

Şizofreni Tanılı Hastalarda Nörobilişsel Bozulmanın Yaşam Kalitesiyle İlişkisi

The Relationship of Neurocognitive Impairment and Quality of Life in Patients Diagnosed with Schizophrenia

¹Günay Hajiyeva, ²Soner Çakmak, ²Lut Tamam, ²Mahmut Onur Karaytuğ, ²Mehmet Emin Demirkol, ²Zeynep Namlı, ³Said Aktas

¹Üsküdar Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

²Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı, Adana, Türkiye

³Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata
Sökmen Tıp Fakültesi Halk Sağlığı
Anabilim Dalı, Hatay, Türkiye

Özet

Bilişsel işlev bozukluğu şizofreninin temel bir özelliğidir. Bilişsel yürütücü işlevler dahil olmakla çeşitli alanlarda, farklı şiddetlerde kendini belli edebilir. Aynı zamanda nörobilişsel bozuklukların yaşam kalitesi üzerine de negatif etkileri mevcuttur. Çalışmamız şizofreni hastalarında nörobilişsel bozulmanın, hastalık süresi, yaşam kalitesi ve sosyodemografik özellikler ile ilişkisini araştırmayı amaçlamıştır. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda ayaktan ya da yatarak tedavi gören şizofrenik bozukluk tanısı almış 100 hasta bu çalışmanın örneklem grubunu oluşturmaktadır. Ayrıca genel toplumdaki cinsiyet ve yaş olarak benzer 80 sağlıklı kişi kontrol grubu olarak çalışmaya dahil edilmiştir. Kontrol grubuna tarafımızca oluşturulan sosyodemografik veri formuna ek olarak Frontal Değerlendirme Bataryası (FDB), Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısaltılmış Versiyonu (WHOQOL-BREF) ölçekleri hasta grubuna ise bu ölçeklere ek olarak Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANNS) uygulanmıştır. Hastalığının ilk 5 yılında olanlar ile 5 yıldan fazla süredir hasta olanların FDB puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,008$). Hastaneye yatış sayısına göre yaşam kalitesi ($p=0,001$) ve FDB ($p=0,02$) ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Eğitim durumuna göre hasta grubunda yaşam kalitesi ($p=0,001$) ve FDB ($p<0,001$) ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Aile öyküsü olanlar ile olmayanların yaşam kalitesi ($p=0,01$) ve FDB ($p=0,01$) ölçek puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Çalışmamızın sonucuna göre hastalığın ilk beş yılında, eğitim düzeyi yüksek olanlarda, çalışanlarda nörobilişsel etkilenmeler daha az görülmüş olup, yaşam kalitesi daha yüksektir. Hastaneye yatış sayısı arttıkça bilişsel işlevlerde daha çok etkilenme görülmüştür. Hastalık süresi ve PANSS ölçek puanları yüksek olan hastalarda bilişsel işlevlerdeki bozulmanın daha fazla olduğu saptanmıştır. Hastalığın ilk yıllarında erken tanı, tedavi ve rehabilitasyon ile olguların eğitim hayatı ve istihdamlarında iyileşme sağlanarak daha kaliteli yaşam sürmeleri için sosyal destek çalışmaları yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Şizofreni, Nörobiliş, Hastalık Süresi, Yaşam Kalitesi

Abstract

Cognitive dysfunction is a core feature of schizophrenia. It can manifest itself in various fields, with different intensities, including cognitive executive functions. At the same time, neurocognitive disorders have negative effects on quality of life. Our study aimed to investigate the relationship of neurocognitive impairment with disease duration, quality of life and sociodemographic characteristics in patients with schizophrenia. 100 patients diagnosed with schizophrenic disorder who are treated as outpatients or inpatients in Çukurova University Faculty of Medicine Balcalı Hospital, Department of Psychiatry constitute the sample group of this study. In addition, 80 healthy people from the general population with similar gender and age were included in the study as a control group. In addition to the sociodemographic data form created by us for the control group, Frontal Evaluation Battery (FEB), World Health Organization Quality of Life Scale Shortened Version (WHOQOL-BREF) scales and Positive and Negative Syndrome Scale (PANNS) was applied. The difference between the mean FDB score of those who were in the first 5 years of their disease and those who were sick for more than 5 years was found to be statistically significant ($p=0.008$). A significant difference was found between the mean scores of the quality of life ($p=0.001$) and FDB ($p=0.02$) scales according to the number of hospitalizations. A significant difference was found between the mean scores of quality of life ($p=0.001$) and FDB ($p<0.001$) scale scores in the patient group according to education level. The difference between the quality of life ($p=0.01$) and FDB ($p=0.01$) scale mean scores of those with and without a family history was found to be significant. According to the results of our study, neurocognitive effects were observed less in the first five years of the disease, in those with higher education levels, and in workers, and the quality of life was higher. As the number of hospitalizations increased, cognitive functions were more affected. It was determined that cognitive dysfunction was more common in patients with higher disease duration and PANSS scale scores. In the first years of the disease, early diagnosis, treatment and rehabilitation, and social support studies should be carried out in order to improve the education life and employment of the patients and to lead a better quality life.

Keywords: Schizophrenia, Neurocognition, Illness duration, Quality of Life

Correspondence:

Mahmut Onur KARATUĞ
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı, Adana,
Türkiye
e-mail: mokaytuğ@gmail.com

Received 04.04.2022 Accepted 20.07.2022 Online published 04.08.2022

1. Giriş

Şizofreni toplumun % 1'ini etkileyen, sanrı ve varsanı gibi pozitif semptomlar; sosyal içe çekilme, duygulanımda küntleşme, düşünce içeriğinde fakirleşme ve konuşma miktarında azalma gibi negatif semptomlar; bellekte, dikkatte, yürütücü işlevlerde bozulma gibi bilişsel belirtilerle giden; düşünce, algılama, duygu ve davranışı etkileyen; farklı klinik tablolarla kendini gösteren psikiyatrik bir hastalıktır(1).

