

Şizofreni Hastaları ve Yakınlarının Öznel Yaşam Kalitesini Yordayan Faktörler: Bir İzlem Çalışması

Predictors of Subjective Quality of Life in Schizophrenia Patients and Their Relatives: A Follow-up Study

Verda TÜZER, CebraİL KISA, Çiğdem AYDEMİR, Emine AK, Erol GÖKA

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Birinci Psikiyatri Kliniği, Ankara, Türkiye

Bu çalışmanın bir bölümü 2009 Anadolu Psikiyatri Günleri'nde poster bildirisi olarak sunulmuştur.

ÖZET

Amaç: Bu izlem çalışması şizofreni hastalarında öznel yaşam kalitesinin hastalık ve aileye ilişkin etmenlerle ilişkisini saptamayı amaçlamaktadır.

Yöntemler: Kırkdört şizofreni hastası ve birlikte yaşadıkları birer akrabaları taburculuktan bir ve altı-sekiz ay sonra değerlendirilmiştir. Sosyodemografik özellikler sorgulanmış, hastaların yaşam kalitesi için Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL-BREF-TR); aileye ilişkin değişkenler için Aile Ortamı Ölçeği (AOÖ) ve Dışavuran Duygudurum Düzeyi Ölçeği; hastalığa ilişkin değişkenler için Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği, Şizofrenide Negatif ve Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçekleri, Anormal İstemsiz Hareketler Ölçeği, İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği ve Klinik Global İzlem Ölçeği; içgörü için Markova-Berrios İçgörü Ölçeği kullanılmıştır. Hasta akrabaları da AOÖ, Dışavuran Duygudurum ve WHOQOL-BREF-TR ölçekleriyle değerlendirilmiştir.

Bulgular: Şizofreni hastalarının yaşam kalitesini artırmak için depresif belirtilerin varlığı dikkate alınmalıdır. Aile ortamının hastanın yaşam kalitesi açısından önemi ailelere aktarılmalı, aile içi kuralların hastalığın stabil dönemlerinde esnetilebilmesi ve hastaya gösterilen hoşgörünün artırılmasının yaşam kalitesini artırabileceği vurgulanmalıdır.

Sonuç: Şizofreni hastaları ve akrabalarının öznel yaşam kalitesi düzeyinin geçen süre içinde değişmediği gözlenmiştir. Pozitif ve negatif belirtiler, depresif belirtiler, genel hastalık şiddeti ve aile ortamındaki çatışma düzeyinde azalma olduğu; içgörü ve işlevsellikte ise artma olduğu gözlenmiştir. İstatistiksel açıdan hastaların yaşam kalitesini yordayan en güçlü etmenin depresif belirti şiddeti olduğu görülmüştür. Bunun dışında aile ortamında hoşgörünün fazla, çatışmanın az olması, aile bireylerinin birbirini desteklemesi yaşam kalitesinin çeşitli alanlarıyla ilişkili bulunmuştur. Hasta akrabalarının yaşam kalitesi de zaman içinde değişim göstermezken, yaşam kalitesini yordayan en önemli faktör aile ortamında çatışmanın az olmasıdır. (*Nöropsikiyatri Arşivi* 2010; 47: 292-6)

Anahtar kelimeler: Şizofreni, yaşam kalitesi, aile ortamı, dışavuran duygudurum

ABSTRACT

Objective: This is a follow-up study designed to determine the predictive value of psychopathology and family-related variables in schizophrenia patients and their relatives.

Methods: Forty-four schizophrenia patients and one of their relatives living with them were assessed one month and six-to-eight months after release from hospital. Sociodemographic characteristics were questioned and quality of life of patients was assessed using the World Health Organisation Quality of Life Scale Short Form, Turkish version (WHOQOL-BREF-TR), family-related variables by the Family Environment Scale (FES) and the Level of Expressed Emotion scale, disorder related variables by the Calgary Depression Scale for Schizophrenia, scales for assessment of negative and positive symptoms in schizophrenia, the Abnormal Involuntary Movement Scale, the Global Assessment of Functioning Scale and the Clinical Global Impression scale and insight by the Markova and Berrios Insight Scale. Relatives of the patients were assessed by the FES, the Expressed Emotion and WHOQOL-BREF-TR scales.

Results: Depressive symptoms must be taken into consideration in order to improve the quality of life in schizophrenia patients. The importance of family environment should be emphasized, recommending that family rules should be flexible, and tolerance towards the patient should be increased for stable patients to improve their quality of lives.

