Group) tarafından önerilen ölçütler geliştirilmiş ve yayımlanmıştır (6). Bu ölçütler daha sonra bir Avrupalı başka bir çalışma grubu tarafından nitel olarak gözden geçirilmiştir. Bu grup da, önerilen ölçütleri kavramsal olarak tutarlı bulmuş; klinik çalışmalarda ve uygulamada kolaylıkla kullanılabilceği sonucuna varmıştır (7).

ABD’li Çalışma Grubu remisyonu şu şekilde tanımlamıştır: ‘Hastaların temel belirti ve semptomlarında, tipik olarak ilk şizofreni tanısının konmasında kullanılan eşik altında olmasını sağlayacak derecede’ bir düzelme. Bu düzelme sayesinde semptomlar, davranışı anlamlı derecede etkilemeyecek kadar düşük yoğunlukta olmalıdır. Seçilen bu remisyon tanımını karşılamak için, önerilen ölçütler iki bileşenden oluşmaktadır: zaman temelli bileşen ve semptom temelli bileşen (6).

2.1.9.1 Remisyon ölçütlerinin semptom temelli bileşeni

Belirlenen remisyon tanımına uygun olarak, Çalışma Grubu, hem sensitiviteyi hem de spesifiteyi arttırmak amacıyla, remisyonu değerlendirmede yalnızca temel tanısal semptomların dikkate alınmasını önermiştir. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinde tanısal açıdan anlamlı 8 semptom seçilmiştir: 1. Sanrılar; 2. Olağandışı düşünce içeriği; 3. Varsanlı davranış; 4. Düşünce dağınıklığı; 5. Postür ve kişiye özgü hareketler; 6. Duygulanımda küntleşme; 7. Sosyal geri çekilme; 8. Spontanlıkta azalma

PANSS ve diğer derecelendirme ölçeklerinde şizofreni için belirleyici olmayan (depresyon, anksiyete ve suçluluk duygusu gibi) diğer maddeler dahil edilmemiştir (19). Daha sonra, remisyon için bir eşik düzey tanımlanmıştır. Yukarıdaki remisyon tanımına göre, 8 maddenin tümünde eşzamanlı olarak 3 veya 3’ten daha düşük skorların olması eşik düzey olarak kabul edilmiştir.

2.1.9.2 Remisyon ölçütlerinin zaman bileşeni

Çalışma Grubu, hastaların remisyonunda kabul edilebilmesi için, hastaların tanımlanan semptomatik düzelmeyi sürdürmeleri gereken minimum süreyi altı ay olarak belirlemiştir. Bu süre, klinik açıdan anlamlı olabilecek kadar uzundur. Belirlenen bu süre ölçütünün kullanımı, remisyon ölçütlerinin geçerliliğini araştıran bazı çalışmalar

tarafından da desteklenmiştir (76-78). Günümüzde bu remisyon ölçütleri üzerinde fikir birliğine varılan ilk remisyon ölçütleridir ve bu ölçütler birçok çalışmada kullanılmıştır (79-84).

2.10. Yaşam kalitesi

2.10.1. Tıpta Yaşam kalitesi

Dünya Sağlık Örgütü'nün yaptığı tanımlamaya göre sağlık, sadece bir hastalık ya da maluliyetin olmayışı değil, aynı zamanda ruhsal, bedensel ve toplumsal olarak tam bir huzur ve iyilik içinde bulunmaktır. Bu tanımdaki huzur ve iyilik içinde bulunma hali, yaşam kalitesi kavramıyla doğrudan ilişkilidir. Dünya Sağlık Örgütü, yaşam kalitesini “hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak, kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde durumlarını algılama biçimi” olarak tanımlanmıştır (85). Yaşam kalitesi, bireyin temel gereksinimlerinin, toplumsal beklentilerinin karşılanması ve yaşadığı toplumun sunduğu olanaklardan yararlanması olarak tanımlanmaktadır (5). Yaşam kalitesi kavramı sadece doğrudan sağlıkla ilgili konuları değil dolaylı yollardan sağlığı etkileyebilen iş ve çevre koşullarını da kapsamaktadır (86,87). Yaşam kalitesinin bileşenleri, bireyin fiziksel sağlık durumu, uyum yetisi, psikolojik durumu/iyilik hali, toplumsal etkileşimleri ve ekonomik durumudur (5). Başka bir söyleyişle, kişinin amaç, beklenti, ilgi ve standartlarından oluşan konumunu, kültür ve değer sistemi içinde anlayış/kavrayış biçimidir.

2.10.2. Şizofrenide yaşam kalitesi

Ruhsal hastalıklarda yaşam kalitesinin araştırıldığı ilk çalışmalar konsültasyon-liyezon psikiyatrisi alanında olmuştur. Daha sonra sırasıyla bunu duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, şizofreni izlemiştir (88). Şizofreni hastalarının yaşam kalitesine ilişkin yapılan çalışmalarda bu hastaların yaşam kalitesinin genel populasyondan daha düşük olduğu bildirilmiştir (8).

Şizofreni, genç yaşta başlayan ve kronik gidiş gösteren bir hastalık olmasından dolayı, hastaların yaşam kalitesi ve psikososyal işlev görmelerine olumsuz etki yapması bakımından oldukça önemlidir (3). Hastalığa ve uygulanan tedaviye bağlı olarak şizofreni hastaları, üretkenlik, günlük yaşam aktiviteleri, güdülenme, iletişim becerileri,

ve sosyal uyum gibi alanlarda bazı sorunlar yaşamaktadırlar (4). Hastalarda sosyal izolasyon, güdülenme eksikliği, uyuma yönelik olmayan davranışlar gibi şizofreninin tortu belirtileri devam edebilir. Bu belirtiler hastaların meslek, eğitim ve sosyal alanlarda zorluklar yaşamalarına neden olur (6,89,90).

Şizofrenide yaşam kalitesini değerlendirmek için birçok araştırmacı çalışmalar yapmıştır. Lehman ve ark. (91) “Ağır ve kronik ruhsal hastalıklar için öne sürdükleri model”de kişisel özellikler ile yaşamın çeşitli alanlarındaki nesnel ve öznel yaşam kalitesi belirteçleri üzerinde durmuşlardır Yaşam biçimi, uyum ve işlev nesnel belirteçleri oluştururken, duygular ve beklentiler ise öznel göstergeleri oluşturmaktadır (5).

1991’deki Bigelow ve arkadaşlarının “Ruh sağlığı hizmetleri sunumunun değerlendirilmesinde bir sonuç ölçütü olarak yaşam kalitesi” modelinde bireyin sosyal talepleri, bireye sunulan olanaklar ve yetiyitiminin restorasyonu üzerinde durulmuştur (5). Awad ve ark. (92) antipsikotik ilaç tedavisi altındaki şizofreni hastaları için entegratif bir yaşam kalitesi modeli (çok boyutlu sirküler model) öne sürmüştür Bu modelde, bir yandan kaynaklar, sosyal bağlar, kişilik, değerler ve tutumlar gibi faktörlerin etkisindeki, diğer taraftan psikotik belirtilerin şiddeti, ilaç yan etkileri ve psikososyal performans düzeyi gibi faktörlerin etkisindeki hastanın öznel algısının yaşam kalitesini belirttiği bildirilmiştir (4).

Dilimizde “quality of life” kavramı için kimi yazarlar “yaşam niteliği”ni tercih ederken (1,93); kimileri yaşam kalitesini tercih etmektedir (85, 94). Ancak günümüzde yaygın kabul gören kavram “yaşam kalitesi” olmuştur.

Yaşam kalitesi kavramının hem objektif hem de subjektif boyutu vardır. Bu bağlamda , “mutluluk”, “kendini iyi hissetmek”, “yaşamdan doyum sağlamak” gibi ifadeler yaşam niteliği kavramının subjektif boyutunu oluştururken; “bağımsız yaşayabilme”, “kişilerarası ilişkiler”, “üretken olma” gibi ifadeler ise kavramın objektif boyutunu oluşturmaktadır (88). Yaşam kalitesini belirlemede, subjektif (hastanın kendi kendini değerlendirmesi) ve objektif (hekim derecelendirmesi) değerlendirmeler kullanılır. Yaşam kalitesinde, hastaların subjektif ve klinisyenin objektif algılaması birbirinden farklı olabilir ve bu ikisi arasındaki ilişki her zaman birbiriyle uyumlu olmayabilir (95-98).

Yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla, çeşitli ölçekler geliştirilmiştir.

1981’de Malm ve arkadaşları “Yaşam Niteliği Ölçeği”ni, 1984’de Heinrich ve arkadaşları “Şizofreni Hastaları için Yaşam Niteliği Ölçeği”ni (ŞYNÖ) yayımlamışlardır (99). Şizofreni Hastaları için Yaşam Niteliği Ölçeği”nin Türkçe çeviri, güvenilirlik ve yapısal geçerlik çalışması 2000 yılında Soygür ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (93). 1993’de Becker ve ark. (100) “Wisconsin Yaşam Kalitesi Ölçeği”ni, 1997’de Greenley ve Greenberg “Yaşam Kalitesi Ölçeği”ni yayımlamışlardır (101). 1994 yılında Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Grubu, Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesi ölçeğini (WHOQOL-BREF) geliştirmiştir (102). 1999 yılında Fidaner ve ark. (85) bu ölçeğin ülkemiz için güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapmıştır. Sağlıklı bir yaşam kalitesi ölçümü yapılabilmesi için hastanın, hasta yakınlarının ve ruh sağlığı çalışanlarının hep birlikte değerlendirmeye katılması gereklidir (103).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın tipi

Bu araştırma, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Psikotik Bozukluklar Birimi'ne başvuran ve şizofreni tanısı almış semptomatik olarak remisyonda olan ve olmayan hastaların yaşam kalitelerini karşılaştırmayı amaçlayan kesitsel bir çalışmadır. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Etik Kurulu'ndan 21.05.2009 tarihinde 05-2009/165 karar numarası ile araştırma için onay alınmıştır.

3.2. Araştırmanın yapıldığı yer ve özellikleri

Gaziantep, sosyal, kültürel, ekonomik ve coğrafik açıdan Güneydoğu Anadolu Bölgesinin en gelişmiş ili olup, 2009 yılı il nüfusu sıralamasına göre de Türkiye'nin 6. büyük şehridir. Türkiye İstatistik Kurumu'ndan alınan verilere göre Gaziantep'in toplam nüfusu 1. 653. 670 olup 1.454.097'si il merkezinde yaşamaktadır (104).

Araştırma kapsamına, Gaziantep ilindeki tek araştırma ve uygulama hastanesi olan Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Psikotik Bozukluklar Birimi'ne başvuran ve şizofreni tanısı konmuş hastalar alınmıştır.

3.3. Araştırmanın evreni

Araştırmanın evrenini, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Psikotik Bozukluklar Birimi'nde ayaktan takip edilen, çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyan 40 remisyonda olmayan ve 40 semptomatik remisyonda olan şizofreni hastası oluşturmaktadır.

3.4. Araştırmanın dahil etme ve dışlama ölçütleri

Çalışmaya dahil etme ölçütleri aşağıdaki gibidir:

1. 18-65 yaş arasında olmak
2. DSM-IV-TR Psikiyatrik Tanı Kılavuzu'na göre şizofreni tanı ölçütlerini karşılamak

Çalışmanın dışlama ölçütleri aşağıdaki gibidir:

1. DSM-IV-TR Psikiyatrik Tanı Kılavuzu'na göre; şizofreni dışında hastanın işlevselliğini etkileyebilecek başka bir psikiyatrik hastalığının olması
2. Sigara dışında, madde kötüye kullanımı veya bağımlılığı olması
3. Kişinin sosyal işlevselliğini etkileyebilecek mental olmayan kronik tıbbi hastalığının (Parapleji, osteoartrit, kalp yetmezliği vb.) olması
4. Gebelik
5. Kooperasyon kurmanın zor olduğu demans, orta veya ağır zeka geriliği gibi durumların olması
6. Epilepsi, kafa travması gibi organik beyin bozukluğu yapacak nörolojik hastalıkların olması

3.5. Araştırmanın yürütülmesi

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Psikotik Bozuklukları Birimi 2000 yılından itibaren haftanın belirli bir gününde şizofreni ve diğer psikotik bozukluğu olan hastaların takip ve tedavilerinin yapıldığı bir birimdir. Bu birimde, ilk başvuru anında her hastanın sosyodemografik verileri kaydedilmektedir. Daha sonra her görüşmede rutin olarak PANSS ve KGI ölçekleri doldurulmakta, yan etkiler ve tedavi değişiklikleri, psikotik bozukluklar birimi sosyodemografik ve klinik takip formuna kaydedilmektedir. Psikotik Bozukluklar Birimi'nde takip edilen hastalar içerisinde, 01.06.2009–30.11.2009 tarihleri arasında muayene için gelen şizofreni tanısı almış 80 hastanın çalışmaya dahil edilmesi planlandı. Ancak belirtilen süre içinde çalışmaya katılmaya uygun olan ve onay veren toplam 61 hastaya ulaşıldı. Bunun üzerine Psikotik Bozukluklar Birimindeki hasta kayıtları incelenerek, alfabetik sıraya göre ilk 30 hasta daha görüşmeye çağrıldı. Ayrıntılı ruhsal muayene ve inceleme sonucunda bunlar arasından çalışmaya dahil edilme ölçütlerini karşılayan 19 hasta daha çalışmaya alındı.

Çalışmaya katılan her hasta ve beraberinde gelen hasta yakınıyla yüzyüze görüşülerek sosyodemografik ve klinik veri formu dolduruldu. Her hasta ve hasta yakınına çalışmayla ilgili bilgi verilip sözlü onay alındı. Ardından her hasta ve hasta yakınına yazılı onay formu imzalatılıp, hastalar çalışmaya dahil edildi. Yalnızca 2 hasta görüşmeye tek başına geldiği için bu kişilerin hasta yakınıyla temas edilemedi ve bu nedenle sadece hastadan yazılı ve sözlü onay alındı. Her hastaya KGI, PANSS, GAF ve

Şizofrenide yaşam niteliği ölçeği uygulandı. Hastalar ve yakınları WHOQOL-BREF-TR ölçeğini ise kendileri doldurdu.

3.6. Veri toplama araçları:

3.6.1. Sosyodemografik ve klinik veri formu:

Hastanın sosyodemografik verilerini, ne kadar süredir hastalık öyküsünün olduğunu, hikayesini, özgeçmişini, mental durum muayenesini, DSM-IV ölçütlerine göre eksen tanılarını içermektedir. Yarı-yapılandırılmış görüşme çizelgesi kullanılarak hastaların yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, medeni durumu, yaşam şekli, mesleki durumu, erkek hastaların askerlik durumları, sosyal güvenceleri ve sigara öyküsü gibi sosyodemografik veriler ile EKT öyküsü, daha önce hastanede yatış öyküsü, hastalık süresi, hastalık alttipi, kullanılan tedavi ve ek ilaçlar gibi klinik veriler değerlendirildi. (Bkz Ek 6)

3.6.2. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL-BREF-TR):

Dünya Sağlık Örgütü'nün çeşitli ülkelerden 15 merkezin katkısıyla kişinin algıladığı yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla geliştirdiği ölçeğin (100 soruluk biçimi-WHOQOL-100) kısa formudur. WHOQOL-BREF, WHOQOL-100 içinden seçilen, yaşam kalitesini ve genel sağlığı değerlendiren iki soruyla birlikte toplam 26 sorudan oluşmakta ve bedensel, ruhsal, sosyal alan ve çevre alanı olmak üzere toplam dört alanı kapsamakta, bu alanlardaki iyilik halini ölçmektedir. İlk iki genel soru dışındaki sorular kullanılarak bedensel, psikolojik, sosyal, çevre ve ulusal çevre alan puanları hesaplanmıştır. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasında, WHOQOL-100 TR'de "sosyal baskı alanı", yaşam kalitesini etkileyen ve Türk toplumuna özgü bir faktör olarak ayrı bir alan olarak yer almış ve bu alandan da bir sorunun eklenmesiyle WHOQOL-BREF-TR toplam 27 sorudan oluşmuştur. Soruların son 15 gün dikkate alınarak yanıtlanması istenmiştir (8). Alanlara göre soruların içeriği şöyledir:

Bedensel Alan: Gündelik işleri yürütebilme "Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?", ilaçlara veya tedaviye bağımlılık "Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç

duyuyorsunuz?”, canlılık ve bitkinlik “Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?”, hareketlilik “Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?”, ağrı ve rahatsızlık “Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?”, uyku ve dinlenme “Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?” ve çalışabilme gücü “İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?”.

Ruhsal Alan: Beden imgesi ve dış görünüş “Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?”, olumsuz duygular “Ne sıklıkta hüznün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlü gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?”, benlik saygısı “Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?”, olumlu duygular, maneviyat, din, kişisel inançlar, düşünme, öğrenme, bellek ve dikkatini toplama “Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?”, “Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?”, “Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?”.

Sosyal Alan: Diğer kişilerle ilişkiler “Aileniz dışındaki kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?”, sosyal destek “Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?”, cinsel yaşam “Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?”.

Çevre Alanı: Maddi kaynaklar “İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?”, fiziksel güvenlik ve emniyet “Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?”, sağlık hizmetleri ve sosyal yardım “Sağlık hizmetlerine ulaşım koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?”, ulaşılabilirlik ve nitelik, ev ortamı “Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?”, yeni bilgi ve beceri edinme fırsatı “Günlük yaşamınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?”, dinlenme ve boş zaman değerlendirme fırsatları ile bunlara katılabilme “Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?”, fiziksel çevre (kirlilik/ gürültü/ trafik/iklim) “Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?”, ulaşım “Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?”

WHOQOL-BREF-TR uygulandıktan sonra 0-20 puan üzerinden hesaplanan fizikse, psikolojik, sosyal, çevre alan puanlarında, puan yükseldikçe yaşam kalitesi de yükselmektedir. Ölçek, kendini değerlendirme amaçlıdır. Ölçek tipi likerttir ve kapalı

uçlu sorulardan oluşur. Ölçeği bireyin kendisi doldurur ve toplam puanı yoktur. (Bkz Ek 5).

3.6.3. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS)

Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) 30 maddelik ve yedi puanlı şiddet değerlendirmesi içeren yarı yapılandırılmış bir görüşme ölçeğidir (105). Maddelerin 7 tanesi pozitif belirtileri, 7 tanesi negatif belirtileri, 16 tanesi ise genel psikopatoloji belirtilerini içermektedir. Her sorudaki yedi puanlı değerlendirmede psikopatolojinin artan düzeyleri yansıtılmaktadır: 1= Yok, 2= Çok hafif, 3= Hafif 4= Orta 5= Orta/ağır 6= Ağır 7= Çok Ağır. Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlik çalışması, Kostakoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (106). (Bkz Ek 2).

3.6.4. Global İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (GAF)

Tek bir ölçü kullanarak, genel çerçevesiyle kişilerin klinik gidişini izlemeye yardımcı bir ölçektir. GAF, kişinin fiziksel ya da çevresel faktörlerin neden olduğu bozulma dışındaki psikolojik, sosyal ve mesleki işlevselliğini değerlendiren bir ölçüm aracıdır. Puanlama, 0-100 arasında tek bir rakamın seçilmek suretiyle yapılır. Ölçek on işlevsellik aralığına bölünmüş olmakla birlikte, değerlendirmeyi yapan klinisyen mümkün olduğunda ara değerler de kullanabilir. Bozulma mental ve fiziksel sağlık sorunlarının doğrudan bir sonucu olmalıdır; fırsat eksikliği ve diğer çevresel sınırlılıkların etkileri göz önüne alınmalıdır. Ölçekten alınan yüksek puanlar işlevselliğin yüksek olduğuna işaret eder (23). (Bkz Ek 4).