Şizofreninin akut belirtilerinin farmakolojik müdahalelerle kontrol altına alınabilmesiyle birlikte araştırmacılar hastaların uzun vadede yaşam kalitelerini ve işlevselliklerini ölçebilmek ve iyileştirebilmek üzerine yoğunlaşmıştır. Yaşam kalitesi günümüzde öznel iyi oluşu, işlevsel durumu, kaynaklara ve fırsatlara erişimi içeren çok boyutlu bir yapı olarak değerlendirilmektedir. Yapılan araştırmalara rağmen şizofrenide yaşam kalitesinin belirleyicilerinin anlaşılması zor olmaya devam etmektedir. Bir meta-analizde yaşam kalitesi ile genel psikopatoloji arasında güçlü bir ilişkinin olduğu ifade edilmiştir(2).

Araştırmalar şizofreni tanılı bireylerde hafif bilişsel bozulmanın erken çocukluk döneminde ortaya çıktığını göstermektedir. Ayrıca, psikoz öncesi dönemden psikoz başlangıcına kadar en yüksek bilişsel bozulmanın ergenlik, prodrom ve ilk psikotik dönem arasında olduğunu ortaya koymaktadır. Hastaların yaşam kalitelerinin etkilenmesinde bilişsel fonksiyonlardaki bozulmanın da önemli rolü vardır. Şizofreni hastalarında nörobiyolojik süreçleri, tedaviye yanıtı ve prognozu anlamak için bilişsel fonksiyonlarla ilgili çalışmalar önem taşımaktadır(3).

Genel olarak bilişsel işlevler iki alan üzerinden değerlendirilmektedir: Sosyal ve sosyal olmayan. Sosyal olmayan biliş; dikkat/uyanıklık, çalışma belleği, öğrenme, hafıza, işleme hızı, muhakeme ve problem çözme gibi daha yaygın olarak kabul edilen zihinsel yetenekleri içerir. Ayrıca işitsel ve görsel algısal süreçleri de içermektedir. Sosyal biliş ise psikolojik süreçlerle ilişkilidir. Diğer insanlar ve kendimiz hakkındaki bilgilerin algılanması, kodlanması, depolanması, düzenlenmesi ile ilgili alanları kapsamaktadır(4). Bilişsel bozukluklar

psikozun erken dönemlerinden başlar ve çoğu hastada hastalığın seyri boyunca devam eder(5).

Şizofrenide nörobilişsel bozulmanın yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkileri konusunda çalışmalarda bulunmaktadır. Şiddetli pozitif ve negatif semptomlar, bilişsel fonksiyonlarda bozulma; azalmış yaşam kalitesi ile ilişkilendirilmiştir(6). Çalışmaların sonucuna göre bilişsel bozukluklar, pozitif ve negatif semptomlar yaşam kalitesini önemli düzeyde etkilemektedir. Aynı zamanda işsizlik, yoksulluk, sosyal izolasyon ve damgalanma gibi faktörlerin de yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkileri bulunmaktadır(6).

Sosyodemografik özelliklerin bilişsel bozulma üzerinde etkisinin olduğuna dair çalışma bulguları da bulunmaktadır(7). Şizofreni hastalarında yaşam kalitesi ile sosyodemografik özelliklerin ilişkisinin araştırıldığı çalışmalarda; evli, kadın ve eğitim düzeyi yüksek olguların yaşam kalitesinin daha iyi olduğu bulunmuştur(8). Hastalarda hastalık ile geçen süre uzadıkça yaşam kalitesinin kötüleştiği klinik çalışmalarda gösterilmiştir(9).

Çalışmadaki ilk hipotezimiz nörobilişsel bozulma şiddeti arttıkça yaşam kalitesinin düşecektir. İkinci hipotezimiz ise hastalık süresi uzadıkça nörobilişsel bozulmanın şiddeti artacaktır. Çalışmada şizofreni hastalarında nörobilişsel bozulma ve yaşam kalitesinin hastalık süresi ve sosyodemografik özelliklerle ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

2. Yöntem

Verilerin Toplanması

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi (ÇÜTF) Balcalı Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda 01.08.2020-01.12.2020 tarihleri arasında ayaktan ya da yatarak tedavi gören Şizofrenik bozukluk tanısı almış 100 hasta ve 80 sağlıklı birey bu çalışmanın örneklem grubunu oluşturmaktadır. ÇÜTF girişimsel olmayan klinik araştırmalar etik kurulunun 04.09.2020 tarihli toplantısında 33 karar no ile etik kurul onayı alınmıştır.

Çalışmanın güç analizi G Power 3.1.9.7 programı ile yapılmıştır. Orta etki büyüklüğü (Cojen's $d = 0,50$), 0,95 güç ve 0,05 hata payı ($p = 0,05$) ile tek bir grupta bulunması gereken minimum örneklem büyüklüğü 79 olarak hesaplanmıştır. Ayrıca çalışmaya şizofreni hastaları ile sağlıklı bireyler arasında nörobilişsel işlevler ve yaşam kalitesi değerlerinin karşılaştırılması ve farklılıkların belirlenmesi için genel toplumdan cinsiyet ve yaş olarak benzer 80 sağlıklı kişi kontrol grubu olarak çalışmaya dahil edilmiştir. Şizofreni hastalarında tanısal değerlendirme için Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 (DSM-5) ölçütleri ve Structured Clinical Interview for DSM Disorders-I (SCID- I) kullanılmış, kontrol grubunda psikopatolojinin dışlanması için SCID I-II kullanılmıştır. Ek ruhsal hastalık varlığının yaşam kalitesi üzerine karıştırıcı etkisinden, mental retardasyon ve demans tanısı olanlar öz bildirim ölçeklerini doldurmaya ve klinik görüşmeye uyum sağlayamayacağından dolayı çalışmaya dahil edilmedi. Ayrıca 18 yaş altındakiler ve okur yazar olmayan hastalar çalışma dışı bırakılmıştır.

