DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

PSİKİYATRİ KLİNİĞİNDE YATARAK TEDAVİ GÖREN ŞİZOFRENİ VE ŞİZOFRENİ SPEKTRUM BOZUKLUĞU TANILI HASTALARIN 10 YIL SONRAKİ PSİKOSOSYAL İŞLEVSELLİK DÜZEYİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Seçil SOYLU

UZMANLIK TEZİ

İZMİR-2018

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

PSİKİYATRİ KLİNİĞİNDE YATARAK TEDAVİ GÖREN ŞİZOFRENİ VE ŞİZOFRENİ SPEKTRUM BOZUKLUĞU TANILI HASTALARIN 10 YIL SONRAKİ PSİKOSOSYAL İŞLEVSELLİK DÜZEYİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Seçil SOYLU

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Köksal ALPTEKİN

İÇİNDEKİLER

TABLO LİSTESİ ..... **IV**
KISALTMALAR ..... **V**
TEŞEKKÜR ..... **VI**
ÖZET ..... **VII**
ABSTRACT ..... **IX**
1. GİRİŞ VE AMAÇ **1**
2. GENEL BİLGİLER **5**
2.1. Şizofreni 5
2.1.1. Tarihçe 5
2.1.2. Epidemiyoloji 6
2.1.3. Tanı 10
2.1.4. Klinik Seyir ve Prognoz 13
2.2. Şizofreni ve Sosyal İşlevsellik 15
2.3. Şizofreni ve Yaşam Kalitesi 17
2.4. Şizofreni ve Tedavi İş Birliği 19
2.5. Şizofreni ve Sosyal Destek 21
2.6. Şizofreni ve Tıbbi Komorbidite 22
2.6.1. Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları 22
2.6.2. Sinir Sistemi Hastalıkları 23
2.6.3. Solunum Sistemi Hastalıkları 24
2.6.4. Endokrin Sistem Hastalıkları 24
2.6.5. Şizofrenide Tıbbi Komorbidite ve İşlevsellik 25
3. GEREÇ VE YÖNTEM **26**
3.1. Örneklem 26
3.2. Araçlar 27
3.3. İstatistiksel Analiz 31
3.4. Etik Kurul Onayı 31
4. BULGULAR **32**
4.1. Örneklem 32
4.2. Ölüm Oranı 33
4.3. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler 33

4.3.1. İndeks Yatıştaki Sosyodemografik ve Klinik Özellikler 33
4.3.1.1. İndeks Yatıştaki Sosyodemografik Özellikler 33
4.3.1.2. İndeks Yatıştaki Bazı Klinik Özellikler 34
4.3.2. 10 Yıl Sonraki Sosyodemografik ve Klinik Özellikler 35
4.3.2.1. 10 Yıl Sonraki Sosyodemografik Özellikler 35
4.3.2.2. 10 Yıl Sonraki Klinik Özellikler 36
4.4. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ile Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP) Puanları Arasındaki İlişki 40
4.5. Hastaların Klinik Özellikleri ile Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP) Puanları Arasındaki İlişki 42
4.6. Hastaların İlaç Tutum Envanteri Puanları (DAI-10) ile Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP) Puanları Arasındaki İlişki 44
4.7. Hastaların Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) Puanları ile Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP) Puanları Arasındaki İlişki 44
4.8. Hastaların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS) Puanları ile Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP) Puanları Arasındaki İlişki 45
4.9. Hastaların Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-Bref-TR) Alt Ölçek Puanları ile Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP) Puanları Arasındaki İlişki 46
4.10. Hastalardaki Depo Antipsikotik Kullanımı, Klozapin Kullanımı ve Kullanılan Antipsikotik Sayısının Toplam Yatış Sayısı ve Son 10 Yıldaki Yatış Sayısı ile İlişkisi 47
4.11. Hastalardaki Depo Antipsikotik Kullanımı, Klozapin Kullanımı ve Kullanılan Antipsikotik Sayısının Hastalarda Son 10 Yılda Metabolik Bozukluk Gelişme Durumu ile İlişkisi 49
5. TARTIŞMA 51
6. KISITLILIKLAR 62
7. SONUÇ VE ÖNERİLER 63
KAYNAKLAR 64

EKLER 76
Ek 1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu 76
Ek 2. Olgu Veri Kayıt Formu 78
Ek 3. Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP) 82
Ek 4. İlaç Tutum Envanteri (DAI-10) 84
Ek 5. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL-Bref-TR) 85
Ek 6. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS) 88
Ek 7. Pozitif ve Negatif Semptom Ölçeği (PANSS) 90
Ek 8. Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Kararı 91

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Şizofreni DSM IV Tanı Ölçütleri 11

Tablo 2. Şizofreni ICD-10 Tanı Ölçütleri 12

Tablo 3. Şizofrenide Olumlu ve Olumsuz Prognoz Göstergeleri 14

Tablo 4. Örneklem 32

Tablo 5. Ölüm Oranı 33

Tablo 6. İndeks Yatıştaki Sosyodemografik Özellikler 34

Tablo 7. İndeks Yatıştaki Bazı Klinik Özellikler 35

Tablo 8. 10 Yıl Sonraki Sosyodemografik Özellikler 36

Tablo 9. 10 Yıl Sonraki Klinik Özellikler 38

Tablo 10. Hastaların Ölçek Puanları 40

Tablo 11. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ile Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP) Puanları Arasındaki İlişki 41

Tablo 12. Hastaların Klinik Özellikleri ile Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP) Puanları Arasındaki İlişki 43

Tablo 13. Hastaların İlaç Tutum Ölçeği (DAI-10) Puanları ve Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP) Puanları Arasındaki İlişki 44

Tablo 14. Hastaların Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) Puanları ile Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP) Puanları Arasındaki İlişki 45

Tablo 15. Hastaların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS) Puanları ile Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP) Puanları Arasındaki İlişki 46

Tablo 16. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-Bref-TR) Alt Ölçek Puanları ile Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP) Puanları Arasındaki İlişki 47

Tablo 17. Hastalardaki Depo Antipsikotik Kullanımı, Klozapin Kullanımı ve Kullanılan Antipsikotik Sayısının Toplam Yatış Sayısı ve Son 10 Yıldaki Yatış Sayısı ile İlişkisi 48

Tablo 18. Hastalardaki Depo Antipsikotik Kullanımı, Klozapin Kullanımı ve Kullanılan Antipsikotik Sayısının Hastalarda Son 10 Yılda Metabolik Bozukluk Gelişme Durumu ile İlişkisi 50

KISALTMALAR

APA	Amerikan Psikiyatri Birliği
CATIE	Klinik Antipsikotik Tedavi Etkililik Araştırmaları (Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness)
DAI-10	İlaç Tutum Ölçeği (Drug Attitude Inventory)
DSM	Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
eSTAR	The Electronic Schizophrenia Treatment Adherence Registry
FROGS	Functional Remission of General Schizophrenia Scale
GAF	İşlevselliğin Global Değerlendirilmesi Ölçeği (Global Assessment of Functioning)
GAS	Global Değerlendirme Ölçeği **(**Global Assessment Scale)
ICD	Ruhsal ve Davranışsal Bozuklukların Sınıflandırılması (International Classification of Diseases)
ICF	International Classification of Functioning
LSP	Life Skills Profile
MSPSS	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği **(**Multidimensional Scale of Perceived Social Support)
NRG1	Nöroregülin-1
OSAS	Obstrüktif Uyku Apne Sendromu
PANSS	Pozitif ve Negatif Semptomları Değerlendirme Ölçeği
PSP	Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği
PSRS	Psychosocial Remission of Schizophrenia Scale
SAS	Social Adjustment Scale
SOFAS	Social and Occupational Functioning Assessment Scale
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SS	Standart Sapma
WHO-DAS II	The World Health Organization Disability Assessment Schedule II
WHOQOL-Bref-TR	Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu

TEŞEKKÜR

Başta uzmanlık eğitimim süresince desteğini her daim hissettiğim değerli danışmanım Prof. Dr. Köksal Alptekin olmak üzere psikiyatri hekimliği bilgi ve becerisini kendilerinden öğrendiğim hocalarım Prof. Dr. Berna Akdede, Prof. Dr. Can Cimilli, Prof. Dr. Tunç Alkın, Prof. Dr. Elif Onur Aysevener, Prof. Dr. Ayşegül Özerdem, Prof. Dr. Beyazıt Yemez, Prof. Dr. Ayşegül Yıldız, Doç. Dr. Halis Ulaş, Doç. Dr. Tolga Binbay, Doç. Dr. Neşe Direk ve tezimin istatistik aşamasındaki katkılarından dolayı Doç. Dr. Emre Bora'ya,

Asistanlığımın ilk gününden bugüne kadar birlikte çalışmaktan çok keyif aldığım, her birinden kendime farklı şeyler kattığım ve güzel anılar deneyimlediğim, bir kısmı şu anda ülkemizin farklı yerlerinde uzman hekim olarak görev yapmakta olan tüm asistan arkadaşlarıma,

Kliniğimizin değerli psikologları, hemşireleri, sekreterleri ve personellerine,

Psikiyatrinin iş arkadaşı olarak hayatıma kattığı, geçen senelerle iş arkadaşlığının yerini sıcak bir dostluğa bıraktığını kendileriyle yaşayarak öğrendiğim Fatih, Bilge ve Aybüke'ye,

İlk adımlarımdan başlayarak beni yüreklendiren, aldığım her kararda beni sonsuz destekleyen, kendilerinden insan sevgisini, dürüst ve adaletli olmayı öğrendiğim sevgili annem ve babama,

Aynı zamanda en iyi arkadaşım olan canım kardeşime,

Hayatıma dokunup geçmiş ve güzellikler bırakmış, halen güzellikler getirmekte olan herkese çok teşekkür ederim.

ÖZET

PSİKİYATRİ KLİNİĞİNDE YATARAK TEDAVİ GÖREN ŞİZOFRENİ VE ŞİZOFRENİ SPEKTRUM BOZUKLUĞU TANILI HASTALARIN 10 YIL SONRAKİ PSİKOSOSYAL İŞLEVSELLİK DÜZEYİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Seçil SOYLU, Dokuz Eylül Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İnciraltı/İZMİR

Amaç: Sosyal işlevsellik kişinin çalışabilmesi, farklı sosyal rolleri yerine getirebilmesi, kendine bakabilmesi, boş zaman aktivitelerini değerlendirebilmesi olarak tanımlanmıştır. Şizofreni hastalarının ciddi bir kısmı yaşamları boyunca kronik ya da dönemsel olarak kişisel, sosyal ve mesleki olarak işlevsellik kaybı yaşamaktadır. Psikososyal işlevselliğin sosyodemografik özellikler, klinik özellikler ve çevresel koşullardan etkilendiği bilinmektedir. Bu çalışmada amacımız, 2006-2009 yılları arasında servisimizde yatmış şizofreni ve şizoaffektif bozukluk tanılı hastaların 10 yıl sonraki işlevselliğini değerlendirmek; psikososyal işlevselliğin sosyodemografik değişkenler, yaşam kalitesi, tedavi iş birliği, algılanan sosyal destek ve eşlik eden tıbbi hastalıklarla olan ilişkisini incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Dokuz Eylül Üniversitesi Psikiyatri Servisi'nde 2006-2009 yılları arasında yatarak tedavi görmüş, DSM IV-TR tanı kriterlerine göre şizofreni ve şizoaffektif bozukluk tanılarını karşılayan 232 hasta telefon ile aranmıştır. Telefon ile ulaşılabilen 75 hastadan çalışmaya katılmayı kabul eden ve içleme kriterlerini karşılayan 41 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Telefon ile görüşme yapılan 10 hastaya Olgu Veri Kayıt Formu, Bireysel ve Sosyal Perfomans Ölçeği (PSP) uygulanmıştır. Yüz yüze görüşme yapılan 31 hastaya Olgu Veri Kayıt Formu, Bireysel ve Sosyal Perfomans Ölçeği (PSP), İlaç Tutum Envanteri (DAI-10), Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe Versiyonu (WHOQOL-Bref-TR), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS), Pozitif ve Negatif Semptom Ölçeği (PANSS) uygulanmıştır.

Bulgular: Çalışmada ulaşılabilen hastalarda %7 ölüm oranı saptanmıştır. Çalışmaya dahil edilen hastaların Bireysel ve Sosyal Perfomans Ölçeği (PSP) puanlarına göre %82,9'unda kötü işlevsellik, %17,1'inde iyi işlevsellik düzeyi saptanmıştır. Hastaneye toplam yatış sayısı ile PSP puanları arasında negatif yönde anlamlı bir korelasyon ilişkisi saptanmıştır. Komorbid tıbbi hastalık varlığı ile PSP puanları arasında negatif yönde anlamlı

bir ilişki bulunmuştur. Depo antipsikotik kullanımı ile PSP puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. PANSS toplam, pozitif, negatif, genel semptomatoloji alt ölçek puanları, DAI-10, WHOQOL-Bref-TR'nin tüm alt ölçek puanları, MSPSS toplam, arkadaş ve özel insan alt ölçek puanları ve PSP puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyon saptanmıştır. Depo antipsikotik kullanan hasta grubunda kullanmayan hasta grubuna göre hastaneye toplam yatış sayısı, son 10 yıldaki yatış sayısı ve son 10 yılda metabolik bozukluk gelişme oranı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Klozapin kullanımı olan hasta grubunda kullanmayan hasta grubuna göre son 10 yılda metabolik bozukluk gelişme oranı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Kullanılan antipsikotik sayısı ile hastaneye toplam yatış sayısı, son 10 yıldaki yatış sayısı ve son 10 yılda metabolik bozukluk gelişme arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Sonuç: Bu araştırmada 10 yıl sonra tekrar değerlendirilen şizofreni hastalarında % 7 ölüm oranı saptanmış olması, şizofrenide değişik nedenlerle ölüm oranının normal topluma oranla daha yüksek olduğunu göstermektedir. Türkiye'ye ait ilk sonuç olan bu bulgunun daha detaylı araştırılmasında yarar vardır.

Bu hastalarda işlevsellik belirgin düzeyde bozuktur. Artan yatış sayısı, komorbid tıbbi hastalıkların varlığı, sosyal destek sisteminin yetersiz olması, tedavi işbirliğinin bozuk olması, yaşam kalitesinin düşük olması psikososyal işlevselliği olumsuz etkilemektedir. Psikososyal işlevselliği etkileyen faktörlerin araştırılması günümüzde şizofrenide iyileşmeyi sağlayacak etkin tedavi stratejilerinin geliştirilmesinde yararlı olabilir.

Bu araştırmada işlevselliği kötü, hastalık şiddeti yüksek hastalarda depo antipsikotik ve çoklu antipsikotik ilaç kullanımı eğiliminin arttığı bulunmuştur. Bu hastalarda metabolik komplikasyonlar daha fazla görülmüştür. Hastalarda ilaç seçimi yapılırken işlevselliğin göz önünde bulundurulması, bununla birlikte metabolik yan etkilerin izlenmesi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Şizofreni, Şizoaffektif bozukluk, İzleme, Psikososyal İşlevsellik, Tedavi İş birliği, Sosyal Destek, Yaşam Kalitesi.

ABSTRACT

THE EVALUATION OF PSYCHOSOCIAL FUNCTIONING LEVEL OF HOSPITALIZED PATIENTS AT PSYCHIATRY CLINIC DIAGNOSED WITH SCHIZOPHRENIA AND SCHIZOPHRENIA SPECTRUM DISORDER FOLLOWING 10 YEARS

Dr. Seçil SOYLU, Dokuz Eylül University Psychiatry Department, İnciraltı/İZMİR

Purpose: Social functioning is defined that an individual is able to work, carry out different social roles, look after himself/herself and assess spare time activities. A substantial part of patients with schizophrenia go through personal, social and vocational functioning loss as chronic or periodic throughout their lives. Psycosocial functioning is known to be affected by sociodemographic attributes, clinical features and environmental conditions. In this study, our aim is to evaluate functioning of patients following 10 years diagnosed as schizophrenia and schizophrenia spectrum disorder who had been hospitalized at our clinic between 2006-2009; examine the relationship of psychosocial functionality with sociodemographic variables, life quality, medication compliance, perceived social support and accompanying medical illnesses.

Material and Method: A total of 232 patients diagnosed as schizophrenia and schizoaffective disorder according to DSM-IV-TR diagnosis criteria and treated at Dokuz Eylül University Psychiatry Department between 2006-2009 as inpatient were phoned. Of 41 patients meeting inclusion criteria out of 75 patients who had accepted to participate in the research as a result of telephone call were involved in the study. 10 patients were applied Case Data Registration Form, Personal and Social Performance Scale (PSP). 31 patients who had been interviewed face to face were applied Case Data Registration Form, Personal and Social Performance Scale (PSP), Drug Attitude Inventory (DAI-10), World Health Organization Quality of Life Scale-Bref-Turkish version (WHOQOL-Bref-TR), Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), Positive and Negative Symptom Scale (PANNS) were applied.

Findings: Mortality rate was found 7% in the patients who could be reached in the study. According to Presonal and Social Performance Scale (PSP) scores of patients involved

in the study, poor functioning level was determined in 82,9% and good functioning level was identified in 17,1% of patients. A significant correlation relation was established in a negative way between total number of hospitalization and PSP scores. A negative significant correlation was found between comorbid medical illness presence and PSP scores. A significant relation was determined between depot antipsychotic use and PSP scores in a negative way. A positive significant correlation was established among PANNS total, positive, negative, general symptomatology subscale scores, all subscale scores of DAI-10, WHOQOL-Bref-TR, MSPSS total, friend and special person subscale scores and PSP scores. A total number of hospitalization in patient group using depot antipsychotic compared to those not using, the number of hospitalization in the last 10 years and the development rate of metabolic disorder in the last 10 years were found significantly higher. The rate of metabolic disorder development was established significantly higher in the patient group using clozapine compared to the patient group not using it. A significant relationship was found between the number of used antipsychotic and hospitalization, the number of hospitalization in the last 10 years and metabolic disorder development rate in the last 10 years in a negative way.

Result: In this study, 7% mortality rate in schizophrenia patients evaluated after 10 years shows that the mortality rate in schizophrenia is higher than in the normal population. The first result of these findings, is more detailed investigation of benefit to Turkey.

The functionality of these patients is significantly impaired. The increased number of hospitalizations, the presence of comorbid medical diseases, insufficient social support system, poor treatment cooperation, and poor quality of life negatively affect psychosocial functioning. Investigating the factors affecting psychosocial functioning may be useful in the development of effective treatment strategies to improve schizophrenia.

In this study, it has been found that the tendency of depot antipsychotic and multiple antipsychotic drugs increases in patients with poor functioning and high disease severity. Metabolic complications were more common in these patients. It is important to consider functionality while monitoring the metabolic side effects.

Keywords: Schizophrenia, Schizophrenia Spectrum Disorder, Following, Psychosocial Functioning, Therapeutic Cooperation, Social Support, Quality of Life.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Şizofreni; düşünce, algı, konuşma, duygu ve davranış bozuklukları ile giden, sosyal içe çekilme, kişiler arası ilişkiler ve bilişsel yetilerde bozulmaya yol açan kronik bir psikiyatrik hastalıktır. Hastalığın tüm dünyada yaşam boyu prevalansı % 0.5-1.5 arasında değişmektedir. Şizofreni hastalarının ciddi bir kısmı yaşamları boyunca kronik ya da dönemsel olarak kişisel, sosyal ve mesleki olarak işlevsellik kaybı yaşamaktadır.[1] Sosyal işlevsellik kavramı psikiyatrik hastalıkların ve tedavi sürecinin değerlendirilmesinde yıllar içerisinde giderek artan bir öneme sahip olmuş, ancak tanımı itibariyle halen araştırmacılar tarafından fikir birliğine varılamamış bir kavramdır. Genel itibariyle kişinin çalışabilmesi, farklı sosyal rolleri yerine getirebilmesi (örneğin çalışan, öğrenci, ev hanımı, eş, aile üyesi ya da arkadaş olarak), kendine bakabilmesi, boş zaman aktivitelerini değerlendirebilmesi olarak tanımlanmıştır. [2] Şizofreni değişken gidiş ve sonlanım özellikleri gösteren heterojen bir bozukluk olup, sosyal işlevsellikte bozulma hastalığın tanımlayıcı belirtilerinden biridir. İşlevsellik kaybı çoğunlukla hastalığın prodrom döneminde başlamakta, akut alevlenme dönemlerinde görülmekte veya rezidüel sendromun bir parçasını oluşturabilmektedir. [3] Eski yıllarda şizofreni tedavisinde geleneksel yaklaşım öncelikle psikotik belirtilerin azaltılmasına yönelik olmuşsa da, yeni tedavi seçeneklerinin geliştirilmesiyle terapötik hedefler genişletilmiştir. [4] 2005 yılında Şizofrenide Remisyon Çalışma Grubu tarafından yayınlanan ve günümüzde halen kullanılmakta olan semptomatik remisyon kriterleri hastalığın psikotizism (gerçeği değerlendirme bozukluğu), negatif belirtiler ve dezorganizasyon belirti kümelerinin her üçünün de hafif ve daha düşük düzeyde bulunmasını esas almaktadır. Ancak bu tanım hastalıkta etkilenen ana alanlardan biri olan psikososyal işlevsellik kavramını içermemesi açısından eksik bulunmuştur. [5] Psikososyal işlevsellik kavramının önemi 1980 yılında yayınlanan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, üçüncü baskısında (DSM-III) yer alan beş eksenli sınıflama sistemine dahil edilmesi ile birlikte kabul edilmiş ve işlevselliğe yapılan vurgu sonraki sınıflandırma sistemlerinde de devam etmiştir. [4]

Şizofrenide sosyal işlevselliği etkileyen faktörlerin değerlendirildiği çalışmalar yıllar içerisinde giderek artmıştır. Bu çalışmalarda en çok odaklanılan parametrelerden biri semptomatik iyileşme ile fonksiyonel iyileşme arasındaki ilişkidir. Literatüredeki yaygın görüş; semptomatik iyileşme ile fonksiyonel iyileşme arasında ile anlamlı olarak ilişkili olduğu yönündedir. [6] [7] Ancak gerek ilk atak psikoz hastalarında, gerekse kronik şizofreni

hastalarında yapılmış pek çok çalışma hastaların semptomatik iyileşme gösterseler dahi büyük bir kısmında sosyal işlevselliğin bozuk olduğunu göstermiştir. Semptomların düzelmesine karşın sosyal işlevsellikteki bozulmanın devam etmesi, sosyal işlevselliğin değerlendirilmesi ve izlenmesinin önemini vurgulamaktadır. [8] [9]

Psikososyal işlevsellik; sosyodemografik özellikler, klinik özellikler ve çevresel koşullardan etkilenmektedir. Genç yaş, kadın cinsiyet, çalışıyor olmak, erken tedavi yanıtı, kısa hastalık süresi, son epizodun kısa sürmesi, PANSS ölçeğinin genel psikopatoloji ve negatif semptom alt ölçeklerinden düşük puan almak, suisidalitenin düşük olması, semptomatik iyileşme ve öznel iyi oluşun erken evrede sağlanması, PANSS total skorunda 2 haftada %30 azalma sağlanması, tedavi edilmeyen psikoz süresinin kısa olması, hastalık öncesi uyum ve işlevselliğin yüksek olması, bazal hastalık şiddetinin düşük olması, yüsek yaşam kalitesi ve iyi ilaç uyumunun olması ve bilişsel işlevler çalışmalarda tanımlanmış prediktif faktörler arasındadır. [10] Negatif belirtiler ile düşük psikososyal işlevsellik düzeyi arasındaki ilişki pek çok çalışmada vurgulanmıştır. [11] [12] Pozitif belirtiler ile psikososyal işlevsellik arasında ilişkiyi değerlendiren çalışmalar arasında ise çelişki bulunmaktadır. [13] [14] Şizofreni hastalarında medeni durumun uzun dönemde hastalığın seyri üzerine etkisini araştıran çalışma sayısı oldukça az olmakla birlikte; evli olmanın daha geniş sosyal ağlar kurmayı sağladığı ve yaşam kalitesini arttırdığı ayrıca suç davranışını ve suisid riskini azalttığı belirtilmiştir. Çin'de yapılan geniş örneklemli bir izlem çalışmasında örneklemdeki bekar hastaların yüksek oranda erkek olduğu ve bu grupta psikiyatrik belirtilerin daha şiddetli olduğu, remisyon ve çalışabilme düzeylerinin evli hastalara göre daha düşük olduğu bildirilmiştir. [15]

Psikososyal işlevsellik ile yakın bir ilişki içinde olan "yaşam kalitesi" kavramı da psikiyatrik hastalıklarda son yıllarda giderek üzerinde durulan bir kavram haline gelmiştir. Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesini (quality of life) kişinin hem içinde yaşadığı kültürel yapı ve değerler sistemi bağlamında; hem de kendi amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleri açısından, yaşamdaki durumu ile ilgili kişisel algısı olarak tanımlamaktadır. [16] Şizofreni hastalarında yaşam kalitesinin belirgin şekilde düşük olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir. Şizofreni genç erişkinlerde yeti yitiminin ana nedenlerinden biri olarak kabul edilmektedir. Bu bağlamda şizofrenide tedavinin ana hedeflerinin belirlenmesinde

semptomların azaltılması kadar yaşam kalitesinin arttırılması da önemli ölçüde yer tutmaktadır. [17] [18]

Tedavi uyumu, kişinin hekim tarafından reçete edilen ilacı ne ölçüde önerildiği şekilde kullandığını gösterir. "Tedavi uyumsuzluğu" ise hem yetersiz hem de fazla kullanım ifadelerini içermektedir. Tedavi uyumsuzluğu yalnızca şizofreni hastalarında değil, genellikle kronik hastalığı olan bireylerde de sıklıkla görülen bir durumdur. [19] Şizofreninin özellikle erken evrelerinde tedavi uyumsuzluğu oldukça yaygındır. Coldham ve arkadaşları, ilk atak psikoz hastalarında yaptıkları bir çalışmada tedaviden 12 ay sonra hastaların %59'unda düzenli tedavi kullanımının olmadığını bildirmişlerdir. [20] İlaç uyumsuzluğunun relaps oranlarını ve hastane yatış sıklığını arttırması ve psikososyal işlevsellik kaybına yol açması, işlevselliğin değerlendirilmesinde ilaç uyumunun önemini vurgulamaktadır. [21]

Sosyal destek, bireyin çevresinden gördüğü ilgi, sevgi, saygı, takdir ve güven gibi olumlu duygularla birlikte maddi kaynaklar, ulaşım gibi ihtiyaçların karşılanmasını da içeren sosyal, psikolojik ve ekonomik destek olarak tanımlanabilir. Yapılan çalışmalarda sosyal desteğin psikiyatrik hastalıkların seyrini etkileyen önemli bir etmen olduğu saptanmıştır. Sosyal ağlar kurmada yaşanılan zorluklar, damgalanma ve dışlanma, yetersiz bakım veren desteği gibi unsurların şizofreni hastalarında tedavi uyumu ve sosyal işlevselliği olumsuz etkilediği bildirilmiştir**.** [22]

Şizofrenide yukarıda tanımlanan pek çok etkene bağlı düşen işlevsellik ve yaşam kalitesinin yanı sıra eşlik eden tıbbi hastalıkların da psikiyatrik hastalığı olmayan bireylere göre daha yüksek oranda görülmesi yaşam kalitesini etkileyen başka bir faktördür. Şizofreni hastalarında fiziksel komorbidite, suiside bağlı olmayan ölümlerin yaklaşık % 60'ını oluşturur. Şizofreni hastalarında da mortalite oranı normal popülasyona göre daha yüksektir ve benzer yaş gruplarıyla karşılaştırıldığında 10 yıl daha erken ölmektedirler. [23] Eşlik eden fiziksel hastalıkların şizofreni hastalarının psikososyal işlevselliği üzerindeki etkisini araştıran az sayıda çalışmanın sonuçları çelişkili bulgular içermektedir. Chwastiak ve arkadaşları 2006 yılında yaptıkları geniş örneklemli bir çalışmada tıbbi komorbidite ile psikososyal işlevsellik arasında zayıf bir ilişki saptamışlardır. Bu çalışmalarda belirtilen en belirgin güçlüğün, tıbbi komorbiditenin işlevsellik üzerine etkisinin psikiyatrik belirtiler ve bilişsel işlevlerden bağımsız olarak değerlendirilmesi olduğu bu çalışmalarda vurgulanmıştır. [24]

Bu bağlamda şizofreni ve şizoaffektif bozukluk hastalarında işlevselliğin değerlendirilmesi ve işlevselliği etkileyen faktörlerin araştırılması uygun tedavi stratejilerinin oluşturulması bakımından büyük bir önem taşımaktadır.