3.6.5. Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği (ŞYNÖ)

Şizofreni Hastaları için Yaşam Niteliği Ölçeği (ŞYNÖ) son bir aydaki işlevselliği değerlendiren, görüşmecinin doldurduğu 21 maddelik yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur (99). Kişilerarası ilişkileri, mesleki ya da öğrenilmiş rol işlevselliğini, ruhsal kapasiteyi ve yaşam faaliyetlerini değerlendirmektedir. Ayrıca hastaların kişisel deneyimlerinin zenginliğini, kişiler arası ilişkilerinin niteliğini ve mesleki rollerdeki üretkenlik düzeylerini ölçmektedir. Türkçe çeviri, güvenilirlik ve yapısal geçerlik çalışması Soygür ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (93).

Toplam 4 alt boyut ve 21 sorudan oluşan ölçekte her bir madde için üç bölüm vardır. Birinci bölümde, görüşmecinin değerlendirilecek parametreyi anlaması ve bunun üzerinde yoğunlaşmasına yardımcı olmak üzere kısa bir tanımlama yapılmıştır. İkinci bölümde, görüşmecinin hastayı incelemesine yardımcı olabilecek birkaç soru verilir. Üçüncü bölümde ise, her bir madde için görüşmeciye karar almada yardımcı olmak üzere dördünde kısa bir tanımlama bulunan, aralarda kalan diğerlerinde tanımlama yapılmamış olan her bir madde için, toplam 7 dereceli bir skala verilmiştir. Skalada yer alan puanlardan 0, 2, 4 ve 6 için, görüşmeciye karar almada yardımcı olmak üzere kısa bir tanımlama yapılmış; aralarda kalan puanlar ise, görüşmeciye esneklik sağlamak amacıyla tanımsız bırakılmıştır. Ölçekte yer alan 21 madde dört alt ölçekten birinde yer alır: 1-8'nci maddeler kişiler arası ilişkiler alt ölçeği, 9-12'nci maddeler mesleki rol alt ölçeği, 13-17'nci sorular ve 20-21'nci sorular ruhsal bulgular alt ölçeği ve 18-19'uncu sorular kişisel eşya ve günlük faaliyet alt ölçeğine dahildir. Ölçeğin minimum puanı 0, maksimum puanı ise 126 dır. Bütün alt ölçek skorlarının toplamı yaşam kalitesi skoru olarak değerlendirilir. (bkz Ek 3)

3.6.6. Klinik Global İzlenim Ölçeği (KGI):

Klinik Global İzlenim Ölçeği (KGI), her yaşta tüm psikiyatrik bozuklukların klinik araştırma amaçlı olarak seyrini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (107). Hastalığın şiddetinin ya da hastalık belirtilerindeki düzelmelerin genel olarak değerlendirildiği 3 itemli bir ölçektir. Yarı yapılandırılmış bir ölçek olup görüşme sırasında doldurulur. İlk iki item (hastalığın şiddeti ve genel düzelmeye) yedili, son item (etkinlik endeksi) ise dördümlü likert tipindedir. Görüşmeci, hastalıkla ilgili genel tecrübesine dayanarak, hastalığın şiddetini ya da düzelmelerin derecesini 0 (hasta değil) ile 7 (en ağır hastalardan) arasında derecelendirir. 1- normal, hasta değil, 2- sınırda hasta, 3- hafif derecede hasta, 4- orta derecede hasta, 5- belirgin derecede hasta, 6- ileri derecede hasta, 7- en ileri derecede hasta. (Bkz Ek 1)

3.6.7. Verilerin Değerlendirilmesi

SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for.Windows 15.0 kullanılarak gerekli istatistiksel analizler yapıldı. Öncelikle yüzdeler ve ortalamalar olarak hesaplanarak tanımlayıcı istatistikler yapıldı. Sürekli değişken özelliği taşıyan değişkenlerin karşılaştırılmasında student t testi, oranların karşılaştırılmasında ki kare testi kullanıldı. $P < 0.05$ olması anlamlı olarak kabul edildi. Değişkenler arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için ise Pearson ve Spearman'ın bağıntı analizleri kullanıldı.

4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik veriler

Çalışmaya 40'ı semptomatik remisyonda olan ve 40'ı ise semptomatik remisyonda olmayan olmak üzere toplam 80 şizofreni hastası alındı. Hastaların 47 tanesi erkek (%58.8), 33 tanesi ise kadındı (%41.2). Hastaların en genci 20 ve en yaşlısı 63 olmak üzere yaş ortalaması 36 ± 9.8 yıl idi.

Medeni duruma bakıldığında, hastaların %28.8'i evli (n=23), %15.1'i ise boşanmış veya duldu (n=12). Hastaların %56.3'i (n=45) ise hiç evlenmemişti. Hastaların %6.3'ü okur yazar değilken, %52.5'i ilk-orta okul, %26.3'ü lise ve %15'i ise üniversite mezunu veya öğrencisi idi. Çalışmaya alınan şizofreni hastalarının yalnızca %15'i (n=12) bir işte çalışıyordu. Erkek hastaların %53.2'si askerliğini tam olarak yapmışken geri kalanlar ya hastalıkları nedeniyle hiç askere alınmamış ya da askere alındıktan sonra erken terhis edilmişti.

Hastaların %51.2'i (n=41) sigara içmekteydi. Hastaların büyük bir çoğunluğu (%65) kendi anne ve babaları ile birlikte yaşarken sadece 2 hasta yalnız başına yaşamaktaydı. Tüm hastaların sosyal güvence durumları şekil 1'de, sosyodemografik özellikleri ise tablo 3'te gösterilmektedir.



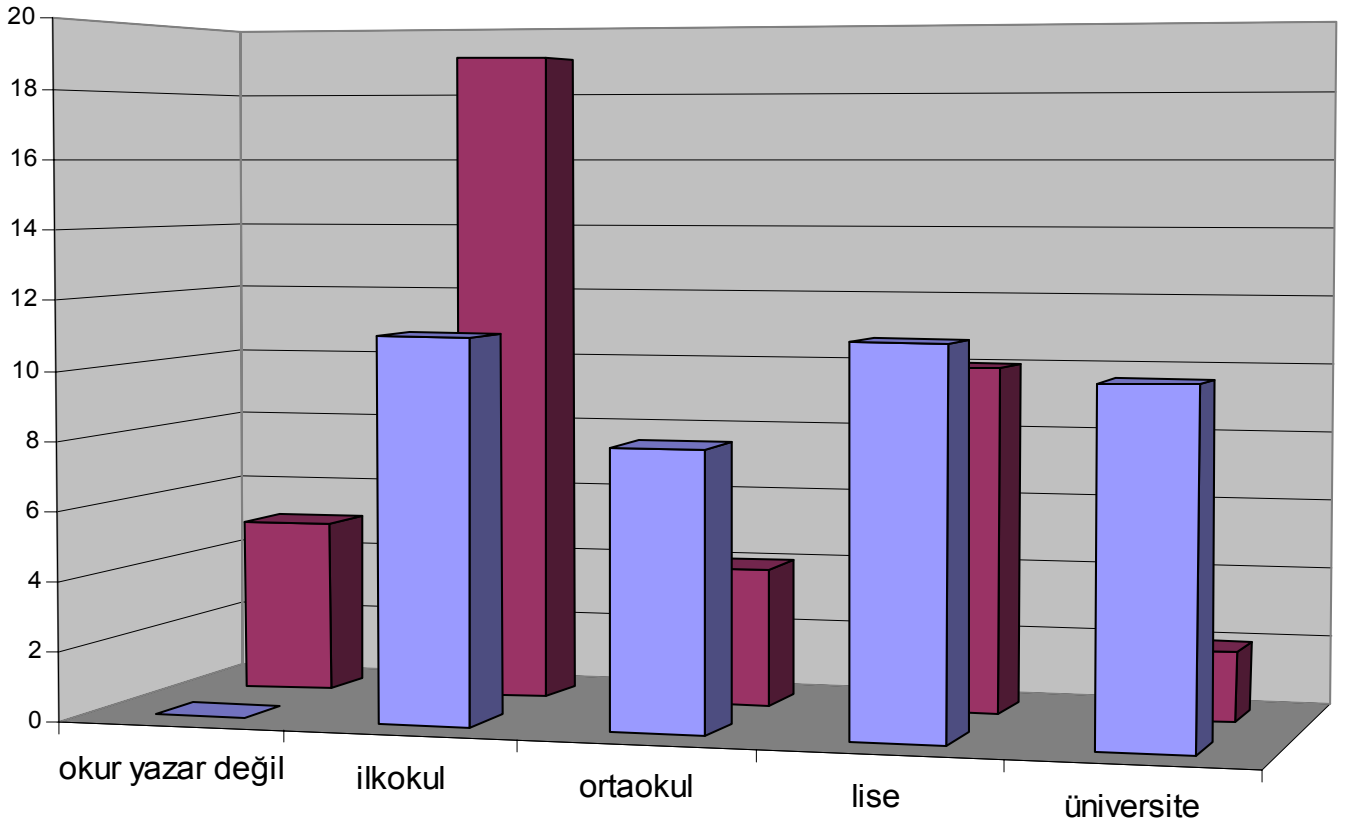
Şekil 1: Hastaların sosyal güvenceleri

Tablo 3: Hastaların sosyodemografik özellikleri

	Semptomatik remisyon grubu	Semptomatik remisyonda olmayan grup	t/χ ²	p
cinsiyet			0.46	0.49
erkek	22 (%55)	25 (%62.5)		
kadın	18 (%45)	15 (%37.5)		
Yaş (yıl)	37.5 ± 10.28	34.5 ± 9.30	1.34	0,182
medeni hal			2.06	0.56
evli	11 (%27.5)	12 (%30)		
Bekar	21 (%52.5)	24 (%60)		
Dul/boşanmış	8 (%20)	4 (%10)		
yaşam şekli			7.42	0.06
Ailesiyle birlikte	38 (%95)	40 (%100)		
yalnız	2 (%5)	0 (%0)		
sosyal güvence			2.05	0.15
yok	2 (%5)	0 (%0)		
Yeşil kart	9 (%22.5)	20 (%50)		
Em.san/SSK/bağkur	29 (%72.5)	19 (%47.5)		
Özel sigorta	0 (%0)	1 (%2.5)		
sigara			1.25	0.26
içiyor	18 (%45)	23 (%57.5)		
içmiyor	22 (%55)	17 (%42.5)		
*askerlik			3.3	0.18
yapmış	12 (%54.5)	13 (%52)		
yapmamış	10 (%45.5)	12 (%48)		
çalışma durumu			3.52	0.06
çalışıyor	9 (%22.5)	3 (%7.5)		
Çalışmıyor/emekli/mal.emekli	31 (77.5)	37 (%92.5)		

*erkek hastalar için

Semptomatik remisyonda olanlarla olmayan hastalar arasında yaş, cinsiyet, medeni hal, yaşam şekli, çalışma durumu, sigara öyküsü, askerlik öyküsü ve sosyal güvenceleri açısından anlamlı bir fark yoktu. Eğitim düzeyine bakıldığında iki grup arasında anlamlı bir fark vardı. Semptomatik remisyon grubunda bütün hastalar okuma yazma bilirken diğer grupta 5 hasta okuma yazma bilmiyordu. Ayrıca semptomatik remisyon grubunda 10 hasta üniversite mezunu veya üniversite öğrencisiyken, semptomatik remisyonda olmayan grupta bu sayı 2 idi. Her iki gruptaki hastaların eğitim durumları şekil 2’de gösterilmiştir.



Şekil 2: Hastaların eğitim düzeyleri

■ remisyon grubu ■ remisyonda olmayan grup

4.2. Klinik veriler

Hastaların %70'i (n=56) daha önce bir psikiyatri servisinde yatış öyküsü vardı. Hastalık alt tipine bakıldığında, en yaygın alt tip paranoid (%53.3, n=43) iken, hastaların %20'si (n=16) dezorganize, %16.3'ü (n=13) farklılaşmamış, %10'u (n=8) ise rezidüel tip şizofreni idi. Semptomatik remisyon grubunda yalnızca 1 hastada dezorganize şizofreni varken, semptomatik remisyonunda olmayan grupta 15 hastada dezorganize şizofreni vardı. İki grup arasındaki fark anlamlıydı (p=0.001). Ayrıca rezidüel hastaların hepsi (n=8) semptomatik remisyon grubundaydı.

Hastaların %30'una hastalıklarının herhangi bir döneminde EKT uygulanmıştı. Hastaların 62'si (%77.5) tedavide sadece atipik antipsikotik alırken, 2 kişi (%2.5) sadece tipik antipsikotik, 16 kişi (%20) ise tipik ve atipik antipsikotik kombinasyonu kullanmaktaydı. Sadece atipik antipsikotik kullanan 62 hastanın 30 tanesi tek bir atipik antipsikotik, yine 30 tanesi ikili atipik antipsikotik ve 2 tanesi ise üçlü atipik antipsikotik kullanmaktaydı. Ayrıca ek ilaç 10 hasta (%12.5) antidepresan, 20 hasta (%25) antikolinergik, 4 hasta (%5) anksiyolitik, 7 hasta ise (%8.8) antidepresan ile birlikte anksiyolitik ilaç kullanıyordu. 39 hasta (%48.8) ise ek ilaç kullanmıyordu. İki grup arasında hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi, daha önce yatış öyküsü, ek ilaç kullanımı, EKT öyküsü ve kullanılan tedavi şekli, açısından anlamlı bir fark yoktu. Hastaların KGI şiddet skoru ortalamaları 3.7 ± 1.4 iken, GAF ortalamaları ise 61.4 ± 18.7 idi.

Semptomatik remisyonunda olmayan grubun yaşam kalitesi ve yaşam niteliği ölçeğinin tüm alt puanları ve GAF puanı semptomatik remisyonunda olan gruba göre daha düşüktü. Remisyonunda olan gruba ise PANSS pozitif, negatif, genel psikopatoloji ve toplam puanı ve KGI şiddet skorları daha düşüktü. Yani remisyonundaki hastaların yaşam kaliteleri ve global işlevselliklerinin remisyonunda olmayan hastalardan daha iyi olduğu bulunmuştur. Her iki grubun klinik verileri tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4a: Semptomatik remisyonda olan ve olmayan hastaların klinik özellikleri

	semptomatik remisyon grubu	semptomatik remisyonda olmayan grup	χ^2/t	df	p
	Ort \pm SS	Ort \pm SS			
hastalık başlangıç yaşı	24,52 \pm 8,53	23.1 \pm 9.5	0.68	78	0.49
hastalık süresi	12.95 \pm 7.5	10.97 \pm 6.37	1.26	78	0.2
hastalık türü			21.46	3	0.001*
Paranoid tip	25 (%62.5)	18 (%45)			
Dezorganize tip	1 (%2.5)	15 (%37.5)			
Farklılaşmamış tip	6 (%15)	7 (%17.5)			
Rezidüel tip	8 (%20)	0 (%0)			
yatış öyküsü			0.95	1	0.32
Var	26 (%65)	30 (%75)			
Yok	14 (%35)	10 (%25)			
EKT öyküsü				1	
Var	12 (%30)	12 (%30)			
Yok	28 (%70)	28(%70)			
ek ilaç kullanıyor mu?			0.45	1	0.5
Evet	22	19			
Hayır	18	21			
kullanılan tedavi			6.78	4	0.14
Tipik	0 (%0)	2 (%5)			
Tek atipik	20 (%50)	10 (%25)			
İkili atipik	12 (%30)	18 (%45)			
Üçlü atipik	1 (%2.5)	1 (%2.5)			
Tipik + atipik	7 (%17.5)	9 (%22.5)			

* : $P < 0.05$

Tablo 4b: Semptomatik remisyonda olan ve olmayan hastaların klinik özellikleri (devam)

	semptomatik remisyon grubu	semptomatik remisyonda olmayan grup	t	df	p
	Ortalama (SS)	Ortalama (SS)			
KGI şiddet skoru	2.45 (0.84)	4.95 (0.78)	-13.71	78	0.001*
GAF	77.52 (8.83)	45.37 (10.13)	15.12	78	0.001*
PANSS				78	
Pozitif	9.77 (2.49)	22.45 (6.32)	-11.78		0.001*
Negatif	12.12 (3.92)	24.92 (7.04)	-10.03		0.001*
Genel psikopatoloji	23.35 (4.79)	42.35 (7.7)	-13.24		0.001*
Toplam	44.08 (12.32)	90.48 (16.49)	-14.3		0.001*
ŞYNÖ				78	
Kişilerarası ilişkiler	31.8 (8.13)	15.77 (4.79)	10.73		0.001*
Mesleki rol	13.17 (5.89)	5 (3.75)	7.4		0.001*
Ruhsal bulgular	33.35 (4.61)	20.8 (4.6)	12.18		0.001*
Kişisel eşya/faaliyet	9.87 (16.3)	6.12 (1.81)	9.7		0.001*
Toplam	87.95 (16.94)	47.7 (12.77)	11.99		0.001*
WHOQOL-BREF-TR				78	
Bedensel	15.62 (1.65)	13.2 (1.62)	6.63		0.001*
Ruhsal	14.23 (1.73)	11.48 (1.3)	8.0		0.001*
Sosyal	9.16 (3.37)	5.5 (1.81)	6.04		0.001*
Çevre	15.34 (1.95)	11.95 (1.27)	8.45		0.001*

* : $P < 0.001$ (Student t testi)

Tüm hastalara bakıldığında semptomatik remisyonda olma ile eğitim düzeyi arasında pozitif bir ilişki vardı ($r = 0.361$, $p=0.001$). Ayrıca semptomatik remisyon ile çalışma durumu arasında da pozitif bir ilişki vardı ($r = 0.294$, $p=0.008$).

Semptomatik remisyon grubundaki hastalarda, yaşam kalitesinin bütün alanları ile GAF skoru ve WHOQOL BREF-TR ölçeğinin bütün alanları arasında pozitif bir ilişki vardı. Bununla beraber yaşam kalitesinin bütün alanları ile KGI şiddet skoru, PANSS pozitif, negatif, genel psikopatoloji ve toplam PANSS puanı arasında negatif bir ilişki vardı. Semptomatik remisyon grubundaki hastaların yaşam kalitesi ile psikopatolojik değişkenler arasındaki korelasyonlar tablo 5'te gösterilmiştir.

