

T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**ŞİZOFRENİ TANILI REMİSYONDAKİ HASTALARDA
KALINTI BELİRTİLER İLE İŞLEVSELLİK VE YAŞAM
KALİTESİ İLİŞKİSİ**

Dr. Şeyma YILDIZ BÜLBÜL

UZMANLIK TEZİ

TOKAT

2025

T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**ŞİZOFRENİ TANILI REMİSYONDAKİ HASTALARDA
KALINTI BELİRTİLER İLE İŞLEVSELLİK VE YAŞAM
KALİTESİ İLİŞKİSİ**

Dr. Şeyma YILDIZ BÜLBÜL

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Figen ÜNAL DEMİR

TOKAT

2025

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tezimin tüm aşamalarında sabır ve özveriyle desteğini esirgemeyen içtenlikle yanımda olan sevgili hocam ve tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Figen ÜNAL DEMİR'e

Asistanlığımın ilk gününden son gününe kadar birlikte keyifle çalıştığım, kendisinden çok şey öğrendiğim, akademik ve etik anlamda örnek aldığım, desteğini ve sevgisini her zaman hissettiğim sevgili hocam Doç. Dr. Esmâ AKPINAR ASLAN'a

Uzmanlık eğitimim süresince mesleki bilgi ve deneyimleriyle yetişmemde büyük katkısı ve desteği olan sevgili hocam Doç. Dr. Filiz Özsoy'a

Uzmanlık eğitimim süresince eğitimime katkıda bulunan, kapılarını her çaldığımda yardımlarını esirgemeyen sevgili hocalarımız Dr. Öğr. İlker GÜNEYSU, Dr. Öğr. Burcu ESER ve Dr. Öğr. Sare AYDIN'a

Birlikte uyumla ve keyifle çalıştığımız asistan ve hemşire arkadaşlarıma, değerli arkadaşım Dr. Yahya Mert KOCASARAÇ 'a

Hayatım boyunca desteklerini hiç esirgemeyen, her zaman yanımda olan canım annem ve babama, sevgili kardeşlerim Şeyda ve Ceyda'ya

Hayatımı güzelleştiren, her alanında sevgi ve sabırla yanımda olan sevgili eşim Dr. Emre BÜLBÜL'e;

Üzerimde emeği geçen herkese sonsuz teşekkür ederim.

ÖZET

Şizofreni, pozitif belirtiler ve negatif belirtilerin görülebildiği, duygu, düşünce, algılama ve devinimi etkileyen; dikkatte, bellekte, yürütücü işlevlerde bozulma gibi bilişsel belirtilerin olabildiği, farklı klinik görünümle seyreden kronik bir hastalıktır. Şizofreni hastalarının işlevselliğinin ve yaşam kalitesinin genel toplumdan düşük olduğu bilinmektedir. Bu çalışmada şizofreni tanılı remisyondaki hastalarda kalıntı belirtiler ile işlevsellik ve yaşam kalitesi ilişkisi araştırılması amaçlanmıştır.

Çalışmaya remisyondaki 100 şizofreni hastası ve herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan 100 sağlıklı kişi kontrol grubu olarak dahil edildi. Çalışmaya katılmayı kabul eden, dahil edilme kriterlerini karşılayan ve bilgilendirilmiş gönüllü onam formunu imzalayan tüm katılımcılara sosyodemografik veri formu, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS), Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (CDSS), Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF TR), Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ), İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi (İGD) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) uygulanmıştır. Ek olarak şizofreni hastalarına Klinik Global İzlenim Ölçeği (CGI) uygulanmıştır.

Şizofreni hastaları ve kontrol grubu karşılaştırıldığında; PANSS toplam ve alt ölçek puanları, Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği puanları, Beck Anksiyete Ölçeği puanları şizofreni grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeğindeki tüm alt ölçek puanları, Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği toplam ve tüm alt ölçek puanları, İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi puanları şizofreni grubunda beklendiği gibi kontrol grubuna göre daha düşük saptanmıştır. Hastalarda cinsiyetler arasında işlevsellik ve yaşam kalitesi açısından fark bulunmamıştır. Evli hastaların, lisans mezunu hastaların, daha yüksek gelir düzeyine sahip hastaların, daha önce çalışmış hastaların ve halen çalışmakta olan hastaların işlevselliği ve yaşam kalitesi puanları diğer hastalardan istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu bulunmuştur. Daha önce intihar girişimi olan hastaların sosyal işlevselliğinin ve fiziksel, psikolojik, çevresel yaşam kalitesinin istatistiksel olarak anlamlı düşük olduğu tespit edilmiştir. Şizofreni hastalarında ek hastalık varlığının fiziksel yaşam kalitesini düşürdüğü bulundu. Şizofreni hastalarında işlevsellik ve yaşam kalitesi değerlendirildiğinde; Genel yaşam kalitesinin tüm işlevsellik bileşenleriyle pozitif korelasyon gösterdiği bulunmuştur.

Şizofrenide negatif belirtiler ve hastalık şiddetinin; hastaların sosyal, mesleki, günlük işlevselliğinde ve yaşam kalitesi üzerinde olumsuz şekilde belirgin etkiler yarattığı tespit edilmiştir. Hastaların işlevselliğinin ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, hastaların izlenmesinde ve prognozlarının belirlenmesinde belirtilerin düzelmesi kadar önemlidir. Çalışmamızın sonuçları göz önüne alındığında şizofreni hastalarının işlevselliğini ve yaşam kalitesini arttırmaya yönelik psikososyal müdahalelerin geliştirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Şizofreni, Kalıntı Belirti, İşlevsellik, Yaşam Kalitesi



ABSTRACT

Schizophrenia is a chronic disorder that can present with various clinical manifestations, including positive and negative symptoms, and affect emotions, thoughts, perception, and movement. It may also involve cognitive symptoms such as impairment in attention, memory, and executive functions. It is well known that the functionality and quality of life of individuals with schizophrenia are lower compared to the general population. This study aimed to investigate the relationship between residual symptoms, functionality, and quality of life in patients with schizophrenia in remission.

The study included 100 patients with schizophrenia in remission and 100 individuals in the control group without any psychiatric disorders. All of the participants, who met the inclusion criteria, and provided written informed consent, were assessed using the Sociodemographic Data Form, Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS), Turkish version of the World Health Organization Quality of Life Scale-Brief Form (WHOQOL-BREF TR), the Functional Recovery Scale in Schizophrenia (FRSS), Global Assessment of Functioning (GAF) scale, and Beck Anxiety Inventory (BAI). Additionally, the Clinical Global Impression Scale was administered to the schizophrenia patients.

When comparing the two groups, the schizophrenia group had significantly higher PANSS total and subscale scores, CDSS, and BAI, while all the WHOQOL-BREF TR subscale scores, FRSS total and subscale scores, and GAF scores were significantly lower. No significant differences were found in terms of functionality and quality of life between sexes. Patients who were married, had a university degree, had a higher income level, had previously worked, or were currently employed had significantly higher functionality and quality of life scores. Those with a history of suicide attempts exhibited significantly lower social functionality and physical, psychological, and environmental quality of life scores, while the presence of comorbid conditions was found to negatively impact their physical quality of life. Overall, general quality of life was positively correlated with all the components of functionality in the schizophrenia patients.

Negative symptoms and disease severity in schizophrenia were found to have a significant negative impact on the patients' social, occupational, and daily functioning, as well as their quality of life. Assessing functionality and quality of life is as important as symptom improvement in monitoring patients and determining outcomes. It is recommended to develop psychosocial interventions aimed at enhancing the functionality and quality of life of schizophrenia patients.

Keywords: Schizophrenia, Residual Symptoms, Functionality, Quality of Life



İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER	viii
KISALTMALAR	x
TABLolar	xi
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	2
2.1 Şizofreni.....	2
2.1.1. Şizofreni Tanımı.....	2
2.1.2. Şizofreni Tarihçesi	3
2.1.3. Epidemiyoloji.....	4
2.1.4. Etiyoloji.....	5
2.1.5. Şizofreni ve Risk Etkenleri	9
2.1.6.Şizofreni Tanı Ölçütleri.....	11
2.1.7. Klinik Özellik ve Belirtiler.....	12
2.1.8. Şizofreni Tedavisi	13
2.1.9. Şizofrenide Gidiş ve Sonlanış	19
2.2. Şizofrenide İşlevsellik ve Yaşam Kalitesi.....	22
2.2.1. Şizofreni ve İşlevsellik.....	22
2.2.2. Şizofreni ve Sosyal İşlevsellik	23
2.2.3. Şizofreni ve Bilişsel İşlev.....	24
2.2.4. Şizofrenide Bilişsel İşlev Bozuklukları ve Psikososyal İşlevsellik İlişkisi	25
2.2.5. Şizofreni ve Yaşam Kalitesi.....	26
3. YÖNTEM.....	27
3.1. Etik Onay	27
3.2. Katılımcılar	27
3.3. Çalışmaya Dâhil Edilme Kriterleri	28
3.4. Çalışmaya Dâhil Edilmeme Kriterleri	28
3.5. Değerlendirme Araçları.....	29
3.5.1. Sosyodemografik Veri Formu.....	29

3.5.2. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS)	29
3.5.3. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (CDSS)	29
3.5.4. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF)	30
3.5.5. Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ).....	30
3.5.6.İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi (İGD)	31
3.5.7. Klinik Global İzlenim Ölçeği (CGI)	31
3.5.8. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ).....	31
3.5.9. Verilerin İstatistiksel Analizi	32
4.BULGULAR.....	32
4.1. Tanımlayıcı Özellikler	32
4.1.1. Katılımcıların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması	32
4.1.2. Şizofreni Tanılı Hastalarda ve Kontrol Grubunda Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	36
4.2. Korelasyon Analizleri	38
4.2.1. Şizofreni Tanılı Hastalarda Tanımlayıcı Özelliklerin İGD, ŞİLÖ ve WHOQOL-BREF TR ile İlişkisi.....	38
4.2.3. Şizofreni Hastalarında Yaş, Şizofreni Tanısı Süresi, Şu Anda Kullandığı İlaçların Kullanım Süresi ile İGD, ŞİLÖ ve WHOQOL-BREF TR ile İlişkisi.....	45
4.2.4. Şizofreni Tanılı Hastalarda Ölçek Puanlarının İGD, ŞİLÖ ve WHOQOL-BREF TR Ölçek ve Alt Ölçek Puanları ile İlişkisi	45
4.2.5. Şizofreni Hastalarında İGD ve ŞİLÖ ile WHOQOL-BREF TR İlişkisi .	48
4.2.6. Tedavi Türü ile Ölçek Puanlarının İlişkisi	49
4.3. Regresyon Analizleri.....	49
4.3.1. Şizofreni Tanılı Hastalarda Ölçek Puanlarının İGD Üzerine Etkisi.....	50
4.3.2. Şizofreni Tanılı Hastalarda Ölçek Puanlarının ŞİLÖ Alt Ölçek Puanları Üzerine Etkisi.....	51
4.3.3. Şizofreni Tanılı Hastalarda Ölçek Puanlarının WHOQOL-BREF TR Alt Ölçek Puanları Üzerine Etkisi.....	56
5. TARTIŞMA	61
Çalışmamızın Kısıtlılıkları ve Güçlü Yanları.....	76
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	76
KAYNAKLAR	81
EKLER.....	106

KISALTMALAR

AP: Antipsikotik

APA: Amerikan Psikiyatri Birliği

BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği

CDSS: Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği

CGI: Klinik Global İzlenim Ölçeği

D: Dopamin

DSM: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EKT: Elektrokonvulzif Tedavi

EPS: Ekstrapiramidal Sistem

GABA: Gama-aminobütirik asit

İGD: İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi

MRG: Manyetik Rezonans Görüntüleme

NMDA: N-metil D-aspartat

PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği

PRL: Prolaktin

SPSS: Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı

SS: Standart Sapma

ŞİLÖ: Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği

WHOQOL-BREF: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu

yy: Yüzyıl

5-HT: Serotonin / 5-hidroksitriptamin

TABLÖLAR

Tablo 1. Tanımlayıcı Özellikler	34
Tablo 2. Ölçek Puanlarının Gruplara Göre Karşılaştırılması	37
Tablo 3. Şizofreni Hastalarında CGI Puanları	38
Tablo 4. İGD, ŞİLÖ, WHOQOL-BREF TR Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu	41
Tablo 5. Şizofreni Tanılı Hastalarda Ölçek Puanlarının İGD, ŞİLÖ ve WHOQOL-BREF TR Ölçek ve Alt Ölçek Puanları ile İlişkisi	47
Tablo 6. Şizofreni Hastalarında İGD ve ŞİLÖ ile WHOQOL-BREF TR İlişkisi	49
Tablo 7. Şizofreni Tanılı Hastalarda Ölçek Puanlarının İGD Üzerine Etkisi	50
Tablo 8. Şizofreni Tanılı Hastalarda Ölçek Puanlarının ŞİLÖ Toplam Üzerine Etkisi	51
Tablo 9. Şizofreni Tanılı Hastalarda Ölçek Puanlarının ŞİLÖ Sosyal İşlevsellik Üzerine Etkisi	52
Tablo 10. Şizofreni Tanılı Hastalarda Ölçek Puanlarının ŞİLÖ Sağlık ve Tedavi Üzerine Etkisi	53
Tablo 11. Şizofreni Tanılı Hastalarda Ölçek Puanlarının ŞİLÖ Günlük Yaşam Becerileri Üzerine Etkisi	54
Tablo 12. Şizofreni Tanılı Hastalarda Ölçek Puanlarının ŞİLÖ Mesleki İşlevsellik Üzerine Etkisi	55
Tablo 13. Şizofreni Tanılı Hastalarda Ölçek Puanlarının WHOQOL-BREF TR Genel Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi	56
Tablo 14. Şizofreni Tanılı Hastalarda Ölçek Puanlarının WHOQOL-BREF TR Fiziksel Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi	57
Tablo 15. Şizofreni Tanılı Hastalarda Ölçek Puanlarının WHOQOL-BREF TR Psikolojik Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi	58
Tablo 16. Şizofreni Tanılı Hastalarda Ölçek Puanlarının WHOQOL-BREF TR Sosyal Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi	59
Tablo 17. Şizofreni Tanılı Hastalarda Ölçek Puanlarının WHOQOL-BREF TR Çevresel Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi	60

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Şizofreni, ruhsal durumun hemen tüm alanlarında belirti ve bulgular gösteren, genellikle gençlik yıllarında başlayan, gidiş ve sonlanışı hastadan hastaya ve süreç içinde değişen, henüz etiyolojisi tam olarak bilinmeyen ve önemli ölçüde yeti yitimine yol açan bir toplum sağlığı sorunudur(1). Genel toplumda görülme sıklığı %1 civarındadır(2). Hastalığın başlangıcı erkeklerde ortalama 15-25, kadınlarda 25-35yaş aralığındadır(3).

Şizofreni, varsanı ve sanrı gibi pozitif belirtilerin ötesinde, affekt kısıtlılığı, konuşma miktarında azalma, düşünce içeriğinde fakirleşme ve sosyal izolasyon gibi negatif belirtilerin görülebildiği, duygu, düşünce, algılama ve devinimi etkileyen; dikkatte, bellekte, yürütücü işlevlerde bozulma gibi bilişsel belirtilerin olabildiği farklı klinik görünümünde ortaya çıkabilen kronik psikiyatrik bir bozukluk olup sıklıkla alevlenmelerle seyretmektedir(4,5). Şizofrenide görülen negatif belirtilerin, bireylerde işlev kaybına ve yaşam kalitesinde düşüşe neden olduğu bilinmektedir. Şizofrenisi olan bireylerde sıkça görülen bu negatif belirtiler, yalnızlık, kişiler arası ilişkilerdeki zayıflık, sosyal izolasyon gibi faktörler aracılığıyla, bireylerin hayattan aldıkları tatmini ve günlük yaşam kalitelerini de ciddi şekilde azaltmaktadır(6).

İşlevsellikteki düşüş, hastalığın temel göstergelerinden biri olarak değerlendirilmektedir. İşlevsellikte kayıp genellikle erken belirtilerinin görüldüğü evrede başlayıp, akut alevlenme dönemlerinde görülmekte, rezidüel sendromun bir parçası olabilmektedir(7). Sosyal işlevsellikte bozukluk olması yaşam kalitesinde düşüş, tekrarlayan ataklar, olumsuz hastalık seyri ve istihdam kaybı gibi sonuçlarla ilişkili bulunmuştur(8–11). İşlevselliğin öneminin giderek daha iyi anlaşılmasıyla birlikte hastalığın tedavi yöntemleri yıllar içinde değişkenlik göstermiştir; Klasik model yalnızca ilaçlar aracılığıyla semptomların iyileştirilmesine odaklanırken, güncel yaklaşımlar işlevselliği de göz önünde bulundurmaktadır(6).

Kalıntı (rezidü) belirtilerle giden şizofreni denildiğinde; hastanın en az bir kez şizofreni atağı geçirdiği, hastalığın ileri dönemlerinde şizofreninin sebep olduğu yıkım sonrası ortaya çıktığı düşünülen, yani şizofreni hastalığının sürdüğü, fakat belirgin pozitif belirtilerin olmadığı durumlardan söz edilmektedir. Özellikle negatif belirtilerin baskın olduğu, süregelen bir tablodur. Meta analizlere göre ilaç tedavisinin negatif belirtiler üzerine etkisi sınırlıdır(11). Duygu küntlüğü, aldırılmazlık, ilgide azalma,

katılım ve eylem azlığı, toplumdan uzaklaşma, düşüncelerinde somutlaşma ve fakirleşme, özbakımda azalma belirtileri hakimdir. Bir bakıma hastalık bir karakter yapısı ve yaşam şekline bürünmüştür(3).

Yaşam kalitesi Dünya Sağlık Örgütüne göre; bireyin içinde bulunduğu kültürel yapı ve değer yargıları doğrultusunda; amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları temel alınarak yaşam içindeki konumunu algılayışı olarak tanımlanmaktadır(12). Yaşam kalitesi, klinik ve sosyal faktörlerle doğrudan bağlantılıdır. Şizofreni hastalarında yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, klinik seyir ve tedavinin sonuçlarını değerlendirebilmek için iyi bir araç olarak görülmektedir(13). Şizofreni hastalarında yaşam kalitesinin, sağlıklı bireyler ve kronik fiziksel rahatsızlığı olanlara kıyasla daha düşük olduğu saptanmıştır(14). Şizofreni hastalarıyla yapılan bazı çalışmalarda, yaşam kalitesi üzerinde negatif belirtilerin pozitif belirtilere kıyasla daha belirleyici olduğu sonucuna varılmıştır(15).

Bu çalışmada şizofreni tanılı remisyonadaki hastalarda kalıntı belirtiler ile işlevsellik ve yaşam kalitesi ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Çalışmamızın hipotezleri şunlardır;

1. Kalıntı belirtisi olan şizofreni hastalarının işlevsellik düzeylerinin ve yaşam kalitelerinin daha düşük olacağıdır.
2. İşlevselliği daha iyi olan hastaların yaşam kalitesinin de daha iyi olacağıdır.

Bu çalışmanın verileri ışığında kalıntı belirtilerin daha iyi tanınması ve bunlara müdahale edilerek azaltılması böylelikle hastaların işlevselliklerinin iyileştirilmesi ve yaşam kalitelerinin artırılması amaçlanmaktadır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1 Şizofreni

2.1.1. Şizofreni Tanımı

Şizofreni, alevlenme ve yatışmalarla seyreden, kronikleşebilen, sanrı, halüsinasyon, dezorganize konuşma gibi pozitif belirtiler; duygulanımda küntleşme, sosyal izolasyon, düşünce içeriğinin zayıflaması gibi negatif belirtiler yanı sıra dikkat, hafıza ve yürütücü becerilerde işlev kaybının eşlik edebildiği, düşünsel, duygusal,

bilişsel, algısal ve davranışsal bozuklukların görüldüğü bir psikiyatrik hastalıktır(1,16,17). Klinik gidişi, tedavi yanıtı ve hastalığın seyri hastalar arasında farklılık gösterebilmekte olup belirti ve bulgular değişkendir(5).

2.1.2. Şizofreni Tarihçesi

Antik Sanskrit metinlerinde ve eski Yunan tıbbına ait kaynaklarda şizofreniye benzer belirtiler sergileyen ruhsal bozukluklara dair açıklamalara rastlanmaktadır. 17. yüzyılda Willis'in, 18. yüzyılda ise Pinel'in bu konuyla ilgili çeşitli görüşler sunduğu bilinmektedir. 18. yüzyılda İngiltere'de John Haslam ve George Man tarafından yapılan gözlemler, erken erişkinlik döneminde başlayan içe dönüklük ve düşünce süreçlerinde yaşanan bozulmalarla karakterize edilen bir duruma işaret etmiş; bu tanımlanamayan rahatsızlığın şizofreniyle bağlantılı olabileceği ileri sürülmüştür. 19. yy'a gelindiğinde 1860 yılında Morel şizofreni için erken bunama ifadesini öne sürmüştür. 1871 yılında Hecker "hebefreni" terimini ortaya koymuş, 1874'te ise Kahlbaum "katatoni" kavramını eklemiştir. 1896 yılında Kraepelin, hebefreni ve katatoni türlerini paranoid ve basit formlarla birlikte değerlendirerek, bu alt türleri "dementia praecox" adı altında bir araya getirmiştir. Dementia Praecox'ta hastalığın bunama ile seyretmesi ve erken başlaması gerekmektedir. 1911'de Eugen Bleuler, Kraepelin'in tanımlamasının aksine hastalıkta erken başlangıç yaşı ve bunamanın zorunlu olmadığını göstermiştir ve insanın ruhsal hayatındaki yarılardan yola çıkarak zihinsel ayrışmayı ifade eden "şizofreni" terimini önermiştir. Bleuler hastalığın belirtilerini temel belirtiler ve ikincil belirtiler olarak 2 kümeye ayırmıştır. Bleuler'ın temel belirtileri psikiyatride 4A belirtisi olarak bilinip, bunlar duygulanımda (Affect) bozukluk, çağrışımlarda (Association) bozukluk, ambivalans, otizm (Autism)'dir. İkincil belirtiler ise uyum yapma amacıyla ikincil olarak eklenen ve ruhsal hastalıklarda da görülebilen belirtilerdir(3). 1959'da Kurt Schneider tarafından organik beyin hastalığına bağlı olmayan durumlarda şizofreni tanısı koyabilmek amacıyla bir semptom listesi geliştirmiştir. Şizofrenide ilk sıra belirtiler denilen Schneider belirtileri; emir veren sesler, kendi aralarında hasta hakkında konuşan sesler, bedensel varsanılar, düşüncelerin kontrol edildiği (düşünce sokulması, çekilmesi vs.) düşüncesi, düşüncelerin yayınlandığı düşüncesi, hareketlerin ve algıların dış güçler tarafından kontrol edildiği düşünceleridir(18). Amerikan Psikiyatri Birliği (APA),

1952’de yayımlanan DSM-I sınıflama sisteminde şizofreniyi “şizofrenik reaksiyon” olarak adlandırmıştır. 1968’de yayımlanan DSM-II sisteminde ise “reaksiyon” ifadesi kaldırılmış ve tanı, “şizofrenik bozukluklar” olarak güncellenmiştir. Şizofrenide içleme ve dışlama ölçütlerinin yer aldığı ilk resmi tanı sistemi, 1980 yılında yayımlanan DSM-III ile oluşturulmuştur. 1994’te yayımlanan ve 2000’de yeniden düzenlenen DSM-IV’te ise, şizofreniyle ilişkili tanı kategorileri, şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar başlığı altında birleştirilmiştir(18). 2013 yılında yayımlanarak hâlen kullanılmakta olan DSM-5 sınıflamasında ise şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar başlığı altında incelenmektedir(19).

2.1.3. Epidemiyoloji

Geçmişte şizofreninin hayat boyu yaygınlığının tüm toplumlar için eşit ve %1 olduğu söyleniyordu. Günümüzde giderek artan çalışmalar şizofreni yaygınlığının tüm toplumlarda aynı olmadığını göstermektedir(20).

Şizofreninin insidansına yönelik gerçekleştirilen çeşitli araştırmalar, hastalığın yıllık görülme oranının 0.11 ile 0.70/1000 arasında değiştiğini göstermektedir. Ömür boyu prevalansına ilişkin çalışmaların ortalama değeri ise binde 4 olarak bulunmuştur(21). Son yıllarda yapılan çalışmalarda erkeklerde kadınlara oranla daha fazla görüldüğü, farklı çalışmalarda bu oranının 0,9 ile 2,4 (ortalama 1,4) bildirilmiştir(22). Ülkemizde yapılan çalışmalarda şizofreni yaygınlıklarının ortalaması 8,9/1000 olarak bulunmuştur(23).

Şizofreni her toplumda ve her sosyoekonomik düzeyde görülmektedir. Yapılan araştırmalar, düşük gelirli topluluklarda şizofreni sıklığının, daha yüksek ekonomik refaha sahip gruplara kıyasla daha fazla olduğunu ortaya koymaktadır(3). Fakat gelişmiş ülkelerde görülen şizofreni vakalarının, gelişmemiş ülkelere oranla daha olumsuz bir seyir izlediği saptanmıştır(24). Ek olarak, bu ülkelerde şehir merkezlerinde hastalığın görülme sıklığı, kırsal bölgelere göre 2 ila 4 kat daha yüksek bulunmuştur.(25).

Şizofreni genellikle erkeklerde 15–25 yaşları arasında, kadınlarda ise 25–35 yaşları arasında ortaya çıkmaktadır. Kadın bireylerde hastalığın başlangıcı, orta yaş döneminde ikinci bir artış eğilimi daha gösterebilir. Ayrıca yapılan çalışmalar,

kadınlarda hastalığın seyrinin erkeklere oranla daha olumlu olduğunu ortaya koymuştur(25).

2.1.4. Etiyoloji

Şizofreninin etiyolojisi günümüzde hâlâ tam olarak açıklığa kavuşturulamamıştır(3). Genetik yatkınlıkların bu bozukluğun gelişiminde belirleyici bir rol oynadığı düşünülse de, tanı almış bireylerin tamamında bu yatkınlığın genetik düzeyde açıkça gözlemlenmediği bildirilmektedir. Genetik faktörler oldukça karmaşık ve değişken bir yapıya sahiptir. DNA diziliminde değişiklik yaratmaksızın genlerin işlevini etkileyen epigenetik düzenleyiciler de dahil olmak üzere, genetik olmayan çevresel faktörlerle birlikte hastalığın ortaya çıkışında katkı sağladıkları düşünülmektedir(26).

Eğer ebeveynlerden birinde şizofreni tanısı mevcutsa, çocukların bu hastalığa yakalanma riski %12,5 ile %13,8 arasında değişmektedir. Her iki ebeveynde de hastalık bulunuyorsa, çocuklarda şizofreni riski %35 ila %46 seviyelerine çıkmaktadır. Ebeveynlerin sağlıklı olduğu ancak kardeşlerden birinin hasta olduğu durumlarda ise bu oran %6,7 ile %8,2 arasında değişmektedir. Aile temelli çalışmalarda, genetik akrabalık derecesi ne kadar yüksekse ve hastalanan akraba sayısı ne kadar fazlaysa, bireyde şizofreni gelişme riski de o ölçüde artış göstermektedir(26,27).

Genetik çalışmalardan elde edilen bulgular, bazı kromozomal bölgelerde yer alan genlerin şizofreni ile ilişkili olabileceğine dair tutarlı sonuçlar ortaya koymuştur. Bu araştırmalar, D3 ve 5-HT2A reseptörlerini kodlayan genlerden en az iki alelin bulunmasının, şizofreni gelişimine yönelik yatkınlığı artırabileceğini düşündürmektedir(25). Son dönemde saptanan distrobrevin (DTNBP1) ve nöroglin 1 genlerindeki mutasyonların şizofreninin negatif belirtileri ile ilişkili olduğu saptanmıştır(28). Kromozom anomalilerini inceleyen verilerdeyse; velokardiofasial sendroma neden 22q11 delesyonu ve 1. ve 11. kromozom translokasyonunun şizofrenideki yatkınlık bölgesi olduğu bulunmuştur(29).

Şizofreni etiyolojisinde birçok nörotransmitterin sorumlu olduğu düşünülmektedir. Bu nörotransmitterlerden en fazla dopamin üzerinde çalışılmıştır. Dopamin varsayımına göre; şizofreni de sanrı ve varsanı gibi pozitif belirtilere mezolimbik dopamin yolağının etkinliğindeki artışın neden olduğu, bununla birlikte

mezokortikal dopamin yolağındaki dopamin aktivitesindeki düşüşün ise negatif belirtilere ve bilişsel işlevlerde bozulmalara neden olduğu söylenmektedir(30). Şizofreni belirti ve bulguları ile ilgili olduğu düşünülen diğer nörotransmitterler ise; serotonin, glutamat, gama amino butirik asit (GABA), asetilkolin, histamindir(31).

Dopaminerjik Sistem

Dopamin yolları mezolimbik dopamin yolağı, mezokortikal dopamin yolağı, nigrostriatal dopamin yolağı, tuberoinfundibuler dopamin yolağı ve talamik dopamin yolağı olarak adlandırılmıştır(32). Mezolimbik dopamin yolağındaki dopaminerjik aktivite artışı şizofreninin pozitif semptomlarıyla ilişkili bulunmuştur. Dorsolateral prefrontal kortekse uzanan mezokortikal projeksiyonlardaki azalmış dopaminerjik aktivite, şizofrenideki bilişsel ve yürütücü işlevlerdeki azalmayla ilişkilidir ve ventromedial prefrontal kortekse uzanan projeksiyonlardaki azalmış dopaminerjik aktivite ise şizofreninin negatif ve afektif belirtileriyle ilişkili bulunmuştur(31). Nigrostriatal dopamin yolağında antipsikotiklerin kullanılmasıyla dopamin azlığı meydana gelmektedir, bu da rijidite, akinezi, bradikinezi, tremor gibi ekstrapiramidal sistem yan etkileriyle bağlantılıdır(3). Tuberoinfundibuler dopamin yolağı, hipotalamustan başlayarak ön hipofize uzanan dopaminerjik nöronlardan oluşmaktadır. Bu nöronlar normalde prolaktin (PRL) salınımını inhibe ederken, ilaçlarla ya da lezyonlarda çalışmasında sorun olursa, PRL seviyeleri yükselir ve sonuç olarak galaktore, amenore ve cinsel işlevlerde bozulma olmaktadır. Dopamin (D2) reseptör antagonizması yapan antipsikotiklerle bu yan etkiler meydana gelmektedir(31).

Serotonerjik Sistem

5HT_{2A} reseptörlerinin tümü postsinaptik olarak bulunmaktadır, kortikal piramidal nöronlarda uyarıcı olarak görev almaktadır ve glutamatın aşağı akış yönündeki salınımını arttırmaktadır. Serotonin, kortikal glutamerjik piramidal nöronlardaki 5HT_{2A} reseptörlerine bağlanır ve bu nöronların aktivasyonunu sağlar, bu nöronların aktive olması beyin sapından glutamat salınmasına neden olarak inhibitör nörotransmitter olan GABA'nın salınmasına neden olur. Sonuç olarak striatumda aşağı

akış yönündeki dopamin salınımı inhibe olmaktadır. Atipik antipsikotiklerin 5HT_{2A} antagonizması sayesinde, bu bölgedeki dopamin iletimi inhibe olmamaktadır ve buna bağlı olarak ekstrapiramidal yan etkiler (EPS) daha az görülür(31). Atipik antipsikotikler, tuberoinfundibuler ve nigrostriatal dopamin yollarında yeterli seviyede dopamin salınmasını sağlayarak EPS yan etkilerini ve prolaktin artışını kısmen azaltmaktadır(3). Atipik antipsikotikler, mezokortikal dopamin yolağında 5HT_{2A} antagonizması ile bilişsel işlevlerde olumlu katkılar sunmaktadır(33,34). Bununla birlikte, 5HT_{2A} reseptör antagonistlerinin N-metil D-aspartat (NMDA) reseptör fonksiyonlarını düzenleyerek, ayrıca 5HT_{1A} parsiyel agonistlerinin piramidal nöronlardaki reseptörler üzerinden ve 5HT_{1A} antagonistlerinin ise raphe çekirdeğindeki otoreseptörler üzerinden şizofreni hastalarında bilişsel işlevler üzerinde olumlu etkisi olduğu düşünülmektedir(34–36).

Noradrenerjik Sistem

Noradrenerjik sistemin şizofreni patofizyolojisinde rol aldığını gösteren kanıtlar mevcuttur(37,38). Norepinefrinin, duyuşsal işleme ve uyku-uyanıklık siklusu üzerindeki etkilerine ilaveten dikkat, davranışsal esneklik, çalışma belleği ve hafıza gibi çeşitli bilişsel işlevleri bulunmaktadır(39,40). Noradrenerjik innervasyonun yoğun olduğu prefrontal korteks ve hipokampus bu işlevler açısından önemli görülmektedir(39). Noradrenalinin prefrontal kortekste sinaps aralığından geri alınmasında presinaptik bölgede bulunan otoreseptör olarak görev yapan alfa-2 reseptörünün agonizması temel mekanizmadır(41). Yapılan postmortem bir çalışmada, alfa-2 agonisti klonidinin bir türevi olan iyodoklonidinin, şizofreni hastalarının hipokampusundaki β reseptörlerine daha zayıf bir biçimde bağlandığı ve şizofrenide noradrenerjik sinyallemede değişiklikler olduğu gösterilmiştir(42).

Glutamaterjik Sistem

Glutamat, merkezi sinir sisteminin ana uyarıcı nörotransmitteridir(3). Nörogelişim sırasında glutamaterjik NMDA sinaps gelişimindeki anomaliler, NMDA reseptörleri üzerinden glutamat aktivitesinde hipofonksiyona sebep olmaktadır, Fensiklidin ve ketamin gibi NMDA reseptörünü bloke eden maddelerin sağlıklı

bireylere verilmesiyle psikotik belirtilerin ortaya çıkması bu varsayımı desteklemektedir. Buna göre NMDA reseptör ve sinapslarını hipoaktifleştiren genetik anomaliler de şizofreniye neden olabilmektedir. Bu varsayıma göre şizofrenideki dopamin hipotezi, NMDA reseptör hipofonksiyonunun aşağı akışının bir sonucu olarak açıklanmaktadır. Amfetamin, dopamin salınımını arttırarak sağlıklı bireylerde şizofrenide görülen pozitif semptomlara benzeyen sanrı ve varsanılara sebep olurken, NMDA reseptör antagonistlerinden fensiklidin ve ketamin; sosyal izolasyon, yürütücü işlevlerde azalma gibi bilişsel, negatif ve afektif belirtiler oluşturabilmektedir(31).

Nörogelişim sırasında glutamat sinaps oluşumundaki anomali, serebral kortekste belirli GABA ara nöronlarında oluşursa şizofreniye neden olmaktadır. Prefrontal kortekste bu özel GABA ara nöronları, parvalbumin adı verilen kalsiyum bağlayan bir proteini içermektedir. Genetik anomalili GABA ara nöronları, prefrontal korteksteki piramidal nöronlardan gelen glutamat girdilerinin hatalı olarak işlenmesine ve gelen piramidal nöronlarla NMDA reseptörlerini içeren hatalı sinaptik bağlantılar kurulmasına sebep olmaktadır. Parvalbümin içeren GABA ara nöronlarının işlevi bozulduğunda prefrontal kortekste ana glutamaterjik piramidal nöronlarda yeterli inhibisyon yapılamaz ve glutamat nöronları hiperaktif hale gelir, bunun sonucunda özellikle dopamin nöronlarında olmakla birlikte, aşağı akış yönündeki nöronların işlevleri bozulmaktadır. Glutamat nöronları, inhibitör GABA ara nöronu aracılığıyla mezokortikal dopamin yolağı işlevlerini dolaylı olarak düzenler ve bu glutamat nöronlarının hiperaktivitesi, mezokortikal dopamin nöronlarını inhibe ederek dopamin hipoaktivitesine, sonuç olarak da negatif ve bilişsel belirtilere neden olmaktadır(31).

Kolinerjik Sistem

Asetilkolinin motor işlevler, dikkat, hafıza ve öğrenme gibi bilişsel süreçlerde önemli rolleri bulunmaktadır. Yapılan bir çalışmada, M1 alt tipi muskarinik reseptörler ile nikotinik asetilkolin reseptörlerinde gözlenen değişikliklerin, şizofreni hastalarında görülen bilişsel bozulmalarla ilişkili olabileceğini ortaya koymaktadır(43). Araştırmalarda şizofreni hastalarının hipokampus ve korteksindeki nikotinik ve muskarinik asetilkolin reseptörlerinde azalma olduğuna dair kanıtlar mevcuttur(44,45).

Tipik antipsikotiklerin muskarinik M1 kolinerjik reseptörlerini bloke etmesi sonucunda ağız kuruluğu, bulanık görme, kabızlık, bilişsel küntleşme gibi yan etkiler oluşabilmektedir. Nigrostriatal yolakta dopamin ve asetilkolin etkileşim halindedir. Buradaki dopamin nöronları kolinerjik nöronlarla postsinaptik bağlantılar aracılığıyla kolinerjik nöronlardan asetilkolin salınmasını inhibe etmektedir. Tipik antipsikotikler tarafından dopamin reseptörleri bloke edildiğinde asetilkolin salınım inhibisyonu ortadan kalkar ve asetilkolin hiperaktivitesi olur. Asetilkolinin bu aşırı aktivasyonu antikolinerjik bir ilaçla engellenebilmektedir. Eğer tek bir ilaçta hem antikolinerjik hem de D2 blokajı özellikleri bulunuyorsa, nigrostriatal dopamin yolağındaki D2 blokajının etkileri azalır ve daha az EPS yan etkisi oluşur(31)(32).

Şizofreni hastalarında manyetik rezonans görüntülemelerinde (MRG) amigdala, hipokampus gibi bazı beyin yapılarının hacminde azalma olduğu, beyaz madde kaybına bağlı ventriküllerde genişleme olduğu gösterilmiştir(46). MRG ile şizofrenide görülen belirtilerin, beyin bölgeleri ile ilişkili olabileceği gösterilmiştir. Negatif belirtilerin prefrontal korteks ile, işitme varsanılarının temporal lob ile, düşünce bozukluğunun ise planım temporale ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Beyin işlevsel görüntüleme çalışmalarında frontal etkinlikte azalma olduğu görülürken, bazı orta hat yapılarında etkinlikte artış olduğu görülmüştür. İşlevsel bağlantıları araştıran çalışmaların sonucunda şizofreni hastalarında nöral devrelerin bağlantılarında zayıflama olduğu bildirilmiştir(26,32,47).

2.1.5. Şizofreni ve Risk Etkenleri

1)Kalıtımsal Risk Etkenleri

Ailede psikotik bozukluk yükü: En önemli risk faktörüdür. En yüksek risk artışı birinci derece akrabalarda bulunmasıdır(48,49). Şizofreni geliştirme ihtimali daha çok genin paylaşılmasıyla ilgilidir(50,51). Birçok birinci derece akrabada genlerin %50'si paylaşılmaktadır, bununla birlikte şizofreni için %9 riske sahiptirler. Tek yumurta ikizlerinde bu oran %50'dir(52).

