

T.C.
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

**REMİSYON DÖNEMİNDEKİ PSİKOTİK
BOZUKLUK TANILI HASTALARDA YALNIZCA
ANTİPSİKOTİK KULLANANLARLA
ANTİPSİKOTİK VE DUYGUDURUM
DÜZENLEYİCİ KULLANANLARIN METABOLİK
SENDROM VE YAŞAM KALİTESİ AÇISINDAN
KIYASLANMASI**

Dr. Naciye KARABULUT

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Mine ŞAHİNGÖZ

ERZURUM-2018

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İLGİ: 10.10.2018 tarih ve 1800287823 sayılı yazınız.

TIPTA UZMANLIK TEZ SAVUNMA TUTANAĞI

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı tıpta uzmanlık öğrencisi Arş.Gör.Dr. Naciye KARABULUT'un "Remisyon Dönemindeki Psikotik Bozukluk Tanılı Hastalarda Yalnızca Antipsikotik Kullananlarla Antipsikotik ve Duygudurum Düzenleyici Kullananların Metabolik Sendrom ve Yaşam Kalitesi Açısından Kıyaslanması" konulu tezini incelemek üzere oluşturulan tez jürisine üye olarak seçildiğimizin ilgi yazınızla bildirilmesi üzerine jüri üyeleri, 26.10.2018 tarihinde toplanmış ve ilgili öğrenci tez savunmasına alınmıştır.

Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliğinin 19. maddesi gereğince yapılan tez savunmasının tamamlanması sonucunda adı geçen tezi jüri üyelerince oy birliği ile kabul edilmiştir. Bilgilerinize arz ederiz.


Dr Öğr. Üyesi Esat Fahri AYDIN
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D Öğr. Üye.
Jüri Başkanı

Doç .Dr. Mine ŞAHİNGÖZ
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Öğr. Üye.
Jüri Üyesi

Doç.Dr. Yüksel KIVRAK
Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Öğr. Üye.
Jüri Üyesi

İÇİNDEKİLER

TABLolar DİZİNİ	iv
KISALTMALAR DİZİNİ	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Psikoz	3
2.2. Şizofreni	3
2.2.1. Tanım	3
2.2.2. Tarihçe	3
2.2.3. Epidemiyoloji.....	5
2.2.4. Etiyoloji.....	5
2.2.4.1. Kalıtım	5
2.2.4.2. Biyokimyasal Çalışmalar	6
2.2.4.3. Beyin görüntüleme çalışmaları	7
2.2.4.4. Çevresel Faktörler	8
2.2.5. Klinik Belirtiler ve Tanı	8
2.2.6. Gidiş ve Sonlanış	10
2.3. Şizoaffektif Bozukluk	10
2.3.1. Tanım	10
2.3.2. Tarihçe	11
2.3.3. Epidemiyoloji.....	12
2.3.4. Etiyoloji.....	12
2.3.5. Klinik Belirtiler ve Tanı	13
2.3.6. Gidiş ve Sonlanış	14
2.4. Şizofreni ve Şizoaffektif Bozuklukta İlaç Tedavisi	14
2.4.1. Antipsikotik (AP) İlaçlar.....	14
2.4.2. Duygudurum Düzenleyici (DDD) İlaçlar	16
2.5. Metabolik Sendrom.....	18

2.5.1. Tanım	18
2.5.2. Epidemiyoloji.....	20
2.5.3. Etiyoloji.....	20
2.5.4. Metabolik Sendromun Bileşenleri	21
2.5.4.1. Abdominal Obezite	21
2.5.4.2. Hipertansiyon	21
2.5.4.3. Dislipidemi.....	21
2.5.4.4. İnsülin Direnci, Glukoz Tolerans Bozukluğu ve DM.....	22
2.5.5. Tedavi.....	22
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	24
3.1. Veri Toplama Araçları	25
3.1.1. Sosyodemografik Veri Formu.....	25
3.1.2. SCID-I.....	25
3.1.3. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS).....	26
3.1.4. Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (KPDÖ).....	26
3.1.5. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği	26
3.1.6. Yeme Tutumu Testi	27
3.1.7. Yaşam Kalitesi Formu (SF 36)	27
3.1.8. Klinik Global İzlem Ölçeği (KGİÖ).....	28
3.1.9. Morisky İlaç Uyum Ölçeği	28
3.2. İstatistiksel Analiz.....	28
4. BULGULAR.....	30
4.1. Olguların Sosyodemografik Özellikleri	30
4.2. Olguların Psikiyatrik Ve Tıbbi Özgeçmiş İle İlgili Özellikleri.....	31
4.3. Olguların Psikotik Bozukluk ve Psikotik Bozukluk Tedavisi İle İlgili Özellikleri	33
4.4. Olguların Çalışmada Kullanılan Ölçekler İle İlgili Özellikleri.....	35
4.5. Olguların Metabolik Sendrom ve İlgili Parametreleri İle İlgili Özellikleri	37
4.6. Tüm Hastalarda ve Tüm Gruplarda Metabolik Sendrom ve Sosyodemografik Özellikler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	39
4.7. Tüm Hastalarda ve Tüm Gruplarda Metabolik Sendrom ve Psikiyatrik ve Tıbbi Özgeçmiş Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	40

4.8. Tüm Hastalarda ve Tüm Gruplarda Metabolik Sendrom İle Psikotik Bozukluk ve Tedavi Özellikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	41
4.9. Tüm Hastalarda ve Tüm Gruplarda Metabolik Sendrom ve Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	42
4.10. Tüm Hastalarda ve Tüm Gruplarda Metabolik Sendrom ve Metabolik Parametreler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	43
5. TARTIŞMA	44
6. SONUÇLAR	56
7. KAYNAKLAR	57
EKLER.....	73
EK-1. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU	73
EK-2. DSM-IV EKSEN I BOZUKLUKLARI İÇİN YAPILANDIRILMIŞ KLİNİK GÖRÜŞME	75
EK-3. POZİTİF VE NEGATİF SENDROM ÖLÇEĞİ (PANSS)	79
EK 4. KISA PSİKİYATRİK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ	81
EK-5. ARIZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ.....	82
EK-6. YEME TUTUMU TESTİ.....	84
EK-7. SF 36.....	86
EK-8. KLİNİK GLOBAL İZLENİM ÖLÇEĞİ.....	89
EK-9. MODİFİYE MORİSKY ÖLÇEĞİ ANKET SORULARI	90
EK-10. ETİK KURUL ONAYI	91

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. DSM-5 tanı sistemine göre şizofreni tanı kriterleri	9
Tablo 2. Şizofrenide prognoz belirteçleri	10
Tablo 3. DSM-5 tanı sistemine göre Şizoaffektif Bozukluk tanı kriterleri	13
Tablo 4. Olguların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı ve karşılaştırılması....	31
Tablo 5. Olguların psikiyatrik ve tıbbi özgeçmişlerinin dağılımı ve karşılaştırılması	32
Tablo 6. Olguların psikotik bozukluk ve tedavisi ile ilgili özelliklerinin dağılımı ve karşılaştırılması	34
Tablo 7. Olguların PANSS puanı dağılımları ve karşılaştırılması	35
Tablo 8. Olguların KPDÖ puanı dağılımları ve karşılaştırılması.....	35
Tablo 9. Olguların Yeme tutumu testi puanlarının dağılımı ve karşılaştırılması	36
Tablo 10. Yaşam kalitesi ölçeği (SF-36) puanlarının dağılımı ve karşılaştırılması ..	36
Tablo 11. Olguların KGIÖ puanı dağılımı ve karşılaştırılması.....	37
Tablo 12. Olguların Arizona cinsel yaşam ölçeği puanı dağılımı ve karşılaştırılması	37
Tablo 13. Olguların Morisky ilaç uyum ölçeği puanları dağılımı ve karşılaştırılması	37
Tablo 14. Olguların Metabolik Sendrom ve ilgili parametrelerin dağılımı ve karşılaştırılması	38
Tablo 15. Tüm hastalarda ve gruplarda metabolik sendrom ve sosyodemografik özellikler arasındaki ilişki	39
Tablo 16. Tüm hastalar ve gruplarda metabolik sendrom olanlarla olmayanlar arasında psikiyatrik ve tıbbi özgeçmiş özelliklerinin dağılımı ve karşılaştırılması	40
Tablo 17. Tüm hastalar ve gruplarda metabolik sendrom olanlarla olmayanlar arasında psikotik bozukluk ve tedavisi ile ilgili özelliklerin dağılımı ve karşılaştırılması	41
Tablo 18. Tüm hastalar ve gruplarda metabolik sendrom olanlarla olmayanlar arasında çalışmamızda kullanılan ölçek puanlarının dağılımı ve karşılaştırılması	42
Tablo 19. Tüm hastalar ve gruplarda metabolik sendrom olanlarla olmayanlar arasında metabolik parametrelerin dağılımı ve karşılaştırılması	43

KISALTMALAR DİZİNİ

AKŞ	: Açlık kan şekeri
AP	: Antipsikotik
CATIE	: Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness
DDD	: Duygudurum düzenleyici
DM	: Diabetes mellitüs
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EKG	: Elektrokardiyogram
GABA	: Gama Amino Butirik Asit
HDL	: High Density Lipoprotein (Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein)
HT	: Hipertansiyon
IAS	: Uluslararası Ateroskleroz Topluluğu
IDF	: Uluslararası Diabet Federasyonu
KAH	: Koroner arter hastalığı
KGİÖ	: Klinik Global İzlem Ölçeği
KPDÖ	: Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği
LDL	: Low-density lipoprotein
MS	: Metabolik Sendrom
NCEP-ATPIII	: Ulusal Kolesterol Eğitim Programı Erişkin Tedavi Paneli
OGTT	: Oral Glikoz Tolerans Testi ^[1] _[S&P]
PANSS	: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği
SCID	: Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
TEKHARF	: Türk Eriskinleri Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Sıklığı Taraması
TG	: Trigliserid

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve zorlu tez çalışmalarım boyunca bilgi ve deneyiminden faydalandığım, vaktini, hoşgörü, sabır ve emeğini esirgemeyen değerli hocam ve tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Mine ŞAHİNGÖZ'e, değerli hocalarım Doç Dr. Halil ÖZCAN, Doç Dr. Elif ORAL, Öğr Üyesi Dr Esat Fahri AYDIN, Öğr Üyesi Dr Hacer Akgül CEYHUN ve Öğr Üyesi Dr Serap SARI'ya saygı ve teşekkürlerimi sunarım. Asistanlık hayatım boyunca bilgilerini, tecrübelerini ve yakın dostluklarını esirgemeyen tüm araştırma görevlisi arkadaşlarıma teşekkür ederim. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Bölümü başta olmak üzere, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Bölümü ve Nöroloji Bölümünden tüm değerli hocalarıma, asistan arkadaşlarıma, hemşire, psikolog, sekreter ve yardımcı personele teşekkürlerimi sunarım. Ayrıca sevgi, sabır ve desteklerini her zaman hissettiğim aileme teşekkür ederim.

Naciye KARABULUT

ÖZET

Remisyon Dönemindeki Psikotik Bozukluk Tanılı Hastalarda Yalnızca Antipsikotik Kullananlarla Antipsikotik ve Duygudurum Düzenleyici Kullananların Metabolik Sendrom ve Yaşam Kalitesi Açısından Kıyaslanması

Bu çalışmanın amacı, şizofreni ve şizoaffektif bozukluk tanısı olanlardan antipsikotik (AP) ilaç tedavisi alan (grup 1), antipsikotik ve duygudurum düzenleyici (DDD) ilaç tedavisini birlikte alan (grup 2) ve ilaç tedavisi almayan hastalardan oluşan (grup 3) grupların metabolik sendrom sıklığı ve metabolik sendrom ile ilgili parametreler açısından karşılaştırılmasıdır.

Çalışmaya Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi Psikiyatri polikliniğine Ekim 2017 ve Haziran 2018 tarihleri arasında başvuran şizofreni ve şizoaffektif bozukluğu tanılı 90 hasta dahil edildi. Hastalar AP ilaç kullananlar (N:30), DDD ve AP kullananlar (N:30) ve kontrol grubu yeni tanı alanlar (N:30) olarak 3 gruba ayrıldı. Gruplar metabolik sendrom varlığı, sosyodemografik özellikler, vücut kitle indeksi, bel çevreleri, kan basıncı, HDL, LDL, TG, ve açlık kan şekeri açısından karşılaştırıldı.

Tüm gruptaki hastaların %33'ünde (n=30) MS varken, %67'sinde (n=60) MS saptanmadı. Yeni tanı alan gruptaki MS oranı (%26,7) AP alan grup ile AP ve DDD tedavi alan gruptan (%36,7) daha düşük olmakla birlikte, gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildi. Grup-2'de diastolik kan basıncı ve VKİ değerleri Grup-3'e göre istatistiksel olarak yüksekti. Grup-1'de LDL ve TG düzeyleri Grup-3'e göre istatistiksel olarak yüksek saptandı. Grup-1'de ise kolesterol değeri Grup-2'ye göre istatistiksel olarak yüksekti. Bel çevresi değerleri Grup-1 ve Grup-2'de Grup-3'e göre yüksek bulundu.

Ülkemizde şizofreni hastalarında metabolik sendrom sıklığını araştıran çalışmalarda farklı ölçütler kullanılmakla beraber, metabolik sendrom sıklığı %18.9-%42.5 arasında bildirilmiş olup bizim oranlarımız bu bulgularla uyumlu çıkmıştır. Çalışmamızda, psikotik bozukluğu olan hastalarda, antipsikotik ilaç tedavisi alan hastalarda ve antipsikotik ve duygudurum düzenleyici ilaç tedavisini birlikte kullanan hastalarda metabolik sendrom oranı benzer çıkmış olup bu oran yeni tanı alan gruptaki hastalardan istatistiksel olarak anlamlı olamasa yüksek saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Antipsikotik ilaç, duygudurum düzenleyici, metabolik sendrom.

ABSTRACT

Comparison of Metabolic Syndrome and Quality of Life in Patients Who Used Only Antipsychotic Drug And Antipsychotic Combined With Mood Stabilization Drug With Psychotic Disorder in Remission

The aim of this study was to compare the metabolic syndrome frequencies and metabolic syndrome related parameters of patients with schizophrenia and schizoaffective disorder who received antipsychotic (AP) drug treatment (group 1), who received antipsychotic and mood stabilizing (MDS) drug treatment (group 2), and who don't receive drug treatment (group 3).

90 patients that diagnosed with schizophrenia and schizoaffective disorder were admitted to the psychiatry outpatient clinic of Atatürk University Research Hospital between October 2017 and June 2018. Patients were divided into 3 groups that were used AP drugs, were used AP combined with MSD, and were newly diagnosed and not used any medication. Groups were compared for presence of metabolic syndrome, sociodemographic characteristics, BMI, waist circumference, blood pressure, HDL, LDL, triglycerides and fasting blood glucose levels.

MS was present in 33% (n=30) of all patients and 67% (n=60) of MS was not detected in the whole group. The MS rate in the newly diagnosed group (26,7%) was not statistically significant than the groups that was used AP drugs and AP and MSD drugs. Diastolic blood pressure and BMI values in group-2 were statistically higher than group-3. LDL and TG levels in group-1 were statistically higher than group-3 and waist circumference values were higher in group-1 and group-2 than group-3. In group 1, cholesterol level was statistically higher than group 2.

While metabolic syndrome frequency in schizophrenia patients is investigated using different criteria, metabolic syndrome score is reported as 18,9%-42,5% and our rates are consistent with these findings. In our study, the rates of metabolic syndrome in patients with psychotic disorders both who received antipsychotic medication and who used antipsychotic and mood stabilizing medication were higher than those who used not any medication with newly diagnosed. However, there was no statistically significant difference between the three groups.

Key Words: Antipsychotic Drug, Mood Stabilization Drug, Metabolic Syndrome

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Psikoz özgül bir bozukluk olmayan ancak bir çok farklı psikiyatrik hastalık ile ilişkili olan belirtiler kümesidir. Psikoz sanrılar ve varsanılar anlamına gelir. Dezorganize konuşma, dezorganize davranış ve gerçeklik algısında bozulmalar gibi belirtileri içerir. Psikotik bozukluklar şizofreni, şizofreniform bozukluk, şizoafektif bozukluk, sanrısız bozukluk, kısa psikotik bozukluk, madde/ilacın tetiklediği psikotik bozukluk diğer tıbbi durumlara bağlı psikotik bozukluk ve katatoni olmak üzere sekiz özgül bozukluğu kapsar (1).

Şizofreni kişinin insan ilişkilerinden ve gerçekten uzaklaşarak, içe kapandığı, düşünce, duygu ve davranışlarda önemli bozuklukların görüldüğü, genç yaşta başlayan, ağır bir ruhsal bozukluktur (2). Görülme sıklığının 0.4-0.7 arasında olduğu tahmin edilmektedir (3). Şizofreni hastalarının yaşam süreleri genel toplumdan %20 oranında daha kısa bulunmaktadır (4).

(5). Kardiyovasküler hastalık riskini arttıran metabolik sendrom görülme sıklığının şizofreni hastalarında arttığı bulunmuştur (6). Metabolik sendrom (MS) glikoz intoleransı, artmış trigliserid (TG), azalmış HDL, hipertansiyon (HT) ve abdominal obezite ile karakterize klinik bir tablodur (7). Metabolik sendromda ileri yaş, obezite, sedanter yaşam tarzı, dengesiz beslenme ve anlaşılabilen genetik faktörlerin etkileşimi gibi birden fazla etkenin rol oynadığı ileri sürülmektedir (8). Benzer şekilde, şizofreni ve ilişkili bozukluklarda metabolik sendrom görülme riskindeki artışın nedeninin, bu hastalarda sıklıkla görülen sedanter yaşam, sigara içme, kötü beslenme gibi bazı sağlıksız yaşam koşulları ile ilişkili olabileceği bildirilmektedir (6). Diğer taraftan psikotik bozuklukların tedavisinde kullanılan bazı atipik antipsikotik ilaçların da kilo alımı, lipid ve glukoz metabolizmasında değişikliklere neden olarak metabolik sendroma yol açtığı bilinmektedir (9). Psikotik bozuklukların tedavisinde genellikle atipik antipsikotik ilaçlarla birlikte duygudurum düzenleyicileri de içeren birden fazla psikotrop ilaçlar kullanılmaktadır. Valproik asit, karbamazepin, lityum gibi duygudurum düzenleyici ilaçların da metabolik bozukluklarla ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (6, 8).

Bu çalışmada şizofreni ve şizoaffektif bozukluk tanısı olanlardan antipsikotik ilaç tedavisi alan, antipsikotik ve duygudurum düzenleyici ilaç tedavisini birlikte alan ve ilaç tedavisi almayan hastalardan oluşan gruplar metabolik sendrom sıklığı ve metabolik sendrom ile ilgili parametreler açısından karşılaştırılması amaçlanmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Psikoz

Psikoz, birçok psikiyatrik, nörogelişimsel, nörolojik ve tıbbi durumun yaygın ve işlevsel olarak yıkıcı bir semptomudur ve nöroloji ve psikiyatri pratiğinde önemli bir bulgudur. Psikoz; halüsinasyonlar, sanrılar ve sanrısız yanlış tanımlama sendromları olarak tanımlanır ve aynı zamanda şizofreni spektrum bozukluklarının tanımlayıcı bir özelliği olup, duygudurum ve madde kullanım bozukluklarının ortak fakat değişken bir özelliğidir ve birçok gelişimsel, edinilmiş ve dejeneratif nörolojik hastalığın nispeten yaygın bir özelliğidir (10).

2.2. Şizofreni

2.2.1. Tanım

Şizofreni çoğunlukla gençlik yıllarında başlayan, hastalığın başlangıcı, gidişi ve sonlanması hastadan hastaya farklılık gösteren, bilişsel, emosyonel, algısal ve davranışsal alanlarda bozukluklarla seyreden, etiyojisi tam olarak bilinmeyen son derece yıkıcı ve süregelen seyirli bir toplum sağlığı sorunudur (11).

2.2.2. Tarihçe

Günümüzdeki şizofreninin belirtilen klinik belirti ve bulgularına eski tarihli birçok yazılı belgede rastlanmaktadır. Şizofreninin klinik tablosundan ilk kez M.Ö. 1400 yıllarında yazılmış olan Hint Veda yazılı metinlerinde bahsedilmiştir. Bu metinlerde ağır seyir gösteren şizofreni hastalarında karşılaştığımız kendine bakımları ileri derecede kötü olduğu, çıplak dolaşan, dini temalarla çok fazla ilgilenen, kendisini ilah veya onun elçisi zanneden ve zehirleneceği hakkında endişeleri olan kişilerden bahsedilmiştir (12). Bu hastalara ortaçağdan 18. yüzyıla kadar şeytani varlıklar ve lanetlenmiş kişiler olarak yaklaşılmıştır, ayrıca bu kişiler topluma dahil edilmemiş, işkence ve ölüm cezası gibi kötü muamelelere maruz kalmışlardır (13). Fransız psikiyatrist Benedict Augustine Morel (1809-1873) şizofrenin klinik özelliklerinden bahsetmiş ve bu durumu “dementia praecox” (erken bunama) olarak tanımlamıştır (14).

19. yüzyılda Alman Ruh Hekimi Emil Kraepelin (1826-1926) paranoid durumlar, katatoni, hebefreni ve dementia praecox'un tek bir hastalığın farklı klinik görünüşleri olduğunu belirtmiş ve bu klinik tabloları "dementia praecox" adı altında belirtmiştir. Kraepelin'in tanımladığı "dementia praecox"un klinik tablosunda halüsinasyonlar, sanrılar, düşünce yapısında bozulmalar, enkoherans, afektif küntlük, negativizm, stereotipler ve içgörü kaybı olduğu belirtilmiştir (12).

Eugen Bleuler ise 1911 yılında yayınladığı yazıda bu hastalığın erken başlamasının ve bunama ile sonlanmasının gerekli olmadığını vurgulamıştır. Bleuler, bu hastalık için Yunanca'da akıl yarılması anlamına gelen "şizofreni" terimini önermiştir. Bleuler, şizofreniyi assosiyasyon bozukluğu, autizm (otizm), ambivalans ve affektif bozukluk adları ile 4 ana başlık altında toplayıp bunlara "4A Belirtisi" demiştir (11).

20. yüzyılda Kurt Schneider (1887-1967) şizofreniyi betimlerken kullanılan fenomenolojik kavramların kullanmasını önererek halüsinasyon ve sanrılarını tarifleyen şizofreni ile ilgili birincil belirtilerden bahsetmiştir (15).

DSM-I'de (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Sınıflandırılması) şizofreni, dış bağlantılı ilişkilerin azaldığı, insani ilişkilerde yoksullaşmanın gözlendiği bir hastalık olarak tariflenmiş, apati ve kayıtsızlığın eşlik ettiği, fakat varsanı ve sanrılarının eşlik etmediği vurgulanmıştır. Demans yerine zihinsel yıkım terimine yer verilmiştir. DSM-II'de ise aynı tanılama yapılmış, fakat yıkım süreci daha fazla vurgulanmıştır (16). İlk kez DSM-III'te günümüzdeki şizofreniden bahsedilmiştir. Şizofreni tanı kriterleri olarak DSM-III'te Kraepelin'in tanımlayıcı yaklaşımı benimsense de 1994 yılında yayımlanan DSM-IV'te Bleuler'in görüşlerine yer verilmiş ve DSM-IV'te şizofrenin pozitif ve negatif semptomları yer almıştır (17). Schneider birinci sıra belirtilerinden sadece bir tanesinin olması tanı koymaya yeterken, DSM-V'te bu belirtilere olan vurgu kaldırılmış; sanrı, varsanı ve dağınık konuşma belirtilerinden en az birinin olması yeterli sayılmıştır.

2.2.3. Epidemiyoloji

Şizofreni her toplumda ve sosyoekonomik ortamda sık görülen bir psikiyatrik hastalıktır. Çalışmalarda şizofreni insidans oranları değişkenlik göstermekle birlikte ortalama 100.000 kişide 15,2 olarak bildirilmiştir (18). Yakın zamanda geniş kapsamlı sistematik bir gözden geçirme çalışmasında şizofreninin 12 aylık prevalansı ortalama %0,33 (0,26–0,51) ve yaşam boyu prevalansı ortalama %0,48 (0,34-0,85) olarak bildirilmiştir (18).

Erkek ve kadınlarda eşit sıklıkta gözlenmektedir (19). Şizofreni hastalığı erkeklerde kadınlardan daha erken yaşlarda başlangıç göstermektedir ve erkeklerde 20-29 yaş arasında pik yaparken, kadınlarda 20-29 ve 30-39 yaşları arasında pik yapmaktadır (20).

Araştırmalarda, evliliğin şizofreni için koruyucu olduğu ve şizofreni hastalarında hastalığın gidişini olumlu etkilediği bildirilmektedir (21). Yapılan çalışmalarda bekar veya yalnız yaşayan şizofreni bireylerinin daha fazla sorun yaşadıkları, daha çok sosyal desteğe ihtiyaç duydukları ve yönlendirilmeleri gerektiği bildirilmiştir (22).

2.2.4. Etiyoloji

Şizofreni hastalığının etiyoloji kesin olarak bilinmemektedir. Şizofreni hastaları başlangıç yaşı, klinik belirtiler, nöroanatomik ve tedaviye cevap gibi farklılıklar gösterdiğinden sendrom olarak değerlendirilmektedir. Bu yüzden hastalığın etiyolojisinde tek bir etiyolojik nedenden bahsedilmesi mümkün değildir.

2.2.4.1. Kalıtım

Şizofrenide kalıtsal yatkınlığın önemi çalışmalarda belirtilmiştir. Yaklaşık olarak % 60-80 oranında şizofreninin kalıtımsal özellik gösterdiği bildirilmiştir (23).

(24). İkiz çalışmaları, hem çevresel hem genetik etkileri göstermesi açısından önemlidir. 1951-2000 yılları arasında doğan 31524 ikizin değerlendirildiği bir çalışmada, şizofreni hastalığı açısından monozigot ikizlerin konkordans oranı %33 iken, dizigot ikizlerin konkordans oranı %7 olarak bulunmuştur (25).

Bağlantı analizi çalışmalarında şizofreni ile ilişkisi bulunan gen bölgeleri olarak nöregülin-1, disbindin, prolin dehidrogenaz ve katekol-O-metiltransferaz gen bölgeleri bildirilmiştir (12). 1q, 2q, 5q, 6p, 8p, 10p, 13q, 15q, 18q, 22q kromozomlarında ise şizofreni hastalığı için risk taşıyan gen bölgeleri olduğu üzerine çalışmalarda destekleyici bulgular mevcuttur (12).

Şizofreni ile ilgili kesin olarak bir gen bulunduğu bildirilmemekle birlikte günümüzde bu konuda umut verici birçok çalışma yürütülmektedir.

2.2.4.2. Biyokimyasal Çalışmalar

Şizofreni ile ilgili biyokimyasal çalışmalar beyinde dopamin, serotonin, glutamat, norepinefrin ve GABA üzerine yoğunlaşmaktadır.

Şizofreni çalışmalarında dopamin en çok çalışma yapılan nörotransmitterlerden biridir (26). Dopamin etkinliğini arttıran psikostimulan ajanlar (amfetamin, kokain vb.) normal kişilerde şizofreni benzeri bir kliniğe yol açar (27). Antipsikotikler ise postsinaptik dopamin reseptörlerini bloke ederek şizofreni kliniğinin gerilemesini sağlar (26). Beyindeki dopaminerjik yollar şizofreni belirtileri ile ilişkili bulunmuştur. Mezolimbik dopamin yolağındaki dopaminerjik nöronlarının aşırı aktivasyonu sanrı ve halüsinasyon gibi psikozun pozitif belirtilerinin oluşumunda rol alırken, mezokortikal dopamin yolağındaki azalmış dopamin aktivitesi ise şizofrenideki negatif belirtilerde rol almaktadır (28). Bu bulgular dopaminin şizofreni etiolojisinde önemli bir nörotransmitter olduğunu göstermektedir (29).