Tablo 5. Semptomatik remisyon grubundaki hastaların yaşam kalitesi ile psikopatolojik değişkenler arasındaki korelasyonlar

	Kişilerarası ilişkiler		Mesleki rol		Ruhsal bulgular		Kişisel eşya/faaliyet		Toplam yaşam kalitesi	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
KGI şiddet skoru	-0.635(**)	0.001	-0.670(**)	0.001	-0.627(**)	0.001	-0.625(**)	0.001	-0.725(**)	0.001
GAF	0.747(**)	0.001	0.696(**)	0.001	0.625(**)	0.001	0.620(**)	0.001	0.742(**)	0.001
PANSS										
Pozitif	-0.630(**)	0.001	-0.641(**)	0.001	-0.537(**)	0.001	-0.440(**)	0.001	-0.636(**)	0.001
Negatif	-0.756(**)	0.001	-0.560(**)	0.001	-0.642(**)	0.001	-0.721(**)	0.001	-0.751(**)	0.001
Genel psikopatoloji	-0.683(**)	0.001	-0.491(**)	0.001	-0.471(*)	0.002	-0.541(**)	0.001	-0.608(**)	0.001
Toplam	-0.621(**)	0.001	-0.383(*)	0.015	-0.439(*)	0.005	-0.529(**)	0.001	-0.543(**)	0.001
WHOQOL-BREF-TR										
Bedensel	0.459(*)	0.003	0.549(**)	0.001	0.615(**)	0.001	0.437(*)	0.005	0.638 (**)	0.001
Ruhsal	0.568(**)	0.001	0.654(**)	0.001	0.811(**)	0.001	0.666(**)	0.001	0.803 (**)	0.001
Sosyal	0.484(*)	0.002	0.503(**)	0.001	0.546(**)	0.001	0.361(*)	0.022	0.566(**)	0.001
Çevre	0.518(**)	0.001	0.453(*)	0.003	0.554(**)	0.001	0.412(*)	0.008	0.527 (**)	0.001

* : $P < 0.01$; ** : $P < 0.001$ (Pearson bağıntı analizi)

Semptomatik remisyonda olmayan hastalarda yaşam kalitesinin bütün alanları ile GAF skoru, WHOQOL BREF-TR ölçeğinin bütün bedensel, ruhsal ve çevre alanları arasında pozitif bir ilişki vardı. Ayrıca yaşam kalitesinin bütün alanları ile KGI şiddet skoru, ve toplam PANSS puanı arasında negatif bir ilişki vardı. Buna karşın PANSS pozitif puanları ile yaşam kalitesinin hiçbir alanı arasında anlamlı bir ilişki yoktu. PANSS negatif semptomlarla toplam yaşam kalitesi arasında negatif bir ilişki vardı. PANSS genel psikopatoloji puan ile yaşam kalitesinin kişilerarası ilişkiler, ruhsal bulgular ve toplam yaşam kalitesi alanları arasında negatif bir ilişki vardı. Yaşam kalitesinin diğer alanlarıyla WHOQOL BREF-TR'nin sosyal alanı arasında pozitif bir ilişki varken, mesleki rol ve ruhsal bulgular alanlarıyla WHOQOL BREF-TR'nin sosyal alanı arasında anlamlı bir ilişki yoktu. Semptomatik remisyonda olmayan gruptaki hastaların yaşam kalitesi ile psikopatolojik değişkenler arasındaki korelasyonlar tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6. Semptomatik remisyonda olmayan grupta yaşam kalitesi ile psikopatolojik değişkenler arasındaki korelasyonlar

	Kişilerarası ilişkiler		Mesleki rol		Ruhsal bulgular		Kişisel eşya/faaliyet		Toplam yaşam kalitesi	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
KGI şiddet skoru	-0.351(*)	0.026	-0.445(**)	0.004	-0.494(**)	0.001	-0.411(**)	0.008	-0.499(**)	0.001
GAF	0.508(**)	0.001	0.576(**)	0.001	0.428(**)	0.006	0.416(**)	0.008	0.573(**)	0.001
PANSS										
Pozitif	-0.215	0.182	-0.192	0.235	-0.249	0.122	-0.340	0.835	-0.232	0.15
Negatif	-0.290	0.069	-0.302	0.058	-0.243	0.131	-0.282	0.078	-0.325(*)	0.004
Genel psikopatoloji	-0.334(*)	0.035	-0.229	0.156	-0.393(*)	0.012	-0.256	0.11	-0.371(*)	0.019
Toplam	-0.438(**)	0.005	-0.359(*)	0.023	-0.432(**)	0.005	-0.308(**)	0.053	-0.469(**)	0.002
WHOQOL-BREF-TR										
Bedensel	0.633(**)	0.003	0.441(**)	0.004	0.581(**)	0.001	0.516(**)	0.001	0.650 (**)	0.001
Ruhsal	0.607(**)	0.001	0.576(**)	0.001	0.644(**)	0.001	0.404(**)	0.01	0.687 (**)	0.001
Sosyal	0.515(**)	0.001	0.251	0.119	0.311	0.051	0.149	0.358	0.400(*)	0.011
Çevre	0.518(**)	0.002	0.445(**)	0.004	0.615(**)	0.001	0.372(*)	0.018	0.585 (**)	0.001

* : $P < 0.05$, ** : $P < 0.01$ (Pearson bağıntı analizi)

5. TARTIŞMA

Şizofreni, algılama, düşünme ve gerçeği değerlendirme yetisi başta olmak üzere sosyal işlevsellik, motor davranış, dikkat, dürtü kontrolü, duygusal ifadeler ve yaşam kalitesini bozan, iş ve çalışma hayatını etkileyen, kişiler arası ilişkilerde bozulmaya neden olan bir hastalıktır (108). Uzun yıllar boyunca kaçınılmaz olarak relaps ve remisyon döngüleriyle tanımlanan ancak sürekli remisyon veya tam iyileşme için çok az umut veren kronik bir hastalık olarak belirlenmiştir (9). Andreasen'in 2005 yılında tanımladığı ve yaygın kabul gören "semptomatik remisyon" kavramı, 6 ay boyunca sadece bazı temel semptomlarda belirli düzeylerde azalma olması ile karakterizedir.

Çalışmamızda hastaların yaş ortalaması 36 ± 9.8 yıl bulunmuştur. Şizofrenili hastalarla yapılan araştırmalara bakıldığında hastaların yaş ortalaması, Soygür ve arkadaşlarının (93) yaptığı çalışmada 35 ± 7.14 bulunmuş olup bizim çalışmamızın bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Şizofreni hastalarında yaşla birlikte yaşam kalitesinin anlamlı olarak düştüğünü gösteren çalışmalar vardır (109,110,111). Bazı çalışmalarda ileri yaşla yaşam kalitesi arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır. (112,113). Başka çalışmalar ise, psikiyatrik hastalarda yaş ve yaşam doyumu arasında bir ilişki olmadığını ortaya koymuştur (114,115). Bizim çalışmamızda yaş ile yaşam kalitesinin herhangi bir alt puanı arasında ilişki bulunmadı.

Çalışmamızda semptomatik remisyonunda olan ve olmayan kadın ve erkeklerin yaşam kaliteleri arasında fark bulunmamıştır. Örsel ve arkadaşlarının (116) ülkemizde yaptığı bir çalışmada da cinsiyet, medeni durum, gelir, meslek grupları, yaş, eğitim süresi ve toplam işsizlik süresinin yaşam kalitesi ile ilişkili olmadığı bildirilmiştir. Yine Carpiniello ve arkadaşlarının (117) yaptığı bir çalışmada da yaş, hastalığın başlangıç yaşı, hastalık süresi ve cinsiyet gibi sosyodemografik değişkenlerle yaşam kalitesi arasında bir ilişki bulunamamıştır. Genel popülasyon üzerine yapılan çalışmalarda cinsiyet ve yaşam kalitesi arasında bir bağlantı kurulamamıştır (118). Lehman ve ark (119,120).psikiyatrik hastalarda 25 yaşın altındaki erkeklerde ve 36-45 yaş arası erkeklerde kadın hastalardan daha yüksek derecelerde yaşam tatmini olduğunu bildirmiştir

Japonya’da erkek psikiyatrik hastalarda daha düşük seviyede yaşam tatmini olduğu bildirilmiştir (115). Birçok çalışmada da erkek şizofreni hastalarının kadın hastalara göre daha düşük yaşam doyumu hissettikleri bildirilmiştir. (114,117,121). Röder-Wanner ve ark. (121) yaptığı bir çalışmada erkeklerin sosyal uyumunun kadınlara oranla daha zayıf olduğu fakat bu durumun kadınların yaşam kalitesinde daha fazla doyuma yol açmadığını belirtmiştir. Şizofrenili hastalarda yapılan bazı çalışmalarda kadın hastaların yaşam kalitelerinin erkek hastalara göre daha iyi olduğu bildirilmektedir (5,8,14,122,123). Bazı çalışmalarda ise yaşam kalitesi ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı bildirilmiştir (4,110,117,124-127). Yaşam kalitesinin kadın hastalarda erkek hastalardan daha düşük olduğunu bildiren çalışmalar da mevcuttur (128-130). Huppert ve arkadaşlarının (129) yaptığı bir çalışmada kadın hastaların subjektif yaşam kalitesinin genel, finansal ve sağlık alan skorlarının erkek hastalara göre daha düşük olduğu bildirilmiştir. Bütün bu bulgular ışığında şizofrenili hastalarda cinsiyetin tek başına yaşam kalitesini belirlemede yeterli olmadığı, başka klinik ve sosyokültürel faktörlerin de etkili olduğu anlaşılmaktadır.

Toplumumuzda şizofreni tanılı hastaların çoğunluğu ailesi ile birlikte yaşamaktadır (131). 2008’de Narvaez ve arkadaşlarının (132) şizofrenide yaşam kalitesini incelediği bir çalışmada hastaların %49’unun bir oda arkadaşı, bir aile üyesi veya partner ile birlikte, %33’ünün ise yalnız yaşadığı bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda da 80 hastadan sadece 2 tanesi (%2.5) yalnız yaşamaktaydı. Diğerleri ise aileleri ile birlikte yaşamaktaydı. Bu durum Türkiye’de ve özellikle Doğu ve Güneydoğu Anadolu’da geniş aile yapısı nedeniyle aile içi bağların ve sosyal desteğin daha kuvvetli olmasıyla açıklanabilir (133).

Literatürde şizofrenili bireylerin evlilik oranlarının toplumdaki evlilik oranların altında olduğu bilinmektedir. Yıldız (131) yaptığı bir çalışmada hastaların %67’sinin hiç evlenmemiş olduğunu ve aileleriyle yaşadığını saptamıştır. Narvaez ise hastaların %56’sının hiç evlenmediğini, %35’inin boşandığını, ayrı yaşadığını veya dul olduğunu bildirmiştir (132). Şizofreninin çoğunlukla 15-35 yaşlar arasında başladığı, hastalığın erken başlaması ve hastalık belirtileri nedeniyle bu hastalarda bekar kalma ya da boşanma oranının yüksek olduğu vurgulanmaktadır (43,134,135). Bizim çalışmamızda ise semptomatik remisyon grubunda 11 hasta evli iken (%27.5) semptomatik remisyonunda olmayan grupta 12 hasta (%30) evli idi. İki grup arasında anlamlı bir fark

yoktu. Tüm hastaların ise %56.3'ü hiç evlenmemiş, %15.1'i ise boşanmış veya duldu. Şizofreninin kronik bir hastalık olması, belirtilerin ağır seyretmesi, işlevselliği bozması bu kişilerin aile kurmakta güçlük çekmelerine ya da kısa süre içinde boşanmalarına neden olmaktadır (50,136,137).

Çalışmamızda semptomatik remisyonda olma ile çalışma durumu arasında pozitif bir ilişki bulduk Literatürde; şizofreni hastalarının bilişsel işlevsellik ve sosyal işlevsellikteki bozulmaları nedeniyle genellikle herhangi bir işe devam etmelerinde veya bir işe başlamalarında sorun yaşadıkları belirtilmektedir (134,138).

Bizim çalışmamızda hastaların %85'i herhangi bir işte çalışmıyordu. ABD'de 2008'de yapılan bir çalışmada bu oran %94 (132), bizim bölgemizde yapılan bir tez çalışmasında ise %82.9 bulunmuştur (139). Şizofreni erken yaşlarda başlayan bir hastalık olduğu için hastaların eğitim sürecini olumsuz etkileyebilir ve meslek sahibi olma oranlarının düşük olmasına neden olabilir. Şizofreninin hastanın sosyal, mesleki ve günlük yaşamındaki işlevsellikte azalmaya neden olduğu ve damgalanma nedeniyle hastaların sorunlar yaşadığı bilinmektedir. Bu nedenle şizofreni hastalarının hem hastalıklarının doğası hem de toplumun olumsuz yaklaşımları nedeniyle çalışmakta güçlük çektikleri söylenebilir (140). Ayrıca çalışmamızdaki hastaların %85'inin çalışmıyor olması, şizofreninin işlevselliği bozan bir hastalık olduğunu kanıtlar niteliktedir.

Şizofrenide sigara içme oranlarının topluma göre daha yüksek olduğu bilinmektedir. (141). Çalışmamızda hastaların %51.3'ünün sigara kullandığı tesbit edilmiş olup bu bulgu literatür ile uyumludur. Yine şehrimize komşu bir il olan Şanlıurfa'da yapılan bir tez çalışmada 82 şizofreni hastasının %65.9'unun sigara içtiği bulunmuştur (139).

Hastaların çoğu ilk ve ortaokul mezunudur. Literatürde de şizofreninin genellikle eğitim düzeyi düşük olan bireylerde görüldüğü ve erken yaşta başlayan ve kronik gidişli bir hastalık olması nedeniyle hastaların eğitimlerini yarıda bıraktıkları belirtilmektedir (43, 108). Çalışmamızda eğitim düzeyi ile semptomatik remisyonda olma ile arasında pozitif bir ilişki bulduk. Epidemiyolojik çalışmalarda, genel popülasyonda eğitim seviyesi yüksek gruptaki kişilerin yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir

(142). Bazı çalışmalarda eğitim seviyesi ve yaşam kalitesi arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur (96,110,111,117,143). Eğitim seviyesi yüksek şizofreni hastaların psikopatolojik seviyelerini daha iyi olduğu (144), sosyal faaliyetlerde daha uyumlu oldukları ve yaşamdan daha fazla doyum aldıkları bildirilmiştir (115). Düşük eğitim seviyesi ve düşük gelirin yaşam kalitesini negatif olarak etkilediği bildirilmiştir (145). Bazı çalışmalar ise eğitim seviyesi yüksek hastaların daha düşük yaşam kalitesi kaydettiklerini göstermiştir (103,146).

Hastaların klinik özellikleri incelendiğinde %70'inin daha önce hastaneye yattığı tesbit edilmiştir. Gelişmekte olan ülkelerde ruh sağlığı ve hastalıkları ile ilgili hastane ve kliniklerdeki yatak sayısı görece daha azdır. Bu nedenle, psikiyatrik hastaların çoğu büyük hastanelerde veya kliniklerde ayaktan izlenmektedir (147). Ülkemizde hastaların ayaktan izlendiği tedavi kurumlarının yetersiz olması bu hastaların hastaneye yatış gereksinimlerini arttırmaktadır (137).

Hastalık alttıpleri incelendiğinde hastaların semptomatik remisyon grubunda sadece 1 hastada dezorganize alttıpi saptanırken, semptomatik remisyon olmayan grupta 15 hastada dezorganize alttıpi vardı. Yani çalışmamızdaki dezorganize şizofreni hastalarının %93.75'i semptomatik remisyonunda değildi. Bilindiği üzere dezorganize şizofrenideki bilişsel yıkım daha belirgindir ve prognozu kötüdür (3). Bu nedenle dezorganize şizofrenili hastaların semptomatik remisyonla ulaşmaları daha güç olabilir.

Bizim çalışmamızda hastalık başlama yaşı ve hastalık süresi ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki bulunamamıştır. Literatürdeki birçok çalışma da bulgularımızı destekler niteliktedir (110, 117,125,130). Başka bazı çalışmalarda ise yaşam kalitesi ile hastalık başlama yaşı arasında ilişki bulunduğu bildirilmektedir (129).

Bizim çalışmamızda yaş, cinsiyet, hastalık alttıpi, medeni hal, hastaneye yatış öyküsü, sigara ve yaşam şekli ile hastaların yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Birçok çalışmada şizofrenili hastaların yaşam kalitelerinin sağlıklı kontrollere ve kronik fiziksel hastalığı olan bireylere göre daha düşük olduğu bilinmektedir (4,5,8,97,103,110,113,130,148,149). Alptekin ve arkadaşlarının ülkemizde yaptığı bir çalışmada, şizofreni hastalarında tüm alanlarda yaşam kalitesinde düşüş olduğunu gösterilmiştir(150).

Şizofrenide yaşam kalitesi, subjektif ve objektif olarak değerlendirilmektedir. Geçmiş çalışmalarda subjektif ve objektif yaşam ölçümleri arasında bazı uyumsuzluklar görülmüştür (151). Yaşam doyumu daha çok subjektif yaşam kalitesi ile ilişkiliyken, aktivitelere katılma ve kişilerarası ilişkiler ise objektif yaşam kalitesiyle ilişkilidir(132). Hastanın yaşam kalitesinin iyileştirilmesi kavramı hastanın kendisi tarafından algılanan bir durum olduğu için, yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde yararlanılan en önemli ölçütler subjektif göstergelerdir. Buna karşın, şizofreni hastalarının yaşam niteliklerini kendi kendilerine doğru olarak değerlendirip değerlendiremeyecekleri konusu tartışmalıdır. Ancak uzun yıllar, şizofreni hastalarının kendi yaşam kalitelerini doğru olarak belirleyemeyecekleri düşünülmüştür. Özellikle akut durumlarda, hastaların psikotik semptomları, azalmış içgörü seviyeleri, düşünce ve algılama bozuklukları, bilgi işleme kapasitelerinin düşmesi yaşam kalitesi algılamasını etkileyebileceği belirtilmiştir (152). Stabil hastalar genel olarak güvenilir yaşam kalitesi bilgisi verebilir. Buna karşın halüsinasyonları olan, dezorganize, bilişsel defisiti olan veya içgörüsü zayıf hastaların subjektif iyilik halini değerlendirip değerlendiremeyeceği tam olarak açığa kavuşmamıştır.

Her ne kadar Harvey ve arkadaşları (153), hastaların kendi bildirdikleri fonksiyonel kapasitelerinin problemlili olabileceğini ileri sürse de diğer araştırmalar yaşam kalitesinin kendi-bildirim ölçülerinin, klinisyene göre doldurulan yaşam kalitesi ölçülerinden daha geçerli olduğunu göstermiştir (154,155).

Bizim çalışmamızda hekim tarafından doldurulan ŞYNÖ'nün ve GAF'ın, ve hasta ve hasta yakını tarafından doldurulan WHOOLBREF-TR ölçeğinin olması, yaşam kalitesinin hem objektif hem de subjektif olarak değerlendirilmesine olanak sağlamıştır. Her ne kadar semptomlarda düzelme ile yaşam kalitesinin artması beklenirse de bazen sadece semptomlarda azalma, diğer nedenlerden dolayı hastanın yaşam kalitesinde

anlamalı bir artışla sonuçlanmayabilir (132). Dolayısıyla sadece semptomların azalmasına dayalı “sempomatik remisyon” kavramı, her zaman hastanın yaşam kalitesindeki artışı yansıtmayabilir. Semptomatik remisyonunda olan şizofreni hastaların yaşam kalitelerinin nasıl etkilendiği net olarak bilinmemektedir. Örneğin birçok çalışmada remisyonun daha yüksek subjektif yaşam doyumu ile ilişkili olduğu belirtilirken (82), bazı çalışmalarda semptomatik remisyon ile yaşam kalitesi arasında herhangi bir ilişki bulunamamıştır (156).

Şizofrenili hastalarla yapılan çok sayıdaki çalışmada yaşam kalitesi ile genel psikopatoloji düzeyleri arasındaki ilişkinin çok güçlü olduğu ancak pozitif ve negatif belirtiler ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin ise daha zayıf olduğu bildirilmektedir (4,10,11,96,97,129,157).

Bazı araştırmacılar ise hem negatif hem de pozitif semptomların yaşam kalitesine etkili faktörler olduğunu bildirmekle birlikte (14, 157-159) birçok çalışmada pozitif belirtiler ile yaşam kalitesi ölçümleri arasında ilişki olmadığı ve pozitif semptomların yaşam kalitesi üzerine minimal etkisinin olduğu bildirilmektedir (97,117,126,132,149). Uzunlamasına yapılan çalışmalarda yaşam kalitesi ile pozitif belirtiler arasında anlamlı bir ilişki bulunmasa da pozitif belirtilerin azaltılmasının yaşam kalitesinin artırılmasında en önemli etken olduğu bildirilmektedir (4,126,160). Cabeza ve ark. ise paranoid düşünce ve gerçeği değerlendirme bozukluğu gibi pozitif belirtilerin yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkileri olduğunu göstermiştir (161).

