

Şizofreni Hastalarında Yetiyitimi ve Belirti Şiddetinin Yaşam Kalitesine Etkisi

İbrahim EREN *, Düzgün ŞİMŞEK *, Ali Metehan ÇALIŞKAN *

ÖZET

Amaç: Şizofreni kronik gidişli, entelektüel ve bilişsel işlevlerde yıkımla giden bir rahatsızlıktır. Tedavisinde çok fazla yol alınmasına rağmen hastaların yaşam kaliteleri henüz istenen düzeyde değildir. Bu çalışmanın amacı; şizofreni hastalarında belirti şiddeti ve yetiyitiminin yaşam kalitesine etkisini araştırmaktır.

Yöntem: Çalışmaya DSM-IV tanı ölçütlerine göre şizofreni tanısı konulan 50 hasta alındı. Hastalara Sosyodemografik Bilgi Formu, Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği, Dünya Sağlık Örgütü-Yetiyitimi Çizelgesi (WHO-DAS-II), Kısa Psikiyatrik Derecelendirme (KPDÖ), Pozitif ve Negatif Belirti (PNBDÖ), Calgary Şizofrenide Depresyon (ÇŞDÖ), İçgörü Değerlendirme, Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçekleri (LSAÖ) uygulandı.

Bulgular: Çalışmanın sonucunda hastaların ekonomik durumu ile yaşam kalitesinin bütün alanları arasında pozitif yönde korelasyon saptandı. Hastalığın başlangıç yaşı ile mesleki rol, kişisel eşya/faaliyet puanları arasında pozitif ilişki olduğu görüldü. Yaşam kalitesinin tüm alanları ile KPDÖ ve PNBDÖ negatif puanları arasında negatif yönde ilişkili olduğu saptandı. Yetiyitimi skorlarının yaşam niteliğinin tüm alanlarıyla negatif olarak ilişkide olduğu saptanmıştır. Yaşam niteliğinin kişilerarası ilişkiler alanı ile içgörü puanı arasında pozitif; LSAÖ kaygı ve kaçınma puanları ile negatif yönde ilişkili olduğu bulundu.

Sonuç: Bu çalışmada, şizofreni hastalarının yaşam kalitesi ve yaşam kalitesine etkili olabilecek etmenler araştırılmıştır. Bizim verilerimiz kronik fiziksel hastalıklarda olduğu gibi kronik bir ruhsal hastalık olan şizofrenide de yetiyitiminin yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilediğini göstermiştir. Bu noktada yaşam kalitesini arttırmanın bir yolu ve belki de en önemli yolu yetiyitiminin azaltılması olacaktır.

Anahtar kelimeler: Yaşam kalitesi, yetiyitimi, depresyon, negatif belirtiler

Düşünen Adam; 2007, 20(2):68-78

ABSTRACT

Effects of Disability and Symptom Severity on Quality of Life in Schizophrenia Patients

Objective: Schizophrenia is a chronic disease marked by intellectual deterioration and cognitive impairment. Although much progress has been achieved in the treatment of schizophrenia, quality of life in schizophrenia patients is far from satisfactory. This study aims to investigate effects of disability and severity of symptoms on quality of life in schizophrenia.

Method: The study included fifty (50) patients who met the DSM-IV diagnostic criteria for schizophrenia. Patients were evaluated by using Sociodemographic Data Form, World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHO-DAS-II), Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), Positive and Negative Symptoms Scale (PANSS), The Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS), Insight Assessment Scale and Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS).

Results: Results suggested a positive correlation between economic status of patients and all areas of quality of life. A positive relationship was also determined between onset age of disease and instrumental role category, and common objects and activities. Results revealed a positive relationship between all areas of quality of life and BPRS and PANSS negative scores. A negative relationship was found between disability scores and all parts of quality of life. On the other hand, a positive relationship was found between interpersonal relations area of quality of life and insight scores, while a negative relationship was determined between interpersonal relations area of quality of life and LSAS anxiety and avoidance scores.

Conclusion: This study investigated quality of life and factors that may affect quality of life in schizophrenia patients. Results suggested that, similar to chronic physical diseases, disability also affects quality of life negatively in chronic psychological disease such as schizophrenia. Therefore reducing disability would perhaps be the most effective way to increase quality of life.

Key words: Quality of life, disability, depression, negative symptoms

* Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Dr.

GİRİŐ

Şizofreni düşünce, algı ve duygulanım alanında belirtilerle seyreden, kişinin uyum ve işlevsellik düzeyini belirgin olarak bozan, etyolojisi tam olarak belirlenememiş, farklı klinik görünümüleri olan kronik ve şiddetli seyreden bir ruhsal bir hastalıktır. Hastalığın özelliğine ve uygulanan tedaviye bağılı olarak şizofreni hastaları günlük yaşam aktiviteleri, motivasyon, iletişim becerileri, üretkenlik ve uyum gibi alanlarda sorunlar yaşamaktadırlar.

Hastalarda motivasyon eksikliği ve izolasyon, uyuma yönelik olmayan davranış ve sosyal fonksiyon bozukluğu gibi şizofreninin kalıntı belirtileri devam edebilir. Bu belirtiler hastaların eğitim, meslek ve sosyal rollerini yerine getirmekte zorluklar yaşamalarına neden olur. Yaşam kalitesi, Dünya Sağlık Örgütü tarafından “hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak, kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde durumlarını algılama biçimi” olarak tanımlanmıştır (1). Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ise, hastaların kendi sağlık durumlarını nasıl algıladıkları ve hastaların fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak fonksiyonel kapasitesi olarak tanımlanmıştır (2). Son 15 yıl içinde şizofreni gibi şiddetli psikiyatrik hastalığı bulunan kişilerde yaşam kalitesinin değerlendirilmesi konusunda çalışmalar yoğunlaşmıştır. Yaşam kalitesi, bugün şizofrenide rehabilitasyon programlarında ve ilaç tedavisi başarısının değerlendirilmesinde önemli bir araç olarak kullanılmaktadır. Şizofreni tedavisinin ana amacı şizofreni belirtilerinin azaltılmasından ve yinelemeleri önlemeden öte hastanın tam olarak iyileşmesine ve yaşam kalitesinin optimizasyonuna doğru yönelmektedir (3).

