ARAŞTIRMA MAKALESİ
RESEARCH ARTICLE
• 2025 Makale No: 67

Türk Psikiyatri Dergisi (2025) **36**:564-575
https://doi.org/10.5080/u27790

Ağır Ruhsal Bozukluğu Olan Hastalarda Çocukluk Çağı Travmalarının Fiziksel ve Ruhsal Yaşam Kalitesi ile İlişkisi

Irmak POLAT[1], Ezgi İNCE GULİYEV[1]

ÖZET

Amaç: Çalışmamızda ağır ruhsal bozuklukları olan hastalarda; sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin (SİYK), çocukluk çağı travmaları (ÇÇT), sosyodemografik etmenler ve klinik özelliklerle ilişkisi araştırılmıştır.

Yöntem: Şizofreni spektrum bozukluğu veya bipolar bozukluk tanılı 158 hasta değerlendirilmiştir. Veriler, Kısa Form-12 (SF-12), Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Klinik Global İzlenim-Şiddet (CGI-S) Ölçeği ve sosyodemografik bilgi formu kullanılarak toplanmıştır.

Bulgular: Katılımcıların %62,7'sinde ÇÇT bildirilmiştir. SF-12 fiziksel bileşen puanları kadınlarda (p=0,012), evlilerde (p=0,002) ve komorbiditesi olan hastalarda (p=0,005) daha düşük saptanmıştır. SF-12 ruhsal bileşen puanları sigara (p=0,013) ve madde kullanımı (p=0,030) olan, uzun etkili enjektabl antipsikotikler kullanan (p=0,008) ve daha önce intihar girişimi olan hastalarda (p=0,014) daha düşük bulunmuştur. Fiziksel SİYK puanları yaş (r=-0,222, p=0,006), beden kitle endeksi (r=-0,277, p=0,002) ve hastalık süresi (r=-0,215, p=0,010) ile; ruhsal SİYK puanları antipsikotik dozu (r=-0,166, p=0,041) ve CGI-S puanları (r=-0,376, p<0,001) ile negatif korelasyon göstermiştir. Doğrusal regresyon analizlerinde, duygusal ihmal (β=0,220, p=0,018) ve fiziksel istismarın (β=0,252, p=0,006) daha düşük fiziksel SİYK puanları ile; duygusal ihmal (β=0,212, p=0,019) ve cinsel istismarın (β=0,299, p<0,001) ise daha düşük ruhsal SİYK puanları ile ilişkili olduğu bulunmuştur.

Sonuç: ÇÇT'nin, ağır ruhsal bozukluğu olan bireylerde düşük SİYK'ya katkıda bulunan temel bir etken olduğu görülmüştür. Bulgularımız ruh sağlığı hizmetlerinde ÇÇT'nin taranmasının ve travma odaklı bakım yaklaşımlarının önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Ağır ruhsal bozukluk, çocukluk çağı travması, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, toplum ruh sağlığı hizmetleri

ABSTRACT

The Relationship Between Childhood Trauma and Physical and Mental Quality of Life in Patients with Severe Mental Disorders

Objective: We investigated the relationship between health-related quality of life (HRQoL), childhood trauma (CT), sociodemographic factors, and clinical characteristics in patients with severe mental disorders.

Method: A total of 158 patients diagnosed with schizophrenia spectrum disorders or bipolar disorder were evaluated. Data were collected using the Short Form-12 (SF-12), Childhood Trauma Questionnaire, Clinical Global Impression-Severity Scale, and sociodemographic information form.

Results: CT was reported in 62.7% of participants. SF-12 physical component scores were lower in women (p=0.012), married individuals (p=0.002), and patients with comorbidities (p=0.005). SF-12 mental component scores were lower in patients who smoked (p=0.013) and used substances (p=0.030), treated with long-acting injectable antipsychotics (p=0.008), and had a history of suicide attempts (p=0.014). Physical HRQoL scores were negatively correlated with age (r=-0.222, p=0.006), body mass index (r=-0.277, p=0.002) and illness duration (r=-0.215, p=0.010); mental HRQoL scores were negatively correlated with antipsychotic dose (r=-0.166, p=0.041) and CGI-S scores (r=-0.376, p <0.001). Emotional neglect (β=0.220, p=0.018) and physical abuse (β=0.252, p=0.006) were associated with lower physical HRQoL scores; emotional neglect (β=0.212, p=0.019) and sexual abuse (β=0.299, p<0.001) were associated with lower mental HRQoL scores.

Conclusion: CT was found to be a key factor contributing to lower HRQoL in individuals with severe mental disorders. Our findings emphasize the importance of screening for CT and trauma-focused care approaches in mental healthcare services.

Keywords: Childhood trauma, community mental health services, health-related quality of life, severe mental disorder

Atıf için: Polat I, İnce Guliyev E (2025) The Relationship Between Childhood Trauma and Physical and Mental Quality of Life in Patients with Severe Mental Disorders. *Turk Psikiyatri Derg* **36**:564-575. https://doi.org/10.5080/u27790

Geliş Tarihi: 01.08.2025, **Kabul Tarihi:** 15.09.2025, **Çevrimiçi Yayın Tarihi:** 06.10.2025

[1]Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Üniv., İstanbul Tıp Fak., Psikiyatri AD, İstanbul, Türkiye

Ezgi İnce Guliyev, e-posta: ezgi.ince@istanbul.edu.tr

GİRİŞ

Ağır ruhsal bozukluklar (ARB), işlevsellikte belirgin bozulma veya yeti yitimiyle seyreden, uzun süreli, yineleyici ruhsal bozukluklar olarak tanımlanmakta ve tedavileri genellikle uzun vadeli olarak düşünülmektedir (Ruggeri ve ark. 2000, Woods ve ark. 2008, Zumstein ve Riese 2020). Şizofreni spektrum bozuklukları ve bipolar bozukluk yaygın ARB tanıları arasında sayılmaktadır (Woods ve ark. 2008).

Modern psikiyatride, geleneksel semptom temelli tedavi yaklaşımından daha bütüncül ve hastanın genel yaşam memnuniyetinin iyileştirilmesi merkezli yaklaşımlara doğru bir geçiş söz konusudur (Berghöfer ve ark. 2020). Bununla birlikte, yaşam kalitesi (YK) hastalık etkisinin değerlendirilmesinde ve tedavi yanıtının ölçülmesinde kullanılan temel göstergelerden biri haline gelmiştir. (Woods ve ark. 2008, Defar ve ark. 2023). Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi (SİYK) ölçümleri, bireyin algıladığı fiziksel ve ruhsal sağlığı değerlendirmeye olanak sağlayarak, tedavi planlanmasında ve iyileşme sürecinin izlenmesinde önemli bilgiler sunar (Haraldstad ve ark. 2019, Berghöfer ve ark. 2020, Jia ve Lubetkin, 2024). Düşük SİYK'nin gündelik işlevselliğin kısıtlanması , tedavi uyumunun zayıflaması ve artan nüks oranlarıyla olan ilişkisi göz önünde bulundurulduğunda, SİYK'yı etkileyen faktörlerin belirlenmesine yönelik araştırmalar ARB alanında da özel bir ilgi odağı haline gelmiştir (Saarni ve ark. 2010, Watson ve ark. 2018, Berghöfer ve ark. 2020, Defar ve ark. 2023). Ağır ruhsal bozukluklar tanısı konulan kişilerde günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlılık, bağımsızlık düzeyinde azalma ve düşük benlik saygısı, düşük SİYK ile ilişkili bulunmuştur (Berghöfer ve ark. 2020, Defar ve ark. 2023).

Çocukluk çağı travması (ÇÇT), fiziksel istismar, duygusal istismar, ihmal ve cinsel istismar gibi travmatik yaşam deneyimlerini tanımlamaktadır (Leeb 2008, Inyang ve ark. 2022, Trott ve ark. 2024). ÇÇT, erişkinlik döneminde ortaya çıkan çeşitli ruhsal bozuklukların (örn. psikotik bozukluklar, sınır kişilik bozukluğu, duygudurum bozuklukları, alkol ve/veya madde kullanım bozuklukları) gelişiminde rol oynayan tanılar üstü bir risk etmeni olarak kabul edilmektedir. (Weibel ve ark. 2017, Madigan ve ark. 2023, Scott ve ark. 2023, Bull ve ark. 2024, Trott ve ark. 2024). Epidemiyolojik çalışmalar ÇÇT'nin tüm alt türlerinin, 16 ile 40 yaş arasındaki dönemde ruhsal hastalık nedeniyle hastane yatışları ve toplum ruh sağlığı hizmetleriyle temas ile anlamlı düzeyde ilişkili olduğunu ortaya konmuştur. Çocukluk çağı travması öyküsü, ARB tanısı konulan kişilerde bilişsel süreçlerde bozulmalar, tedavi yönetiminin güçleşmesi, yüksek nüks oranları, daha uzun yatışlar, düşük SİYK ve azalmış yaşam beklentisi ile ilişkili bulunmuştur (Barile ve ark. 2015, Kaufman ve Torbey 2019, Oymak Yenilmez ve ark. 2021, Vivalya ve ark. 2022, Vivalya ve ark. 2023, Jia ve Lubetkin 2024, Trott ve ark. 2024).