Şizofrenili hastalarla yapılan birçok çalışmada negatif belirtiler ile yaşam kalitesi arasında pozitif belirtilere göre daha güçlü bir ilişkinin olduğu ve negatif belirtilerin yaşam kalitesini daha çok azalttığı bildirilmektedir (14,126,129,157,162-164). Ayrıca, negatif semptomların şiddeti ile mesleki körelme, başkalarına ekonomik bağımlılık, sosyal ilişkilerde bozulma ve aktivitelerden zevk alamama arasında pozitif bir ilişki bildirilmiştir (58). Şizofreninin negatif bulguları sadece işlevsellikte yetersizlikle ilişkili değil aynı zamanda birçok yetersizliğin nedenidir (165).

Çalışmamızda, semptomatik remisyonda olmayan grupta PANSS pozitif belirtiler puanı ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Semptomatik remisyon grubunda ise yaşam kalitesinin bütün alanları ile PANSS pozitif, negatif, genel psikopatoloji ve toplam PANSS puanı arasında negatif bir ilişki saptanmıştır. Tüm hastalara bakıldığında PANSS genel psikopatoloji puanı ile ŞYNÖ yaşam kalitesi ve WHOQOL BREF-TR yaşam kalitesi ölçeklerinin bütün alanları arasında negatif bir ilişki bulunmuştur. Her ne kadar bu çalışmada hastaların duygudurumları herhangi bir ölçekle değerlendirilmemiş olsa da PANSS genel psikopatoloji alanı içinde 6. soru hastaların depresyon düzeylerini kabaca yansıtmaktadır.

Birçok çalışmada şizofrenili hastalarda depresyonun yaşam kalitesi üzerine negatif yönde etkisinin olduğu ve depresyon skorları arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı belirtilmiştir (117,129, 167-171). Huppert ve ark. depresyonun hem negatif belirtilerle hem de pozitif belirtilerle ilişkili olabileceği bildirilmektedir (129). Eren ve ark. yaptığı (4) bir çalışmada ise şizofrenili hastaların depresyon düzeyleri ile yaşam kaliteleri arasında negatif bir ilişki olduğu bildirilmiştir. Depresyonu olan hastaların kendi yaşam kalitelerini depresif duygudurum nedeniyle de daha olumsuz olarak değerlendirebildikleri bildirilmektedir (8).

Depresyon ve yaşam kalitesi arasında karşılıklı bir etkileşim vardır. Yani depresyonun varlığı yaşam kalitesini düşürür ve yaşam kalitesinin düşüklüğü de depresyonu artırır. (172)

İspanya’da yapılan çok merkezli ve geniş ölçekli bir çalışmada San ve arkadaşları 1010 şizofreni hastasını analiz etmiş ve hastaların 452’sinin (%44.8) semptomatik remisyonda olduğunu ancak sadece 103 hastanın (%10.2) yeterli sosyal ve mesleki işlevsellik gösterdiğini bulmuşlardır.

Yine aynı hasta popülasyonunda yapılan bir izlem çalışmasında ise Cidvad ve ark. (173) semptomatik remisyon ölçütlerini karşılayan 376 hastayı 1 yıl boyunca takip etmiş ve bu süre sonunda 338 (%89.9) hastanın halen semptomatik remisyonda olmaya devam

ettiğini bildirmiştir. Bu çalışmada semptomatik remisyonun; premorbid uyum, genç yaş, iyi tedavi uyumu ve sosyal kognisyonda iyileşme ile ilişkili olduğu bulunmuştur.

Bodén ve ark. (82) 76 ilk epizod şizofreni hastasına remisyon ölçütlerini uygulamış ve hastaları 5 yıl boyunca izlemiştir. Bu süre sonunda semptomatik remisyonundaki hastaların yaşam kalitelerinin diğerlerine göre daha yüksek düzeyde olduğunu bulmuşlardır.

Helldin ve ark. (84) semptomatik remisyonunda olan 93, semptomatik remisyon olmayan ise 150 psikotik hastayı inceledikleri çalışmada semptomatik remisyon ölçütlerini karşılayan grubun, günlük yaşam aktivitesi ve sosyal işlevsellik açısından diğer gruptan daha üstün olduğu bulunmuştur. Remisyonundaki hastaların eğitim düzeylerinin daha iyi ve bir işte çalışma oranlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Ancak remisyon ile yaşam kalitesi arasında ise daha zayıf bir ilişki bulunmuştur.

Wunderink ve ark. (156) semptomatik remisyon ölçütlerini karşılayan 60 ve semptomatik remisyon olmayan 65 ilk epizod şizofreni hastasını 18 ay boyunca izledikleri çalışmada iki grubun yaşam kaliteleri arasında bir fark bulamamıştır. Ancak semptomatik remisyonundaki hastaların PANSS pozitif, negatif ve genel psikopatoloji alanlarında, diğer gruba göre daha iyi sonuçlar elde etmişlerdir.

Şizofrenide ilaç tedavisini araştıran bir çalışmada remisyon ölçütlerinin, elde edilen verilere retrospektif olarak uygulanması, remisyonun tedavide beklenenlerde artış ve düzelmeye ilişkili olduğunu göstermiştir (77). Bu çalışmada ilk başta hastaların %65'i remisyon kriterlerini karşılamazken 1 yıllık tedavi sonucunda bu hastaların yaklaşık %30'u semptomatik remisyonuna ulaşmıştır. Bu durumun, hastalardaki iyileşme ve hekim tarafından bildirilen yararlarla anlamlı ilişkisi saptanmıştır. Yine Kissling ve ark. başlangıçta remisyon kriterlerini karşılamayan hastaların 1 yıllık tedavi sonrasında %31'inin remisyonuna ulaştığı bildirilmiştir (76). Bu veriler klinik çalışmalarda semptomatik remisyon kriterlerinin kullanılmasının gerçekçi ve daha iyi bir tedavi değerlendirme ölçümü sağlayabileceğini düşündürmektedir.

Bizim alışmamızda semptomatik remisyonda olmayan grubun yaşam kalitesi ve yaşam niteliği leğinin tüm altpuanları ve GAF puanı semptomatik remisyonda olan gruba göre anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur. Buna karşın PANSS pozitif, negatif, genel psikopatoloji puanı ve toplam puanı ile KGI siddet skorları ise daha yüksek bulunmuştur. Yani remisyondaki hastaların yaşam kaliteleri ve global işlevselliklerinin remisyonda olmayan hastalardan daha iyi olduğu bulunmuştur.

Sonuç olarak şizofrenide semptomatik remisyon kriterleri sadece semptomlar üzerine odaklanan bir kavram olmasına karşın hastaların yaşam kalitelerini ve işlevselliklerini de yansıtabileceği görülmektedir.

6. SONUÇ

Kliniğimizde yapılan bu araştırmanın sonucunda aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

1. Yaşam kalitesi ise sosyodemografik özellikler incelendiğinde semptomatik remisyonda olan ve olmayan hastalar arasında yaş, cinsiyet, medeni hal, yaşam şekli, çalışma durumu, sigara öyküsü, askerlik öyküsü ve sosyal güvenceleri açısından anlamlı bir fark yoktu.
2. Semptomatik remisyon ile eğitim düzeyi arasında pozitif bir ilişki vardı
3. Ayrıca semptomatik remisyon ile çalışma durumu arasında da pozitif bir ilişki vardı.
4. Semptomatik remisyonda olan grupta KGI şiddet skoru, PANSS pozitif, negatif, genel psikopatoloji ve PANSS toplam puanı daha düşüktü.
5. Semptomatik remisyonda olmayan grubun yaşam kalitesi ve yaşam niteliği ölçeğinin tüm alanlarının puanları ve GAF puanı semptomatik remisyonda olan gruba göre anlamlı derecede daha düşüktü.
6. Semptomatik remisyonda olmayan hastalarda PANSS pozitif puanları ile yaşam kalitesinin hiçbir alanı arasında anlamlı bir ilişki yoktu. Buna karşın remisyonadaki hastaların PANSS pozitif puanları ile yaşam kalitesinin bütün alanları arasında negatif bir ilişki vardı.
7. Her iki hasta grubunda da PANSS negatif semptomlarla yaşam kalitesi arasında negatif bir ilişki vardı.

Çalışmamızın sonucuna göre semptomlardaki remisyon, genel işlevselliği ve yaşam kalitesini belirleyen bir durumdur. Şizofrenili hastalarda farmakolojik tedavinin amacı; sadece yinelemeleri önlemek ve kronik yan etkileri azaltmak değil aynı zamanda yaşam kalitesini iyileştirmek de olmalıdır. Bu nedenle şizofreni hastalarında, yaşam kalitesini iyileştirmeye yönelik girişimler negatif belirtiler üzerine odaklanmalıdır.

7. KAYNAKLAR

1. Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, (10.Basım) Ankara, Nobel Tıp Kitapevleri. 2004:217–279.
2. American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of patients with schizophrenia. Am J Psychiatry. 1997;154:1-63.
3. Köroğlu E, Güleç C. Psikiyatri Temel Kitabı (2. baskı), Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2007:184-204.
4. Eren İ, Şimşek D, Çalışkan AM. Şizofreni hastalarında yetiyitimi ve belirti şiddetinin yaşam kalitesine etkisi. Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi. 2007;20:68-78.
5. Soygür H. Şizofreni ve Yaşam Niteliği. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2003; 6:9-14.
6. Andreasen NC, Carpenter WT, Jr., Kane JM, Lasser RA, Marder SR, Weinberger DR. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. Am J Psychiatry. 2005;162:441-449.
7. Van Os J, Burns T, Cavallaro R, Leucht S, Peuskens J, Helldin L et al. Standardised remission criteria in schizophrenia. Acta Psychiatr Scand. 2006;113:91-95.
8. Katschnig H. Schizophrenia and quality of life. Acta Psychiatr Scand. 2000;102:33-37.
9. Birsöz S, Işık E, Yargıç İ, Savaş H, Işıklı H. Şizofrenide remisyon: Hayal mi, hedef mi? Klinik Psikofarmakoloji Bülteni. 2006;16:128-132.
10. Kaiser W, Priebe S, Hoffmann K, Isermann M. Subjective quality of life in patients with chronic schizophrenia. Nervenarzt. 1996;67:572-582.

11. Kaiser W, Priebe S, Barr W, Hoffmann K, Isermann M, Röder-Wanner UU et al. Profiles of subjective quality of life in schizophrenic in- and out-patient samples. *Psychiatry Res.* 1997;66:153-166.
12. Pinikahana J, Happell B, Hope J, Keks NA. Quality of life in schizophrenia: a review of the literature from 1995 to 2000. *Int J Ment Health Nurs.* 2002;11(2):103-111.
13. Chan S, Yu IuW. Quality of life of clients with schizophrenia. *J Adv Nurs.* 2004;45(1):72-83.
14. Norman RM, Malla AK, McLean T, Voruganti LP, Cortese L, McIntosh E et al. The relationship of symptoms and level of functioning in schizophrenia to general wellbeing and the Quality of Life Scale. *Acta Psychiatr Scand.* 2000;102:303-309.
15. Bobes J, Gutiérrez M, Gibert J, González MP, Herraiz ML. Quality of life and disability in chronic schizophrenics treated with with risperidone and previously treated with depot neuroleptics. *Actas Esp Psiquiatr.* 1999;27:229-34.
16. Buchanan RW, Carpenter WT. Schizophrenia: Introduction and overview. In: Sadock BJ, Sadock VA (eds). *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, Volum I, (8th ed)* Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins, 2005;1329-1344
17. Conley RR, Kelly DL. *Pharmacologic treatment of schizophrenia.*(3th ed) New York, Professional Communications Inc, 2007:13-14.
18. Çetin M, Ceylan ME. Şizofrenin tarihçesi. Ceylan E, Çetin M (editörler). *Araştırma Ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri, Şizofreni-I Kitabında (4. baskı).* İstanbul, Yerküre Tanıtım ve Yayıncılık Hizmetleri, 2009:83-86.
19. Kaya MC, Vırit O, Altındağ A, Selek S, Bülbül F, Bulut M, Savaş HA. Şizofrenide Metabolik Sendrom Sıklığı, Metabolik Sendromun Özellikleri ve Kullanılan Antipsikotiklerle İlişkisi. *NöroPsikiyatri Arşivi.* 2009;46:13-18
20. Işık E. *Güncel Şizofreni.* (1. baskı). Ankara, Asimetrik Paralel, 2006:63-94.
21. Schuckit MA. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar. In: Sadock BJ, Sadock VA (eds). *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, Volum II, (8th ed)*

(çev. ed. H Aydın, A Bozkurt.) Günes kitabevi, Ankara, 2007;1329-1512.

22. Öztürk MO, Ulusahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları kitabı I (11. baskı). Ankara, Tuna Matbaacılık, 2008;242-323.

23. Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü Baskı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000, Köroğlu E (çeviri ed.), Hekimler Yayın Birliği, Ankara 2007.

24. Jablensky A. The 100 year epidemiology of-Schizophrenia. Schizophr Res. 1997;28:111-125.

25. Ho BC, BlackDW, Andreasen NC. Schizophrenia and other psychotic disorders. In: Hales RE, Yudofsky SC (eds).Essentials of Clinical Psychiatry. London, American Psychiatric Publishing, 2004:189-243.

26. Köroğlu E. Psikozoloji Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri Kitabı (1.baskı). Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2004:189-227.

27. Taneli S, Taneli Y. Çocuk ve Ergenlerde Şizofreni. AS Aysev, IT Taner (editörler). Çocuk Ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kitabında (1. baskı). İstanbul, Asimetrik Paralel, 2007:349-357.

28. Harrison PJ, Owen MJ. Genes for schizophrenia: recent findings and their pathophysiological implications. Lancet. 2003;361:417-419.

29. Levinson DF. Molecular genetics of schizophrenia: a review of the recent literature. Curr Opin Psychiatry. 2003;16:157-170.

30. Cardno A, Marshall E, Coid B, Macdonald A, Ribchester TR, Davies NJ et al. Heritability estimates for psychotic disorders: the Maudsley twin psychosis series. Arch Gen Psychiatry. 1999;56:162-168.

31. Os J, Marcelis M. The ecogenetics of schizophrenia: a review. Schizophr Res. 1998;32:127-135.

32. Bradbury TN, Miller GA. Season of birth in scizophrenia: a review of evidence, methadology and aetiology. *Psychological Bulletin*. 1985 98;569-594.
33. Torrey EF, Miller J, Rawlings R, Yolken RH. Seasonality of births in schizophrenia and bipolar disorder: a review of the literature. *Schizophr Res*. 1997;28:1-38.
34. Weinberger DR, Egan MF, Bertolino A, Callicott JH, Mattay VS, Lipska BK et al. Prefrontal neurons and the genetics of schizophrenia. *Biol Psychiatry*. 2001;50(11):825-844.
35. Alin M, Murray R. Schizophrenia: a neurodevelopmental or neurodegenerative disorder? *Curr Opin Psychiatry*. 2002;15:9-15.
36. Çetin M, Ceylan ME. Şizofrenin nedenleri üzerine ruhsal ve toplumsal yaklaşımlar. Ceylan E, Çetin M (editörler). *Araştırma Ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri, Şizofreni-I Kitabında* (4. baskı). İstanbul, Yerküre Tanıtım ve Yayıncılık Hizmetleri, 2009:613-619.
37. Freud S. *Pskikopatoloji*. (çev. H Atalay). İstanbul, Payel Yayınları, 1999:193-211.
38. Freud S. *Metapsikoloji*. (çev. A Yardımlı). İstanbul, İdea Yayınları, 2000:43-70.
39. Geddes JR, Verdoux H, Takei N, Lawrie SM, Murray RM. Individual patient data metaanalysis of the association between schizophrenia and abnormalities of pregnancy and labour. *Schizophrenia Bull*. 1999;25:413-423.
40. Mednick SA, Machon RA, Huttunen MO, Bonett D. Adult schizophrenia following prenatal exposure to an influenza epidemic. *Arch Gen Psychiatry*. 1988;45:189-192
41. Kirkpatrick R, Tek C. Schizophrenia: Clinical Features and pscopatology concepts. In: Sadock BJ, Sadock VA (eds). *Kaplan & Sadock's Compherensive Textbook of Psychiatry, Volum I*, (8th ed) Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins, 2005;1416-1435.

42. Bruce ML, Takeuchi DT, Leaf PJ. Poverty and psychiatric status: longitudinal evidence from the New Haven epidemiological catchment area study. *Arch Gen Psychiatry*.1991;48:470-474.
43. Nasrallah HA, Smeltzer DJ: Şizofreni güncel tanı ve tedavi kitabı (1.baskı) (çev. K Alptekin). İstanbul, AND Danışmanlık Eğitim Yayıncılık ve Organizasyon, 2005:25-39.
44. Helzer SE. Schizophrenia: Epidemiology Psychiatry. Volum I, Philadelphia, SB Lippincott Company, 1989;54:1-17.
45. Bebbington P, Wilkins S, Jones P, Foerster A, Murray R, Toone B et al. Life events and psychosis: initial results from the Camberwell Collaborative Psychosis Study. *Br J Psychiatry*. 1993;162:72-79.
46. Cantor-Graae E, Pedersen CB, McNeil TF, Mortensen PB. Migration as a risk factor for schizophrenia: a Danish population-based cohort study. *Br J Psychiatry*. 2003;182:117-122.
47. Cantor-Graae E, Selten JP. Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *Am J Psychiatry* 2005;162:12-24.
48. Riecher-Rössler A, Fätkenheuer B, Löffler W, Maurer K, Häfner H. Is age of onset in schizophrenia influenced by marital status? Some remarks on the difficulties and pitfalls in the systematic testing of a "simple" question. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*.1992;27:122-128.
49. Tien AY, Eaton WW. Psychopathologic precursors and sociodemographic risk factors for the schizophrenia syndrome. *Arch Gen Psychiatry*. 1992;49:37-46.
50. Kültür S, Mete L. Köroğlu E, Güleç C. Psikiyatri Temel Kitabı (1. baskı). Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1997:321-353.
51. Davis KL, Kahn RS, Ko G, Davidson M. Dopamine in schizophrenia: a review and reconceptualization. *Am J Psychiatry*. 1991;148:1474-1486.
52. Ebert MH, Loosen PT, Nurcombe B. Psikiyatri Tanı ve Tedavi Kitabı, (çeviri editörleri S Birsöz, T Karaman). Ankara, Güneş Kitapevi, 2003:260-277.

53. Işık E, U Işık. Şizofreni. Işık E, Taner E, Işık U (editörler). Güncel Klinik Psikiyatri kitabında (2. Baskı). Ankara, Asimetrik Paralel, 2008:81-114.

54. Yüksel N. Ruhsal Hastalıklar. Ankara, Çizgi Tıp Yayınevi, 2001:256-303.

55. Wong AHCW, Van Tol HHM. Schizophrenia: from phenomenology to neurobiology. Neuroscience and biobehavioral reviews. 2003;27:269-306.

56. Black DW, Andreasen NC. Schizophrenia, schizophreniform disorder and delusional disorder. In: Halc RE, Yudofsky SC (eds). Synopsis of Psychiatry, Washington, American Psychiatric Pres, 1996:393-437.

57. Ertuğrul A. Şizofreni etyolojisi. Türkiye Klinikleri Dergisi, Şizofreni özel sayısı 2005;1:6-14.

58. Kaplan HI, Sadock BJ. Şizofreni. Abay E (çeviri ed). Kaplan & Sadock Klinik Psikiyatri kitabında, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2004;121-138.

59. Vural M: Şizofreni ve bipolar affektif bozukluk hastalarında antipsikotik ilaç kullanımı ile metabolik sendrom ve diğer metabolik süreçlerin ilişkisinin incelenmesi. Uzmanlık Tezi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği. İstanbul 2007 (yayınlanmamış) s.1-43.

60. Herman HE, Baldwin JA, Christie D. A record linkage study of mortality and general hospital discharge in patients diagnosed as schizophrenic. Psychol Med. 1983;13:581-593.

61. Murray RM. Early identification of poor outcome schizophrenia. Treatment resistant schizophrenia and its management. X. Dünya Psikiyatri Kongresi Tebliğ Özeti, 22-28 Ağustos, 1996; Madrid, İspanya.