Şizofren hastalarının sağlıklı kontrollerle ve kronik fiziksel hastalıklarla karşılaştırıldığında ya-

şam kalitelerinin bozulduğu birçok çalışmada ortaya konulmuştur (4). Yaşam kalitesi alanında yapılan çalışmalarda şizofrenide klinik değişkenlerin yaşam kalitesi üzerine önemli etkisi olduğu bulunmuştur (4). Şizofreni hastalarında yapılan çalışmalarda psikopatoloji düzeyleri yüksek olan hastaların daha düşük yaşam kalitesi gösterme eğiliminde oldukları bildirilmektedir (5,6). Yine yapılan bazı kesitsel çalışmalarda pozitif ve negatif belirtiler ile yaşam kalitesi arasında zayıf bir ilişki olduğu bildirilmiştir (7,8). Bununla birlikte uzunlamasına yapılan çalışmalarda pozitif belirti ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki olmadığı, ancak pozitif belirtilerin azaltılmasının yaşam kalitesinin artırılmasında en önemli etken olduğu söylenmiştir (9,10). Şizofren hastalarda bazı çalışmalar negatif belirtiler ve depresyon ile yaşam kalitesi arasında negatif ilişki olduğunu göstermekle birlikte bazı çalışmalar da bu ilişkinin pozitif belirtilerle olduğunu ortaya koymaktadır (11,12). Yine yapılan çalışmalarda hastaların işlevsellikleri ile yaşam kaliteleri arasında pozitif ilişki olduğu söylenmektedir (13). Yapılan bir çalışmada yetiyitimi ile yaşam kalitesi arasında orta düzeyde bir ilişki olduğu göstermiştir (14).

Şizofreni hastalarında klinik değişkenlerin yaşam kalitesi üzerine etkisi olabilir. Şizofreni hastalarında bu değişkenlerin etkisinin tanımlanması yaşam kalitesinin artırılması çalışmaları açısından önem taşımaktadır. Şizofreni belirtilerinin düzeyleri hastaların günlük yaşamını olumsuz etki yaparak yaşam kalitelerini bozabilir. Yine yetiyitimi hastaların stresle baş etme yetilerini bozarak günlük aktivitelerini etkileyerek yaşam kalitesini bozabilir. Bu çalışmanın amacı şizofreni hastalarında yetiyitiminin ve belirti şiddetinin yaşam kalitesine üzerine olan etkisinin araştırılmasıdır.

YÖNTEM

HASTA SEÇİMİ

Ocak 2006-Ağustos 2006 tarihleri arasında, Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı Polikliniği'ne başvuran ve DSM-IV tanı ölçütlerine göre şizofreni tanısı konulan 50 hasta dahil edildi. Hastalara verilen testlerin sağlıklı yapabilmesi amacıyla en az ilkokul mezunu olanlar çalışmaya dahil edildi. Tıbbi bir nedene bağlı psikotik bozukluğu bulunan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Çalışmaya dahil edilme ölçütlerine uyan hastalar çalışma hakkında bilgilendirildi ve hastaların çalışmaya katılımları soruldu. Değerlendirmeye alınan 65 hastanın 50'si çalışmaya alındı. 3 hasta okuryazar olmadığı için, 12 hasta da çalışmayı kabul etmediği için çalışmaya alınmadı. Çalışmaya alınan bireylerin yazılı onayları alındı.

Hastalara Sosyodemografik Bilgi Formu, Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği, Dünya Sağlık Örgütü-Yetiyitimi Çizelgesi (WHO-DAS-II), Kısa Psikiyatrik Derecelendirme (KPDÖ), Pozitif ve Negatif Belirti (PNBDÖ), Calgary Şizofrenide Depresyon (CŞDÖ), İçgörü Değerlendirme, Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçekleri (LSAÖ) uygulandı.

ÖLÇEKLER

Klinik Değerlendirme Ölçekleri

Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu

Yarı-yapılandırılmış görüşme çizelgesi kullanılarak hastaların yaşı, cinsiyeti, kliniğimize geliş şekilleri, eğitim durumu, medeni durumu, mesleki durumları, yaşam şekli, ekonomik durumu gibi sosyodemografik verileri değerlendirildi.

Hastaların stres verici yaşam olayı/travma öyküsü, ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü ve intihar girişimi öyküsü alındı. Hastalığın başlangıç yaşı ve yatarak veya ayaktan tedavi görüp görmediği ve hastanın şikâyetleri kaydedildi.

Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği

Sürdürüm tedavisi altındaki şizofreni hastalarının yaşam niteliğini değerlendirmek amacıyla Heinrich ve ark.'ları tarafından geliştirilmiş bir ölçektir ⁽¹⁵⁾. Türkçe çeviri, güvenilirlik ve yapısal geçerlik çalışması Soyğür ve ark. tarafından yapılmıştır ⁽¹⁶⁾. Bu ölçek, hastaların kişisel deneyimlerinin zenginliğini, kişiler arası ilişkilerinin niteliğini, meslek rollerdeki üretkenlik düzeyini ölçmeyi amaçlamaktadır. Ölçek yarı yapılandırılmış bir görüşme biçiminde uygulanmakta ve görüşmecisi tarafından değerlendirilmektedir. Toplam 4 alt boyut ve 21 sorudan oluşan ölçekte her bir madde için 3 bölüm vardır. 1. bölümde görüşmecinin değerlendirme yapılacak parametreyi anlaması ve bunun üzerinde yoğunlaşmasına yardımcı olmak üzere kısa bir tanımlama yapılmakta, 2. bölümde görüşmecinin hastayı incelemesinde yardımcı olmak üzere birkaç örnek soru verilmekte, 3. bölümde de değerlendirmeyi yapmak için 7 dereceli likert tipi bir skala verilmektedir. Ölçeğin minimum puanı 0, maksimum puanı ise, 126'dır. Ölçeğin alt boyutları: I-Kişilerarası ilişkiler, II-Mesleki rol, III-Ruh-sal bulgular, IV-Günlük eşya kullanımı ve faaliyetler biçimindedir.

Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği, KPDÖ (Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS)

Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarda psikotik ve bazı depresif belirtilerin şiddetini ve değişimini ölçmek için kullanılan bu ölçek, yarı ya-

pılandırılmış olup, 18 maddeden oluşur. Overall ve ark. tarafından geliştirilmiş olup, her madde 0-6 puan arasında değerlendirilir ve toplam puan hepsinin toplamından oluşur⁽¹⁷⁾. 15-30 puan minör sendrom, 30 ya da daha üzeri majör sendromu ifade eder. Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır⁽¹⁸⁾.