Çocukluk çağı travmalarının ARB ile ilişkisi, hipotalamo-hipofiz-adrenal ekseninin aşırı ya da yetersiz aktivasyonu, limbik-prefrontal bağlantıların zayıflaması, beyaz cevher bütünlüğünde bozulma, nöroenflamatuvar süreçlerin artması ve monoaminerjik nörotransmitter sistemlerdeki değişiklikler gibi çeşitli biyolojik mekanizmalarla açıklanmaya çalışılmaktadır (Cullen ve ark., 2024). Bununla birlikte, bu biyolojik modeller genellikle hastalık başlangıcı ve kötü prognozla ilişkiye odaklanmakta; ÇÇT'nin SİYK üzerindeki doğrudan etkileri ise literatürde görece sınırlı yer bulmaktadır. Bu durum, travmanın yalnızca klinik belirtilerle değil, aynı zamanda uzun vadeli iyilik hâli ve yaşam doyumu ile ilişkisini anlamaya yönelik araştırmalara gereksinimi ortaya koymaktadır (Grubaugh ve ark. 2011, Adams ve ark. 2015, Emmerink ve Roeg 2016, Weibel ve ark. 2017).

Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM), ARB yönetiminde yalnızca hastaneye yatışların azalmasını değil, SİYK'nın iyileştirilmesini de hedeflemektedir (Bond ve ark. 2001, Emmerink ve Roeg 2016, Soygür 2016, Defar ve ark. 2023). Ancak, mevcut literatürde SİYK ve ilişkili faktörler, özellikle de ÇÇT'nin SİYK üzerindeki olası etkileri, toplum temelli bakım hizmeti alan alan popülasyonda sınırlı sayıda çalışmada ele alınmıştır (Adams ve ark. 2015, Emmerink ve Roeg 2016, Trott ve ark. 2024). Bildiğimiz kadarıyla, Türkiye'de TRSM hizmeti alan ARB tanılı bireylerde ÇÇT'nin SİYK ile ilişkisi incelenmemiştir.

Çalışmamızda ülkemizde TRSM'ye başvuran, ARB tanısı konmuş bireylerde sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ile çocukluk çağı travması, sosyodemografik ve klinik değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesi amaçlanmıştır.

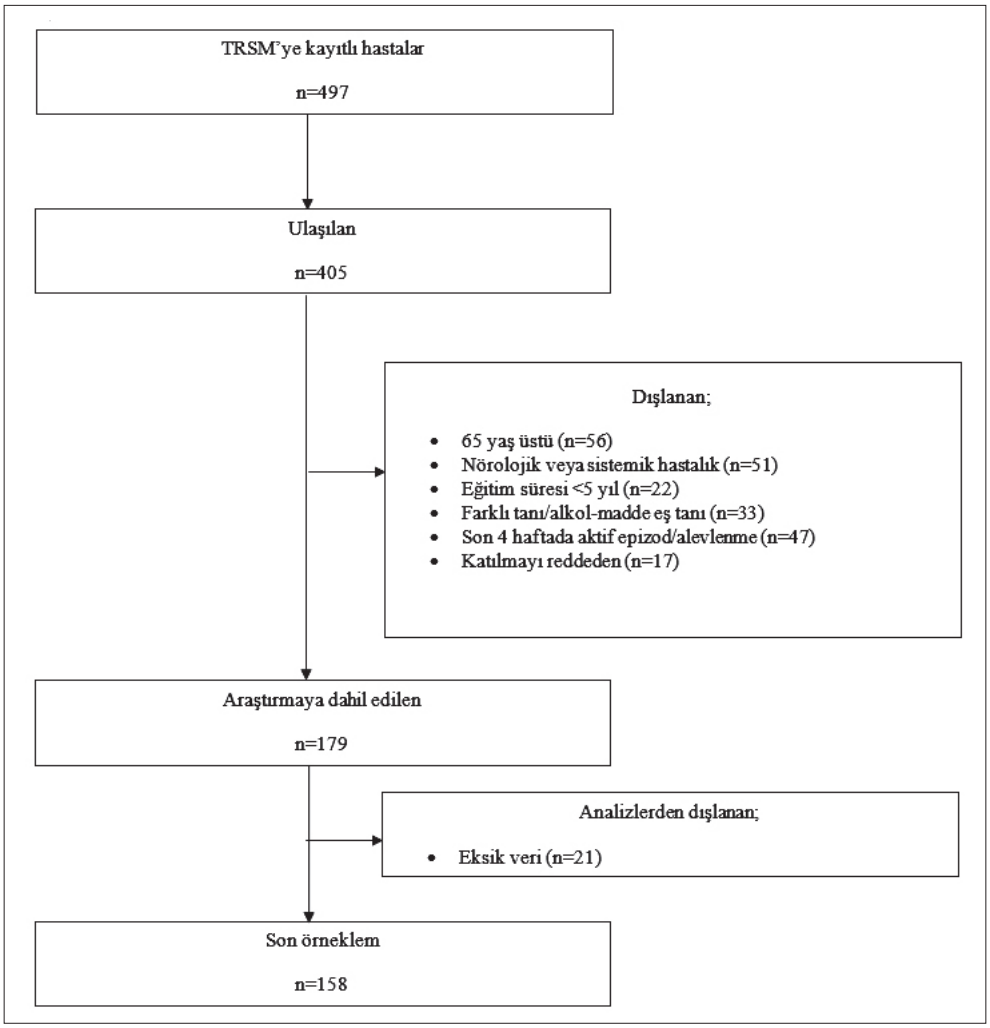
GEREÇ VE YÖNTEM

Katılımcılar

Bu kesitsel, anket temelli çalışma, Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bağlı bir Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde Eylül 2022 ile Mart 2023 tarihleri arasında yürütülmüş olup, toplam 158 ARB tanılı hastayı içermektedir. Tanım olarak TRSM, şizofreni spektrum bozuklukları (ŞSB) ve bipolar bozukluk (BB) gibi ağır ve kronik ruhsal bozukluk tanısı konmuş bireylere yönelik psikiyatrik, psikososyal ve rehabilitasyon hizmetlerinin hastane dışında ancak hastane bağlantılı bir birim üzerinden sunulduğu tedavi merkezleridir.

Çalışmaya, TRSM'de rutin izlemleri sürdürülen, 18–65 yaş aralığında, en az beş yıllık örgün eğitim almış yetişkin ARB hastaları dâhil edilmiştir. Son dört hafta içinde geçirilmiş psikotik atak ya da manik/depresif dönem, ciddi nörolojik hastalık, yaşam kalitesini doğrudan etkileyen fiziksel hastalıklar veya eş tanılı zekâ geriliği, otizm spektrum bozukluğu ya da alkol/madde kullanım bozukluğu olan bireyler çalışma dışı bırakılmıştır (Şekil 1).

www.turkpsikiyatri.com



Şekil 1. Çalışma örnekleminin belirlenme sürecine ilişkin akış diyagramı.

Katılımcılara, çalışmanın amacı ve yöntemi ayrıntılı şekilde açıklandıktan sonra yazılı onamları alınmıştır. Çalışma, Helsinki Bildirgesi ilkelerine uygun olarak yürütülmüş ve Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır (Onay Tarihi: 12.09.2022, Protokol No: 51).

Araçlar

Veriler, görüşmeci eşliğinde uygulanan sosyodemografik ve klinik bilgi formu ile birlikte Kısa Form-12 (SF-12), Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (CTQ) ve Klinik Genel İzlenim – Şiddet Ölçeği (CGI-S) kullanılarak toplanmıştır.

Araştırmacılar tarafından hazırlanan sosyodemografik ve klinik bilgi formu; katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, eğitim süresi, çalışma durumu gibi sosyodemografik özelliklerinin yanı sıra beden kitle endeksi (BKİ), eşlik eden tıbbi hastalıklar, psikiyatrik hastalık öyküsü bulunan aile bireylerinin varlığı, tütün, alkol ve madde kullanımı gibi bağımlılık davranışlarını değerlendirmektedir. Ayrıca, psikiyatrik tanı, hastalığın başlangıç yaşı, hastalık süresi, önceki hastane yatışları ve intihar girişimleri gibi hastalıkla ilgili özellikler ile mevcut tedavi bilgileri de bu form kapsamında yer almaktadır.

Kısa Form-12 (SF-12)

Kısa Form-12 (SF-12), yaygın olarak kullanılan Kısa Form-36 (SF-36)'nın kısa formu olup, aynı alt ölçekleri içeren 12 maddelik bir yaşam kalitesi değerlendirme ölçeğidir (Ware ve ark. 1996). Fiziksel Bileşen Özeti (PCS-12) puanı; genel sağlık, fiziksel işlevsellik, fiziksel rol kısıtlılığı ve beden ağrısı alt ölçeklerinden elde edilirken, Mental Bileşen Özeti (MCS-12) puanı; sosyal işlevsellik, duygusal rol kısıtlılığı, ruhsal sağlık ve canlılık alt ölçeklerinden elde edilmektedir. PCS-12 ve MCS-12 puanları 0 ile 100 arasında değişmekte olup, daha yüksek puanlar daha iyi fiziksel ve ruhsal yaşam kalitesine işaret etmektedir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Soylu ve Kütük tarafından gerçekleştirilmiştir (Soylu ve Kütük 2021).

Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği-28 (CTQ-28)

Çocukluk çağı ruhsal travma ölçeği, çocukluk ve ergenlik döneminde yaşanan istismar ve ihmal ile ilişkili travmaları geriye

dönük olarak taramak amacıyla kullanılan 28 maddelik özbildirim ölçeğidir (Bernstein ve ark. 2003). Ölçek; duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal ihmal ve fiziksel ihmal olmak üzere beş alt ölçekten oluşmaktadır. Her madde 1 (hiçbir zaman doğru değil) ile 5 (çok sık doğru) arasında puanlanan beş dereceli Likert tipi bir ölçekle değerlendirilir. Bu nedenle her bir alt ölçek 5 ile 25 arasında puan alabilirken, toplam puan 25 ile 125 arasında değişmektedir. Daha yüksek puanlar, ilgili travma alanında daha şiddetli bir çocukluk çağı travmasına işaret etmektedir. Ayrıca, her bir travma türünün varlığı, ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasında önerilen kesme noktaları esas alınarak belirlenmiştir. Herhangi bir alt ölçek için belirlenen kesme puanının aşılması durumu da ÇÇT öyküsünün varlığı olarak tanımlanmıştır. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Şar ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Şar ve ark. 2012).

