

## ARAŞTIRMA MAKALESİ

## Bipolar Bozukluk ve Şizofreni Tanılı Bireylerde Yaşam Kalitesi

## Quality of Life of Individuals with Bipolar Disorder and Schizophrenia

Hidayet Ece ARAT ÇELİK<sup>1,2</sup>, Deniz CEYLAN<sup>3</sup>, Başak BAĞCI<sup>4</sup>, Berna Binnur AKDEDE<sup>5</sup>, Köksal ALPTEKİN<sup>5</sup>,  
Ayşegül ÖZERDEM<sup>6</sup><sup>1</sup>Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye<sup>2</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sinirbilim Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye<sup>3</sup>Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye<sup>4</sup>Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye<sup>5</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye<sup>6</sup>Mayo Clinic, Psikiyatri ve Psikoloji Bölümü, Rochester, MN, ABD

## ÖZ

**Amaç:** Yaşam kalitesi, kişinin öznel olarak yaşadığı konumuna ilişkin algısı olarak değerlendirilen ve bipolar bozukluk (BPB) ve şizofreni gibi birçok psikiyatrik hastalıkta olumsuz etkilenen bir kavramdır. Yaşam kalitesini temel alan tedavi yaklaşımlarının hastanın tedaviye uyumunu arttıracak, kişinin doyumunu yüksek bir hayat yaşamasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu çalışmada BPB ve şizofreni tanılı bireylerin yaşam kalitesinin sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması, hastalık ve iyilik dönemlerinin yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla BPB (n=124), şizofreni (n=74) tanılı bireyler ve sağlıklı kontrollere (SK, n=81) Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu (WHOQOL-Bref) verilmiştir. Yaş ve eğitim düzeyi eş değişken olarak alınarak gruplar arasında WHOQOL-Bref alt ölçek ve toplam puanları MANCOVA ile karşılaştırılmıştır. Ardından hasta grupları atak ve remisyon döneminde olmalarına göre yaş, eğitim düzeyi ve Global Değerlendirme Ölçeği puanları eş değişken olarak alınarak MANCOVA ile karşılaştırılmıştır. Klinik özellikler ile yaşam kalitesi puanları arasındaki ilişki korelasyon analiziyle değerlendirilmiş, anlamlılık saptanan değişkenler için lineer regresyon analizi uygulanmıştır.

**Bulgular:** Şizofreni veya BPB tanılı bireylerin SK'lere göre WHOQOL-Bref

psikolojik, sosyal ve toplam puanlarının düşük olduğu, şizofreni tanılı bireylerin ek olarak fiziksel ve çevre alt ölçek puanlarının da SK'lere göre düştüğü saptanmıştır. Ek olarak şizofreni tanılı bireylerin WHOQOL-Bref fiziksel, psikolojik, sosyal ve toplam puanları, BPB tanılı bireyler göre düşüktür. Remisyon döneminde BPB ve şizofreni tanılı bireyler arasında yaşam kalitesi açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Atak dönemindeki BPB tanılı bireylerin remisyon dönemine göre WHOQOL-Bref fiziksel, psikolojik alt ölçek ve toplam puanları anlamlı olarak düşük saptanmıştır. Atak dönemindeki BPB tanılı bireylerin, atak dönemindeki şizofreni tanılı bireyler göre WHOQOL-Bref psikolojik, çevre ve toplam ölçek puanları anlamlı olarak düşük bulunmuştur.

**Sonuç:** BPB tanılı bireylerin yaşam kalitesinin sağlıklı bireyler ile şizofreni tanılı bireyler arasında olduğu, öte yandan BPB atak dönemlerinin yaşam kalitesini, şizofreni atak dönemlerine göre daha çok düşürdüğü, remisyonunda ise her iki hasta grubunun birbirine benzer özellikler gösterdiği söylenebilir. Her iki hastalık grubunda yaşam kalitesi açısından benzerlik ve farklılıkların ortaya konması, hastaların ihtiyaç duydukları tedavi türünün belirlenmesi açısından büyük öneme sahiptir.

**Anahtar Sözcükler:** Bipolar bozukluk, şizofreni, yaşam kalitesi

## ABSTRACT

**Introduction:** Quality of life (QoL) is a concept defined as a subjective perception of one's position in life and is negatively affected in many psychiatric illnesses such as bipolar disorder (BD) and schizophrenia (SCZ). It is hypothesized that therapeutic approaches based on QoL can increase the patient's adherence to treatment and contribute to a satisfactory life. This study aimed to compare the QoL of individuals having BD and schizophrenia with that of healthy controls (HCs) and to investigate the impact of the state of remission on QoL.

**Method:** The World Health Organization QoL Scale-Short Form (WHOQOL-Bref) was administered to individuals with BD (n=124) and SCZ (n=74) and to HCs (n=81) to evaluate QoL. The WHOQOL-Bref subscale and total scores were compared between the groups using multifactor analysis of covariance (MANCOVA) by considering age and education level as the covariates. Then, the patient groups were compared using MANCOVA based on the state of remission by taking age, level of education, and Global Assessment of Functioning scores as the covariates. The relationship between clinical features and QoL scores was evaluated using correlation analysis, and linear regression analysis was applied for the variables that were found to be significant.

**Results:** It was found that individuals with SCZ or BD had lower WHOQOL-Bref psychological, social, and total scores than HCs. Those with SCZ additionally had lower physical and environmental subscale scores than HCs. Furthermore, those with SCZ had lower WHOQOL-Bref physical, psychological, social, and total scores than individuals with BD. There was no significant difference in WHOQOL-Bref scores between individuals with BD and SCZ in the remission period. WHOQOL-Bref physical, psychological, and total scores were found to be significantly lower in unremitted BD patients when compared with remitted BD patients. Unremitted BD patients were found to have significantly lower WHOQOL-Bref psychological, environmental, and total scale scores than unremitted SCZ patients.