Pozitif ve Negatif Belirti Ölçeği, PNBÖ (Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS)

Kay ve ark. tarafından geliştirilen bu ölçek 30 maddelik ve 7 puanlı şiddet değerlendirmesi içeren yarı-yapılandırılmış bir görüşme ölçeğidir⁽¹⁹⁾. Bu 30 maddenin 18'i Kısa Psikiyatri Değerlendirme Ölçeği (BPRS) ve 12'si ise, Psikopatoloji Değerlendirme Ölçeği'nden uyarlanmıştır. Değerlendirilen itemlerin 7'si pozitif sendrom alt ölçeğine, 7'si negatif sendrom alt ölçeğine ve geri kalan 16'sı ise, genel psikopatoloji alt ölçeğine aittir. Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Kostakoğlu ve ark. tarafından yapılmıştır⁽²⁰⁾.

Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği, CŞDÖ (Depression Scale for Schizophrenia, CDSS)

Şizofreni bulunan hastalarda depresyon yönünde değerlendirme yapmak, depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla kullanılan bir ölçektir. Addington ve ark. tarafından geliştirilmiştir⁽²¹⁾. Temel uygulama grubu şizofreni ve psikotik bozukluğu olan hasta gruplarıdır. Toplam 9 maddeden oluşur. Ölçek maddelerin değerlendirilmesine yönelik kendi içinde görüşme yönergesini bulundurmaktadır. Her madde 0-3 puan arasında giderek artan puan alır ve toplam puan bunların toplanmasından elde edilir. Ölçeğin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerlik çalışması Aydemir ve ark. tara-

findan yapılmış olup, kesme puanının 11/12 olarak kullanıldığı belirtilmiştir⁽²²⁾.

Dünya Sağlık Örgütü-Yetiyitimi Çizelgesi (WHO-DAS-II)

Dünya Sağlık Örgütü Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesi, bireyin faaliyet düzeyinde ve topluma katılımında olan kısıtlılıkları tespit edebilmek amacıyla, Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilmiştir⁽²³⁾. Bu ölçekte hastalık, yaralanma gibi sağlık durumlarına bağlı olarak ortaya çıkan sonuçlar sistematik olarak gruplandırılarak, yetiyitimi ve işlevsellik sınıflandırılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımlamasına göre⁽²⁴⁾ yetiyitimi ve işlevsellik, beden yapısı ve işlevleri; bireysel faaliyetler, topluma katılım olmak üzere 3 ayrı boyutu içermektedirler.

36 maddelik yarı yapılandırılmış bir görüşme ölçeği olan bu ölçek, birçok kültürde ortak olarak önemli sayılan faaliyetleri içeren 6 alandan oluşmaktadır. Bunlar: 1) Anlama ve iletişim kurma, 2) Hareket etme ve bir yerden bir yere gitme, 3) Kendine bakım, 4) İnsan ilişkileri, 5) Yaşam faaliyetleri, 6) Toplumsal yaşama katılım başlıkları altında toplanmıştır. Tüm bu alanlarla ilgili sorularda kişinin son 1 ayda o faaliyet sırasında ne kadar güçlük çektiği sorulmakta, hiç, hafif, orta derecede, çok fazla, aşırı/hiç yapamıyorum şeklinde alınan yanıtlar 1-5 arasında puanlanmaktadır. Hastanın güçlükleri nelere bağladığını anlayabilmek amacıyla, yaşadığı güçlükleri bedensel, ruhsal, alkol veya maddeyle ilgili sorunların hangilerine bağladığını puanlaması istenmektedir. Bunların yanı sıra hastanın yaşadığı güçlükleri ne derecede çevresel etkenlere bağladığını anlamaya yönelik sorular vardır. Ölçeğin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması Uluğ ve ark. tarafından 2001 yılında yapılmıştır⁽²⁵⁾.

İçgörü Değerlendirme Ölçeği

David tarafından hazırlanan İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği, klinisyen tarafından uygulanan ve içgörüyü niceliksel olarak değerlendiren bir ölçektir (26). İçgörü değerlendirme ölçeği tedaviye uyum, hastalığın farkında olma, psikotik yaşantıları doğru olarak tanımadan oluşan üç bileşenden oluşur. İçgörü Değerlendirme Ölçeği, 8 sorudan oluşan ve klinisyen tarafından uygulanan yarı-yapılandırılmış bir ölçektir. İlk 7 sorunun en yüksek toplam puanı 14'dür. 8. sorunun sorulması görüşmeciye bırakılmıştır ve bu soru ile birlikte en yüksek toplam puan 18'dir. Hastanın yüksek puan alması yüksek içgörü düzeyini gösterir. Bu ölçeğin Türkçede güvenilirlik ve geçerlik çalışması Arslan ve ark. tarafından yapılmıştır (27).

Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği (LSAÖ) (Liebowitz Social Anxiety Scale, LSAS)

Sosyal ortamlarda ve performans gerektiren durumlarda yaşanan korku ve kaçınmanın şiddetini değerlendirmek amacıyla Liebowitz tarafından geliştirilmiş bir ölçektir (28). Sosyal durumları değerlendiren 11, performans gerektiren durumları değerlendiren 13 soru olmak üzere toplam 24 sorudan oluşmaktadır. Klinisyen tarafından uygulanan ölçek, sosyal durumlarda yaşanan korkunun şiddetini, performans gerektiren durumlarda yaşanan korkunun şiddetini, sosyal durumlardan kaçınmanın şiddetini, performans gerektiren durumlardan kaçınmanın şiddetini, toplam korku şiddetini ve toplam kaçınma şiddetini gösteren 6 alt ölçek puanı sağlamaktadır. Bu ölçeğin, Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği Dilbaz tarafından yapılmıştır (29). Ölçeğin kaygı ve kaçınma alt ölçeklerinin minimum ve maksimum puanları 24-72 arasında değişmektedir.