62. Jablensky A. The epidemiological horizon. In: Hisch SR, Weinberger D (eds) Schizophrenia (2th ed). Oxford, Blackwell Publishing, 2003:203-231.

63. Fenton WS, McGlashan TH. Natural history of schizophrenia subtypes. I. Longitudinal study of paranoid, hebephrenic, and undifferentiated schizophrenia. Arch Gen Psychiatry. 1991;48:969-977.

64. Jhonstone EC. Brain İmaging and Function. In: Gattaz WF, Hafner H (eds). Search For The Causes Of Schizophrenia Vol IV, Balance Of Century. Berlin, Stenkopff, 1999:293-305.

65. Hafner H, Löffler W, Maurer K. Onset and prodromal phase, as determinants of the course. In: Gattaz WF, Hafner H (eds). Search For The Causes Of Schizophrenia Vol IV, Balance Of Century. Berlin, Stenkopff, 1999:35-58.

66. Bühler B, Hambrecht M, Löffler W, An der Heiden W, Häfner H. Precipitation and determination of the onset and course of schizophrenia by substance abuse: a retrospective and prospective study of 232 population-based first illness episodes. Schizophr Res. 2002;54:243-251.

67. Danacı AE. Antipsikotik ilaçlar. Köroğlu E, Güleç C (editörler). Psikiyatri Temel Kitabı'nda (2. baskı). Ankara, HYB Basım Yayın, 2007:648-57.

68. Çetin M. Antipsikotiklerin etki ve yan etkilerinin temelleri. Ceylan ME, Çetin M (editörler). Araştırma ve klinik uygulamada biyolojik psikiyatri, şizofreni-II'de (3. baskı). İstanbul, Yerküre Tanıtım ve Yayıncılık Hizmetleri, 2005:861-880.

69. Çetin M, Ceylan ME. Tipik antipsikotikler ve antipsikotik tedavinin klinik ilkeleri. Ceylan ME, Çetin M (editörler). Araştırma ve klinik uygulamada biyolojik psikiyatri, şizofreni-II'de (3. baskı). İstanbul, Yerküre Tanıtım ve Yayıncılık Hizmetleri, 2005:881-936.

70. Çetin M. Şizofrenide temel nöropsikofarmakoloji. Ceylan ME, Çetin M (editörler). Araştırma ve klinik uygulamada biyolojik psikiyatri, şizofreni-I'de (3. baskı). İstanbul: Yerküre Tanıtım ve Yayıncılık Hizmetleri. 2005:83-124.

71. Yağcıoğlu EA. Antipsikotik ilaçların etki mekanizmaları: şizofreni tedavisinde “atipiklik” bir üstünlük mü? Türk Psikiyatri Dergisi. 2007;18:364-374.

72. Çetin M. Antipsikotik ilaçlar. Işık E, Taner E, U Işık (editörler). Güncel Klinik Psikiyatri kitabında (2. Baskı). Ankara, Asimetrik Paralel, 2008:583-602.

73. Gökalp PG. Şizofrenide psikososyal kuramlar ve tedaviler, Ege Psikiyatri Süreli Yayınları. 1996;4:674-682.

74. Ballenger JC, Davidson JR, Lecrubier Y, Nutt DJ, Borkovec TD, Rickels K et al. Consensus statement on generalized anxiety disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *J Clin Psychiatry*. 2001;62:53-58.
75. Frank E, Prien RF, Jarrett RB, Keller MB, Kupfer DJ, Lavori PW et al. Conceptualization and rationale for consensus definitions of terms in major depressive disorder. Remission, recovery, relapse, and recurrence. *Arch Gen Psychiatry*. 1991;48:851-855.
76. Kissling W, Heres S, Lloyd K, Sacchetti E, Bouhours P, Medori R et al. Direct transition to long-acting risperidone-analysis of long-term efficacy. *J Psychopharmacol*. 2005 ;19:15-21.
77. Lasser RA, Bossie CA, Gharabawi GM, Kane JM. Remission in schizophrenia: Results from a 1-year study of long-acting risperidone injection. *Schizophr Res*. 2005;77:215-227.
78. Van Os J, Drukker M, à Campo J, Meijer J, Bak M, Delespaul P. Validation of remission criteria for schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2006;163:2000-2002.
79. Bobes J, Ciudad A, Alvarez E, San L, Polavieja P, Gilaberte I. Recovery from schizophrenia: results from a 1-year follow-up observational study of patients in symptomatic remission. *Schizophr Res*. 2009;15:58-66.
80. Wobrock T, Köhler J, Klein P, Falkai P. Achieving symptomatic remission in out-patients with schizophrenia: a naturalistic study with quetiapine. *Acta Psychiatr Scand*. 2009;120:120-128.
81. Bankole A, Cohen CI, Vahia I, Diwan S, Palekar N, Reyes P et al. Symptomatic remission in a multiracial urban population of older adults with schizophrenia. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2008;16:966-973.
82. Bodén R, Sundström J, Lindström E, Lindström L. Association between symptomatic remission and functional outcome in first-episode schizophrenia. *Schizophr Res*. 2009;107:232-237.

83. Peuskens J, Trivedi JK, Brecher M, Miller F. Long-term symptomatic remission of schizophrenia with once-daily extended release quetiapine fumarate: post-hoc analysis of data from a randomized withdrawal, placebo-controlled study. *Int Clin Psychopharmacol.* 2010;25:183-187.
84. Helldin L, Kane JM, Karilampi U, Norlander T, Archer T. Remission in prognosis of functional outcome: a new dimension in the treatment of patients with psychotic disorders. *Schizophr Res.* 2007;93:160-168.
85. Fidaner H, Elbi H, Fidaner C, Eser SY, Erhan E, Erdem G. Yaşam kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF. *3P Dergisi* 1999;7:3-66.
86. Fitzpatrick R, Fletcher A, Gore S, Jones D, Spiegelhalter D, Cox D. Quality of life measures in health care. I: Applications and issues in assessment. *BMJ.* 1992;305:1074-1077.
87. Keister KJ, Blixen CE. *J Gerontol Nurs.* Quality of life and aging. 1998;24:22-28.
88. Katschnig H. How useful is the concept of quality of life in psychiatry? In: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N (Eds), *Quality of Life in Mental Disorders.* West Sussex, John Wiley&Sons, 1999:3-16.
89. Fan X, Henderson DC, Nguyen DD, Cather C, Freudenreich O, Evins AE et al. Posttraumatic stress disorder, cognitive function and quality of life in patients with schizophrenia. *Psychiatry Res.* 2008;159:140-146.
90. Bozikas VP, Kosmidis MH, Kafantari A, Gamvrula K, Vasiliadou E, Petrikis P et al. Community dysfunction in schizophrenia: rate-limiting factors. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2006;30:463-470.
91. Lehman AF, Ward NC, Linn LS. Chronic mental patients: the quality of life issue. *Am J Psychiatry.* 1982;139:1271-1276.
92. Awad AG, Voruganti LNP, Heslegrave RJ. A conceptual model of quality of life in schizophrenia: description and preliminary clinical validation. *Qual Life Res.* 1997;6:21-26.

93. Soygür H, Aybaş M, Hınçal G, Aydemir Ç. Şizofreni hastaları için yaşam niteliği ölçeği: Güvenirlilik ve yapısal geçerlik çalışması. *Düşünen Adam, Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*. 2000;13:204-210.
94. Şimşek ZT: Ruhsal bozukluğu olan kişilerin yaşam kaliteleri ve toplum içinde bakım ve tedavilerine örgütsel bir yaklaşım. Doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara 2000 (yayımlanmamış), s.41-44.
95. Bartels SJ, Pratt SI. Psychosocial rehabilitation and quality of life for older adults with serious mental illness: recent findings and future research directions. *Curr Opin Psychiatry*. 2009;22:381-385.
96. Skantze K, Malm U, Dencker SJ, May PR, Corrigan P. Comparison of quality of life with standard of living in schizophrenic out-patients. *Br J Psychiatry*. 1992;161:797-801.
97. Ritsner M, Kurs R. Quality of life outcomes in mental illness: schizophrenia, mood and anxiety disorders. *Expert Rev Pharmacol Econ Outcomes Res*. 2003;3:89-99.
98. Angermeyer MC, Holzinger A, Kilian R, Matschinger H. Quality of life as defined by schizophrenic patients and psychiatrists. *Int J Soc Psychiatry*. 2001;47:34-42.
99. Heinrichs DW, Hanlon TE, Carpenter WT. The quality of life scale: an instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophr Bull*. 1984;10:388-398.
100. Becker M, Diamond R, Sainfort F. A new patient focused index for measuring quality of life in persons with severe and persistent mental illness. *Qual Life Res*. 1993 ;2:239-251.
101. Grennley JR, Greenberg JS, Brown R. Measuring quality of life: a new practical survey instrument. *Soc Work*. 1997;42:244-254.
102. The WHOQOL Group: The development of the World Health Organisation quality of life assessment instrument (the WHOQOL) In: Orley J, Kuyken W (Eds), *Quality of Life Assessment: International perspectives*. Heilderberg, Springer Verlag 1994:41-60.
103. Bobes J, Gonzales MP: Quality of Life in schizophrenia. In: Katsching H, Freeman H, Sartorius N (eds). *Quality of Life in Mental Disorders*. West Sussex,

John Wiley&Sons 1997:165-178.

104. [http://www.tuik.gov.tr /PreHaberBultenleri.do?id=6178&tb_id=1](http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=6178&tb_id=1). İllere göre il/ilçe merkezi, belde/ köy nüfusu ve yıllık nüfus artış hızı, 31.12.2008/31.12.2009. Erişim tarihi 02.03.2010

105. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987;13:261-276.

106. Kostakoğlu AE, Batur S, Tiryaki A, Göğüş A. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinin (PANSS) Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi* 1999;14:23-32.

107. Guy W. Clinical global impressions. ECDEU assessment manual for psychopharmacology, revised National Institute of Mental Health, Rockville, MD 1976;218-221.

108. Barclay L., Almeida OP. Geç başlangıçlı şizofreni. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2001;1: 30-33.

109. Skantze K, Malm U, Dencker SJ, May PR, Corrigan P. Comparison of quality of life with standard of living in schizophrenic out-patients. *Br J Psychiatry*. 1992;161:797-801.

110. Browne S, Roe M, Lane A, Gervin M, Morris M, Kinsella A. Quality of life in schizophrenia: relationship to sociodemographic factors, symptomatology and tardive dyskinesia. *Acta Psychiatr Scand*. 1996;94:118-124.

111. Ho BC, Nopoulos P, Flaum M, Arndt S, Andreasen NC. Two-year outcome in first- episode schizophrenia: predictive value of symptoms for quality of life. *Am J Psychiatry*. 1998;155:1196-201.

112. Caron J, Mercier C, Diaz P, Martin A. Socio-demographic and clinical predictors of quality of life in patients with schizophrenia or schizo-affective disorder. *Psychiatry Res*. 2005;137:203-213.

113. Folsom DP, Depp C, Palmer BW, Mausbach BT, Golshan S, Fellows I et al.

Physical and mental health-related quality of life among older people with schizophrenia. *Schizophr Res.* 2009;108:207-213.

114. Atkinson M, Zibin S, Chuang H. Characterizing quality of life among patients with chronic mental illness: a critical examination of self-report methodology. *Am J Psychiatry.* 1997;154:99-105.

115. Koivumma-Honkanen HT, Viinamäki H, Honkanen R, Transkanen A, Antikainen R, Niskanen L et al. Correlates of life satisfaction among psychiatric patients. *Acta Psychiatr Scand.* 1996;94:372-378.

116. Örsel S, Akdemir A, Özel S. Şizofrenide yaşam kalitesi: depresyon, anksiyete ve negatif belirtilerin etkileri. *3P Dergisi.* 2003;11:25-34.

117. Carpiniello B, Lai GL, Pariante CM, Carta MG, Rudas N. Symptoms, standards of living and subjective quality of life: a comparative study of schizophrenic and depressed out-patients. *Acta Psychiatr Scand.* 1997;96:235-241.

118. Dilbaz N. Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği Geçerlilik ve Güvenirliği. 37. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı; 2-6 Ekim 2001; İstanbul, Türkiye.

119. Lehman AF, Slaughter JG, Myers CP. Quality of life experiences of the chronically mentally ill. Gender and stages of life effects. *Evaluation and Program Planning.* 1992;15:7-12.

120. Lehman A, Rachuba LT, Postrado L. Demographic influences on quality of life among persons with chronic mental illnesses. *Evaluation and Program Planning.* 1995;18:155-164.

121. Röder-Wanner UU, Oliver JPJ, Priebe S. Does quality of life differ in schizophrenic women and men? an empirical study. *Int J Soc Psychiatr.* 1997;43:129-143.

122. Meltzer HY, Rabinowitz J, Lee MA, et al. Age at onset and gender of schizophrenic patients in relation to neuroleptic resistance. *Am J Psychiatry.* 1997;154:475-481.

123. Shtasel PI, Gur RE, Gallacher F, Heimberg C, Gur R. Gender differences in the clinical expression of schizophrenia. *Schizophr Res.* 1992;7:225-231.
124. Meltzer HY, Burnett S, Bastani B, Ramirez LF. Effects of six months of clozapine treatment on the quality of life chronic schizophrenic patients. *Hosp Commun Psychiatry.* 1990;41:892-897.
125. Browne S, Clarke M, Gervin M, Waddington JL, Larkin C, O'Callaghan E. Determinants of quality of life at first presentation with schizophrenia. *Br J Psychiatry.* 2000;176:173-176.
126. Fitzgerald PB, Williams CL, Corteling N, Folia SL, Brewer K, Adams A et al. Subject and observer-rated quality of life in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand.* 2001;103:387-392.
127. Franz M, Lis S, Plüddemann K, Gallhofer B. Conventional versus atypical neuroleptics: Subjective quality of life in schizophrenic patients. *Br J Psychiatry.* 1997;170:422-425.
128. McEvoy JP, Meyer JM, Goff DC, Nasrallah HA, Davis SM, Sullivan L et al. Prevalence of the metabolic syndrome in patients with schizophrenia: Baseline results from the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) schizophrenia trial and comparison with national estimates from NHANES III. *Schizophr Res.* 2005;80:19-32.
129. Huppert JD, Weiss KA, Lim R, Pratt S, Smith TE. Quality of life in schizophrenia: contributions of anxiety and depression. *Schizophr Res.* 2001;51:171-180.
130. Kugo A, Terada S, Ishizu H, Takeda T, Sato S, Habara T et al. Quality of life patients with schizophrenia in a Japanese psychiatric hospital. *Psychiatry Res.* 2006;144:49-56.
131. Yıldız M. Şizofreni hastalarının ayaktan tedavisinde ruhsal ve toplumsal girişimler neden gereklidir ve nasıl uygulanabilir? Candansayar S (Editör). *Neden Nasıl Şizofreni Kitabında*, Ankara, PEDAY, 2005:237-268.
132. Narvaez JM, Twamley EW, McKibbin CL, Heaton RK, Patterson TL. Subjective and objective quality of life in schizophrenia. *Schizophr Res.* 2008;98:201-208.

133. [http://www.bsm.gov.tr /aktuel/aktuel.asp?no=1608](http://www.bsm.gov.tr/aktuel/aktuel.asp?no=1608). Doç. Dr. Mustafa Kemal Çelen. Ulaşım tarihi 10.01.2010.
134. Sevinçok L Şizofrenide psikososyal tedaviler. Şizofreni Dizisi. 2000;1: 72-80.
135. Amuk T, Varma G, Oğuzhanoglu NK, Ateşci F. Şizofrenide cinsiyet ve başlangıç yaşının sosyodemografik ve klinik özelliklerle ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2004; 5:101-106.
136. Arıhan AG. Şizofreni epidemiyolojisi. . Şizofreni Dizisi. 1998;2: 64-72.
137. Işık E. Şizofreni (2. baskı). Ankara, Kent matbaacılık, 1997:204-206.
138. Milev P., Ho B.C., Arndt S, Andreasen NC (2005) Bilişsel işlevler ve negatif belirtilerin şizofreninin işlevsel sonuçları üzerine yordayıcı değerleri: Yedi yıl izlemli uzunlamasına bir ilk epizod çalışması. The American Journal of Psychiatry (Türkiye Baskısı) 162: 495-506.
139. Nebioğlu M: Şizofreni hastalarında anksiyete bozukluğu komorbiditesi ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. Uzmanlık tezi, Harran Üniv. Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı. Şanlıurfa 2007, s.34.
140. Yıldız M. Şizofrenide psikososyal beceri eğitiminde içerik ve etkinlikler. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2001;4:119-123.
141. Picciotto MR, Caldarone BJ, King SL, Zachariou V. Nicotinic receptors in the brain: links between molecular biology and behavior. Neuropsychopharmacology. 2000;22:451-465.
142. Stephens T, Dulberg C, Joubert N. La santé mentale de la population canadienne. Maladies Chroniques au Canada 2000;20:118-126.
143. Vandiver VL, Quality of life, gender and schizophrenia: a cross-national survey in Canada, Cuba and USA. Community Ment Health J. 1998;34:501-522.

144. Huber G, Gross G, Schuttler R. A long-term follow-up study of schizophrenia: psychiatric course of illness and prognosis. *Acta Psychiatr Scand.*1975; 52:49-57.
145. Cardoso Ci, Caiaffa WT, Bandeira M. Siqueira AL; Abreu MN, Fonseca JO. Factors associated with low quality of life in schizophrenia. *Cad. Saúde Pública* 2005;21:1338-1340.
146. Lehman A.F. The effects of psychiatric symptoms on quality of life assessments among the chronic mentally ill. *Eval Prog Plan.* 1983;6:143-151.
147. Belli H, Özçetin A, Ertem Ü, Alpay E, Bahçebaşı T, Kıran ÜK ve ark. Şizofreni hastalarında bazı sosyodemografik özellikler ve tedavi ile ilişkili etkenler *Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 2007;8:102-112.
148. Woon PS, Chia MY, Chan WY, Sim K. Neurocognitive, clinical and functional correlates of subjective quality of life in Asian outpatients with schizophrenia. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2010;34:463-468.
149. Green CA, Fenn DS, Moussaoui D, Kadri N, Hoffman WF. Quality of life in treated and never-treated schizophrenic patients. *Acta Psychiatr Scand.*2001;103:131-142.
150. Alptekin K, Akdede BB, Akvardar Y, Celikgün S, Dilşen NS, Durak G ve ark. Fidaner H. Quality of life assessment in Turkish patients with schizophrenia and their relatives. *Psychol Rep.* 2004;95:197-206.
151. Jung HY, Hwang SS, Yi JS, Kim Y, Kim YS. Clinician-rated functioning and patient-rated quality of life in schizophrenia: implications of their correspondence for psychopathology and side effects. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2010;34:225-30.
152. Becker M, Diamond R. New developments in quality of life measurement in schizophrenia. In: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N (Eds). *Quality of Life in Mental Disorders*, West Sussex, John Wiley&Sons, 1999:119-133.
153. Harvey, PD, Velligan DI, Bellack AS. Performance-based measures of functional skills: usefulness in clinical treatment studies. *Schizophr Bull.* 2007;33:1138–1148.