**Conclusion:** It can be concluded that the QoL of individuals with BD is between that of healthy individuals and those with SCZ. However, unremitted BD patients have lower QoL than unremitted SCZ patients. Both patient groups display similar features during remission. Identifying the similarities and differences in terms of QoL in both patient groups is of great importance to develop the best type of treatment for the patients.

**Keywords:** Bipolar disorder, schizophrenia, quality of life

**Cite this article as:** Arat Çelik HE, Ceylan D, Bağcı B, Akdede BB, Alptekin K, Özerdem A. Bipolar Bozukluk ve Şizofreni Tanılı Bireylerde Yaşam Kalitesi. Arch Neuropsychiatry 2022; 59:309–314.

## Öne Çıkan Noktalar

- Şizofreni ve BPB tanılı bireylerin WHOQOL-Bref puanları sağlıklılarından düşüktür.
- Remisyondaki BPB ve şizofreni hastalarının WHOQOL-Bref puanları arasında farklılık yoktur.
- Remisyonda olmayan BPB hastalarının WHOQOL-Bref puanları şizofreni hastalarından düşüktür.

## GİRİŞ

Bipolar bozukluk (BPB) ve şizofreni yaşam boyu süren, yeti yitimi ile giden bozukluklardır. Bu bozuklukların yaşam boyu izleminde bireylerin belirtilerine odaklanmak yerine, tüm yaşamına bütüncül yaklaşım önem taşımaktadır. Yaşam kalitesi (YK), kişinin yaşamını bütünsel olarak ele alan, hastalığın olumsuz etkilerine rağmen kişilerin anlamlı ve doyumlu bir yaşam sürmesinin önemine vurgu yapan önemli bir kavramdır. Dünya Sağlık Örgütü, YK'yi "bireyin hem içinde yaşadığı kültürel yapı ve değer sistemi, hem de hedefleri, beklentileri, standartları ve endişeleri bağlamında, yaşamdaki konumuna ilişkin algısı" olarak tanımlamıştır (1). Yaşam kalitesinin artırılması, hastalık belirtilerinin sağaltımı yaklaşımını aşan, bütüncül bir anlayış olarak modern tıp tarafından benimsenmiştir. Tanımı gereği bireylerin durumunun özne değerlendirilmesi olması nedeniyle, bu özelliğin ölçümünde öz bildirim ölçeklerinin kullanılmasından kaynaklanan birtakım kısıtlılıkları bulunabilmektedir. Öte yandan YK'nin psikiyatrik bozukluklarda belirtilerin şiddeti, nörobilişsel işlevler ve psikososyal işlevsellik gibi alanlarla da ilişkili olduğu bilinmektedir (2,3).

YK'nin şizofreni, BPB ve depresyon gibi birçok psikiyatrik bozuklukta sağlıklı bireylere göre düştüğü gösterilmiştir (4-6). BPB ve şizofreniyi yaşam kalitesi açısından birebir karşılaştıran çalışmaların bulguları çelişkilidir. Bu iki hastalık grubunda yaşam kalitesi açısından farklılık saptamayan çalışmalar olduğu gibi (2,7), şizofrenide yaşam kalitesini BPB'ye göre daha olumsuz bulan (8,9) ya da tam tersi sonuçlar elde eden çalışmalar da (10) bulunmaktadır. Şizofreni ve BPB'de hastalık ve iyilik dönemlerinde yaşam kalitesini karşılaştıran çalışmaların sayısı kısıtlıdır. Sum ve ark.'nın 2015 yılında hastalık ve iyilik dönemlerinde BPB ve şizofreni tanılı bireyleri karşılaştırdıkları çalışmalarında iyilik dönemlerinde BPB ve şizofreni tanılı bireylerin yaşam kaliteleri arasında farklılık bulunmazken, hastalık döneminde şizofreni tanılı bireylerin yaşam kaliteleri, BPB tanılı bireylere göre düşük bulunmuştur (11).

Yaşam kalitesi değerlendirmesinin hastaların iyilik hali ve tedavi etkinliğinin belirlenmesinde önemli bir belirteç olduğu düşünülmektedir (12-14). Psikiyatrik bozukluklar arasında yaşam kalitesi açısından farklılıkların saptanması, buna yönelik uygulanacak tedavilerin belirlenmesinde büyük öneme sahiptir. Bu çalışmanın amacı BPB ve şizofreni tanılı bireylerin yaşam kalitesinin sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması, hastalık ve iyilik dönemlerinin yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin araştırılmasıdır.

## YÖNTEM

Bu çalışma kesitsel ve gözlemsel bir çalışmadır. Çalışmaya 2013-2021 yılları arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı ve Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda takip edilen BPB (n=124) ve şizofreni (n=74) tanılı bireyler dâhil edilmiştir. Hastalar ve sağlıklı kontroller (n=81) hekim yönlendirmesi ve psikiyatri kliniğinde dağıtılan el ilanları ile çalışmaya katılmak için başvuran bireyler arasından sırayla seçilmiştir. Araştırma Maltepe Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 04.05.2021 tarih ve 2021/900/70 karar numarasıyla onaylanmıştır.