VERİLERİN ANALİZİ

Elde edilen veriler 'SPSS 12.0 for Windows' paket programını kullanarak analiz edildi. Vakaların demografik özelliklerinin değerlendirilmesi tanımlayıcı istatistikler yapılarak sonuçlar yüzde, ortalama ve standart sapma olarak ifade edildi. Demografik veriler, klinik veriler, ile yaşam kalitesi arasındaki bağlantı Pearson korelasyon analizi ve Spearman korelasyon analizi ile değerlendirildi. Cinsiyet grupları verilerine göre ki-kare ve bağımsız t-testi ile karşılaştırıldı. P değerinin 0.05'ten küçük olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen hastalarda paranoid şizofreni en sık görülen alt tip (21 hasta, % 42) olarak gözlenirken, farklılaşmamış tip 2. en yaygın (13 hasta, % 26) tipi oluşturmaktaydı. Hastaların 9'u (% 18) kalıntı tip, 7'si (% 14) ise, de-organize tip şizofreni alt grubuna uymaktaydı. Çalışmaya dahil edilen hastalardan 3 (% 6)'ü ilk epizodlarını geçirmekteydiler.

Çalışmaya dahil edilen hastaların 49'u (% 98) atipik antipsikotik; 1'i (% 2) ise, tipik antipsikotik tedavisi almaktaydı. Atipik antipsikotik tedavisi altındaki hastaların 33'ü (% 67.3) yalnızca 1; 12'si (% 24.4) 2; 1'i (% 2) 3 atipik antipsikotik ilacı bir arada kullanmaktaydı. Hastaların 3'ü ise, atipik ve tipik antipsikotik ilaçları bir arada kullanmaktaydı. Ayrıca, 14 (% 28) hasta antidepresan; 6 (% 12) hasta antikolinerjik; 5 (% 10) hasta benzodiazepin ve 3 (% 6) hasta ise, antiepileptik ilacı ek tedavi olarak kullanmaktaydı. 2 tipik antipsikotik ilacı kombine kullanan 1 hasta ayrıca antiepileptik ilaç kullanmaktaydı.

Hastaların öykülerinde 38'inin (% 76) hem yatarak hem de ayaktan tedavi gördüğü, 11 (% 22)

tanisinin yalnızca ayaktan tedavi gördüğü ve 1 (% 2) tanesinin ise, yalnızca yatarak tedavi gördüğü öğrenildi. Ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü bildiren hasta sayısı 16 (% 32) idi. Alkol veya diğer madde bağımlılığı bulunan hasta mevcut değildi ve hastaların 19 (% 38)'unda sigara alışkanlığı mevcuttu. Kadın hastaların 4 (% 22.2)'ü, erkeklerin 11 (% 34.4)'i, toplam hastaların 15 (% 30)'i en az bir kez intihar girişiminde bulunmuştu. Hastaların klinik özellikleri ve klinik özelliklerin cinsiyete göre dağılımı Tablo 1'de toplu olarak görülmektedir.

Tablo 1. Çalışmaya dahil edilen hastaların klinik özellikleri.

	Kadın N (%)	Erkek N (%)	Toplam N (%)
Başlangıç yaşı (ort.)	25.8 (8.4)	21.7 (5.8)	23.1 (7.0)
Hastalık süresi (ort.) (yıl)	11.9 (11.2)	11.9 (12.3)	11.9 (10.7)
Klinik tip			
Dezorganize	5 (27.8)	2 (6.3)	7 (14)
Paranoid	7 (38.9)	14 (43.8)	21 (42)
Farklılaşmamış	2 (11.1)	11 (34.4)	13 (26)
Rezidüel	4 (22.2)	5 (15.6)	9 (18)
Sigara			
Düzenli kullanıyor	4 (22.2)	15 (46.9)	19 (38)
Kullanmıyor	14 (77.8)	17 (53.1)	31 (62)
İntihar girişimi olan	4 (22.2)	11 (34.4)	15 (30)
Ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü olan	7 (38.9)	9 (28.1)	16 (32)

Çalışmamızda şizofreni hastalarının hastalık başlangıç yaşı en düşük 13, en yüksek 42 olmak üzere ortalama yaş 23.1±7.0 idi. Hastalığın süresi 6 ay ile 41 yıl arasında değişmekte olup, ortalama süresi ise 11.8±11.1 yıl olarak bulundu. Hastalar KPDÖ ölçeğinden en az 10 en fazla 76 puan olmak üzere puan almış ve ortalama KPDÖ puanı 31.54±11.90 puandı. CŞDÖ değerlendirildiğinde ise, hastaların en az 0 en fazla 24 depresyon puanı aldığı ve ortalama depresyon puanının 5.7±6.3 olduğu görüldü. Kadınlarda CŞDÖ puanı erkeklerle karşılaştırıldığında anlamlı olarak daha yüksek bulundu. PANNS ölçeğinin alt ölçekleri karşılaştırıldığında hastaların negatif belirtilerinin pozitif belirtilerden daha yüksek seviyede olduğu kaydedildi. Pozitif

Tablo 2. Çalışmaya dahil edilen hastaların psikiyatrik test sonuçları.

	Kadın Ort. (SS)	Erkek Ort. (SS)	Toplam Ort. (SS)	p	t
KPDÖ	30.8 (15.0)	31.9 (10.0)	31.54 (11.90)	0.76	-0.31
PANNS					
Pozitif	13.9 (4.3)	15.5 (4.5)	14.9 (4.4)	0.24	-1.19
Negatif	19.7 (8.9)	16.2 (5.2)	17.6 (7.0)	0.15	1.48
Genel	32.1 (8.1)	33.0 (6.7)	32.6 (7.2)	0.70	-0.39
Toplam	66.3 (16.8)	64.0 (11.3)	64.9 (13.6)	0.59	0.54
CŞDÖ	5.8 (6.5)	5.7 (6.4)	5.7 (6.3)	0.03	0.98
LSAÖ					
Kayıgı	53.9 (16.7)	53.7 (15.1)	53.7 (15.5)	0.96	0.48
Kaçınma	49.4 (16.8)	50.5 (13.8)	50.1 (14.7)	0.81	-0.24

KPDÖ: Kısa Psikiyatrik Derecelendirme Ölçeği; PANNS :Pozitif Negatif Belirtiler Ölçeği; CŞDÖ: Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği, LSAÖ: Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği

belirtilerin ortalaması 14.9±4.4'ken, negatif belirtilerin ortalaması 17.6±7.0 idi. Genel psikopatoloji ortalama puanı ise, 64.9±13.6 olarak bulundu. LSAÖ kaygı alt puanının ortalaması 53.7±15.5, kaçınma alt puanı 50.1±14.47 idi (Tablo 2).