Klinik Global İzlenim - Şiddet Ölçeği (CGI-S)

Klinik global izlenim, ruhsal bozuklukların klinik seyrini değerlendirmek için görüşmeci tarafından derecelendirilen üç boyutlu (şiddet, iyileşme ve yan etkiler) Likert tipi bir ölçektir ve her yaştan hastaya uygulanabilir (Busner ve Targum 2007). Çalışmamızda, son yedi gün içinde gözlenen ve bildirilen semptomlara, davranışlara ve işlevine dayalı olarak hastalığın şiddetini yedi puanlık bir ölçekte (1: normal, hasta değil; 2: hastalık sınırında; 3: hafif düzeyde hasta; 4: orta düzeyde hasta; 5: belirgin düzeyde hasta; 6: ağır hasta; 7: çok ağır hasta (Busner ve Targum 2007) değerlendiren yalnızca ilk boyut (CGI-Severity) kullanılmıştır.

İstatistiksel analiz

İstatistiksel analiz IBM Sosyal Bilimlerde İstatistik Paket Programı sürüm 29.0 (IBM Corp. 2022) kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Kategorik verilerin karşılaştırılması için Pearson Ki-kare (χ^2) testi kullanılırken, normal dağılımlı sürekli değişkenlerin analizi için bağımsız örneklem t-testi kullanılmıştır. Korelasyon analizi Pearson korelasyon analizi kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Çocukluk çağı ruhsal travma ölçeği (CTQ) ile SF-12 bileşenleri (PCS-12 ve MCS-12) arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla univaryant ve multivaryant doğrusal regresyon modelleri oluşturulmuştur. Her bir SF-12 alanı ile anlamlı ilişkisi bulunan faktörler modele dâhil edilerek CTQ kategorilerinin SF-12 alanları ile ilişkisi düzeltilmiştir. Çok değişkenli doğrusal regresyon modellerine dâhil edilecek kovaryatlar, her bir SF-12 bileşeni (PCS-12 ve MCS-12) için öncelikle korelasyon analizlerinde belirlenmiştir. Yalnızca bağımlı değişkenle istatistiksel olarak anlamlı korelasyon gösteren değişkenler, çok değişkenli modele dâhil edilmiştir. Bu şekilde, PCS-12 ile anlamlı korelasyon gösteren kovaryatlar (örneğin yaş, cinsiyet, medeni durum, fiziksel hastalık varlığı, BKİ) yalnızca fiziksel SİYK analizine; MCS-12 ile anlamlı korelasyon gösteren değişkenler (örneğin uzun etkili enjeksiyon (UEE) antipsikotik kullanımı, antipsikotik doz, önceki intihar girişimi, madde/tütün kullanımı, CGI-S) ise yalnızca ruhsal SİYK analizine dâhil edilmiştir. Kovaryat seçiminin bu şekilde yapılması, modelin gereksiz değişkenlerle aşırı kontrol edilmesini önlemeyi ve modelin gücünü korumayı hedeflemektedir (Tabachnick ve Fidell, 2013). Çocukluk çağı ruhsal travma ölçeği alt tipleri arasındaki çoklu doğrusal bağlantıdan (multikollinearite) kaçınmak için her bir alt tip ayrı ayrı analiz edilmiştir. Veriler uygun yerlerde ortalama (standart sapma, SS) ve yüzde (%) olarak sunulmuştur. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

SONUÇLAR

Sosyodemografik ve klinik özellikler

Çalışma grubunun yaş ortalaması (SS) 40,8 (8,8) yıl olup, kadınlar %52,5'ini oluşturmuştur. Hastaların %37,2'si evli, %30,6'sı çalışmaktadır ve %40,8'inde ciddi ruhsal hastalık öyküsü bulunan aile bireyleri mevcuttur (Tablo 1). Psikiyatrik tanılar arasında, şizofreni spektrum bozuklukları (ŞSB) %52,5, bipolar bozukluk %47,5 oranında yer almaktadır. Hastalığın başlangıç yaşı ortalaması (SS) 25,0 (8,4) yıl iken, hastalık süresi ortalaması (SS) 15,4 (7,3) yıl olarak saptanmıştır. Hastaların %41,8'inde UEE antipsikotik kullanımı mevcuttur ve ortalama (SS) antipsikotik dozu (olanzapin eşdeğeri) 15,9 (11,2) mg/gün olarak belirlenmiştir (Tablo 1).

SF-12 puanları ve CTQ-28 puanları

Ortalama (SS) PCS-12 ve MCS-12 puanları sırasıyla 46,5 (8,1) ve 44,5 (10,3) olarak bulunmuştur (Tablo 2). Katılımcıların 94'ünde (%62,7) çocukluk çağı travması (ÇÇT) öyküsü mevcuttur; bu oran, herhangi bir alt tip travmanın kesme puanını aşması esas alınarak belirlenmiştir. En sık görülen ÇÇT alt tipleri sırasıyla fiziksel ihmal (%58,2), duygusal istismar (%57,8) ve duygusal ihmal (%54,2) iken, bunları fiziksel istismar (%44,8) ve cinsel istismar (%24,3) takip etmiştir (Tablo 2).

Sosyodemografik ve Klinik Özelliklere Göre Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi (SİYK) Puanları

Fiziksel bileşen özeti-12 puanları kadınlarda (44,9[8,7] vs. 48,2 [7,1], p=0,012), evli bireylerde (43,7[8,5] vs. 48,1 [7,6], p=0,002) ve komorbid hastalığı olanlarda (44,1[9,2] vs. 48,0 [7,1], p=0,005) erkeklere, bekâr bireylere ve komorbid hastalığı olmayanlara kıyasla anlamlı olarak daha düşüktür (Tablo 3). MCS-12 puanları ise tütün kullananlarda (42,9[10,9] vs. 47,7 [8,7], p=0,013) ve madde kullananlarda (39,1[10,9] vs. 45,2 [10,2], p=0,030), kullanmayanlara göre anlamlı olarak daha düşüktür (Tablo 3). Şizofreni spektrum bozuklukları ile bipolar bozukluk tanılı hastalar arasında

www.turkpsikiyatri.com

Tablo 1. Sosyodemografik ve klinik özellikler (n=158)	
Sosyodemografik özellikler	
Yaş (yıl), ortalama (SS)	40,8(8,8)
Cinsiyet, n (%)	
Kadın	83(52,5)
Erkek	75(47,5)
Eğitim (yıl), ortalama (SS)	9,5(4,9)
Medeni durum (evli), n (%)	55(37,2)
Çalışma durumu (çalışan), n (%)	41(30,6)
Antropometrik özellikler ve tıbbi öykü	
BKİ (kg/m^2), ortalama (SS)	30,2(5,6)
Komorbidite, n (%)	61(42,7)
Aile öyküsünde ruhsal hastalık, n (%)	84(58,7)
Aile öyküsünde ağır ruhsal hastalık, n (%)	58(40,8)
Bağımlılık davranışları, n (%)	
Tütün kullanımı	93(67,4)
Madde kullanımı	17(12,3)
Alkol kullanımı	23(16,7)
Psikiyatrik tanı, n (%)	
Şizofreni spektrum bozuklukları (ŞSB)	83(52,5)
Şizofreni	57(68,7)
Organik olmayan psikotik bozukluk	13(15,7)
Şizoaffektif bozukluk	11(13,3)
Sanrılı bozukluk	2(2,4)
Bipolar bozukluk	75(47,5)
Hastalık özellikleri	
Hastalığın başlangıç yaşı, ortalama (SS)	25,0(8,4)
Hastalığın süresi (yıl), ortalama (SS)	15,4(7,3)
Takip süresi (ay)	92,7(62,2)
Hastaneye yatış sayısı, ortalama (SS)	2,4(2,8)
İntihar girişimi öyküsü, n (%)	44(31,0)
Tedaviler	
UEE antipsikotikler, n (%)	66(41,8)
Klozapin, n (%)	31(19,6)
Antipsikotik dozu (OLZ eşdeğeri; mg/gün), ortalama (SS)	15,9(11,2)

BKİ: beden kitle endeksi; UEE: uzun etkili enjektabl; OLZ: olanzapin; n: kişi sayısı; SS: standart sapma

Tablo 2. Ölçek puanlarına ilişkin veriler	
Kısa Form (SF-12), ortalama (SS)	
Fiziksel Bileşen Özeti (PCS-12) puanı	46,5(8,1)
Ruhsal Bileşen Özeti (MCS-12) puanı	44,5(10,3)
Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (CTQ-28)	
Toplam puan, ortalama (SS)	44,21(14,69)
Çocukluk travması varlığı, n (%)	
Genel	94(62,7)
Fiziksel ihmal	89(58,2)
Duygusal ihmal	83(54,2)
Fiziksel istismar	69(44,8)
Duygusal istismar	89(57,8)
Klinik Global İzlenim-Şiddet (CGI-S) puanı, ortalama (SS)	**2,2(1,2)**

n: kişi sayısı; SS: standart sapma

PCS-12 ve MCS-12 puanları açısından anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 3).

Mental bileşen özeti-12 puanları, UEE antipsikotik kullanan hastalarda (41,9[10,8] vs. 46,4 [9,5], p=0,008) ve daha önce intihar girişiminde bulunanlarda (41,2[11,8] vs. 45,9 [9,5], p=0,014), bu özelliklere sahip olmayanlara göre anlamlı şekilde daha düşüktür (Tablo 3).

Ailede ciddi ruhsal hastalık öyküsü bulunan hastaların PCS-12 puanları, öyküsü olmayanlara kıyasla anlamlı şekilde daha düşüktür (44,6[9,0] vs. 47,6 [7,6], p=0,037) (Tablo 3).