Serotonerjik sistemdeki bozukluklar da şizofreninin pozitif ve negatif semptomlarından sorumlu tutulmaktadır (30). Atipik antipsikotik ilaçlar 5HT_{2A/2C} reseptörlerine ters agonist etki göstererek psikotik belirtilerin azalmasını sağlar ve ilaçların bu reseptörler üzerine etkisi serotonin sistemindeki anormalliklerin de şizofreni ile ilgili olduğunu göstermektedir (31). Ayrıca direkt ve indirekt 5-HT agonistleri şizofreni kliniğini ağırlaştırmaktadır (26).

Norepinefrin ile ilgili yapılan çalışmalarda şizofreni etiolojisinde norepinefrin metabolizmasında bozuklukların olduğu kesin kanıtlanmamıştır (32).

Ancak antipsikotiklerin norepinefrin üzerine direkt olmasa da indirekt etki ile şizofreni belirtilerini azalttığı klinik çalışmalarda belirtilmektedir (32).

Şizofreni etiyojisinden diğer sorumlu tutulan bir nörotransmitter de glutamattır. NMDA reseptör antagonistleri (fensiklidin, ketamin vb.) sağlıklı gönüllülerde hem pozitif hem de negatif belirtilere neden olurken şizofreni hastalarında klinik belirtileri arttırmaktadır. Şizofreni kliniğindeki bu değişiklikler nedeniyle NMDA reseptör hipofonksiyonunun şizofreni ile ilişkili olabileceği öne sürülmüştür. NMDA reseptör hipofonksiyonu sonucu salınımı artan glutamatın nöronal toksisite etkisi ile şizofreni hastalarında birçok beyin bölgesinde görülen hacim azalması ile ilişkili olabileceği belirtilmektedir (33).

GABA santral sinir sisteminde inhibitör etkiye sahip bir nörotransmitterdir. Şizofreni hastalarında hastalığın fazına ve tedaviye göre GABA düzeylerinde farklılıklar olabileceği bildirilmektedir. GABA'nın şizofreni hastalarındaki kognitif süreçlerden sorumlu olabileceği bildirilirken şizofreni ile GABA arasında net bir ilişki ortaya konmamıştır (34).

2.2.4.3. Beyin görüntüleme çalışmaları

Şizofreni hastalarında bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans kullanımı ile ilk yapılan çalışmaların en sık gözlenen bulgusu ventriküllerde dilatasyondur (35).

Fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme (fMRI) ile yapılan beyin çalışmalarında şizofreni hastalarının tüm beyin, beyaz ve gri madde hacimleri kontrol gruplarına göre daha düşük hacimde saptanmıştır (36). Hipokampal beyin bölgesinde de şizofreni hastalarında volüm düşüklüğü olduğu bildirilmiştir (37). Fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme (fMRI), tek foton emisyon bilgisayarlı tomografisi(SPECT) ve pozitron emisyon tomografisi(PET) gibi fonksiyonel görüntüleme tekniklerinde beyindeki bölgesel kan akımı ve glikoz metabolizması incelemelerinde, frontal lob kan akımında azalma olduğu gözlenmiştir (38).

2.2.4.4. Çevresel Faktörler

Şizofreninin ortaya çıkmasında çevresel faktörlerin de etkili olabileceği öne sürülmüştür. Ani kayıplar ve beklenmeyen yaşam olayları şizofreniye yatkınlığı olan bireylerde şizofreninin ortaya çıkmasına yol açmaktadır (39). Ayrıca çocukluk dönemindeki fiziksel ve cinsel istismar gibi travmatik olayların şizofreni ile ilişkisi çalışmalarda bildirilmiştir (40).

Şizofreni, her türlü sosyoekonomik ortamda görülebilmekte olup kentleşmenin şizofreni riskini arttırdığı çalışmalarda gösterilmiştir (41).

2.2.5. Klinik Belirtiler ve Tanı

Şizofreni birçok klinik belirtinin olduğu bir ruhsal hastalıktır. Şizofreni hastaları hastalık ortaya çıkmadan önce genellikle içe kapanık, sessiz, uyumlu, yalnız, tuhaf özelliklerin olduğu, şizoid kişilik özellikleri gösterirler. Şizofrenide düşünce ve algı bozukları, bilişsel bozulmalar, motor anomaliler, avolüsyon ve apati, iletişimde güçlükler, duygusal kısıtlılık ve duygu dışı vurumunda azalmaları kapsayan çeşitli klinik belirtiler bulunmaktadır.

Güncel çalışmalarda şizofreninin klinik belirtileri, gerçeği değerlendirme bozukluğu ile giden pozitif belirtiler ve olağan işlevlerde azalma ile giden negatif belirtiler olmak üzere iki grupta incelenmektedir.

Pozitif belirtiler, normalin dışına çıkan aşırılık, fazlalık olan belirtiler olup, pozitif belirtiler kümesinde sanrılar, çağrışımlarda dağınıklık, çevresel-teğetsel-baskılı konuşmalar, halüsinasyonlar, toplum özelliklerine göre sapmalar ve aşırılıklarla giden saldırgan, taşkın, garip, tuhaf, stereotipik davranış ve görünümüdür (24, 35). Negatif belirtiler ise normal fonksiyonların azalması ya da eksikliğiyle ortaya çıkan belirtiler olup zevk alamama, istek ve enerjide azalma, toplumdandan çekilme, düşüncede fakirleşme, duygusal küntleşmedir (24, 35).

Şizofreni tanısı Amerikan Psikiyatri Birliği DSM-V tanı kriterlerine göre konmaktadır. Şizofreni DSM-V kitapçığında 'Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluklar' başlığı altında yer almaktadır.

Tablo 1. DSM-5 tanı sistemine göre şizofreni tanı kriterleri

<p>A. Aşağıdaki belirtilerden ikisinden (ya da daha çoğundan) her biri, bir aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir sürenin önemli bir kesiminde bulunur. Bunlardan en az birinin (1), (2) ya da (3) olması gerekir.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Sanrılar2. Varsanılar3. Darmadağınık konuşma (örn. sık sık konudan sapma gösterme ya da anlaşılmaz konuşma)4. İleri derecede dağınık davranış ya da katatoni davranışı5. Silik (negatif) belirtiler (duygusal katılımda azalma ya da kalkışamama). <p>B. Bu bozukluğun başlangıcından beri geçen zamanın önemli bir kesiminde, iş, kişilerarası ilişkiler ya da kendine bakım gibi, bir ya da birden çok ana alanda işlevsellik düzeyi, bu bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altındadır. (ya da çocukluk ya da ergenlikte başlamışsa, kişilerarası, okulda, ya da işle ilgili işlevsellik, erişilmesi beklenen düzeye erişemez).</p> <p>C. Bu bozukluğun süregiden bulguları en az altı ay sürer. Bu altı aylık evre, A tanı ölçütünü karşılayan, en az bir aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa süreli) belirtileri (açık evre belirtilerini) kapsamalıdır ve ön (prodromal) ve artakalan (rezidüel) belirti evrelerini kapsayabilir. Bu bozukluk; ön ya da artakalan evreleri sırasında, yalnızca silik (negatif) belirtilerle ya da bu hastalığın A tanı ölçütünde sıralanan iki ya da daha çok belirtinin eşik altı biçimleriyle (örn. yadırganacak denli olağana aykırı inançlar, olağandışı algısal yaşantılar) kendini gösterebilir.</p> <p>D. Şizoduygulanımsal (şizoaffektif) bozukluk ya da psikoz özellikleri gösteren depresyon bozukluğu ya da iki uçlu (bipolar) bozukluk dışlanır, çünkü ya açık evre belirtileriyle eşzamanlı olarak yeğin (majör) depresyon ya da mani dönemleri ortaya çıkmamıştır ya da açık evre belirtilerinin olduğu sırada duygudurum dönemleri ortaya çıkmışsa bile, bunlar hastalığın açık ve artakalan dönemlerinin toplam süresinin en az bir kesiminde bulunmuştur.</p> <p>E. Bu bozukluk, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.</p> <p>F. Otizm açılımı kapsamında bir bozukluk ya da çocuklukta başlayan bir iletişim bozukluğu öyküsü varsa, şizofreni tanısı konabilmesi için gerekli diğer belirtilerin yanı sıra belirgin sanrılar ya da varsanılar da en az bir aylık (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir süreyle varsa, ayrıca şizofreni tanısı konur.</p> <p>Varsa belirtiniz: Aşağıdaki gidiş belirleyicileri, bu bozukluk ancak bir yıl sürdükten sonra ve tanısal gidiş ölçütüyle çelişmemeleri durumunda kullanılmak üzere tasarlanmıştır:</p> <p>İlk dönem, o sırada akut dönemde: Bu bozukluğun tanımlayıcı tanısal belirti ve zaman ölçütünü karşılayan ilk ortaya çıkışıdır. Akut dönem, belirti ve tanı ölçütlerinin tam olarak karşılandığı zaman dilimidir.</p> <p>İlk dönem, o sırada tam olmayan bir yatışma gösteren: Tam olmayan bir yatışma, önceki dönemden sonra görülen iyileşmenin sürdürüldüğü ve bu bozukluğun tanımlayıcı tanı ölçütlerinin yalnızca bir bölümünün tam olarak karşılandığı zaman dilimidir.</p> <p>İlk dönem, o sırada tam bir yatışma gösteren: Tam bir yatışma, önceki dönemden sonra, bu bozukluğa özgü hiçbir belirtinin kalmadığı zaman dilimidir.</p> <p>Çoğul dönemler, o sırada akut dönemde: En az iki dönem olmasından sonra çoğul dönemlerden söz edilebilir (ilk dönemden sonra bir yatışma ve en az bir kez depresme).</p> <p>Çoğul dönemler, o sırada tam olmayan bir yatışma gösteren</p> <p>Çoğul dönemler, o sırada tam bir yatışma gösteren</p> <p>Sürekli: Bu bozukluğun tanı koydurucu belirti ölçütlerini tam olarak karşılayan belirtiler, hastalık sürecinin büyük bir kesiminde bulunur ve bu süreçte eşik altı evrelerinin süresi, genel hastalık sürecine göre çok kısadır.</p> <p>Belirlenmemiş</p> <p>Varsa belirtiniz: Katatoni ile giden (başka bir ruhsal bozukluğa eşlik eden katatoni için tanı ölçütlerine başvurun)</p>

2.2.6. Gidiş ve Sonlanış

Şizofreni akut alevlenmeler ve kısmi remisyonların olduğu kronik bir hastalıktır. Psikotik alevlenmeler bilişsel yıkıma neden olurlar. Şizofreni başlangıcı akut veya sinsi olabilir (42).

Şizofreninin klinik seyri hastadan hastaya değişmektedir. Şizofreni hastalarında hastaların yaklaşık beşte birinde düzelleme görülür. Hastalık başladığı andan itibaren 5-10 yıla kadar genellikle işlevsellikte bir miktar bozulma yada belirtilerde artış meydana gelebilir. (43).

Şizofrenide belirlenmiş bazı prognoz belirteçleri Tablo 2’de gösterilmiştir.

Tablo 2. Şizofrenide prognoz belirteçleri

İyi prognoz	Kötü prognoz
<ul style="list-style-type: none">•Kadın cinsiyet•Ailede şizofreni öyküsünün olmaması•Ailede affektif hastalık olmaması•Hastalığın geç yaşta başlaması•Hastalık öncesi sosyal yaşamda iyi uyum•Evliliği•Ani ve pozitif belirtilerle başlaması•Pozitif belirtilerin yoğun olması•Psikotik alevlenme dönemlerinin az ve kısa olması•Hastalığın ağır çevresel etkenler sonrasında başlaması•Paranoid veya katatonik olması•Kırsal kesimde yaşama•Erken dönemde tedavi başlanması ve düzenli takip edilmesi•Psikososyal desteğin iyi olması	<ul style="list-style-type: none">•Erkek cinsiyet•Ailede şizofreni öyküsünün olması•Ailede affektif hastalık olması•Aile duygu dışavurumunun yüksek olması•Hastalığın erken yaşta başlaması•Hastalık öncesi şizoid ya da şizotipal kişilik özelliklerinin olması•Bekar olma•Hastalığın yavaş ve sinsi ortaya çıkması•Hastanede yatış sayısının çok ve uzun süreli olması•Kentsel ortamda yaşam•Ek tanı olarak başka hastalıkların olması•Psikososyal desteğin yetersiz olması

2.3. Şizoaffektif Bozukluk

2.3.1. Tanım

Şizoaffektif bozukluk farklı tanı sistemlerinde farklı biçimde tanımlanmıştır ve klinisyenler tarafından şizoaffektif bozukluk tanımı açısından farklı görüşler bildirilmiştir (24, 44). Şizoaffektif bozukluğun şizofreni veya duygudurum bozukluğunun bir tipi olduğu, ayrı ve bağımsız üçüncü bir psikoz olabileceği,

şizofreni ve duygudurum bozuklukları arasında bir durum olarak değerlendirilmesi gerektiği veya hepsinden ayrı olarak heterojen bir durum şeklinde tanımlanabileceği öne sürülmüştür (45, 46).

Bir hasta aşağıdaki 6 klinik görünümünden birine sahipse şizoaffektif bozukluk tanısı alabilir (47).

1. Duygudurum belirtileri bulunan şizofreni hastaları.
2. Şizofreni belirtileri bulunan duygudurum bozukluklu hastalar.
3. Hem şizofreni hem duygudurum bozukluğu olan hastalar.
4. Şizofreni ve duygudurum bozukluğu ile ilişkisiz üçüncü bir psikozu olan hastalar.
5. Hastalık belirtileri şizofreniyle duygudurum bozukluğu arasında bir seyir gösteren hastalar.
6. Yukarıdaki sınıflamalardan birden fazlasının birleşimine sahip hastalar.

2.3.2. Tarihçe

George H. Kirby 1913 yılında ve August Hoch 1921 yılında şizofreni ve affektif bozukluk semptomları olan bir grup hasta tanımlamışlardır (48). Emil Kraepelin ise 1919 yılında şizoaffektif bozukluk terimini kullanmadan şizofreni ve bipolar bozukluk özellik gösteren hastalardan “dementia praecox and manic–depressive illness” olarak bahsetmiştir (49). İlk kez Kasanin 1933 yılında yayınladığı 9 olgu serisinden oluşan yazıda şizofreni ve duygudurum bozukluğu olan kadın ve erkek hastalardan şizoaffektif bozukluk olarak bahsetmiştir. Bu hastalarda birkaç haftadan birkaç aya kadar tamamen iyileşen akut şizoaffektif bozukluk tablosundan bahsedilmektedir (50). Kurt Schneider ise 1973 yılında şizoaffektif bozukluğu hastalardan “aradaki hastalar” (Cases-in-Between) olarak bahsederek günümüzdeki şizoaffektif bozukluk tanımına en yakın tanımlamayı yapmıştır (51). DSM tanı sisteminde ise zaman içerisinde güncellemeler yapılmıştır. DSM-I’ de şizoaffektif terimi şizofreninin alt türünü tanımlamak için kullanılmış, DSM-II’ de bu alt tür depresif ve eksite tip olarak ikiye ayrılmış, DSM-III’ te şizoaffektif bozukluk, şizofreniden ayrı bir tanı olarak kullanılmaya başlanmıştır. Şizoaffektif bozukluk, DSM-IV’te “şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar” başlığı altında sınıflandırılırken

DSM-V’te “şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer psikotik bozukluklar” başlığı altında sınıflandırılmıştır (52).

2.3.3. Epidemiyoloji

Şizoaffektif bozukluğun yaygınlığı ve sıklığı hakkında bilgilerimiz sınırlıdır (53). Yapılan çalışmalarda kısıtlı bilgilerimize göre şizoaffektif bozukluk şizofreniden daha az sıklıkta görülmektedir ve yaşam boyu yaygınlığının %1’in altında olduğu tahmin edilmektedir (53). Cinsiyet farklılığı açısından değerlendirildiğinde kadınlarda erkeklerden daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (52).

2.3.4. Etiyoloji

Şizoaffektif bozukluk etiyolojisi ile ilgili bilgilerin kısıtlı olduğu nörogelişimsel bir hastalıktır (53).

Yapılan çalışmalarda şizoaffektif bozukluğun oluşumunda kalıtımın önemli bir yeri olduğu gösterilmiştir. Şizoaffektif bozukluğu olan kişilerin ailelerinde şizofreni olan kişilerin ailelerine göre daha fazla duygudurum bozukluğu olduğu bildirilmiştir. Benzer şekilde, şizoaffektif bozukluğu olan kişilerin ailelerinde duygudurum bozukluğu olan kişilerin ailelerine göre daha fazla şizofreni olduğu bildirilmiştir (46).

Gebelik ve doğum sırasındaki komplikasyonların da şizoaffektif bozukluk patogeneğinde önemli bir yeri olduğu bildirilmektedir (46). Beyin görüntüleme çalışmalarında şizoaffektif bozukluğu olan bireylerde patogonomik olmasa da belirgin değişikliklerin olduğu gözlenmiştir. Bu bireylerde hipokampal ve talamus hacimlerinde düşüklük ile medial ve lateral talamusta belirgin deformasyonlar izlenmiştir (54, 55). Yakın zamanda yapılan bir gözden geçirme çalışmasında ise şizoaffektif bozukluğu olan hastalarda gri madde kaybı olduğu bildirilmiştir (56).

Beyinde nörotransmitterler ile ilgili yapılan çalışmalarda şizofrenide dopamin ve serotonin sistemindeki anormalliklerden bahsedilirken, duygudurum bozukluklarında serotonin ve noradrenalin sisteminde anormalliklerin olduğundan bahsedilmektedir. Bu bilgilere göre şizoaffektif bozuklukta dopamin ve serotonin

sistemindeki anormalliklerin kronik psikoza ve gelip geçici fakat çok önemli olan duygudurum değişikliklerine neden olabileceği öne sürülmüştür (46, 57).

2.3.5. Klinik Belirtiler ve Tanı

Çalışmalarda şizoaffektif bozukluğun klinik özellikler açısından şizofreniye benzediği hastalığın seyri açısından ise duygudurum bozukluklarına benzediği belirtilmektedir (52). Şizoaffektif bozukluk tanısı koyabilmek için kesitsel değerlendirmenin yanında detaylı bir hastalık öyküsü alınmalıdır. Klinik belirtilerde gözlenen psikotik ve duygudurum belirtilerinin başlama ve sonlanma zamanları hakkında net bilgi edinilmeye çalışılmalıdır.

DSM-V tanı ölçütlerine göre şizoaffektif bozukluk tanısı koyarken birinci gereklilik psikotik tablonun şizofreninin A tanı ölçütlerini karşılamasıdır. Bunun yanında bir depresif ya da manik hecme bulunmalı ve duygudurum belirtileri tarif edilen hecmenin tanı ölçütlerini tam olarak karşılamalıdır. Depresif belirtileri negatif belirtilerden ayırt etmek için şizoaffektif bozukluğun depresif alt tipinde mutlaka majör depresif hecmenin A1 ölçütünün karşılanması gerektiği vurgulanmaktadır. Yani, hastada çökkün duygudurum mutlaka bulunmalıdır sadece anhedoni ve ilgi-istek yitiminin bulunması yeterli değildir, “toplam sürenin büyük bir çoğunluğu” yani toplam sürenin en az % 50’sinde bu belirtiler olmalıdır (58). Ayrıca, hastalık süresince, major bir duygudurum döneminin olmadığı en az 2 hafta süren sanrılar ve/veya varsanılar bulunmalıdır (Tablo 3).

Tablo 3. DSM-5 tanı sistemine göre Şizoaffektif Bozukluk tanı kriterleri

<p>A. Major bir duygudurum dönemiyle (major depresyon ya da mani dönemi) eş zamanlı olarak şizofreni için A tanı ölçütünün karşılandığı, kesintisiz bir hastalık sürecinin olması. Not: Major depresyon dönemi A1 tanı ölçütünü kapsamaludur: çökkün duygudurum.</p> <p>B. Hastalığın yaşam boyu süresince, major bir duygudurum döneminin (depresyon ya da mani) olmadığı 2 ya da daha çok hafta, sanrılar ya da varsanılar bulunur.</p> <p>C. Major bir duygudurum döneminin tanı ölçütlerini karşılayan belirtileri, hastalığın açık ve artakalan kesiminde, toplam süresinin büyük bir çoğunluğunda bulunur.</p> <p>D. Bu bozukluk bir maddenin (örn. İlaç kötüye kullanımı veya tedavi amaçlı kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlanamaz. Olup olmadığını belirtiniz:</p> <ul style="list-style-type: none">• İki uçlu tür: Mani dönemi hastalık görünümünün bir kesimiyse bu alt tür kullanılır. Major depresyon dönemleri de ortaya çıkabilir.• Depresif tip: Yalnızca major depresyon dönemleri hastalık görünümünün kesimleriyse bu alt tür kullanılır.

2.3.6. Gidiş ve Sonlanış

Şizoaffektif bozuklukla ilgili fikir edinebileceğimiz uzun süreli çalışmalara rastlanmamaktadır. Teorik olarak şizofreni ve duygudurum bozuklukları arasında yer alan şizoaffektif bozukluğun seyrinin bu iki hastalık arasında olabileceği öne sürülmüştür. Tondo ve ark.'nın 2016 yılında yaptıkları bir çalışma bu teoriyi destekler niteliktedir (59). Bu çalışmada şizofreni, şizoaffektif bozukluk ve bipolar bozukluk morbidite ve hastalığın kişinin hayatına olumsuz etkisi kıyaslanmış, bu özellikler açısından değerlendirildiğinde şizoaffektif bozukluk diğer iki hastalık arasında yer almıştır (59). Rolin ve ark.'nın 2017 yılında yaptıkları bir çalışmada şizoaffektif bozukluğu olan kişilerin hayatlarının ileriki dönemlerinde sosyal etkileşimlerinin iyi olduğu ancak fiziksel ve ruh sağlıklarının olumsuz etkilendiği bildirilmiştir (60).

Hastalık öncesi işlevselliğin kötü olması, hastalığın sinsi başlaması, hastalığı tetikleyen bir etkenin bulunmaması, psikotik belirtilerin daha baskın olması, negatif belirtilerin olması, duygudurum ile uyumsuz psikotik belirtilerin varlığı, hastalığın erken yaşlarda başlaması, yatışma göstermeyen bir gidişin olması, ailede şizofreni öyküsünün bulunması, düşük sosyoekonomik durum ve madde kullanımının varlığının kötü seyir ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (61).

2.4. Şizofreni ve Şizoaffektif Bozuklukta İlaç Tedavisi

Psikotik bozuklukların tedavisinde antipsikotikler olmak üzere duygudurum düzenleyiciler ve diğer psikotrop ilaçlar da kullanılmaktadır.

2.4.1. Antipsikotik (AP) İlaçlar

Psikotik bozuklukların tedavisinde kullanılan antipsikotik ilaçların temel etki düzenekleri dopamin (DA), serotonin (5HT), asetilkolin (Ach), noradrenalin (NA) gibi nörotransmitterlerin düzenlenmesini içermektedir (62).

Antipsikotikler sınıflandırılırken bahsedilen nörotransmitterlerin reseptörlerine etkilerine ve yan etki profillerine göre farklı kavramlarla ifade edilir. Bu kavramlardan sıklıkla kullanılan tipik ve atipik antipsikotik özellik kavramları

ilaçların temel olarak yan etki profillerine göre olmaktadır. Temel farklılık atipik antipsikotiklerin tipik antipsikotiklere göre ekstrapiramidal yan etkileri daha az göstermesidir (63).

Çalışmalarda tipik ve atipik antipsikotik ilaçların farklı reseptörler üzerine etkileri olduğu bildirilmiştir.

Tipik antipsikotik ilaçların psikotik bozukluklarda ortak ve temel etki mekanizması dopaminerjik D2 reseptörlerine yüksek afinite ve antagonizma göstermeleridir. Tipik antipsikotikler D2 reseptörlerini bloke ederek dopaminerjik aktiviteyi azaltırlarken; bir süre sonra ventral tegmental bölge (VTB) ve nigro striatumdaki dopamin nöronlarının aktiflenmesi bloke olmaktadır. VTB nöronlarının inaktivasyonu ile antipsikotik etkinin oluştuğu bildirilirken striatumdaki etkilerinin akut ve geç ekstrapiramidal yan etkiler olarak ortaya çıktığı bildirilmektedir (64). Ancak tek başına dopamin kuramı tipik antipsikotiklerin etki mekanizmasını açıklamakta yetersiz kalır, tipik antipsikotiklerin ayrıca serotonerjik, histaminerjik, adrenerjik, muskarinik, GABAerjik, glutamaterjik reseptörler gibi diğer nörotransmitter reseptörlerine de değişik derecelerde affinitelerinin olduğu bildirilmektedir (65).

Atipik antipsikotiklerin ekstrapiramidal sistem yan etki özellikleri dahil olmak üzere diğer yan etkileri ve reseptör etkinlikleri belirgin farklılıklar göstermektedir ve bu ilaçların tek bir grup altında toplanması tartışılmaktadır. Ancak “atipiklik” kavramı bu grubu tipik antipsikotiklerden ayrı ve farklı bir yere oturtması ve tarihi anlamından dolayı yine de özelliğini korumaktadır (63). Atipik antipsikotikler tipik antipsikotiklere göre daha düşük yan etki profiline sahiptir ve hastalarda yaşam kalitesini daha fazla yükseltirler (66). Atipik antipsikotik ilaçlar nigrostriatal nöronlardan çok mezolimbik nöronlarda etkilidirler. 5-HT₂ reseptörlerine affiniteleri D2 reseptörlerine olandan daha fazladır. Prolaktin düzeylerinde uzun süreli artış yapmazlar, hayvanlarda düşük oranlarda katepsi oluştururken insanlarda ekstrapiramidal yan etki oluşturma potansiyelleri de düşüktür (64). Atipik antipsikotik ilaçların ekstrapiramidal yan etkileri az olmasına rağmen kilo alımı, glukoz intoleransı ve insülin direnci, hiperlipidemi gibi önemli metabolik yan etkilerinin olabileceği bildirilmektedir (64). Atipik antipsikotik ilaçlara bağlı kilo

alımını klinik uygulamada karşılaşılan önemli sorunlardan biridir. Antipsikotik ilaçlara ikincil kilo alımının altında antipsikotiklerin etkilediği nörotransmitter sistemleri ve onların reseptörleri olduğu düşünülmektedir. Yapılan çalışmalarda atipik antipsikotiklerin kilo alımına etkisinin farklılık gösterdiğini bildirmektedir (67, 68). Yapılan bir gözden geçirme çalışmasında antipsikotiklerin H1 ve H3 reseptörlerine farklı etki ederek bu duruma neden olabileceği bildirilmektedir (69). Atipik antipsikotikler kendilerine has reseptör bağlama özellikleriyle değişik derecelerde kilo alımına neden olmaktadır.

Atipik antipsikotik ilaçlara bağlı insülin direncinin düzeneği tam olarak bilinmemektedir. Atipik antipsikotiklerin insüline duyarlı glukoz taşıyıcılarının düzeyini azalttığı, mikrozomlarda glukoz taşıyıcılarının uyarılmasının sağlanmasını engellediği ve 5-HT1A antagonizması ile pankreatik β hücrelerinin kan glukoz düzeyine yanıt verebilme özelliğini azalttığı bildirilmektedir (70-72). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre klozapin, olanzapin ve risperidon gibi atipik antipsikotikler ile glukoz toleransında bozulma riskinin yüksek olduğu bildirilmiştir (73).

Atipik antipsikotik ilaçlar trigliserid ve LDL düzeylerinde artış, HDL düzeylerinde azalma yaparak dislipidemiye neden olabilir (74). Atipik antipsikotiklere bağlı dislipidemi gelişiminden; kilo alımı, glikoz intoleransı, çoklu ilaç kullanımı ve düzensiz beslenme tarzının sorumlu olabileceği öne sürülmüştür (75). Antipsikotik ilaçların lipid metabolizması üzerindeki etkilerinin ilacın dozuna bağlı olabileceği bildirilmektedir. Atipik antipsikotik ilaçların konsantrasyonu ile serum insülin ve trigliserid düzeyleri arasında doğru orantı olduğu çalışmalarda gösterilmiştir. Atipik antipsikotiklerin hiperlipidemi yapma özellikleri de farklılık göstermektedir (76).