YAŞAM NİTELİĞİ

Şizofreni hastaları için yaşam niteliği ölçeği toplam puanı değerlendirildiğinde hastaların ortalama puanları 52.2±18.1 idi. Yaşam niteliği alt alanları incelendiğinde kişilerarası ilişkiler alanında ortalama 17.7±8.1; mesleki rol alanında ortalama 8.7±4.4; ruhsal bulgular alanında ortalama 20.0±6.5; kişisel eşya/faaliyet alanında ortalama 5.8±2.1 puanları bulundu. Kadın ve erkek hastaların yaşam niteliği puanları karşılaştırıldığında, 2 grubun yaşam niteliği açısından farklı olmadığı görüldü (Tablo 3).

Hastaların yetiyitiminin en fazla görüldüğü alan yaşam faaliyetleri ortalama 46.8±29.7 alanyken, yetiyitiminin en düşük olduğu alan hareket etme, bir yerden bir yere gitmeydi. Hastaların insan ilişkileri alanında yetiyitimi ortalaması 40.1±28.2'yken, toplumsal yaşama katılım alanında yetiyitimi ortalaması 42.9±18.4 olarak

bulundu. Kadın ve erkek hastaların yetiyitimleri karşılaştırıldığında, 2 grubun yetiyitimi açısından farklı olmadığı görülmüştür (Tablo 4).

Hastaların ekonomik durumu ile yaşam kalitesinin bütün alanları arasında pozitif yönde korelasyon saptandı. Hastalığın başlangıç yaşı ile mesleki rol, kişisel eşya/faaliyet puanları arasında pozitif ilişki olduğu görüldü. Diğer değişkenlerle yaşam kalitesi puanları arasında ilişki bulunmadı (Tablo 5).

Hastaların, KPDÖ puanlarının genel olarak, yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu görüldü. KPDÖ

puanının, yaşam kalitesinin tüm alanları ile negatif yönde ilişkili olduğu saptandı. PANSS pozitif belirti puanları ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki görülmeyenken, negatif belirti puanlarının yaşam kalitesinin tüm alanları ile anlamlı derecede negatif yönde ilişkili olduğu saptandı. Aynı şekilde PANNS genel psikopatoloji puanı ile yaşam kalitesi puanlarının tümü arasında negatif ilişki bulundu. Hastaların CŞDÖ ile ölçülen depresyon düzeyleri ile kişilerarası ilişkiler, ruhsal bulgular ve toplam yaşam kalitesi puanları arasında anlamlı negatif ilişki olduğu tespit edildi. Yaşam niteliğinin kişilerarası ilişkiler alanı puanının içgörü puanı ile po-

Tablo 3. Şizofreni hastaları için yaşam niteliği ölçeği.

	Kadın Ort (SS)	Erkek Ort (SS)	Toplam Ort (SS)	p	t
Kişilerarası ilişkiler	16.4 (9.5)	18.5 (7.3)	17.7 (8.1)	0.39	-0.87
Mesleki rol	9.7 (4.1)	8.2 (4.5)	8.7 (4.4)	0.26	1.13
Ruhsal Bulgular	19.3 (8.4)	20.3 (5.2)	20.0 (6.5)	0.63	-0.49
Kişisel Eşya/Faaliyet	5.7 (2.5)	5.8 (1.9)	5.8 (2.1)	0.93	0.10
Toplam	51.1 (23.2)	52.8 (14.9)	52.2 (18.1)	0.77	-0.29

Tablo 4. Dünya Sağlık Örgütü yetiyitimi ölçeği.

Alanlar	Kadın Ort (SS)	Erkek Ort (SS)	Toplam Ort (SS)	p	t
Anlama ve iletişim kurma	41.7 (37.1)	41.7 (23.7)	41.7 (28.9)	1.0	0.0
Hareket etme, bir yerden bir yere gitme	20.8 (26.6)	20.0 (21.5)	20.3 (23.2)	0.90	0.12
Kendine bakım	23.6 (27.7)	21.7 (24.6)	22.4 (25.5)	0.80	0.26
İnsan ilişkileri	44.8 (31.2)	37.5 (26.4)	40.1 (28.1)	0.38	0.88
Yaşam faaliyetleri	45.8 (31.8)	47.4 (28.9)	46.8 (29.7)	0.86	-0.18
Toplumsal yaşama katılım	39.6 (20.1)	44.8 (17.4)	42.9 (18.4)	0.34	-0.97
Toplam	36.5 (23.4)	37.4 (17.1)	37.1 (19.4)	0.89	-0.14

Tablo 5. Yaşam kalitesi ile sosyodemografik özelliklerin ilişkisi.

	Kişilerarası ilişkiler		Mesleki rol		Ruhsal bulgular		Kişisel eşya/faaliyet		Toplam yaşam kalitesi	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Yaş	-0.042	0.774	-0.042	0.774	-0.042	0.774	-0.042	0.774	-0.042	0.774
Cinsiyet	0.121	0.401	0.121	0.401	0.121	0.401	0.121	0.401	0.121	0.401
Medeni durum	0.052	0.719	0.052	0.719	0.052	0.719	0.052	0.719	0.052	0.719
Eğitim durumu	0.161	0.264	0.161	0.264	0.161	0.264	0.161	0.264	0.161	0.264
Ekonomik durum	0.296	0.037	0.296	0.037	0.296	0.037	0.296	0.037	0.296	0.037
Sosyal destek	-0.379	0.007	-0.379	0.007	-0.379	0.007	-0.379	0.007	-0.379	0.007
Hastalık başlangıç yaşı	0.205	0.162	0.205	0.162	0.205	0.162	0.205	0.162	0.205	0.162
Hastalık süresi	-0.179	0.0224	-0.179	0.0224	-0.179	0.0224	-0.179	0.0224	-0.179	0.0224
İntihar öyküsü	-0.021	0.884	-0.021	0.884	-0.021	0.884	-0.021	0.884	-0.021	0.884
Aile öyküsü	-0.085	0.586	-0.085	0.586	-0.085	0.586	-0.085	0.586	-0.085	0.586

Tablo 6. Yaşam kalitesi ile psikopatolojik değişkenler arasındaki korelasyonlar.