Ailede psikiyatrik hastalık yükü değerlendirildiğinde, birinci derece akrabalarda psikotik bozukluğun dışında farklı bir psikiyatrik rahatsızlığın bulunması, bireyde şizofreni gelişme olasılığını 2–3 kat artırabilmektedir(49). Ailede bipolar

bozukluk olması en önemli risk artışıdır(53). Ailede psikiyatrik hastalığı olan akraba sayısı ne kadar artarsa risk de artmaktadır(54).

İleri baba yaşı: Araştırmalarda ileri baba yaşı ve şizofreni arasında ilişki olduğu görülmüştür(55). 30 yaş üstünde baba olan erkeklerin çocuklarında bilhassa erkek çocuklarında şizofreni riski 1,5 kat artmaktadır(56). Yapılan araştırmalarda bu durumun sperimde oluşan de nova mutasyonlara sekonder olabileceği söylenmektedir(55,57). Bu durumda babada ya da ailede psikotik bozukluk yokken mutasyonlu sperm ile meydana gelen çocukta psikoz ortaya çıkmaktadır(57).

2)Çevresel Risk Etkenleri

Ebeveynlerin sosyoekonomik durumu: Araştırmalar anne ve babanın sosyoekonomik durumunun bir sonraki nesilde psikiyatrik rahatsızlıklara etkide bulunduğunu göstermektedir(58). Ebeveynlerin sosyoekonomik durumu ile bir sonraki nesilde şizofreni riski arasındaki bağlantının incelenmesinin sonuçları farklı araştırmalarda farklı bulunmuştur. Ebeveynlerde düşük sosyoekonomik durumun şizofreni riskini arttırdığı ya da bağlantı bulunmadığına ilişkin sonuçlar bildirilmiştir(59,60). Agerbo ve arkadaşlarının 2015 yılında yaptığı bir çalışmada ebeveynlerin düşük sosyoekonomik durumu ile şizofreni arasında ailede psikoz geçmişi kadar güçlü bir bağlantı olduğunu bununla birlikte en düşük sosyoekonomik koşulda bu riskin 8 kat daha fazla olduğunu göstermiştir(54).

Gebelikte annenin geçirdiği enfeksiyonlar: Yapılan araştırmalarda annenin gebelik sırasında geçirdiği enfeksiyonların çocukta şizofreni riskini arttırdığı gösterilmiştir(61,62). Özellikle gebeliğin 2.trimesterinde karşılaşılan viral enfeksiyonların şizofreni geliştirme riskinde artışa neden olduğu bulunmuştur(25). Sonuç olarak inflamatuvar yanıtla nöronal hücrelerin gelişiminde önemli basamakların aksadığı, fetüste nöronal hücre göçünün etkilendiği bildirilmektedir(63). Etkenlerden herpes simpleks 2 virüsü, influenza virüsü, toksoplazma gondi ve sitomegalo virüs öne çıkmaktadır(64–67). Gebelik sürecinde toksoplazma gondi enfeksiyonu geçirmek çocukta şizofreni riskini 3 kat arttırmaktadır(68).

Gebelikte annenin vitamin depoları: Vitamin eksiklikleri ve beslenme yetersizliğinin beyin gelişimini etkileyerek şizofreniye neden olabileceğinden söz

edilmektedir(69). Bundan dolayı şizofreni riski ile ilişkilendirilen vitaminler bilhassa sinir sistemi gelişimi ile bağlantılı bulunanlardır: vitamin D, vitamin B6-folat(70–74).

Gebelikte annenin sigara, alkol ve madde kullanımı: Gebelikte maruz kalınan nikotinin çocukta şizofreni riskini 3 kat arttırdığı bulunmuştur(75,76). Gebelik sürecinde yüksek alkol kullanımının şizofreni riskini artırırken gebelikte esrar kullanımı ile bağlantısı bulunamamıştır(77).

Doğum sırasındaki koşullar ve doğum zamanı: Zorlu gebelik, çocuğun anne karnındaki gelişim problemleri, doğum süreci ile ilişkili komplikasyonlar şizofreni riskinde artışa neden olmaktadır(78). Ayrıca yapılan araştırmalar, kış sonu ve bahar başında doğan bireylerde, yaz sonunda doğanlara göre şizofreni gelişme riskinin daha yüksek olduğunu göstermektedir(30,46).

Madde kullanımı: Esrar kullanımı şizofreni riskini 2 kat arttırmaktadır(79). Bu risk kullanılan esrar miktarına ve kullanım süresine göre de artmaktadır, ağır kullanıcılarda riskin 4 kat arttığı bildirilmiştir(80). Alkol kötüye kullanımının, özellikle de erken yaşlarda başlayan kullanımın şizofreni ve eşik altı psikotik yaşantı riskini 2-3 kat arttırdığı bulunmuştur(51,81).

Göç ve etnik azınlık: Göçmen olmak ve psikoz arasında önemli bir bağlantı mevcuttur(82). Bu riskin, birinci nesil göçmenlerde yaklaşık 2–3 kat arttığı; ikinci ve üçüncü kuşakta ise bu oranın 7–8 kata kadar çıktığı belirlenmiştir. Sonuçta göçmen olmanın psikososyal bir stresör faktör olduğu ve psikoz riskinde artışa neden olduğu söylenmektedir(83).

Stres verici ve travmatik yaşam olayları: Psikoz ve şizofreniyle yaşam olayları arasında bir bağlantı mevcuttur(84). Psikotik bozukluk ve eşik altı psikoz riskini 3 kat arttırdığı saptanmıştır(51,84). Yaşam olaylarının alt grupları arasında da bireye direkt zararı olan travmatik veya yaralayıcı olayların daha riskli olduğu belirtilmektedir. Bununla birlikte yaşam olaylarının önemi zamansal olarak psikozun ortaya çıkmasından hemen önce olduğunda daha yüksektir(84).

2.1.6.Şizofreni Tanı Ölçütleri

Şizofreni tanısı klinik uygulamada DSM-5 tanı ölçütlerine göre konulmaktadır(19).

A. Aşağıdaki belirtilerden ikisi (veya daha fazlası), bir aylık zaman diliminin önemli bir kısmı boyunca (ya da başarı ile tedavi edilmişse daha kısa) vardır.

1.Sanrılar.

2.Varsanılar.

3.Dezorganize konuşma.

4.Dezorganize davranış ya da katatonik davranış.

5.Negatif belirtiler

B. Bu bozukluğun başlangıcından itibaren geçen zamanın önemli bir kesiminde, iş, kişilerarası ilişkiler ya da kendine bakım gibi, bir ya da birden çok alanda işlevsellik düzeyi bozulmuştur.

C. Bu bozukluğun belirtileri en az 6 ay sürer. Bu 6 aylık evre, A tanı ölçütünü karşılayan, en az 1 aylık belirtileri kapsamalıdır

D. Şizoaffectif bozukluk, psikotik özellikli depresyon ve bipolar bozukluk tanıları dışlanır.

E. Bu bozukluk, kötüye kullanılabilen maddelerin, ilaçların ya da başka tıbbi durumların fizyolojik etkilerine bağlanamaz.

F. Otizm kapsamında bir bozukluk ya da çocukluk döneminde başlayan bir iletişim bozukluğu öyküsü varsa, şizofreni tanısı konabilmesi için gerekli diğer belirtilerin yanı sıra, belirgin sanrılar ya da varsanılar en az bir aylık bir süreyle olması gerekir.

2.1.7. Klinik Özellik ve Belirtiler

Şizofreni tanısında ayırt edici nitelikteki belirti ve bulguların bir ayın büyük bir bölümünde görülmesi, bazı belirti ve bulguların ise altı ay boyunca devam etmesi gerekmektedir. Bu belirti ve bulgular bireyin toplumsal ya da mesleki işlevselliğinde belirgin bozulmalara yol açmaktadır. Şizofrenide karakteristik düşünce ve algı bozukları, bilişsel bozulmalar, motor anormallikler, avolüsyon ve apati, iletişimde azalma, duygusal kısıtlılık ve duygu dışı vurumunda azalmaları içeren çeşitli bulgu ve belirtiler yer almaktadır. Yapılan çalışmalarla şizofrenideki klinik belirtiler; gerçeği değerlendirmenin bozulması ile giden pozitif belirtiler, olağan işlevlerde azalma ile giden negatif belirtiler olarak 2 temel başlıkta toplanmaktadır(85,86).

Pozitif belirtiler olağan işlevlerdeki aşırılık ya da çarpıklıklardan meydana gelmektedir. Bu pozitif belirtiler; sanrılar, varsanılar, çağrışımlarda dağınıklık, çevresel-teğetsel-baskılı konuşma, toplum alışkanlıklarına göre sapmalar ve aşırılıklarla giden saldırgan, taşkın, garip, tuhaf, stereotipik davranış ve görünüm olarak izlenmektedir. Sanrılar şizofrenide görülen başlıca düşünce içeriği bozukluğudur. Perseküsyon sanrıları şizofrenide en yaygın görülen sanrı çeşididir. Bu sanrıları, sıklık açısından referansiyel sanrılar takip etmektedir. Bunlara göre daha az rastlanan sanrılar grandiyöz, jaluzik, somatik, erotomanik, düşünce okunması-çalınması-yayınlanması, kontrol edilme şeklinde sanrılardır. Literatürlere

bakıldığında dinsel ve büyüklük sanrılarının erkeklerde daha sık, kıskançlık sanrılarının da kadınlarda daha sık olduğu izlenmiştir(87,88). Şizofrenideki bir başka pozitif belirti, sanrılardan daha nadir gözlemlenen varsanıdır. Varsanılar; işitsel, görsel, somatik (dokunsal), tat ve koku olmak üzere beş ana başlık altında incelenmektedir. Şizofreni hastalarında en yaygın olarak gözlemlenen varsanılar sırasıyla işitsel ve görsel olanlardır. Pozitif semptomlar arasında yer alan bir diğer belirti grubu ise düşünce bozukluklarıdır. Bu kapsamda; baskılı konuşma, fikir uçuşması, enkoherans, düşünce blokları ve perseverasyonlar, şizofrenide sık karşılaşılan düşünce bozuklukları arasında yer almaktadır. Akut ya da alevlenme dönemlerinde hastalarda sıklıkla gözlenen aşırı motor aktivite, taşkınlık, özellikle yüz ve ağız çevresinde ortaya çıkan tik benzeri alışılmadık hareketler (grimas), uygunsuz, sıra dışı ve öngörülemez davranışlar gibi semptomlar da şizofreninin pozitif psikotik belirtileri arasında yer almaktadır(89).

Negatif belirtiler; olağan işlevlerin azalması ya da yetiyitimi şeklinde tanımlanmakta olup, duygusal küntlük, konuşma içeriğinde yoksullaşma (aloji), avolüsyon, sosyal çevreden uzaklaşma, aile ve arkadaş ilişkilerinden uzaklaşma, cinsel ilgi ve etkinlikte azalma ile enerji ve isteğin azalması gibi semptomları içermektedir. Şizofrenide birincil negatif belirtilerin; pozitif semptomlar, ilaçların yan etkileri ya da çökkünlüğe bağlı ortaya çıkabilen ikincil negatif belirtilerden ayırt edilmesi gerekmektedir. Bu ayırım, tedavi süreci ve hastalığın gidişatı açısından büyük önem taşımaktadır; ancak çoğu durumda bu farkı net bir şekilde belirlemek güç olabilmektedir(25,90).

2.1.8. Şizofreni Tedavisi

Şizofreni, bireyin yaşamının tüm yönlerini etkileyen kronik bir hastalık olduğundan, tedavide temel amaç; belirtilerin hafifletilmesi ya da tamamen ortadan kaldırılması, bireyin yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve toplumsal uyumunun mümkün olduğunca artırılması ile hastalığın yıkıcı etkilerinin en aza indirilmesidir(91). Doğru bir tedavi yöntemiyle, şizofreni hastalarının yaklaşık %25'inin belirgin iyileşme göstererek toplumsal yaşamlarını sürdürebildiği, %50'sinin ise orta ya da iyi derecede ilerleme kaydederek kısmi bağımsız veya destekli şekilde sosyal yaşantılarına devam edebildikleri gözlemlenmiştir(32).

Zamanla, şizofreni tedavisinde psikososyal yaklaşımların önemi giderek artmaktadır. Antipsikotik ilaçlar hastalık belirtilerinde hafifleme sağlayarak hastane yatışlarını ve hastalığın tekrarlama ihtimalini azaltıp, kişinin hastalığından dolayı kaybettiği yetilerini en aza indirmeyi hedeflemektedir. Bununla birlikte psikososyal tedaviler sosyal iyileşme üzerinde etkilidir(92,93).

Farmakolojik Tedavi

Şizofreni tedavisinde kullanılan antipsikotiklerin temel etki mekanizmaları dopamin, serotonin, asetilkolin, noradrenalin gibi nörotransmitterlerin düzenlenmesine bağlıdır. Antipsikotiklerin etki düzenekleri ve yan etki profilleri değerlendirildikten sonra tipik (birinci kuşak) ve atipik (ikinci kuşak) olarak gruplandırılmışlardır(86).

A. Tipik Antipsikotikler: Tipik antipsikotikler, esas olarak mezolimbik dopaminerjik yolaktaki D2 reseptörlerini bloke ederek bu yolaktaki aşırı aktiviteyi sınırlar ve şizofreninin pozitif belirtileri üzerinde etkili olurlar. Mezolimbik yolaktaki D2 reseptörlerinin blokajı, aynı zamanda ödül ve haz sistemini de etkileyerek hissizleşme, anhedoni ve motivasyon kaybı gibi şizofreninin negatif belirtilerine benzer belirtiler oluşturabilir. Bu tür belirtiler literatürde “sekonder negatif semptomlar” olarak tanımlanır(94).

B. Atipik Antipsikotikler: Atipik antipsikotik ilaçlar reseptör bağlanması, yan etki profili ve yapıları açısından karma bir grup olarak değerlendirilmektedir. Atipik antipsikotikler dopamin reseptörlerine kıyasla serotonin reseptörlerine daha yüksek bağlanma eğilimi gösterirler(95). Klozapin, risperidon, olanzapin, ketiapin, ziprasidon, aripiprazol, sülpirid, sertindol bu grupta yer alan atipik antipsikotikler arasında bulunmaktadır(26). Klinik değerlendirmede, atipik antipsikotikler daha az ekstrapiramidal sistem yan etkisine neden olup negatif belirtiler üzerinde de daha etkili olurlar(96). İkinci kuşak antipsikotikler, bilişsel bozulmaları iyileştirmekte; dikkat, bellek, öğrenme ve yürütücü işlevler gibi temel zihinsel süreçler üzerinde etkili olmaktadır. Ayrıca, pozitif, negatif ve duygudurumla ilişkili belirtileri dengeleyerek klinik seyri olumlu yönde etkilemektedir. Şizofreni hastalarında sosyal mesleki işlevselliğin yeniden kazanılması etkin kognitif düzelme ile ilişkilidir(95).

Şizofreni tedavisinde genel olarak antipsikotik önerilmekte olup, atipik ve tipik ayrımı yapılmamaktadır(97,98). Atipik antipsikotiklerin tipik antipsikotiklere göre

pozitif semptomların tedavisinde üstünlüğü bulunmamaktadır. Olanzapin, risperidon ve amisülpiridin klozapin haricindeki diğer atipik antipsikotiklerden etkinliklerinin daha fazla olabileceğini dair veriler bulunmaktadır(99).

Tedaviyle psikotik semptomların gerilemesi günler içinde olabildiği gibi 4-6 haftaya kadar da uzayabilmektedir. Yapılan çalışmalar ve meta-analizler 4-6 haftalık bir tedavi boyunca en fazla iyileşmenin ilk 1-2 haftada olduğunu göstermektedir(100). İki hafta içinde tedaviye yanıt alınmaması ya da çok az alınması, daha sonra da yanıt alınamayacağının önemli bir göstergesidir, bu durumda ilacın dozunun artırılması ya da ilacın değiştirilmesi önerilmektedir(101). Yüksek dozda ilaç kullanılmadan önce hastanın yeterli sürede, yeterli dozda en az iki farklı antipsikotik kullanıldığından, hastanın tedaviye uyumlu olduğundan emin olunmalıdır, yapılan çalışmalarda önerilen dozların üzerindeki dozlarda yapılan tedavilerin etkin olmadığı gösterilmiştir(102,103).

Şizofreni hastalarında tedaviye uyum bozuklukları sık görülmektedir, relaps ve hastane yatışlarıyla ilgili en önemli faktörlerdendir. Uzun etkili enjekte edilebilen antipsikotiklerle tedaviye uyumun artırılması mümkün olabilmektedir(104). Depo antipsikotik ilaç kullanımı hastaların ilaç kullanımına uyumsuz olduğu ya da hastaların uygunluğu nedeniyle bu formülasyonu seçtiği durumlarda tercih edilmektedir(105,106).

Uzun etkili enjektabl antipsikotikler arasındaki farklar; birinci kuşak depo antipsikotikler arasında az fark bulunmaktadır. Cochrane çalışmaları pipotiazin palmitat, flupentiksol dekanat, zuklopentiksol dekanat, haloperidol dekanat ve flufenazin dekanat için tamamlanmıştır(107–111). Zuklopentiksol dekanat haricinde diğerleri oral antipsikotikler ve kendi aralarında benzer etkililiğe sahiptir. Zuklopentiksol dekanat, nöksleri önlemede diğerlerinden daha etkili olabilmekle birlikte yan etki açısından daha risklidir(109,112).

İkinci kuşak depo antipsikotikler risperidon, paliperidon, aripiprazol ve olanzapin karşılaştırılabilir etkililiğe sahip olmakla birlikte yan etki profili olan kilo artışı, metabolik etkiler, EPS ve prolaktin artışı açısından farklı risklere sahiptirler(104,113–115). Uzun etkili paliperidon palmitat serum prolaktin düzeyinde artışla ilişkili bulunmaktadır(114). Uzun etkili olanzapin pamoat kilo artışı ve dikkatsizce yapılan intravasküler enjeksiyon ya da kan damarı yaralanmasının neden

olduğu düşünölen post enjeksiyon deliryum/sedasyon sendromu ile bağlantılı bulunmuştur(116,117).

İkinci kuşak depo antipsikotikler EPS için görece daha az risklidir. Bu farklılığın bir bölümü birinci kuşak depo antipsikotiklerin daha yüksek eşdeğer dozlarda kullanımı ile ilişkili bulunsa da daha düşük dozlarda birinci kuşak depo antipsikotik kullanıldığında da ikinci kuşak depo antipsikotikler daha avantajlıdır(118).

Şizofreni tedavisinde çoklu antipsikotiklerin kullanımı etkinliği arttırmak, daha fazla sedasyon yapmak, yan etkileri azaltmak gibi amaçlar nedeniyle sık başvuru olan bir yol olsa da bu uygulamayı destekleyecek güçlü veri bulunmamaktadır(119). Bazı çalışmalar dopamin antagonistlerine parsiyel D2 agonistlerinin eklenmesinin negatif semptomlarda faydalı olduğu ve klozapinin başka antipsikotiklerle kombinasyonunun yararlı olduğunu bildirir de meta-analizler güçlü bir etki bulunmadığını göstermiştir(120).

Şizofrenide negatif belirtiler primer olarak ya da pozitif belirtilere, çökkünlüğe, antipsikotiklere veya uyaran eksikliğine sekonder olarak meydana gelmektedir. Sekonder negatif belirtilerde düzelme altında yatan nedenin düzeltilmesiyle sağlanmaktadır. Antipsikotiklerin antidepresan bir ilaçla güçlendirilmesi, klozapin kullanan bir hastanın tedavisine lamotrijin eklenmesi negatif belirtilerin tedavisinde yararı olabilecek yaklaşımlardır(3). Güçlendirme yaklaşımlarında kesin belirlenmiş bir endikasyon bulunmamaktadır. Bu amaç için lityum, karbamazepin, valproat, antidepresanlar, benzodiazapinler veya lamotrijin denenmektedir(3).

Elektrokonvulzif Tedavi

Psikotik belirtilerin tedavisinde elektrokonvulzif tedaviye (EKT) iyi yanıt veren vakalarda, genellikle EKT uygulaması standart antipsikotik ilaçlarla birlikte yürütölmüştür. Şizofrenide EKT ve atipik antipsikotik kullanımının etkililikleri karşılaştırılmamıştır. EKT'nin etkinliğinin en belirgin şekilde gözlemlendiğı hasta grubu, hastalığın süresi kısa olan, ani başlangıçlı ve belirgin duygulanım belirtileri taşıyan şizofreni hastalarıdır. Yapılan bir çalışmada, EKT'nin özellikle ilk atak şizofreni vakalarında kısa vadede etkili sonuçlar sağladığı ortaya konmuştur(121,122).

Şizofreni Sağaltımında Psikososyal Yaklaşımlar

Şizofreni tedavisinde ilaçla sağaltım zorunludur. Akut dönemde bireysel, grup ve ortam sağaltımının faydası görülmemiştir. Fakat tedavinin en başından beri hasta-hekim ilişkisinin iyi bir şekilde oluşturulmasını hedefleyen destekleyici psikoterapinin ve eğitici yaklaşımın faydalı olduğuyla ilgili kanıtlar gösterilmiştir(123,124). Sadece ilaçla tedavi gören şizofreni hastalarında bir yıl içerisinde depresme ve tekrar hastaneye yatırılma ihtimali %40 civarındayken, ailesine ve hastaya destekleyici psikoterapi eğitimi sağlandığında bu oran %20'ye kadar düşmektedir(125).

Özellikle ağır yetiyitimi bulguları görülen kronikleşmiş şizofreni hastalarında ilaç tedavisine ek olarak öğrenme ilkelerine dayalı, psikolojik ve sosyal becerilerin kazandırılmasını amaçlayan beceri eğitimi önemli bir yer tutmaktadır. Bu eğitimlerde dikkat toplama, anlatabilmek, basit işler yapabilmek, insan ilişkilerini geliştirebilmek için daha kolay ve temel becerilerden başlanarak daha karmaşık becerilere doğru artan uygulamalar yapılmaktadır(126,127).

Bireysel Psikoterapiler

Şizofreni hastalarının bireysel tedavisinde, iki temel terapötik yaklaşım uygulaması olarak içgörü yönelimli ve destekleyici psikoterapi yöntemleri uygulanmaktadır(26).

İçgörü yönelimli psikoterapiler; burada amaç, hastada tekrar eden uygun olmayan kişiler arası ilişkilerini tekrar düzenlemek ve belirtileri azaltmaya çalışmaktır. Tedavi ile hastanın bir taraftan geçmişteki ilişkileri ve hayat hikayesi anlaşılmaya çalışılır, diğer taraftan da şu anki ilişkileri incelenir. Hastanın hastalık fazı ve şizofreni tipine bağlı olarak içgörü yönelimli stratejiler koşullara bağlı olarak uygulanabilmektedir(26).

Destekleyici psikoterapiler; hekimin hastasını ve şikayetlerini anlamaya çalışmasına, hastanın gerçeğe uyum sağlayabilmesine yardımcına dayanmaktadır. Sorun çözümüne yönelik destekleyici terapiler, özellikle sosyal uğraş terapileriyle birlikte uygulandığında, ayaktan takip edilen hastalarda muhtemel nükslerin önlenmesine katkı sağladığı bildirilmiştir(26).

Şizofrenide Grup Psikoterapileri

Farmakoterapiye ek olarak grup terapisine katılan bireylerin, yalnızca farmakoterapi uygulanan hastalara kıyasla daha fazla iyileşme gösterdiği gözlemlenmiştir. Ayrıca, hastaneden taburcu olduktan sonra bu tedaviye devam edenlerde, tekrar hastalanma ve hastaneye yatış oranlarının daha düşük olduğu rapor edilmiştir(26).

Şizofrenide Bilişsel Davranışçı Tedavi Yaklaşımları

Bu sağaltım uygulanarak yapılan izleme ve sonlanım çalışmalarında, şizofreni hastalarına bilişsel-davranışçı tedavinin etkili bir şekilde uygulanabileceğini bildirilmektedir(126). Şizofrenide uygulanan bilişsel-davranışçı tedavide özellikle bu detaylara değinilmektedir(128,129):

- a) Hastayla iyi bir iş birliğinin kurulabilmesi
- b) Şizofreni belirtilerini açıklarken hastaya seçeneklerin sunulması
 - Sanrıların hastanın kendisiyle değil şizofreni hastalığıyla bağlantılı olduğu belirtilerek sanrılarla ilgili alternatif düşüncelerin geliştirilmesi
 - İşitsel halüsinasyonların içsel bir kaynakla ilişkilendirilmesi
 - Psikotik belirtileri hayattaki zorluklara cevap olarak açıklayarak normalleştirilmeye çalışılması
- c) Negatif belirtilerle baş etme becerilerini geliştirmesine yardımcı olmak
- d) Hastanın ilaçlarını düzenli kullanması için tıbbi model dışında önerilerde bulunmak

Şizofrenide Aile Terapisi

İdame farmakoterapiye aile tedavileri eklendiğinde tekrarlamalar arasında geçen sağlıklı sürenin uzadığı ve hastalara sosyal ilişkilerini yeniden kurma, mevcut becerilerini geliştirme ve yenilerini yaratma fırsatını sağladığı gözlemlenmiştir. Aile terapisinde önemli olan eğitim ve geleceğe ilişkin umudu ve gerçekçi beklentileri desteklemektir(26).

Psikososyal Beceri Eğitimi

Şizofreni tedavisinde yalnızca bilişsel bozuklukların değerlendirilmesi tedavinin eksik kalmasına, elde edilen ilerlemelerin kalıcı olmamasına sebep olmaktadır. Tedavinin niteliğinin ve yaşam kalitesinin arttırılabilmesi için hastalıkla ve yaşam zorlanmalarıyla baş etme yöntemlerini öğrenmesi ve bunları birer beceri şekline getirip günlük hayata uygulamaya geçirmek, hastalar için birçok sorunun çözümü anlamına gelmektedir(26).

2.1.9. Şizofrenide Gidiş ve Sonlanış

Şizofreni akut veya sinsi olarak başlayabilmektedir. Hastalık öncesinde şaşkınlık, çökkünlük, uykuda bozulma, özbakımda azalma, dikkatini toplamakta zorlanma, kaygılanmalarda artış gibi prodromal belirtiler olabilmektedir. Bu durumun birkaç hafta ya da ay sürebileceği gibi, genelde birkaç yıla kadar uzayabilmektedir. Ortaya çıkarıcı etkenler, hastalığa yatkın bireylerde hastalığı tetikleyebilmektedir. Mannheim grubunun yaptığı çalışmalarda şizofreninin ilk belirtilerinin ortaya çıkma yaşı ortalama 23,3, erkeklerde 22,5, kadınlarda 25,4 yaş olarak bildirilmiştir. Negatif belirtiler ortalama 24 yaşında ortaya çıkmaktadır. İlk pozitif psikotik belirtilerin başlaması erkeklerde 26,7 yaşında, kadınlarda ise 30,9 yaşında olmaktadır. Negatif belirti kümesinin şizofreninin erken döneminde daha fazla bulunduğu ve daha erken yaşta meydana geldiği bildirilmiştir. Vakaların neredeyse %70'inde hastalık negatif belirtilerle ortaya çıkmaktadır. Bununla birlikte %6,5'lik bir bölümde başlangıç pozitif belirtilerle olmakta, %20'lik bölümde ise başlangıçta negatif ve pozitif belirtiler birlikte olmaktadır. İlk hastaneye yatıştan önce vakaların %95'inde sanrılar, %68'inde varsanılar ve %61'inde ise yapısal düşünce bozukluğu olduğu bulunmuştur(130,131).

Şizofreninin klinik süreci incelendiğinde, pozitif belirtilerin zamanla hafifleme eğiliminde olduğu; buna karşılık, sosyal ve mesleki işlevselliği olumsuz yönde etkileyen negatif belirtilerin ise kalıcı hale geldiği gözlemlenmektedir(132). Shepherd ve çalışma arkadaşlarının gerçekleştirdiği 5 yıllık takip çalışmasında hastaların %13'ünde tek atak sonrası 5 yıl içinde tekrar atak geçirmediği, %30'unda bir iyileşme gözlemlendiği ve %10'unda ise ilk ataktan sonra hiçbir şekilde remisyona girilmediği belirlenmiştir. Bununla birlikte, hastaların %47'sinin her epizodda şiddeti daha fazla

artan belirtiler gösterdiği bildirilmiştir(133). Başka bir çalışmada da hastanede yatışı yapılan şizofreni hastalarının taburculuk sonrasında düzenli tedavi alsalar bile öbür yıl içinde tekrar atak geçirme ihtimali %35-40 olarak bulunmuştur(91). Atak geçirme sayısı arttıkça süregelenleşmenin daha fazla olduğu ve ilk tanı aldıktan sonraki 5 yıllık sürecin hastalığın gidişatıyla ilgili bilgi verdiği gösterilmiştir(134).

Şizofreni farklı gidiş ve sonlanış özellikleri gösterdiği için sinsi bir şekilde başlayıp, böyle devam edip arada alevlenme dönemleri de olabilmektedir. Alevlenmeler kendiliğinden veya tedaviyle yatıştır. Sonraki süreçte yavaş ilerleyen ve çoğunlukla negatif belirtilerin hakim olduğu, kronik kalıntı(rezidü) şizofreniye dönebilir(3).

Şizofreni hastalarında ölüm oranları genel toplumdan iki-dört kat daha fazladır. En sık rastlanan ölüm nedenleri; fiziksel hastalıklar (en sık neden), intihar ve kazalardır. Şizofreni hastalarının %50'si intihar girişiminde bulunmakta ve %10-15'i intihar girişimini tamamlayarak ölmektedirler(3).

Çocukluk döneminde başlayan şizofrenide intihar riski daha fazladır. Erkek hastalarda, kadınlara kıyasla intihara bağlı ölüm oranı daha fazladır. Şizofreni hastalarında intihar riskini artıran başlıca faktörler arasında genç yaş, hastalığın şiddeti, bekar olmak, yalnızlık, işsizlik, çaresizlik duygusu ve ciddi düzeyde yeti kaybı yer almaktadır (3,135,136).

Şizofreni Belirtilerinin Düzelmesi (Remisyon)

Şizofreni Remisyon Çalışma Grubu tarafından 2005 yılında şizofrenide remisyon ölçütlerini belirlemişlerdir. Remisyonun değerlendirilmesi amacıyla PANSS içinde yer alan 8 tanısız ölçüt belirlenmiştir(137). Bunlar;

Sanrılar (P1),
Düşünce dağınıklığı (P2),
Varsanlı davranış (P3),
Duygulanımda küntleşme (N1),
Sosyal geri çekilme (N4),
Spontanlıkta azalma (N6),
Postür ve kişiye özgü hareketler (G5),
Olağandışı düşünce içeriğidir (G9).

Her bir madde için 7 puan üzerinden 3 veya daha düşük puan alınması, bu durumun 6 ay boyunca devam etmesi ve bu dönemde hastane yatışının olmaması remisyon olarak kabul edilmiştir(137).

Şizofrenide İyileşme

Şizofreni semptomlarının ortadan kalkması, hastaneye yatış gereksiniminin azalması ve yatış sıklığında düşüş görülmesi klinik iyileşmenin göstergelerindendir. Hastada görülen semptomların önemli derecede düzelmesinin yanı sıra, bireyin toplumsal işlevlerini sürdürebilme becerisinde anlamlı bir gelişme göstermesi, şizofrenide iyileşme olarak tanımlanmaktadır(138,139).

Kalıntı Belirtilerle Giden Şizofreni

Kalıntı (rezidü) belirtilerle giden şizofreni denildiğinde; hastanın en az bir kez şizofreni atağı geçirdiği, hastalığın ileri dönemlerinde yıkım sonrası ortaya çıktığı düşünülen, hastalığın sürdüğü fakat belirgin pozitif belirtilerin olmadığı özellikle negatif belirtilerin baskın olduğu ve bilişsel işlev bozukluklarının görülebildiği süregelen bir tablodur(11). Duygu küntlüğü, aldırılmazlık, ilgide azalma, katılım ve eylem azlığı, toplumdan uzaklaşma, düşüncelerinde somutlaşma ve fakirleşme, özbakımda azalma belirtileri hakimdir. Bir bakıma hastalık bir karakter yapısı ve yaşam şekline bürünmüştür(3).

Kalıntı belirtilere neden olan nörobiyolojik mekanizmalar tam belirlenememiş olmakla birlikte, dopaminerjik sistemdeki düzensizlikler, glutamaterjik disfonksiyon

ve nörodejeneratif süreçlerle ilişkilendirilmiştir(140). Bununla birlikte, prefrontal korteks ve limbik sistemdeki yapısal ve işlevsel değişikliklerin de rol aldığı düşünülmektedir(141).

Şizofreni hastalarının yaklaşık %20-30'unda kalıntı belirtiler görülmekte olup, bu oran tedavi yanıtının yetersiz olduğu ya da tedavi uyumunun düşük olduğu hastalarda daha yüksektir(3).

Kalıntı belirtiler, hastaların sosyal ve mesleki işlevselliğini olumsuz etkileyerek yaşam kalitesini düşürmektedir. Bu durum, hastaların yaşamlarına bağımsız devam etmelerini güçleştirmekte olup ailelerine ve topluma olan bağımlılıklarını arttırmaktadır. Ayrıca, hastaların tedavi uyumunu ve içgörüsünü de olumsuz bir şekilde etkileyebilir(29).

Kalıntı belirtilerin tedavisi, şizofreni hastalarının yönetimindeki en güç alanlardan biridir. Antipsikotik farmakoterapisi, pozitif belirtiler üzerinde daha etkili olup negatif belirtiler üzerindeki etkileri sınırlıdır(142). Bu sebeple, psikososyal müdahaleler (bilişsel davranışçı terapi, sosyal beceri eğitimi, aile terapisi) ve rehabilitasyon programları tedavinin önemli bir kısmını oluşturmaktadır(143).

2.2. Şizofrenide İşlevsellik ve Yaşam Kalitesi

2.2.1. Şizofreni ve İşlevsellik

İşlevsellik, bir bireyin gerçekleştirebileceği faaliyetlerin yanı sıra sosyal katılımından oluşur. İşlevsellik, hastanın psikiyatrik durumunun yarattığı olumsuz yaşam koşullarını anlamlandırmak ve değerlendirmek için önemli bir faktördür(144). İşlevsellikteki bozulma, psikiyatrik hastalıklarda hastalığa bağlı sınırlılıklar nedeniyle kişilerin günlük yaşamlarındaki belirli işlevleri yerine getirememeleri şeklinde tanımlanmaktadır(145). İşlevselliğin bozulması süreci karmaşıktır ve farklı işleyiş alanlarını ve yaşam alanlarını içerir(144).

Şizofrenide kişilerin mesleki, kişilerarası ilişkiler ve kendine bakım gibi önemli işlevsellik alanlarında bozulma olması önemli bir tanı kriteri olarak değerlendirilmiştir(19). Şizofreni tanılı hastalarda işlevsel kayıp en çok sırasıyla sosyal ilişkiler, meslek alanları ve gündelik yaşam aktivitelerinde görülmektedir(146). Şizofrenide ortaya çıkan bilişsel işlev bozuklukları; sosyal, mesleki alanlardaki

işlevsellik ve toplum içinde bağımsız yaşam sürme gibi durumlarla ilişkilidir. Yapılan araştırmalar; sözel öğrenme, bellek, yürütücü işlevler ve dikkat gibi çeşitli bilişsel alanlardaki bozulmaların, şizofreni hastalarının günlük yaşam aktiviteleri, iş hayatı, sosyal problem çözme becerileri gibi farklı işlevsellik ölçütlerinde belirleyici olduğunu ortaya koymuştur. Sonuç olarak, bilişsel işlevlerdeki bozulmalar; sosyal ve mesleki işlevsellikteki yetersizlikler ile toplum içinde bağımsız yaşam becerilerinin zayıflamasıyla ilişkili bulunmuştur(147,148). Şizofrenide işlevselliğin değerlendirilmesinde sosyal işlevsellik ve bilişsel işlevsellik ve eşit önemdedir(29).

2.2.2. Şizofreni ve Sosyal İşlevsellik

Sosyal işlevsellik, kişinin toplum içerisindeki başlıca rolünü gerçekleştirebilmesi ve kişinin temel gereksinimlerini yapabilmesi için gerekli olan görev ve aktiviteleri yerine getirebilme yeteneği olarak tanımlanmıştır(149,150). Burada söz edilen temel gereksinimler; beslenme, barınma, sağlık, kendini koruma, kabul görme, sosyal destek, hayatın anlamı ve amacı olması gibi son derece temel endişeleri ifade etmektedir. Kişilerin toplum içerisindeki başlıca rolünü gerçekleştirebilme becerisi ise aile ferdi, ebeveyn, çalışan, komşu ve vatandaş olmaya ilişkin rollerini yerine getirebilme becerisini ifade etmektedir(150).

Şizofreni hastalarının sosyal işlevselliği değerlendirilirken; sosyal etkinliklere katılımı, kişiler arası ilişkilerinde tutarlı davranışlar sergilemesi, sosyal aktivitelerde yer alması, mesleki sorumluluklarını yerine getirip getirmemesi, boş zamanlarını nasıl değerlendirdiği ve ilaç kullanımına uyumu dikkate alınmaktadır(151). Sosyal işlevsellikteki bozulma bireylerin rollerini yerine getirebilme, kendi bakımlarını yapabilme becerilerinde azalmaya, sosyal, ailevi ve mesleki işlevinde problemlere ve boş zaman aktivitelerine katılmayla ilgili becerilerinde azalmaya neden olmaktadır. Şizofreni hastalarında sosyal işlevsellik; negatif ve pozitif belirtiler, duygudurum, sosyal davranışlar ve çevresel etkenlerden etkilenmektedir(152). Yapılan çalışmalar, özellikle negatif belirtilerin sosyal işlevsellik üzerinde olumsuz etkiler oluşturduğunu ortaya koymuştur(153–156). Bazı araştırmalarda ise pozitif belirtiler ile sosyal işlevsellik arasında da bir ilişki saptanmıştır(156).

Bir diğer işlevsellik alanı olan mesleki işlevsellik, Combs ve Heaton'a (2016) göre; görevle ilişkili tüm gerekli özelliklere sahip olmayı ve bu görevin gereklerini

yerine getirebilmeyi ifade eder. Mesleki işlevselliğin tanımı, yürütülecek işin niteliğine bağlı olarak değişebileceği için genel geçer bir tanım yapmak mümkün olmamaktadır(157). Şizofreni hastalarında en belirgin yeti yitimlerinden biri mesleki işlevsellikte olmaktadır. Şizofreni hastalarının %85'i kazanç sağlayan bir işte çalışmamakla birlikte çalışan şizofreni hastalarının çoğu da yarı zamanlı işlerde çalışmaktadır(158–160). Yapılan bir çalışmada bir yıl süresince tam zamanlı çalışan 39 hasta ile işsiz 243 hastanın karşılaştırılmasında, tam zamanlı çalışan hastaların bilişsel işlevlerde daha iyi performans gösterdiği görülmüştür (160). Araştırmalar sonucunda, şizofreni hastalarında meydana gelen bilişsel işlev bozukluğunun belirli alanlarıyla işsizlik arasında anlamlı bir bağlantı olduğu düşünülmüştür(160–163).