Çalışmaya katılmayı kabul eden hasta ve kontrol gruplarına çalışma ile ilgili bilgilendirme yapılmış ve yazılı onamları alınmıştır. Kontrol grubuna tarafımızca oluşturulan sosyodemografik veri formuna ek olarak Frontal Değerlendirme Bataryası (FDB), Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısaltılmış Versiyonu (WHOQOLBREF) ve Hasta grubuna ise yukarıda sıralanan ölçeklere ek olarak Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANNS) uygulanmıştır.

Kullanılan Ölçekler ve Veri Toplama Formu

Veri Toplama Formu

Araştırmacılar tarafından hazırlanan veri toplama formunda hastaların güncel sosyodemografik ve klinik verilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Veri toplama formunda hastaların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, çalışma durumu ve yaşadığı yer gibi sosyodemografik verilerin yanı sıra, tıbbi hastalık öyküsü, ailede ruhsal bozukluk öyküsü, sigara, alkol, madde

kullanımı, hastalık başlangıç yaşı, toplam hastalık süresi, toplam hastane yatış sayısı, özkıyım, daha önce elektro konvulzif terapi (EKT) uygulanma durumu ve kullanılan ilaç türü gibi klinik özelliklerin sorgulanması amaçlanmıştır.

Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS)

Şizofreni hastalarının son 1 hafta içerisindeki semptomlarını ve işlevselliğini değerlendirmeyi amaçlayan toplam 30 madde ve 3 alt boyuttan oluşan, uygulama süresi ortalama 30 dakika süren yarı yapılandırılmış bir ölçektir. Ölçek, Kay ve arkadaşları tarafından 1987'de geliştirilmiştir. 164 Kostakoğlu ve arkadaşları tarafından 1999 yılında "Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği"nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır(10).

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form- (WHOQOLBref (TR)

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafında kişinin iyilik halini ölçen ve kültürler arası kıyaslamalara olanak veren geniş kapsamlı bir yaşam kalitesi ölçeği WHOQOL100 oluşturulmuştur(11). Bu ölçeğin 26 sorudan oluşan kısa formu WHOQOL-BREF ise WHOQOL-100'un geçerli, güvenilir ve pratik bir alternatifidir. İlk iki soruda genel algılanan yaşam kalitesi ve algılanan sağlık durumu sorgulanırken, diğer 24 soru ile bedensel, ruhsal, sosyal ve çevre alanları olmak üzere 4 alan değerlendirilmektedir. Her soru 1-5 arası skorlanan likert tipi bir ölçektir. Toplam skordan alınan puan arttıkça, orantılı olarak yaşam kalitesi de artmaktadır(12). WHOQOL-BREF'in geçerlik ve güvenilirlik çalışması ülkemizde Eser ve arkadaşları tarafından yapılmıştır(13).

Frontal Değerlendirme Bataryası (FDB)

FDB, frontal lob fonksiyonlarını kısa sürede (ortalama 10 dakikada) ölçen değerlendirme, tanı ve ayırıcı tanı metodudur. 2000 yılında Dubois ve ark tarafından geliştirilen ölçeğin, Türkçe geçerlik güvenilirliği 2009 yılında Tunçay ve ark. tarafından yapılmıştır(14).

İstatiksel Analiz

Katılımcılardan elde edilen veri IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 22.0 paket programı ile analiz edilmiştir. Sosyo-demografik değişkenler betimleyici istatistikler ile gösterilmiştir. Kategorik değişkenlere ki-kare analizi ile bakılmıştır. Hastalığa ilişkin bilgiler betimleyici istatistikler ile gösterilmiştir. Verilerin gruplarda normalite testi için analizlerinde Kolmogorov Smirnov testi kullanılmıştır. Sayısal verilerin analizinde katılımcıların ölçek puanlarının ve sosyodemografik özelliklerinin dağılımına bakılarak gruplar arasındaki farkların karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda t testi,

Mann-Whitney U testi, ANOVA ve Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Ölçekler arasındaki ilişki değişkenlerin dağılımlarına bağlı olarak Pearson korelasyon, Spearman korelasyon analizleri ile incelenmiştir. Yapılan analizlerde $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlılık sınır değeri kabul edilmiştir.

3. Bulgular

Katılımcıların yaş ortalamalarına bakıldığında hasta grubu için ortalamanın $34,76 \pm 10,58$; kontrol grubu için $33,80 \pm 8,69$ olarak belirlenmiştir. İki grup yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi gibi sosyodemografik özellikler açısından benzerdi. Katılımcıların sosyodemografik verileri tablo-1’ de yer almaktadır.

