



**T.C.
Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi
Eğitim Bilimleri Enstitüsü
Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı
Beden Eğitimi ve Spor Öğretimi Tezli Yüksek Lisans Programı**

**FİZİKSEL AKTİVİTENİN ŞİZOFRENİ HASTALARININ
MOTOR ÖZELLİKLERİ VE BİLİŞSEL İŞLEVLERİNE ETKİSİ**

**Muharrem KORKMAZ
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanları
I. Danışman Prof. Dr. Fatma ÇELİK KAYAPINAR
II. Danışman Dr. Buket CİNEMRE**

Burdur, 2019

**T.C.
Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi
Eğitim Bilimleri Enstitüsü
Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı
Beden Eğitimi ve Spor Öğretimi Tezli Yüksek Lisans Programı**

**FİZİKSEL AKTİVİTENİN ŞİZOFRENİ HASTALARININ
MOTOR ÖZELLİKLERİ VE BİLİŞSEL İŞLEVLERİNE ETKİSİ**

**Muharrem KORKMAZ
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanları
I. Danışman Prof. Dr. Fatma ÇELİK KAYAPINAR
II. Danışman Dr. Buket CİNEMRE**

Burdur, 2019

Bu çalışma Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Komisyonu tarafından **0525-YL-18** nolu proje numarası ile desteklenmiştir.



MAKÜ EĞİTİM BİLİMLERİ
ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS JÜRİ ONAY FORMU

M.A.K.Ü Eğitim Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 26.04.2019 tarih ve 2019/284-3 sayılı kararıyla oluşturulan jüri tarafından 25/05/2019 tarihinde tez savunma sınavı yapılan Muharrem KORKMAZ'ın "Fiziksel Aktivitenin Şizofreni Hastalarının Motor Özellikleri ve Bilişsel İşlevlerine Etkisi" konulu tez çalışması Beden Eğitimi ve Spor Öğretimi Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS tezi olarak kabul edilmiştir.

JÜRİ

ÜYE : Prof. Dr. Fatma ÇELİK
(Tez Danışmanı) KAYAPINAR

ÜYE : Dr. Öğr. Üyesi Behsat SAVAŞ

ÜYE : Dr. Öğr. Üyesi Ömer ÇELİKKOL

ONAY

M.A.K.Ü Eğitim Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun/...../..... tarih ve/..... sayılı kararı.

İMZA/MÜHÜR

EBE/A/10

BİLDİRİM

Tez yazma sürecinde bilimsel ve etik ilkelere uyduğumu, yararlandığım tüm kaynakları kaynak gösterme ilkelerine uygun olarak kaynakçada belirttiğimi ve bu bölümler dışındaki tüm ifadelerin şahsıma ait olduğunu taahhüt edip, tezimin kaynak göstermek koşuluyla aşağıda belirttiğim şekilde fotokopi ile çoğaltılmasına izin veriyorum.

[] Tezimin/Raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.

[] Tezim/Raporum sadece Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi yerleşkelerinden erişime açılabilir.

[] Tezimin/Raporumun yıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.

Muharrem KORKMAZ

Tarih: 2019

İmza: 

“Fiziksel Aktivitenin Şizofreni Hastalarının Motor Özellikleri ve Bilişsel İşlevlerine Etkisi” başlıklı bu araştırmayı yüce Atatürk’e, düşüncedaşlarına, gerçeği arayan gelecek kuşaklara ve biricik aileme adıyorum.

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimimin boyunca sürekli bilgi alışverişi içerisinde bulunduğum, çalışmamın her aşamasında büyük katkısı olan, bana olan güveni ve desteği ile cesaret veren, bilgi birikimini benden esirgemeyen çok değerli hocam ve danışmanım MAKÜ Spor Bilimleri Fakültesi Beden Eğitimi ve Spor Bölümü, Beden Eğitimi ve Spor Öğretimi ABD. Beden Öğretmenliği Bölüm Başkanı Öğrt. Üyesi Sayın Prof. Dr. Fatma ÇELİK KAYAPINAR' a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Yüksek lisans eğitimim sürecinde ve tezimin önemli bir kısmını oluşturan istatistik alanında yardımlarını esirgemeyen, her zaman desteğini gördüğüm bilgi alışverişinde bulunduğum çok değerli hocam MAKÜ Eğitim Fakültesi, Temel Eğitim Bölümü, Sınıf Eğitimi ABD. Öğrt. Üyesi Sayın Dr. Behsat SAVAŞ' a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Tez çalışmamda ki katkıları ve bilgi paylaşımları için çok değerli hocam ve ikinci danışmanım Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dahili Tıp Bilimleri Bölümü, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD. Öğrt. Üyesi Sayın Dr. Buket CİNEMREYE' ye çok teşekkür ederim.

Yüksek lisans eğitimim boyunca her zaman desteklerini esirgemeyen, bilgi paylaşımlarından yararlandığım çok değerli hocam MAKÜ Rektör Danışmanı, Eğitim Bilimleri Enstitü Müdürü, Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme ABD. Başkanı Öğrt. Üyesi Sayın Dr. Mustafa KILINÇ' a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Tez çalışmamda katılımcılara ulaşma aşamasında desteklerini ve güler yüzünü esirgemeyen hemşire arkadaşım Sayın Şeyma KAPLAN' a ve ön testlerde ki yardımlarından ötürü Sayın Uğur Hüseyin Yasin BOZKURT' a çok teşekkür ederim.

Çalışmanın gerçekleşmesinde Akdeniz Üniversitesi Hastanesi, Psikiyatri Gündüz Hastanesi, Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Bilimsel Araştırma Kurulu ve çalışmaya katılan değerli katılımcılara katkıları için çok teşekkür ederim.

Üzerimde emeği geçen, hayatımın her anında her zaman desteklerini gördüğüm, haklarını asla ödeyemeyeceğim çok değerli biricik aileme (annem Muazzez KORKMAZ, babam İsmail KORKMAZ, kardeşim Mahmut KORKMAZ) sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Muharrem KORKMAZ

Fiziksel Aktivitenin Şizofreni Hastalarının Motor Özellikleri ve Bilişsel İşlevlerine Etkisi

(Yüksek Lisans Tezi)

Muharrem KORKMAZ

ÖZ

Çalışmanın amacı, şizofreni ile mücadelede farmakolojik tedaviye ek olarak fiziksel aktivitenin motor özellikler ve bilişsel işlevler üzerindeki etkilerini araştırmak ve gelecekteki çalışmalar için fiziksel aktivite önerileri sunmaktır.

Çalışma grubu, Antalya Akdeniz Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Psikiyatri Hastanesi'nde ayaktan tedavi alan 18-65 yaş aralığında şizofreni tanı ölçütlerini karşılayan 12 stabil şizofreni hastadan oluşmuştur. Yedi hasta eğitsel oyunlar ve drama (EOD) grubuna dahil edildi, beş hasta aerobik aktivite ve kuvvet (AAK) grubuna dahil edildi. Araştırma 16 hafta, haftada üç gün, birer saatlik seanslardan oluşmuştur.

Motor özellikler; Mann Whitney U testi, Wilcoxon işaretlenmiş mertebeler testi ile karşılaştırılmıştır. Bilişsel işlevler için, Panss skorları ve Stroop test performansları Wilcoxon işaretlenmiş mertebeler testi ile karşılaştırılmıştır.

EOD ile AAK grubunun motor özelliklerini ölçen ön ve son test bulgularına göre; durarak uzun atlamak ön testinde EOD grubu lehine istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. EOD grubunda; denge, disklere dokun, mekik, uzun atlamak, sıçrama, sırt kuvveti, bacak kuvveti, sürat koşu, 6 dakika koşu/yürüme test sonuçlarında istatistiksel açıdan pozitif yönde anlamlı bir fark saptanmıştır. Ancak, esneklik ve el kavrama kuvveti test sonuçlarında olumlu bir gelişim görülmesine rağmen istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. AAK grubunda; disklere dokun, el kavrama kuvveti, uzun atlama, sıçramak, sırt kuvveti, bacak kuvveti, sürat koşu, 6 dakika koşu/yürüme test sonuçlarında, istatistiksel açıdan olumlu yönde anlamlı bir fark saptanmıştır. Ancak, esneklik, denge, mekik test sonuçlarında pozitif yönde gelişim görülmesine rağmen istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Panss skorlarıyla ölçülen psikopatoloji düzeylerinde gruplar tek başına ve birlikte değerlendirildiğinde anlamlı bir fark belirtmemiştir. EOD grubu ile AAK grubu Stroop test performans skorları birlikte değerlendirildiğinde son testlerde (kart 1 ve kart 3) anlamlı bir düzelme olduğu gözlenmiştir. Bu düzelme gruplar tek tek incelendiğinde ortadan kalkmaktadır.

Elde edilen sonuçlara göre, fiziksel aktivitenin kronik şizofreni hastaları için farmakolojik olmayan tedavinin geliştirilmesinde önemli rol oynayabileceğini desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Aerobik aktivite, bilişsel fonksiyonlar, drama, eğitsel oyunlar, fiziksel aktivite, motor özellik, şizofreni.

Sayfa Adedi : 183

Birinci Danışman : Prof. Dr. Fatma ÇELİK KAYAPINAR

İkinci Danışman : Dr. Buket CİNEMRE

The Effect Of Physical Activity On Motor Characteristics And Cognitive Functions Schizophrenia Patients

(Master Thesis)

Muharrem KORKMAZ

ABSTRACT

The aim of this study is to investigate the effects of physical activity on motor characteristics and cognitive functions in addition to pharmacological treatment in combating schizophrenia and to present physical activity recommendations for future studies.

The study group consisted of 12 stable schizophrenic patients who met the criteria for schizophrenia between the ages of 18-65 in the Psychiatric Hospital of Antalya Akdeniz University Mental Health and Diseases Department. Seven patients were included in the educational games and drama (EOD) group. Five patients were included in the aerobic activity and force (AAK) group. The study consisted of 16 weeks, three days a week, one-hour sessions.

motor characteristics; The Mann Whitney U test was compared with the Wilcoxon signed rank test. For cognitive functions, Panss scores and Stroop test performances were compared with Wilcoxon signed rank test.

According to the pre and post-test findings measuring motor characteristics of EOD and AAK group; A statistically significant difference was found in favor of the EOD group in the long jump pre-test. In the EOD group; balance, touch the discs, shuttle, long jump, bounce, back force, leg strength, sprint, 6 minutes running / walking test results were statistically significant difference in the positive direction. However, although there was a positive development in flexibility and hand grip strength test results, no statistically significant difference was found. In the AAK group; In the test results, there was a statistically significant difference in hand grip strength, long jumping, jumping, back force, leg force, sprint, 6 minute running / walking test results. However, although there was a positive improvement in flexibility, balance, shuttle test results, no statistically significant difference was found.

At the psychopathology levels measured by Panss scores, groups did not indicate a significant difference when evaluated alone and together. When EOD group and AAK group Stroop test performance scores were evaluated together, a significant improvement was observed in the final tests (card 1 and card 3). This improvement is eliminated when the groups are examined one by one.

The results suggest that physical activity may play an important role in the development of non-pharmacological treatment for chronic schizophrenia patients.

Key Words : Aerobic activity, cognitive functions, drama, educational games, motor trait, physical activity, schizophrenia.

Page Number : 183

Supervisor : Prof. Dr. Fatma ÇELİK KAYAPINAR

Co-supervisor : Dr. Buket CİNEMRE

İÇİNDEKİLER

BİLDİRİM	ii
İTHAF	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZ.....	v
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
TABLolar DİZİNİ.....	xii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xiii
KISALTMALAR.....	xiv
BÖLÜM I.....	1
GİRİŞ.....	1
1.1. Problem Durumu.....	1
1.2. Problem Cümlesi.....	3
1.2.1. Alt problemler.....	3
1.3. Araştırmanın Amacı.....	4
1.4. Araştırmanın Önemi.....	5
1.5. Sınırlılıklar.....	5
BÖLÜM II.....	6
KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR.....	6
2.1. Kuramsal Çerçeve.....	6
2.1.1. Şizofreni Nedir?.....	6
2.1.2. Şizofreninin Tarihçesi.....	7
2.1.3. Belirtiler (Semptomlar).	10
2.1.3.1. Olumlu (Pozitif) Belirtiler.....	10
2.1.3.1.1. Sanrılar.	10
2.1.3.1.2. Varsanılar.	11
2.1.3.1.3. Düşüncede Ve Davranışarda Dağınıklık.....	11
2.1.3.2. Olumsuz (Negatif) Belirtiler.....	11
2.1.3.2.1. Duygulanımda Küntleşme.	11
2.1.3.2.2. Anhedoni.....	11
2.1.3.2.3. Toplumdan Uzaklaşma.....	11
2.1.3.2.4. Avolüsyon.....	12

2.1.3.2.5. Aloji.	12
2.1.4. Şizofreninin Nedenleri (Etyolojisi).....	12
2.1.4.1. Psikodinamik Teoriler.	12
2.1.4.2. Kalıtsal (Genetik) Nedenler.....	12
2.1.4.3. Çevresel Faktörler.....	13
2.1.4.4. Nörobiyolojik Teoriler.	13
2.1.4.5. Nörogelişimsel Teoriler.....	13
2.1.4.6. Nörodejeneratif Teoriler.....	14
2.1.4.6.1. Temporal Lop.....	14
2.1.4.6.2. Frontal Lop.....	15
2.1.4.6.3. Hipokampus.	15
2.1.4.7. Nörotransmitterlerle İlgili Teoriler.....	16
2.1.4.7.1. Dopamin.....	17
2.1.4.7.2. Glutamat.	18
2.1.4.7.3. Serotonin.....	18
2.1.4.7.4. Gaba.....	19
2.1.4.7.5. Norepinefrin.....	19
2.1.4.7.6. Diğer Etkenler.....	19
2.1.5. Şizofreninin Görülme Sıklığı Ve Dağılımı (Epidemiyolojisi).	20
2.1.5.1. Hastalığın Oranı (Prelevansı).	20
2.1.5.2. Yaş Ve Cinsiyet.....	20
2.1.6. Şizofreni Tanı Ölçütleri -DSM 4-.....	20
2.1.6.1. Karakteristik Belirtiler (Semptomlar).....	20
2.1.6.2. Toplumsal Mesleki İşlev Bozukluğu.....	21
2.1.6.3. Süre.....	21
2.1.6.4. Şizoefektif Bozukluk, Duygudurum Bozukluğunun Dışlanması. .21	
2.1.6.5. Madde Kullanımı Ve Genel Tıbbi Durumun Dışlanması.	21
2.1.6.6. Yaygın Gelişimsel Bir Bozuklukla Olan İlişki.	21
2.1.7. Şizofreni Alt Tipleri Tanı Kriterleri - DSM-IV.....	22
2.1.7.1. Paranoid.....	22
2.1.7.2. Dezorganize (Hebefrenik).....	22
2.1.7.3. Katatonik.	22
2.1.7.4. Farklılaşmamış.	23

2.1.7.5. Rezidüel.....	23
2.1.8. Şizofreninin Evreleri.....	23
2.1.8.1. Akut Evre.	23
2.1.8.2. Stabilizasyon (Dengeleme) Evresi.....	23
2.1.8.3. Stabil Evre.....	23
2.1.9. Hastalığın Gidiş Ve Sonlanımı (Prognozu).....	24
2.1.10. Tedavi Yöntemleri.	25
2.1.10.1. Hastane Tedavisi.	26
2.1.10.1.2. Kısmi Hastaneye Yatırma Ve Gündüz Tedavisi.	26
2.1.10.2. Psikoterapi.	26
2.1.10.3. Bireysel Psikoterapiler.....	26
2.1.10.4. Grup Psiko Tedaviler.....	27
2.1.10.5. Elektrokonvulsif Terapi (EKT).....	27
2.1.10.6. İlaç Tedavisi (Psikofarmakolojik).	27
2.1.2. Fiziksel Aktivite Nedir?	27
2.1.2.1. Tarihsel Süreçte Fiziksel Aktivite.....	28
2.1.2.2. Fiziksel Aktivitenin Sağlık Üzerine Etkileri.....	29
2.1.2.3. Kas İskelet Sistemi Üzerine Etkileri.....	29
2.1.2.4. Diğer Metabolik Fonksiyonlar Üzerine Etkileri.	30
2.1.2.5. Ruhsal Sağlık Üzerine Etkileri.	30
2.1.2.6. Gelecekteki Yaşantı Üzerine Etkileri.....	30
2.1.3. Fiziksel Aktivite Ve Motor (Motorik) Özellikler.	31
2.1.3.1. Kuvvet.	31
2.1.3.2. Denge.	31
2.1.3.3. Esneklik.....	31
2.1.3.4. Sürat.	31
2.1.3.5. Dayanıklılık.....	32
2.1.3.6. Beceri.....	32
2.1.4. Fiziksel Aktivite Ve Şizofreni İlişkisi.....	32
2.1.5. Fiziksel Aktivitenin Tedavideki Önemi.	32
2.2. İlgili Araştırmalar.....	34
BÖLÜM III.....	39
YÖNTEM.....	39

3.1. Araştırmanın Modeli.....	39
3.2. Çalışma Grubu.....	40
3.3. Veri Toplama Araçları.....	41
3.3.1. Motorsal Testlerin Uygulanması.....	42
3.3.1.1. Denge (Flamingo) Testi.....	42
3.3.1.2. Hareket Sürati (Disklere Dokunma) Testi.	42
3.3.1.3. Esneklik (Otur Uzan) Testi.....	43
3.3.1.4. Durarak Uzun Atlama (Patlayıcı Kuvvet) Testi.....	44
3.3.1.5. Pençe (El Kavrama Kuvveti) Testi.....	44
3.3.1.6. Kassal Dayanıklılık (30 Sn. Mekik) Testi.....	45
3.3.1.7. Dikey Sıçrama Testi.	46
3.3.1.8. Sırt Kuvveti Testi.	46
3.3.1.9. Bacak Kuvveti Testi.	47
3.3.1.10. Sürat (10x5 M. Mekik Koşusu) Testi.....	47
3.3.1.11. Altı Dakika Koş-Yürü Testi (6DKYT).....	48
3.3.2. Bilişsel İşlev Testlerinin Uygulanması.....	48
3.3.2.1. Pozitif Ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS).....	48
3.3.2.2. Coloured Stroop Testi.	49
3.4. Verilerin Analizi.....	50
BÖLÜM IV.....	52
BULGULAR VE YORUM.....	52
BÖLÜM V.....	61
SONUÇ, TARTIŞMA VE ÖNERİLER.....	61
5.1. Sonuç ve Tartışma.....	61
5.2. Öneriler.....	67
KAYNAKLAR.....	69
EKLER.....	85
EK-1.....	86
EK-2.....	131
EK-3.....	142
EK-4.....	157
EK-5.....	158
EK-6.....	169

EK-7.....	171
EK-8.....	172
EK-9.....	174



TABLolar DİZİNİ

<u>Tablolar</u>		<u>Sayfa</u>
Tablo 1	Şizofrenide Risk Faktörleri.....	20
Tablo 2	Deney Deseni Özeti.....	39
Tablo 3	Stroop Testi Form İçeriği.....	50
Tablo 4	Araştırmaya Katılan Grupların Cinsiyet Dağılımı.....	52
Tablo 5	Araştırmaya Katılan Grupların Yaş Dağılımı.....	52
Tablo 6	Motor Özelliklerin EOD ile AAK Grubu Ön-Son Test Mann Whitney U-Testi Sonucu.....	53
Tablo 7	Motor Özelliklerin EOD ile AAK Grubu Grupiçi Ön-Son Test Tanımlayıcı İstatistik Sonucu.....	54
Tablo 8	EOD ile AAK Grubu Motor Özelliklerinde Grupiçi Ön-Son Test Wilcoxon İşaretili Sıralar Testi Sonuçları.....	56
Tablo 9	EOD ile AAK Grubu Ön-Son Test Psikopatoloji Açısından PANSS Karşılaştırılması.....	58
Tablo 10	EOD ile AAK Grubu Ön-Son Test Stroop Test Performanslarının Karşılaştırılması.....	59
Tablo 11	EOD ile AAK Grubu Ön-Son Test Stroop Testi Performanslarının NonParametrik Wilcoxon İşaretlenmiş Mertebeler Testi ile Karşılaştırılması	60

ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Şekiller</u>	<u>Sayfa</u>
Şekil 1. Şizofreni Prognozunu Etkileyen Faktörler.....	25
Şekil 2. Stroop Test Kartları.....	50
Şekil 3. Çalışma Çizelgesi.....	52



KISALTMALAR

AA :	Aerobik Aktivite
AAK :	Aerobik Aktivite ve Kuvvet
AF :	Aerobik Fitness
BMI :	Beden Kitle İndeksi
ECA :	Epidemiyolojik Alan Taraması
EKT :	Elektrokonvulsif Terapi
EOD :	Eğitsel Oyunlar ve Drama
FA :	Fiziksel Aktivite
ICD :	Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması
MRG :	Manyetik Rezonans Görüntüleme
MEB :	Milli Eğitim Bakanlığı
NIHM :	Ulusal Ruh Sağlığı Kurumu
NMDA :	N-metil-D-aspartat
PANSS :	Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği
PFK :	Prefrontal Korteks
TBAG :	Temel Bilimler Araştırma Grubu
WHO :	Dünya Sağlık Örgütü

BÖLÜM I

GİRİŞ

Bu bölümde araştırmaya temel teşkil eden problem durumu, problem cümlesi ve alt problemler ile araştırmanın amacı, önemi ve sınırlıklarına yer verilmiştir.

1.1. Problem Durumu

Şizofreni; yıkıcı psikopatolojik etkilere sahip bir hastalık olmasının yanı sıra davranışın bilişsel, emosyonel, algısal ve diğer başka yönlerini de kapsayarak, değişkenlik gösterebilmektedir (Sarı Nargis, 2011, s. 2). Şizofreni belirtilerini, yeti kaybını düzeltebilecek tek bir tedavi biçimi yoktur, birden fazla tedavi metotlarının beraber kullanılması gerekmektedir (Sönmez, 2009, s. 4).