## Katılımcılar

Tüm katılımcılara klinisyen tarafından Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı Dördüncü Baskı Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metine (DSM-IV-TR'ye) göre oluşturulan SCID-I görüşmesi uygulanmıştır. BPB ve şizofreni tanısı olan bireyler bu şekilde doğrulanmıştır. Takiben BPB tanısı olan bireylere Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAMD-17) ve Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMRS), şizofreni tanısı olan bireylere ise Pozitif ve Negatif Belirtiler Ölçeği (PANSS) uygulanmıştır. Hasta gruplarının psikososyal işlevselliğin değerlendirilmesinde Global Değerlendirme Ölçeği (GAF) kullanılmıştır. Tüm katılımcıların yaşam kalitesi Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu (WHOQOL-Bref) ile değerlendirilmiştir.

Tüm katılımcılar 18 ve 65 yaş arasındadır. Şizofreni tanısı alan bireylerde remisyona, "Şizofrenide Remisyona Çalışma Grubu" nun önerdiği kriterlere göre belirlenmiştir (altı aylık süre boyunca sekiz PANSS kriterinden üç ve altında puan alınması) (15). BPB tanılı bireyler içinse remisyona kriteri HAMD-17 ve YMRS'den 7'nin altında puan alınması olarak belirlenmiştir.

## İstatistiksel Analizler

İstatistiksel analizler için IBM Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı (SPSS) versiyon 23.0 (Chicago IL, USA) kullanılmıştır. Kategorik değişkenler Ki Kare testi ile karşılaştırılmıştır. Sürekli verilerin normal dağılıma uyup uymadıkları Skewness ve Kurtosis değerleri ile incelenmiştir. Normal dağılıma uyan verilerde ikili grup karşılaştırmalarında t testi, çoklu grup karşılaştırmalarında ise ANOVA kullanılmıştır. BPB, şizofreni ve sağlıklı kontroller arasında WHOQOL-Bref puanlarının karşılaştırılmasında yaş ve eğitim düzeyi eş değişken olarak alınarak, çok faktörlü kovaryans analizi modeli (MANCOVA) kullanılmıştır, post-hoc Bonferroni ile karşılaştırılmıştır. Remisyona dönemlerine göre BPB ve şizofreni tanılı bireyler arasında WHOQOL-Bref puanlarının karşılaştırılmasında, yaş, eğitim düzeyi ve GAF puanları eş değişken olarak alınarak MANCOVA kullanılmıştır, post-hoc Bonferroni testi yapılmıştır. Yaş, eğitim düzeyi, hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi, GAF puanları ve WHOQOL-Bref puanları arasında Pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Anlamlılık saptanan değişkenler lineer regresyon analiziyle değerlendirilmiştir. Hastalık belirtisi şiddetinin değerlendirildiği ölçekler ile (YMRS, HAMD-17, PANSS) WHOQOL-Bref puanları arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Anlamlılık değeri 0,05 olarak alınmış, tüm test sonuçları için ortalama  $\pm$  standart sapma (SD) değeri verilmiştir.

## BULGULAR

Çalışma grupları arasında demografik ve klinik özelliklerin karşılaştırılması Tablo 1'de verilmiştir. Gruplar arasında yaş açısından anlamlı farklılık saptanmazken ( $p=0,521$ ); cinsiyet ( $p=0,001$ ), eğitim yılı ( $p<0,001$ ) ve çalışma durumu ( $p<0,001$ ) açısından anlamlı farklılık saptanmıştır. Şizofreni tanılı bireylerin eğitim düzeyleri BPB tanılı bireyler ( $p=0,002$ ) ve SK'lere ( $p<0,001$ ) göre anlamlı olarak düşüktür.

BPB tanılı bireylerin şizofreni tanılı bireylere göre hastalık başlangıç yaşı daha geç ( $p=0,044$ ), hastalık süresi daha kısa ( $p=0,005$ ), GAF puanları daha yüksek ( $p<0,001$ ) bulunmuştur.

## Yaşam Kalitesi

Yaş ve eğitim düzeyine göre düzeltilip, post-hoc Bonferroni testi uygulanan, MANCOVA ile yapılan grup karşılaştırması sonucunda, şizofreni tanılı bireylerin SK ve BPB grupları grubuna göre fiziksel ( $p<0,001$ ,  $p<0,001$  sırasıyla), psikolojik ( $p<0,001$ ,  $p=0,013$  sırasıyla), sosyal alt ölçek ( $p<0,001$ ,  $p=0,023$  sırasıyla) ve WHOQOL-Bref toplam puanları ( $p<0,001$ ,  $p=0,013$  sırasıyla) anlamlı olarak düşüktü. Şizofreni tanılı bireylerin çevre alt ölçek puanları da SK'lere göre anlamlı olarak düşüktü ( $p<0,001$ ). BPB tanılı bireylerin de psikolojik, sosyal, çevre ve WHOQOL-Bref toplam puanları SK'lere göre anlamlı olarak düşük saptandı ( $p<0,001$ ,