2.2.3. Şizofreni ve Bilişsel İşlev

Bilişsel işlevlerin temel alanları; işlem hızı, dikkat, bellek, yürütücü işlevler/çalışan bellek ve sosyal biliş şeklinde tanımlanmaktadır. Şizofrenide gözlenen bilişsel işlev bozuklukları, pozitif ve negatif belirtiler gibi hastalığın ana özelliklerinden biridir. Bu bozuklukların hastalığın kronik yapısından, diğer psikiyatrik belirtilerden ve kullanılan antipsikotik ilaçlardan bağımsız şekilde ortaya çıktığı ve birincil bozukluk olarak kabul edildiği düşünülmektedir(29).

Yapılan çalışmalarda tüm bilişsel alanların etkilendiği görülmektedir. Araştırmalarda şizofrenide bilişsel işlevler arasında en fazla etkilenen alanlar; yürütücü işlevler, dikkat, algısal/motor işleme, vijilans, sözel öğrenme ve bellek, sözel ve uzamsal çalışma belleği, sözel akıcılık olarak belirlenmiştir(164–168).

Şizofreni hastalarında bilişsel bozukluklar fonksiyon kaybına neden olurken, bununla birlikte bilişsel işlevler arasındaki koordinasyonda bozulmaktadır. Bu duruma kognitif dismetri denilmektedir(168). Bir meta-analiz çalışmasında da şizofreninin tüm bilişsel alanları etkileyen yaygın bir bilişsel bozukluk olduğu gösterilmiştir(169). Bilişsel işlevlerdeki bozulmanın hastalığın daha çok negatif belirtileri ile ilişkili olduğu, diğer belirtilerle arasındaki ilişkinin zayıf olduğu bildirilmiştir(170). Sonuç olarak hastaların belirtilerindeki düzelme ile bilişsel işlevlerindeki düzelmenin korele olduğu saptanmıştır(171). Buradan çıkarımla klinik takipte iyileşmenin göstergesi olarak bilişsel testler kullanılabilir.

Şizofrenide bilişsel işlev bozukluklarının seyrinde, kesitsel araştırmalar şizofrenide görülen bilişsel bozukluklarda yaşla birlikte bir artış olduğunu göstermemektedir(172–174). Alptekin ve çalışma arkadaşlarının araştırmasında, şizofreni hastalarında yaş ilerledikçe dikkat işlevlerinde bir bağlantı gözlemlenirken, sağlıklı bireylerde bu ilişkinin bellek ve sözel akıcılık becerileriyle ilişkili olduğu ortaya konmuştur(175). Yapılan bir meta-analiz çalışmasında, ileri yaştaki şizofreni hastalarında tespit edilen bilişsel sorunların zaman içinde belirgin şekilde artmadığı belirlenmiştir(176). Bora ve arkadaşlarının 2014 yılında yaptığı bir çalışmada da bilişsel işlevlerdeki bozulmanın zamanla ilerlemediği hatta negatif belirtilerdeki düzelme ile paralel şekilde toparlanabileceği belirlenmiştir(177). Sonuçta; şizofreni hastalarında yaşla birlikte bilişsel bozukluklarda anlamlı bir değişiklik olmadığı, hastalıktan önce ve ilk ataktan sonra var olan bilişsel bozuklukların zaman içinde artmadığı söylenmektedir(29).

2.2.4. Şizofrenide Bilişsel İşlev Bozuklukları ve Psikososyal İşlevsellik

İlişkisi

Şizofreni hastalarında görülen bilişsel bozuklukların önemi psikososyal işlevsellikle olan yakın ilişkisine bağlanmaktadır. Bu hastalardaki tedavinin en önemli sonucu psikososyal işlevlerdeki değişimdir. Şizofrenide ortaya çıkan bilişsel işlev bozuklukları, bireyin sosyal ve mesleki alanlardaki işlevselliği ile toplum içinde bağımsız bir yaşam sürdürebilme yetisini önemli ölçüde etkilemektedir(29).

Kesitsel araştırmalarda, sözel öğrenme, bellek, yürütücü işlevler ve vijilans gibi bilişsel alanlarda gözlenen bozulmaların; şizofreni hastalarının çalışma becerileri, günlük yaşamdaki etkinlikleri ve sosyal problem çözme yetenekleri gibi çeşitli işlevsellik ölçütleri üzerinde belirleyici rol oynadığı ortaya konmuştur(147,148). Green ve arkadaşlarının yürüttüğü çalışmalar, psikososyal işlevselliğin farklı alanlarıyla bilişsel işlevler arasında anlamlı ilişkiler olduğunu göstermektedir. Buna göre; toplumsal işlevsellik yürütücü işlevler, sözel bellek ve sözel akıcılıkla; sosyal problem çözme becerisi vijilans ve sözel bellekle; sosyal becerilerin edinimi ise sözel bellek ve uyanıklık düzeyiyle ilişkili bulunmuştur. İlerleyen gözlem çalışmaları da bu

bulguları desteklemiştir(147,148). Alptekin ve arkadaşlarının yürüttüğü bir çalışmada, yaşam kalitesinin sosyal boyutu ile yürütücü işlevler ve çalışma belleği arasında anlamlı bir bağlantı olduğu ortaya konmuştur ve ayrıca bu ilişki sağlıklı gönüllülerde bulunmamıştır. Bu çalışmada da yapılan başka çalışmaların sonuçlarına benzer şekilde, şizofrenide bilişsel bozukluklar ve işlevsellik arasında güçlü bir ilişki olduğu gösterilmiştir(178).

2.2.5. Şizofreni ve Yaşam Kalitesi

Dünya Sağlık Örgütü, bireyin yaşam kalitesini; içinde bulunduğu kültürel yapı ve değerler sistemiyle birlikte, bireysel hedefleri, beklentileri, standartları ve kaygıları doğrultusunda yaşamındaki yerini algılama biçimi olarak tanımlamaktadır(179).

Yaşam kalitesi, bireyin beden sağlığı, ruh sağlığı, sosyal etkileşimi, işlevselliği ve uyum kabiliyeti üzerinde karmaşık bir biçimde etkili olmaktadır. Öznel olarak değerlendirildiğinde bireyin farklı yaşam alanlarından aldığı hazzı, kendisini iyi hissetmesini ve mutlu olmasını içermektedir. Nesnel olarak değerlendirildiğinde ise bağımsız yaşayabilme, kişilerarası ilişkiler, günlük etkinlikler ve sosyal işlevselliği kapsamaktadır(180).

1990'lı yıllarda atipik antipsikotiklerin kullanıma girmesiyle birlikte şizofrenide yaşam kalitesi kavramının önemi daha fazla artmıştır. Bu kavram şizofreni hastalarında semptomların gerilemesi ve nükslerin önlenmesinden başka beklentilerin de olduğunu göstermekte ve rehabilitasyon programları ve farmakoterapinin başarısının değerlendirilmesi amacıyla kullanılmaktadır(181). Şizofreni hastalarında yaşam kalitesini değerlendirebilmek için farklı ölçekler kullanılmış olup 1994'te "Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği" nin yayımlanmasıyla şizofreni hastalarında yaygın olarak değerlendirme aracı olarak kullanılmıştır(181).

Yaşam kalitesi ile psikiyatrik semptomlar arasındaki bağlantının anlaşılmasıyla şizofreni hastalarında yaşam kalitesini etkileyen faktörler belirlenmekte ve bununla birlikte yaşam kalitesi kavramının gelecek zamandaki tedavi geliştirme uğraşlarında rehber olarak kullanılabileceği anlaşılmıştır(182).

Şizofreni hastalarıyla yapılan yaşam kalitesi ve sosyodemografik verilerin ilişkisinin incelendiği araştırmalarda; kadınlarda, evlilerde ve eğitim durumu düşük olan şizofreni hastalarında yaşam kalitesinin daha iyi olduğu görülmüştür(183).

Yapılan çalışmalarda hastalık süresinin uzun olmasının yaşam kalitesiyle negatif yönde korele olduğu saptanmıştır(183).

2017 yılında yapılan bir çalışmada; bireyin bağımsız yaşıyor olması ya da ebeveynleriyle birlikte yaşaması, bir mesleğe sahip olması, hastalık süresinin kısa ve yaşın genç olması, yüksek eğitim düzeyi ile atipik antipsikotik tedavi almasının yüksek yaşam kalitesiyle ilişkili olduğu; buna karşılık pozitif, negatif, depresif belirtiler ile anksiyete düzeyinin ise yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirlenmiştir(184).

3. YÖNTEM

3.1. Etik Onay

Çalışma Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı tarafından 83116987-559 numaralı çalışmamıza 31.08.2023 tarihli ve 23-KAEK-201 sayılı kararı ile onay alınmıştır. Katılımcılara araştırma hakkında bilgi verilmiştir ve araştırmaya katılmayı kabul edenlerden yazılı olarak aydınlatılmış onam alınmıştır.

3.2. Katılımcılar

Araştırmaya Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na 1 Ekim 2023-1 Haziran 2024 tarihleri arasında başvuran şizofreni tanısı almış, aktif psikotik dönemde olmayan, kalıntı belirtileri olan 18-65 yaş arası hastalar dahil edilmiştir. Hastaların tanıları DSM-5 tanı sistemi baz alınarak yarı yapılandırılmış bir psikiyatrik tanı koyma görüşmesi ile konulmuştur.

Hastalar psikiyatri hekimince muayene edilerek ek psikiyatrik hastalıklar, mental retardasyon, nörolojik hastalıklar gibi hastalıklar dışlanacaktır. İki örnek düzenine göre hazırlanacak çalışmada, %95 güç, %5 yanılma payı ile çalışma grubunda 100 ve kontrol grubunda 100 olmak üzere toplamda 200 kişi ile çalışılacaktır. Kontrol grubu olarak yaş, cinsiyet, eğitim durumu gibi özellikler bakımından çalışma grubuna benzer özellikleri olan, herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan 18-65 yaş arası sağlıklı bireyler alınacaktır.

3.3. Çalışmaya Dâhil Edilme Kriterleri

- DSM-5 kriterlerine göre şizofreni tanısı alması ve remisyonunda olma
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olma
- 18-65 yaş arasında olmak
- Okuryazar olmak
- Zeka geriliği olmaması
- İletişimi etkileyecek ölçüde görme ve işitme probleminin olmaması
- Ek psikiyatrik tanı olmaması
- Nörolojik hastalık olmaması

3.4. Çalışmaya Dâhil Edilmeme Kriterleri

- Araştırma hakkında bilgilendirildikten sonra, hasta ve/veya vasisi veya sağlıklı kontrolün çalışmaya katılmaya onay vermemesi
- 18 yaştan küçük, 65 yaştan büyük olmak
- Genel tıbbi duruma bağlı psikotik bozukluk, alkol ya da madde kullanımının bağlı psikotik bozukluk tanıları bulunması
- Nörolojik hastalık öyküsünün bulunması
- Mental retardasyon tanısının olması
- İletişimi etkileyecek ölçüde görme ve/veya işitme probleminin bulunması
- Komorbid psikiyatrik hastalığının bulunması

Çalışmaya katılmayı kabul eden, dahil edilme kriterlerini sağlayan ve bilgilendirilmiş gönüllü onam formunu imzalayan tüm hasta ve kontrol grubuna sosyodemografik veri formu, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu, Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği, İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi ve Beck Anksiyete Ölçeği uygulanmıştır. Ek olarak şizofreni hastalarına Klinik Global İzlenim Ölçeği uygulanmıştır.

Bütün bu değerlendirme araçlarının doldurulması ve görüşmelerin tamamlanması yaklaşık olarak 45-60 dakika kadar sürmüştür. Bu değerlendirme

araçlarından elde edilen veriler diğer sosyodemografik ve klinik veriler ile birlikte değerlendirilerek sağlıklı kontrol grubu ve hasta grupları karşılaştırılmıştır.

3.5. Değerlendirme Araçları

3.5.1. Sosyodemografik Veri Formu

Çalışmanın hedefleri dikkate alınarak ve incelenen literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır. Katılımcıların yaşı, medeni hali, öğrenim düzeyi ve iş durumu gibi sosyo-demografik özellikleri ile daha önce psikiyatrik tedavi alıp almadığı ya da psikiyatri servisinde yatış geçmişi gibi klinik değerlendirme sorularını içeren bir formdur.

3.5.2. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS)

Şizofrenide pozitif ve negatif belirtiler ile genel psikopatolojiyi incelemek ve bu belirtilerin şiddetini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir(185). 30 maddeden oluşan yarı yapılandırılmış bir ölçektir(186). 30 parametreden yedisi pozitif, yedisi negatif geriye kalan on altısı genel psikopatoloji alt ölçeğine aittir. Her maddenin yedi puanlı şiddet değerlendirmesi (0: hiç yok-7: çok ağır) bulunmaktadır. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Kostakoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır(187).

3.5.3. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (CDSS)

Şizofreni hastalarını depresyon yönünden değerlendirmek, depresif belirtilerin düzeyini ve şiddetini ölçmek için kullanılmaktadır. Hekim tarafından değerlendirilmektedir. Ölçek, 9 maddeden oluşup dörtlü Likert tipidir. Toplam puan 0-27 arasında yer almaktadır(186). Addington ve çalışma arkadaşları tarafından geliştirilen bu ölçeğin Türkçe uyarlamasına ilişkin geçerlilik ve güvenilirlik analizleri Aydemir ve ekibi tarafından gerçekleştirilmiştir(188,189). CDSS skorunun 6 ve üzerinde olması, şizofreni hastalarında depresyonun varlığını göstermektedir(190). Türkçe duyarlılık ve özgüllük çalışmasında ise ölçek için 11/12 kesme puanı olarak belirlenmiştir(191).

3.5.4. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF)

WHOQOL-BREF-TR, farklı ülkelerden 15 merkezin desteğiyle Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından geliştirilmiş ve bireylerin yaşam kalitesini öznel olarak değerlendirmek amacıyla kullanılan bir ölçme aracıdır. Toplamda 26 sorudan oluşan bu ölçek, dört temel alanı içermektedir. Bu 4 alan fiziksel, psikolojik, sosyal ilişkiler ve çevre alanlarından oluşmaktadır. Bireyin hastalık tarafından oluşan bulguları nasıl algılayıp yaşadığını, hastalık ile sosyal ilişkilerinin, fiziksel aktivite ve çevrenin ilişkisinin nasıl olduğunu değerlendirmektedir. Verdiği cevaplar bireyin yaşadıklarının sıklığını, şiddetini ve yaşadıklarıyla ilgili değerlendirmesini yansıtmaktadır. Fiziksel boyutunda; günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme, ilaçlara ve tedaviye uyum, hareketli olma, canlı ve bitkin olma, ağrısı ve rahatsızlığı olması, uyuyabilme ve dinlenebilme, çalışabilme durumuyla ilgili sorular bulunmaktadır. Psikolojik boyutunda; benlik saygısı, olumlu ve olumsuz duygular, kişisel inançlar ve dikkat, beden imgesi ve dış görünüşüyle alakalı sorular vardır. Sosyal boyutunda ise insan ilişkileri, sosyal desteği ve cinsel hayatıyla alakalı sorular yer almaktadır. Çevre boyutunda; sağlık hizmetlerine erişim, yaşam alanı, fiziksel güvenlik ve emniyet, maddi imkanlar, boş zaman aktiviteleri, fiziksel çevre koşulları ve ulaşım gibi konulara ilişkin sorular yer almaktadır. Her bir alan, kendi içinde yaşam kalitesini bağımsız olarak değerlendirdiğinden, alan puanları 4 ile 20 arasında değişmektedir. Bu ölçek için toplam bir puan hesaplanmamaktadır. Skorların herhangi bir kesme puanı yoktur. Puan arttıkça yaşam kalitesi artmaktadır(180,186,192). Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, 1999 yılında Eser ve çalışma arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir(180). WHOQOL-BREF-TR versiyonuna 1 ulusal soru dahil edilmiştir.

3.5.5. Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ)

Şizofrenide İşlevsel İyileşme Grubu uzmanları tarafından geliştirilen bu ölçek, hastalığın semptomlarından bağımsız olarak işlevsellikteki gelişmeleri değerlendirmeye yönelik 19 maddeden oluşan beşli Likert tipi bir ölçektir. Yarı

yapılandırılmış görüşme şeklinde, yaklaşık 30 dakikada uygulanmaktadır. Değerlendirme sürecinde hem hastadan hem de ailesinden son bir ayı kapsayan bilgiler toplanmaktadır. Tüm maddeler için 5 düzeyli bir değerlendirme sistemi bulunmaktadır. 1.düzyey (yok) en düşük iyileşmeyi gösterirken, 5. Düzey (mükemmel derecede var) “ideal” düzeyi göstermektedir. 2. Düzey (kısmen var), 3. Düzey (yeterince var), 4. Düzey (neredeyse tamamen var)’den oluşmaktadır. İki düzey arasında karar verilemediğinde düşük olan düzey seçilmelidir. Günlük yaşam becerileri, sosyal işlevsellik, sağlık ve tedavi alt ölçeklerinden oluşan ölçek üç ayrı alanda işlevsel iyileşmeyi değerlendirmektedir. Ölçekten elde edilebilecek puan aralığı 19 ile 95 arasında değişmektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise 2009 yılında Emiroğlu ve ekibi tarafından gerçekleştirilmiştir(193).

3.5.6.İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi (İGD)

Hastalarda klinik gidişi izlemek amacıyla kullanılan genel bir ölçektir. Psikolojik, sosyal ve mesleki işlevselliği içeren bu ölçek, görüşmeci tarafından hasta ve yakınlarından alınan bilgiler doğrultusunda 1 ile 100 arasında puanlanmakta, gerekli bulunursa ara değerler kullanılabilir. Alınan yüksek puanlar, yüksek işlevsellik düzeyini göstermektedir. Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından geliştirilmiştir(194).

3.5.7. Klinik Global İzlenim Ölçeği (CGI)

1976 yılında Guy ve arkadaşlarının çalışmalarıyla geliştirilmiştir(195). Bu ölçekte, yapılan çalışmalarda hastaların değerlendirilmesi ve izlem süresince tedaviyle ortaya çıkan değişiklikleri tespit etmek amaçlanmıştır. CGI, 3 sorudan oluşmakta olup bunlar; hastalık şiddeti, düzelme ve yan etki şiddetini içermektedir. Bu sorulardan hastalık şiddeti ve düzelme yedili, yan etki şiddeti ise dörtlü likert tipindedir. Klinisyen hastalık şiddetini klinik tecrübesine göre değerlendirmektedir. Buna göre hastalığın şiddetini 1 ile 7 arasında derecelendirir. 1-normal, hasta değil, 2- hastalık sınırında, 3- hafif, 4- orta, 5- belirgin, 6- ağır, 7- çok ağır hasta olarak değerlendirilmektedir(195).

3.5.8. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

Beck Anksiyete Ölçeği, 1987 yılında Aaron Beck ve ark. tarafından geliştirilmiştir. 1050 hastayla, 1980-1982 yılları arasında Pensilvanya Bilişsel Terapi Merkezinde yapılan çalışmalarla geliştirilmiştir. Ölçekte 21 anksiyete semptomu sorgulanmaktadır ve hastalar tarafından cevaplanmaktadır. Son bir hafta içerisinde bu semptomlardan hangilerinin kendilerinde var olduğunu ve bu semptomların düzeylerini değerlendiren bir ölçektir. 1993 yılında ölçeğin ilk Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Ulusoy M. tarafından yapılmıştır (1996). Çalışmayı 177 hasta üzerinde yapmıştır ve Cronbach alfa değeri 0,93 olarak tespit edilmiştir. Ölçekte değerlendirme 0-4 arası alınan puanların tüm cevaplarının toplanması ile yapılır. Hastaların aldığı puanlar 0-7 puan arasındaysa minimal, 8-15 puan arasındaysa hafif, 16-25 puan arasındaysa orta ve 26-63 puan arasındaysa şiddetli anksiyete belirtilerinin olduğu şeklinde değerlendirilir.

3.5.9. Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı aracılığıyla analiz edilmiştir. Tanımlayıcı verilere ilişkin dağılımın değerlendirilmesinde frekans ve yüzde hesaplamaları yapılmış, gruplar arası farklılıkların test edilmesinde bağımsız gruplar t-testi ve ki-kare analizi kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkileri belirlemek amacıyla Pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Ayrıca, ölçek puanlarının işlevsellik düzeyi ve yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini incelemek için çoklu regresyon analizi uygulanmıştır. Tüm istatistiksel analizlerde anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir. Bulgular, istatistiksel analiz sonuçlarına dayalı olarak tablo ve açıklamalarla desteklenmiştir.

4.BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı Özellikler

4.1.1. Katılımcıların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin

Karşılaştırılması

Bu alt bölümde, şizofreni tanılı bireyler ve kontrol grubuna ait tanımlayıcı

özellikler karşılaştırılmıştır. Şizofreni tanılı hastalar ile kontrol grubunun cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek ve gelir düzeyi gibi demografik ve sosyoekonomik değişkenleri Tablo 1’de karşılaştırılmıştır.

Cinsiyet dağılımında gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamış ($p=0,557$), her iki grupta da erkek oranı %60, kadın oranı %40’tır. Yaş ortalaması bakımından gruplar arasında anlamlı fark bulunmamış, şizofreni grubunun yaş ortalaması 41,75, kontrol grubunun ise 42,39’dur ($p=0,686$). Medeni durum değerlendirildiğinde, şizofreni tanılı bireylerin %76’sı bekarken, kontrol grubunun %81’i evlidir, gruplar arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0,000$). Çocuğa sahip olma açısından şizofreni grubunun %68’inin çocuğu yokken, kontrol grubunun %79’unun çocuğu vardır ($p=0,000$).

Eğitim durumu açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,882$). Meslek açısından şizofreni grubunun %79’u çalışmazken, kontrol grubunda bu oran %26’dır, gruplar arasında anlamlı fark tespit edilmiştir ($p=0,000$). Aylık kazanç açısından şizofreni grubunda %58 oranında 0-5000 TL kazanç seviyesinde bireyler varken, kontrol grubunun %52’si 20000 TL ve üzeri gelir seviyesine sahiptir ($p=0,000$).

Daha önce bir işte çalışmış olma durumu açısından iki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,197$). Şizofreni grubunda %14,7 halen çalışırken, kontrol grubunda bu oran %76,5’tir ($p=0,000$). En uzun çalışma süreleri şizofreni grubunda ortalama 60 ay, kontrol grubunda ise 180 ay olarak hesaplanmıştır ($p=0,000$).

Sigara kullanımı durumunda gruplar arasında anlamlı fark bulunmazken ($p=0,137$), alkol kullanımı açısından şizofreni tanılı bireylerin %97’si alkol kullanmazken, kontrol grubunun %26’sı alkol kullanmaktadır, gruplar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p=0,000$). Psikiyatrik tedavi alma durumu şizofreni grubunda %100 iken, kontrol grubu hiç psikiyatrik tedavi almamıştır ($p=0,000$). İntihar girişimi şizofreni grubunda %21 oranında görülmüş, kontrol grubunda ise hiç tespit edilmemiştir ($p=0,000$).

Ailede ruhsal hastalık varlığı açısından şizofreni grubunun %29’unda

bulunurken, kontrol grubunda %16 oranında tespit edilmiştir(p=0,021). Ek hastalık varlığı açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuş(p=0,040). Ek hastalık nedeniyle düzenli ilaç kullanımı her iki grupta da %100 oranındadır.

Tablo 1. Tanımlayıcı Özellikler

		Şizofreni Tanılı (n=100)		Kontrol (n=100)		p
		n	%	n	%	
Cinsiyet	Erkek	60	%60,0	60	%60,0	X ² =0,000 p=0,557 ^b
	Kadın	40	%40,0	40	%40,0	
Medeni Durum	Evli	24	%24,0	81	%81,0	X ² =65,143 p=0,000 ^b
	Bekar	76	%76,0	19	%19,0	
Çocuk Sahibi Olma	Yok	68	%68,0	21	%21,0	X ² =44,721 p=0,000 ^b
	Var	32	%32,0	79	%79,0	
Eğitim Durumu	İlkokul	38	%38,0	33	%33,0	X ² =0,663 p=0,882 ^a
	Ortaokul	18	%18,0	21	%21,0	
	Lise	24	%24,0	26	%26,0	
	Lisans	20	%20,0	20	%20,0	
Meslek	İşçi	4	%4,0	18	%18,0	X ² =59,230 p=0,000 ^a
	Memur	8	%8,0	22	%22,0	
	Esnaf	0	%0,0	7	%7,0	
	Çiftçi	4	%4,0	15	%15,0	
	Çalışmıyor	79	%79,0	26	%26,0	
	Emekli	5	%5,0	10	%10,0	
Aylık Kazanç	Diğer	0	%0,0	2	%2,0	X ² =70,730 p=0,000 ^a
	0-5000	58	%58,0	13	%13,0	
	5000-10000	21	%21,0	7	%7,0	
	10000-20000	10	%10,0	28	%28,0	
Geçmişte Çalışmış Olma Durumu	20000 Ve Üzeri	11	%11,0	52	%52,0	X ² =1,049 p=0,197 ^b
	Hayır	25	%25,0	19	%19,0	
En Son Ne Zaman Çalışıldığı	Evet	75	%75,0	81	%81,0	X ² =66,152 p=0,000 ^a
	Halen Çalışıyorum	11	%14,7	62	%76,5	
	0-3 Yıl	12	%16,0	10	%12,3	
	3-7 Yıl	18	%24,0	4	%4,9	
Sigara Kullanma Durumu	8 Yıl ve Üzeri	34	%45,3	5	%6,2	X ² =8,374 p=0,137 ^a
	Hayır	50	%50,0	58	%58,0	
	1-5 Adet	3	%3,0	2	%2,0	
	5-10 Adet	2	%2,0	8	%8,0	
	10-20 Adet	21	%21,0	15	%15,0	
	20 Ve Üzeri	22	%22,0	13	%13,0	
Alkol Kullanma Durumu	Bıraktım	2	%2,0	4	%4,0	X ² =22,154 p=0,000 ^a
	Hayır	97	%97,0	74	%74,0	
	Evet	0	%0,0	4	%4,0	
	Bazen	2	%2,0	20	%20,0	
Psikiyatrik Tedavi Alma Durumu	Bıraktım	1	%1,0	2	%2,0	X ² =200,000 p=0,000 ^a
	Hayır	0	%0,0	100	%100,0	
	2. Kuşak Ap	33	%33,0	0	%0,0	
	1. Kuşak + 2. Kuşak Ap	5	%5,0	0	%0,0	
	2. Kuşak Ap + 1. Kuşak Depo	5	%5,0	0	%0,0	
	2. Kuşak Ap + 2. Kuşak Depo	12	%12,0	0	%0,0	
	1. Kuşak Ap + 2. Kuşak Depo	1	%1,0	0	%0,0	
	Ap + Ad	14	%14,0	0	%0,0	

	Ap Depo + Ad	1	%1,0	0	%0,0	
	Ap + Valproat	5	%5,0	0	%0,0	
	Ap + Ap Depo + Ad	10	%10,0	0	%0,0	
	Ap + Ap Depo + Valproat	5	%5,0	0	%0,0	
	1. Kuşak Depo	1	%1,0	0	%0,0	
	2. Kuşak Depo	8	%8,0	0	%0,0	
Şu anda Psikotrop Kullanımı	Evet	100	%100,0	0	%0,0	$X^2=200,000$ $p=0,000^b$
İntihar Girişimi	Hayır	79	%79,0	100	%100,0	$X^2=23,464$ $p=0,000^b$
	Evet	21	%21,0	0	%0,0	
İntihar Girişim Şekli	İlaç	18	%18,0	0	%0,0	$X^2=28,571$ $p=0,000^a$
	Kesi	3	%3,0	0	%0,0	
	Ası	2	%2,0	0	%0,0	
	Atlama	1	%1,0	0	%0,0	
	Silah	1	%1,0	0	%0,0	
	Bulunmadım	75	%75,0	100	%100,0	
Ailede Ruhsal Hastalık Varlığı	Hayır	71	%71,0	84	%84,0	$X^2=4,846$ $p=0,021^b$
	Evet	29	%29,0	16	%16,0	
Ailede Ruhsal Hastalık Olan Kişi	Anne	13	%44,8	4	%25,0	$X^2=19,407$ $p=0,022^a$
	Baba	3	%10,3	1	%6,2	
	Anne + baba	0	%0,0	1	%6,2	
	Kardeş	8	%27,6	1	%6,2	
	Ebeveyn + Kardeş	1	%3,4	0	%0,0	
	Babanne- dede	1	%3,4	0	%0,0	
	Teyze-dayı	2	%6,9	1	%6,2	
	Hala-amca	1	%3,4	1	%6,2	
	Çocuğu	0	%0,0	5	%31,2	
	Torunu	0	%0,0	2	%12,5	
Ailede Ruhsal Hastalık Varsa Tanısı	Sch	17	%58,6	2	%12,5	$X^2=21,122$ $p=0,002^a$
	Bab	2	%6,9	0	%0,0	
	Depresyon	3	%10,3	3	%18,8	
	Anksiyete	3	%10,3	8	%50,0	
	Okb	3	%10,3	0	%0,0	
	Şab	1	%3,4	0	%0,0	
Ek Hastalık Varlığı	Dehb	0	%0,0	3	%18,8	$X^2=20,444$ $p=0,040^a$
	Hayır	74	%74,0	70	%70,0	
	Dm	10	%10,0	2	%2,0	
	Ht	3	%3,0	9	%9,0	
	Kalp Hastalıkları	1	%1,0	2	%2,0	
	Astım/koah	2	%2,0	1	%1,0	
	Otoimmün	0	%0,0	5	%5,0	
	Tiroid	1	%1,0	3	%3,0	
	Hiperlipidemi	2	%2,0	0	%0,0	
	Dm + Ht	5	%5,0	7	%7,0	
	Dm + Kalp Hastalıkları	0	%0,0	1	%1,0	
	Ht + Kalp Hastalıkları	1	%1,0	0	%0,0	
	Epilepsi	1	%1,0	0	%0,0	
Ek Hastalık İçin İlaç Kullanımı	Düzenli İlaç Kullanımı	26	%100,0	30	%100,0	
		Ort	Ss	Ort	Ss	t/p ^c
Psikiyatrik Tanı Süresi		15,470	9,799			
Şu anda Kullanılan İlaçların Kullanım Süresi		68,840	62,148			
Yaş		41,750	11,081	42,390	11,298	- 0,404/0,686
En Uzun Çalışma Süresi (Ay olarak)		60,210	73,428	179,930	131,486	- 6,945/0,000

^aKi-Kare Analizi; ^bFisher Exact

Ap: Antipsikotik, Ad: Antidepresan, Sch: Şizofreni, Bab: Bipolar affektif bozukluk, Okb: Obsesif kompulsif bozukluk, Şab: Şizoaffektif bozukluk, Dm: Diabetes mellitus, Ht: Hipertansiyon, Ort: Ortalama, Ss: Standart sapma

4.1.2. Şizofreni Tanılı Hastalarda ve Kontrol Grubunda Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Şizofreni tanılı haslar ile kontrol grubunun ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 2’de gösterilmiştir.

PANSS pozitif belirtiler, negatif belirtiler, genel psikopatoloji ve toplam puanları şizofreni hastalarında kontrol grubuna göre anlamlı derece daha yüksektir($p=0,000$).

Şizofreni grubunun ortalama depresyon puanı (Ort=2,490, Ss=3,917), kontrol grubunun puanından (Ort=1,090, Ss=1,741) anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($t=3,266$, $p=0,001$).

Şizofreni grubunun ortalama anksiyete puanı (Ort=9,640, Ss=8,708), kontrol grubunun puanından (Ort=5,100, Ss=5,355) anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($t=4,441$, $p=0,000$).

Gruplar yaşam kalitesi açısından karşılaştırıldığında; WHOQOL-BREF TR genel, fiziksel, psikolojik, sosyal, çevresel yaşam kalitesi alt ölçek puanlarının tümü şizofreni grubunda kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur($p=0,000$).

Gruplar işlevsellik açısından karşılaştırıldığında; İGD ve ŞİLÖ sosyal, sağlık ve tedavi, günlük yaşam becerileri, mesleki işlevsellik alt ölçek puanlarının tümü ve toplamı, şizofreni grubunda kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur($p=0,000$).

Tablo 2. Ölçek Puanlarının Gruplara Göre Karşılaştırılması

Gruplar	Şizofren Tanılı (n=100)		Kontrol (n=100)		t	sd	p
	Ort	Ss	Ort	Ss			
PANSS Pozitif Belirtiler	14,540	4,001	7,040	0,243	18,711	198	0,000
PANSS Negatif Belirtiler	19,200	3,900	7,050	0,297	31,062	198	0,000
PANSS Genel Psikopatoloji	37,400	5,763	20,280	3,720	24,958	198	0,000
PANSS Toplam	71,140	11,558	34,470	3,968	30,009	198	0,000
CDSS	2,490	3,917	1,090	1,741	3,266	198	0,001
BAÖ	9,640	8,708	5,100	5,355	4,441	198	0,000
WHOQOL-BREF TR Genel	11,960	2,814	14,560	2,801	-6,549	198	0,000
WHOQOL-BREF TR Fiziksel	14,171	2,140	16,303	1,826	-7,577	198	0,000
WHOQOL-BREF TR Psikolojik	12,433	2,213	15,587	1,916	-10,773	198	0,000
WHOQOL-BREF TR Sosyal	10,140	2,826	14,880	3,066	-11,368	198	0,000
WHOQOL-BREF TR Çevresel	13,025	1,811	15,040	2,311	-6,863	198	0,000
İGD	55,490	10,732	91,690	5,925	-29,529	198	0,000
ŞİLÖ Sosyal	16,530	3,991	27,970	4,116	-19,955	198	0,000
ŞİLÖ Sağlık ve Tedavi	11,200	2,391	16,730	2,344	-16,517	198	0,000
ŞİLÖ Günlük Yaşam Becerileri	17,170	3,358	25,520	3,261	-17,839	198	0,000
ŞİLÖ Mesleki	4,930	1,559	8,870	1,284	-19,508	198	0,000
ŞİLÖ Toplam	49,830	10,290	79,090	9,457	-20,937	198	0,000

Bağımsız Gruplar T-Testi

PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, CDSS: Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği, BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği, İGD: İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi, ŞİLÖ: Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği, WHOQOL-BREF TR: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu, Ort: Ortalama, Ss: Standart sapma

Şizofreni hastalarının CGİ puanları Tablo 3'te verilmiştir.

Şizofreni hastalarında, CGİ hastalık şiddeti Ort=3,990, Ss=0,689, CGİ düzelme puanı Ort=2,660, Ss=0,555, CGİ yan etki şiddeti puanı Ort=1,850, Ss=0,359 olarak bulunmuştur.

Tablo 3. Şizofreni Hastalarında CGI Puanları

Gruplar	Şizofren Tanılı (n=100)	
	Ort	Ss
CGİ hastalık şiddeti	3,990	0,689
CGİ düzelme	2,660	0,555
CGİ yan etki şiddeti	1,850	0,359

CGİ: Klinik Global İzlenim Ölçeği, Ort: Ortalama, Ss: Standart sapma

4.2. Korelasyon Analizleri

4.2.1. Şizofreni Tanılı Hastalarda Tanımlayıcı Özelliklerin İGD, ŞİLÖ ve WHOQOL-BREF TR ile İlişkisi

Şizofreni tanılı hastalarda tanımlayıcı özelliklerin İGD, ŞİLÖ ve WHOQOL-BREF TR ile ilişkisi Tablo 4’te verilmiştir.

Cinsiyet açısından değerlendirildiğinde; ŞİLÖ tüm alt ölçek puanları ve toplamında, İGD ve WHOQOL-BREF TR tüm alt ölçek puanlarında erkek ve kadın hastaların arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Medeni duruma göre yapılan analizlerde; İGD, ŞİLÖ toplamda ve mesleki işlevsellik haricindeki tüm alt ölçek puanlarının evli bireylerde bekar bireylerden anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). WHOQOL-BREF TR tüm alt ölçek puanlarında evli ve bekar hastalar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Çocuk sahibi olma durumuna bakıldığında, çocuk sahibi olanlar ve olmayanlar arasında yalnızca ŞİLÖ sosyal işlevsellik açısından anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.046$). Diğer ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Eğitim durumuna göre yapılan analizlerde; İGD ile arasındaki ilişki incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p=0.026$). Post-hoc analizleri, lisans mezunlarının İGD puanlarının ilköğretim ve ortaokul

mezunlarına göre anlamlı derecede yüksek olduğunu göstermektedir. ŞİLÖ toplam ve tüm alt ölçeklerde de eğitim durumu açısından anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir ($p<0.05$). Post-hoc analiz sonuçlarına göre, lisans mezunlarının ŞİLÖ puanlarının ilkokul, ortaokul ve lise mezunlarına kıyasla anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir. Eğitim durumu ile WHOQOL-BREF TR ilişkisine bakıldığında, genel yaşam kalitesi ($p=0.024$), psikolojik yaşam kalitesi ($p=0.012$) ve çevresel yaşam kalitesi ($p=0.002$) açısından anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Post-hoc analizleri, lise mezunlarının genel yaşam kalitesi açısından ilkokul, ortaokul ve lisans mezunlarına göre daha düşük puan aldığını göstermiştir. Ayrıca, lisans mezunlarının psikolojik ve çevresel yaşam kalitesi puanlarının diğer gruplardan anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür.

Aylık kazanç değişkenine bakıldığında; İGD açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0.212$). ŞİLÖ açısından gruplar arasında yüksek gelir grubundaki bireylerin işlevsellik puanlarının anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür. ŞİLÖ sosyal işlevsellik ($p=0.047$), sağlık ve tedavi ($p=0.001$), günlük yaşam becerileri ($p=0.001$), mesleki işlevsellik ($p=0.010$) ve toplam puanı ($p=0.002$) açısından 20.000 TL ve üzeri gelire sahip bireylerin daha düşük gelir seviyesine sahip bireylere göre anlamlı derecede yüksek puan aldığı belirlenmiştir. WHOQOL-BREF TR açısından gruplar arasında çevresel yaşam kalitesi açısından anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0.005$). Post-hoc analizi, 20.000 TL ve üzeri gelir grubundaki bireylerin çevresel yaşam kalitesi puanlarının daha düşük gelir grubundaki bireylerden anlamlı derecede yüksek olduğunu göstermektedir.

Çalışma durumu açısından yapılan analizde; daha önce çalışan hastaların, daha önce hiç çalışmayan hastalara kıyasla İGD, ŞİLÖ tüm alt ölçek puanları ve toplam puanının anlamlı derecede daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). WHOQOL-BREF TR açısından gruplar arasında sadece çevresel yaşam kalitesinde anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0.049$). Son çalışma süresine göre yapılan değerlendirmelerde ise halen çalışan bireylerin işlevsellik puanlarının diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$), yaşam kalitesi açısından da sosyal yaşam kalitesi ($p=0.021$) ve çevresel yaşam kalitesi ($p=0.049$) puanlarında anlamlı fark bulunmuştur. Post-hoc analizi, halen çalışan bireylerin sosyal ve çevresel yaşam kalitesi

puanlarının 8 yıl ve üzeri süredir çalışmayan bireylere göre anlamlı derecede yüksek olduğunu göstermektedir.

İntihar girişimi olan hastaların ŞİLÖ sosyal işlevsellik puanı ($p=0.003$), WHOQOL-BREF TR fiziksel ($p=0.031$), psikolojik ($p=0.040$) ve çevresel ($p=0.041$) yaşam kalitesi puanları intihar girişim olmayan hastalara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derece düşük bulunmuştur.