Artan fiziksel aktivite ile bilişsel yetenek arasındaki ilişki yüzyıllar boyunca önce savunulurken, yakın tarihte bu ilişkinin altında yatan mekanizmalar ortaya çıkmıştır. Güncel kanıtlar, fiziksel aktivitenin her yaşta, özellikle nörodejeneratif bozukluklara karşı en savunmasız olan yaşlı kişilerde bilişsel işlevleri iyileştirmek için uygun ve etkili bir yöntem sunduğunu ileri sürmektedir. Kalp ve bağışıklık fonksiyonunun iyileştirilmesine ilaveten fiziksel aktivite, trofik faktör sinyalizasyonunu ve bilişsel açıdan nöronal fonksiyon ve yapıyı değiştirmektedir. Sürekli egzersiz, anti-inflamatuar etkilerin düzenlenmesinde rol oynamakla birlikte yaşlanma ve nöropatolojik koşullarda bilişsel işlevin korunmasında da etkili olabilir. Dahası, yeni kanıtlar, kasları egzersiz yaparak salınan miyokinlerin hipokampus dentat halkasında beyinden türetilen nörotrofik faktör sentezinin ifadesini etkilediğini ve bunun yeni ve terapötik açıdan önemli arabulucu faktörlerin tanımlanmasına neden olabileceğini düşündürmektedir. Bilişsel bozuklukları olan bireylerin sayısının artması göz önüne alındığında, bu faktörlerin bilişsel nasıl katkıda bulunduğu konusunda daha iyi bir anlayış zorunlu görülmeyle birlikte savunmasız popülasyonlarda biliş düzeyini iyileştirmek için farmakolojik olmayan terapötik stratejilerin geliştirilmesi yönünde önemli bir ilk adım teşkil etmektedir.

Şizofreni hastalarında yapılan çalışmalar, artmış fiziksel aktivite seviyeleri, artmış hipokampal hacim ve artmış mekân hafızası arasında doğrudan korelasyon olduğunu göstermiştir (Phillips, Baktir, Srivatsan ve Salahi, 2014; Pajonk vd., 2010; Erickson vd., 2010). Fiziksel aktivite, fiziksel sağlığı iyileştirmesi, düşük risk profili ve göreceli uygulanma kolaylığı gibi genel avantajlarından dolayı bir dizi beyin patolojisi için umut vadeden bir terapötik yaklaşım olabilir (Ercegil, 2015). Bunun başlıca nedeni de fiziksel aktivitenin beyinde nöroplastik değişiklikler yapabileceği ile ilgili araştırma sonuçlarının son yıllarda giderek artıyor olmasıdır.

Fiziksel aktivitenin kapsamı içinde eğitsel oyunların ve yaratıcı drama çalışmalarının kişinin motor özellikleri ve bilişsel işlevlerine katkıları araştırmalarda yeni yaklaşımlar arasında görülmektedir. Caillois'in tanımıyla oyun, özgürce kabul edilmiş ancak bazı kurallarıyla belirli bir saha ve süreyi kapsayan, stres ve eğlence hisleri içinde, günlük yaşamdan ayrı olarak bilinçli ve gönüllü devinimlerdir. Piaget ise oyunu, gerçek hayattan gelen uyarıcıları benimseme ve uyum sistemine aktarma yöntemi olarak görmektedir. Freud oyunu, çocukların sosyal olgunluğa erişebilmeleri ve öz benliklerini bulmalarına yardım eden bir etken olarak tanımlarken, Boratav ise; çocukların ve de yetişkinlerin, boş vakitlerinde, bir üretim ve hizmet zorunluğu olmadan yalnızca eğlenme yöntemiyle dinlenmelerine olanak tanıyan uygulamalar olarak tanımlamaktadır. Bireyin gelişimi amacıyla oynanan oyunların gelişim evrelerine göre planlı olarak hazırlanması, oyunlara eğitsel bir değer kazandırır (Yalçın, Demirdağ, Kazak, tarihsiz, s. 35). Bu açıdan eğitsel oyunlar; kişinin fiziksel, bilişsel, duygusal ve sosyal gelişimini amaç edinen, genel eğitimin tamamlayıcı ve ayrılmaz yapıtaşları olarak görülen bilinçli ve planlı olarak sürdürülen uygulamalardır (Karamustafaoğlu ve Kaya, 2013, s. 41-49). Drama; bir düşünceyi beden dili, hareket ve devinimle anlatan bir nevi yaşamın provası olarak görülmektedir ("Liseler İçin Drama", 2017, s. 8). Drama, bireylerin kaslarını hareket ettirirken yeni çözümler bulmayı, bedenini çok yönlü geliştirmeyi, yeni davranışlar edinmeyi, yaratıcılığın ortaya çıkmasını, geliştirilmesini sağlamaktadır (www.drama.nedir.org, 2018). Drama çalışmalarında kullanılan rol oynama, doğaçlama, pantomim gibi yöntemlerle, kişinin kendini ve başkalarını tanıması kolaylaşır, başkalarıyla iletişim ve etkileşim içinde bulunur (Milli Eğitim Bakanlığı [MEB], 2014, s.7).

Eğitimciler, psikologlar ve terapistler fiziksel yeteneklerdeki başarının benliğin olumlu yönde gelişim göstermesine yardımcı olduğunu belirtmektedirler. Yetersiz motor beceri ve olumsuz benliğe sahip bireyleri, fiziksel aktivite çalışmalarına dahil ederek, becerilerini ve benliklerini olum yönde geliştirmeleri mümkün olabilir (Güven, 2017).

Araştırmada, fiziksel aktivitenin beyin volümünü artırıcı etkisi olduğundan yola çıkılarak farklı fiziksel aktivite modellerinin bilişsel işlevler ve motor gelişimlerine etkisini test etmek amacı ile eğitsel oyunlar-drama, aerobik aktivite-kuvvet çalışmalarına yer verilmiştir.

1.2. Problem Cümlesi

Araştırmanın problemini; “Fiziksel aktivitenin şizofreni hastalarının motor özellikleri ve bilişsel işlevlerine etkisi nelerdir?” sorusu oluşturmaktadır.

1.2.1. Alt problemler. Bu çalışmada aşağıdaki alt problemlere cevap aranmıştır.

1. Araştırmaya katılan gruplar arasında motor özellikler açısından ön testler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark var mıdır?
2. Araştırmaya katılan gruplar arasında motor özellikler açısından son testler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark var mıdır?
3. Araştırmaya katılan grupların grup içi motor özellikler açısından ön testler ve son testler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark var mıdır?
4. Araştırmaya katılan gruplar arasında bilişsel işlevler açısından ön testler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark var mıdır?
5. Araştırmaya katılan gruplar arasında bilişsel işlevler açısından son testler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark var mıdır?
6. Araştırmaya katılan grupların grup içi bilişsel işlevler açısından ön test ve son test arasında istatistiksel olarak anlamlı fark var mıdır?

1.3. Araştırmanın Amacı

Şizofreni hastalarında antipsikotik ilaçların şizofreni belirtilerinin genelini azalttığı, uzun süreçlerde alevlenme oranlarını düşürdüğü görülmüştür. Fakat düzenli ilaç kullanan ve ilaçlara olumlu cevap veren hastalarda bile toplumsal ilişkilerde zorluk, yaşam kalitesinde azalma, bilişsel belirtiler, iş kaybı veya iş verimliliğinde azalma görülebilmektedir (Sönmez, 2009, s. 4).

Ruhsal hastalıklarda fiziksel aktivitenin etkisini araştıran çalışmalar, fiziksel aktivitenin sağlığı iyileştirdiği, yaşam standardını yükselttiği, bilişsel işlevleri düzelttiği ve psikolojik olarak iyi hissettirdiği yönünde tutarlı veriler sunmaktadır. Yapılan araştırmalar sonucunda özellikle depresyon, demans ve psikotik bozukluklarda belirtilerin iyileşmesinde fiziksel aktivitenin etkili olduğunu belirtmektedir. Tedavi kılavuzlarında fiziksel aktiviteye yer verilmesi psikotik hastalıkların tedavi edilmesinde yeni bir yaklaşım biçimi önerilmektedir. Ancak fiziksel aktivitenin birçok ruhsal hastalığın tedavisinde ne sıklıkta ve yoğunlukta yer alması gerektiğine ilişkin bilgiler belirsizliğini korumaktadır (Şentürk Cankorur, 2016).

Fiziksel aktivite ve bilişsel işlev arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarda, hipokampal hacim ve bilişsel önlemler arasındaki sağlam bir ilişkiyi bildirmiştir. Fiziksel aktivite doğru bir amaçla uygulandığında, her koşulda kronik psikiyatrik hastalar için yararlı uygulamalar olarak görülmektedir (S. Lök ve Lök, 2016; Phillips vd., 2014). Fiziksel aktivite, fiziksel sağlığı iyileştirmesi, düşük risk profili ve göreceli uygulanma kolaylığı gibi genel avantajlarından dolayı bir dizi beyin patolojisi için umut vadeden bir terapatik yaklaşım olabilir (Ercegil, 2015). Bunun başlıca nedeni de fiziksel aktivitenin beyinde nöroplastik değişiklikler yapabileceği ile ilgili araştırma sonuçlarının son yıllarda giderek artıyor olmasıdır.

Araştırmada şizofreni hastalarının farmakolojik (ilaç) tedavisine ek olarak fiziksel aktivitenin motor özellikleri ve bilişsel işlevlerine etkisini test etmek ve bu alanda gelecekte yapılacak aktivite ile ilgili akademik çalışmalara denemiş eğitim programları kazandırmak hedeflenmiştir.

1.4. Araştırmanın Önemi

Araştırma ile fiziksel aktivitenin şizofreni hastalarının farmakolojik tedavisine ek olarak hastaların motor özellikleri ve bilişsel işlevlerinin daha sağlıklı bir yapıya kavuşması, yaşam kalitelerinin artması, bedensel ve ruhsal sağlıklarının daha kuvvetli olması beklenen yararlardır.

şizofreni hastalarının kulladığı ilaç yükünün hafifletilmesi başarılıbilirse ÷lke ve dñnya ekonomisine katkı sağlanacaktır. Araştırma bu noktada çok küçük bir katkı sağlamayı amaç edinmiş ve bu alanda yapılacak çalışmalara ışık tutmaya çalışmıştır.

Çalışma verilerinden elde edilen bulgular uluslararası ortamlarda sunularak paylaşılacak, daha sonra kitap haline getirilerek toplum yararına sunulacaktır.

1.5. Sınırlılıklar

Bu araştırma,

Ekim 2018 - Mart 2019 takvim aralığında Akdeniz Üniversitesi Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Psikiyatri Gündüz Hastanesinde ayaktan tedavi gören 18 - 65 yaş arası şizofren tanısı taşıyan rastgele seçilmiş gönüllü katılımcılardan oluşmaktadır. katılımcıların yedisi deney grubunu, beşi de deney 2 grubundan oluşmuştur.

BÖLÜM II

KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

2.1. Kuramsal Çerçeve

Bu bölümde, araştırmanın konusu ile alakalı olarak yapılan literatür taramaları doğrultusunda araştırmanın kuramsal çerçevesi oluşturulmuştur.

Şizofreninin tanımı, tarihçesi, belirtileri (septomlar), nedenleri (etyoloji), görülme sıklığı (epidemiolojisi), tanı ölçütleri, alt tipleri, hastalığın gidiş ve sonlanımı (prognozu), tedavi yöntemleri, fiziksel aktivitenin tanımı, tarihsel süreçte fiziksel aktivite, fiziksel aktivitenin sağlık üzerine etkileri, fiziksel aktivite ve şizofreni ilişkisi, fiziksel aktivitenin tedavideki önemi ve ilgili araştırmalar (fiziksel aktivitenin şizofreni üzerine etkisini araştıran çalışma örnekleri) yer almıştır.

2.1.1. Şizofreni nedir? Yakın zamandaki çalışmalar şizofreninin psikotik ve nörolojik etkileri olduğu düşüncesini kuvvetlendirmektedir. Bugüne kadar hastalığın patalojisi hakkında tam bir sonuca ulaşılamamıştır. Bilim insanları şizofreniyi farklı açıklamalarla tanımlamaktadırlar. Bu tanımlardan bazıları; şizofreni, her hastanın kendine özgü belirtileri olabilen, alan uzmanı hekimler ve hastane ile birlikte çalışmayı gerekli kılan, uzun süreli ilaç tedavisinin gerekli olduğu, hasta yakınlarıyla beraber, zaman içinde, sabırla yönetilmesi gereken bir hastalıktır (Köroğlu, 2016, s. 67). Cinemre (2015) şizofreniyi yıkımla giden genellikle kronikleşme eğilimi olan ve yaşam boyu sürebilen beyin hastalığı olarak tanımlamaktadır. Birsöz (2013) ise, şizofreniyi sebepleri tam anlamıyla açıklanamamış bir beyin hastalığı olarak açıklar. Ayrıca hastalığın psikolojik belirtilerinin yanında çeşitli silik nörolojik, bilişsel, davranışsal ve affektif belirtilerinin bir arada bulunduğu hastalıklar grubu olarak da tanımlar. Bir başka tanımla şizofreni, genellikle gençlik yıllarında başlayan ve ruhsal durumun tamamına yakın kısmında belirti ve bulgular gösteren, gidiş ve sonlanışı hastadan hastaya ve süreç içinde değişen, henüz etiyolojisi tam olarak bilinmeyen ve önemli derecede yeti yitimine neden olan toplum sağlığı sorunudur (Güneri, 2016, s.14; Çetin, 2015; Özge Doğanavşargil, 2009, s. 5; Soygür ve Erkoç, 2007, s. 1-4).

Sönmez, şizofreniyi olumlu ve olumsuz, bilişsel ve duygulanımsal belirtilerle kendini gösteren çoğunlukla hayat boyunca devam ederek yaşam kalitesi ve işlevlerde önemli sorunlara neden olan bir hastalık olarak tanımlarken Kalafat, şizofreniyi, insanın düşünce, duygu, davranışlarında, kendisinin ve çevresindekilerin yaşamını önemli ölçüde etkileyen bazı değişikliklere sebep olan hastalık olarak tanımlar (Kalafat 2016; Sönmez, 2009 s. 4). Parekh (2017) ise şizofreniyi, nüfusun yaklaşık olarak yüzde birini etkileyen süregelen bir beyin bozukluğu ve kişinin gerçeklik algısını etkileyen bir rahatsızlık olarak tanımlamaktadır. Kısaca *şizofreni, birden çok tedavi yöntemini içeren nörolojik ve psikotik yıkımlara neden olabilen bir hastalık olarak tanımlanabilir*. Yakın zamanda gelişen teknoloji ile birlikte şizofreni hastalığının oluşumunda hastalığın psikotik etkileri yanında nörogelişimsel ve nörodejeneratif etkilerinin de olduğu MR ve türevi tetkiklerle görüntülenmiştir. İnsanın varlığı ile birlikte gözlenmeye başlanan şizofreni hastalığının tanımlanması ve tedavi süreci son yüz yılda giderek hız kazanmıştır.

2.1.2. Şizofreninin tarihçesi. Şizofreni belirtilerinin tanımlanması yönünde ilk yazılı belgeler milattan önce (MÖ) 15. yüzyıla kadar uzanmaktadır (Birsöz, 2013, s. 44). Erken Yunan ve İbrani kaynaklarında şizofreninin farklı klinik özelliklerinin kolayca tanınmakta olduğu görülmektedir. Günümüzden 3500 yıl kadar öncesinden kalmış Hint Veda yazılı metinlerinde, tamamen çıplak, kirli, şaşkın bir halde dolaşan, dinle aşırı ölçüde ilgilenen, kendini Tanrı olarak gören, zehirleneceğinden korkan, yeni bir tufana neden olmamak için işemeyi reddeden insanlardan bahsedilir (Kocal, Karakuş ve Sert, 2017; Güneri, 2016, s.5).

Milattan önce 4. yüzyıl eski Yunan ve Roma zamanında yaşayan Hipokrat, akıl hastalığının beden sıvılarındaki denge bozukluğundan olduğu savını öne sürmüştür. Milattan sonra birinci yüzyılda, şizofreni olgusundan ilk defa Kapadokyalı Aratus bahsetmiştir.

Ortaçağın skolastik anlayışı içinde, şizofren hastaların içlerine şeytan girdiği düşünülmüş ve toplum dışına itilmişlerdir. Ayrıca hastaların diri diri yakılma, zincire vurulma gibi zorluklarla karşı karşıya bırakılmış oldukları belirtilmektedir. İnsanlık için utanç içeren devirde yapılan tanımlamalar, şizofreni semptomlarıyla büyük ölçüde örtüşmektedir. Yapılan değerlendirmelerde, psikotik belirtilerin doğaüstü

güçlere bağlandığı ve şizofreni hastalarının lanetlenmiş oldukları kabul edilmiş, uzun yıllar ayrımcılığa uğramışlardır.

Rönesans'la başlayan aydınlanma döneminden sonra, 17. yüzyılda Willis ve ardından 18. yüzyılda Pinel'in girişim ve çabalarıyla şizofreni, hastalık olarak görülmeye başlamıştır. İngiltere'de 18. yüzyılda John Hastam ve George Man'in, bireyde gençlik döneminde içe kapanma ile başlayan, düşünce bozukluğu belirtileri gözledikleri hastaları adlandıramadıkları görülmüştür. Bahsedilen hastaların iç kökenli şizofren olduğu düşünülebilir. İlk olarak Morel 1852'de erken bunama anlamına gelen ve işlevsellikte ilerleyici bir yıkımla seyreden sendromu "demence precoce" tablosu içinde tanımlamıştır. Daha sonra şizofreni, bilim insanları tarafından farklı formlarda (biçim) ortaya konmuştur. Örneğin; Kahlbaum 1863 yılında "praphrenia hebetica" ve 1874 yılında ise "katatonik semptomları", Hecker 1871'de "hebefreni", 1896'da ise Kraepelin "paranoid ve basit formları" kavramları ile tanımlamıştır. 19. yüzyıldan itibaren "dementia praecox" terimi altında toplanmıştır (Güneri, 2016, s. 6-7; Yavuz, 2008, s. 49).

Şizofreni ilk olarak 1887'de Dr. Emile Kraepel'in tarafından farklı bir zihinsel hastalık olarak tanımlanmıştır. Günümüzde kullanılan şizofreni kavramının tıp alanına yerleşmesine, sadece Kreapel değil, Bleuler, Schneider, Jaspers ve Jackson adlı bilim insanlarının da etkileri olmuştur. İlk olarak şizofreni Emile Kraepel (1856-1926) tarafından ortak etyolojiye, semptomatolojiye, seyre ve sonuca sahip bozukluk durumlarını belirlemek amacıyla tıbbi modele temellendirilmiştir. Geliştirdiği model, ruhsal bozuklukların sınıflandırılmasını içermektedir.

Kraepel, gençlik dönemlerinde ortaya çıkarak neredeyse değişmez biçimde ruhsal bozulmayla birlikte ilerleyici bilişsel yıkıma yol açan hastalığa "dementia praecox" (erken bunama) adını vermiştir. Temel belirtilerini; varsanılar, dikkat, yargılama, düşünce akışı bozuklukları, duygulanımda sığlaşma, katatonik davranışlar ve paranoid olarak açıklar. Kraepel şizofreninin üç ayrı tipini: hebefrenik, katatonik ve paranoid olarak açıklar.

Eugn Bleuler (1857-1938), Kraepelin'den hastalığın bunama durumu ile sonlanması gerekmediğini, genellikle zihinsel bağlantılardaki bir bozukluk ve kişiliğin temel işlevlerinde bir parçalanmayla belirlendiğini savunduğu bu bozukluğa şizofreni adının verilmesini önermiştir. Gerçekte, Bleuler hastalığın seyri ve sonucundan

ziyade hastalığın birincil bulgu ve belirtilerine odaklanmıştır. Özellikle de bozukluğun temel noktası olarak zihinsel işlevlerdeki çözülmenin varlığını vurgulamıştır. Şizofreniyi birden çok bozukluk olduğunu belirten Bleuler, şizofreni grubu bozukluklarının etyolojisi, patogenezi olan ve ortak bir dizi klinik özelliğe sahip çok sayıda bozukluğu içerdiğini belirtmiştir.

Meyer, Kraepel ve Bleuler'in görüşünü kabul etmektedir ancak şizofrenin uzun süre seyirinin incelenmesi gerektiğini öne sürmüş ve psikoza temel oluşturan olaylara karşı geliştirilen bir tepki olarak (şizofrenik tepki) ele almıştır.

Jasper ise, psikopatolojik belirtilerin daha alt katmanlardan daha üst katmanlara doğru tabakalar şeklinde organize olduğunu belirtmiştir. En derin katmanın organik belirtilerle temsil edildiğini; ardından şizofrenik, afektif ve nörotik belirtiler ve kişilik bozuklukları ile ilişkili belirtilerin ortaya çıktığını belirtmiştir.

Schneider'e göre ruhsal tanı klinik seyre değil tabloya dayalıdır. Hastalık göstergesi, organik etyolojisi olan psikozlar, siklofreni ve şizofreni olmak üzere alt gruplara ayrılmıştır. Psikopatolojik fenomenlerin tanımında Schneider algı, duyu, his, dürtü gibi anormal deneyimler ile konuşma, yazma, mimik ve hareket bozukluklarını kapsayan anormal ifadeleri ayırır. Schneider, şizofreni tanısının özellikle hastanın kendisinin birinci sıra belirtileri olarak tanımladığı ve bozukluk için patognomonik olduğunu düşündüğü normal dışı deneyimlere temellendirilmesini savunur.