Amaç: Bu çalışmada amacımız 2006-2009 yılları arasında servisimizde yatmış şizofreni ve şizoaffektif bozukluk tanılı hastaların 10 yıl sonraki işlevselliğini değerlendirmek; psikososyal işlevselliğin sosyodemografik değişkenler, yaşam kalitesi, tedavi iş birliği, algılanan sosyal destek ve eşlik eden tıbbi hastalıklarla olan ilişkisini incelemektir.

Birinci Hipotez: Hastaların en az yarısında, 10 yıl sonraki psikososyal işlevsellik düzeyi belirgin düzeyde düşüktür.

İkinci Hipotez: Hastalık süresinin uzun olması, hastaneye yatış sayısının fazla olması, tedavisiz psikoz süresinin uzun olması, hastalığın erken yaşta başlaması, psikiyatrik belirtilerin şiddetli olması düşük psikososyal işlevsellik düzeyi ile ilişkilidir.

Üçüncü Hipotez: Genç yaş, kadın cinsiyet, çalışıyor olmak, yüksek eğitim düzeyi yüksek psikososyal işlevsellik düzeyi ilişkilidir.

Dördüncü Hipotez: Yaşam kalitesi ile psikososyal işlevsellik düzeyi arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Beşinci Hipotez: Tedavi iş birliğinin kötü olması düşük psikososyal işlevsellik düzeyi ile ilişkilidir.

Altıncı Hipotez: Sosyal desteğin düşük olması düşük psikososyal işlevsellik düzeyi ile ilişkilidir.

Yedinci Hipotez: Hastaların en az yarısında eşlik eden tıbbi hastalık mevcuttur ve bu hastalarda psikososyal işlevsellik düzeyi belirgin şekilde düşüktür.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şizofreni

2.1.1. Tarihçe

Psikiyatrik hastalıklar eski çağlardan bu yana bilim insanları tarafından araştırılmaya değer bulunmuştur. Günümüzde şizofreninin iyi tanımlanmış belirtilerini o dönemde gösteren ve Orta Çağ Avrupası'nda şeytana tutulduğu düşünülen kişilerin önemli bir kısmının şizofreni hastası olduğu düşünülmektedir. [25] 17. yüzyılda Willis' in, 18. yüzyılda Pinel' in bu belirtileri hastalık olarak değerlendirmeye başlaması ile bu kişiler hasta olarak kabul edilmeye başlanıp; ağır cezalandırılmalardan kurtulmaya başlamışlardır. [26]18. yüzyıl başında İngiltere' de John Haslam ve George Man' ın gençlik çağında başlayan içe kapanma ve düşünce bozukluğu ile ilişkili olarak tanımladıkları ve bir ad veremedikleri bozukluğun şizofreni olduğu düşünülebilir. [27] " Démence Precoce " terimi 1860 yılında ilk kez Fransız hekim Morel tarafından kullanılmıştır. Morel, yayınladığı "Akıl Hastalıkları" kitabında 14 yaşında bir erkek hastasındaki bilişsel yıkımı ayrıntıları ile anlatmıştır. 1871 yılında Hecker hebefreniyi ve 1874'de Kahlbaum katatoniyi tanımlamış, ancak 19. yüzyılın sonuna kadar bu iki belirti kümesini bir çatı altında toplayan bir yaklaşım olmamıştır. [28]

Alman psikiyatrist Kreapelin şizofreninin detaylı bir tanımını yapan ilk hekimdir. Psikiyatrik hastalıkları ilerleyiş biçimlerine göre, yıkım gösterenler (dementia praecox) ve göstermeyenler (manik depresif psikoz) olmak üzere iki grupta toplamış ve "dementia praecox" adını verdiği tabloyu, katatonik tip, hebefrenik tip ve paranoid tip olmak üzere üçe ayırmıştır. Kreapelin'in bu tanımlamasına göre hastalığın "erken başlaması" ve "bunama" ile sonuçlanması gerekliydi. [25]

İsviçreli bir psikiyatrist olan Bleuler 1911'de kişinin hayatındaki yarılmaya (schisme) atıfta bulunarak Yunanca "ayrık veya bölünmüş" anlamına gelen "şizo" (schizein, Yunanca: σχίζειν) ve akıl anlamına gelen "frenos" (phrēn, phren- Yunanca: φρήν, φρεν-) sözcüklerinin birleşiminden oluşan "şizofreni" terimini kullanmış ve zamanla bu terim tüm dünyada kabul görmüştür. Bleuler, yayınladığı "Dementia Precox ya da Şizofreniler Grubu" isimli kitabında "dementia precox" terimininin "şizofreni grubu hastalıklar" olarak değiştirilmesini önermiştir. Hastalık belirtilerini iki ana kümeye ayırarak açıklamıştır: Temel belirtiler her şizofreni

hastasında bulunması gereken ve temel patoloji ile ilgili olan belirtilerdir. Bleuler'in temel belirtileri klasik psikiyatride 4A belirtisi olarak bilinmektedir. Bunlar; otizm (autism), ambivalans (çift değerlilik), çağrışım (asosiasyon) çözüklüğü ve anormal duygulanımdır (affekt). Bleuler'e göre çağrışım (asosiasyon) çözüklüğü, bozukluğun en temel belirtisi olup şizofreniye özgü bir özellik göstermektedir. Ek ya da ikincil belirtiler olarak tanımladığı belirtiler ise bu temel belirtilerin üzerine eklenen ve başka ruhsal bozukluklarda da görülebilen belirtilerdir. Şizofreni grubunun seyrinde, temel belirtilerin ön planda olduğunu, sanrı-varsanı gibi psikotik belirtilerin ise hastalığın seyri içerisinde dalgalanma gösterdiğini belirtmiştir. [29]

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından 1952 yılında yayınlanan DSM-I sınıflama sisteminde şizofreni, şizofrenik reaksiyonlar olarak tanımlanmıştır. 1968'de DSM-II sınıflama sisteminde "reaksiyon" terimi bırakılmış, şizofrenik bozukluklar olarak tanımlanmıştır. Şizofrenide içleme ve dışlama ölçütlerinin yer aldığı ilk resmi tanı sistemi ise 1980 yılında yayımlanan DSM-III'te bulunmaktadır. 1994 yılında yayımlanan ve 2000 yılında yeniden düzenlenen edilen DSM-IV'te ise şizofreni ile ilgili tanılar, şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar başlığı altında toplanmıştır ve günümüzde DSM 5 kullanılmaktadır. [30]

2.1.2. Epidemiyoloji

Sıklık ve Yaygınlık

Şizofreni her türlü toplumda en sık görülen ruhsal bozukluklardandır. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2010 tarihinde yapılan Global Hastalık Yükü çalışmasında en fazla yeti yitimine yol açan ruhsal hastalıklar ve madde kullanım bozuklukları grubundaki hastalıklar arasında şizofreni yeti yitimi ağırlığı açısından ilk sıradadır. [31] Şizofreninin sıklığı (insidans) üzerine yapılan birçok çalışmanın sonuçları 0.11 ile 0.70/1000 yıl arasında değişmektedir. Yaşam boyu yaygınlığı için yapılan çalışmaların sonuçlarının ortancası ise binde 4 olarak verilmektedir. [32] Son dönemde dünyanın her yerinde benzer sıklıkta görüldüğü ve cinsiyetler arası farklılık göstermediği yolundaki klasik bilgiler yeniden değerlendirilmekte ve sıklığın heterojenite gösterdiği, kadın ve erkekler arasında eşit olmadığı, göç, şehirleşme gibi farklı parametrelere bağlı olarak değiştiği yönündeki veriler çoğalmaktadır. [33] Yapılan bir çalışmada şizofreni sıklığının erkek/ kadın oranın 1.4 olduğu bildirilmiştir. [34]

Türkiye'de psikoz yaygınlık tahminleri üzerine yapılmış bir sistematik gözden geçirmenin sonuçlarına göre genel toplumda şizofreni yaygınlığı 1000 kişide 8.9 olarak saptanmış ve bu durum Türkiye'de farklı ülkelerde bildirilen oranlara göre şizofreni yaygınlığının daha yüksek olduğu şeklinde yorumlanmıştır. [35]

Etiyoloji ve Risk Etmenleri

Şizofreninin görülme sıklığı erkeklerde daha fazladır. Kadınlarda hastalığın erkeklere göre ortalama 4-5 yıl geç başladığı ve hastalığın seyrinin görece daha iyi olduğu bilinmektedir. Ortalama başlangıç yaşı erkeklerde 15-25 yaş arası iken kadınlarda 25-35 yaş arasıdır. Kadınlarda 40-45 yaş arasında ikinci bir pik görülmektedir. [36] Son yıllarda yapılan araştırmalar, geç başlangıçlı şizofreninin de sanıldığı kadar ender olmadığını göstermektedir. Geç başlayan olguların genellikle süreğen ve ilerleyici bir gidiş göstermemeleri ve daha az yıkıma uğramaları ile erken başlangıçlı olgulardan ayrıldıkları bilinmektedir. [37]

Şizofreninin ekonomik düzeyi daha düşük olan kişilerde, ekonomik düzeyi daha iyi olan kişilere göre yaklaşık 5 kat daha fazla görüldüğüne ilişkin bulgular mevcuttur. Ekonomik düzeyin düşük olmasının, doğumdan önceki dönemde yetersiz bakım, enfeksiyonlar, toplumsal ilişkilerin zayıf olması ve zorluklarla baş etmede destek azlığı gibi sorunların artmasına neden olabileceği belirtilmiştir. Bir diğer görüş ise genetik yapısı ile şizofreniye yatkınlığı olan kişilerin, şizofreninin kuşaklar boyunca yeti yitimi oluşturması ile alt sınıflara doğru bir kayma yaşadığı savunulmaktadır. [37] Şizofreninin gelişmiş ülkelerde gelişmemiş ülkelere göre daha kötü gidiş özellikleri gösterdiği bilinmektedir. Gelişmiş ülkelerde de kent merkezlerinde kırsal kesime oranla şizofreni riski 2-4 kat fazla bulunmuştur. [28]

Şizofreni hastalarının evli olmayanlarının evli olanlara oranı 2.6 – 7.6 aralığında olduğu rapor edilmiştir. [38] Şizofreni hastalarında hiç evlenmemiş olma durumu en sık izlenen medeni durum olmakla birlikte, boşanmış ve ayrı yaşıyor olma durumlarının da arttığı gösterilmiştir. [39] Yapılan bir çalışmada şizofreni hastalarında özellikle erkekler arasında bekarların ve boşanmış olanların oranı yüksek olarak bulunmuştur. [40]

Şizofreni hastalığı için şehirde doğup büyümek farklı çevresel ve sosyal stresörleri barındırması nedeni ile önemli bir etken olup şizofreni riskini 2 ile 4 kat arasında arttırmaktadır. [41] Göç edenlerle ile ilgili yapılmış bir meta analizde birinci kuşak göç

edenler arasında rölatif risk oranı 2.7, ikinci kuşak göçmenlerde ise 4.5 kat olarak saptanmıştır. [42]

Genetik yatkınlığın şizofrenide önemli rolü olduğu düşünülmektedir fakat bu durum şizofreni tanısı alan bütün olguların kromozomlarında söz konusu yatkınlığı taşıdıklarını göstermemektedir. Etiyolojide önemli bir parametre olan genetik etkenler, son derece heterojen bir yapıdadır ve DNA'da değişiklik yapmamasına karşın, genin ifadelenmesini etkileyen epigenetik düzenekleri de içine alan genetik olmayan etkenlerle birlikte hastalığın oluşumuna katkı sağlamaktadır.[39]

Şizofreni aile çalışmalarında, akrabalık ne kadar yakınsa ve hastalanan akraba sayısı ne kadar fazla ise şizofreni riski o derece artmaktadır. Birinci derece akrabalarda olduğu zaman bu risk 1.4 ile 16.2 arasında değişmektedir. Anne ya da babadan herhangi birinde mevcutsa, çocuklarda hastalık riski %12.5 -13.8; hem anne hem de babada hastalık var ise bu çocuklarda hastalık riski %35 – 46 olarak saptanmıştır. Anne ve babanın sağlıklı, kardeşlerden birinin hasta olması halinde, kardeşlerde şizofreni riski %6.7 – 8.2 olarak belirtilmektedir. Risk yakın akrabalarda hastalık olması durumunda normalden 7 – 10 kat kadar artabilmektedir. Bu durum şizofrenide ailesel bir birikimin olduğunu göstermektedir. [39, 43]

Şizofreni de yapılmış birçok ikiz çalışması mevcuttur. Bu çalışmalar en çok düzenli kayıtların olduğu İskandinav ülkelerinde yapılmıştır. Tek yumurta ikizlerinde eş hastalanma oranları %31 – 78, çift yumurta ikizlerinde ise %12 – 28 olarak rapor edilmiştir. Kalıtılabilirlik oranı ise %41 – 90 arasında belirtilmektedir. Şizofrenide genetik etkenlerin kritik rolü, tek yumurta ikizlerinde, çift yumurta ikizlerine göre eş hastalanma oranının belirgin şekilde yüksek saptanmış olması ile desteklenmektedir. [39, 43-45]

Araştırmalar belli kromozom bölgeleri üzerinde orta düzeyde etkisi olan genlerin varlığına ilişkin yineleyen bulgular elde etmişlerdir. Yapılan bu çalışmalarda D3 ve 5-HT2A reseptörlerini kodlayan en az iki gen allelinin varlığının şizofreni yatkınlığını arttırdığını düşündürmektedir. [46] Geniş örneklemlerin kullanıldığı bağlantı analizi haritalama çalışmaları şizofreni ile nöroregülin-1, disbindin, prolin dehidrogenaz ve katekol O-metiltransferaz gen bölgeleri arasında ilişki bulunduğunu anlaşılmış, 1q, 2q, 5q, 6p, 8p, 10p, 13q, 15q, 18q, 22q kromozomlarında şizofreni aday bölgelerinin bulunduğuna dair güçlü kanıtlar tespit edilmiştir. Şu ana kadar şizofreni ile kesin nedensel bağlantısı olan bir gen

tanımlanmamış olmamakla birlikte, genetik alanındaki gelişmeler, yeni yöntemler ve yapılan çalışmalar umut vericidir. [47]

25 yaş öncesi başlayan şizofreni hastalarında fetal dönemde meydana gelen; hipoksi, asfiksi, toksemi gibi perinatal anomaliler sonucu gelişen oksijen yetersizliği ve travmalar şizofreni riskini 1,3-2 kat arttırmaktadır. Obstetrik komplikasyon öyküsü olan şizofreni hastalarında, hastalığın başlangıç yaşının daha erken olduğu, komplikasyon miktarı arttıkça bu yaşın daha erkene kaydığı, daha kronik bir seyir gösterdiği ve negatif belirtilerin daha belirgin olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir. Şizofreni oluşumunda bu gibi durumların genetik etmenlerle karşılıklı etkileşim içinde olduğu üzerinde durulmaktadır. [48]

Nörogelişimsel modele göre genetik ve erken gelişimsel etkenlerin bir araya gelmesiyle oluşan beyin hasarı beynin normal olgunlaşma sürecini bozmakta ve nöronların gelişiminin erken dönemlerinde meydana gelen genetik ve epigenetik hadiseler nöron gelişimini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu etkilenme hücre çoğalması, hücre farklılaşması, hücre göçü, programlı hücre ölümü, sinaps oluşumu, nöron devresi oluşumu aşamalarında olabilmektedir. Doğum öncesi ve sonrasında beynin nörogelişimsel sürecindeki anormallik ve defektler, belli bir latent dönem sonrasında ergenlik veya genç erişkinlikte (dopamine aşırı duyarlılık gelişmesi, prefrontal korteksteki bozulmuş dopamin işlevinin subkortikal dopamin aktivasyonunu artırması gibi patolojik nöronal olayları harekete geçirerek) şizofreni tablosunu ortaya çıkarmaktadır. Özellikle dorsolateralprefrontal korteks, ventral striatum ve hipokampus arasındaki interaksiyonun, dopaminerjik düzensizlikle birlikte hastalığın oluşumuna katkı sağladığı düşünülmektedir. Erken beyin gelişimi döneminde oluşan akuadukt daralması, araknoid ve septal kistler, korpus kallozum genişlemesi, normal beyin asimetrisinin tersine dönmesi gibi yapısal anomaliler şizofreni hastalarında daha sık gözlenmektedir. [49]

Şizofrenide beyin biyokimyasını inceleyen çalışmalar nörotransmitterler üzerinde durmaktadır. Araştırılan bu nörotransmitter sistemler dopamin, norepinefrin, serotonin, glutamat ve GABA'dır. Dopamin şizofreni konusunda en fazla adı geçen nörotransmitterdir. Mezolimbik yolakta bulunan dopaminerjik nöronlarının aşırı aktivasyonun, psikozun pozitif belirtileri olan sanrı ve halüsinasyon oluşumunda rol oynadığı düşünülmektedir. Negatif belirtilerin ise ventromedial prefrontal kortekse uzanan mezokortikal projeksiyonlarda dopamin aktivitesindeki defisite bağlı olduğu düşünülmektedir. [50]

Şizofreni etiyolojisinde yukarıda bahsedilen faktörlere ek olarak endokrin anormallikler, gebeliğin son trimesterinde geçirilmiş viral enfeksiyonlar [49], ileri paternal yaş [38] , kannabis kullanımı [51] gibi etmenlerin de ilişkili olduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir.

2.1.3. Tanı

Klinik uygulamada sıklıkla DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ve ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) sınıflama sistemlerinde önerilen tanı ölçütleri kullanılmaktadır. Bu tanı ölçütleri Tablo 1 ve Tablo 2'de gösterilmiştir. Araştırmalar DSM-IV şizofreni tanı ölçütlerinin güvenilir ve geçerli olduğunu göstermiştir. 2013 yılında yayımlanan DSM-5, DSM-IV tanımını ana hatlarıyla korumuştur. Ancak DSM-IV'te tanı koymak için A ölçütlerinden iki belirti olması koşulu varken; Schneider birinci sıra belirtilerinden sadece bir tanesinin olması şizofreni tanısı koymaya yeterli olmaktaydı. DSM-5'te Schneider belirtilerine yapılan vurgu kaldırılarak sanrı, varsanı ve dağınık konuşma belirtilerinden en az birinin olması yeterli sayılmıştır. [28]

Tablo 1: Şizofreni DSM IV Tanı Ölçütleri [52]

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.

1. Sanrılar

2. Varsanılar

3. Darmadağın konuşma (örn. sık sık konudan sapma gösterme ya da anlaşılmaz konuşma)

4. İleri derecede dağınık davranış ya da katatoni davranışı.

5. Negatif belirtiler (duygusal katılımda azalma ya da kalkışamama).

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).

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 negatif belirtilerle ya da bu hastalığın A tanı ölçütünde sıralanan iki ya da daha çok belirtinin eşikaltı biçimleriyle (örn. yadırganacak denli olağana aykırı inançlar, olağandışı algısal yaşantılar) kendini gösterebilir.

D. Şizoaffektif bozukluk ya da psikoz özellikleri gösteren depresyon ya da bipolar bozukluk dışlanır, çünkü ya 1) açık evre belirtileriyle eşzamanlı olarak majör depresyon ya da mani dönemleri ortaya çıkmamıştır ya da 2) açık evre belirtilerinin olduğu sırada duygudurum dönemleri ortaya çıkmışsa bile, bunlar hastalığın açık ve artakalan dönemlerinin toplam süresinin az bir kesiminde bulunmuştur.

E. Bu bozukluk, bir maddenin (ör. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojik etkilerine bağlanamaz.

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 da konur.

Tablo 2: Şizofreni ICD-10 Tanı Ölçütleri [53]

a) Düşünce yankılanması, düşünce sokulması ya da çekilmesi ve düşünce yayımlanması
b) Kontrol edilme, etkilenme ya da edilgenlik sanrıları (beden, kol bacak hareketleri ile ya da özgül düşünce, eylem ya da duyularla ilgili olarak)
c) Hastanın davranışları üzerinde hastaya açıklama yapan ya da kendi aralarında tartışan sesler işitme ya da bedeninin bir yerinden geldiği algılanan işitme varsanıları
d) Kültürel olarak uymayan, gerçekleşme olanağı bulunmayan başka türlü inatçı sanrılar-dinsel, politik kimlik ya da insanüstü güce, yeteneğe sahip olma (hava durumunu denetleme, başka dünyalardan yabancılarla iletişim kurabilme gibi)
e) Herhangi bir türden inatçı varsanılar, bu varsanılar duygulanımla uyum göstermeyen gelip geçici ya da aşırı yüklü fikirlerle birlikte olmalı; ya da haftalarca, aylarca kesintisiz olarak her gün bulunmalıdır.
f) Düşünce akışında kopma ve başka düşünce sokulmaları, bunun sonucu oluşan çağrışımlarda dağınıklık (enkoherans), uygunsuz konuşma ya da neolojizm
g) Katatonik davranış, örneğin eksitasyon, bedeni belli bir pozisyonda tutma, balmumu esnekliği, negativizm, mutizm ve stupor
h) Negatif belirtiler, örneğin belirgin apati, konuşma azlığı, duygusal tepkilerde küntleşme ya da uygunsuzluk gibi; bu belirtiler genellikle sosyal çekilme ve sosyal performansın düşmesine yol açar; bu belirtiler depresyona ya da nöroleptik tedaviye bağlı değildir.

Şizofreni tanısı koyabilmek için:

(a) dan (d) ye kadar olan belirtilerden çok açık olarak en az birinin, çok açık değilse iki ya da daha fazlasının; ya da (e) den (h) ye kadar olan belirtilerden en az ikisinin bir ay ya da daha uzun süre ile bulunması gereklidir.

2.1.4. Klinik Seyir ve Prognoz

Şizofreni hastalarında prognozu etkileyen farklı gidiş özellikleri olduğu bilinmekle birlikte yıkımdan bağımsız olarak bilişsel ve tıbbi olumsuz sonuçlar gözlenmektedir. Birbirini izleyen akut alevlenme ve remisyon dönemleri şizofreninin genel seyrini oluşturmaktadır. [39] Çoğunlukla yavaş ve sinsi bir seyir gösteren ancak süresi kişiler arası farklılıklar gösterebilen ve "prodromal dönem" olarak ifade edilen; sosyal çekilme, prepsikotik anksiyete ve depresyon belirtileri, özbakımda azalma, kişilik değişikliklerinin görüldüğü bir dönemin ardından pozitif psikotik belirtilerin ortaya çıkması ile hastalığın akut atak evresi başlar. Hastalığın seyrinde pozitif belirtilerin şiddetinin zaman içerisinde azaldığı, ancak sosyal ve mesleki işlevselliği olumsuz etkileyen negatif belirtilerin süreğenleştiği dikkati çekmektedir. [28] Shepherd ve arkadaşlarının yaptığı 5 yıllık bir izlem çalışmasının sonucunda hastaların %13'ünün tek atak geçirip 5 yıl içerisinde bir daha atak geçirmediği, %30'unun kısmi olarak iyilik hali gösterdiği ve %10'unun ilk atağın ardından herhangi bir şekilde remisyonda olamadığı belirtilmiştir. Ek olarak, hastaların %47'sinin her epizodda şiddeti daha da artan bulgularla gidiş gösterdiği belirtilmiştir. [54]

Yatarak tedavi gören şizofreni tanılı hastaların taburculuk sonrası düzenli tedavi almalarına rağmen ilerleyen yılda ikinci bir atak geçirme riskleri %35-40 aralığında olarak belirtilmiştir. [55] Atak sıklığı sıklığı arttıkça kronikleşme olasılığının arttığı ve ilk tanı sonrası 5 yıllık seyrin prognozla ilgili ipuçları verdiği bildirilmiştir. [56]

Şizofrenide olumlu ve olumsuz prognoz göstergeleri Tablo 3'te verilmiştir:

Tablo 3: Şizofrenide Olumlu ve Olumsuz Prognoz Göstergeleri [39]

Şizofrenide Olumlu Prognoz Göstergeleri	Şizofrenide Olumsuz Prognoz Göstergeleri
• Hastalık öncesi kişiliğin sağlıklı olması: Çevreye uyum sağlayabilme, sağlıklı kişiler arası ilişki kurabilme, sağlıklı ve dengeli duygusal ve cinsel yaşamın olması • Hastalık öncesi işlevselliğin sağlıklı olması: Sağlıklı bir ev ve aile yaşamının, sağlıklı okul ya da iş yaşamının olması • Zeka düzeyinin normal olması. • Orta ve yüksek sosyoekonomik düzey • Kadın cinsiyet • Evli olmak • Prenatal komplikasyonların olmaması. • Ailede şizofreni öyküsünün bulunmaması • Hastalığın yirmili yaşlar ve sonrasında başlaması • Hastalığın akut biçimde başlaması • Hastalığın bir stresle bağlantılı olarak ortaya çıkması • Hastalık başlangıcında konfüzyon ve atipik belirtilerin varlığı • Duygudurum belirtilerin varlığı • Ailenin hasta, hastalık ve tedaviye karşı olumlu tutumu • Ailede sağlıklı duygu dışa vurumunun varlığı	• Hastalık öncesi kişiliğin sağlıksız olması: Çevreye uyum sağlayamama, sağlıklı kişiler arası ilişki kuramama, sağlıksız ve dengesiz duygusal ve cinsel yaşam ve şizotipal, şizoid kişilik yapısı özellikleri • Hastalık öncesi işlevselliğin sağlıksız olması: Ev, okul, aile ya da iş yaşamının sağlıksız olması, sosyal işlevselliğin iyi olmaması • Zeka düzeyinin düşük olması • Düşük sosyoekonomik düzey • Erkek cinsiyet • Hiç evlenmemiş olması • Prenatal komplikasyon varlığı • Ailede şizofreni öyküsünün bulunması. • Hastalığın erken yaşta (20 yaş öncesi) başlaması. • Hastalığın sinsi ve belirgin olmayan biçimde başlaması • Hastalığın bir stresle bağlantılı olmadan ortaya çıkması • Hastalık başlangıcında konfuzyon gibi belirtilerin olmaması • Dezorganizasyon olması • Obsesif kompulsif belirtilerin varlığı • Hastalık öncesinde ya da hastalıkla birlikte alkol kullanımı olması • Yapısal beyin anomalisi: Ventriküler genişleme ya da atrofi, gibi yapısal anormalliklerin izlenmesi • Nörokognisyonun normal olmaması • Hastalık belirtilerinin “egosintonik” olması: hastanın yaşadığı sanrı ve varsanı gibi belirtilerden rahatsız olmaması ve bunları kabullenmesi • Hastanın tedavi uyumunun iyi olmaması • Tedaviye geç başlanması: Katatoni, intihar, komorbid bağımlılık gibi durumlar yönünden olumsuz sonuçlara neden olabilirse de, defisitler gidişe çok fazla etkili değildir. • Sosyal izolasyon: Hastanın sosyal yönden izole bir yaşam sürmesi • Hastaneye yatış sayısı ve süresinin uzun olması • Ailenin hasta, hastalık ve tedaviye karsı olumsuz tutumu. • Ailede sağlıksız duygu dışa vurumunun varlığı

2.2. Şizofreni ve Sosyal İşlevsellik

Sosyal işlevsellik; genel itibariyle kişinin çalışabilmesi, farklı sosyal rolleri yerine getirebilmesi (örneğin çalışan, öğrenci, ev hanımı, eş, aile üyesi ya da arkadaş olarak), kendine bakabilmesi, boş zaman aktivitelerini değerlendirebilmesi olarak tanımlanmıştır. "Sosyal işlevsellik" giderek yaygınlaşan kullanımına rağmen tanımı itibariyle halen araştırmacılar tarafından fikir birliğine varılamamış bir kavramdır. Çalışmalarda sosyal işlevsellik yerine sosyal performans, sosyal uyum (sosyal beklentileri karşılayabilme becerisi), sosyal adaptasyon (kişilerarası, sosyal ve kültürel normlara uyabilme becerisi), sosyal yeterlilik kavramları da kullanılmaktadır. [57]

Ruhsal bozuklukların değerlendirilmesine ilişkin son dönem çalışmalarda işlevsellik kavramı sıklıkla irdelenmektedir. Tüm ruhsal bozukluklarda bireyin sosyal işlevselliğinin etkilendiği bilinmektedir. Sosyal ve mesleki performansın düşmesi, ekonomik kayıp, yaşam kalitesindeki bozulma, sağlık kurumlarına yapılan başvuru sayısı gibi parametreler ruhsal bozuklukların toplumsal yüküne dikkat çekmektedir.