Ailede ruhsal hastalık öyküsü değerlendirildiğinde gruplar arasında ölçek puanları açısından anlamlı istatistiksel fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Ek hastalık varlığı değerlendirildiğinde; ek hastalığı olan hastaların WHOQOL-BREF TR fiziksel yaşam kalitesi puanlarının ek hastalığı olmayan hastalara göre daha düşük olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p=0.045$).

Tablo 4. İGD, ŞİLÖ, WHOQOL-BREF TR Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu

Demografik Özellikler	n	İGD	ŞİLÖ Sosyal	ŞİLÖ Sağlık ve Tedavi	ŞİLÖ Günlük Yaşam Becerileri	ŞİLÖ Mesleki	ŞİLÖ Toplam	WHOQOL-BREF TR Genel	WHOQOL-BREF TR Fiziksel	WHOQOL-BREF TR Psikolojik	WHOQOL-BREF TR Sosyal	WHOQOL-BREF TR Çevresel
Cinsiyet		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Erkek	60	55,433±8,579	16,583±3,946	11,333±2,184	17,283±3,048	4,900±1,492	50,100±9,418	11,600±3,269	13,952±2,360	12,144±2,455	10,111±2,590	13,033±2,019
Kadın	40	55,575±13,454	16,450±4,107	11,000±2,689	17,000±3,810	4,975±1,672	49,425±11,589	12,500±1,854	14,500±1,735	12,867±1,729	10,183±3,181	13,013±1,470
t=		-0,064	0,163	0,681	0,412	-0,235	0,32	-1,579	-1,258	-1,612	-0,125	0,056
p=		0,953	0,871	0,497	0,681	0,815	0,75	0,083	0,185	0,11	0,901	0,955
Medeni Durum		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Evli	24	60,333±8,494	19,167±4,361	12,250±2,691	18,708±3,873	5,417±1,767	55,542±11,839	12,250±2,382	14,048±2,056	13,000±1,916	11,000±3,026	13,354±1,833
Bekar	76	53,961±10,956	15,697±3,502	10,868±2,205	16,684±3,047	4,776±1,466	48,026±9,113	11,868±2,945	14,211±2,177	12,254±2,281	9,868±2,724	12,921±1,804
t=		2,609	3,981	2,534	2,652	1,774	3,268	0,577	-0,324	1,447	1,727	1,022
p=		0,01	0	0,013	0,025	0,079	0,008	0,565	0,747	0,151	0,087	0,309
Çocuk Sahibi Olma		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Yok	68	54,721±10,621	15,985±3,647	11,059±2,225	16,750±3,136	4,779±1,464	48,574±9,362	11,912±2,961	14,328±2,132	12,255±2,111	9,892±2,780	12,971±1,623
Var	32	57,125±10,954	17,688±4,482	11,500±2,724	18,063±3,680	5,250±1,723	52,500±11,742	12,063±2,514	13,839±2,152	12,813±2,405	10,667±2,894	13,141±2,182
t=		-1,046	-2,02	-0,86	-1,845	-1,416	-1,8	-0,249	1,066	-1,178	-1,283	-0,436
p=		0,298	0,046	0,392	0,068	0,16	0,075	0,804	0,289	0,242	0,203	0,664

Eğitim Durumu		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
İlkokul	38	52,500±11,229	15,447±3,326	10,211±2,171	15,790±3,198	4,395±1,498	45,842±9,500	12,158±1,939	14,421±1,602	12,474±1,588	9,649±1,845	12,540±1,372
Ortaokul	18	54,500±9,243	16,667±2,744	11,389±1,685	16,889±2,111	5,111±0,832	50,056±6,082	12,556±3,347	14,794±2,359	12,222±2,557	10,667±2,193	12,750±2,315
Lise	24	56,125±10,431	15,292±3,407	10,792±2,105	17,167±2,745	4,708±1,574	47,958±8,660	10,500±2,844	13,214±2,312	11,500±2,336	10,361±3,802	12,875±1,513
Lisans	20	61,300±9,570	19,950±4,904	13,400±2,326	20,050±3,620	6,050±1,638	59,450±10,880	12,800±3,205	14,286±2,396	13,667±2,325	10,333±3,511	14,375±1,834
F=		3,219	8,007	10,382	8,754	5,957	10,235	3,293	2,397	3,861	0,664	5,458
p=		0,026	0	0	0	0,001	0	0,024	0,073	0,012	0,576	0,002
PostHoc=		4>1, 4>2 (p<0.05)	4>1, 4>2, 4>3 (p<0.05)	4>1, 4>2, 4>3 (p<0.05)	4>1, 4>2, 4>3 (p<0.05)	4>1, 4>2, 4>3 (p<0.05)	4>1, 4>2, 4>3 (p<0.05)	1>3, 2>3, 4>3 (p<0.05)		4>1, 4>2, 4>3 (p<0.05)		4>1, 4>2, 4>3 (p<0.05)
Aylık Kazanç		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
0-5000	58	54,552±11,676	15,897±3,473	10,776±2,225	16,466±3,004	4,810±1,456	47,948±9,252	11,828±2,603	14,128±2,056	12,414±2,051	9,920±2,590	12,629±1,810
5000-10000	21	55,762±8,671	16,524±3,487	11,238±1,868	17,048±3,041	4,524±1,209	49,333±8,505	11,810±3,459	14,014±2,269	11,556±2,398	9,778±2,678	13,048±1,350
10000-20000	10	53,500±11,306	16,900±4,581	10,600±2,797	17,600±3,307	4,900±2,025	50,000±11,963	12,400±1,838	14,057±1,811	13,267±1,999	10,133±2,894	13,500±1,915
20000 Ve Üzeri	11	61,727±6,769	19,546±5,768	13,909±2,212	20,727±3,849	6,364±1,629	60,546±11,810	12,546±3,475	14,805±2,734	13,455±2,437	12,000±3,818	14,636±1,690
F=		1,529	2,747	6,438	5,756	4,032	5,236	0,297	0,37	2,461	1,869	4,485
p=		0,212	0,047	0,001	0,001	0,01	0,002	0,828	0,775	0,067	0,14	0,005
			4>1, 4>2 (p<0.05)	4>1, 4>2, 4>3 (p<0.05)	4>1, 4>2, 4>3 (p<0.05)	4>1, 4>2, 4>3 (p<0.05)	4>1, 4>2, 4>3 (p<0.05)					4>1, 4>2 (p<0.05)

Hiç Çalışmış Olma Durumu		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Hayır	25	50,680±12,469	14,680±3,388	9,760±2,087	14,920±2,929	4,120±1,509	43,480±9,211	11,920±1,681	14,354±1,550	12,187±1,558	9,840±3,063	12,520±1,254
Evet	75	57,093±9,657	17,147±4,006	11,680±2,303	17,920±3,166	5,200±1,489	51,947±9,796	11,973±3,110	14,111±2,309	12,516±2,395	10,240±2,757	13,193±1,940
t=		-2,666	-2,765	-3,692	-4,178	-3,131	-3,797	-0,082	0,492	-0,642	-0,611	-1,623
p=		0,009	0,007	0	0	0,002	0	0,914	0,553	0,433	0,543	0,049
En Son Ne Zaman Çalışıldığı		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Halen Çalışıyorum	11	64,273±7,511	20,182±6,735	14,091±2,300	21,000±3,873	6,818±1,662	62,091±13,255	11,636±4,081	13,662±3,196	13,515±3,171	12,121±4,108	14,455±2,079
0-3 Yıl	12	59,500±5,962	17,750±3,251	11,333±2,015	18,333±2,902	5,667±0,651	53,083±8,196	12,667±2,871	14,952±2,136	12,833±1,823	11,000±1,717	13,000±1,846
3-7 Yıl	18	55,167±11,073	17,556±3,650	11,444±2,307	18,000±3,144	5,167±1,383	52,167±9,382	12,556±2,036	14,825±1,925	12,926±1,519	10,222±2,420	13,528±1,786
8 Yıl ve Üzeri	34	54,941±9,534	15,735±2,550	11,147±1,972	16,735±2,313	4,529±1,261	48,147±6,675	11,529±3,342	13,580±2,129	11,863±2,573	9,373±2,401	12,677±1,862
F=		3,373	4,13	5,689	6,215	9,43	7,102	0,674	1,912	1,782	3,445	2,756
p=		0,023	0,009	0,002	0,001	0	0	0,571	0,135	0,158	0,021	0,049
PostHoc=		1>3, 1>4 (p<0.05)	1>4 (p<0.05)	1>2, 1>3, 1>4 (p<0.05)	1>2, 1>3, 1>4 (p<0.05)	1>2, 1>3, 1>4, 2>4 (p<0.05)	1>2, 1>3, 1>4 (p<0.05)				1>4 (p<0.05)	1>4 (p<0.05)
İntihar Girişimi		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Hayır	79	55,317±11,568	16,962±4,271	11,177±2,500	17,165±3,532	4,924±1,678	50,228±11,218	12,152±2,732	14,409±1,975	12,667±2,103	10,388±2,840	13,215±1,656

Evet	21	56,143±6,909	14,905±2,047	11,286±1,978	17,191±2,676	4,952±1,024	48,333±5,508	11,238±3,064	13,279±2,529	11,556±2,443	9,206±2,630	12,310±2,205
t=		-0,312	2,137	-0,184	-0,031	-0,074	0,748	1,328	2,192	2,079	1,72	2,07
p=		0,756	0,003	0,854	0,975	0,923	0,281	0,187	0,031	0,04	0,089	0,041
Ailede Ruhsal Hastalık Varlığı		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Hayır	71	55,169±11,758	16,521±4,028	11,113±2,487	17,211±3,581	4,831±1,603	49,676±10,895	11,972±2,672	14,294±2,075	12,526±2,196	10,376±2,968	12,993±1,910
Evet	29	56,276±7,791	16,552±3,969	11,414±2,163	17,069±2,789	5,172±1,441	50,207±8,797	11,931±3,184	13,872±2,300	12,207±2,276	9,563±2,392	13,103±1,572
t=		-0,466	-0,035	-0,569	0,191	-0,994	-0,233	0,065	0,894	0,652	1,309	-0,276
p=		0,642	0,972	0,57	0,849	0,323	0,816	0,948	0,374	0,516	0,194	0,783
Ek Hastalık Varlığı		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Hayır	74	56,432±10,648	16,676±4,128	11,270±2,389	17,270±3,409	5,081±1,568	50,297±10,466	11,973±2,779	14,425±2,140	12,441±2,143	10,243±2,923	12,926±1,919
Evet	26	52,808±10,722	16,115±3,615	11,000±2,433	16,885±3,254	4,500±1,476	48,500±9,848	11,923±2,965	13,451±2,007	12,410±2,445	9,846±2,560	13,308±1,457
t=		1,491	0,614	0,494	0,502	1,649	0,765	0,077	2,028	0,062	0,614	-0,925
p=		0,139	0,541	0,622	0,617	0,102	0,446	0,938	0,045	0,951	0,54	0,357

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

İGD: İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi, ŞİLO: Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği, WHOQOL-BREF TR: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu, Ort: Ortalama, Ss: Standart sapma

4.2.3. Şizofreni Hastalarında Yaş, Şizofreni Tanısı Süresi, Şu Anda Kullandığı İlaçların Kullanım Süresi ile İGD, ŞİLÖ ve WHOQOL-BREF TR ile İlişkisi

Psikiyatrik tanı süresi açısından değerlendirildiğinde; İGD, ŞİLÖ tüm alt ölçek puanları ve toplamı ile negatif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir($p<0.05$). WHOQOL-BREF TR tüm alt ölçekleri ile bir ilişki saptanmamıştır($p>0.05$).

Yaş açısından değerlendirildiğinde; sadece ŞİLÖ mesleki işlevsellik alt ölçeğiyle negatif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir($p<0.05$), diğer ölçeklerle bir ilişki saptanmamıştır($p>0.05$).

Şu anda kullanılan ilaçların kullanım süresi açısından değerlendirildiğinde; tüm ölçek ve alt ölçek puanları ile anlamlı bir ilişki saptanmamıştır($p>0.05$).

4.2.4. Şizofreni Tanılı Hastalarda Ölçek Puanlarının İGD, ŞİLÖ ve WHOQOL-BREF TR Ölçek ve Alt Ölçek Puanları ile İlişkisi

Şizofreni tanılı hastalarda ölçek puanlarının işlevsellik düzeyi ve yaşam kalitesi arasında yapılan korelasyon analizi sonuçları Tablo 5'te sunulmuştur.

CGİ hastalık şiddeti; İGD, ŞİLÖ tüm alt ölçekleri ve toplamı ile güçlü negatif korelasyon göstermiştir ($p<0,01$). WHOQOL-BREF TR tüm alt ölçek puanlarıyla da anlamlı negatif korelasyon göstermiştir ($p<0,05$ ve $p<0,01$).

CGİ düzelme; ŞİLÖ tüm alt ölçekleri ve toplamı, İGD ve WHOQOL-BREF TR tüm alt ölçekleriyle anlamlı negatif korelasyon göstermiştir ($p<0,01$).

CGİ yan etki şiddeti; İGD, ŞİLÖ tüm alt ölçekleri ve toplamı ile anlamlı negatif korelasyon göstermiştir ($p<0,01$). WHOQOL-BREF TR tüm alt ölçek puanlarıyla da anlamlı negatif korelasyon göstermiştir ($p<0,05$ ve $p<0,01$).

PANSS pozitif belirtiler; İGD, ŞİLÖ tüm alt ölçekleri ve toplamı ile anlamlı negatif korelasyon göstermiştir ($p<0,01$). WHOQOL-BREF TR genel, fiziksel,

psikolojik ve çevresel yaşam kalitesi alt ölçekleri ile anlamlı negatif korelasyon göstermiştir ($p<0,05$ ve $p<0,01$). Ancak sosyal yaşam kalitesi alt ölçeğiyle ilişkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

PANSS Negatif belirtiler; İGD, ŞİLÖ tüm alt ölçekleri ve toplam puanıyla anlamlı negatif korelasyon göstermiştir ($p<0,01$). Ayrıca, WHOQOL-BREF TR tüm alt ölçekleriyle de anlamlı negatif ilişki bulunmuştur ($p<0,05$ ve $p<0,01$).

PANSS genel psikopatoloji ve toplam puanı; ŞİLÖ tüm alt ölçekleri ve toplamı, İGD ve WHOQOL-BREF TR tüm alt ölçekleriyle anlamlı negatif korelasyon göstermiştir ($p<0,01$).

CDSS puanları; ŞİLÖ sağlık ve tedavi ($r=0,213$, $p<0,05$) alt ölçeğiyle pozitif bir ilişki göstermiştir. Ancak İGD ve ŞİLÖ diğer alt ölçeklerinde anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ($p>0,05$). WHOQOL-BREF TR çevresel yaşam kalitesi haricindeki diğer alt ölçekleriyle anlamlı negatif ilişki bulunmuştur ($p<0,01$).

BAÖ toplam puanı, işlevsellik ölçekleriyle anlamlı ilişki göstermemiştir ($p>0,05$). WHOQOL-BREF TR çevresel yaşam kalitesi haricindeki diğer alt ölçekleriyle anlamlı negatif ilişki bulunmuştur ($p<0,05$ ve $p<0,01$).

Tablo 5. Şizofreni Tanılı Hastalarda Ölçek Puanlarının İGD, ŞİLÖ ve WHOQOL-BREF TR Ölçek ve Alt Ölçek Puanları ile İlişkisi

		İGD	ŞİLÖ Sosyal	ŞİLÖ Sağlık ve Tedavi	ŞİLÖ Günlük Yaşam Becerileri	ŞİLÖ Mesleki	ŞİLÖ Toplam	WHOQOL-BREF TR Genel	WHOQOL-BREF TR Fiziksel	WHOQOL-BREF TR Psikolojik	WHOQOL-BREF TR Sosyal	WHOQOL-BREF TR Çevresel
CGİ hastalık şiddeti	r	-0,762**	-0,674**	-0,624**	-0,672**	-0,687**	-0,730**	-0,427**	-0,255*	-0,465**	-0,293**	-0,445**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,010	0,000	0,003	0,000
CGİ düzelme	r	-0,584**	-0,580**	-0,550**	-0,560**	-0,577**	-0,623**	-0,384**	-0,262**	-0,400**	-0,365**	-0,404**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,009	0,000	0,000	0,000
CGİ yan etki	r	-0,455**	-0,501**	-0,471**	-0,515**	-0,507**	-0,549**	-0,226*	-0,218*	-0,341**	-0,437**	-0,367**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,024	0,029	0,001	0,000	0,000
PANSS Pozitif Belirtiler	r	-0,468**	-0,489**	-0,359**	-0,404**	-0,353**	-0,458**	-0,267**	-0,204*	-0,370**	-0,144	-0,355**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,007	0,041	0,000	0,152	0,000
PANSS Negatif Belirtiler	r	-0,766**	-0,621**	-0,623**	-0,619**	-0,656**	-0,687**	-0,290**	-0,247*	-0,369**	-0,227*	-0,360**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,003	0,013	0,000	0,023	0,000
PANSS Genel Psikopatoloji	r	-0,432**	-0,618**	-0,428**	-0,494**	-0,441**	-0,567**	-0,537**	-0,532**	-0,601**	-0,367**	-0,476**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
PANSS Toplam	r	-0,636**	-0,687**	-0,548**	-0,595**	-0,564**	-0,673**	-0,458**	-0,419**	-0,553**	-0,309**	-0,482**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,002	0,000
CDSS	r	-0,037	-0,193	0,213*	-0,046	-0,165	-0,066	-0,508**	-0,617**	-0,483**	-0,273**	-0,039
	p	0,715	0,054	0,034	0,647	0,101	0,517	0,000	0,000	0,000	0,006	0,697
BAÖ	r	-0,023	-0,187	0,134	-0,123	-0,086	-0,095	-0,393**	-0,570**	-0,396**	-0,216*	-0,068
	p	0,818	0,062	0,185	0,224	0,395	0,349	0,000	0,000	0,000	0,031	0,504

*<0,05; **<0,01; Pearson Korelasyon Analizi

İGD: İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi, ŞİLÖ: Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği, WHOQOL-BREF TR: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu, CGİ: Klinik Global İzlenim Ölçeği, PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, CDSS: Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği, BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği

4.2.5. Şizofreni Hastalarında İGD ve ŞİLÖ ile WHOQOL-BREF TR İlişkisi

Şizofreni hastalarında işlevsellik ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye dair veriler Tablo 6’da verilmiştir.

WHOQOL-BREF TR genel yaşam kalitesi, İGD, ŞİLÖ sosyal işlevsellik, sağlık ve tedavi, günlük yaşam becerileri, mesleki işlevsellik tüm alt ölçek puanları ve toplam puanı ile anlamlı ve pozitif yönde ilişkilidir. Ancak, bu değişkenlerle olan korelasyon katsayıları orta düzeydedir ($r=0,461$ ile $r=0,557$ arasında).

WHOQOL-BREF TR fiziksel yaşam kalitesi, en güçlü korelasyonu ŞİLÖ sosyal işlevsellik ($r=0,577$; $p=0,000$) ile göstermektedir. ŞİLÖ günlük yaşam becerileri ($r=0,525$; $p=0,000$) ve mesleki işlevsellik ($r=0,545$; $p=0,000$) de fiziksel yaşam kalitesi ile orta düzeyde anlamlı ilişkilere sahiptir.

WHOQOL-BREF TR psikolojik yaşam kalitesi, incelenen değişkenler arasında en yüksek korelasyonlara sahiptir. En güçlü ilişki ŞİLÖ sosyal işlevsellik ile gözlenmiştir ($r=0,750$; $p=0,000$). ŞİLÖ toplamı ($r=0,740$; $p=0,000$) ve ŞİLÖ günlük yaşam becerileri ($r=0,699$; $p=0,000$) ile de güçlü ilişkiler gözlemlenmiştir.

WHOQOL-BREF TR sosyal yaşam kalitesi, en güçlü ilişkisini ŞİLÖ sosyal işlevsellik ile göstermektedir ($r=0,741$; $p=0,000$). ŞİLÖ toplam puanı ($r=0,713$; $p=0,000$) ve ŞİLÖ günlük yaşam becerileri ($r=0,664$; $p=0,000$) ile de yüksek korelasyonlara sahiptir.

WHOQOL-BREF TR çevresel yaşam kalitesi, diğer yaşam kalitesi bileşenleriyle kıyaslandığında en düşük korelasyon değerlerine sahiptir. ŞİLÖ toplamı ($r=0,647$; $p=0,000$) ve ŞİLÖ sosyal işlevsellik ($r=0,655$; $p=0,000$) ile orta düzeyde anlamlı ilişkilere sahiptir.

Tablo 6. Şizofreni Hastalarında İGD ve ŞİLÖ ile WHOQOL-BREF TR İlişkisi

		İGD	ŞİLÖ Toplam	ŞİLÖ Sosyal	ŞİLÖ Sağlık ve Tedavi	ŞİLÖ Günlük Yaşam Becerileri	ŞİLÖ Mesleki
WHOQOL-BREF TR Genel	r	0,472**	0,532**	0,557**	0,461**	0,494**	0,487**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
WHOQOL-BREF TR Fiziksel	r	0,533**	0,556**	0,577**	0,456**	0,525**	0,545**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
WHOQOL-BREF TR Psikolojik	r	0,677**	0,740**	0,750**	0,654**	0,699**	0,698**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
WHOQOL-BREF TR Sosyal	r	0,657**	0,713**	0,741**	0,628**	0,664**	0,649**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
WHOQOL-BREF TR Çevresel	r	0,520**	0,647**	0,655**	0,606**	0,621**	0,544**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

*<0,05; **<0,01; Pearson Korelasyon Analizi

İGD: İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi, ŞİLÖ: Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği, WHOQOL-BREF TR: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu

4.2.6. Tedavi Türü ile Ölçek Puanlarının İlişkisi

CGİ yan etki şiddeti açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F=3,660$, $p=0,029$). Post-hoc analiz sonuçlarına göre, Oral Ap (Ort=1,895, Ss=0,310) ve Oral+Depo Ap (Ort=1,853, Ss=0,359) gruplarının yan etki şiddeti puanları, Depo (Ort=1,556, Ss=0,527) grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur.

CGİ hastalık şiddeti ve düzelme, PANSS pozitif belirtiler, negatif belirtiler, genel psikopatoloji ve toplamı, CDSS ve BAÖ puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

4.3. Regresyon Analizleri

4.3.1. Şizofreni Tanılı Hastalarda Ölçek Puanlarının İGD Üzerine Etkisi

Şizofreni tanılı hastalarda ölçek puanlarının İGD üzerindeki etkisi çoklu regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. Model genel olarak anlamlı bulunmuş ve bağımsız değişkenlerin İGD düzeyindeki varyansın %68,2'sini açıkladığı tespit edilmiştir ($R^2=0,682$, $F=27,585$, $p<0,001$), veriler Tablo 7'de sunulmuştur.

CGİ hastalık şiddeti ($B=-5,778$, $\beta=-0,371$, $p=0,001$) ve PANSS negatif belirtiler ($B=-1,461$, $\beta=-0,531$, $p<0,001$), İGD üzerinde anlamlı ve negatif bir etki göstermiştir.

PANSS genel psikopatoloji, İGD üzerinde anlamlı ve pozitif bir etki göstermiştir ($B=0,363$, $\beta=0,195$, $p=0,046$).

CGİ düzelme ve yan etki şiddeti, PANSS pozitif belirtiler, CDSS ve BAÖ toplam puanı İGD üzerinde anlamlı bir etki göstermemiştir ($p>0,05$).

Tablo 7. Şizofreni Tanılı Hastalarda Ölçek Puanlarının İGD Üzerine Etkisi

Bağımsız Değişken	Standart Edilmemiş Katsayılar		Standart Edilmiş Katsayılar	t	p	%95 Güven Aralığı	
	B	SE	β			Alt	Üst
Sabit	103,418	4,828		21,422	0,000	93,829	113,008
CGİ hastalık şiddeti	-5,778	1,614	-0,371	-3,580	0,001	-8,983	-2,572
CGİ düzelme	-1,108	1,596	-0,057	-0,694	0,489	-4,277	2,062
CGİ yan etki şiddeti	-2,709	2,159	-0,091	-1,255	0,213	-6,997	1,579
PANSS Pozitif Belirtiler	-0,157	0,201	-0,059	-0,784	0,435	-0,557	0,242
PANSS Negatif Belirtiler	-1,461	0,260	-0,531	-5,624	0,000	-1,978	-0,945
PANSS Genel Psikopatoloji	0,363	0,180	0,195	2,024	0,046	0,007	0,720
CDSS	-0,043	0,211	-0,016	-0,204	0,839	-0,463	0,377
BAÖ	-0,006	0,094	-0,005	-0,059	0,953	-0,192	0,180
*Bağımlı Değişken=İGD, $R=0,841$; $R^2=0,682$; $F=27,585$; $p=0,000$; Durbin Watson Değeri=1,327							

İGD: İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi, CGİ: Klinik Global İzlenim Ölçeği, PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, CDSS: Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği, BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği

4.3.2. Şizofreni Tanılı Hastalarda Ölçek Puanlarının ŞİLÖ Alt Ölçek Puanları Üzerine Etkisi

Şizofreni tanılı hastalarda ölçek puanlarının ŞİLÖ toplam puanı üzerindeki etkisi çoklu regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. Model genel olarak anlamlı bulunmuş ve bağımsız değişkenlerin işlevsel iyileşme toplamı üzerindeki varyansın %62,5'ini açıkladığı tespit edilmiştir ($R^2=0,625$, $F=21,591$, $p<0,001$), veriler Tablo 8'de sunulmuştur.

CGİ hastalık şiddeti ($B=-4,927$, $\beta=-0,330$, $p=0,004$), CGİ yan etki şiddeti ($B=-5,427$, $\beta=-0,189$, $p=0,018$) ve PANSS negatif belirtiler ($B=-0,562$, $\beta=-0,213$, $p=0,041$), ŞİLÖ toplamı üzerinde anlamlı ve negatif bir etki göstermiştir.

CGİ düzelme, PANSS pozitif belirtiler ve genel psikopatoloji, CDSS ve BAÖ toplam puanı, ŞİLÖ toplamı üzerinde anlamlı bir etki göstermemiştir ($p>0,05$).

Tablo 8. Şizofreni Tanılı Hastalarda Ölçek Puanlarının ŞİLÖ Toplam Üzerine Etkisi

Bağımsız Değişken	Standart Edilmemiş Katsayılar		Standart Edilmiş Katsayılar	t	p	%95 Güven Aralığı	
	B	SE	β			Alt	Üst
Sabit	107,466	5,032		21,357	0,000	97,471	117,461
CGİ hastalık şiddeti	-4,927	1,682	-0,330	-2,929	0,004	-8,268	-1,586
CGİ düzelme	-1,857	1,663	-0,100	-1,117	0,267	-5,161	1,446
CGİ yan etki şiddeti	-5,427	2,250	-0,189	-2,412	0,018	-9,897	-0,958
PANSS Pozitif Belirtiler	0,021	0,209	0,008	0,098	0,922	-0,396	0,437
PANSS Negatif Belirtiler	-0,562	0,271	-0,213	-2,074	0,041	-1,100	-0,024
PANSS Genel Psikopatoloji	-0,361	0,187	-0,202	-1,930	0,057	-0,733	0,010
CDSS	0,229	0,220	0,087	1,040	0,301	-0,209	0,667
BAÖ	0,045	0,098	0,038	0,465	0,643	-0,148	0,239
*Bağımlı Değişken=Şizofrenide İşlevsel İyileşme Toplamı, $R=0,809$; $R^2=0,625$; $F=21,591$; $p=0,000$; Durbin Watson Değeri=2,050							

ŞİLÖ: Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği, CGI: Klinik Global İzlenim Ölçeği, PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom

Şizofreni tanılı hastalarda ölçek puanlarının ŞİLÖ sosyal işlevsellik üzerindeki etkisi çoklu regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. Model genel olarak anlamlı bulunmuş ve bağımsız değişkenlerin sosyal işlevsellik üzerindeki varyansın %54,8'ini açıkladığı belirlenmiştir ($R^2=0,548$, $F=15,977$, $p<0,001$), veriler Tablo 9'da sunulmuştur.

CGİ hastalık şiddeti, ŞİLÖ sosyal işlevsellik üzerinde anlamlı ve negatif bir etki göstermiştir ($B=-1,473$, $\beta=-0,254$, $p=0,043$). PANSS genel psikopatoloji de sosyal işlevsellik üzerinde anlamlı ve negatif bir etki göstermiştir ($B=-0,183$, $\beta=-0,265$, $p=0,024$).

CGİ düzelme ve yan etki şiddeti, PANSS pozitif belirtiler ve negatif belirtiler, CDSS ve BAÖ toplam puanı, ŞİLÖ sosyal işlevsellik üzerinde anlamlı bir etki göstermemiştir ($p>0,05$).

Tablo 9. Şizofreni Tanılı Hastalarda Ölçek Puanlarının ŞİLÖ Sosyal İşlevsellik Üzerine Etkisi

Bağımsız Değişken	Standart Edilmemiş Katsayılar		Standart Edilmiş Katsayılar	t	p	%95 Güven Aralığı	
	B	SE	β			Alt	Üst
Sabit	37,906	2,143		17,692	0,000	33,650	42,162
CGİ hastalık şiddeti	-1,473	0,716	-0,254	-2,057	0,043	-2,896	-0,051
CGİ düzelme	-0,788	0,708	-0,109	-1,112	0,269	-2,194	0,619
CGİ yan etki şiddeti	-1,724	0,958	-0,155	-1,799	0,075	-3,627	0,179
PANSS Pozitif Belirtiler	-0,058	0,089	-0,058	-0,650	0,518	-0,235	0,119
PANSS Negatif Belirtiler	-0,135	0,115	-0,132	-1,170	0,245	-0,364	0,094
PANSS Genel Psikopatoloji	-0,183	0,080	-0,265	-2,299	0,024	-0,342	-0,025
CDSS	-0,012	0,094	-0,012	-0,129	0,898	-0,199	0,174
BAÖ	0,011	0,042	0,024	0,263	0,793	-0,072	0,093
*Bağımlı Değişken=Sosyal İşlevsellik, $R=0,764$; $R^2=0,548$; $F=15,977$; $p=0,000$; Durbin Watson Değeri=2,083							

ŞİLÖ: Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği, CGİ: Klinik Global İzlenim Ölçeği, PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom

Şizofreni tanılı hastalarda ölçek puanlarının ŞİLÖ sağlık ve tedavi üzerindeki etkisi çoklu regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. Model genel olarak anlamlı bulunmuş ve bağımsız değişkenlerin sağlık ve tedavi üzerindeki varyansın %58,5'ini açıkladığı belirlenmiştir ($R^2=0,585$, $F=18,430$, $p<0,001$), veriler Tablo 10'da sunulmuştur.

CGİ hastalık şiddeti ($B=-1,097$, $\beta=-0,316$, $p=0,009$), CGİ yan etki şiddeti ($B=-1,140$, $\beta=-0,171$, $p=0,041$) ve PANSS genel psikopatoloji ($B=-0,131$, $\beta=-0,315$, $p=0,005$) ŞİLÖ sağlık ve tedavi üzerinde anlamlı ve negatif bir etki göstermiştir.

CDSS puanları ŞİLÖ sağlık ve tedavi üzerinde anlamlı ve pozitif bir etki göstermiştir ($B=0,203$, $\beta=0,332$, $p<0,001$).

CGİ düzelme, PANSS pozitif belirtiler ve negatif belirtiler ve BAÖ toplam puanı, ŞİLÖ sağlık ve tedavi üzerinde anlamlı bir etki göstermemiştir ($p>0,05$).

Tablo 10. Şizofreni Tanılı Hastalarda Ölçek Puanlarının ŞİLÖ Sağlık ve Tedavi Üzerine Etkisi

Bağımsız Değişken	Standart Edilmemiş Katsayılar		Standart Edilmiş Katsayılar	t	p	%95 Güven Aralığı	
	B	SE	β			Alt	Üst
Sabit	23,793	1,230		19,348	0,000	21,350	26,235
CGİ hastalık şiddeti	-1,097	0,411	-0,316	-2,668	0,009	-1,913	-0,280
CGİ düzelme	-0,351	0,406	-0,081	-0,864	0,390	-1,159	0,456
CGİ yan etki şiddeti	-1,140	0,550	-0,171	-2,074	0,041	-2,233	-0,048
PANSS Pozitif Belirtiler	0,034	0,051	0,056	0,659	0,512	-0,068	0,135
PANSS Negatif Belirtiler	-0,088	0,066	-0,144	-1,331	0,186	-0,220	0,043
PANSS Genel Psikopatoloji	-0,131	0,046	-0,315	-2,858	0,005	-0,222	-0,040
CDSS	0,203	0,054	0,332	3,767	0,000	0,096	0,310
BAÖ	0,043	0,024	0,156	1,796	0,076	-0,005	0,090

*Bağımlı Değişken=Sağlık ve Tedavi, $R=0,786$; $R^2=0,585$; $F=18,430$; $p=0,000$; Durbin Watson Değeri=2,110

ŞİLÖ: Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği, CGI: Klinik Global İzlenim Ölçeği, PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, CDSS: Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği, BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği

Şizofreni tanılı hastalarda ölçek puanlarının ŞİLÖ günlük yaşam becerileri üzerindeki etkisi çoklu regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. Model genel olarak anlamlı bulunmuş ve bağımsız değişkenlerin günlük yaşam becerileri üzerindeki varyansın %50,6'sını açıkladığı tespit edilmiştir ($R^2=0,506$, $F=13,683$, $p<0,001$), veriler Tablo 11'de sunulmuştur.

CGİ hastalık şiddeti, ŞİLÖ günlük yaşam becerileri üzerinde anlamlı ve negatif bir etki göstermiştir ($B=-1,741$, $\beta=-0,357$, $p=0,007$). CGİ yan etki şiddeti anlamlılığa çok yakın bir negatif etki göstermiştir ($B=-1,631$, $\beta=-0,174$, $p=0,056$).

PANSS pozitif belirtiler, negatif belirtiler ve genel psikopatoloji, CDSS ve BAÖ toplam puanı, ŞİLÖ günlük yaşam becerileri üzerinde anlamlı bir etki göstermemiştir ($p>0,05$).

Tablo 11. Şizofreni Tanılı Hastalarda Ölçek Puanlarının ŞİLÖ Günlük Yaşam Becerileri Üzerine Etkisi

Bağımsız Değişken	Standart Edilmemiş Katsayılar		Standart Edilmiş Katsayılar	t	p	%95 Güven Aralığı	
	B	SE	β			Alt	Üst
Sabit	33,995	1,883		18,051	0,000	30,254	37,736
CGİ hastalık şiddeti	-1,741	0,630	-0,357	-2,766	0,007	-2,992	-0,491
CGİ düzelme	-0,406	0,622	-0,067	-0,652	0,516	-1,642	0,830
CGİ yan etki şiddeti	-1,631	0,842	-0,174	-1,937	0,056	-3,304	0,042
PANSS Pozitif Belirtiler	0,023	0,078	0,027	0,289	0,773	-0,133	0,178
PANSS Negatif Belirtiler	-0,173	0,101	-0,201	-1,703	0,092	-0,374	0,029
PANSS Genel Psikopatoloji	-0,077	0,070	-0,132	-1,097	0,276	-0,216	0,062
CDSS	0,106	0,082	0,124	1,284	0,202	-0,058	0,270
BAÖ	-0,019	0,037	-0,050	-0,527	0,599	-0,092	0,053
*Bağımlı Değişken=Günlük Yaşam Becerileri, $R=0,739$; $R^2=0,506$; $F=13,683$; $p=0,000$; Durbin Watson Değeri=2,027							

ŞİLÖ: Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği, CGI: Klinik Global İzlenim Ölçeği, PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom

Şizofreni tanılı hastalarda ölçek puanlarının ŞİLÖ mesleki işlevsellik üzerindeki etkisi çoklu regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. Model genel olarak anlamlı bulunmuş ve bağımsız değişkenlerin mesleki işlevsellik üzerindeki varyansın %55,1'ini açıkladığı belirlenmiştir ($R^2=0,551$, $F=16,175$, $p<0,001$), veriler Tablo 12'de sunulmuştur.

PANSS negatif belirtiler, ŞİLÖ mesleki işlevsellik üzerinde en güçlü negatif etkiye sahip değişken olarak tespit edilmiştir ($B=-0,166$, $\beta=-0,416$, $p<0,001$).

CGİ hastalık şiddeti ($B=-0,616$, $\beta=-0,272$, $p=0,030$) ve CGİ yan etki şiddeti ($B=-0,933$, $\beta=-0,215$, $p=0,014$) ŞİLÖ mesleki işlevsellik üzerinde anlamlı ve negatif bir etki göstermiştir. CDSS puanları anlamlılığa yakın bir negatif etki göstermiştir ($p=0,068$).

CGİ düzelme, PANSS pozitif belirtiler ve genel psikopatoloji ve BAÖ toplam puanı, ŞİLÖ mesleki işlevsellik üzerinde anlamlı bir etki göstermemiştir ($p>0,05$).

Tablo 12. Şizofreni Tanılı Hastalarda Ölçek Puanlarının ŞİLÖ Mesleki İşlevsellik Üzerine Etkisi

Bağımsız Değişken	Standart Edilmemiş Katsayılar		Standart Edilmiş Katsayılar	t	p	%95 Güven Aralığı	
	B	SE	β			Alt	Üst
Sabit	11,772	0,834		14,120	0,000	10,116	13,428
CGİ hastalık şiddeti	-0,616	0,279	-0,272	-2,210	0,030	-1,169	-0,062
CGİ düzelme	-0,312	0,276	-0,111	-1,133	0,260	-0,860	0,235
CGİ yan etki şiddeti	-0,933	0,373	-0,215	-2,501	0,014	-1,673	-0,192
PANSS Pozitif Belirtiler	0,022	0,035	0,057	0,637	0,526	-0,047	0,091
PANSS Negatif Belirtiler	-0,166	0,045	-0,416	-3,700	0,000	-0,255	-0,077
PANSS Genel Psikopatoloji	0,029	0,031	0,109	0,950	0,345	-0,032	0,091
CDSS	-0,068	0,037	-0,170	-1,849	0,068	-0,140	0,005
BAÖ	0,011	0,016	0,061	0,673	0,503	-0,021	0,043

*Bağımlı Değişken=Mesleki İşlevsellik, $R=0,766$; $R^2=0,551$; $F=16,175$; $p=0,000$; Durbin Watson Değeri=2,100

ŞİLÖ: Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği, CGI: Klinik Global İzlenim Ölçeği, PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, CDSS: Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği, BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği

4.3.3. Şizofreni Tanılı Hastalarda Ölçek Puanlarının WHOQOL-BREF TR Alt Ölçek Puanları Üzerine Etkisi

Şizofreni tanılı hastalarda ölçek puanlarının WHOQOL-BREF TR genel yaşam kalitesi üzerindeki etkisi çoklu regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. Model anlamlı bulunmuş ve bağımsız değişkenlerin genel yaşam kalitesindeki varyansın %39,7'sini açıkladığı tespit edilmiştir ($R^2=0,397$, $F=9,164$, $p<0,001$), veriler Tablo 13'te sunulmuştur.