Jackson, ikincil nörolojik fenomenlerden birincil olanı ayırmak için pozitif ve negatif terimlerini kullanmıştır. Jackson'a göre pozitif belirtiler (varsanılar, sanrılar ve deorganize düşünce gibi anormal durumların varlığı) hasarlı beyin tarafından engellenemeyen ya da açığa çıkarılan beyin süreçlerini yansıtırken negatif belirtiler (duygulanımda küntlük, emosyonel içe çekilme ve bilişsel kayıplar) doğrudan insan davranışından sorumlu beyin alanında meydana gelen hasarlardan kaynaklanır (Güneri, 2016, s. 7-11; Birsöz, 2013, s. 45-48; www.şizofrenifederasyonu.org., 2017).

Almanya 1930'larda toplumda görülen şizofreni hastalığının sonraki kuşaklara geçişini önlemek için ötenazi uygulaması başlatmıştır. Başlangıçta ölümcül enjeksiyon yoluyla gerçekleştirilen ötenazi, daha sonra gaz odalarında insanların yaşamlarına son verme şeklinde uygulanmıştır (Medical University of Vienna, 2016).

Dünya sağlık örgütü (WHO) ruh hastalıklarına 1948’de yayımlanan “Uluslararası Hastalık, Yaralanma ve Ölüm Nedenleri El Kitabı” nda ilk kez yer vermiş ve aynı başlık altında psikotik hastalıklar arasında değerlendirilmiştir. 1973 yılında, Dünya Sağlık Örgütü’nün “Uluslar Arası Şizofreni Pilot Çalışması” dokuz çeşitli ülkeden 1000’ den fazla hastanın katılımıyla gerçekleştirilmiş ve değişik ülkelerde hastalığın benzerlik gösterdiği saptanmıştır. 1975’de Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması-9 (ICD-9) ve son olarak 1992’de ICD-10 tanı kılavuzlarını yayınlamıştır (Polat, 2010, s. 12). Günümüzde kronik hastaların ihtiyaçlarının ele alınması için kısa süreli genel psikiyatri birimleri, günlük tedavi programları, yarı ev, sosyal ve mesleki rehabilitasyon hizmetleri ve vaka yönetimi programları vb. olmak üzere çeşitli hizmetler geliştirilmiştir.

2.1.3. Belirtiler (semptomlar). Şizofreninin belirtileri ve sonuçları hakkında birçok nedenden bahsedilse de, gerçekte neden ve nasıl başladığı hakkında kesin bilgilere sahip değiliz. Şizofren bireyler, sanrı ve hezeyan görmenin yanında, düşünme ve dikkatlerini toplamada sorun yaşayabilir. Hastalık ilaçlarla kontrol edilmeye çalışılmaktadır ancak ilaçlar olumsuz yan etkiler içerebilmektedir. Günümüzde hastalığa yönelik kesin bir tedavi yönteminin bulunduğu söylenemez. Sorunu çözmeye yönelik araştırmalar bilim insanları tarafından sürdürülmektedir. Parekh (2017), şizofrenide de herhangi bir hastalıkta olduğu gibi, semptomların şiddeti, süresi ve sıklığının değişebileceğini belirtir. Ancak şizofreni hastalarında şiddetli psikotik belirtilerin görülme sıklığının, hastanın yaşamı boyunca sıklıkla azaldığını ileri sürer. Reçeteli ilaçların alınmaması, alkol veya yasadışı uyuşturucu kullanmanın ve stresli durumların semptomları artırma eğiliminde olduğu ifade edilmektedir. Şizofrenide semptomlar temel olarak olumlu ve olumsuz semptomlar olmak üzere iki kategoriye ayrılır.

2.1.3.1. Olumlu (pozitif) belirtiler

2.1.3.1.1. Sanrılar. Gerçeklik içermeyen yanlış inançlardır. Örneğin; zarar gördüğünü veya taciz edildiğini düşünme, bazı jest veya yorumları kendine yönelik algılama, kendini olağanüstü yetenekli veya ünlü görme, büyük bir felaket gerçekleşmek üzere vb. sanrılar şizofreni hastalarının çoğunda görülen bir durumdur

(Köroğlu, 2016, s. 24; Yavuz, 2008 s. 52-53; www.şizofrenifederasyonu.org., tarihsiz).

2.1.3.1.2. Varsanılar. Kişinin dışarıdan bir uyarıcı yokken duyu organları ile uyarıcıları algıladığını belirtmesidir. Şizofrenide daha çok işitme varsanıları görülmektedir. Bazen uyarıların farklı ya da yanlış algılanması ve yorumlanması sonucu yanılsamalar ortaya çıkabilir. Diğer bir ifadeyle; şizofren bireyin algıladığını iddia ettiği uyarının diğer bireyler tarafından algılanmamasıdır. Şizofren ses veya konuşulanları duyduğunu iddia eder, ama gerçekte ses ve konuşmaların olmamasıdır (Köroğlu, 2016, s. 24; Yavuz, 2008 s. 52-53).

2.1.3.1.3. Düşüncede ve davranışarda dağınıklık. Bireyin düşünce sürecinde ve çağrışımlarda kopukluk, düşüncelerinde neden sonuç ilişkisi kuramama, düşüncelerde anlamsızlık oluşmasına neden olabilir. Hastanın hareket ve davranışlarında aşırı bir hızlanma, çevresel uyarılara karşı tepkide artma, duyu durumunda hızlı değişimler gözlenebilir (Köroğlu, 2016, s. 24; Yavuz, 2008 s. 52-53).

2.1.3.2. Olumsuz (negatif) belirtiler

2.1.3.2.1. Duygulanımda küntleşme. Bireyin duygusal tepkileri, mimikleri ve duygularının düzenlenmesinde, iletişim kurma amacıyla kullandığı el kol hareketlerinde azalmayla görülen bir bulgudur. Hasta sürekli heykelleşmiş bir ifade içinde olabilir (Köroğlu, 2016, s. 24; Yavuz, 2008 s. 52-53).

2.1.3.2.2. Anhedoni. Bireyin yaşamdan, zevk alma yetisini kaybetmesi ve bu etkinliklerden uzaklaşmasıdır. Negatif belirtiler arasında en sürekli olanıdır. (Köroğlu, 2016, s. 24; Cinemre, 2015; Yavuz, 2008 s. 52-53).

2.1.3.2.3. Toplumdan uzaklaşma. Toplumsal ilişkiler kurmada zorluklar görülür. Hastanın kişiler arası ilişkilerinde empati kuramaması (özdeşleşememesi), görüştüğü kişiye karşı ilgisiz kalmasıdır (Köroğlu, 2016, s. 24; Yavuz, 2008 s. 52-53).

2.1.3.2.4. Avolüsyon. Kişinin başladığı bir işi sonuçlandırmakta zorlanmasıdır. Birey iradesiz, enerji kaybına uğramış, edilgenlik ve kayıtsızlık içindedir. Bu nedenle, toplumsal etkileşimlere ve günlük faaliyetlere yönelik ilgi ve girişimleri azalmaktadır. (Köroğlu, 2016, s. 24; Cinemre, 2015; Yavuz, 2008 s. 52-53).

2.1.3.2.5. Aloji. Konuşmanın akıcı ve üretkenliğinin azalması, kaybedilmesi durumu olmakla birlikte hastaların %25'inde görülmektedir (Cinemre, 2015). Semptomların kötüleştiği ve hafifletildiği dönemlerde türü ve şiddetine göre hastanın genel durumu değişebilir. Bazı belirtiler bireyde sürekli bulunabilir. Erkekler genellikle 20'li yaşların başlarında, kadınlar 20'li yaşların sonlarında belirtiler göstermektedir. Sorunlu ilişkiler, zayıf okul performansı, düşük motivasyon gibi ince belirtiler daha erken yaşlarda ortaya çıkabilir. Semptomlar, çocuklarda veya adolesanlarda nadiren teşhis edilir (Köroğlu, 2016, s. 24; Yavuz, 2008 s. 52-53).

2.1.4. Şizofreninin nedenleri (etyolojisi). Yakın geçmişte yapılan araştırmalarda şizofreninin nedenleri hakkında önemli bulgular elde edilmiştir ancak bütün hastaları kapsayacak geçerli tek bir neden bulunamamıştır. Bunun nedeni olarak şizofreni hastalığının her şizofreni hastasında farklı yaşanıyor olması söylenebilir. Çalışmalar şizofreni hastalığının gelişmesinde etkili olduğu düşünülen bazı etkenler bildirmektedir (Güneri, 2016, s. 15; Birsöz, 2013, s. 103). Bunlar; psikodinamik teoriler, kalıtsal (genetik) nedenler, çevresel faktörler, nörobiyolojik teoriler, nörogelişimsel teoriler, nörodejeneratif teoriler olarak belirtilmektedir.

2.1.4.1. Psikodinamik teoriler. Psikoanalitik bakış açısına göre; anne-bebek ilişkisindeki bozulmalar ve çocuklukta yaşanan psikolojik travmalar gibi gelişimsel faktörlerin, bireyi şizofreni geliştirmeye yatkın kıldığı ifade edilmiştir. Ek olarak; bozulmuş aile ilişkileri ve iletişim tarzlarının da şizofreni hastası olan bireylerin aile kökenlerinde yaygın olduğu tespit edilmiştir (Faustman, 2014, s. 74-75).

2.1.4.2. Kalıtsal (genetik) nedenler. Genetik araştırmalar; şizofreninin şizofrenik üyelere sahip ailelerde daha çok görüldüğü ve hastalık sıklığının akrabalığın yakınlık derecesine göre arttığını açıklamaktadır. Şizofreni hastalarının

biyolojik akrabaları şizofreni ve şizofreni spektrum bozuklukları için yüksek risk taşımaktadır (Güneri, 2016, s. 15; Faustman 2014, s. 83-84; Birsöz, 2013, s. 103-106).

2.1.4.3. Çevresel faktörler. Çevresel faktörlerin hastalığın etyolojisinde önemli rol aldığını kabul edilmektedir. Olumsuz çevre koşullarının küçük risk genlerini etkileyerek şizofreni gelişmesinde etkili olduğunu ileri süren araştırmalar bulunmaktadır (Güneri, 2016, s. 24; Birsöz, 2013, s. 109-110).

2.1.4.4. Nörobiyolojik teoriler. Şizofreni hastalığının sebebi bilinmemektedir ancak araştırmalarda (limbik sistem, frontal korteks, serebellum, bazal gangliya) beynin bazı alanlarındaki patofizyoloji üzerinde durulmaktadır. Birbiriyle bağlantılı olan bu alanlardan birindeki işlev bozukluğu diğer alandaki primer patolojik süreci etkileyebilmektedir. Beyin görüntüleme ve beyin dokuları üzerindeki nöropatolojik çalışmalar, şizofreninin genelinde, limbik sistemin primer patolojide potansiyel bölge olduğunu göstermektedir (Güneri, 2016, s. 18-21; Birsöz, 2013, s. 111-115; Coşkun, 2010, s. 52-58; Eren, 2006, s. 7-8; Kayahan ve Veznedaroğlu, 2004; Y. Özcan, Özışık, Ünal ve M. E. Özcan, 2000).

2.1.4.5. Nörogelişimsel teoriler. Şizofreni, beyin yaşamının başladığı andan itibaren görülen gelişim bozukluğunun bir sonucu olarak görülmektedir. Gelişim bozukluğunun nedenleri; yanlış nöronların sağ kalmasına yol açan seçim hatası, sağ kalan nöronların beynin doğru bölgelerine göç edememe, uygun bağlantıları kuramama, erişkinlik döneminde kullanılmaya başladıklarında aksama olabilir. Ayrıca genç erkeklerde görülen şizofrenik olgularda, doğum komplikasyonlarının kontrol grubuna oranla daha sık olduğu yapılan araştırmalarda saptanmıştır. *Doğum anormallikleri mi şizofreniye neden oluyor ya da fetusa ilişkin preşizofrenik anormallikler mi doğum komplikasyonlarına sebep oluyor belli değildir.* İn vivo beyin görüntülemelerinde yapısal anormallikler içinde en tutarlı olanı, beyin ventriküllerindeki büyümedir. Gri cevherdeki kayıp, hastalık öncesi erken çocukluk sürecinde sosyal ilişkilerde zayıflık, eğitimde yetersizlik ve doğum komplikasyonları ile bağlantılı görülmektedir. Şizofrenler üzerine postmortem çalışmalarda amigdala,

hipokampüs, parahipokampal girus ve internal pallidium gibi limbik ve temporal yapıların hacimlerinde azalma ve korpus kallozum agenezi gözlenmiştir (Güneri, 2016, s. 18-21; Birsöz, 2013, s. 111-115; Coşkun, 2010, s. 52-58; Eren, 2006, s. 7-8; Kayahan ve Veznedaroğlu, 2004; Y. Özcan, Özışık, Ünal ve M. E. Özcan, 2000)

2.1.4.6. Nörodejeneratif teoriler. Şizofreni hastalığını araştıran çalışmalar hastaların beyinde işlevsel ve yapısal bozuklukların saptanması, hastalığın seyrinde nöron işlevlerinde progresif kayıba neden olan, nörodejeneratif sürecin devam ettiğini düşündürmektedir (Güneri, 2016, s. 18-21; Birsöz, 2013, s. 111-115; Coşkun, 2010, s. 52-58; Eren, 2006, s. 7-8; Kayahan ve Veznedaroğlu, 2004; Y. Özcan, Özışık, Ünal ve M. E. Özcan, 2000). Ayrıca şizoafektif bozukluğa sahip hastaların temporal ve frontal bölgelerinde gri ve beyaz cevheri kapsayan hacimde azalma gözlemlerken hipokampüs ve parahipokampal girusta anormallikler olduğu ifade edilirken (Padhy ve Hedge, 2015) bilişsel işlev bozukluklarının genellikle ronto-temporal ve limbik yapılar arasındaki bağlantı sorunuyla ilgili olduğu ileri sürülmekte ve şizofrenide genellikle yeni bilgilerin öğrenilmesinde zorluk yaşandığı belirtilmektedir (Özcan, vd., 2000).

2.1.4.6.1. Temporal lop. Şizofrenide görülen, yeni bilgilerin öğrenilebilmesi medial temporal lobun işlevi olan epizodik bellekle ilişkilendirilmiştir. Yapılan araştırma sonuçları hipokampal hacim azlığı, hipokampal giramidal hücre yoğunluğunda azalma, hücrelerde küçülme ve anormal düzenleme, parahipokampal girus gri madde hacminde eksilme, ön singulat korteks GABA internöronlarında eksilme olduğu bildirilmiştir.

Bazı MRI çalışmalarında şizofren hastalarda medial-temporal hacmin kontrollere göre azaldığı saptanmıştır. Bu alanda yapılan çalışmaları değerlendiren Nelson ve arkadaşları şizofrenlerde her iki hipokampüste az, ancak istatistiksel açıdan önemli hacim azalması olduğunu belirtmektedir. *İlk atak şizofrenlerde temporolimbik yapılarda görülen hacim kaybının bilişsel performansla, anterior hipokampal volüm azlığınının ise frontal bölgenin yönetici ve motor işlevlerinde düşük skorlarla ilişkilendirilmiştir* (Özen ve Rezaki, 2007; Ünal, 2003).

2.1.4.6.2. *Frontal lob.* İnsan beyninde, beyin yarı kürelerinin neredeyse üçte biri frontal korteksten oluşur. Prefrontal korteks (PFK, prefrontal lob), göz hareketleri, konuşma gibi hareketlerin motor kontrolünü sağlayan ve davranışla ilişkili olan frontal bölgedir. Prefrontal korteks sürekli büyüyerek insan beyni korteksinin %29' unu oluşturan önemli bir alana sahiptir. Ancak, davranışla ilişkisi hakkında henüz ortak bir görüşe varılamamıştır. Bunun nedeni, insan zekasının bütünleyici özelliğinin en çok bu bölgede olduğu ileri sürülmesine karşın, PFK hasarında gözlenen bilişsel bozukluğun şaşırtıcı derece az olmasıdır (Ünal, 2003). Frontal lob, özellikle dorsolateral prefrontal korteks şizofreninin patofizyolojisinde önemli rol oynar. *MR görüntüleri ve ölüm sonrası patolojik incelemelerde şizofren hastaların frontal loblarında hacim kaybı görülmüştür.* İşlevsel görüntüleme yöntemleri şizofrenlerde frontal lob enerji metabolizmasında azalma olduğunu göstermektedir (Özen ve Rezaki, 2007).

2.1.4.6.3. *Hipokampus.* Hipokampus temporal lobun medial kısmında bulunmakla birlikte lateral ventrikülün temporal hornu boyunca uzanan gri cevher tabakasıdır ve filogenetik olarak en eski beyin kısımlarından birisidir (Kandola vd., 2016; İzci ve Erbaş, 2015). Hipokampusta nöroplastisite yaşam süresince varlığını sürdürmektedir. Hareketlerin davranışa dönüşmesinden önce hipokampus vertal talamus, hipotalamus ve limbik sistemin diğer alanlarına işaretler yollayarak davranışın biçimlenmesine katkıda bulunur. Bu bilgi hipokampusün, gelen duyu sinyalleri içinden geçiren ek bir kanala sahip olduğunu düşündürmektedir (İzci ve Erbaş, 2015).

Hipokampus, benzer olayları mekanda ve zamanda, seçme ve ayırmada çok önemli göreve sahiptir, bu hipokampusa atfedilen ana bir işlevdir (Kandola, Hendrikse, Lucassen ve Yücel, 2016). Hipokampusün öğrenme, hafıza, özellikle kısa süreli hafıza ile ilgili olduğu bilinmektedir ayrıca spasyal kodlama gibi yüksek beyin fonksiyonlarına aracılık eder. Sağ ve sol hipokampus olmadan uzun süreli anıların kalıcı olmasının mümkün olmadığı belirtilmektedir. Hipokampusde oluşan bir bozukluğun, yeni bir şeyin öğrenilmesini engellediği ve bozukluktan önce öğrenilmiş olan bilgilerin hatırlanmasını zorlaştırdığı bilinmektedir ancak çok eski bilgilerin hatırlanması bozulma olmadığı görülmüştür. Bu durum hipokampusün bilgiyi

kodladığı, konsolide ettiği (kısa süreli hafızadan uzun süreli hafızaya aktarma işlemi) ve hipokampus dışı bölgelere aktardığının göstergesidir (Kaptan ve Üzüm, 2016). Ayrıca, *hipokampal hasarlarda önemli ölçüde duygulanım ve hafıza bozuklukları yanında uzaysal konumlama işlevlerinde de gerileme görülmektedir* (İzci ve Erbaş, 2015).

Şizofrenideki hipokampus, fonksiyonel ve yapısal anormalliklerle karakterize edilir. Şizofreni hastalarının bildiri belleği gibi hipokampal araçlı hafıza işlevinde eksiklikleri vardır. Episodik hafıza alma görevlerinde azalmış performans, şizofrenide azalmış hipokampal aktivite ile ilişkilidir. Yapısal manyetik rezonans görüntüleme (MRG) çalışmaları, hipokampus hacminde % 4-8'lik bir azalmayı belirtmektedir (Allen, Fung & Weickert, 2015; Cinemre, 2015). Yapılan çalışmalarda yaş ile hipokampal hücre sayısında bir korelasyon bulmamıştır. Şizofrenide beyin dokusunda bütünsel bir değişim gözlenirken özellikle bazı beyin bölgelerinde bu durum daha belirgin olarak tespit edilmektedir. Beyindeki orta ve üst temporal alanlar ve prefrontal korteksle beyin diğer bölgeleri arasında iletişimde aksama ya da kesilme ortaya çıkmaktadır ancak bu değişimler geniş ölçekli değildir. Bu nedenle de tanı belirleyici (patogmonik) olmadığından türe özgü (spesifik) olarak değerlendirilmemektedir. Bu patolojinin oluşumunda genetik yatkınlık önemli bir etken olduğundan, kuluçka süresinde başlayan doku kaybının, hastalık sürecinde de devam ettiği kabul görmektedir (Birsöz, 2013, s. 113).

2.1.4.7. Nörotransmitterlerle ilgili teoriler. Şizofreninin nöro-kimyasal patolojisi, gerek canlı beyin görüntüleme çalışmaları, gerek postmortem (otopsi) teknikleri sonucu metabolik, endokrin ve nörotransmitter-sistem değişimlerinin incelenmesiyle daha iyi tanınır duruma gelmiştir. Bu çalışmaların en yararlı sonucu, nörotransmitter değişimlerinin saptanması ve bunu düzeltmeye yarayacak ilaçların bulunması olmuştur (Birsöz, 2013, s. 115). Beyinde milyarlarca sinir hücresi bulunur. Her hücreden bazı kimyasal maddeler diğer hücreye ulaşarak hücreler arası iletişimi sağlar. İletişimi sağlayan bu maddeler nörotransmitter olarak adlandırılır (dopaminerjik, serotonerjik, glutamaterjik ve noradrenerjik) (Güneri, 2016, s. 21-22; Yavaşçı ve Akkaya, 2012).

2.1.4.7.1. *Dopamin*. Şizofreni hastalığında beyinde dopamin dağılımında bir dengesizlik vardır. Dopamin hastaların beyinde bazı alanlarda yüksek oranda bulunabilmektedir. Dopamin iletişimdeki bozukluk, hezeyan ve halüsinasyonlar, dağınık davranış gibi hastalık bozukluklarından sorumlu tutulmaktadır (Güneri, 2016, s. 21-22; Yavaşçı ve Akkaya, 2012). Beyindeki değişik alanlarda, dopamin düzeyindeki artış kadar azalma da bu hastalığa ilişkin farklı belirtilerin oluşumundan sorumlu tutulmaktadır. *Dopamin antagoizması psikoza kontrol etmek için gerekli ancak şizofrenideki diğer belirtileri gidermede etkili değildir*. Günümüzde geçerli olan hipotezler dopaminerjik sistemle ilişkili olup bu sistem üzerinden etkili olmaktadır (Birsöz, 2013, s. 117-118).