Conclusion: No changes were observed in the quality of life levels in schizophrenia patients and their relatives in time. In the same period, a decrease was observed in positive and negative symptoms, depressive symptoms, disorder severity and conflict in family environment, while insight and functionality were improved. Statistically, the most robust predictor of patients' quality of life was found to be the severity of depressive symptoms. Additionally, greater tolerance and less conflict in the family environment and family members' support to each other have been found to be related to various domains of the quality of life. The relatives' quality of life did not show any significant change in the follow-up controls as well. The most important predictor of their quality of life was less conflict in the family environment. (*Archives of Neuropsychiatry* 2010; 47: 292-6)

Key words: Schizophrenia, quality of life, family environment, expressed emotion

Giriş

Son yıllarda şizofreni hastalarının tedaviye uyumlarının sağlanmasında yalnızca hastalık belirtilerinin tedavisinin yeterli olmadığı ve yaşam kalitesinin yükselmesinin tedaviyi sürdürmede önemli olduğu vurgulanmaktadır (1-3). Yakın zamana dek daha çok pozitif belirtileri azaltmayı amaçlayan tedavilerin yerine yaşam kalitesini yükseltmeyi de hedefleyen tedavilerin geliştirilmesi gerekli görülmektedir (4,5). Yapılan çalışmalarda pozitif ve negatif belirtilerle, depresif belirti şiddeti ve işlevsellik kapasitesinin düşmesinin ve ilaç yan etkilerinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği belirtilmektedir (6-13). Hastalık belirtileri zaman içinde düzelse de hastaların yaşam kalitelerini daha iyi bulmadıkları göz önüne alındığında, öznel yaşam kalitesinin psikososyal ve aileyi içeren diğer etmenlerle ilişkisinin de önemli olduğu belirtilmektedir (14,15).

Ülkemizde şizofreni hastalarının çoğunluğuna ulaşabilen ruhsal ve topluma dayalı girişimler yaygın değildir. Ailenin ilgili ve işbirliğine yatkın olması özellikle içgörünün kötü olduğu durumlarda tedaviye uyum açısından önem kazanmaktadır. Yaşanılan aile ortamında birbirine bağlılık, kendini ifade edebilme, kuralların açıklığı gibi ilişki alanlarının olumlu algılanması, ailenin destekleyici olması hastaların yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyebilir (16,17). Ayrıca hasta akrabalarının yaşam kalitesi de gerek hastalığın seyri ve tedaviye uyum, gerekse hastanın kendi yaşam kalitesinden etkilenebilmektedir (18).

Yaşam kalitesini etkileyen etmenler üzerine yapılan çalışmaların çoğu kesitsel niteliktedir. Oysa yaşam kalitesi hastalığın farklı dönemlerinde farklı etmenlerle ilişkili olabilir. Hastalığın başlangıcında yaşam kalitesini belirleyen etmenler arasında başta negatif belirtiler olmak üzere içgörü ve depresif belirtiler bildirilirken, hastalık süresi uzadıkça aile ortamı, depresif belirtiler, ilaç yan etkileri gibi etmenler daha fazla ön plana çıkabilmektedir (2,6). Uzunlamasına çalışmalarda yaşam kalitesinin zaman içinde önemli değişimler göstermediği (19-21), yükseldiği (14) ve psikososyal etmenlerin öznel yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu (14,22-24) belirtilmiştir. Belirti şiddeti, yan etkiler, işlevsellik gibi hekim tarafından değerlendirilen etmenler ile içgörü, aile ortamı, duygu dışavurumu gibi hastanın ve ailesinin değerlendirdiği etmenlerin birlikte ele alınması zaman içinde yaşam kalitesinde değişime yol açan etmenlerin belirlenmesi önemlidir. Böylece hastaların yalnızca belirti şiddetini azaltmakla kalmayıp yaşam kalitelerini de artıracak girişimlerin planlanması mümkün olacaktır (23). Bu nedenle çalışmamızda öncelikle bu değişkenler ile yaşam kalitesinin ilişkisini belirlemeyi amaçladık. Hastaların belirtilerinin stabil olduğu taburculuk sonrası birinci ayda yapılan ilk değerlendirmenin ardından, altı-sekiz ay sonraki ikinci bir değerlendirme ile yaşam kalitesine etkisi olan değişkenlerin zaman içinde etkilerini koruyup korumadıklarını araştırdık.

Yöntem

Örneklem

Bir eğitim ve araştırma hastanesinin psikiyatri kliniğinde DSM-IV tanı ölçütlerine göre şizofreni tanısıyla ayaktan izlenen hastalar ve en az beş yıldır birlikte yaşadıkları birer

akrabaları bu çalışmanın evrenini oluşturmuştur. Hastalar hastaneden taburcu edildikten bir ay sonra ilk değerlendirmeye alınmıştır. Hasta ya da akrabasının çalışmaya katılmaya yazılı olur vermemesi, öznel değerlendirmede hastalık belirtilerinin verilen ölçekleri eksiksiz ve anlaşılır bir biçimde doldurmaya izin vermeyecek kadar yüksek olması, ek psikiyatrik tanısının ya da yaşam kalitesini etkileyecek tıbbi sorununun olması çalışma dışında bırakma ölçütleridir. Hastalar ve akrabaları yaşam kalitelerini yordayan faktörlerin zaman içindeki değişiminin araştırılması için ilk değerlendirmeden altı ila sekiz ay sonra yeniden değerlendirilmeye alınmıştır. Böylece ikişer kez değerlendirilen 44 hasta (17 kadın, 27 erkek) ve akrabası çalışma örneklemini oluşturmuştur. İlk değerlendirmeleri yapılan 8 kadın ve 22 erkek hasta ikinci değerlendirme randevularına gelmediğinden, 3 kadın ve 5 erkek hasta ise kendileri veya akrabalarının ölçekleri tekrar doldurmayı kabul etmemesi üzerine çalışma dışı kalmıştır. Çalışma tasarımı hastanenin etik komitesi tarafından onaylanmış; çalışmaya katılan tüm hasta ve akrabalarından yazılı bilgilendirilmiş onay alınmıştır.