Sosyal işlevselliğin nesnel göstergelerini çalışabilme, marital durum, bağımsız yaşama, sosyal iletişim becerileri gibi ölçülebilir kavramlar oluştururken; öznel göstergelerini ise kişinin öz bildirimine dayanan kendi sosyal konumu ve yaşam kalitesi ile ilgili duygu, düşünce ve görüşleri meydana getirmektedir. İşlevselliğin nesnel parametrelerinin ölçülebilmesi amacıyla çeşitli ölçekler geliştirilmiştir. International Classification of Functioning (ICF), Global Assessment of Functioning, (GAF), Global Assessment Scale (GAS), Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS), Personal and Social Performance Scale (PSP), Life Skills Profile (LSP), Social Adjustment Scale (SAS), The World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHO-DAS II), Functional Remission of General Schizophrenia (FROGS), Psychosocial Remission of Schizophrenia Scale (PSRS) bu ölçeklerden bazılarıdır. [58]

Sosyal işlevsellikteki bozulmayı ele alan çalışmalar; nörobilişsel, kişisel (sosyal biliş ve baş etme becerileri) ve transpersonel (sosyal ve psikiyatrik olanakların ulaşılabilirliği, damgalanma, ailesel kaynaklar) faktörleri içermektedir. Ruhsal bozuklukların seyrinde ve tedavi yanıtının değerlendirilmesinde sosyal işlevsellikteki bozulmanın önemli bir belirleyici olduğu kabul edilmektedir. Ruhsal bozuklukların ataklarla seyrediyor oluşu, tedaviye rağmen

eşik altı bulguların varlığı ve öz bakım, aile içi ilişkiler ve toplumsal ilişkilerdeki bozulma anlamlı ölçüde yeti yitimi oluşturmaktadır. [59]

Şizofrenide tedavi sonuçlarının değerlendirildiği çalışmalar zaman içerisinde psikopatolojinin yanı sıra işlevsellik ve yaşam kalitesi parametrelerinin de ölçülmesini hedeflemiş ve bu alanda çalışan araştırmacılar üzerinde durulması gereken dört alandan bahsetmiştir; bunlar hastalık belirtileri (pozitif, negatif, bilişsel ve afektif belirtiler), hastalığın etkileri (hastalık, aile, sağlık çalışanları, sağlık sistemi), tedavinin etkileri, genel sağlık ve sosyal işlevselliktir. [60]

Şizofreninin temel belirtilerinden biri olan sosyal işlevsellikteki bozulma, aynı zamanda tanı ölçütleri arasında da yer almaktadır. Hastalığın seyrinde giderek bozulan sosyal işlevsellik dikkat çekicidir. Geçmişteki çalışmalarda şizofreni tanı ve tedavisinde öncelikli olarak pozitif belirtiler incelenmiş olmakla birlikte özellikle son yıllarda negatif bulguların ve bilişsel etkilenmenin sosyal işlevsellikteki bozulmaya etkisi vurgulanmaktadır. [4]

İşlevselliği etkileyen faktörler içerisinde ilk olarak ele alınabilecek faktörler sosyodemografik değişkenlerdir. Hastanın yaşı ve işlevsellik üzerine çelişkili bulgular olsa da genel görüş hastaların genç yaşta daha yüksek düzeyde işlevsellik gösterdiği şeklindedir. [61] Kadınlarda erkeklere kıyasla işlevsellik daha yüksektir. [4] Çalışabilme durumu yüksek psikososyal işlevsellikle ilişkili olmasının yanı sıra bazı çalışmalarda işlevselliğin değerlendirilmesinde doğrudan ele alınan tek parametre olmaktadır. [62] Şizofreni hastalarında medeni durumun uzun dönemde hastalığın seyri üzerine etkisini araştıran çalışma sayısı oldukça az olmakla birlikte; evli olmanın daha geniş sosyal ağlar kurmayı sağladığı ve yaşam kalitesini arttırdığı ayrıca suç davranışını ve suisid riskini azalttığı belirtilmiştir. Çin'de yapılan geniş örneklemli bir izlem çalışmasında örneklemdeki bekar hastaların yüksek oranda erkek olduğu ve bu grupta psikiyatrik belirtilerin daha şiddetli olduğu, remisyon ve çalışabilme düzeylerinin evli hastalara göre daha düşük olduğu bildirilmiştir. [15] Hiç evlenmemiş olmak, evli ya da boşanmış olmaya göre daha kötü işlevsellik düzeyi ile ilişkilidir. [63] Eğitim yılının fazla olması ile işlevsellik düzeyi arasında pozitif ilişki saptayan çalışmalar bulunmakla birlikte tersi yönde sonuçlar saptayan çalışmalar da mevcuttur. [64]

İşlevselliği etkileyen faktörlerden bir diğeri ise hastalık şiddeti ve prognozu ile ilgili değişkenlerdir. Hastalık süresinin kısa olması, tedavi edilmeyen psikoz süresinin kısa olması,

hospitalizasyon ve relaps sayısının düşük olması, ilk atak sonrasında erken tedavi yanıtı, PANSS negatif semptom ve genel psikopatoloji ölçeklerinden düşük puan almak, tedavi uyumunun iyi olması, yüksek içgörü, depresyon ve anksiyete belirtilerinin düşük olması ya da olmaması, hastalık öncesi sosyal uyum ve işlevselliğin yeterli olması, düşük suisidalite, erken evrede semptomatik iyileşmenin sağlanması ve bilişsel işlevlerin iyi olması yüksek işlevselliği predikte eden faktörler arasındadır. Negatif semtomların işlevsellik üzerindeki olumsuz etkisi iyi bilinen bir durum olmakla birlikte literatürde pozitif belirtiler için çelişkili görüşler mevcuttur. [11, 13] Nörobilişsel işlevler arasında özellikle işlem belleği, sözel bellek, dikkat ve yürütücü işlevlerin şizofrenide sosyal işlevselliği öngördüğü saptanmıştır. [65]

Semptomatik iyileşme ile fonksiyonel iyileşme arasındaki ilişkinin değerlendirildiği çalışmalarda yaygın görüş semptomatik iyileşme ile fonksiyonel iyileşme arasında anlamlı bir ilişki olduğu yönündedir. [6, 7] Ancak fonksiyonel iyileşme semptomatik iyileşmeye her zaman eşlik etmeyebilir. Gerek ilk atak psikoz hastalarında gerekse çoklu ataklar geçirmiş kronik şizofreni hastalarda yapılan çalışmalar fonksiyonel iyileşme oranlarının semptomatik remisyon oranlarına göre daha düşük olduğunu göstermektedir.[8] Robinson ve arkadaşlarının ilk atak 118 şizofreni spektrum bozukluğu hastasını dahil ettikleri izlem çalışmasında 5 yıllık izlem sonrasında hastaların %50'sinde semptomatik remisyon sağlandığı görülürken, ancak %20'sinde fonksiyonel remisyon elde edildiği görülmüştür. [66] Bobes ve arkadaşları tarafından 1010 şizofreni hastasını dahil edildiği çok merkezli kesitsel bir çalışmada iyileşme uluslararası remisyon kriterleri ve işlevsellik GAF ile değerlendirilmiş; hastaların %45'inde fonksiyonel remisyon saptanırken, %10,2'sinde yeterli sosyal ve mesleki işlevselliğin sağlandığı belirtilmiştir. [67]

2.3. Şizofreni ve Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi, Dünya Sağlık Örgütü tarafından kişinin hem içinde yaşadığı kültürel yapı ve değerler sistemi bağlamında; hem de kendi amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleri açısından, yaşamdaki durumu ile ilgili kişisel algısı olarak tanımlamaktadır. [16] Yaşam kalitesi, kişinin bedensel sağlığını, ruhsal durumunu, sosyal etkileşimini, işlevselliğinin yeterliliğini, hayat görüşünü ve uyum yetisini karmaşık bir şekilde etkilemekte olup, öznel olarak kişinin farklı yaşam alanlarından aldığı doyum hissini ve nesnel olarak günlük etkinliklerini ve sosyal işlevselliğini içermektedir. Yaşam kalitesi kavramı ile işlevsellik, sosyal destek veya iyilik hali gibi kavramlarla kısmen örtüşebilir. [68]

20. yüzyılın başlarında ruhsal bozukluğu olan hastaların büyük psikiyatri hastanelerine kapatıldığı ve daha ön planda yiyecek, korunma gibi ihtiyaçlarının karşılandığı psikiyatri anlayışından 20. yüzyıl sonrası dönemde daha toplum temelli psikiyatriye geçişin gerçekleşmesiyle birlikte hasta otonomisinin değer kazanması ile yaşam kalitesine verilen önem artmıştır. Yaşam kalitesi kavramı diğer tıbbi disiplinlerde daha öncelikli popüler olsa da, 1980'lerin başında yaşam kalitesinin değerlendirildiği çalışmalar psikiyatri alanında da yapılmaya başlanmıştır.[69]

Şizofrenide yaşam kalitesi kavramının kullanımı ise atipik antipsikotiklerin kullanıma girdiği 1990'lı yıllarda başlamıştır. Uygulanan tedavi ile hastanın ne düzeyde iyileştiği değerlendirilirken semptomlardaki gerilemenin yanı sıra yaşam kalitesinin de değerlendirilmesiyle hak ettiği yeri bulmaya başlamıştır. 1970'li yıllarda toplum ruh sağlığı programlarının yaşama geçirilmesini takiben şizofreni hastalarının yaşam kalitesini değerlendirmek üzere farklı ölçekler geliştirilmeye başlanmıştır. [70] 1994'de yayımlanan "Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği", hızla yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. [71] Yaşam kalitesi, bugün de şizofrenide rehabilitasyon programlarında ve ilaç tedavisi başarısının değerlendirilmesinde önemli bir araç olarak kullanılmaktadır.

Yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılan subjektif (hastanın kendi değerlendirmesi) ve objektif (klinisyen değerlendirmesi) veriler her zaman örtüşmeyebilir. Bu kavram hasta tarafından daha çok yaşam tarzı ve yaşam standardı olarak tanımlanırken; klinisyen için hastalığın semptomlarına yönelik yeti yitimi yokluğu ve profesyonel yardımın gerekliliği olarak öne çıkmaktadır. Bu nedenle şizofreni hastalarının yaşam niteliği ölçümünde hastanın kendisinin, yakınlarının ve ruh sağlığı çalışanlarının hep birlikte değerlendirmeye katılmasının daha doğru olduğu vurgulanmıştır. [72]

Şizofreni, bireylerin yaşam kalitesini etkileyen ciddi bir psikiyatrik hastalıktır. Şizofreni hastalarında yaşam kalitesinin, genel popülasyondan ve bedensel hastalığı olan bireylerinkinden anlamlı ölçüde daha düşük olduğu çalışmalarda belirtilmiştir. Az sayıda çalışma ise bu gruplar arasında fark olmadığını belirtmiştir. [73]

Son yıllarda yaşam kalitesi üzerine yapılan çalışmalar sosyodemografik, klinik ve ekonomik değişkenler, sosyal ve mesleki işlevsellik üzerinde yoğunlaşmıştır. Sosyodemografik değişkenler içinde kadın olmak, evli olmak, meslek sahibi olmak ve

sosyoekonomik düzeyin iyi olmayı daha iyi yaşam kalitesi ile ilişkili bulan çalışmalar mevcuttur. Eğitim düzeyi ile ilgili sonuçlar çelişkilidir; bir çalışma düşük eğitim düzeyi ile korelasyon saptarken, diğer bir çalışmada 12 yıllık eğitim süresi ile yaşam kalitesinin arttığı bildirilmiştir. Klinik değişkenler içinde hastalık süresinin uzun olması ve hastaneye yatış sayısının fazla olmasının yaşam kalitesini düşürdüğü belirtilmektedir. [74] Pinho ve arkadaşlarının 2017 yılında yaptıkları bir çalışmada, bağımsız yaşama veya ebeveynlerle birlikte yaşama, meslek sahibi olma, kısa hastalık süresi ve genç yaş, yüksek eğitim düzeyi ve ikinci kuşak antipsikotik ile tedavi görmek yüksek yaşam kalitesi ile ilişkili bulunmuş; pozitif, negatif, depresif belirtiler ve anksiyöz duygu durumun ise yaşam kalitesini düşürdüğü belirtilmiştir. [75] Şizofreni ve şizoaffektif bozukluk hastalarının dahil edildiği ve psikososyal faktörlerin yaşam kalitesi üzerindeki etkilerinin araştırıldığı uzunlamasına bir izlem çalışmasında öz yeterlilik, sosyal destek ve duygu odaklı başa çıkma tarzı yaşam kalitesi ile ilişkili bulunmuştur. [76]

2.4. Şizofreni ve Tedavi İş Birliği

Tedavi iş birliği, kişinin hekim tarafından reçete edilen ilacı ne ölçüde önerildiği şekilde kullandığını gösterir. "Tedavi uyumsuzluğu" ise hem yetersiz hem de fazla kullanım ifadelerini içermektedir. Tedavide iş birliği sorunu yalnızca şizofreni hastalarında değil, genellikle kronik hastalığı olan bireylerde de sıklıkla görülen bir durumdur. [19] Antipsikotik ilaçlar, şizofreninin alevlenme dönemlerini iyileştirmek ve yinelemeleri önlemek amacıyla kullanılmaktadır. Hastalığın gidişatını etkileyen en önemli etkenlerin başında düzenli antipsikotik tedavi kullanımının olduğu belirtilmektedir. [77] Tedavi kılavuzları hastalık belirtilerinin düzelmesi sonrasında antipsikotik kullanımının en azından bir yıl süreyle devam etmesi gerektiğini vurgulamaktadır. [78] Önerilere rağmen şizofreninin özellikle erken evrelerinde tedavideki aksamalar oldukça yaygın görülmekte ve önemli ölçüde sorun oluşturmaktadır. Düzenli tedavi kullanımı olmayan hastalarda atakların yineleme sıklığı 3 ile 7 kat arasında artmaktadır. Bunun yanısıra yetersiz tedavi; ilerleyici kortikal yıkıma, tekrarlayan yatışlara, özkıyım ve ölüm oranlarında artışa ve tedavi maliyetlerinde yükselmeye neden olmaktadır**.** [79] Coldham ve arkadaşları, ilk atak psikoz hastalarında yaptıkları bir çalışmada tedaviden 12 ay sonra hastaların %59'unda düzenli tedavi kullanımının olmadığını bildirmişlerdir. [20] Medina ve arkadaşlarının yaptığı diğer bir çalışmada ise yatarak tedavi gören hastaların %75'inin taburcu olduktan sonraki iki yıl içerisinde tedaviyi bıraktığı

gösterilmiştir. Çeşitli çalışmalarda tedavi düzensizliği oranları %4-75 arasında değişen oranlarda bildirilmiştir. Tedavi iş birliğinin tanımlanması ve değerlendirilmesi, hasta grubunun ve tedavi türlerinin özellikleri ve çalışma desenlerindeki farklılıklar nedeni ile bu oranlar değişkenlik gösterebilmektedir. [78] Tedavi işbirliğinin olmaması ilaçları kullanmamaya ya da düzensiz kullanmaya, kontroller gelmemeye yol açabilmektedir. Düzenli antipsikotik kullanımı; hastalığın şiddeti ve içgörü eksikliği, hastalığın gidişatı, çoklu ilaç kullanımı, ilaç dozu, ilaçların kullanım sıklığı, yan etkileri, damgalanma, ailenin ve hastanın ilaca karşı tutumu, zayıf tedavi işbirliği gibi nedenlerden kaynaklanabilir. [80] Birinci ve ikinci kuşak antipsikotiklerin yan etkileri yönünde belirgin farklılıkları olsa da, düzenli kullanılma oranları yönünden ikinci kuşak antipsikotiklerin çok az bir üstünlüğü olduğu kabul edilmektedir. [79]

Uygun tedavi kullanımının değerlendirmesi; ilaç sayımı veya ilaçların kan düzeyinin ölçümü, hasta veya yakınlardan alınan bilgi, klinik izlem ve hastanın doldurduğu ölçekler ile yapılabilir. Kan düzeyi ölçümü, pahalı ve zor erişilebilir olması nedeniyle nadiren kullanılmaktadır. Ayrıca, kişilerin ilacı metabolize etme hızları farklı olduğu için sonuçları kesin değildir. İlaç sayımı, tedavi ilişkisini bozabildiği ve hastanın ilacını içmiş olduğunu kesin olarak göstermediği için güvenirliği düşük bir yöntemdir. Hastanın ifadesini değerlendiren ölçekler ise ucuz ve kolay uygulanabilir olması nedeniyle sık tercih edilmektedir. [81]

McCabe ve arkadaşları, klinisyen ve hasta arasındaki terapötik işbirliğinin tedavi uyumunu etkileyen önemli bir faktör olduğunu belirtmişlerdir. [82] Diğer bir çalışmada hastanın içgörüsü ve ilaç tedavisine karşı tutumunun ilaç uyumunun önemli prediktörleri olduğunu vurgulanmıştır. Hastanın tedaviye karşı olumlu bir tutum sergilemesinin psikopatolojide belirgin azalma, sosyal işlevsellikte artış ve iyi bir tedavi uyumunun sağlanması ile sonuçlandığı belirtilmiştir. [83]

Tedavi iş birliğinin zayıf olması ve tedavideki aksaklıkların relaps oranlarını ve hastane yatış sıklığını arttırması ve psikososyal işlevsellik kaybına yol açması, işlevselliğin değerlendirilmesinde düzenli tedavi kullanımının önemini vurgulamaktadır. [21]

2.5. Şizofreni ve Sosyal Destek

Sosyal destek, bireyin çevresinden gördüğü ilgi, sevgi, saygı, takdir ve güven gibi olumlu duygularla birlikte maddi kaynaklar, ulaşım gibi ihtiyaçların karşılanmasını da içeren sosyal, psikolojik ve ekonomik destek olarak tanımlanmaktadır. Literatürde sosyal destek algılanan (percieved) ve sağlanan (received) olarak iki şekilde tanımlanmaktadır. Algılanan sosyal destek kişinin ihtiyacı olan sosyal desteğin diğer kişiler tarafından karşılanacağına olan inancıyla ilişkin daha bilişsel bir ifadeyi oluşturur. Sağlanan sosyal destek ile sosyal destek kaynaklarından sağlanan destek miktarıdır. Algılanan sosyal destek bu bağlamda kişinin öznel değerlendirmesi ile yakından ilişkilidir.

Kişilerin sosyal destek kaynaklarını başta aileleri olmak üzere, arkadaşları, akrabaları, komşuları, öğretmenleri oluşturmaktadır. Sosyal destek kişilerin çaresizlik duygularını azaltarak stresörlerle daha iyi başa çıkmasını sağlar ve problem çözme becerilerini arttırır. [22]

Kronik mental hastalığı olan bireylerde sosyal destek kavramı hastalığın gidişatı ve tedavinin etkinliği açısından son derece önemlidir. Yapılan çalışmalarda mental hastalığı olan bireylerde ve özellikle psikotik hastalıklarda sosyal destek miktarının nonpsikiyatrik hastalığı olan bireylere ve genel topluma göre çok daha düşük olduğu belirtilmiştir. Mental hastalıklara karşı olumsuz tutumun sağlanan sosyal desteği azalttığı, damgalama ve dışlanma nedeni ile şizofreni hastalarında tedavi arayışını azalttığı belirtilmiştir. Aile ve arkadaş desteğine ulaşım tedavi uyumu ile çift yönlü bir ilişki göstermektedir. İlaç tedavisi konusunda aile desteği alan hastaların almayanlara göre tedaviye çok daha uyum gösterdikleri pek çok çalışmada gösterilmiştir. [84, 85]

Şizofreni hastalarında yaşanan bilişsel ve duygusal etkilenme, kişilerin sağlıklı sosyal ağlar kurmasının önünde önemli bir engel oluşturur. Pek çok hasta psikotik semptomlar nedeni ile toplumdan izole olmaya eğilim göstermekte, bu durum hastaların aile dışı sosyal destek kaynağını azaltmaktadır. Yapılan çalışmalar, algılanan sosyal destek düzeyinin hastalarda daha düşük yaşam kalitesi ve daha kötü psikososyal işlevsellik ile ilişkili olduğunu göstermiştir. [86]

2.6. Şizofreni ve Tıbbi Komorbidite

Şizofreni ve şizofreni spektrum bozukluklarının yıkıcı ve kronik seyri sırasında mortalite oranlarının arttığı ve yaşam süresinin kısaldığı bilinmektedir. Tüm psikiyatrik bozukluklarda tıbbi komorbidite genel popülasyona göre daha sık görülmekte, şizofreni hastalarında ise bu oranlar çarpıcı hale gelmektedir. Bu durum; hastalığın doğrudan bir sonucu olmasının yanı sıra, komorbid tıbbi hastalıkların yetersiz şekilde tedavi edilmesi nedeniyle de ortaya çıkmaktadır. Şizofreni hastalarının genel sağlık ve hijyen konusundaki yetersizlikleri, bakım verenlerin bu konudaki yetersiz desteği, hastanın doktor kontrollerine gönüllü şekilde gitmemeleri nedeni ile fiziksel sağlıkları genel popülasyona göre daha ihmal edilmiş durumdadır. Hastaların fiziksel yakınmalarını yeterince ifade edememesi, psikiyatri dışı hekimlerin hastalara karşı önyargılı tutumu, psikiyatri hekimlerinin fiziksel sağlığı değerlendirmede yetkin olamayışı da hastaların fiziksel hastalıklarının etkin şekilde tedavi edilmesinin önünde engeller oluşturmaktadır. [87]

2.6.1. Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları

Kardiyovasküler sisteme ilgili hastalıklar tüm dünyada ölüm sebepleri arasında ilk sıradadır. Koroner arter hastalığı bu grup içinde en ön sırada yer almaktadır. Aterosklerotik oluşumlar ve hipertansiyon, ve bu hastalıklara bağlı gelişen komplikasyonlar ölümcül sonuçlar doğurmaktadır. Özkıyım şizofreni hastalarında genel popülasyonda 10-20 kat daha sık görülmekle birlikte ölümlerin en sık nedeni kardiyovasküler hastalıklardır. Kardiyovasküler sistem hastalıkları şizofreni hastalarında genel toplumdan daha sık görülmektedir. Genetik etkenler, diyabet, dislipidemi, sigara içiciliği gibi risk faktörlerinin şizofreni hastalarında daha sık görülmesinin sıklığı arttırdığı düşünülmektedir. Özellikle ikinci kuşak antipsikotik ilaçlar metabolik sendrom ve kardiyovasküler hastalıklar açısından risk arttırıcı faktörler olarak görülmektedir. NRG1 geninin hem şizofreni hem de kardiyak fonksiyonlar üzerinde rol oynadığı saptanmıştır. Antipsikotik ilaçların yıkımında görevli P450 geninin QTc uzaması ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. [88, 89]

Şizofreni hastalarında hipertansiyon sıklığını değerlendiren çalışmaların bazıları genel popülasyon ile fark bulmazken, bazıları oranları daha yüksek ya da düşük saptamıştır. İkinci kuşak antipsikotiklerin kullanımının yaygınlaşması ile artan diyabet ve obezitenin hipertansiyon riskini ve koroner arter hastalıklarına bağlı ölüm oranlarını artırabileceği

belirtilmiştir. Koroner arter hastalıkları ile ilgili tanımlanmış 200'den fazla risk faktörü mevcuttur. Yaş, cinsiyet, aile öyküsü pozitifliği gibi faktörler değiştirilemeyen faktörler; hipertansiyon, diyabet, sigara içiciliği gibi faktörler değiştirilebilir faktörler olarak tanımlanmış olup şizofreni hastalarının değiştirilebilir faktörler açısından genel topluma göre daha riskli olduğu belirtilmiştir. [90] Şizofreni hastalarında taşikardi ve aritmi sıklığı da artmıştır. Antipsikotik kullanımı QTc uzamasına neden olabilir. Tiyoridazin, ziprasidon, sertindol ve pimozid bu açıdan en riskli bulunan antipsikotiklerdir. Şizofreni hastalarında gerek artmış risk faktörleri, gerekse antipsikotik kullanımına bağlı yan etkiler nedeni ile kardiyovasküler hastalıkların izlemi büyük önem taşımaktadır. [87]

2.6.2. Sinir Sistemi Hastalıkları

Nörolojik ve psikiyatrik hastalıkların birlikteliği eski yıllardan bu yana araştırma konusu olmuştur. Bu grupta bazı durumlarda nörolojik hastalığın mı psikiyatrik bulgulara yol açtığı, yoksa psikiyatrik hastalığın mı nörolojik belirtilere neden olduğu ayrımı zor olabilmektedir. Nörolojik hastalıklar içinde en sık çalışılan hastalıların başında epilepsi gelmektedir. Epilepsiye bağlı psikotik tabloların görülme sıklığı ortalama %7 olarak belirtilmiştir. Kompleks parsiyel nöbetlerle seyreden temporal lob epilepsisinde şizofreni benzeri psikotik belirtiler sıklıkla görülebilmektedir. Eski yıllarda şizofreni şizofreni hastalarında konvülsiyon sonrasında psikozun yatıştığının izlenmesi üzerine, epilepsi şizofreninin karşıt durumu olarak ele alınmıştır. Fakat daha sonraki çalışmalarda şizofrenideki epilepsi sıklığının normal popülasyondan daha yüksek olduğunun bulunmasıyla bu görüş geçerliliğini yitirmiştir. Şizofrenide daha sık epilepsi görülmesinin, şizofreniye neden olan nöropatolojik değişikliklerden mi kaynaklanıyor olduğu yoksa hastalık nedeniyle oluşan değişikliklerden mi kaynaklandığı net değildir. Şizofrenide epilepsi komorbiditesinin önemli bir yönü de kullanılan antipsikotik ilaçlara bağlı nöbet eşiğindeki değişikliklerdir. Antipsikotikler içerisinde epilepsi ile en çok ilişkilendirilenler klozapin ve klorpromazindir. [89]

Şizofreni hastalarında kardiyovasküler hastalık riskini arttıran faktörler aynı zamanda sebebrovasküler hastalık gelişme riskini de arttırmaktadır. Metabolik sendrom tanısı alan hastalarda inme riski 3 kat artmıştır. Gerek yaşlı hastalarda, gerekse genç hastalarda yapılan çalışmalar inme riskinin ikinci kuşak antipsikotik kullanımı ile artabileceğini göstermiştir.