2.4.2. Duygudurum Düzenleyici (DDD) İlaçlar

Şizoaffektif Bozukluk gibi psikotik bozuklukların tedavisinde duygudurum düzenleyici ilaçlar önemli bir yer tutar. Lityum, valproik asit, karbamazepin ve lamotrijin başlıca kullanılan duygudurum düzenleyici ilaçlardır.

Lityumun karbonat tuzu duygudurum düzenleyicisi olarak kullanılmaktadır (77). Lityum tedavisi başlanılacak hastaya lityumun yan etkileri nedeniyle bazı testler yapılması önerilmektedir. Lityum ile tedaviye başlamadan önce kan sayımı, idrar tetkiki, açlık kan şekeri, kan üre azotu, serum kreatinini, kreatinin klirensi, tiroid fonksiyon testleri, EKG incelemeleri yapılmalı ve lityumun sürekli kullanılması gereken durumlarda bu tetkikler belirli aralıklarla tekrarlanmalıdır (11). Lityum kullanımı sonucunda diffüz toksik olmayan guatr ve buna bağlı hipotiroidi sık görülen bir bulgudur. Lityum tedavisine bağlı olarak antidiüretik hormonun hedef organ böbrekteki etkisini gösterememesi nedeniyle sıklıkla poliüri ve polidipsi ile karşılaşılır, hastaların yaklaşık %20-25'inde bu yan etki lityum alındığı sürece devam eder (78). Birçok çalışmada lityum tedavisi ile vücut ağırlığında artma arasında ilişki olduğunu bildirilmiştir. Lityuma bağlı kilo alımının polidipsi, lityuma bağlı hipotiroidizm, insülin benzeri etkisiyle karbonhidrat metabolizması değişikliklerine yol açması ve kalori alımının artması sonucu ortaya çıkabileceği öne sürülmüştür. Uzun süreli lityum tedavisi sonrası hastaların azımsanmayacak oranda kilo aldığı vurgulanmaktadır (77). Yapılan çalışmalarda lityum kullanan hastalarda haloperidol, fenotiyazinler, risperidon, olanzapin, klozapin gibi antipsikotikler ile valproik asit, karbamazepin gibi duygudurum düzenleyeci kullanan hastalara göre metabolik sendrom sıklığının fazla olduğu bildirilmiştir (79). Lityum kullanımı süresi arttıkça metabolik sendrom riski de artmaktadır (80).

Valproik asit, 20. yüzyıl ortalarında ilk olarak epilepsi tedavisinde kullanılmıştır, daha sonra ise duygudurum düzenleyici ilaç olarak duygudurum bozukluklarının tedavisinde kullanılmaya başlanmıştır. Valproik asit kullanımına bağlı vücut ağırlığında artma güncel birçok çalışmada gösterilmiştir (81-83). Epilepsi hastalarında yapılan bir çalışmada valproik asitin insülin rezistansı gelişimine ve kilo artışına neden olarak metabolik bozukluklara sebep olduğu bildirilmiştir (84). Bunun aksine ratlarda yapılan bir çalışmada valproik asit kullanımının insülin rezistansını düşürdüğü ve kilo alımını azalttığı bildirilmiştir (85). Lipid değerleri ile valproik asit ilişkisine dair yapılan çalışmalarda farklılıklar gözlenmektedir. Valproik asit tedavisinin metabolik etkileri üzerine yapılan bir çalışmada valproik asit tedavisi alan hastalarda dislipidemi gözlemlendiği bildirilmiştir (86). Yapılan başka bir çalışmada 12 aylık valproik asit tedavisinin LDL düzeylerini arttırdığı, TG ve HDL düzeylerini

etkilemediği bildirilmiştir (87). Valproik asitin lipid metabolizmasına etkisinin araştırıldığı başka bir çalışmada ise valproik asit kullanan hastalarda yüksek kan trigliserid düzeyi ve düşük kan HDL kolesterol düzeyi saptanmıştır (88). Güncel bir çalışmada valproik asit tedavisinin serum leptin düzeylerinde yüksekliğe, adinopektin düzeylerinde düşüğe neden olarak metabolik bozukluklara sebep olduğu vurgulanmaktadır (83). Benzer şekilde, Sidhu ve ark.'nın yaptıkları çalışmada ise uzun süreli valproik asit tedavisinin insülin rezistansını arttırdığı, adinopektin düzeylerini düşürdüğü ve iştahı artırarak kilo artışına neden olduğu bildirilmiştir (89).

Karbamazepin diğer sık kullanılan bir duygudurum düzenleyecisidir. Uzun süreli karbamazepin kullanımında tam kan sayımının ve karaciğer fonksiyon testlerinin belirli aralıklarla takip edilmesi önerilmektedir (24). Karbamazepin tedavisine bağlı bildirilenen sık gözlenen yan etkiler yorgunluk, bulantı, ataksi, bulanık görme, diplopi gibi nörolojik yan etkilerdir ve dozla ilişkilidir. İlaç dozunun azaltılmasıyla birlikte bu yan etkiler çoğu zaman ortadan kalkar (77). Rakitin ve arkadaşlarının 2016 yılında yaptıkları bir çalışmada metabolik bozukluklar açısından karpamazepin tedavisinin valproik asit tedavisine benzer yan etkileri olduğu vurgulanmaktadır (90).

2.5. Metabolik Sendrom

2.5.1. Tanım

Metabolik sendrom, insülin direnciyle başlayan abdominal obezite, glukoz intoleransı veya diabetes mellitus (DM), dislipidemi, hipertansiyon ve koroner arter hastalığı (KAH) gibi sistemik bozuklukların birbirine eklendiği bir toplum sağlığı sorunudur (91).

Reaven ilk kez 1988 yılında metabolik sendrom kliniğini sendrom X olarak tanımlamış ve bu hastalıktan kardiyovasküler hastalık geliştirme risk faktörlerinin ve birçok diğer risk faktörlerinin bir arada bulunduğu bir durum olarak bahsetmiştir (92).

İlk kez 1998 yılında DSÖ tarafından metabolik sendrom tanı kriterleri belirlenmiştir. DSÖ metabolik sendromu diyabet, bozulmuş açlık glikozu, bozulmuş glikoz toleransı veya insülin direnci ile birlikte, hipertansiyon (>160/90 mmHg), hiperlipidemi, santral obezite ve mikroalbuminüriden en az ikisinin olması olarak tanımlamıştır (93).

Ulusal Kolesterol Eğitim Programı Erişkin Tedavi Paneli III (NCEP-ATPIII) 2001 yılında metabolik sendrom tanısı için abdominal obezite (bel çevresi: erkekte > 102, kadında > 88 cm); trigliserit >150 mg/dl, HDL erkekte < 40, kadında < 50 mg/dl; kan basıncı \geq 130/85 mmHg, açlık plazma glikozu 110 olarak belirtilen kriterlerden en az üçünün olması gerektiğini bildirilmiştir (94).

Amerikan Diyabet Birliği 2004 yılında metabolik sendrom tanısında, bozulmuş açlık glukozu sınırını 100 mg/dL olarak değiştirmiş ve bu kriter Amerikan Kalp Birliği (AHA) ve Ulusal Kalp Akciğer ve Kan Enstitüsü (NHLBI) tarafından da önerilmiştir (95).

Uluslararası Diyabet Federasyonu(IDF) 2005 yılında metabolik sendromun tanımını yaparken santral obezitenin metabolik sendrom tanısı için kesin olması gerektiğini bildirmiştir (95)

En son olarak 2009 yılında Uluslararası Diyabet Federasyonu, Uluslararası Ateroskleroz Topluluğu (IAS) ve Uluslararası Obezite Çalışma Birliği metabolik sendromu oluşturan beş ana madde olduğunu ve bunlardan en az üç tanesinin pozitifliği ile tanı koyulabileceğini bildirmiştir (95). Metabolik sendrom değerlendirmede kullanılan 5 ana madde;

1. Abdominal obezite (Bel çevresi; erkekte \geq 94 cm, kadında \geq 80 cm),
2. AKŞ \geq 100 mg/dl veya daha önce Tip 2 Diyabet tanısı,
3. Kan Basıncı \geq 130/85 mmHg ve/veya ilaç tedavisi altında HT,
4. TG \geq 150 mg/dl veya ilaç tedavisi altında hipertrigliseridemi,
5. HDL-kolesterol erkekte < 40mg/dl, kadında < 50mg/dl

2.5.2. Epidemiyoloji

Metabolik sendrom sıklığı, ABD (Amerika Birleşik Devletleri) ve Avrupa ülkelerinde yapılan çalışmalarda %18-%21,8 arasında bildirilmektedir (96, 97).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda metabolik sendrom sıklığının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Sıklığı'nın (TEKHARF) 2002 yılında yaptığı çalışmada, 30 yaş ve üstü nüfusta metabolik sendrom görülme oranının %37 olduğu bildirilmiştir (98). Yine ülkemizde 2005 yılında bir çalışmada, 20 yaş ve üzerindeki erişkinlerde metabolik sendrom sıklığı % 33,9 olarak bulunmuş ve her iki cinsiyette yaş ile metabolik sendrom görülme arasında doğru orantılı bir ilişki olduğu bildirilmiştir (99).

2.5.3. Etiyoloji

Metabolik sendromunun klinik tablosunu açıklayabilecek tek bir genetik, infeksiyöz ya da çevresel faktör henüz belirlenmemiştir. Yapılan çalışmalarda metabolik sendromun en önemli patogenik faktörünün insülin rezistansı ve buna bağlı olarak gelişen hiperinsülinemi olduğu bildirilmektedir (100). Birçok genetik faktörün metabolik sendroma yatkınlık oluşturduğu düşünüldüğünde modern kent hayatının getirdiği sedanter yaşam ve yüksek kalorili beslenme de hastalığın seyri açısından önemlidir (95).

Çalışmalarda metabolik sendrom riskini artıran bazı faktörlerden bahsedilmektedir. Metabolik sendrom yaş ile artmaktadır. Fiziksel aktivite azlığı, beden kitle indeksinin 25'ten fazla olması, ailede DM öyküsü, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar, polikistik over sendromu, sigara kullanımı, diyetle artmış yağ içeriği, hiperfaji ve stresle başla çıkma zorlukları gibi nedenler metabolik sendrom riskini artıran diğer faktörlerdir (101). Ayrıca çalışmalarda kadınların erkeklere göre metabolik sendrom açısından daha fazla risk taşıdığı bildirilmektedir (101).

2.5.4. Metabolik Sendromun Bileşenleri

2.5.4.1. Abdominal Obezite

Metabolik sendrom ana kriterlerinden olan abdominal obezite insülin direncinin en önemli göstergesidir. Çalışmalarda obezite bulgusu olan her hastanın metabolik sendrom açısından taranması ve obezite değerlendirilirken beden kitle indeksi yerine bel çevresi ölçümü kullanılması önerilmektedir (91).

Abdominal obezitenin metabolik sendromun en çok gözlenen bileşeni olduğunu ve klinik tanıda çok önemli bir yeri olduğu belirtilmektedir (102). Kadınlarda metabolik sendromun en sık ve ilk ortaya çıkan bileşeni olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (103).

2.5.4.2. Hipertansiyon

Esansiyel hipertansiyonun altında insülin direncinin olduğu bildirilmektedir. İnsülin santral sempatik aktiviteyi artırıp, böbrekten su ve tuz tutulumunu uyararak hipertansif etki gösterirken diğer yandan periferik vazodilatasyona bağlı hipotansif etki gösterir ve sonuçta kan basıncı dengede tutulur. İnsülin direnci geliştiğinde periferik vazodilatör etkisine direnç gelişir, kan basıncı dengesi bozulur ve hipertansiyon ortaya çıkar (91).

Hipertansiyon metabolik sendromu olan hastaların yaklaşık %33'ünde gözlenir. Hipertansiyon sıklıkla diğer metabolik sendrom bileşenlerinden dislipidemi, glikoz intoleransı ve abdominal obezite ile birliktelik göstermektedir (104). Yakın bir zamanda yapılan bir çalışmada, hipertansiyonun erkeklerde metabolik sendromun en sık ve ilk ortaya çıkan bileşeni olduğu bildirilmiştir (103).

2.5.4.3. Dislipidemi

Metabolik sendromu olan kişilerde viseral obezite ve insülin direnci etkisi ile gelişen dislipidemi; HDL kolesterol düşüklüğü ve TG yüksekliği ile karakterize özellik gösterir. LDL kolesterol genellikle normal düzeylerde olmasına rağmen aterosjenik ve küçük yoğunluklu LDL alt gruplarında artış olduğu bildirilmektedir (105).

2.5.4.4. İnsülin Direnci, Glukoz Tolerans Bozukluğu ve DM

İnsülin direnci endojen veya ekzojen insüline karşı gelişen biyolojik yanıtızsılıktır. Bu direnç öglisemiye sağlayabilmek için hiperinsülinemiyle karşılaşmaya çalışılır. İnsülin direnci genelde hiperinsülinemiyle birlikte, fakat her zaman hiperglisemiyle birlikte seyretmez. Hiperglisemi, insülin direncinin ileri evresidir. Klinik pratikte insülin direncini saptamak için en sık kullanılan yöntem HOMA-IR formülüdür (100).

Tüm tip 2 diyabetiklerin hepsinde insülin direnci olmasa da kan glukoz değerlerine göre aşikar DM veya bozulmuş glukoz toleransı varlığı metabolik sendromun tanı kriterlerinin ilk basamağıdır. Bahsedilen durumda insülin direnci aranmaz (91, 106).

- Açlık plazma glikozu < 100 mg/dl altında = normal
- Açlık plazma glikozu 100-125 mg/dl = bozulmuş açlık glikozu
- Açlık glikoz \geq 126 mg/dl = diabetes mellitus

OGTT testinde 2. saat glikoz değerlerine göre:

- 2. saat plazma glikozu < 140 mg/dl = normal
- 2. saat plazma glikozu 140-199 mg/dl = bozulmuş glikoz toleransı
- 2. saat glikozu \geq 200 mg/dl = diabetes mellitus

2.5.5. Tedavi

Metabolik sendromda öncelikli yaklaşım yaşam tarzının düzenlenmesidir. Tedavide asıl amaç diyabet ve kardiyovasküler hastalıkların önlenmesidir. Çalışmalarda uygun bir beslenme ve egzersiz programıyla sağlanan kilo kaybının metabolik sendromda karşılaşılan metabolik bozukları önleyici ve düzeltici etkisi olduğu bildirilmektedir.

Abdominal obezitenin önlenmesi metabolik sendrom tedavisinde önemli bir yer tutar. 6-12 aylık sürede uygun kilo kaybı ve bu kilonun devam ettirilmesi, kalori alımının kısıtlanması, fiziksel aktivitenin artırılması ve kişilerin bu konuda motive edilmesiyle abdominal obezite tedavisi konusunda önemli bir yol alınabilir (107). Kişiye özel düzenlenmiş bir egzersiz programıyla insülin duyarlılığı arttırılarak hem

kardiyovasküler olay riski hem de metabolik sendrom gelişmesi azaltılabilir (108). Diyet düzenlenmesi ile obezite kontrolünün sağlanmasının yanında kan basıncı, glisemi ve lipid düzeylerinde olumlu değişiklikler elde edilir. Doymuş yağlardan ve kolesterolden kısıtlı, kompleks karbonhidratlardan zengin, bol meyve ve sebze tüketimini ve hipertansiyonu olanlarda tuz kısıtlamasını içeren diyet modelleri metabolik sendromlu hastalara önerilmektedir (109).

Metformin ve tiazolidindionlar insülin direnci olan hastalarda kullanılmaktadır. Bu ilaçlar ayrıca kilo artışına engel olurlar. Çalışmalarda klinik olarak belirgin hiperglisemi saptanmayan bireylerde ilaç tedavisine başlanmaması önerilmektedir (110).

Yüksek koroner arter hastalığı riski nedeniyle LDL-kolesterolün 100 mg/dL altında tutulması için metabolik sendromu olan kişilere diyet ve ilaç tedavisi uygulanmalıdır. Statinler LDL kolestrol düzeylerini düşürmede en etkili ilaçlardır. Yapılan çalışmalarda LDL kolesterol düzeyleri 100 mg/dL altında olsa dahi metabolik sendromlu hastaların statin tedavisinden fayda görebileceği bildirilmiştir. TG yüksekliği ve HDL düşüklüğü olan hastalarda ise fibratlar kullanılabilir (111, 112).

Hipertansiyon tedavisinde farmakolojik tedaviden önce diyet değişiklikleri ilk tercih edilecek tedavidir (113). İlaç tedavisi kullanılacaksa insülin direnci arttırmayan antihipertansifler tercih edilmelidir. Hipertansiyona bağlı gelişebilecek hedef organ hasarı açısından her zaman dikkatli olunmalı ve buna göre tedavi verilmelidir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmaya Ekim 2017-Haziran 2018 tarihleri arasında Erzurum Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde yatarak tedavi gören veya polikliniğe ayaktan başvurulan DSM-IV-TR' ye göre şizofreni veya şizoafektif bozukluğu tanısı alan ve çalışma ölçütlerini karşılayan 90 hasta alındı. Hastalar yeni tanı alanlar ve herhangi bir psikotrop ilaç kullanmayanlar, en az altı aydan beri AP ve DDD kombine kullananlar ve en az altı aydan beri yalnızca AP ilaç kullananlar olarak 3 gruba ayrıldı.

Çalışma için Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi etik kurulundan 28.09.2017 tarih ve 5 sayılı oturumun 21 nolu kararı ile karar ile onay alındı.

Çalışmaya Alınma Ölçütleri

1. 18-65 yaş arasında olmak
2. DSM-IV-TR kriterlerine göre “şizofreni yada şizoafektif bozukluk” tanısını almış olmak
3. Okuma-yazma biliyor olmak
4. Bilgilendirme sonrası çalışmaya gönüllü katılmayı kabul etmek [1][2][3]
5. Genel tıbbi duruma bağlı ruhsal bozukluğu bulunmamak
6. Kan lipidleri ve glikoz üzerine etkisi bilinen ilaç tedavisi almıyor olmak
7. Mental retardasyonu olmamak.
8. Grup-1 için son altı aydan beri yalnızca antipsikotik kullanıyor olmak,

Grup-2 için son altı aydan beri antipsikotik ve duygudurum düzenleyici ilaçları birlikte kullanıyor olmak

Grup-3 için yeni tanı almış olmak

Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri

1.Tedavi veya bozukluğun başlamasından önce kardiyovasküler hastalık, DM, hiperlipidemi tanısı almak

Metabolik Sendrom Tanısı

Çalışma grubunu oluşturan hastaların lipid profili ve açlık kan şekeri değerleri için antipsikotik kullanmakta olan hastalarda rutin olarak bakılması gereken kan tahlili sonuçları kullanılmıştır. Hastaların bel çevreleri, kilo ve boyları ölçülerek beden kitle indeksleri hesaplanmış, kan basıncı ölçümleri yapılmıştır. Bel çevresi ölçümü hastanın bel seviyesi çıplakken, hasta ayakta ve rahat nefes alıp verirken, ölçüm şeridi iliak tepenin üst sınırından ve umblikus üzerinden geçecek şekilde, sonucu etkileyecek bir sıkıştırma yapılmadan alınmıştır. Kan basıncı ölçümü ise hasta oturur durumda, en az beş dakikalık istirahat sonrasında yapılmıştır.

Türk Endokrinoloji Derneğinin 2009 yılında yayınladığı Metabolik Sendrom Klavuzu değerlendirilmiş, ancak kılavuzda hastalarda bakılması önerilen bozulmuş glukoz toleransı veya insülin direncinin rutin kan tetkiklerinde bakılmaması nedeni ile hastaların metabolik sendrom tanısı, klavuzda geçen Uluslararası Diyabet Federasyonu-2005 (International Diabetes Federation-IDF) tarafından yapılan son tanımlamanın kriterler kullanılarak konulmuştur.

3.1. Veri Toplama Araçları

3.1.1. Sosyodemografik Veri Formu

Tüm olgularda çalışmanın amaçları göz önünde bulundurularak ve klinik deneyim ve taranan kaynaklara uygun olarak tarafımızca hazırlanmış bir veri formu kullanıldı. Bu form yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim yılı, sosyoekonomik durum, sigara kullanımı, hastalık başlangıç yaşı, ilaç kullanım durumu gibi verileri içeren yarı yapılandırılmış bir formdur. Sosyodemografik veri formu hastadan ve yakınlarından alınan ayrıntılı anamnez ve tıbbi kayıtların incelenmesi ile doldurulmuştur. (Bkz. Ek-1)

3.1.2. SCID-I

SCID-I, majör DSM-IV Eksen I tanıları için geliştirilmiş, yapılandırılmış bir klinik görüşme aracıdır. Bu araç, tanısal değerlendirmenin standart bir biçimde uygulanmasını sağlayarak tanının güvenilirliğinin ve DSM-IV tanı ölçütlerinin

taranmasını kolaylaştırarak, belirtilerin sistematik olarak araştırılması için geliştirilmiştir. SCID-I'in Türkçeye uyarlaması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. (Bkz. Ek 2)

3.1.3. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS)

Şizofreni hastalarındaki pozitif ve negatif belirtileri, genel psikopatolojiyi değerlendirmek ve bu belirtilerin düzeyini ölçmek amacıyla Kay ve ark. tarafından geliştirilmiştir (114). Hasta ile görüşen kişi tarafından değerlendirilir. Toplamda 30 maddeden oluşan bu ölçeğin her maddesi 1-7 arasında değerlendirilir. 30 maddenin yedi tanesi negatif belirtileri, yedi tanesi pozitif belirtileri ve 16 tanesi genel psikopatoloji belirtileri hakkında fikir verir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması 1999 yılında Kostakoğlu ve ark. tarafından yapılmıştır (115). (Bkz. Ek 3)

3.1.4. Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (KPDÖ)

Overall ve Gorham tarafından 1962 yılında hazırlanmıştır. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmamıştır (116). Özgün adı "Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)" dir. 18 maddeden oluşan ölçekte görüşmeci, görüşme süresince hastanın durumunu değerlendirir. Görüşmeci belirtilerin varlığını ve derecesini saptayarak not eder. Hastanın son üç gün içindeki klinik durumu temel alınarak 2 (anksiyete), 10 (düşmanca davranış), 11 (kuşkuculuk), 12 (varsanlı davranış), 15 (garip düşünce içeriği) ve 16 (duygusal küntlük) maddede hasta hakkında bilgi sahibi olunur. 0 ile 6 arasında maddeler değerlendirilir (normal işlev daima 0 olarak derecelendirilir. 1: çok hafif, 2: hafif, 3: orta, 4:Orta şiddetli, 5: şiddetli, 6: aşırı şiddetli). (Bkz. Ek 4)

3.1.5. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği

McGahuey ve ark. tarafından geliştirilen ölçek kadın ve erkek için 5'er sorudan oluşan 6'lı likert tipi bir ölçektir (117). Ölçek sonucu 5-30 puan arasındadır. 11 puan ve üzerindeki puanlar cinsel fonksiyon bozukluğu olarak değerlendirilir. Soykan tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2004 yılında yapılmıştır (118). Soykan tarafından yapılan çalışmada 11 kesme puanının iyi düzeyde ayırt edici özelliğe sahip olduğu bulunmuştur. (Bkz. Ek 5)

3.1.6. Yeme Tutumu Testi

Garner ve Garfinkel tarafından geliştiren ölçek, yemek yeme ile ilgili davranış ve tutumlarını, normal kişilerdeki var olan yeme davranışlarındaki olası yeme bozukluklarını ölçer (119). Ölçeğın toplam puan düzeyinin, psikopatoloji düzeyi ile doğrudan ilişkili olduğu bildirilmiştir. Ölçe 40 maddeden oluşmaktadır ve ölçekteki 1,18,19,23,27,39 maddeler ters puanlanmaktadır. Ölçeğın kesme puanı 30 puandır (120, 121).

Ölçeğın puanlandırmasında düz ve ters puanlandırmalar şu şekildedir: 18, 19, 23, 27 ve 39.maddeler ters puanlandırılmakta (Ters Puanlama: a=0, b=0, c=0, d=1, e=2, f=3) olup, geriye kalan sorular düz puanlandırılmaktadır (Düz Puanlama: a=3, b=2, c=1, d=0, e=0, f=0). Bu ölçekten alınan puan yükseldikçe yeme tutumu ile bozukluğın yüksek olduğu düşünölmektedir. Türkçe versiyonun kesme puanı hesaplanmamıştır.

Savaşır ve Erol tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (121). (Bkz. Ek 6)

3.1.7. Yaşam Kalitesi Formu (SF 36)

Yaşam kalitesi formu, fiziksel ve sosyal fonksiyonu içeren 36 soru ve 9 alt ölçütten oluşmaktadır (122). Testin alt ölçütleri fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları, emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları, mental sağlık, enerji/vitalite, ağrı, sağlığın genel algılanması ve geçen yılla karşılaştırılan sağlık durumudur. Hastalar her soruyu kendileri işaretler. Hastalar 8 boyuttan (geçen yılla karşılaştırılan sağlık durumu hariç tutulur) 0-100 arasında puan alır. Yüksek puan sağlığın iyi olduğu anlamına gelir.

Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Koçyiğit ve ark. tarafından 1999 yılında yapılmıştır (123). (Bkz. Ek 7)

3.1.8. Klinik Global İzlem Ölçeği (KGIÖ)

Guy tarafından 1976 yılında, tüm yaşlardaki psikiyatrik bozuklukların klinik araştırmalardaki seyrini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (124). Klinik global izlem ölçeği hastalığın şiddetini, iyileşmeyi ve yan etkilerin şiddetini ölçer. Psikiyatrik bozuklukları olan bireylerin sağaltıma yanıtlarını değerlendirmek amacıyla görüşme sırasında doldurulur. Hastalığın şiddetini ya da düzelmenin derecesini 0 (hasta değil) ile 7 (çok ağır) arasında derecelendirilmesi ile hesaplanır. (Bkz. Ek 8)

3.1.9. Morisky İlaç Uyum Ölçeği

Ölçek Donald E. Morisky tarafından geliştirilmiş ve 1986'da Morisky, Green ve Levine tarafından ölçeğin geçerlik çalışması yapılmıştır (125). Ölçeği hasta kendisi doldurur. Hastanın ilaç uyumunu değerlendiren dört sorudan oluşmaktadır. Sorular "evet/hayır" şeklinde yanıtlanmaktadır. Soruların tümüne "hayır" denmişse ilaç uyumu yüksek, bir veya iki soruya "evet" denmişse ilaç uyumu orta, üç veya dört soruya "evet" denmişse ilaç uyumu düşük olarak değerlendirilir. Doldurulması kolay bir ölçektir.

Yılmaz ve Buzlu tarafından 2004 yılında Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır (126). (Bkz. Ek)

3.2. İstatistiksel Analiz

Analizler IBM SPSS 20 istatistik analiz programı ile yapıldı. Veriler ortalama, standart sapma, medyan, minimum, maksimum, yüzde ve sayı olarak sunuldu. Sürekli değişkenlerin normal dağılımına Shapiro Wilk testi ile bakıldı. İki bağımsız grup arasındaki kıyaslamalarda normal dağılım şartı sağlandığı durumda Independent Samples t testi, sağlanmadığı durumda Mann Whitney U testi kullanıldı. İki'den fazla bağımsız grup ile sürekli değişkenlerin kıyaslanmasında normal dağılım şartı sağlandığı durumda ANOVA testi, sağlanmadığı durumda Kruskal Wallis testi kullanıldı. Kruskal Wallis testi sonrası post-hoc testler varyanslar homojen olduğunda Tukey testi ile varyanslar homojen olmadığı durumda tamhane's T2 testi kullanılarak yapıldı. Kruskal Wallis testi sonrası post-hoc testler

için Kruskal Wallis testi sonrası post-hoc testleri kullanılarak yapıldı. Kategorik değişkenler arasındaki kıyaslama ise Ki-kare testi ve Fisher's Exact test ile yapıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak alındı.