Dopamin, sinirler arasında sinyal ileten haberci madde ya da sinir iletici olarak adlandırılır. Yalnızca zihinsel ve duygusal yanıtı değil, motor reaksiyonları kontrol eder (Medical University of Vienna, 2016). Dopaminerjik sistem, merkezi sinir sisteminde fizyolojik ve işlevsel mekanizmaları en iyi bilinen nörotransmitter sistemlerden biri olması dışında, birçok nörolojik ve psikiyatrik hastalığın belirtilerine zemin hazırlaması açısından da önemlidir. *İlgili nörolojik ve psikiyatrik hastalıklardan elde edilen klinik veriler, dopaminerjik sistemin sağlıklı bir şekilde işlev görmesinin, sağlıklı bir beyin açısından şart olduğu söylenebilir*. Bu nedenle, dopaminerjik sistemin reseptör öncesi ve sonrası sinyal iletim yollarının tam olarak anlaşılması önemli görülmektedir (Sayın, 2008).

Mutluluk hissi vermesinin dışında dopamin insanlarda ve hayvanlarda hareket, hafıza, haz veren ödül, davranış, kavrama, dikkat, prolaktin üretimini engelleme, uyku, duygu durumu, öğrenme gibi bir çok işleve sahiptir. Çok az dopamin; parkinson hastalığına, hareket ve koordinasyonda sallanmaya neden olduğu görülmektedir. Anormal derece yüksek dopamin konsantrasyonları şizofreni ve diğer psikiyatrik bozukluklarla bağlantılı bulunmuştur. Kokain ve metamfetamin, dopaminin nöronlara geri taşınmasını bloke ederek beyni etkilerken düzgün çalışan bir dopamin sistemi hareket, ödül ve zevkle ilişkin duyguları kontrol etmektedir. Dopamin sistemindeki dengesizlik nörolojik ve nöropsikiyatrik hastalıklara yol açmaktadır (www.wikipediaorg, 2017).

2.1.4.7.2. *Glutamat.* Glutamat uyarıcı (eksitator) bir nörotransmitter etki taşımaktadır. Glutamat beyinde bütün bölgeleri etkileyerek yaygın bir dağılım göstermektedir. Bu sisteme ilişkin bir bozulmanın, şizofrenideki bütün belirtileri açıklaması anlaşılammıştır. Artmış bir uyarılma ve buna bağlı olarak artan -glutamenerjik- etki aynı zamanda Nörotoksit'tir (Birsöz, 2013, s. 119-120). Beyindeki etkinliğin yaklaşık %75' inden glutamat sorumlu tutulmaktadır.

Gen düzeyinde yapılan çalışmalar, şizofreni hastalarında glutamatın sinaptik iletiminde rol alan proteinlerdeki eksiklik veya bozukluğa dikkat çekmiştir (Coşkun, 2010). Şizofreni üzerinde glutamat disfonksiyonun etkisi bulunduğunu gösteren kanıtlar bulunmaktadır. Fensiklidin ve Ketamin gibi NMDA reseptör antagonistleri sağlıklı gönüllülerle yapılan çalışma sonuçlarında pozitif ve negatif belirtilere neden olduğu görülmektedir. Sonuç olarak, şizofreni hastalarında beynin farklı alanlarında görülen volüm kaybının NMDA reseptör aracılı glutamat nörotoksitesisi ile bağlantılı olduğu düşünülmektedir.

Glutamaterjik nöronal disfonksiyonun çeşitli nöropsikiyatrik bozuklulara yol açtığı kabul edilmektedir. Şizofrenide glutamat hipotezi beyin omurilik sıvısında glutamat düzeylerinin azalmasına, şizofreni hastalarında hipokampus ve talamusta NMDA, AMPA reseptör ekspresyonlarının azalmasına dayanır. Şizofrenide glutamat disfonksiyonu olduğunu destekleyen güçlü kanıtlar katekolamin analoglarından farklı olarak, fensiklidin ve ketamin gibi yarışmalı olmayan NMDA reseptör antagonistlerinin sağlıklı gönüllülerde düşük dozlarda bilişsel bozukluklarla beraber pozitif ve negatif belirtileri içeren şizofreniyi andıran psikotik tabloya neden olabilmesidir. Ayrıca bu moleküllerin kısmi remisyonunda olan şizofreni hastalarında hem pozitif hem de negatif belirtileri arttırdığı gösterilmiştir (Howes, McCutcheon ve Stone, 2015; Özdemir ve Güzel Özdemir, 2016).

2.1.4.7.3. *Serotonin.* Atipik antipsikotikler (yeni ilaçlar) etkileri bakımından şizofreni etiyojisinde serotonerjik sistemin de rol aldığını göstermiştir. Şizofrenide serotonin hipotezinde postsinaptik serotonin reseptörlerinde duyarlık artışının şizofreninin bazı belirtilerinden sorumlu olduğu öne sürülmüştür. Serotonin sistemi, beyinde yaygın dağılım gösteren sistemlerdendir. Araştırmalar özellikle negatif belirtili şizofreni hastalarında postsinaptik serotonin reseptörlerinde duyarlılık artışı ve buna bağlı serotonin etkinliğinde artış olduğunu belirtmiştir (Yavaşçı ve Akkaya, 2012). Beyinde serotonerjik sistem ile dopaminerjik sistem arasında kuvvetli bağlar görülmektedir. Serotonin azalması aracılığıyla, özellikle frontal kortekste dopamin üzerindeki baskı kalkmaktadır (Kayahan ve Veznedaroğlu, 2004).

2.1.4.7.4. *Gaba*. Beyinde en yaygın olarak bulunan baskılayıcı bir etkisi olan nörotransmitterlerdir. Şizofreni hastalarında, beynin prefrontal korteks alanında GABA iletiminde sürekli bir azalmış aktivite saptanmıştır. Bunu dengelemek için gaba reseptörlerinde bir aktivite bulunmuştur. Gaba’erjik nöronlar özellikle beyin içindeki “hipokampal sensory nöral” devrelerde etkilidir. Bu dengenin bozulması sonucu şizofrenide görülen çalışan bellek bozukluklarının ortaya çıkabileceği ileri sürülmüştür (Birsöz, 2013, s. 120).

2.1.4.7.5. *Norepinefrin*. Şizofreni ve depresyonun aynı zamanda görülme olasılığı, hastalığın değişik evrelerinde %50 olarak bulunmuştur. *Serotonin ve norepinefrin azalmasının, depresyon oluşumuna neden olduğu belirtilmektedir.* Şizofrenide selektif nörodejenerasyon sonucu, nöropinefrin sisteminin etkilendiği ve Anhedoni (isteksizlik-zevk alamama) belirtilerinin oluştuğu üzerinde durulmuştur (Birsöz, 2013, s. 122).

2.1.4.7.6. *Diğer etkenler*. Sosyo ekonomik düzeyin düşük olması, kentte yaşam, esrar ve türevi madde kullanımı, gebelik döneminde maruz kalınan bir takım enfeksiyonlar ve gebelik süresince beslenmede yaşanabilecek aksaklıklar ile Rh negatif annenin Rh pozitif bebeğe gebe kalması da şizofreniye bir etken olarak görülebilmektedir (Noyan, 2018; Yosmaoğlu, 2017).

Tablo 1’de şizofrenide ki risk faktörleri görülmektedir.

Tablo 1.

Şizofrenide Risk Faktörleri

şizofren hastanın monozigot ikizi	%40,
şizofren hastanın dizigot ikizi	%10-15
şizofren hastanın çocuğu	%10-15
şizofren bir hastanın kardeşi	%10-15
hamilelik ve doğum anamolisi	%2
kış doğumu	%1.5
esrar kullanımı	%2

(Güneri, 2016, s. 24-26; Birsöz, 2013, s. 104-105; Yavuz, 2008, s. 53).

Tablo 1’e göre şizofrenide ki risk faktörleri belirtilmektedir.

2.1.5. Şizofreninin görülme sıklığı ve dağılımı (epidemiolojisi).

2.1.5.1. Hastalığın oranı (prevalansı). Ulusal Ruh Sağlığı Kurumunun (NIHM) desteklediği Epidemiyolojik Alan Taraması'nda (ECA), hayat boyunca prevalans %0.6-1.9 olarak bildirilen şizofreni hastalığının dünyanın her bölgesinde prevalansı birbirine yakındır. Bu oran psikiyatri kliniklerinde %20.4, cezaevlerinde %6.7, bakım kurumlarında %3.8 olarak belirlenmiştir (Güneri, 2016, s. 34).

2.1.5.2. Yaş ve cinsiyet. Hastalığın erkelerde 15-25 yaş, kadınlarda 25-35 yaş aralığında başladığını ve kadınlarda daha iyi bir prognoz gösterdiği belirtilmektedir. Şizofreni görülme sıklığı yaklaşık %1'dir. Şizofreni, 10 yaşından önce ve 50 yaşından sonra seyrek görülmektedir. Yapılan çalışmalar geç yaşlarda anne ve baba olmanın şizofreni hastalığının çocukta ortaya çıkma riskini arttırdığı saptanmıştır. Hastalığın cinsiyete göre dağılımını araştıran bir çalışmada şizofreni sıklığı kadınlar için 100.000'de 11.4, erkekler için 100.000'de 15.1' olarak bulunmuştur (Güneri, 2016, s. 35-36; Cinemre, 2015; www.livingwithschizophreniauk.or; tarihsiz).

2.1.6. Şizofreni tanı ölçütleri -DSM 4-

2.1.6.1. Karakteristik belirtiler (semptomlar). Bir aylık sürecin önemli bir bölümünde aşağıdakilerin en az ikisinin bulunmasıyla karakterize aktif semptomlar:

- * Hezeyanlar,
- * Halüsinasyonlar,
- * Dezorganize konuşma,
- * İleri seviyede dezorganize ya da katatonik davranış,
- *Negatif belirtiler, duygusal küntlük, aloji ya da avolisyon.

Hezeyanlar rahatsız ediyorsa, halüsinasyonlar kişinin davranış veya düşünceleri hakkında durmaksızın yorum yapan seslerden oluşuyor ya da iki ya da daha fazla sesin bir birbirleriyle iletişim kurması gözleniyorsa, A tanı ölçütünden sadece bir belirtinin olması yeterlidir (Güneri, 2016, s. 36-37; Merin, 2014, s. 45; Barbato, 1998, s. 3).

2.1.6.2. Toplumsal mesleki işlev bozukluğu. Hastalık erken yaşlarda kendini belli etmiş ise, hastanın kişiler arası etkileşimi akademik ve mesleki alanlarda istenilen seviyede olmayabilir. Hastalık önce ki evreye kıyasla işlevsellikde (özbakım, mesleki ve kişiler arası etkileşim gibi) belirgin bozulma söz konusudur (Güneri, 2016, s. 36-37; Merin, 2014, s. 45; Barbato, 1998, s. 3).

2.1.6.3. Süre. Bozukluğun sürdüğünü gösteren belirtiler en azından 6 ay süreyle bulunması gerekir ve bu en az 30 gün devam eden aktif dönemi içermelidir. Prodromal ve Rezidüel dönemler de bu süreye dahil olabilir (Güneri, 2016, s. 36-37; Merin, 2014, s. 45; Barbato, 1998, s. 3).

2.1.6.4. Şizoefektif bozukluk, duygudurum bozukluğunun dışlanması. Şizoaffektif bozukluk ve psikotik bulgulu duygudurum bozukluğu dışlanması halidir. Bunun sebebi, aktif evre ile birlikte depresif, manik veya karma bir dönem ortaya çıkmaması ve aktif evre sırasında duygudurum belirtileri de yaşanmışsa toplam süreleri aktif ve rezidüel evrelerin süresine göre daha kısa sürmesinden kaynaklanır (Güneri, 2016, s. 36-37; Merin, 2014, s. 45; Barbato, 1998, s. 3).

2.1.6.5. Madde kullanımı ve genel tıbbi durumun dışlanması. Bozukluk bir maddenin fizyolojik etkilerine (örneğin kötüye kullanılabilen bir ilaca, tedavide kullanılan bir ilaca) ve genel tıbbi duruma bağlı olarak ortaya çıkmamıştır (Güneri, 2016, s. 36-37; Merin, 2014, s. 45; Barbato, 1998, s. 3).

2.1.6.6. Yaygın gelişimsel bir bozuklukla olan ilişki. Birey, otistik bozukluk veya diğer yaygın gelişimsel bozukluk hikayesi taşıyorsa, en az bir ay süreyle belirgin sanrı ve varsanılara sahip bulunuyorsa şizofreni ek tanısı konulması mümkün olabilmektedir (Güneri, 2016, s. 36-37; Merin, 2014, s. 45; Barbato, 1998, s. 3).

2.1.7. Şizofreni alt tipleri tanı kriterleri - Dsm-IV

2.1.7.1. Paranoid. Bireyin, bilişsel işlevselliği ve duygulanımı görece korunması yanında belirgin sanrı ya da işitsel varsanılar vardır. Dezorganize ve katatonik tiplere özgü belirtiler görülmez ancak grandiyöz ve paranoid sanrılar yaygındır. Varsanılar sanrılarla ilişkilidir. Anksiyete, öfke, uzak duran bir tutum gösterme ve tartışmacı olma özelliklerini taşır. Kendisini diğer insanlardan daha üstün görür ve davranır. İntihara kalkışabilir veya başkalarına şiddet uygulayabilir. Nöropsikolojik ve diğer bilişsel testlerde fazla bozukluk göstermezler. Tedaviye en iyi yanıt veren hasta grubu olarak adlandırılır (Güneri, 2016, s. 38-40; Merin, 2014, s. 62-68; Birsöz, 2013, s. 140-141; Coşkun, 2010, s. 54).

2.1.7.2. Dezorganize (hebefrenik). Dezorganize (dağınık) konuşma ve davranış, donuk ya da uygunsuz duygulanım vardır. Dezorganize konuşmaya uygunsuz gülme ve gülümsemeler eşlik eder. Dezorganize davranışlar günlük yaşamı ciddi derece bozabilir. Sanrı ya da varsanılar görülsede tutarlı bir tema etrafında değildir. Grimas, mannerizm ve başka bir takım sıra dışı davranışlar görülebilir. Nöropsikolojik ve bilişsel testlerde performans bozukluğu gösterebilir. (Güneri, 2016, s. 38-40; Cinemre, 2015; Merin, 2014, s. 62-68; Birsöz, 2013, s. 140-141; Coşkun, 2010, s. 54).

2.1.7.3. Katatonik. Motor hareketsizlik, aşırı motor hareketlilik, aşırı olumsuzluk, istemli davranışlarda farklılık, karşısındakinin sözlerini ve hareketlerini tekrarlama görülür. Motor hareketsizlik, katalepsi (balmumu esnekliği) ya da stuporla kendini gösterir. Aşırı motor hareketlilik, amaçsızdır ve dış uyaranlardan etkilenmez. Hareket ettirilmeye yönelik girişimlere karşı rijit postürü sürdürme ya da bütün yönermelere direnç gösterme ile kendisini gösteren aşırı bir negativizm bulunabilir. Bitkinlik, hiperpreksi ya da kendi kendine zarar verme davranışları da bulunabilmekle birlikte katatoni yaygın olarak gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir. Endüstrileşmiş olmak proflaktik (önleyici-koruyucu) bir etkiye sahip gibidir.(Güneri, 2016, s. 38-40; Cinemre, 2015; Merin, 2014, s. 62-68; Birsöz, 2013, s. 140-141; Coşkun, 2010, s. 54).

2.1.7.4. Farklaşmamış. Şizofreninin aktif evresi için tanı ölçütlerini karşılayan semptomları vardır ancak bunlar paranoid, dezorganize ya da katatonik tip için tanı ölçütlerini karşılamamaktadır (Güneri, 2016, s. 38-40; Merin, 2014, s. 62-68; Birsöz, 2013, s. 140-141; Coşkun, 2010, s. 54).

2.1.7.5. Rezidüel. En az bir şizofreni epizodu olmuş ancak belirgin pozitif semptomlar (sanrı, varsanı, dezorganize konuşma veya davranış) yoksa rezidüel tip denir. Negatif semptomlar ya da iki ve ikiden çok hafif pozitif semptomlar olabilir. Sanrı ya da varsanı varsa da bunlar pek belirgin değildir ve bunlara güçlü bir duygulanım eşlik etmemektedir. Gidişi, sınırlı olabilir ya da aktif bir epizotla tam remisyon arasında devam edebilir (Güneri, 2016, s. 38-40; Merin, 2014, s. 62-68; Birsöz, 2013, s. 140-141; Coşkun, 2010, s. 54).

2.1.8. Şizofreninin evreleri.

2.1.8.1. Akut evre. Yoğun tedavinin gerekli görüldüğü bir evredir. Çoğunlukla hastaların hastanede tedavi görmesi uygun bulunmaktadır. Pozitif belirtiler görülebilirken, negatif belirtilerin daha fazla görülmekte olduğu bir süreci kapsamaktadır (www.sizofrenifederasyonu.org, 2016).

2.1.8.2. Stabilizasyon (dengeleme) evresi. Akut evre sayesinde pozitif belirtilerin etkisi azaltılmaktadır. Bunun sonucunda dengeleme evresi başlamaktadır. Hasta dengeleme evresinde bulunuyorsa iyileşme süreci 6 ay ya da daha fazla sürebilmektedir (www.sizofrenifederasyonu.org, 2016; Cinemre, 2015).

2.1.8.3. Stabil evre. Bu evrede hasta tamamen normale dönebilmektedir. Negatif ve pozitif belirtiler kısmen ortadan kalkmıştır. Bazı hastalarda uyku sorunları görülebilirken bazı hastalarda gerginlik ve kaygı durumlarının görülebildiği durumlar olmaktadır. (www.sizofrenifederasyonu.org, 2016).

2.1.9. Hastalığın gidiş ve sonlanımı (prognozu). Şizofreni hastalığında süreç her hastada değişkenlik gösterebilmektedir. İlaç tedavisine uyum, olumlu gidişi belirleyen en önemli değişkenlerdendir. Yapılan çalışmalarda, hastaların %40'nda uzun dönem içinde olumlu bir gidiş olduğu belirlenmiştir. Genel olarak hastalık ilk beş yıl içinde gerileme (yıkım) oluşturup, sonraki yıllarda dengeli bir gidiş göstermektedir. Kültürler arası epidemiyolojik karşılaştırmalı çalışmalarda, az gelişmiş toplumlarda hastalığın daha olumlu gidişi olduğu görülmüştür. İlaç kullanmak, yeni hastalık oluşumunu tam olarak engellemese de ilaç kullanmayanlara göre üç kat daha fazla koruma sağlamaktadır (Birsöz, 2013, s. 133-135).

Şizofrenide genel olarak prognozun iyi olmadığı söylenebilir. Bleuler, şizofren hastaların %25'nin iyileştiğini, %25'inin bir kaç semptomunun kaldığını, %25'inin aşırı kişilik yıkımı gösterdiğini, %25'inin ise bunama gösterdiğini belirtmiştir.

Hastalığın başlangıç yaşı patafizyolojik ve prognoztik önem taşımaktadır. Erkekler hastalığa daha erken yaşlarda yakalanmaktadır bu nedenle erkeklerin prognozunun kadınlara göre daha kötü olduğu bildirilmektedir. Hastalığın ilk psikotik epizodunun ortalama başlangıç yaşı 20'li yaşlardır. Kadınlar için 20'li yaşların sonu hastalığın ilk başlangıç yaşı olarak görülmektedir. *Hastalığı geç başlayanlarda depresif ve otomatik belirtiler daha yüksek görülürken erken başlayanlarda ise psikososyal yıkım fazla olmaktadır* (Güneri, 2016, s. 54-55). Hastaneye yatış yaparak tedavi alan hastalar düzenli ve sürekli ilaç kullansalar dahi yaklaşık %35-40'ı birinci yılda bir nöbet geçirmektedir ve nöbet sayılarındaki artış kronikleşme olasılığını arttırmaktadır. En az bir yıl izlenmeden hastalığın gidiş ve sonlanışı hakkında net bir söylemde bulunmak yanıltıcı olabilir. Şizofreni hastaları için yapılan izleme çalışmalarında hastaların %35-40'ının, orta ve iyi derecede düzeldiklerini, aile-iş ve sosyal uyum yapacak kadar sağlığına kavuşanlar olduğunu göstermektedir (Kalafat, 2016; Birsöz, 2013, s. 134).

Şekil 1’ de iyi ve kötü prognoz belirleyicileri belirtilmiştir.

İyi prognoz belirleyicileri	Kötü prognoz belirleyicileri
Kadın olma	Erkek olma
Geç başlangıç	Erken başlangıç
Akut başlangıç	Sinsi başlangıç
İlk epizodda iyi tedavi	İlk epizodda kötü tedavi
Evli olma	Bekar olma
Pozitif belirtilerin olması	Negatif belirtilerin olması
Paranoid ve katatonik tip	Desorganize ve ayrışmamış tip
Nörolojik belirtilerin olmaması	Nörolojik belirtilerin olması
Saldırganlık olmaması	Saldırganlık olması
İyi sosyal destek ve güvence	Sosyal destek ve güvence olmaması

Şekil 1. Şizofreni prongnozunu etkileyen faktörler. Kalafat, (2016). Şizofreni nedir? seyri ve tedavisi. psikoloji.gen.tr/psikopatoloji/sizofreni-nedir-seyri-ve-tedavisi/

2.1.10. Tedavi yöntemleri. Günümüzde şizofreninin nedeni tam olarak bilinmediği için tedavisi de nedene yönelik olmaktan ziyade belirtileri bastırmaya yönelik yapılmaktadır. Günümüz psikiyatrisi, şizofreni hastalığında psikozu kontrol altına almayı ve psikozu önlemeyi büyük ölçüde başarmıştır ancak şizofrenide var olan negatif belirtiler, nörobilişsel bozukluklar ve bozulan işlevselliği arttırmak aşılması gereken hedefler arasındadır. *İşlevselliği sağlamanın belki en zor ve yalnız ilaçla giderilebilecek bir durum olmadığı belirtilmektedir* (Birsöz, 2013, s. 124).