Table 3. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi puanlarının sosyodemografik ve klinik özelliklere göre analizi

	PCS-12 puanları (fiziksel SİYK)		**MCS-12 puanları (ruhsal SİYK)**	
Sosyodemografik özellikler, n (%)	**ortalama (SS)**	**p değeri**	**ortalama (SS)**	**p değeri**
Cinsiyet				
Erkek	48,2(7,1)	**0,012**	43,9(10,2)	0,542
Kadın	44,9(8,7)		45,0(10,5)	
Medeni durum				
Bekar	48,1(7,6)	**0,002**	44,0(10,4)	0,500
Evli	43,7(8,5)		45,3(10,7)	
Fiziksel komorbidite				
Var	44,1(9,2)	**0,005**	43,7(11,4)	0,511
Yok	48,0(7,1)		44,9(9,9)	
Tütün kullanımı				
Var	46,4(8,2)	0,971	42,9(10,9)	**0,013**
Yok	46,4(7,9)		47,7(8,7)	
Madde kullanımı				
Var	46,8(9,9)	0,830	39,1(10,9)	**0,030**
Yok	46,4(7,9)		45,2(10,2)	
Alkol kullanımı				
Var	48,1(8,3)	0,341	45,1(11,2)	0,782
Yok	46,1(8,1)		44,3(10,4)	
Klinik özellikler, n (%)	**ortalama (SS)**	**p değeri**	**ortalama (SS)**	**p değeri**
Psikiyatrik Tanı				
Şizofreni spektrum bozuklukları (ŞSB)	47,0(8,1)	0,398	43,5(10,1)	0,204
Bipolar bozukluk	45,9(8,1)		45,7(10,5)	
UEE antipsikotikler				
Var	46,5(8,0)	0,937	41,9(10,8)	**0,008**
Yok	46,4(8,2)		46,4(9,5)	
Klozapin				
Var	48,1(8,8)	0,226	42,4(10,9)	0,207
Yok	46,1(7,9)		45,1(10,1)	
Geçmiş intihar girişimi				
Var	44,9(8,7)	0,129	41,2(11,8)	**0,014**
Yok	47,3(7,9)		45,9(9,5)	
Ailede ciddi ruhsal bozukluk				
Var	44,6(9,0)	**0,037**	45,2(10,6)	0,418
Yok	47,6(7,6)		43,7(10,3)	

PCS: fiziksel bileşen özeti; MCS: ruhsal bileşen özeti; SİYK: sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi; UEE: uzun etkili enjektabl; Pearson Chi kare testi; n: kişi sayısı; SS: standart sapma

Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi (SİYK) Puanlarının Sürekli Değişkenlerle Korelasyonu

Fiziksel bileşen özeti-12 puanları yaş (r=-0,222, p=0,006), BKİ (r=-0,277, p=0,002) ve hastalık süresi (r=-0,215, p=0,010) ile negatif korelasyon göstermiştir. MCS-12 puanları ise antipsikotik dozuyla (r=-0,166, p=0,041) ve CGI-Şiddet puanlarıyla (r=-0,376, p<0,001) negatif korelasyon göstermiştir (Tablo 4).

Çocukluk Çağı Travmasının (ÇÇT) Varlığına Göre SİYK Puanları

Fiziksel bileşen özeti-12 puanları genel olarak ÇÇT varlığı bulunan hastalarda anlamlı şekilde daha düşüktür (45,3[8,4] vs. 48,7 [6,7], p=0,009). Özellikle duygusal ihmal (45,5[8,1] vs. 47,9 [7,6], p=0,049) ve fiziksel istismar (44,3[9,3] vs. 48,2 [6,6], p=0,005) bulunan hastalarda PCS-12 puanları anlamlı olarak daha düşüktür (Tablo 5).

Mental bileşen özeti-12 puanları da genel olarak ÇÇT varlığı bulunanlarda anlamlı olarak daha düşüktür (42,9[10,7] vs. 46,6 [9,3], p=0,032). Ayrıca, fiziksel ihmal (43,1[10,7] vs. 46,4 [9,5], p=0,048), duygusal ihmal (42,4[10,8] vs. 46,8 [8,9], p=0,008), duygusal istismar (42,9[10,9] vs. 46,8 [9,1], p=0,021) ve cinsel istismar (39,4[9,9] vs. 46,1 [10,0], p <0,001) bulunan hastalarda MCS-12 puanları anlamlı şekilde daha düşüktür (Tablo 5).

Tablo 4. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi puanlarının sürekli değişkenlerle korelasyonu

Değişkenler		PCS-12 puanları (fiziksel SİYK)	MCS-12 puanları (ruhsal SİYK)
Yaş	r	-0,222	-0,035
	p	**0,006**	0,671
Eğitim yılı	r	0,078	-0,097
	p	0,362	0,259
BKI	r	-0,277	-0,066
	p	**0,002**	0,473
Antipsikotik dozu	r	-0,011	-0,166
	p	0,894	**0,041**
Hastalık süresi	r	-0,215	-0,094
	p	**0,010**	0,261
Başlangıç yaşı	r	-0,073	0,045
	p	0,380	0,592
Yatış sayısı	r	-0,105	-0,105
	p	0,215	0,213
CGI-S puanı	r	-0,137	-0,376
	p	0,122	**<0,001**

PCS-12: Fiziksel Bileşen Özeti; MCS-12: Mental Bileşen Özeti; BKİ: beden kitle endeksi; CGI-S: klinik global izlenim-şiddet; SİYK: sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi; r: korelasyon katsayısı; Pearson korelasyon analizi.

Tablo 5. Çocukluk çağı travmasının varlığına ilişkin HRQoL puanlarının karşılaştırılması

			PCS-12 puanları (fiziksel SİYK)		MCS-12 puanları (ruhsal SİYK)	
Çocukluk çağı travması		**n**	**ortalama (SS)**	**p değeri**	**ortalama (SS)**	**p değeri**
Toplam	Evet	93	45,3(8,4)	**0,009**	42,9(10,7)	**0,032**
	Hayır	56	48,7(6,7)		46,6(9,3)	
Fiziksel ihmal	Evet	88	46,1(8,3)	0,531	43,1(10,7)	**0,048**
	Hayır	64	46,9(7,9)		46,4(9,5)	
Duygusal ihmal	Evet	82	45,5(8,1)	**0,049**	42,4(10,8)	**0,008**
	Hayır	70	47,9(7,6)		46,8(8,9)	
Fiziksel istismar	Evet	68	44,3(9,3)	**0,005**	44,1(11,6)	0,622
	Hayır	85	48,2(6,6)		44,9(9,2)	
Duygusal istismar	Evet	89	45,4(8,6)	0,051	42,9(10,9)	**0,021**
	Hayır	65	47,9(7,3)		46,8(9,1)	
Cinsel istismar	Evet	37	44,7(9,4)	0,126	39,4(9,9)	**<0,001**
	Hayır	114	47,0(7,6)		46,1(10,0)	

HRQoL: SİYK: sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi; bağımsız örneklem t testi; PCS-12: Fiziksel Bileşen Özeti; MCS-12: Mental Bileşen Özeti; SS: standart sapma.

www.turkpsikiyatri.com

Tablo 6. Çocukluk çağı travması ile SİYK arasındaki ilişkiler için doğrusal regresyon analizi

		PCS-12 puanları[a] (fiziksel SİYK)				MCS-12 puanları[b] (ruhsal SİYK)			
Çocukluk çağı travması		β	**SEM**	**t**	**p**	β	**SEM**	**t**	**p**
Toplam (evet)	düzeltilmemiş	0,202	1,350	2,503	**0.013**	0,151	2,002	1,650	0,102
	düzeltilmiş[#]	0,104	1,513	1,150	0,253	0,059	1,854	0,696	0,488
Fiziksel ihmal (evet)	düzeltilmemiş	0,051	1,494	0,562	0,575	0,147	1,949	1,617	0,109
	düzeltilmiş[#]	0,007	1,415	0,080	0,936	0,059	1,861	0,687	0,494
Duygusal ihmal (evet)	düzeltilmemiş	0,220	1,508	2,397	**0,018**	0,212	1,874	2,369	**0,019**
	düzeltilmiş[#]	0,173	1,408	2,015	**0,046**	0,168	1,699	2,069	**0,041**
Fiziksel istismar (evet)	düzeltilmemiş	0,252	1,526	2,776	**0,006**	0,036	1,929	0,400	0,690
	düzeltilmiş[#]	0,238	1,426	2,813	**0,006**	0,002	1,729	0,030	0,976
Duygusal istismar (evet)	düzeltilmemiş	0,158	1,475	1,752	0,082	0,172	1,949	1,915	0,058
	düzeltilmiş[#]	0,121	1,445	1,370	0,173	0,113	1,774	1,383	0,169
Cinsel istismar (evet)	düzeltilmemiş	0,125	1,713	1,375	0,172	0,299	2,110	3,398	**<0,001**
	düzeltilmiş[#]	0,084	1,619	0,972	0,333	0,226	1,978	2,740	**0,007**

[#][a]Fiziksel SİYK için yaş, cinsiyet, medeni durum, fiziksel komorbidite, beden kitle endeksi, ailede ciddi ruhsal hastalık öyküsü ve hastalık süresine göre; [b]duygusal SİYK için uzun etkili enjektabl antipsikotikler, intihar, tütün kullanımı, madde kullanımı, antipsikotik dozu (olanzapin eşdeğeri) ve Klinik Global İzlenim – Şiddet (CGI-S) puanlarına göre düzeltilmiştir; SİYK: sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi; β: standart "beta" regresyon katsayısı; SEM: ortalama standart hatası, PCS-12: Fiziksel Bileşen Özeti; MCS-12: Mental Bileşen Özeti.