4. BULGULAR

Çalışmamıza Erzurum Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne kontrol için başvuran veya psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören DSM-IV-TR tanı kriterlerine göre şizofreni ya da şizoaffektif bozukluk tanısı alan 90 hasta dahil edildi. Hastalar aldıkları tedavilere göre 30'ar kişiden oluşan 3 gruba ayrıldı. En az 6 aydan beri antipsikotik ilaç tedavisi alan hastalar Grup-1'i, en az 6 aydan beri antipsikotik ve duygudurum düzenleyici ilaç tedavisi alan hastalar Grup-2'yi ve yeni tanı alan hastalar ise Grup-3'ü oluşturdu.

4.1. Olguların Sosyodemografik Özellikleri

Tüm gruptaki hastaların %28,9'u kadın, %71,1'i erkek; yaş ortalaması 35,30±11,49 yıl; %31,1'i evli, %63,3'ü bekar, %5,6'sı boşanmış/dul; ortalama çocuk sayısı 3,32±1,87, %26,7'si köyde, %23,3'ü ilçede , %50'si il merkezinde oturuyor; %22,2'si çalışıyor, %18,9'u düzensiz çalışıyor, %7,8'i ev hanımı, %5,6'sı emekli, %38,9'u çalışmıyor, %6,7'si öğrenci; %31,1'i düşük , %44,4'ü orta ve %24,4'ü yüksek sosyoekonomik düzeye sahip; eğitim yılı ortalaması 10,14±3,81 yıl idi (Tablo 4).

Gruplar cinsiyet, yaş, çocuk sayısı, yaşadığı yer, sosyoekonomik düzey ve özellikleri açısından benzer bulunurken, eğitim süreleri açısından farklı bulundu. Grup-2'deki hastaların eğitim süresi diğer gruplara göre daha yüksek saptandı (sırasıyla; p=0,495, p=0,632, p=0,617, p=0,883, p=0,334, ve p=0,032) (Tablo 4).

Tablo 4. Olguların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı ve karşılaştırılması

	Toplam n (%)	Grup-1 n (%)	Grup-2 n (%)	Grup-3 n (%)	p değeri
Cinsiyet					
Kadın	26 (%28,9)	11 (%36,7)	8 (%26,7)	7 (%23,3)	0,495
Erkek	64 (%71,1)	19 (%63,3)	22 (%73,3)	23 (%76,7)	
Yaş (ort±SS)	35,30±11,49	35,30±11,08	36,73±11,94	33,87±11,66	0,632
Medeni durum					
Evli	28 (%31,1)	7 (%23,3)	11 (%36,7)	10 (%33,3)	NA
Bekar	57 (%63,3)	22 (%73,3)	17 (%56,7)	18 (%60)	
Diğer	5 (%5,6)	1 (%3,3)	2 (%6,7)	2 (%6,7)	
Yaşadığı yer					
Köy	24 (%26,7)	9 (%30)	9 (%30)	6 (%20)	0,883
İlçe	21 (%23,3)	6 (%20)	7 (%23,3)	8 (%26,7)	
İl merkezi	45 (%50)	15 (%50)	14 (%46,7)	16 (%53,3)	
Çalışma durumu					
Çalışıyor	20 (%22,2)	8 (%26,7)	5 (%16,7)	7 (%23,3)	NA
Düzensiz çalışıyor	17 (%18,9)	5 (%16,7)	4 (%13,3)	8 (%26,7)	
Ev hanımı	7 (%7,8)	2 (%6,7)	2 (%6,7)	3 (%10)	
Emekli	5 (%5,6)	0 (%0)	3 (%10)	2 (%6,7)	
Çalışmıyor	35 (%38,9)	12 (%40)	16 (%53,3)	7 (%23,3)	
Öğrenci	6 (%6,7)	3 (%10)	0 (%0)	3 (%10)	
Sosyoekonomik düzey					
Düşük	28 (%31,1)	6 (%20)	13 (%43,3)	9 (%30)	0,334
Orta	40 (%44,4)	14 (%46,7)	12 (%40)	14 (%46,7)	
Yüksek	22 (%24,4)	10 (%33,3)	5 (%16,7)	7 (%23,3)	
Eğitim yılı (ort±SS)	10,14±3,81	11,37±3,83	8,73±3,57	10,33±3,69	0,032
Çocuk sayısı (ort±SS)	3,32±1,87	2,67±1,37	3,55±2,21	3,45±1,81	0,617

NA:Hesaplanamadı

4.2. Olguların Psikiyatrik Ve Tıbbi Özgeçmiş İle İlgili Özellikleri

Tüm gruptaki hastaların %5,6'sında psikiyatrik ek hastalık olduğu; %18'inin soy geçmişinde psikiyatrik hastalığa sahip birinciden bir yakınının olduğu; %8,9'unda öz kıyım öyküsü olduğu, %9,2'sinde elektro konvülsif tedavi (EKT) öyküsü olduğu; %51,1'inin sigara kullandığı; %54,4'ünün özgeçmişinde başka bir antipsikotik ilaç kullanım öyküsü olduğu; %17,8'inde ek tıbbi hastalık olduğu; %12,2'sinin psikiyatri dışı ilaç kullanımının olduğu saptandı (Tablo 5).

Gruplar psikiyatrik hastalık soy geçmişi, sigara kullanımı ve ek tıbbi hastalık açısından benzer saptanırken özgeçmişte başka bir AP ilaç kullanım durumu açısından farklı bulundu (sırasıyla; p=0,252, p=0,66, p=0,296) ve p=<0,001). Grup-2'deki hastalar diğer gruplara göre daha yüksek oranda özgeçmişte AP kullanım öyküsüne sahipti (Tablo 5).

Tablo 5. Olguların psikiyatrik ve tıbbi özgeçmişlerinin dağılımı ve karşılaştırılması

	Toplam n (%)	Grup-1 n (%)	Grup-2 n (%)	Grup-3 n (%)	p değeri
Psikiyatrik ek hastalık					
Var	5 (%5,6)	2 (%6,7)	2 (%6,7)	1 (%3,3)	NA
Yok	85 (%94,4)	28 (%93,3)	28 (%93,3)	29 (%96,7)	
Psikiyatrik soygeçmiş					
Var	17 (%18,9)	3 (%10)	8 (%26,7)	6 (%20)	0,252
Yok	73 (%81,1)	27 (%90)	22 (%73,3)	24 (%80)	
Öz kıyım öyküsü					
Var	8 (%8,9)	4 (%13,3)	4 (%13,3)	0 (%)	NA
Yok	82 (%91,1)	26 (%86,7)	26 (%86,7)	0 (%)	
EKT tedavi öyküsü					
Var	8 (%9,2)	3 (%10,7)	4 (%13,3)	1 (%3,4)	NA
Yok	79 (%90,8)	25 (%89,3)	26 (%86,7)	28 (%96,6)	
Sigara kullanımı					
Var	46 (%51,1)	11 (%36,7)	20 (%66,7)	15 (%50)	0,66
Yok	44 (%48,9)	19 (%63,3)	10 (%33,3)	15 (%50)	
Özgeçmişte AP kullanımı					
Var	49 (%54,4)	17 (%56,7)	26 (%86,7)	6 (%20)	<0,001
Yok	41 (%45,6)	13 (%43,3)	4 (%13,3)	24 (%80)	
Ek tıbbi hastalık					
Var	16 (%17,8)	4 (%13,3)	8 (%26,7)	4 (%13,3)	0,296
Yok	74 (%82,2)	26 (%86,7)	22 (%73,3)	26 (%86,7)	
Psikiyatri dışı ilaç kullanımı					
Var	11 (%12,2)	4 (%13,3)	4 (%13,3)	3 (%10)	NA
Yok	79 (%87,8)	26 (%86,7)	26 (%86,7)	27 (%90)	

NA: Hesaplanamadı

4.3. Olguların Psikotik Bozukluk ve Psikotik Bozukluk Tedavisi İle İlgili Özellikleri

Tüm grupların şizofreni veya şizoaffektif bozukluk başlangıç yaşı ortalaması 25,7±8,6 yıl; tedaviye başlangıç yaşı ortalaması 27,46±9,42 yıl; tedavisiz geçen süre ortalaması 4,94±5,03 yıl; hastanede yatış sayısı ortalaması 2,86±2,30 yıl; hastaların %65,6'sının antipsikotik ilaç kullandığı; antipsikotik ilaç kullananların %94,9'ünün atipik antipsikotik ilaç kullandığı; %14,4'ünün depo antipsikotik kullandığı; %70'nin tek antipsikotik kullandığı; antipsikotik kullanım süresi ortalamasının 3,25±3,93 yıl olduğu; %32,2'sinin duygudurum düzenleyici ilaç tedavisi aldığı; duygudurum düzenleyici ilaç tedavisi alanların %76,7'sinin valproik asit ve %23,3'nün lityum karbonat tedavisi aldığı saptandı (Tablo 6).

Gruplar psikiyatrik hastalık başlangıç yaşı ortalaması, tedavi başlangıç yaşı ortalaması, tedavisiz geçen süre, hastane yatış sayısı ortalaması, AP kullanım süresi açısından benzer bulundu (sırasıyla; p=0,121, p=0,66, p=0,82, p=0,137, p=0,908).

Tüm hastaların ve grupların antipsikotik ve duygudurum düzenleyici ilaç kullanımını ile ilgili özellikleri Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6. Olguların psikotik bozukluk ve tedavisi ile ilgili özelliklerinin dağılımı ve karşılaştırılması

	Toplam n (%)	Grup-1 n (%)	Grup-2 n (%)	Grup-3 n (%)	p değeri
Baslangıç yaşı (ort±SS)	25,7±8,6	24,8±6,81	23,60±7,61	28,7±10,39	0,121
Tedavi baslangıç yaşı (ort±SS)	27,46±9,42	26,3±6,86	24,77±8,32	31,27±11,5	0,66
Tedavisiz geçen süre (ort±SS)	4,94±5,03	4,5±5,66	7,29±7,65	4,28±3,18	0,82
Hastanede yatış sayısı (ort±SS)	2,86±2,30	2,2±1,74	3,43±2,83	2,9±1,73	0,137
AP kullanımı					
Var	59 (%65,6)	30 (%100)	30 (%100)	0 (%0)	<0,001
Yok	31 (%34,4)	0 (%0)	0 (%0)	30 (%100)	
AP kullanımı varsa					
Atipik	56 (%94,9)	27 (%93,1)	29 (%96,7)	0 (%0)	NA
Tipik	1 (%1,7)	0 (%0)	1 (%3,3)	0 (%0)	
Atipik+tipik	2 (%3,5)	2 (%6,9)	0 (%0)	0 (%0)	
Kullanılan AP					
Haloperidol		2 (%6,9)	1 (%3,3)	0 (%0)	NA
Amisulpirid		2 (%6,9)	1 (%3,3)	0 (%0)	
Klozapin		8 (%27,6)	12 (%40)	0 (%0)	
Ketiapin		0 (%0)	1 (%3,3)	0 (%0)	
Olanzapin	Ø	6 (%20,7)	8 (%26,7)	0 (%0)	
Risperidon		3 (%10,3)	1 (%3,3)	0 (%0)	
Paliperidon		5 (%17,2)	3 (%10)	0 (%0)	
Aripiprazol		3 (%10,3)	3 (%10)	0 (%0)	
AP kullanım süresi (ort±SS)	3,25±3,93	2,9±3,37	3,57±4,44	Ø	
Depo AP kullanımı					
Var	13 (%14,4)	9 (%30)	4 (%13,3)	0 (%0)	NA
Yok	77 (%85,6)	21 (%70)	26 (%86,7)	30 (%100)	
Kaç farklı AP kullanımı					
1	42 (%70)	19 (%63,3)	23 (%76,7)	0 (%0)	NA
2	17 (28,3)	10 (%33,3)	7 (%23,3)	0 (%0)	
3	1 (%1,7)	1 (%3,3)	0 (%0)	0 (%0)	
DDD kullanımı					
Var	29 (%32,2)	0 (%0)	29 (%96,7)	0 (%0)	NA
Yok	61 (%67,8)	30 (%100)	1 (%3,3)	30 (%100)	
Kullanılan DDD					
Valproik asit	23 (%76,7)	0	23 (%76,7)	0	NA
Lityum karbonat	7 (%23,3)	0	7 (%23,3)	0	

NA: Hesaplanamadı

4.4. Olguların Çalışmada Kullanılan Ölçekler İle İlgili Özellikleri

Tüm gruptaki hastaların PANSS ölçeği puanları incelendiğinde; toplam PANSS puan ortalaması $52,1\pm 20,96$, pozitif sendrom puan ortalaması $12,6\pm 6,89$, negatif sendrom puan ortalaması $14,5\pm 7,17$, genel psikopatoloji puan ortalaması $25,2\pm 10,12$ bulundu (Tablo 7).

Tüm gruplar PANSS ölçeği alt puanlarına göre karşılaştırıldığında negatif sendrom puanı hariç PANSS ölçeği diğer alt puanları açısından farklılık gösterdiği bulundu. Grup-1 ve Grup-2 pozitif sendrom ve toplam PANSS puanı Grup-3'e göre istatistiksel olarak düşük saptandı (sırasıyla; $p=0,001$ ve $p=0,003$). Genel psikopatoloji puanı açısından karşılaştırıldığında ise Grup-2'nin, Grup-3'e göre istatistiksel olarak daha düşük puanlara sahip olduğu saptandı ($p=0,004$) (Tablo 7).

Tablo 7. Olguların PANSS puanı dağılımları ve karşılaştırılması

	Toplam Ort±SS	Grup-1 Ort±SS	Grup-2 Ort±SS	Grup-3 Ort±SS	p
Pozitif sendrom puanı	12,6±6,89	8,6±2,58	10,5±5,32	18,7±7,14	0,001
Negatif sendrom puanı	14,5±7,17	15±7,03	12,2±5,36	16,3±8,37	0,216
Genel psikopatoloji puanı	25,2±10,12	22,7±5,34	21,3±6,91	31,5±13,2	0,004
Toplam PANSS puanı	52,1±20,96	46,3±12,64	44,1±14,09	66±26,21	0,003

Tüm gruptaki hastaların KPDÖ puanı $12,8\pm 12,1$ olarak bulundu. Gruplar KPDÖ puanları açısından karşılaştırıldığında istatistiksel farklılık bulundu ($p=0,013$). Grup-3'te Grup-1'e göre daha yüksek KPDÖ puan ortalaması saptandı (Tablo 8).

Tablo 8. Olguların KPDÖ puanı dağılımları ve karşılaştırılması

	Toplam Ort±SS	Grup-1 Ort±SS	Grup-2 Ort±SS	Grup-3 Ort±SS	p
KPDÖ	12,8±12,1	10,5±5,85	10,9±6,31	20,9±16,33	0,013

Tüm gruptaki hastaların toplam yeme tutumu testi puanı ortalaması 20,39±10,81 bulundu. Gruplar yeme tutumu ölçeği puanları açısından farklılık gösterdi (p=0,022). Grup-2’de yeme tutumu testi puanı Grup-1’e göre istatistiksel olarak daha düşük bulundu (Tablo 9).

Tablo 9. Olguların Yeme tutumu testi puanlarının dağılımı ve karşılaştırılması

	Toplam Ort±SS	Grup-1 Ort±SS	Grup-2 Ort±SS	Grup-3 Ort±SS	p
Yeme Tutumu testi	20,39±10,81	21,5±8,9	16,1±8,37	23,50±13,39	0,022

Tüm gruptaki hastaların yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarına bakıldığında, fiziksel işlevsellik 22,1±6,09; fiziksel rol kısıtlılığı 5,4±1,55, ağrı 8,2±2,8; genel sağlık 15±3,94; canlılık 13,6±5,03; sosyal işlevsellik 6,6±2,37; emosyonel rol güçlüğü 4,1±1,15; ruh sağlığı puanı ortalaması 19,2±5 olarak bulundu. Gruplar yaşam kalitesi alt ölçekleri açısından karşılaştırıldığında fiziksel işlevsellik alt ölçeği hariç farklılık olmadığı saptandı. Fiziksel işlevsellik alt ölçeğinde ise Grup-2’nin Grup-3’e göre istatistiksel olarak düşük puan aldığı saptandı (p=0,014) (Tablo 10).

Tablo 10. Yaşam kalitesi ölçeği (SF-36) puanlarının dağılımı ve karşılaştırılması

	Toplam Ort±SS	Grup-1 Ort±SS	Grup-2 Ort±SS	Grup-3 Ort±SS	p
Fiziksel işlevsellik	22,1±6,09	22,7±5,88	19,5±6,45	24,2±5,04	0,014
Fiziksel rol kısıtlılığı	5,4±1,55	5,3±1,56	5,3±1,56	5,7±1,56	0,5173
Ağrı	8,2±2,8	8,1±2,64	8,1±3,18	8,4±2,61	0,932
Genel sağlık	15±3,94	15,3±4,16	14,4±3,51	15,3±4,17	0,553
Canlılık	13,6±5,03	14,5±5,53	12,4±4,53	14±4,91	0,234
Sosyal işlevsellik	6,6±2,37	6,6±2,53	6,6±2,68	6,6±1,92	0,912
Emosyonel rol güçlüğü	4,1±1,15	4,2±1,26	4,2±1,24	3,97±0,93	0,773
Ruh sağlığı	19,2±5	20,7±5,09	19±4,44	18,1±5,24	0,13

Tüm gruptaki hastaların KGİÖ puanı ortalaması 2,84±1,29 olarak bulundu. Gruplar KGİÖ puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösteriyordu (p<0,001). Grup-3’te diğer gruplara göre istatistiksel olarak yüksek KGİÖ puanı saptandı (Tablo 11).

Tablo 11. Olguların KGİÖ puanı dağılımı ve karşılaştırılması

	Toplam Ort±SS	Grup-1 Ort±SS	Grup-2 Ort±SS	Grup-3 Ort±SS	p
KGİÖ puanı	2,84±1,29	2,43±0,94	2,37±0,96	3,73±1,44	<0,001

Tüm gruptaki hastaların Arizona cinsel yaşam ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalaması 16,5±6,12 olarak saptandı. Gruplar Arizona cinsel yaşam ölçeği puanı açısından farklılık göstermiyordu. En yüksek ortalama puan 18,08±5,63 Grup-1’de saptandı (Tablo 12).

Tablo 12. Olguların Arizona cinsel yaşam ölçeği puanı dağılımı ve karşılaştırılması

	Toplam Ort±SS	Grup-1 Ort±SS	Grup-2 Ort±SS	Grup-3 Ort±SS	p
Arizona cinsel yaşam ölçeği puanı	16,5±6,12	18,08±5,63	16,5±6,29	15,14±6,28	0,227

Tüm gruptaki hastaların Morisky ilaç uyumuna göre %16,7’sinin tedaviye düşük uyum gösterdiği, %56,7’sinin orta düzeyde tedaviye uyum gösterdiği ve %26,7’sinin yüksek düzeyde tedaviye uyum gösterdiği bulundu. Grup 1 ve grup 2 Morisky ilaç uyum ölçeğine göre farklılık göstermedi (0,832) (Tablo 13).

Tablo 13. Olguların Morisky ilaç uyum ölçeği puanları dağılımı ve karşılaştırılması

	Toplam n (%)	Grup-1 n (%)	Grup-2 n (%)	p
Morisky ilaç uyum ölçeği				
Düşük	10 (%16,7)	5 (%16,7)	5 (%16,7)	0,832
Orta	34 (%56,7)	18 (%60)	16 (%53,3)	
Yüksek	16 (%26,7)	7 (%23,3)	9 (%30)	

4.5. Olguların Metabolik Sendrom ve İlgili Parametreleri İle İlgili Özellikleri

Tüm gruptaki hastaların %33’ünde (n=30) MS varken, %67’sinde (n=60) MS saptanmadı. Gruplar arasında metabolik sendrom sıklığı açısından farklılık bulunmadı (p=0,628).

Tüm grupların sistolik kan basıncı değerleri ortalaması 117,8±10 mmHg; diastolik kan basıncı değerleri ortalaması 75,7±9,1 mmHg; HDL değerleri ortalaması 44,7±10,8; TG değerleri ortalaması 143,8±95,4; LDL değerleri ortalaması 123,3±35,4; total kolesterol değerleri ortalaması 179±44,6; açlık kan şekeri değerleri ortalaması 92,9±19,4; bel çevresi ortalaması 97,1±11,8 cm; kilo ortalaması 73,5±13,8 kg; boy ortalaması 167,9±9,3 cm; VKİ ortalaması 26,2±5 kg/m² olarak saptandı (Tablo 14).

Gruplar metabolik sendrom ile ilgili fiziksel ve laboratuvar bulgularından diastolik kan basıncı, TG, LDL, total kolesterol, bel çevresi ve VKİ değerleri açısından istatistiksel farklılık gösterdi (sırasıyla; p=0,009, p=0,024, p=0,022, p=0,002 ve p=0,028). Diğer fiziksel ve laboratuvar değerleri açısından gruplar arası farklılık gözlenmedi. İstatistiksel farklılık gözlenen değişkenlerde gruplar ikili karşılaştırıldı. Grup-2’de diastolik kan basıncı ve VKİ değerleri Grup-3’e göre istatistiksel olarak yüksekti. Grup-1’de LDL ve TG düzeyleri Grup-3’e göre istatistiksel olarak yüksek saptandı. Grup-1’de ise kolesterol değeri Grup-2’ye göre istatistiksel olarak yüksekti. Bel çevresi değerleri Grup-1 ve Grup-2’de Grup-3’e göre yüksek bulundu (Tablo 14).

Tablo 14. Olguların Metabolik Sendrom ve ilgili parametrelerin dağılımı ve karşılaştırılması

	Toplam	Grup-1	Grup-2	Grup-3	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Metabolik Sendrom					p
Var	30 (%33)	11 (%36,7)	11 (%36,7)	8 (%26,7)	0,638
Yok	60 (%67)	19 (%63,3)	19 (%63,3)	22 (%73,3)	
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	
Sistolik kan basıncı	117,8±10	116,6±8,84	121,67±10,85	115,33±9,37	0,351
Diastolik kan basıncı	75,7±9,1	74,3±8,98	80±7,43	73±9,52	0,009
HDL	44,7±10,8	43,5±10,04	44,07±12,20	46,63±10,34	0,373
TG	143,8±95,4	178,9±130,09	146,53±77,64	106,17±47,66	0,024
LDL	123,3±35,4	134,2±28,35	122,4±43,8	113,4±30,05	0,04
Kolesterol	179±44,6	196,3±39,85	173,27±45	167,53±44,9	0,022
Açlık kan şekeri	92,9±19,4	89,4±11,9	93,3±27,7	96,0±14,9	0,099
Bel çevresi	97,1±11,8	98,7±15,3	100,5±9,1	92,2±8,4	0,002
Kilo (kg)	73,5±13,8	76,7±16,7	74,5±11	69,5±12,6	0,116
Boy (cm)	167,9±9,3	167,9±9,0	166,5±9,5	169,3±9,5	0,507
VKI (kg/m ²)	26,2±5	27,2±6,1	26,9±3,9	24,6±4,5	0,028

4.6. Tüm Hastalarda ve Tüm Gruplarda Metabolik Sendrom ve Sosyodemografik Özellikler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Tüm vakalarda ve grup 1’de MS ile sosyodemografik özellikler arasında herhangi bir ilişki bulunmadı. Grup 2’de MS tanısı alanların daha fazla oranda şehir merkezinde yaşadığı, Grup 3’de ise MS olanların olmayanlara göre ortalama çocuk sayısının daha yüksek olduğu saptandı. Grup 2 ve grup 3’teki hastalarda diğer sosyodemografik değişkenlerle MS arasında anlamlı ilişki bulunmadı (Tablo 15).

Tablo 15. Tüm hastalarda ve gruplarda metabolik sendrom ve sosyodemografik özellikler arasındaki ilişki

	Toplam			Grup-1			Grup-2			Grup-3		
	MetS (+)	MetS (-)	p	MetS (+)	MetS (-)	P	MetS (+)	MetS (-)	P	MetS (+)	MetS (-)	P
Cinsiyet												
Kadın	6 (%20)	20 (%33)	0,188	3 (%27)	8 (%42)	0,417	1 (%9)	7 (%37)	0,098	2 (%25)	5 (%23)	0,896
Erkek	24 (%80)	40 (%67)		8 (%73)	11 (%58)		10 (%91)	12 (%63)		6 (%75)	17 (%77)	
Yaş (ort±SS)	35,6±11,3	35,1±11,6	0,867	32,8±8,9	36,7±12,1	0,491	37,6±10,2	36,7±13	0,863	37,1±15,8	32,6±9,9	0,621
Medeni durum												
Evlü	12 (%40)	16 (%27)	0,395	2 (%18)	5 (%27)	0,382	5 (%45)	6 (%32)	0,464	5 (%62)	5 (%23)	0,109
Bekar	17 (%56)	40 (%67)		8 (%72)	14 (%73)		6 (%55)	11 (%57)		3 (%38)	15 (%68)	
Diğer	1 (%4)	4 (%6)		1 (%10)	0 (%)		0 (%)	2 (%11)		0 (%)	2 (%9)	
Yaşadığı yer												
Köy	10 (%33)	14 (%23)	0,249	5 (%45)	4 (%21)	0,288	3 (%27)	6 (%32)	0,036*	2 (%26)	4 (%18)	0,569
İlçe	4 (%13)	17 (%28)		1 (%10)	5 (%26)		0 (%0)	7 (%36)		3 (%37)	5 (%22)	
İl merkezi	16 (%53)	29 (%49)		5 (%45)	10 (%53)		8 (%73)	6 (%32)		3 (%37)	13 (%60)	
Çalışma durumu												
Çalışıyor	7 (%23)	13 (%22)	0,963	3 (%27)	5 (%26)	0,428	3 (%27)	2 (%10)	0,583	1 (%13)	6 (%27)	0,523
Düzensiz çalışıyor	6 (%20)	11 (%18)		2 (%18)	3 (%16)		2 (%18)	2 (%10)		2 (%24)	6 (%27)	
Ev hanımı	2 (%6)	5 (%8)		0 (%)	2 (%11)		0 (%)	2 (%10)		2 (%24)	1 (%5)	
Emekli	2 (%6)	3 (%5)		0 (%)	0 (%)		1 (%9)	2 (%10)		1 (%13)	1 (%5)	
Çalışmıyor	12 (%40)	23 (%39)		6 (%55)	6 (%31)		5 (%46)	11 (%60)		1 (%13)	6 (%27)	
Öğrenci	1 (%3)	5 (%8)		0 (%)	3 (%16)		0 (%)	0 (%)		1 (%13)	2 (%9)	
Sosyoekonomik düzey												
Düşük	11 (%37)	17 (%29)	0,716	4 (%36)	2 (%10)	0,171	4 (%36)	9 (%48)	0,84	3 (%37)	6 (%27)	0,326
Orta	12 (%40)	28 (%46)		5 (%45)	9 (%48)		5 (%45)	7 (%36)		2 (%26)	12 (%54)	
Yüksek	7 (%23)	15 (%25)		2 (%19)	8 (%42)		2 (%19)	3 (%16)		3 (%37)	4 (%19)	
Eğitim yılı (ort±SS)	10,4±4	10±3,7	0,692	11,3±3,7	11,3±3,9	0,93	10,2±4,3	7,8±2,7	0,105	9,2±4,3	10,7±3,4	0,296
Çocuk sayısı (ort±SS)	4±2,2	2,8±1,4	0,14	2	2,8±1,4	0,546	3,8±2,6	3,3±1,9	0,777	4,6±2	2,5±0,8	0,029*

4.7. Tüm Hastalarda ve Tüm Gruplarda Metabolik Sendrom ve Psikiyatrik ve Tıbbi Özgeçmiş Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Tüm hastalarda ve gruplarda MS tanısı ile psikiyatrik ve tıbbi özgeçmiş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı (Tablo 16).