Şizofreni hastalarında baş ağrısı ve nöropatik ağrı sıklığının arttığına dair veriler mevcuttur. [90]

2.6.3. Solunum Sistemi Hastalıkları

Şizofreni hastalarında solunum sistemi hastalıklarının araştırıldığı çalışmalar sınırlı sayıdadır. Sigara içiciliği oranlarının yüksek olması ile ilişkili olarak KOAH ve amfizem yaygınlığının anlamlı şekilde yüksek olduğu bazı çalışmalarda gösterilmiştir. Astım sıklığının genel popülasyona göre artmış olduğunu belirten çalışmalar olmakla birlikte, benzer oranların saptandığı çalışmalar da mevcuttur. Yapılan bir çalışmada Obstrüktif Uyku Apne Sendromu'nun (OSAS) şizofreni hastalarında diğer psikiyatrik hastalıklara göre daha sık görüldüğü belirtilmiştir. OSAS için en önemli risk faktörünün obezite olduğu belirtilmiştir. Şizofrenide OSAS sıklığı %15-48 arasında verilmekle birlikte negatif belirtileri taklit etmesi, bilişsel belirtileri kötüleştirmesi, kardiyovasküler ve metabolik problemlere neden olması açısından önemli bir hastalık olarak ele alınmalıdır. [91, 92]

2.6.4. Endokrin Sistem Hastalıkları

Endokrin sistem anormalliklerinin başında bozulmuş glukoz intoleransı ve diyabet gelmektedir. Yapılan bir çalışmada şizofreni hastalarında diyabet riskinin 2-4 kat arttığı tespit edilmiştir. Şizofreni hastalarında tedavide ikinci kuşak antipsikotiklerin kullanılmaya başlaması ile şizofreni-diyabet riski ilişkisini inceleyen çalışmalar artmakla birlikte; öncesinde yapılmış çalışmalarda da şizofreninin bozulmuş glukoz toleransı için tek başına bir risk etkeni olduğu saptanmış, şizofreni ve diyabet arasındaki yüksek birlikteliğin biyolojik bir yatkınlıktan kaynaklanabileceği belirtilmiştir. Yapılan bir çalışmada şizofreni hastalarında diyabet yaygınlığı %21 olarak bulunmuştur. [93] İkinci kuşak antipsikotiklerin ciddi metabolik yan etkilere yol açtığı pek çok çalışmada belirtilmiştir. Özellikle klozapin ve olanzapin kullanan şizofreni hastalarında tip-2 diyabet sıklığı genel popülasyona göre 5 kat artmıştır. [94]

Şizofrenide metabolik sendrom sıklığı %28.3-%61 gibi geniş bir aralıkta belirtilmektedir. Metabolik sendrom riskindeki artış da özellikle ikinci kuşak antipsikotik kullanımı ile ilişkilendirilmiştir. Tek antipsikotik ilaç kullanımı ya da çoklu antipsikotik ilaç kullanımı ile metabolik sendrom ilişkisi hakkında yayınlar arasında çelişkiler vardır. Bazı

araştırmalarda ilişki bulunmazken bazı araştırmalar çoklu antipsikotik kullanımının metabolik sendrom riskini arttırdığını göstermektedir. Klozapin ve olanzapin kullanımı metabolik sendrom gelişmesi açısından en riskli bulunan ikinci kuşak antipsikotiklerdir. [90, 95]

Şizofrenide görülen endokrin patolojilerden biri de prolaktin hormonu düzensizlikleridir. Antipsikotikler tuberoinfindubuler sistemdeki dopamin D2 reseptörlerini inhibe ederek dopaminin prolaktin üzerindeki inhibisyon etkisini ortadan kaldırırlar ve hiperprolaktinemiye yol açarlar. İlaçlarla oluşan prolaktin yüksekliği genellikle yüzeysel ve asemptomatiktir fakat inatçı yüksekliklerde cinsel disfonksiyon, menstrüel düzensizlikler, kemik mineral yoğunluğunda azalma, osteoporoz, duygudurum değişiklikleri, hareket bozuklukları, galaktore, jinekomasti gibi sonuçlar ortaya çıkabilmektedir. [96]

Obezite, şizofreni hastalarında sık görülen bir klinik durumdur. Atipik antipsikotik kullanımı kilo artışı için temel bir risk faktörü olduğu bilinmektedir. Ancak yapılan araştırmalarda, daha önce hiç antipsikotik ilaç kullanmamış ilk atak şizofreni hastalarının da abdominal tip yağlanmaya yatkın oldukları gösterilmiştir. Şizofreni ve obezite arasında paylaşılmış genetik duyarlılık olabileceğini belirten çalışmalar mevcuttur. [95]

2.6.5. Şizofrenide Tıbbi Komorbidite ve İşlevsellik

Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarda tıbbi komorbidite ile ilgili yapılmış pek çok çalışma olmakla birlikte, tıbbi komorbiditenin işlevsellik ve yeti yitimi üzerine etkisinin spesifik olarak değerlendirildiği çalışmaların sayısı oldukça azdır. Eşlik eden tıbbi hastalıkların işlevsellik üzerinde etkisi olmadığı, ya da bu etkinin sınırlı olduğu görüşünün hakim olduğu görülmektedir. [24, 97]

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Örneklem

Dokuz Eylül Üniversitesi Psikiyatri Servisi'nde 2006-2009 yılları arasında yatarak tedavi görmüş, DSM IV-TR tanı kriterlerine göre şizofreni ve şizoaffektif bozukluk tanılarını karşılayan hastaların listesi hastane sistem kayıtlarından elde edildi. Kişilerin ad-soyad, yaşadıkları yer, telefon numaraları gibi kişisel bilgilerinin kayıtlardan elde edilebilmesi ve psikiyatri servisi arşivindeki hasta dosyaların taranması amacıyla gerekli izinler alındı. Listede yer alan hastalar sistemden elde edilen telefon numaralarından arandı. Telefon numaralarından ulaşılabilen, dahil edilme kriterlerini karşılayan hastalar yüz yüze görüşme yapmak üzere Dokuz Eylül Üniversitesi Psikiyatri Polikliniği'ne davet edildi. Telefon numaralarından ulaşılabilen, dahil edilme kriterlerini karşılayan ancak yüz yüze görüşme yapmayı kabul etmeyen, telefonla görüşme yapabilen hastalar ile telefonla görüşme yapıldı. Hastalar Aralık 2017 – Eylül 2018 tarihleri arasında çalışmaya alındı.

Çalışmaya dahil olma ve dışlama kriterleri aşağıda belirtilmiştir:

Dahil olma kriterleri:

1. 2006-2009 yılları arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Servisi'nde yatarak tedavi görmüş olma ve DSM-IV-TR'ye göre şizofreni ve şizoaffektif bozukluk tanılarından biri ile taburcu edilmiş olma
2. Okur-yazar olma
3. Yatarak tedavi olduğu dönemde 18-65 yaş aralığında olma
4. Yatarak tedavi olunan döneme ait dosya kayıtlarına ulaşılabilen hastalar
5. Telefon kayıtlarından ulaşılabilme ve yüz yüze ya da telefonda görüşme yapmayı kabul ederek gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul etme

Dışlama Kriterleri:

1. Yatarak tedavi sırasında ve sonrasında madde kullanımına bağlı psikotik bozukluk tanısını karşılıyor olma

2. Yatarak tedavi sırasında ve sonrasında genel tıbbi duruma bağlı psikotik bozukluk tanısını karşılıyor olma

3. Yatarak tedavi olunan döneme ait dosya kayıtlarına ulaşılamayan hastalar

4. Telefon kayıtlarından ulaşılamayan hastalar

3.2. Araçlar

Yüz yüze görüşme yapılabilen hastalara araştırmacı tarafından Olgu Veri Kayıt Formu, Bireysel ve Sosyal Perfomans Ölçeği (PSP), İlaç Tutum Envanteri (DAI-10), Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe Versiyonu (WHOQOL-Bref-TR), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS), Pozitif ve Negatif Semptom Ölçeği (PANSS) uygulandı. Telefonla görüşme yapılan hastalara araştırmacı tarafından Olgu Veri Kayıt Formu ve Bireysel ve Sosyal Perfomans Ölçeği (PSP) uygulandı.

Çalışmamız için Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel (İnvaziv) Olmayan Klinik Araştırma Değerlendirme Komisyonu Başkanlığı'ndan izin alındı. Çalışmaya katılan tüm hastalara yapılacak işlemler detaylı olarak anlatıldı ve sözlü/yazılı onam alındı.

Olgu Veri Kayıt Formu

Hastaların güncel sosyodemografik ve klinik verilerinin değerlendirilebilmesi amacıyla araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır. Olgu veri kayıt formunda bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu gibi sosyodemografik bilgilerin ve hastalık başlangıç yaşı, toplam hastalık süresi, toplam hospitalizasyon sayısı, hastanın kullandığı psikotrop ve psikotrop dışı tedaviler, eşlik eden tıbbi hastalıklar gibi klinik verilerin toplanması amaçlanmıştır.

Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP)

Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği (Personal and Social Performance Scale, PSP), Morosini ve arkadaşları tarafından 2000 yılında geliştirilmiş, görüşmecinin değerlendirdiği bir ölçektir. [98] DSM'nin öngördüğü tüm işlevsellik alanlarını araştırması, belirti şiddetinden etkilenmemesi ve aynı zamanda kısa, doğru ve duyarlı bir değerlendirme sağlaması nedeni ile çalışmalarda sıklıkla kullanılmaktadır. Orijinal geliştirme çalışması 61 şizofreni hastasıyla

yürütülmüştür ve sınıf içi korelasyon katsayıları 0.98 olarak bulunurken, alt boyutlar için korelasyon katsayıları 0.65-0.95 arasında bulunmuştur. PSP, 1 ile 100 arasında bir bireysel ve sosyal işlevsellik puanı vermektedir ve yüksek puan iyi işlevselliği göstermektedir. Bu genel değerlendirme üç basamakta yapılmaktadır: Birinci basamakta, dört boyutta altılı Likert tipi sıralı (yok ile çok şiddetli arasında) değerlendirme ile işlevsellik düzeyi belirlenir. Bu dört boyut sosyal açıdan yararlı etkinlikler, bireysel ve sosyal ilişkiler, öz-bakım ve rahatsız edici ve saldırgan davranışlar boyutlarıdır. Her bir boyut değerlendirildikten sonra, bu boyutların bozulma derecelerinin kombinasyonlarına göre her biri 0 ile 10 puan arasında değerlendirmeler yapılır. Bu değerlendirmeler için ayrıntılı bir yönerge bulunmaktadır. Buradan yola çıkarak, klinisyenin genel yargısını da hesaba katan bir işlevsellik puanı verilir. Bu puanın karşılık geldiği işlevsellik düzeyi ise; 71- 100 arası puan tam işlevsellik veya çok hafif düzeyde işlevsellik yitimi, 51-70 arası puan; açıkça veya belirgin düzeyde işlevsellik yitimi ve 50 puanın altında düzey ise; şiddetli veya aşırı şiddetli işlevsellik yitimi olarak kabul edilmektedir. [99] Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışması Aydemir ve arkadaşları tarafından 2009 yılında yapılmıştır. [100]

İlaç Tutum Envanteri (DAI-10)

DAI, Hogan ve arkadaşları tarafından 1983 yılında geliştirilmiş olan bir öz-bildirim ölçeğidir. Şizofreni hastalarında ilaç uyumunu değerlendirmek ve izlemek için sık kullanılan ölçeklerden biridir. 150 şizofreni hastası üzerinde uygulanarak geliştirilmiş olan ölçeğin iç tutarlılığı 0.93 olup itemlerle uygun korelasyon göstermektedir. Ayrıca test-tekrar test geçerliliği 0.82 bulunmuştur. Ölçek hastaların kullandıkları ilaçlar hakkındaki inanç ve yaklaşımlarını değerlendirmektedir. Negatif skor hastanın ilaç yan etkilerini ve ilaç hakkındaki olumsuz görüşlerini yansıtır. Ölçeğin uzun formu DAI-30, 30 maddeden oluşur. [101]

DAI-10 ölçeğin 10 maddeli, pratik biçimde uygulanabilen 10 maddeli kısa formudur. Her biri hastanın ilaçlar hakkındaki öznel yargılarını içeren 10 maddeden oluşur, kişi bu maddeleri "doğru" ya da "yanlış" şeklinde yanıtlar. İlaçlar hakkında olumlu yargı belirten her madde için (toplam 6 madde) yanıt +1, olumsuz yargı belirten her madde (toplam 4 madde) için ise yanıt -1 olarak skorlanır. Toplam skor -10 ile +10 arasında değişmekte, pozitif toplam skor olumlu yaklaşımı ifade ederken negatif toplam skor olumsuz yaklaşımı ifade etmektedir. DAI-10; DAI-30 ile güçlü şekilde korele bulunmuş olup, kronik şizofreni hastalarında ilaç

uyumunun değerlendirilmesi için uygun bir ölçüm aracıdır. [102] Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlilik çalışması Aydın ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. [103]

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL-Bref-TR)

DSÖ 1980'den beri yaşam kalitesini ölçme ve değerlendirmek için çalışmalar yapmaktadır. Bu amaçla dünya çapında 15 merkezde yapılan pilot çalışmalar sonucu, kişinin iyilik halini ölçen ve kültürler arası karşılaştırmalara olanak veren geniş kapsamlı bir yaşam kalitesi ölçeği olan Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi (WHOQOL-100) oluşturulmuştur. Bu ölçeğin 26 itemden oluşan kısa formu WHOQOL-BREF ise WHOQOL-100'ün geçerli, güvenilir ve pratik bir alternatifidir. İlk iki itemde genel algılanan yaşam kalitesi ve algılanan sağlık durumu sorgulanırken, diğer 24 item ile bedensel, ruhsal, sosyal ve çevre alanları olmak üzere 4 alan değerlendirilmektedir. Her itemi 1-5 arası skorlanan likert tipi bir ölçektir. Daha yüksek toplam skor, daha yüksek yaşam kalitesini belirtmektedir. [104] Ülkemizde de geçerlik ve güvenilirlik çalışması Eser ve arkadaşları tarafından yapılmıştır**.** Türkçe versiyonu olan WHOQOL-BREF-TR'de mevcut forma 1 ulusal soru eklenmiştir. Türkçe versiyon, iç tutarlılık, güvenilirlik ve geçerlilik açısından son derece tatmin edici psikometrik niteliklere sahiptir. Ölçek, kişinin hastalığın yarattığı somut ve fiziksel bulguları nasıl algıladığını ve yaşadığını, hastalık ile fiziksel aktivite, sosyal ilişkiler ve çevrenin nasıl bir ilişki içinde olduğunu ölçmektedir. Yanıtlar hastanın yaşadıklarının şiddetini, sıklığını, yaşadıklarına ilişkin hastanın yorumunu ve kapasitesini içermektedir.

Bedensel alanda gündelik işleri yürütebilme, ilaçlara ve tedaviye bağımlılık, canlılık ve bitkinlik, hareketlilik, ağrı ve rahatsızlık, uyku ve dinlenme, çalışabilme gücü ile ilgili 7 soru, psikolojik alanda; olumlu ve olumsuz duygular, benlik saygısı, beden imgesi ve dış görünüş, kişisel inançlar ve dikkat ile ilgili 6 soru, sosyal ilişkiler alanında diğer kişilerle ilişkiler, sosyal destek ve cinsel yaşam ile ilgili 3 soru; çevre boyutunda ise ev ortamı, fiziksel güvenlik ve emniyet, maddi kaynaklar, sağlık hizmeti alabilme, boş zamanları değerlendirme, fizik çevre ve ulaşım ile ilgili 8 soru bulunmaktadır. Alan puanları, o alanı oluşturan maddelerin ortalamasının 4 ile çarpılması ile elde edilmektedir. Alan puanları 4-20 arasında değişmektedir. [105]

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS)

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS) üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendiren, kullanımı kolay, kısa bir ölçektir. Bireylerin algıladıkları sosyal destek unsurlarını belirlemeye yönelik olan bu ölçek 1988'de Zimet ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. [106] Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları 1995 yılında Eker ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. [107] Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, her biri 4 maddeden oluşan, desteğin kaynağına ilişkin 3 alt boyutu (aile, arkadaş, özel insan) içeren, toplam 12 maddeden oluşan, yedili likert tipi değerlendirme özelliğine sahip bir ölçektir. Ölçeğin puanlanmasında, her bir alt grubun puanlarının toplamı esas alınmaktadır. Elde edilen puanın yüksek olması, sosyal desteğin yüksek olduğunun göstergesidir.

Pozitif ve Negatif Semptom Ölçeği (PANSS):

PANSS, pozitif, negatif ve genel şizofreni belirtileri bağlamında psikopatolojik ölçümler yapan yarı yapılandırılmış 30 maddelik bir ölçektir. PANSS tarafından değerlendirilen 30 psikiyatrik parametreden 7'si pozitif semptom alt ölçeğine, 7'si negatif semptom alt ölçeğine, kalan 16'sı ise genel psikopatoloji alt ölçeğine aittir. Her madde için, ağırlığa göre 1 ile 7 arasında değerlendirme yapılır. Pozitif, negatif ve genel psikopatoloji skorları ve bir de toplam PANSS skoru olmak üzere dört ölçüm yapılır**.** [108] Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlilik çalışması Kostakoğlu ve arkadaşları tarafından 1999 yılında yapılmıştır. [109]

PANSS değerlendirmesi yaklaşık 45 dakikalık yarı-yapılandırılmış bir görüşmeyle yapılır ve her bir maddenin tanımı ve puanlama ölçütleri ve kılavuzları net bir şekilde tanımlanmıştır. Madde puanlamaları için ölçütler 1:yok, 2: çok hafif, 3: hafif, 4: orta, 5: orta/ağır 6: ağır ve 7: çok ağır olarak belirlenmiştir. Sonuç olarak pozitif ve negatif alt ölçekler için 7-49, genel psikopatoloji alt ölçeği için 16-112 puan aralığı elde edilir.

3.3. İstatistiksel Analiz

Çalışma verilerinin istatistiksel analizi (SPSS for Windows, version-22) kullanılarak yapıldı. Tüm değişkenlerin ayrı ayrı normal dağılıma uygunluk gösterip göstermediği test edildi. Sayısal değişkenler arasında normal dağılım gösterenler için parametrik testler, normal dağılım göstermeyenler için nonparametrik testler uygulandı.

Sayısal değişkenler ortalama ve standart sapma, kategorik değişkenler sayı ve yüzde ile belirtildi. Tanımlayıcı analizlerde kategorik değişkenler için ki-kare testi kullanıldı. Parametrik sayısal değişkenler arasındaki korelasyonun tespiti amacıyla Pearson korelasyon testi, nonparametrik değişkenler arasındaki korelasyonun tespiti amacıyla Spearman korelasyon testi kullanılarak korelasyon katsayısı ve istatistiksel anlamlılık test edildi. Nonparametrik sayısal değişkenlerin ortalamalarının karşılaştırılması amacıyla Mann-Whitney U testi uygulandı. $p<0.05$ değeri istatistiksel anlamlılık sınır değeri olarak kabul edildi.

3.4. Etik Kurul Onayı

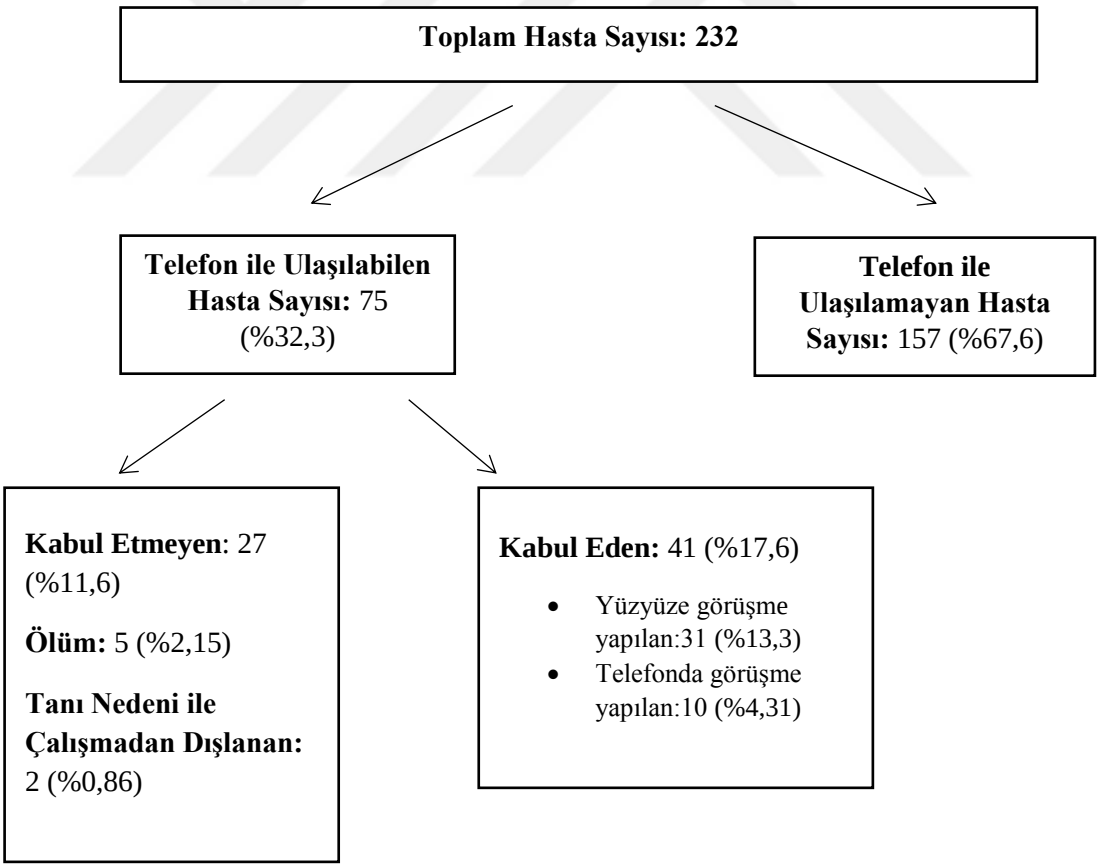
Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu‘ndan 07.12.2017 tarih ve 2017/28-15 karar numarası ile onay alındı.

4. BULGULAR

4.1. Örneklem

Çalışma örneklemini oluşturması planlanan 232 hasta hastane kayıtlarından elde edilen telefon numaralarından aranmıştır. 157 (%67,6) hastaya numaraların geçersiz olması, telefonlara yanıt verilmemesi gibi nedenlerle ulaşılamamıştır. 75 (%32.3) hastaya telefonla ulaşılmış olup bu hastaların 27'si (%11,6) görüşme yapmayı kabul etmemiş, 5'nin (%2,15) vefat ettiği öğrenilmiştir. 2 (%0,86) hasta dahil edilme kriterlerine uygun olmaması nedeni ile çalışmadan dışlanmıştır. Telefonla ulaşılabilen 41 (%17,6) hastanın 31'i (13,3) ile yüz yüze görüşme yapılmış; 10'u (%4,31) ile telefonda görüşülmüştür. Sonuç olarak hedeflenen örneklemin %17,6'sı olan 41 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Örneklemi oluşturan hastalar şema olarak Tablo 4'te verilmiştir.

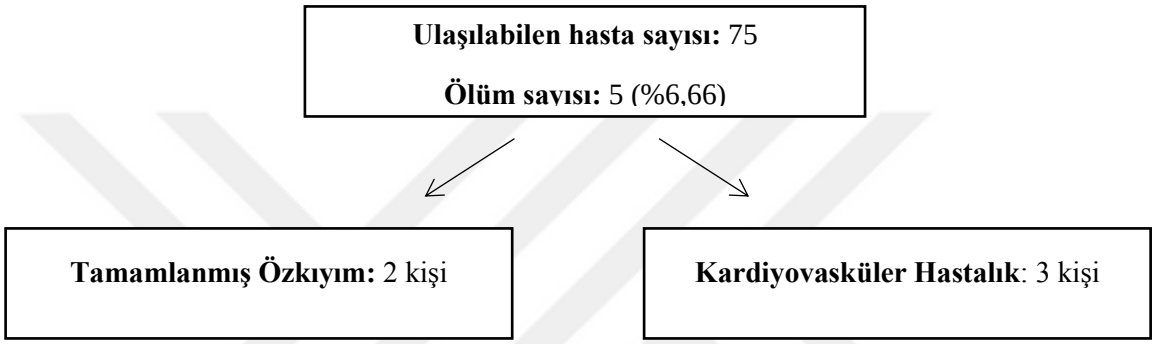
Tablo 4: Örneklem



4.2. Ölüm Oranı

10 yıllık süre içerisinde telefonla ulaşılabilen 75 hastanın 5'inin vefat ettiği öğrenilmiştir. Bu oran ulaşılabilen hastaların %6,66'sını oluşturmaktadır. Ölümlerin 2'sinin tamamlanmış özkıyım, 3'ünün ise kardiyovasküler hastalığa bağlı geliştiği tespit edilmiştir. Bu hastaların 10 yıl önceki yaş ortalaması 36,75±11,125 saptanmıştır. Ölüm oranları Tablo 5'de şema olarak gösterilmiştir.

Tablo 5: Ölüm Oranı



4.3. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler

4.3.1. İndeks Yatıştaki Sosyodemografik ve Klinik Özellikler

4.3.1.1. İndeks Yatıştaki Sosyodemografik Özellikler

Çalışmada tamamını hastaların oluşturduğu 41 katılımcı mevcut olup sağlıklı kontrol grubu bulunmamaktadır. İndeks yatıştaki veriler dosya kayıtlarından elde edilmiştir.

Hastaların indeks yatıştaki yaş ortalaması 33,95 bulunmuştur. Katılımcıların 23'ü (%56,1) erkek, 18'i (%43,9) kadın hastalardan oluşmaktadır.

İndeks yatıştaki medeni durumlarına göre; hastaların 11 'i (%26,8) evli, 26'sı (%63,4) bekar, 4'ü (%9,8'i) boşanmış ya da duldur.

İndeks yatıştaki çalışma durumlarına göre; hastaların 13'ü (%31,7) çalışmakta, 28'i (%68,3) çalışmamaktadır. Hastaların indeks yatıştaki sosyodemografik özellikleri Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6: Hastaların İndeks Yatıştaki Sosyodemografik Özellikleri

Hasta (n=41)		
	Ort.	**SS.**
Yaş	33.95	11.135
Cinsiyet	**S.**	**%**
Erkek	23	56,1
Kadın	18	43,9
Medeni Durum	**S.**	**%**
Evli	11	26,8
Bekar	26	63,4
Boşanmış/Dul	4	9,8
Çalışma Durumu	**S.**	**%**
Çalışıyor	13	31,7
Çalışmıyor	28	68,3

Ort.: Ortalama; SS: Standart sapma; S: Sayı, %: Yüzde

4.2.1.2. İndeks Yatıştaki Bazı Klinik Özellikler

İndeks yatışta hastaların 37'sinin (%90,2) şizofreni; 4'ünün (%9,8) şizoaffektif bozukluk tanısı aldığı görülmüştür. Hastaların indeks yatış öncesindeki hastaneye yatış sayısı ortalaması 2,24 bulunmuştur. İndeks yatışta komorbid metabolik bozuklukların varlığı değerlendirildiğinde hastaların 5'inde (%12,2) metabolik bir bozukluk olduğu, 36'sında (%87,8) metabolik bir bozukluk olmadığı görülmüştür. Çalışmamızda "metabolik bozukluk" olarak tanımlanan hastalıklar: hipertansiyon, diyabet ve hiperlipidemi'dir.

Hastalık başlangıç yaşı, tedavisiz psikoz süresi gibi zaman içerisinde değişkenlik göstermeyen klinik özellikler bir sonraki bölümde (10 yıl sonraki klinik özellikler) verilecektir. Hastaların indeks yatıştaki bazı klinik özellikleri Tablo 7'de gösterilmiştir.

Tablo 7: Hastaların İndeks Yatıştaki Bazı Klinik Özellikleri

Hasta (n=41)		
	Ort.	**SS.**
Hastaneye Yatış Sayısı	2,24	±2,508
Yatışta Metabolik Bozukluk	**S.**	**%**
Var	5	12,2
Yok	36	87,8
Tanı	**S.**	**%**
Şizofreni	37	90,2
Şizoaffektif Bzk.	4	9,8

Ort.: Ortalama; SS: Standart sapma; S: Sayı %:Yüzde

4.3.2. 10 Yıl Sonraki Sosyodemografik ve Klinik Özellikler

4.3.2.1. 10 Yıl Sonraki Sosyodemografik Özellikler

Hastaların yaş ortalaması 44,32 ± 11,52 bulunmuştur. Katılımcıların 23'ü (%56,1) erkek, 18'i (%43,9) kadın hastalardan oluşmaktadır.

Medeni durumlarına göre; hastaların 10 'u (%24,4) evli, 25'sı (%61,0) bekar, 6'sı (%14,6) boşanmış ya da duldur. Hastaların 12'sinin (%29,3) çalışıyor, 29'unun (%70,7) çalışmıyor olduğu saptanmıştır.

Eğitim durumlarına göre; hastaların 9'u (%22,0) ilkokul, 7'si (17,1) ortaokul, 13'ü (%31,7) lise, 12'si (%29,3) üniversite mezunudur.

Hastaların 12'si (%29,3) çekirdek aileleri ile (eş/çocuklar) , 24'ü (%58, 5) ebeveyn veya kardeşleri ile, 3'ü (%7,3) yalnız yaşamaktadır. "Diğer" olarak gruplandırılan 2 hastanın (%4,9) biri arkadaşı, diğeri de bakıcısı ile yaşamaktadır.

Hastaların 10 yıl sonraki sosyodemografik özellikleri Tablo 8'de gösterilmiştir.

Tablo 8: 10 Yıl Sonraki Sosyodemografik Özellikler

Hasta (n=41)		
	Ort.	**SS.**
Yaş	44,32	±11,52
Cinsiyet	**S.**	**%**
Erkek	23	56,1
Kadın	18	43,9
Medeni Durum	**S.**	**%**
Evli	10	24,4
Bekar	25	61,0
Boşanmış/Dul	6	14,6
Çalışma Durumu	**S.**	**%**
Çalışıyor	12	29,3
Çalışmıyor	29	70,7
Eğitim Düzeyi	**S.**	**%**
İlkokul	9	22,0
Ortaokul	7	17,1
Lise	13	31,7
Üniversite	12	29,3
Birlikte Yaşadığı Kişiler	**S.**	**%**
Çekirdek Aile	12	29,3
Ebeveyn/Kardeş	24	58,5
Yalnız	3	7,3
Diğer	2	4,9

Ort: Ortalama; SS: Standart sapma; S: Sayı %:Yüzde

4.3.2.2. 10 Yıl Sonraki Klinik Özellikler

Katılımcıların 37'sini (%90,2) şizofreni; 4'ünün (%9,8) şizoaffektif bozukluk tanılı hastalar oluşturmaktadır. Aradan geçen zaman içerisinde hastaların tanılarında değişiklik olmadığı görülmüştür.

Hastalık başlangıç yaş ortalaması 24,15 ± 7,79 bulunmuştur. 7 (%17,1) hastanın hastalık başlangıç yaşı < 18; 34 (%82,9) hastanın hastalık başlangıç yaşı ≥ 18'dir.

Hastaların toplam hastalık süresi ortalaması 20,10 ± 8,86 yıldır. Tedavisiz psikoz süresi ortalaması 19,98 ± 24,18 ay bulunmuştur. Hastaneye yatış sayısı ortalaması 4,98 ± 3,78'dir.