Hastalardaki belirti şiddeti bir psikiyatri uzmanı tarafından Calgary Depresyon Ölçeği (25,26), Şizofrenide Negatif ve Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçekleri (27-29), Anormal İstemsiz Hareketler Ölçeği (30), İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği (31) ve Klinik Global İzlem Ölçeği (32) ile; içgörü Markova-Berrios İçgörü Ölçeği (33,34) ile; aileye ilişkin değişkenler Aile Ortamı Ölçeği (35,36) ve Dışavuran Duygudurum Düzeyi Ölçeği (LEE) (37,38) ile; yaşam kalitesi ise WHOQOL-BREF-TR Yaşam Kalitesi Ölçeği (39,40) ile değerlendirildi. Hasta akrabaları da Aile Ortamı Ölçeği, Dışavuran Duygudurum Ölçeği (DDÖ) (38) ve öznel yaşam kaliteleri açısından WHOQOL-BREF-TR ile değerlendirildi.

Tüm veriler Windows ortamında SPSS 11.5 yazılımı kullanılarak analiz edilmiştir. Sosyodemografik verilerin ve ölçek puanlarının betimleyici istatistiklerinin yanısıra, tekrarlanan ölçümlerde ortalamaların karşılaştırılması için bağımsız örneklem t testi kullanılmıştır. Gerek hastalar, gerekse akrabalarının yaşam kalitesini yordadığını öngördüğümüz değişkenler, her iki ölçüm için çoklu regresyon analizi tekniğiyle yaşam kalitesinin her alanı için ayrı ayrı analiz edilmiştir. Tüm analizlerde $p < 0.05$ düzeyinde ilişkiler anlamlı kabul edilmiştir.

Sonuçlar

Çalışma kapsamında ortalama 6.5 ay arayla iki kez değerlendirilen 44 hastanın 17'si kadın (%38.6), 27'si erkekti (%61.4). Yaş ortalamaları 35.82 ± 8.28 (18-55 arası) olan hastaların % 38.6'sı evli, %45.5'i bekardı. Hastalar arasında lise mezunları en büyük çoğunluğu oluşturmakta (%29.5), onları ilkökul (%15.9) ve üniversite mezunları (%13.6) izlemekteydi. Yaşadıkları aile tipi büyük çoğunlukla çekirdek aile idi (%83.8). Hastaların yalnızca 7'si (%15.9) halen çalışmakta, %45.8'i sigara kullanmaktaydı. Ortalama hastalık süresi 6.86 yıldır Hastane yatış sayısı ortalama değeri 2 (1-12 arası) idi.

Hastaların iki değerlendirme arasında belirti şiddeti, dışavuran duygudurum, içgörü ve yaşam kalitelerinde olan değişimler t testiyle irdelendiğinde ruhsal belirtilerde (CAL, PBDÖ, NBDÖ) ve hastanın aile ortamı değerlendirmesi (AOÖ)

ve içgörü düzeyinde düzelme belirlenirken, yaşam kalitesinin dört alanından hiç birinde istatistiksel açıdan anlamlı değişim gözlenmedi. Aynı şekilde hastaların algıladığı dışavuran duygudurum (LEE) da anlamlı değişim göstermemiştir.

Bu değişkenler bakımından iki değerlendirme arasındaki değişim Tablo 1'de sunulmuştur. Hastaların taburculuk ve altı ay sonrasında değerlendirilen İGDÖ ve KGI puanları ise Wilcoxon işaret testiyle karşılaştırılarak her ikisinde de anlamlı düzeyde klinik düzelme belirlendi (Z değerleri sırasıyla -4.339 ve -4.690; $p < 0.001$).

Hasta akrabalarında ise aile ortamı ölçeği toplam puanı (AOÖ), dışavuran duygudurum ölçeği toplam puanı (DDÖ), ya da yaşam kalitesinin dört alanında (WHOQOL) iki ölçüm arasında anlamlı bir değişim gözlenmedi ($p > 0.05$).

Hastaların ve akrabalarının yaşam kalitesinin dört alanını yordayan faktörleri belirlemek için her alan için (fiziksel sağlık, psikolojik, sosyal ilişkiler ve çevre) ayrı ayrı yapılan aşamalı çoklu regresyon analizlerinde, WHOQOL-BREF-TR için kesme puanları belirlenmemiş olduğundan (40) bağımlı değişken olarak alandan alınan ortalama puanlar, bağımsız değişken olarak ise hastaların yaşı, hastalık süresi, hastaneye yatış sayıları, ruhsal belirti, dışavuran duygudurum, içgörü ve aile ortamı puanları alındı.