Tablo 1. Grupların sosyodemografik özellikleri

Ort. SS= ortalama standart sapma

	Hasta		Kontrol		p
	n	%	n	%	
Cinsiyet					
Erkek	69	69	53	66,33	0,695
Kadın	31	31	27	33,77	
Medeni Durum					
Bekar	84	84	59	73,8	0,091
Evlü	16	16	21	26,2	
Çalışma Durumu					
Çalışmıyor	82	82	19	23,8	<0,001
Çalışıyor	18	18	61	76,3	
Yaşadığı Yer					
İl Merkezi	81	81	73	91,2	0,52
İl Merkezinden Küçük	19	19	7	8,8	
Eğitim Düzeyi					
İlkokul	14	14	12	15	0,956
Ortaokul	16	16	11	13,8	
Lise	42	42	36	45	
Üniversite	28	28	21	26,3	
Ailede Ruhsal Bozukluk					
Var	52	52	19	23,7	0,001
Yok	48	48	61	76,3	
	Ort.	SS	Ort.	SS	
Yaş	34,76	10,58	33,80	8,69	0,58

Hasta grubundaki katılımcıların ortalama hastalık süresi $12,06 \pm 8,13$ yıldır. En düşük hastalık süresi 1 yıl, en yüksek hastalık süresi ise 43 yıldır. Hastalık ilk tanı yaşı ise ortalama $24,74 \pm 8,48$ yıldır.

Hastalıkla geçirilen süre gruplandırıldığında; hastalık süresi katılımcıların %25’inde 0-5 yıl, %23’ünde 6-10 yıl, %19’unda 11-15 yıl, %19’unda 16-20 yıl aralığında ve %14’ünde 20 yıl üzeri olarak belirlenmiştir. Hastalıkla ilgili diğer veriler tablo- 2’de yer almaktadır

Tablo 2. Şizofreni Tanılı Hastaların Hastalık Özellikleri

	n	%		
Özkıyım				
Var	35	35		
Yok	65	65		
EKT				
Var	44	44		
Yok	56	56		
Sosyal Destek				
Var	92	92		
Yok	8	8		
İlaç Uyumu				
Var	95	95		
Yok	5	5		
İlaç Türü				
Antipsikotik Oral	33	33		
Antipsikotik Depo	7	7		
Kombine	60	60		
Hastalık Süresi				
0-5 Yıl	25	25		
6-10 Yıl	23	23		
11-15 Yıl	19	19		
16-20 Yıl	19	19		
> 20 Yıl	14	14		
	Ort.	SS	Minimum-	Maximum
Hastalık İlk Tanı Yaşı	24,74	8,48	15-49	
Hastalık Süresi (Yıl)	12,06	8,13	1-43	
Hastanede Yatış Sayısı	2,57	3,87	0-30	
PANSS (+)	22,44	10,03	7-49	
PANSS (-)	25,67	10,44	7-49	
PANSS Genel Psikopatoloji	52,40	20,07	16-103	
PANSS Toplam	100,51	38,69	30-191	

n: Örneklem sayısı, *PANSS*:Pozitif Negatif Sendrom Ölçeği, *SS*:Standart sapma, *Ort*: Ortalama

WHOQOL-Bref ölçeğinde toplam ölçek puanının parametrik dağılım gösterdiği görülmüş olup bağımsız gruplar t testi uygulanmıştır ($p < 0,001$). WHOQOL toplam puanları hasta grubunda ort: $49,80 \pm 12,46$; kontrol grubunda ort: $79,43 \pm 8,53$ 'tür. Kontrol grubunda WHOQOL-Bref toplam ölçek puanı daha yüksek bulunmuş olup hasta grubu ile ortalama puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t = -18,87$, $p < 0,001$).

Frontal Değerlendirme Bataryası'nın FDB 1 benzerlikler (konseptualizasyon), FDB 2 kelime akıcılığı (mental fleksibilite), FDB 3 motor seriler (programlama), FDB 4 çelişen yönergeler (interferansa duyarlılık), FDB 5 yap-yapma (inhibitör kontrol), FDB 6 yakalama davranışı (çevresel otonomi) ve FDB toplam puanları ile grupların dağılımı araştırıldığında normalden sapma gösterdiği tespit edildi. Bu nedenle Frontal Değerlendirme Bataryası'na göre gruplar

arasındaki farklılıklar Mann Whitney-U testi ile araştırıldı. Hasta grubu ile kontrol grubunun konseptualizasyon, mental fleksibilite, programlama, interferansa duyarlılık, çevresel otonomi ve toplam ölçek puanları açısından ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu.

Buna göre şizofreni hastalarının Frontal Değerlendirme Bataryası'nın tüm alt grupları ve toplam puanları kontrol grubundan düşüktü.

Hasta ve Kontrol Gruplarının Ölçek Puanlarına dair diğer veriler tablo -3'te yer almaktadır.

Tablo 3. Hasta ve Kontrol Gruplarının Ölçek Puanları

Ölçek	Hasta n=100		Kontrol n=80		Önemlilik
	Ort.	SS	Ort.	SS	
WHOQOL Genel Sağlık Durumu	8,60	3,08	15,50	2,12	U=276, Z=-10,58, p<0,001*
WHOQOL Fiziksel Alan	10,64	2,99	16,98	1,68	U=246,50, Z=-10,81, p<0,001*
WHOQOL Psikolojik Alan	10,10	2,91	15,86	2	U=360,50, Z=-10,496, p<0,001*
WHOQOL Sosyal Alan	8,29	3,13	15,16	2,58	U=393, Z=-10,435, p<0,001*
WHOQOL Çevresel Alan	12,16	2,46	15,91	1,89	U=880, Z=-8,995, p<0,001*
WHOQOL Toplam	49,80	12,46	79,43	8,53	t=-18,87, p<0,001**
FDB 1 Benzerlikler (Konseptualizasyon)	1,90	0,81	2,86	0,34	U=1229, Z=-8,79, p<0,001*
FDB 2 Kelime Akıcılığı (Mental Fleksibilite)	1,30	0,98	2,75	0,43	U=910, Z=-9,35, p<0,001*
FDB 3 Motor Seriler (Programlama)	2,15	0,82	2,96	0,19	U=1641,50, Z=-7,99, p<0,001*
FDB 4 Çelişen Yönergeler (İnterferansa Duyarlılık)	1,99	0,99	2,89	0,35	U=1702, Z=-7,53, p<0,001*
FDB 5 Yap-Yapma (İnhibitör Kontrol)	1,97	0,95	2,84	0,37	U=1780,50, Z=-7,14, p<0,001*
FDB 6 Yakalama Davranışı (Çevresel Otonomi)	2,54	0,73	3	0	U=2600, Z=-5,85, p<0,001*
FDB Toplam	11,85	4,22	17,30	1,03	U=577, Z=-10, p<0,001*

n= Örneklem sayısı, SS= Standart sapma, WHOQOL= DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği, FDB= Frontal Değerlendirme Bataryası, *= Mann-Whitney U Testi, **= Student t Testi