İndeks yatış sonrasında şimdiki zamana kadar aradan geçen süre ortalama 128,68 ± 15,05 aydır. Bu süre içinde hastaların hastaneye yatış sayısı ortalaması 2,76 ± 2,57 saptanmıştır.

Hastaların kullandığı antipsikotik ilaç sayısı ortalaması 1,88 ± 0.90 olup; hastalar antipsikotik kullanım sayısı açısından ≤ 1 ve ≥ 2 olarak gruplandığında 1 ya da da az antipsikotik kullanan hastaların sayısı 15 (%36,6) ; 2 ya da daha fazla antipsikotik kullanan hastaların sayısı 26 (%63,4) bulunmuştur.

Hastalar klozapin kullanımına göre gruplandırıldığında 12 (%29,3) hastada klozapin kullanımının olduğu, 29 (%70,7) hastanın ise klozapin kullanmadığı görülmüştür. Hastalar depo antipsikotik kullanımına göre gruplandırıldığında 20 (%48,8) hastada depo antipsikotik kullanımının olduğu, 21 (%51,2) hastanın ise depo antipsikotik kullanmadığı görülmüştür.

Komorbid tıbbi hastalık durumuna göre hastalar gruplandırıldığında 21 (%51,2) hastada psikiyatik hastalığa tıbbi hastalıkların eşlik ettiği, 20 (%48,8) hastada ise eşlik eden tıbbi hastalık görülmediği saptanmıştır. Komorbid metabolik durumları açısından gruplandırıldığında hastaların 11'inde (%26,8) eşlik eden metabolik bozuklukların olduğu (diyabet, hipertansiyon ya da hiperlipidemi hastalıklarından en az biri), 30'unda (%73,2) eşlik eden metabolik bozukluk olmadığı görülmüştür. Örneklemi oluşturan 41 hastadan indeks yatışta metabolik bozukluğu olan 5 hasta çıkarıldığında, kalan 36 hastanın 6'sında (%14,6) aradan geçen zamanda (son 10 yılda) yeni metabolik bozukluk geliştiği görülmüştür. Hastaların 10 yıl sonraki klinik özellikleri Tablo 9'da gösterilmiştir.

Tablo 9: 10 Yıl Sonraki Klinik Özellikler

Tanı	41	**S.**	**%**
Şizofreni		37	90,2
Şizoaffektif Bzk.		4	9,8
Hastalık Başlangıç Yaşı	**41**	**S.**	**%**
18 altı		7	17,1
18 ve üstü		34	82,9
	S.	**%**	**SS.**
Hastalık Başlangıç Yaşı (Ort.)	41	24,15	7,79
Toplam Hastalık Süresi (yıl)	41	20,10	8,86
Tedavisiz Psikoz Süresi (ay)	41	19,98	24,18
Hastaneye Toplam Yatış Sayısı	41	4,98	3,78
İndeks Yatıştan Sonra Geçen Süre (Ay)	41	128,68	15,05
Son 10 yılda Yatış Sayısı	41	2,76	2,57
Komorbid Tıbbi Hastalık	41	**S.**	**%**
Var		21	51,2
Yok		20	48,8
Komorbid Metabolik Bozukluk	41	**S.**	**%**
Var		11	26,8
Yok		30	73,2
Son 10 Yılda Metabolik Bozukluk Geliştirme	36	**S.**	**%**
Geliştirenler		6	14,6
Geliştirmeyenler		30	87,8
Antipsikotik Sayısı (Ort.)	41	1,88	±0,9**(SS.)**
Antipsikotik Sayısı (Grup)	41	**S.**	**%**
1 ya da daha az		15	36,6
2 ya da daha fazla		26	63,4
Klozapin kullanımı	41	**S.**	**%**
Var		12	29,3
Yok		29	70,7
Depo Antipsikotik Kullanımı	41	**S.**	**%**
Var		20	48,8
Yok		21	51,2

Ort.: Ortalama; SS: Standart sapma; S: Sayı %:Yüzde

Hastaların PANSS genel toplam puanı ortalama 78,19±30,15, PANSS pozitif belirtiler toplam puanı ortalama 16,23±8,28, PANSS negatif belirtiler toplam puanı ortalama 20,19±8,34, PANSS genel psikopatoloji toplam puanı ortalama 42,29 ±15,06 olarak bulunmuştur.

Hastaların sosyal işlevsellik (PSP) genel toplam puanı ortalama 55,73±19,38 bulunmuştur. Hastalar işlevsellik düzeyi açısından iyi/kötü olarak gruplandırılmıştır. Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP) için kesme puanı 70 olarak kabul edilmiş olup; ≤70 olarak puanlanan hastalar "kötü işlevsellik" grubuna, ≥71 puanlanan hastalar "iyi işlevsellik" grubuna dahil edilmiştir. Belirlenen kesme puanına göre hastaların %82,9'unda işlevsellik kötü, %17,1'inde işlevsellik iyi düzeyde saptanmıştır.

Hastaların İlaç Tutum Envanteri (DAI) toplam puanı ortalama 4,84± 5,79 bulunmuştur.

Hastaların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS) puanı ortalama 40,16±16,25 bulunmuştur. MSPSS-aile alt ölçeği puanı ortalama 18,55±6,82, MSPSS-arkadaş alt ölçeği puanı ortalama 11,68±7,52, MSPSS-özel insan alt ölçeği puanı ortalama 9,61±6,47 bulunmuştur.

Hastaların Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-Bref-TR) bedensel alan alt ölçek puan ortalaması 12,23±2,73, ruhsal alan alt ölçek puan ortalaması 12,17±3,85, sosyal alan alt ölçek puan ortalaması 8,66±2,99, çevre alt ölçek puan ortalaması 13,10±2,86 bulunmuştur. Hastaların ölçek puanları ortalamaları Tablo 10'da verilmiştir.

Tablo 10: Hastaların Ölçek Puanları

	S.	Ort.	SS.
PANSS toplam	31	78,19	±30,15
PANSS pozitif	31	16.23	±8,28
PANSS negatif	31	20,19	±8,34
PANSS genel	31	42,29	±15,06
PSP	41	55,73	±19,38
DAI-10	31	4,84	±5,79
MSPSS toplam	31	40,16	±16,25
MSPSS aile	31	18,55	±6,82
MSPSS arkadaş	31	11,68	±7,58
MSPSS özel insan	31	9,61	±6,47
WHOQOL bedensel	31	12,23	±2,73
WHOQOL ruhsal	31	12,17	±3,85
WHOQOL sosyal	31	8,66	±2,99
WHOQOL çevre	31	13,10	±2,86

PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, PSP: Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği, DAI-10: İlaç Tutum Envanteri, MSPSS: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, WHOQOL-Bref-TR: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe Versiyonu Ort.: Ortalama; SS: Standart sapma; S: Sayı

4.4. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ile Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP) Puanları Arasındaki İlişki

Hastaların mevcut yaş değişkeninin Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP) puanları ile olan ilişkisi Pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Kategorik değişkenler olan cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, eğitim düzeyi ve birlikte yaşadığı kişilerin Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP) puanları ile olan ilişkisi ki-kare testi ile değerlendirilmiştir.

Sosyodemografik değişkenler ile ile işlevsellik düzeyi arasındaki ilişki incelenirken, hastalar işlevsellik düzeyi açısından iyi/kötü olarak gruplandırılmıştır. Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP) için kesme puanı 70 olarak kabul edilmiş olup; ≤70 olarak puanlanan hastalar "kötü işlevsellik" grubuna, ≥71 puanlanan hastalar "iyi işlevsellik" grubuna dahil edilmiştir.

Hastalar mevcut yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, eğitim düzeyi ve birlikte yaşadığı kişiler açısından değerlendirildiğinde gruplar arasında Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP) ile değerlendirilen işlevsellik düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Hastaların sosyodemografik özellikleri ile Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP) puanları ve işlevsellik düzeyleri arasındaki ilişki Tablo 11'de gösterilmiştir.

Tablo 11: Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ile Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP) Puanları Arasındaki İlişki

	PSP Puanı					
Sosyodemografik Özellikleri	**S.**	**Ort. ve SS.**				**p**
Mevcut Yaş	41	44,32 ± 11,52				0,868
	PSP Puanına Göre İşlevsellik Düzeyi					
		Kötü işlevsellik (S:34)		**İyi işlevsellik (S:7)**		
Cinsiyet	41	**S**	**%**	**S**	**%**	**p**
Kadın	18	14	77,7	4	22,3	0,438
Erkek	23	20	86,9	3	13,1	
Medeni Durum	41	**S**	**%**	**S**	**%**	**p**
Hiç Evlenmemiş (Bekar)	25	22	88	3	12	0,281
En Az Bir Kez Evlenmiş (Evli, Boşanmış/Dul)	16	12	75	4	25	
Çalışma Durumu	41	**S**	**%**	**S**	**%**	**p**
Çalışıyor	12	9	75	3	25	0,386
Çalışmıyor	29	25	86,2	4	13,8	
Eğitim Düzeyi	41	**S**	**%**	**S**	**%**	**p**
İlkokul	9	6	66,6	3	33,3	0,216
Ortaokul	7	7	100	0	0	
Lise	13	12	92,3	1	7,7	
Üniversite	12	9	75	3	25	
Birlikte Yaşadığı Kişiler	41	**S**	**%**	**S**	**%**	**p**
Çekirdek aile	11	8	72,7	3	27,3	0,625
Ebeveyn/kardeş	24	21	87,5	3	12,5	
Yalnız	4	3	74	1	25	
Diğer	2	2	100	0	0	

PSP: Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği Ort.: Ortalama; SS: Standart sapma; S: Sayı %:Yüzde p:Anlamlılık düzeyi

4.5. Hastaların Klinik Özellikleri ile Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP) Puanları Arasındaki İlişki

Hastaların hastalık başlangıç yaşı, toplam hastalık süresi, tedavisiz psikoz süresi, hastaneye yatış sayısı ve kullandıkları antipsikotik sayısının Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP) puanları ile olan ilişkisi Spearman korelasyon analizi ile test edilmiştir.

Hastaların hastaneye toplam yatış sayısı ile PSP ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak negatif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (rho=-0,480, p=0.001).

Hastaların kullandığı antipsikotik ilaç sayısı ile PSP ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak negatif yönde orta düzeyde sınırda anlamlı bir ilişki bulunmuştur (rho=-0,308, p=0,050).

Tedavisiz psikoz süresi ile PSP ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak negatif yönde orta düzeyde sınırda anlamlı bir ilişki bulunmuştur (rho=-0,309, p=0,050).

Hastaların hastalık başlangıç yaşı, toplam hastalık süresi ile PSP ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Hastaların 10 yıl sonraki komorbid tıbbi hastalık, komorbid metabolik bozukluk, son 10 yılda metabolik bozukluk geliştirme durumu, klozapin kullanımı, depo antipsikotik kullanımı, antipsikotik kullanımı sayısı (≤1 ve ≥2 grupları), hastalık başlangıç yaşının (<18 yaş ve ≥18 yaş grupları) Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP) skorları ile olan ilişkisi Mann Whitney U testi analizi ile test edilmiştir.

Komorbid tıbbi hastalığa sahip olan hasta grubunda olmayanlara göre PSP ölçeği puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur (p=0,022).

Depo antipsikotik kullanan hasta grubunda, kullanmayanlara göre göre PSP ölçeği puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur (p=0,022).

Komorbid metabolik bozukluğa sahip olan ve olmayan, son 10 yılda metabolik bozukluk geliştiren ve geliştirmeyen, klozapin kullanımı olan ve olmayan gruplar, antipsikotik sayısı ile ilişkili gruplar (≤1 az sayıda antipsikotik kullanan ve ve ≥2 sayıda antipsikotik kullanan) ve hastalık başlangıç yaşı <18 ve ≥18 olan gruplar arasında PSP ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Hastaların klinik özellikleri ile bireysel ve sosyal performans ölçek puanları arasındaki ilişki Tablo 12'de gösterilmiştir.

Tablo 12: Hastaların Klinik Özellikleri ile Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP) Puanları Arasındaki İlişki

	PSP		
Klinik Özellikler	**S**	**rho**	**p**
Hastalık Başlangıç Yaşı (Ort.)	41	0,106	0,509
Toplam Hastalık Süresi	41	-0,106	0,508
Tedavisiz Psikoz Süresi	41	-0,309	***0,050***
Hastaneye Toplam Yatış Sayısı	41	-0,480	***0,001***
Antipsikotik Sayısı	41	-0,308	***0,050***
	PSP		
Klinik Özellikler	**S**	**z**	**p**
Hastalık Başlangıç Yaşı (Grup)	41	-0,278	0,781
<18 yaş	**7**		
≥18 yaş	34		
Komorbid Tıbbi Hastalık	41	-2,292	***0,022***
Var	21		
Yok	20		
Komorbid Metabolik Bozukluk	41	-0,059	0,953
Var	11		
Yok	30		
Son 10 Yılda Metabolik Bozukluk Geliştirme	36	-0,960	0,337
Var	6		
Yok	30		
Antipsikotik Sayısı (Grup)	41	-1,400	0,162
1 ya da daha az	15		
2 ya da daha fazla	26		
Klozapin kullanımı	41	-0,259	0,796
Var	12		
Yok	29		
Depo Antipsikotik Kullanımı	41	-2,292	***0,022***
Var	20		
Yok	21		

PSP: Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği S:Sayı p:Anlamlılık düzeyi rho: Spearman korelasyon katsayısı z: Mann Whitney U

4.6. Hastaların İlaç Tutum Envanteri Puanları (DAI-10) ile Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP) Puanları Arasındaki İlişki

Hastaların ilaç tutum envanteri puanları ile bireysel ve sosyal performans ölçek puanları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde güçlü düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r=0,530, p=0,002) Hastaların ilaç tutum envanteri puanları ile bireysel ve sosyal performans ölçek puanları arasındaki ilişki Tablo 13'de verilmiştir.

Tablo 13: Hastaların İlaç Tutum Ölçeği (DAI-10) Puanları ve Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP) Puanları Arasındaki İlişki

	PSP		
	S	**r**	**p**
DAI-10	31	r=0,530	***P=0,002***

PSP: Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği, DAI-10: İlaç Tutum Envanteri
Pearson korelasyon analizi r: Korelasyon katsayısı p: Anlamlılık düzeyi

4.7. Hastaların Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) Puanları ile Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP) Puanları Arasındaki İlişki

Hastaların PANSS toplam puanları ile PSP ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak negatif yönde güçlü düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r=-0,865, p<0,001).

Hastaların PANSS pozitif puanları ile PSP ölçeği puanları arasında istatistiksel açıdan negatif yönde güçlü düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r=-0,796, p<0,001).

Hastaların PANSS negatif puanları ile PSP ölçeği puanları arasında istatistiksel açıdan negatif yönde güçlü düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r=-0,847, p<0,001).

Hastaların PANSS genel psikopatoloji puanları ile PSP ölçeği puanları arasında istatistiksel açıdan negatif yönde güçlü düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r=-0,827, p<0,001).

Hastaların Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) puanlarının Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP) puanları ile İlişkisi Tablo 14'de gösterilmiştir.

Tablo 14: Hastaların Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) Puanları ile Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP) Puanları Arasındaki İlişki

	PSP		
	S	**r**	**p**
PANSS Toplam	31	r=0,865	***P<0,001***
PANSS Pozitif	31	r=0,796	***P<0,001***
PANSS Negatif	31	r=0,847	***P<0,001***
PANSS Genel Psikopatoloji	31	r=0,827	***P<0,001***

PSP: Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği, PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği
Pearson korelasyon analizi r=Korelasyon katsayısı p=Anlamlılık düzeyi

4.8. Hastaların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS) Puanları ile Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP) Puanları Arasındaki İlişki

Hastaların çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (MSPSS) toplam puanları ile bireysel ve sosyal performans ölçeği puanları (PSP) arasında istatistiksel olarak güçlü düzeyde pozitif yönde anlamlı bir korelasyon saptanmıştır (r=0,622, p<0,001).

Hastaların çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (MSPSS)-arkadaş alt ölçeği puanları ile bireysel ve sosyal performans ölçeği puanları (PSP) arasında istatistiksel olarak güçlü düzeyde pozitif yönde anlamlı bir korelasyon saptanmıştır (r=0,590, p<0,001).

Hastaların çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (MSPSS)-özel insan alt ölçeği puanları ile bireysel ve sosyal performans ölçeği puanları (PSP) arasında istatistiksel olarak güçlü düzeyde pozitif yönde anlamlı bir korelasyon saptanmıştır (r=0,493, p=0,005).

Hastaların çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (MSPSS)-aile alt ölçeği puan ortalaması ile bireysel ve sosyal performans ölçeği puanları (PSP) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Hastaların çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (MSPSS) toplam ve alt ölçek puanlarının bireysel ve sosyal performans ölçeği (PSP) ile korelasyon değerleri Tablo 15'de gösterilmiştir.

Tablo 15: Hastaların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS) Puanları ile Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP) Puanları Arasındaki İlişki

	PSP		
	S	r	p
MSPSS Toplam	31	r=0,622	***p<0,001***
MSPSS Aile	31	r=0,317	p=0,082
MSPSS Arkadaş	31	r=0,590	***p<0,001***
MSPSS Özel insan	31	r=0,493	***p=0,005***

PSP: Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği, MSPSS: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Pearson korelasyon analizi r=Korelasyon katsayısı p=Anlamlılık düzeyi

4.9. Hastaların Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-Bref-TR) Alt Ölçek Puanları ile Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP) Puanları Arasındaki İlişki

Hastaların Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-Bref-TR) puanları ile bireysel ve sosyal performans ölçeği puanları (PSP) değerlendirildiğinde; yaşam kalitesi bedensel alan alt ölçeği ile PSP puanı arasında istatistiksel olarak doğrusal yönde güçlü düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (r=0,714, p<0,001). Yaşam kalitesi ruhsal alan alt ölçeği ile PSP puanı arasında istatistiksel olarak güçlü düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (r=0,620, p<0,001). Yaşam kalitesi sosyal alan alt ölçeği ile PSP puanı arasında istatistiksel olarak pozitif yönde güçlü düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (r=0,674, p<0,001). Yaşam kalitesi çevre alanı alt ölçeği ile PSP puanı arasında pozitif yönde güçlü bir korelasyon bulunmuştur (r=0,645, p<0,001).

Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesi ölçeği (WHOQOL-Bref-TR) alt ölçek puanları ile bireysel ve sosyal performans ölçeği (PSP) puanları arasındaki ilişki Tablo 16'da gösterilmiştir.

Tablo 16: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-Bref-TR) Alt Ölçek Puanları ile Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP) Puanları Arasındaki İlişki

	PSP		
	S	r	p
WHOQOL-Bref-TR bedensel	31	r=0,714	***p<0,001***
WHOQOL-Bref-TR ruhsal	31	r=0,620	***p<0,001***
WHOQOL-Bref-TR sosyal	31	r=0,674	***p<0,001***
WHOQOL-Bref-TR çevre	31	r=0,645	***p<0,001***

PSP: Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği
WHOQOL-Bref-TR: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe Versiyonu
Pearson korelasyon analizi r=Korelasyon katsayısı p=Anlamlılık düzeyi

4.10. Hastalardaki Depo Antipsikotik Kullanımı, Klozapin Kullanımı ve Kullanılan Antipsikotik Sayısının Toplam Yatış Sayısı ve Son 10 Yıldaki Yatış Sayısı ile İlişkisi

Hastaların depo antipsikotik kullanımı, klozapin kullanımı ve kullandıkları antipsikotik sayısının (≤1 veya ≥2 grupları) hastaneye toplam yatış sayısı ve son 10 yıldaki yatış sayısı ile olan ilişkisi Mann Whitney U testi ile analiz edilmiştir. Gruplandırma yapılmaksızın antipsikotik kullanım sayısının hastaneye toplam yatış sayısı ve son 10 yıldaki yatış sayısı ile olan ilişkisi Spearman korelasyon analizi ile analiz edilmiştir.

Hastaların depo antipsikotik kullanımı ile hastaneye toplam yatış sayısı ve son 10 yıldaki yatış sayısı arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; depo antipsikotik kullanan hasta grubunda, kullanmayanlara göre hastaneye toplam yatış sayısı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek (p=0,004) ve son 10 yıldaki yatış sayısı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (p=0,006).

Hastaların klozapin kullanımı ile hastaneye toplam yatış sayısı ve son 10 yıldaki yatış sayısı değerlendirildiğinde; klozapin kullanan ve kullanmayan hasta gruplarında hastaneye toplam yatış sayısı (p= 0,204) ve son 10 yıldaki yatış sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,139).

Hastaların kullandıkları antipsikotik sayısının (grup) hastaneye toplam yatış sayısı ve son 10 yıldaki yatış sayısı ile olan ilişkisi değerlendirildiğinde; 2 ya da daha fazla antipsikotik kullanımı olan hasta grubunda, 1 ya da daha az antipsikotik kullanan hasta grubuna göre hastaneye toplam yatış sayısı (p= 0,016) ve son 10 yıldaki yatış sayısı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (p=0,003).

Hastaların kullandığı antipsikotik sayısı ile hastaneye toplam yatış sayısı (rho=0,005) ve son 10 yıldaki yatış sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki saptanmıştır (rho=0,001).

Hastalardaki depo antipsikotik kullanımı, klozapin kullanımı ve kullanılan antipsikotik sayısının toplam yatış sayısı ve son 10 yıldaki yatış sayısı ile ilişkisi Tablo 17'de verilmiştir.

Tablo 17: Hastalardaki Depo Antipsikotik Kullanımı, Klozapin Kullanımı ve Kullanılan Antipsikotik Sayısının Toplam Yatış Sayısı ve Son 10 Yıldaki Yatış Sayısı ile İlişkisi

	Toplam Yatış Sayısı			**Son 10 Yıldaki Yatış Sayısı**		
	S	**z**	**p**	**S**	**z**	**p**
Depo Antipsikotik Kullanımı	41	-2,879	***0,004***	41	-2,731	***0,006***
Var	20			20		
Yok	21			21		
Klozapin Kullanımı	41	-1,271	0,204	41	-1,478	0,139
Var	12			12		
Yok	29			29		
Antipsikotik Sayısı (Grup)	41	-2,415	***0,016***	41	-2,947	***0,003***
1 ya da daha az	15			15		
2 ya da daha fazla	26			26		
	S	**rho**	**p**	**S**	**rho**	**p**
Antipsikotik Sayısı	41	+0,428	***0,005***	41	+0,497	***0,001***

S: Sayı %: Yüzde Ort:Ortalama SS: Standart sapma p:Anlamlılık düzeyi z:Mann Whitney U rho: Spearman korelasyon katsayısı

4.11. Hastalardaki Depo Antipsikotik Kullanımı, Klozapin Kullanımı ve Kullanılan Antipsikotik Sayısının Hastalarda Son 10 Yılda Metabolik Bozukluk Gelişme Durumu ile İlişkisi

Hastaların depo antipsikotik kullanımı, klozapin kullanımı ve kullandıkları antipsikotik sayısı ile (≤1 veya ≥2 grupları) hastalarda son 10 yılda metabolik bozukluk gelişme durumu arasındaki ilişki ki-kare testi ile analiz edilmiştir. Gruplandırma yapılmaksızın antipsikotik kullanım sayısının hastalarda son 10 yılda metabolik bozukluk gelişme durumu olan ilişkisi Mann Whitney U testi ile analiz edilmiştir.

Hastaların depo antipsikotik kullanımının son 10 yılda metabolik bozukluk gelişme durumu ile ilişkisi değerlendirildiğinde; depo antipsikotik kullanan hasta grubunda, kullanmayanlara göre son 10 yılda metabolik bozukluk gelişme oranı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (p=0,036).

Hastaların klozapin kullanımının son 10 yılda metabolik bozukluk gelişme durumu ile ilişkisi değerlendirildiğinde; klozapin kullanan hasta grubunda, kullanmayanlara göre son 10 yılda metabolik bozukluk gelişme oranı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (p=0,035).

Hastaların antipsikotik kullanım sayısının son 10 yılda metabolik bozukluk gelişme durumu ile ilişkisi değerlendirildiğinde; 2 ya da daha fazla antipsikotik kullanımı olan hasta grubu ile 1 ya da daha az antipsikotik kullanan hasta grubu arasında son 10 yılda metabolik bozukluk gelişme oranları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,221).

Hastaların kullandığı antipsikotik sayısı ile son 10 yılda metabolik bozukluk gelişme durumu arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; son 10 yılda metabolik bozukluk gelişen hastalarda, gelişmeyen hastalara göre kullanılan antipsikotik sayısının daha fazla olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır (p=0,036). Hastalardaki depo antipsikotik kullanımı, klozapin kullanımı ve kullanılan antipsikotik sayısının hastalarda son 10 yılda metabolik bozukluk gelişme durumu arasındaki ilişki Tablo 18'de gösterilmiştir.

Tablo 18: Hastalardaki Depo Antipsikotik Kullanımı, Klozapin Kullanımı ve Kullanılan Antipsikotik Sayısının Hastalarda Son 10 Yılda Metabolik Bozukluk Gelişme Durumu ile İlişkisi

	Son 10 Yılda Metabolik Bozukluk Gelişme Durumu					
		Geliştirenler (S=6)		**Geliştirmeyenler (S=30)**		**p**
Depo Antipsikotik Kullanımı	36	**S**	**%**	**S**	**%**	
Var	16	5	31,2	11	68,8	***0,036***
Yok	20	1	5	19	95	
Klozapin Kullanımı	36	**S**	**%**	**S**	**%**	
Var	11	4	36,3	7	63,7	***0,035***
Yok	25	2	8	23	92	
Antipsikotik Sayısı (Grup)	36	**S**	**%**	**S**	**%**	
1 ya da daha az	14	1	7,1	13	92,9	0,221
2 ya da daha fazla	22	5	22,7	17	77,3	
	S	**Z**				**p**
Antipsikotik Sayısı	36	-2,095				***0,036***

S: Sayı %: Yüzde Ort:Ortalama SS: Standart sapma p:Anlamlılık düzeyi z:Mann Whitney U

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda hastanemizde yatarak tedavi görmüş olan şizofreni ve şizoaffektif bozukluk hastalarının 10 yıl sonraki işlevsellik düzeyini değerlendirmeyi ve işlevsellikle ilişkili olabilecek faktörleri incelemeyi amaçladık.

Çalışmamızın önemli bir bulgusu 10 yıllık süre sonunda saptadığımız ölüm oranıdır. Çalışmamızda saptadığımız ölüm hızı 10 yılda binde 6,66'dır. TÜİK verilerine göre 2017'de ülkemizde kaba ölüm hızı binde 5,3 olarak belirtilmiştir. [110] Bu oranlar karşılaştırılarak hesaplama yapıldığında çalışma grubumuzda genel topluma göre mortalite riskinin 1,25 kat fazla olduğu söylenebilir. Ulaşılabilen hasta grubumuzun 10 yıl önceki benzer yaş aralığında şizofreni ve şizofreni spektrum bozukluğu tanılı bireylerde mortalite riskinin araştırıldığı 10 yıllık bir izlem çalışmasında mortalite riskinin 1,7 kat arttığı belirtilmiştir. Bu yaş grubunda ölümlerin en sık nedeni kardiyovasküler hastalıklar (%24) olarak saptanmış olup, özkıyıma bağlı ölüm oranı %7 olarak belirtilmiştir.[111]

Bu araştırma şizofreni hastalarının erken ölümüyle ilişkili Türkiye'de bugüne kadar yapılmış olan ilk veriyi sunmaktadır. Araştırmanın başlangıcındaki temel hipotezi olmamasına karşın araştırmada bulunan çok değerli bir sonuçtur. Ortalama yaşları 35 olan çalışma grubunda 10 yıl için % 7 ölüm oranı saptanması bu konunun daha detaylı araştırılması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Şizofreni ve şizofreni spektrum bozukluklarının yıkıcı ve kronik seyri sırasında mortalite oranlarının arttığı ve yaşam süresinin kısaldığı bilinmektedir. Şizofreni hastaları, benzer yaş grubundaki normal popülasyonla karşılaştırıldığında 2-12 kat yüksek mortalite oranına sahiptir. [112] 25 farklı ülkeden 37 farklı çalışmanın dahil edildiği bir gözden geçirmede şizofreni hastalarında mortalite riskinin 2,58 kat artmış olduğu belirtilmiştir. Şizofreni hastalarındaki ortalama yaşam yılı beklentisi sağlıklı bireylere göre 20-25 yıl daha kısa bulunmuştur. Şizofrenide özkıyım riski 10-20 kat artmış olsa da genel olarak ölümlerin birinci nedeni kardiyovasküler hastalıklardır. Genç yaş grubunda ölümlerin birincil nedeninin özkıyıma bağlı olduğunu belirten çalışmalar da mevcuttur. [113] Çalışmamızın kesitsel desende olması, belli bir yaş aralığına spesifik 10 yıllık beklenen ölüm oranı gibi verilere ulaşılamaması saptadığımız sonucun yorumlanmasına yönelik kısıtlılıklara yol açmaktadır. Ancak literatürde yer alan ülkemizde yapılmış epidemiyolojik çalışmalar içerisinde şizofreni

hastalarında mortalite oranları ile ilgili literatür bilgisine rastlanmaması nedeni ile elde ettiğimiz bu verinin vurgulanması önemlidir.