Hastalarda birinci değerlendirmede yaşam kalitesine etkisi olan günlük yaşam aktiviteleri, enerji ve bitkinlik, ağrı ve huzursuzluk, uyku gibi etmenleri içeren fiziksel sağlık alanında CAL puanı dışındaki değişkenler model dışında kaldı ($r^2 = 0.233$; $p = 0.007$). Yaşam kalitesine etkisi olan beden imgesi ve görünüm, olumlu ve olumsuz hisler, benlik saygısı, düşünme ve konsantrasyon gibi etmenleri içeren psikolojik alanda modele giren değişkenler CAL puanı ($p = 0.001$), AOÖ kişilerarası puanı ($p = 0.044$) ve yatış sayısı ($p = 0.025$) idi ($r^2 = 0.471$). Yaşam kalitesine etkisi olan kişilerarası ilişkiler, sosyal destek ve cinsel etkinlik gibi etmenleri içeren sosyal ilişkiler alanında birinci değerlendirmede modele LEE hoşgörü puanı ($p = 0.015$) ve hastanın yaşı giriyordu ($p = 0.01$; $r^2 = 0.323$). Yaşam kalitesine etkisi olan mali kaynaklar, hürriyet, güvende olma, sağlık ve sosyal hizmetlere erişim, ev ortamı ve fiziksel ortam gibi etmenleri içeren çevre alanını ise anlamlı düzeyde yordayan bir değişken bulunamadı.

İkinci değerlendirmelerde ise fiziksel sağlık alanında modele CAL puanının ($p = 0.014$) yanı sıra, LEE duygusal tepki puanı ($p = 0.012$; $r^2 = 0.331$) da girdi. Psikolojik alanda modele genel CAL puanının ($p < 0.001$) yanı sıra, ilk değerlendirmeden farklı olarak LEE hoşgörü puanı ($p < 0.001$), LEE tutum puanı ($p = 0.004$) ve ALHÖ puanı ($p = 0.008$; $r^2 = 0.671$) girdi. Sosyal ilişkiler alanında ilk değerlendirmedeki gibi LEE hoşgörü puanı ($p = 0.019$) ile birlikte CAL puanı ($p < 0.001$; $r^2 = 0.459$) modele girmekteydi. Çevre alanında ise CAL puanı ($p < 0.001$) ve LEE hoşgörü puanı ($p = 0.006$; $r^2 = 0.479$) modelde yer alıyordu.

Hastaların akrabalarının yaşam kalitesinin dört alanını yordayan etmenleri belirlemek için gene her alan için ayrı ayrı aşamalı çoklu regresyon analizi yapıldı. Birinci değerlendirmede fiziksel sağlık, psikolojik ve sosyal ilişkiler alanlarında AOÖ kişilerarası puanı dışındaki değişkenler model dışında kaldı (sırasıyla $r^2 = 0.139$, $p = 0.042$; $r^2 = 0.239$, $p = 0.004$; $r^2 = 0.324$; $p = 0.001$). Çevre alanını ise anlamlı düzeyde yordayan bir değişken bulunamadı.

Akrabaların ikinci değerlendirmelerinde ise fiziksel sağlık alanında modele DDÖ eleştirelilik puanı girerken ($r^2 = 0.180$; $p = 0.019$); psikolojik alanda modele AOÖ kişilerarası puanı girmekteydi ($r^2 = 0.254$; $p = 0.004$). Sosyal ilişkiler alanında AOÖ kişilerarası ($p = 0.029$) ve AOÖ kontrol puanları ($p = 0.025$; $r^2 = 0.359$) modele girmekteydi. Çevre alanında ise modelde yalnızca AOÖ kontrol puanı bulunmaktaydı ($p = 0.011$; $r^2 = 0.207$).

Tartışma

Çalışmamızda şizofreni hastalarının öznel yaşam kalitesinin altı-sekiz ay aralıklı iki değerlendirmede değişmediği bulunmuştur. Bu bulgu şizofreni hastalarında yaşam kalitesinin zamanla değişmediğini gösteren çalışmalarla uyumludur (19,41,42). Öznel yaşam kalitesi hastanın iyilik hali ve yaşamından duyduğu memnuniyet ile ilgilidir (43). Çalışmaya ilaç tedavisi uygulanan stabil hastaların seçilmesi uzman tarafından değerlendirilen belirti şiddetini olumlu yönde etkilese de öznel bir durum olan hastaların iyilik hali etkilenmeyebilir.

İçgörü ile yaşam kalitesinin ilişkili olmadığı (44), içgörü azaldıkça (45) ya da arttıkça (46) yaşam kalitesinin azaldığını bildiren çalışmalar bulunmaktadır. Bizim çalışmamızda içgörü düzeyi zaman içinde artmıştır. İçgörü, tedavinin kabulü, yaşam kalitesi, hastalığın gidişi arasındaki ilişki oldukça karmaşıktır (47).