CGİ hastalık şiddeti ($B=-1,172$, $\beta=-0,287$, $p=0,047$), PANSS genel psikopatoloji ($B=-0,149$, $\beta=-0,305$, $p=0,024$) ve CDSS ($B=-0,196$, $\beta=-0,273$, $p=0,012$) puanları WHOQOL-BREF TR genel yaşam kalitesi üzerinde anlamlı ve negatif bir etki göstermiştir.

CGİ düzelme ve yan etki şiddeti, PANSS pozitif belirtiler ve negatif belirtiler ve BAÖ toplam puanı, WHOQOL-BREF TR genel yaşam kalitesi üzerinde anlamlı bir etki göstermemiştir ($p>0,05$).

Tablo 13. Şizofreni Tanılı Hastalarda Ölçek Puanlarının WHOQOL-BREF TR Genel Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Bağımsız Değişken	Standart Edilmemiş Katsayılar		Standart Edilmiş Katsayılar	t	p	%95 Güven Aralığı	
	B	SE	β			Alt	Üst
Sabit	21,175	1,743		12,147	0,000	17,713	24,638
CGİ hastalık şiddeti	-1,172	0,583	-0,287	-2,012	0,047	-2,330	-0,015
CGİ düzelme	-0,776	0,576	-0,153	-1,346	0,182	-1,920	0,369
CGİ yan etki şiddeti	0,708	0,779	0,090	0,908	0,366	-0,840	2,256
PANSS Pozitif Belirtiler	0,062	0,073	0,088	0,855	0,395	-0,082	0,206
PANSS Negatif Belirtiler	0,088	0,094	0,122	0,941	0,349	-0,098	0,275

PANSS Genel Psikopatoloji	-0,149	0,065	-0,305	-2,293	0,024	-0,277	-0,020
CDSS	-0,196	0,076	-0,273	-2,569	0,012	-0,348	-0,044
BAÖ	-0,035	0,034	-0,107	-1,022	0,309	-0,102	0,033
*Bağımlı Değişken=Genel Yaşam Kalitesi, $R=0,668$; $R^2=0,397$; $F=9,164$; $p=0,000$; Durbin Watson Değeri=1,947							

WHOQOL-BREF TR: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu, CGI: Klinik Global İzlenim Ölçeği, PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, CDSS: Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği, BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği

Şizofreni tanılı hastalarda ölçek puanlarının WHOQOL-BREF TR fiziksel yaşam kalitesi üzerindeki etkisi çoklu regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. Model anlamlı bulunmuş ve bağımsız değişkenlerin fiziksel yaşam kalitesi üzerindeki varyansın %47,9'unu açıkladığı tespit edilmiştir ($R^2=0,479$, $F=12,364$, $p<0,001$), veriler Tablo 14'te sunulmuştur.

CDSS ($B=-0,212$, $\beta=-0,388$, $p=0,000$) ve BAÖ ($B=-0,065$, $\beta=-0,265$, $p=0,008$) puanları, WHOQOL-BREF TR fiziksel yaşam kalitesi üzerinde anlamlı ve negatif bir etki göstermiştir.

CGİ hastalık şiddeti, düzelme ve yan etki şiddeti, PANSS pozitif belirtiler, negatif belirtiler ve genel psikopatoloji, WHOQOL-BREF TR fiziksel yaşam kalitesi üzerinde anlamlı bir etki göstermemiştir ($p>0,05$).

Tablo 14. Şizofreni Tanılı Hastalarda Ölçek Puanlarının WHOQOL-BREF TR Fiziksel Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Bağımsız Değişken	Standart Edilmemiş Katsayılar		Standart Edilmiş Katsayılar	t	p	%95 Güven Aralığı	
	B	SE	β			Alt	Üst
Sabit	19,134	1,233		15,519	0,000	16,685	21,583
CGİ hastalık şiddeti	0,138	0,412	0,044	0,334	0,739	-0,681	0,956
CGİ düzelme	-0,352	0,408	-0,091	-0,864	0,390	-1,161	0,458
CGİ yan etki şiddeti	-0,057	0,551	-0,010	-0,104	0,918	-1,152	1,038
PANSS Pozitif Belirtiler	0,044	0,051	0,082	0,850	0,398	-0,058	0,146
PANSS Negatif Belirtiler	-0,065	0,066	-0,119	-0,981	0,329	-0,197	0,067

PANSS Genel Psikopatoloji	-0,072	0,046	-0,194	-1,574	0,119	-0,163	0,019
CDSS	-0,212	0,054	-0,388	-3,929	0,000	-0,319	-0,105
BAÖ	-0,065	0,024	-0,265	-2,718	0,008	-0,112	-0,017
*Bağımlı Değişken=Fiziksel Yaşam Kalitesi, $R=0,722$; $R^2=0,479$; $F=12,364$; $p=0,000$; Durbin Watson Değeri=2,240							

WHOQOL-BREF TR: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu, CGI: Klinik Global İzlenim Ölçeği, PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, CDSS: Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği, BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği

Şizofreni tanılı hastalarda ölçek puanlarının WHOQOL-BREF TR psikolojik yaşam kalitesi üzerindeki etkisi çoklu regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. Model anlamlı bulunmuş ve bağımsız değişkenlerin psikolojik yaşam kalitesi üzerindeki varyansın %42,5'ini açıkladığı belirlenmiştir ($R^2=0,425$, $F=10,160$, $p<0,001$), veriler Tablo 15'te sunulmuştur.

PANSS genel psikopatoloji ($B=-0,121$, $\beta=-0,315$, $p=0,017$), CDSS ($B=-0,149$, $\beta=-0,264$, $p=0,013$) puanları, WHOQOL-BREF TR psikolojik yaşam kalitesi üzerinde anlamlı ve negatif bir etki göstermiştir.

CGİ hastalık şiddeti, düzelme ve yan etki şiddeti, PANSS pozitif belirtiler ve negatif belirtiler ve BAÖ toplam puanı, WHOQOL-BREF TR psikolojik yaşam kalitesi üzerinde anlamlı bir etki göstermemiştir ($p>0,05$).

Tablo 15. Şizofreni Tanılı Hastalarda Ölçek Puanlarının WHOQOL-BREF TR Psikolojik Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Bağımsız Değişken	Standart Edilmemiş Katsayılar		Standart Edilmiş Katsayılar	t	p	%95 Güven Aralığı	
	B	SE	β			Alt	Üst
Sabit	21,071	1,339		15,738	0,000	18,411	23,730
CGİ hastalık şiddeti	-0,545	0,448	-0,170	-1,217	0,227	-1,434	0,344
CGİ düzelme	-0,345	0,443	-0,087	-0,781	0,437	-1,224	0,534
CGİ yan etki şiddeti	-0,413	0,599	-0,067	-0,690	0,492	-1,602	0,776
PANSS Pozitif Belirtiler	-0,011	0,056	-0,021	-0,206	0,837	-0,122	0,099
PANSS Negatif Belirtiler	0,023	0,072	0,041	0,320	0,750	-0,120	0,166
PANSS Genel Psikopatoloji	-0,121	0,050	-0,315	-2,430	0,017	-0,220	-0,022

CDSS	-0,149	0,059	-0,264	-2,539	0,013	-0,265	-0,032
BAÖ	-0,017	0,026	-0,065	-0,638	0,525	-0,068	0,035
*Bağımlı Değişken=Psikolojik Yaşam Kalitesi, $R=0,687$; $R^2=0,425$; $F=10,160$; $p=0,000$; Durbin Watson Değeri=2,145							

WHOQOL-BREF TR: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu, CGI: Klinik Global İzlenim Ölçeği, PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, CDSS: Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği, BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği

Şizofreni tanılı hastalarda ölçek puanlarının WHOQOL-BREF TR sosyal yaşam kalitesi üzerindeki etkisi çoklu regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. Model genel olarak anlamlı bulunmuş ve bağımsız değişkenlerin sosyal yaşam kalitesi üzerindeki varyansın %23,2'sini açıkladığı belirlenmiştir ($R^2=0,232$, $F=4,738$, $p<0,001$), veriler Tablo 16'da sunulmuştur.

CGİ yan etki şiddeti, WHOQOL-BREF TR sosyal yaşam kalitesi üzerinde anlamlı ve negatif bir etki göstermiştir ($B=-2,818$, $\beta=-0,358$, $p=0,002$). CDSS, WHOQOL-BREF TR sosyal yaşam kalitesi üzerinde anlamlılığa yakın bir negatif etki göstermiştir ($B=-0,162$, $\beta=-0,225$, $p=0,065$).

CGİ hastalık şiddeti ve düzelme, PANSS pozitif belirtiler, negatif belirtiler ve genel psikopatoloji ve BAÖ toplam puanı, WHOQOL-BREF TR sosyal yaşam kalitesi üzerinde anlamlı bir etki göstermemiştir ($p>0,05$).

Tablo 16. Şizofreni Tanılı Hastalarda Ölçek Puanlarının WHOQOL-BREF TR Sosyal Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Bağımsız Değişken	Standart Edilmemiş Katsayılar		Standart Edilmiş Katsayılar	t	p	%95 Güven Aralığı	
	B	SE	β			Alt	Üst
Sabit	18,847	1,976		9,536	0,000	14,921	22,773
CGİ hastalık şiddeti	0,372	0,661	0,091	0,562	0,575	-0,941	1,684
CGİ düzelme	-0,958	0,653	-0,188	-1,466	0,146	-2,255	0,340
CGİ yan etki şiddeti	-2,818	0,884	-0,358	-3,189	0,002	-4,574	-1,063
PANSS Pozitif Belirtiler	0,056	0,082	0,079	0,679	0,499	-0,108	0,219
PANSS Negatif Belirtiler	0,023	0,106	0,032	0,220	0,826	-0,188	0,235

PANSS Genel Psikopatoloji	-0,095	0,074	-0,193	-1,290	0,200	-0,241	0,051
CDSS	-0,162	0,087	-0,225	-1,871	0,065	-0,334	0,010
BAÖ	0,027	0,038	0,083	0,699	0,486	-0,049	0,103
*Bağımlı Değişken=Sosyal Yaşam Kalitesi, $R=0,542$; $R^2=0,232$; $F=4,738$; $p=0,000$; Durbin Watson Değeri=1,796							

WHOQOL-BREF TR: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu, CGI: Klinik Global İzlenim Ölçeği, PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, CDSS: Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği, BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği

Şizofreni tanılı hastalarda ölçek puanlarının WHOQOL-BREF TR çevresel yaşam kalitesi üzerindeki etkisi çoklu regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. Model genel olarak anlamlı bulunmuş ve bağımsız değişkenlerin çevresel yaşam kalitesi üzerindeki varyansın %28,5'ini açıkladığı belirlenmiştir ($R^2=0,285$, $F=5,938$, $p<0,001$), veriler Tablo 17'de sunulmuştur.

PANSS genel psikopatoloji, WHOQOL-BREF TR çevresel yaşam kalitesi üzerinde anlamlı ve negatif bir etki göstermiştir ($B=-0,158$, $\beta=-0,502$, $p=0,001$).

CGİ hastalık şiddeti, düzelme ve yan etki şiddeti, PANSS pozitif belirtiler ve negatif belirtiler, CDSS ve BAÖ toplam puanı, WHOQOL-BREF TR çevresel yaşam kalitesi üzerinde anlamlı bir etki göstermemiştir ($p>0,05$).

Tablo 17. Şizofreni Tanılı Hastalarda Ölçek Puanlarının WHOQOL-BREF TR Çevresel Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Bağımsız Değişken	Standart Edilmemiş Katsayılar		Standart Edilmiş Katsayılar	t	p	%95 Güven Aralığı	
	B	SE	β			Alt	Üst
Sabit	21,145	1,222		17,304	0,000	18,718	23,573
CGİ hastalık şiddeti	-0,577	0,408	-0,220	-1,413	0,161	-1,389	0,234
CGİ düzelme	-0,261	0,404	-0,080	-0,647	0,519	-1,064	0,541
CGİ yan etki şiddeti	-0,654	0,546	-0,130	-1,196	0,235	-1,739	0,432
PANSS Pozitif Belirtiler	-0,020	0,051	-0,044	-0,393	0,695	-0,121	0,081
PANSS Negatif Belirtiler	0,097	0,066	0,209	1,474	0,144	-0,034	0,228

PANSS Genel Psikopatoloji	-0,158	0,045	-0,502	-3,473	0,001	-0,248	-0,068
CDSS	0,079	0,054	0,171	1,480	0,142	-0,027	0,186
BAÖ	0,023	0,024	0,112	0,986	0,327	-0,024	0,070
*Bağımlı Değişken=Çevresel Yaşam Kalitesi, $R=0,586$; $R^2=0,285$; $F=5,938$; $p=0,000$; Durbin Watson Değeri=2,126							

WHOQOL-BREF TR: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu, CGI: Klinik Global İzlenim Ölçeği, PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, CDSS: Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği, BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği

5. TARTIŞMA

100 şizofreni hastası ve 100 kontrol grubunun dahil edildiği çalışmamızda; şizofreni tanılı remisyondaki hastalarda kalıntı belirtiler ile işlevsellik düzeyi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır. Çalışmamızın bulguları değerlendirildiğinde; PANSS toplam ve alt ölçek puanları, CDSS puanları, BAÖ puanları şizofreni grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek bulundu. WHOQOL-BREF TR tüm alt ölçek puanları, ŞİLÖ toplam ve tüm alt ölçek puanları, İGD puanları şizofreni grubunda beklediği gibi kontrol grubuna göre daha düşük bulundu. İşlevsellik ve yaşam kalitesi ölçek ve alt ölçek puanlarının tümü; PANSS negatif, pozitif, genel psikopatoloji ve toplamı, CGI hastalık şiddeti, düzelme ve yan etki puanlarıyla anlamlı negatif korelasyon göstermiştir. Çalışmamızın regresyon analizinde; işlevsellik ölçek ve alt ölçekleri üzerinde PANSS negatif belirtiler ve CGI hastalık şiddeti puanlarının anlamlı negatif bir etkisi olduğu ayrıca WHOQOL-BREF TR alt ölçekleri üzerinde, CDSS puanlarının anlamlı negatif bir etkisi olduğu bulundu. WHOQOL-BREF TR genel, psikolojik ve çevresel alt ölçekleri üzerinde PANSS genel psikopatoloji puanlarının anlamlı negatif bir etkisi olduğu görüldü. İşlevsellik ve yaşam kalitesi ölçeklerinin korelasyon analizinde, anlamlı ve pozitif yönde ilişkili bulundular.

Çalışmamızda bekar olma (%76), çocuk sahibi olmama (%68), çalışmıyor olma (%79) oranları kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekti. Şizofreni hastalarında işsizlik, bekar veya boşanmış olma oranları genel topluma göre daha fazladır(197,198). Srour ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada şizofreni tanılarının %75'inin bekar olduğu saptanmıştır(199). 2021 yılında yapılan bir başka

çalışmada ise şizofreni hastalarındaki işsizlik oranı %95 olarak bulunmuştur(200). Çalışmadaki bulgularımız literatürdeki diğer çalışmalarla uyumludur.

Çalışmamızda ailede ruhsal hastalık öyküsü ve Diabetes Mellitus varlığı, şizofreni tanılı bireylerde kontrol grubuna göre daha yüksek oranlarda tespit edilmiştir. Bu durum, genetik ve çevresel risk faktörlerinin şizofreni gelişimindeki etkisine dair literatürdeki bulgularla paraleldir(201). Ek hastalıkların daha yaygın olması, fiziksel sağlık problemlerinin bu bireylerde daha sık görüldüğünü ve genel sağlık durumunun görece daha zayıf olduğunu göstermektedir. Bu, şizofreni hastalarının genel popülasyona göre daha düşük sağlık düzeyine sahip olduğunu gösteren araştırmalarla uyumludur(202). Çalışmamızda psikiyatrik tedavi alma oranı %100 bulunmuş olup hastaların %57'si oral, %9'u depo, %34'ü oral + depo Ap antipsikotik kullanmaktaydı. Bu durum şizofreni tanılı bireylerin klinik olarak sürekli izleme ihtiyaç duyduğunu göstermektedir. Literatürde Türkiye'de yapılan bir araştırmada ayaktan kontrollere gelen hastaların %69.9'unun tedavi uyumunun iyi olduğu, başka bir araştırmada akut alevlenme döneminde %51'inde tedavi uyumsuzluğu tespit edildiği, altı aylık izlem sonrasında bu oranın %25 olduğu bildirilmiştir(203,204). Çalışmamızda hastaların tamamının tedavi alıyor olması, çalışmamızın kesitsel olması ve çalışma grubumuzun polikliniğe başvuran hastalardan oluşmuş olmasından kaynaklanabilir.

Çalışmamızda şizofreni grubunda daha önce intihar girişiminde bulunmuş olma oranı %21 olarak bulunurken, kontrol grubunda geçmişte suicid girişiminde bulunan katılımcı yoktu. Ülkemizde yapılan çok merkezli bir çalışmada şizofreni hastalarının %28'inin intihar girişiminde bulunduğu bildirilmiştir(197). Şizofreni hastalarında intihar girişimlerinin yüksek bir oranda görülmesi, şizofreninin ruhsal yükünü vurgulamakta ve intihar riskinin bu bireylerde genel popülasyondan daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır(205). Türkiye'de genel nüfusta intihar oranı 2/100 000'dir(206). Dünya Sağlık Örgütü 2019 verilerine göre genel toplumda intihar oranı ortalama 9/100 000 'dir(207). Bizim çalışmamızda sağlıklı kontrollerin hiç girişimde bulunmamış olması örneklem sayımızın azlığı ile açıklanabilir.

Şizofreni tanılı hastaların PANSS tüm alt ölçek puanları ve toplamının kontrol grubuna kıyasla anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmektedir. Pozitif ve negatif belirtiler şizofreninin tanı koydurucu belirtilerindendir. PANSS genel psikopatoloji alt ölçek puanının da kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunması;

anksiyete, depresyon, gerginlik, düşmanca tutum, uyku bozuklukları ve bilişsel zorluklar gibi genel psikopatolojik belirtilerin şizofreni hastalarında sıkça görüldüğünü ve bu belirtilerin hastaların genel iyilik halini olumsuz etkilediğini göstermektedir. Bu durum, şizofreninin yalnızca pozitif ve negatif belirtilerle sınırlı olmadığını, aynı zamanda hastaların genel ruh sağlığını etkileyen daha geniş bir semptom yelpazesini içerdiğini ortaya koymaktadır(208).

Çalışmamızın bulgularından biri de şizofreni tanılı bireylerin CGI hastalık şiddeti puanlarının anlamlı derecede yüksek olmasıdır. Bu bulgu, şizofreninin doğası gereği ciddi bir hastalık olduğu ve etkilenen bireylerin yaşamları üzerinde önemli olumsuz etkilere sahip olduğu gerçeğiyle tutarlıdır. Daha yüksek CGI hastalık şiddeti puanları, şizofreninin negatif ve pozitif belirtilerinin yoğunluğuna işaret edebilir ve bu durum literatürde sıklıkla vurgulanmıştır(209,210). Araştırmalar, şizofreninin sadece "pozitif" belirtiler ile değil, aynı zamanda "negatif" belirtiler ve bilişsel bozukluklar (dikkat, bellek, yürütücü işlevler) ile de karakterize olduğunu göstermektedir(211). Bu belirtilerin kombinasyonu, bireylerin işlevselliğini önemli ölçüde etkileyerek CGI hastalık şiddeti puanlarının yüksek olmasına katkıda bulunmaktadır. Çalışmamızda ayrıca, şizofrenide CGI düzelme puanlarının düşük olduğu bulunmuştur. Bu, şizofreni hastalarının genellikle tam bir iyileşme göstermediği ve kalıntı belirtilerin sıklıkla devam ettiği gerçeğini yansıtmaktadır. Literatürde, bu bireylerin tedaviye uyumunda ve sosyal işlevsellik kazanımında karşılaşılan güçlükler sıkça tartışılmıştır(210). Güncel araştırmalar, şizofrenide "işlevsel iyileşme" kavramına odaklanmaktadır. Bu kavram, semptomların azalmasının yanı sıra, bireylerin sosyal, mesleki ve kişisel yaşamlarında ne kadar iyi işlev gördüğünü de içerir(212). Çalışmamızdaki CGI düzelme puanları, şizofreni hastalarının işlevsel iyileşme konusunda zorluklar yaşadığını göstermektedir. Çalışmamızda CGI yan etki puanlarının yüksek olması, antipsikotik ilaçların kullanımının kaçınılmaz bir sonucu olan yan etkilerin önemini vurgulamaktadır. Bu durum, literatürde de desteklenmiş ve antipsikotik ilaçların yan etkileri olan; metabolik yan etkiler, ekstrapiramidal semptomlar ve kardiyovasküler yan etkilerin erken tespiti ve yönetimi, hasta uyumunu ve uzun dönemli sonuçları iyileştirmek için kritik öneme sahiptir(32). Güncel kılavuzlar, antipsikotik tedavinin yan etkilerini en aza indirmek için bireyselleştirilmiş tedavi yaklaşımlarının ve düzenli izlemenin önemini vurgulamaktadır(213).

Çalışmamızda depresyon ve anksiyete puanlarının, şizofreni hastalarında kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmektedir. Literatürde, şizofreni hastalarının depresif belirtilerinin sosyal izolasyon, bilişsel bozukluklar ve tedaviye direnç gibi faktörlerle ilişkilendirildiği belirtilmiştir(214). Ayrıca, depresyonun şizofreni hastalarında psikotik alevlenmeler ve intihar riski ile bağlantılı olduğu bulunmuştur(215). Anksiyetenin şizofreni ile birlikte sıkça görülen bir komorbid durum olduğu ve bu durumun hastalık yükünü artırdığı gösterilmektedir. Literatürde, anksiyetenin şizofreni hastalarında sanrılar, halüsinasyonlar ve diğer pozitif semptomlarla ilişkilendirildiği, bu semptomların şiddetini artırarak bireylerin yaşam kalitesini düşürdüğü belirtilmektedir(215).

Çalışmamızda şizofreni tanılı bireylerde işlevsellik puanlarının sağlıklı bireylere kıyasla anlamlı şekilde düşük olduğu görülmektedir. Bu bulgu, şizofreni hastalarının günlük yaşam becerileri, sosyal ilişkiler ve mesleki uyum gibi temel işlevsellik alanlarında ciddi zorluklar yaşadığını göstermektedir. Literatürde bu durum, şizofreninin bilişsel kontrol, sosyal etkileşim ve motivasyon süreçlerinde neden olduğu bozulmalarla ilişkilendirilmiştir(216). Bilişsel kontrol mekanizmalarındaki eksiklikler, şizofreni hastalarının karmaşık sosyal durumlara adapte olmasını ve bağımsız bir yaşam sürdürebilmesini zorlaştırmaktadır.

Çalışmamızda şizofreni tanılı bireylerde WHOQOL-BREF TR alt ölçek puanlarının tümü kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Bu durum, hastalığın bireylerin yaşamlarını fiziksel, psikolojik, sosyal ve çevresel açılardan olumsuz etkilediğini göstermektedir. Literatürde, şizofreni hastalarının genel yaşam kalitesinin, hastalığın negatif semptomları, sosyal izolasyon ve tedaviye bağlı yan etkiler nedeniyle ciddi şekilde azaldığı belirtilmiştir(217). Fiziksel yaşam kalitesinin düşük olması, bu bireylerin sağlık durumlarındaki bozulmalara ve fiziksel işlevsellikteki kısıtlamalara işaret etmektedir. Psikolojik yaşam kalitesindeki düşüklük ise, depresyon ve anksiyete gibi eşlik eden psikiyatrik sorunların yanı sıra, şizofreniyle ilişkili bilişsel bozuklukların bu bireylerin öznel iyilik halini azaltmasından kaynaklanabilir(218). Sosyal yaşam kalitesinin düşük bulunması, şizofreni tanılı bireylerin sosyal ilişkilerinde zorluk yaşadıklarını ve yeterli sosyal destek alamadıklarını göstermektedir. Bu durum, şizofreninin bireylerin sosyal işlevselliklerini olumsuz etkilediğini ve sosyal izolasyonu artırdığını ortaya

koymaktadır(219). Çevresel yaşam kalitesindeki düşüklük ise, şizofreni hastalarının yeterli yaşam koşullarına ve sağlık hizmetlerine erişimde karşılaştıkları zorluklara işaret etmektedir. Özellikle ekonomik kısıtlamalar ve sağlık hizmetlerine erişimdeki güçlükler, bu bireylerin yaşam kalitesini daha da olumsuz etkileyebilir (220).

Çalışmamızda ŞİLÖ ve İGD puanları cinsiyet açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Başka çalışmalarda da benzer şekilde, cinsiyetin işlevsellik üzerinde belirgin bir etkisinin olmadığı belirtilmiştir(221,222). Bununla birlikte, bazı çalışmalarda kadın hastaların sosyal işlevsellik alanında daha başarılı olduğunu bildirilmiştir(223). Erkek hastaların mesleki işlevsellik açısından daha avantajlı olduğu belirtilmiştir(223).

Evli hastaların ŞİLÖ tüm alt ölçeklerinde, toplamında ve İGD’de bekar bireylere kıyasla daha yüksek puanlara sahip olduğu görülmüştür. Çalışmamıza benzer şekilde, Mucci ve ark. (2021) çalışması, evli şizofreni hastalarının işlevsellik seviyelerinin daha yüksek olduğunu ve sosyal destek sistemlerinin bireyin günlük yaşam becerilerini sürdürmesinde kritik bir rol oynadığını göstermiştir(224). Cano ve ark. (2021) evli bireylerin işlevsellik açısından daha başarılı olduğunu, ancak boşanmış veya dul bireylerin en düşük işlevsellik seviyelerine sahip olduğunu bildirmiştir(225).

Çocuk sahibi bireylerin ŞİLÖ tüm alt ölçeklerinde, toplamında ve İGD’de daha yüksek puanlara sahip olduğu gözlemlenmiştir. Ancak yalnızca sosyal işlevsellik açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Galderisi ve ark. (2018) çalışması, sosyal destek mekanizmalarının işlevselliği artırmada önemli bir faktör olduğunu ve çocuk sahibi olmanın bireyin sorumluluk almasını teşvik ederek işlevselliğe katkıda bulunabileceğini belirtmiştir(226). Benzer şekilde Lahera ve ark. (2018) çocuk sahibi olmanın, bireylerin sorumluluk hissini artırarak günlük yaşam becerilerini ve sosyal ilişkilerini olumlu yönde etkileyebileceğini bildirmiştir(227). Ancak, Cano ve ark. (2021) çalışması, çocuk sahibi olmanın bazı bireylerde ek stres kaynağı olabileceğini ve bu durumun işlevsellik üzerinde olumsuz bir etkiye neden olabileceğini bildirmiştir(225). Bu nedenle, çocuk sahibi olmanın işlevsellik üzerindeki etkisinin bireysel farklılıklar ve destek mekanizmalarına bağlı olarak değişebileceği düşünülmektedir.

Eğitim düzeyi açısından değerlendirildiğinde, ŞİLO tüm alt ölçeklerinde, toplamında ve İGD’de anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Post-hoc analiz sonuçlarına göre, lisans mezunlarının işlevsellik puanlarının ilkökul, ortaokul ve lise mezunlarına kıyasla anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir. Galderisi ve ark. (2018) tarafından yapılan bir çalışmada da, eğitim düzeyinin işlevsellik üzerinde doğrudan etkili olduğu ve eğitim düzeyi yüksek bireylerin işlevsellik becerilerinin daha iyi olduğu belirlenmiştir(226). Silva ve Restrepo (2019) eğitim seviyesinin, bireyin bilişsel rezervini artırarak işlevsel iyileşme üzerinde belirleyici bir faktör olabileceğini ortaya koymuştur(223).

Çalışmamızda aylık kazanç arttıkça İGD puanlarının arttığı gözlemlenmiş ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. İşlevsel iyileşme ölçeğinin tüm alt ölçeklerinde ve toplamında da yüksek gelir grubundaki bireylerin işlevsellik puanlarının anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür. Bechi ve ark. (2017) çalışmasında, daha yüksek gelir düzeyine sahip bireylerin sosyal işlevsellik ve günlük yaşam becerileri açısından daha iyi performans gösterdiği belirlenmiştir(228). Ayrıca, Hentati ve ark. (2021) düşük sosyoekonomik seviyeye sahip bireylerin işlevsellikte daha fazla zorluk yaşadığını ve istihdamın bu durumu iyileştirebileceğini öne sürmüştür(229). Kurachi ve ark. (2018) ekonomik durumun, tedaviye erişim ve sosyal entegrasyon üzerinde büyük etkileri olduğunu belirtmiştir(230).

Daha önce çalışan bireylerin işlevsellik puanlarının daha önce hiç çalışmayan bireylerden anlamlı derecede daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Halen çalışan bireylerin ŞİLO tüm alt ölçeklerinde, toplamında ve İGD’de anlamlı şekilde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. He ve ark. (2022) tarafından yapılan çalışmada, uzun süreli işsizlik ile işlevselliğin düşmesi arasında güçlü bir ilişki tespit edilmiştir(231). Mucci ve ark. (2021) çalışması, düzenli olarak istihdam edilen bireylerin daha iyi işlevsellik düzeylerine sahip olduğunu ve işsizliğin depresyon ve anksiyete ile ilişkili olduğunu bildirmiştir(224). Yapılan bir araştırmada, çalışma hayatına katılımın bireyin psikososyal işlevselliğini artırabileceğini ve daha yüksek işlevsel iyileşme ile ilişkili olduğunu gösterilmiştir(228). Phahladira ve ark. (2020), iş hayatında aktif kalmanın işlevselliği artıran en önemli faktörlerden biri olduğunu ve uzun süreli işsizlik durumunun işlevselliği olumsuz etkileyebileceğini belirtmiştir (232).

İntihar girişimi olan ve olmayan bireylerin işlevsellik puanları karşılaştırıldığında, yalnızca sosyal işlevsellik açısından anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Ouali ve ark. (2021), intihar girişiminde bulunmuş hastaların genel işlevselliklerinin daha düşük olduğunu ve bu durumun depresyon ve psikopatolojinin şiddetiyle ilişkili olabileceğini belirtmiştir(233). Benzer şekilde Jun ve Na (2022) çalışmasında da intihar düşüncesinin ve girişimlerinin işlevselliği olumsuz etkilediğini ve depresyonun bu ilişkide önemli bir rol oynadığı bildirilmiştir(234). Hofer ve ark. (2020) da intihar girişiminin yaşam kalitesi ve işlevsellik üzerinde uzun vadeli olumsuz etkileri olabileceğini rapor etmiştir(235).

Ailede ruhsal hastalık öyküsü bulunan bireylerin işlevsellik puanları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Rojas ve ark. (2021) çalışmasına göre, ailede ruhsal hastalık öyküsü olan bireyler daha fazla psikososyal stres yaşamakta ve bu durum zamanla işlevselliği olumsuz etkileyebilmektedir(236). Best ve ark. (2020) çalışmasında ailede ruhsal hastalık öyküsünün bireyin hastalık yönetimi üzerinde etkili olabileceğini ve bu durumun uzun vadede işlevsellik üzerinde farklı sonuçlara yol açabileceğini belirtmiştir(237).

Çalışmamızda ek hastalık varlığı olan bireylerin işlevsellik puanları anlamlı bir fark göstermemiştir. Costa ve ark. (2018) çalışması, ek hastalıkların işlevselliği önemli ölçüde düşürdüğünü ve özellikle fiziksel hastalıkların günlük yaşam aktivitelerinde zorluklara yol açtığını göstermiştir(238). Ayrıca, Lisincki ve ark. (2024) ek hastalığı olan bireylerin daha düşük fiziksel işlevsellik puanlarına sahip olduğunu ve bu durumun bağımsız yaşam becerilerini sınırladığını belirtmiştir(239).

Çalışmamızda yaş ile mesleki işlevsellik arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki gözlemlenmiştir. Bu bulgu, yaşın ilerlemesiyle birlikte bireylerin mesleki işlevselliğinde bir düşüş olabileceğini göstermektedir. Benzer şekilde, önceki araştırmalar da yaşın ilerlemesiyle birlikte bilişsel işlevlerde azalma olduğunu ve bunun mesleki işlevselliği olumsuz etkileyebileceğini öne sürmektedir(240).

Şizofreni tanı süresi ile genel işlevsellik, sosyal işlevsellik, sağlık ve tedavi ve günlük yaşam becerileri arasında negatif yönlü anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Bu bulgular, tanı süresinin uzamasıyla birlikte bireylerin işlevselliğinde düşüş yaşandığını, hastalığın ilerleyen evrelerinde iş bulma ve sürdürme becerilerinin azaldığını göstermektedir. Benzer şekilde önceki araştırmalarda, daha uzun süredir tanı

almış bireylerde sosyal becerilerin azaldığını ve günlük yaşam aktivitelerinde zorlandıklarını göstermektedir(241). Bununla birlikte hastalık süresi uzadıkça bireylerin istihdam edilebilirliğinin düştüğü belirtilmektedir(224).

Çalışmamızın korelasyon analizinde İGD ile; CGI hastalık şiddeti, düzelme, yan etki puanları, PANSS pozitif belirtiler, negatif belirtiler, genel psikopatoloji ve toplam puanları negatif korelasyon göstermiştir. Çalışmamızın regresyon analizi bulguları, PANSS negatif belirtiler ve CGI hastalık şiddeti puanlarının İGD üzerinde anlamlı bir olumsuz etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Negatif belirtilerin işlevsellik üzerindeki etkisi, özellikle motivasyon kaybı, sosyal çekilme ve iletişim zorlukları gibi unsurlar üzerinden gerçekleşmektedir(242). Literatürde, bilişsel ve sosyal bilişsel bozuklukların işlevsellik üzerindeki dolaylı etkileri de önemli bir yer tutmaktadır. Bilişsel eksiklikler, günlük yaşamda adaptasyon ve problem çözme becerilerinde ciddi bozulmalara yol açabilir(228). Negatif belirtilerin kalıcılığı ve dirençliliği, tedavi süreçlerini zorlaştıran önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Negatif belirtiler, sadece bireylerin işlevsellik düzeyini değil, aynı zamanda psikososyal rehabilitasyondan faydalanma kapasitelerini de sınırlamaktadır(243). Bu nedenle, bilişsel rehabilitasyon ve sosyal beceri eğitimlerinin, bireylerin günlük yaşam işlevselliğini artırmada kritik bir öneme sahip olduğu belirtilmiştir(244). Bununla birlikte, çalışmamızda PANSS genel psikopatoloji puanlarının İGD üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkiye sahip olduğu bulunmuştur. Bu da farkındalığın tedaviye uyumu artırabileceğini ve bu durumun işlevsellikte iyileşmelere yol açabileceğini düşündürmektedir(245).

Çalışmamızda ölçek ve alt ölçek puanlarının, ŞİLÖ alt ölçekleri ile ilişkisine bakıldı. Çalışmamızda korelasyon analizinde, ŞİLÖ toplam puanla; CGI hastalık şiddeti, düzelme, yan etki puanları, PANSS pozitif belirtiler, negatif belirtiler, genel psikopatoloji ve toplam puanları negatif korelasyon göstermiştir. Çalışmamızın regresyon analizi bulguları ŞİLÖ toplam puanda, PANSS negatif belirtiler, CGI hastalık şiddeti ve yan etki puanlarının işlevsel iyileşme üzerinde anlamlı ve negatif etkiler yarattığını göstermektedir. Negatif belirtilerin, motivasyon kaybı, sosyal çekilme ve bilişsel işlev bozuklukları aracılığıyla işlevsellik kaybını artırdığı bilinmektedir(246). CGI hastalık şiddeti puanları, bireylerin klinik iyileşme süreçleri ve günlük işlevsellikleri üzerinde doğrudan bir etkiye sahiptir. Şiddetli semptomların

bireylerin işlevselliklerini olumsuz etkilediği ve tedavi süreçlerini daha karmaşık hale getirdiği belirtilmektedir(247). Tedavi sırasında ortaya çıkan yan etkiler, bireylerin günlük aktivitelerini sürdürme becerisini sınırlayarak işlevsel iyileşme üzerinde ek bir yük oluşturur(230).

Çalışmamızın korelasyon analizinde, ŞİLÖ sosyal işlevsellik puanıyla; CGI hastalık şiddeti, düzelme, yan etki puanları, PANSS pozitif belirtiler, negatif belirtiler, genel psikopatoloji ve toplam puanları negatif korelasyon göstermiştir. Çalışmamızın regresyon analizinde, ŞİLÖ sosyal işlevsellik alt ölçeğinde bulgularımız, özellikle CGI hastalık şiddeti ve PANSS genel psikopatoloji ölçek puanlarının sosyal işlevsellik üzerinde anlamlı ve negatif etki gösterdiğini ortaya koymaktadır. Yapılan başka bir çalışmada, CGI hastalık şiddeti puanlarındaki artışın bireylerin sosyal rollerini üstlenme kapasitelerini ve sosyal ilişkilerini sürdürme becerilerini ciddi şekilde sınırlandırdığını göstermiştir(248). Genel psikopatolojinin sosyal işlevselliği olumsuz etkilediği bulunmuş ve bu, şizofrenide görülen bilişsel ve sosyal bilişsel bozuklukların bir yansıması olarak değerlendirilmiştir(249). Sosyal biliş eksiklikleri, bireylerin empati, duygu tanıma ve sosyal bağ kurma gibi temel sosyal becerilerini doğrudan etkileyerek, sosyal ilişkilerde yetersizliklere yol açmaktadır. Bu bulgular, şizofreni tanılı bireylerde sosyal işlevselliğin sadece negatif belirtilerle değil, aynı zamanda genel psikopatolojik belirtilerle de ilişkili olduğunu göstermektedir(243).

Çalışmamızın korelasyon analizinde, ŞİLÖ sağlık ve tedavi alt ölçeği puanıyla; CGI hastalık şiddeti, düzelme, yan etki puanları, PANSS pozitif belirtiler, negatif belirtiler, genel psikopatoloji ve toplam puanları negatif korelasyon göstermiş olup, CDSS ile pozitif korelasyon göstermiştir. Çalışmamızın regresyon analizinde, ŞİLÖ sağlık ve tedavi alt ölçeğinde bulgularımız, CGI hastalık şiddeti, yan etki puanları ve PANSS genel psikopatoloji puanlarının yüksek olmasının sağlık ve tedavi süreçlerinde bireylerin işlevselliği üzerinde negatif etkiler yarattığı görülmektedir. Hastalık şiddeti arttıkça bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanma kapasiteleri azalmakta ve tedavi süreçlerinde uyumsuzluk yaşanmaktadır(243). Tedaviye bağlı yan etkiler de bireylerin tedaviye uyumunu ve sağlık hizmetlerinden faydalanma oranını düşürebilir(250). Genel psikopatolojinin olumsuz etkileri, bireylerin psikososyal rehabilitasyona olan ihtiyaçlarını artırmakta ve tedavi süreçlerinin daha karmaşık bir hale gelmesine yol

açmaktadır(247). Bu sonuçlar bireylerin yalnızca biyolojik temelli tedavilere değil, aynı zamanda psikososyal desteklere de ihtiyaç duyduğunu göstermektedir.