Hastalarımızın en az yarısında işlevselliğin belirgin şekilde etkilenmiş olması şeklinde saptadığımız bulgu çalışmamızın temel hipotezlerinden biridir. Amalina ve arkadaşlarının, 91 şizofreni hastasında işlevsellik düzeyini değerlendirdikleri çalışmada, işlevsellik PSP ile değerlendirilmiş ve hastaların %75,8'inde PSP skoru ≤ 70 saptanırken; %24,2'sinde >70 puan saptanmıştır. Brissos ve arkadaşları tarafından işlevselliğin PSP ile değerlendirildiği başka bir çalışmada ise hastaların yalnızca %18,3'ünün >70 puan alabildiği belirtilmiştir. [114] Şizofreni ve şizofreni spektrum bozukluğu hastalarının psikososyal işlevselliğinin değerlendirildiği çalışmalarda birbirine yakın işlevsellik oranlarının görüldüğü, semptomatik düzelme sağlansa dahi hastaların işlevsellik düzeyinin düşük olduğu dikkat çekicidir. Örneklemimizi oluşturan hasta grubunun hastaneye bir ya da birden fazla yatışı olan kronik psikotik hastalardan oluşması literatür ile uyumlu şekilde hastaların önemli bir kısmının kötü işlevsellik düzeyi göstermesi ile sonuçlanmıştır.

Şizofreni hastalarında işlevsellik ile ilgili değerlendirilen en önemli klinik parametrelerden biri psikotik semptomların şiddetidir. Çalışmamızda semptom şiddeti PANSS ile değerlendirilmiş olup PANSS ölçeğinin hem toplam puan; hem de pozitif, negatif ve genel semptomatoloji alt ölçek puanları PSP skorları ile güçlü düzeyde ilişkili bulunmuştur. Literatürde semptomatik remisyon ile fonksiyonel remisyon ilişkisini inceleyen pek çok çalışmada semptomatik remisyonun fonksiyonel remisyonun sağlanması için önemli bir prediktif faktör olduğunu vurgulamıştır. Boden ve arkadaşlarının ilk atak psikoz hastaları ile yaptıkları 5 yıllık bir izlem çalışmasında 5 yılın sonunda semptomatik iyileşmenin fonksiyonel iyileşme ve daha yüksek yaşam kalitesi için güçlü bir öngördürücü olduğunu belirtmişlerdir. [6] Karow ve arkadaşları, 131 şizofreni ve şizofreni spektrum bozukluğu hastasının değerlendirdikleri kesitsel çalışmalarında, semptomatik remisyon sağlanmış hastalarda non-remisyon grubuna göre psikososyal işlevselliğin anlamlı derecede daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Öte yandan semptomatik remisyon-fonksiyonel remisyon arasında güçlü ilişki bulan çalışmaların çoğunda fonksiyonel remisyon oranlarının semptomatik remisyon oranlarından daha düşük olduğu, 2 yıllık düzenli tedavi sonrasında hastalarda ortalama %50 semptomatik remisyon saptanırken; fonksiyonel remisyon oranlarının %10-20 arasında değiştiğini vurgulamışlardır. [9] Bu çalışmada hastalar semptomatik ve fonksiyonel

remisyon durumlarına göre gruplandırılmadı. Ancak semptom şiddeti yüksek hastalarda işlevselliğin puanlarının daha düşük olduğunun saptanması böyle bir gruplandırılma yapılmaksızın da semptomlar ve işlevsellik arasındaki ilişkiyi göstermiştir.

Negatif belirti şiddetinin sosyal yeterlilikte azalma, sözel akıcılığın azalması, sosyal ağlarda zayıflama ve bağımsız yaşama-kendine yetebilme konusunda yetersizlik, özetle psikososyal işlevsellikte global bir etkilenme ile sonuçlandığı önceki çalışmalarda pek çok kez vurgulanmıştır. [13, 115, 116] Bir çalışmada negatif semptomlar içerisinde avolüsyonun kişisel ve sosyal ilişkiler, kendine bakım ve yararlı sosyal aktiviteler açısından en kuvvetli prediktör faktör olduğu belirtilmiştir. [117] Rabinowitz ve arkadaşları tarafından yapılan, Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü CATIE çalışmasının 1447 hastalık verilerinin kullanıldığı çalışmada, hastaların hem bazal işlevsellik düzeyinin hem de izlem süresi sonunda işlevsellikteki düzelmenin negatif belirtilerdeki düzelme ile güçlü şekilde korele olduğu, bu ilişkinin diğer alanlardaki semptomların düzelmesinden bağımsız olduğu gösterilmiştir. [12] Hastalarımızda PANSS negatif alt ölçeği puanlarının işlevsellik puanları ile güçlü şekilde negatif korelasyon göstermesi bu bağlamda literatürle desteklenen bir sonuç olmuştur.

Pozitif belirti şiddetinin işlevsellik üzerine etkisinin araştırdığı çalışmalarda çelişkili sonuçlar bulunmuştur. Pozitif belirtiler ile işlevsellik ölçeği skorları ya da çalışabilme arasında korelasyon saptansa dahi bu korelasyonun anlamlı olmadığı; ya da negatif belirtilere göre işlevsellik üzerinde daha az etkili olduğu belirtilmektedir. [11] Ventura ve arkadaşları bu sonucu şizofreni hastalarının sanrı ya da varsanı gibi pozitif belirtileri yadsıyarak işlevselliklerini sürdürebildikleri şeklinde yorumlamışlardır. [13] Pozitif belirtiler ile işlevsellikteki bozulmayı anlamlı şekilde ilişkili bulan az sayıdaki çalışma ise pozitif belirtilerin özellikle de rahatsız edici/saldırgan davranışlarla ilişkili olarak işlevselliği etkilediğini belirtmiştir. [11, 118]

Çalışmamızda PANSS pozitif semptom alt ölçeğinin PSP skorları ile anlamlı şekilde ilişkili bulunması bu sonuçla ilişkili olabilir. PANSS ve PSP ölçeklerinin klinik görüşmeyi yapan tek bir araştırmacı tarafından uygulanması da pozitif belirtileri daha yoğun olan hastaların işlevsellik ölçeğinin daha yüksek skorlanmasına eğilim yaratarak sonucu etkilemiş olabilir.

Çalışmamızda hastaların hastaneye toplam yatış sayısı ile işlevsellik skorları arasında ters yönlü anlamlı bir ilişki saptadık. Spelmann ve arkadaşları tarafından yatan hastalarda yapılan, hem ilk atak psikoz hastalarının hem de kronik şizofreni hastalarının dahil edildiği bir izlem çalışmasında yaşam boyu hospitalizasyon sayısının hem semptomatik hem de fonksiyonel remisyon için güçlü bir prediktif faktör olduğu, taburculuk sırasında fonksiyonel remisyon göstermeseler dahi yaşam boyu hospitalizasyon sayısı daha az olan hastaların bir yıllık izlem sonrasında fonksiyonel remisyona geçiş oranlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir. [4] Rogers ve arkadaşları tarafından yapılan 275 şizofreni hastasının dahil edildiği başka bir çalışmada ise mesleki işlevselliği predikte eden klinik ve sosyodemografik değişkenler incelenmiş; yaşam boyu hospitalizasyon sayısının hastalık süresinden bağımsız olarak işlevsellik için önemli bir prediktif faktör olduğu vurgulanmıştır. [119] Bu çalışmada toplam hastalık süresi işlevsellikle ilişkili bulunmazken, yaşam boyu yatış sayısının işlevsellik düzeyi ile ters yönde bir ilişki göstermesi, daha çok relaps yaşayan hastaların hastalık süresinden bağımsız şekilde hastalık belirtilerinden daha çok etkilendiği, günlük işlevselliklerinin daha çok bozulduğu şeklinde yorumlanmıştır.

Çalışmamızda tedavisiz psikoz süresi ile işlevsellik arasındaki korelasyon sınırlı bir anlamlılık göstermiştir. Tedavisiz psikoz süresi "psikotik semptomların (sanrı, varsanı, dezorganize davranışlar) başlamasından tanı konulması ve tedavinin başlanmasına kadar geçen süre" olarak tanımlanmıştır. Tedavisiz psikoz süresi ile işlevsellik ilişkisini inceleyen çalışmaların çoğu bu iki değişken arasındaki ilişkinin anlamlı olduğunu göstermiştir. Özellikle ilk atak psikoz hastalarının dahil edildiği prospektif izlem çalışmalarında tedavisiz psikoz süresinin kısa oluşunun artmış semptomatik remisyon oranları ve daha yüksek işlevsellik skorları ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. [120, 121] Tedavisiz psikoz süresinin kısa olduğu hastalarda tedavi uyumunun yüksek olduğu, relaps ve hospitalizasyon sayılarının daha düşük olduğu ve bu hastalarda klinik seyrin daha olumlu ilerlediği belirtilmektedir. İlk atak psikoz hastalarında bu ilişki daha anlamlıdır. [66] Kronik şizofreni hastalarında yapılan çalışmalarda ise tutarsız sonuçlar bulunmuştur. [122] İlk atak psikoz hastalarında tedavi edilmemiş süre genellikle günler ve haftalarla sınırlı kalırken; kronik şizofreni hastalarında bu sürenin aylar ve hatta yıllarla belirtilen şekilde daha uzun olabilmesi, semptomların başlangıç zamanının hasta ve yakınları tarafından doğru değerlendirilememesi, hastalık süresinin uzaması ile işlevselliği etkileyen diğer klinik parametrelerin daha belirleyici olabilmesi ve tedavisiz psikoz süresinin işlevsellik üzerindeki etkisinin azalabilmesi gibi nedenler bu

tutarsız sonuçlara yol açabilir. Çalışmamıza dahil edilen hastaların kronik şizoreni ve şizoaffektif bozukluk hastaları olması nedeniyle tedavisiz psikoz süresinin işlevsellik üzerindeki etkisi sınırlı düzeyde kalmış olabilir.

Çalışmaya dahil edilen 41 hastanın 21'inde (%51,2) eşlik eden tıbbi hastalıkların olduğunu saptadık. Tıbbi komorbidite yaygınlığı ile ilgili yapılmış çalışmalarda bu oran %40-45 olarak belirtilmiş olup çalışmamızda saptadığımız oran bu çalışmalarda belirtilenlerden hafifçe yüksek bulunmuştur. [123] Çalışmamızda medikal komorbidite varlığı araştırmacı tarafından yapılan klinik sorgulama ile değerlendirilmiştir. Fizik muayene, laboratuvar bulguları gibi nesnel ölçümlerin yapılamaması hastaların öznel fiziksel yakınmalarının da fiziksel hastalık olarak değerlendirilmesine yol açarak oranların daha yüksek saptanması ile sonuçlanmış olabilir.

Komorbid tıbbi hastalığın eşlik ettiği hasta grubunda PSP skorları eşlik etmeyen hasta grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha düşük bulunmuştur. Bu sonuç literatürde komorbid tıbbi hastalığın işlevsellik üzerine etkisini spesifik olarak araştıran az sayıda çalışmada saptanmış sonuçlardan farklılık göstermektedir. Friedman ve arkadaşları 124 geriatrik şizofreni hastasını 4 yıl boyunca izlemişler, izlem boyunca değişen fiziksel sağlık durumunun günlük yaşam aktiviteleri üzerine etkisini incelemişlerdir. Hem ilk değerlendirmede hem de izlem sonrasındaki medikal hastalık sayısının işlevsellik durumu üzerinde prediktör bir faktör olmadığını belirtmişlerdir. [124]

Chwastiak ve arkadaşları tarafından yapılan CATIE çalışmasına dahil olmuş 1424 şizofreni hastasının verilerinin kullanıldığı kesitsel bir çalışmada eşlik eden tıbbi hastalıklar kötü bilişsel işlevsellik ve daha yoğun depresif semptomlarla anlamlı olarak ilişkili bulunmuşken; psikososyal işlevsellik üzerinde etkisinin zayıf olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada medikal komorbidite değerlendirilirken hem fiziksel hastalıkların sayısı göz önünde bulundurulmuş; hem de fiziksel hastalıklar yapılandırılmış ölçeklerle sorgulanmıştır. Tıbbi komorbidite ile psikososyal işlevsellik arasındaki zayıf korelasyon, hastaların tıbbi hastalığa sahip olmasa bile büyük bir kısmının işlevselliğinin kötü olduğu, mevcut psikiyatrik hastalığın primer etkisi nedeni ile bozulan işlevselliğin tıbbi hastalıklarla daha kötü etkilenemeyebileceği ile açıklanmıştır. [24] Benzer biçimde çalışmamızda komorbid tıbbi hastalığa sahip hasta grubunda saptanan daha yüksek işlevsellik kaybının temel sebebinin

psikiyatrik hastalığın birincil etkisine mi yoksa komorbid tıbbi hastalığa mı bağlı olduğunun ayrımını yapmak güçtür.

Eşlik eden tıbbi hastalıkların varlığı ve işlevsellik arasındaki doğrusal ilişkiye dair literatürdeki veriler sınırlı olsa da, tıbbi hastalıkların varlığının hastaların yaşam kalitesini kötüleştirdiği, nörokognitif fonksiyonlarını olumsuz etkilediği, primer psikiyatrik hastalığın seyrini kötüleştirdiği, ilaç uyumunu zorlaştırdığı bilinmektedir. Bir çalışmada komorbid medikal hastalığı olan bireylerde psikotik belirtilerin artmasına bağlı hospitalizasyon sıklığının arttığı belirtilmiştir. [125] Komorbid tıbbi hastalıkların yol açtığı bu olumsuz sonuçlar nedeniyle işlevsellik kaybı yaratması beklenen bir bulgudur. [95]

Çalışmamızda uzun etkili depo antipsikotik kullanımı ile işlevsellik skorları arasında ters yönlü anlamlı bir ilişki; depo antipsikotik kullanımı ile hem hastaneye toplam yatış sayısı hem de son 10 yıldaki hastaneye yatış sayısı arasında aynı yönde anlamlı bir ilişki saptadık. Bu sonuç, depo antipsikotik kullanımının oral antipsikotik tedaviye oranla şizofreni hastalarında ilaç uyumunu daha iyi sağladığı, tedavi uyumunun relaps, acil servis başvuruları ve hospitalizasyon sayısını azaltarak hastaların yaşam kalitesi ve işlevsellikleri üzerinde daha olumlu sonuçlar oluşturduğu şeklinde olan mevcut literatür bilgisi ile çelişkili bulunmuştur. [126-128] İlgili literatür gözden geçirildiğinde özellikle ikinci kuşak depo antipsikotikleri gerek plasebo ile karşılaştıran çalışmalarda, gerekse oral tedavi ile stabilizasyon sağlanamayan şizofreni hastalarının dahil edildiği çalışmalarda, depo antipsikotiklerin yaşam kalitesi ve işlevselliği iyileştirmede daha etkili bulunduğu görülmektedir.[129] Uluslararası, çok merkezli, prospektif, gözlemsel bir çalışma olan eSTAR (The Electronic Schizophrenia Treatment Adherence Registry) çalışmasında 1659 şizofreni ve şizoaffektif bozukluk hastasının tedaviyi bırakma ve hospitalizasyon oranları, işlevsellik ve tedavi maliyeti verileri sunulmuştur. Bu çalışmada oral antipsikotik tedaviden depo antipsikotik tedaviye geçişin 12. ayında yapılan değerlendirmede, hastaneye yatış gerektirmeme ve relaps yaşamama açısından depo antipsikotikler lehine anlamlı fark saptanmıştır. 24. ayda bu farkın korunduğu, hastaların GAF puanlarının işlevsellik puanlarının depo antipsikotik kullananlarda anlamlı şekilde daha yüksek olduğu belirtilmiştir. [130, 131] Bu çalışma ve benzer sonuçlar saptayan çalışmaların genellikle nonrandomize, prospektif izlem çalışmaları olduğu dikkat çekmektedir. Rosenheck ve arkadaşları tarafından yapılan 369 şizofreni hastasının dahil edildiği prospektif, randomize bir izlem çalışmasında 2. yılın sonunda yapılan değerlendirmede depo antipsikotik tedavi ve

oral antipsikotik kullanan gruplar arasında hastaneye yatış oranları, psikiyatrik semptomlar, yaşam kalitesi ve psikososyal işlevsellik açısından anlamlı fark saptanmamıştır.[132] Benzer şekilde depo antipsikotikler ve oral antipsikotikler açısından fark saptanmayan randomize kontrollü çalışmalar mevcuttur. [133, 134] Kane ve arkadaşları tarafından yapılan, depo antipsikotik çalışmaların metodolojilerinin değerlendirildiği bir derlemede bu farklılığın randomize kontrollü çalışmalarda, her iki grup için de çalışma koşulları içerisinde daha denetimli koşulların sağlandığı, hem oral antipsikotik kullanan hem de depo antipsikotik kullanan hastaların tedaviye daha uyumlu olmaya eğilimli olduğu, bunun da klinik pratikteki sonuçlardan farklı sonuçlar doğurabileceği belirtilmiştir. [135, 136] Literatürde depo antipsikotik kullanan hastalarda hospitalizasyon sayısının daha fazla olduğu ve işlevsellik skorlarının daha düşük olduğu başka bir çalışma saptamadık. Bizim çalışmamızda elde ettiğimiz bu sonucun nedeni klinik prognozu ve işlevselliği kötü olan, hastaneye yatış sayısı fazla olan hasta grubunda depo antipsikotik kullanımının tercih edilmesi olabilir. Uzun etkili depo antipsikotiklerin daha çok tedavi uyumu bozuk, relaps sayısı fazla, daha dezorganize olan hastalarda tercih edildiği bilinmektedir. [137] Çalışmamızın kesitsel olması, hastaların ne kadar süredir depo antipsikotik kullanımının bilinmemesi de sonuçları etkileyen bir faktör olabilir.

Çalışmamızda hastaların algılanan sosyal destek düzeyini Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (MSPSS) ile değerlendirdik. MSPSS totlam skoru, arkadaş alt ölçeği ve özel insan alt ölçeği ile PSP skoru arasında anlamlı bir ilişki saptandı. MSPSS aile alt ölçeği ile PSP skoru arasında ilişki saptanmakla birlikte bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildi. Literatürde şizofreni hastalarında sosyal destek ve psikososyal işlevsellik ilişkisini spesifik olarak inceleyen sınırlı sayıda çalışma bulunmakla birlikte bulduğumuz sonuçları destekleyen bulgular mevcuttur. Mas-Exposito ve arkadaşlarının Fonksiyonel Sosyal Destek Ölçeği geçerlilik güvenirlik çalışmasında şizofreni hastaları 1 yıl süreyle izlenmiş, algılanan sosyal desteği yüksek olan hastaların daha iyi yaşam kalitesine sahip olduğu ve genel işlevsellik düzeyinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir. [84] Çin'de yapılan geniş örneklemli bir çalışmada ilk atak psikoz ve kronik şizofreni hastaları karşılaştırılmıştır. Şizofreni hastalarında ilk atak hastalara göre algılanan sosyal desteğin daha düşük olduğu, bu hastalarda günlük yaşam aktivitelerinin ve özyeterliliğin daha sınırlı olduğu belirtilmiştir. [85] Diğer bir çalışmada ise sosyal destek düzeyi sübjektif yaşam kalitesi ve çalışabilme ile anlamlı ilişkili bulunmuştur. [86]

Kişilerin sosyal destek kaynaklarını başta aileleri olmak üzere, arkadaşları, akrabaları, komşuları, öğretmenleri oluşturur. Ailenin sağladığı sosyal destek ve hastalık hakkındaki inanç ve tutumlarının hastaların ilaç uyumu ve klinik prognoz üzerinde önemli ölçüde etkili olduğu bilinmektedir. Ülkemizin de içinde bulunduğu doğu toplumlarında hastaların büyük bir kısmının aileleri ile birlikte yaşamaktadır. Bu durum hastaların en çok sosyal iletişimde bulunduğu grup olarak en önemli sosyal destek kaynağını ailelerin oluşturması ile sonuçlanır. [138, 139] Çalışmamızda da MSPSS puan ortalamaları değerlendirildiğinde en yüksek puan MSPSS aile alt ölçeği (18,55) olarak saptanmıştır. Bunu arkadaş (11,68) ve özel insan (9,61) alt ölçekleri izlemektedir. Hastaların sosyal destek kaynakları içinde en büyük desteği ailelerinden görmelerine rağmen aile desteğinin işlevsellikle ilişkisi anlamlı düzeyde saptanmamıştır. Bu durum ülkemizin kültürel yapısı gereği aile bağlarının sıkı olması, kişisel işlevsellik iyi olmasa dahi hastaların en yakın duygusal bağlarını aileleri ile kurması ile açıklanabilir. Hastaların arkadaş ve özel bir insan gibi aile bireyleri dışındaki kişilerle de sosyal ilişki kurabilmesi dolaylı olarak psikososyal işlevselliğinin de daha yüksek olması şeklinde yorumlanabilir. Çalışmamızla benzer şekilde bir çalışmada aile desteği algısı açısından hasta ve kontrol grupları arasında fark bulunmamıştır. Arkadaş ile ilgili algılanan sosyal destek, hasta gruplarında kontrol grubundan anlamlı olarak düşük saptanmıştır. Bu çalışmada saptanan aile desteğinin tüm gruplarda benzer oranlarda bulunması, ailelerin tanıdan bağımsız şekilde sosyal destek kaynağı oluşturduğunu göstermektedir. [22]

Hastalarımızda ilaç tedavisine karşı olumlu tutumun daha yüksek psikososyal işlevsellikle ilişkili olduğunu saptadık. İçgörü, belirtiler konusundaki farkındalık, hastanın genel işlevsellik düzeyi, hastalığın seyri ve yan etkiler şizofreni hastalarında ilaca yönelik tutumu etkileyen faktörlerdir. İlaca yönelik negatif tutum daha düşük bilişsel ve sosyal işlevsellikle ilişkili bulunmuştur. [140]

Şizofreni hastalarının ilaç tedavisine yönelik tutumlarının ilaç uyumu için önemli bir gösterge olduğu, olumlu ilaç tutumunun hastanın tedavi iş birliğini arttırdığı belirtilmiştir. Çalışmamızda ilaç tutumunu değerlendirmek için kullandığımız DAI'yi geliştiren Hogan ve arkadaşları, hastaların ilaç tutumlarına göre tedaviye uyumlu/uyumsuz olarak sınıflandırılabileceğini ileri sürmüşlerdir. [101] Düzenli tedavi kullanımının daha olumlu klinik sonuçlar, daha düşük relaps ve hospitalizasyon oranları, daha yüksek yaşam kalitesi, daha yüksek psikososyal işlevsellikle sonuçlandığı belirtilmektedir. [19] Cortesi ve

arkadaşları tarafından 661 şizofreni hastasının dahil edildiği longitudinal naturalistik bir izlem çalışmasında, hastaların tedaviye uyum ve sürekliliğinin olumlu prognoz ve yüksek sosyal işlevsellikle ilişkili olduğu bildirilmiştir. [141] Weiss ve arkadaşları yaptıkları kesitsel çalışmada ilaca olumlu tutum gösteren hastaların daha tedaviyi daha düzenli kullandıklarını ve bu hastalarda global işlevsellik ölçeği puanlarının daha yüksek saptandığını belirtmişlerdir. [142] Bu literatür ışığında olumlu ilaç tutumunun düzenli tedavi kullanımı için önemli bir parametre olduğu ve bu sonucun hastaların işlevselliğini olumlu etkilediği söylenebilir. Biz çalışmamızda ilaç uyumu ve tedavi işbirliğinin göstergesi olarak ilaç tutumunu ele aldık fakat hastaların tedavilerini ne düzeyde düzenli kullandıkları, düzenli ilaç kullanımımı etkileyen diğer faktörler ve hastalarla ne düzeyde yeterli tedavi işbirliği kurulabildiği gibi parametreler de ilaca yönelik tutumlar kadar belirleyicidir. [78]

Çalışma grubunda incelediğimiz diğer bir parametre olan WHOQOL-BREF yaşam kalitesi puanları, şizofreni ve şizofreni spektrum bozukluğu hastalarında yaşam kalitesinin değerlendirildiği diğer çalışmalarda saptanan puanlarla benzer bulunmuştur. Saptanan puanların genel toplum ortalamalarından daha düşük olduğu bu çalışmalarda belirtilmiştir. [73]

Şizofreni, bireylerin yaşam kalitesini etkileyen ciddi bir psikiyatrik hastalıktır. Psikososyal işlevsellik düzeyini etkileyen sosyodemografik ve klinik pek çok değişkenin yaşam kalitesi için ortak prediktörler olduğu belirtilmektedir. Psikososyal işlevsellik ve yaşam kalitesi bu bağlamda ortaklığı olan ve pek çok çalışmada birbirinin yerine kullanılan kavramlardır. Çalışmamızda hastalarımızın WHOQOL-Bref-TR yaşam kalitesi ölçeği puanları ile PSP puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptadık. Bu ilişki WHOQOL-Bref-TR ölçeğinin bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alt ölçeklerinin hepsi için anlamlı bulundu. Literatürde işlevsellik ve yaşam kalitesi arasındaki korelasyonu saptayan çalışmalar çoğunlukta olmakla birlikte [143, 144], bir çalışmada yaşam kalitesi ve psikososyal işlevsellik ölçekleri arasında anlamlı ilişki saptanmamış ve bu iki kavramın ayrı ayrı ele alınmasının gerektiği belirtilmiştir. [145]

Hastalarımızın %63'ünde 2 ya da daha fazla ilaç kullanımı mevcuttu. %48,8'inde depo antipsikotik kullanımının, %29,3'ünde ise klozapin kullanımının olduğu saptandı. Depo antipsikotik kullanan ve kullanmayan hasta grupları arasında kullanılan ilaç sayısı bakımından

anlamlı fark saptanmadı. Benzer şekilde klozapin kullanan ve kullanmayan hasta grupları arasında da kullanılan ilaç sayısı bakımından anlamlı fark saptanmadı.

2 ya da daha fazla antipsikotik kullanan ve depo antipsikotik kullanımı olan hastaların hem yaşam boyu hem de son 10 yıldaki hastaneye yatış sayıları anlamlı olarak yüksek saptandı.

Antipsikotik polifarmasisi 2 ya da daha fazla antipsikotiğin bir arada kullanımı olarak tanımlanmaktadır. Bölgelere göre değişmekle birlikte tüm dünyada yaygınlığı 12.9%–35.0% olarak belirtilmiştir.[146] Antipsikotik polifarmasisinin nedenleri arasında çapraz geçiş, etkinliği arttırma ya da hızlandırma amacı, farklı semptomlara yönelik ekleme tedavileri, komorbid durumların tedavisi, ilk antipsikotiğe bağlı yan etkilerin azaltılması amacı, farklı uygulama biçimleri (oral/intramuskuler), hastanın birden çok merkezde tedavi görüyor olması, hastanın/ailesinin seçimleri olarak sıralanabilir. [147] Antipsikotik polifarmasisi ile ilişkili faktörlerin çoğu hastalığın şiddetine dikkat çekmektedir. Hospitalizasyon sayısı da bu faktörlerden biri olup daha çok hastaneye yatan hastalarda birden çok antipsikotik ilaç kullanma eğiliminin olduğu çeşitli çalışmalarda belirtilmiştir. [148, 149] Çalışmamızda saptadığımız bir diğer bulgu da kullanılan antipsikotik sayısı ile işlevsellik düzeyi arasında saptadığımız negatif korelasyondur. Bu bulgu da çoklu antipsikotik kullanan hastaların hastalık şiddeti ve yükününün daha fazla olduğu ve bu hastalarda işlevselliğin daha kötü olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Depo antipsikotik kullanan hastalarda kullanmayanlara göre, klozapin kullanan hastalarda kullanmayanlara göre son 10 yılda metabolik bozukluk gelişme oranlarını anlamlı olarak daha yüksek saptadık. Kullanılan antipsikotik sayısı ile metabolik bozukluk gelişme durumu arasında aynı yönlü anlamlı bir ilişki saptadık.