Tablo 1. Hastaların psikososyal özelliklerinde iki değerlendirme arasındaki değişimler (n=44)

	Birinci ölçüm	İkinci ölçüm	t	p
AOÖ kişilerarası alt ölçek	32.05±7.19	29.77±6.38	2.466	0.018
AOÖ kontrol alt ölçeği	18.11±4.49	16.48±3.39	3.221	0.002
MBI	12.43±3.01	10.66±2.84	4.367	<0.001
CAL	5.52±4.81	2.91±3.58	4.535	<0.001
PBDÖ	42.86±25.57	20.66±16.14	7.076	<0.001
NBDÖ	61.68±27.44	44.98±20.50	6743	<0.001
WHOQOL fiziksel alan	13.73±2.87	13.79±2.43	-0.147	>0.05
WHOQOL psikolojik alan	13.44±2.99	13.44±2.21	0.000	>0.05
WHOQOL sosyal ilişki alanı	12.39±3.82	12.27±3.36	0.232	>0.05
WHOQOL çevre alanı	13.28±2.07	12.84±2.09	1.415	>0.05
LEE müdahalecilik	7.39±3.11	6.80±2.73	1.449	>0.05
LEE duygusal tepki	5.55±3.43	5.11±2.83	1.172	>0.05
LEE tutum	4.00±3.84	3.68±3.18	0.632	>0.05
LEE hoşgörü/beklenti	4.95±3.87	4.43±3.23	1.207	>0.05

t testi; dF=43

Hastalığa karşı içgörüsü daha iyi olan hastaların yaşamlarındaki kısıtlılığı daha açık bir şekilde fark etmelerinin, depresif belirtileri artırarak öznel yaşam kalitelerinin azalmasına yol açtığı öne sürülmüştür (48).

İçgörüsü iyi olan hastalar günlük yaşamdaki kısıtlılıklarıyla kendi gerçeklerini daha iyi farkedirken içgörüsü kötü olan hastalar yaşam kalitelerini biraz daha iyi gösterme eğiliminde olabilirler. Belirti şiddeti ile yaşam kalitesi arasındaki bağlantının içgörüsüyle ilişkilendirilebileceği öne sürülse de bizim çalışmamızın sonuçları bu varsayımı desteklememektedir. İçgörü ve yaşam kalitesi ilişkisini araştıran çalışmaların farklı ölçüm araçları, yöntem ve hasta grupları üzerinde yapılmış olması sonuçların genelleştirilmesini zorlaştırmaktadır. Pozitif ve negatif belirtilerin azalması ile içgörüdeki olumlu değişimin hastaların yaşam kalitesi üzerine etkisinin olmaması, yaşam kalitesi ölçümünün özneliği ile açıklanabilir. Yaşam koşullarında nesnel bir iyileşme olsa bile bunun hastanın kendi değerlendirdiği yaşam kalitesine yansımaya bileceği bildirilmiştir (49). Öte yandan uzman tarafından değerlendirilen yaşam kalitesi düzeylerinin hastanın yaşam kalitesi deneyiminden ziyade işlevsellik düzeyini ve belirti şiddetini yansıttığı da belirtilmektedir (42,50). Yapılacak uzunlamasına çalışmalarda yaşam kalitesinin hem öznel hem de nesnel olarak değerlendirilmesi konuya ışık tutabilir.

Depresif belirti şiddeti değerlendirilen dört alanda da yaşam kalitesi ile ilişkili bulunmuştur. Depresif belirti şiddeti farklı ölçüm araçları ve yöntemlerin kullanıldığı başka çalışmalarda da (6,11,18,51-53) yaşam kalitesi ile ilişkili bulunmuştur. Şizofrenideki depresif belirtilerin ölçümünü hedefleyen bir ölçüm aracı kullanıldığında depresif belirti şiddetinin öznel yaşam kalitesiyle ilişkili olduğu bulgusu, bizim çalışmamızla da desteklenmiştir (11). Bu bulgunun yorumlanması konusunda ise farklı görüşler mevcuttur. Kimi araştırmacılar bulguyu yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde geçerlilikle ilgili bir sorun, bir tür yanlışlık olarak kabul ederken, başkaları yaşam kalitesinin düşük olarak bildirilmesinin hastalığa bağlı bilgi işleme bozukluğundan kaynaklandığını ve dikkate alınması gereken bir etmen olduğunu öne sürmüştür (2).