Tablo 16. Tüm hastalar ve gruplarda metabolik sendrom olanlarla olmayanlar arasında psikiyatrik ve tıbbi özgeçmiş özelliklerinin dağılımı ve karşılaştırılması

	Toplam			Grup-1			Grup-2			Grup-3		
	MetS (+)	MetS (-)	p	MetS (+)	MetS (-)	P	MetS (+)	MetS (-)	P	MetS (+)	MetS (-)	P
Cinsiyet												
Kadın	6 (%20)	20 (%33)	0,188	3 (%27)	8 (%42)	0,417	1 (%9)	7 (%37)	0,098	2 (%25)	5 (%23)	0,896
Erkek	24 (%80)	40 (%67)		8 (%73)	11 (%58)		10 (%91)	12 (%63)		6 (%75)	17 (%77)	
Yaş (ort±SS)	35,6±11,3	35,1±11,6	0,867	32,8±8,9	36,7±12,1	0,491	37,6±10,2	36,7±13	0,863	37,1±15,8	32,6±9,9	0,621
Medeni durum												
Evli	12 (%40)	16 (%27)	0,395	2 (%18)	5 (%27)	0,382	5 (%45)	6 (%32)	0,464	5 (%62)	5 (%23)	0,109
Bekar	17 (%56)	40 (%67)		8 (%72)	14 (%73)		6 (%55)	11 (%57)		3 (%38)	15 (%68)	
Diğer	1 (%4)	4 (%6)		1 (%10)	0 (%)		0 (%)	2 (%11)		0 (%)	2 (%9)	
Yaşadığı yer												
Köy	10 (%33)	14 (%23)	0,249	5 (%45)	4 (%21)	0,288	3 (%27)	6 (%32)	0,036*	2 (%26)	4 (%18)	0,569
İlçe	4 (%13)	17 (%28)		1 (%10)	5 (%26)		0 (%0)	7 (%36)		3 (%37)	5 (%22)	
İl merkezi	16 (%53)	29 (%49)		5 (%45)	10 (%53)		8 (%73)	6 (%32)		3 (%37)	13 (%60)	
Çalışma durumu												
Çalışıyor	7 (%23)	13 (%22)	0,963	3 (%27)	5 (%26)	0,428	3 (%27)	2 (%10)	0,583	1 (%13)	6 (%27)	0,523
Düzensiz çalışıyor	6 (%20)	11 (%18)		2 (%18)	3 (%16)		2 (%18)	2 (%10)		2 (%24)	6 (%27)	
Ev hanımı	2 (%6)	5 (%8)		0 (%)	2 (%11)		0 (%)	2 (%10)		2 (%24)	1 (%5)	
Emekli	2 (%6)	3 (%5)		0 (%)	0 (%)		1 (%9)	2 (%10)		1 (%13)	1 (%5)	
Çalışmıyor	12 (%40)	23 (%39)		6 (%55)	6 (%31)		5 (%46)	11 (%60)		1 (%13)	6 (%27)	
Öğrenci	1 (%3)	5 (%8)		0 (%)	3 (%16)		0 (%)	0 (%)		1 (%13)	2 (%9)	
Sosyoekonomik düzey												
Düşük	11 (%37)	17 (%29)	0,716	4 (%36)	2 (%10)	0,171	4 (%36)	9 (%48)	0,84	3 (%37)	6 (%27)	0,326
Orta	12 (%40)	28 (%46)		5 (%45)	9 (%48)		5 (%45)	7 (%36)		2 (%26)	12 (%54)	
Yüksek	7 (%23)	15 (%25)		2 (%19)	8 (%42)		2 (%19)	3 (%16)		3 (%37)	4 (%19)	
Eğitim yılı (ort±SS)	10,4±4	10±3,7	0,692	11,3±3,7	11,3±3,9	0,93	10,2±4,3	7,8±2,7	0,105	9,2±4,3	10,7±3,4	0,296
Çocuk sayısı (ort±SS)	4±2,2	2,8±1,4	0,14	2	2,8±1,4	0,546	3,8±2,6	3,3±1,9	0,777	4,6±2	2,5±0,8	0,029*

4.8. Tüm Hastalarda ve Tüm Gruplarda Metabolik Sendrom İle Psikotik Bozukluk ve Tedavi Özellikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Tüm hastalarda ve gruplarda MS tanısı ile psikotik bozukluk ve tedavisi ile ilgili özelliklerin dağılımı ve karşılaştırılması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı (Tablo 17).

Tablo 17. Tüm hastalar ve gruplarda metabolik sendrom olanlarla olmayanlar arasında psikotik bozukluk ve tedavisi ile ilgili özelliklerin dağılımı ve karşılaştırılması

	Toplam			Grup-1			Grup-2			Grup-3		
	MetS (+)	MetS (-)	P	MetS (+)	MetS (-)	P	MetS (+)	MetS (-)	P	MetS (+)	MetS (-)	P
Baslangıç yaşı (ort±SS)	26,8±9,1	25,1±8,3	0,492	24,7±6	24,8±7,4	0,897	24,2±7,4	23,2±7,8	0,713	33,2±12,2	27±9,4	0,213
Tedavi baslangıç yaşı (ort±SS)	29,3±10,9	26,5±8,5	0,337	26±5,1	26,4±7,8	0,812	26,8±8,7	23,5±8	0,341	37,1±15,8	29,1±9	0,249
Tedavisiz geçen süre (ort±SS)	6±5,4	4,3±4,8	0,14	3,5±2,3	5,1±7,28	0,718	9,3±9,4	5,7±7	0,285	6,2±4	3,5±2,5	0,147
Hastanede yatış sayısı (ort±SS)	2,9±2,1	2,8±2,4	0,532	2,5±1,9	2,1±1,6	0,676	3,1±2,5	3,5±3	0,81	3,5±0,7	2,7±1,9	0,208
AP kullanımı												
Var	22 (%73)	37 (%61)	0,272	11 (%100)	18 (%95)	0,439	11 (%100)	19 (%100)	Ø	0 (%0)	0 (%0)	Ø
Yok	8 (%27)	23 (%39)		0 (%0)	1 (%5)		0 (%0)	0 (%0)		8 (%100)	22 (%100)	
AP kullanımı varsa												
Atipik	22 (%100)	34 (%92)	0,391	11 (%100)	16 (%89)	0,252	11 (%100)	18 (%95)	0,439			
Tipik	0 (%0)	1 (%8)		0 (%0)	0 (%0)		0 (%0)	1 (%5)				
Atipik+tipik	0 (%0)	0 (%0)		0 (%0)	2 (%11)		0 (%0)	0 (%0)				
Kullanılan AP												
Haloperidol	0 (%0)	3 (%8)	0,183	0 (%0)	2 (%11)	0,65	0 (%0)	1 (%6)	0,696			
Amisulpirid	0 (%0)	3 (%8)		0 (%0)	2 (%11)		0 (%0)	1 (%6)				
Klozapin	8(%36)	12 (%32)		4 (%37)	4 (%22)		4 (%37)	8 (%42)				
Ketiapin	1 (%4)	0 (%0)		0 (%0)	0 (%0)		1 (%9)	0 (%0)				
Olanzapin	8 (%36)	6 (%16)		5 (%45)	1 (%5)		3 (%27)	5 (%26)				
Risperidon	0 (%0)	4 (%10)		0 (%0)	3 (%17)		0 (%0)	1 (%5)				
Paliperidon	3 (%13)	5 (%13)		2 (%19)	3 (%17)		1 (%9)	2 (%11)				
Aripiprazol	2 (%9)	4 (%10)		2 (%19)	3 (%17)		2 (%18)	1 (%6)				
AP kullanım süresi (ort±SS)	2,7±2,5	3,5±4,5	0,818	2±1,4	3,4±4	0,601	3,3±3,2	5±1,5	0,896			
AP dozu (ort±SS)	141,9±178,7	119,8±168,7	0,328	140,7±177,8	74,4±107,8	0,277	143±188,3	162,9±204,8	0,745			
2. AP kullanma süresi (ort±SS)	3,5±4,38	3,5±4,5	0,96	1,3±0,7	5±5,3	0,136	10	1,4±1,7	0,116			
2. AP dozu (ort±SS)	53±54	61±132	0,88	37,3±54,3	73,3±162,9	0,781	100	44,6±76,6	0,317			
Depo AP kullanımı												
Var	4 (%13)	9 (%15)	0,832	3 (%27)	6 (%31)	0,804	1 (%9)	3 (%16)	0,603	0 (%0)	0 (%0)	
Yok	26 (%87)	51 (%85)		8 (%73)	13 (%69)		10 (%91)	16 (%84)		8 (%100)	22 (%100)	
Kaç farklı AP kullanımı												
1	18 (%82)	24 (%63)	0,079	8 (%72)	11 (%57)	0,205	10 (%91)	13 (%69)	0,161			
2	3 (%13)	17 (%29)		2 (%18)	8 (%43)		1 (%9)	6 (%31)				
3	1 (%5)	0 (%0)		1 (%10)	0 (%0)		0 (%0)	0 (%0)				
DDD kullanımı												
Var	10 (%33)	19 (%31)	0,837	0 (%0)	0 (%0)	Ø	10 (%91)	19 (%100)	0,181	0 (%0)	0 (%0)	Ø
Yok	20 (%67)	41 (%69)		11 (%100)	19 (%100)		1 (%9)	0 (%0)		8 (%100)	22 (%100)	
Kullanılan DDD												
Valproik asit	8 (%72)	15 (%78)	0,698				8 (%72)	15 (%79)	0,698			
Lityum	3 (%28)	4 (%22)					3 (%28)	4 (%21)				

4.9. Tüm Hastalarda ve Tüm Gruplarda Metabolik Sendrom ve Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Tüm vakalarda ve grup 1’de MS ile ölçek puanlarının dağılımı arasında herhangi bir ilişki bulunmadı. Grup 1’de MS tanısı alanlarda PANNS ölçeği negatif sendrom puanının ve yaşam kalitesi ölçeği ağrı alt puanının daha yüksek olduğu, Grup 2’de MS olmayanlarda yaşam kalitesi ölçeği sosyal işlevsellik alt puanının daha yüksek olduğu saptandı. Grup 3’teki hastalarda MS ile ölçek puanlarının dağılımı ve karşılaştırılması arasında anlamlı ilişki bulunmadı (Tablo 18).

Tablo 18. Tüm hastalar ve gruplarda metabolik sendrom olanlarla olmayanlar arasında çalışmamızda kullanılan ölçek puanlarının dağılımı ve karşılaştırılması

	Toplam			Grup-1			Grup-2			Grup-3		
	MetS (+)	MetS (-)	p	MetS (+)	MetS (-)	P	MetS (+)	MetS (-)	P	MetS (+)	MetS (-)	P
PANSS ölçeği												
Pozitif sendrom skoru	12,3±6,3	12,8±7,2	0,951	8,4±2,2	8,7±2,8	0,77	11,2±5,2	10,1±5,4	0,409	19,2±6,1	18,5±7,5	0,638
Negatif sendrom skoru	14,6±6,3	14,5±7,5	0,683	17±5	13,8±7,8	0,042*	11,7±5,4	12,4±5,4	0,896	15,1±8,1	16,8±8,6	0,582
Genel psikopatoloji skoru	25,6±9,1	25±10,6	0,447	23,6±5,8	22,1±5	0,515	24±8,9	19,8±5	0,178	30,6±11,8	31,9±13,9	1
Toplam PANSS skoru	52,6±18,1	51,9±22,3	0,426	49,1±10,8	44,6±13,6	0,143	47±15,7	42,2±13,1	0,605	65,2±24,3	66,3±27,4	1
BPRS puanı	13,7±6,6	14,7±13,9	0,312	12,1±4,9	9,4±6,3	0,098	13±7,2	9,7±5,5	0,178	16,7±7,8	22,4±18,5	0,608
Yeme Tutumu testi	20,9±9,5	20,1±11,4	0,484	23,2±9,5	20,5±8,6	0,401	17,9±7,8	15±8,6	0,244	21,7±11,6	24,1±4,3	0,707
Yaşam Kalitesi Ölçeği												
Fiziksel işlevsellik	21,1±6,2	22,7±5,9	0,299	22,8±5,7	22,6±6	0,828	17,1±6	20,8±6,4	0,105	24,1±4,8	24,3±5,2	0,962
Fiziksel rol kısıtlılığı	5,4±1,5	5,4±1,5	0,943	5,2±1,5	5,3±1,6	0,927	5,2±1,5	5,3±1,6	0,835	5,8±1,6	5,6±1,5	0,646
Ağrı	8,6±2,8	8±2,7	0,391	9,4±2,6	7,4±2,4	0,049*	7,5±3,2	8,5±3,1	0,351	9,1±2,2	8,1±2,7	0,407
Genel sağlık	14,2±3,3	15,4±4,1	0,214	14,3±4,5	16±3,8	0,353	13,9±2,4	14,6±4	0,713	14,4±3	15,6±4,5	0,526
Canlılık	13,5±4,7	13,7±5,2	0,827	14,2±6,1	14,7±5,2	0,812	12,3±4,7	12,4±4,5	0,88	14,2±2	13,9±5,6	0,672
Sosyal işlevsellik	5,9±2,6	6,9±2,1	0,083	6,8±3,2	6,5±2	0,526	4,5±2,1	7,8±2,2	0,001*	6,6±1,7	6,5±2	0,924
Emosyonel rol güçlüğü	4,1±1,1	4,1±1,1	0,953	4,1±1,1	4,3±1,3	0,857	4,1±1,1	4,2±1,3	0,964	4±1,2	3,9±0,8	0,901
Ruh sağlığı	18,7±5,2	19,5±4,8	0,389	21,2±5,6	20,3±4,8	0,3	17,2±5,4	20±3,5	0,069	17,2±3,6	18,4±5,7	0,557
Klinik global izlenim ölçeği puanı	3±1,25	2,7±1,3	0,262	2,7±1	2,2±0,8	0,199	2,6±0,8	2,2±1		4±1,6	3,6±1,4	0,563
Arizona cinsel yaşam ölçeği puanı	17,6±4,7	16,1±6,7	0,366	18±4,8	18,1±6,2	0,928	18±5,4	15,4±6,8		15,4±3,3	15±7	0,473
Morisky ilaç uyum ölçeği												
Düşük	3 (%13)	7 (%18)	0,754	2 (%18)	3 (%16)	0,387	1 (%9)	4 (%21)	0,611			
Orta	12 (%55)	22 (%58)		5 (%45)	13 (%68)		7 (%63)	9 (%48)	0,199			
Yüksek	7 (%32)	9 (%24)		4 (%57)	3 (%16)		3 (%28)	6 (%31)	0,315			

4.10. Tüm Hastalarda ve Tüm Gruplarda Metabolik Sendrom ve Metabolik Parametreler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Tüm vakalarda ve grup içlerinde MS olan hastaların sistolik kan basıncı, diastolik kan basıncı, LDL, kolesterol, açlık kan şekeri değerleri açısından farklılık saptanmazken, MS olanlarda HDL değerler düşük, TG değerleri yüksek saptandı. Tüm vakalarda MS olanlarda olmayanlara göre bel çevresi, kilo ve BKİ değerleri daha yüksek saptanırken grup içlerinde bu değerler benzer saptandı.

Tablo 19. Tüm hastalar ve gruplarda metabolik sendrom olanlarla olmayanlar arasında metabolik parametrelerin dağılımı ve karşılaştırılması

	Toplam			Grup-1			Grup-2			Grup-3		
	MetS (+)	MetS (-)	p	MetS (+)	MetS (-)	P	MetS (+)	MetS (-)	P	MetS (+)	MetS (-)	P
Sistolik kan basıncı	119±8	117±10	0,277	118±6	115±10	0,508	119±9	123±11	0,372	121±11	113±7	0,08
Diastolik kan basıncı	78±8	74±9	0,147	76±8	73±9	0,281	79±9	80±6	0,4	78±9	70±8	0,071
HDL	35±4	49±10	<0,001*	36±3	47±10	0,001*	34±4	49±11	0*	37±5	49±9	0,003*
TG	210±100	110±73	<0,001*	241±140	142±112	0,001*	219±65	104±45	0*	154±48	88±34	0,002*
LDL	126±24	121±39	0,387	133±24	134±31	0,78	120±25	123±52	0,651	125±25	108±30	0,313
Kolesterol	188±34	174±48	0,167	201±26	193±46	0,605	179±31	169±51	0,491	182±45	162±44	0,189
Açlık kan şekeri	94±18	92±19	0,385	91±13	88±11	0,518	97±26	91±28	0,377	94±12	96±16	0,778
Bel çevresi	103±9	94±11	0,001*	107±8	93±16	0,033	104±8	98±9	0,092	94±8	91±8	0,195
Kilo (kg)	79±11	70±13	0,004*	84±12	72±17	0,05	78±8	72±11	0,079	74±12	67±12	0,28
Boy (cm)	169±6	166±10	0,229	171±5	165±10	0,097	168±8	165±10	0,517	169±6	169±10	0,833
BKİ	27±4	25±5	0,025*	28±5	26±6	0,197	27±2	26±4	0,533	26±5	24±4	0,152

5. TARTIŞMA

Şizofreni ve şizoaffektif tanısı alan hastaları yalnızca antipsikotik ilaç kullanan hastalar, antipsikotik ve duygudurum düzenleyici ilaçları birlikte kullanan hastalar ve herhangi bir psikiyatrik ilaç tedavisi almayan hastalar olarak gruplandırdığımız çalışmamızda, metabolik sendrom ve metabolik parametreleri karşılaştırmayı amaçladık. Bildiğimiz kadarıyla şimdiye kadar bu üç grubu karşılaştıran yayımlanmış bir çalışma bulunmamaktadır.

Ruh sağlığı hastalıklarında metabolik sendrom özellikleri cinsiyete göre farklılık göstermektedir. Toker ve ark.'nın 2355 erkek ve 1525 kadının katıldığı çalışmasında ruh sağlığı hastalığına sahip kadın hastaların metabolik sendroma yatkınlık gösterdiği bildirilirken erkeklerde bu ilişki saptanmamıştır (127). McEvoy ve ark.'nın yaptıkları çalışmada ise şizofreni tanılı kadınlarda erkeklere göre metabolik sendrom görülme oranı istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur (128). Meyer ve ark.'nın şizofreni hastalarında antipsikotik tedavi etkisini değerlendirdiği çalışmasında şizofreni hastaları metabolik sendrom özelliğine göre gruplara ayrılmış ve şizofreni hastalarında cinsiyetin metabolik sendroma göre ilişkisi araştırılmıştır (129). Metabolik sendroma sahip şizofreni hastalarında kadın/erkek oranının metabolik sendroma sahip olmayan şizofreni hastalarına göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Bunun aksini bildiren çalışmalar da mevcuttur (130, 131). Mitchell ve ark. şizofreni ve ilişkili hastalıklarda metabolik sendrom özelliklerinin araştırıldığı 77 çalışmada 25692 şizofreni tanılı hastanın verilerini gözden geçirmiştir (130). Bu çalışmada erkek ve kadın şizofreni hastalarında metabolik sendrom sıklığını her iki cinsiyette de %34,8 olarak bildirmiş ve fark olmadığını vurgulamıştır. Bu bulguları destekler nitelikte yakın zamanda yapılmış şizofreni ve ilişkili bozuklukları içeren 64 çalışmanın incelendiği geniş kapsamlı bir gözden geçirme çalışmasında da her iki cinsiyette benzer oranlarda metabolik sendrom gözlemlendiği bildirilmiştir (131). Benzer şekilde, çalışmamızda metabolik sendrom açısından cinsiyetler arasında farklılık gözlenmemiştir.

Şizofreni hastalarında yapılan çalışmalarda metabolik sendrom görülme oranının yaş arttıkça arttığı bildirilmektedir. Toplam 1460 şizofreni hastası ile

yapılan bir çalışmada metabolik sendromun yaşa göre değiştiği ve daha ileri yaşın metabolik sendrom ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (128). Mitchell ve ark.'nın meta-analiz çalışmasında, şizofreni hastalarında metabolik sendromun daha ileri yaşlarda daha fazla gözleendiği vurgulanmıştır. Benzer şekilde, Vancampfort ve ark.'ı da şizofreni hastalarında daha yüksek yaşlarda daha sık metabolik sendrom olduğunu bildirmiştir (131). Çalışmamızda metabolik sendrom olan ve metabolik sendrom olmayan hastalarda ve her üç grup kendi aralarında yaş ortalamaları açısından karşılaştırıldığında farklılık olmadığı gözlenmiştir. Çalışmamızda MS ile yaş arasında farklılık bulunmamasının nedeni, örnekleminizdeki hastaların benzer yaşlara sahip olmasından kaynaklanabilir.

Ülkemizde şizofreni ve ilgili hastalıklarda metabolik sendrom sıklığının araştırıldığı çalışmalara bakıldığında şizofreni ve ilgili hastalıklara sahip hastaların yarısından çoğunun bekar olduğu bulunmuştur (132, 133). Benzer şekilde Kalkan'ın çalışmasında MS olan şizofreni hastalarının %61,2'sinin bekar, %32,6'sinin evli olduğu bildirilmiştir (132). Bizim çalışmamız sonuçları da bu çalışmaları destekler niteliktedir. Çalışmamızda bekar oranı tüm katılımcılar arasında %63,3 ve MS olanlar arasında %56 olarak saptandı. Gruplar arasında farklılık bulunmadı.

Şizofreni ile yapılan çalışmalarda kırsal kesime göre kentte doğan ve yaşayan kişilerde şizofreni sıklığının yüksek olduğu bildirilmiştir. Conde ve ark.'nın yaptıkları çalışmada kentte doğan kişilerde genetik kalıtım riskinin yüksek olduğu ve bu nedenle şizofreni hastalığının kentte yaşayanlarda yüksek olduğu vurgulanmıştır (134). Vassos ve ark.'ı da Danimarka popülasyonunda yaptıkları çalışmada şehir merkezinde doğan hastaların şizofreniye yatkın olduğunu belirtmiştir (135). Bizim çalışmamız sonuçları da literatürdeki çalışmaları destekler niteliktedir. Tüm hastaların %50'si il merkezinde, %26,7'si köyde ve %23,3'ü ilçede yaşamaktadır. Literatürde bilgilerimize göre şizofreni hastalarında metabolik sendroma yaşadığı yerin etkisini araştıran çalışma bulunmamaktadır. Çalışmamızda, MS olan ve olmayan gruplar arasında hastaların yaşadığı yer açısından farklılık saptanmamıştır.

İşsizlik oranları ve düzensiz bir işte çalışma şizofreni hastalarında genel popülasyona göre yüksek oranlarda bildirilmektedir. Llerena ve ark. çalışmamız

örnekleme benzer olarak şizofreni ve şizoaffektif bozukluk tanılı hastaları dahil ettikleri çalışmada psikotik bozukluğa sahip hastaların yüksek işsizlik durumu ve düşük çalışma potansiyelinin altında yatan sebebi araştırmış ve bu durumun sadece kognitif düzeyle alakalı olmadığını kişisel, çevresel ve iş programının düzeni ile de alakalı olabileceğini vurgulamıştır (136). Düzensiz çalışma aynı zamanda metabolik sendrom gibi ciddi halk sağlığı problemleri ile de ilişkili olarak gösterilmiştir (137). Yukarıdaki literatür bilgileri ışığında düzenli bir işte çalışmamanın hem psikotik bozukluklar, hem de metabolik sendrom ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, her iki hastalığın da çalışmaya bağlı biyolojik ritimle ilişkili bozukluklardan olabileceği düşünülmektedir. Böke'nin yaptığı tez çalışmasında şizofreni ve şizoaffektif bozukluğa sahip hastalarda düzenli bir işi olmanın kişinin metabolik parametrelerini etkilediği bulunmuştur (138). Çelikbaş'ın şizofreni hastalarında yüksek oranda metabolik sendrom tanısı saptadığı çalışmasında şizofreni hastalarının sadece %16,5 oranda düzenli bir işte çalıştığı bulunmuştur (133). Çalışmamızda MS olan hastalarda düzenli bir işte çalışma oranı %23 olup, metabolik sendrom olanlarla olmayanlar arasında çalışma durumu açısından farklılık saptanmadı.

Şizofreni hastalarında eğitim seviyesinin metabolik sendroma etkisinin araştırıldığı çalışmalarda fikir birliği bulunmamaktadır. Pallawa ve ark. antipsikotik tedavi alıp almama durumuna göre şizofreni hastalarındaki metabolik sendrom özelliklerini incelediği çalışmasında yüksek eğitim düzeyine sahip şizofreni hastalarında metabolik sendrom sıklığının istatistiksel olarak daha yüksek olduğunu belirtmiştir (139). Bunun yanında şizofreni hastalarında eğitim düzeyinin metabolik sendroma etkisinin olmadığını bildiren birçok çalışma da mevcuttur. Öyeçkin şizofreni ve şizoaffektif bozukluğu olan hastalardan metabolik sendroma sahip hastaların ortalama eğitim süresini $7.25 \pm 2,34$ yıl, metabolik sendrom tanısı olmayan hastaların ortalama eğitim süresini $6.40 \pm 2,10$ yıl olarak bulmuştur (140). Öyeçkin çalışmasının sonuçları önceki çalışmayı destekler nitelikte metabolik sendroma sahip hastalarda eğitim seviyesinin yüksek olduğunu saptasa da bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Ülkemizde yapılan şizofreni hastalarında metabolik sendrom sıklığının sosyodemografik özelliklerle ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada da eğitim düzeyi ile metabolik sendrom arasında ilişki olmadığı bildirilmiştir (141).

Önceki çalışmalarla uyumlu olarak, şizofreni ve şizoaffektif bozukluğu olan hastaların dahil edildiği çalışmamızda da metabolik sendrom özelliğine göre hastaların eğitim süreleri arasında farklılık saptanmadı.

Çalışmamıza katılan olguların psikiyatrik ve tıbbi özgeçmişleri ilaç kullanma özelliklerine göre karşılaştırıldı. Gruplar arasında psikiyatrik ek hastalık, soygeçmiş, özkıyım öyküsü, EKT tedavi öyküsü, sigara kullanımı, ek tıbbi hastalık ve ek tıbbi ilaç kullanımı açısından fark saptanmazken güncel tedavi öncesi kullandıkları farklı antipsikotik öyküsü açısından farklılık mevcuttu. Çalışmamızda 2. grupta güncel tedavisinde kullanılan antipsikotik tedavisinden daha önce farklı bir antipsikotik öyküsünün olduğu saptandı. Berle ve Spigset şizofreni hastalarının tedavisinde duygudurum düzenleyici ilaçların etkinliğini açıklamaya çalıştığı yazısında duygudurum düzenleyici ilaçların şizofreni tedavisinde antipsikotik tedaviye dirençli hastalarda antipsikotik ilacın etkisini artırmak amaçlı kullanılabileceğini belirtmiştir (142). Gülseren ve Erol da yaptıkları gözden geçime çalışmasında bir duygudurum düzenleyicisi olan lityum'un şizofreni hastalarında psikotik tabloya duygudurum belirtilerinin eşlik ettiği veya antipsikotik tedavinin yetersiz kaldığı durumlarda antipsikotik tedavinin etkinliğini artırmak amaçlı kullanıldığını belirtmektedir (143). Çalışmamızdaki AP+DDD alan grupta daha yüksek oranda güncel tedavi öncesi farklı bir antipsikotik kullanım öyküsünün bulunması güncel antipsikotik tedaviye geçmeden önce farklı antipsikotiklerle hastalığın tedavi edilmeye çalışıldığını, bu grupta tedaviye dirençli hastaların bulunduğunu gösterebilir. Çalışmamızda metabolik sendrom varlığına göre tüm vakalar ve gruplar kendi içlerinde psikiyatrik ve tıbbi özgeçmişleri açısından karşılaştırıldığında, metabolik sendrom varlığına göre bu özellikler açısından farklılık saptanmadığı gözlenmiştir.