Şizofreni tedavisinde tek başına klinik uygulamalar yeterli sonuç vermemektedir. Şizofrenide uygun bir tedavi yaklaşımı için tedavinin başlamasıyla birlikte rehabilitasyon tedaviside başlatılmalıdır. Rehabilitasyonun amacı, hastaların içinde buldukları topluma uyumlarını ve yaşamsal doyumlarını artırırken hasta yakınlarıyla iş birliği sağlanarak klinik ve uyumlandırma çabalarının içerisinde yer almalarını sağlamaktır. Böylece alevlenme ve yinleme oranlarının azaltılması, sosyal işlevselliğin ve yaşam kalitesinin artırılması sağlanabilir (Yıldız, 2001).

Philip May ve George Simpson “Psikiyatrinin Kapsamlı Kitabı”nda, şizofreni tedavileri hakkında birçok sonuç çalışmasını inceledikten sonra ulaştıkları yargıda; pratik ve odaklı psiko-sosyal müdahalelerle kombine edilmiş psikofarmakolojik müdahalelerin şizofreni hastaları için en yararlısı olduğuna dikkat çekmişlerdir (Booth, 2014, s. 178). Başlıca tedavi yöntemleri; hastane tedavisi, kısmi hastaneye

yatırma ve gündüz tedavisi, psikoterapi (bireyselGrup), elektrokonvulsif terapi (EKT) ve psiko-farmakolojik tedavilerden oluşmaktadır.

2.1.10.1. Hastane tedavisi. Şizofreni hastaları genellikle hastaneye ilk olarak garip hareketler, ajitasyon, sosyal çekilme ya da bir intihar girişimi gibi ciddi davranış bozuklukları nedeniyle getirilmektedirler. Hasta, fiziksel tehlike derecesinde olmasa da psikotik semptomların akut olarak alevlenmesini deneyimlediğinde en iyi hastanede tedavi edilebilir çünkü diğer ortamlarda anında değerlendirme, yirmi dört saat gözetim ve ilaç alımlarının dikkatlice takibi genellikle mümkün olmamaktadır. Ayrıca teşhise yönelik testler yapmanın, multidisiplin konsültasyonların yapılacağı durumlarda ve şizofreni hastalarının madde kullanımının kontrol altına alınması yine hastane tedavisinde olanklı görülmektedir (Bresin, 2014, s. 318-321).

2.1.10.1.2. Kısmi hastaneye yatırma ve gündüz tedavisi. Kısmi hastaneye yatırma, gün boyunca yatılı bir psikiyatrik hastanenin hizmetlerinin bir çoğunu (grup terapisi, ilaç tedavisi, yapı ve destek) karşılayan ancak hastaların akşamları ve hafta sonları evlerine dönmelerine izin veren programlardır (Bresin, 2014, s. 331).

2.1.10.2. Psikoterapi. Araştırmalarda şizofreni hastalarının tedavi sürecinde uygulanan psikoterapi teknikleri olarak; bilişsel-davranışçı terapiler, destekleyici psikoterapi, ilaç uyum terapisi, “kişisel” terapi, kabullenme ve bağlılık terapisi görülürken, etkinliği açısından hakkında en fazla kanıt bulunan, bilişsel-davranışçı terapi olduğu belirtilmektedir. Bu tarz bir terapinin, ilaç tedavisinden sonra geride şikayetleri kalan hastalarda yararlı olduğu düşünülmektedir.

2.1.10.3. Bireysel psikoterapiler. Tek başına kullanılmayan ancak ilaç tedavisi ile birlikte kullanılan tedavi yaklaşımıdır. Güven ilişkisi ilaç kullanımına uyumu artırır. Her hasta için kendine özgü yaklaşımlar olmalıdır. Güvenli, terapötik, iletişim, yedek ego, gerçeğe yönelimli, destekleyici terapilerdir. Terapi sıklığı ve süresi değişkendir (Rosenbaum, 2014, s. 247-283).

2.1.10.4. Grup psiko tedaviler. Grup psikot tedavisi yatan-ayaktan hastalara uygulanmaktadır. Genel olarak altı ile on üyeli gruplar, haftada bir kez toplanır, oturum yaklaşık bir saat sürer. Hastalara semptomlarıyla başa çıkmada yardımcı olunur. Yaklaşımında kişiler arası etkileşimin artması hedeflenir. Destekleyici yaklaşımla, grup dışı iletişim de teşvik edilir (Kanas, 2104, s. 293-310).

2.1.10.5. Elektrokonvulsif terapi (EKT). EKT hastalarının belirtilerinde hızlı düzelme hedeflendiğinde, ilaç tedavisine yeterli yanıt alınamadığında bir seçenek olarak kullanılmaktadır. Şizofreni tedavisinin ilk haftalarında EKT-antipsikotik kombinasyonu ile tek başına antipsikotik ilaç tedavisinden daha iyi sonuçlar elde edilebilmektedir. Yapılan çalışmalardaki ortak görüşe göre EKT'nin ana yararının tedaviye yanıtta hızlanma olduğu görülmektedir (Kocal, vd., 2017).

2.1.10.6. İlaç tedavisi (psikofarmakolojik). İlaç kullanmayan hastaların %70' inde hastalığı bir yıl içinde yinelenirken, düzenli ilaç kullanan hastaların %30' unun hastalığı bir yıl içinde tekrarlamaktadır (Köroğlu, 2016, s. 37).

Antipsikotik ilaçlar genellikle iki başlık altında ele alınır. Bunlar geleneksel antipsikotikler ve yeni antipsikotikler (atipik) dir. Şizofreni tedavisinde kullanılan antipsikotik ilaçların etki noktaları dopamin, serotonin, asetilkolin, noradrenalin gibi nörotransmitterlerin düzenlenmesini içermektedir. Antipsikotiklerin etki ve yan etkileri açısından sınıflandırılması (1. kuşak) ve atipik (2. kuşak) şeklinde olmuştur (Kocal, vd., 2017).

2.1.2. Fiziksel aktivite nedir? Toplumun genelinde fiziksel aktivite, “spor” ve “egzersiz” sözcükleriyle aynı anlamda algılanmaktadır. Fiziksel aktivite, spor ve egzersiz kavramları birbirinden farklı anlamlar taşımaktadır (Kızar, Kargün, Togo, Biner ve Pala, 2016; aktaran Özudogru, 2013, s. 5).

Spranger'in tanımıyla spor; kültürel hastalıklar karşısında kendini iyileştirme olayı olarak tanımlarken, Pistone, oyun ve iş biçimleri arasında yer alan bir ilişki, Plessner ise, “rasyonalize edilmiş iş dünyasının baskısına karşı isyan olarak tanımlamaktadır (www.sporbilimlerihaber, 2018).

Kayapınar' ın tanımıyla egzersiz; düzenli fiziksel aktivite ve tekrarlayan vücut hareketleridir (Çelik Kayapınar, 2012). Bir başka tanımla egzersiz; planlı, yapılandırılmış, istemli, fiziksel zindeliğin bir veya birden fazla unsurunu (kardiyovasküler fitness, kas kuvveti, ve dayanıklılığı, esneklik ve beden kompozisyonu) geliştirmeyi amaçlayan sürekli aktivitelerdir (Yıldız, 2015; Ardıç, 2014; Sunay ve Aras, tarihsiz). Kısaca Egzersiz; sağlığı korumak ve geliştirmek amacıyla belirli bir zamanı kapsayan düzenli ve yinelenen hareketlerdir.

Fiziksel aktivite, kaslarının gerilmesi sonucu, bazal düzeyin üzerinde enerji harcamayı gerektiren bedensel hareketlerdir (World Health Organization [WHO], 2018; Yıldırım ve Bayrak, 2017; Özer, 2016, s. 10-12-237; Zorba, 2010). Başka bir tanımla, fiziksel aktivite; günlük hayatın içinde kas ve eklemlerimizi kullanmamız sonucunda enerji kaybı oluşan, kalp ve solunum hızını arttıran, farklı şiddetlerde yorgunlukla sonuçlanan etinlikler olarak tanımlanabilir (Sağlık Bakanlığı, 2017; Kızar vd., 2016; Can, Arslan ve Ersöz, 2014; Bulut, 2013).

Fiziksel aktivite, günlük yaşam hareketlerinden spor uygulamalarına kadar geniş bir alanı kapsamaktadır ayrıca kronik hastalıklardan koruyucu ve tedavi edici etkisi dikkate alındığında sağlıkla ilgili önemli bir davranış şekli olarak görülmektedir (S. Lök ve Lök, 2016, s. 354-366).

2.1.2.1. Tarihsel süreçte fiziksel aktivite. Fiziksel aktivite günümüz anlayışıyla İ.Ö. 2500 yıllarında Çin'de görülmektedir (MacAuley, 1994). M.Ö. Hun, Göktürk, Çin, Roma, Yunan, Pers ve Isparta'da savaşa hazırlık olarak düşünülen farklı alet, araç ve gereçlerle yapılan etkinliklerdir (Yazıcı, 2014, s. 396).

Fiziksel aktivitenin sağlıklı yaşam sürmek için gerekli olduğu savı Eski Yunan (MÖ. 5. yüzyıl) kültürüne kadar uzanmaktadır. Hipokrat'ın MÖ. 4. yüzyılda yazdığı ön görülen 1. kitabında: “Yalnız yemek yemek olmaz aynı zamanda egzersiz yapmalıdır. Beslenme ve egzersiz birbirine karşı olan özelliklerdir ama birlikte sağlıklı olmayı sağlarlar” görüşü yer almaktadır (Özer, 2016, s. 2-3). İbn-i Sina ise; “Sağlığı korumanın üç temel prensibi vardır; hareket, gıda ve uykudur” der (Makar, 2016, s. 31). Hipokrat'tan etkilenen Gallen'in ikinci yüzyılda ki çalışmalarında egzersizin sağlıklı olma etkisi üzerine bilgiler vermektedir.

Ortaçağ bitip Rönesans'a gelindiğinde kişisel sorumluluk önem kazanmış ve 16. yüzyılda beden sağlığının kuralları yaşama yön vermede önemli görülmele birlikte uygun egzersiz ve beslenmenin yaşam süresini ciddi ölçüde uzatacağı belirtilmiştir. "Primitive physics" (1743) kitabında John Wesley egzersizin gücünü sağlığı korumak ve kuvvenlendirmek olarak belirtmektedir. Amerika 19. yüzyılda A.F.M. Willich'in diyet üzerine dersleri belli bir ölçüde egzersizin olması gerektiğini bildirmektedir. 1830 yıllarında John Grun "Domestic Medicine or Poor Man's Friend" kitabında her kadın ve psikomatik hastalıklara sahip bireyler için açık havada egzersiz yapılmasını önermektedir (Özer, 2016, s. 2-3). Modern yaşamla birlikte fiziksel aktivite, 19' uncu yüzyıldan günümüze önemini giderek artırmıştır (MacAuley, 1994). *Son yüzyılda gözlenen prematüre (erken) ölümler sedanter bireylerde aktif bireylere oranla daha fazla olduğunu belirtmektedir. Daha sonra öne sürülen varsayımlarda (hipotez) hareketsiz yaşamın diğer süregelen hastalıklara da neden olduğunu vurgulamaktadır* (Özer, 2016, s. 6).

2.1.2.2. Fiziksel aktivitenin sağlık üzerine etkileri. Fiziksel aktivitenin bedensel, ruhsal ve sosyal yönden yaşamın her evresinde sağlık üzerine olumlu etkiler gösterdiği belirtilmektedir. Fiziksel aktivitenin sağlık açısından etkilerini şu başlıklar altında değerlendirebiliriz. Kas iskelet sistemi üzerine etkileri, diğer metabolik fonksiyonlar üzerine etkileri, ruhsal sağlık üzerine etkileri ve gelecekteki yaşantı üzerine etkileri.

2.1.2.3. Kas iskelet sistemi üzerine etkileri. Kas gücünü, tonusu arttırması yanı sıra kas ve eklemlerin esnekliğinin korunması, geliştirilmesini sağlamaktadır. Kondisyon ve dayanıklılığın artmasını, refleks ve reaksiyon zamanının gelişmesini, postür düzgünlüğünün ve duruşunun korunmasını sağlarken denge ve düzeltme reaksiyonlarını geliştirmekte ayrıca yorgunluğun azalmasını sağlamaktadır. Kemik mineral yoğunluğunu koruyarak osteoporoz gibi rahatsızlıkları önlemektedir. Kas dokusuna kullanılan enerji ve oksijen oranını azaltırken olası yaralanma, sakatlık ve kazalara karşı bedensel korunma geliştirmektedir (Ülkar, 2018; Sağlık Bakanlığı, 2017; Özer, 2016, s. 21-237-238; Tunay, 2012, s. 8-11; Çakır ve Vardar, 2011, s. 63; Akyol, Bilgiç ve Ersoy, 2008, s. 8-12; Bek, 2008, s. 10-15).

2.1.2.4. Diğer metabolik fonksiyonlar üzerine etkileri. Kan basıncını dengelemekte ve damar yapısının esnekliğini arttırmaktadır. Yüksek kan kolesterol ve trigliserit düzeyini olumlu etkileyerek damar hastalıklarına yakalanma riskini azaltabilmektedir. Kalbi kuvvetlendirmekte ve kalbin dakikada atım sayısını azaltmaktadır. Solunum kapasitesinde artış sağlarken kan şekeri düzeyinin sağlıklı seviyede kalmasına yardımcı olmaktadır. Bedenin tuz, su, mineral dengesini sağlamakta, metabolizmayı hızlandırmakta ve kilo alımını önlemektedir. Kalp-damar hastalıkları, felç-meme ve kolon kanseri risklerini ciddi ölçüde azaltmaktadır. (Ülkar, 2018; Sağlık Bakanlığı, 2017; Özer, 2016, s. 21-237-238; Tunay, 2012, s. 8-11; Çakır ve Vardar, 2011, s. 63; Kin İşler, 2011; Akyol vd., 2008, s. 8-12; Bek, 2008, s. 10-15).

2.1.2.5. Ruhsal sağlık üzerine etkileri. Yaşama karşı toleransı arttırmakla birlikte kendini iyi hissetme ve mutluluk sağlamaktadır. Olumlu düşünebilme ve strese karşı direnç yeteneğini geliştirmekte, sosyal uyum ve kabul görme oranını arttırmaktadır. Ayrıca beden ağırlığının dengelenmesi, sağlıklı kas ve kemik yapısı üzerine olan olumlu katkıları sebebiyle bedeni ile barışık, özgüvenli bireyler oluşmasını sağlamaktadır (Ülkar, 2018; Sağlık Bakanlığı, 2017; Özer, 2016, s. 21-237-238; Tunay, 2012, s. 8-11; Çakır ve Vardar, 2011, s. 63; Kin İşler, 2011; Akyol vd., 2008, s. 8-12; Bek, 2008, s. 10-15).

2.1.2.6. Gelecekteki yaşantı üzerine etkileri. Ani ve sistematik hastalıklar sebebiyle ölüm ve kanser gelişim riskini azaltmakla beraber karşı koruyucu etki sağlamaktadır. Aktif yaşayan bireylerde vücudun oksijen kullanma becerisi arttığı için vücut direnci artmakta ve enfeksiyonlara karşı daha dirençli olmaktadır. Kas-iskelet sistemini kuvvetli kılarken yaşlılıkta görülen düşmeler, düşmelere bağlı kırık riskini azaltmaktadır. *Depresyon, anksiyete ile baş etmeye yardımcı olarak bireylerin yaşamdan zevk almasını sağlamaktadır.* Yaşlılık döneminde insanların atıl kalma, işe yaramama duygularından kurtulmalarına yardımcı olmaktadır (Ülkar, 2018; Sağlık Bakanlığı, 2017; Özer, 2016, s. 21-237-238; Tunay, 2012, s. 8-11; Çakır ve Vardar, 2011, s. 63; Akyol vd., 2008, s. 8-12; Bek, 2008, s. 10-15).

2.1.3. Fiziksel aktivite ve motor (motorik) özellikler. Temel motorik özellikler bireyin bedeni güç ve yeteneğini, karmaşık nitelikteki motor spor kuvveti seviyesini belirleyen öğelerdir. Temel motor özellikler, kuvvet, denge, esneklik (hareketlilik), sürat, dayanıklılık, beceri (koordinasyon) olarak sıralanabilir (Yamaner, 2018; Hazar, 2018; “Temel Motorik Özellikler”, 2018; Çelik Kayapınar, 2007, s. 49-52).

2.1.3.1. Kuvvet. Holmann’a göre kuvvet; bir dirençle karşılaşıldığında kasların kasılabilme ve ya bu dirence karşı belirli bir ölçüde dayanabilme yeteneğidir. Kas kuvveti, eklemlerin uyumlu çalışması, verimli hareket etme ve kas iskelet sistemi sakatlıklarını azaltması bakımından önem taşımaktadır (Yamaner, 2018; Hazar, 2018; “Temel Motorik Özellikler”, 2018; Çelik Kayapınar, 2007, s. 49-52).

2.1.3.2. Denge. Denge duruşta ve hareket halindeyken onu korumaya çalışan yetenek olarak tanımlanmakla birlikte tüm hareketlerin temelini oluşturmaktadır. Motor becerilerinin genelinin gerçekleşebilmesi için denge gereklidir. Denge, yaş gelişimiyle paralellik göstermekle birlikte kas iskelet sistemi durumuna, görsel uyarılara ve bunlar arasındaki bütünlüğe göre değişim gösterebilmektedir (Çelik Kayapınar, 2007, s. 49-52).

2.1.3.3. Esneklik. Esneklik, bireyin hareketlerini eklemlerinin izin verdiği oranda, en geniş açıda ve çeşitli yönlere uygulayabilme yeteneğidir. Bu hareketi uygulama sırasında kaslar ve eklemler yardımcı olur. Bu uygulama kuvvetin etkisiyle gerçekleşir (Yamaner, 2018; Hazar, 2018; “Temel Motorik Özellikler”, 2018; Kin İşler, 2011; Çelik Kayapınar, 2007, s. 49-52).

2.1.3.4. Sürat. Bireyin kendisini mümkün olan en yüksek hızda bir yerden başka bir yere hareket ettirebilme ya da hareketlerini en yüksek hızda uygulayabilmesidir (Yamaner, 2018; Hazar, 2018; “Temel Motorik Özellikler”, 2018; Çelik Kayapınar, 2007, s. 49-52).

2.1.3.5. Dayanıklılık. Dayanıklılık, organizmanın uzun süre devam eden yüksek yoğunluktaki yüklenmelere ve yorgunluğa karşı koyabilme gücünü belirtmektedir (Çelik Kayapınar, 2007, s. 49-52).

2.1.3.6. Beceri. Beceri, en kısa sürede zor hareketleri öğrenme, farklı durumlara amaca uygun çabuk şekilde uyum sağlama, her hareketin birbirini doğru sırayla izleyerek istenilen kuvvette oluşmasıdır (Yamaner 2018; Hazar, 2018; Çelik Kayapınar, 2007, s. 49-52).

2.1.4. Fiziksel aktivite ve şizofreni ilişkisi. Psikiyatrik hastalıklar birey ve toplumu etkileyen önemli sağlık problemleridir. Bu hastalıkların tedavi sürecinde, çeşitli yöntem ve ilaç denenmektedir. Ayrıca, çok uzun zamandır ruh sağlığı ve fiziksel aktivite arasındaki ilişkinin önemine değinilmektedir. Araştırmalar fiziksel aktivitenin fiziksel sağlığa olumlu katkıları yanısıra, bilişsel işlevleri iyileştirdiğini, ruhsal iyilik hali sağladığını göstermektedir. Şizofreni hastalığının tedavi sürecinde uygulanan farmakolojik tedaviler hastalarda kilo artışı ve metabolik disregülasyon (düzensizlik-bozukluk) gibi yan etkilere neden olmaktadır. Bu tarz yan etkiler tedaviye uyumu bozmakla birlikte ilerleyen dönemlerde erken ölüm (mortalite) sebebi olabilmektedir. Hastalıklarda görülen obezite, dislipidemi, hipertansiyon ve hipergliseminin tedavisinde fiziksel aktivite diyet ile birlikte uygulanabilecek önemli bir tedavi seçeneği olabilmektedir (Fariz, 2015; P. J. Carek, Laibstain ve S. M. Carek 2011; Çelikkol, 2007).

2.1.5. Fiziksel aktivitenin tedavideki önemi. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 2012 yılı sağlık verilerine göre mortaliteye neden olan hastalıklar; % 48 kardiyovasküler hastalıklar, % 21 kanser olarak belirtirken, yapılan araştırmalar fiziksel aktivitenin birçok hastalıktan koruyucu ve tedavi edici etki gösterdiğini belirtmektedir. Yetersiz fiziksel aktiviteye sahip bireylerin yeterli fiziksel aktiviteye sahip bireylerle karşılaştırıldığında ölüm riski % 20-30 artmıştır. Sağlığı koruma sürdürme açısından sayısız önem ve etkilerinin yanında özel olarak planlanmış ve tasarlanmış fiziksel aktivite programlarının bir çok hastalık ve semptomlarının tedavisinde, hastalığa bağlı komplikasyonların önlenmesi, hastalık sürecinin bedene

kalıcı hasar bırakmasının engellenmesinde önemli etkilere sahip olduğu bilinmektedir.