Şizofreni hastalarının çoğu hastane çıkışı sonrasında yaşamlarını aileleriyle birlikte sürdürmektedir. Bizim çalışmamızda diğer uzunlamasına çalışmalardan farklı olarak hasta akrabası da değerlendirilmiştir. Kesitsel çalışmalarda hasta akrabalarının yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmediği bildirilmiştir. Bu durum örneklem sayısı gibi kısıtlılıkların yanı sıra hasta akrabalarının hastalığın yükünü azımsayıp bir başa çıkma yolu olarak inkarı kullanmaları ile açıklanmıştır (18). Hasta akrabaları açısından duygu dışavurumu, aile ortamı ve yaşam kalitesi puanlarında iki değerlendirme arasında anlamlı değişim gözlenmemesi hastanın belirtilerindeki düzelmeye rağmen iyilik hissinin bundan bağımsız olmasıyla ilişkili olabilir. Öte yandan yaşam kalitesini etkileyen etmenlere bakıldığında hasta akrabalarında ilk değerlendirmede yaşam kalitesinin çevre dışındaki alanlarında ailede çatışmanın az olması yaşam kalitesini olumlu etkilemektedir. İkinci değerlendirmede aile ortamının daha az çatışmalı ve kuralcı olması, kontrolün artması yaşam kalitesini olumlu, dışavuran duygudurumun eleştirel olması ise olumsuz etkilemektedir.

Çalışmamızda duygu dışavurumu zaman içinde değişmezken aile ortamının daha olumlu algılandığı görülmektedir. Hastanın birlikte yaşadığı aile üyesini hoşgörülü bulması kişilerarası ilişkiler ve sosyal destek açısından yaşam kalitesini

olumlu etkilemektedir. İkinci değerlendirme sonuçlarına göre, hastalar akrabalarının kendilerine karşı tutumlarını olumsuz, hoşgörüsüz ve tepkili algıladıkça tüm alanlarda yaşam kaliteleri de düşmektedir. Duygu dışavurumunun farklı bir ölçüm aracıyla değerlendirildiği bir çalışmada da yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği öne sürülmüştür (14).

Çalışmamızda ilk değerlendirmede hastaların pozitif belirti şiddeti ikinci değerlendirmeye göre yüksektir. Pozitif belirti şiddeti yüksek hastaların aile ortamlarını katı ve aşırı kuralcı algıladığı bildirilmiştir (54). Türkiye gibi geleneksel kültürlerde aile ilişkilerinin karşılıklılığı ve bütünlüğü ile güçlü aile/akraba bağlarının hastalığın alevli döneminde aile içi kuralcılık ve katılığa dönüşmesi bu durumu açıklayabilir (55). Bu çalışmada belirtiler azaldıkça aile ortamındaki kuralcılığın da azalması bu varsayımı destekler niteliktedir. Çalışmamızda zaman içinde belirtiler azaldıkça aile ortamı hasta tarafından daha az çatışmalı olarak algılanmakta, ancak hastanın akrabası açısından aile ortamında çatışma yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Hasta akrabalarının hastalığın yükü ve damgalayıcı etkisine karşı aile ortamında kurallar, katı organizasyon ile kontrol duygusunu artırmaları bunu açıklayabilir. Bu durum kanserli bir hasta etrafında bir araya gelen hasta akrabalarının hastalıkla baş edebilmek için aile yapısını katılaştırmaları ile karşılaştırılabilir. Oysa remisyon sağlandığında beklenen, ailenin katı yapısını esnetebilmesidir. Şizofrenide nöksler sık görülür ve işlevselliği bozar. Aile yapısının bu değişimlere göre esneyebilmesi gerekir. Ülkemizde sınırlı mali olanaklar ve insan kaynakları nedeniyle yapılandırılmış aile girişimleri çok az merkezde uygulanmaktadır (56). Oysa aile odaklı grup uygulamaları şizofreni hastalarının ve ailelerinin yaşam kalitelerini olumlu yönde etkileyebilir.

Bu çalışmanın kısıtlılıkları arasında kullanılan yaşam kalitesi ölçeğinin şizofreni hastalarının yaşam kalitesinin ölçümü için yeterince duyarlı olmayabileceği yer almaktadır. Şizofreni hastalarının yaşam kalitesini ölçen bir aracın kullanılması daha farklı sonuçlar verebilir. Hastaların tedavi görmekte olan, düzenli izlem altındaki hastalar arasından seçilmiş olması yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemiş olabilir. Ayrıca örneklemin hastaneye başvuran hastalardan seçilmiş olması sonuçların genellenmesini engelleyebilir. İleride yapılacak çalışmalarda aile ortamına ek olarak sosyal destek ve kişiliğe ait etmenlerin de değerlendirilmesi önemli olabilir.

Bu çalışmanın sonuçları şizofrenide depresif belirtilerin dikkate alınması gerektiğini desteklemektedir. Aileye depresif belirtilerin önemi aktarılmalıdır. Aile üyelerinin hastalık üzerinde kontrollerinin olması, stabil dönemlerde aile yapısının esnetilebilmesi ve hastaya gösterilen hoşgörünün artması vurgulanacak noktalar arasında yer almalıdır.