Çalışmamızın korelasyon analizinde, ŞİLO günlük yaşam becerileri alt ölçeği puanıyla; CGI hastalık şiddeti, düzelme, yan etki puanları, PANSS pozitif belirtiler, negatif belirtiler, genel psikopatoloji ve toplam puanları negatif korelasyon göstermiştir. Çalışmamızın regresyon analizinde, ŞİLO günlük yaşam becerileri alt ölçeğinde bulgularımız, özellikle CGI hastalık şiddeti puanlarının günlük yaşam becerileri üzerinde belirgin ve negatif bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Hastalık şiddeti arttıkça bireylerin bağımsız yaşam becerileri, işlevsellik ve sosyal etkileşim kapasitesi azalmakta, bu da bireylerin günlük aktivitelerini sürdürmelerini zorlaştırmaktadır(251). Çalışmamızda PANSS negatif belirti puanları, ŞİLO günlük yaşam becerileri ölçeğinde anlamlı bir etki göstermemiştir. Ancak negatif belirtiler, bireylerin motivasyon ve sosyal becerilerini sınırlayarak günlük yaşam becerileri üzerinde dolaylı bir etki yaratmaktadır. Negatif belirtilerin işlevselliği azaltması, bireylerin bağımsız yaşam becerilerini sürdürmekte zorlanmalarına neden olur(252). Bununla birlikte, çalışmamızda CGI yan etki puanlarının günlük yaşam becerileri üzerindeki etkisi anlamlılığa çok yakın negatif bir etki göstermiştir. Araştırmalar ilaç yan etkilerinin bireylerin bağımsız yaşam kapasitelerini sınırlandırdığına işaret etmektedir(253).

Çalışmamızın korelasyon analizinde, ŞİLO mesleki işlevsellik alt ölçeği puanıyla; CGI hastalık şiddeti, düzelme, yan etki puanları, PANSS pozitif belirtiler, negatif belirtiler, genel psikopatoloji ve toplam puanları negatif korelasyon göstermiştir. Çalışmamızın regresyon analizinde, ŞİLO mesleki işlevsellik alt ölçeğinde bulgularımız, CGI hastalık şiddeti, yan etki puanlarının ve PANSS negatif belirti puanlarının mesleki işlevsellik üzerinde negatif bir etkiye sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Çalışmamızda özellikle negatif belirtiler, mesleki işlevsellik üzerinde en güçlü negatif etkiye sahip yordayıcı olarak bulunmuştur. Hastalık şiddeti ve negatif belirtiler, bireylerin işyerindeki motivasyonunu, verimliliğini ve mesleki rollerini yerine getirme kapasitelerini önemli ölçüde sınırlar(242). Negatif belirtiler, bireylerin mesleki işlevselliği üzerindeki en güçlü olumsuz etkilerden biridir. Motivasyon eksikliği, sosyal geri çekilme ve düşük enerji seviyeleri, mesleki performansın azalmasına yol açmaktadır(244). Ayrıca, negatif belirtiler, bireylerin iş gücü piyasasına

entegrasyonunu ve sürdürülebilir bir mesleki yaşam elde etmesini zorlaştırmaktadır(254). Özellikle tedaviye bağlı kognitif bozulmalar ve yorgunluk gibi yan etkiler, bireylerin görevlerini yerine getirme kapasitesini sınırlayabilir(255). Bu durum, bireylerin iş yerinde daha düşük performans göstermelerine ve iş gücünden dışlanmalarına yol açabilir. Bununla birlikte, psikososyal müdahaleler ve bireyselleştirilmiş mesleki rehabilitasyon programlarının mesleki işlevselliği artırmada etkili olduğu gösterilmiştir. "Occupational Goal Intervention" gibi yaklaşımlar, bireylerin mesleki hedeflerini belirlemelerine ve bu hedeflere ulaşmak için gerekli becerileri geliştirmelerine yardımcı olabilir(256).

Bulgularımıza göre, kadın hastaların yaşam kalitesi puanları erkeklerden daha yüksek bulunmuş ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Literatürde benzer bulgular mevcuttur. Meher ve ark. (2022), kadın hastaların yaşam kalitesinin erkeklere göre daha yüksek olduğunu belirtmiştir(257). Bunun yanı sıra, Petrovic Kitic ve Janković (2018) tarafından yapılan çalışmada, erkek hastaların kadın hastalara kıyasla daha yüksek bir yaşam kalitesi bildirdiği gözlemlenmiştir(258). Bu farklı sonuçlar, araştırma yapılan toplumlar ve kullanılan ölçeklerdeki değişkenlikten kaynaklanabilir.

Çalışmamızda evli bireylerin sosyal ve psikolojik yaşam kalitesi puanlarının bekar bireylere göre daha yüksek olduğu, ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür. İnsiyah ve ark. (2023) tarafından yapılan bir çalışmada da evli bireylerin yaşam kalitesinin anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır(259). Benzer şekilde, Hasan (2019), evli bireylerin yalnız yaşayan veya boşanmış hastalara kıyasla daha yüksek yaşam kalitesine sahip olduğunu ve bunun sosyal destek mekanizmalarına bağlı olabileceğini ileri sürmüştür(260).

Çalışmamızda elde edilen bulgulara göre, eğitim düzeyi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Özellikle, lisans mezunlarının çevresel yaşam kalitesi puanlarının diğer eğitim düzeylerine sahip hastalara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Kitic ve Janković (2018) de eğitim düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin anlamlı şekilde yükseldiğini rapor etmiştir(258).

Çalışmamızda aylık kazancı daha yüksek olan bireylerin çevresel yaşam kalitesi puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu durum, ekonomik faktörlerin yaşam kalitesi üzerindeki etkisini gösteren literatürle tutarlıdır. Hentati ve

ark. (2021), düşük sosyoekonomik seviyeye sahip hastaların yaşam kalitesinin belirgin şekilde daha düşük olduğunu bildirmiştir(229).

İntihar girişiminde bulunmuş bireylerin fiziksel, psikolojik ve çevresel yaşam kalitesi puanlarının daha düşük olduğu bulunmuştur. Ouali ve ark. (2021) tarafından yapılan bir çalışmada da intihar girişiminde bulunmuş hastaların yaşam kalitesinin daha düşük olduğu, özellikle depresyon ve psikolojik stresin yaşam kalitesini düşüren ana faktörler olduğu belirtilmiştir(233). Benzer şekilde, Hofer ve ark. (2020), intihar eğilimleri ile yaşam kalitesi arasında negatif bir korelasyon bulmuş ve psikoterapötik yaklaşımların bu durumu iyileştirebileceğini önermiştir(235).

Çalışmamızda, halen çalışan bireylerin sosyal ($p=0.021$) ve çevresel ($p=0.049$) yaşam kalitesi puanlarının, uzun süredir çalışmayan bireylere kıyasla daha yüksek olduğu bulunmuştur. He ve ark. (2022) tarafından yapılan bir çalışmada da, çalışan şizofreni hastalarının işsiz olanlara kıyasla daha iyi yaşam kalitesine sahip olduğu belirtilmiştir (He vd., 2022). Benzer şekilde, Suttajit ve Pilakanta (2015), düzenli bir işi olan hastaların yaşam kalitesinin daha yüksek olduğunu, çünkü bu bireylerin daha güçlü bir sosyal destek sistemine sahip olduklarını belirtmiştir(220). Andersen ve ark. (2020) tarafından yapılan bir çalışmada, uzun süreli işsizlik yaşayan şizofreni hastalarının yaşam kalitesinde belirgin bir düşüş olduğu ve sosyal ilişkiler alanında daha fazla sorun yaşadığı bildirilmiştir(261).

Bulgularımızda, ailede ruhsal hastalık geçmişi olan ve olmayan bireyler arasında yaşam kalitesi açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak literatürde bu konuyla ilgili farklı sonuçlar mevcuttur. Hasan (2019) tarafından yapılan bir çalışmada, ailede ruhsal hastalık öyküsü olan bireylerin psikolojik stres seviyelerinin daha yüksek olduğu ve bu durumun yaşam kalitesini olumsuz etkileyebileceği bulunmuştur(260).

Bulgularımıza göre, ek hastalık varlığı olan bireylerin fiziksel yaşam kalitesi puanları anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur. Bu sonuç, Costa ve ark. (2018) tarafından yapılan bir çalışmada da desteklenmiştir. Araştırmada, eşlik eden fiziksel hastalıkların, şizofreni hastalarında fiziksel ve psikolojik yaşam kalitesini ciddi şekilde düşürdüğü bulunmuştur(238). Buna ek olarak, Lisincki ve ark. (2024) tarafından yapılan bir çalışmada, fiziksel hastalıkların artan depresyon ve anksiyete ile ilişkili olduğu ve bunun yaşam kalitesi üzerinde doğrudan bir olumsuz etkiye sahip olduğu

belirtilmiştir(239). Bu bulgular, ek hastalıkların şizofreni hastalarının fiziksel işlevselliğini ve genel sağlık algısını olumsuz yönde etkileyerek yaşam kalitesini düşürdüğünü göstermektedir.

Çalışmamızın korelasyon analizinde, WHOQOL-BREF TR genel yaşam kalitesi alt ölçeği puanıyla; CGI hastalık şiddeti, düzelme, yan etki puanları, PANSS pozitif belirtiler, negatif belirtiler, genel psikopatoloji ve toplam puanları, CDSS ve BAÖ puanları negatif korelasyon göstermiştir. Çalışmamızın regresyon analizinde, CGI hastalık şiddeti, PANSS genel psikopatoloji ve CDSS puanları WHOQOL-BREF TR genel yaşam kalitesi üzerinde anlamlı ve negatif bir etki göstermiştir. Literatürde genel psikopatolojinin artışı bireylerin psikolojik, sosyal ve fiziksel yaşam kalitelerini olumsuz etkileyen önemli bir faktördür(217). Depresyonun yaşam kalitesi üzerindeki etkisi, bizim çalışmamızda da açıkça görülmektedir. Şizofreniye eşlik eden depresyon, fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik hali gibi birçok yaşam kalitesi boyutunda düşük puanlarla ilişkilendirilmiştir(262).

Çalışmamızın korelasyon analizinde, WHOQOL-BREF TR fiziksel yaşam kalitesi alt ölçeği puanıyla; CGI hastalık şiddeti, düzelme, yan etki puanları, PANSS pozitif belirtiler, negatif belirtiler, genel psikopatoloji ve toplam puanları, CDSS ve BAÖ puanları negatif korelasyon göstermiştir. Çalışmamızın regresyon analizinde, şizofrenide depresyon ve anksiyetenin fiziksel yaşam kalitesi üzerinde anlamlı ve negatif etkileri olduğu tespit edilmiştir. Depresyonun fiziksel yaşam kalitesini azaltıcı etkisi, literatürde depresyonun genel yaşam kalitesi üzerindeki etkileriyle uyumlu bulunmuştur(263,264). Anksiyete düzeyinin artışı, fiziksel yaşam kalitesindeki düşüş ile ilişkilendirilmiş ve bu bulgu, anksiyetenin psikolojik ve fiziksel sağlık boyutları üzerindeki olumsuz etkilerini vurgulayan önceki çalışmalarla tutarlıdır(265).

Çalışmamızın korelasyon analizinde, WHOQOL-BREF TR psikolojik yaşam kalitesi alt ölçeği puanıyla; CGI hastalık şiddeti, düzelme, yan etki puanları, PANSS pozitif belirtiler, negatif belirtiler, genel psikopatoloji ve toplam puanları, CDSS ve BAÖ puanları negatif korelasyon göstermiştir. Çalışmamızın regresyon analizinde, PANSS genel psikopatoloji ve depresyonun, psikolojik yaşam kalitesi üzerinde anlamlı ve negatif etkileri olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar, önceki araştırmalarla tutarlılık göstermektedir. Genel psikopatoloji ile ilgili olarak, bir çalışmada psikopatolojinin artışının yaşam kalitesinde belirgin bir düşüşe yol açtığı ve bu

durumun özellikle depresyon gibi duygusal belirtilerle daha güçlü bir ilişki içinde olduğu gösterilmiştir(266). Şizofrenide depresyonun, bireylerin öznel yaşam kalitesini düşüren en güçlü faktörlerden biri olduğu da diğer araştırmalar tarafından vurgulanmıştır(220). Ayrıca, depresif belirtilerin bireylerin özyeterlilik algısını azalttığı ve öznel yaşam kalitesine daha fazla zarar verdiği ortaya konmuştur(267). Bununla birlikte, yalnızca depresyon değil, aynı zamanda diğer semptomlar da yaşam kalitesini etkileyebilir; ancak depresyonun etkisi genellikle daha belirgin ve daha geniş kapsamlıdır(268).

Çalışmamızın korelasyon analizinde, WHOQOL-BREF TR sosyal yaşam kalitesi alt ölçeği puanıyla; CGI hastalık şiddeti, düzelme, yan etki puanları, PANSS negatif belirtiler, genel psikopatoloji ve toplam puanları, CDSS ve BAÖ puanları negatif korelasyon göstermiştir. Çalışmamızın regresyon analizinde, CGI yan etki puanlarının sosyal yaşam kalitesini anlamlı şekilde düşürdüğü görülmektedir. Bu bulgu, özellikle antipsikotik tedavilerin yan etkilerinin, bireylerin sosyal etkileşimlerini ve topluma uyumlarını olumsuz yönde etkileyebileceği gerçeğiyle örtüşmektedir(29). Tedavi sürecinde bireylerin sosyal işlevselliğini iyileştirmek için yan etkilere yönelik stratejiler geliştirilmesi önemlidir. Çalışmamızın regresyon analizinde, şizofrenide depresyonun sosyal yaşam kalitesi üzerindeki etkisi istatistiksel olarak anlamlılığa yakın negatif bir etkide bulunmuştur ($p=0,065$). Önceki çalışmalar da depresyonun sosyal ilişkiler ve yaşam kalitesi üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olduğunu göstermiştir(269).

Çalışmamızın korelasyon analizinde, WHOQOL-BREF TR çevresel yaşam kalitesi alt ölçeği puanıyla; CGI hastalık şiddeti, düzelme, yan etki puanları, PANSS pozitif belirtiler, negatif belirtiler, genel psikopatoloji ve toplam puanları negatif korelasyon göstermiştir. Çalışmamızın regresyon analizinde, PANSS genel psikopatoloji alt ölçek puanları bu alanda en güçlü negatif etkiye sahiptir ($B=-0,158$, $\beta=-0,502$, $p=0,001$). Bu, bireylerin çevreyle etkileşimleri, ulaşım, konut koşulları ve sağlık hizmetlerine erişim gibi faktörlerin, psikopatolojik belirtiler tarafından olumsuz etkilendiğini göstermektedir. Çalışmalar, genel psikopatolojinin çevresel yaşam kalitesi üzerindeki önemli etkisini doğrulamaktadır. Hofer ve arkadaşları (2020), şizofrenide psikopatolojinin yaşam kalitesi üzerindeki etkisini vurgulamış ve tedavi planlarının bu alandaki zorluklara odaklanması gerektiğini belirtmiştir(235). Benzer

şekilde, Desalegn ve arkadaşları (2020), genel psikopatolojinin ve sosyodemografik faktörlerin çevresel ve sosyal yaşam kalitesini etkileyen temel belirleyiciler arasında olduğunu göstermiştir (268). Bu bulgular, bireylerin çevresel yaşam kalitesini artırmaya yönelik müdahalelerin önemini ortaya koymaktadır. Eğitim, sosyal destek ve tedaviye erişimin iyileştirilmesi gibi stratejiler bu tür müdahalelere dahil edilebilir.

Çalışmamızın regresyon analizinde; PANSS pozitif ve negatif belirtiler gibi şizofreninin bazı boyutlarının yaşam kalitesi üzerindeki etkilerinin anlamlı olmadığı görülmüştür. Bu bulgu, pozitif belirtilerin yaşam kalitesi üzerine daha sınırlı etkileri olduğunu gösteren çalışmaları destekler(270). Ancak literatürde negatif belirtiler, özellikle motivasyon eksikliği ve sosyal geri çekilme gibi belirtiler, yaşam kalitesinin düşük olmasının temel nedenlerinden biridir(244). Bu sonucumuz çalışmamızda kullandığımız WHOQOL-BREF TR ölçeği öz bildirime dayalı bir ölçek olması ile ilişkili olabilir.

Genel yaşam kalitesi, tüm işlevsellik bileşenleriyle pozitif korelasyon göstermektedir. Bu bulgu, şizofreni hastalarında daha yüksek yaşam kalitesine sahip bireylerin işlevsellik düzeylerinin de daha yüksek olduğunu göstermektedir. Yapılan bir çalışmada, genel yaşam kalitesinin işlevsellik üzerindeki etkisinin bireyin algıladığı iyileşme süreciyle doğrudan ilişkili olduğu belirtilmiştir(271).

Fiziksel yaşam kalitesi en güçlü korelasyonu sosyal işlevsellikle göstermektedir. Bu bulgu, bireylerin fiziksel sağlık durumlarının sosyal işlevsellik seviyeleriyle yakından ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca günlük yaşam becerileri ve mesleki işlevsellik ile de anlamlı ilişkilere sahiptir. Daha önce yapılan çalışmalarda da fiziksel sağlığın şizofreni hastalarında günlük işlevsellik ve sosyal etkileşimler üzerindeki etkisi vurgulanmıştır(272).

Psikolojik yaşam kalitesi, en güçlü korelasyonu sosyal işlevsellik ile göstermektedir, bu da bireylerin sosyal işlevselliklerinin psikolojik iyi oluşlarıyla doğrudan ilişkili olduğunu göstermektedir. Psikolojik sağlık, aynı zamanda işlevselliğin diğer boyutları olan şizofrenide işlevsel iyileşme toplamı, günlük yaşam becerileri ve mesleki işlevsellik ile de güçlü ilişkilere sahiptir. Yapılan bir çalışmada, psikolojik sağlık seviyesinin yüksek olması, bireylerin mesleki işlevsellik düzeylerini artırdığı ve iş gücüne katılımı desteklediği bulunmuştur(239).

Sosyal yaşam kalitesi en güçlü ilişkisini sosyal işlevsellikle göstermektedir. Bu bulgu, bireyin sosyal yaşam kalitesinin doğrudan sosyal işlevsellik düzeyine bağlı olduğunu göstermektedir. Ayrıca şizofrenide işlevsel iyileşme toplamı ve günlük yaşam becerileri ile de yüksek korelasyonlara sahiptir. Literatürde, sosyal ilişkilerin işlevsellik üzerinde kritik bir role sahip olduğu belirtilmiştir(273).

Çevresel yaşam kalitesi, şizofrenide işlevsel iyileşme toplamı ve sosyal işlevsellik ile orta düzeyde anlamlı ilişkilere sahiptir. Yapılan bir çalışmada, çevresel faktörlerin işlevsellik üzerinde etkili olduğu ancak diğer faktörler kadar belirleyici olmadığı belirtilmiştir(274).

Çalışmamızın Kısıtlılıkları ve Güçlü Yanları

Hastaların kesitsel olarak değerlendirilmiş olması çalışmamızda kısıtlılık oluşturmuştur. Çalışmamız Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi psikiyatri polikliniğine başvuran gönüllü şizofreni hastaları üzerinde yapıldığından örneklemimiz toplumdaki şizofreni hastalarını tam yansıtmıyor olabilir. Çalışmamızda kullandığımız ölçeklerin bir kısmının öz bildirime dayalı olması, ölçek sonuçlarının nesnel değerlendirilmesinde sınırlı bir etkiye neden olmaktadır.

Çalışmamızda kullanılan ölçek puanlarının birbiri ile ilişkisini değerlendirmek için korelasyon analizleri, ölçek puanlarının işlevsellik ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisini görmek için çoklu regresyon analizleri kullanılmıştır. Çalışmaya dahil edilen gruplar arasında yaş, cinsiyet, eğitim durumu özellikleri açısından fark bulunmaması çalışmamızın güçlü yönlerini oluşturmaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, şizofreni tanılı hastalarda kalıntı belirtilerin işlevsellik düzeyi ve yaşam kalitesi üzerindeki etkileri çok yönlü istatistiksel analizlerle değerlendirilmiştir. Bulgular, kalıntı belirtilerin şizofreni hastalarının günlük yaşam becerileri, sosyal işlevsellik, mesleki uyum ve genel yaşam kalitesi üzerindeki güçlü etkilerini açıkça ortaya koymaktadır. Ayrıca, tedavi türlerinin bu alanlardaki farklı etkileri incelenmiştir.

Şizofreni tanılı bireylerde işlevselliğin kontrol grubuna göre anlamlı derece düşük olduğu gözlenmiştir. Kadın ve erkek hastaların işlevselliği arasında fark bulunmamıştır. Evli hastaların, lisans mezunu hastaların, daha yüksek gelir düzeyine sahip hastaların, daha önce çalışmış hastaların ve halen çalışmakta olan hastaların işlevselliği diğer gruplardan istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu bulunmuştur. Daha önce intihar girişimi olan hastaların işlevsellik açısından sosyal işlevselliğinin düşük olduğu gözlemlendi. Yaşın mesleki işlevsellik üzerinde negatif etkisi olduğu ve şizofreni tanısının süresi arttıkça işlevselliğin düştüğü bulunmuştur. CGI hastalık şiddeti ve PANSS negatif belirtilerin İGD üzerinde anlamlı ve negatif bir etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. Bu durum, şizofreni tanısının bireylerin sosyal yaşamdan kopmalarına ve bağımsız işlevselliklerini kaybetmelerine neden olduğunu göstermektedir. Özellikle negatif belirtilerin mesleki işlevsellik üzerindeki etkisinin en yüksek düzeyde olduğu görülmüş, bu durum bireylerin iş yaşamına katılımını büyük ölçüde engellemektedir. Bunun yanı sıra, tedavi sürecinde karşılaşılan yan etkilerin işlevsellik üzerinde olumsuz etkileri olduğu tespit edilmiştir.

Yaşam kalitesi açısından değerlendirildiğinde, şizofreni tanılı bireylerin genel, fiziksel, psikolojik, sosyal ve çevresel yaşam kalitesi düzeylerinin kontrol grubuna göre belirgin şekilde düşük olduğu gözlenmiştir. Kadın hastalarda yaşam kalitesi puanları erkek hastalardan yüksek olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Evli hastaların, lisans mezunu hastaların, daha yüksek gelir düzeyine sahip hastaların, daha önce çalışmış hastaların ve halen çalışmakta olan hastaların yaşam kalitesi diğer gruplardan istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu bulunmuştur. Daha önce intihar girişimi olan hastaların fiziksel, psikolojik ve çevresel yaşam kalitesinin istatistiksel olarak anlamlı düşük olduğu gözlemlendi. Şizofreni hastalarında ek hastalık varlığının fiziksel yaşam kalitesini düşürdüğü bulundu. Şizofreni hastalarında depresyon ve genel psikopatolojik belirtilerin, yaşam kalitesinin farklı boyutları üzerinde anlamlı olumsuz etkiler yarattığı belirlenmiştir. Depresyonun, bireylerin fiziksel ve psikolojik yaşam kalitesini önemli ölçüde azalttığı bulunmuştur. Yaşam kalitesi boyutlarında sosyal ve çevresel yaşam kalitesi düzeylerinin düşük olması, şizofreni hastalarının sosyal ilişkilerde ve toplumsal uyumda yaşadığı zorlukları yansıtmaktadır. Bu bağlamda, bireylerin sosyal destek ağlarını güçlendirecek ve toplumla etkileşimlerini artıracak müdahalelerin gerekliliği ön plana çıkmaktadır. Ayrıca, çevresel yaşam

kalitesinin düşüklüğü, sağlık hizmetlerine erişim, barınma koşulları ve ulaşım gibi çevresel faktörlerde karşılaşılan güçlükleri ortaya koymaktadır. Bu alanda yapılacak düzenlemeler, şizofreni tanıılı bireylerin yaşam kalitesini artırmak için kritik öneme sahiptir.

Şizofreni hastalarında işlevsellik ve yaşam kalitesi değeriendirildiğinde; Genel yaşam kalitesi, tüm işlevsellik bileşenleriyle pozitif korelasyon göstermekte, fiziksel yaşam kalitesi en güçlü korelasyonu sosyal işlevsellikle göstermekte, psikolojik yaşam kalitesi en güçlü korelasyonu sosyal işlevsellik ile göstermekte, sosyal yaşam kalitesi en güçlü ilişkisini sosyal işlevsellikle göstermekte, çevresel yaşam kalitesinin ise diğer yaşam kalitesi bileşenlerine oranla en düşük korelasyon değerielerine sahip olduğu bulunmuştur.

Kalıntı belirtilerin işlevsellik ve yaşam kalitesine olan etkileri incelendiğinde, şizofrenide negatif belirtiler ve hastalık şiddetinin, bireylerin sosyal, mesleki ve günlük yaşam aktivitelerinde en büyük engellerden biri olduğu görülmüştür. Bu bağlamda, şizofreni tedavisinde negatif belirtileri azaltmaya yönelik yaklaşımların, bireylerin günlük yaşam becerileri ve genel işlevsellik düzeylerinde önemli iyileşmeler sağlayabileceği değeriendirilmektedir.

Tedavi türleri açısından yapılan analizlerde, oral, depo ve oral + depo Ap kombinasyonlarının işlevsellik ve yaşam kalitesi üzerindeki etkilerinin genel olarak benzer olduğu görülmüştür. Bununla birlikte, depo tedavisi, yan etki profili açısından diğer tedavi türlerine göre daha avantajlı bulunmuş, ancak bu fark diğer işlevsellik ve yaşam kalitesi ölçütlerinde anlamlılık düzeyine ulaşmamıştır. Bu bulgu, uzun etkili depo tedavisinin, özellikle yan etki yönetimi açısından, bireyler için önemli bir seçenek olabileceğini göstermektedir.

Sonuç olarak, bu çalışma şizofreni tanıılı bireylerde kalıntı belirtilerin işlevsellik ve yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini kapsamlı bir şekilde değeriendirmiştir. Bulgular, şizofreni tedavisinde bireylerin işlevselliğini ve yaşam kalitesini artırmaya yönelik bütüncül yaklaşımların gerekliliğini vurgulamaktadır. Özellikle negatif belirtiler gibi kalıntı belirtilerin azaltılmasına yönelik stratejiler geliştirilmesi, bireylerin sosyal, mesleki ve günlük yaşam aktivitelerine katılımını artırmada önemli bir adım olacaktır. Aynı zamanda, depresyon ve genel psikopatolojik belirtilerin yönetimine odaklanan tedavi yaklaşımlarının yaşam kalitesindeki düşüşleri

önleyebileceği değerlendirilmektedir. Tedavi türlerinin yan etkilerini minimize eden uygulamalar, bireylerin işlevselliklerini ve yaşam kalitesini artırmaya katkıda bulunabilir. Bu bağlamda, bireysel ihtiyaçlara uygun, multidisipliner ve hasta merkezli yaklaşımlar geliştirilmesi önerilmektedir.

Bu çalışma kapsamında şizofreni tanılı bireylerde kalıntı belirtilerin işlevsellik ve yaşam kalitesi üzerindeki etkileri değerlendirildiğinde, aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir:

Negatif Belirtilerle Mücadele Stratejileri: Şizofreni tanılı hastalarda görülen negatif belirtiler, işlevsellik ve yaşam kalitesi üzerinde ciddi olumsuz etkiler yaratmaktadır. Bu belirtilerin azaltılması için bilişsel davranışçı terapi (BDT) gibi psikoterapi yöntemlerinin uygulanması teşvik edilmelidir. Ayrıca, negatif belirtileri doğrudan hedefleyen yeni nesil farmakolojik tedaviler geliştirilmelidir.

İşlevselliği Artırmaya Yönelik Programlar: Şizofreni tanılı bireylerin günlük yaşam becerileri ve mesleki işlevselliklerini artırmak amacıyla mesleki rehabilitasyon ve yaşam becerileri eğitimleri düzenlenmelidir. Bu programlar, bireylerin bağımsız yaşam sürdürebilme kapasitelerini güçlendirmeyi hedeflemelidir.

Sosyal Destek ve Toplum Temelli Rehabilitasyon: Toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri yaygınlaştırılarak bireylerin sosyal hayata katılımı artırılmalıdır. Sosyal destek grupları ve ailelerin katılımını içeren rehabilitasyon programları, hastaların yalnızlık duygusunu azaltarak sosyal uyumlarını geliştirebilir.

Yaşam Kalitesini İyileştirme: Şizofreni hastalarının yaşam kalitesini artırmak için psikolojik destek hizmetleri yaygınlaştırılmalıdır. Bununla birlikte, barınma, ulaşım ve sağlık hizmetlerine erişim konularında özel çözümler üretilmeli, dezavantajlı bireyler için destek mekanizmaları oluşturulmalıdır.

Bireyselleştirilmiş Tedavi Yaklaşımları: Tedavi planlarının her bireyin özgün ihtiyaçlarına göre şekillendirilmesi gereklidir. Depo tedavilerinin yan etki avantajları göz önünde bulundurularak, bu tür tedavilerin uygun hastalarda daha yaygın kullanımı teşvik edilmelidir. Tedavi süreci hasta merkezli bir yaklaşımla ele alınmalıdır.

Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin Rolü: Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri'nin (TRSM) sayısının artırılması ve bu merkezlerin etkinliğinin güçlendirilmesi önemlidir. Bu merkezlerde, bireylerin rehabilitasyon süreçlerine katılımı sağlanmalı ve ailelere yönelik eğitim ve destek programları düzenlenmelidir.

Damgalama ile Mücadele ve Farkındalık Artırma: Şizofreni ve diğer ruhsal hastalıklar hakkındaki toplumsal önyargılar, bireylerin sosyal hayata katılımını engelleyebilmektedir. Bu nedenle, toplumda ruhsal hastalıklara dair farkındalık artırıcı kampanyalar düzenlenmeli, damgalama ile mücadele için eğitim programları hazırlanmalıdır.

Araştırma ve Eğitim Yatırımları: Şizofreni hastalarının yaşam kalitesini artırmaya yönelik yenilikçi tedavi yöntemlerinin araştırılması teşvik edilmelidir. Ayrıca, ruh sağlığı profesyonelleri için sürekli eğitim programları düzenlenerek uzmanlık düzeylerinin artırılması hedeflenmelidir.

Sağlık Politikalarının Geliştirilmesi: Şizofreni hastalarının sağlık hizmetlerine erişimini artırmak için kırsal bölgelerde daha fazla ruh sağlığı merkezleri kurulmalıdır. Rehabilitasyon merkezlerinin sayısının artırılması ve bu hizmetlere ulaşımı kolaylaştıracak politikalar geliştirilmesi önemlidir.

Hasta İzlem ve Katılımcı Tedavi Süreçleri: Şizofreni hastalarının tedavi süreçlerine aktif katılımını sağlamak, tedaviye uyumu artıracaktır. Bunun için hastaların işlevsellik ve yaşam kalitesini düzenli izlemek üzere dijital takip sistemleri oluşturulabilir. Bu sistemler, bireyselleştirilmiş geri bildirimlerle tedavi sürecine katkı sağlayabilir.

KAYNAKLAR

1. Sadock BJ, Sadock V. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry. Bozkurt A, editor. 2024. 337–364 p.
2. Saha S, Chant D, Welham J, medicine JMPl, 2005 undefined. A systematic review of the prevalence of schizophrenia. journals.plos.orgS Saha, D Chant, J Welham, J McGrathPLoS Medicine.
3. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları. Nobel Tıp Kitabevleri; 2020.
4. Eren İ, Şimşek D, Çalışkan AM. Şizofreni hastalarında yetiyitimi ve belirti şiddetinin yaşam kalitesine etkisi. Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi. 2007;20:68–78.
5. Yılmaz AE, Gençöz T, disorders AWJ of anxiety, 2011 undefined. The temporal precedence of metacognition in the development of anxiety and depression symptoms in the context of life-stress: A prospective study. Elsevier.
6. Dziwota E, ... MZS... of A and, 2018 undefined. Social functioning and the quality of life of patients diagnosed with schizophrenia. bibliotekanauki.plE Dziwota, MZ Stepulak, A Wloszczak-Szubzda, M OlajossyAnnals of Agricultural and Environmental Medicine.
7. Ulloa RE, Apiquian R, Victoria G, ... SAS, 2015 undefined. Validity and reliability of the Spanish version of the Personal and Social Performance scale in adolescents with schizophrenia. Elsevier.
8. Benítez I, Pino O, Padilla JL, Cuevas-Parra A. Integrating Scale Data and Patient Perspectives for Assessing Functionality in Schizophrenia. Community Ment Health J. 2016;52(8):914–20.
9. Penn DL, Corrigan PW, Bentall RP, Racenstein JM, Newman L. Social cognition in schizophrenia. psycnet.apa.orgDL Penn, PW Corrigan, RP Bentall, J Racenstein, L NewmanPsychological bulletin, 1997.
10. Perlick D, Stastny P, Mattis S, research JTS, 1992 undefined. Contribution of family, cognitive and clinical dimensions to long-term outcome in schizophrenia. ElsevierD Perlick, P Stastny, S Mattis, J TeresiSchizophrenia research, 1992.

11. Sullivan G, Marder SR, Liberman RP, Donahoe CP, Mintz J. Social Skills and Relapse History in Outpatient Schizophrenics. *Psychiatry (New York)*. 1990;53(4):340–5.
12. Group W. Development of the WHOQOL: Rationale and Current Status. *Int J Ment Health*. 1994;23(3):24–56.
13. Skantze K, Malm ULF, ... SJDTBJ of, 1992 undefined. Comparison of quality of life with standard of living in schizophrenic out-patients. *cambridge.orgK Skantze, ULF Malm, SJ Dencker, PRA May, P CorriganThe British Journal of Psychiatry*.
14. Schizophrenia KH, Katschnig H, Katschnig UH. Schizophrenia and quality of life. *Wiley Online LibraryH KatschnigActa Psychiatrica Scandinavica*, 2000.
15. Galletly CA, Clark CR, McFarlane AC, Research DLWP, 1997 undefined. Relationships between changes in symptom ratings, neuropsychological test performance and quality of life in schizophrenic patients treated with clozapine. *ElsevierCA Galletly, CR Clark, AC McFarlane, DL WeberPsychiatry Research*, 1997.
16. Simeone JC, Ward AJ, Rotella P, Collins J, psychiatry RWBMC, 2015 undefined. An evaluation of variation in published estimates of schizophrenia prevalence from 1990— 2013: a systematic literature review. *SpringerJC Simeone, AJ Ward, P Rotella, J Collins, R WindischBMC psychiatry*, 2015.
17. Ertuğrul A. Şizofreninin Nörobiyolojisi, Temel Psikofarmakoloji. Vol. 1. 2010. 354 p.
18. Neuroscience AJD in clinical, 2010 undefined. The diagnostic concept of schizophrenia: its history, evolution, and future prospects. *Taylor & FrancisA JablenskyDialogues in clinical neuroscience*, 2010.
19. Association DAP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 2013.
20. McGrath J, Saha S, Chant D, reviews JWE, 2008 undefined. Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *CiteseerJ McGrath, S Saha, D Chant, J WelhamEpidemiologic reviews*, 2008.

21. Tsuang MT, Stone WS, Genderson M, Lyons M. Early Detection and Intervention as Approaches for Preventing Schizophrenia. Textbook in Psychiatric Epidemiology: Third Edition. 2011;617–31.
22. Aleman A, Kahn RS, psychiatry JPSA of general, 2003 undefined. Sex differences in the risk of schizophrenia: evidence from meta-analysis.
23. Binbay T, Ulaş H, Elbi H, Derg KATP, 2011 undefined. Türkiye’de psikoz epidemiyolojisi: Yaygınlık tahminleri ve başvuru oranları üzerine sistematik bir gözden geçirme.
24. Buchanan RW, Carpenter WT. Concept of schizophrenia. Kaplan & Sadock’s comprehensive textbook of psychiatry. 2005;1:1329–45.
25. Köroğlu E, Güleç C, Olcay Y. Psikiyatri Temel Kitabı, İkinci Baskı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği. 2007;
26. Işık E. Güncel şizofreni. Erdal Işık; 2006.
27. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları (10. Baskı). Nobel Tıp Kitabevleri: Ankara. 2016;
28. Sadock BJ, Gregory Professor of Psychiatry MS, Sadock VA, Ruiz P, Texas H, Philadelphia H, et al. Comprehensive textbook of psychiatry. 2000.
29. Esen-Danacı A, Böke Ö, Saka MC, Erol A, Ulusoy Kaymak S. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar. 4th ed. Ankara: TPD Yayınları; 2024.
30. Agerbo E, Byrne M, ... WWEA of general, 2004 undefined. Marital and labor market status in the long run in schizophrenia.
31. Stahl S. Stahl’ın Temel Psikofarmakolojisi Sinirbilimsel Temeli ve Pratik Uygulaması. Dördüncü. Alkın T, editor. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 2015.
32. Sadock B, Sadock V. Kaplan & Sadock’s Synopsis of Psychiatry. Bozkurt A, editor. 2024.
33. Alex KD, Pehek EA. Pharmacologic mechanisms of serotonergic regulation of dopamine neurotransmission. Pharmacol Ther. 2007;113(2):296–320.
34. Roth BL, Sheffler D, Potkin SG. Atypical antipsychotic drug actions: unitary or multiple mechanisms for ‘atypicality’? Clin Neurosci Res. 2003;3(1–2):108–17.

35. Schechter LE, Dawson LA, Harder JA. The Potential Utility of 5-HT_{1A} Receptor Antagonists in the Treatment of Cognitive Dysfunction Associated with Alzheimer's Disease. *Curr Pharm Des.* 2002;8(2):139–45.
36. Varty GB, Bakshi VP, Geyer MA. M100907, a Serotonin 5-HT_{2A} Receptor Antagonist and Putative Antipsychotic, Blocks Dizocilpine-Induced Prepulse Inhibition Deficits in Sprague–Dawley and Wistar Rats. *Neuropsychopharmacology.* 1999;20(4):311–21.
37. Mäki-Marttunen V, Andreassen OA, Espeseth T. The role of norepinephrine in the pathophysiology of schizophrenia. *Neurosci Biobehav Rev.* 2020;118:298–314.
38. Yamamoto K, Hornykiewicz O. Proposal for a noradrenaline hypothesis of schizophrenia. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2004;28(5):913–22.
39. Borodovitsyna O, Flamini M, Chandler D. Noradrenergic Modulation of Cognition in Health and Disease. *Neural Plast.*
40. James T, Kula B, Choi S, Khan SS, Bekar LK, Smith NA. Locus coeruleus in memory formation and Alzheimer's disease. *European Journal of Neuroscience.*
41. Thomas DN, Nutt DJ, Holman RB. Effects of acute and chronic electroconvulsive shock on noradrenaline release in the rat hippocampus and frontal cortex. *Br J Pharmacol.*
42. Klimek V, Rajkowska G, Luker SN, Dilley G, Meltzer HY, Overholser JC, et al. Brain Noradrenergic Receptors in Major Depression and Schizophrenia. *Neuropsychopharmacology.* 1999;21(1):69–81.
43. Friedman JI. Cholinergic targets for cognitive enhancement in schizophrenia: Focus on cholinesterase inhibitors and muscarinic agonists. *Psychopharmacology (Berl).*
44. Scarr E, Cowie TF, Kanellakis S, Sundram S, Pantelis C, Dean B. Decreased cortical muscarinic receptors define a subgroup of subjects with schizophrenia. *Molecular Psychiatry* 2009 14:11.
45. Freedman R, Hall M, Adler LE, Leonard S. Evidence in postmortem brain tissue for decreased numbers of hippocampal nicotinic receptors in schizophrenia. *Biol Psychiatry.* 1995;38(1):22–33.