	Kişilerarası ilişkiler		Mesleki rol		Ruhsal bulgular		Kişisel eşya/faaliyet		Toplam yaşam kalitesi	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
KPDÖ	-0.679	<0.0001	-0.420	0.002	-0.589	<0.0001	-0.528	<0.0001	-0.677	<0.0001
PANSS										
Pozitif	-0.103	0.490	0.033	0.826	-0.095	0.527	0.018	0.903	-0.070	0.640
Negatif	-0.752	<0.0001	-0.321	0.028	-0.704	<0.0001	-0.670	<0.0001	-0.745	<0.0001
Genel	-0.557	<0.0001	-0.369	0.012	-0.540	<0.0001	-0.390	0.007	-0.576	<0.0001
Toplam	-0.697	<0.0001	-0.305	0.040	-0.664	<0.0001	-0.505	<0.0001	-0.681	<0.0001
CŞDÖ	-0.387	0.007	-0.184	0.212	-0.350	0.015	-0.105	0.477	-0.358	0.013
İçgörü değerlendirme ölçeği	0.445	0.001	0.153	0.290	0.476	<0.0001	0.398	0.004	0.452	0.001
LSAÖ										
Kaygı	-0.429	0.002	0.070	0.633	-0.215	0.139	-0.022	0.879	-0.257	0.075
Kaçınma	-0.386	0.006	0.171	0.240	-0.142	0.329	0.048	0.742	-0.179	0.217

KPDÖ: Kısa Psikiyatrik Derecelendirme Ölçeği; PANNS: Pozitif Negatif Belirtiler Ölçeği; CŞDÖ: Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği, LSAÖ: Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği.

Tablo 7. Yaşam kalitesi ile yetiyitimi alanları arasındaki korelasyon.

	Kişilerarası ilişkiler		Mesleki rol		Ruhsal bulgular		Kişisel eşya/faaliyet		Toplam yaşam kalitesi	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Anlama ve iletişim kurma	-0.505	<0.00011	-0.340	0.016	-0.487	<0.00011	-0.399	0.004	-0.529	<0.0001
Hareket etme, bir yerden bir yere gitme	-0.338	0.016	-0.223	0.120	-0.226	0.114	-0.227	0.113	-0.312	0.027
Kendine bakım	-0.403	0.004	-0.321	0.023	-0.372	0.008	-0.459	0.001	-0.444	0.001
İnsan ilişkileri	-0.646	<0.00011	-0.127	0.379	-0.530	<0.00011	-0.31	0.028	-0.545	<0.0001
Yaşam faaliyetleri	-0.471	0.001	-0.329	0.020	-0.501	<0.00011	-0.367	0.009	-0.512	<0.0001
Toplumsal yaşama katılım	-0.393	0.005	-0.361	0.010	-0.411	0.003	-0.251	0.078	-0.439	0.001
Yetiyitimi toplamı	-0.595	<0.0001	-0.363	0.010	-0.548	<0.0001	-0.424	0.002	-0.599	<0.0001

zitif; LSAÖ kaygı ve kaçınma puanları ile negatif yönde ilişkili olduğu bulundu. Hastaların toplam yaşam kalitesi, kişisel eşya/faaliyet alanı puanlarının içgörü puanı ile pozitif yönde ilişkili olduğu bulundu (Tablo 6).

Yaşam kalitesinin yetiyitimi ile ilişkisi incelendiğinde, yetiyitiminin hareket etme, bir yerden bir yere gitme alanı dışındaki tüm alanlarının yaşam kalitesinin tüm alanlarıyla negatif olarak anlamlı ilişkili olduğu saptandı. Yetiyitiminin hareket etme, bir yerden bir yere gitme alanı puanı yaşam kalitesinin kişilerarası ilişkiler alanı ve toplam yaşam kalitesi puanı ile negatif ilişkili bulundu. Toplam yetiyitimi ile yaşam kalitesinin tüm alanları arasında negatif yönde oldukça anlamlı bir ilişki görüldü (Tablo 7).

TARTIŞMA

Şizofreni uzun yıllardır nüks ve düzelmelerle seyreden, ancak sürekli iyilik veya tam iyileşme için çok az umut veren kronik bir hastalık olarak tanımlanmaktadır. Bugüne kadar şizofreninin farmakolojik tedavisi esas olarak yinelemenin önlenmesi üzerinde yoğunlaşmıştır. Ancak, farmakolojik ve psikososyal yaklaşımlardaki gelişmeler, tedavi sonuçlarına ilişkin daha büyük beklentilerimizin oluşmasına neden olmuştur. Çalışmalar artık yaşam kalitesi ve işlevsellikte daha uzun dönemli ve fonksiyonel düzelmelerin olabileceğini göstermektedir.

Çalışmamızın sonucunda kadın ve erkeklerin yaşam kalitesi ve yetiyitimi arasında fark bu-

lunmamıştır. Daha önce yapılan bir çalışma kadınların erkeklere göre sosyal uyumunun daha iyi olduğunu fakat bunun yaşam kalitesinde daha fazla doyuma yol açmadığını belirtmiştir (30). Vandiver Amerika Birleşik Devletleri, Kanada ve Küba'daki şizofreni hastalarını karşılaştırarak yaptığı çalışmada Kanadalı kadınların sosyal ilişkilerde ve yaşam kalitesinde daha yüksek puanlar aldığını, bunun Küba'da tam tersi olduğunu ve Amerika Birleşik Devletleri'nde ise cinsiyetler arasında fark olmadığını söylemiştir (31).

Çalışmamızda yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma ve ekonomik durum gibi faktörler ile hastaların yaşam kalitesi arasında bir bağlantı saptanmamıştır. Ülkemizde gerçekleştirilen bir çalışmada benzer şekilde cinsiyet, medeni durum, gelir, meslek grupları, yaş, eğitim yılının yaşam kalitesi ile ilişkili olmadığı söylenmiştir (32). İtalya'da yapılan bir başka çalışmada da yaşam kalitesinin yaş, hastalığın başlangıç yaşı, süresi ve cinsiyet gibi sosyodemografik etkenlerden bağımsız olduğu belirlenmiştir (7). Sosyodemografik değişkenlerin yaşam kalitesi ile ilişkisi konusunda literatürde tam bir görüş birliğine varılmadığı görülmektedir.

Çalışmamızda klinik değişkenler incelendiğinde, hastalığın süresiyle bir bağlantı kurulamazken, hastalığın başlangıç yaşı ile yaşam kalitesinin mesleki rol ve faaliyet alanları ile negatif korelasyon gösterdiği saptanmıştır. Bu erken başlangıçlı hastaların hastalığın süresinden bağımsız olarak yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilediğini göstermektedir.

Şizofreni hastalarında yapılan çalışmalarda psikopatoloji düzeyleri ile yaşam kalitesi arasında ters ilişki olduğu söylenmektedir (5,6). Bazı çalışmalar hem pozitif hem de negatif belirtilerin yaşam kalitesine olumsuz etkisinin olduğunu

bildirmekle birlikte bazı çalışmalar özellikle negatif belirtilerin yaşam kalitesine olumsuz etkisinin olduğunu vurgulamaktadır (7,8,9,10). Çalışmamızda pozitif belirti düzeyi ile yaşam kalitesi puanları arasında ilişki bulunmazken, negatif belirti düzeyinin yaşam kalitesi puanları ile ters ilişkili olduğu belirlenmiştir. Bu bulgumuz literatürde yaygın olarak bildirilen yaşam kalitesinin negatif belirtilerle ilişkili olduğu görüşünü desteklemektedir (7,32-34).

Şizofreni hastalarında depresyonun yaşam kalitesine negatif yönde etkisi olduğu çeşitli çalışmalarca ortaya konulmuştur (4,35). Lehman şiddetli psikiyatrik bozukluğu olan hastalarda depresyon düzeyi ve yaşam kalitesi arasında negatif bir ilişki olduğunu kaydederken; Koivumma-Honkanen ve ark., depresyonu psikiyatrik hastalarda yaşam doyumunu etkileyen en güçlü değişken olarak tanımlamıştır (12,36). Yapılan çalışmalarla uyumlu olarak çalışmamız, depresyon düzeyinin yaşam kalitesi ile negatif yönde korelasyon gösteren değişkenler olduğunu ortaya koymuştur (12,35).

Birçok çalışma zayıf içgörünün yaşam kalitesini negatif yönde etkilediğini bildirmiştir (37-39). İçgörü bozukluğunun stresle başetme mekanizmalarını bozarak hastanın işlevselliğini etkilediği öne sürülmüştür (40). Ayrıca, içgörü bozukluğu hastanın ilaç ve psikososyal tedavilere uyumunu bozarak işlevselliğinin bozulmasına neden olabilir. Bizim çalışmamızın sonuçları da hastaların içgörü seviyesi ile yaşam kalitesinin ilişkili olduğunu göstermektedir. İçgörü ile yaşam kalitesinin kişilerarası ilişkiler, ruhsal bulgular, kişisel eşya, faaliyet ve toplam yaşam kalitesi puanları arasında negatif ilişki bulunmuştur.

Sosyal anksiyete, şizofreni hastalarında sık karşılaşılan bir komorbidedir (41,42). Çalışmamızda Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği kay-

gı ve kaçınma puanları ile yaşam kalitesi kişile-rarası ilişkiler altölçeği arasında anlamlı bir ne-gatif korelasyon görölmüştür. Bu bulgular, has-taların yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde sos-yal anksiyetelerinin de hedeflenmesi gerektiğini göstermektedir.

Çalışmamızda, genel olarak, yetiyitiminin tüm alanları ile yaşam kalitesinin tüm alanları ara-sında güçlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Fi-ziksel hastalıklarda yetiyitiminin yaşam kalitesi-ne olumsuz etki yaptığı, yetiyitimi ne kadar faz-la ise yaşam kalitesinin o kadar kötü olduğu söylenmektedir (43). Ancak, ruhsal bozukluklar-da yetiyitimi yaşam kalitesi arasında ilişki yete-rince araştırılmamış bir konudur. Şizofreni has-talarında işlevsellik düzeyinin yaşam kalitesine etkili faktörlerden olduğu söylenmiştir (44). Benzer olarak Patterson ve ark. ve McKibbin ve ark. şizofreni hastalarında yetiyitimi, günlük ya-şam aktiviteleri ve yaşam kalitesi arasında güç-lü bir bağlantı olduğunu söylemiştir (45,46). Ve-rilerimiz kronik fiziksel hastalıklarda olduğu gi-bi kronik bir ruhsal hastalık olan şizofreni de de yetiyitiminin yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilediğini göstermiştir. Bu noktada yaşam ka-litesini arttırmanın bir yolu ve belki de en önem-li yolu yetiyitiminin azaltılması olacaktır.

SONUÇ

Şizofrenide yaşam kalitesinin özellikle negatif belirtiler olmak üzere şizofreni belirtileri ve ye-tiyitimi düzeyleri ile ilişkili olduğu belirlen-miştir. Şizofreni hastalarının tedavisinde ve ya-şam kalitesinin arttırılmasında bu etkenler göz önünde bulundurulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Fidaner H, Elbi H, Fidaner C ve ark: Yaşam kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF. 3P Dergisi 7(Ek 2):3-66, 1999.
2. Bullinger M, Hasford J: Evaluating quality of life measures for clinical trials in Germany. Control Clin Trials 12:91-105, 1991.
3. Katschnig H: Schizophrenia and quality of life. Acta Psychiatr Scand 102(Suppl 407):33-37, 2000.
4. Bobes J, Garcia-Portilla MP: Quality of Life in schizophrenia. In: Katsching H, Freeman H, Sartorius N (editors). Quality of Life in Mental Disorders. John Wiley&Sons Ltd, West Sussex, 153-167, 2006.
5. Kaiser W, Priebe S, Hoffmann K ve ark: Subjective quality of life in patients with chronic schizophrenia, Nervenarzt 67:572-582, 1996.
6. Kaiser W, Priebe S, Barr W ve ark: Profiles of subjective quality of life in schizophrenic in- and out-patient samples. Psychiatry Research 66:153-166, 1997.
7. Carpiello B, Lai GL, Pariante CM ve ark: Symptoms, standards of living and subjective quality of life: a comparative study of schizophrenic and depressed out-patients. Acta Psychiatr Scand 96:235-241, 1997.
8. Kasckow JW, Twamley E, Mulchahey JJ ve ark: Health-related quality of well-being in chronically hospitalized patients with schizophrenia: comparison with matched outpatients. Psychiatry Res 103:69-78, 2001.
9. Karow A, Moritz S, Lambert M ve ark: PANSS syndromes and quality of life in schizophrenia. Psychopathology 38:320-326, 2005.
10. van de Willige G, Wiersma D, Nienhuis FJ ve ark: Changes in quality of life in chronic psychiatric patients: a comparison between EuroQol (EQ-5D) and WHOQoL. Qual Life Res 14:441-451, 2005.
11. Heider D, Angermeyer MC, Winkler I ve ark: A prospective study of Quality of life in schizophrenia in three European countries. Schizophr Res 93:194-202, 2007
12. Lehman AF: The effects of psychiatric symptoms on quality of life assessments among the chronic mentally ill. Eval Prog Plann 6:143-151, 1983.
13. Sullivan G, Wells KB, Leake B: Clinical factors associated with better quality of life in a seriously mentally ill population. Hosp Community Psychiatry 43(8):794-798, 1992.
14. Bones J, Gonzalez MP, Wallace DH ve ark: Saiz Quality of life instruments in schizophrenia: a comparative study Eur Psychiatry 11(Suppl):228, 1996.
15. Heinrichs DW, Hanlon TE, Carpenter WT: The quality of life scale: an instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. Schizophr Bull 10:388-398, 1984.
16. Soyğür H, Aybaş M, Hınçal G ve ark: Şizofreni hastaları için yaşam nitelikleri ölçeği: Güvenirlik ve yapısal geçerlik çalışması. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 13:204-210, 2000.
17. Overall JE, Gorham DR: The brief psychiatric rating scale. Psychol Rep 10:799-812, 1962.
18. Soykan Ç: Institutional differences and case typically related to diagnosis, symptom severity, prognosis and treatment, Uzmanlık tezi: ODTÜ Klinik Psikoloji Bölümü, Ankara 1990.
19. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA ve ark: The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. Schizophr Bull 13:261-276, 1987.
20. Kostakoğlu (Anıl) AE, Batur S, Tiryaki A ve ark: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinin (PANSS) Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenilirliği. Türk Psiko-

- loji Dergisi 14:23-32, 1999.
21. Addington D, Addington J, Maticka-Tyndale E: Specificity of the Calgary Depression Scale for schizophrenics. *Schizophr Res* 11:239-244, 1994.
 22. Aydemir Ö, Esen Danacı A, Devenci A ve ark: Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği'nin Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *Nöropsikiyatri Arşivi* 37:82-86, 2000.
 23. World Health Organisation WHO Disability Assessment Schedule-II (WHO-DAS-II), 1999.
 24. World Health Organisation, ICIDH-2 Beta-1 draft for field trials, WHO, Cenevre, 1997.
 25. Uluğ B, Ertuğrul A, Göğüş A ve ark: Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesinin (WHO-DAS-II) Şizofreni Hastalarında Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 12:121-130, 2001.
 26. David AS: Insight and Psychosis. *Br J Psychiatry* 156:798-808, 1990.
 27. Arslan S, Günay Kılıç B, Karakılıç H ve ark: İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği: güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türkiye'de Psikiyatri* 3:17-24, 2001.
 28. Liebowitz MR: Social phobia. *Mod Probl Pharmacopsychiatry* 22:141-173, 1987.
 29. Dilbaz N: Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği Geçerlilik ve Güvenilirliği. 37. Ulusal Psikiyatri Kongresi, 2001.
 30. Röder-Wanner UU, Oliver JPJ, Priebe S: Does quality of life differ in schizophrenic women and men? An empirical study. *Int J Soc Psychiatry* 43:129-143, 1997.
 31. Vandiver VL: Quality of life, gender and schizophrenia: a cross-national survey in Canada, Cuba and USA. *Community Ment Health J* 34:501-522, 1998.
 32. Örsel S, Akdemir A, Özel S: Şizofrenide yaşam kalitesi: Depresyon, anksiyete ve negatif belirtilerin etkileri. *3P Dergisi* 11:25-34, 2003.
 33. Huppert JD, Weiss KA, Lim R ve ark: Quality of life in schizophrenia: Contributions of anxiety and depression. *Schizophr Res* 1:171-180, 2001.
 34. Fitzgerald PB, Williams CL, Corteling N ve ark: Subject and observer-rated quality of life in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 103:387-392, 2001.
 35. Conley RR, Ascher-Svanum H, Zhu B ve ark: The burden of depressive symptoms in the long-term treatment of patients with schizophrenia. *Schizophr Res* 90:186-197, 2007.
 36. Koivumma-Honkanen HT, Viinamäki H, Honkanen R ve ark: Correlates of life satisfaction among psychiatric patients. *Acta Psychiatr Scand* 94:372-378, 1996.
 37. Lysaker PH, Bryson GJ, Bell MD: Insight and work performance in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 190:142-146, 2002.
 38. Ritsner M: Predicting changes in domain-specific quality of life of schizophrenia patients. *J Nerv Ment Dis* 191:287-294, 2003.
 39. Roe D, Kravetz S: Different ways of being aware of a psychiatric disability: a multifunctional narrative approach to insight into mental disorder. *J Nerv Ment Dis* 191:417-424, 2003.
 40. Warner R, Taylor D, Powers M ve ark: Acceptance of the mental illness label by psychotic patients: effects on functioning. *Am J Orthopsychiatry* 9:389-409, 1989.
 41. Pallanti S, Quercioli L, Hollander E: Social anxiety in outpatients with schizophrenia: a relevant cause of disability. *Am J Psychiatry* 161:53-58, 2004.
 42. Huppert JD, Smith TE: Anxiety and schizophrenia: the interaction of subtypes of anxiety and psychotic symptoms. *CNS Spectr* 10:721-731, 2005.
 43. Bostan EE, Borman P, Bodur H ve ark: Functional disability and quality of life in patients with ankylosing spondylitis. *Rheumatol Int* 23:121-126, 2003.
 44. Norman RM, Malla AK, McLean T ve ark: The relationship of symptoms and level of functioning in schizophrenia to general wellbeing and the Quality of Life Scale. *Acta Psychiatr Scand* 102:303-309, 2000.
 45. Patterson TL, Moscona S, McKibbin CL ve ark: Social skills performance assessment among older patients with schizophrenia. *Schizophr Res* 48:351-360, 2001.
 46. McKibbin C, Petterson TL, Jeste DV: Assessing disability in older patients with schizophrenia: results from the WHODAS-II. *J Nerv Ment Dis* 192:405-413, 2004.