Kaynaklar

1. Lambert M, Naber D. Current issues in schizophrenia: Overview of patient acceptability, functioning capacity and quality of life. *CNS Drugs* 2004; 2(Suppl 18):5-17. [Abstract]
2. Hansson L. Determinants of quality of life in people with severe mental illness. *Acta Psychiatr Scand* 2006; (Suppl):46-50. [Abstract]
3. Adewuya AO, Makanjuola RO. Subjective quality of life of Nigerian schizophrenia patients: Sociodemographic and clinical correlates. *Acta Psychiatr Scand* 2009; 120:160-4. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
4. Narvaez JM, Twamley EW, McKibbin CL et al. Subjective and objective quality of life in schizophrenia. *Schizophr Res* 2008; 98:201-8. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]

5. Wegener S, Redoblado-Hodge MA, Lucas S et al. Relative contributions of psychiatric symptoms and neuropsychological functioning to quality of life in first-episode psychosis. *Aust N Z J Psychiatry* 2005; 39:487-92. [Abstract]
6. Karow A, Moritz S, Lambert M et al. Panss syndromes and quality of life in schizophrenia. *Psychopathology* 2005; 38:320-6. [Abstract]
7. Hofer A, Baumgartner S, Edlinger M et al. Patient outcomes in schizophrenia i: Correlates with sociodemographic variables, psychopathology, and side effects. *Eur Psychiatry* 2005; 20:386-94. [Abstract] / [PDF]
8. Ruggeri M, Nose M, Bonetto C et al. Changes and predictors of change in objective and subjective quality of life: Multiwave follow-up study in community psychiatric practice. *Br J Psychiatry* 2005; 187:121-30. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
9. Norman RM, Malla AK, McLean T et al. The relationship of symptoms and level of functioning in schizophrenia to general wellbeing and the quality of life scale. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102:303-9. [Abstract] / [PDF]
10. Sciollo A, Patterson TL, Wetherell JL et al. Functioning and well-being of middle-aged and older patients with schizophrenia: Measurement with the 36-item short-form (sf-36) health survey. *Am J Geriatr Psychiatry* 2003; 11:629-37. [Abstract]
11. Aki H, Tomotake M, Kaneda Y et al. Subjective and objective quality of life, levels of life skills, and their clinical determinants in outpatients with schizophrenia. *Psychiatry Res* 2008; 158:19-25. [Abstract] / [PDF]
12. Hofer A, Rettenbacher MA, Widschwendter CG et al. Correlates of subjective and functional outcomes in outpatient clinic attendees with schizophrenia and schizoaffective disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2006; 256:246-55. [Abstract] / [PDF]
13. Roseman AS, Kasckow J, Fellows I et al. Insight, quality of life, and functional capacity in middle-aged and older adults with schizophrenia. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008; 23:760-5. [Abstract] / [PDF]
14. Ritsner M, Kurs R, Gibel A et al. Predictors of quality of life in major psychoses: A naturalistic follow-up study. *J Clin Psychiatry* 2003; 64:308-15. [PDF]
15. Caron J, Lecomte Y, Stip E et al. Predictors of quality of life in schizophrenia. *Community Ment Health J* 2005; 41:399-417. [Abstract]
16. 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. [Abstract] / [PDF]
17. Greenberg JS, Knudsen KJ, Aschbrenner KA. Prosocial family processes and the quality of life of persons with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2006; 57:1771-7. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
18. Alptekin K, Akdede BB, Akvardar Y et al. Quality of life assessment in Turkish patients with schizophrenia and their relatives. *Psychol Rep* 2004; 95:197-206. [Abstract]
19. Gorna K, Jaracz K, Rybakowski F et al. Determinants of objective and subjective quality of life in first-time-admission schizophrenic patients in Poland: A longitudinal study. *Qual Life Res* 2008; 17:237-47. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
20. Skantze K. Subjective quality of life and standard of living: A 10-year follow-up of out-patients with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1998; 98:390-9. [Abstract]
21. Prieto L, Novick D, Sacristan JA et al. A Rasch model analysis to test the cross-cultural validity of the EurQoL-5D in the schizophrenia outpatient health outcomes study. *Acta Psychiatr Scand* 2003; (Suppl):24-9. [Abstract]
22. 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; 61:880-9. [Abstract]
23. Ritsner M, Gibel A, Ratner Y. Determinants of changes in perceived quality of life in the course of schizophrenia. *Qual Life Res* 2006; 15:515-26. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
24. Hansson L, Bjorkman T. Are factors associated with subjective quality of life in people with severe mental illness consistent over time?--a 6-year follow-up study. *Qual Life Res* 2007; 16:9-16. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
25. Addington D, Addington J, Maticka-Tyndale E et al. Reliability and validity of a depression rating scale for schizophrenics. *Schizophr Res* 1992; 6:201-8. [Abstract]
26. Aydemir Ö, Danacı AE, Pırıldar Ş ve ark. Calgary şizofrenide depresyon ölçeği Türkçe versiyonunun özgülülüğü ve duyarlılığı. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2000; 37:210-3.