Hasta grubunda WHOQOL Genel Sağlık alt boyutu puanlarının FDB puanları ile ilişkisi incelendiğinde: FDB 1, FDB 2, FDB 4 ve FDB 5 alt boyutunun WHOQOL Genel Sağlık alt boyutu ile zayıf şiddette pozitif yönlü ilişkisi olduğu saptanmıştır (FDB 1 r=0,36; p<0,001 / FDB 2 r=0,29; p=0,003 / FDB 4 r=0,38; p<0,001 / FDB 5 r=0,29;

p=0,003). FDB 3, FDB 6 ve FDB toplam puanlarının WHOQOL Genel Sağlık alt boyutu puanı ile orta şiddette pozitif yönlü ilişkisi bulunmuştur (FDB 3 r=0,46; p<0,001 / FDB 6 r=0,43; p<0,001 / FDB toplam r=0,48; p<0,001).

FDB puanları ve hastalıkla ilgili diğer veriler tablo- 4'te yer almaktadır.

Tablo 4. Hastalığa ilişkin özelliklerin FDB puan ortalamaları ile ilişkisi

	FDB1	FDB2	FDB3	FDB4	FDB5	FDB6	FDBT
Hastalık yılı	r=-0,19 p=0,052	r=-0,14 p=0,13	r=-0,24 p=0,01	r=-0,14 p=0,16	r=-0,21 p=0,03	r=-0,26 p=0,008	r=-0,22 p=0,02
Başlangıç	r=0,22	r=0,020	r=0,05	r=0,04	r=0,17	r=0,20	r=0,13
Yaşı	p=0,02	p=0,84	p=0,5	p=0,65	p=0,07	p=0,03	p=0,17
Yaş	r=-0,005 p=0,96	r=-0,10 p=0,30	r=-0,09 p=0,33	r=-0,02 p=0,77	r=-0,02 p=0,78	r=0,01 p=0,88	r=-0,05 p=0,57
Eğitim	r=0,38 p<0,001	r=0,40 p<0,001	r=0,44 p<0,001	r=0,47 p<0,001	r=0,41 p<0,001	r=0,51 p<0,001	r=0,54 p<0,001
PANSS	r=-0,44	r=-0,26	r=-0,49	r=-0,45	r=-0,41	r=-0,58	r=-0,53
Negatif	p<0,001	p=0,008	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001
PANSS	r=-0,38	r=-0,22	r=-0,49	r=-0,37	r=-0,34	r=-0,53	r=-0,49
Pozitif	p<0,001	p=0,02	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001
PANSS	r=-0,44	r=-0,28	r=-0,48	r=-0,44	r=-0,41	r=-0,60	r=-0,55
Genel	p<0,001	p=0,005	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001
Psikopatoloji							
PANSS	r=-0,44	r=-0,28	r=-0,50	r=-0,44	r=-0,42	r=-0,60	r=-0,56
Toplam	p<0,001	p=0,005	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001
WHOQOL	r=0,36	r=0,29	r=0,46	r=0,38	r=0,29	r=0,43	r=0,48
Genel Sağlık	p<0,001	p=0,003	p<0,001	p<0,001	p=0,003	p<0,001	p<0,001

FDB=Frontal Değerlendirme Bataryası, FDB 1= Benzerlikler (Konseptualizasyon), FDB 2= Kelime Akıcılığı (Mental Fleksibilite), FDB 3= Motor Seriler(Programlama), FDB 4= Çelişen Yönergeler (İnterferansa Duyarlılık), FDB 5= Yap-Yapma (İnhibitör Kontrol), FDB 6= Yakalama Davranışı (Çevresel Otonomi), FDBT= Frontal Değerlendirme Bataryası Toplam, PANSS= Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, WHOQOL= DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği, r= Spearman korelasyon

4. Tartışma

Çalışmamızın en önemli bulgusu şizofreni hastalarında nörobilişsel bozulma arttıkça yaşam kalitesinde belirgin bir azalmanın ortaya çıktığının gösterilmesidir. Çalışmamızda vaka ve kontrol grubu incelendiğinde vaka grubunda WHOQOL-BREF tüm alt boyutlarında ve toplam puanda ortalama puan daha düşük bulunmuş olup yaşam kalitesi daha kötü tespit edilmiştir. Yılmaz tarafından 2015 yılında yapılan “Mizaç ve karakterin şizofreni hastalarında sosyal işlevsellik, yaşam kalitesi ve klinik belirtiler üzerine etkisi” isimli çalışmada benzer şekilde WHOQOL-BREF yaşam kalitesi puanları genel sağlık alt grubu dışında kontrol grubunda daha yüksek bulunmuştur(15).