Fiziksel Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi (SİYK) ve Çocukluk Çağı Travması (ÇÇT) Arasındaki İlişkiler Üzerine Doğrusal Regresyon Analizi

Doğrusal regresyon analizi, genel olarak ÇÇT varlığının (β=0,202, p=0,013), duygusal ihmal (β=0,220, p=0,018) ve fiziksel istismarın (β=0,252, p=0,006) fiziksel SİYK ile anlamlı olarak olumsuz ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Duygusal ihmal (β=0,173, p=0,046) ve fiziksel istismar (β=0,238, p=0,006) ile bulunan ilişkiler yaş, cinsiyet, medeni durum, eşlik eden fiziksel hastalık, BKİ, ailede ciddi ruhsal hastalık öyküsü ve hastalık süresi gibi PCS-12 ile ilişkili diğer anlamlı kovaryatlar kontrol edildikten sonra da anlamlılığını korumuştur (Tablo 6).

Ruhsal Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi (SİYK) ve Çocukluk Çağı Travması (ÇÇT) Arasındaki İlişkiler Üzerine Doğrusal Regresyon Analizi

Doğrusal regresyon analizi, duygusal ihmal (β=0,212, p=0,019) ve cinsel istismarın (β=0,299, p <0,001) ruhsal SİYK ile anlamlı olarak olumsuz ilişkili olduğunu göstermiştir. Duygusal ihmal (β=0,168, p=0,041) ve cinsel istismar (β=0,226, p=0,007) ile ilişkiler, UEE antipsikotik kullanımı, antipsikotik dozu, önceki intihar girişimi, sigara ve madde kullanımı ile CGI-S puanları gibi MCS-12 ile ilişkili diğer anlamlı kovaryatlar kontrol edildikten sonra da anlamlı kalmıştır (Tablo 6).

TARTIŞMA

Çalışmamızda, ülkemizde toplum temelli ruh sağlığı hizmeti sağlayan TRSM'de takip edilmekte olan ARB tanılı bireylerde düşük yaşam kalitesiyle ilişkili çeşitli etmenler incelenmiştir. Bulgularımız, özellikle ÇÇT'nin farklı alt tiplerinin SİYK üzerinde önemli rol oynadığını göstermektedir. Duygusal ihmal hem fiziksel hem ruhsal SİYK düşüklüğüyle ilişkili bulunurken, fiziksel istismar fiziksel SİYK ve cinsel istismar ise ruhsal SİYK düşüklüğü ile anlamlı biçimde bağlantılıdır. Ayrıca, sosyodemografik ve klinik etmenler arasında; yaş, cinsiyet, medeni durum, eşlik eden fiziksel hastalık, beden kitle endeksi (BKİ), ailede ciddi ruhsal hastalık öyküsü ve hastalık süresi fiziksel SİYK ile anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur. Ruhsal SİYK'nın ise UEE antipsikotik kullanımı, antipsikotik dozu, önceki intihar girişimi, sigara ve madde kullanımı ile Klinik Global İzlem - Şiddet puanlarıyla anlamlı şekilde ilişkili olduğu izlenmiştir. Bu sonuçlar, ARB'de yaşam kalitesinin belirleyici unsurlarının yalnızca klinik belirtiler değil, aynı zamanda çocukluk çağı travmaları olduğunu ortaya koymakta; travma öyküsünün SİYK üzerinde derin ve çok boyutlu bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir.

Bulgularımız, ARB tanılı hastaların yaşam kalitesinin orta düzeyde seyrettiğini göstermektedir. Bu durum, ARB tanılı hastalarda yaşam kalitesinin genel nüfusa kıyasla belirgin biçimde azaldığını bildiren önceki çalışmalarla uyumludur (IsHak ve ark. 2012, Carr ve ark. 2013, Dong ve ark. 2019, Berghöfer ve ark. 2020, Çıtak ve Erten 2021, Defar ve ark. 2023). Çocukluk çağı travmaları öyküsü, çalışma örnekleminin üçte ikisinde gözlenmiş olup, hastaların en az yarısında özellikle fiziksel ihmal, duygusal istismar veya duygusal ihmal belirtilmiştir. Örneklemimizdeki ÇÇT prevalansı (%62,7) da şizofreni tanılı hastalarda bildirilen %30,5 ile %82,0 ve bipolar tanılı hastalarda bildirilen %45 ile %68 aralığında yer almaktadır (Alvarez ve ark. 2011, Larsson ve ark. 2013, Baudin ve ark. 2016, Bell ve ark. 2019, Çıtak ve Erten 2021, Trott

ve ark. 2024). Bulgularımız, ARB'li hastalarda ÇÇT'nin düşük yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu bildiren önceki çalışmalarla paralellik göstermektedir (Baudin ve ark. 2016). Hastalarımızın yarısından fazlasında fiziksel ihmal, duygusal istismar ve duygusal ihmal varlığı dikkat çekicidir; çünkü çocukluk çağındaki travmatik olayların, ilerleyen yaşlarda ruhsal bozuklukların görülme sıklığını artırdığı ve yaşam kalitesini olumsuz etkilediği bilinmektedir (Weber ve ark. 2016, Hughes ve ark. 2017, Dhungana ve ark. 2022, Vivalya ve ark. 2022, Vivalya ve ark. 2023).

Düşük yaşam kalitesi, şizofreni hastalarında belirtilerin süreğenleşmesi, daha şiddetli belirtiler, nüks riskinde artış ve daha fazla hastane yatışı gibi olumsuz klinik sonuçlarla ilişkilendirilmektedir (Boyer ve ark. 2013, Choo ve ark. 2018, Watson ve ark. 2018). Birçok çalışmada, ÇÇT'nin, sadece bozulmuş yaşam kalitesiyle değil, aynı zamanda ŞSB tanılı hastalarda daha yüksek antipsikotik dozu, artan hastaneye yatış sayısı, artmış intihar girişimi riski, daha yüksek pozitif belirti ve duygusal sıkıntı puanları ile düşük remisyon oranları gibi olumsuz klinik sonuçlarla da ilişkili olduğu bildirilmiştir (Lysaker ve LaRocco 2009, Alvarez ve ark. 2011, Carr ve ark. 2013, Çakır ve ark. 2015, Baudin ve ark. 2016, Andrianarisoa ve ark. 2017, Carbone ve ark. 2019, Pruessner ve ark. 2019, Duarte ve ark. 2020, Kilian ve ark. 2020, Guillén-Burgos ve ark. 2023). Katılımcılarımızda, duygusal ihmal ve cinsel istismar gibi belirli ÇÇT türleri, düşük ruhsal SİYK ile anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur. Ek olarak, UEE antipsikotik tedavisi kullanımı, yüksek antipsikotik dozu, belirti şiddeti ve önceki intihar girişimleri de düşük ruhsal SİYK ile bağımsız olarak ilişkilendirilmiştir. Bulgumuz, Sağlam Aykut ve arkadaşlarının (2017), ikinci jenerasyon UEE antipsikotikler ile tedavi edilen hastaların, oral antipsikotik alanlara kıyasla daha yüksek yaşam kalitesine sahip olduğunu bildiren önceki araştırmalarıyla farklılık göstermektedir (Sağlam Aykut ve ark. 2017). Bu farklılığın olası nedeni, araştırmalar arasındaki metodolojik farklılıklar olabilir. Örneğin, örneklemimizin %62,7'sinde ÇÇT, %31'nde de intihar girişimi öyküsü bulunmuştur. Ayrıca, örneklemimiz TRSM'de takip edilmekte olan ve kronik seyir gösteren hastalar iken, diğer çalışmanın katılımcıları poliklinik başvurularından oluşmaktadır. Çocukluk çağı olumsuz yaşantıları ve intihar öyküsü gibi stresör etmenlerin değerlendirilmemiş olması ile örneklem grubundaki farklılıklar, çalışmalar arasında farklı sonuçlara yol açmış olabilir. Bulgularımız ARB'li hastalarda özellikle ruhsal yaşam kalitesi boyutunda düşük SİYK ile ÇÇT arasında bir etkileşim olasılığına ve bu etkileşimin olumsuz klinik sonuçlar, hastalık seyri ve tedavi başarısızlığı üzerindeki potansiyel katkılarına vurgu yapmaktadır.

Şizofreni tanılı hastaların, diğer birincil psikiyatrik tanılı hastalara kıyasla ÇÇT, günlük stresler veya kronik zorlukları daha az bildirdikleri, ayrıca kendilerini daha çok diğer hastalarla kıyaslayıp genel nüfusla karşılaştırmadıkları bildirilmiştir (Franz ve ark. 2000, Adams ve ark. 2015, Berghöfer ve ark. 2020). Bu bağlamda, hastalardaki MCS-12 puanları ile CGI-S puanları arasındaki negatif korelasyon dikkat çekicidir; bu durum, ARB'li hastalarda ruhsal SİYK ile hekim tarafından değerlendirilen belirti şiddeti arasındaki ilişkiyi vurgulamaktadır. Benzer şekilde, bütüncül bakım gören ARB hastaları arasında yapılan bir çalışmada, ana psikiyatrik tanı grupları arasında yaşam kalitesi düzeylerinde anlamlı farklılıklar tespit edilirken, CGI puanının yaşam kalitesinin potansiyel bir öngörücüsü olduğu belirtilmiştir (Berghöfer ve ark. 2020).