27. Andreasen NC. Methods for assessing positive and negative symptoms. *Mod Probl Pharmacopsychiatry* 1990; 24:73-88. [Abstract]
28. Erkoç Ş, Arkonaç O, Ataklı C ve ark. Negatif semptomları değerlendirme ölçeğinin güvenilirliği ve geçerliliği. *Düşünen Adam* 1991; 4:16-9.
29. Erkoç Ş, Arkonaç O, Ataklı C ve ark. Pozitif semptomları değerlendirme ölçeğinin güvenilirliği ve geçerliliği. *Düşünen Adam* 1991; 4:20-4.
30. Münetz MR, Benjamin S. How to examine patients using the abnormal involuntary movement scale. *Hosp Community Psychiatry* 1988; 39:1172-7. [Abstract] / [PDF]
31. Birligi AP. Mental bozuklukların tanısı ve sayımsal elkitabı, dördüncü baskı (dsm-iv). Köroğlu E, editor. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1994.
32. Guy W. Clinical global impression. ECDEU sssessment manual for psychopharmacology. Rockville, MD: NIMH; 1976.
33. Markova IS, Berrios GE. The assessment of insight in clinical psychiatry: A new scale. *Acta Psychiatr Scand* 1992; 86:159-64. [Abstract]
34. Tüzer V, Markova-Berrios içgörü ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliği. Ankara: Numune Hastanesi; 1996.
35. Fowler PC. Factor structure of the family environment scale: Effects of social desirability. *J Clin Psychol* 1982; 38:285-92. [Abstract]
36. Usluer S. Aile ortamı ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi; 1989.
37. Cole JD, Kazarian SS. The level of expressed emotion scale: A new measure of expressed emotion. *J Clin Psychol* 1988; 44:392-7. [Abstract]
38. Berksun O. Şizofrenide aile faktörü: Expressed emotion : Ölçek geliştirme ve uyarlama denemesi. Ankara: Ankara Üniversitesi; 1992.
39. The World Health Organization quality of life assessment (Who-Qol): Development and general psychometric properties. *Soc Sci Med* 1998; 46:1569-85.
40. Eser E, Fidaner H, Fidaner C ve ark. Whoqol-100 ve whoqol-bref'in psikometrik özellikleri. *3P Dergisi* 1999; 7(Suppl 2):23-40.
41. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality-of-life outcomes. *N Engl J Med* 1996; 334:835-40. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
42. Tempier R, Mercier C, Leouffre P et al. Quality of life and social integration of severely mentally ill patients: A longitudinal study. *J Psychiatry Neurosci* 1997; 22:249-55. [Abstract] / [PDF]
43. Eack SM, Newhill CE, Anderson CM et al. Quality of life for persons living with schizophrenia: More than just symptoms. *Psychiatr Rehabil J* 2007; 30:219-22. [Abstract]
44. Goldberg RW, Green-Paden LD, Lehman AF et al. Correlates of insight in serious mental illness. *J Nerv Ment Dis* 2001; 189:137-45. [Abstract] / [PDF]
45. Yen CF, Cheng CP, Huang CF et al. Quality of life and its association with insight, adverse effects of medication and use of atypical antipsychotics in patients with bipolar disorder and schizophrenia in remission. *Bipolar Disord* 2008; 10:617-24. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
46. Sim K, Mahendran R, Siris SG et al. Subjective quality of life in first episode schizophrenia spectrum disorders with comorbid depression. *Psychiatry Res* 2004; 129:141-7. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
47. Karow A, Pajonk FG. Insight and quality of life in schizophrenia: Recent findings and treatment implications. *Curr Opin Psychiatry* 2006; 19:637-41. [Abstract]
48. Hasson-Ohayon I, Kravetz S, Roe D et al. Insight into psychosis and quality of life. *Compr Psychiatry* 2006; 47:265-9. [Abstract] / [PDF]
49. Ruggeri M, Bisoffi G, Fontecedro L et al. Subjective and objective dimensions of quality of life in psychiatric patients: A factor analytical approach: The South Verona outcome project 4. *Br J Psychiatry* 2001; 178:268-75. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
50. Karow A, Pajonk FG, Reimer J et al. The dilemma of insight into illness in schizophrenia: Self- and expert-rated insight and quality of life. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2008; 258:152-9. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
51. Yamauchi K, Aki H, Tomotake M et al. Predictors of subjective and objective quality of life in outpatients with schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci* 2008; 62:404-11. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
52. Huppert JD, Weiss KA, Lim R et al. Quality of life in schizophrenia: Contributions of anxiety and depression. *Schizophr Res* 2001; 51:171-80. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
53. Reine G, Lancon C, Di Tucci S et al. Depression and subjective quality of life in chronic phase schizophrenic patients. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 108:297-303. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
54. Tüzer V, Zincir S, Başterzi A ve ark. Şizofreni hastalarında aile ortamı ve duygu dışavurumunun değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2003; 6:198-203. [PDF]
55. Karancı AN, İnandilar H. Predictors of components of expressed emotion in major caregivers of Turkish patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002; 37:80-8. [Abstract]
56. Ozerdem A, Oguz M, Miklowitz D et al. Family focused treatment for patients with bipolar disorder in Turkey: A case series. *Fam Process* 2009; 48:417-28. [Abstract]