154. Becchi A, Rucci P, Placentino A, Neri G, de Girolamo G. Quality of life in patients with schizophrenia — comparison of self-report and proxy assessments. *Soc Psychiatry PsychiatrEpidemiol.* 2004;39:397–401.
155. Voruganti L, Heslegrave A, Awad AG, Seman MV. Quality of life measurement in schizophrenia: reconciling the quest for subjectivity with the question of reliability. *Psychol Med.* 1998;28:165–172.
156. Wunderink L, Nienhuis FJ, Sytema S, Wiersma D. Predictive validity of proposed remission criteria in first-episode schizophrenic patients responding to antipsychotics. *Schizophr Bull.* 2007;33:792-796.
157. Packer S, Husted J, Cohen S, Tomlinson G. Psychopathology and quality of life in schizophrenia. *J Psychiatry Neurosci* 1997; 22(4):231-234.
158. Thorup A, Petersen L, Jeppesen P, Nordentoft M. The quality of life among first-episode psychotic patients in the OPUS trial. *Schizophr Res.* 2010;116:27-34.
159. Eack SM, Newhill CE. Psychiatric symptoms and quality of life in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Bull.* 2007;33:1225-37.
160. Karow A, Moritz S, Lambert M, Schoder S, Krausz M. PANSS syndromes and quality of life in schizophrenia. *Psychopathology* 2005;38:320-326.
161. Cabeza IG, Amador MS, Lopez CA, Gonzalez de Chavez M. Subjective response to antipsychotics in schizophrenic patients: clinical implications and related factors. *Schizophr Res* 2000;21:349-55.
162. Galletly CA, Clark CR, McFarlane AC, Weber DL. Relationships between changes in symptom ratings, neuropsychological test performance and quality of life in schizophrenic patients treated with clozapine. *Psychiatry Res.* 1997;72:161-166.
163. Hofer A, Rettenbacher MA, Widschwendter CG, Kemmler 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;256:246-55.

164. Ruggeri M, Nosè M, Bonetto C, Cristofalo D, Lasalvia A, Salvi G, et al. Changes and predictors of change in objective and subjective quality of life: multiwave follow-up study in community psychiatric practice. *Br J Psychiatry*. 2005;187:121-30.
165. Kawasaki Y, Maeda Y, Sakai N, Higashima M, Urata K, Yamaguchi N et al. Evaluation and interpretation of symptom structures in patients with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*, 1994;89: 399-404.
167. Nørholm V, Bech P. Quality of life in schizophrenic patients: association with depressive symptoms. *Nord J Psychiatry*. 2006;60:323-327.
168. Raikkonen K, Keltikangas-Jarvinen L, Adlercreutz H, Hautanen A. Psychosocial stress and the insulin resistance syndrome. *Metabolism* 1996;45:1533–1538.
169. Heider D, Angermeyer MC, Winkler I, et al. A prospective study of quality of life in schizophrenia in three European countries. *Schizophr Res* 2002;93:194-202.
170. Conley RR, Svanum HA, Zhu B, et al. The burden of depressive symptoms in the long term treatment of patients with schizophrenia. *Schizophr Res* 2007;90:186-197.
171. Franz M, Lis S, Plüddemann K, Gallhofer B. Conventional versus atypical neuroleptics: Subjective quality of life in schizophrenic patients. *Br J Psychiatry*. 1997;170:422-425.
172. Candan ZA: Şizofrenili hastalarda metabolik sendrom, yaşam kalitesi ve ilişkisi. Uzmanlık tezi, Erciyes Üniv. Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı. Kayseri 2008 (yayınlanmamış) s.53.
173. Ciudad A, Alvarez E, Bobes J, San L, Polavieja P, Gilaberte I. Remission in schizophrenia: results from a 1-year follow-up observational study. *Schizophr Res*. 2009;108:214-22.

8. EKLER

Ek-1: Klinik Global İzlenim Ölçeği

KLİNİK GLOBAL İZLENİM ÖLÇEĞİ (KGI)

HASTALIK ŞİDDETİ

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

1. Normal, hasta değil
2. Hastalık sınırında
3. Hafif düzeyde hasta
4. Orta düzeyde hasta
5. Belirgin düzeyde hasta
6. Ağır hasta
7. Çok ağır hasta

DÜZELME

Hastanın ilk değerlendirildiğindeki durumunu düşünürseniz, sizce bu hasta ne kadar değişti?

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

YAN ETKİ ŞİDDETİ

Bu maddeyi sadece ilaç etkisini gözönüne alarak değerlendiriniz. Yan etkiyi en iyi ifade eden seçeneği işaretleyiniz.

1. Hiç yok
2. Hastanın işlevselliğini önemli derecede etkilemiyor
3. Hastanın işlevselliğini önemli derecede etkiliyor
4. Terapötik etkinin yararlarını gözardı ettirecek düzeyde etkiliyor

Ek-2: Pozitif ve negatif belirtiler ölçeği

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

POZİTİF BELİRTİLER ÖLÇEĞİ								GENEL PSİKOPATOLOJİ ÖLÇEĞİ							
P1. Sanrılar	1	2	3	4	5	6	7	G1. Bedensel kaygı	1	2	3	4	5	6	7
P2. Düşünce dağınıklığı	1	2	3	4	5	6	7	G2: Anksiyete	1	2	3	4	5	6	7
P3. Varsanılar	1	2	3	4	5	6	7	G3. Suçluluk duyguları	1	2	3	4	5	6	7
P4. Taşkınlık	1	2	3	4	5	6	7	G4. Gerginlik	1	2	3	4	5	6	7
P5. Büyüklük duyguları	1	2	3	4	5	6	7	G5. Manyerizm ve vücut durumu	1	2	3	4	5	6	7
P6. Şüphecilik/kötülük görme	1	2	3	4	5	6	7	G6. Depresyon	1	2	3	4	5	6	7
P7. Düşmanca tutum	1	2	3	4	5	6	7	G7. Motor yavaşlama	1	2	3	4	5	6	7
NEGATİF BELİRTİLER ÖLÇEĞİ								G8. İşbirliği kuramama	1	2	3	4	5	6	7
								G9. Olağan dışı düşünce içeriği	1	2	3	4	5	6	7
								G10. Yönelim bozukluğu	1	2	3	4	5	6	7
								G11. Dikkat azalması	1	2	3	4	5	6	7
								G12. Yargılama ve içgörü eksikliği	1	2	3	4	5	6	7
								G13. İdare bozukluğu	1	2	3	4	5	6	7
								G14. Dürtü kontrolsüzlüğü	1	2	3	4	5	6	7
								G15. Zihinsel aşırı uğraşı	1	2	3	4	5	6	7
G16. Aktif biçimde sosyal kaçınma	1	2	3	4	5	6	7								

PUANLAMA: Pozitif belirtiler: Negatif belirtiler: Genel psikopatoloji: Toplam:

Ek-3: Şizofreni hastaları için yaşam niteliği ölçeği

ŞİZOFRENİ HASTALARI İÇİN YASAM NİTELİĞİ ÖLÇEĞİ

1-EVDE BİRLİKTE YAŞADIĞI KİŞİLERLE İLİŞKİLER

Bu madde, kişinin evde birlikte yaşadığı kişilerle/ailesiyle yakın ilişkilerini değerlendirmek üzere düzenlenmiştir. Yakın ilişkiler, karşılıklı bakım ve paylaşımı da içerir.

ÖNERİLEN SORULAR

Evde birlikte yaşadığınız kişiler arasında özellikle yakın olduklarınız var mı?

Bu kişilere kişisel konularınızı açar mısınız? Bu kişilerle ne sıklıkta konuşuyorsunuz? Bu kişilerle olan ilişkilerinizi anlatır mısınız? Birlikte neler yapıyorsunuz. Evde bulunduğunuz zamanlarda vaktinizin çoğunu yalnız mı yoksa evdeki diğer kişilerle birlikte mi geçiriyorsunuz?

DEĞERLENDİRME

0- Gerçek anlamda bir yakınlık yok.

2- Yalnızca seyrek olarak yakın etkileşim var.

3-

4- Bir ölçüde istikrarlı sayılabilecek yakın etkileşimler var, ancak yoğunluğu ya da düzeyi düşük; veya düzensiz ve tutarsız olarak gerçekleşiyor.

5-

6- Evde birlikte yaşadığı kişilerle olan yakın ilişkilere yeterli katılım gösteriyor.

9- Eğer kişi yalnız yaşıyorsa ve yakınında hiç bir aile üyesi yoksa, burayı işaretleyiniz.

2-ARKADAŞLIK İLİŞKİLERİ

Bu madde kişinin evde birlikte yaşadığı kişiler ya da aile üyeleri dışındaki kişilerle kurduğu yakın ilişkileri değerlendirmek üzere hazırlanmıştır. Yakın ilişkiler karşılıklı bakım ve paylaşımı da içerir. Kişinin ruh sağlığı çalışanları ile kurduğu ilişkiler kapsam dışıdır.

ÖNERİLEN SORULAR

Aileniz ya da birlikte yaşadığınız kişiler dışında özellikle yakın oldunuz arkadaşlarınız var mı? Bu kişilere kişisel konularınızı açar mısınız? Kaç arkadaşınız var? Bu kişilerle telefonla veya yüzyüze ne sıklıkta görüşüyorsunuz? Arkadaşlarınızla olan ilişkilerinizi anlatır mısınız? Arkadaşlarınız kişisel konularını sizinle konuşurlar mı?

DEĞERLENDİRME

0- Gerçek anlamda yakın bir arkadaşlık ilişkisi yok.

1-

2- Yalnızca seyrek olarak yakın ilişkiler var.

3-

4- Bir ölçüde istikrarlı sayılabilecek yakın ilişkiler var, ancak yoğunluğu ya da düzeyi düşük; veya düzensiz ve tutarsız olarak gerçekleşiyor.

5-

6- Birden fazla kişiyle yakın ilişkilere yeterli katılım var.

3-TANIDIK EDİNEBİLME

Bu madde, bir önceki maddede söz edilen duygusal yatırım olmaksızın kişinin bir biçimde ilgi gösterdiği/hoşlandığı veya ortak faaliyet ve ilgi alanlarını paylaştığı kişilerle olan ilişkilerini değerlendirmek üzere hazırlanmıştır. Evde birlikte yaşadığı kişiler ve ruh sağlığı çalışanları ile olan ilişkiler kapsam dışıdır.

ÖNERİLEN SORULAR

Yakın arkadaşlarınızdan başka, birlikte faaliyette bulunmaktan ya da çeşitli ilgi alanlarını paylaşmaktan hoşlandığınız kişiler var mı? Kaç kişi var? Bu kişilerle ne sıklıkta bir araya geliyorsunuz?

Birlikte neler yapıyorsunuz? Üyesi olduğunuz bir kulüp veya dernek var mı? Düzenli olarak katıldığınız bir faaliyet alanınız var mı? İş arkadaşlarınızla iş dışında temaslarınız oluyor mu? Örneğin, birlikte öğle yemeğine çıkar mısınız ya da iş çıkışı bir şeyler yapar mısınız?

DEĞERLENDİRME

0- Gerçek anlamda bir tanıdıklık bağı kuramıyor.

1- '.

2- Az sayıda kişiyle ve yalnızca seyrek olarak temas kurabiliyor.

3-

4- Kurabildiği ve halen sürdürmekte olduğu bazı tanıdıklıklar olsa da, bu ilişkilerde paylaşılan etkinlikler oldukça sınırlı ve dar kapsamlı.

5-

6- Yeterli düzeyde tanıdık edinebiliyor ve ilişkiyi sürdürüyor.

4-SOSYAL AKTİVİTELER

Bu madde, eğlenmek, hoş vakit geçirmek amacıyla diğer insanlarla birlikte gerçekleştirilen faaliyetlere katılım düzeyini değerlendirmek üzere hazırlanmıştır. İş, okul gibi esas olarak başka amaçlara hizmet eden faaliyetler ve psikoterapi kapsam dışıdır.

ÖNERİLEN SORULAR

Eğlenmek, hoş vakit geçirmek amacıyla, diğer insanlarla bir araya geliyor musunuz? Bu tür faaliyetlere ne sıklıkta katılıyorsunuz? Bu faaliyetler hakkında biraz bilgi verir misiniz? Düzenli olarak katıldığınız sosyal aktiviteler var mı?

DEĞERLENDİRME

0- Gerçek anlamda bir sosyal aktivite yok.

2- Sosyal aktivitelere seyrek olarak katılım gösteriyor, ancak bu katılım düzenli bir tarzda değil ya da kişinin ailesi veya birlikte yaşadığı kişilerle sınırlı.

3-

4- Sıklık veya çeşitlilik yönünden az olmakla birlikte, bazı düzenli faaliyetlere katılıyor.

5-

6- Yeterli düzeyde sosyal aktivitede bulunuyor.

5-SOSYAL BAĞLAR

Bu madde, kişiyle ilgilenen, onun esenliği için kaygı duyan ya da faaliyetleri hakkında bilgisahibi olan insanlardan oluşan sosyal bağlarının ne düzeyde olduğunu! değerlendirmek üzere hazırlanmıştır. Ruh sağlığı çalışanları ile kurulan sosyal bağlar kapsam dışıdır.

ÖNERİLEN SORULAR

Sizinle ilgilenen, mutluluğunuzu ve sağlığını düşünen, esenliğiniz için kaygı duyan insanlar var mı?

Kaç kişi? Bu kişiler bu ilgilerini nasıl ifade ediyorlar? Hayatınızda önemli ve heyecan verici bir olay olsaydı, kiminle bağlantı kurardınız ya da kime haber verirdiniz? Beslenme, ulaşım, günlük yaşamla ilgili pratik sorunlar gibi günlük konularda size duygusal olarak destek veren ya da yardımcı olan insanlar var mı?

Başınıza herhangi bir şey gelse, yardım için başvurabileceğiniz veya güvenebileceğiniz insanlar var mı?

DEĞERLENDİRME

0- Gerçek anlamda bir sosyal bağ yok.

2- Hastanın sosyal bağları çok az sayıda ya da düzeydedir ve/veya yakın aile üyeleriyle sınırlıdır.

3-

4- Sosyal bağları bir ölçüde mevcut olsa da, sayısı veya düzey olarak az.

5-

6- Hem nicelik hem nitelik yönünden yeterli düzeyde sosyal bağ mevcut.

6-GİRİŞKENLİK

Bu madde kişinin toplumsal etkileşimlerini yönlendirmede aktif olma düzeyini değerlendirmek için hazırlanmıştır (etkileşimin türünü, düzeyini, kiminle olduğunu saptayınız).

ÖNERİLEN SORULAR

İnsanlarla bir şeyler yapmak söz konusu olduğunda, genellikle teklif sizden mi yoksa onlardan mı gelir?

Arkadaşlarınızla bir araya geldiğinizde ne yapılacağına kim karar verir? Eğlenmek ya da hoş vakit geçirmek için bir fikriniz olduğunda, diğer insanları davet etmek zor geldiği için, bazen bu fırsatı kaçırdığınız oluyor mu?

İnsanları telefonla arar mısınız? İnsanları arayıp görüşme isteğiniz oluyor mu? Eğlenmek, hoş vakit geçirmek istediğinizde, yalnız olmayı mı yoksa başkalarıyla birlikte olmayı mı tercih ediyorsunuz?

DEĞERLENDİRME

0-Sosyal faaliyetlerin gerçekleşmesi hemen hemen tümüyle diğer insanların girişkenliği ile mümkün oluyor.

2-Kişi ara sıra girişkenlik davranışları gösterse de, genel olarak sosyal edilginliği nedeniyle sosyal yaşamında belirgin bir fakirleşme sözkonusu; veya girişkenliği sadece yakın aile üyeleriyle sınırlı.

3-

4-Girişkenliği yeterli düzeyde olmasa da, bu durum kişinin sosyal aktiviteleri üzerinde çok az düzeyde olumsuz sonuçlara neden oluyor.

5-

6-Yeterli düzeyde girişken.

7-TOPLUMDAN UZAKLAŞMA

Bu madde, kişinin rahatsızlığı ya da ilgisizliğine bağlı olarak, sosyal etkileşimlerden aktif olarak kaçınma, uzaklaşma düzeyini değerlendirmek üzere hazırlanmıştır.

ÖNERİLEN SORULAR

İnsanlarla ilişkide bulunmak sizin için rahatsız edici oluyor mu? Başka insanlar size birlikte bir şeyler yapmayı teklif ettiklerinde reddettiğiniz oluyor mu? Böyle bir teklif gelse, reddeder miydiniz? Yapacak hiç bir işiniz olmadığında dahi, bu tür teklifleri reddettiğiniz oluyor mu? Sadece başka insanlarla ilişki kurmayı gerektiriyor diye, önemli işlerinizi yapmaktan kaçındığınız oluyor mu? Telefonlara yanıt vermekten kaçındığınız oluyor mu?

Bu tür davranışlarınızın yaşamınızı nasıl etkilediğini düşünüyorsunuz?

İnsanlarla yalnızca istediğiniz bir şeyi başarmada onların yardımına ihtiyaç duyduğunuz için mi ilişki kuruyorsunuz?

Yalnızlığı, evde tek başına kalmayı tercih ettiğiniz olur mu? Ne sıklıkta?

DEĞERLENDİRME

0- Gerçek anlamda sosyal ilişkilerden aktif olarak kaçınıyor

2- Kendi amaçları için çok az sosyal ilişki kurmakla birlikte, temel ihtiyaçlarını karşılayacak ölçüde sosyal temaslara giriyor; veya içe kapanma durumu sadece yakın aile üyeleri ile olan ilişkilerinde mevcut değil.

3-

4- Bazı doyum verici ve eğlendirici sosyal uğraşılardan olsa da, bunlar kaçınmaya bağlı olarak azalmış durumda.

5-

6-Toplumdan uzaklaşma eğilimi taşıdığını gösteren hiç bir bulgu yok.

8-KARŞI CİNSLE İLİŞKİLER

Bu madde, kişinin karşı cinsinden olan kişilerle, olgun-yakın bir ilişki kurabilme, ve doyum verici cinsel yaşam kapasitesini değerlendirmek üzere hazırlanmıştır.

*Bu maddenin yazılış mantığı, kişinin karşı cinsle ilgi duyan bir tercihe sahip olduğunu varsaymaktadır. Kişinin sürekli ve tutarlı bir eşcinsel tercihinin açıkça saptandığı durumlarda, tarzınızı bu duruma uygun olarak düzenleyiniz ve aynı kapasiteleri kişinin durumuna uygun olarak değerlendirir;

ÖNERİLEN SORULAR

BEKARLAR İÇİN;

Katıldığınız toplumsal faaliyetlerde kadınlar da (erkekler de) oluyor mu?

Karşı cinsten kaçındığınız ya da onlarla ilişki kurmayı çok fazla rahatsız edici bulduğunuz oluyor mu?

Karşı cinsten birisi ile randevulaşıp bulduğunuz oluyor mu? Kız (erkek) arkadaşınız oldu mu? Kaç kişi? Ne düzeyde? Bu ilişkiler hakkında biraz bilgi verebilir misiniz? Bu ilişki sizin için doyum verici miydi? Duygusal olarak bu ilişkiye ne ölçüde katıldığınızı düşünüyorsunuz? Hiç aşık oldunuz mu?

Cinsel ilişkiniz oldu mu? İlişkinizin yeterince doyum verici olduğunu düşünüyor musunuz? Karşı cinsten bir arkadaşınıza sarılmak, öpmek gibi sevginin bedensel ifadelerini gösterdiğiniz oluyor mu?

EVLİLER İÇİN;

Evliliğiniz nasıl gidiyor? Esinizle neler paylaşıyorsunuz? Eşinizle neler konuşuyorsunuz? Onunla kişisel duygu ve düşüncelerinizi paylaşıyor musunuz? Kavga ettiğiniz oluyor mu? Ne sıklıkta?Eşinize sarılmak, öpmek gibi sevginin bedensel ifadelerini gösteriyor musunuz? Cinsel yaşamınızı yeterince doyum verici buluyor musunuz? Kendinizi eşinize ne Ölçüde yakın hissediyorsunuz?

DEĞERLENDİRME

0- Karşı cinse karşı hiç bir ilgi yok veya aktif olarak kaçınma mevcut.

2- Karşı cinsle ancak aşağıdaki sınırlılıklar içinde olabilen temaslar mevcut; duygusal katılım olmaksızın sadece bedensel rahatlatma sağlayan cinsel aktivite. İlişkide ciddi ve sürekli kesintiler var.Doyumsuzluk ve duygusal karmaşa egemen.