Düzenli fiziksel aktiviteye katılım, engelli ve engelli olmayan bireyler için çok yararlıdır, gerek psikolojik gerek fizyolojik yararlar sağlayarak ciddi dejeneratif hastalıklarında azalmasında etkili olmaktadır (WHO, 2018; Özdil ve Aktaş, 2016; Özer, 2016, s. 237-238; Alp, 2016; Zorba, 2010; İşler, 2009, s. 34). Yakın geçmişteki kanıtlar, fiziksel aktivitenin her yaşta, nöro-dejeneratif bozukluklara karşı bilişsel işlevleri iyileştirmek için uygun, etkili bir yöntem sunduğunu ileri sürmektedir. Kalp ve bağışıklık fonksiyonunun iyileştirilmesine ilaveten fiziksel aktivite, trofik faktör sinyalizasyonunu ve bilişsel açıdan nöronal fonksiyon ve yapıyı değiştirir. Sürekli egzersiz, anti-inflamatuar etkilerin düzenlenmesinde rol oynar ve yaşlanma ve nöropatolojik koşullarda bilişsel işlevin korunmasında rol oynayabilir. Yeni kanıtlar, kasları egzersiz yaparak salınan miyokinlerin hipokampus dentat halkasında beyinden türetilen nörotrofik faktör sentezinin ifadesini etkilediğini ve bunun yeni ve terapötik açıdan önemli arabulucu faktörlerin tanımlanmasına neden olabileceğini düşündürmektedir.

Dünyada bilişsel bozuklukları olan bireylerin sayısının artması göz önüne alındığında, bu faktörlerin bilişe nasıl katkıda bulunduğu konusunda daha iyi bir anlayış zorunludur ve savunmasız popülasyonlarda biliş düzeyini iyileştirmek için farmakolojik olmayan terapötik stratejilerin geliştirilmesi yönünde önemli bir ilk adım teşkil etmektedir. Yüksek fiziksel aktivite seviyeleri ile hipokampal büyüklük ve bilişsel işlevler arasında sağlam bir ilişkiyi bildirmişlerdir. Fiziksel aktivitenin hem sağlıklı hem de sağlıklı kişilerde hipokampal gri madde hacmindeki artışlarla ilişkili olduğunu, hipokampal mikroyapısal bütünlüğün artmasına işaret eden artan bir kanıt bulunmaktadır. Bazı vakalarda, fiziksel aktivite ile indüklenen gri madde değişiklikleri, hipokampal fonksiyonlarda gelişmelere doğrudan bağlıdır. Fiziksel aktivite, küresel beyaz madde bütünlüğünü ve potansiyel olarak hipokampal bağlanabilirliği üzerinde faydalı bir etkiye sahip olduğu görülmektedir.

Şizofreni hastalarıyla yapılan çalışmalar, artırılan fiziksel aktivite seviyeleri, hipokampal hacim, mekan hafızası, bilişsel işlevler arasında doğrudan korelasyon olduğunu göstermiştir (Kandola vd., 2016; Phillips vd., 2014; Zschucke, Gaudlitz ve Ströhle, 2013; Erickson vd., 2010; Deslandes vd., 2009). Özellikle depresyon,

demans ve psikotik bozukluklarda belirtilerin iyileşmesinde, yatan ve ayaktan tedavi gören hastalarda farmakolojik tedaviye yardımcı olarak antidepresan etki yaratabileceği belirtilmektedir (Şentürk Cankorur, 2016; Can vd.,2014).

2.2. İlgili Araştırmalar

Özellikle depresyon tedavisinde oldukça başarılı sonuçlar veren, farmakolojik tedaviye ek olarak birçok çalışmada fayda sağladığı yönünde bulgular veren fiziksel aktivite programlarının şizofreni için aynı etkiyi yaratıp yaratmayacağı üzerine çeşitli çalışmalar gerçekleştirilmiştir. Beyin görüntüleme tekniklerinin 1990'lerden itibaren gelişmesi ile birlikte fiziksel aktivitenin de beyin üzerindeki etkilerini araştıran çalışmalar popüler hale gelmiştir. Aşağıda yapılan bazı çalışmalardan elde edilen sonuçlara yer verilmektedir.

Pajonk vd. (2010). Araştırmasında, çalışma grubu, 30 dk/3 gün/12 hafta bisiklet kullanırken, egzersiz almayan grup: 30 dk/3 gün/12 hafta langırt (masa futbolu) oynatılmıştır. *Sonuçlar, egzersiz grubunda, nispi hipokampal hacim, hastalarda (%12) ve sağlıklı bireylerde (%16) artmıştır.* Egzersiz grubundaki hipokampal hacimdeki değişiklikler, maksimum oksijen tüketimindeki değişikliklerle ölçülen aerobik kondisyondaki gelişmeler ile ilişkili bulunmuştur. Şizofreni egzersiz grubunda, hipokampal volümde değişiklik, hipokampüste N- asetilapartatta kreatin oranına %35'lik bir artış ile ilişkili bulunmuştur. Kombine egzersiz ve şizofreni olmayan grupta kısa süreli bellek testi puanlarındaki iyileşme, hipokampal volümde değişiklik ile ilişkili bulunmuştur.

Hardoy vd. (2011). Araştırmasında her biri 12 kişilik iki grup (deney ve kontrol grubu) her iki gruba, katılımcıların mini tenis (deney grubu) tanıtım programına veya futbol oyunlarına katılmayı tercih edip etmedikleri belirlenerek iki gruba ayırmışlardır. Deney grubunda psikopatolojik toplam skorlar kontrol grubu ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir azalma göstermiştir. Minyatür tenis rehabilitasyon programı ile futbol oynayan gruplar arasında; anksiyete alt ölçeğinde, şizofreni, depresyon, uyum bozukluğu, kişilik sorunları, somatoform bozukluklar ve psikoseksüel bozukluklar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Genel hareket becerileri, dinamik denge ve eşgüdümle ilgili istatistiksel olarak önemli bir farklılık bulunmamıştır.

Methapatara ve Srisurapanon (2011). Yaptıkları çalışmada 64 gönüllü katılımcının 32'si uygulama ve kontrol gruplarına rasgele ayrılmıştır. Egzersiz programı ile şizofrenlerin günde 3000 adım yürüme hedeflenmiştir. Çalışmanın 4. 8. ve 12. hafta sonuçları değerlendirilmiştir. Sadece 12. haftada değişen vücut ağırlığı ortalamaları gruplar arasında anlamlı derecede farklı ($P=0.03$) bulunmuştur. Belirlenen haftalar sonunda uygulama grubunun vücut ağırlığı 2.21 kg'lık ortalama farkla kontrol grubuna göre önemli ölçüde azaldığı belirtilmiştir.

Scheewe vd. (2013). Yaptıkları araştırmada 60 şizofreni hastası çalışma ve 55 sağlıklı bireyden kontrol grubunu oluşturmuşlardır. Küresel beyin hacimleri, hipokampal hacim ve kortikal kalınlık 3-Tesla MRG taramalarından elde edilmiştir. Deneklere haftada iki saat olmak üzere altı ay boyunca egzersiz terapisi veya meslek terapisi (hastalar) ile olağan (sağlıklı kontroller) yapılmıştır. Kontrol grubuna göre, hastalarda daha küçük bazal serebral (gri) madde ve daha büyük üçüncü ventrikül hacimleri ve beyin çoğu bölgesinde daha ince korteks bulunmuştur. Egzersiz terapisi, deney ve kontrol gruplarındaki bireylerin global beyin ve hipokampal volüm veya kortikal kalınlıkları etkilenmemiştir. Kardiyorespiratuar fitnessin düzelmesi, artmış serebral madde hacmi ve lateral ve üçüncü ventrikül volümünün azalması ve sol hemisferde kalınlaşmanın, frontal, temporal ve singulat korteksteki geniş alanlarda tanıdan bağımsız olarak artması ile ilişkili bulunmuştur. *Bir veya iki saatlik egzersiz terapisi, deney ve kontrol gruplarında belirgin beyin hacmi değişikliklerine neden olmamıştır. Bununla birlikte, şizofreni hastalarında kardiyorespiratuar sporun düzelmesi beyin hacim değişikliklerini azaltmış ve hem şizofreni hastalarında hem de sağlıklı bireylerde sol korteksteki geniş alanlarda artmış kalınlığa neden olmuştur*

Bredin, Warburton ve Lang, (2013). 13 şizofren katılımcıya (7 hastaya aerobik, 6 hasta dirençli eğitim) 12 hafta boyunca aerobik veya direnç eğitim programı uygulamışlardır. Egzersizin toplam hacmi ve yoğunluğu (orta derecede) olmak üzere aerobik egzersiz grubundaki bireylerin 12 hafta süresince üç farklı egzersiz (döngü ergometri, koşu bandı ve eliptik), haftada üç kez, orta şiddette, 30 dakikalık egzersiz programına katılmaları istenmiştir. Direnç egzersizi grubuna 12 hafta, haftada üç kez büyük kas gruplarını kullanarak, 30 dakikalık ılımlı direnç egzersizi (maksimum tekrarın %50-%70'i) içeren egzersiz programı uygulanmıştır. Çalışmayı tamamlayan

katılımcıların dinlenme sistolik ve diastolik kan basıncında klinik olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. *Dinlenme diastolik kan basıncında hafif bir azalma saptamıştır. Programı tamamlayan katılımcılardaki semptom şiddetinde (Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği tarafından değerlendirildiğinde) klinik açıdan anlamlı bir düzelme (% 15.8 azalma) olduğu belirlenmiştir.*

Battaglia vd. (2013). Deney grubunu 12 hafta süresince haftada iki seans, her seansta 100-120 dk uygulama içeren programa almışlardır. Çalışma grubu 12 hafta boyunca haftada iki kez futbol seansı ile eğitilirken kontrol grubu herhangi bir düzenli fiziksel aktivite gerçekleştirmemiştir. Egzersiz eğitiminin temel ilkeleri ile ilgili olarak, eğitim periyodundaki oyun süreleri kademeli olarak arttırılmıştır (1. haftadan 5. haftaya 20 dakika, 5. haftadan 8. haftaya 25 dakika; 9. haftadan 10. haftaya 30 dakika). Futbolun, şizofreni tanısı alan erkek bireylerde zihinsel sağlık ve performansı artırabileceği gözlenmiştir.

Kim vd. (2014). Yaptıkları araştırmada direnç egzersiz programı 24 şizofreni hasta ile 12 hafta x 3 gün birer gün arayla 25 dakika süren 8 farklı egzersizden oluşmaktadır. Aerobik egzersiz, 25 dakika ılımlı yürüyüşten oluşturulmuştur. *Eğitim programı sonrası kardiyovasküler fitness, denge ve atlama, kombine egzersiz programını takiben serum BDNF konsantrasyonlarındaki yükselme, kardiyovasküler sağlık ve bacak kuvvetindeki iyileşmeler ile anlamlı korelasyon göstermiştir.* Sonuçlar, egzersize bağlı BDNF modülasyonunun kronik şizofreni hastaları için farmakolojik olmayan tedavinin geliştirilmesinde önemli rol oynayabileceğini göstermiştir.

Kimhy vd. (2015). Araştırması, aerobik fitnessin (AF), şizofreni hastalarının nöro-bilişsel işlevlerini ön göreceğini iddia etmektedirler. Daha yüksek aerobik uygunluk, günlük işlerlik düzeyi ile ilişkili olduğu kabul edilmektedir. Vücut kütle indeksi (BMI), nörobiliş ile ilişkili olduğu ancak günlük işleyişle ilişkili bulunmamıştır. Şizofreni grubunda AF ve BMI değerleri anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur. Şizofreni grubunda, AF, yürütme işlevi, çalışma belleği, sosyal biliş ve işlem hızı ile birlikte toplam nevrokognisyon ile anlamlı korelasyon göstermiştir. Aerobik fitness beyin biliş varyansının % 22'sini oluşturduğu belirtilmiştir. Aerobik fitness günlük genel işlevsellik ile anlamlı korelasyona

sahipken, BMI, nörobiliş ile negatif korelasyon sergilediği ve günlük işleyişle ilişkisi bulunmamıştır. Aerobik fitness ise, fiziksel aktivite ile ilişkili bulunmuştur.

Svatkova vd. (2015) Araştırması, 33 şizofreni hastası ve psikoz sonrası ve fitness terapisinin sonucu (TOPFİT) kohortu 20 olan 48 sağlıklı kişiden oluşan kontrol grubu çalışmaya dahil edilmiştir. Uygulamada haftada iki kez birer saat, 40 dk. aerobik ve 20 dk. anaerobik çalışmalara alınmışlardır. Aerobik egzersizlerde bisiklet ergometresi, kürek çekme makinesi, çapraz eğitici ve koşu bandının yanı sıra kas gücünü geliştiren egzersizleri (3 kez biceps, triceps, abdominal, quadriciceps, pektoral, deltoid) uygulanmıştır. Anaerobik egzersiz ağırlıklarla çalışmalardan oluşmuştur. Fiziksel egzersiz süresinin yaklaşık %50'sini bisiklet çalışması kapsamıştır. *Bulgularda, fazla tekrarlı fiziksel beceri uygulamanın, beyin bağlantısını geliştirdiğini anlaşılmıştır. 6 aylık bir süre boyunca haftada iki kez yapılan fizikî eğitim, fiber yollarında, özellikle motor işleyişinde rol oynayan beyaz madde bütünlüğünü geliştirdiği görülmüştür.*

Keller-Varady vd. (2015). Yapmış olduğu araştırmada, 22 şizofreni hastası ve 22 sağlıklı kişiden oluşan kontrol grubuna 12 hafta boyunca bisikletli ergometreler üzerinde standardize aerobik dayanıklılık antrenmanının etkisini test etmişlerdir. Dayanıklılık kapasiteleri müdahale öncesi ve üç ay sonrası artımlı döngü ergometri ile ölçülmüştür. *Dayanıklılık kapasitesi, dayanıklılık gruplarında belirgin bir şekilde artmıştır.* Hastalar ve sağlıklı kontroller, fiziksel çalışma kapasitesi ve maksimum erişilebilir güç ile değerlendirildiğinde, dayanıklılık antrenmanına kıyasla uyumlu uyarlamalar göstermişlerdir. Laktat konsantrasyonunda 3mmol/l konsantrasyonda performans değişikliklerinde farklılıklar bulunmuştur.

Firth vd. (2016), 28 katılımcıyı kendi tercihlerine göre hazırlanmış etkinlikleri kullanarak haftada iki kez olmak üzere 10 haftalık denetlenen egzersiz sürecine almışlardır. 10 haftalık sürede katılımcılar haftada ortalama 107 dakika, orta ve şiddetli düzeyde egzersiz yapmışlardır. Ayrıca, *10 haftada (müdahale sonrası), toplam semptomlar, negatif semptomlar, bel çevresi, sözel bellek, sosyal biliş ve sosyal işlevsellikte iyileşmeler olduğu anlaşılmış,* ayrıca 6 ay sonra katılımcıların %55'i egzersiz yapmaya devam ettiği ifade etmiştir. Altı aylık izlemede yapılan psikiyatrik değerlendirmeler, pozitif ve negatif belirtilerin hala ön görüşme puanlarından anlamlı derecede düşük olduğunu göstermiştir. Ancak, analizler, sadece

6 ay boyunca düzenli egzersiz yapmış olanların belirgin olarak azalmış semptomlar göstermeye devam ettiğini, buna karşın durdurulanların başlangıç skorlarına gerilediklerini ortaya çıkmıştır. Bel çevresi ve kognisyondaki iyileşmeler kaybolursa da, daha önce gözlenen sosyal işlevsellik için son testlerde yararlar gözlenmiştir.

Mital, Dean, Grupta ve Bryan'ın (2017). Araştırması, 12 haftalık sürede haftada 3 kez (VO₂max'ın %65-85) aerobik egzersiz uygulaması gerçekleştirmiştir. Çalışmaya toplam 11 kişi katılmış ve 9 kişi araştırmayı tamamlamıştır. Görsel öğrenmedeki artışlar, hipokampal-okspital bağlantıdaki anlamlı artışlarla ilişkili bulunurken katılımcılarda; pozitif ve negatif semptomlar ve sosyal işlev posttrialinde anlamlı bir artış ve egzersiz aktivitelerinde postdüzey artış eğilimi tespit edilmiştir. *Sonuçlar aerobik egzersizin özellikle medial temporal fonksiyonu geliştiren etkili bir uygulama olduğunu düşündürmektedir.*

Malchow'un (2017). yaptığı araştırmada ise, 21 kronik şizofreni hastası ve 21 sağlıklı bireyden oluşan kontrol grubuna üç ay aerobik egzersiz (haftada 3 kez, 30 dakikalık dayanıklılık eğitimi) yaptırmıştır. Ayrıca şizofreni hastalarına, aynı saatte masa futbolu (ABD'de "köpekbalığı" olarak bilinen bir oyun) oynatılmıştır. Altı haftalık dayanıklılık eğitimi ve masa futbolundan sonra tüm katılımcılar bilgisayar destekli bir eğitim programı ile standart bilişsel eğitime alınmıştır. Çok terapili şizofreni hastalarında, CR terapisi ile birlikte 3 aylık *dayanıklılık eğitim programının günlük işleyiş üzerinde pozitif etkiler oluşturduğu anlaşılmıştır. Ayrıca dayanıklılık eğitimi alan şizofreni hastalarında sol temporal lobda gri cevher hacminde artış belirlenmiştir.*

Woodward vd. (2017), yaptıkları araştırmada, haftada 30 dakikalık ılımlı yoğun egzersiz seanslarından oluşan 12 haftalık egzersiz programını (8 şizofreni hastasına aerobik ve 8 şizofreni hastasına direnç çalışması) uygulamıştır. Kortikal bölgelerin hacimsel segmentasyonu Freesurfer 5.3 yazılımı ile gerçekleştirilmiştir. Direnç eğitimi yerine aerobik egzersizlerin kronik şizofreni hastalarında frontal kortikal hacimlerin genişlemesine yol açtığı belirlenmiştir. Egzersiz programını takiben, *VO-2max değerleri ve frontal kortikal hacimler ile pozitif ilişkili bulunmuştur.* Bu bulgular, aerobik egzersiz programlarının şizofreni için frontal kortikal iyileştirme için ilave bir terapi olarak etkinliğini desteklemektedir.

BÖLÜM III

YÖNTEM

Bu bölümde araştırma modeli, çalışma grubu, veri toplama aracı, verilerin toplanması ve verilerin analizi alt bölümleri ile ilgili bilgiler yer almaktadır.

3.1. Araştırmanın Modeli

Fiziksel aktivitenin şizofreni hastalarının motor özellikleri ve bilişsel işlevlerine etkisini araştırmak için tasarlanan araştırmada, yarı deneysel model uygulanmıştır. “Yarı deneysel çalışmalar daha fazla etkenin deney grubu üzerinde olan etkisi ve sonuçlarının kontrol grubuna göre farklı olup olmadığını, fark varsa ne kadar olduğunu göstermek için yapılan çalışmalardır.” (Veren, 2018).

Tablo 2.

Deney Deseni Özeti

Gruplar	Deneyel işlem	Ön ölçümler (test)	Son ölçümler (test)
Deney 1	Eğitsel oyunlar + drama	1- Flamingo	1- Flamingo
Deney 2	Aerobik aktivite + kuvvet	2- Diklere dokun	2- Diklere dokun
		3- Esneklik	3- Esneklik
		4- Durarakuzun atlama	4- Durarak uzun atlama
		5- Pençe kuvveti	5- Pençe kuvveti
		6- Mekik	6- Mekik
		7- Dikey sıçrama	7- Dikey sıçrama
		8- Sırt kuvveti	8- Sırt kuvveti
		9- Bacak kuvveti	9- Bacak kuvveti
		10- Sürat koşu	10- Sürat koşu
		11- Altı dk. koş/yürü	11- Altı dk. koş/yürü
		12- PANSS	12- PANSS
		13- Stroop	13- Stroop

Tablo 2’de belirtildiği gibi deney 1 grubu eğitsel oyunlar ve drama çalışmalarına katılırken deney 2 grubu aerobik aktivite ve kuvvet çalışmalarına alınmıştır. Ön test ve son testlerde motor özellikler ve bilişsel işlevleri ölçen testler uygulanmıştır.

3.2. Çalışma Grubu

Araştırma çalışma grubu, 18-65 yaş arası şizofreni tanı ölçütlerini karşılayan 24 hastadan oluşmaktadır. 12 hasta eğitsel oyunlar ve drama grubunu, 12 hasta aerobik aktivite ve kuvvet grubunu oluşturmuştur. Çalışmaya Antalya ili Akdeniz Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Psikiyatri Gündüz Hastanesi'nde ayaktan tedavi alan kişiler dahil edilirken, araştırma 16 hafta, haftada 3 gün, birer saatlik seanslardan oluşmuştur.

Eğitsel oyunlar ve drama (EOD) grubu için tasarlanan eğitsel oyunlar haftanın ilk iki günü birer saatlik ders olarak uygulanmıştır. Eğitsel oyunlar genellikle her ders en az bir en fazla üç oyun olacak şekilde birbirinden farklı, kolaydan zora, basitten karmaşığa doğru ilerlerken, uygulama sırasında grubun potansiyeli doğrultusuna yapılandırmacı yaklaşım benimsenmiştir. Drama çalışması ise haftanın üçüncü günü bir saatlik derslerden oluşmuş olup bu doğrultuda. ısınma-tanışma-grup dinamiği oluşturma, öykü oluşturma, rol oyunları, bedene dayalı oyunlar, ritim-ses-devinim ve doğaçlamayı kapsayan materyal oyun ve alıştırmalar içermektedir.

Aerobik aktivite ve kuvvet (AAK) için tasarlanan kuvvet çalışmaları genellikle haftanın birinci dersi genel kuvveti geliştirmeye yönelik setli ağırlık çalışmalarından oluşurken ikinci gün dairesel kuvvet çalışmalarından oluşmuştur. Haftanın üçüncü günkü çalışmaları daha çok eşli kuvvet çalışmalarından oluşurken nadiren kuvvete yönelik oyunlara da yer verilmiştir.

Çalışma öncesinde katılımcılar ve aileleri çalışma hakkında bilgilendirilmiş ve daha önceden hazırlanmış olan "Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu" ailelerin bilgisiyle katılımcılara imzalatılmıştır. Çalışmaya başlamadan önce Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul onayı alınmıştır.