Şizofreni hastaları yüksek düzeyde eşlik eden tıbbi hastalık riskine sahiptir (130). Son yıllarda kardiyovasküler sistem hastalıklarının prevalansında artış ve bu hastalıkların erken ölüme sebebiyet vermeleri şizofreni ve benzeri psikotik bozukluklarla ilgilenen klinisyenleri bu iki hastalık arasındaki ilişkiyi araştırmaya yönlendirmiştir. Araştırmacılar kardiyovasküler sistem hastalıkları için önemli risk faktörü olan metabolik sendromun şizofreni hastalarına yüksek oranda eşlik ettiğini bulmuşlardır. (129, 130). Daha sonraki çalışmalarda bu iki hastalığın yüksek sıklıkta

görülme nedenleri araştırılmış ve psikotik bozuklukların tedavisinde kullanılan antipsikotik ilaçlarla metabolik sendrom arasında ilişki olduğu çalışmalarda gösterilmiştir (129, 130). Çalışmamızda MS ve MS'la ilişkili parametrelere etkisi olabileceğinden, ciddi kardiyovasküler hastalığı ve DM tanısı olan hastalar dışlanmıştır. Bu nedenle hastalarımızdaki ek tıbbi hastalık oranı %17,8 olup, önceki çalışmaya göre düşük bulunmuştur.

Şizofreni hastalarında metabolik sendrom sıklığı ile ilgili literatürde çok sayıda araştırmaya rastlanmaktadır. Mitchell ve ark'nın yaptıkları geniş kapsamlı bir gözden geçirme çalışmasında, 25692 şizofreni hasta verisini içeren şizofreni ve metabolik sendrom ilişkisini araştıran 77 çalışma dahil edilmiş ve şizofreni hastalarında metabolik sendrom sıklığı %32,5 bildirilmiştir (130). Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise şizofreni hastalarında eşlik eden metabolik sendrom oranı %27-44,3 olarak bulunmuştur (132, 133, 141). Sarısoy ve ark. en az 3 aydır antipsikotik tedavi alan 111 şizofreni tanılı hastada yaptıkları çalışmada metabolik sendrom oranını %27 olarak saptamıştır (141). Kalkan, metabolik sendromun şizofreni hastalarında bireysel-sosyal performansa etkisini araştırdığı çalışmasında şizofreni hastalarında metabolik sendrom görülme oranını %42,2 olarak bulmuştur (132). Benzer şekilde Çelikbaş tarafından 2016 yılında yapılan çalışmada da şizofreni hastalarının %44,3'üne metabolik sendrom eşlik ettiği bildirilmiştir (133). Bizim çalışmamızda şizofreni ve şizoaffektif bozukluk tanılı hastalarda metabolik sendrom oranları, tüm hastalarda (n=90) %33, antipsikotik tedavi almayan hastaları dışladığımızda (n=60) %36,7 olarak bulundu. Çalışmamız bulguları Türkiye'de yapılan çalışmalardan düşük saptanırken yukarıda bahsedilen geniş kapsamlı gözden geçirme çalışması ile uyumlu bulunmuştur. Ülkemizde yapılan diğer çalışmalardan düşük saptanmasında çalışmamız metodolojisindeki bazı farklılıkların etkili olabileceği düşünülmektedir.

Şizofreni hastalarında atipik antipsikotik ilaçların kullanımının metabolik bozukluklar ile yakın ilişkili olduğu bilinmektedir (7). Metabolik yan etkiler, antipsikotiklerin sadece kendilerine has reseptör bağlama özelliklerinin olmasının yanında bu ilaçların heterojen reseptör bağlama özellikleriyle de ilişkilidir (7). Metabolik bozukluklarla ilişkili olarak hastalarda sadece mortalitenin artmadığı, aynı

zamanda, psikotik ve depresif belirtilerde artış olduğu, tedaviye uyumun ve işlevselliğin azaldığı da gözlenmiştir. Bu nedenlerle antipsikotiklerle tedavi edilen hastaların rutin olarak metabolik durumunun gözden geçirilmesi önerilmektedir (129, 144). De Hert ve ark. metabolik sendromu farklı tanı sınıflandırmalarına göre incelemiş ve antipsikotik ilaç tedavisi alan hastalarda farklı tanı kriterlerine göre %28,4 ile %36 arasında metabolik sendrom olduğunu belirtmişlerdir (145). McEvoy ve ark.'nın yaptıkları 1460 şizofreni hastasında antipsikotik tedavinin etkinliğinin araştırıldığı CATIE çalışmasında ise antipsikotik tedavi alan şizofreni hastalarında metabolik sendrom sıklığı farklı tanı kriterlerine göre %40,9 ve %42,7 olarak bildirilmiştir (128).

Ülkemizde Güveli'nin antipsikotik kullanan şizofreni hastaları ile sağlıklı kontrollerin metabolik sendrom sıklığını karşılaştırdığı çalışmasında antipsikotik tedavi alan şizofreni hastalarında metabolik sendrom sıklığı sağlıklı kontrollere göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır (146). Güveli'nin çalışmasında antipsikotik tedavi alan şizofreni grubunda metabolik sendrom sıklığı %35,8 olarak saptanmıştır. Bizim çalışmamızda antipsikotik kullanan grupta metabolik sendrom sıklığı %36,7 olarak saptanmıştır. Çalışmamız bu sonuçları ile literatürdeki diğer çalışma sonuçlarını desteklemektedir.

Duygudurum düzenleyici ilaçların psikiyatrik bozukluğu olan hastalarda metabolik sendrom ile ilgili özelliklerden kilo artışı ve insülin direnci ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (79, 147). Psikiyatri servisinde yatan hastalarda metabolik sendrom ve metabolik sendrom ile ilgili parametreleri araştırıldığı bir çalışmada, lityum tedavisi alan şizofreni hastalarında metabolik sendrom sıklığının araştırmaya dahil edilen antipsikotiklerden klozapin, olanzapin, risperidon, haloperidol ve duygudurum düzenleyiciler olan valproik asit ve karbamazepin tedavilerine göre istatistiksel olarak yüksek olduğu bildirilmiştir (79). Lityum tedavisi alan hastalarının %54,2'sinde, karbamazepin tedavisi alan hastaların %41,7'sinde ve valproik asit tedavisi alan hastaların %40'ında metabolik sendrom olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmanın aksine ülkemizde Genç ve ark.'nın bipolar bozukluğu olan hastalarda lityum monoterapisine bağlı metabolik sendrom sıklığını araştırdıkları çalışmada, tek başına lityum monoterapisinin metabolik

sendrom sıklığı oluşturma riskinin düşük olduğu ve diyabet tanısı olan bipolar bozukluğu hastalarında kullanılabileceği bildirilmiştir (147).

Literatür bilgilerimize göre antipsikotik tedavi ile antipsikotik ve duygudurum düzenleyici tedavisinin birlikte kullanımını metabolik sendrom açısından karşılaştıran kısıtlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Yumru ve ark.'nın bipolar bozukluğu tanısı olan hastalarla yaptıkları çalışmada en az 3 aydan beri atipik antipsikotik ilaç tedavisi alan 31 hasta ile en az 3 aydan beri duygudurum düzenleyici (DDD) ilaç (lityum, valproik asit, karbamazepin, lamotrijin) alan 29 hasta metabolik sendrom sıklığı açısından incelenmiştir. Çalışma sonucunda antipsikotik tedavi alan hastaların %51,4'ünde metabolik sendrom saptanırken duygudurum düzenleyici tedavi alan hastaların %20,6'sında metabolik sendrom saptanmıştır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (148). Benzer şekilde, Yumru ve ark.'nın yaptıkları farklı bir çalışmada antipsikotik monoterapi alan hastalar, antipsikotik ve duygudurum düzenleyici ilaç tedavisini birlikte alan hastalar ve duygudurum düzenleyici monoterapi alan bipolar tanılı hastalar metabolik sendrom açısından karşılaştırılmış ve antipsikotik monoterapi alan hastalarda metabolik sendrom sıklığı diğer iki tedavi grubuna göre istatistiksel olarak yüksek saptanmıştır. Antipsikotik monoterapi alan hastaların %54,5'inde, antipsikotik ve duygudurum düzenleyici tedaviyi birlikte alan hastaların %24,2'sinde ve duygudurum düzenleyici monoterapi alan hastaların %23,7'sinde metabolik sendrom gözlenmiştir (149). Ayrıca bu çalışmada duygudurum düzenleyici tedavilerin kendi içlerinde monoterapi ve kombine kullanımı açısından metabolik sendrom sıklığına etkisi araştırılmış ve duygudurum düzenleyici monoterapi ve kombine tedavi kullanımı açısından istatistiksel farklılık saptanmamıştır. Valproik asit monoterapi tedavisi alan hastalar, hem valproik asit ve lityum kombine tedavisi alan hastalara hem de lityum monoterapi alan hastalara göre daha yüksek oranda metabolik sendrom tanısı almıştır (149). Zuo ve ark.'nın antipsikotik kullanan 626 hastada (426'sı sadece antipsikotik, 200'ü antipsikotik ve valproik asit) yaptıkları çalışmada, antipsikotik monoterapisi alan hastalar ile antipsikotik ve valproik asit tedavisini birlikte alan hastalar metabolik yan etkiler açısından karşılaştırıldığında benzer bulunmuştur (150). Bu sonuçlarla uyumlu olarak, çalışmamızda ilaç tedavisi alma özelliklerine göre gruplar arasında

metabolik sendrom sıklığı açısından farklılık bulunmamıştır. Ancak 1. ve 2. grupta 3. gruba göre istatistiksel olarak anlamlı olmasa da metabolik sendrom sıklığı yüksek saptanmıştır. (1. grupta %36,7, 2. grupta %36,7 ve 3. grupta %26,7). Çalışmamızda 2. gruptaki (antipsikotik ve duygudurum tedavisini birlikte alan) hastalar valproat ve lityum tedavisi alma durumuna göre metabolik sendrom açısından incelendiğinde, valproat veya lityum tedavisi ile metabolik sendrom arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır. Bu sonuçlar antipsikotik tedavinin monoterapi veya duygudurum düzenleyici ilaçlarla kombine tedavi olarak uygulanmasının metabolik sendrom sıklığında anlamlı bir farklılığa yol açmadığını göstermektedir.

Çalışmamızdaki gruplar PANSS skorları açısından değerlendirildiğinde farklılık saptanmıştır. Bu fark ilaç tedavisi alan gruplar ile ilaç tedavisi almayan grup arasında bulunmuştur. İlaç tedavisi almayan grupta negatif semptom alt ölçeği hariç PANSS skorları yüksek saptanmıştır. Bu durum ilaç tedavisi alan gruplarda hastaların ilaç tedavisine olumlu yanıt verdiğini ve bu nedenle de PANSS skorlarının daha düşük olduğunu göstermektedir. Benzer şekilde ilaç tedavisi almayan grupta Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği ve Klinik Global İzlenim Ölçeği puanları da düşük saptanmıştır.

Meyer ve ark.'nın yaptıkları çalışmada şizofreni hastalarının PANSS puanları metabolik sendrom durumuna göre karşılaştırılmış ve metabolik sendromu olan grupta genel psikopatoloji alt maddelerinden yalnızca somatik kaygı puanları istatistiksel olarak yüksek saptanmıştır (151). Çalışmamızda ise metabolik sendrom varlığına göre tüm hastalar ve gruplar PANSS, KPDÖ VE KGIÖ puanları açısından kendi içlerinde karşılaştırıldığında, PANSS negatif sendrom alt ölçeği hariç diğer ölçek puanlarında farklılık gözlenmemiştir. Atipik antipsikotik alan şizofreni hastaları arasında MS olanlarda MS olmayanlara göre PANSS negatif semptom alt ölçek puanları anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Çalışmamızın bu bulgusu, negatif semptomları daha fazla olan şizofreni hastalarında metabolik sendromun daha fazla görülmesinin sedanter yaşam tarzı ve kötü beslenme ile ilişkili olabileceği şeklinde yorumlanabilir.

Literatürde, psikotik bozukluklar ile yeme bozuklukları arasında yakın bir ilişki olduğunu belirtmiştir (152). Akdemir ve Nargis yaptıkları gözden geçirme çalışmasında antipsikotik ve duygudurum düzenleyicilerinin açlık ve doyma mekanizmalarında tahribatta anlamlı bir rol oynadığı ve yeme davranışlarında probleme neden olduğu vurgulanmıştır. Ayrıca çalışmada bu grup ilaçlarla tedavinin yeme davranışında getirdiği bozulmalar sonucunda metabolik sendrom özelliklerinden kilo artışına neden olduğu da belirtilmiştir (153). Çalışmamızda tüm grupların yeme tutumu testinden aldıkları puan ortalaması 30 puanın altında bulundu. Ancak, gruplar arasında hastaların yeme tutumu testine göre puanlarında istatistiksel farklılık saptandı. İkili grup karşılaştırmalarında bu farkın antipsikotik tedavisi alan grup ile antipsikotik ve duygudurum düzenleyici kombine tedavisi alan gruplar arasında olduğu gözlemlendi. Antipsikotik tedavisi alan grupta yeme tutumu testi puanı daha yüksekti. Antipsikotikler ve duygudurum düzenleyicileri yukarıda bahsedildiği gibi yeme davranışında problem oluşturabildiği gibi yeme davranışı bozukluklarının tedavisinde de kullanılmaktadır (154). Çalışmamızda duygudurum düzenleyici kullanan grupta yeme tutumu testi puanlarının düşük saptanmasının nedeni, psikotik bozukluğa bağlı yeme davranış problemlerindeki tedaviye bağlı düzelme ile ilişkili olabilir. Akdemir ve Nargis'in belirttiği gibi duygudurum düzenleyicilerin monoterapi veya kombine edilmesi, yeme bozukluklarının tedavisinde olumlu yanıtla ilişkili olabileceğini düşünülmektedir (153).

Şizofreni hastalarında kullanılan tedavilerin yaşam kalitesine etkisini araştıran çalışmalar çelişkili sonuçlar içermektedir. Bazı yazarlar ilaç tedavilerinin yaşam kalitesine herhangi bir etkisi olmadığını belirtirken, bazıları farklı ilaçların yaşam kalitesine olumlu etkileri olduğunu bulmuştur (155). Soygür ve ark.'ı yaptıkları çalışmada klozapin kullanan şizofreni hastaların yaşam kalitesinin tipik antipsikotiklere göre anlamlı olarak yüksek olduğunu saptamıştır(156). Başka bir çalışmada duygudurum düzenleyici ile birlikte atipik antipsikotik, yalnız atipik antipsikotik ve yalnız tipik antipsikotik kullanan hasta gruplarına ait SF-36 ölçeğinin alt alan skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Aynı çalışmada metabolik sendromu olan ve olmayan şizofrenili hasta gruplarına ait SF-36 ölçeğinin alt alan skorları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır (157).

Çalışmamızda gruplar arasında yaşam kalitesi ölçeği-36 alt ölçeklerinden fiziksel işlevsellik harici farklılık saptanmamıştır. Duygudurum düzenleyici ve antipsikotik tedavi alan hastalardan oluşan grupta diğer gruplara göre fiziksel işlevsellik puanı istatistiksel olarak daha düşük saptanmıştır. Bu sonuç duygudurum düzenleyici ilaçların yan etkilerine bağlı olabileceği gibi hastalığın tedaviye dirençli olmasıyla da ilişkili olabilir. Bu durum şizofreni hastalarında ilaç tedavi özelliklerinin yaşam kalitesine etkisinin araştırılacağı yeni çalışmalarla netlik kazanacaktır.

Şizofreni hastalarında metabolik sendromun hastanın yaşam kalitesini olumsuz etkilediği bildirilmektedir. Vancampfort ve ark.'nın şizofreni ve kontrol grubunda metabolik sendrom ve yaşam kalitesine etkisini Yaşam Kalitesi Ölçeği-36 (Short Form 36) ile değerlendirdiği çalışmasında emosyonel rol kısıtlılığı hariç tüm alt testlerde metabolik sendroma sahip şizofreni hastalarında istatistiksel olarak yüksek puan saptamışlardır (155). Meyer ve ark.'nın CATIE çalışması verilerini kullanarak yaptıkları çalışmada, şizofreni hastalarında metabolik sendromun yaşam kalitesini bozduğu ve özellikle fiziksel olarak önemli kısıtlamalara yol açtığı saptanmıştır (151). Bizim çalışmamızda ise MS olan şizofreni hastalarında MS olmayanlar göre yaşam kalitesi ağrı alt ölçeği puanı istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu.

Tüm çalışmalar iyi bir yaşam kalitesinin ilk şartının etkili bir ilaç tedavisinin olduğunu desteklemekte ve etkili bir ilaç tedavisinin ilk şartının ise ilaç tedavisine uyum olduğu bildirilmektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda psikotik hastalarda ilaçlara uyum oranının %11-80 gibi geniş bir aralıkta olduğu bildirilmiştir (158). Hastaların ilaç tedavisine uyumunu Morisky İlaç Uyum ölçeği kullanarak değerlendirdiğimiz çalışmamızda, ilaç tedavisi alan 1. ve 2. gruptaki hastaların ilaç uyumu düşük bulundu. Gruplar arasında anlamlı farklılık yoktu. Yüksek ilaç uyumu olarak değerlendiren hastalar ilaç kullanan hastaların yalnızca %16,7'sini oluşturdu. Çalışmamızda metabolik sendrom durumuna göre hastalar ilaç uyumu açısından incelendiğinde herhangi bir farklılık gözlenmedi.

Antipsikotik tedavi ile metabolik parametrelerin olumsuz etkilendiği çalışmalarda bildirilmiştir (128, 129, 145). Literatür bilgisi ile uyumlu olarak

çalışmamızda 6 aydan beri ilaç tedavisi almayan ve yeni tanı alan grupta diğer gruplara göre metabolik parametreler açısından daha az bozulmalar gözlemlendi. Şizofreni veya sizoaffektif bozukluğu yeni tanı alan hastalarda diastolik kan basıncı, TG, LDL, total kolesterol, bel çevresi ve VKİ değerleri diğer gruplara göre daha düşük saptandı.

Antipsikotik ve duyudurum düzenleyici ilaçların metabolik sendrom parametreleri üzerine etkilerini karşılaştıran az sayıda çalışma bulunmaktadır. Ülkemizde Yumru ve ark.'nın yaptıkları çalışmada antipsikotik tedavi alan hastalar ve duyudurum düzenleyici tedavi alan hastalarda açlık kan şekeri, HDL ve trigliserit değerleri açısından karşılaştırılmış, metabolik sendroma ait bahsedilen parametreler açısından iki grup arasında fark saptanmadığı bildirilmiştir (149). Benzer şekilde bizim çalışmamızda da antipsikotik tedavi alan grup ile antipsikotik ve duyudurum düzenleyici tedavi alan gruplar, total kolesterol hariç kan basıncı, HDL, TG, LDL, açlık kan şekeri, bel çevresi ve VKİ değerleri açısından benzer bulundu. İlginç olarak, antipsikotik tedavi alan grupta total kolesterol değerleri antipsikotik ve duyudurum düzenleyici tedavi alan gruba göre yüksek saptandı. Bu durum antipsikotik tedavi alan grupta yeme tutumundaki bozuklukla ilişkili olabilir.

Şizofreni hastalarında cinsel işlev bozuklukları yaygın olarak bildirilmektedir (159). Bu bozulma şizofrenin yaşam boyu seyri ve işlevsellikte yaptığı bozulmaya ek olarak yaşam kalitesinde azalma ile ilişkili olabileceği gibi, kullanılan ilaçlara da bağlı olabilir (159, 160). Antipsikotiklerin, dopaminerjik iletiyi azaltarak ve negatif geri bildirim yoluyla prolaktin seviyelerinde artışa neden olarak libidoyu azalttığı, aynı zamanda antipsikotiklerin indükledikleri sedasyon ve kilo alımında cinsel isteği azaltabildiği bildirilmiştir(159). Bunun tersine bazı psikozlu hastalarda antipsikotik tedavinin cinsel işlevselliği düzelttiğini belirten çalışmalar da mevcuttur (159). Çalışmamızdaki hastalarda cinsel işlevleri sorguladığımız Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanları açısından yeni tanı alan grupta cinsel işlev bozukluğu puanları daha düşük saptansa da gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı.

Bildiğimiz kadarı ile psikoz hastalarında metabolik sendromun cinsel işlev

bozukluğuna olan etkisini araştıran kısıtlı sayıda araştırma mevcuttur. Keklik'in yaptığı tez çalışmasında bipolar bozukluğu olan hastalarda metabolik sendromun cinsel işlevlerdeki bozulmada etkili olduğu gösterilmiştir (161). Bizim alışmamızda, metabolik sendrom durumuna göre de gruplar arasında cinsel işlev bozukluğu puanları açısından farklılık saptanmadı.



6. SONUÇLAR

Çalışmamızda şizofreni ve şizoaffektif tanısı hastalardan yalnız AP kullananlar, AP ve DDD birlikte kullananlar ve yeni tanı alıp henüz ilaç tedavisi almayanlar, MS tanısı ve MS parametreleri açısından karşılaştırılmıştır. Bulgularımız antipsikotik tedavi ile birlikte DDD ilaç kullanımının metabolik sendrom parametrelerini etkilemediğini, ancak önceki çalışmaları destekler şekilde psikotrop ilaç kullananlarda kullanmayan hastalara göre bu parametrelerin daha fazla etkilediğini göstermektedir. Şizofreni ve şizoaffektif hastaların tedavileri planlanırken MS için olası riskler değerlendirilmelidir. Literatürdeki veri kısıtlılığı göz önüne alındığında, konu ile ilgili ileriye yönelik daha geniş örneklemlerle çalışmaların yapılması gerektiği düşünülmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Ünal B. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarda sosyal çevrenin relapslar üzerine etkisi [Tıpta Uzmanlık Tezi]. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2015.
2. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları: Nobel Tıp Kitapları; 2011.
3. Ayas Bütün S. Suç işlemiş ve şizofreni tanısı almış kişilerin işledikleri suç tipleri, suç işleyiş biçimleri ve kişilik özellikleri [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü; 2005.
4. Güven FM, Birsöz S. Klozapin ve Şizofreni Sağaltımındaki Yeri. Klinik Psikiyatri Dergisi.4(2):124-8.
5. Harrison G, Hopper K, Craig T, Laska E, Siegel C, Wanderling J, et al. Recovery from psychotic illness: a 15-and 25-year international follow-up study. The British journal of psychiatry. 2001;178(6):506-17.
6. Kato MM, Currier MB, Gomez CM, Hall L, Gonzalez-Blanco M. Prevalence of metabolic syndrome in Hispanic and non-Hispanic patients with schizophrenia. Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry. 2004;6(2):74.
7. Chang HH, Yang YK, Gean PW, Huang HC, Chen PS, Lu RB. The role of valproate in metabolic disturbances in bipolar disorder patients. Journal of affective disorders. 2010;124(3):319-23.
8. Muñoz Contreras AM, Bedoya Berrío G, Velásquez R CM. An approach to the etiology of metabolic syndrome. Colombia Médica : CM. 2013;44(1):57-63. PubMed PMID: PMC4002015.
9. Pramyothin P, Khaodhiar L. Metabolic syndrome with the atypical antipsychotics. Current opinion in endocrinology, diabetes, and obesity. 2010 Oct;17(5):460-6. PubMed PMID: 20717020. Epub 2010/08/19. eng.
10. Arciniegas DB. Psychosis. Continuum : Lifelong Learning in Neurology. 2015;21(3 Behavioral Neurology and Neuropsychiatry):715-36. PubMed PMID: PMC4455840.

11. Sadock BJ, Sadock VA, Bozkurt A. Kaplan & Sadock Klinik Psikiyatri. İstanbul: Güneş Tıp Kitabevi; 2009.
12. Kocal Y, Karakuş G, Sert D. Şizofreni: Etyoloji, Klinik Özellikler ve Tedavi. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 2017;26(2):251-67.
13. Işık E. Şizofreni. Ankara: Format Matbaacılık; 2006.
14. Lavretsky H. History of schizophrenia as a psychiatric disorder. In: Mueser K, Jeste D, editors. Clinical handbook of schizophrenia. New York: The Guilford Press; 2008.
15. Cutting J. First rank symptoms of schizophrenia: their nature and origin. History of psychiatry. 2015;26(2):131-46.
16. Kızıl ETÖ. Basit şizofreni. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2006:9-1.
17. Sancaktar S. Evde bakım gören şizofreni hastaları ile bakım merkezinde bakım gören şizofreni hastalarının depresyon ve işlevsel iyileşme düzeyleri açısından karşılaştırılması [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2017.
18. Simeone JC, Ward AJ, Rotella P, Collins J, Windisch R. An evaluation of variation in published estimates of schizophrenia prevalence from 1990— 2013: a systematic literature review. BMC psychiatry. 2015;15(1):193.
19. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
20. Van der Werf M, Hanssen M, Köhler S, Verkaaik M, Verhey F, van Winkel R, et al. Systematic review and collaborative recalculation of 133 693 incident cases of schizophrenia. Psychological medicine. 2014;44(1):9-16.
21. Deshmukh V, Bhagat A, Shah N, Sonavane S, Desousa AA. Factors affecting marriage in schizophrenia: A cross-sectional study. Journal of Mental Health and Human Behaviour. 2016;21(2):122.
22. Kranthi RV, Kumar CS. Evaluation of psychiatric disability among patients with schizophrenia in relation to marital status: a cross-sectional study. Journal of Evolution of Medical And Dental Sciences-Jemds. 2016;5(55):3709-15.

23. Greenwood TA, Lazzeroni LC, Calkins ME, Freedman R, Green MF, Gur RE, et al. Genetic assessment of additional endophenotypes from the Consortium on the Genetics of Schizophrenia Family Study. *Schizophrenia research*. 2016;170(1):30-40.
24. Öztürk M, Uluşahin A. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları-1*. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri. 2008.
25. Hilker R, Helenius D, Fagerlund B, Skyttthe A, Christensen K, Werge TM, et al. Heritability of Schizophrenia and Schizophrenia Spectrum Based on the Nationwide Danish Twin Register. *Biological psychiatry*. 2017.
26. Kaya H, Erde BF. Psikozlar: Serotonin-Dopamin Etkileşmesi. *Türkiye Klinikleri J Pharmacol-Special Topics*. 2016;4(1):21-9.
27. Janowsky DS, Davis JM. Methylphenidate, dextroamphetamine, and levamfetamine: Effects on schizophrenic symptoms. *Archives of General Psychiatry*. 1976;33(3):304-8.
28. Howes OD, Kapur S. The dopamine hypothesis of schizophrenia: version III—the final common pathway. *Schizophrenia bulletin*. 2009;35(3):549-62.
29. Stahl S. *Stahl'ın Temel Psikofarmakolojisi*. İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul. 2012.
30. Geyer MA, Vollenweider FX. Serotonin research: contributions to understanding psychoses. *Trends in pharmacological sciences*. 2008;29(9):445-53.
31. Akhondzadeh S, Malek-Hosseini M, Ghoreishi A, Raznahan M, Rezazadeh S-A. Effect of ritanserine, a 5HT_{2A/2C} antagonist, on negative symptoms of schizophrenia: a double-blind randomized placebo-controlled study. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2008;32(8):1879-83.
32. Maletic V, Eramo A, Gwin K, Offord SJ, Duffy RA. The Role of Norepinephrine and Its α -Adrenergic Receptors in the Pathophysiology and Treatment of Major Depressive Disorder and Schizophrenia: A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry*. 2017;8.
33. Özdemir O, Özdemir PG. Glutamat Sistemi ve Şizofreni. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2016;8(4):394-405.