3-

4-Tam olmasa da yakınlık ve duygusal yatırım içeren ilişkileri oluyor. Bu ilişkilerin doyum verici yanı ağır basıyor ve ilişkide bazı cinsel davranışlar ve sevginin bedensel ifadeleri mümkün olabiliyor.

5-

6- Genellikle doyum verici ve duygusal yönden zengin, yakın ve uyumlu cinsel davranışlar gösteriyor.

9-MESLEKİ ROLE UYUM

Bu madde, kişinin ne kadar iyi ya da ne kadar eksiksiz şekilde başarılı olduğuna bakılmaksızın, girişimde bulunduğu işteki rolüne uyum düzeyini değerlendirmek üzere hazırlanmıştır. Evde çalışanlar [ev hanımları gibi] için, kişinin üstlendiği sorumlulukların, çalışan normal yeterlikte bir insanın üstlendiği sorumluluklarla karşılaştırıldığında tamgün bir işi ya da bir kısmını ne ölçüde yansıtmadığını düşününüz. Eğer değerlendirilen kişi işsiz ise, uygun iş arama aktivitesi için harcanan zamanı dikkate alınız.

ÖNERİLEN SORULAR

Bir işiniz var mı? Bu işte haftada kaç saat çalışıyorsunuz? İşinize ek olarak okula gidiyor musunuz?

İşinizin dışında, çocuklarınıza bakmak veya ev işleri gibi ek sorumluluklar üstleniyor musunuz?

ÖĞRENCİLER İÇİN;

Ne tür bir eğitim programına devam ediyorsunuz? Kaç ders alıyorsunuz? Okulda haftada kaç saatiniz geçiyor?

Okulun yanısıra çalışıyor musunuz? Okul dışında çocuk bakmak veya ev işleri gibi ek sorumluluklar üstleniyor musunuz?

EVDE ÇALIŞANLAR İÇİN;

Evinizin ve ailenizin bakımına ne ölçüde katılıyorsunuz? Evde üstlendiğiniz sorumluluklar nelerdir?

Çocuk yetiştiriyor musunuz? Evdeki diğer kişiler bu konularda size ne ölçüde yardımcı oluyor?

DEĞERLENDİRME

0- Gerçek anlamda bir mesleki rol uyumu yok.

- 1-
- 2- Yarım günden az.
- 3-
- 4-- Yarım günden fazla, tam günden az.
- 5-
- 6- Tamgün.

10-BAŞARI

Bu madde, kişinin girişimde bulunmayı tercih ettiği belirli bir rolü yerine getirmedeki başarı ve başarıyla sona erdirmeye düzeyini değerlendirmek üzere hazırlanmıştır.

ÖNERİLEN SORULAR

Kişiyeye maaşı, maaş zamları, işinin zorlayıcılığı ve sorumluluğu, işverenden gelen övgü ve yergiler, iş arkadaşlarıyla olan etkileşimin yeterliliği, isine devamsızlık yapıp yapmadığı, terfiler veya iş kariyerinde bir gerileme olup olmadığı yönünde sorular sorunuz.

ÖĞRENCİLER İÇİN;

Okulu, sınıfı, ders programının zorluğu, öğretmenlerden gelen övgü ve eleştiriler, sınıf arkadaşlarıyla olan etkileşiminin yeterliliği, okula devam durumu, verilen ev ödevlerine karşı tutumu, ve ders programının dışındaki aktiviteleri konusunda sorular sorunuz.

EVDE ÇALIŞANLAR İÇİN;

Yemek pişirmek, alışveriş yapmak, bulaşık yıkamak, temizlik yapmak, toz almak, çamaşır yıkamak, evin bütçesini idare etmek, çocukların bakımı ve duygusal ihtiyaçlarını karşılamak gibi yapılması gereken görevlerin yeterli performansta yapılıp yapılmadığı konusunda sorular sorunuz. Bunlara ek olarak ev idaresi, çocuk yetiştirilmesi konularında, aile üyelerinden kişiye yönelik övgü ve eleştirilere ilişkin sorular da sorabilirsiniz.

DEĞERLENDİRME

0- Tercih ettiği rolün işlevlerini yerine getirme girişiminde bulunamıyor veya girişimde bulursa da sürdürmeyecek kadar yetersiz bir performans gösteriyor.

- 1-
- 2- Oldukça düşük bir başarı düzeyini güçle sürdüremeye ancak yetecek bir performans gösteriyor.
- 3-
- 4- Genel olarak yeterli sayılabilecek başarı düzeyi.
- 5-
- 6- Tercih ettiği rolün işlevlerini çok iyi bir biçimde yürütüyor; sürekli ve tutarlı bir başarı grafiği gösteriyor.

11-POTANSİYELİNİ KULLANABİLME BECERİSİ

Bu madde, kişinin mesleki rolünde gerçekleştirdiği uyum ve başarının, sahip olduğu potansiyel ve fırsatlardan yararlanmayı ne ölçüde yansıttığını değerlendirmek üzere hazırlanmıştır. Kişinin yetenekleri, bedensel engelleri, eğitim düzeyi, ekonomik, toplumsal ve kültürel etkenleri göz önünde bulundurunuz. Kişinin potansiyeline değer biçmede, herhangi bir ruhsal hastalık ya da kişilik bozukluğunu doğrudan yansıtan sınırlılıkları dikkate almayınız.

ÖNERİLEN SORULAR

Bu madde, çok yönlü bir karar sürecini gerektirmektedir. Kişinin yetenekleri ve elindeki fırsatları ortaya koymak için gerekli olan açılımları ve kolaylıkları sağlayacak herhangi bir soruyu sorabilirsiniz.

DEĞERLENDİRME

- 0- Potansiyelini gerçekleştirmedi hemen hemen tam bir başarısızlık
- 2- Yeteneklerinin belirgin olarak altında kalan bir işte çalışıyor veya işsiz ancak aktif olarak iş arıyor.
- 3-
- 4- Kapasitesinin bir miktar altında bir işte çalışıyor.
- 6- Mesleki role uyumu ve başarısı, kişinin yetenekleri ve elindeki fırsatlarla orantılı.

12-MESLEKİ DOYUM

Bu madde, kişinin seçtiği mesleki rolde gösterdiği performansı, işini yaparken ne ölçüde rahat ve sıkıntısız olduğunu ve bu isten doyum sağlama düzeyini değerlendirmek üzere hazırlanmıştır.

ÖNERİLEN SORULAR

İşinizi ya da okulunuzu seviyor musunuz? Başka bir işle uğraşmayı tercih eder miydiniz? Bu konuda bir değişiklik planlıyor musunuz? Yaptığınız iş size haz veriyor mu? İşinizin yeterince doyum verici olduğunu düşünüyor musunuz? İşiniz ya da okulunuz kendinizi iyi hissetmenizi sağlıyor mu? İşinize istekle gidiyor musunuz?

DEĞERLENDİRME

- 0- Yaygın bir mesleki doyumsuzluk ve mutsuzluk
- 1-
- 2- Tümüyle mesleki doyumsuzluk yaşamasa da, seçtiği mesleki rol hiç bir olumlu haz duygusu sağlamıyor. Can sıkıntısı eşlik ediyor.
- 3-
- 4- Mesleki rolünde çok az hoşnutsuzluk duyuyor; ya da hoşnutsuzluğu yok fakat isinden aldığı zevk sınırlı
- 5-
- 6- Bazı yakınmaları olsa da, oldukça tutarlı ve düzenli bir mesleki doyum mevcut; yaptığı isten haz alıyor
- * hasta hiç bir mesleki rol işlevi göstermiyorsa bu madde uygulanabilir değildir.

13-AMAÇ EDİNEBİLME

Bu madde kişinin yaşamı için gerçekçi, bütünleşmiş amaçlar ortaya koyma düzeyini değerlendirmek üzere hazırlanmıştır.

ÖNERİLEN SORULAR

Sizin için yaşamı yaşanmaya değer kılan şey nedir? Geleceğe ilişkin olarak düşündüğünüz oluyor mu?
Kendiniz için saptadığınız amaçlarınız var mı? Önümüzdeki birkaç ay yaşamınızın nasıl geçeceğini umuyorsunuz?

Önümüzdeki bir yıl için, özel yaşamınız ya da işinizle ilgili olarak ne tür planlarınız var?

DEĞERLENDİRME

0- Hiç bir planı yok ya da planlar varsa da bunlar garip, sanrısız veya büyük ölçüde gerçekdışı.

1-

2- Geleceğe ilişkin planları var, ancak bunlar müphem, anlaşılmaz ve gerçeği ancak bir ölçüde yansıtıyor; planlar birbirleriyle bütünleştirilmesi bakımından yetersiz veya kişinin yaşamı için pek az önem taşıyor.

3-

4- Yaklaşık bir yıllık bir zaman dilimi için gerçekçi ve açık seçik planları var, ancak bunlar uzun vadeli yaşam planına az derecede entegre edilebiliyor.

5-

6- Hem kısa hem de uzun vadede gerçekçi, açık seçik ve bütünleştirilmiş planlar.

14-MOTİVASYON

Bu madde, kişinin yeterli bir güdülenmeyle, amaca yönelik bir aktiviteyi ne ölçüde başlattığı ya da sürdürebildiğini değerlendirmek üzere hazırlanmıştır.

ÖNERİLEN SORULAR

Amaçlarınızı ne ölçüde gerçekleştirebiliyorsunuz? Son zamanlarda üzerinde çalıştığınız veya başarı ile tamamladığınız şeyler nelerdir? Herhangi bir alanda yapmayı düşündüğünüz ancak bir yolunu bulamadığınız için yapamamış olduğunuz görevler/işler var mı? Bunun gibi, sadece çözüm yolunu bulamadığınızdan ötürü bir işi yapamamış olma yaşantısının günlük aktivitelerinize zarar verdiği oldu mu? Motivasyon düzeyinizi nasıl buluyorsunuz? Kendinizi gayretli, enerjik ve istekli hissediyor musunuz? Tekdüze-yavan bir yaşama saplanıp kalma eğiliminde olduğunuzu düşünüyor musunuz? Bazı şeyleri erteleme eğiliminde oldunuz mu? Bazı şeyleri başarmak için kendinizi bunaltı içinde hissettiğiniz oldu mu?

DEĞERLENDİRME

0- Motivasyon eksikliği nedeniyle temel günlük yaşamı belirgin olarak zarar görüyor.

1-

2- Yaşamın sürdürülmesi için gerekli temel ihtiyaçlarını karşılayabiliyor, ancak herhangi bir alanda ilerleme, gelişme ya da başarı gösteremiyor.

3-

4- Yaşamındaki günlük ihtiyaçları karşılayabiliyor ve bazı yeni başarılar sağlayabiliyor, ancak motivasyon eksikliği bazı alanlarda belirgin bir başarı kaybına neden oluyor.

5-

6- Motivasyon eksikliği yok.

15.ÇEVREYE İLGİ

Bu madde, kişinin çevresiyle ilgili olma ve anlamadığı şeyleri sorma, araştırma düzeyini değerlendirmek üzere hazırlanmıştır. Değerlendirme yapılırken sanrı ve varsanılar gibi psikozdan kaynaklanan durumlara karşı gösterilen ilgi, kapsam dışında tutulmalıdır. Ancak psikozla bağlı olarak gelişen düşüncelerle patolojik olarak ilgilenme halinin gerçek çevreye olan ilgiyi sınırlayabileceğini göz önünde tutunuz.

ÖNERİLEN SORULAR

Hakkında daha çok şey bilmek istediğiniz ya da daha iyi anlamak istediğiniz konular oluyor mu? Ne sıklıkta oluyor?

Bunlar ne tür konular? Bir konuda daha fazla bilgi edinmek için çaba gösterdiğiniz oldu mu? Bunun için neler yapıyorsunuz? Girişim tarzınızla ilgili olarak bilgi verebilir misiniz? Gazete okuyor musunuz? Televizyon, radyo izliyor musunuz? Güncel olaylar, haberler ya da sporla ilgili konulara, yayınlara ilgi duyuyor musunuz? Çevrenizde olan bitenlere gösterdiğiniz ilgi açısından kendinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

DEĞERLENDİRME

O- Yeni konular veya olaylara çok az merak ya da ilgi duyuyor.

1-

2- Nadiren de olsa, çevreye merak/ilgi duyduğu oluyor, ancak bu merak kişinin düşünce ve hareket alanına tam olarak yansımıyor ve süreklilik göstermiyor.

3-

4- Çevresine bir ölçüde ilgi gösteriyor, merak duyuyor, bunlar için zaman harcıyor ve bunlar hakkında bilgi sahibi olmak için gerçek anlamda bir çaba sarfediyor.

5-

6- Birçok konuya ilişkin merakı/ilgisi var ve bu konuların bir kısmı hakkında okuma, soru sorma, planlı gözlemler yapma gibi yöntemlerle bilgi edinmek için çaba gösteriyor.

16-ANHEDONİ

Bu madde, kişinin haz alma, keyif alma kapasitesini değerlendirmek için hazırlanmıştır. Açık ve gözlenebilir bir depresif sendromun (örneğin ajitasyon, ağlama, belirgin aşağılık ve değersizlik duyguları gibi) sonucu olarak görülen anhedoniye değerlendirme dışı tutunuz. Ancak depresyonla karışabilme olasılığı olan toplumdaki uzaklaşma eğilimi, apati gibi tabloların eşlik ettiği anhedoni değerlendirilmeye alınmalıdır. Depresyonun varlığını araştırmak ve bunun haz alma kapasitesi üzerine olan etkilerini tayin edebilmek için gerekli tüm soruları sorunuz.

ÖNERİLEN SORULAR

Eğlenebiliyor musunuz? Yaptığınız bir şeyden gerçekten zevk aldığınız ya da doyum sağladığınız oluyor mu? Ne sıklıkta? Bir çok kişi için eğlenceli gibi görünen şeylerden zevk almakta bir sıkıntınız oluyor mu? Başka insanlarla bu açıdan kendinizi karşılaştırdığınızda arada bir fark görüyor musunuz?

Günün önemli bir bölümünü can sıkıntısı içinde ya da çevrenize ilgisiz kalarak geçirdiğiniz oluyor mu? Ne sıklıkta?

DEĞERLENDİRME

- 0- Haz alma yaşantısı hemen hemen tümüyle yetersiz.
 1-
 2- Seyrek olarak sınırlı ölçüde haz alma yaşantıları oluyor, ancak yetersiz düzeyde.
 3-
 4- Düzeyi ve yoğunluğu düşük olmakta birlikte düzenli sayılabilecek haz yaşantıları oluyor.
 5-
 6- Anhedoni yok. Olsa da bu, kişide o dönemde eşzamanlı olarak bulunan anksiyete ve depresyon ile izah edilebiliyor.

17- ZAMAN KULLANIMI

Bu madde kişinin zamanını nasıl geçirdiğini değerlendirmek üzere hazırlanmıştır. Gün boyu uyumak, yatakta uzanmak, hiç bir şey yapmadan bir yerde oturmak veya programı izlemediği halde televizyonun karşısında oturmak gibi davranışlar, belirli bir amaca dönük olmayan ve eylemsiz bir biçimde geçirilen zaman kullanımına örnek olarak verilebilir.

ÖNERİLEN SORULAR

Vaktinizin çoğunu hiç bir şey yapmadan, sadece bir yerde oturarak veya yatakta kalarak geçirdiğiniz oluyor mu?

Vaktinizin çoğunu televizyon seyrederek veya müzik dinleyerek geçirdiğiniz oluyor mu? 0 sırada televizyondaki programa ya da dinlediğiniz müziğe gerçekten kendinizi verebiliyor musunuz? Yapacak daha iyi bir şeyiniz olmadığı için mi bunları yaptığınızı düşünüyorsunuz? Vaktinizin çoğunu uyuyarak geçirdiğiniz oluyor mu? Ne sıklıkta?

Zamanınızı nasıl değerlendiriyorsunuz? Zamanı boşa harcama eğilimi taşıdığınız oluyor mu?,

DEĞERLENDİRME

- 0- Günlerinin büyük bölümünü amaçsız ve eylemsiz geçiriyor.
 1-
 2- Günlerinin hemen hemen yansını amaçsız ve eylemsiz geçiriyor.
 3-
 4- Günlerinin yarısından azını amaçsız ve eylemsiz olarak geçiriyor.
 5-
 6- Dinlenmek için gerekli olan normal sürenin dışında hiç bir aşın amaçsız ve eylemsiz zaman dilimi yaşamıyor.

18-GÜNLÜK KULLANIMDAKİ KİŞİSEL EŞYALAR

Bu madde, kişinin günlük kullanımda belirli eşyalara sahip olmasını yaşadığımız kültürel ortama katılımın temel gereksinimlerinden biri olduğunu kabul etmektedir.

ÖNERİLEN SORULAR

Bu maddeyi değerlendirebilmek için aşağıda sıralanan 12 eşyanın herbiri hakkında sorular sorunuz. Aşağıda sıralanan şeyleri üzerinizde taşıyor musunuz?

- 1-Cüzdan/çanta
- 2-Anahtarlar
- 3-Ehliyet/kimlik
- 4-Kol saati
- 5-Para/kredi kartı
- 6-Sigorta ya da sosyal güvenlik kartı

Yanınızda ya da evinizde aşağıdaki eşyaları bulundurur musunuz?

- 1-Yaşadığınız şehir ya da bölgenin haritası

- 2-Kendinize ait çalar saat
- 3-Tarak/saç fırçası
- 4-Gecelik/pijama
- 5-Otobüs kartı/bilet
- 6-Jeton/telefon kartı/posta pulu

DEĞERLENDİRME

- 0- Günlük kullanıma ait hiç bir kişisel eşya yok (0 eşya]
- 1-
- 2- Günlük kullanıma ait kişisel eşyaların büyük kısmı yok (3-4 eşya)
- 3-
- 4- Orta düzeyde eksiklik (7-8 eşya)
- 5-
- 6- Az miktarda eksiklik var ya da hiç bir eksiklik yok (11-12 eşya)

19-GÜNLÜK FAALİYETLER

Bu madde, kişinin günboyu belirli faaliyetlerle meşgul olmasının, yaşadığımız kültürel ortama katılımın temel gereksinimlerinden biri olduğunu kabul etmektedir.

ÖNERİLEN SORULAR

Bu maddeyi değerlendirebilmek için aşağıda sıralanan 12 faaliyetin herbiri hakkında sorular sorunuz. Geçtiğimiz iki hafta içinde aşağıdaki faaliyetlerin hangilerini gerçekleştirdiniz?

- Gazete okuma, Fatura ödeme
- Mektup yazma, Sinemaya/tiyatroya gitme
- Otomobil kullanma veya tek başına birtoplu taşıma aracına binme
- Gıda alışverişi, Gıda dışında alışverişi
- Lokantada yemek yemek, Kitap/kaset vb. alışverişi
- Toplantıya katılma, Spor faaliyetine katılma
- Parka ya da eğlence yerlerine gitme

DEĞERLENDİRME

- 0- Günlük kullanıma ait hiç bir kişisel eşya yok (0 eşya)
- 1-
- 2- Günlük kullanıma ait kişisel eşyaların büyük kısmı yok (3-4 eşya)
- 3-
- 4- Orta düzeyde eksiklik (7-8 eşya)
- 5-
- 6- Az miktarda eksiklik var ya da hiç bir eksiklik yok (11-12 eşya)

20-EŞDUYUM

Bu madde, kişinin, karşısındaki diğer kişinin varlığına, bakış açısına ve duygusal durumuna saygı gösterme, dikkate alma, önem ve değer verme yetisini değerlendirmek üzere hazırlanmıştır. Bu değerlendirme, kişinin diğer insanlarla olan etkileşimlerini tanımlamasından ve bu etkileşimleri nasıl gördüğünden yola çıkarak yapılır.