WHOQOL-BREF alt boyut puanları ile FDB alt boyut puanları arasında pozitif yönde zayıf veya orta düzeyde ilişkiler (FDB 2 ile WHOQOL-BREF Psikolojik, Sosyal ve Çevresel alt boyutu hariç) saptanmıştır. WHOQOL-BREF Toplam puanı ile FDB puanları incelendiğinde; FDB 2 ve FDB 5 ile WHOQOL-BREF Toplam puanı arasında

pozitif yönlü zayıf ilişki bulunmuştur. FDB 1, FDB 3, FDB 4, FDB 6 ve FDB Toplam puanları ile WHOQOL-BREF Toplam puanı arasında pozitif yönlü orta düzeyde ilişki bulunmuştur. Araştırmamız literatürdeki verilerle paralel olarak; şizofrenin, sosyal işlevsellik ve yaşam kalitesini bozan, iş ve çalışma hayatını etkileyen kronik bir hastalık olduğunu teyit eder niteliktedir(16). Yaşamdaki günlük işleri yapabilme, yürütücü işlev bozukluklarının olmaması sağlıklı ve kaliteli yaşam için yüksek önemdedir.

Hastaların yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutları incelendiğinde sosyal alan algısının en düşük, çevresel alan algısının ise en yüksek olduğu bulunmuştur. Bir araştırmada hastaların ruhsal, bedensel, sosyal ve çevresel yaşam kalitesi alt ölçeklerinden alınabilecek alt ve üst puanlar değerlendirildiğinde orta düzeyde ve bedensel alan alt ölçek puanının en yüksek, sosyal alan alt ölçek puanının ise en düşük olduğu görülmüştür(17). Ülkemizde 2009 ve 2010 yıllarında yapılan ayrı çalışmalarda hastaların yaşam kalitelerinin genel olarak orta-orta düzeyin üzerinde ve

çevresel alan alt ölçek puanı en yüksek, sosyal alan alt ölçek puanı ise en düşük olarak bulunmuştur(18).Bu çalışmaların sonuçları araştırmamızla benzerlik göstermektedir. Şizofreni hastaları ile yapılan bir çalışmada şizofreni hastalarının yaşam kalitesi algılarının tüm alanlarda düşük olduğu tespit edilmiştir(19). Başka bir araştırmada ise şizofreni hastalarının yaşam kalitesi algılarının tüm alanlarda sağlıklı kontrollerden daha düşük olduğu, şizofreni hastalarının sosyal ilişkilerden daha az doyum elde ettiği ve yaşam kalitesini psikopatolojik belirtilerden toplumsal değişkenlerin daha çok etkilediği görülmüştür(20).Şizofreni hastalarında, yaşam kalitesinin iyi olması tedavi edici etkide bir ölçüt olup, yaşam kalitesinin kötü olması uzun dönemde farmakolojik, ruhsal toplumsal tedavi ve sağlık bakım maliyetleri gibi alanları olumsuz etkilemektedir(21).

Araştırmamızda WHOQOLBref'in alt boyutları hasta grubunda incelendiğinde genel sağlık, fiziksel, psikolojik, sosyal, çevresel alan ve toplam puan ortalamaları Güneş tarafından yapılan bir başka çalışmaya göre daha düşük saptanmıştır(22). Bu iki çalışmanın sosyodemografik verileri incelendiğinde Güneş tarafından yapılan çalışmada olguların istihdam ve evlilik oranlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Evliliğin şizofrenide olumlu prognoz kriteri olduğu bilinmektedir(23).2004 yılında yapılan bir araştırmada istihdam edilen şizofreni hastalarında daha iyi sosyal işlevsellik, daha az semptom, benlik saygısında ve yaşam kalitesinde artış olduğu belirtilmektedir(24).Bu çalışmalarda yaşam kalitesi puanları arasındaki farkların olguların istihdamı, medeni durumu, araştırmaların farklı zaman ve bölgelerde uygulanmış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bir başka araştırmada(25) WHOQOLBref alt ölçek puanları çalışmamızla karşılaştırıldığında genel sağlık alt puanı dışında diğer alan ortalamaları Elebede ve ark tarafından yapılan çalışmada (25) daha yüksek bulunmuştur. Toplum tabanlı sosyal yönü eksik olan orta ve üst sınıfın ulaşabildiği Nijerya sağlık siteminde hastaların sağlık harcamalarının %70'ini kendi imkanlarıyla

ödedikleri göz önüne alındığında yaşam kalitesi puanlarının yüksek çıkması sağlık sektörünün hizmet verdiği sosyoekonomik sınıf farklılığından kaynaklanabileceği düşünülmüştür(26).

Çalışmamızda cinsiyete göre WHOQOL-BREF puan ortalaması incelendiğinde cinsiyetler arasında anlamlı fark bulunmasa da kadınlarda yaşam kalitesinin erkeklere oranla daha yüksek olduğu görülmüştür. Çalışma durumu açısından bakıldığında çalışan bireylerde yaşam kalitesi çalışmayan bireylere kıyasla daha yüksek bulunmuştur ve bu fark anlamlıdır. Eğitim açısından WHOQOL-BREF puan ortalaması incelendiğinde üniversite çıkışlılarda diğer eğitim gruplarına kıyasla yaşam kalitesi puanları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olmayanlarda yaşam kalitesi puanları ailede ruhsal hastalık olanlara kıyasla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Özkıyım girişiminde bulunan olgularda yaşam kalitesi puan ortalaması, özkıyım girişiminde bulunmayan olgulara kıyasla daha düşük bulunmuştur, ama bu fark anlamlı değildir. Hastalık yılına göre ilk 5 yıl ve sonrasını incelediğimizde hastalığın ilk 5 yılı yaşam kalitesi 5 yıl sonrasına kıyasla daha yüksek olarak bulunmuştur, ama bu fark anlamlı değildir. Yatış sayılarına göre inceleme yapıldığında 5'ten fazla hastaneye yatışı olan olguların yaşam kalitesi diğer gruplara kıyasla anlamlı derecede düşük bulunmuştur.2019 yılında yapılan bir çalışmada(25) cinsiyet değişkenine göre değerlendirme yapıldığında kadınlarda yaşam kalitesinin erkeklere kıyasla anlamlı derecede daha iyi olduğu, medeni durum açısından karşılaştırma yapıldığında evli grupta yaşam kalitesinin bekar gruba kıyasla anlamlı olarak daha iyi olduğu, eğitim düzeyi yüksek olan hasta grubunda yaşam kalitesi değerlerinin anlamlı derecede daha iyi olduğu, çalışma durumu açısından çalışan grupta yaşam kalitesi pualarının daha yüksek olduğu (fark anlamlı değildir), hastalık yılına göre ilk 5 yıl ve sonrasını incelediğimizde hastalığın ilk 5 yılı yaşam kalitesinin diğer yıllara kıyasla daha yüksek olduğu (fark anlamlı değildir) bulunmuştur. Elebede ve ark tarafından 2019 yılında yapılan çalışma(25) sonuçları cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma

durumu, hastalık yılı değişenleri açısından çalışmamızla benzerlik göstere de, puan ortalamaları bu çalışmada daha yüksektir. Nijerya'da orta-üst sınıfın sağlık hizmetinden faydalandığı düşünüldüğünde puan ortalamalarının benzer olmaması ülkelerin sağlık sistemlerindeki farklılıklar ile açıklanabilmektedir. Her iki çalışmada da şehir ve kırsal bölgede yaşayan hasta grubunda yaşam kalitesi puanları arasında anlamlı fark yoktur. Bu durum globalleşen dünyada kır ve kent arasındaki farkın giderek azalmasının sebebidir. Aynı çalışmada ilaç tedavileri açısından kombine tedavi uygulananlar ile oral veya depo antipsikotik uygulananlar arasındaki fark anlamlı olup, kombine ilaç kullanan hastalarda yaşam kalitesi puanı daha düşük bulunmuştur. Bizim çalışmamızda da kombine tedavi alanlarda yaşam kalitesi puanı daha düşük (anlamlı değildir) bulunmuştur. Kombine tedavi genellikle monoterapiden fayda göremeyen daha ağır klinik seyir gösteren hastalarda uygulandığından her iki çalışmada kombine tedavi kullanan olguların yaşam kalitesinin düşük bulunması beklenen bir sonuçtur.

2013 yılında Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniği tarafından yapılan başka bir çalışma sonucuna göre de şizofreni hastalarında WHOQOL-BREF puanlarının medeni durum değişkenine göre değerlendirmesi yapıldığında çalışmamızda da olduğu gibi iki medeni durum arasında anlamlı bir fark bulunmasa da WHOQOL-BREF puanlarının evli grupta daha yüksek olduğu bulunmuştur(27). Ruhsal hastalıkların prognozunda aile tutumunun önemli etkenlerden biri olduğu, aile ortamının yaşam kalitesine pozitif yönde etki ettiği, sağaltım sürecinde aile bireylerinin desteğinin göz ardı edilmemesinin gerektiği bir çok araştırmada tespit edilmiştir(23).

Tarafımızca yapılan çalışmada FDB'nin tüm alt grupları ve toplam puanları hasta grubu ile kontrol grubu arasında karşılaştırıldığında hasta grubunda puanların anlamlı ölçüde düşük olduğu görülmüştür. 2009 yılında N.Tunçay tarafından yapılan FDB ölçeğinin Türk toplumunda geçerlilik güvenilirliği çalışmasında FDB altıncı alan dışında tüm skorlarda anlamlı ilişki saptanmıştır (p<0,05).

Tüm skorlarda olgular kontrol bireylerden daha düşük puanlar almıştır(14). Yıldırım Beyazıt Üniversitesi tarafından 2020 yılında yayınlanan çalışma sonuçlarına göre FDB'nin tüm alt grupları ve toplam puanları hasta grubu ile kontrol grubu arasında karşılaştırıldığında kontrol grubundaki puanlar daha yüksek olarak saptanmıştır(28). Yurt dışında yapılan çalışmalar incelendiğinde; bir çalışmada FDB total skoru şizofreni grubunda kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede düşük saptanmıştır(29). Fransa'da Lallart ve arkadaşları tarafından yapılan başka bir çalışma sonucunda da şizofreni hastalarında FDB puan ortalaması kontrol grubuna kıyasla düşük bulunmuştur(30).Yurt içi ve yurt dışındaki çalışmalar verilerimizi destekler niteliktedir. Bu konuda geçmişte yapılmış birçok çalışma olmasına rağmen bizim çalışmamızın en güçlü yönü örneklem sayısının yeterli olması ve güç analizinin yapılmış olmasıdır. Çalışmamızın en önemli kısıtlılığı yaşam kalitesi ölçeğinin hastanın öz bildirimine dayalı olması ile sonuçların yeterince güvenilir olmayabileceğidir. Ayrıca diğer kısıtlılığı ise tek bir ruh sağlığı merkezinden alınan örnekleme yapılan kesitsel bir çalışma olmasıdır.

Şizofreni hastalarında nörobilişsel bozulmanın, hastalık süresi ve yaşam kalitesiyle ilişkisini araştırdığımız çalışmamızda: hipotezlerimizden birincisi olan” nörobilişsel bozulma şiddeti arttıkça yaşam kalitesinin düşecektir “ FDB'nin tüm alanlarında doğrulanmıştır. İkinci hipotezimiz olan “hastalık süresi uzadıkça nörobilişsel bozulmanın şiddeti artacaktır” ise FDB'nin programlama, inhibitör kontrol ve çevresel otonomi alanlarında doğrulanmıştır. Böylelikle yürütücü işlev bozukluklarının yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkileri gösterilmiş olup şizofreni tanılı hastaların yaşam kalitesi değerlendirilirken bu alanın da özellikle dikkate alınmasını önermekteyiz.