46. Walker E, Kestler L, Psychol. ABAnnuRev, 2004 undefined. Schizophrenia: etiology and course.
47. Önen S, Uğurlu GK, psychiatry AÇC, 2013 undefined. The relationship between metacognitions and insight in obsessive–compulsive disorder. ElsevierS Önen, GK Uğurlu, A ÇayköylüComprehensive psychiatry, 2013.
48. Bramon E, Murray RM. A plausible model of schizophrenia must incorporate psychological and social, as well as neuro developmental, risk factors. Dialogues Clin Neurosci.
49. Dean K, Stevens H, Mortensen PB, Murray RM, Walsh E, Pedersen CB. Full Spectrum of Psychiatric Outcomes Among Offspring With Parental History of Mental Disorder. Arch Gen Psychiatry.
50. Sullivan PF, Daly MJ, O'Donovan M. Genetic architectures of psychiatric disorders: the emerging picture and its implications. Nature Reviews Genetics 2012 13:8.
51. van Os J, Kapur S. Schizophrenia. The Lancet [Internet]. 2009;374(9690):635–45.
52. Sullivan PF, Kendler KS, Neale MC. Schizophrenia as a Complex Trait: Evidence From a Meta-analysis of Twin Studies. Arch Gen Psychiatry.
53. Lichtenstein P, Yip BH, Björk C, Pawitan Y, Cannon TD, Sullivan PF, et al. Common genetic determinants of schizophrenia and bipolar disorder in Swedish families: a population-based study. The Lancet.
54. Agerbo E, Sullivan PF, Vilhjálmsdóttir BJ, Pedersen CB, Mors O, Børghlum AD, et al. Polygenic Risk Score, Parental Socioeconomic Status, Family History of Psychiatric Disorders, and the Risk for Schizophrenia: A Danish Population-Based Study and Meta-analysis. JAMA Psychiatry.
55. Malaspina D. Paternal Factors and Schizophrenia Risk: De Novo Mutations and Imprinting. Schizophr Bull.
56. Miller B, Messias E, Miettinen J, Alaräisänen A, Järvelin MR, Koponen H, et al. Meta-analysis of Paternal Age and Schizophrenia Risk in Male Versus Female Offspring. Schizophr Bull.

57. Kong A, Frigge ML, Masson G, Besenbacher S, Sulem P, Magnusson G, et al. Rate of de novo mutations and the importance of father's age to disease risk. *Nature* 2012 488:7412.
58. Muntaner C, Eaton WW, Miech R, O'Campo P. Socioeconomic Position and Major Mental Disorders. *Epidemiol Rev*.
59. Werner S, Malaspina D, Rabinowitz J. Socioeconomic Status at Birth Is Associated With Risk of Schizophrenia: Population-Based Multilevel Study. *Schizophr Bull*.
60. Corcoran C, Perrin M, Harlap S, Deutsch L, Fennig S, Manor O, et al. Effect of socioeconomic status and parents' education at birth on risk of schizophrenia in offspring. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*.
61. Carter CJ. Schizophrenia Susceptibility Genes Directly Implicated in the Life Cycles of Pathogens: Cytomegalovirus, Influenza, Herpes simplex, Rubella, and *Toxoplasma gondii*. *Schizophr Bull*.
62. Torrey EF, Yolken RH. Schizophrenia and Infections: The Eyes Have It. *Schizophr Bull*.
63. Khandaker GM, Zimbron J, Lewis G, Jones PB. Prenatal maternal infection, neurodevelopment and adult schizophrenia: a systematic review of population-based studies. *Psychol Med*.
64. Buka SL, Cannon TD, Torrey EF, Yolken RH. Maternal Exposure to Herpes Simplex Virus and Risk of Psychosis Among Adult Offspring. *Biol Psychiatry*. 2008;63(8):809–15.
65. Selten JP, Frissen A, Lensvelt-Mulders G, Morgan VA. Schizophrenia and 1957 Pandemic of Influenza: Meta-analysis. *Schizophr Bull*.
66. Torrey EF, Bartko JJ, Yolken RH. *Toxoplasma gondii* and Other Risk Factors for Schizophrenia: An Update. *Schizophr Bull*.
67. Børglum AD, Demontis D, Grove J, Pallesen J, Hollegaard M V, Pedersen CB, et al. Genome-wide study of association and interaction with maternal cytomegalovirus infection suggests new schizophrenia loci. *Molecular Psychiatry* 2014 19:3.
68. Torrey EF, Bartko JJ, Lun ZR, Yolken RH. Antibodies to *Toxoplasma gondii* in Patients With Schizophrenia: A Meta-Analysis. *Schizophr Bull*.

69. Mackay-Sim A, Féron F, Eyles D, Burne T, McGrath J. Schizophrenia, vitamin D, and brain development. *Int Rev Neurobiol.* 2004;59:351–80.
70. McGrath J. Hypothesis: Is low prenatal vitamin D a risk-modifying factor for schizophrenia? *Schizophr Res.* 1999;40(3):173–7.
71. McGrath J, Eyles D, Mowry B, Yolken R, Buka S. Low maternal vitamin D as a risk factor for schizophrenia: a pilot study using banked sera. *Schizophr Res.* 2003;63(1–2):73–8.
72. McGrath JJ, Burne TH, Féron F, MacKay-Sim A, Eyles DW. Developmental Vitamin D Deficiency and Risk of Schizophrenia: A 10-Year Update. *Schizophr Bull.*
73. Susser E, Neugebauer R, Hoek HW, Brown AS, Lin S, Labovitz D, et al. Schizophrenia After Prenatal Famine: Further Evidence. *Arch Gen Psychiatry.*
74. Gunawardana L, Smith GD, Zammit S, Whitley E, Gunnell D, Lewis S, et al. Pre-conception inter-pregnancy interval and risk of schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry.*
75. Stathopoulou A, Beratis IN, Beratis S. Prenatal tobacco smoke exposure, risk of schizophrenia, and severity of positive/negative symptoms. *Schizophr Res.* 2013;148(1–3):105–10.
76. Quinn PD, Rickert ME, Weibull CE, Johansson AL V, Lichtenstein P, Almqvist C, et al. Association Between Maternal Smoking During Pregnancy and Severe Mental Illness in Offspring. *JAMA Psychiatry.*
77. Zammit S, Thomas K, Thompson A, Horwood J, Menezes P, Gunnell D, et al. Maternal tobacco, cannabis and alcohol use during pregnancy and risk of adolescent psychotic symptoms in offspring. *The British Journal of Psychiatry.*
78. Cannon M, Jones PB, Murray RM. Obstetric complications and schizophrenia: Historical and meta-analytic review. *American Journal of Psychiatry.*
79. Moore THM, Zammit S, Lingford-Hughes A, Barnes TRE, Jones PB, Burke M, et al. Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet.*
80. Marconi A, Di Forti M, Lewis CM, Murray RM, Vassos E. Meta-analysis of the Association Between the Level of Cannabis Use and Risk of Psychosis. *Schizophr Bull.*

81. Nielsen SM, Toftdahl NG, Nordentoft M, Hjorthoj C. Association between alcohol, cannabis, and other illicit substance abuse and risk of developing schizophrenia: a nationwide population based register study. *Psychol Med*.
82. Morgan C, Charalambides M, Hutchinson G, Murray RM. Migration, Ethnicity, and Psychosis: Toward a Sociodevelopmental Model. *Schizophr Bull*.
83. Cantor-Graae E, Selten JP. Schizophrenia and migration: A meta-analysis and review. *American Journal of Psychiatry*.
84. Beards S, Gayer-Anderson C, Borges S, Dewey ME, Fisher HL, Morgan C. Life Events and Psychosis: A Review and Meta-analysis. *Schizophr Bull*.
85. Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan HI, Bozkurt A. Kaplan & Sadock's Klinik Psikiyatri El Kitabı. Güneş Tıp; 2009.
86. Çetin M. Şizofreni Özel Sayısı. Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Dergisi. 2010;3(2):38–80.
87. Li XB, Li QY, Liu JT, Zhang L, Tang YL, research CYWP, et al. Childhood trauma associates with clinical features of schizophrenia in a sample of Chinese inpatients. ElsevierXB Li, QY Li, JT Liu, L Zhang, YL Tang, CY WangPsychiatry research, 2015.
88. Songur E. Çocukluk çağı başlangıçlı şizofreni (Seminer). Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tokat. 2015.
89. Köroğlu E. Klinik Psikiyatri. 2. baskı. Ankara, HYB Basım Yayın. 2015.
90. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları. Nobel Tıp Kitabevleri; 2018.
91. Herz MI, Lamberti JS, Mintz J, Scott R, O'Dell SP, McCartan L, et al. A Program for Relapse Prevention in Schizophrenia: A Controlled Study. *Arch Gen Psychiatry*.
92. Üçok A, Atlı H, Çetinkaya Z, Kandemir PE. Şizofreni hastalarında bütüncül yaklaşımlı grup tedavisinin yaşam kalitesine etkisi: bir yıllık uygulama sonuçları. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 2002;39:113–8.
93. Sevinçok L. Şizofrenide psikososyal tedaviler. Şizofreni dizisi. 2000;1:72–80.
94. Stahl SM, Uzbay İT. Stahl'ın temel psikofarmakolojisi: nörobilimsel ve pratik uygulamalar. Medikal Yayıncılık; 2012.

95. Conley RR, Kelly DL. Pharmacologic treatment of schizophrenia. Professional Communications; 2003.
96. Stahl SM. Essential psychopharmacology: Neuroscientific basis and practical applications. Cambridge university press; 2000.
97. Buchanan RW, Kreyenbuhl J, Kelly DL, Noel JM, Boggs DL, Fischer BA, et al. The 2009 Schizophrenia PORT Psychopharmacological Treatment Recommendations and Summary Statements. Schizophr Bull. 2010 Jan 1;36(1):71–93.
98. (UK) NCC for MH. Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management. National Institute for Health and Care Excellence (UK). 2014;
99. Leucht S, Cipriani A, Spineli L, Mavridis D, Örey D, Richter F, et al. Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: a multiple-treatments meta-analysis. The Lancet. 2013;382(9896):951–62.
100. Agid O, Kapur S, Arenovich T, Zipursky RB. Delayed-onset hypothesis of antipsychotic action: a hypothesis tested and rejected. Arch Gen Psychiatry. 2003;60(12):1228–35.
101. Samara MT, Leucht C, Leeflang MM, Anghelescu IG, Chung YC, Crespo-Facorro B, et al. Early improvement as a predictor of later response to antipsychotics in schizophrenia: a diagnostic test review. American journal of psychiatry. 2015;172(7):617–29.
102. Kinon BJ, Volavka J, Stauffer V, Edwards SE, Liu-Seifert H, Chen L, et al. Standard and higher dose of olanzapine in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder: a randomized, double-blind, fixed-dose study. J Clin Psychopharmacol. 2008;28(4):392–400.
103. Psychiatrists RC of. Consensus statement on high-dose antipsychotic medication. Royal College of Psychiatrists; 2006.
104. Correll CU, Citrome L, Haddad PM, Lauriello J, Olfson M, Calloway SM, et al. The use of long-acting injectable antipsychotics in Schizophrenia: Evaluating the evidence. Journal of Clinical Psychiatry. 2016;77:3–24.
105. Excellence NI for C. Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. NICE guidelines. 2014;

106. Barnes TR, Psychopharmacology the SCG of the BA for. Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia: recommendations from the British Association for Psychopharmacology.
107. Dinesh M, David A, Quraishi SN. Depot pipotiazine palmitate and undecylenate for schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2009;(4).
108. Mahapatra J, Quraishi SN, David A, Sampson S, Adams CE. Flupenthixol decanoate (depot) for schizophrenia or other similar psychotic disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2014 Jun 10;2014(6).
109. da Silva Freire Coutinho E, Fenton M, Quraishi SN. Zuclopenthixol decanoate for schizophrenia and other serious mental illnesses. Cochrane Database of Systematic Reviews.
110. Quraishi SN, David A, Brasil MA, Alheira F V. Depot haloperidol decanoate for schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews. 1999 Jan 25;(1).
111. Maayan N, Quraishi SN, David A, Jayaswal A, Eisenbruch M, Rathbone J, et al. Fluphenazine decanoate (depot) and enanthate for schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015 Feb 5;2015(2).
112. Shajahan P, Spence E, Taylor M, Daniel D, Pelosi A. Comparison of the effectiveness of depot antipsychotics in routine clinical practice. Psychiatrist. 2010 Jul;34(7):273–9.
113. Jann MW, Penzak SR. Long-Acting Injectable Second-Generation Antipsychotics: An Update and Comparison Between Agents. CNS Drugs. 2018 Mar 1;32(3):241–57.
114. Nussbaum AM, Stroup TS. Drug information update: paliperidone palmitate for schizophrenia. Psychiatrist.
115. Sampson S, Hosalli P, Furtado VA, Davis JM. Risperidone (depot) for schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016 Apr 14;2016(4).
116. Citrome L. Olanzapine pamoate: a stick in time? Int J Clin Pract. 2009.
117. Luedecke D, Schöttle D, Karow A, Lambert M, Naber D. Post-Injection Delirium/Sedation Syndrome in Patients Treated with Olanzapine Pamoate: Mechanism, Incidence, and Management. CNS Drugs.

118. McEvoy JP, Byerly M, Hamer RM, Dominik R, Swartz MS, Rosenheck RA, et al. Effectiveness of Paliperidone Palmitate vs Haloperidol Decanoate for Maintenance Treatment of Schizophrenia: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*.
119. Fleischhacker WW, Uchida H. Critical review of antipsychotic polypharmacy in the treatment of schizophrenia. *International Journal of Neuropsychopharmacology*.
120. Galling B, Roldán A, Hagi K, Rietschel L, Walyzada F, Zheng W, et al. Antipsychotic augmentation vs. monotherapy in schizophrenia: systematic review, meta-analysis and meta-regression analysis. *World Psychiatry*.
121. Tomruk NB, Oral T. Elektrokonvulsif tedavinin klinik kullanımı: Bir gözden geçirme. *Anadolu Psikiyatri Derg*. 2007;8(4):302–9.
122. Atagün Mİ, Yıldırım MS, Canbek Ö. Elektrokonvulzif Tedavi: Bir Güncelleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*.
123. Chien WT, Leung SF, Yeung FKK, Wong WK. Current approaches to treatments for schizophrenia spectrum disorders, part II: Psychosocial interventions and patient-focused perspectives in psychiatric care. *Neuropsychiatr Dis Treat*.
124. Mueser KT, Deavers F, Penn DL, Cassisi JE. Psychosocial treatments for schizophrenia. *Annu Rev Clin Psychol*.
125. Doering S, Müller E, Köpeke W, Pietzcker A, Gaebel W, Linden M, et al. Predictors of Relapse and Rehospitalization in Schizophrenia and Schizoaffective Disorder. *Schizophr Bull*.
126. Dixon LB, Dickerson F, Bellack AS, Bennett M, Dickinson D, Goldberg RW, et al. The 2009 Schizophrenia PORT Psychosocial Treatment Recommendations and Summary Statements. *Schizophr Bull*.
127. RP L. Yeti yitiminden iyileşmeye: Psikiyatrik iyileştirim el kitabı. Yıldız M, çev ed Ankara: Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği. 2008;
128. Dickerson FB, Lehman AF. Evidence-based psychotherapy for schizophrenia: 2011 update. *Journal of Nervous and Mental Disease*.
129. Turkington D, Kingdon D, Weiden PJ. Cognitive Behavior Therapy for Schizophrenia.
130. Umut G, Öztürk Altun Z, Danışmant BS, Küçükparlak İ, Karamustafalıoğlu N. Relationship Between Treatment Adherence, Insight and Violence Among

- Schizophrenia Inpatients in a Training Hospital Sample. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 2012;25(3).
131. Üçok A, Polat A, Genç A, Çakır S, Turan N. Duration of untreated psychosis may predict acute treatment response in first-episode schizophrenia. *J Psychiatr Res*. 2004;38(2):163–8.
132. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları. Nobel Tıp Kitabevleri; 2015.
133. Shepherd M, Katz K. 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*.
134. Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences clinical psychiatry. 1988.
135. Remschmidt H, Theisen F. Early-Onset Schizophrenia1. *Neuropsychobiology*.
136. Lester D. Sex Differences in Completed Suicide by Schizophrenic Patients: A Meta-Analysis. *Suicide Life Threat Behav*. 2006;36(1):50–6.
137. Andreasen NC, Carpenter WT, Kane JM, Lasser RA, Marder SR, Weinberger DR. Remission in schizophrenia: Proposed criteria and rationale for consensus. *American Journal of Psychiatry*. 2005;162(3):441–9.
138. Law H, Morrison AP. Recovery in Psychosis: A Delphi Study With Experts by Experience. *Schizophr Bull*.
139. Bobes J, Ciudad A, Álvarez E, San L, Polavieja P, Gilaberte I. Recovery from schizophrenia: Results from a 1-year follow-up observational study of patients in symptomatic remission. *Schizophr Res*. 2009;115(1):58–66.
140. Howes O, McCutcheon R, Stone J. Glutamate and dopamine in schizophrenia: An update for the 21st century. *Journal of Psychopharmacology*. 2015.
141. Hasan A, Wobrock T, Guse B, Langguth B, Landgrebe M, Eichhammer P, et al. Structural brain changes are associated with response of negative symptoms to prefrontal repetitive transcranial magnetic stimulation in patients with schizophrenia. *Mol Psychiatry*. 2017 Jun 1;22(6):857–64.
142. Leucht S, Komossa K, Rummel-Kluge C, Corves C, Hunger H, Schmid F, et al. A meta-analysis of head-to-head comparisons of second-generation

- antipsychotics in the treatment of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. 2009 Feb;166(2):152–63.
143. Pfammatter M, Junghan UM, Brenner HD. Efficacy of Psychological Therapy in Schizophrenia: Conclusions From Meta-analyses. *Schizophr Bull*.
144. ÜSTÜN B, KENNEDY C. What is “functional impairment”? Disentangling disability from clinical significance. *World Psychiatry*. 2009.
145. WHO. Member state profile: Malaysia. *Mental Health Atlas 2017*. 2018;68.
146. Üçok A, Gorwood P, Karadayi G. Employment and its relationship with functionality and quality of life in patients with schizophrenia: EGOFORs Study. *European Psychiatry*. 2012 Aug;27(6):422–5.
147. Green MF. What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *Am J Psychiatry*. 1996.
148. Green MF, Kern RS, Braff DL, Mintz J. Neurocognitive Deficits and Functional Outcome in Schizophrenia: Are We Measuring the “Right Stuff”? *Schizophr Bull*. 2000.
149. Kupferberg A, Bicks L, Hasler G. Social functioning in major depressive disorder. *Neurosci Biobehav Rev*. 2016;69:313–32.
150. Sheafor BW, Horejsi CR, Bilgen A. Sosyal hizmet uygulaması: Temel teknikler ve ilkeler. Nika Yayınevi; 2016.
151. Erol A, Keleş Ünal E, Tunç Aydın E, Mete L. Şizofrenide Sosyal İşlevsellik Yordayan Etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2009;20(4).
152. Mueser KT. Cognitive functioning, social adjustment and long-term outcome in schizophrenia. *Cognition in schizophrenia; Impairments, importance and treatment strategies*. 2000;
153. Dickerson F, Boronow JJ, Ringel N, Parente F. Social functioning and neurocognitive deficits in outpatients with schizophrenia: a 2-year follow-up. *Schizophr Res*. 1999;37(1):13–20.
154. McGurk SR, Moriarty PJ, Harvey PD, Parrella M, White L, Friedman J, et al. Relationship of cognitive functioning, adaptive life skills, and negative symptom severity in poor-outcome geriatric schizophrenia patients. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*. 2000.

155. Smith TE, Hull JW, Huppert JD, Silverstein SM. Recovery from psychosis in schizophrenia and schizoaffective disorder: symptoms and neurocognitive rate-limiters for the development of social behavior skills. *Schizophr Res.* 2002;55(3):229–37.
156. Wittorf A, Wiedemann G, Buchkremer G, Klingberg S. Prediction of community outcome in schizophrenia 1 year after discharge from inpatient treatment. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2007.
157. Combs B, Heaton K. Occupational Functionality: A Concept Analysis. *Workplace Health Saf.* 2016.
158. Mulkern VM, Manderscheid RW. Characteristics of Community Support Program Clients in 1980 and 1984.
159. McGurk SR. The effects of clozapine on cognitive functioning in schizophrenia. *Journal of Clinical psychiatry.* 1999;60(12):24–9.
160. Meltzer HY, McGurk SR. The Effects of Clozapine, Risperidone, and Olanzapine on Cognitive Function in Schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1999.
161. Goldman RS, Axelrod B, Tandon R, Ribeiro SCM, Craig K, Berent S. Neuropsychological Prediction of Treatment Efficacy and One-Year Outcome in Schizophrenia. *Psychopathology.* 1993.
162. Lysaker P, Bell M, Beam-Goulet J. Wisconsin card sorting test and work performance in schizophrenia. *Psychiatry Res.* 1995 Jan 31;56(1):45–51.
163. Jaeger J, Douglas E. Neuropsychiatric rehabilitation for persistent mental illness. *Psychiatric Quarterly* 1992 63:1.
164. Braff DL, Heaton R, Kuck J, Cullum M, Moranville J, Grant I, et al. The Generalized Pattern of Neuropsychological Deficits in Outpatients With Chronic Schizophrenia With Heterogeneous Wisconsin Card Sorting Test Results. *Arch Gen Psychiatry.* 1991.
165. Saykin AJ, Gur RC, Gur RE, Mozley PD, Mozley LH, Resnick SM, et al. Neuropsychological Function in Schizophrenia: Selective Impairment in Memory and Learning. *Arch Gen Psychiatry.* 1991;48(7):618–24.
166. Kenny JT, Meltzer HY. Attention and higher cortical functions in schizophrenia. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 1991;3(3):269–75.

167. Saykin AJ, Shtasel DL, Gur RE, Kester DB, Mozley LH, Stafiniak P, et al. Neuropsychological Deficits in Neuroleptic Naive Patients With First-Episode Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51(2):124–31.
168. Mohamed S, Paulsen JS, O’Leary D, Arndt S, Andreasen N. Generalized Cognitive Deficits in Schizophrenia: A Study of First-Episode Patients. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56(8):749–54.
169. Schaefer J, Giangrande E, Weinberger DR, Dickinson D. The global cognitive impairment in schizophrenia: Consistent over decades and around the world. *Schizophr Res*. 2013;150(1):42–50.
170. Hovington CL, Lepage M. Neurocognition and neuroimaging of persistent negative symptoms of schizophrenia. *Expert Rev Neurother*. 2012;12(1):53–69.
171. Helldin L, Kane JM, Karilampi U, Norlander T, Archer T. Remission and cognitive ability in a cohort of patients with schizophrenia. *J Psychiatr Res*. 2006;40(8):738–45.
172. Goldberg TE, Hyde TM, Kleinman JE, Weinberger DR. Course of Schizophrenia: Neuropsychological Evidence for a Static Encephalopathy. *Schizophr Bull*. 1993;19(4):797–804.
173. Hyde TM, Nawroz S, Goldberg TE, Bigelow LB, Strong D, Ostrem JL, et al. Is There Cognitive Decline in Schizophrenia?: A Cross-sectional Study. *The British Journal of Psychiatry*. 1994;164(4):494–500.
174. Mockler D, Riordan J, Sharma T. Memory and intellectual deficits do not decline with age in schizophrenia. *Schizophr Res*. 1997;26(1):1–7.
175. Alptekin K, Akdede BBK, KİTİŞ A. Şizofreni ve yaşlanma: Şizofrenide klinik belirtilerin ve bilişsel işlevlerin yaşla ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2004;15(2):91–7.
176. Irani F, Kalkstein S, Moberg EA, Moberg PJ. Neuropsychological Performance in Older Patients With Schizophrenia: A Meta-Analysis of Cross-sectional and Longitudinal Studies. *Schizophr Bull*. 2011;37(6):1318–26.
177. Bora E, Murray RM. Meta-analysis of Cognitive Deficits in Ultra-high Risk to Psychosis and First-Episode Psychosis: Do the Cognitive Deficits Progress Over, or After, the Onset of Psychosis? *Schizophr Bull*. 2014;40(4):744–55.

178. Alptekin K, Akvardar Y, Kivircik Akdede BB, Dumlu K, Işık D, Pirinççi F, et al. Is quality of life associated with cognitive impairment in schizophrenia? *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2005;29(2):239–44.
179. Groupt W. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research*. 1993;2(2):153–9.
180. Fidaner H, Elbi H, Fidaner C, Eser SY, Eser E, Göker E. Yaşam kalitesinin ölçülmesi. *Whoqol-100 ve Whoqol-Bref 3p Dergisi*. 1999;7(Supl 2):5–13.
181. Quality of Life Assessment: International Perspectives. *Quality of Life Assessment: International Perspectives*. 1994;
182. Eack SM, Newhill CE. Psychiatric Symptoms and Quality of Life in Schizophrenia: A Meta-Analysis. *Schizophr Bull*. 2007;33(5):1225–37.
183. Bobes J, Garcia-Portilla MP, Bascaran MT, Saiz PA, Bouzoño M. Quality of life in schizophrenic patients. *Dialogues Clin Neurosci*.
184. Pinho LG de, Pereira A, Chaves C. Influence of sociodemographic and clinical characteristics on the quality of life of patients with schizophrenia. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2017;51:e03244–e03244.
185. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1987;13(2):261–76.
186. Aydemir O, Koroglu E. *Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler (Clinical Scales in Psychiatry)*. Hekimler Yayın Birliği, Ankara. 2006;
187. Serda M, Becker FG, Cleary M, Team RM, Holtermann H, The D, et al. Reliability and Validity of the Turkish version of the Positive and Negative Syndrome Scale Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinin PANSS Türkçe Uyarlamasının Geçerlik ve Güvenilirliği. Balint G, Antala B, Carty C, Mabieme JMA, Amar IB, Kaplanova A, editors. *Türk Psikoloji Dergisi*. 1999;14(1):343–54.
188. Addington D, Addington J, Maticka-Tyndale E, Joyce J. Reliability and validity of a depression rating scale for schizophrenics. *Schizophr Res*. 1992;6(3):201–8.

189. Aydemir Ö, Esen Danacı A, Deveci A, İçelli İ. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği'nin Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. Nöropsikiyatri arşivi. 2000;37(1):82–6.
190. Addington D, Addington J, Atkinson M. A psychometric comparison of the Calgary depression scale for schizophrenia and the Hamilton depression rating scale. Schizophr Res. 1996;19(2–3):205–12.
191. Aydemir Ö, Esen Danacı A, Deveci A, İçelli İ. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği'nin Türkçe versiyonunun duyarlılığı ve özgüllüğü. Nöropsikiyatri Arşivi. 2000;37(3):210–3.
192. Eser E, Fidaner H, Fidaner C, Eser SY, Elbi H, Göker E. WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF'in psikometrik özellikleri. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi. 1999;7(Suppl 2):23–40.
193. EMİROĞU B, KARADAYI G, AYDEMİR Ö, ÜÇOK A. Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeğinin Türkçe Versiyonunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Archives of Neuropsychiatry / Nöropsikiyatri Arşivi. 2009;46:15–24.
194. Bell CC. DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. JAMA. 1994;272(10):828–9.
195. Guy W. ECDEU assessment manual for psychopharmacology. US Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service ...; 1976.
196. Ulusoy M. Beck anksiyete ölçeğinin psikometrik özellikleri. Uzmanlık Tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul. 1993;
197. Yıldız M, Yazıcı A, Boke O. Demographic and clinical characteristics in schizophrenia: a multi center cross-sectional case record study. Turk Psikiyatri Derg. 2010;21(3):213–24.
198. Evensen S, Wisløff T, Lystad JU, Bull H, Ueland T, Falkum E. Prevalence, Employment Rate, and Cost of Schizophrenia in a High-Income Welfare Society: A Population-Based Study Using Comprehensive Health and Welfare Registers. Schizophr Bull. 2016 Mar 1;42(2):476–83.
199. Srour A, Eltorki Y, Malik H, Alabdulla MA, Hassan MHMO, Ahmed Al Subaiey M, et al. Patients' and primary carers' views on clozapine treatment for

- schizophrenia: A cross-sectional study in Qatar. Saudi Pharmaceutical Journal. 2023 Feb 1;31(2):214–21.
200. de Filippis R, Gaetano R, Schoretsanitis G, Verde G, Olivetti CA, Kane JM, et al. Clozapine management in schizophrenia inpatients: A 5-year prospective observational study of its safety and tolerability profile. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2021;17:2141–50.
201. Tsai L. Boundary between pediatric bipolar disorder and Asperger’s disorder. *Schizophr Res*. 2008 Feb;98:5.
202. Malla AK, Bodnar M, Joober R, Lepage M. Duration of untreated psychosis is associated with orbital–frontal grey matter volume reductions in first episode psychosis. *Schizophr Res*. 2011 Jan 1;125(1).
203. Atbaşoğlu C, Çermik Ö, Göğüs AK. Ayakta izlenen Hastalarda İlaç Tedavisine Uyum. *Psikiyatri, Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi*. 1993;1(1):35–9.
204. Dilbaz N, Karamustafalıoğlu O, Oral T, Önder E, Çetin M. Psikiyatri Polikliniğe Başvuran Şizofreni Hastalarında Tedaviye Uyumun ve Uyumu Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*. 2006;16(4).
205. Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. The Lifetime Risk of Suicide in Schizophrenia: A Reexamination. *Arch Gen Psychiatry*. 2005.
206. YÜKSEL N. intiharın Nörobiyolojisi#. *KLİNİK PSİKİYATRİ DERGİSİ*. 4(Supp:2):5–15.
207. World Health Organization. Suicide worldwide in 2019: Global Health Estimates. World Health Organization, Geneva. 2019.
208. Fong TCT, Ho RTH, Wan AHY, Siu PJCY, Au-Yeung FSW. Psychometric validation of the consensus five-factor model of the Positive and Negative Syndrome Scale. *Compr Psychiatry*. 2015 Oct 1;62:204–8.
209. Şizofreni Hastalarının İyileşmenin Farklı Evrelerindeki Taleplerine Bakış.
210. Maciej Serda, Becker FG, Cleary M, Team RM, Holtermann H, The D, et al. Watson İnsan Bakım Modeli’ne Göre Şizofreni Tanılı Bir Hastada Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu. G. Balint, Antala B, Carty C, Mabieme JMA, Amar IB, Kaplanova A, editors. *Uniwersytet śląski*. 2022.
211. Owen MJ, Sawa A, Mortensen PB. Schizophrenia. *The Lancet*. 2016 Jul 2;388(10039):86–97.

212. Jääskeläinen E, Juola P, Hirvonen N, McGrath JJ, Saha S, Isohanni M, et al. A Systematic Review and Meta-Analysis of Recovery in Schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2013.
213. Keepers GA, Fochtmann LJ, Anzia JM, Benjamin S, Lyness JM, Mojtabai R, et al. The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia. *Focus (Am Psychiatr Publ).* 2020 Oct;18(4):493–7.
214. Moritz S, Schröder J, Klein JP, Lincoln TM, Andreou C, Fischer A, et al. Effects of online intervention for depression on mood and positive symptoms in schizophrenia. *Schizophr Res.* 2016.
215. Egmond E, Oriolo G, Cavero M, Langohr K, Solà R, Navines R, et al. Depressive symptoms in patients with schizophrenia. *European Psychiatry.* 2016.
216. Gurusamy J, Gandhi S, Ragupathy SK, Damodharan D, Ganesan V, Marimuthu P. Healthy lifestyle behavior and personal control in people with schizophrenia with healthy controls: A cross-sectional comparative study. *Asian J Psychiatr.* 2019 Oct 1;45:95–8.
217. Dong M, Lu L, Zhang L, Zhang YS, Ng CH, Ungvari GS, et al. Quality of Life in Schizophrenia: A Meta-Analysis of Comparative Studies. *Psychiatric Quarterly.* 2019.
218. Seow LSE, Tan THG, Abidin E, Chong SA, Subramaniam M. Comparing disease-specific and generic quality of life measures in patients with schizophrenia. *Psychiatry Res.* 2019 Mar 1;273:387–93.
219. Sum MY, Ho NF, Sim K. Cross diagnostic comparisons of quality of life deficits in remitted and unremitted patients with schizophrenia and bipolar disorder. *Schizophr Res.* 2015 Oct 1;168(1–2):191–6.
220. Suttajit S, Pilakanta S. Predictors of quality of life among individuals with schizophrenia. Taylor & FrancisS Suttajit, S PilakantaNeuropsychiatric disease and treatment, 2015•Taylor & Francis. 2015.
221. Vita A. Recovery in schizophrenia: conceptualization and factors implicated. *European Psychiatry.* 2024.

222. Acebillo S, Collell RG, Nieto L, Massons C, Ortuño N, Domènech C, et al. S247. Gender Differences In Functionality In Inpatient Population Affected With Schizophrenia And Other Psychosis. *Schizophr Bull.* 2018 Apr 1;44(Suppl 1):S423.
223. Silva MA, Restrepo D. Functional recovery in schizophrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatría (English ed).* 2019 Oct 1;48(4):252–60.
224. Mucci A, Galderisi S, Gibertoni D, Rossi A, Rocca P, Bertolino A, et al. Factors Associated With Real-Life Functioning in Persons With Schizophrenia in a 4-Year Follow-up Study of the Italian Network for Research on Psychoses. *JAMA Psychiatry.* 2021.
225. Cano JF, Ortegón-Valencia J, Pedraza-Perez C, Córdoba-Rojas R, Olarte-Armenta A, Vallejo-Silva A, et al. Functionality During the First Five Years After the Diagnosis of Schizophrenia. A Cohort Study in a Colombian Population. *Revista Colombiana de psiquiatria (English ed).* 2022.
226. Galderisi S, Rucci P, Kirkpatrick B, Mucci A, Gibertoni D, Rocca P, et al. Interplay Among Psychopathologic Variables, Personal Resources, Context-Related Factors, and Real-life Functioning in Individuals With Schizophrenia: A Network Analysis. *JAMA Psychiatry.* 2018.
227. Lahera G, Gálvez JL, Sánchez P, Martínez-Roig M, Pérez-Fuster J V., García-Portilla P, et al. Functional recovery in patients with schizophrenia: Recommendations from a panel of experts. *BMC Psychiatry.* 2018.
228. Bechi M, Bosia M, Spangaro M, Buonocore M, Cavedoni S, Agostoni G, et al. Exploring functioning in schizophrenia: Predictors of functional capacity and real-world behaviour. *Psychiatry Res.* 2017.
229. Hentati S, Abdallah M Ben, Daoud M, Bouhamed M, Baati I, Sallemi R, et al. Quality of life in patients with schizophrenia. *European Psychiatry.* 2021.
230. Kurachi M, Takahashi T, Sumiyoshi T, Uehara T, Suzuki M. Early intervention and a direction of novel therapeutics for the improvement of functional outcomes in schizophrenia: A selective review. *Front Psychiatry.* 2018.
231. He XY, Migliorini C, Huang ZH, Wang F, Zhou R, Chen ZL, et al. Quality of life in patients with schizophrenia: A 2-year cohort study in primary mental health care in rural China. *Front Public Health.* 2022.

232. Phahladira L, Luckhoff HK, Asmal L, Kilian S, Scheffler F, Plessis S du, et al. Early recovery in the first 24 months of treatment in first-episode schizophrenia-spectrum disorders. *npj Schizophrenia* 2020 6:1.
233. Norbutaitė B, Adomaitienė V, Leskauskas D, Butkutė-Šliužienė K, Montvidas J, Jesus S, et al. Satisfaction of the quality of life in patients with schizophrenia. *European Psychiatry*. 2021.
234. Jun WH, Na H. The Mediating Role of Positive Thinking on the Relationship Between Depression and Functional Recovery in Community-Dwelling People With Schizophrenia. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2023 Feb 1;61(2):44–52.
235. Hofer A, Frajo-Apor B, Kemmler G, Pardeller S, Post F. M234. Quality Of Life In Schizophrenia: The Impact Of Residual Symptoms And Internalized Stigma. *Schizophr Bull*. 2020 May 18;46(Suppl 1):S225.
236. Rojas M, Barrios M, Gómez-benito J, Mikheenkova N, Mosolov S. Functioning problems in persons with schizophrenia in the Russian context. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Oct 1;18(19).
237. Best MW, Law H, Pyle M, Morrison AP. Relationships between psychiatric symptoms, functioning and personal recovery in psychosis. *Schizophr Res*. 2020 Sep 1;223:112–8.
238. Costa R, Bastos T, Probst M, Seabra A, Abreu S, Vilhena E, et al. Association of lifestyle-related factors and psychological factors on quality of life in people with schizophrenia. *Psychiatry Res*. 2018 Sep 1;267:382–93.
239. Lisincki AM, Csizmadia L, Szabó FÁ, Réthelyi J, Jekkel É. Quality of life and objective-subjective functionality in individuals with schizophrenia. *European Psychiatry*. 2024.
240. Thibaudeau É, Cellard C, Turcotte M, Achim AM. Functional Impairments and Theory of Mind Deficits in Schizophrenia: A Meta-analysis of the Associations. *Schizophr Bull*. 2021.
241. Musket CW, Kuo SS, Rupert PE, Almasy L, Gur RC, Prasad K, et al. Why does age of onset predict clinical severity in schizophrenia? A multiplex extended pedigree study. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*. 2020.

242. Bhagyavathi HD, Mehta UM, Thirthalli J, Kumar CN, Kumar JK, Subbakrishna DK, et al. Cascading and combined effects of cognitive deficits and residual symptoms on functional outcome in schizophrenia – A path-analytical approach. *Psychiatry Res.* 2015 Sep 30;229(1–2):264–71.
243. Schennach R, Riedel M, Obermeier M, Spellmann I, Musil R, Jäger M, et al. What are residual symptoms in schizophrenia spectrum disorder? Clinical description and 1-year persistence within a naturalistic trial. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2015.
244. Correll CU, Schooler NR. Negative symptoms in schizophrenia: A review and clinical guide for recognition, assessment, and treatment. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2020.
245. Mitikhin V, Oshevsky D, Alieva L. Cognitive and emotional-volitional disorders in patients with residual schizophrenia.
246. Fervaha G, Foussias G, Agid O, Remington G. Motivational deficits in early schizophrenia: Prevalent, persistent, and key determinants of functional outcome. *Schizophr Res.* 2015 Aug 1;166(1–3):9–16.
247. Correll CU. Using patient-centered assessment in schizophrenia care: defining recovery and discussing concerns and preferences. *J Clin Psychiatry.* 2020;81(3):26418.
248. Green MF, Horan WP, Lee J. Social cognition in schizophrenia. *Nature Reviews Neuroscience* 2015 16:10 [Internet]. 2015 Sep 16 [cited 2025 Feb 12];16(10):620–31. Available from: <https://www.nature.com/articles/nrn4005>
249. Mier D, Kirsch P. Social-Cognitive Deficits in Schizophrenia. *Curr Top Behav Neurosci.* 2015.
250. Reddy MS, Mythri S V. Time to re-focus onto cognitive symptoms in schizophrenia. *Indian J Psychol Med.* 2016.
251. Samuel R, Thomas E, Jacob KS. Instrumental activities of daily living dysfunction among people with schizophrenia. *Indian J Psychol Med.* 2018.
252. Abaoğlu H, MUTLU E, AK S, AKI E, YAĞCIOĞLU AEA. Şizofrenide yaşam becerileri eğitiminin işlevselliğe olan etkisi: Seçkisiz kontrollü bir çalışma. *Türk Psikiyatri Derg* [Article in Turkish]. 2020;31:48–56.