Çalışmamızda, duygusal ihmal hem düşük fiziksel hem de düşük ruhsal SİYK ile anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur. Ayrıca, fiziksel istismar ve cinsel istismar sırasıyla fiziksel ve ruhsal SİYK ile ilişkilendirilmiştir. Benzer şekilde, ÇÇT öyküsü olan yetişkinlerde SİYK'yı değerlendiren bir çalışmada, ÇÇT'nin beş alt türü arasında duygusal ihmalin SİYK'yı en olumsuz etkileyen faktör olduğu; bunu sırasıyla cinsel ve fiziksel istismarın izlediği bildirilmiştir (Corso ve ark. 2008). Ayaktan tedavi gören psikiyatri hastalarında ÇÇT ve psikolojik dayanıklılık ile SİYK arasındaki ilişkiyi değerlendiren bir çalışmada ise hastaların yaklaşık üçte birinde düşük SİYK bildirilmiş, duygusal ihmal ve düşük psikolojik dayanıklılık ise düşük SİYK'nın bağımsız belirleyicileri olarak saptanmıştır (Dhungana ve ark. 2022). Her türlü ihmal, fiziksel ve cinsel istismar kadar zararlı olarak kabul edilmekle birlikte araştırma ve klinik uygulamalarda daha az ilgi görmektedir (Gilbert ve ark. 2009, Spinazzola ve ark. 2014, Dhungana ve ark. 2022).

Çalışmamızda, hastalardaki duygusal ihmal öyküsünün hem fiziksel hem de ruhsal SİYK ile eşzamanlı ilişkisi gösterilmiştir. Her ne kadar araştırmamızda katılımcıların bağlanma stilleri ayrıca değerlendirilmemiş olsa da, literatürde çocukluk dönemindeki duygusal ihmalin kaygılı ya da kaçıngan gibi güvensiz bağlanma stillerine yol açarak ruhsal ve fiziksel iyilik halini olumsuz etkilediğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Widom ve ark. 2018, Müller ve ark. 2019, Eren Sarıkaya ve ark. 2024). Çocukluk çağı travmaları öyküsü olan hastalarda yaygın olarak görülen güvensiz bağlanma stillerinin, travmatik deneyimler ile psikotik bozukluklar arasında aracı (mediatör) olduğunı belirten araştırmalar dikkat çekicidir (Liotti ve Gumley 2008, Baudin ve ark. 2016). Ayrıca, bipolar bozukluk tanılı hastalarda da bağlanmayla ilişkili kaygı ve kaçınmanın, ÇÇT'nin psikolojik dayanıklılık ve yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkisine aracılık ettiği öne sürülmektedir (Çıtak ve Erten 2021).

Sosyo-demografik değişkenler (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi) ile klinik faktörler (eşlik eden depresyon, pozitif ve negatif belirtiler, yetersiz sosyal destek ve işlevsellik kaybı) ruhsal hastalığı olan bireylerde SİYK'nin bozulmasıyla ilişkilendirilmektedir (Ruggeri ve ark. 2005, Berlim ve ark. 2008, Wang ve ark. 2017, Defar ve ark. 2023). Bizim örneklemimizde ise, sosyodemografik özellikler (ileri yaş, kadın cinsiyet, evli olmak, eşlik eden hastalık varlığı) ve hastalık

www.turkpsikiyatri.com

süresinin artması, düşük fiziksel SİYK ile ilişkili bulunurken; tedaviye bağlı faktörler (UEE antipsikotik kullanımı, yüksek antipsikotik dozu), bağımlılık davranışları (sigara ve madde kullanımı) ve önceki intihar girişimleri ise düşük ruhsal SİYK ile ilişkili bulunmuştur. Bu sonuçlar, fiziksel SİYK üzerinde sosyodemografik etmenlerin, tedaviye ilişkin faktörler ve hastalık şiddetinden daha etkili olduğunu göstermektedir. Bulgularımız, ARB hastalarında bekâr olmanın, kadın cinsiyetin ve genç yaşın daha yüksek SİYK ile ilişkili olduğu önceki çalışmalarla uyumludur (Trompenaars ve ark. 2005, Han ve ark. 2014, Defar ve ark. 2023). Ayrıca, sigara ve madde kullanımının düşük ruhsal SİYK ile ilişkili olduğu da literatürde desteklenmektedir (Cougle ve ark. 2015, Manning ve ark. 2019, Evans-Polce, ve ark. 2022). Şizofreni hastalarındaki yaşam kalitesi çalışmalarının incelendiği bir meta-analizde sosyodemografik etmenlerin yaşam kalitesi üzerinde belirgin düzenleyici etkileri olduğu, hastalık süresi, şiddeti, uzun süreli tedavi ve farmakoterapiye bağlı yan etkilerin ise yaşam kalitesi ile negatif korelasyon gösterdiği bildirilmiştir (Dong ve ark. 2019). Bipolar bozukluklu hastalarda yapılan çalışmalarda ise sosyodemografik etmenler (yaş, cinsiyet, çalışma durumu) ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken; psikotik belirtilerin sayısı, erken hastalık başlangıcı ve eşlik eden diğer ruhsal hastalıklar gibi klinik faktörlerle yaşam kalitesi arasında negatif ilişki saptanmıştır (Sierra, ve ark. 2005, Goossens ve ark. 2008, Gutiérrez-Rojas ve ark. 2008).

Genel olarak ÇÇT, ARB'li katılımcılarımızda düşük SİYK ile ilişkili bulunmuştur. Ayrıca, fiziksel ve ruhsal SİYK için diğer anlamlı kovarya tlar dikkate alınarak yapılan analizlerde de bu ilişki devam etmiştir. Ağır ruhsal bozukluk hastalarının yaşamlarının geri kalanında belirti göstermeden kalmaları beklenmemekte olup, bu hastalarda yaşam kalitesini olumsuz etkileyen stres kaynakları çoğunlukla hastalıkla yaşamak ve belirtilerin kontrolünün dışındaki rahatsız edici duyumlara bağlı içsel nedenlere dayanmaktadır (Connell ve ark. 2012, Berghöfer ve ark. 2020, Collins ve ark. 2023). Sağlık sisteminin çoğu bileşeni yalnızca belirtileri azaltmayı hedefleyerek, ARB ile yaşayan kişilerin düşük yaşam kalitesi beklentisini kabul etmekte ve buna göre yaklaşmaktadır (Myers ve ark. 2016). Ancak bulgularımız, belirti yönetiminin ihtiyaçlarını karşılamanın yanı sıra yaşam kalitesini artırmaya yönelik sağlık hizmetlerinin kritik önemini vurgulamaktadır (Myers ve ark. 2016, Berghöfer ve ark. 2020). Bu nedenle, ARB'li bireyler için sunulan sağlık hizmetlerinin sadece temel belirti yönetimine odaklanmak yerine yaşam kalitesini artırmayı da hedeflemesi düşünülmelidir. Toplum temelli ruh sağlığı bakımında hastaların yaşam kalitesinin iyileştirilmesi önemli bir hedef haline geldiğinden, ARB hastalarında ÇÇT'nin rutin olarak taranması ve ÇÇT öyküsü bireylere yönelik travma odaklı bakım gibi müdahalelerin geliştirilmesi toplum ruh sağlığı uygulamalarında geliştirilmesi gereken temel alanlar olarak kabul edilmektedir (Adams ve ark. 2015, Emmerink ve Roeg 2016, Lorenc ve ark. 2020, Aldomini ve ark. 2025).

Çalışmamızın bazı güçlü yönleri bulunmaktadır. Katılımcıların toplum temelli ruh sağlığı hizmeti kapsamında değerlendirilmesi, bulguların gerçek yaşam koşullarına uyarlanabilirliğini artırmıştır. Örneklem büyüklüğünün görece yüksek olması, analizlerin istatistiksel gücünü desteklemiştir. Ayrıca, çocukluk çağı travmasının alt tip düzeyinde incelenmesi, özgül travma türlerinin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesine etkilerini daha ayrıntılı biçimde ortaya koymuştur. Bununla birlikte, çalışmamızın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Öncelikle, çalışmanın tek merkezli ve resmi ruh sağlığı hizmetleri kapsamında yürütülmüş olması bulguların genellenebilirliğinin sınırlamaktadır. İkinci olarak, kesitsel tasarım nedeniyle değişkenler arasındaki nedensel ilişkiler belirlenememektedir. Üçüncü olarak, SİYK ve ÇÇT değerlendirmelerinin özbildirim anketlerine dayanması, yanıt yanlılığına neden olarak bazı durumlarda sonuçların abartılmasına ya da eksik bildirilmesine yol açmış olabilir. Dördüncü olarak, örneklemin yalnızca stabil hastalık evresindeki (son dört hafta içinde psikotik alevlenme veya manik/depresif epizot olmayan) bireylerden olmuşması, hastalık sürecinin tüm spektrumunun incelenmesini engellemiştir. Beşinci olarak, katılımcıların ilaç tedavisi dışında psikososyal müdahalelere (örn., iş-uğraş terapisi, bireysel görüşmeler, beceri eğitimleri vb.) katılımına dair bireysel düzeyde verilerin bulunmaması elde edilen bulguların yorumlanmasını kısmen kısıtlamaktadır. Son olarak, çalışmamıza yalnızca en az beş yıllık örgün eğitim almış bireyler dâhil edilmiştir. Bu kriter, uygulanan öz-bildirim ölçeklerinin (CTQ, SF-12 vb.) doğru ve güvenilir şekilde doldurulabilmesi için gerekli asgari okuryazarlık düzeyini sağlamak amacıyla belirlenmiştir. Ancak, çocukluk çağı travması ile düşük eğitim düzeyi arasındaki bilinen negatif ilişki (Deng ve ark. 2024) göz önüne alındığında, bu kriter örneklemin sosyodemografik dağılımını ve sonuçların genellenebilirliğini sınırlayabilir.