**Tablo 1.** Çalışma grupları arasında demografik ve klinik özelliklerin karşılaştırılması

	BPB (n=124)	SCH (n=74)	SK (n=81)	Test istatistik F/ $\chi^2$	p
Yaş, Ortalama (standart sapma)	37,73 (10,18)	39,05 (10,42)	37,01 (13,37)	0,654	0,521
Cinsiyet (n, %)					0,001
Erkek	43 (34,7)	45 (60,8)	33 (40,7)	13,208	
Kadın	81 (65,3)	29 (39,2)	48 (59,3)		
Eğitim yılı, Ortalama (standart sapma)	12,34 (4,22)	10,34 (2,98)	13,35 (4,23)	11,704	<0,001
Çalışma durumu (n, %)					<0,001
Çalışıyor	54 (43,5)	14 (18,9)	49 (60,5)	27,689	
Çalışmıyor	70 (56,5)	60 (81,1)	32 (39,5)		
Medeni durum (n, %)					0,453
Evli	57 (46,0)	30 (40,5)	41 (50,6)	1,582	
Bekar	67 (54,0)	44 (59,5)	40 (49,4)		
Hastalık başlangıç yaşı, Ortalama (standart sapma)	26,71 (8,77)	24,05 (7,84)	-	2,029	0,044
Hastalık süresi, (yıl) Ortalama (standart sapma)	11,26 (7,81)	15,04 (9,19)	-	-2,861	0,005
GAF, Ortalama (standart sapma)	87,05 (10,41)	60,96 (17,79)	-	11,438	<0,001
PANSS					
Pozitif	-	13,34 (5,43)	-	-	-
Negatif	-	17,18 (6,28)	-	-	-
Genel	-	29,71 (8,10)	-	-	-
Toplam	-	60,28 (16,83)	-	-	-
HAMD-17, Ortalama (standart sapma)	3,85 (4,92)	-	-	-	-
YMRS, Ortalama (standart sapma)	0,85 (2,42)	-	-	-	-

BPB: Bipolar Bozukluk; GAF: Global Değerlendirme Ölçeği; HAMD-17: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği; n: number; PANSS: Pozitif ve Negatif Belirtiler Ölçeği; SCH: Şizofreni; SK: Sağlıklı Kontrol, YMRS: Young Mani Derecelendirme Ölçeği.

**Tablo 2.** Çalışma gruplarının WHOQOL-Bref puanları açısından karşılaştırılması

WHOQOL-Bref puanları	Ortalama $\pm$ SD			F	p
	BPB (n=124)	SCH (n=74)	SK (n=81)		
Fiziksel	25,11 $\pm$ 4,87	21,84 $\pm$ 3,77	25,91 $\pm$ 4,54	20,362	<0,001 SCH<BPB p<0,001 SCH<SK p<0,001
Psikolojik	20,90 $\pm$ 4,18	19,45 $\pm$ 3,97	23,19 $\pm$ 3,00	20,503	<0,001 SCH<BPB p<0,013 SCH<SK p<0,001 BPB<HC p<0,001
Sosyal	9,90 $\pm$ 2,39	8,86 $\pm$ 2,67	11,31 $\pm$ 1,99	17,699	<0,001 SCH<BPB p<0,023 SCH<SK p<0,001 BPB<HC p<0,001
Çevre	28,60 $\pm$ 4,76	27,34 $\pm$ 4,71	30,40 $\pm$ 4,68	6,558	0,002 SCH<SK p<0,001 BPB<SK p<0,037
Toplam	84,52 $\pm$ 13,33	77,49 $\pm$ 11,57	90,68 $\pm$ 11,66	21,011	<0,001 SCH<BPB p<0,013 SCH<SK p<0,001 BPB<SK p=0,002

BPB: Bipolar bozukluk, SCH: Şizofreni; SD: Standart Sapma; SK: Sağlıklı kontrol; n: sayı; WHOQOL-Bref: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu.

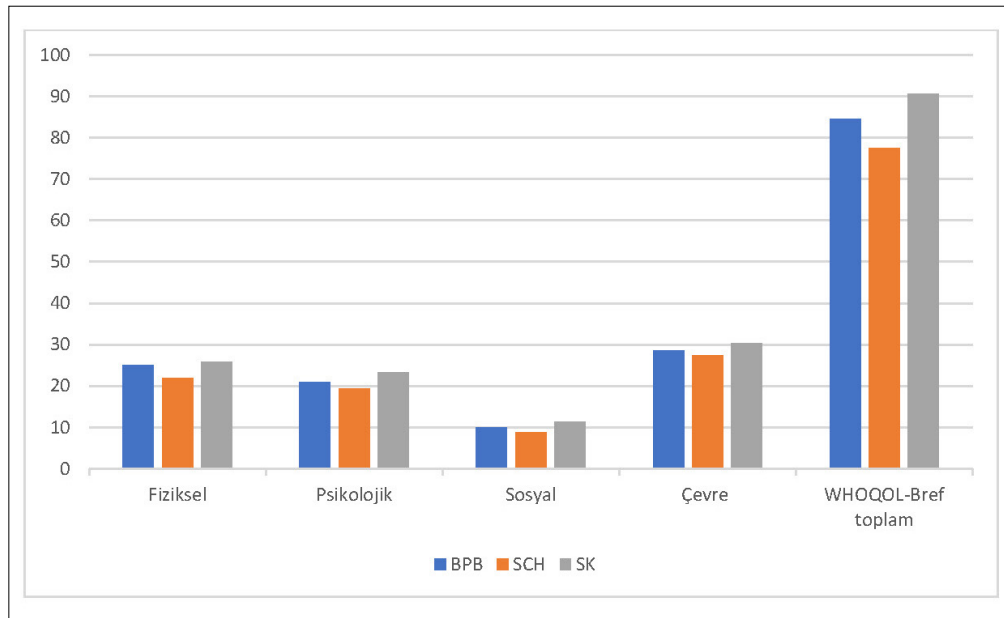
p<0,001, p=0,037, p=0,002). Tablo 2'de çalışma gruplarının WHOQOL-Bref puanları açısından karşılaştırılması Tablo 2 ve Şekil 1'de verilmiştir.