34. Chiapponi C, Piras F, Piras F, Caltagirone C, Spalletta G. GABA system in schizophrenia and mood disorders: A mini review on third-generation imaging studies. *Frontiers in psychiatry*. 2016;7.
35. Kltr S, Mete L. Şizofreni. In: Gle C, Kroğlu E, editors. *Psikiyatri Temel Kitabı*. Ankara: HYB Basım Yayın; 2007. p. 184-204.
36. Jskelinen E, Haapea M, Rautio N, Juola P, Penttil M, Nordstrm T, et al. Twenty years of schizophrenia research in the Northern Finland Birth Cohort 1966: a systematic review. *Schizophrenia research and treatment*. 2015;2015.
37. Picchioni MM, Rijdsdijk F, Touloupoulou T, Chaddock C, Cole JH, Ettinger U, et al. Familial and environmental influences on brain volumes in twins with schizophrenia. *Journal of Psychiatry & Neuroscience : JPN*. 2017 Mar;42(2):122-30. PubMed PMID: 28245176. Pubmed Central PMCID: PMC5373701. eng.
38. Brown GG, Thompson WK. Functional brain imaging in schizophrenia: selected results and methods. *Behavioral neurobiology of schizophrenia and its treatment*: Springer; 2010. p. 181-214.
39. Arihan A. Şizofreni epidemiyolojisi. *Şizofreni Dizisi*. 1998:64-74.
40. Morgan C, Fisher H. Environment and Schizophrenia: Environmental Factors in Schizophrenia: Childhood Trauma—A Critical Review. *Schizophrenia Bulletin*. 2007;33(1):3-10.
41. Baskak B, AtbaŐođu C, Can Saka M. Şizofreni Etiyolojisinde Psiko-Sosyal Etmenlerin Rol: Antipsikiyatriden Gen evre EtkileŐimine. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*. 2009;46.
42. Karakuş G, Kocal Y, Sert D. Şizofreni: Etiyoloji, Klinik zellikler ve Tedavi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*. 26(2):251-67.
43. Aykut DS. Şizofreni Hastalarında Hastalık Sresinin Klinik zelliklere Etkisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2017;20(4).
44. Murru A, Manchia M, Tusconi M, Carpiniello B, Pacchiarotti I, Colom F, et al. Diagnostic reliability in schizoaffective disorder. *Bipolar disorders*. 2016;18(1):78-80.

45. Özpooyraz N. Psikozun sürekliliği kavramı: şizoaffektif bozukluğun yeri. In: Köroğlu E, Güleç C, editors. Psikiyatri temel kitabı. Ankara: HYB Basım Yayın; 2007. p. 211-6.
46. Semiz Ü. Şizoaffektif bozukluk. In: Ceylan E, Çetin M, editors. Araştırma ve klinik uygulamada biyolojik psikiyatri, şizofreni-II. İstanbul: Yerküre Tanıtım ve Yayıncılık Hizmetleri; 2005. p. 1299-312.
47. Fennig S, Fochtmann L, Carlson G. Schizoaffective disorder. In: Sadock B, Sadock V, editors. Comprehensive Textbook of Psychiatry. Philadelphia: Lippincot Williams and Wilkins; 2005. p. 1533-36.
48. Varma GS, Özdel O, Karadağ F, Tümkaya S, Kalaycı D, Kaya S. Şizofreni ve Şizoaffektif Bozuklukta Bilişsel İşlevlerin Karşılaştırılması. The comparison of cognitive functions in schizophrenia and schizoaffective disorder. 2011;24(3):175-81. PubMed PMID: 67736535.
49. Craddock N, Owen MJ. The beginning of the end for the Kraepelinian dichotomy. The British Journal of Psychiatry. 2005;186(5):364-6.
50. Kasanin J. The acute schizoaffective psychoses. American Journal of Psychiatry. 1933;90(1):97-126.
51. Marneros A, Rohde A, Deister A, Risse A. Features of schizoaffective disorders: the "cases-in-between". Schizoaffective Psychoses: Springer; 1986. p. 143-54.
52. Kaya H. Şizoaffektif Bozukluk Hastalarında Peroksidoksin-1 düzeyi ve Oksidatif Metabolizmanın İncelenmesi. Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi Tıp fakültesi; 2015.
53. Danacı E. Şizoaffektif Bozukluk. In: Soygür H, Alptekin K, Atbaşoğlu E, Herken H, editors. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar Kitabı. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınlar; 2007. p. 287-301.
54. Radonić E, Radoš M, Kalember P, Bajš-Janović M, Folnegović-Šmalc V, Henigsberg N. Comparison of hippocampal volumes in schizophrenia, schizoaffective and bipolar disorder. Collegium antropologicum. 2011;35(1):249-52.

55. Smith MJ, Wang L, Cronenwett W, Mamah D, Barch DM, Csernansky JG. Thalamic morphology in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Journal of psychiatric research*. 2011;45(3):378-85.
56. Madre M, Canales-Rodríguez E, Ortiz-Gil J, Murru A, Torrent C, Bramon E, et al. Neuropsychological and neuroimaging underpinnings of schizoaffective disorder: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2016;134(1):16-30.
57. Bülbül F. Şizoaffektif bozukluklu hastalarda oksidatif metabolizmanın değerlendirilmesi. *Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi*; 2008.
58. Association AP. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*: American Psychiatric Pub; 2013.
59. Tondo L, Vázquez G, Baethge C, Baronessa C, Bolzani L, Koukopoulos A, et al. Comparison of psychotic bipolar disorder, schizoaffective disorder, and schizophrenia: an international, multisite study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2016;133(1):34-43.
60. Rolin SA, Aschbrenner KA, Whiteman KL, Scherer E, Bartels SJ. Characteristics and Service Use of Older Adults with Schizoaffective Disorder Versus Older Adults with Schizophrenia and Bipolar Disorder. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2017.
61. Soygür H, Vankuraran Ş. Diğer Psikotik Bozukluklar. In: Işık E, Taner E, Işık U, editors. *Güncel Klinik Psikiyatri Kitabı*. Ankara,2008. p. 115-30.
62. Freedman R. Schizophrenia. *The New England journal of medicine*. 2003 Oct 30;349(18):1738-49. PubMed PMID: 14585943. Epub 2003/10/31. eng.
63. Yağcıoğlu EA. Antipsikotik İlaçların Etki Mekanizmaları: Şizofreni Tedavisinde " Atipiklik" Bir Üstünlük mü? *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2007;18(4).
64. Böke ŞG. Şizofreni, şizoafektif bozukluk ve paranoid bozukluk tanısı olan hastalarda kombine antipsikotik ve tek antipsikotik kullananların metabolik parametrelerinin karşılaştırılması. *Konya: Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi*; 2015.
65. Buckley P, Meltzer H. Treatment of schizophrenia. In: Schatzberg A, Nemeroff C, editors. *Textbook of Psychopharmacology*. Washington: American Psychiatric Press; 1995. p. 615-39.

66. Voruganti L, Cortese L, Oyewumi L, Cernovsky Z, Zirul S, Awad A. Comparative evaluation of conventional and novel antipsychotic drugs with reference to their subjective tolerability, side-effect profile and impact on quality of life. *Schizophrenia research*. 2000;43(2):135-45.
67. Rummel-Kluge C, Komossa K, Schwarz S, Hunger H, Schmid F, Lobos CA, et al. Head-to-head comparisons of metabolic side effects of second generation antipsychotics in the treatment of schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia research*. 2010;123(2):225-33.
68. Megna JL, Schwartz TL, Siddiqui UA, Herrera Rojas M. Obesity in adults with serious and persistent mental illness: a review of postulated mechanisms and current interventions. *Annals of Clinical Psychiatry*. 2011;23(2):131-40.
69. Deng C, Weston-Green K, Huang X-F. The role of histaminergic H1 and H3 receptors in food intake: a mechanism for atypical antipsychotic-induced weight gain? *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2010;34(1):1-4.
70. Uvnäs-Moberg K, Ahlenius S, Alster P, Hillegaard V. Effects of selective serotonin and dopamine agonists on plasma levels of glucose, insulin and glucagon in the rat. *Neuroendocrinology*. 1996;63(3):269-74.
71. Baudrie V, Chaouloff F. Repeated treatment with the 5-HT1A receptor agonist, ipsapirone, does not affect 8-OH-DPAT-and stress-induced increases in plasma adrenaline levels in the rat. *European journal of pharmacology*. 1991;198(2-3):129-35.
72. Wozniak KM, Linnoila M. Hyperglycemic properties of serotonin receptor antagonists. *Life sciences*. 1991;49(2):101-9.
73. Hedenmalm K, Hägg S, Ståhl M, Mortimer Ö, Spigset O. Glucose intolerance with atypical antipsychotics. *Drug safety*. 2002;25(15):1107-16.
74. Kannel W. Risk stratification of dyslipidemia: insights from the Framingham Study. *Current Medicinal Chemistry-Cardiovascular & Hematological Agents*. 2005;3(3):187-93.
75. Meyer JM, Koro CE. The effects of antipsychotic therapy on serum lipids: a comprehensive review. *Schizophrenia research*. 2004;70(1):1-17.

76. Tandon R, Jibson MD. Safety and tolerability: How do second-generation atypical antipsychotics compare? *Current Psychosis and Therapeutics Reports*. 2003;1(1):15-21.
77. Yüksel N. *Psikofarmakoloji*. Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi; 2003.
78. Shaldubina A, Agam G, Belmaker RH. The mechanism of lithium action: state of the art, ten years later. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2001;25(4):855-66.
79. Teixeira PJR, Rocha FL. The prevalence of metabolic syndrome among psychiatric inpatients in Brazil. *Revista brasileira de psiquiatria*. 2007;29(4):330-6.
80. Grover S, Aggarwal M, Chakrabarti S, Dutt A, Avasthi A, Kulhara P, et al. Prevalence of metabolic syndrome in bipolar disorder: an exploratory study from North India. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2012;36(1):141-6.
81. Ferrara P, Gatto A, Blasi V, DI FR, Battaglia D. The impact of valproic acid treatment on weight gain in pediatric patients with epilepsy. *Minerva pediatrica*. 2017.
82. Noai M, Soraoka H, Kajiwara A, Tanamachi Y, Oniki K, Nakagawa K, et al. Cytochrome P450 2C19 polymorphisms and valproic acid-induced weight gain. *Acta Neurologica Scandinavica*. 2016;133(3):216-23.
83. Akgün S, Köken T, Kahraman A. Evaluation of adiponectin and leptin levels and oxidative stress in bipolar disorder patients with metabolic syndrome treated by valproic acid. *Journal of Psychopharmacology*. 2017:0269881117715608.
84. Verrotti A, Basciani F, Simone MD, Trotta D, Morgese G, Chiarelli F. Insulin Resistance in Epileptic Girls Who Gain Weight After Therapy With Valproic Acid. *Journal of Child Neurology*. 2002;17(4):265-8. PubMed PMID: 12088081.
85. Khan S, Kumar S, Jena G. Valproic acid reduces insulin-resistance, fat deposition and FOXO1-mediated gluconeogenesis in type-2 diabetic rat. *Biochimie*. 2016;125:42-52.

86. Belcastro V, D'Egidio C, Striano P, Verrotti A. Metabolic and endocrine effects of valproic acid chronic treatment. *Epilepsy research*. 2013;107(1):1-8.
87. Abaci A, Saygi M, Yis U, Demir K, Dirik E, Bober E. Metabolic alterations during valproic acid treatment: a prospective study. *Pediatric neurology*. 2009;41(6):435-9.
88. Pylvänen V, Pakarinen A, Knip M, Isojärvi J. Insulin-related metabolic changes during treatment with valproate in patients with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*. 2006;8(3):643-8.
89. Sidhu HS, Srinivas R, Sadhotra A. Evaluate the effects of long-term valproic acid treatment on metabolic profiles in newly diagnosed or untreated female epileptic patients: A prospective study. *Seizure*. 2017;48:15-21.
90. Rakitin A, Köks S, Haldre S. Metabolic syndrome and anticonvulsants: A comparative study of valproic acid and carbamazepine. *Seizure*. 2016;38:11-6.
91. Metabolik Sendrom Kılavuzu. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Ankara: Tuna Matbaacılık; 2009. 8-11 p.
92. Reaven GM. Banting lecture 1988. Role of insulin resistance in human disease. *Diabetes*. 1988;37:1595-607.
93. Mete L, Ünsal PÇ. Yeni Kuşak Antipsikotiklerin Metabolik Yan Etkileri. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*. 2004;14(3).
94. Mayo clinic. Metabolic syndrome and risk factors. Mayo foundation for medical education and research. 2004 (37):454-74.
95. Akarken D. Prediyabetik hastalarda iskemi-modifiye albümin düzeyleri ve bu düzeylerin diğer metabolik sendrom komponentleri ile korelasyonu. İzmir: Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2016.
96. Ford ES, Giles WH, Dietz WH. Prevalence of the metabolic syndrome among US adults: findings from the third National Health and Nutrition Examination Survey. *Jama*. 2002;287(3):356-9.
97. Van Gaal LF. Long-term health considerations in schizophrenia: metabolic effects and the role of abdominal adiposity. *European Neuropsychopharmacology*. 2006;16:S142-S8.

98. Onat A, Sansoy V. Halkımızda Koroner Hastalığın Başsüçlusu Metabolik Sendrom: Sıklığı, Unsurları, Koroner Risk ile İlişkisi ve Yüksek Risk Kriterleri. Türk Kardiyol Dern Araş. 2002;30:8-15.
99. Kozan Ö, Oguz A, Abacı A. Türkiye Metabolik Sendrom Prevelans Çalışması (METSAR) sonuçları. II Metabolik Sendrom Sempozyumu. 2005.
100. Bilge S. Obez Çocuklarda ve Adölesanlarda Leptin (+19) AG, LEPTİN (2548) GA ve Leptin Reseptör GLN 223 ARG Gen Polimorfizminin, Obezite ve Metabolik Sendrom İle İlişkisi. Tokat: Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2017.
101. Kalkan M. Metabolik Sendromun Şizofreninin Klinik Özellikleri İle İlişkisi ve Şizofreni Hastalarında Bireysel - Sosyal Performansa Etkisi. İstanbul: Bakırköy Prof Dr Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2011.
102. Després J-P, Lemieux I. Abdominal obesity and metabolic syndrome. Nature. 2006;444(7121):881-7.
103. Marcus Y, Segev E, Shefer G, Zeid D, Shenkerman G, Buch A, et al. [OP. 8B. 01] Gender Differences In The Metabolic Syndrome: Hypertension Is The First Apparent Component In Men, Whereas Increased Waist Circumference Leads In Women. Journal of Hypertension. 2017;35:e87.
104. Brook RD, Julius S. Autonomic imbalance, hypertension, and cardiovascular risk. American journal of hypertension. 2000;13(S4):112S-22S.
105. Oğuz A. Metabolik Sendrom. In: Özata M, Yöner A, editors. Endokrinoloji Metabolizma ve Diyabet. İstanbul: İstanbul Medical yayıncılık; 2006. p. 550-65.
106. Dağdelen S, Yildirim T, Erbaş T. Metabolik sendrom tanı kriterleri hakkında yaşanan küresel kargaşa: Kılavuzların anlaşılamadığı nokta nedir? Anatolian Journal of Cardiology/Anadolu Kardiyoloji Dergisi. 2008;8(2).
107. Grundy SM, Cleeman JI, Daniels SR, Donato KA, Eckel RH, Franklin BA, et al. Diagnosis and management of the metabolic syndrome. Circulation. 2005;112(17):2735-52.

108. Manson JE, Greenland P, LaCroix AZ, Stefanick ML, Mouton CP, Oberman A, et al. Walking compared with vigorous exercise for the prevention of cardiovascular events in women. *New England Journal of Medicine*. 2002;347(10):716-25.
109. Balkan F. Metabolik Sendrom. *Ankara Medical Journal*. 2013;13(2):85-90.
110. Zimmet P, Magliano D, Matsuzawa Y, Alberti G, Shaw J. The metabolic syndrome: a global public health problem and a new definition. *Journal of atherosclerosis and thrombosis*. 2005;12(6):295-300.
111. Downs JR, Clearfield M, Weis S, Whitney E, Shapiro DR, Beere PA, et al. Primary prevention of acute coronary events with lovastatin in men and women with average cholesterol levels: results of AFCAPS/TexCAPS. *Jama*. 1998;279(20):1615-22.
112. Group HPSC. MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol lowering with simvastatin in 20 536 high-risk individuals: a randomised placebocontrolled trial. *The Lancet*. 2002;360(9326):7-22.
113. Uyarel H. Tedavide Yaşam Tarzı Değişiklikleri. *Hipertansiyon Haber Bülteni*. 2014;1:6-7.
114. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1987;13(2):261-76. PubMed PMID: 3616518. Epub 1987/01/01. eng.
115. Kostakoğlu A, Batur S, Tiryaki A, Göğüş A. Pozitif ve negatif sendrom ölçeğinin (PANSS) Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*. 1999;14(44):23-32.
116. Overall JE, Gorham DR. The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS): recent developments in ascertainment and scaling. *Psychopharmacology bulletin*. 1988.
117. A. McGahuey AJG, Cindi A. Laukes, Francisco A. Moreno, Pedro L. Delgado, Kathy M. McKnight, Rachel Manber, Cynthia. The Arizona sexual experience scale (ASEX): reliability and validity. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2000;26(1):25-40.

118. Soykan A. The reliability and validity of Arizona sexual experiences scale in Turkish ESRD patients undergoing hemodialysis. *International journal of impotence research*. 2004;16(6):531.
119. Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological medicine*. 1979;9(2):273-9.
120. Oral N, Sahin NH. Yeme Tutum Bozuklugunun Kisilerarasi Semalar, Baglanma, Kisilerarasi Iliski Tarzlari ve Öfke ile Iliskisi. *Türk Psikoloji Dergisi*. 2008;23(62):37.
121. Savaşır I, Erol N. Yeme tutumu testi: Anoreksiya nevroza belirtileri indeksi. *Psikoloji Dergisi*. 1989;7(23):19-25.
122. Jenkinson C, Coulter A, Wright L. Short form 36 (SF36) health survey questionnaire: normative data for adults of working age. *Bmj*. 1993;306(6890):1437-40.
123. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fişek G, Ölmez N, Memiş AK. Form-36 (KF-36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *İlaç ve tedavi dergisi*. 1999;12(1):102-6.
124. Guy W. Clinical global impression. *Assessment manual for psychopharmacology*. 1976:217-22.
125. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical care*. 1986:67-74.
126. Yılmaz S, Buzlu S. Antipsikotik Kullanan Hastalarda İlaç Yan Etkileri ve İlaç Uyumunu. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 2012;20(2):93-103.
127. Toker S, Shirom A, Melamed S. Depression and the metabolic syndrome: gender-dependent associations. *Depression and anxiety*. 2008;25(8):661-9.
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. *Schizophrenia research*. 2005;80(1):19-32.

129. Meyer JM, Davis VG, Goff DC, McEvoy JP, Nasrallah HA, Davis SM, et al. Change in metabolic syndrome parameters with antipsychotic treatment in the CATIE Schizophrenia Trial: prospective data from phase 1. *Schizophrenia research*. 2008;101(1-3):273-86.
130. Mitchell AJ, Vancampfort D, Sweers K, van Winkel R, Yu W, De Hert M. Prevalence of metabolic syndrome and metabolic abnormalities in schizophrenia and related disorders—a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia bulletin*. 2011;39(2):306-18.
131. Vancampfort D, Stubbs B, Mitchell AJ, De Hert M, Wampers M, Ward PB, et al. Risk of metabolic syndrome and its components in people with schizophrenia and related psychotic disorders, bipolar disorder and major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*. 2015;14(3):339-47.
132. Kalkan M. Metabolik sendromun şizofreninin klinik özellikleri ile ilişkisi ve şizofreni hastalarında bireysel - sosyal performansa etkisi [Tıpta Uzmanlık Tezi]. İstanbul: İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Has. Eğt. ve Arş. Hastanesi; 2011.
133. Çelikbaş Z. Şizofreni hastalarında metabolik sendrom ve ilişkili parametrelerin bilişsel işlevler üzerine olan etkisinin incelenmesi [Tıpta Uzmanlık Tezi]. Tokat: Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2016.
134. Conde LC, Couvy-Duchesne B, Zhu G, Meyer-Lindenberg A, Rietschel M, Medland S, et al. Higher Genetic Risk For Schizophrenia Is Associated With Living In Urban And Populated Areas. *European Neuropsychopharmacology*. 2017;27:S488.
135. Vassos E, Agerbo E, Mors O, Pedersen CB. Urban–rural differences in incidence rates of psychiatric disorders in Denmark. *The British Journal of Psychiatry*. 2016;208(5):435-40.
136. Llerena K, Reddy LF, Kern RS. The role of experiential and expressive negative symptoms on job obtainment and work outcome in individuals with schizophrenia. *Schizophrenia research*. 2018;192:148-53.

137. Szosland D. Shift work and metabolic syndrome, diabetes mellitus and ischaemic heart disease. *International journal of occupational medicine and environmental health*. 2010;23(3):287-91.
138. Böke ŞG. Şizofreni, şizoafektif bozukluk ve paranoid bozukluk tanısı olan hastalarda kombine antipsikotik ve tek antipsikotik kullananların metabolik parametrelerinin karşılaştırılması [Tıpta Uzmanlık Tezi]. Konya: Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi 2015.
139. Pallava A, Chadda RK, Sood M, Lakshmy R. Metabolic syndrome in schizophrenia: a comparative study of antipsychotic-free/naïve and antipsychotic-treated patients from India. *Nordic journal of psychiatry*. 2012; 66(3): 215-21.
140. Öyekçin DG. Bir grup şizofreni ve şizoafektif bozukluk hastasında metabolik sendrom sıklığı/The frequency of metabolic syndrome in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2009;10(1):26.
141. Sarısoy G, Böke Ö, Öztürk A, Akkaya D, Pazvantoğlu O, Şahin AR. Şizofreni hastalarında metabolik sendrom sıklığının sosyodemografik ve klinik özelliklerle ilişkisi. *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 2013;26:267-75.
142. Berle J, Spigset O. Are mood stabilizers beneficial in the treatment of schizophrenia? *Tidsskrift for den Norske laegeforening: tidsskrift for praktisk medicin, ny raekke*. 2005;125(13):1809-12.
143. Gülseren L, Erol A. Şizofrenide ilaç sağaltımı. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 2000;10(4):213-27.
144. Demirel A, Demirel ÖF, Uğur M. Atipik antipsikotiklere bağlı metabolik sendrom. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2015;7(1):81-97.
145. De Hert MA, van Winkel R, Van Eyck D, Hanssens L, Wampers M, Scheen A, et al. Prevalence of the metabolic syndrome in patients with schizophrenia treated with antipsychotic medication. *Schizophrenia research*. 2006;83(1):87-93.

146. Güveli H. Antipsikotik kullanan şizofrenlerde metabolik sendrom sıklığı ve ilişkili etmenlerin sağlıklı toplulukla karşılaştırılması [Tıpta Uzmanlık Tezi]. İstanbul: İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Has. Eğt. ve Arş. Hastanesi; 2009.
147. Genc A, Kalelioglu T, Tasdemir A, Genc ES, Ozver I, Yesilbas D, et al. The prevalence of metabolic syndrome parameters among bipolar disorder outpatients on lithium monotherapy. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology*. 2012;22(4):320-4.
148. Yumru M, Savaş E, Gergerlioğlu HS, Başaralı K, Kalenderoğlu A, Savaş HA, et al. İki uçlu Bozuklukta Metabolik Sendrom, Serum Leptin Düzeyleri ve Tedavi ilişlkisi. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*. 2008;18(2).
149. Yumru M, Savas HA, Kurt E, Kaya MC, Selek S, Savas E, et al. Atypical antipsychotics related metabolic syndrome in bipolar patients. *Journal of Affective Disorders*. 2007;98(3):247-52.
150. Zuo S, Fries BE, Szafara K, Regal R. Valproic Acid as a potentiator of metabolic syndrome in institutionalized residents on concomitant antipsychotics: fat chance, or slim to none? *P & T : a peer-reviewed journal for formulary management*. 2015 Feb;40(2):126-32. PubMed PMID: 25673963. Pubmed Central PMCID: PMC4315115. Epub 2015/02/13. eng.
151. Meyer JM, Nasrallah HA, McEvoy JP, Goff DC, Davis SM, Chakos M, et al. The Clinical Antipsychotic Trials Of Intervention Effectiveness (CATIE) Schizophrenia Trial: clinical comparison of subgroups with and without the metabolic syndrome. *Schizophrenia research*. 2005;80(1):9-18.
152. Altinyazar V, Maner F. Yeme bozuklukları ve psikoz. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2014;15(1).
153. Akdemir A, Nargis BS. Yeme Bozukluğu ve Bipolar Bozukluk Birlikteliği. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2013;16(3):175-80.
154. Aigner M, Treasure J, Kaye W, Kasper S, Disorders WTFoE. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the pharmacological treatment of eating disorders. *The World Journal of Biological Psychiatry*. 2011;12(6):400-43.

155. Vancampfort D, Probst M, Scheewe T, Maurissen K, Sweers K, Knapen J, et al. Lack of physical activity during leisure time contributes to an impaired health related quality of life in patients with schizophrenia. *Schizophrenia research*. 2011;129(2-3):122-7.
156. Soygür H, Aybaş M, Hınçal G ve ark. (2000) şizofreni hastaları için yaşam niteliği ölçüğü: Güvenirlilik ve yapısal geçerlik çalışması. *Düşünen Adam, Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 13:204-210.
157. Candan ZA şizofrenili hastalarda metabolik sendrom, yaşam kalitesi ve ilişkisi [Tıpta Uzmanlık Tezi]. Kayseri: Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2008
158. Çobanoğlu ZSÜ, Aker T, Çobanoğlu N. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum sorunları. *Düşünen Adam*. 2003;16:211-8.
159. Taylor D, Paton C, Kapur S. *Maudsley-Psikiyatride reçeteleme rehberi*: Wiley-Blackwell; 2015.
160. Olfson M et al. Male sexual dysfunction and quality of life in schizophrenia. *J Clin psychiatry* 2005)
161. Keklik AC. Bipolar bozukluğu olan hastalarda metabolik sendrom ve cinsel işlev bozukluğu ilişkisinin değerlendirilmesi [Tıpta Uzmanlık Tezi]. İstanbul: Sağlık Bakanlığı / İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Has. Eğt. ve Arş. Hastanesi; 2010

EKLER

EK-1. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Katılımcı Dosya No: Ad-Soyad :

Yaş :

Cinsiyet:

Kaç kardeşler (toplam): Kaçınıcı çocuk (hastamız):

Medenî Durum:

1. Evli / Beraber Yaşıyor
2. Bekâr
3. Diğer (Boşanmış, Dul, Ayrı Yaşıyor)
- 4.çocuk sayısı

Yaşadığı yer:

1. Köy 2. Kasaba 3. İlçe 4. İl merkezi

Toplam Öğrenim Süresi (yıl olarak):

Öğrenim Durumu:

1. İlköğretim Mezunu (8 yıla kadar öğrenim)
2. Lise Mezunu (8-12 yıl arası öğrenim)
3. Yükseköğrenim Mezunu (12-16 yıl arası öğrenim)
4. Yüksek Lisans ve Üzeri Öğrenim (16 yıldan fazla süreli öğrenim)

Çalışma Durumu:

1. Düzenli gelir getiren bir işte çalışıyor (Tam zamanlı çalışma)
2. Düzensiz gelir getiren bir işi var (Yarı zamanlı çalışma, çiftçi, mevsimlik işçi)
3. Ev hanımı
4. Öğrenci
5. Emekli
6. Çalışmıyor / İşsiz / Malulen emekli

Sosyoekonomik Düzey:

1. Düşük düzey gelir (<1500 TL/ay net gelir)
2. Orta düzey gelir (1500-2500 TL/ay net gelir)
3. Yüksek düzey gelir (>2500 TL/ay net gelir)

Ek Tıbbî Hastalık:

1. Var
(Belirtiniz:.....)
2. Yok

Ek tıbbî ilaç kullanımı:

1. Var
(Belirtiniz:.....)
2. Yok

Psikiyatrik Ek Hastalık (Değerlendirme anında):

1. Var
(Belirtiniz:.....)
2. Yok

Ailede Psikiyatrik Hastalık (1. derece akrabalarda):

1. Var
(Belirtiniz:.....)

2. Yok

Özgeçmişte Başka Psikiyatrik Tanı:

1. Var

(Belirtiniz:.....)

2. Yok

Özkıyım Öyküsü:

1. Var (..... defa, en son girişim:ay/yıl önce)

2. Yok

Hastalık başlangıç yaşı :

Tedaviye başlama yaşı:

Tedavisiz geçen süre (yıl, ay olarak):

Hastanede yatış sayısı: (En son yatış:ay önce)

Hastanede yatış süresi:

EKT tedavisi görmüş mü? 1. Evet (.....kez,.....seans) 2. Hayır

Madde Kullanımı: 1. Var (Belirtiniz: a. Sigara

(paket/gün):.....)

b. Alkol (standart

içki/gün):.....)

c. Madde (Türünü

belirtiniz:.....)