Sonuç olarak bulgularımız, TRSM'ye başvuran ARB hastalarında ÇÇT yaygınlığının yüksek olduğunu ve SİYK'in orta düzeyde bulunduğunu göstermektedir. Duygusal ihmal, hem düşük fiziksel hem de düşük ruhsal SİYK ile ilişkili bulunurken; fiziksel istismar ve cinsel istismar sırasıyla düşük fiziksel ve düşük ruhsal SİYK ile ilişkilendirilmiştir. ÇÇT'nin, hasta grubumuzda düşük SİYK ile anlamlı ilişkili bulunması, TRSM'de ÇÇT'nin rutin olarak taranmasının önemine dikkat çekmektedir (Cusack ve ark. 2004). SİYK'yı iyileştirme bağlamında geliştirilebilecek TRSM uygulamalarında öncelikle tüm TRSM çalışanların travmaya özenli tutumda eğitilmesi, hastaların yeniden travmatizasyonunun önlenmesi, güvenli ortamlar yaratılabilmesi, akran desteğinin sağlanması, sosyal hizmet çalışmalarının travmaya hassas şekilde planlanması ve travma odaklı psikoterapilerin tedavi sürecinde yer alması önerilmektedir (Saunders ve ark. 2023, Berring ve ark. 2024).

Etik Kurul Onayı: Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır (Onay Tarihi: 12.09.2022, Protokol No: 51).

Çıkar Çatışması: Yazarların beyan edilecek herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Finansal Destek: Bu araştırma için herhangi bir finansal destek alınmamıştır.

Açıklama ve Teşekkür: Yazar Ezgi İnce Guliyev, bu araştırmanın verilerinin toplanması döneminde Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde psikiyatri uzmanı olarak çalışmıştır. Prof. Dr. Ömer Aydemir'e verilerin analizi ve yorumlanmasındaki katkıları ve Dr. Selcan Hun Gökçe'ye yazım sürecindeki destekleri için teşekkür ederiz.

KAYNAKLAR

Adams RE, Ritter C, Bonfine N (2015) Epidemiology of trauma: childhood adversities, neighborhood problems, discrimination, chronic strains, life events, and daily hassles among people with a severe mental illness. Psychiatry Res 230:609–15. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.10.012

Aldomini M, Lee JW, Nelson A ve ark. (2025) The moderating role of social support on the impact of adverse childhood experiences on life satisfaction and mental health in adulthood. Clin Epidemiol Glob Health 32:101933. https://doi.org/10.1016/j.cegh.2025.101933

Alvarez MJ, Roura P, Osés A ve ark. (2011) Prevalence and clinical impact of childhood trauma in patients with severe mental disorders. J Nerv Ment Dis 199:156–61. https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31820c751c

Andrianarisoa M, Boyer L, Godin O ve ark. (2017) Childhood trauma, depression and negative symptoms are independently associated with impaired quality of life in schizophrenia: results from the national FACE-SZ cohort. Schizophr Res 185:173–81. https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.12.021

Barile JP, Edwards VJ, Dhingra SS ve ark. (2015) Associations among county-level social determinants of health, child maltreatment, and emotional support on health-related quality of life in adulthood. Psychol Violence 5:183–91. https://doi.org/10.1037/a0038202

Baudin G, Godin O, Lajnef M ve ark. (2016) Differential effects of childhood trauma and cannabis use disorders in patients suffering from schizophrenia. Schizophr Res 175:161–7. https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.04.042

Bell CJ, Foulds JA, Horwood LJ ve ark. (2019) Childhood abuse and psychotic experiences in adulthood: findings from a 35-year longitudinal study. Br J Psychiatry 214:153–8. https://doi.org/10.1192/bjp.2018.264

Berghöfer A, Martin L, Hense S ve ark. (2020) Quality of life in patients with severe mental illness: a cross-sectional survey in an integrated outpatient health care model. Qual Life Res 29:2073–87. https://doi.org/10.1007/s11136-020-02470-0

Berlim MT, McGirr A, Fleck MP (2008) Can sociodemographic and clinical variables predict the quality of life of outpatients with major depression? Psychiatry Res 160:364–71. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2007.07.024

Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD ve ark. (2003) Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. Child Abuse Negl 27:169–90. https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0

Berring LL, Holm T, Hansen JP ve ark. (2024) Implementing trauma-informed care-settings, definitions, interventions, measures, and implementation across settings: a scoping review. Healthcare (Basel) 12:908. https://doi.org/10.3390/healthcare12090908

Bond GR, Drake RE, Mueser KT ve ark. (2001) Assertive community treatment for people with severe mental illness: critical ingredients and impact on patients. Dis Manag Health Outcomes 9:141–59. https://doi.org/10.2165/00115677-200109030-00003

Boyer L, Millier A, Perthame E ve ark. (2013) Quality of life is predictive of relapse in schizophrenia. BMC Psychiatry 13:15. https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-15

Bull C, Trott M, Najman JM ve ark. (2024) Associations between child maltreatment and hospital admissions for alcohol and other substance use-related disorders up to 40 years of age: results from the Childhood Adversity and Lifetime Morbidity study. Addiction 119:1253–63. https://doi.org/10.1111/add.16479

Busner J, Targum SD (2007) The clinical global impressions scale: applying a research tool in clinical practice. Psychiatry (Edgmont) 4:28–37.

Carbone EA, Pugliese V, Bruni A ve ark. (2019) Adverse childhood experiences and clinical severity in bipolar disorder and schizophrenia: a transdiagnostic two-step cluster analysis. J Affect Disord 259:104–11. https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.08.049

Carr CP, Martins CMS, Stingel AM ve ark. (2013) The role of early life stress in adult psychiatric disorders: a systematic review according to childhood trauma subtypes. J Nerv Ment Dis 201:1007–20. https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000049

Choo CC, Chew PKH, Ho CS ve ark. (2018) Quality of life in patients with a major mental disorder in Singapore. Front Psychiatry 9:727. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00727

Collins JC, Ng R, McMillan SS ve ark. (2023) Psychological distress in community-dwelling individuals living with severe and persistent mental illness. Int J Soc Psychiatry 69:1327–34. https://doi.org/10.1177/00207640231160102

Connell J, Brazier J, O'Cathain A ve ark. (2012) Quality of life of people with mental health problems: a synthesis of qualitative research. Health Qual Life Outcomes 10:138. https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-138

Corso PS, Edwards VJ, Fang X ve ark. (2008) Health-related quality of life among adults who experienced maltreatment during childhood. Am J Public Health 98:1094-100. https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.119826

Cougle JR, Hakes JK, Macatee RJ ve ark. (2015) Quality of life and risk of psychiatric disorders among regular users of alcohol, nicotine, and cannabis: an analysis of the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). J Psychiatr Res 66-67:135-41. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.05.004

Cullen AE, Labad J, Oliver D ve ark. (2024) The translational future of stress neurobiology and psychosis vulnerability: A review of the evidence. Current Neuropharmacology, 22(3), 350-377. https://doi.org/10.2174/1570159X21666230322145049

Cusack KJ, Frueh BC, Brady KT (2004) Trauma history screening in a community mental health center. Psychiatr Serv 55:157–62. https://doi.org/10.1176/appi.ps.55.2.157

Çakır S, Tasdelen Durak R, Ozyildirim I ve ark. (2016) Childhood trauma and treatment outcome in bipolar disorder. J Trauma Dissociation 17:397–409. https://doi.org/10.1080/15299732.2015.1132489

Çıtak C, Erten E (2021) Impact of childhood trauma and attachment on resilience in remitted patients with bipolar disorder. J Affect Disord 282:1071–8. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.025

Defar S, Abraham Y, Reta Y ve ark. (2023) Health related quality of life among people with mental illness: the role of socio-clinical characteristics and level of functional disability. Front Public Health 11:1134032. https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1134032

Deng X, Xie M, Wang Y ve ark. Adverse childhood experiences and cognitive function in later life. Front Public Health. 2024;12:1409966. https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1409966

Dhungana S, Koirala R, Ojha SP ve ark. (2022) Association of childhood trauma, and resilience, with quality of life in patients seeking treatment at a psychiatry outpatient: a cross-sectional study from Nepal. PLoS One 17:e0275637. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0275637

Dong M, Lu L, Zhang L ve ark. (2019) Quality of life in schizophrenia: a meta-analysis of comparative studies. Psychiatr Q 90:519–32. https://doi.org/10.1007/s11126-019-09633-4

Duarte D, Belzeaux R, Etain B ve ark. (2020) Childhood-maltreatment subtypes in bipolar patients with suicidal behavior: systematic review and meta-analysis. Braz J Psychiatry 42:558–67. https://doi.org/10.1590/1516-4446-2019-0592

Emmerink P, Roeg D (2016) Predictors of quality of life of people receiving intensive community-based care. Qual Life Res 25:457–64. https://doi.org/10.1007/s11136-015-1093-5

Eren Sarıkaya BD, Ermiş Ç, Baykara HB ve ark. (2024) Non-suicidal self-injury: relationship with attachment, childhood trauma and dissociation. Turk Psikiyatri Derg 36:1–7. https://doi.org/10.5080/u27163

Evans-Polce RJ, Kcomt L, Veliz PT ve ark. (2022) Mental health-related quality of life by sex and sexual identity among U. S. adults with alcohol and tobacco use disorder. J Psychiatr Res 149:136–44. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.02.025

www.turkpsikiyatri.com

Franz M, Meyer T, Reber T ve ark. (2000) The importance of social comparisons for high levels of subjective quality of life in chronic schizophrenic patients. Qual Life Res 9:481–9. https://doi.org/10.1023/A:1008938011554

Gilbert R, Widom CS, Browne K ve ark. (2009) Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. Lancet 373:68–81. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61706-7

Goossens PJ, Hartong EGTM, Knoppert-van der Klein EA ve ark. (2008) Self-reported psychopathological symptoms and quality of life in outpatients with bipolar disorder. Perspect Psychiatr Care 44:275–84. https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2008.00187.x

Grubaugh AL, Zinzow HM, Paul L ve ark. (2011) Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in adults with severe mental illness: a critical review. Clin Psychol Rev 31:883–99. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.04.003

Guillén-Burgos H, Moreno-Lopez S, Acevedo-Vergara K ve ark. (2023) Risk of childhood trauma exposure and severity of bipolar disorder in Colombia. Int J Bipolar Disord 11:7. https://doi.org/10.1186/s40345-023-00289-5

Gutiérrez-Rojas L, Gurpegui M, Ayuso-Mateos JL ve ark. (2008) Quality of life in bipolar disorder patients: a comparison with a general population sample. Bipolar Disord 10:625–34. https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2008.00604.x

Han KT, Park EC, Kim JH ve ark. (2014) Is marital status associated with quality of life? Health Qual Life Outcomes 12:109. https://doi.org/10.1186/s12955-014-0109-0

Haraldstad K, Wahl A, Andenæs R ve ark. (2019) A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. Qual Life Res 28:2641–50. https://doi.org/10.1007/s11136-019-02214-9

Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA ve ark. (2017) The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. Lancet Public Health 2:e356–66. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4

IBM Corp. (2022) IBM SPSS Statistics for Windows, Version 26.0 [Computer software]. Armonk, NY. IBM Corp.