Bu çalışma Dr. Günay Hacıyeva'nın Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda yapmış olduğu uzmanlık tezinden hazırlanmıştır.

Çalışma daha önce 6. Psikiyatri Zirvesi 13. Anksiyete Kongresi'nde kongresinde 4-7 kasım 2021 tarihinde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

KAYNAKLAR

- Summakoğlu D, Ertuğrul B. Şizofreni ve tedavisi. *Lectio Sci.* 2018; 2:43-61.
- Eack SM, Newhill CE. Psychiatric symptoms and quality of life in schizophrenia: A meta-analysis. *Schizophr Bull.* 2007 ;33:1225-37.
- Lavretsky H. History of schizophrenia as a psychiatric disorder history of clinical diagnosis of schizophrenia, *Clinical Handbook of Schizophrenia*, 2008:10-13.
- Türkoğlu S, Çetin FH, Tanır Y, et al. Working memory and neurodevelopmental disorders. *Turkish J Child Adolesc Ment Heal.* 2019; 26:52-62.
- Bowie C, Harvey P. Cognitive deficits and functional outcome in schizophrenia. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2006; 2:531-36.
- Savilla K, Kettler L, Galletly C. Relationships between cognitive deficits, symptoms and quality of life in schizophrenia. *Aust N Z J Psychiatry.* 2008 ;42:496-504.
- Erberk-Özen N, Yüksel N, Boratav C, et al. Şizofreni, depresyon ve alkol bağımlılığında frontal bölge işlevselliğinin değerlendirilmesi. *Klin Psikofarmakol Bul.* 2005;15:93-103.
- Bobes J, González MP, Bascarán M, et al. Quality of Life Assessment in Schizophrenia. In: *Manage or Perish? Springer US.* 1999:239-48.
- Katschnig H. How useful is the concept of quality of life in psychiatry. Quality of life in mental disorders. *John Wiley&Sons.* 1999: 3-16.
- Kostakoglu AE, Batur S, Tiryaki A, et al. Pozitif ve negatif sendrom ölçeğinin (PANSS) Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirliği. *Türk psikoloji dergisi.* 1999;14 :23-32
- WHO. The Development of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (the WHOQOL). *Qual Life Assess Int Perspect.* 1994; 41-57.
- Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial a Report from the WHOQOL Group *Quality of Life Research.* 2004 ;13:299-310.
- Eser S. Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi. *Psikofarmakol Derg.* 1999; 7:5-13.
- Tunçay N. FAB (Frontal Assessment Battery) Testinin Türk toplumunda geçerlilik ve güvenilirliği. *DEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2009.*
- Yılmaz Dere F. Mizaç ve karakter özelliklerinin şizofreni hastalarında sosyal işlevsellik, yaşam kalitesi ve klinik üzerine etkisi. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İstanbul İli Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve
- Araştırma Hastanesi, Uzmanlık tezi, İstanbul, 2015.
- Yüksel ME. Şizofreni hastalarında total antioksidan ve oksidan kapasitenin bilişsel fonksiyonlarla ilişkisi. *Dicle Üniversitesi, Diyarbakır, Uzmanlık tezi, 2013.*
- Yıldırım A, Özçelik Karaağaç E. Şizofreni hastalarında aile ortamı, içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi. *J Psychiatr Nurs.* 2018; 9:80-87.
- Doğanavşargil Ö. Şizofreni ve depresyonda içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, İzmir, 2009.*
- Rayan A, Obiedate K. The Correlates of Quality of Life Among Jordanian Patients With Schizophrenia. *J Am Psychiatr Nurses Assoc.* 2017; 23:404-13.
- Ritsner M, Modai I, Endicott J, et al. Differences in quality of life domains and psychopathologic and psychosocial factors in psychiatric patients. *J Clin Psychiatry.* 2000; 61:880-91
- Chien W, Leung S, Yeung F et al. Current approaches to treatments for schizophrenia spectrum disorders, part II: psychosocial interventions and patient-focused perspectives in psychiatric care. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2013; 9:1463-81.
- Güneş D. Şizofreni hastalarının yaşam kalitesi ve sosyal işlevselliğinin objektif ve subjektif değerlendirilmesi. *İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Has. Eğt. ve Arş. Hastanesi, Uzmanlık tezi, İstanbul, 2010.*
- Halford WK, Schweitzer RD, Varghese FN. Effects of family environment on negative symptoms and quality of life of psychotic patients. *Hosp Community Psychiatry.* 1991;42:1241-7.
- Marwaha S, Johnson S. Schizophrenia and employment: A review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.* 2004;39: 337-49.
- Elegbede VI, Obadeji A, Adebowale TO, et al. Comparative assessment of quality of life of patients with schizophrenia attending a community psychiatric centre and a psychiatric hospital. *Ghana Med J.* 2019; 53:92-9.
- Tulchinsky T. Yeni Halk Sağlığı. Palme Yayınları, 2019.
- Bereketli G. Şizofreni ve iki uçlu bozukluk tanımlı hastalarda içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi. *Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep, Yüksek lisans tezi, 2019.*
- Doğan ET. Şizofreni Hastaları Ve Şizofreni Hastalarının Birinci Derece Yakınlarında Motor Becerilerin Değerlendirilmesi Ve Sağlıkli Kontrol Grubu İle Karşılaştırılması. *Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara, Uzmanlık tezi, 2020.*
- Nawka A. Does the legal status affect the outcome of inpatients with schizophrenia? *Abstr. poster Sess./Eur Psychiatry.* 2007; 22.
- Lallart E, Jouvent R, Herrmann FR, et al. Gait and motor imagery of gait in early schizophrenia. *Psychiatry research.* 2012; 198:366-70.