Çalışmamızda “metabolik bozukluk” olarak tanımladığımız hastalıklar diyabet, hipertansiyon ve hiperlipidemidir. Hastaların metabolik bozukluk tanıları kendi beyanları ve ilgili hastalıkla ilgili ilaç tedavilerine bakılarak değerlendirilmiş olup metabolik sendrom tanı kriterlerine göre değerlendirme yapılmamıştır. Uluslararası Diyabet Federasyonu’nun metabolik sendrom tanı kriterlerine göre değerlendirilen parametreler açlık kan şekeri, kan basıncı ve lipid değerlerini içermektedir. Bu bağlamda metabolik bozukluk olarak

tanımladığımız hastalıkların metabolik sendrom ile benzer sonuçları göstereceği beklenmektedir.

İlgili literatür gözden geçirildiğinde ikinci kuşak antispsikotik kullanımının metabolik sendrom ve kardiyovasküler hastalık gelişimi açısından riskli olduğu belirtimiştir. İkinci kuşak antipsikotiklerin metabolik sendrom geliştirme riski açısından karşılaştırıldığı çalışmalarda klozapin ve olanzapin ile riskin daha yüksek olduğu bildirilmektedir. [150] Hirsch ve arkadaşları tarafından yayınlanan güncel bir gözden geçirmede ikinci kuşak antipsikotikler metabolik yan etkileri açısından karşılaştırılmıştır. Özellikle klozapin kilo alımı, dislipidemi, bozulmuş açlık glukozu ve tip-2 diyabet insülin direnci, hipertansiyon ile yüksek düzeyde ilişkili bulunmuştur. [151]

Literatürde depo antipsikotik kullanımının metabolik bozukluk gelişimi açısından risk oluşturduğuna ilişkin veriye rastlanmamıştır. Tek antipsikotik ilaç kullanımı ya da çoklu antipsikotik ilaç kullanımı ile metabolik sendrom ilişkisi hakkında yayınlar arasında çelişkiler vardır. Bazı araştırmalarda ilişki bulunmazken bazı araştırmalar çoklu antipsikotik kullanımının metabolik sendrom riskini arttırdığını göstermektedir. Corell ve arkadaşları tarafından 364 hastalık bir örneklemde yapılan çalışmada, çoklu antipsikotik kullanan hasta grubunda tek bir antipsikotik kullanan hasta grubuna göre insülin direnci, lipid belirteçleri ve metabolik sendrom sıklığı anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada antipsikotik polifarmasisi alan hasta grubunda hem tipik hem de atipik antipsikotiklerin çeşitli kombinasyonlarla kullanıldığı belirtilmiştir. [152]

Depo antipsikotik kullanımı ve metabolik bozukluk gelişmesi arasında saptadığımız anlamlı sonuç; hastaların depo antipsikotik tedaviyi ne kadar süredir kullandığı veya öncesinde kullandığı ilaç tedavileri hakkında bilgi sahibi olmamamız nedeni ile nedensellik ilişkisi kurmak için yeterli olmayabilir. Uzun etkili depo antipsikotiklerin daha çok tedavi uyumu bozuk, relaps ve hospitalizasyon sayısı yüksek daha şiddetli hastalık belirtileri olan hasta grubunda tercih edildiği düşünüldüğünde, bu hasta grubunda depo antipsikotik ilaç kullanımı öncesinde çok sayıda antipsikotik tedavinin kullanılmış olabileceği, hastaların bu tedavilerin olası yan etkilerine daha çok maruz kalabileceği, bu bağlamda mevcut metabolik komplikasyonların primer sebepinin depo antipsikotik kullanımına atfedilemeyebileceği düşünülebilir.

6. KISITLILIKLAR

Çalışmamızın başlıca kısıtlılığı tıbbi kayıtlardaki iletişim bilgilerinin yetersiz oluşu nedeniyle hedeflenen örneklemin ancak üçte birine ulaşılabilmesidir. Örneklem sayısındaki azlık sonuçların homojenitesini etkileyebilir. Hipotezlerimizde tanımlanan sosyodemografik değişkenler ile işlevsellik düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmaması örneklem kısıtlılığının bir sonucu olabilir.

Çalışmada klinik görüşme ve özbildirim ölçeği olmayan ölçeklerin tek araştırmacı tarafından uygulanması, yanlılık oluşturarak sonuçları etkileme riski taşımakta ve bu durum çalışmamızdaki kısıtlılıklardan biri olarak kabul edilebilir.

Çalışmada hastalık öyküsü ile ilgili klinik verilerin hastalardan hatırlama usulü ile elde edilmesi ve bu nedenle elde edilen verilerin doğru hatırlanamaması sebebiyle eksik ya da yanlış olabilmesi sonuçları etkileyebilir.

Hastaların indeks yatış dönemindeki dosya kayıtlarında işlevsellik düzeyini gösteren psikometrik verilerin sınırlı olması nedeni ile işlevsellik düzeyi kesitsel olarak güncel verilerle değerlendirilmiştir. 10 yıl içerisinde hastaların işlevselliklerinin ne kadar bozulduğunun değerlendirilememesi diğer bir kısıtlılıktır.

7. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızın en dikkate değer sonucu 10 yıllık süre sonrasında saptadığımız ölüm oranıdır. Şizofrenide yaşam süresi kısalmakta ve ölüm riski artmaktadır. Önlenebilir ölüm nedenlerinin saptanması amacıyla ülkemizde mortalite riski ile ilgili yapılacak daha geniş örneklemli epidemiyolojik çalışmalara ihtiyaç vardır.

İşlevselliği kötü, hastalık şiddeti yüksek hastalarda depo antipsikotik kullanımı ve polifarmasi eğilimi artmıştır. Bu hastalarda metabolik komplikasyonlar daha fazla görülmektedir. Hastalarda ilaç seçimi yapılırken işlevselliğin göz önünde bulundurulması, bununla birlikte metabolik yan etkilerin izlenmesi bu açıdan önemlidir.

Şizofreni ve şizoaffektif bozukluk hastalarında psikososyal işlevsellik belirgin şekilde bozulmuştur. Psikososyal işlevselliğin arttırılması günümüzde etkin tedavi stratejilerinin geliştirilmesinde vazgeçilmez bir öneme sahiptir. Bu öncelikle psikososyal işlevselliği etkileyen faktörlerin araştırılması ile mümkün olabilir. Çalışmamızda saptanan tedavi işbirliği, eşlik eden tıbbi hastalıklar ve sosyal destek gibi faktörler psikososyal işlevselliğin arttırılması açısından önem taşımaktadır.

KAYNAKLAR

1. Kawata, A.K. and D.A. Revicki, *Psychometric properties of the Personal and Social Performance scale (PSP) among individuals with schizophrenia living in the community.* Qual Life Res, 2008. **17**(10): p. 1247-56.
2. Priebe, S., *Social outcomes in schizophrenia.* The British Journal of Psychiatry, 2007. **191**(S50): p. s15-s20.
3. Ulloa, R.E., et al., *Validity and reliability of the Spanish version of the Personal and Social Performance scale in adolescents with schizophrenia.* Schizophr Res, 2015. **164**(1-3): p. 176-80.
4. Spellmann, I., et al., *One-year functional outcomes of naturalistically treated patients with schizophrenia.* Psychiatry Res, 2012. **198**(3): p. 378-85.
5. Andreasen, N.C., et al., *Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus.* Am J Psychiatry, 2005. **162**(3): p. 441-9.
6. Boden, R., et al., *Association between symptomatic remission and functional outcome in first-episode schizophrenia.* Schizophr Res, 2009. **107**(2-3): p. 232-7.
7. Helldin, L., et al., *Remission in prognosis of functional outcome: a new dimension in the treatment of patients with psychotic disorders.* Schizophr Res, 2007. **93**(1-3): p. 160-8.
8. Lambert, M., et al., *Establishing remission and good clinical functioning in schizophrenia: predictors of best outcome with long-term risperidone long-acting injectable treatment.* Eur Psychiatry, 2010. **25**(4): p. 220-9.
9. Karow, A., et al., *Remitted but still impaired? Symptomatic versus functional remission in patients with schizophrenia.* Eur Psychiatry, 2012. **27**(6): p. 401-5.
10. Valencia, M., et al., *Predicting functional remission in patients with schizophrenia: a cross-sectional study of symptomatic remission, psychosocial remission, functioning, and clinical outcome.* Neuropsychiatr Dis Treat, 2015. **11**: p. 2339-48.
11. Suttajit, S., et al., *Psychosocial functioning in schizophrenia: are some symptoms or demographic characteristics predictors across the functioning domains?* Neuropsychiatr Dis Treat, 2015. **11**: p. 2471-7.
12. Rabinowitz, J., et al., *Negative symptoms have greater impact on functioning than positive symptoms in schizophrenia: analysis of CATIE data.* Schizophr Res, 2012. **137**(1-3): p. 147-50.

13. Ventura, J., et al., *Symptoms as mediators of the relationship between neurocognition and functional outcome in schizophrenia: a meta-analysis.* Schizophr Res, 2009. **113**(2-3): p. 189-99.
14. Racenstein, J.M., et al., *The relationship between positive symptoms and instrumental work functioning in schizophrenia: a 10 year follow-up study.* Schizophr Res, 2002. **56**(1-2): p. 95-103.
15. Ran, M.S., et al., *Marriage and outcomes of people with schizophrenia in rural China: 14-year follow-up study.* Schizophr Res, 2017. **182**: p. 49-54.
16. *Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL).* Qual Life Res, 1993. **2**(2): p. 153-9.
17. Medici, C.R., et al., *Quality of life and clinical characteristics in a nonselected sample of patients with schizophrenia.* Int J Soc Psychiatry, 2016. **62**(1): p. 12-20.
18. Xavier, M., et al., *Implementing the World Mental Health Survey Initiative in Portugal - rationale, design and fieldwork procedures.* Int J Ment Health Syst, 2013. **7**(1): p. 19.
19. Canas, F., et al., *Improving treatment adherence in your patients with schizophrenia: the STAY initiative.* Clin Drug Investig, 2013. **33**(2): p. 97-107.
20. Coldham, E.L., J. Addington, and D. Addington, *Medication adherence of individuals with a first episode of psychosis.* Acta Psychiatr Scand, 2002. **106**(4): p. 286-90.
21. Ascher-Svanum, H., et al., *Medication adherence and long-term functional outcomes in the treatment of schizophrenia in usual care.* J Clin Psychiatry, 2006. **67**(3): p. 453-60.
22. Muslu, S., *Şizofrenide sosyal desteğin ve aile tutumunun hastanın tedaviye uyumu üzerindeki etkisinin araştırılması.* Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2010.
23. Lambert, T.J., D. Velakoulis, and C. Pantelis, *Medical comorbidity in schizophrenia.* Med J Aust, 2003. **178 Suppl**: p. S67-70.
24. Chwastiak, L.A., et al., *Interrelationships of psychiatric symptom severity, medical comorbidity, and functioning in schizophrenia.* Psychiatr Serv, 2006. **57**(8): p. 1102-9.
25. Şükrü, E., *Şizofreni*. 1998, İstanbul Okyanus Yayınları. 6-21
26. R., A., *Psikozlar* 1955, Ankara Örnek Matbaası. 294.
27. Redlich, F.C. and D.X. Freedman, *The theory and practice of psychiatry.* 1966.

28. Öztürk, O. and A. Uluşahin, *Ruh sağlığı ve bozuklukları.(14. Basım).* Ankara: Nobel Tıp Kitapevi, 2015.
29. Bleuler, E., *[Dementia praecox or the group of schizophrenias]*. Vertex, 2010. **21**(93): p. 394-400.
30. Jablensky, A., *The diagnostic concept of schizophrenia: its history, evolution, and future prospects.* Dialogues Clin Neurosci, 2010. **12**(3): p. 271-87.
31. Whiteford, H.A., et al., *Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010.* Lancet, 2013. **382**(9904): p. 1575-86.
32. Tsuang, M.T., M. Tohen, and P. Jones, *Textbook of psychiatric epidemiology*. 2011: John Wiley & Sons.
33. Kirkbride, J.B., et al., *Heterogeneity in incidence rates of schizophrenia and other psychotic syndromes: findings from the 3-center AeSOP study.* Arch Gen Psychiatry, 2006. **63**(3): p. 250-8.
34. Aleman, A., R.S. Kahn, and J.P. Selten, *Sex differences in the risk of schizophrenia: evidence from meta-analysis.* Arch Gen Psychiatry, 2003. **60**(6): p. 565-71.
35. Binbay, T., et al., *[The psychosis epidemiology in Turkey: a systematic review on prevalence estimates and admission rates]*. Turk Psikiyatri Derg, 2011. **22**(1): p. 40-52.
36. McGrath, J., et al., *Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality.* Epidemiol Rev, 2008. **30**: p. 67-76.
37. McGrath, J., et al., *A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology.* BMC Med, 2004. **2**: p. 13.
38. Soygür, H., et al., *Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar. 1.* Baskı. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2007. **500**.
39. Işık, E., *Güncel şizofreni*. 2006: Erdal Işık.
40. Agerbo, E., et al., *Marital and labor market status in the long run in schizophrenia.* Arch Gen Psychiatry, 2004. **61**(1): p. 28-33.
41. Soygür H, A.K., Atbaşoğlu EC, Herken H (Ed.) (2007) Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları. .
42. Cantor-Graae, E. and J.P. Selten, *Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review.* Am J Psychiatry, 2005. **162**(1): p. 12-24.

43. Öztürk O, U.A., (2016) Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 14. Baskı, Bayt yayın hizmetleri, Ankara. .
44. Freedman, R., et al., *Evidence for the multigenic inheritance of schizophrenia.* Am J Med Genet, 2001. **105**(8): p. 794-800.
45. Işık, E.G.Ş.A.F.M., 2006.
46. Köroğlu E, G.C.P.T.K.A., HYB Basım Yayın, 2007. .
47. Waldo, M.C., et al., *Familial transmission of risk factors in the first-degree relatives of schizophrenic people.* Biol Psychiatry, 2000. **47**(3): p. 231-9.
48. Kotlicka-Antczak, M., et al., *Obstetric complications and Apgar score in early-onset schizophrenic patients with prominent positive and prominent negative symptoms.* J Psychiatr Res, 2001. **35**(4): p. 249-57.
49. Karakuş, G., Y. Kocal, and D. Sert, *Şizofreni: Etyoloji, Klinik Özellikler ve Tedavi.* Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. **26**(2): p. 251-267.
50. Köroğlu, E., C. Güleç, and S. Şenol, *Psikiyatri temel kitabı.* Baskı. Ankara: HYB Basım Yayın, 2007. **273**.
51. McGrath, J.J., *Myths and plain truths about schizophrenia epidemiology--the NAPE lecture 2004.* Acta Psychiatr Scand, 2005. **111**(1): p. 4-11.
52. Köroğlu, E., *DSM-IV-TR tanı ölçütleri başvuru el kitabı.* Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2001.
53. Örgütü, D.S., *1CD-10 Ruhsal ve davranışsal bozukluklar sınıflandırması: Klinik tanımlamalar ve tanı kılavuzu.* Öztürk MO (çev. Ed.). Ankara: Medikomat, 1993.
54. Watt, D.C., K. Katz, and M. Shepherd, *The natural history of schizophrenia: a 5-year prospective follow-up of a representative sample of schizophrenics by means of a standardized clinical and social assessment.* Psychol Med, 1983. **13**(3): p. 663-70.
55. Herz, M.I., et al., *A program for relapse prevention in schizophrenia: a controlled study.* Arch Gen Psychiatry, 2000. **57**(3): p. 277-83.
56. Kaplan, H.I. and B.J. Sadock, *Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences clinical psychiatry*. 1988: Williams & Wilkins Co.
57. Burns, T. and D. Patrick, *Social functioning as an outcome measure in schizophrenia studies.* Acta Psychiatr Scand, 2007. **116**(6): p. 403-18.
58. Figueira, M.L. and S. Brissos, *Measuring psychosocial outcomes in schizophrenia patients.* Curr Opin Psychiatry, 2011. **24**(2): p. 91-9.

59. Stanghellini, G. and M. Ballerini, *Values in persons with schizophrenia.* Schizophr Bull, 2007. **33**(1): p. 131-41.
60. Nasrallah, H.A., et al., *Defining and measuring clinical effectiveness in the treatment of schizophrenia.* Psychiatr Serv, 2005. **56**(3): p. 273-82.
61. Friedman, J.I., et al., *Six-year follow-up study of cognitive and functional status across the lifespan in schizophrenia: a comparison with Alzheimer's disease and normal aging.* Am J Psychiatry, 2001. **158**(9): p. 1441-8.
62. Carmona, V.R., et al., *Employment outcomes for people with schizophrenia spectrum disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials.* Int J Occup Med Environ Health, 2017. **30**(3): p. 345-366.
63. Abdel-Baki, A., et al., *Schizophrenia, an illness with bad outcome: myth or reality?* Can J Psychiatry, 2011. **56**(2): p. 92-101.
64. Verma, S., et al., *Symptomatic and functional remission in patients with first-episode psychosis.* Acta Psychiatr Scand, 2012. **126**(4): p. 282-9.
65. Addington, J., H. Saeedi, and D. Addington, *Facial affect recognition: a mediator between cognitive and social functioning in psychosis?* Schizophr Res, 2006. **85**(1-3): p. 142-50.
66. Robinson, D.G., et al., *Symptomatic and functional recovery from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder.* Am J Psychiatry, 2004. **161**(3): p. 473-9.
67. Bobes, J., et al., *Recovery from schizophrenia: results from a 1-year follow-up observational study of patients in symptomatic remission.* Schizophr Res, 2009. **115**(1): p. 58-66.
68. Katschnig, H., *Methods for measuring social adjustment.* Methodology in evaluation of psychiatric treatment. Cambridge University Press, Cambridge, 1983: p. 205-218.
69. Lehman, A.F., *The effects of psychiatric symptoms on quality of life assessments among the chronic mentally ill.* Eval Program Plann, 1983. **6**(2): p. 143-51.
70. Lehman, A.F., N.C. Ward, and L.S. Linn, *Chronic mental patients: the quality of life issue.* Am J Psychiatry, 1982. **139**(10): p. 1271-6.
71. Orley, J. and W. Kuyken, *Quality of life assessment: international perspectives*. 1994: Springer.
72. Skantze, K., et al., *Comparison of quality of life with standard of living in schizophrenic out-patients.* Br J Psychiatry, 1992. **161**: p. 797-801.

73. Katschnig, H., *Schizophrenia and quality of life.* Acta Psychiatr Scand Suppl, 2000(407): p. 33-7.
74. Chou, C.Y., M.C. Ma, and T.T. Yang, *Determinants of subjective health-related quality of life (HRQoL) for patients with schizophrenia.* Schizophr Res, 2014. **154**(1-3): p. 83-8.
75. Pinho, L.G., A. Pereira, and C. Chaves, *Influence of sociodemographic and clinical characteristics on the quality of life of patients with schizophrenia.* Rev Esc Enferm USP, 2017. **51**: p. e03244.
76. Ritsner, M.S. and A. Grinshpoon, *Ten-Year Quality-of-Life Outcomes of Patients with Schizophrenia and Schizoaffective Disorders: The Relationship with Unmet Needs for Care.* Clin Schizophr Relat Psychoses, 2015. **9**(3): p. 125-34A.
77. Lauzier, S., et al., *Community pharmacy loyalty among individuals with schizophrenia.* Res Social Adm Pharm, 2013. **9**(6): p. 806-16.
78. Klingberg, S., et al., *Collaboration in outpatient antipsychotic drug treatment: analysis of potentially influencing factors.* Psychiatry Res, 2008. **161**(2): p. 225-34.
79. Brain, C., et al., *Drug attitude and other predictors of medication adherence in schizophrenia: 12 months of electronic monitoring (MEMS((R))) in the Swedish COAST-study.* Eur Neuropsychopharmacol, 2013. **23**(12): p. 1754-62.
80. Medina, E., et al., *Short-term clinical stability and lack of insight are associated with a negative attitude towards antipsychotic treatment at discharge in patients with schizophrenia and bipolar disorder.* Patient Prefer Adherence, 2012. **6**: p. 623-9.
81. Thompson, K., J. Kulkarni, and A.A. Sergejew, *Reliability and validity of a new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses.* Schizophr Res, 2000. **42**(3): p. 241-7.
82. McCabe, R., et al., *The therapeutic relationship and adherence to antipsychotic medication in schizophrenia.* PLoS One, 2012. **7**(4): p. e36080.
83. Mohamed, S., et al., *Cross-sectional and longitudinal relationships between insight and attitudes toward medication and clinical outcomes in chronic schizophrenia.* Schizophr Bull, 2009. **35**(2): p. 336-46.
84. Mas-Exposito, L., et al., *Validation of the modified DUKE-UNC Functional Social Support Questionnaire in patients with schizophrenia.* Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2013. **48**(10): p. 1675-85.

85. Mwansisya, T.E., et al., *Comparison of psychosocial determinants in inpatients with first-episode and chronic schizophrenia in china.* Arch Psychiatr Nurs, 2013. **27**(1): p. 32-41.
86. Ruesch, P., et al., *Occupation, social support and quality of life in persons with schizophrenic or affective disorders.* Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2004. **39**(9): p. 686-94.
87. Dongel, B.D., L. Tamam, and G. Kir, *Comorbid Medical Conditions in Schizophrenia/Sizofrenide Gorulen Tibbi Durumlar*. Psikiyatride Guncel Yaklasimlar/Current Approaches to Psychiatry, 2017. **9**(3): p. 363-379.
88. Emul, M. and T. Kalelioglu, *Etiology of cardiovascular disease in patients with schizophrenia: current perspectives.* Neuropsychiatr Dis Treat, 2015. **11**: p. 2493-503.
89. Meyer, J.M. and H.A. Nasrallah, *Medical illness and schizophrenia*. 2009: American Psychiatric Pub.
90. Correll, C.U., et al., *Effects of antipsychotics, antidepressants and mood stabilizers on risk for physical diseases in people with schizophrenia, depression and bipolar disorder.* World Psychiatry, 2015. **14**(2): p. 119-36.
91. Chafetz, L., et al., *The poor general health of the severely mentally ill: impact of schizophrenic diagnosis.* Community Ment Health J, 2005. **41**(2): p. 169-84.
92. Szaulinska, K., et al., *Obstructive sleep apnea in severe mental disorders.* Psychiatr Pol, 2015. **49**(5): p. 883-95.
93. Casadebaig, F., et al., *Schizophrenic patients: physical health and access to somatic care.* Eur Psychiatry, 1997. **12**(6): p. 289-93.
94. Nasrallah, H.A., et al., *Low rates of treatment for hypertension, dyslipidemia and diabetes in schizophrenia: data from the CATIE schizophrenia trial sample at baseline.* Schizophr Res, 2006. **86**(1-3): p. 15-22.
95. Dongel, B.D., et al. "Comorbid Medical Conditions in Schizophrenia/Sizofrenide Gorulen Tibbi Durumlar." Psikiyatride Guncel Yaklasimlar/Current Approaches to in Psychiatry 2017;9(3):363-378
96. Kinon, B.J., et al., *Prevalence of hyperprolactinemia in schizophrenic patients treated with conventional antipsychotic medications or risperidone.* Psychoneuroendocrinology, 2003. **28 Suppl 2**: p. 55-68.

97. Nishanth, K.N., et al., *Physical comorbidity in schizophrenia & its correlates.* Indian J Med Res, 2017. **146**(2): p. 281-284.
98. Morosini, P.L., et al., *Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning.* Acta Psychiatr Scand, 2000. **101**(4): p. 323-9.
99. Nasrallah, H., P. Morosini, and D.D. Gagnon, *Reliability, validity and ability to detect change of the Personal and Social Performance scale in patients with stable schizophrenia.* Psychiatry Res, 2008. **161**(2): p. 213-24.
100. Aydemir, Ö., et al., *Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği'nin Türkçe Sürümünün Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması.* Klinik Psikofarmakoloji Bulteni, 2009. **19**(2).
101. Hogan, T.P., A.G. Awad, and R. Eastwood, *A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity.* Psychol Med, 1983. **13**(1): p. 177-83.
102. Nielsen, R.E., et al., *DAI-10 is as good as DAI-30 in schizophrenia.* Eur Neuropsychopharmacol, 2012. **22**(10): p. 747-50.
103. Aydin, E., et al., *The validity and Reliability of the Turkish Version of Drug Attitude Inventory-10.* Noro Psikiyatr Ars, 2018. **55**(3): p. 238-242.
104. *The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization.* Soc Sci Med, 1995. **41**(10): p. 1403-9.
105. Eser, S.Y., et al., *Yaşam kalitesinin ölçülmesi.* WHOQOL-100 ve WHOQOL-Bref. 3P dergisi, 1999. **7**(2): p. 5-13.
106. Zimet, G.D., et al., *Psychometric characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support.* J Pers Assess, 1990. **55**(3-4): p. 610-7.
107. Eker, D., *Cok boyutlu algilanan sosyal destek olceginin gozden gecirilmis formunun faktor yapisi, gecerlik ve guvenirligi.* Turk Psikiyatri Dergisi, 2001. **12**: p. 17-25.
108. Kay, S.R., A. Fiszbein, and L.A. Opler, *The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia.* Schizophr Bull, 1987. **13**(2): p. 261-76.
109. Kostakoğlu AE, B.S., Tiryaki A, Göğüş A. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinin (PANSS) Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. Türk Psikoloji Dergisi 1999; 14: 23-32.
110. KALANLAR, B., *Türkiye'nin Yüzüncü Yılında Sağlık Sektörü, Mevcut Durum ve Öngörüler.* Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. **21**(3): p. 495-510.

111. Dean, C.E. and P.D. Thuras, *Mortality and tardive dyskinesia: long-term study using the US National Death Index.* Br J Psychiatry, 2009. **194**(4): p. 360-4.
112. Jeste, D.V., O.M. Wolkowitz, and B.W. Palmer, *Divergent trajectories of physical, cognitive, and psychosocial aging in schizophrenia.* Schizophr Bull, 2011. **37**(3): p. 451-5.
113. Saha, S., D. Chant, and J. McGrath, *A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time?* Arch Gen Psychiatry, 2007. **64**(10): p. 1123-31.
114. Brissos, S., et al., *The Portuguese version of the Personal and Social Performance Scale (PSP): reliability, validity, and relationship with cognitive measures in hospitalized and community schizophrenia patients.* Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2012. **47**(7): p. 1077-86.
115. Kurtz, M.M., *Symptoms versus neurocognitive skills as correlates of everyday functioning in severe mental illness.* Expert Rev Neurother, 2006. **6**(1): p. 47-56.
116. Milev, P., et al., *Predictive values of neurocognition and negative symptoms on functional outcome in schizophrenia: a longitudinal first-episode study with 7-year follow-up.* Am J Psychiatry, 2005. **162**(3): p. 495-506.
117. Rocca, P., et al., *Negative symptoms and everyday functioning in schizophrenia: a cross-sectional study in a real world-setting.* Psychiatry Res, 2014. **218**(3): p. 284-9.
118. Marder, S.R., J.M. Davis, and G. Chouinard, *The effects of risperidone on the five dimensions of schizophrenia derived by factor analysis: combined results of the North American trials.* J Clin Psychiatry, 1997. **58**(12): p. 538-46.
119. Rogers, E.S., et al., *Prediction of vocational outcome based on clinical and demographic indicators among vocationally ready clients.* Community Ment Health J, 1997. **33**(2): p. 99-112.
120. Malla, A.K., et al., *One year outcome in first episode psychosis: influence of DUP and other predictors.* Schizophr Res, 2002. **54**(3): p. 231-42.
121. Emsley, R., et al., *Remission in early psychosis: Rates, predictors, and clinical and functional outcome correlates.* Schizophr Res, 2007. **89**(1-3): p. 129-39.
122. Harvey, P.D., D.A. Loewenstein, and S.J. Czaja, *Hospitalization and psychosis: influences on the course of cognition and everyday functioning in people with schizophrenia.* Neurobiol Dis, 2013. **53**: p. 18-25.