Yaş, eğitim düzeyi ve GAF puanlarının eş değişken olarak alındığı, remisyon dönemlerine göre BPB ve şizofreni tanılı bireyler arasında WHOQOL-Bref puanlarının karşılaştırılmasında, remisyon olmayan BPB tanılı bireylerin psikolojik ve toplam alt ölçek puanlarının diğer tüm hasta gruplarından düşük olduğu saptandı. Remisyon olmayan BPB tanılı bireylerin fiziksel alt ölçek puanları remisyon olanlara göre (p=0,006); çevre alt ölçek puanları remisyon olmayan şizofreni tanılı bireyler göre düşük saptandı (p=0,013). Remisyon döneminde BPB ve şizofreni tanılı bireyler arasında WHOQOL-Bref puanları açısından anlamlı farklılık saptanmadı. Remisyon dönemlerine göre BPB ve şizofreni tanılı bireylerin WHOQOL-Bref puanlarının karşılaştırılması Tablo 3 ve Şekil 2'de gösterilmiştir.

### Hastalık Belirti Şiddeti ile Yaşam Kalitesi İlişkisi

Hasta gruplarının GAF puanları ile WHOQOL-Bref fiziksel, psikolojik, sosyal, çevre alt ölçekleri ve toplam puan arasında zayıf düzeyde pozitif yönde ilişki saptanmıştır (sırasıyla p<0,001, r=0,455; p<0,001, r=0,408; p<0,001, r=0,429; p<0,001, r=0,335; p<0,001, r=0,496). Yapılan regresyon analizinde GAF puanlarının WHOQOL-Bref toplam puanları üzerinde etkisinin olduğu görülmüştür (R<sup>2</sup>=0,246, p<0,001, t=7,861).

BPB tanılı bireylerde HAMD-17 ve YMRS ölçek puanlarıyla WHOQOL-Bref puanlarının ilişkisi incelendiğinde, HAMD-17 puanları ile WHOQOL-Bref fiziksel, psikolojik, sosyal, çevre alt ölçekleri ve toplam puan arasında zayıf ve orta düzeyde negatif yönde ilişki saptanmıştır (sırasıyla p<0,001, r=0,454; p<0,001, r=-0,610; p<0,001, r=-0,372; p<0,001, r=-0,406; p<0,001, r=-0,563). Şizofreni tanılı bireylerde de PANSS toplam ölçek puanları ile



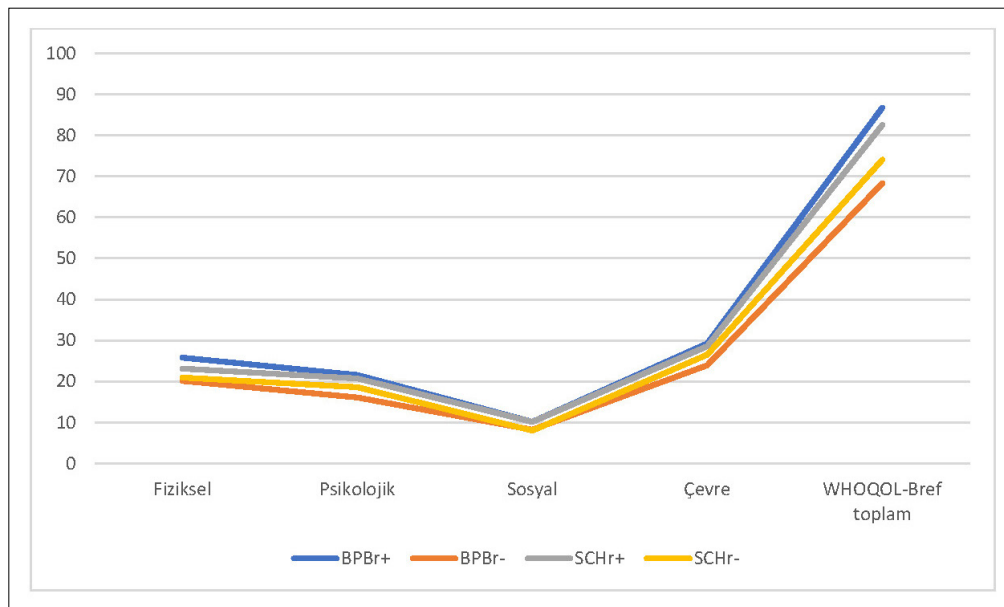
**Şekil 1.** Çalışma gruplarının WHOQOL-Bref puanları açısından karşılaştırılması.

BPB: Bipolar Bozukluk; SCH: Şizofreni; SK: Sağlıklı Kontrol, WHOQOL-Bref: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu..

**Tablo 3.** Remisyon dönemlerine göre BPB ve şizofreni tanılı bireylerin WHOQOL-Bref puanlarının karşılaştırılması

WHOQOL-Bref puanları	Ortalama ± SD				F	p
	BPBr+ (n=101)	BPBr- (n=15)	SCHr+ (n=30)	SCHr- (n=44)		
Fiziksel	25,80±4,48	20,13±4,85	23,13±2,79	20,95±4,11	4,195	0,007 BPBr-<BPBr+ p=0,006
Psikolojik	21,57±3,54	16,07±5,31	20,70±3,00	18,59±4,34	4,927	0,003 BPBr-<BPBr+ p=0,024 BPBr-<SCHr+ p=0,014 BPBr-<SCHr- p=0,004
Sosyal	10,14±2,23	8,20±2,86	10,13±2,19	8,00±2,63	1,671	0,175
Çevre	29,25±4,55	23,93±3,59	28,57±5,23	26,50±4,17	3,676	0,013 BPBr-<SCHr- p=0,013
Toplam	86,75±11,74	68,33±13,40	82,53±10,73	74,05±10,95	4,744	0,003 BPBr-<BPBr+ p=0,011 BPBr-<SCHr+ p=0,013 BPBr-<SCHr- p=0,011

BPBr+: remisyonunda bipolar bozukluk; BPBr-: remisyonunda olmayan bipolar bozukluk; n: sayı; SCHr+: remisyonunda şizofreni; SCHr-: remisyonunda olmayan şizofreni; WHOQOL-Bref: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu.