Inyang B, Gondal FJ, Abah GA ve ark. (2022) The role of childhood trauma in psychosis and schizophrenia: a systematic review. Cureus 14:e20984. https://doi.org/10.7759/cureus.21466

IsHak WW, Brown K, Aye SS ve ark. (2012) Health-related quality of life in bipolar disorder. Bipolar Disord 14:6–18. https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2011.00969.x

Jia H, Lubetkin EI (2024) Ranking the ten adverse childhood experiences: long-term consequences to health-related quality of life. Am J Prev Med 67:265–73. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2024.04.001

Kaufman J, Torbey S (2019) Child maltreatment and psychosis. Neurobiol Dis 131:104378. https://doi.org/10.1016/j.nbd.2019.01.015

Kilian S, Asmal L, Phahladira L ve ark. (2020) The association between childhood trauma and treatment outcomes in schizophrenia spectrum disorders. Psychiatry Res 289:113004. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113004

Larsson S, Andreassen OA, Aas M ve ark. (2013) High prevalence of childhood trauma in patients with schizophrenia spectrum and affective disorder. Compr Psychiatry 54:123–7. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2012.06.009

Leeb RT. (2008) Child maltreatment surveillance: uniform definitions for public health and recommended data elements. Atlanta, GA. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control. https://doi.org/10.1037/e587022010-001

Liotti G, Gumley A (2008) An attachment perspective on schizophrenia: the role of disorganized attachment, dissociation and mentalization. In Dell WL, O'Neil JA, editors. Psychosis, Trauma and Dissociation: Emerging Perspectives on Severe Psychopathology. New York: Routledge; p. 117–33. https://doi.org/10.1002/9780470699652.ch9

Lorenc T, Lester S, Sutcliffe K ve ark. (2020) Interventions to support people exposed to adverse childhood experiences: systematic review of systematic reviews. BMC Public Health 20:1. https://doi.org/10.1186/s12889-020-08789-0

Lysaker PH, LaRocco VA (2009) Health-related quality of life and trauma history in adults with schizophrenia spectrum disorders. J Nerv Ment Dis 197:311–5. https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181a2070e

Madigan S, Deneault AA, Racine N ve ark. (2023) Adverse childhood experiences: a meta-analysis of prevalence and moderators among half a million adults in 206 studies. World Psychiatry 22:463–71. https://doi.org/10.1002/wps.21122

Manning V, Garfield JBB, Lam T ve ark. (2019) Improved quality of life following addiction treatment is associated with reductions in substance use. J Clin Med 8:1407. https://doi.org/10.3390/jcm8091407

Müller LE, Bertsch K, Bülau K ve ark. (2019) Emotional neglect in childhood shapes social dysfunctioning in adults by influencing the oxytocin and the attachment system: results from a population-based study. Int J Psychophysiol 136:73–80. https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2018.05.011

Myers NA, Smith K, Pope A ve ark. (2016) A mixed-methods study of the recovery concept, "a meaningful day" in community mental health services for individuals with serious mental illnesses. Community Ment Health J 52:747–56. https://doi.org/10.1007/s10597-015-9971-4

Oymak Yenilmez D, Atagün MI, Keleş Altun İ ve ark. (2021) Relationship between childhood adversities, emotion dysregulation and cognitive processes in bipolar disorder and recurrent depressive disorder. Turk Psikiyatri Derg 32:8–16.

Pruessner M, King S, Vracotas N ve ark. (2019) Gender differences in childhood trauma in first episode psychosis: association with symptom severity over two years. Schizophr Res 205:30–7. https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.06.043

Ruggeri M, Leese M, Thornicroft G ve ark. (2000) Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. Br J Psychiatry 177:149–55. https://doi.org/10.1192/bjp.177.2.149

Ruggeri M, Nosè M, Bonetto C ve ark. (2005) Changes and predictors of change in objective and subjective quality of life: multiwave follow-up study in community psychiatric practice. Br J Psychiatry 187:121–30. https://doi.org/10.1192/bjp.187.2.121

Saarni SI, Viertiö S, Perälä J ve ark. (2010) Quality of life of people with schizophrenia, bipolar disorder and other psychotic disorders. Br J Psychiatry 197:386–94. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.076489

Sağlam Aykut D, Civil Arslan F, Tiryaki A ve ark. (2017) Adverse effects of medication and quality of life in patients receiving second generation antipsychotics: a comparison of long acting injectable and oral therapies. Turk Psikiyatri Derg 28:11–6. https://doi.org/10.5080/u14944

Saunders KRK, McGuinness E, Barnett P ve ark. (2023) A scoping review of trauma informed approaches in acute, crisis, emergency, and residential mental health care. BMC Psychiatry 23:567. https://doi.org/10.1186/s12888-023-05016-z

Scott JG, Malacova E, Mathews B ve ark. (2023) The association between child maltreatment and mental disorders in the Australian Child Maltreatment Study. Med J Aust 218:S26-33. https://doi.org/10.5694/mja2.51870

Sierra P, Livianos L, Rojo L. (2005) Quality of life for patients with bipolar disorder: relationship with clinical and demographic variables. Bipolar Disord 7:159–65. https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2005.00186.x

Soygür H (2016) Türkiye'de toplum ruh sağlığı merkezleri: quo vadis? Noro Psikiyatr Ars 53:1. https://doi.org/10.5152/npa.2016.15022016

Soylu C, Kütük B (2021) SF-12 yaşam kalitesi ölçeği'nin Türkçe formunun güvenirlik ve geçerlik çalışması. Turk Psikiyatri Derg 1–9. https://doi.org/10.26466/opus.805108

Spinazzola J, Hodgdon H, Liang LJ ve ark. (2014) Unseen wounds: the contribution of psychological maltreatment to child and adolescent mental health and risk outcomes. Psychol Trauma 6:S18. https://doi.org/10.1037/a0037766

Şar V, Öztürk E, İkikardeş E. (2012) Çocukluk çağı ruhsal travma ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. Turkiye Klin J Med Sci 32:1054–63. https://doi.org/10.5336/medsci.2011-26947

Tabachnick BG, Fidell LS (2013) Using multivariate statistics. 6th ed. Boston: Pearson.

Trompenaars FJ, Masthoff ED, Van Heck GL ve ark. (2005) Relationships between demographic variables and quality of life in a population of Dutch adult psychiatric outpatients. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 40:588–94. https://doi.org/10.1007/s00127-005-0946-0

www.turkpsikiyatri.com

Trott M, Bull C, Najman JM ve ark. Hospital admissions and community health service contacts for mental illness following self-reported child maltreatment: results from the Childhood Adversity and Lifetime Morbidity (CALM) study. Child Abuse Negl. 2024;154:106912. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2024.106912

Vivalya BMN, Akimana B, Ashaba S. (2023) Childhood trauma among adult patients with mental illness in south-western Uganda: a hospital-based study. SSM Ment Health 3:100208. https://doi.org/10.1016/j.ssmmh.2023.100208

Vivalya BMN, Vagheni MM, Piripiri AL ve ark. (2022) Prevalence and factors associated with relapse and long hospital stay among adult psychiatric patients with a history of childhood trauma. Psychiatry Res 316:114745. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114745

Wang XQ, Petrini MA, Morisky DE (2017) Predictors of quality of life among Chinese people with schizophrenia. Nurs Health Sci 19:142–8. https://doi.org/10.1111/nhs.12286

Ware JE, Kosinski M, Keller SD (1996) A 12-item short-form health survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. Med Care 34:220–33. https://doi.org/10.1097/00005650-199603000-00003

Watson P, Zhang JP, Rizvi A ve ark. A meta-analysis of factors associated with quality of life in first episode psychosis. Schizophr Res 2018;202:26–36. https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.07.013

Weber S, Jud A, Landolt MA (2016) Quality of life in maltreated children and adult survivors of child maltreatment: a systematic review. Qual Life Res 25:237–55. https://doi.org/10.1007/s11136-015-1085-5

Weibel S, Vidal S, Olié E, ve ark. (2017) Impact of child maltreatment on meaning in life in psychiatric patients. Psychiatry Res 251:204–11. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.02.026

Widom CS, Czaja SJ, Kozakowski SS ve ark. (2018) Does adult attachment style mediate the relationship between childhood maltreatment and mental and physical health outcomes? Child Abuse Negl 76:533–45. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.05.002

Woods A, Willison K, Kington C ve ark. (2008) Palliative care for people with severe persistent mental illness: a review of the literature. Can J Psychiatry 53:725–36. https://doi.org/10.1177/070674370805301104

Zumstein N, Riese F (2020) Defining severe and persistent mental illness-a pragmatic utility concept analysis. Front Psychiatry 11:648. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00648