123. Koran, L.M., et al., *Medical evaluation of psychiatric patients. I. Results in a state mental health system.* Arch Gen Psychiatry, 1989. **46**(8): p. 733-40.
124. Friedman, J.I., et al., *Correlates of change in functional status of institutionalized geriatric schizophrenic patients: focus on medical comorbidity.* Am J Psychiatry, 2002. **159**(8): p. 1388-94.
125. Boaz, T.L., et al., *Risk factors for early readmission to acute care for persons with schizophrenia taking antipsychotic medications.* Psychiatr Serv, 2013. **64**(12): p. 1225-9.
126. Cheung, S., et al., *Drug Utilization of Japanese Patients Diagnosed with Schizophrenia: An Administrative Database Analysis.* Clin Drug Investig, 2017. **37**(6): p. 559-569.
127. Viala, A., F. Cornic, and M.N. Vacheron, *Treatment adherence with early prescription of long-acting injectable antipsychotics in recent-onset schizophrenia.* Schizophr Res Treatment, 2012. **2012**: p. 368687.
128. Brugnoli, R., et al., *Model of Management (Mo.Ma) for the patient with schizophrenia: crisis control, maintenance, relapse prevention, and recovery with long-acting injectable antipsychotics (LAIs).* Riv Psichiatr, 2016. **51**(2): p. 47-59.
129. Montemagni, C., T. Frieri, and P. Rocca, *Second-generation long-acting injectable antipsychotics in schizophrenia: patient functioning and quality of life.* Neuropsychiatr Dis Treat, 2016. **12**: p. 917-29.
130. Peuskens, J., et al., *Treatment retention with risperidone long-acting injection: 24-month results from the Electronic Schizophrenia Treatment Adherence Registry (e-STAR) in six countries.* Curr Med Res Opin, 2010. **26**(3): p. 501-9.
131. Olivares, J.M., et al., *Cost-effectiveness analysis of switching antipsychotic medication to long-acting injectable risperidone in patients with schizophrenia : a 12- and 24-month follow-up from the e-STAR database in Spain.* Appl Health Econ Health Policy, 2008. **6**(1): p. 41-53.
132. Rosenheck, R.A., et al., *Long-acting risperidone and oral antipsychotics in unstable schizophrenia.* N Engl J Med, 2011. **364**(9): p. 842-51.
133. Fusar-Poli, P., M.J. Kempton, and R.A. Rosenheck, *Efficacy and safety of second-generation long-acting injections in schizophrenia: a meta-analysis of randomized-controlled trials.* Int Clin Psychopharmacol, 2013. **28**(2): p. 57-66.

134. Kishimoto, T., et al., *Long-acting injectable vs oral antipsychotics for relapse prevention in schizophrenia: a meta-analysis of randomized trials.* Schizophr Bull, 2014. **40**(1): p. 192-213.
135. Kane, J.M., T. Kishimoto, and C.U. Correll, *Assessing the comparative effectiveness of long-acting injectable vs. oral antipsychotic medications in the prevention of relapse provides a case study in comparative effectiveness research in psychiatry.* J Clin Epidemiol, 2013. **66**(8 Suppl): p. S37-41.
136. Kaplan, G., J. Casoy, and J. Zummo, *Impact of long-acting injectable antipsychotics on medication adherence and clinical, functional, and economic outcomes of schizophrenia.* Patient Prefer Adherence, 2013. **7**: p. 1171-80.
137. Shi, L., et al., *Characteristics and use patterns of patients taking first-generation depot antipsychotics or oral antipsychotics for schizophrenia.* Psychiatr Serv, 2007. **58**(4): p. 482-8.
138. Guada, J., et al., *How family factors impact psychosocial functioning for African American consumers with schizophrenia.* Community Ment Health J, 2012. **48**(1): p. 45-55.
139. Arsova Hadzi-Angelkovska, S., et al., *Personal and social functioning in patients with schizophrenia.* Prilozi, 2010. **31**(2): p. 209-21.
140. Rossi, A., R. Pacifico, and P. Stratta, *Attitudes toward medication and the clinical variables in schizophrenia: Structural equation models.* Patient Prefer Adherence, 2009. **3**: p. 305-9.
141. Cortesi, P.A., et al., *Compliance, persistence, costs and quality of life in young patients treated with antipsychotic drugs: results from the COMETA study.* BMC Psychiatry, 2013. **13**: p. 98.
142. Weiss, K.A., et al., *Predictors of risk of nonadherence in outpatients with schizophrenia and other psychotic disorders.* Schizophr Bull, 2002. **28**(2): p. 341-9.
143. Kokacya, M.H., et al., *Symptomatic Remission Determines Functional Improvement and Quality of Life in Schizophrenia.* Noro Psikiyatr Ars, 2016. **53**(4): p. 328-333.
144. Madhivanan, S., et al., *Symptomatic Remission in Schizophrenia and its Relationship with Functional Outcome Measures in Indian Population.* J Clin Diagn Res, 2017. **11**(1): p. VC05-VC07.

145. Brissos, S., et al., *Is personal and social functioning associated with subjective quality of life in schizophrenia patients living in the community?* Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 2011. **261**(7): p. 509-17.
146. Gallego, J.A., et al., *Prevalence and correlates of antipsychotic polypharmacy: a systematic review and meta-regression of global and regional trends from the 1970s to 2009.* Schizophr Res, 2012. **138**(1): p. 18-28.
147. Correll, C.U., *Antipsychotic polypharmacy, part 1: Shotgun approach or targeted cotreatment?* J Clin Psychiatry, 2008. **69**(4): p. 674-5.
148. Gilmer, T.P., et al., *Antipsychotic polypharmacy trends among Medicaid beneficiaries with schizophrenia in San Diego County, 1999-2004.* Psychiatr Serv, 2007. **58**(7): p. 1007-10.
149. Kreyenbuhl, J.A., et al., *Long-term antipsychotic polypharmacy in the VA health system: patient characteristics and treatment patterns.* Psychiatr Serv, 2007. **58**(4): p. 489-95.
150. Mitchell, A.J., et al., *Prevalence of metabolic syndrome and metabolic abnormalities in schizophrenia and related disorders--a systematic review and meta-analysis.* Schizophr Bull, 2013. **39**(2): p. 306-18.
151. Hirsch, L., et al., *Second-Generation Antipsychotics and Metabolic Side Effects: A Systematic Review of Population-Based Studies.* Drug Saf, 2017. **40**(9): p. 771-781.
152. Correll, C.U., et al., *Does antipsychotic polypharmacy increase the risk for metabolic syndrome?* Schizophr Res, 2007. **89**(1-3): p. 91-100.

EKLER

Ek 1. Bilgilendirilmiş Olur Formu

Sosyal işlevsellik çalışabilme, çeşitli toplumsal rolleri yerine getirebilme, boş zaman aktivitelerini değerlendirebilme ve kendine bakabilme yetisidir. Şizofrenide sosyal işlevsellikteki bozulma hastalığın temel belirtilerinden biridir. İşlevsellik kaybı hastalık semptomlarının başlamasından önce, hastalığın akut alevlenme dönemlerinde veya gidiş sürecinde görülebilmektedir. Psikososyal işlevsellik kişilerin yaş, cinsiyet, yaşadığı yer, eğitim düzeyi ve mesleği gibi sosyodemografik faktörlerden, hastalığın süresi, belirtilerin şiddeti ve atak sıklığından etkilenmektedir.

Bu çalışmada 2006-2009 yılları arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi psikiyatri servisinde yatmış şizofreni ve şizoaffektif bozukluk tanılı hastaların yataklı tedaviden 10 yıl sonraki psikososyal işlevsellik düzeyinin belirlenmesi ve psikososyal işlevsellik düzeyinin sosyodemografik değişkenler, hastalığın seyri gibi etkenlerin yanı sıra yaşam kalitesi, kişilerin ilaç tutumu ve algılanan sosyal destek düzeyi ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Katılımcıların iletişim bilgileri ve yattıkları döneme ait sosyodemografik ve klinik verileri arşivdeki dosya kayıtlarından elde edilecektir. Çalışmada görevli olan araştırmacı tarafından yapılan bilgilendirme sonrasında tüm katılımcılardan onam alınmasının ardından hastalarla bir klinik görüşme yapılacak ve olgu veri kayıt formu, Pozitif ve Negatif Semptom Ölçeği, Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği, İlaç Tutum Envanteri, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe versiyonu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği uygulanacaktır. Çalışmada kullanılan uygulamalar herhangi bir bedensel temas veya girişim gerektirmemektedir. Değerlendirme araçlarının doldurulması sırasında herhangi bir sorunuzun olması durumunda araştırmacı size bilgi verecektir.

Bu araştırmanın sonuçları yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılacak, veriler ve size ait bilgiler gizli tutulacaktır. Araştırma sonuçlarının bunun dışında herhangi bir amaç için kullanılması kesinlikle söz konusu değildir. Bu çalışma sırasında uygulanacak testlerin ve araştırma ile ilgili gerçekleştirilecek diğer işlemlerin masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

Bu çalışmada yer aldığınız süre içerisinde kayıtlarınızın yanı sıra ilişkili sağlık kayıtlarınız da kesinlikle gizli kalacaktır. Bununla birlikte kayıtlarınız kurumun yerel etik kurul komitesine ve Sağlık Bakanlığına açık olacaktır. Hassas olabileceğiniz kişisel bilgileriniz yalnızca araştırma amacıyla toplanacak ve işlenecektir. Çalışma verileri herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacak ve veriler izlenerek size ulaşılamayacaktır.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde tedavi ve klinikte takibinize yönelik bir değişiklik olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

Gönüllünün beyanı:

Yukarıda yazılı olan, gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri okudum. Bu araştırma hakkında Dr Seçil SOYLU tarafından bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Araştırma sırasında temas kuracağım 05063554341 telefon numarası verildi. İstediğim zaman kendisi ile iletişim kurabieceğimi ve istediğim zaman araştırmadan çekilebileceğimi biliyorum. Bu koşullarda söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Görüşme tarihi ve saati: Uygulayıcı Adı Soyadı:

Gönüllü Adı Soyadı / Tel / İmza: Dr. Seçil SOYLU

Ek 2. Olgu Veri Kayıt Formu

1) Ad-Soyad:

2) Yaşınız?

3) Cinsiyetiniz?

a) Kadın b) Erkek

4) Yaşadığınız yer?

a) Şehir

b) ilçe

c) Köy

d) Diğer ……..belirtiniz

5) Medeni durumunuz?

a) Evli

b) Bekar

c) Boşanmış

d) Eşinden ayrı yaşıyor

e) Dul

6)Birlikte yaşadığınız kişi/kişiler?

a) Yalnız

b) Sadece eş

c) Eş ve çocuklar

d) Anne ve baba

e) Diğer ……belirtiniz

7)İş durumunuz?

a) Çalışıyor

b) Çalışmıyor

c) Emekli

d) Psikiyatrik hastalık nedeni ile hiç çalışmamış

e) Diğer

Çalışıyor iseniz yapmakta olduğunuz mesleği……..belirtiniz.

8)Eğitim durumunuz?

a) Okur-yazar

b) İlkokul

c) Ortaokul

d) Lise

e) Yüksekokul/Üniversite

f) Diğer

9) Hastalık belirtileriniz ne zaman başladı?

…….belirtiniz

10) İlk kez ne zaman tanı aldınız?

…….belirtiniz

11) İlk kez ne zaman psikiyatrik ilaç kullandınız?

…….belirtiniz

12) Hastanemizdeki yataklı tedaviden önce kaç kez hastane yatışınız oldu?

……..belirtiniz

13) Hastanemizdeki yataklı tedaviden önce hangi psikiyatrik tedavileri aldınız?

a) İlaç tedavisi ……..belirtiniz

b) Psikoterapi…….belirtiniz

c) EKT……belirtiniz

14) Hastanemizdeki yataklı tedaviden sonra kaç kez hastane yatışınız oldu?

……belirtiniz

15) Hastanemizdeki yataklı tedaviden sonra hangi psikiyatrik tedavileri aldınız?

a) İlaç tedavisi ……..belirtiniz

b) Psikoterapi…….belirtiniz

c) EKT……belirtiniz

16) Hastanemizdeki yataklı tedaviden sonra bir psikiyatri hekimine ne sıklıkta başvurdunuz?

a) Ayda birden fazla

b) Ayda bir

c) Üç ayda bir

d) Altı ayda bir

e) Yılda bir

f) Diğer ……..belirtiniz

17) Sürekli olarak ilaç kullanımı gerektiren başka bir kronik tıbbi hastalığınız var mı?

a) Evet

b) Hayır

18) 17. sorunun yanıtı evet ise ne tür bir kronik tıbbi hastalığınız var?

a) Endokrinolojik hastalıklar (diyabet, tiroid gibi…)

b) Kardiyovasküler hastalıklar (hipertansiyon, kah, aritmi gibi…)

c) Solunumsal hastalıklar (astım, KOAH gibi…)

d) Malignite

e) Nörolojik hastalıklar (serebrovasküler hastalık, epilepsi, dejeneratif nörolojik hastalık, migren)

19) Psikiyatrik tedavi dışında sürekli kullandığınız başka ilaçlar var mı?

a) Evet

b) Hayır

20) 19. sorunun yanıtı evet ise bu ilaçlar nelerdir?

…….belirtiniz

Ek 3. Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP)

Kişisel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP)

Lütfen kişiyi **geçen ay** *boyunca gösterdiği fonksiyon düzeyine göre değerlendiriniz*.

Bu ölçekte ele alınan dört ana fonksiyon alanı bulunmaktadır:

	Yok	Hafif	Görünür düzeyde	Belirgin	Şiddetli	Çok şiddetli
a) sosyal açıdan yararlı aktiviteler; çalışma ve öğrenim görmek dahil	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b) kişisel ve sosyal ilişkiler	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c) öz-bakım	☐	☐	☐	☐	☐	☐
d) rahatsız edici ve agresif davranışlar	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Zorlukların derecesine karar vermek için iki farklı operasyonel ölçüt seti bulunmaktadır:

bir tanesi **a-c** alanları için ve bir tanesi de **d** alanına özgüdür**.**

a-c alanlarının şiddet derecesi

(I) yok

(II) hafif, yalnız kişiye çok yakın biri tarafından bilinen

(III) görünür düzeyde, herkes tarafından açıkça fark edilebilen ancak kişinin sosyo-kültürel koşulları, yaşı, cinsiyeti ve eğitim düzeyi tarafından belirlenen bu alandaki rolünü gerçekleştirmesini belirgin bir şekilde etkilemeyen güçlükler

(IV) belirgin, bu alandaki rol gerçekleştirmelerini ciddi bir şekilde etkileyen güçlükler; ancak kişi, her ne kadar yetersiz ve/veya nadiren de olsa, profesyonel veya sosyal yardım almadan hala bazı şeyleri yapabilme kapasitesine sahip; eğer biri tarafından yardım edilirse daha önceki işlevsellik düzeyine ulaşabilir

(V) şiddetli, eğer profesyonel olarak yardım edilmezse kişiyi bu alanda bir rol gerçekleştiremez hale getiren veya kişiyi yıkıcı bir role doğru yönelten zorluklar, ancak yaşamsal riskler yoktur

(VI) çok şiddetli: kişinin yaşamını tehlikeye düşürecek kadar yoğun bozukluklar ve güçlükler

d alanında şiddetin derecesi

(I) yok

(II) hafif, hafif kabalık, asosyallik veya sürekli yakınmaya karşılık geliyor

(III)görünür düzeyde, çok yüksek sesle konuşmak veya başkalarıyla çok samimi bir tarzda konuşmak veya sosyal açıdan kabul edilemeyecek bir tarzda yemek yemek gibi

(IV)belirgin, toplum içerisinde başkalarına hakaret etmek, eşyaları kırmak ya da tahrip etmek, sıklıkla sosyal açıdan uygunsuz ancak tehlikeli olmayan bir tarzda hareket etmek (örneğin, toplum içerisinde soyunmak veya idrarını yapmak)

(V) şiddetli, sık olarak sözel tehditler savurmak veya sık olarak ağır yaralama niyeti ya da olasılığının bulunmadığı fiziksel saldırılarda bulunmak

(VI) çok şiddetli, sık agresif davranışlar olarak tanımlanan, ciddi yaralanmalara neden olması amaçlanmış veya neden olma olasılığı bulunan

PSP toplam skoru için kılavuzlar

71-100: Bu dereceler yalnız hafif güçlükleri yansıtır

31-70: Bu dereceler değişen düzeylerdeki yetersizliği yansıtır

0-30: Bu dereceler kişinin yoğun destek veya gözetim gerektirdiği çok kötü işlevselliği yansıtır

Kişisel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP), devamı

100-91: Dört alanın hepsinde mükemmel işlevsellik. İyi nitelikleri nedeniyle kendisine saygı gösterilir, yaşama ilişkin güçlüklerle yeterince başa çıkar, çok çeşitli ilgi alanları ve aktiviteler ile meşgul olur

90-81: Dört alanın hepsinde iyi işlevsellik, yalnız sıradan problemler ve güçlüklerin bulunması

80-71: a-c alanlarından birinde veya daha fazlasında hafif güçlükler

70-61: a-c alanlarından birinde veya daha fazlasında görünür düzeyde ancak belirgin olmayan güçlükler ya da d alanında hafif güçlükler

60-51: a-c alanlarından birinde belirgin güçlükler ya da d alanında görünür düzeyde güçlükler

50-41: a-c alanlarından ikisinde veya daha fazlasında belirgin güçlükler ya da bir alanında şiddetli güçlükler, d alanında görünür düzeyde güçlüklerle birlikte olabilir veya olmayabilir

40-31: a-c alanlarından birinde şiddetli ve en azından bir alanda da belirgin güçlükler, ya da d alanında belirgin güçlükler

30-21: a-c alanlarından ikisinde şiddetli güçlükler, ya da a-c alanlarında bozukluk olsun ya da olmasın d alanında şiddetli güçlükler

20-11: a-d alanlarının hepsinde şiddetli güçlükler veya a-c genel alanlarında bir bozukluk olsun veya olmasın d alanında çok şiddetli güçlükler. Eğer kişi dışsal yönlendirmelere tepki veriyorsa önerilen skorlar 20-16 arasındadır; eğer tepki vermiyorsa önerilen skorlar 15-11 arasındadır

10-1: Aşırı davranışlarla birlikte temel fonksiyonlarda otonomi yokluğu ancak yaşamsal risk olmaksızın (derece 6-10) veya beslenme bozukluğu, dehidratasyon, enfeksiyonlar, belirgin tehlike içeren durumları kavrayamamaya bağlı ölüm riski gibi yaşamsal risk ile birlikte (derece 5-1)

Skor | | | |

Ek 4. İlaç Tutum Envanteri (DAI-10)

Gün Ay Yıl

İLAÇ TUTUM ENVANTERİ (DAI-10)
DRUG ATTITUDE INVENTORY (DAI-10)

	Sorular	Doğru/Yanlış
1	Benim için, ilaçlar hakkındaki iyi şeyler kötü şeylere göre daha ağır basıyor	D/Y
2	İlacı aldığımda kendimi garip, "kafası dumanlı" hissediyorum.	D/Y
3	İlaçları kendi özgür irademle kullanıyorum	D/Y
4	İlaçlar benim daha rahat hissetmemi sağlıyor	D/Y
5	İlaçlar kendimi yorgun ve halsiz hissettiriyor.	D/Y
6	İlacımı sadece kendimi hasta hissettiğimde kullanıyorum	D/Y
7	İlacımı aldığımda kendimi daha normal hissediyorum.	D/Y
8	Aklımın ve vücudumun ilaçlar ile kontrol edilmesi doğal değil.	D/Y
9	İlacımı aldığımda düşüncelerim daha berrak oluyor	D/Y
10	İlacımı almam, ruh halimin kötüleşmesini engelleyecektir.	D/Y

Eğer, tedavi ile ilgili ek bir yorumunuz veya sorunuz varsa, lütfen aşağıya yazınız.

D = Doğru, Y = Yanlış

Koyu renkli cevaplar +1, normal cevaplar -1 olarak skorlanacaktır.

Ek 5. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL-Bref-TR)

WHOQOL-BREF (TR)

SİZİNLE İLGİLİ

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

Cinsiyetiniz nedir? Erkek Kadın

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

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

Medeni durumunuz nedir?

hiç evlenmemiş	ayrılmış
evli	boşanmış
evli gibi yaşıyor	eşi ölmüş

Şu anda bir hastalığınız var mı? evet hayır

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

_____
hastalık / sorun

Açıklama

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

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

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

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

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

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

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

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
15 F9.1	Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) becerinis nasıldır?	1	2	3	4	5

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

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

		Hiçbir zaman	Nadiren	Arasıra	Çoğunlukla	Her zaman
26 F8.1	Ne sıklıkta hüzün, umutsuzluk, bunalım, çöküntülük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?	1	2	3	4	5

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

Lütfən hər sorunu oxuyunuz, duyğularınızı dəğərləndiriniz və hər bir sorunun ölçəğində sizə ən uygun olan yanıtın rakamını yuvarlağa alınız.

		Çox kötü	Biraz kötü	Nə iyi, nə kötü	Oldukça iyi	Çox iyi
1 G1	Yaşam kalitənizi nasıl buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut dəğil	Çox az hoşnut	Nə hoşnut, nə də dəğil	Epəycə hoşnut	Çox hoşnut
2 G4	Sağlığınızdan nə kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki hafta içində kimi şəyləri **nə kadar** yaşadığınızı soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta dərəcədə	Çokça	Aşırı dərəcədə
3 F1.4	Ağrılarınızın yapmanız gərəkənləri nə kadar əngəllədiğini düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
4 F11.3	Günlük uğraşlarınızı yürütəbilmək için hərhangi bir tıbbi tədaviyə nə kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	1	2	3	4	5
5 F4.1	Yaşamaktan nə kadar kəyif alırsınız?	1	2	3	4	5
6 F24.2	Yaşamınızı nə ölçüdə anlamlı buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta dərəcədə	Çokça	Son dərəcədə
7 F5.3	Dikkatinizi toplamada nə kadar başarılısınız?	1	2	3	4	5
8 F16.1	Günlük yaşamınızda kəndinizi nə kadar güvəndə hissədiyorsunuz?	1	2	3	4	5
9 F22.1	Fiziksəl çəvrənіz nə ölçüdə sağlıklıdır?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şəyləri nə ölçüdə **tam olarak** yaşadığınızı ya da yapabildiğinizi soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta dərəcədə	Çokça	Tamamən
10 F2.1	Günlük yaşamı sürdürmək için yətərli gücünüz kuvvətiniz var mı?	1	2	3	4	5
11 F7.1	Bədənsəl görünüşünüzü kabullənir misiniz?	1	2	3	4	5
12 F18.1	İhtiyaçlarınızı karşılamaya yətərli paranız var mı?	1	2	3	4	5
13 F20.1	Günlük yaşantınızda sizə gərəkli bilgi və habərlərə nə ölçüdə ulaşabiliyorsunuz?	1	2	3	4	5
14 F21.1	Boş zamanları dəğərləndirmə uğraşları için nə ölçüdə fırsatınız olur?	1	2	3	4	5

Ek 6. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Yönerge: Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Size doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

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

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

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

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

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

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

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

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

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

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

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

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

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

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

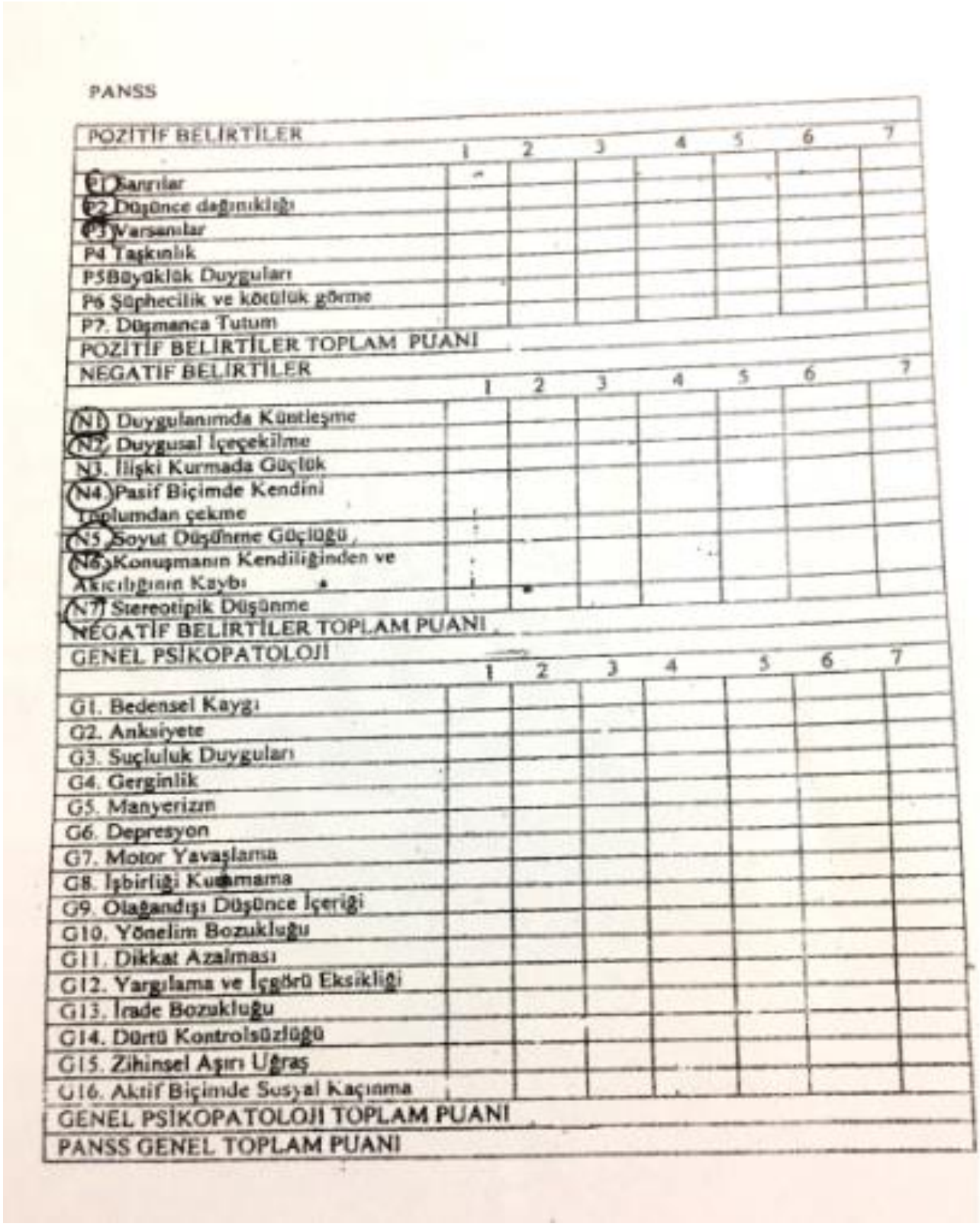
11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

Ek 7. Pozitif ve Negatif Semptom Ölçeği (PANSS)



PANSS

POZİTİF BELİRTİLER	1	2	3	4	5	6	7
P1. Sanrılar							
P2. Düşünce dağınıklığı							
P3. Varsanılar							
P4 Taşkınlık							
P5Büyüklük Duyguları							
P6 Şüphecilik ve kötülük görme							
P7. Düşmanca Tutum							
POZİTİF BELİRTİLER TOPLAM PUANI							

NEGATİF BELİRTİLER	1	2	3	4	5	6	7
N1. Duygulanımda Küntleşme							
N2. Duygusal İçeçekilme							
N3. İlişki Kurmada Güçlük							
N4. Pasif Biçimde Kendini Toplumdan çekme							
N5. Soyut Düşünme Güçlüğü							
N6. Konuşmanın Kendiliğinden ve Akıcılığının Kaybı							
N7. Stereotipik Düşünme							
NEGATİF BELİRTİLER TOPLAM PUANI							

GENEL PSİKOPATOLOJİ	1	2	3	4	5	6	7
G1. Bedensel Kaygı							
G2. Anksiyete							
G3. Suçluluk Duyguları							
G4. Gerginlik							
G5. Manyerizm							
G6. Depresyon							
G7. Motor Yavaşlama							
G8. İşbirliği Kuramama							
G9. Olağandışı Düşünce İçeriği							
G10. Yönelim Bozukluğu							
G11. Dikkat Azalması							
G12. Yargılama ve İçgörü Eksikliği							
G13. İrade Bozukluğu							
G14. Dürtü Kontrolsüzlüğü							
G15. Zihinsel Aşırı Uğraş							
G16. Aktif Biçimde Sosyal Kaçınma							
GENEL PSİKOPATOLOJİ TOPLAM PUANI							
PANSS GENEL TOPLAM PUANI							

Ek 8. Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Kararı

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2017/28-15	Tarih:07.12.2017
	Prof.Dr.Köksal ALPTEKİN'in sorumlusu olduğu "**Psikiyatri Kliniğinde Yatarak Tedavi Gören Şizofreni ve Şizofreni Spektrum Bozukluğu Tanılı Hastaların 10 Yıl Sonraki Psikososyal İşlevsellik Düzeyinin Değerlendirilmesi**" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	

ETİK KURUL ÜYELERİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Sevinç ERASLAN	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Katılamadı
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Katılamadı
Prof.Dr.Müge KİRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Sülen SARIOĞLU	Patoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Bilge KARA	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Sefa KIZILDAĞ	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ayhan ABACI	Pediatrik Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	Katılamadı
Doç.Dr.M.Aylin ARICI	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Murat BEKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEU Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E ☐	H ☒	
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E ☐	H ☒	Katılamadı
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.Ü Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒	