

Bakımevinde Kalan Şizofreni Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Depresyon

Hülya Ertekin¹, Mehmet Er²,
Hatice Yardım Özayhan²,
Sinan Yayla³, Esra Akyol⁴,
Başak Şahin¹

¹*Yard. Doç. Dr., Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi,
Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı,
Çanakkale - Türkiye*

²*Araşt. Gör. Dr., Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Psikiyatri Kliniği, Konya - Türkiye*

³*Psikiyatrist, Çorlu Devlet Hastanesi,
Tekirdağ - Türkiye*

⁴*Psikiyatrist, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Yenimahalle
Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği,
Ankara - Türkiye*

ÖZET

Bakımevinde kalan şizofreni hastalarında yaşam kalitesi ve depresyon

Amaç: Bakımevleri şizofreni hastaları için alternatif yaşam alanları olarak görülmektedir. Ancak bu tür yerlerin şizofreni hastaları için ne kadar uygun olduğu sorusu henüz cevaplandırılmamıştır. Bu çalışmanın birinci amacı bakımevlerinde yaşayan şizofreni hastalarının yaşam kalitesini ve depresyon düzeylerini değerlendirmek ve ailesiyle yaşayan hastalarla karşılaştırmaktır. İkinci amacı ise çalışmaya alınan tüm hastaların yaşam kalitesi ve depresyon durumlarıyla ilişkili faktörlerin değerlendirilmesiydi.

Yöntem: Bu çalışma Aralık 2012-Mayıs 2013 tarihleri arasında Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyhekim Psikiyatri Kliniği, Psikotik Bozukluklar Polikliniğine ardışık olarak başvuran DSM-IV-TR'ye göre şizofreni tanısı alan hastaların katıldığı kesitsel bir çalışmadır. Tüm katılımcılara sosyodemografik veri formu, Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (KPDÖ), Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PNSÖ), Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (ÇSDÖ), Şizofreni Hastaları için Yaşam Niteliği Ölçeği (YNÖ) uygulandı.

Bulgular: Bakımevinde kalan şizofreni hastalarının ÇSDÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu. Bakımevinde kalan hastaların YNÖ puanları olan; kişiler arası ilişkiler, mesleki rol, ruhsal bulgular ve kişisel eşya/faaliyet puanları ve toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı düşüktü. Negatif belirti düzeyi ile yaşam niteliğinin mesleki alan, ruhsal bulgular, kişisel-eşya faaliyet alanları arasında, pozitif belirti düzeyi ile yaşam kalitesinin sadece mesleki alan puanları arasında negatif yönde anlamlı bir bağlantı olduğu görüldü. ÇSDÖ ile YNÖ'nin tüm alanları arasında negatif yönde anlamlı bir bağlantı olduğu görüldü.

Sonuç: Yaşam kalitesi ve depresyon tüm şizofreni hastalarında değerlendirilmesi gereken, tedavi ve prognozu önemli derecede etkileyen durumlardır.

Anahtar kelimeler: Depresyon, şizofreni, yaşam kalitesi



ABSTRACT

Quality of life and depression in schizophrenia patients living in a nursing home

Objective: Nursing homes are seen as alternative housing for patients with schizophrenia. However, it has not yet been established how suitable this accommodation is for schizophrenia patients. First aim of this study is to assess the quality of life and depression level in schizophrenic patients and compare this data with that of patients living with their families. Second aim is to assess factors related to the quality of living and depression state in all participants of this study.

Method: This is a cross-sectional study conducted with patients presenting to the Psychotic Disorders Polyclinic of the Beyhekim Psychiatric Clinic of Konya Training and Research Hospital consecutively between December 2012 and May 2013 who had received a diagnosis of schizophrenia according to DSM IV-TR. All participants were administered a sociodemographic data form, Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS), and Quality of Life Scale for Schizophrenia Patients (QLSSP).

Results: CDSS scores were found to be significantly increased in schizophrenic patients living in nursing homes. Their QLSSP scores, including interpersonal relations, occupational role, mental symptoms, personal belongings/activity scores, and total scores were statistically significantly low. A significant negative correlation was observed between negative symptom levels and occupational area, mental findings, and the personal belongings/activity areas of quality of life. Between positive symptom levels and quality of life, only scores in the occupational area showed a significant negative correlation. A significant negative correlation between CDSS and QLS was observed in all areas.

Conclusion: Quality of life and depression need to be evaluated in all schizophrenia patients, as they are conditions that significantly affect treatment and prognosis.

Keywords: Depression, quality of life, schizophrenia

Yazışma adresi / Address reprint requests to:

Yard. Doç. Dr. Hülya Ertekin
Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi,
Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı,
Çanakkale - Türkiye

Telefon / Phone: +90-286-218-0018

Elektronik posta adresi / E-mail address:
hulyares@hotmail.com

Geliş tarihi / Date of receipt:
23 Aralık 2014 / December 23, 2014

Kabul tarihi / Date of acceptance:
25 Şubat 2015 / February 25, 2015

GİRİŞ

Şizofreni hastalığının bütün evrelerinde depresif semptomlar sık olarak gözlenmektedir. Hastalık süresince hastaların yaklaşık %60'ında depresif belirtiler saptanmıştır (1). Ancak şizofrenide görülen negatif semptomlar ve antipsikotik ilaçlara bağlı gelişen ekstrapiramidal yan etkilere bağlı oluşan belirtiler depresyon tanısı koymayı zorlaştırmaktadır (2). Şizofreni hastalarında depresyon görülme sıklığı %7.0-75.0 gibi geniş bir aralıkta bulunmakla birlikte ortalama dört hastadan birinde depresyon görülmektedir (3-5). Şizofreni hastalarında depresyon varlığında, intihar riskinin arttığı, şizofreni alevlenmelerinde artış olduğu, komorbid hastalıkların daha sık görüldüğü, hastane yatış sıklıklarının fazla olduğu, iş yaşamlarının olumsuz yönde etkilendiği ve yaşam kalitesi düzeylerinin daha düşük olduğu görülmüştür (6-8).

Depresyon gelişimiyle ilişkili faktörler incelendiğinde aile ve sosyal desteğin önemli bir role sahip olduğu görülmüştür (9-11). Şizofreni belirtilerinin ve özellikle depresyonun tedavisinde aile ve sosyal desteğin varlığı önemli faktörler arasında yer almaktadır (12). Son zamanlarda aileyi dışarıda bırakan şizofreni tedavi modellerinin etkisiz ve yetersiz olduğu kanıtlanmıştır (13,14). Ülkemizde kronik psikiyatri hastalarının bakımı çoğunlukla aileleri tarafından yapılmakla birlikte hastaların bir kısmının bakımı bakımevlerinde sürdürülmektedir. Hasta yakınları bakım sürecinde kronik hastaların çok boyutlu ihtiyaç ve sorunlarından kaynaklanan ve ömür boyu sürebilecek zorluklarla yüzleşmek durumunda kalmaktadır (15). Şizofreni bu kronik ruhsal hastalıklar arasında aile bireyleri için en fazla yük oluşturan hastalıkların başında gelmektedir, şizofreni hastalarının bakım verenlerinde yüke neden olan faktörlerin bir kısmı hasta ve hastalıkla ilişkili (yaş, cinsiyet, belirti şiddeti ve türü, hastalık süresi, epizot sayısı vb.), bir kısmı bakım veren ile ilişkili (cinsiyet, hasta ile yakınlık, kişilik özellikleri, sosyoekonomik ve kültürel özellikler vb.) ve diğerleri ise (sosyal destek, toplum tarafından etiketlenme düzeyi, ruh sağlığı hizmetinin kalitesi ve ulaşılabilirliği) bunların dışındaki nedenlere bağlı özelliklerdir (16). Bu hastaların bakımını üstlenen bazı aileler bakım verme

sırasında oluşan zorluklarla başedemediklerinden bu hastaları bakımevlerine yerleştirmektedirler. Ayrıca ailesi olmayan veya ailesi tarafından terk edilen hastalar zorunlu olarak bakımevlerine yerleştirilmektedir. Bakımevleri şizofreni hastaları için alternatif yaşam alanları olarak görülmektedir. Ancak bu tür yerlerin şizofreni hastaları için ne kadar uygun olduğu sorusu henüz cevaplandırılmamıştır (17).

Yaşam kalitesi, bugün şizofreni hastalarının rehabilitasyon programlarının ve ilaç tedavisi başarısının değerlendirilmesinde önemli bir araç olarak kullanılmaktadır (18). Ayrıca şizofreni tedavisinin ana amacı şizofreni belirti ve bulgularının azaltılmasından ve yinelemeleri önlemekten öte hastanın tam olarak iyileşmesine ve yaşam kalitesinin artırılmasına doğru yönelmektedir (19,20).

Biz de buradan hareketle, şizofreni hastalarında depresyon, bakımevi ve yaşam kalitesi ilişkisini incelemeyi amaçladık. Bu çalışmanın birinci amacı bakımevlerinde yaşayan hastaların yaşam kalitesini ve depresyon düzeylerini değerlendirmek ve ailesiyle kalan hastalarla karşılaştırmaktır. İkinci amacı ise çalışmaya alınan tüm hastaların yaşam kalitesi ve depresyon durumlarıyla ilişkili faktörlerin değerlendirilmesiydi.

YÖNTEM

Bu çalışma Aralık 2012-Mayıs 2013 tarihleri arasında Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyhekim Psikiyatri Kliniği, Psikotik Bozukluklar Polikliniğine ardışık olarak başvuran hastaların katıldığı kesitsel bir çalışmadır. Çalışma için Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi etik kurulundan onay alındı ve tüm katılımcılar çalışma hakkında bilgilendirildi, sözlü ve yazılı onamları alındı. Çalışmanın örneklem grubunu; Konya ili merkezinde bulunan üç ayrı özel bakımevinde kalan, kontrol grubunu ise ailesiyle kalan hastalar oluşturdu. DSM-IV-TR'ye göre şizofreni tanısı alan, 18 yaşından büyük, okuma yazma bilen, bilinen organik beyin hastalığı öyküsü olmayan, testleri anlamayı ve görüşmeyi sürdürmeyi engelleyecek derecede zihinsel geriliği olmayan, depresyon tedavisi amacıyla antidepresan ilaç tedavisi almayan hastalar çalışmaya kabul edildi.

Toplam 3 bakımevinden birincisinde kalan 85

hastanın 48'inin; ikinci bakımevinde kalan 50 hastanın 15'inin; üçüncü bakımevinde kalan 125 hastanın 80'inin psikotik bozukluğu bulunmaktaydı. Psikotik bozukluğu olan toplam 143 hastanın çalışmamız sırasında başvuran 61'i değerlendirmeye alındı. Çalışma grubunu psikotik bozukluklar polikliniğimize başvuran; bakımevinde kalan, 61 hastadan 34 hasta; kontrol grubunu ise ailesiyle kalan 52 hastadan 34 hasta oluşturdu. Bakımevinde kalan 27 hasta, ailesiyle kalan 18 hasta çalışmaya alınma ölçütlerini karşılamadığı için çalışmadan dışlandı. Bakımevinde kalan 17 hasta mental retardasyonu olduğu için, 2 hasta depresyon tanısıyla antidepresan ilaç kullandığı için, 7 hasta şizoaffektif bozukluk tanısıyla takip edildiği için, 1 hasta hezeyanlı bozukluk tanısıyla takip edildiği için, ailesiyle kalan; 2 hasta mental retardasyonu olduğu için, 2 hasta depresyon tanısıyla antidepresan ilaç kullandığı için, 9 hasta şizoaffektif bozukluk, 5 hasta hezeyanlı bozukluk tanısıyla takip edildiği için çalışmaya alınmadı.

Ölçekler

Tüm katılımcılara sosyodemografik veri formu, genel psikopatolojiyi saptamak amacıyla Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (KPDÖ), Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PNSÖ) uygulandı. Depresif belirtileri saptamak amacıyla Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (ÇSDÖ) kullanıldı. Hastaların yaşam kalitesini saptamak amacıyla Şizofreni Hastaları için Yaşam Niteliği Ölçeği (YNÖ) kullanıldı. Hastaların tümü antipsikotik ilaç tedavisi aldığı için bu ilaçların yan etkilerini değerlendirmek amacıyla Simpson Angus Nöroleptiklere Bağlı Hareket Bozukluklarını Değerlendirme Ölçeği (SAÖ) ve Barnes Akatizi Ölçeği (BAÖ) kullanıldı.

Sosyodemografik Veri Formu: Olguların demografik ve klinik özelliklerini belirlemeye yönelik oluşturulan formdur.

Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (KPDÖ): Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarda psikotik ve bazı depresif belirtilerin şiddetini ve değişimini ölçmek için kullanılan bir ölçektir, yarı

yapılandırılmış olup, 18 maddeden oluşmaktadır. Overall ve arkadaşları (21) tarafından geliştirilmiştir, her madde 0-6 puan arasında değerlendirilir ve toplam puan hepsinin toplamından oluşur. Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (21,22).

Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PNSÖ): Kay ve arkadaşları (23) tarafından geliştirilen, 30 maddelik ve yedi puanlı şiddet değerlendirmesi içeren, yarı-yapılandırılmış bir görüşme ölçeğidir. Değerlendirilen maddelerin yedisi pozitif sendrom alt ölçeğine, yedisi negatif sendrom alt ölçeğine ve kalan 16'sı ise genel psikopatoloji alt ölçeğine aittir. Testin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Kostakoğlu ve arkadaşları (24) tarafından yapılmıştır.

Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (ÇSDÖ): Şizofreni ve psikotik bozukluğu olan hastalarda depresif belirtilerin düzeyinin ve şiddet değişiminin ölçülmesi amacıyla kullanılır (25). Likert tipinde değerlendirilen toplam 9 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler, depresif duygudurum, umutsuzluk, değersizlik duygusu, suçlulukla ilgili alınma düşünceleri, patolojik suçluluk, sabah depresyonu, erken uyanma, özkıym ve gözlenen depresyon belirtilerini içermektedir. Ölçeğin minimum puanı 0, maksimum puanı ise 27'dir. Bu ölçeğin Türkçe versiyonunun depresif bozukluğun eşlik ettiği şizofreni için kesme puanı 11/12 olarak belirlenmiştir (26).

Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği (YNÖ): Sürdürüm tedavisi altındaki şizofreni hastalarının yaşam niteliğini değerlendirmek amacıyla Heinrich ve arkadaşları (27) tarafından geliştirilmiş bir ölçektir. Türkçe çeviri, güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Soygür ve arkadaşları (28) tarafından yapılmıştır. Bu ölçek, hastaların kişisel deneyimlerinin zenginliğini, kişiler arası ilişkilerinin niteliğini, mesleki rollerdeki üretkenlik düzeyini ölçmeyi amaçlamaktadır. Ölçek yarı yapılandırılmış bir görüşme biçiminde uygulanmakta, görüşme tarafından değerlendirilmektedir. Ölçekte toplam 4 alt boyut ve 21 sorudan oluşan her bir madde için üç bölüm vardır. Ölçeğin minimum puanı 0, maksimum puanı ise 126'dır. Ölçeğin alt boyutları: I- Kişilerarası

ilişkiler, II- Mesleki rol, III- Ruhsal bulgular, IV- Günlük eşya kullanımı ve faaliyetler biçimindedir (28).

Simpson Angus Nöroleptiklere bağlı Hareket Bozukluklarını Değerlendirme Ölçeği (SAÖ):

Antipsikotik kullanımına bağlı gelişebilen istemsiz anormal hareketler, parkinsonizm ve akatizi gibi hareket bozukluklarını değerlendirmek için kullanılan yarı yapılandırılmış ölçektir (29).

Barnes Akatizi Ölçeği (BAÖ): Antipsikotik ilaç tedavisi alan hastalarda akatizinin ölçümü için yaygın olarak kullanılan bir ölçektir. Ölçeğin minimum puanı 0, maksimum puanı ise 14'tür (30).

İstatistiksel Analiz

Elde edilen veriler SPSS 19.0 for windows programı ile analiz edildi. Demografik verilerin kategorik olanlarının karşılaştırılmasında ki kare testi, kategorik olmayan verilerin karşılaştırılmasında student t testi kullanıldı. Yaşam kalitesi ile klinik veriler ve sosyodemografik

veriler arasındaki bağlantı pearson korelasyon analizi ile değerlendirildi. p değerinin 0.05'ten küçük olduğu değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Sosyodemografik ve Klinik Özellikler

Bakımevinde kalan şizofreni hastalarıyla ailesiyle kalan hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim süreleri, iş öyküsü, hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, intihar girişimi öyküsü değerlendirildiğinde her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (Tablo 1). Bakımevinde kalan hastaların hastanede yatış sayısı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti ($t=2.27$, $p=0.027$) (Tablo 1). Bakımevinde kalan hastaların bakımevinde kalma süresi 14.87 ± 9.37 aydı. Çalışmaya alınan tüm hastalar atipik antipsikotiklerle tedavi edilmekteydi. Bakımevinde kalan hastaların %50.0'si ($n=17$), ailesiyle kalan hastaların %48.5'i ($n=16$) birden fazla antipsikotik

Tablo 1: Sosyodemografik ve klinik özellikler

	Bakımevi n (%)	Kontrol n (%)	χ^2	p
Cinsiyet				
Kadın	10 (29.4)	11 (32.4)	0.06	0.5
Erkek	24 (70.6)	23 (67.6)		
Medeni durum				
Bekar	16 (47.1)	13 (38.2)	4.82	0.09
Evli	6 (17.6)	14 (41.2)		
Dul	12 (35.3)	7 (20.6)		
İş öyküsü				
Hiç çalışmamış	13 (40.6)	11 (33.3)	4.23	0.37
Çalışıyor	-	2 (5.1)		
5-10 yıl çalışmış	18 (52.9)	16 (47.1)		
Malulen emekli	1 (3.1)	4 (12.1)		
Ailede psikiyatrik hastalık				
Var	14 (43.8)	16 (47.1)	0.07	0.78
Yok	18 (56.3)	18 (52.9)		
İntihar öyküsü				
Var	8 (23.5)	7 (20.6)	0.09	0.77
Yok	26 (76.5)	27 (79.4)		
Depresyon				
Var	9 (26.4)	2 (5.8)	5.32	0.02*
Yok	25 (73.6)	32 (94.2)		
	Ortalama±SS	Ortalama±SS	t	p
Yaş	43.50±9.24	40.17±11.78	1.29	0.2
Eğitim süresi	6.75±3.03	7.29±3.49	-0.67	0.5
Hastalık başlangıç yaşı	24.37±7.67	23.91±9.04	0.22	0.82
Hastalık süresi	18.75±9.08	16.26±10.63	1.02	0.82
Hastanede yatış sayısı	7.03±5.91	4.08±4.49	2.27	0.027*

*p<0.05

kullanıyordu. Bakımevinde kalan hastaların %23.5'ü (n=8), ailesiyle kalan hastaların %14.7'si (n=5) uzun etkili depo antipsikotik alıyordu.

puanları ve toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı düşüktü (Tablo 2).

Derecelendirme Ölçekleri Puanlarının Karşılaştırılması

KPDÖ ve PANSS pozitif, negatif, genel ve toplam puanları arasında her iki grup arasında anlamlı istatistiksel fark saptanmazken; bakımevinde kalan şizofreni hastalarının ÇŞDÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu. Bakımevinde kalan hastaların YNÖ puanları olan; kişiler arası ilişkiler, mesleki rol, ruhsal bulgular ve günlük eşya/faaliyet

Yaşam Kalitesi ile Derecelendirme Ölçekleri ve Sosyodemografik Değişkenler Arasındaki İlişki

Tüm katılımcıların YNÖ puanları ile klinik değerlendirme ölçekleri arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; mesleki durum alt ölçeği puanları ile PANSS pozitif puanları arasında; mesleki durum, ruhsal bulgular, günlük eşya/faaliyet ve toplam puanları ile PANSS negatif puanları arasında ve mesleki durum, günlük faaliyet, toplam puanları ile PANSS toplam puanları arasında

Tablo 2: Derecelendirme Ölçek Puanlarının karşılaştırılması

	Bakımevi Ort (SS)	Kontrol Ort (SS)	t	p
YNO kişiler-arası ilişkiler	16.88 (8.46)	25.70 (9.52)	-4.03	<0.001
YNO mesleki durum	0.55 (2.07)	4.47 (6.18)	-3.49	<0.001
YNO ruhsal bulgular	19.14 (6.74)	30.23 (7.84)	-6.24	<0.001
YNO günlük eşya/faaliyet	4.41 (2.90)	10.44 (4.71)	-6.35	<0.001
YNO toplam	41.50 (16.78)	69.52 (20.58)	-6.15	<0.001
PANSS pozitif	11.26 (4.32)	11.05 (3.81)	0.20	0.83
PANSS negatif	16.79 (7.16)	14.44 (4.52)	1.61	0.11
PANSS genel psikopatoloji	24.35 (8.62)	23.91 (8.11)	0.21	0.82
PANSS toplam	53.08 (16.64)	49.73 (14.42)	0.88	0.37
ÇŞDÖ	7.73 (3.53)	2.85 (2.66)	6.43	<0.001
KPDÖ	18.23 (10.21)	18.17 (7.98)	0.02	0.97
BAÖ	0.17 (0.45)	0.18 (0.39)	-0.05	0.95
SAÖ	0.74 (0.7)	0.97 (0.58)	-2.40	0.138

SS: Standart sapma, Ort: Ortalama değer, YNÖ: Yaşam Niteliği Ölçeği, PANSS: Pozitif Negatif Sendrom Ölçeği, ÇŞDÖ: Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği, KPDÖ: Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği, BAÖ: Barne Akatizi Ölçeği, SAÖ: Simpson Angus Nöroleptiklere Bağlı Hareket Bozukluklarını Değerlendirme Ölçeği

Tablo 3: Yaşam kalitesi ile derecelendirme ölçekleri ve sosyodemografik değişkenler arasındaki ilişki

	YNÖ kişiler-arası ilişkiler	YNÖ mesleki durum	YNÖ ruhsal bulgular	YNÖ günlük eşya/faaliyet	YNÖ toplam
PANSS pozitif	0.08	-0.28*	0.001	-0.17	-0.17
PANSS negatif	-0.01	-0.52*	-0.24**	-0.44*	-0.44*
PANSS genel psikopatoloji	0.17	-0.33*	-0.08	-0.21	-0.21
PANSS toplam	0.11	-0.45*	-0.14	-0.31*	-0.31*
ÇŞDÖ	-0.46*	-0.37*	-0.53*	-0.50*	-0.58*
KPDÖ	0.22	-0.20	0.07	-0.06	-0.06
BAÖ	0.06	-0.12**	0.01	-0.05	-0.05
SAÖ	0.18	-0.10	0.10	-0.00	-0.00
Yaş	-0.23**	-0.17	-0.16	-0.27**	-0.22
Eğitim süresi	0.39*	0.15	0.34*	0.21	0.35*
Hastalık başlangıç yaşı	-0.06	-0.13	0.11	-0.08	0.06
Hastalık süresi	-0.22	-0.28**	-0.06	-0.24**	-0.25**

r: Korelasyon katsayısı, YNÖ: Yaşam Niteliği Ölçeği, PANSS: Pozitif Negatif Sendrom Ölçeği, ÇŞDÖ: Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği, KPDÖ: Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği, BAÖ: Barne Akatizi Ölçeği, SAÖ: Simpson Angus Nöroleptiklere Bağlı Hareket Bozukluklarını Değerlendirme Ölçeği
*p<0.001, **p<0.05

negatif yönde anlamlı bir korelasyon saptandı. YNÖ'nün tüm alt puanları ile CŞDÖ puanları arasında negatif yönde anlamlı bir korelasyon saptandı. YNÖ kişiler arası ilişkiler, ruhsal bulgular ve toplam puanları ile eğitim süresi arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyon saptandı. Ayrıca YNÖ mesleki durum, günlük eşya/faaliyet ve toplam puanı ile hastalık süresi arasında negatif yönde anlamlı bir korelasyon saptandı (Tablo 3).

TARTIŞMA

Bu çalışmanın ilk hedefi bakımevinde kalan hastaların yaşam kalitesini ve depresyon düzeylerini değerlendirmek ve ailesiyle kalan hastalarla karşılaştırmak, ikinci hedefi ise tüm hastaların değerlendirilmesi sonucunda; yaşam kalitesi ve depresyon ile ilişkili faktörlerin araştırılmasıydı.

Bu çalışma sonucunda CŞDÖ'ne göre yapılan değerlendirmeye göre bakımevinde kalan hastaların %26.5'inde, ailesiyle kalan hastaların ise %5.8'inde depresyon saptandı. Şizofreni hastalarında depresyon araştıran çok sayıda çalışma olmasına rağmen, CŞDÖ kullanılan çok sayıda çalışma bulunmamaktadır. CŞDÖ ile yapılan bazı çalışmalarda; 67 hastanın alındığı bir çalışmada %30.0 (31), hastanede yatan 249 hastanın katıldığı başka bir çalışmada %36.0 (8), 50 yaş üzerinde 71 hastanın katıldığı ve hastaların %95.0'inin bakımevinde kaldığı bir çalışmada %35.1 depresyon saptanmıştır (32). Bu çalışmalarda, çalışmamızdaki bakımevinde kalan hastalardaki depresyon düzeyiyle benzer oranlarda depresyon değerleri elde edilmiştir. Bununla birlikte çalışmamız sonucunda ailesiyle kalan şizofreni hastalarında elde ettiğimiz depresyon oranı oldukça düşüktü. Bu durum aile desteği ve çevresel koşulların, şizofreni hastalarında depresyon ortaya çıkmasında önemli faktörler arasında olabileceğini göstermiştir. Bu sonuç son zamanlarda üzerinde önemle durulan ve geliştirilmeye çalışılan şizofreni hastalarında psikososyal tedavilerde aile rolünün önemini desteklemektedir (12-16).

Bakımevinde kalan şizofreni hastalarının yaşam niteliği ölçüğü puanları, ailesiyle kalan hastalardan anlamlı düzeyde düşük olarak bulundu. Farklı

çalışmalar şizofreni hastalarında aile ve sosyal desteğin yaşam kalitesi üzerinde önemli düzeyde etkisi olduğunu göstermiştir (9-11). Çalışmamız sonucunda elde ettiğimiz sonuç doğrultusunda bakımevi gibi aile ve sosyal desteğin düşük olduğu alanlarda yaşayan şizofreni hastalarının yaşam kalitesinin düşük saptanması literatürle uyumlu olarak değerlendirilebilir. Ancak çalışmamızda bakımevinde kalan hastaların geçmişteki hastalık dönemleri değerlendirilmemiştir, geçmiş hastalık dönemlerinin şiddeti hastaların değerlendirme anındaki yaşam niteliğini (mesleki durum, kişiler arası ilişkiler gibi), etkileyecek faktörler arasında yer alabilir.

Çalışmamız sonucunda tüm katılımcılar değerlendirildiğinde literatürle uyumlu olarak negatif ve pozitif belirti düzeyi ile yaşam kalitesi arasında ilişki olduğu saptandı (33,34). Negatif belirti düzeyi ile yaşam niteliğinin mesleki alan, ruhsal bulgular, günlük eşya/faaliyet alanları arasında, pozitif belirti düzeyi ile yaşam kalitesinin sadece mesleki alan puanları arasında negatif yönde anlamlı bir bağlantı olduğu görüldü. Şizofreni hastalarında yapılan çalışmalarda psikopatoloji düzeyleri ile yaşam kalitesi arasında negatif bir ilişki olduğu bildirilmektedir. Bazı çalışmalarda sadece hem negatif bulguların, bazı çalışmalarda ise hem negatif, hem pozitif bulguların yaşam kalitesini negatif yönde etkilediği gösterilmiştir (35-40).

Çalışmamız sonucu elde ettiğimiz önemli bulgulardan bir tanesi de yaşam kalitesi ile CŞDÖ arasında negatif yönde anlamlı bir bağlantı saptanmasıydı. Çalışmalar şizofreni hastalarında depresyon varlığının yaşam kalitesini etkileyen en önemli faktörlerden biri olduğunu göstermiştir (6-8). Literatürle uyumlu olarak çalışmamız depresyon varlığının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebileceğini göstermektedir. Hem hastalığın kendisi hem de eşlik eden depresyon hastaların yaşam kalitesini bozmaktadır.

Çalışmamızda eğitim süresi ile yaşam kalitesi arasında pozitif yönde bir bağlantı saptandı. Çalışmamızla uyumlu olarak şizofreni hastalarında yaşam kalitesi ve ilişkili faktörleri araştıran birçok çalışmada eğitim süresi ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki olduğu saptanmış, eğitim düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin arttığı gösterilmiştir (41-45). Eğitim düzeyi bilişsel işlevleri

etkileyebilen değişkenlerden bir tanesi olduğundan hastaların kendilerine bakımı daha iyi olmakta, pek çok işlevini yerine getirebilmekte ve böylece yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyebilmektedir.

Geçmişte sadece hastanede yatarak tedavi alabilen şizofreni gibi ağır ruhsal bozukluğu olan hastalar, taburcu olduktan sonra düzenli tedavi almamakta, yaşam kalitesi bozulmakta, sahip oldukları yetileri kaybetmekte ve toplumdan dışlanarak damgalanmaktadırlar (46). Türkiye’de ilk olarak 2008 yılında hizmet vermeye başlayan Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) şizofreni gibi ağır ruhsal bozukluğu olan hastalara hizmet vermeyi amaçlamaktadır. TRSM’lerin hedefi; belli bir coğrafi alanda yaşayan ağır ruhsal hastalığı olan hastaları merkezde kayıt altına almak, gezici ekiplerle düzenli takip, tedavi ve rehabilitasyonlarını sağlayarak topluma yeniden kazandırmaktır (47). Yapılan çalışmalar TRSM’lerde takip edilen hastaların yaşam kalitesinin arttığını, yeti yitimlerinin azaldığını göstermiştir (48,49). Gelecekte, TRSM’lerin çalışmaları ve şizofreni hastalarının tedavi ve rehabilitasyonu sayesinde, bakımevleri gibi daha çok ağır şizofreni hastalarının yaşamak zorunda olduğu alanlara bu tür hastalar için ihtiyaç duyulmayabilir.

Çalışmamız kısıtlayıcı alanlar olan bakımevlerinde kalan şizofreni hastalarında depresyon ve yaşam kalitesi araştıran ilk çalışmadır. Ayrıca kontrol grubu olarak ailesiyle kalan şizofreni hastalarının çalışmaya alınması sayesinde, aile etkeninin şizofrenide depresyon ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin değerlendirilmesine

katkıda bulunmaya çalışılması açısından önemlidir. Antidepresan ilaçları kullanan hastaların dışlanması ile bu ilaçların depresyon belirtilerini iyileştirme etkisi gözönünde bulundurularak, depresyon tanısı konmamış hastalar değerlendirmeye alınmış oldu.

Bu çalışmanın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Çalışmaya katılan hasta sayısının düşük olması bu çalışmanın en önemli kısıtlılıklarındandır. Bakımevinden başvuran hastaların sadece polikliniğimize başvuran hastalardan oluşması ve hasta sayısının az olması sebebiyle; elde edilen sonuçlar bakımevinde kalan tüm hastaları yansıtmayabilir. Gelecekte yapılacak daha fazla sayıda hastanın katıldığı çalışmalarla verilerimizin doğrulanması gerekmektedir. Diğer bir kısıtlılık ise hastaların uzunlamasına takibinin yapılmamış olmasıdır, bu hastaların uzunlamasına takibi sonrası durumlarının tekrar değerlendirilmesi yaşam kalitesi ve depresyonu etkileyen faktörlerin incelenmesi açısından önemlidir.

Sonuç olarak yaşam kalitesi ve depresyon tüm şizofreni hastalarında değerlendirilmesi gereken, tedavi ve prognozu önemli derecede etkileyen durumlardır. Bu konuyla ilgili daha fazla çalışma yapılarak şizofreni hastalarında depresyonu azaltmak, yaşam kalitesini arttırmak ve ailelerin tedavi sürecine katılımını sağlamak, karşılaştıkları zorluklarla baş edebilme yeteneği kazandırmak, bakım verme rollerini en sağlıklı şekilde gerçekleştirmelerine destek olmak için yeni tedavi ve destek programlarının geliştirilmesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Siris S. Diagnosis of secondary depression in schizophrenia: implications for DSM-IV. *Schizophr Bull* 1991; 17:75-98. [\[CrossRef\]](#)
2. Majadas S, Olivares J, Galan J, Diez T. Prevalence of depression and its relationship with other clinical characteristics in a sample of patients with stable schizophrenia. *Compr Psychiatry* 2012; 53:145-151. [\[CrossRef\]](#)
3. Möller HJ. Occurrence and treatment of depressive comorbidity/cosyndromality in schizophrenic psychoses: conceptual and treatment issues. *World J Biol Psychiatry* 2005; 6:247-263. [\[CrossRef\]](#)
4. Rocca P, Bellino S, Calvarese P, Marchiaro L, Patria L, Rasetti R, Bogetto F. Depressive and negative symptoms in schizophrenia: different effects on clinical features. *Compr Psychiatry* 2005; 46:304-310. [\[CrossRef\]](#)
5. Maggini, C, Raballo A. Exploring depression in schizophrenia. *Eur Psychiatry* 2006; 21:227-232. [\[CrossRef\]](#)
6. Marengo J, Harrow M, Herbener ES, Sands J. A prospective longitudinal 10-year study of schizophrenia’s three major factors and depression. *Psychiatry Res* 2000; 97:61-77. [\[CrossRef\]](#)

7. Zisook S, McAdams LA, Kuck J, Harris MJ, Bailey A, Patterson TL, Judd LL, Jeste DV. Depressive symptoms in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1999; 156:1736-1743.
8. Schennach-Wolff R, Obermeier M, Seemüller F, Jäger M, Messer T, Laux G, Pfeiffer H, Naber D, Schmidt LG, Gaebel W, Klosterkötter J, Heuser I, Maier W, Lemke MR, Rütger E, Klingberg S, Gastpar M, Möller HJ, Riedel M. Evaluating depressive symptoms and their impact on outcome in schizophrenia applying the Calgary Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 2011; 123:228-238. **[CrossRef]**
9. Kendler KS, Karkowski LM, Prescott CA. Stressful life events and major depression: risk period, long-term contextual threat, and diagnostic specificity. *J Nerv Men Dis* 1998; 186:661-669. **[CrossRef]**
10. Stoetzer U, Ahlberg G, Johansson G, Bergman P, Hallsten L, Forsell Y, Lundberg I. Problematic interpersonal relationships at work and depression: a Swedish prospective cohort study. *J Occup Health* 2009; 51:144-151. **[CrossRef]**
11. Kader Maideen SF, Sidik SM, Rampal L, Mukhtar F. Prevalence, associated factors and predictors of depression among adults in the community of Selangor, Malaysia. *PLoS One* 2014; 9:e95395. **[CrossRef]**
12. Strauss GP, Sandt AR, Catalano LT, Allen DN. Negative symptoms and depression predict lower psychological well-being in individuals with schizophrenia. *Compr Psychiatry* 2012; 53:1137-1144. **[CrossRef]**
13. Saunders JC. Families living with severe mental illness: a literature review. *Issues Ment Health Nurs* 2003; 24:175-198. **[CrossRef]**
14. Gülseren L. Schizophrenia and the family: difficulties, burdens, emotions, needs. *Turk Psikiyatri Derg* 2002; 13:143-151.
15. Ak M, Yavuz KF, Lapsekili N, Türkçapar MH. Kronik psikiyatrik bozukluğu bulunan hastaların ve bakım verenlerinin bakım yükü açısından değerlendirilmesi. *Dusunen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 2012; 25:330-337. **[CrossRef]**
16. Pazvantoglu O, Sansoy G, Böke Ö, Alptekin-Aker A, Özturan DD, Ünverdi E. Şizofrenide bakım veren yükünün boyutları: Hastaların işlevselliğinin rolü. *Dusunen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 2014; 27:53-60. **[CrossRef]**
17. Dencker K, Gottfries C. The closure of a major psychiatric hospital: can psychiatric patients in long-term care be integrated into existing nursing homes? *J Geriatr Psychiatry Neurol* 1991; 4:149-156. **[CrossRef]**
18. Dan A, Kumar S, Avasthi A, Grover S. A comparative study on quality of life of patients of schizophrenia with and without depression. *Psychiatry Res* 2011; 189:185-189. **[CrossRef]**
19. Eren İ, Şimşek D, Çalışkan AM. Şizofreni hastalarında yetiyitimi ve belirti şiddetinin yaşam kalitesine etkisi. *Dusunen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 2007; 20:68-78.
20. Almeida JG, Braga PE, Lotufa Neto F, Pimental CA. Chronic pain and quality of life in schizophrenic patients. *Rev Bras Psiquiatr* 2013; 35:13-20. **[CrossRef]**
21. Overall JE, Gorham DR. The brief psychiatric rating scale. *Psychological Reports* 1962; 10:799-812. **[CrossRef]**
22. Soykan Ç. Institutional differences and case typically related to diagnosis, symptom severity, prognosis and treatment. Graduation thesis, Uzmanlık tezi: ODTÜ Klinik Psikoloji Bölümü, Ankara 1990.
23. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987; 13:261-276. **[CrossRef]**
24. Kostakoğlu AE, Batur S, Tiryaki AG, Göğüş A. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinin (PANSS) Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi* 1999; 14:23-32.
25. Addington D, Addington J, Maticka-Tyndale E. Specificity of the Calgary Depression Scale for schizophrenics. *Schizophr Res* 1994; 11:239-244. **[CrossRef]**
26. Aydemir Ö, Esen Danacı A, Deveci A, İçelli İ. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği'nin Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2000; 37:82-86.
27. Heinrichs DW, Hanlon TE, Carpenter WT Jr. The Quality of Life Scale: an instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophr Bull* 1984; 10:388-398. **[CrossRef]**
28. Soygür H, Aybaş M, Hınçal G, Aydemir Ç. Şizofreni hastaları için yaşam nitelikleri ölçeği: Güvenirlik ve yapısal geçerlik çalışması. *Dusunen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 2000; 13:204-210.
29. Janno S, Holi MM, Tuisku K, Wahlbeck K. Validity of Simpson-Angus Scale (SAS) in a naturalistic schizophrenia population. *BMC Neurol* 2005; 5:5. **[CrossRef]**
30. Barnes TR. A rating scale for drug-induced akathisia. *Br J Psychiatry* 1989; 154:672-676. **[CrossRef]**
31. Reine G, Lancon C, Di Tucci S, Sapin C, Auquier P. Depression and subjective quality of life in chronic phase schizophrenic patients. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 108:297-303. **[CrossRef]**
32. D'Antonio E, Serper MR. Depression and cognitive deficits in geriatric schizophrenia. *Schizophr Res* 2012; 134:65-69. **[CrossRef]**
33. Kaiser W, Priebe S, Hoffmann K, Isermann M. Subjective quality of life in patients with chronic schizophrenia. *Nervenarzt* 1996; 67:572-582.

34. Kaiser W, Priebe S, Barr W, Hoffmann K, Isermann M, Röder-Wanner UU, Huxley P. Profiles of subjective quality of life in schizophrenic in- and out-patient samples. *Psychiatry Res* 1997; 66:153-166. **[CrossRef]**
35. Heider D, Angermeyer MC, Winkler I, Schomerus G, Bebbington PE, Brugha T, Azorin JM, Toumi M. A prospective study of Quality of life in schizophrenia in three European countries. *Schizophr Res* 2007; 93:194-202. **[CrossRef]**
36. Lehman AF. The effects of psychiatric symptoms on quality of life assessments among the chronic mentally ill. *Eval Program Plann* 1983; 6:143-151. **[CrossRef]**
37. Carpiello B, Lai GL, Pariante CM, Carta MG, Ruda N. Symptoms, standards of living and subjective quality of life: a comparative study of schizophrenic and depressed outpatients. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 96:235-241. **[CrossRef]**
38. Kasckow JW, Twamley E, Mulchahey JJ, Carroll B, Sabai M, Strakowski SM, Patterson T, Jeste DV. Health-related quality of well-being in chronically hospitalized patients with schizophrenia: comparison with matched outpatients. *Psychiatry Res* 2001; 103:69-78. **[CrossRef]**
39. Karow A, Moritz S, Lambert M, Schoder S, Krausz M. PANSS syndromes and quality of life in schizophrenia. *Psychopathology* 2005; 38:320-326. **[CrossRef]**
40. van de Willige G, Wiersma D, Nienhuis FJ, Jenner JA. Changes in quality of life in chronic psychiatric patients: a comparison between EuroQol (EQ-5D) and WHOQoL. *Qual Life Res* 2005; 14:441-451. **[CrossRef]**
41. Huber G, Gross G, Schuttler R. A long-term follow-up study of schizophrenia: psychiatric course of illness and prognosis. *Acta Psychiatr Scand* 1975; 52:49-57. **[CrossRef]**
42. Cardoso CS, Caiiffa WT, Bandeira M, Siqueira AL, Abreu MN, Fonseca JO. Factors associated with low quality of life in schizophrenia. *Cad. Saude Publica* 2005; 21:1338-1340. **[CrossRef]**
43. Lehman AF, Slaughter JG, Myers CP. Quality of life in alternative residential settings. *Psychiatr Q* 1991; 62:35-49. **[CrossRef]**
44. Mercier C, Péladeau N, Tempier R. Age, gender and quality of life. *Community Ment Health J* 1998; 34:487-500. **[CrossRef]**
45. Simpson CJ, Hyde CE, Faragher EB. The chronically mentally ill in community facilities. A study of quality of life. *Br J Psychiatry* 1989; 154:77-82. **[CrossRef]**
46. Yanık M. Türkiye ruh sağlığı sistemi üzerine değerlendirme ve öneriler, ruh sağlığı eylem planı önerisi. *Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar* 2007; (Ek Sayı):16-20.
47. Ensari H. Koruyucu psikiyatri açısından Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi rehabilitasyon çalışmaları. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics* 2011; 4:86-93.
48. Ensari H, Gültekin BK, Karaman D, Koç A, Beşkardeş AF. Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi hizmetlerinin şizofreni hastalarındaki yaşam kalitesi, yeti yitimi, genel ve sosyal işlevsellik üzerine etkisi: Bir yıllık izleme sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2013; 14:108-114. **[CrossRef]**
49. Valencia M, Rascon ML, Juarez F, Murow E. A psychosocial skills training approach in Mexican out-patients with schizophrenia. *Psychol Med* 2007; 37:1393-1402. **[CrossRef]**