2. Yok

Özgeçmişte Psikotrop İlaç Kullanımı:

1. Var (Günlük toplam dozu

belirtiniz:.....)

2. Yok

**EK-2. DSM-IV EKSEN I BOZUKLUKLARI İÇİN YAPILANDIRILMIŞ
KLİNİK GÖRÜŞME**

**DSM-IV EKSEN I BOZUKLUKLARI İÇİN
YAPILANDIRILMIŞ KLİNİK GÖRÜŞME**

PUANLAMA CETVELİ

SCID-I

KLİNİK VERSİYON

Michael B. First, M.D.
Robert L. Spitzer, M.D.
Miriam Gibbon, M.S.W.
Janet B. W. Williams, D.S.W.

Biometrics Research Department
New York State Psychiatric Institute
Department of Psychiatry
Columbia University
New York, New York

Hastanın adı: _____

Kayıt Numarası: _____ Değerlendirme Tarihi: _____

Doktor: _____

- Bilgi kaynakları (tüm başvuruları kontrol ediniz):
- Hasta
 - Aile/arkadaş/eşlik edenler
 - Sağlık personeli
 - Tıbbi kayıtlar

SCID-CV TANI ÖLÇÜTLERİ

DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI

Şu anda	Yaşam Boyu	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bipolar I Bozukluğu (D4, s. 36)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	296.40 Bipolar I Bozukluğu, En Son Epizod Hipomanik
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	296.0x Bipolar I Bozukluğu, Tek Manik Epizod
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	296.4x Bipolar I Bozukluğu, En Son Epizod Manik
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	296.6x Bipolar I Bozukluğu, En Son Epizod Mikst
		296.5x Bipolar I Bozukluğu, En Son Epizod Depresif
		<i>belirleyiciyi beşinci-basamakta gösteriniz:</i>
		__ 1 — Hafif
		__ 2 — Orta Derecede
		__ 3 — Psikotik Özellikler Olmayan, Ağır
		__ 4 — Psikotik Özellikler Olan, Ağır
		__ 5 — Kısmi Remisyonda
		__ 6 — Tam Remisyonda
		__ 0 — Belirlenmemiş
		296.7 Bipolar I Bozukluğu, En Son Epizod Belirlenmemiş
		Diğer Bipolar Bozukluklar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	296.89 Bipolar II Bozukluğu (s. 37, D9)
		<i>belirleyicileri gösteriniz:</i>
		__ hipomanik
		__ depresif
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	301.13 Siklotimik Bozukluk (s. 37, D12)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	296.80 BTA Bipolar Bozukluk (s. 37, D12)
		Majör Depresif Bozukluk (s. 38, D16)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	296.2x Majör Depresif Bozukluk, Tek Epizod
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	296.3x Majör Depresif Bozukluk, Rekürren
		<i>belirleyicileri beşinci basamakta gösteriniz:</i>
		__ 1 — Hafif
		__ 2 — Orta Derecede
		__ 3 — Psikotik Özellikler Olmayan, Ağır
		__ 4 — Psikotik Özellikler Olan, Ağır
		__ 5 — Kısmi Remisyonda
		__ 6 — Tam Remisyonda
		__ 0 — Belirlenmemiş
		Diğer Depresif Bozukluklar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	300.4 Distimik Bozukluk (s. 23, A6)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	311 BTA Depresif Bozukluk (s. 39, D19)

Şu anda Yaşam Boyu

Diğer Duygudurum Bozuklukları

293.82 Genel Tıbbi Duruma Bağlı Duygudurum Bozukluğu (s. 24, A64)

Genel Tıbbi Durumu Belirtiniz: _____

belirleyicileri gösteriniz:

__ Majör Depresif - benzeri Eptizod

__ Diğer Depresif Semptomlar

__ Manik

__ Mikst

291.8 Alkol Kullanımının Yol Açtığı Duygudurum Bozukluğu (s. 25, A69)

belirleyicileri gösteriniz:

__ Depresif

__ Manik

__ Mikst

292.84 Diğer Bir Maddenin Yol Açtığı Duygudurum Bozukluğu (s. 25, A69)

Maddeyi Belirtiniz: _____

belirleyicileri gösteriniz:

__ Depresif

__ Manik

__ Mikst

ŞİZOFRENİ VE DİĞER PSİKOTİK BOZUKLUKLAR

Şizofreni (s. 29, C7)

belirleyicileri gösteriniz:

__ 295.30 Paranoid Tip (s. 30, C8)

__ 295.20 Katatonik Tip (s. 30, C9)

__ 295.10 Dezorganize Tip (s. 30, C10)

__ 295.90 Belirlenmemiş Tip (s. 30, C11)

__ 295.60 Rezidüel Tip (s. 30, C12)

295.40 Şizofreniform Bozukluk (s. 30, C15)

295.70 Şizoaftektif Bozukluk (s. 31, C20)

297.1 Sanrsal Bozukluk (s. 32, C26)

298.8 Kısa Psikotik Bozukluk (s. 33, C31)

293.81 Genel Tıbbi Duruma Bağlı Psikotik Bozukluk, Hezeyanlarla Giden (s. 34, C34)

Genel Tıbbi Durumu Belirtiniz: _____

293.82 Genel Tıbbi Duruma Bağlı Psikotik Bozukluk, Hallüsinasyonlarla Giden

(s. 34, C34)

Genel Tıbbi Durumu Belirtiniz: _____

291.5 Alkol Kullanımının Yol Açtığı Psikotik Bozukluk, Hezeyanlarla Giden (s. 35, C38)

291.3 Alkol Kullanımının Yol Açtığı Psikotik Bozukluk, Hallüsinasyonlarla Giden

(s. 35, C38)

292.11 Diğer Bir Maddenin Yol Açtığı Psikotik Bozukluk, Hezeyanlarla Giden (s. 35, C38)

Maddeyi Belirtiniz: _____

292.12 Diğer Bir Maddenin Yol Açtığı Psikotik Bozukluk, Hallüsinasyonlarla Giden

(s. 35, C38)

Maddeyi Belirtiniz: _____

298.9 BTA Psikotik Bozukluk (s. 35, C39)

MADDE KULLANIMI İLE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR

Şu anda	Yaşam Boyu	Alkol Kullanım Bozuklukları
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	303.90 Alkol Bağımlılığı (s. 42, E15)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	305.00 Alkol Kötüye Kullanımı (s. 42, E16)
		Diğer Maddelerin Kullanım Bozuklukları
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	304.90 Amfetamin Bağımlılığı (s. 46, E31)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	304.30 Kannabis Bağımlılığı (s. 46, E31)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	304.20 Kokain Bağımlılığı (s. 46, E31)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	304.50 Hallüsinasyon Bağımlılığı (s. 46 E31)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	304.60 İnhalan Bağımlılığı (s. 46 E31)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	304.00 Opiyat Bağımlılığı (s. 46 E31)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	304.60 Fensiklidin Bağımlılığı (s. 46 E31)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	304.10 Sedatif, Hipnotik ve Anksiyolitik Bağımlılığı (s. 46 E31)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	304.90 Diğer (ya da Bilinmeyen) Maddelerin Bağımlılığı (s. 46 E31)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	305.70 Amfetamin Kötüye Kullanımı (s. 46, E32)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	305.20 Kannabis Kötüye Kullanımı (s. 46, E32)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	305.60 Kokain Kötüye Kullanımı (s. 46, E32)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	305.30 Hallüsinojen Kötüye Kullanımı (s. 46, E32)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	305.90 İnhalan Kötüye Kullanımı (s. 46, E32)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	305.50 Opiyat Kötüye Kullanımı (s. 46, E32)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	305.90 Fensiklidin Kötüye Kullanımı (s. 46, E32)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	305.40 Sedatif, Hipnotik ya da Anksiyolitik Kötüye Kullanımı (s. 46, E32)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	305.90 Diğer (ya da Bilinmeyen) Maddelerin Kötüye Kullanımı (s. 46, E32)

ANKSİYETE BOZUKLUKLARI

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	300.21 Agorafobi ile Birlikte Panik Bozukluğu (s. 49, F23)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	300.01 Agorafobi Olmadan Panik Bozukluğu (s. 49, F24)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	300.03 Obsesif Kompulsif Bozukluk (s. 52, F38)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	309.81 Posttravmatik Stres Bozukluğu (s. 56, F64)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	300.0 BTA Anksiyete Bozukluğu (s. 57, F71)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	293.84 Genel Tıbbi Duruma Bağlı Anksiyete Bozukluğu (s. 60, F86)

Genel Tıbbi Durumu Belirtiniz: _____

belirleyiciyi gösteriniz:

___ Yaygın Anksiyete ile Birlikte

___ Panik Ataklarıyla Birlikte

___ Obsesif Kompulsif Semptomlarla Birlikte

EK-3. POZİTİF VE NEGATİF SENDROM ÖLÇEĞİ (PANSS)

Hasta Adı-Soyadı:

Tarih:

POZİTİF BELİRTİLER ALTÖLÇEĞİ (P)

P1. SANRILAR	1	2	3	4	5	6	7
P2. DÜŞÜNCE DAĞINIKLIĞI	1	2	3	4	5	6	7
P3. VARSANILAR	1	2	3	4	5	6	7
P4. TAŞKINLIK	1	2	3	4	5	6	7
P5. BÜYÜKLÜK DUYGULARI	1	2	3	4	5	6	7
P6. ŞÜPHECİLİK/KÖTÜLÜK GÖRME	1	2	3	4	5	6	7
P7. DÜŞMANCA TUTUM	1	2	3	4	5	6	7

NEGATİF SENDROM ALTÖLÇEĞİ (N)

N1. DUYGULANIMDA KÜNTLEŞME	1	2	3	4	5	6	7
N2. DUYGUSAL İÇEÇEKİLME	1	2	3	4	5	6	7
N3. İLİŞKİ KURMADA GÜÇLÜK	1	2	3	4	5	6	7
N4. PASİF/KAYITSIZ BİÇİMDE KENDİNİ TOPLUMDAN ÇEKME	1	2	3	4	5	6	7
N5. SOYUT DÜŞÜNME GÜÇLÜĞÜ	1	2	3	4	5	6	7
N6. KONUŞMANIN KENDİLİĞİNDEN VE AKICI OLMASININ KAYBI	1	2	3	4	5	6	7
N7. STEREOTİPİK DÜŞÜNME	1	2	3	4	5	6	7

GENEL PSİKOPATOLOJİ ALTÖLÇEĞİ (G)

G1. BEDENSEL KAYGI	1	2	3	4	5	6	7
G2. BUNALTI	1	2	3	4	5	6	7
G3. SUÇLULUK DUYGULARI	1	2	3	4	5	6	7
G4. GERGİNLİK	1	2	3	4	5	6	7
G5. MANYERİZM VE VÜCUT DURUŞU	1	2	3	4	5	6	7
G6. DEPRESYON	1	2	3	4	5	6	7
G7. MOTOR YAVAŞLAMA	1	2	3	4	5	6	7
G8. İŞBİRLİĞİ KURAMAMA	1	2	3	4	5	6	7
G9. OLAĞANDIŞI DÜŞÜNCE İÇERİĞİ	1	2	3	4	5	6	7
G10. YÖNELİM BOZUKLUĞU	1	2	3	4	5	6	7
G11. DİKKAT AZALMASI	1	2	3	4	5	6	7
G12. YARGILAMA VE İÇGÖRÜ EKSİKLİĞİ	1	2	3	4	5	6	7
G13. İRADE BOZUKLUĞU	1	2	3	4	5	6	7
G14. DÜRTÜ KONTROLSÜZLÜĞÜ	1	2	3	4	5	6	7
G15. ZİHİNSEL AŞIRI UĞRAŞI	1	2	3	4	5	6	7
G16. AKTİF BİÇİMDE SOSYAL KAÇINMA	1	2	3	4	5	6	7

PUANLAMA

POZİTİF BELİRTİLER ALTÖLÇEĞİ (P): _____

NEGATİF BELİRTİLER ALTÖLÇEĞİ (N): _____

GENEL PSİKOPATOLOJİ ALTÖLÇEĞİ (G): _____

TOPLAM PUAN: _____

EK 4. KISA PSİKİYATRİK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

0=yok, 1=çok hafif, 2=hafif, 3=orta, 4=orta-şiddetli, 5=şiddetli, 6=aşırı derecede şiddetli

1. SOMATİK UĞRAŞLAR: Beden sağlığıyla uğraşma, fiziki hastalıktan korkma, hipokondriyazis	0	1	2	3	4	5	6
2. ANKSİYETE: Hal veya gelecek için aşırı endişe, korku	0	1	2	3	4	5	6
3. DUYGUSAL İÇE KAPANMA: Spontan interaksyonun kaybı, izolasyon, kişiler arası ilişkilerde yetersizlik	0	1	2	3	4	5	6
4. DÜŞÜNCE ÇÖZÜLMESİ: Konfü, kopuk, bağlantısız dezorganize düşünce süreçleri	0	1	2	3	4	5	6
5. SUÇLULUK DUYGULARI: Kendini suçlama, utanma, geçmişteki davranışlardan pişmanlık duyma	0	1	2	3	4	5	6
6. GERGİNLİK: Sinirlilik, aşırı hareketlilik, gerginliğin fizik ve motor belirtileri	0	1	2	3	4	5	6
7. MANİYERİZM VE POSTÜR: Tuhaf, acayip, doğal olmayan motor davranış (tikler dışında)	0	1	2	3	4	5	6
8. GRANDİYOZİTE: Kendisi hakkında abartmalı düşünceler, gurur, olağan dışı güç ve yeteneğe sahip olduğu inancı	0	1	2	3	4	5	6
9. DEPRESSİF DUYGUDURUM: Elem, keder, umutsuzluk, kötümserlik	0	1	2	3	4	5	6
10. DÜŞMANCA DAVRANIŞ: Başkalarına karşı düşmanlık, kavgacılık, nefret.	0	1	2	3	4	5	6
11. KUŞKUCULUK: Güvensizlik, başkalarının kasıtlı olarak kötülük yapacağına inanma	0	1	2	3	4	5	6
12. HALLÜSİNATUVAR DAVRANIŞ: Normal dışı, uyarıcı olmaksızın algılama	0	1	2	3	4	5	6
13. MOTOR YAVAŞLAMA: Yavaşlamış, zayıflamış hareket veya konuşma, beden kuvvetinde azalma	0	1	2	3	4	5	6
14. İŞBİRLİĞİ KURMAMA: Direnç, temkinlilik, otoriteyi reddetme	0	1	2	3	4	5	6
15. OLAĞAN DIŞI DÜŞÜNCELER: Olağan dışı, garip, tuhaf, acayip düşünce kavramı	0	1	2	3	4	5	6
16. DUYGUSAL KÜNTLÜK: Azalmış duygusal ton, duyguların normal şiddetinde azalma	0	1	2	3	4	5	6
17. TAŞKINLIK: Artmış emosyonel ton, ajitasyon, tepkisellikte artma	0	1	2	3	4	5	6
18. DEZORYANTASYON: Konfüzyon veya kişi, yer, zamana ait çağrışımların kaybı	0	1	2	3	4	5	6

ÖLÇEĞİN TOPLAM SKORU ()

EK-5. ARIZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ

Hastanın Adı, Soyadı:	Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendirici:

ARIZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (ACYÖ) KADIN FORMU

Lütfen her madde için BUGÜN de dahil GEÇEN HAFTAKİ durumunuzu işaretleyin

1. Cinsel açıdan ne derece isteklisiniz?

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Oldukça istekli	Çok istekli	Biraz istekli	Biraz isteksiz	Çok isteksiz	Tamamen isteksiz

2. Cinsel açıdan ne kadar kolay uyarılırsınız (tahrik olursunuz)?

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Oldukça zor

3. Vajinanız/cinsel organınız ilişki sırasında ne kadar kolay ıslanır veya nemlenir?

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla olmaz

4. Ne kadar kolay orgazm olursunuz?

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla boşalamam

5. Orgazmınız tatmin edici midir?

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Oldukça tatmin edici	Çok tatmin edici	Biraz tatmin edici	Pek tatmin etmiyor	Çok tatmin etmiyor	Orgazma ulaşamam

Yorumlar:

.....

.....

.....

.....

.....

Hastanın Adı, Soyadı:	Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendirici:

ARIZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (ACYÖ) ERKEK FORMU

Lütfen her madde için BUGÜN de dahil GEÇEN HAFTAKİ durumunuzu işaretleyin

1. Cinsel açıdan ne derece isteklisiniz?

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Oldukça istekli	Çok istekli	Biraz istekli	Biraz isteksiz	Çok isteksiz	Tamamen isteksiz

2. Cinsel açıdan ne kadar kolay uyarılırsınız (tahrik olursunuz)?

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Oldukça zor

3. Penisiniz / cinsel organınız kolayca sertleşir ve bu sertliğini sürdürür mü?

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla olmaz

4. Ne kadar kolay boşalılırsınız?

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla boşalamam

5. Boşalmanız tatmin edici midir?

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Oldukça tatmin edici	Çok tatmin edici	Biraz tatmin edici	Pek tatmin etmiyor	Çok tatmin etmiyor	Hiç boşalamam

Yorumlar:

.....

.....

.....

.....

.....

EK-6. YEME TUTUMU TESTİ

Hastanın Adı, Soyadı:		Tarih:
Hastanın Yaşı:	Değerlendirici:	
Hastanın Cinsiyeti: E <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	Eğitim:	
Boy:	Kilo:	
Baba Eğitim:	Baba Meslek:	
Anne Eğitim:	Anne Meslek:	

YEME TUTUMU TESTİ

Bu anket sizin yeme alışkanlıklarınızla ilgilidir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen kutunun içine **X** işareti koyunuz. Örneğin "Çikolata yemek hoşuma gider" cümlesini okudunuz. Çikolata yemek hiç hoşunuza gitmiyorsa, "Hiçbir zaman" seçeneğine karşı gelen "f" kutucuğunu **X** ile işaretleyiniz; her zaman hoşunuza gidiyorsa "Daima" seçeneğine karşı gelen "a" kutucuğunu **X** ile işaretleyiniz.

a: Daima
b: Çok sık
c: Sık sık
d: Bazen
e: Nadiren
f: Hiçbir zaman

	a	b	c	d	e	f
1. Başkaları ile birlikte yemek yemekten hoşlanırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Başkaları için yemek pişiririm, fakat pişirdiğim yemeği yemem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Yemekten önce sıkıntılı olurum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Şişmanlamaktan ödüm kopar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Açtığımda yemek yememeğe çalışırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Aklım fikrim yemektedir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar olur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Yediğim yiyeceğin kalorisini bilirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Yemeklerden sonra şişkinlik hissederim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ailem fazla yememi bekler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Yemek yedikten sonra kusarım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Tek düşüncem daha zayıf olmaktır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Aldığım kalorileri yakmak için yorulana dek egzersiz yaparım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Günde birkaç kere tartılırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Vücudumu saran dar elbiselerden hoşlanırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Et yemekten hoşlanırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sabahları erken uyanırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	a	b	c	d	e	f
21. Günlerce aynı yemeği yerim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri hesaplarım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Adetlerim düzenlidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Başkaları çok zayıf olduğumu düşünür.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Şişmanlama (vücudumun yağ toplayacağı) düşüncesi zihnimi meşgul eder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Yemeklerimi yemek başkalarınınkinden daha uzun sürer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Lokantada yemek yemeyi severim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Müshil kullanırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Şekerli yiyeceklerden kaçınırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Diyet (perhiz) yemekleri yerim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Yemek konusunda başkalarının bana baskı yaptığını hissedirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok zamanımı alır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Kabızlıktan yakınırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Perhiz yaparım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Midemin boş olmasından hoşlanırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Şekerli yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EK-7. SF 36

Hasta Adı Soyadı:

1. Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?

- | | |
|-------------|---------|
| a) Mükemmel | d) Orta |
| b) Çok iyi | e) Kötü |
| c) İyi | |

2. Bir yıl öncesi ile karşılaştığımızda, şimdi gene) olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

- | | |
|---|--|
| a) Bir yıl öncesine göre çok daha iyi | d) Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü |
| b) Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi | e) Bir yıl öncesinden çok daha kötü |
| c) Bir yıl öncesi ile hemen hemen aynı | |

3. Aşağıdaki maddeler gün boyunca yaptığımız etkinliklerle ilgilidir. Sağlığınız şimdi bu etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

- | | |
|---|----------------------------|
| A- Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler | |
| 1) Evet, oldukça kısıtlıyor | 3) Hayır, hiç kısıtlamıyor |
| 2) Evet, biraz kısıtlıyor | |
| B- Bir masayı çekmek, elektrik süpürmesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler | |
| 1) Evet, oldukça kısıtlıyor | 3) Hayır, hiç kısıtlamıyor |
| 2) Evet, biraz kısıtlıyor | |
| C- Günlük alışverişte almanları kaldırma veya taşıma | |
| 1) Evet, oldukça kısıtlıyor | 3) Hayır, hiç kısıtlamıyor |
| 2) Evet, biraz kısıtlıyor | |
| D- Merdivenle çok sayıda kat çıkma | |
| 1) Evet, oldukça kısıtlıyor | 3) Hayır, hiç kısıtlamıyor |
| 2) Evet, biraz kısıtlıyor | |
| E- Merdivenle bir kat çıkma | |
| 1) Evet, oldukça kısıtlıyor | 3) Hayır, hiç kısıtlamıyor |
| 2) Evet, biraz kısıtlıyor | |
| F- Eğilme veya diz çökme | |
| 1) Evet, oldukça kısıtlıyor | 3) Hayır, hiç kısıtlamıyor |
| 2) Evet, biraz kısıtlıyor | |
| G- Bir iki kilometre yürüme | |
| 1) Evet, oldukça kısıtlıyor | 3) Hayır, hiç kısıtlamıyor |
| 2) Evet, biraz kısıtlıyor | |
| H- Bir kaç sokak öteye yürüme | |
| 1) Evet, oldukça kısıtlıyor | 3) Hayır, hiç kısıtlamıyor |
| 2) Evet, biraz kısıtlıyor | |
| İ- Bir sokak öteye yürüme | |
| 1) Evet, oldukça kısıtlıyor | 3) Hayır, hiç kısıtlamıyor |
| 2) Evet, biraz kısıtlıyor | |

- 4- Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer etkinliklerinizde aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?**
- A- İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?
1) Evet 2) Hayır
- B- Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?
1) Evet 2) Hayır
- C- İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlama oldu mu?
1) Evet 2) Hayır
- D- İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi? (örneğin daha fazla çaba gerektirmesi)
1) Evet 2) Hayır
- 5- Son 4 hafta boyunca duygusal sorunlarınızın (Örneğin çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?**
- A- İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?
1) Evet 2) Hayır
- B- Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?
1) Evet 2) Hayır
- C- İşiniz veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?
1) Evet 2) Hayır
- 6- Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?**
- a) Hiç etkilemedi
b) Biraz etkiledi
c) Orta derece etkiledi
d) Oldukça etkiledi
e) Aşırı etkiledi
- 7- Son 4 hafta boyunca ne kadar ağrınız oldu?**
- a) Hiç
b) Çok hafif
c) Hafif
d) Orta
e) Şiddetli
f) Çok şiddetli
- 8- Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem ev işlerinizi hem ev dışı işinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?**
- a) Hiç etkilemedi
b) Biraz etkiledi
c) Orta derece etkiledi
d) Oldukça etkiledi
e) Aşırı etkiledi
- 9- Aşağıdaki sorular sizi son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını göz önüne alarak seçiniz.**
- A- Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?
a) Her zaman
b) Çoğu zaman
c) Oldukça
d) Bazen
e) Nadiren
f) Hiçbir zaman
- B- Çok sinirli bir insan oldunuz mu?
a) Her zaman
b) Çoğu zaman
c) Oldukça
d) Bazen
e) Nadiren
f) Hiç bir zaman
- C- Sizi hiçbir şeyin neşelendirmeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?
a) Her zaman
b) Çoğu zaman

- c) Oldukça e) Nadiren
d) Bazen f) Hiçbir zaman
- D- Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?
a) Her zaman b) Çoğu zaman e) Nadiren
c) Oldukça f) Hiç bir zaman
d) Bazen
- E- Kendinizi enerjik hissettiniz mi?
a) Her zaman b) Çoğu zaman e) Nadiren
c) Oldukça f) Hiçbir zaman
d) Bazen
- F- Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?
a) Her zaman b) Çoğu zaman e) Nadiren
c) Oldukça f) Hiç bir zaman
d) Bazen
- G- G-Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?
a) Her zaman b) Çoğu zaman e) Nadiren
c) Oldukça f) Hiç bir zaman
d) Bazen
- H- Kendinizi mutlu hissettiniz mi?
a) Her zaman b) Çoğu zaman e) Nadiren
c) Oldukça f) Hiçbir zaman
d) Bazen
- İ- Kendinizi yorgun hissettiniz mi?
a) Her zaman b) Çoğu zaman e) Nadiren
c) Oldukça f) Hiçbir zaman
d) Bazen

10- Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkla etkiledi?

- a) Her zaman b) Çoğu zaman d) Nadiren
c) Bazen e) Hiç bir zaman

11- Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru ve yanlıştır? Her bir ifade için en uygun olanı işaretleyiniz.

- A- Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim.
a) Kesinlikle doğru b) Çoğunlukla doğru d) Çoğunlukla yanlış
c) Bilmiyorum e) Kesinlikle yanlış
- B- Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım.
a) Kesinlikle doğru b) Çoğunlukla doğru d) Çoğunlukla yanlış
c) Bilmiyorum e) Kesinlikle yanlış
- C- Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum.
a) Kesinlikle doğru b) Çoğunlukla doğru d) Çoğunlukla yanlış
c) Bilmiyorum e) Kesinlikle yanlış
- D- Sağlığım mükemmel.
a) Kesinlikle doğru c) Bilmiyorum
b) Çoğunlukla doğru d) Çoğunlukla yanlış
e) Kesinlikle yanlış

EK-8. KLİNİK GLOBAL İZLENİM ÖLÇEĞİ

Hastanın Adı, Soyadı:	Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendirici:

KLİNİK GLOBAL İZLENİM ÖLÇEĞİ (CGI)

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-9. MODİFİYE MORİSKY ÖLÇEĞİ ANKET SORULARI

1. İlacınızı/ilaçlarınızı almayı unuttuğunuz olur mu?

Evet Hayır

2. İlacınızı/ilaçlarınızı zamanında almaya dikkat eder misiniz?

Evet Hayır

3. Kendinizi iyi hissettiğinizde ilaçlarınızı almayı bıraktığınız oldu mu?

Evet Hayır

Bazen kendinizi kötü hissettiğinizde bunun ilaca bağlı olduğunu düşünüp ilacı almayı kestiğiniz oldu mu?

Evet Hayır

6. Bazen zamanı geldiği halde ilaçlarınızı yazdırmayı unuttuğunuz oluyor mu?

Evet Hayır

EK-10. ETİK KURUL ONAYI



ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU



KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı
	TELEFON	+90 442 234 65 11
	FAKS	+90 442 236 09 68
	E-POSTA	atatipetikkurul@gmail.com
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Arş.Gör.Dr.Naciye KARABULUT	
ARAŞTIRMACININ AÇIK ADI	Remisyon Dönemindeki Psikiyatrik Bozukluk Tanılı Hastalarda, Yalnızca Antipsikotik Kullananlarla, Antipsikotik Ve Duygudurum Düzenleyici Kullananların Metabolik Sendrom Ve Yaşam Kalitesi Açısından Kıyaslanması	
KARAR BİLGİLERİ	Toplantı Sayısı: 5 Karar No: 21	Tarih: 28.09.2017
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmacı/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve çalışmanın bütçesinin kendisi tarafından karşılanması koşulu ile yapılmasında bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verildi. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir. Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.	

Prof.Dr.Zeynep ÇAKIR
Etik Kurul Başkanı

Prof.Dr.Mustafa GÜL

Üye

Prof.Dr.Hamidullah ÜYANIK

Üye

Doç.Dr.Atilla ÇAYIR

Üye

Yrd.Doç.Dr.İlker İNCE

Üye

Yrd.Doç.Dr.Zahide KOŞAN

Üye

Emrah MELETLİOĞLU

Üye