**Şekil 2.** Remisyon dönemlerine göre BPB ve SCH tanılı bireylerin WHOQOL-Bref puanlarının karşılaştırılması.

BPBr+: remisyonunda bipolar bozukluk, BPBr-: remisyonunda olmayan bipolar bozukluk, SCHr+: remisyonunda şizofreni, SCHr-: remisyonunda olmayan şizofreni, WHOQOL-Bref: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu.

WHOQOL-Bref fiziksel, psikolojik, sosyal, çevre alt ölçekleri ve toplam puan arasında zayıf ve orta düzeyde negatif yönde ilişki saptanmıştır (sırasıyla  $p=0,003$ ,  $r=-0,340$ ;  $p=0,001$ ,  $r=-0,395$ ;  $p<0,001$ ,  $r=-0,551$ ;  $p<0,001$ ,  $r=0,458$ ;  $p<0,001$ ,  $r=-0,559$ ).

## TARTIŞMA

Bu çalışmada şizofreni veya BPB tanılı bireylerin SK'lere göre WHOQOL-Bref psikolojik, sosyal ve toplam puanlarının düşük olduğu, şizofreni tanılı bireylerin ek olarak fiziksel ve çevre alt ölçek puanlarının da SK'lere göre düştüğü saptanmıştır. Ayrıca şizofreni tanılı bireylerin WHOQOL-Bref fiziksel, psikolojik, sosyal ve toplam puanlarının BPB tanılı bireylerden de düşük olduğu gözlenmiştir. Remisyon döneminde BPB ve şizofreni tanılı bireyler arasında WHOQOL-Bref puanları açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Remisyon olmayan BPB tanılı bireylerin remisyondakilere göre WHOQOL-Bref fiziksel, psikolojik alt ölçek ve toplam puanları anlamlı olarak düşüktür. Benzer şekilde remisyon olmayan BPB tanılı bireylerin yine remisyon olmayan şizofreni tanılı bireylere göre WHOQOL-Bref psikolojik, çevre ve toplam ölçek puanları anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Bu bulgular göz önüne alındığında her iki hasta grubunda da sağlıklı bireylere göre yaşam kalitesinin düştüğü; şizofreni tanılı bireylerde BPB tanılı bireylere kıyasla yaşam kalitesinin daha düşük olduğu; ancak BPB atak dönemlerinin şizofreni atak dönemlerine kıyasla yaşam kalitesini daha olumsuz etkilediği görülmektedir.

Çalışmamızda da gözlemediği gibi, BPB veya şizofreni tanılı bireylerin yaşam kalitelerinin sağlıklı kontrollerden düşük saptanması, literatürde yaygın olarak kabul görmüş bir bulgudur (2,7,11). Literatürde her iki hasta grubunda remisyondaki bireylerde yaşam kalitesi açısından farklılık saptamayan çalışmalar çoğunluktadır (2,7,16). Öte yandan bazı çalışmalar remisyon dönemlerinde şizofreni tanılı bireylerin BPB tanılı bireylere kıyasla yaşam kalitelerinin daha düşük olduğuna vurgu yapmaktadır (8,9). Literatürde BPB ve şizofreni tanılı bireyleri yaşam kalitesi açısından karşılaştıran çalışmalar bulunmakla birlikte, remisyon dönemlerine göre bu hastalıkların birlikte karşılaştırıldığı çalışmaların sayısı kısıtlıdır (11). Çalışmamızda remisyon olup olmamasına bakılmaksızın şizofreni tanılı bireylerin yaşam kalitesi BPB tanılı bireylerden düşük bulunmuştur; öte yandan remisyon dönemlerinde gruplar arasında farklılık gözlenmemiştir. Bulgularımızı destekler şekilde Sum ve ark.'nın yaptığı (11), BPB ve şizofreni tanılı bireylerin remisyon dönemlerine göre yaşam kalitesinin karşılaştırıldığı bir çalışmada da remisyon döneminde hasta grupları arasında farklılık saptanmamıştır. Ancak bu çalışmada remisyon olmayan şizofreni tanılı bireylerin, BPB tanılı bireylere göre yaşam kalitesinin daha düşük olduğunun gözlenmiş olması çalışmamızla çelişen bir bulgudur (11). Şizofreninin kronik gidişli, BPB'nin ise atak ve iyileşme dönemleriyle giden bir bozukluk olduğu bilinmektedir. Bu çalışmada şizofreni tanılı bireylerde remisyon, Andreasen ve ark.'nın (15) öne sürdüğü kriterlere göre belirlenmiştir. Klinik pratikte tam olarak atak halinde olmayan; ancak remisyon kriterlerini de karşılamayan, orta düzeyde bir işlevsellikle yaşamlarını devam ettiren şizofreni tanılı bireylerin çoğunlukta olduğu bilinmektedir. Bu açıdan çalışmaya alınan ve remisyonunda olmadığı kabul edilen şizofreni tanılı bireylerin bir kısmının rezidüel belirtilerle yaşamlarına orta düzeyde işlevsellikle devam eden bireyler olduğu ve yaşam kalitelerinin hastalığın kronik sürecine göre büyük değişimler göstermediği düşünülebilir. Öte yandan BPB tanılı bireyler ise remisyon dönemlerinde hemen hemen çoğunlukla eski işlevselliklerine dönmektedirler. Bu açıdan bakıldığında BPB tanılı bireylerin atak dönemlerini sağlıklı dönemleriyle karşılaştırıp, atak dönemlerinde öznel olarak yaşam kalitelerinin daha çok düştüğü sonucuna varmaları beklenebilir.

Remisyon olmayan BPB tanılı bireylerin WHOQOL-Bref psikolojik, çevre alt ölçek ve toplam puanlarının, şizofreni tanılı bireylerden düşük saptanmasının bir nedeni de WHOQOL-Bref psikolojik alt ölçek maddelerinin, yaşamdan alınan keyif, yaşamın anlamlı gelmesi, bireyin

kendinden hoşnutluğu, dikkat, çökkünlük, hüznün gibi duygudurum belirtilerini, çevreden duyulan memnuniyeti ön planda değerlendiren maddeleri içermesi olabilir. Ölçeğin duygudurum belirtilerini daha iyi yansıtması sebebiyle, duygudurum bozukluğu tanısı olan bireylerin yakınmalarını daha büyük ölçüde yakalamış olduğu düşünülebilir. Öte yandan çalışmamızda remisyon olmayan BPB tanılı bireylerin remisyon dönemlerine göre WHOQOL-Bref fiziksel, psikolojik alt ölçek ve toplam puanları da düşük bulunmuştur. YK'nin bireylerin durumunun öznel değerlendirmesi olması nedeniyle, bu özelliğin ölçümünde öz bildirim ölçeklerinin kullanılmasından kaynaklanan birtakım kısıtlılıkları bulunmaktadır. BPB depresif epizodda bir birey değersizlik düşünceleri ve olumsuz düşünme özellikleri nedeniyle, yaşam kalitesini normalin altında görme eğiliminde olabilir (17,18). Bu nedenle bu alanda yapılan çalışmaların bir kısmında yalnızca ötimik hastalar çalışmaya alınmaktadır (19). Bazı araştırmacılar ise, hastanın yaşam kalitesine yönelik kendi bakış açısını yansıtması bakımından hastalık epizodlarında bu ölçeklerin uygulanmasının işe yarar veriler elde etmede faydasının olacağını belirtmiştir (20).

Çalışmamızda psikososyal işlevsellik ve hastalık şiddetinin belirlenmesinde kullanılan ölçek puanları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. YK'nin BPB ve şizofrenide belirtiler şiddeti ve psikososyal işlevsellik gibi alanlarla ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (2,3). Sum ve ark 2015 çalışmasında negatif psikotik belirtilerin şiddetindeki azalma ve psikososyal işlevsellikteki artış yaşam kalitesindeki artışla ilişkili bulunmuştur (11). Öte yandan BPB'da yaşam kalitesini düşüren etkenlerden birinin de kalıntı depresif belirtiler olduğu bilinmektedir (5). BPB tanılı bireylerde yaşam kalitesinin değerlendirildiği bir çalışmada HAMD ölçek puanlarının tüm yaşam kalitesi alt ölçekleriyle negatif yönde ilişkili olduğu gösterilmiştir (21). Farklı depresyon derecelendirme ölçekleriyle yapılan çalışmalarda da yaşam kalitesiyle depresif belirtilerin yüksek oranda ilişkili olduğu gösterilmiştir (22).

Çalışmamızda YK'nin değerlendirilmesinde objektif bir ölçüm yolu yerine, bireyin öz bildirimine dayalı bir ölçek kullanılması kısıtlılıkların başında gelmektedir. Ek olarak atak döneminde olan BPB tanılı bireylerin sayılarının az olması da sonuçları yorumlarken dikkate alınması gereken önemli bir kısıtlılıktır. Daha yüksek hasta sayılarıyla ve nörobilişsel işlevler, ilaç etkisi, klinik seyir gibi durumların da YK üzerine etkisinin araştırıldığı çalışmalar bu anlamda literatüre ışık tutacaktır.

Sonuç olarak BPB ve şizofreni tanılı bireylerin yaşam kalitesinin sağlıklı bireylerden düşük olduğu, şizofreni tanılı bireylerin yaşam kalitesindeki düşüşten daha fazla etkilendikleri, öte yandan BPB atak dönemlerinin yaşam kalitesini, şizofreni atak dönemlerine kıyasla daha çok düşürdüğü, remisyonunda ise her iki hasta grubunun birbirine benzer özellikler gösterdiği söylenebilir. Bu açıdan bakıldığında her iki hastalık grubunda yaşam kalitesi açısından benzerlik ve farklılıkların ortaya konması, hastaların ihtiyaç duydukları tedavi türünün belirlenmesi açısından büyük öneme sahiptir.

**Etik Komite Onayı:** Araştırma Maltepe Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 04.05.2021 tarih ve 2021/900/70 karar numarasıyla onaylanmıştır.

**Hasta Onamı:** Tüm katılımcılar yazılı onam vermişlerdir.

**Hakem Değerlendirmesi:** Dış Bağımsız.

**Yazar Katkıları:** Fikir- HEAÇ, DC, BB, BBA, KA, AÖ; Tasarım- HEAÇ, DC; Denetleme- HEAÇ, DC, BB, BBA, KA, AÖ; Kaynaklar- HEAÇ, DC, BB, BBA, KA, AÖ; Malzemeler- HEAÇ, DC, BB, BBA, KA, AÖ; Veri Toplanması ve/veya İşlemesi- HEAÇ, DC, BB, BBA, KA, AÖ; Analiz ve/veya Yorum- HEAÇ, DC; Literatür Taraması- HEAÇ, DC; Yazılı Yazan- HEAÇ, DC; Eleştirel İnceleme- HEAÇ, DC, BB, BBA, KA, AÖ.

**Çıkar Çatışması:** Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

**Finansal Destek:** Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

## KAYNAKLAR

1. The WHOQOL GROUP. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychol Med.* 1998;28(3):551-558. [\[Crossref\]](#)
2. Brissos S, Dias VV, Carita AI, Martinez-Aran A. Quality of life in bipolar type I disorder and schizophrenia in remission: clinical and neurocognitive correlates. *Psychiatry Res.* 2008;160(1):55-62. [\[Crossref\]](#)
3. Woon PS, Chia MY, Chan WY, Sim K. Neurocognitive, clinical and functional correlates of subjective quality of life in Asian outpatients with schizophrenia. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2010;34(3):463-468. [\[Crossref\]](#)
4. Pascual-Sanchez A, Jenaro C, Montes-Rodriguez JM. Quality of life in euthymic bipolar patients: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2019;255:105-115. [\[Crossref\]](#)
5. Bo Q, Tian L, Li F, Mao Z, Wang Z, Ma X ve ark. Quality of life in euthymic patients with unipolar major depressive disorder and bipolar disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2019;15:1649-1657. [\[Crossref\]](#)
6. Hofer A, Mizuno Y, Wartelsteiner F, Wolfgang Fleischhacker W, Frajo-Apor B, Kemmler G ve ark. Quality of life in schizophrenia and bipolar disorder: The impact of symptomatic remission and resilience. *Eur Psychiatry.* 2017;46:42-47. [\[Crossref\]](#)
7. Yen C-F, Cheng C-P, Huang C-F, Yen J-Y, Ko C-H, Chen C-S. 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(5):617-624. [\[Crossref\]](#)
8. Chand PK, Mattoo SK, Sharan P. Quality of life and its correlates in patients with bipolar disorder stabilized on lithium prophylaxis. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2004;58(3):311-318. [\[Crossref\]](#)
9. Latalova K, Prasko J, Diveky T, Kamaradova D, Velartova H. Quality of life in patients with bipolar disorder –a comparison with schizophrenic patients and healthy controls. *Psychiatr Danub.* 2011;23(1):21-26. [https://www.psychiatria-danubina.com/UserDocsImages/pdf/dnb\\_vol23\\_no1/dnb\\_vol23\\_no1\\_21.pdf](https://www.psychiatria-danubina.com/UserDocsImages/pdf/dnb_vol23_no1/dnb_vol23_no1_21.pdf)
10. Atkinson M, Zibin S, Chuang H. Characterizing quality of life among patients with chronic mental illness: a critical examination of the self-report methodology. *Am J Psychiatry.* 1997;154(1):99-105. [\[Crossref\]](#)
11. Sum MY, Ho NF, Sim K. Cross diagnostic comparisons of quality of life deficits in remitted and unremitted patients with schizophrenia and bipolar disorder. *Schizophr Res.* 2015;168(1-2):191-196. [\[Crossref\]](#)
12. Michalak EE, Yatham LN, Lam RW. Quality of life in bipolar disorder: a review of the literature. *Health Qual Life Outcomes.* 2005;3:72. [\[Crossref\]](#)
13. Jha MK, Greer TL, Grannemann BD, Carmody T, Rush AJ, Trivedi MH. Early normalization of Quality of Life predicts later remission in depression: Findings from the CO-MED trial. *J Affect Disord.* 2016;206:17-22. [\[Crossref\]](#)
14. Thunedborg K, Black CH, Bech P. Beyond the Hamilton depression scores in long-term treatment of manic-melancholic patients: prediction of recurrence of depression by quality of life measurements. *Psychother Psychosom.* 1995;64(3-4):131-140. [\[Crossref\]](#)
15. Andreasen NC, Carpenter WT, Jr., Kane JM, Lasser RA, Marder SR, Weinberger DR. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *Am J Psychiatry.* 2005;162(3):441-449. [\[Crossref\]](#)
16. Amini H, Sharifi V. Quality of life in bipolar type I disorder in a one-year followup. *Depress Res Treat.* 2012;2012:860745. [\[Crossref\]](#)
17. Russo J, Roy-Byrne P, Reeder D, Alexander M, Dwyer-O'Connor E, Dagadakis C ve ark. Longitudinal assessment of quality of life in acute psychiatric inpatients: reliability and validity. *J Nerv Ment Dis.* 1997;185(3):166-175. [\[Crossref\]](#)
18. Gazalle FK, Frey BN, Hallal PC, Andrezza AC, Cunha AB, Santin A ve ark. Mismatch between self-reported quality of life and functional assessment in acute mania: a matter of unawareness of illness? *J Affect Disord.* 2007;103(1-3):247-252. [\[Crossref\]](#)
19. Sierra P, Livianos L, Rojo L. Quality of life for patients with bipolar disorder: relationship with clinical and demographic variables. *Bipolar Disord.* 2005;7(2):159-165. [\[Crossref\]](#)
20. Bonnín CM, Sánchez-Moreno J, Martínez-Arán A, Solé B, Reinares M, Rosa AR ve ark. Subthreshold symptoms in bipolar disorder: impact on neurocognition, quality of life and disability. *J Affect Disord.* 2012;136(3):650-659. [\[Crossref\]](#)
21. Yatham LN, Lecrubier Y, Fieve RR, Davis KH, Harris SD, Krishnan AA. Quality of life in patients with bipolar I depression: data from 920 patients. *Bipolar Disord.* 2004;6(5):379-385. [\[Crossref\]](#)
22. Saarni SI, Viertiö S, Perälä J, Koskinen S, Lönnqvist J, Suvisaari J. Quality of life of people with schizophrenia, bipolar disorder and other psychotic disorders. *Br J Psychiatry.* 2010;197(5):386-394. [\[Crossref\]](#)