Çalışmaya dört kez üst üste katılmayan ve hastane yatışı yapılan katılımcılar çalışma dışı bırakılmıştır. 16 haftalık çalışma evresinde farklı tarihlerde hastane yatışı yapılan üç katılımcı, daha önceden belirlenmiş menisküs tedavisi nedeniyle bir katılımcı ve devamsızlık sınırını aşmaları nedeniyle sekiz katılımcı (toplam 12) çalışma dışına çıkarılmışlardır.

Çalışmaya alınan hastalardan bir kadın hastanın 16 haftalık uygulama sonrasında kendisine ulaşamaması nedeniyle klinik belirti düzeyini, başka bir ifade ile

psikopatoloji şiddetini ve nöropsikolojik test performansına yönelik olarak Stroop testini yapamadığımız için bu testlerden çıkarılmıştır.

Motorik özellikler ve bilişsel işlevleri ölçen testler Ekim 2018 ön test, Mart 2019 tarihleri arasında son test olarak gerçekleştirilmiştir. Çalışma eğitsel oyunlar ve drama grubu (N= 7) ile aerobik aktivite ve kuvvet grubu (N=5) olarak toplam 12 katılımcıyla tamamlanmıştır. Devamsızlık çizelgesi Ek 7' de verilmiştir.

3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri motor özellikler ve bilişsel işlevleri ölçecek testlerden oluşmaktadır. Aşağıda ayrıntılarıyla bu testler açıklanmıştır. Kişisel bilgi formu araştırmacı tarafından katılımcıların bazı kişisel bilgilerini (cinsiyet ve yaş) belirlemek amacıyla hazırlanmıştır.

Motor özellikleri ölçmek için kullanılan testler;

Denge (Flamingo),

Hareket sürati (disklere dokunma),

Esneklik (otur uzan),

Patlayıcı kuvvet (durarak uzun atlama),

Pençe (el kavrama) kuvveti,

Kassal dayanıklılık (30 sn. mekik),

Dikey sıçrama,

Sırt kuvveti,

Bacak kuvveti,

Sürat (10x5 m. mekik koşusu),

6 Dk. koş-yürü (6DKY)

Bilişsel işlevleri ölçmek için kullanılan testler;

PANSS (Pozitif ve negatif sendrom ölçeği)

Coloured Stroop.

3.3.1. Motorsal testlerin uygulanması.

3.3.1.1. Denge (Flamingo) testi. Vücut dengesini ölçmek amacıyla tek bacakla giriş üzerinde dengede kalabilme testidir.

Katılımcı İçin Açıklamalar; Tercih ettiğiniz bir ayağınızla denge kirişi üzerine çıkın. Diğer bacağınızı geriye doğru bükerek aynı taraftaki elinizle tutun. Boşta kalan diğer kolunuzu dengenizi ağırlamak için kullanabilirsiniz. Hazır olduğunuz an test başlar. Test süresi olan 1 dakika boyunca dengenizi muhafaza etmeye çalışın. Dengeniz her bozulduğunda (vücudunuzun her hangi bir noktasının yerle teması halinde) test durdurulacaktır. Her duraksamadan sonra test kaldığı yerden aynı uygulama ile bir dakika boyunca devam eder.

Test Lideri İçin Açıklamalar; Test lideri katılımcının önünde ya da yanında bulunur. Katılımcının testi tanınması için test başlamadan testi bir defa denemesi sağlanır. Denemeden sonra katılımcı hazır ise test başlar. Testin başlamasıyla kronometre çalıştırılır. Katılımcının dengesinin bozulduğu an kronometre durdurulur ve katılımcı teste tekrar başladığında kronometre tekrar çalıştırılarak test süresi tamamlanana kadar uygulama devam eder. Test lideri katılımcıya doğru pozisyon alması hususunda yardımcı olabilir.

Puan: Denge kirişi üzerinde bir dakika durabilmek için yapılan deneme sayısı test sonucudur. Örnek; test süresinde dengesi 7 kez bozulan ve yeniden dengesini sağlayan katılımcı 7 puan alır. Testin ilk 30 sn. lik kısmında katılımcının 15 kez dengesini kaybetmesi durumunda test durdurulur, katılımcı başarısız sayılır. Bunun anlamı katılımcının denge testini uygulayamaması demektir (Çelik Kayapınar ve Savaş, 2012, s. 112-113; Çelik Kayapınar, 2007, s. 60-70; Biçer ve Akkuş, 2005).

3.3.1.2. Hareket sürati (disklere dokunma) testi. Kol hareket süratini ölçmek için iki diske istenilen bir elle ve sırayla, süratle dokunarak hareket sürati test edilir.

Katılımcı İçin Açıklamalar; Testin yapılacağı masa önünde, ayaklar omuz genişliğinde olacak şekilde durun. Testte kullanmak istemediğiniz bir elinizi diktörtgenin üstüne koyunuz. Bu eliniz test süresince sabit kalacaktır. Testi uygulamak için tercih ettiğiniz elinizi, diğer eliniz üzerinden çapraz olarak geçirin ve disk üzerine koyun. Test liderinin “hazır-başla” komutuyla disk üzerine koyduğunuz

bu elinizi sabit eliniz üzerinden hareket ettirerek mümkün oldukça hızlı bir şekilde bir diskten diğerine dokununuz. Test liderinden “dur” komutunu duymadan durmayın.

Test Lideri İçin Açıklamalar; testin yapılacağı masa yüksekliği katılımcı için göbek hizasının hemen altına gelecek bir yüksekliğe göre hazırlanmalıdır. Test lideri katılımcıyı rahat görececek bir açıda durarak, katılımcının testte kullanmak için seçtiği elini koyduğu diske dikkat eder. Bu diske yapılan dokunmalar sayılır. Test liderinin “hazır-başla” komutuyla teste başlar ve test lideri kronometreyi çalıştırır. Katılımcının 1. diske dokunarak teste başladığı varsayılırsa katılımcının 1. diske 25 dokunuş yapmasıyla birlikte test sona erer ve aynı anda kronometre durdurulur. Bu durumda 1. ve 2. disklere yapılan toplam dokunma sayısı 50 olurken, 1. ve 2. disk arası 25 siklus meydana gelmiş olur. Katılımcının dikdörtgen üzerine koyduğu el test süresince sabit kalacaktır. Testin başında katılımcıya hangi elini kullanacağına karar vermesi için deneme yapmasını izin verilmelidir. İki deneme arasında bir süre dinlenme verilir. Bu arada başka bir katılımcı birinci testini uygulayabilir.

Puan: İki deneme sonrası oluşan en iyi skor test sonucu olarak kaydedilir. Skor 25 tekrar ya da 50 dokunma için gereken sürenin 1/10’luk birimlerle kaydedilmesidir. Örneğin; 25 siklus için tutulan 17.3 sn. zamana 173 puan verilir (Çelik Kayapınar ve Savaş, 2012, s. 113-114; Çelik Kayapınar, 2007, s. 60-70; Biçer ve Akkuş, 2005).

3.3.1.3. Esneklik (otur uzan) testi. Oturma pozisyonunda olabildiğince uzağa erişerek gövde esnekliğini test etmek amaçlanır.

Katılımcı İçin Açıklamalar; Oturun ve ayak tabanlarınızı kutuya dayayın. Dizlerinizi bükmeden kollarınızı öne doğru uzatarak, gövdenizi esnetebildiğiniz kadar öne doğru esnetin. Ulaştığınız en uzak noktada 2 sn. hareketsiz olarak kalın. Öne doğru kesik kesik esneme hareketlerinde bulunmayın. Test iki defa tekrarlanacak ve en iyi derece test sonucu olarak kaydedilecektir.

Test Lideri İçin Açıklamalar; Katılımcıyı ekstansiyon pozisyonunda dizleri düz olarak tutmaya çalışın. Test sonucunda katılımcının el parmak uçlarıyla uzandığı en uzak nokta belirlenir ve katılımcıdan bu noktada 2 sn. sabit beklemesi istenir. Katılımcı her iki elle aynı noktaya uzanamadığı durumda, iki elin uzandığı noktaların ortalaması test sonucu olarak kaydedilir. Test yavaş ve ileri doğru uzanarak yapılmalıdır. İkinci deneme kısa bir aradan sonra uygulanmalıdır.

Puan: İki deneme sonundaki en iyi ölçüm skor olarak kaydedilir. Kutu üzerinde parmağın uzanabildiği yer cm. olarak belirlenir (Özer, 2016, s. 152; Çelik Kayapınar ve Savaş, 2012, s. 114; Kin İşler, 2011; Çelik Kayapınar, 2007, s. 60-70; Biçer ve Akkuş., 2005).

3.3.1.4. Durarak uzun atlama (patlayıcı kuvvet) testi. Patlayıcı kuvveti ölçmek için, başlama durumundan öne doğru sıçrayarak en uzak mesafeye ulaşmaya çalışılır.

Katılımcı İçin Açıklamalar; Ayaklar yaklaşık olarak omuz genişliğinde açık olarak sıçrama çizgisinin gerisinde durun. Dizlerinizi bükerek kollarınızı geriye doğru sallayın ve bu şekilde bacaklarınızı iterek, kollarınızı da öne doğru çekerek mümkün olan en uzak mesafeye atlayın. Testin başlangıçtaki gibi iki ayak birbirine yakın ya da omuz genişliğinde geriye düşmeden inmeye çalışın. Test iki kez tekrarlanır ve iki denemeden en iyi olanı kaydedilir.

Test Lideri İçin Açıklamalar; atlama yapılacak yere sıçrama çizgisine paralel olarak 10' ar cm. aralıklı çizgiler çizilir ya da bu ölçüleri gösteren bir materyal atlama yapılacak yere sabitlenir. Test lideri katılımcının hareketini görecektir en iyi açıda durarak katılımcının atladığı mesafeyi kaydeder. Atlanılan uzaklık katılımcının sıçrama çizgisi ile atlayış sonrasındaki topuk hizasından ölçülür. Ölçülürken en geride kalan ayak topuğu dikkate alınır. Katılımcı atlayıştan sonra geriye düşmüş ise, atlayış tekrarlatılır. Aynı durumda öne düşerse atlayışı geçerli sayılır. Atlayışlar, düz bir zeminde yapılmalıdır.

Puan: İki denemenin en iyisi skor olarak alınır. Sonuçlar cm. olarak verilir. Örneğin; 1m. 63 cm. atlamış denek 163 puan almış olur (Çelik Kayapınar ve Savaş, 2012, s. 114-115; Çelik Kayapınar, 2007, s. 60-70; Biçer ve Akkuş, 2005).

3.3.1.5. Pençe (el kavrama kuvveti) testi. El dinamometresi yardımıyla statik kol kuvvetini ölçmek amaçlanmıştır.

Katılımcı İçin Açıklamalar; sırasıyla sağ ve sol elinize dinamometreyi alınız. Aleti vücudunuza değıdirmeden en az iki sn. bütün gücünüzle sıkınız. Sağ ve sol el için test iki defa tekrarlanır en iyi sonuç kaydedilir.

Test Lideri İçin Açıklamalar; her test öncesi dinamometreyi sıfırlayın. Test süresince aletin gösterge panelinin görülür olmasına dikkat ediniz. Katılımcının aleti doğru ve rahat tutması için aletin tutamaklarını katılımcının parmak uzunluklarına uygun olarak kabzayı ayarlayınız. Test süresince dinamometreyi tutan el ve kol vücutla temas ettirilmemelidir.

Puan: İki denemeden en iyi olanı kaydedilir. Örneğin: 37 kg'lık bir sıkma gücü 37 sayısını elde eder (Özer, 2016, s. 113; Çelik Kayapınar ve Savaş, 2012, s. 115; Çelik Kayapınar, 2007, s. 60-70; Biçer ve Akkuş, 2005).

3.3.1.6. Kassal dayanıklılık (30 sn. mekik) testi. Abdominal kas dayanıklılığını yani gövde kuvvetini ölçmek için ½ dakikada (30 saniye) ulaşabilecek en yüksek sayıda mekik yapılması amaçlanır.

Katılımcı İçin Açıklamalar; yerdeki mindere sırt üstü uzanın ve ellerinizi başınızın arkasında ya da ensenizde birleştirin. Dizlerinizi 90 derece olacak açığa getirin ve ayak tabanlarınızı tamamıyla mindere yerleştiriniz. Yerden yukarı doğru kalkarken, dirsekleriniz öne doğru gelerek hareketin sonunda dizlerinize değmelidir. Hareket süresince elleriniz ensede kalmalıdır. Hareketin başlangıcına dönüş omuzların mindere değmesine kadardır. Test liderinin “Hazır... Başla” komutuyla 30 saniyede hareketi en yüksek sayıda tekrarlamaya çalışın. Hareketinizi test lideri “Dur” komutunu verinceye kadar devam ettirin. Bu testi yalnız bir kez yapacaksınız.

Test Lideri İçin Açıklamalar; test lideri ya da bir yardımcısı, katılımcının doğru bir pozisyonda harekete başlaması ve devam ettirmesi için yardımcı olur. Yardımcı test süresince katılımcının ayaklarını minderde tutar. Gerekli bilgilendirmelerden sonra test öncesi, katılımcıya bir deneme yaptırılır. Kronometre test liderinin “Hazır... Başla” komutuyla çalıştırılır ve 30 saniye sonra durdurulur. Test lideri yapılan doğru mekikleri sayar. Tam bir mekik gövdenin oturur pozisyona kadar doğrulması, dirseklerin dizlere değmesi ve omuzların mindere değer pozisyona dönmesini kapsar. Test lideri yapılan mekiklerin sayısını söylemiyorsa yapılan mekikler hatalı demektir. Test lideri katılımcıya gerekli uyarıları sözlü olarak verir.

Puan: 30 saniyede doğru yapılan ve tamamlanan mekikler sayılır ve kaydedilir. Örnek; 11 doğru mekik, 11 puandır (Çelik Kayapınar ve Savaş, 2012, s. 116-117; Çelik Kayapınar, 2007, s. 60-70; Biçer ve Akkuş, 2005).

3.3.1.7. Dikey sıçrama testi. Mümkin olduğu kadar yukarı (dikey yönde) doğru sıçrayarak katılımcının sıçrama kuvveti ve patlayıcı kuvveti tespit edilir. *Katılımcı için açıklamalar;* ayaklar 20-25 cm açık olacak şekilde ya da omuz genişliğinde, sıçrama alanı üzerinde ayakta durunuz. Test lideri tarafından verilen komutla beraber dizlerinizi bükerek aşağı eğilin ve kollarınızın yardımıyla hız alarak mümkün olan en üst seviyede yukarı doğru sıçrayın.

Test lideri için açıklamalar; test düzeneğindeki kemeri sporcunun göbek çukuru hizasında bağlayınız ve ölçerdeki ipin boşluğu olarak ölçerin sayacını sıfırlayınız. Katılımcıya iki deneme yaptırarak sıçrama sonrasında elektronik göstergede gördüğün cm. cinsinden ölçümü kaydediniz. Bu sıçrama testi her iki bacak için ayrı ayrı uygulanabilir. Dizlerden 90° (şquat sıçrama) bükülerek hız almadan da sıçrama yapılabilir. Katılımcı üç sıçrama yapar ve en iyi sıçrama derecesi alınır.

Puan; Sıçrama sonrası göstergedeki sonuç cm. olarak kaydedilir. Örnek: 37, 37 cm. olarak kaydedilir (Çelik Kayapınar, 2007, s. 60-70; Biçer ve Akkuş, 2005).

3.3.1.8. Sırt kuvveti testi. Ölçülen özellik: Sırt kaslarının kuvveti. Testin tanımı: Sırt dinamometresi ile sırt kaslarının gücünü ölçme.

Katılımcı İçin Açıklamalar; katılımcı dizleri gergin durumda dinamometre sehpasının üzerine çıkar ve ayak tabanlarını yerleştirdikten sonra kolları gergin, sırtı düz, gövdesini hafifçe öne eğerek (30° kadar) elleriyle kavradığı dinamometre barını dikey olarak bütün gücüyle yukarı çeker.

Test Lideri İçin Açıklamalar; katılımcıya gerekli açıklama yapıldıktan sonra dinamometrenin sayacı hazır duruma getirilir ve belirtilen pozisiyonda katılımcıdan testi tamamlaması istenir. Her deneme kayıt altına alınır ve her deneme sonucunda sayaç sıfırlanır.

Puan; Çekiş üç kez tekrar edilip ve her denek için en iyi değer kaydedilir (Özer, 2016, s. 114; Çelik Kayapınar, 2007, s. 60-70; Biçer ve Akkuş, 2005;).

3.3.1.9. Bacak kuvveti testi. Bacak dinamometresi ile bacak kaslarının gücünü ölçmek amacıyla uygulanır.

Katılımcı İçin Açıklamalar; katılımcı dizleri bükük durumda dinamometre sehпасının üzerine çıkar, ayaklarını yerleştirir ve kolları gergin, sırtı düz, gövde hafifçe öne eğikken, elleri ile kavradığı dinamometre barını dikey olarak bacaklarını kullanarak yukarı çeker.

Test Lideri İçin Açıklamalar; katılımcıya gerekli açıklama yapıldıktan sonra dinamometrenin sayacı hazır duruma getirilir. Belirtilen pozisiyonda katılımcıdan testi tamamlaması istenir. Her deneme kayıt altına alınır ve her deneme sonucunda sayaç sıfırlanır.

Puan: Çekiş üç kez tekrar edilip ve her denek için en iyi değer kaydedilir (Özer, 2016, s. 113; Çelik Kayapınar, 2007, s. 60-70; Biçer ve Akkuş, 2005).

3.3.1.10. Sürat (10x5 m. mekik koşusu) testi. Koşu sürati ve çevikliği ölçmek için belirlenen parkurda en yüksek hızla mekik koşusu yapılır.

Katılımcı İçin Açıklamalar; çizginin gerisinde hazır pozisyona geçiniz. Bir ayağınız çizginin gerisinde olmalıdır. Başlama işareti verildiğinde 5 metrelik mesafeyi mümkün olan süratle katedin ve başlangıç çizgisine geri dönün. Her bir gidiş dönüş bir sıklüsdür ve beş defa tekrarlanmalıdır. Bu test yalnız bir defa yapılır.

Test Lideri İçin Açıklamalar; beş metre arayla zemin üzerine iki paralel çizgi çizin. Çizgiler 120 cm. uzunluğunda olup, çizgi uçları işaret hunisi veya herhangi bir işaretle belirlenmelidir. Katılımcının çizgileri her iki ayağının geçmesine, çizilen kulvar dışına çıkmamasına ve dönüşlerin mümkün olduğunca hızlı yapılmasına dikkat ediniz. Her siklusu takiben, yapılan siklus sayısını yüksek sesle belirtiniz. Kronometreyi, katılımcının bir ayağı bitiş çizgisini geçtiği an durdurunuz. Katılımcı test sırasında kayıp düşmemeli. Bu nedenle test için kaymayan ve sakatlık oluşturmayacak bir zemin seçiniz.

Puan: Beş siklusu tamamlamak için gereken süre 1/10 zamanla kaydedilir. Örneğin; 21.6 saniyelik bir test süresi sonucu denek 216 puan alır (Çelik Kayapınar ve Savaş, 2012, s. 117-118; Çelik Kayapınar, 2007, s. 60-70; Biçer ve Akkuş, 2005).

3.3.1.11. Altı dakika koş-yürü testi (6DKYT) Ölçülen özellik: Belirlenen sürede en fazla mesafeyi katetmek. Testin tanımı: Treadmill (koşu bandı) üzerinde 6 dakikada yürüyerek ya da koşarak en fazla mesafeyi katetmek.

Katılımcı İçin Açıklamalar; test, test liderinin “başla” komutu ile başlatılır ve test liderinin test “bitti” komutu ile test sonlandırılır. Test lideri tarafından “test bitti” komutunu duyana kadar testi sürdürmeniz gerekmektedir. 6 dakika içinde mümkün olan en fazla mesafeyi koşarak veya yürüyerek katetmeniz gerekir.

Test Lideri İçin Açıklamalar; katılımcıların koşu bandına alışması için test öncesi eğitim uygulamaları yapılmalıdır. Katılımcıların 220-yaş=maksimum kalp atım hızı dikkate alınmalıdır.

Puan: 6 dakika sonunda katedilen mesafe metre olarak kaydedilir (Çelik, 2016; Özalevli, Irmak ve Bediz, 2011, s. 1-14).

3.3.2. Bilişsel işlev testlerinin uygulanması. Çalışma gruplarına işlevsel sorunların değerlendirilmesinde çalışma öncesi (ön test) ve çalışma sonrasında (son test) oldukça yaygın bir şekilde kullanılan PANSS Testi ve Coloured Stroop Testi uygulanmıştır.

3.3.2.1. Pozitif ve negatif sendrom ölçeği (PANSS) PANSS, pozitif, negatif ve genel şizofreni belirtileri kapsamında psikopatolojik ölçümler yapan yarı yapılandırılmış 30 maddelik bir ölçektir. Bunun 18’i kısa psikiyatrik değerlendirme, 12’si psikopatoloji değerlendirme ölçeklerinden uyarlanmıştır. Panss tarafından değerlendirilen 30 psikiyatrik parametreden yedisi pozitif sendrom alt ölçeğine, yedisi negatif sendrom alt ölçeğine ve geri kalan 16’sı genel psikopatoloji alt ölçeğine aittir. Pozitif, negatif ve genel psikopatoloji skorları ve toplam panss skoru olmak üzere dört ölçüm yapılmaktadır. Panss’ta tüm maddeler tanımlanmakla birlikte her madde için 1 ile 7 arasında değerlendirme yapılmaktadır. Her maddede detaylı açıklamalar bulunmaktadır (Kay, Fiszbein ve Opler, 1987).

Yedi puanlı değerlendirmede psikopatolojinin artan düzeyleri yansıtılmaktadır: 1=Yok, 2=Çok hafif, 3=Hafif, 4=Orta, 5=Orta/ağır, 6=Ağır, 7=Çok Ağır.