253. Kim SJ, Jung D, Shim JC, Moon JJ, Jeon DW, Kim YN, et al. The effect of anticholinergic burden on cognitive and daily living functions in patients with schizophrenia. *Asian J Psychiatr*. 2019 Dec 1;46:111–7.
254. Lexén A, Bejerholm U. Occupational engagement and cognitive functioning among persons with schizophrenia: an explorative study. *Scand J Occup Ther*. 2018.
255. Safonov DM. Cognitive symptoms associated with antipsychotic course experience in residual schizophrenia. *Journal of Education, Health and Sport*. 2021.
256. Vizzotto ADB, Celestino DL, Buchain PC, Oliveira AM, Oliveira GMR, Di Sarno ES, et al. A pilot randomized controlled trial of the Occupational Goal Intervention method for the improvement of executive functioning in patients with treatment-resistant schizophrenia. *Psychiatry Res*. 2016 Nov 30;245:148–56.
257. Chino B, Nemoto T, Fujii C, Mizuno M. Subjective assessments of the quality of life, well-being and self-efficacy in patients with schizophrenia: Regular article. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2009.
258. Petrovic Kitic A, Jankovic S. Quality of life in institutionalized patients with schizophrenia. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*. 2018;18(1):5–11.
259. Insiyah I, Rohimah YT, Astuti SLD, Lestari S, Suyanto S, Sulistyowati EC. Predicting Quality of life of Schizophrenia Patients. *JKG (JURNAL KEPERAWATAN GLOBAL)*. 2023.
260. Hasan AAH. The correlation between the quality of life and clinical variables among outpatients with schizophrenia. *Psychiatry Res*. 2019 Jan 1;271:39–45.
261. Yoshihara Y, Fujii K, Murai T, Takahashi H, Andersen G, Schaevel H, et al. S236. Quality Of Life And Association With Symptoms In Patients With Schizophrenia Six Years After First Episode Psychoses. *Schizophr Bull*. 2020 May 18;46(Suppl 1):S128.
262. Chang CC, Beckstead JW, Lo SC, Yang CY. Depressive symptoms and quality of life in people with a diagnosis of schizophrenia: An exploratory study of the potential mediating role of health-promoting lifestyles. *Perspect Psychiatr Care*. 2020 Oct 1;56(4):939–48.

263. Dauwan M, Begemann MJH, Heringa SM, Sommer IE. Exercise Improves Clinical Symptoms, Quality of Life, Global Functioning, and Depression in Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophr Bull.* 2016.
264. Fond G, Korchia T, Sunhary de Verville PL, Godin O, Schürhoff F, Berna F, et al. Major depression, sleep, hostility and body mass index are associated with impaired quality of life in schizophrenia. Results from the FACE-SZ cohort. *J Affect Disord.* 2020 Sep 1;274:617–23.
265. Huppert JD, Weiss KA, Lim R, Pratt S, Smith TE. Quality of life in schizophrenia: contributions of anxiety and depression. *Schizophr Res.* 2001 Sep 1;51(2–3):171–80.
266. Gómez-de-Regil L, Kwapil TR, Barrantes-Vidal N. Illness Perception Mediates the Effect of Illness Course on the Quality of Life of Mexican Patients with Psychosis. *Appl Res Qual Life.* 2014 Mar 1;9(1):99–112.
267. Alessandrini M, Lançon C, Fond G, Faget-Agius C, Richieri R, Faugere M, et al. A structural equation modelling approach to explore the determinants of quality of life in schizophrenia. *Schizophr Res.* 2016 Mar 1;171(1–3):27–34.
268. Desalegn D, Girma S, Abdeta T. Quality of life and its association with psychiatric symptoms and socio-demographic characteristics among people with schizophrenia: A hospital-based cross-sectional study. *PLoS One.* 2020 Feb 1;15(2):e0229514.
269. Addington D, Addington J, Maticka-Tyndale E. Assessing Depression in Schizophrenia: The Calgary Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry.* 2001;163(S22):39–44.
270. Takahashi T, Higuchi Y, Komori Y, Nishiyama S, Nakamura M, Sasabayashi D, et al. Quality of life in individuals with attenuated psychotic symptoms: Possible role of anxiety, depressive symptoms, and socio-cognitive impairments. *Psychiatry Res.* 2017 Nov 1;257:431–7.
271. Sum MY, Chan SKW, Tse S, Bola JR, Ng RMK, Hui CLM, et al. Relationship between subjective quality of life and perceptions of recovery orientation of treatment service in patients with schizophrenia and major depressive disorder. *Asian J Psychiatr.* 2021 Mar 1;57:102578.

272. Dionisie V, Manea MC, Mirela M, Bonciu LS, Riga S, Puiu MG. The relationship between quality of life and functionality in patients with schizophrenia – A preliminary report. *Journal of Mind and Medical Sciences*. 2023.
273. Singla N, Avasthi A, Grover S. Recovery and its correlates in patients with schizophrenia. *Asian J Psychiatr*. 2020 Aug 1;52:102162.
274. Predictors of quality of life and functioning in schizophrenia. *Cogn Brain Behav*. 2021;XXV(4):341–56.



EKLER

EK 1: Sosyodemografik Veri Formu

- 1- Yaşınız:
- 2- Cinsiyetiniz a) Erkek b) Kadın
- 3- Medeni Durumunuz a) Evli b) Bekar c) Boşanmış d) Ayrı yaşıyor e) Dul
- 4- Çocuğunuz var mı? a) Yok b) Var
- 5- Eğitim durumunuz? a) ilkokul b) ortaokul c) lise d) lisans e) yüksek lisans- doktora
- 6- Mesleğiniz nedir? A) İşçi b) Memur c) Esnaf d) Çiftçi e) Çalışmıyor f) Diğer
- 7- Aylık ortalama kazancınız? A) 5000 ve altı B) 5000-10000 arası C) 10.000 ve üzeri D) 20.000 ve üzeri
- 8- Hiç Çalıştınız mı?
- 9- En son ne zaman çalıştınız?
- 10- En uzun çalıştığınız iş ne kadar sürdü?
- 11- Sigara kullanıyor musunuz?
a) Evet b) Hayır c) Bıraktım
- 12- Sigara kullanıyorsanız miktarı nedir?
a) 1-5 adet b) 5-10 adet c) 10 ve üstü d) 1 paketten fazla
- 13- Alkol kullanıyor musunuz?
a) Evet b) Hayır c) Bazen d) Bıraktım
- 14- Alkol kullanıyorsanız tercihiniz ve miktarı nedir?
- 15- Madde kullanıyor musunuz?
a) Evet b) Hayır c) Bazen d) Bıraktım
- 16- Madde kullanıyorsanız tercih maddeniz ve miktarı sıklığı?
- 17- Hiç psikiyatrik tedavi gördünüz mü?
- 18- Psikiyatrik tedavi gördüyseniz tanınız neydi?
- 19- İlk psikiyatrik tanıyı ne zaman aldınız?
- 20- Şu anda psikiyatrik ilaç kullanıyor musunuz?
- 21- Şu anda kullandığınız ilaçları ne kadar süredir kullanıyorsunuz?
- 22- Hiç intihar girişiminde bulundunuz mu?
- 23- İntihar Girişiminde bulunduysanız nasıl?
a) İlaç içerek b) kesi c) ası d) yüksekte atlama e) ateşli silah
- 24- Ailenizde psikiyatrik hastalığı olan biri var mı? Varsa kim, tanısı nedir?
- 25- Başka bir hastalığınız var mı?
- 26- başka hastalığınız varsa tanınız ve kullandığınız ilaçlar neler?

EK 2: Pozitif ve Negatif Belirtiler Ölçeği (PANSS)

Pozitif ve Negatif Belirtiler Ölçeği (PANSS)

Adı Soyadı:
Değerlendiren:

Yaşı:

Cinsiyeti: ☐ Kadın ☐ Erkek

Pozitif Belirtiler	Yok (1)	Çok Hafif (2)	Hafif (3)	Orta Düzeyde (4)	Orta Derecede Ağır (5)	Ağır (6)	Çok Ağır (7)
P1 Sanrılar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
P2 Düşünce dağınıklığı	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
P3 Varsanılar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
P4 Taşkınlık	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
P5 Büyüklük duyguları	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
P6 Şüphelilik kötülük	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
P7 Düşmanca tutum	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Skor:

Negatif Belirtiler	Yok (1)	Çok Hafif (2)	Hafif (3)	Orta Düzeyde (4)	Orta Derecede Ağır (5)	Ağır (6)	Çok Ağır (7)
N1 Duygulanımda küntleşme	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
N2 Duygusal içecekilme	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
N3 İlişki kurmada güçlük	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
N4 Pasif biçimde kendini toplumdan çekme	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
N5 Soyut düşünme güçlüğü	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
N6 Konuşmanın kendiliğinden ve akıcılığının kaybı	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
N7 Steriotipik düşünme	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Skor:

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

Toplam skor:

Skor:

EK 3: Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği

Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği

Ad Soyad:

Tarih:

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

- ☐ 0. **Yok**
- ☐ 1. **Hafif:** Sorulduğunda biraz üzüntü ya da güvensizlik ifade eder
- ☐ 2. **Orta:** Son iki hafta boyunca zamanın neredeyse yarısından fazlasında süren belirgin çökkün duygudurum: her gün var
- ☐ 3. **Şiddetli:** Her gün zamanının yarısından fazlasında süren, olağan motor ve toplumsal işlevselliği etkileyen belirgin çökkün duygudurum

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

- ☐ 0. **Yok**
- ☐ 1. **Hafif:** Son iki hafta boyunca bazen umutsuzluğa kapılmış ama hala gelecek için belli düzeyde umut taşıyor
- ☐ 2. **Orta:** Son iki hafta boyunca ısrarlı, orta düzeyde umutsuzluk duygusu. İşlerin daha iyiye gidebileceği konusunda ikna edilebiliyor
- ☐ 3. **Şiddetli:** İsrarlı ve sıkıntı veren umutsuzluk duygusu

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

- ☐ 0. **Yok**
- ☐ 1. **Hafif:** Kısmen aşağılık duygusu var; değersizlik duygusu düzeyine ulaşmıyor.
- ☐ 2. **Orta:** Kişi kendini değersiz hissediyor; ama zamanının yarısının azında
- ☐ 3. **Şiddetli:** Kişi zamanın yarısından fazlasında kendisini değersiz hissediyor. Öyle olmadığı konusunda ikna edilebiliyor

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

- ☐ 0. **Yok**
- ☐ 1. **Hafif:** Kişi zamanın yarısından azında kendini itham altında hissediyor ama suçlu hissetmez
- ☐ 2. **Orta:** İtham altında olduğuna dair ısrarlı duygular ve/veya ara sıra suçlu olduğuna dair duygular
- ☐ 3. **Şiddetli:** Suçlu olduğuna dair ısrarlı duygular. İkna edilmeye çalışılınca, öyle olmadığını kabul eder

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

- ☐ 0. **Yok**
- ☐ 1. **Hafif:** Kişi bazen bazı küçük kabahatler konusunda olması gerekenden daha fazla suçluluk duyar, ama bu, zamanın yarısından azını alır

- ☐ 2. **Orta:** Kişi çoğu zaman (zamanın yarısından fazlasında) önemini abarttığı geçmiş eylemleri konusunda suçluluk duyar
- ☐ 3. **Şiddetli:** Kişi çoğu zaman kötü giden her şey için, hatta kendi hatası olmasa bile kendini kabahatli hisseder

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

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

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

- ☐ 0. **Yok:** Erken uyanma yok
- ☐ 1. **Hafif:** Ara sıra (en çok haftada iki kez) olağan ya da gerekli uyanma zamanından en az 1 saat önce uyanıyor
- ☐ 2. **Orta:** Çoğunlukla (haftada en fazla 5 kez) olağan ya da gerekli uyanma zamanından en az 1 saat önce uyanıyor
- ☐ 3. **Şiddetli:** Her gün uyanma zamanından en az 1 saat önce uyanıyor

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

- ☐ 0. **Yok**
- ☐ 1. **Hafif:** Sıklıkla keşke ölmüş olsaydım biçiminde düşünceler ya da ara sıra özkıyım düşünceleri
- ☐ 2. **Orta:** Üzerinde uğraşılmış özkıyım tasarısı ama girişimde bulunulmamıştır
- ☐ 3. **Şiddetli:** Açıkça ölümle sonuçlanmak üzere hazırlanmış özkıyım girişimi (örn.: şans eseri fark edilme ya da etkisiz yöntem)

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

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

Skor:

EK 4: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu
(WHOQOL-BREF)

WHOQOL-BREF

(Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalite Ölçeği-Kısa Formu)

Hastanın Adı Soyadı: _____ Tarih: ____/____/____

Başlamadan önce kendinizle ilgili genel bir kaç soruyu cevaplamanızı istiyoruz. Lütfen doğru yanıtlara işaret koyun ya da verilen boş yerleri doldurunuz.

Cinsiyetiniz nedir?	☐ Erkek	☐ Kadın	Doğum tarihiniz nedir?	
Gördüğünüz en yüksek eğitim derecesi nedir?	Medeni durumunuz nedir?			
☐ Hiç Eğitim Almadım	☐ İlkokul-Ortaokul	☐ Hiç Evlenmemiş	☐ Evli Gibi Yaşıyor	☐ Evli
☐ Lise Veya Eşdeğeri	☐ Üniversite	☐ Boşanmış	☐ Ayrılmış	☐ Eşi Yaşamıyor
Şu anda bir hastalığınız var mı?	☐ Evet	☐ Hayır	Eğer şu anda sağlığınıza ilgili yolunda gitmeyen bir durum varsa;	
Sizce bu nedir?	(hastalık/sorun)			

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınıza ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. Lütfen bütün soruları son 2 haftayı göz önünde bulundurarak ve size en uygun olanı seçerek cevaplayınız.

1 G1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	Çok kötü ☐ 1	Biraz kötü ☐ 2	Ne iyi, ne kötü ☐ 3	Oldukça iyi ☐ 4	Çok iyi ☐ 5
2 G4	Sağlığınıza ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil ☐ 1	Çok az hoşnut ☐ 2	Ne hoşnut, ne de değil ☐ 3	Epeyce hoşnut ☐ 4	Çok hoşnut ☐ 5
3 F1.4	Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?	Hiç ☐ 5	Çok az ☐ 4	Orta derecede ☐ 3	Çokça ☐ 2	Aşırı derecede ☐ 1
4 F11.3	Günlük uğraşlarınızı yürütmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1
5 F4.1	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
6 F24.2	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
7 F5.3	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	Hiç ☐ 1	Çok az ☐ 2	Orta derecede ☐ 3	Çokça ☐ 4	Son derecede ☐ 5
8 F16.1	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
9 F22.1	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
10 F2.1	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	Hiç ☐ 1	Çok az ☐ 2	Orta derecede ☐ 3	Çokça ☐ 4	Tamamen ☐ 5
11 F7.1	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
12 F18.1	İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
13 F20.1	Günlük yaşamınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
14 F21.1	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

15 F9.1	Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yere gidebilme) beceriniz nasıldır?	Çok kötü ☐	Biraz kötü ☐	Ne iyi, ne kötü ☐	Oldukça iyi ☐	Çok iyi ☐
16 F13.3	Uygunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil ☐	Çok az hoşnut ☐	Ne hoşnut, ne de değil ☐	Epeyce hoşnut ☐	Çok hoşnut ☐
17 F10.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
18 F12.4	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
19 F6.3	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
20 F13.3	Aile dışı kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
21 F15.3	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
22 F14.4	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
23 F17.3	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
24 F19.3	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
25 F23.3	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
26 F8.1	Ne sıklıkta hüznü, ümitsizlik, bunalı, çökkünlük gibi duygulara kapılırsınız?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Ara sıra ☐	Çoğunlukla ☐	Her zaman ☐
27 U	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrole ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	Hiç ☐	Çok az ☐	Orta derecede ☐	Çokça ☐	Aşırı derecede ☐
Bu formun doldurulmasında size yardım eden oldu mu?		☐ Evet ☐ Hayır		Bu formun doldurulması ne kadar sürdü?		

THE WHOQOL Group Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment (1996) Psychological Medicine, 1998, 28, 551-558

Skorlama Yönergesi	
Alt Parametre	Oluşturan sorular
Genel sağlık durumu	1 ve 2. Soruların toplamı
Fiziksel sağlık	3, 4, 10, 15, 16, 17, 18. Soruların toplamı
Psikolojik	5, 6, 7, 11, 19, 26. Soruların toplamı
Sosyal ilişkiler	20,21,22. Soruların toplamı
Çevre	8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25. Soruların toplamı

Bu şekilde elde edilen skorlar "ham" skordur. Yüzdelik sisteme değiştirmek için gerekli olan formül;

$$\frac{(\text{Hastanın ham skoru}) - (\text{o alt parametreye ait olabilecek en düşük skor})}{\text{o alt parametrenin skor aralığı}} \times 100$$

Örnek: Fiziksel sağlık alt parametresini ele alalım; toplam 7 madde var. Hastanın skor toplamı 30 olsun

$$[(30-7) / (35-7)] \times 100 = (23/28) \times 100 = \%82,14$$

EK 5: ŞİZOFRENİDE İŞLEVSEL İYİLEŞME ÖLÇEĞİ (ŞİLÖ)

Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ)

Bu ölçeğin amacı şizofreni hastalarındaki işlevsel iyileşmeyi (recovery) değerlendirmektir.

Değerlendirme, hem hastanın kendisinden hem de ailesinden alınan bilgiye dayanır. Değerlendirmede sorgulanacak olan zaman zarfı görüşmeden önceki son bir ay olacaktır.

Her bir madde hasta görüşmesi ve aile görüşmesi sırasında ayrı ayrı değerlendirilmelidir.

Her bir madde için muhtemel 5 değerlendirme düzeyi vardır. 1. Düzey (yok) en düşük düzeydeki iyileşmeyi belirtirken, 5. Düzey (mükemmel derecede var) “ideal” işlev düzeyine karşılık gelir. 2. Düzey (kısmen var), 3. Düzey (yeterince var) ve 4. Düzey (neredeyse tamamen var) sosyal işleyiş ve kalitesi açısından tartışılacaktır. İki düzey arasında kalındığında, daha düşük düzeyi seçin (örneğin: 2. ve 3. düzeyler arasında kalırsanız 2. düzey seçilmelidir.)

Maddelerin değerlendirilmesinde bir soru örneği: Ev idaresi maddesi

Buradaki amaç, bir önceki ay boyunca temizlik ve ev işlerini değerlendirmek için hem hasta hem de ailesiyle çalışmaktır.

Bu maddeyi değerlendirmek için şu tür sorular sorulabilir: Evinizde temizliği kim yapar? Çöpü kim dışarı çıkarır? Çamaşırı kim yıkar? Değerlendirmeyi tamamlamak için ek sorular da sorulabilir, örneğin: Son bir ayda haftada kaç kez çöpü dışarı çıkardınız? Kaç kez çamaşır yıkadınız? Kıyafetlerinizi kaç kez yerleştirdiniz?

1. Sosyal işlevsellik

Sosyal ilişkilerde kendini ortaya koyabilme (Sosyal ortamlarda hastanın kendisini ortaya koyma, kendini ifade edebilme becerisi.)

1. Yok: Hasta kendini ortaya koyamaz. Hasta bazen etrafındakiler tarafından kötü muamele görmeye ses çıkarmaz.
2. Kısmen var: Hasta sosyal ortamlarda pasiftir ve sadece arkadaş canlısı ortamlarda kendini ortaya koyabilir.
3. Yeterince var: Hasta herhangi bir ortamda kendisini yalnızca kısmen ortaya koyabilir.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta her ortamda kendisini ortaya koyabilir.
5. Mükemmel derecede var: Hasta her ortamda kendisini ortaya koyabilir hatta etrafındakiler üstünde etki bırakabilir.

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Sosyal hayata ve / veya bir derneğe katılım (Politik olaylardan haberdar olmak, oy kullanmak, demeklere üye olmak vb.)

1. Yok: Hasta sosyal veya politik olaylarla hiç ilgilenmez.
2. Kısmen var: Hastanın sosyal ya da politik olaylara ilgisi belli belirsizdir ve kişisel olarak bu olaylara dahil olmaz.
3. Yeterince var: Hasta sosyal ve politik olaylarla ilgilidir ancak katılımı sınırlıdır.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta sosyal ve politik olaylarla ilgilidir ve eğer katılımı istenirse katılır.
5. Mükemmel derecede var: Hasta sosyal ve politik olaylarla ilgilidir ve aktif olarak katılır; dernek etkinliklerine katılır.

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Kişisel aktiviteler (Kişisel ilgi alanlarına zaman ayırma, boş zamanları değerlendirebilme becerisi, örneğin; sportif faaliyetler, kitap okuma, el becerilerini geliştirme gibi hobiler.)

1. Yok: Hastanın hiçbir kişisel ilgi alanı yoktur veya hobilerini sürdürmez. Hasta, boş zamanlarında hareketsizdir.
2. Kısmen var: Hastanın birkaç ilgi alanı vardır ve kişisel aktiviteleri sınırlı yada basmakalıptır veya dışardan zorlamayla gerçekleşir.
3. Yeterince var: Hasta, boş zamanlardaki etkinliklere kendiliğinden katılma konusunda belirli bir isteksizlik gösterir. Bazı ilgi alanları vardır ama bunları sürdürmekte zorlanırlar.
4. Neredeyse tamamen var: hastanın kendiliğinden başlattığı ve zaman içinde sürdürebildiği kişisel ilgi alanları vardır. İlgi alanları görece sınırlıdır.
5. Mükemmel derecede var: Hasta, farklı türlerde birkaç etkinliğe gönüllü olarak, kendiliğinden ve düzenli olarak katılır.

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

İletişim ve bilgilenme (Yaygın bilgi kaynaklarının kullanımı. Örneğin; gazete, dergi, televizyon, radyo gibi ya da iletişim kaynaklarının kullanılması, telefon, posta, elektronik posta gibi.)

1. Yok: Hasta yaygın bilgi ve iletişim kaynaklarını kendi başına kesinlikle kullanamaz.
2. Kısmen var: Hasta sadece kesinlikle gerekli olduğu hallerde bilgi ve iletişim kaynaklarını kullanır.
3. Yeterince var: Hasta zaman zaman bazı iletişim ve bilgi kaynaklarını kullanır.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta çoğu yaygın iletişim ve bilgi kaynaklarını kullanır.
5. Mükemmel derecede var: Hasta erişiminin olduğu tüm iletişim ve bilgi kaynaklarını düzenli olarak kullanır.

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Aile ve arkadaşlar (Aile bireyleri ve arkadaşlarla olan iletişim kalitesi, görüşme sıklığı)

1. Yok: Hastanın ailesiyle iletişimi yoktur ve arkadaşı yoktur.
2. Kısmen var: Hastanın ailesi ve arkadaşlarıyla nadir ve/veya pasif iletişimi vardır ve ilişkileri yüzeysel ve/veya düşük niteliklidir (agresif).
3. Yeterince var: Hastanın ailesi ve arkadaşlarıyla iletişimi vardır. İletişim düzensiz ve/veya seyrek. İyi nitelikli olabilen bazı ilişkilere kısmen dâhil olurlar.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta aile üyeleri ve arkadaşlarıyla ilişkilerini sürdürür ve bu ilişkilerde bazen inisiyatif alır.
5. Mükemmel derecede var: Hastanın aile üyeleri ve arkadaşlarıyla iyi nitelikli ilişkileri vardır. İletişim sıklıkla kurulur ve genellikle hasta iletişim kurma girişiminde bulunur.

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Yaşam için gerekli olan sosyal çevre (mağazalar, hizmetler, komşular...): uyumlu sosyal entegrasyon için gerekli olan ilişkiler

1. Yok: Hastanın herhangi bir sosyal çevreyle hiçbir teması ya da etkileşimi yoktur.
2. Kısmen var: Hastanın komşularıyla olan etkileşimi çok azdır ve kesinlikle gerekli olan dışında çok nadiren temasta bulunur.
3. Yeterince var: Hastanın komşularıyla bazı etkileşimleri olur. Bu etkileşimler mesafelidir ve nadiren hasta tarafından başlatılır. Hasta hayatı için gerekli olan sosyal çevresini sadece kısmen kullanır.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta sıklıkla komşularıyla etkileşim halindedir. Hasta, hayatı için gerekli olan sosyal çevresini düzenli olarak kullanır ancak kişisel ilişkiden kaçınır.
5. Mükemmel derecede var: Hasta komşularıyla ve hayatı için gerekli olan sosyal çevresiyle kendisinin başlattığı düzenli ve neşeli etkileşimlerde bulunur.

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Duygusal ve cinsel ilişkiler (Duygusal bir ilişki isteği ve bunu başarmak. Tatmin edici cinsel hayat)

1. Yok: Hastanın duygusal bir ilişkisi yoktur ve olması için aramaz. Hastanın ne fantezilerinde ne de gerçekte cinsel bir etkinliği yoktur.
2. Kısmen var: Hastanın duygusal bir ilişkisi yoktur ama olmasını ister. Cinsel etkinlik tatmin edici değildir ve nadirdir.
3. Yeterince var: Hastanın verimsiz ve düzensiz duygusal ilişkileri vardır. Cinsel hayatı aralıktır.
4. Neredeyse tamamen var: Hastanın yeterince istikrarlı duygusal bir ilişkisi vardır. Cinsel etkinlik her zaman tatmin edici değildir.
5. Mükemmel derecede var: Hastanın, istekleri doğrultusunda, tatmin edici duygusal bir ilişkisi vardır. Cinsel hayatı tatmin edicidir.

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

2. Sağıkve Tedavi

Hastahğın ve tedavinin idaresi (Hastalıklarının, belirtilerini, tedavi programlarını, müksetme işaretlerini bilme ve tedaviye uyum.)

1. Yok: Hasta, hastahğının adını bilmez veya belirtilerini ve tedavisini anlamaz; tedavi programına uymaz.
2. Kısmen var: Hastanın, hastahğı ve sonuçları hakkında çok sınırlı bilgisi vardır. Belirtilerin bazılarının farkındadırlar ancak bu belirtileri hastahğıyla ilişkilendiremez. Tedaviyi yeterince kavramaz ve uyumun gerekli olduğunu düşünmez.
3. Yeterince var: Hasta ilaçlarının isimlerini söyleyebilir ancak onları kullanmanın önemini gerçekten kavramaz.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta hastahğını, temel belirtilerini ve sonuçlarını kavrar. İlaçlarının isimlerini söyleyebilir ve onları kullanmanın önemini anlar.
5. Mükemmel derecede var: Hasta, hastahğını, temel belirtilerini ve sonuçlarını kavrar. İlaçlarının isimlerini söyleyebilir ve tedavi programına tamamen uyar.

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Sağık İdaresi (Sağlığını korumak için gerekli önlemleri almak.)

1. Yok: Hasta sağlığını ve kişisel temizliğini tamamen ihmal etmiştir.
2. Kısmen var: Hasta, yalnızca acı hissederse veya işlevsel bir bozulma yaşarsa sağlığıyla ilgilenir.
3. Yeterince var: Hasta, özellikle de acı hissederse veya işlevsel bir bozulma yaşarsa kendi sağlığıyla ilgilenir. Kişisel temizliğin asgari kurallarına uymaya çalışır.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta kendi sağlığıyla ilgilidir. Genel olarak temizlik ve beslenmenin temel kurallarına uyarlar.
5. Mükemmel derecede var: Hasta kendi sağlığıyla ilgili olarak endişelidir ve aktif bir biçimde tedavi ve önleyici tedbirler alır. Hasta temizlik ve beslenme kurallarına tamamen uyar.

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Empati ve başkalarına yardım

1. Yok: Hasta etrafındaki kişilere dikkat etmez ve başkalarıyla ilgilenmez.
2. Kısmen var: Hastanın etrafındaki kişilere karşı dikkati çok azdır ve hasta başkalarının sorunlarıyla ilgilenmez.
3. Yeterince var: Hasta etrafındaki kişilere ilgi gösterir ancak bu kişilerin sorunlarına karışmaz.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta başkalarının sorunlarıyla aktif olarak ilgilenir ancak onlara yardım etmek için aldığı sorumluluk sınırlıdır.
5. Mükemmel derecede var: Hasta başka insanların sorunlarıyla kişisel olarak ilgilenir ve yardım etmekten memnuniyet duyar.

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Tedavinin yan etkilerini idare etme (Tedavinin yan etkilerini bilme, tanıma ve bu etkilerle başa çıkma becerisi)

1. Yok: Hasta, Tedavisinin yan etkileriyle tamamen ilgisiz görünür.
2. Kısmen var: Hasta tedavisinin yan etkileriyle yalnızca muğlak biçimde alakalıdır, yan etkileri tanımakta zorluk yaşar ve bunlarla baş etmek için yardım istemez.
3. Yeterince var: Hasta, tedavisinin yan etkileri konusunda yeterince alakalıdır. Yalnızca en rahatsız edici yan etkileri tanıyıp onlarla başa çıkabilir.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta tedavisinin tüm yan etkileriyle alakalıdır. Neredeyse hepsini tanıyır ancak onlarla nasıl başa çıkacağını bilmesi şart değildir.
5. Mükemmel derecede var: Hasta tedavisinin olası tüm yan etkileriyle alakalıdır ve bu etkiler hakkında araştırma yapar. Tüm yan etkileri tanıyıp ve onlarla başa çıkabilir.

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

3. Günlük Yaşam Becerileri

Biyolojik ritimlere uyum (hastanın uyanma/uyku, yemek saatleri gibi biyolojik ritimlere uyumu)

1. Yok: Hastanın yaşamla ilgili alışkanlıkları kesinlikle düzensizdir.
2. Kısmen var: Hasta, yalnızca başkası tarafından açıkça istendiğinde biyolojik ritimlere uyur.
3. Yeterince var: Hasta biyolojik ritimlere kendiliğinden ancak düzensiz biçimde uyur.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta biyolojik ritimlere genellikle uyur ancak temel değişikliklere uyum sağlamakta zorlanır.
5. Mükemmel derecede var: Hasta her alanda ve her durumda biyolojik ritimlere uyur.

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Beslenme (Yemek hazırlığı yapma; alış-veriş, düzenleme ve/veya (ailenin veya yaşanılan yerin) yemek saatlerine uyma becerisi)

1. Yok: Hasta kendiliğinden tek başına alış-verişe çıkmaz ve yalnız yaşıyorsa kendi yemeğini hazırlamaz; ailesiyle ya da bir bakım evinde yaşıyorsa yemek saatlerine uymaz.
2. Kısmen var: Hasta nadiren yemek alış-verişine veya yemek hazırlığına dâhil olur. Yalnızca, ondan uyulması istenirse yemek saatlerine uyur.
3. Yeterince var: Hasta kendi yemeğini öyle ya da böyle yeterli biçimde hazırlar ancak yemek kalitesi ve düzeni yetersizdir.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta kendi yemeğini sağlamak konusunda görece kendine yeterlidir. Besin kalitesi ve yemek düzeni çoğu zaman yeterlidir.
5. Mükemmel derecede var: Hasta yemeğini hazırlamak konusunda kendine yeter. Besin kalitesi ve yemek düzeni yeterlidir.

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

İdari ve finansal yönetim (Olağan harcamaların idaresi, fatura ödemeleri, idari işler, sahip olduğu hakları bilmek, mal varlığının idaresi)

1. Yok: Hasta olağan harcamalarını kontrol edemez ve tüm idari işlerde dışarıdan yardıma ihtiyaç duyar.
2. Kısmen var: Hasta günlük harcamalarını idare edebilir ama bütçe ve çoğu idari iş konusunda yardıma ihtiyaç duyar.
3. Yeterince var: Hasta kendi kişisel bütçesini ayarlayabilir. Tek başına faturalarını ödeyebilir ve harcamalarını ve giderlerini kontrol edebilir.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta tüm faturaları ve idari işleri kendi başına halledebilir. Hasta tüm haklarından ve mal varlığından haberdar değildir.
5. Mükemmel derecede var: Hasta tüm faturalarını ve idari işlemleri kendi başına halledebilir. Hasta haklarından ve mal varlığından haberdardır.

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Kişisel görünüm ve bakım (görünüş, kişisel hijyen, kıyafetlerin temizliği)

Daha önceki alışkanlıklar ve sosyal-kültürel ortamla kıyaslanarak değerlendirilecektir.

1. Yok: Hasta kirli ve dağınıktır, kokmaktadır. Görünüşünü ve bakımını ihmal eder. Birbirleriyle uyumsuz ve uygun olmayan kıyafetler giyer.
2. Kısmen var: Hastanın görünüşü ve/veya bakımı vasatın altındadır. Görünüşü oldukça ihmal edilmiştir ve kıyafetleri birbirleriyle uyumsuz olabilir veya uygun olmayabilir.
3. Yeterince var: Uygun bir bakım düzeyini sürdürmekte zorluk yaşıyor gibi görünmesine rağmen hastanın görünüşünde sadece hafifçe bir ihmal vardır.
4. Neredeyse tamamen var: Hastanın zaman zaman bakımla ilgili problemleri olur veya bazen görünüşünü ihmal eder. Bu çok nadiren olur ve önemli sonuçlar doğurmaz.
5. Mükemmel derecede var: Hastanın iyi bir görünüşü vardır ve bakımlıdır; giyimine dikkat eder.

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Agresif, saldırgan veya anti sosyal davranışın kontrolü (agresif davranış ve/veya kanunların ve toplum hayatının kurallarının hiçe sayılması)

1. Yok: Hasta agresif duygularına hakim olmaz. Kanunları sıklıkla ve/veya ciddi biçimde çiğner.
2. Kısmen var: Hasta agresif duygularına sadece kısmen hakim olur. Kanunlara veya toplum hayatının kurallarına her zaman uymaz.
3. Yeterince var: Hasta neredeyse her zaman agresif davranışına hakim olur. Kanunlara uyar ve toplum hayatının kurallarıyla ilgili nadiren sorun yaşar.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta agresif duygularına hakim olur, bu duyguları sadece sözel olarak ifade eder. Kanunlara uyar ve genellikle toplum hayatının kurallarına da uyar.

5. Mükemmel derecede var: Hasta tüm agresif davranışlarına ve sözel agresyonuna hakim olur. Karınlarına ve toplum hayatının kurallarına harfi harfine uyar.

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Strese ve beklenmeyen durumlara uyum sağlama (Uyabilme becerisi, duygusal kontrol, başa çıkma mekanizmaları)

1. Yok: Hasta, en ufak sıkıntıya uygunsuz biçimde tepki verir. Ortaya çıkabilecek beklenmedik herhangi bir problemle başa çıkmak için hazırlıklı değildir.
2. Kısmen var: Hasta bazı problemlerle başa çıkabilir ama hemen bunılır.
3. Yeterince var: Hasta stresle başa çıkabilir ancak sorunlar tekrarladığında yada ciddi bir hal aldığı anda bunılır.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta, günlük hayattaki stres ve sorunlarla iyi bir biçimde başa çıkar ancak büyük ve beklenmedik strese karşı oldukça hassastır.
5. Mükemmel derecede var: Hastanın duygusal kontrolü iyidir ve her durumda etkili baş etme mekanizmaları kullanır.

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

4. Mesleki İşlevsellik

Ev işi etkinlikleri (Ev idaresi ile ilgili işler; toparlama, çamaşır, bulaşık, temizlik, çöpü dışarı çıkarma, genel bakım, mobilyanın durumu vb.)

1. Yok: Hasta evine hiç bakmaz (temizliği asla kendisi yapmaz, nevresimleri değiştirmez, çöpü dışarı çıkarmaz...).
2. Kısmen var: Hasta çok az ev işi yapar ve sadece mutlaka gerekli olan şeyleri yapar.
3. Yeterince var: Hasta, içinde bulunduğu çevrenin sosyal kurallarını yerine getirme imkanı veren minimum düzeydeki ev işlerini ve temizlik işlerini yapar.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta çoğu ev işini yapar ancak bu bazen düzensiz ve eksik olur.
5. Mükemmel derecede var: Hasta ev işlerini düzenli olarak ve iyi bir biçimde yapar.

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Çalışma veya eğitim (Okul veya üniversiteye devam etme yada geri dönme, iş eğitimi alma yada profesyonel yönelim İş arama yada işe geri dönme, profesyonel entegrasyon)

1. Yok: Hasta herhangi bir profesyonel etkinlik yürütemez yada okulunu tamamlayamaz görünür. İş aramak veya okula geri dönmek için adım atmaz.
2. Kısmen var: Hasta iş aramak veya okula geri dönmek için adım atar. Şu anda iş yada okulla ilgili olarak bir etkinlikte bulunmaz.
3. Yeterince var: Hastanın korunaklı bir ortamda düzensiz iş veya işleri vardır. Hasta aralıklı olarak okula gider.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta çalışır yada okula gider. Entegrasyonu için çaba gerekir veya araya kısa aralıklar girer.
5. Mükemmel derecede var: Hasta düzenli bir biçimde çalışır veya (okuldaki) çalışmalarını gayretle sürdürür.

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

EK 6: İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi (İGD)

İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi (İGD)

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

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

PUAN

EK 7: Klinik Global İzlenim Ölçeği (CGİ)

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

KLİNİK GLOBAL İZLENİM ÖLÇEĞİ (CGİ)

HASTALIK ŞİDDETİ

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

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

DÜZELME

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

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

YAN ETKİ ŞİDDETİ

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

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

EK 8: Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

Ad Soyad:

Tarih:

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif Düzeyde (Pek etkilemedi)	Orta Düzeyde (Hoş değildi ama katlanabildim)	Ciddi Düzeyde (Dayanmakta çok zorlandım)
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma	☐	☐	☐	☐
2. Sıcak/ ateş basmaları	☐	☐	☐	☐
3. Bacaklarda halsizlik, titreme	☐	☐	☐	☐
4. Gevşeyememe	☐	☐	☐	☐
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu	☐	☐	☐	☐
6. Baş dönmesi veya sersemlik	☐	☐	☐	☐
7. Kalp çarpıntısı	☐	☐	☐	☐
8. Dengeyi kaybetme duygusu	☐	☐	☐	☐
9. Dehşete kapılma	☐	☐	☐	☐
10. Sinirlilik	☐	☐	☐	☐
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu	☐	☐	☐	☐
12. Ellerde titreme	☐	☐	☐	☐
13. Titreklilik	☐	☐	☐	☐
14. Kontrolü kaybetme korkusu	☐	☐	☐	☐
15. Nefes almada güçlük	☐	☐	☐	☐
16. Ölüm korkusu	☐	☐	☐	☐
17. Korkuya kapılma	☐	☐	☐	☐
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi	☐	☐	☐	☐
19. Baygınlık	☐	☐	☐	☐
20. Yüzün kızarması	☐	☐	☐	☐
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)	☐	☐	☐	☐

Puan: _____