ÖNERİLEN SORULAR

Yakın olduğunuz veya birlikte çok zaman geçirdiğiniz bir kişiyi düşünün. Onunla ilgili olarak sizi neler sinirlendirir veya canınızı sıkır, kızdırır? Yaptığınız hangi şeyler onu sevindirir, hoşnut eder? Onu üzüntülü, sıkıntılı gördüğünüzde nasıl bir tepkide bulunursunuz? Onunla bir tartışmaya girseniz ya da fikir ayrılığınız olsa, bu durumu nasıl çözümlersiniz? Genellikle başka insanların duygularına

karşı duyarlı olduğunuzu düşünüyor musunuz? Başka insanların neler hissettikleri sizi ilgilendirir mi? Bu sizi nasıl etkiler?

DEĞERLENDİRME

0- Eşduyum yetisi yok.

- 1-
- 2- Eşduyum yetisi, kendi benmerkezci bakış açısı nedeniyle büyük ölçüde bozuk.
- 3-
- 4- Karşısındaki insanların bakış açılarını ve duygularını dikkate alabiliyor, ancak kendi dünyasına dalma eğiliminde.
- 5-
- 6- Çoğunlukla karşısındaki kişinin durumunu kendiliğinden dikkate alabiliyor; onun duygusal tepkilerini sezebiliyor ve bu bilgiyi kendi tepkilerini, davranışlarını düzenlemede kullanabiliyor.

21-GÖRÜSMECİ İLE DUYGUSAL ETKİLEŞİM VE İŞBİRLİĞİ

Bu madde kişinin aşağıdaki yetilerini değerlendirmek üzere hazırlanmıştır: -Görüşmeci ile görüşme yapabilme ve sürdürülebilirlik -Görüşmeciye duygusal olarak bağlantının sürdürdüğünü hissettirebilme - Bu maddenin değerlendirilmesi, tüm görüşmeyi temel alan kapsamlı bir kararı gerektirir.

DEĞERLENDİRME

0- Görüşmeci, kişinin görüşmek istememesi ve çok az tepki vermesiyle, kendisine gerçek anlamda önem verilmediğini hisseder.

- 1-
- 2- Görüşmeye çok sınırlı bir katılım.
- 3-
- 4- Görüşmeye katılımında sınırlılıklar var ve düzenli değil.
- 5-
- 6- İstikrarlı ve iyi bir görüşme.

ŞİZOFRENİ HASTALARI İÇİN YAŞAM NİTELİĞİ ÖLÇEĞİ Değerlendirme Formu

Hastanın adı soyadı :

Tarih :

Görüşmecinin adı soyadı:

	0	1	2	3	4	5	6
1-EVDEKİ İLİŞKİLER							
2-ARKADAŞLIK İLİŞKİLERİ							
3-TANIDIK EDİNEBİLME							
4-SOSYAL AKTİVİTELER							
5-SOSYAL BAĞLAR							
6-GİRİŞKENLİK							
7-TOPLUMDAN UZAKLAŞMA							
8-KARŞI CİNSLE İLİŞKİLER							
9-MESLEKİ ROLE UYUM							
10-BAŞARI							
11-POTANSİYELİNİ KULLANABİLME							
12-MESLEKİ DOYUM							
13-AMAÇ EDİNEBİLME							
14-MOTİVASYON							
15-ÇEVREYE İLGİ							
16-ANHEDONİ							
17-ZAMAN KULLANIMI							
18-KİŞİSEL EŞYALAR							
19-GÜNLÜK FAALİYETLER							
20-EŞDUYUM							
21-GÖRÜŞMECİ İLE ETKİLEŞİM							

I- KİŞİLERARASI İLİŞKİLER (1-8) :

II- MESLEKİ ROL (9-12) :

III- RUHSAL BULGULAR (13-17,-20-21) :

IV- KİŞİSEL EŞYA/FAALİYET (18,19) :

TOPLAM :

Ek-4: Global Değerlendirme Ölçeği

GLOBAL DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (GAF)

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

PUAN:

Ek-5: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Form

WHOQOL-BREF (TR)

SİZİNLE İLGİLİ

Başlamadan önce kendinizle ilgili genel bir kaç soruyu cevaplamanızı istiyoruz. Lütfen doğru yanıtları yuvarlağa alınız ya da verilen boş yerleri doldurunuz.

Cinsiyetiniz nedir? Erkek Kadın

Doğum tarihiniz nedir? _____ / _____ / _____
GÜN / AY YIL

Gördüğünüz en yüksek eğitim derecesi nedir? Hiç eğitim almadım
İlkokul-ortaokul
Lise veya eşdeğeri
Yüksek

Medeni durumunuz nedir?

hiç evlenmemiş ayrılmış
evli boşanmış
evli gibi yaşıyor eşi ölmüş

Şu anda bir hastalığınız var mı? evet hayır

Eğer şu anda sağlığınıza ilgili yolunda gitmeyen bir durum varsa, sizce bu nedir?

_____ hastalık / sorun

Açıklama

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınıza ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. **Lütfen bütün soruları cevaplayınız.** Eğer bir soruya hangi cevabı vereceğinizden emin olamazsanız, **lütfen size en uygun görünen cevabı** seçiniz. Genellikle ilk verdiğiniz cevap en uygunu olacaktır.

Lütfen kurallarınızı, beklentilerinizi, hoşunuza giden ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli olarak gözönüne alınız. Yaşamınızın **son iki haftasını** dikkate almanızı istiyoruz. Örneğin bir soruda son iki hafta kastedilerek şöyle sorulabilir:

	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
İhtiyacınız olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

Son iki hafta boyunca başkalarından aldığınız desteğin miktarını en iyi karşılayan rakamı yuvarlağa almalısınız. Buna göre, eğer başkalarından çokça yardım aldıysanız, aşağıdaki gibi 4 rakamını yuvarlağa almanız gerekiyor:

	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
İhtiyacınız olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

Son iki hafta içinde, ihtiyacınız olan desteği başkalarından hiç alamadıysanız, 1 rakamını yuvarlağa almalısınız.

Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtın rakamını yuvarlağa alınız.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
1 G1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
2 G4	Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri **ne kadar** yaşadığınızı soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
3 F1.4	Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
4 F11.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	1	2	3	4	5
5 F4.1	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	1	2	3	4	5
6 F24.2	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Son derecede
7 F5.3	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	1	2	3	4	5
8 F16.1	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
9 F22.1	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde **tam olarak** yaşadığınızı ya da yapabildiğinizi soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
10 F2.1	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	1	2	3	4	5
11 F7.1	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	1	2	3	4	5
12 F18.1	İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?	1	2	3	4	5
13 F20.1	Günlük yaşamınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?	1	2	3	4	5
14 F21.1	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorularda, son iki hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde **iyi ya da doyurucu** bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir.

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
16 F13.3	Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
17 F10.3	Günlük uğraşlarınızı yürüteme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
18 F12.4	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
19 F6.3	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
20 F13.3	Aileniz dışındaki kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
21 F15.3	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
22 F14.4	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
23 F17.3	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
24 F19.3	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
25 F23.3	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiçbir zaman	Nadiren	Arasına	Çoğunlukla	Her zaman
26 F8.1	Ne sıklıkta hüzün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi	1	2	3	4	5

Aşağıdaki soru son iki hafta içinde bazı şeyleri **ne sıklıkta** hissettiğiniz ya da yaşadığınıza ilişkindir.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
U. 27	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	1	2	3	4	5

Bu formun doldurulmasında size yardım eden oldu mu?

..... Bu formun doldurulması ne kadar süre aldı?

Soru formu ile ilgili yazmak istediğiniz görüş var mı?

Ek-6: Sosyodemografik veri toplama formu**SOSYODEMOGRAFIK BİLGİ FORMU**

PROT NO:

Dr

Tarih:

Adı Soyadı:

Doğum tarihi:

Hastalık başlangıç yaşı:

Adres ve Tel:

Medeni durum:

(1) Bekar (2) Evli (3) Dul (4) Boşanmış

Eğitim Durumu:

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

(6) yüksekokul

Hastanede yatış öyküsü var mı?

EKT uygulanmış mı ?

Yaşam şekli:

(1) yalnız yaşıyor (2) anne-baba ile (3) eş ve çocuklarla birlikte (4) diğer bir yakınlarıyla birlikte (5) başkalarıyla birlikte (6) Bakımevi (7) diğer..

Çalışma durumu:

(1) Öğrenci (2) Çalışıyor (3) İşsiz (4) Emekli (5) Malülen Emekli

Çalışmaya başladığı zaman: Çalışılan zaman (ay olarak):

Askerlik Durumu:

Askerlik yaptı mı? (1=evet, 2=hayır)

Hastanın askerlikten ne şekilde ayrıldığı:

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

Sosyal güvencesi:

(1) yok (2) emekli sandığı/bağkur/sigorta (3) yeşil kart (4) kaymakamlık (5) özel sigorta

(6) diğer

Sigara:

Hastalık türü: (1) paranoid (2) dezorganize (3) katatonik (4) rezidüel (5) farklılaşmamış

Şuan kullanmakta olduğu tedavi:

Ek-7: Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Onay Formu

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ, TIBBİ ETİK KURULU
MEDICAL ETHICS COMMITTEE OF MEDICAL FACULTY, UNIVERSITY OF GAZİANTEP
GAZİANTEP-TÜRKİYE

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYI

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMA ADI	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran remisyonda olan ve remisyonda olmayan şizofreni hastalarının yaşam kalitesi ve yaşam niteliklerinin karşılaştırılması				
	SORUMLU ARAŞTIRICI UNVANI/ADI	Yrd.Doç.Dr.Osman VIRİT G.Ü.Tıp Fak.,Psikiyatri A.D. öğretim üyesi				
	KOORDİNATÖR MERKEZ					
	DESTEKLEYİCİ FIRMA					
DEĞERLENDİRİLEN İLGİLİ BELGELER	Belge Adı	Değişiklik No/ Tarihi	Dili			
	PROTOKOL	-	Türkçe			
	ARAŞTIRICI BROŞÜRÜ	-	Türkçe			
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLURU	-	Türkçe			
	OLGU RAPOR FORMU	-	Türkçe			
ÇALIŞMA ESASI	İYİ KLİNİK UYGULAMALAR KLAVUZU					
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:05-2009 / 165		Tarih: 21/05/2009			
	Fakültemiz Psikiyatri Anabilim Dalında yapılması planlanan ve yukarıda adı geçen klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgelerin araştırmanın gerekeçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak 21.05.2009 tarihli Etik Kurul toplantısında incelenmesi sonucunda uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.					
ETİK KURUL ÜYELERİ						
Unvanı /Adı/ Soyadı Etik Kurul Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyet	İlişki (*)	Katılım (**)	
Doç. Dr. Belgin ALAŞEHİRLİ Başkan	Farmakoloji	Gaziantep Üniv. Tıp Fak. Farmakoloji A.D.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof.Dr.Münife NEYAL Başkan Yardımcısı	Nöroloji	Gaziantep Üniv. Tıp Fak. Nöroloji A.D.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof.Dr.Levent ELBEYLİ	Göğüs Cerrahi	Gaziantep Üniv. Tıp Fak. Göğüs Cer.A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof.Dr.Suna ERKİLİÇ/ Üye	Patoloji	Gaziantep Üniv.Tıp Fak. Patoloji A.D.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç.Dr.Özlem KESKİN Üye / Raportör	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Gaziantep Üniv. Tıp Fak. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç.Dr.Sadrettin PENÇE Üye	Fizyoloji	Gaziantep Üniv.Tıp Fak. Fizyoloji A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç.Dr.M.Cemil SAVAŞ Üye	Gastroenteroloji	Gaziantep Üniv. Tıp Fak. İç Hst.A.D. (Gstr.B.D.)	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. İclal GEYİKLİ ÇİMENCİ Üye	Biyokimya ve Klinik Biyokimya	Gaziantep Üniv. Tıp Fak. Biyokimya ve Klinik Biyokimya A.D.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Uzm.Ecz.H.Zühal ÖNGEN Üye	Eczacılık	Türk Eczacılar Birliği 8.Bölge Gaziantep Eczacılar Odası	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	

* Araştırma ile ilişki
** Toplantıda Bulunma

Ek-8: Bilgilendirilmiş Olur Formu

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUYUNUZ ve ANLAMADIKLARINIZI HEKİMİNİZE SORUNUZ

Sayın

"Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran remisyonda olan ve remisyonda olmayan şizofreni hastalarının yaşam kalitesi ve yaşam niteliklerinin karşılaştırılması" isimli bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırma hakkında ayrıntılı bilgi almanız, bu araştırmanın niçin yapıldığını, nasıl yapılacağını ve bu araştırmanın gönüllü katılımcılara getireceği olası faydaları ve riskleri bilmeniz ve bu formda bahsi geçen konuları anlamanız gereklidir. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz doktorunuza sorunuz.

Araştırmaya katılmak yada katılmamak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Bir çalışmaya katıldıktan sonra herhangi bir zamanda fikrinizi değiştirdiğiniz takdirde ilgili doktorunuza bilgi vererek çalışmadan çıkma hakkınız vardır. Çalışmaya katılmadığınız veya çalışmadan çıkma kararı verdiğiniz takdirde de bu kararınızdan dolayı herhangi bir zarar görmeyeceğinizden ve tedavinizin bilinen en iyi şekilde ve yöntemlerle yapılmaya devam edileceğinden emin olun.

Bu çalışmadan elde edilen bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır.

Bu çalışmaya katılmaya karar verdiğinizde hekiminizin size anlatacağı işlemlere katılmayı kabul ettiğinizi, çalışma süresince hekiminizin gelmenizi istediği tarihlerde hekiminizle görüşmek üzere kontrole gelmeyi ve hekiminizin çalışma süresince size yapacağı önerilere (örneğin bazı ilaçları almamanız gibi) uyacağınızı kabul ettiğinizi; İlgili hekimin gerek gördüğü takdirde sizi çalışmadan çıkarabileceğini de lütfen aklınızda tutunuz. Çalışma esnasında herhangi bir istenmeyen durumla karşılaştığınızda doktorunuz Mehmet Hanifi Kokaçya'ya 0342 360 60 - 76359 veya 0505 2585954 nolu telefon aracılığı ile ulaşabilirsiniz.

Size katılmanız için teklif edilen çalışma Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulu tarafından 21.05.2009 tarih ve 05-2009/165 no ile onaylanmıştır. Bu çalışma hastalığınızın nedenleri, oluş biçimi, komplikasyonları ve/veya tedavi yaklaşımlarının sonuçlarını değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Sonuçları sizin tedavinizde herhangi bir değişikliğe neden olmayabilir. Ancak zaman içinde bilgilerin değerlendirmesi tamamlandığında size ya da benzer hastalığı olan kişilere tıbbi yaklaşımın iyileştirilmesine katkıda bulunabilir.

Hamilelerle yapılacak çalışmalarda önemli kısıtlamalar mevcuttur. Bu nedenle hamile olma yada çalışma bitinceye kadar hamile kalma ihtimaliniz varsa bunu doktorunuza mutlaka ve açıkça bildirmelisiniz.

Çalışma boyunca yapılacak rutin uygulamaların dışında kalan işlemler için sizden herhangi ek bir ücret talep edilmeyecektir; size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma Sorumlusu
Yard. Doç. Dr. Osman VIRİT

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Çalışmanın Adı: Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran remisyonda olan ve remisyonda olmayan şizofreni hastalarının yaşam kalitesi ve yaşam niteliklerinin karşılaştırılması

Çalışmanın Amacı:

Bu çalışmada amaç, remisyonda olan ve remisyonda olmayan şizofreni hastalarının yaşam kalitesi ve yaşam niteliklerinin karşılaştırılmasıdır. Çalışma sırasında hastalara; Şizofreni hastaları için yaşam niteliği ölçeği, Dünya sağlık örgütünün WHOQOL-BREF (TR) Yaşam kalitesi ölçeği, Klinik global izlenim ölçeği (CGI), Pozitif ve negatif sendrom ölçeği (PANSS) Ve Global değerlendirme ölçeği (GAF) uygulanacaktır. Gerekirse hasta yakınından da hastayla ilgili bilgiler alınacaktır.

Ben,, yukarıdaki metni okudum ve katılmam istenen '**Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran remisyonda olan ve remisyonda olmayan şizofreni hastalarının yaşam kalitesi ve yaşam niteliklerinin karşılaştırılması'** isimli çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkanı buldum. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Bu çalışmayı istediğim zaman bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman tedavimi üstlenenlerin benim tedavimi bilinen en iyi şekilde ve yöntemlerle sürdürmeye devam edeceğini anladım.

Bu koşullarda söz konusu çalışmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

GÖNÜLLÜ	
Adı Soyadı: Adresi:	Telefon : İmza
VELİ, VASİ VEYA VEKİL (18 yaşından küçük olanlar için)	
Adı Soyadı: Adresi:	Telefon : (0) İmza:
Yakınlığı:	
ARAŞTIRMACI	
Adı Soyadı: Arş. Gör. Dr. Mehmet Hanifi	Telefon : (0 342) 360 60 60- 76359

KOKAÇYA Adresi: GÜTF Psikiyatri Anabilim dalı	Faks : (0 342) 360 3350 İmza
TANIK	
Adı Soyadı Görevi Adresi:	Telefon: Faks : İmza

(Kırmızı yazılı alanları yazım aşamasında siliniz ve çalışmayla ilgili bilgileri ekleyiniz. Mutlaka gönüllünün anlayabileceği bir dil kullanınız. Kısaltılmış ifadelerden kaçınınız. Mutlaka kısaltma kullanacaksanız önce açık olarak yazıp daha sonra kısaltmayı belirterek kullanınız. Araştırmanın getirebileceği olası faydaları açık olarak yazınız.)

**1) İzlenecek olan yöntem ve yapılacak bütün işlemleri (invazif olsun veya olmasın) ayrıntılı olarak açıklayınız.*

2) Çalışma sırasında hastanın devam etmesi gereken ve/veya kullanmaması gereken ilaçlar varsa bunları belirtiniz, kullanılan ilaç ve/veya yöntemin rutin tıbbi uygulama olup olmadığını belirtiniz.

3) Alternatif tedavi şekilleri varsa gönüllünün anlayabileceği bir dil ile ifade ediniz.

4) Eğer alternatif tedavileri kullanıp faydalanmamış bir hasta grubu ile çalışacaksanız, bunu da belirtiniz.

5) Kan, idrar gibi hasta materyallerinin kullanıldığı çalışmalarda, bu örneklerin alınma sıklığı ve miktarlarını belirtiniz; hastanın hangi sıklıkla ve nasıl bir takip planıyla size gelmesi gerektiğini belirtiniz; mümkünse randevu tarihlerini de yazabileceğiniz boş bir alan bırakınız.

*** 1) Gönüllünün başına gelebilecek, makul olarak öngörülebilir her türlü risk açıkça belirtilmelidir.*

2) Minimal riskten fazla bir riski bulunan araştırma için sigorta veya herhangi bir tazminat olup olmadığı ve bir zarar meydana gelirse herhangi bir şekilde tedavisinin bulunup bulunmadığı açıkça belirtilmelidir.

3) Eğer çalışma sırasında yada çalışma ile ilgili olarak ve/veya uygulayacağınız araştırma yöntemlerinin hasta açısından bir risk taşıması söz konusu değilse bunu da açıkça belirtiniz.

Not: Bu formun bir kopyası gönüllüde kalacak, diğer kopyası hasta dosyasına yerleştirilecek, üçüncü kopya ise sorumlu araştırmacı tarafından araştırma belgeleriyle birlikte saklanacaktır. Sağlıklı gönüllülerden alınacak onam formunun bir kopyası gönüllüde kalacak, ikinci kopyası ise araştırma belgeleriyle birlikte sorumlu araştırmacı tarafından saklanacaktır.