Ölçeğin puanlanması her maddenin puanlarının toplanmasıyla yapılmaktadır; pozitif ve negatif sendrom alt ölçekleri için potansiyel puan aralığı 7–49, genel psikopatoloji alt ölçeği için ise 16-112'dir. Kostakoğlu ve arkadaşları (1999) tarafından ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.

Panss alt ölçeklerinde puan dağılımı, normal dağılım göstermiştir. İç tutarlılık incelendiğinde pozitif ve negatif sendrom ile genel psikopatoloji alt ölçeklerinin toplam Cronbach alfa değerleri oldukça yüksek bulunmuştur (sırasıyla 0.75, 0.77, 0.71). Yapı geçerliliğinde pozitif ve negatif sendrom alt ölçekleri arasındaki korelasyon katsayısı genel psikopatoloji değişkeni kontrol altında tutulduğunda ters yönde bulunmuştur ($r=0.41$, $p<0.001$). Bu bulgu iki alt ölçeğin farklı belirti gruplarını ölçtüğünü göstermektedir. Görüşmeciler arası güvenilirlik için saptanan sınıf içi korelasyon katsayıları pozitif ve negatif sendrom ile genel psikopatoloji alt ölçeklerinde (sırasıyla 0.97, $p<0.0001$; 0.96, $p<0.0001$; 0.91, $p<0.0001$) ve ölçeğin tamamında (0.96, $p<0.0001$) yüksek bulunmuştur. Bu açıdan Panss Türkçe uyarlamasının Türk şizofrenik hasta örnekleminde negatif ve pozitif sendromlar ile genel psikopatolojinin değerlendirilmesinde geçerli ve güvenilir olarak kullanılabilir (Kostakoğlu, Batur, Tiryaki ve Göğüş, 1999).

3.3.2.2. Coloured stroop testi. Karakaş vd. (1999) belirttiğine göre Stroop testi ilk olarak Stroop (1935) tarafından geliştirilmiş, daha sonra testin çeşitli biçimleri düzenlenmiştir.

Stroop Testi algısal kurulumu, değişen talepler doğrultusunda ve bir “bozucu etki” altında değiştirebilme becerisini; alışılmış bir davranış örüntüsünü bastırabilme ve olağan olmayan bir davranışı yapabilme yeteneğini ve odaklanmış dikkati ölçmektedir. Test daha çok sol frontal lob ve özellikle orbitofrontal korteks hasarına duyarlıdır. Testte kelimenin yazıldığı renk ile kelime anlamı olan renk farklı olduğunda “Stroop Etkisi” denilen gecikme görülmektedir.

Stroop Testi'nin ülkemizde bir değerlendirme aracı olarak kullanılması için gerekli çalışmalar Karakaş ve arkadaşları tarafından (1999) tamamlanmıştır.

Elde edilen sonuçlar, Stroop Testi uygulanmasında literatürdeki diğer Stroop formlarında olduğu gibi (Lezak 1995, Regard 1981, Spreen ve Strauss 1991), her bölümün tamamlanma sürelerinin kullanılabilirliğini ortaya koymuştur.

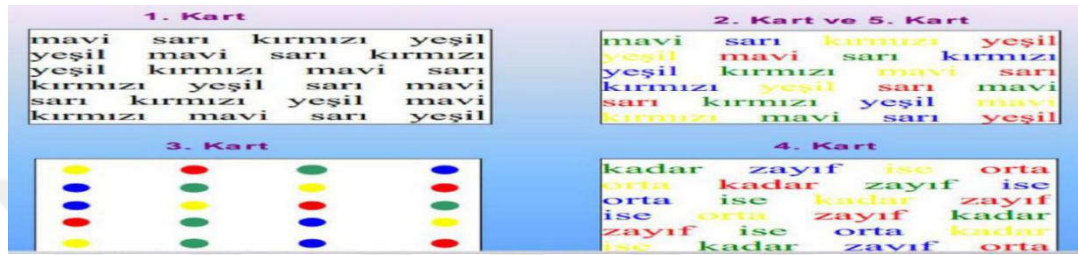
Testin Puanlanması;

- 1- “Başlayın” komutuyla son maddesinin söylenmesine kadar geçen süre;
- 2- hata sayısı;
- 3- düzeltilen tepki sayısı (Karakaş vd., 1999).

Tablo 3.

Stroop Testi Form İçeriği

Bölüm	Uyarıcı	Uyarıcı Kartın Kapsamı	Görev
1. Bölüm	1. Kart	Siyah basılmış renk isimleri	Renk isimlerini okuma
2. Bölüm	2. Kart	Farklı renkte basılmış renk isimleri	Renk isimlerini okuma
3. Bölüm	3. Kart	Farklı basılmış daireler	Rengi söyleme
4. Bölüm	4. Kart	Renkli basılmış nötr kelimeler	Rengi söyleme
5. Bölüm	2. Kart	Farklı renkte basılmış renk isimleri	Rengi söyleme

Şekil 2. Stroop testi kartları (<https://slideplayer.biz.tr/slide/13820539/>).

Tablo 3 ve şekil 2 de görüldüğü üzere Stroop testi form içeriği beş bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde birinci kart üzerinde siyah basılmış renk isimleri okunurken, ikinci bölüm ikinci kartta farklı renkte basılmış renk isimleri okunmaktadır. Üçüncü bölüm üçüncü kartta farklı basılmış dairelerin renkleri söylenirken dördüncü bölüm dördüncü kartta ise renkli basılmış nötr kelimelerin rengi söylenmektedir. Son bölüm olan beşinci bölüm de ise tekrar ikinci kart kullanılmaktadır ancak bu sefer farklı renkte basılmış renk isimleri okunmaktadır.

3.4. Verilerin Analizi

Araştırmanın temel amacı kapsamında cevapları aranan problemlere yönelik verilerin istatistiksel analizinde motor özellikler, uygulama öncesi ve sonrasında değerlendirilerek elde edilen veriler NonParametrik Mann Whitney U testi ve NonParametrik Wilcoxon İşaretlenmiş Mertebeler Testi ile karşılaştırılmıştır. PANSS skorları ve Stroop test performansları uygulama öncesi ve sonrasında değerlendirilerek elde edilen veriler NonParametrik Wilcoxon İşaretlenmiş Mertebeler Testi ile karşılaştırılmıştır. Elde edilen verilerin aritmetik ortalamaları, standart sapmaları, minimal-maksimal değerleri bilgisayar ortamında hesaplanmıştır. Gruplar arası fark $P < 0.05$ olması durumunda anlamlı kabul edilmiştir.

Yıl	2018												2019				
Ay	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5
Konu Seçimi	■																
Kaynak İnceleme	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Planlama	■	■	■														
Tez Önerisi Sunumu		■	■														
Tez İzin ve Onay Alma		■	■	■													
Proje İzin ve Onay Alma				■	■	■											
Etik Kurul Onay Alma					■	■	■										
Veri Toplama										■	■	■	■	■	■	■	■
Veri Değerlendirme																■	■
Tez Yazımı																	■

Şekil 3. Çalışma çizelgesi

Şekil 3 incelendiğinde, çalışması çizelgesinin araştırmamanın bütün evreleri hakkında özet bilgi verdiği görülmektedir. Buna göre; 2018 yılının ilk altı aylık döneminde konu seçimi, kaynak inceleme (tüm çalışma süresince devam etmektedir), planlama, tez öneri sunumu izin ve onay alma, proje izin ve onay alma ile birlikte, etik kurul onay alma sürecini kapsamaktadır. 2018 yılının ikinci altı aylık sürecinde ise, kaynak inceleme devam etmekle birlikte, veri toplama süreci de başlamıştır. 2019 yılı takviminde ise; kaynak inceleme ve veri toplama sürecinin devam ettiği görülürken veri değerlendirme ve tez yazım süreci de başlamıştır.

BÖLÜM IV

BULGULAR VE YORUM

Bu bölümde çalışma grubunun demografik özellikleri, araştırma bulguları ve bulgulara dayalı olarak yapılan yorumlar yer almaktadır. Araştırmada elde edilen bulgular ve yorumlar, araştırmanın alt problemleri doğrultusunda sunulmaktadır. Tablo 4' te araştırmaya katılan grupların cinsiyet dağılımı görülmektedir.

Tablo 4.

Araştırmaya Katılan Grupların Cinsiyet Dağılımı

			Kadın	Erkek	Toplam
G1	EOD (Eğitsel oyun + drama)	f	0	7	7
		%	0,0	100,0	100,0
G2	AAK (Aerobik aktivite + kuvvet)	f	4	1	5
		%	80,0	20,0	100,0
Toplam		F	4	8	12
		%	33,3	66,7	100,0

Tablo 4 de, araştırmaya eğitsel oyunlar-drama grubu için dört kadın, bir erkek olmak üzere beş, aerobik aktivite-kuvvet grubuna yedi erkek, toplam on iki şizofren hasta katılmıştır. Tablo 5'te araştırmaya katılan grupların yaş dağılımı verilmektedir.

Tablo 5.

Araştırmaya Katılan Grupların Yaş Dağılımı

		Yaş									Total	
		23	27	35	40	41	42	44	45	60		
G1	EOD	f	1	1	0	1	0	2	0	1	1	7
		%	14,3	14,3	0,0	14,3	0,0	28,6	0,0	14,3	14,3	100
G2	AAK	f	0	0	2	0	1	1	1	0	0	5
		%	0,0	0,0	40,0	0,0	20,0	20,0	20,0	0,0	0,0	100
Total		f	1	1	2	1	1	3	1	1	1	12
		%	8,3	8,3	16,7	8,3	8,3	25,0	8,3	8,3	8,3	100

Tablo 5' de, EOD grubu 23-60, AAK grubu; 35-44 yaş aralığında görülmektedir.

Araştırma gruplarında 12'şer katılımcı olması planlanırken, çeşitli nedenlerle çalışma 5 ve 7 katılımcıdan oluşan iki grubu içerdiği için parametrik olmayan testler kullanılmıştır. Tablo 6'da çalışma gruplarının M. W. U-testi sonucu verilmiştir.

Tablo 6.

Motor Özelliklerin EOD ile AAK Grubu Ön-Son Test Mann Whitney U-Testi Sonucu

Test Adı	Grup/Test	N	Sıra Ort.	Sıra Top	U	P	
Flamingo (sn., hata sayısı)	EOD Ön	7	7,50	52,50	10,500	,253	P>0.05
	AAK Ön	5	5,10	25,50			
	EOD Son	7	6,79	47,50	15,500	,744	
	AAK Son	5	6,10	30,50			
DisklereDokun (sn)	EOD Ön	7	6,00	42,00	14,000	,570	P>0.05
	AAK Ön	5	7,20	36,00			
	EOD Son	7	6,21	43,50	15,500	,745	
	AAK Son	5	6,90	34,50			
Esneklik (cm)	EOD Ön	7	5,29	37,00	9,000	,163	P>0.05
	AAK Ön	5	8,20	41,00			
	EOD Son	7	5,43	38,00	10,000	,221	
	AAK Son	5	8,00	40,00			
Dur. Uz. Atl. (cm)	EOD Ön	7	8,43	59,00	4,000	,027	P<0.05
	AAK Ön	5	3,80	19,00			
	EOD Son	7	7,71	54,00	9,000	,167	P>0.05
	AAK Son	5	4,80	24,00			
Pençe Kuvveti (kg)	EOD Ön	7	7,43	52,00	11,000	,291	P>0.05
	AAK Ön	5	5,20	26,00			
	EOD Son	7	7,43	52,00	11,000	,290	
	AAK Son	5	5,20	26,00			
Mekik (adet)	EOD Ön	7	6,14	43,00	15,000	,682	P>0.05
	AAK Ön	5	7,00	35,00			
	EOD Son	7	6,29	44,00	16,000	,806	
	AAK Son	5	6,80	34,00			
Dikey Sıçrama (cm)	EOD Ön	7	6,71	47,00	16,000	,806	P>0.05
	AAK Ön	5	6,20	31,00			
	EOD Son	7	7,43	52,00	11,000	,290	
	AAK Son	5	5,20	26,00			
Sırt Kuvveti (kg)	EOD Ön	7	7,43	52,00	11,000	,290	P>0.05
	AAK Ön	5	5,20	26,00			
	EOD Son	7	7,14	50,00	13,000	,465	
	AAK Son	5	5,60	28,00			
Bacak Kuvveti (kg)	EOD Ön	7	6,71	47,00	16,000	,807	P>0.05
	AAK Ön	5	6,20	31,00			
	EOD Son	7	6,86	48,00	15,000	,685	
	AAK Son	5	6,00	30,00			
Sürat Koşu10x5 (sn)	EOD Ön	7	6,14	43,00	15,000	,684	P>0.05
	AAK Ön	5	7,00	35,00			
	EOD Son	7	6,00	42,00	14,000	,570	
	AAK Son	5	7,20	36,00			
Koş Yürü (6 dk)	EOD Ön	7	7,43	52,00	11,000	,281	P>0.05
	AAK Ön	5	5,20	26,00			
	EOD Son	7	6,79	47,50	15,500	,741	
	AAK Son	5	6,10	30,50			

Tablo 6'da, EOD ile AAK gruplarının motor özelliklerini ölçen ön ve son testlerden aldıkları puanların Mann Whitney U Testi sonuçlarına göre ön testlerde durarak uzun atlama testinde EOD grubu lehine anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır.

Tablo 7’de araştırmaya katılan grupların motor özelliklerinin grupii n-son test sonucu tanımlayıcı istatistik bilgileri verilmektedir.

Tablo 7.

Motor zelliklerin EOD ile AAK Grup İçi n-Son Test Sonucu Tanımlayıcı İstatistik

Test Adı	Grup-Test	N	Minumum	Maximum	Ort.	Std. Sap
Flamingo (sn., hata sayısı)	EOD n	7	8,00	25,00	16,8571	6,81734
	AAK n	5	1,00	20,00	11,4000	7,33485
	EOD Son	7	,00	15,00	7,2857	5,61885
	AAK Son	5	1,00	11,00	6,2000	4,43847
Disklere Dokun (sn)	EOD n	7	26,50	60,00	41,4571	13,93890
	AAK n	5	35,40	53,70	44,3200	7,12580
	EOD Son	7	18,00	54,20	32,5857	12,18926
	AAK Son	5	24,90	44,00	33,0800	8,01948
Esneklik (cm)	EOD n	7	,00	26,00	10,2143	10,86990
	AAK n	5	12,50	26,00	18,0000	5,98957
	EOD Son	7	,00	31,00	12,1429	12,21241
	AAK Son	5	10,00	32,50	20,0000	8,93728
Dur. Uz. Atl. (cm)	EOD n	7	100,00	170,00	132,8571	26,90371
	AAK n	5	80,00	120,00	94,6000	16,42559
	EOD Son	7	121,00	190,00	149,2857	29,47719
	AAK Son	5	102,00	175,00	128,8000	27,32581
Pençe Kuvveti (kg)	EOD n	7	17,90	50,10	34,0143	11,45679
	AAK n	5	23,80	37,00	27,2400	5,51842
	EOD Son	7	26,80	48,40	35,9143	7,35174
	AAK Son	5	25,40	42,20	31,4400	6,92409
Mekik (adet)	EOD n	7	,00	14,00	6,7143	6,62607
	AAK n	5	,00	15,00	6,4000	5,59464
	EOD Son	7	3,00	21,00	12,0000	5,83095
	AAK Son	5	8,00	21,00	13,2000	5,06952
Dikey Sıçrama (cm)	EOD n	7	20,00	45,00	30,1429	10,51077
	AAK n	5	20,00	35,00	26,4000	6,14817
	EOD Son	7	22,00	58,00	38,8571	12,88964
	AAK Son	5	24,00	38,00	30,5000	6,78233
Sırt Kuvveti (kg)	EOD n	7	29,50	107,00	67,4714	31,11858
	AAK n	5	32,50	78,00	46,0000	18,30642
	EOD Son	7	42,00	128,50	88,7143	32,59327
	AAK Son	5	56,50	116,50	77,7000	24,31718
Bacak Kuvveti (kg)	EOD n	7	29,00	115,00	68,5714	31,73251
	AAK n	5	46,50	72,00	60,7800	11,06761
	EOD Son	7	41,50	132,00	92,4286	35,79156
	AAK Son	5	58,00	132,50	80,1600	30,13807
Sırat Koşu 10x5 (sn)	EOD n	7	25,50	43,10	33,8143	7,52339
	AAK n	5	32,30	35,00	33,5800	1,19038
	EOD Son	7	23,70	36,80	28,5857	4,61173
	AAK Son	5	27,90	31,00	29,4800	1,34425
KoşYürü (6dk)	EOD n	7	250,00	830,00	407,1429	195,7646
	AAK n	5	250,00	600,00	340,0000	151,6575
	EOD Son	7	400,00	850,00	527,1429	172,4059
	AAK Son	5	350,00	700,00	474,0000	134,6476

Tablo 7' de, verilerine göre; EOD grubunun ön test ortalamaları flamingo denge testinde 16,85 olan hata sayıları son testte 7,28; disklere dokunma testinde 41,45 sn. olan süre son testte 32,58 sn.; otur eriş testi ile esneklikleri ön testte 10,21 cm., son testte 12,14; durarak uzun atlama 132,85 cm. son testte 149,28 cm. Pençe kuvvetleri ön testte 34,01 kg., son testte 35,91 kg. Mekik sayıları ön testte 6,71 son testte 12,00. Dikey sıçrama ön testi 30,14 cm. son testte 38,85 cm. Sırt kuvveti ön testte 67,47 kg., son testte 88,71 kg.; bacak kuvveti ön testte 68,57 kg., son testte 92,42 kg. 10x5 sürat koşu ön testi 33,81 sn., son testte 28,58 sn.; koş yürü 6 dk ön test 407,14 m., son test 527,14 m. kaydedilmiştir.

AAK grubunun ön test ortalamaları flamingo denge testinde 11,40 olan hata sayıları son testte 6,20; disklere dokunma testinde 44,32 sn. olan süre son testte 33,08 sn.; otur eriş testi ile esneklikleri ön testte 18,00 cm., son testte 20,00; durarak uzun atlama ön test 94,60 cm. son testte 128,80 cm. Pençe kuvvetleri ön testte 27,24 kg., son testte 31,44 kg. Mekik sayıları ön testte 6,40 son testte 13,20. Dikey sıçrama ön testi 26,40 cm. son testte 30,50 cm. Sırt kuvveti ön testte 46,00 kg., son testte 77,70 kg.; bacak kuvveti ön testte 60,78 kg., son testte 80,16 kg. 10x5 sürat koşu ön testi 33,58 sn., son testte 29,48 sn.; koş yürü 6 dk ön test 340 m., son test 474 m. olarak ölçülmüştür.

Eğitsel oyunlar ve drama (EOD) ile Aerobik aktivite ve kuvvet (AAK) çalışma gruplarının çalışma başlangıcındaki ön test verileri ile 16 haftalık çalışma sonundaki son test verileri karşılaştırıldığında motor özelliklerin ölçümünü yapan bütün testlerde pozitif gelişme görülmektedir.

Tablo 8'de Çalışma gruplarının motor özelliklerinde grup içi ön-son test Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi sonuçları verilmektedir.

Tablo 8.

Çalışma Gruplarının Motor Özelliklerinde Grupiçi Ön-Son Test Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Sonuçları

Test Adı	Grup/Test		N	Sıra Ort.	Sıra Top	Z	P	
Flamingo	EOD Son-Ön	Negatif Sıra	7	4,00	28,00	2,37	0,18	P<0.05
		Pozitif Sıra	0	,00	,00			
		Eşit	0	0				
	AAK Son-Ön	Negatif Sıra	3	3,00	9,00	1,46	,144	P>0.05
		Pozitif Sıra	1	1,00	1,00			
		Eşit	1					
Disklere Dokun (sn)	EOD Son-Ön	Negatif Sıra	7	4,00	28,00	2,36	0,18	P<0.05
		Pozitif Sıra	0	,00	,00			
		Eşit	0	0				
	AAK Son-Ön	Negatif Sıra	5	3,00	15,00	2,02	0,43	
		Pozitif Sıra	0	,00	,00			
		Eşit	0					
Esneklik (cm)	EOD Son-Ön	Negatif Sıra	1	1,50	1,50	1,62	,104	P>0.05
		Pozitif Sıra	4	3,38	13,50			
		Eşit	2					
	AAK Son-Ön	Negatif Sıra	1	3,00	3,00	1,23	,216	
		Pozitif Sıra	4	3,00	12,00			
		Eşit	0					
Dur.Uz. Atl. (cm)	EOD Son-Ön	Negatif Sıra	0	,00	,00	2,37	0,18	P<0.05
		Pozitif Sıra	7	4,00	28,00			
		Eşit	0					
	AAK Son-Ön	Negatif Sıra	0	,00	,00	2,02	0,43	
		Pozitif Sıra	5	3,00	15,00			
		Eşit	0					
Pençe Kuvveti (kg)	EOD Son-Ön	Negatif Sıra	3	4,33	13,00	,169	,866	P>0.05
		Pozitif Sıra	4	3,75	15,00			
		Eşit	0					
	AAK Son-Ön	Negatif Sıra	0	,00	,00	2,02	0,43	P<0.05
		Pozitif Sıra	5	3,00	15,00			
		Eşit	0					
Mekik (adet)	EOD Son-Ön	Negatif Sıra	0	,00	,00	2,37	0,18	P<0.05
		Pozitif Sıra	7	4,00	28,00			
		Eşit	0					
	AAK Son-Ön	Negatif Sıra	0	,00	,00	1,82	0,68	
		Pozitif Sıra	4	2,50	10,00			
		Eşit	1					

Dikey Sıçrama (cm)	EOD Son-Ön	Negatif Sıra	0	,00	,00	2,37	0,18
		Pozitif Sıra	7	4,00	28,00		
		Eşit	0				P<0.05
	AAK Son-Ön	Negatif Sıra	0	,00	,00	2,03	0,42
		Pozitif Sıra	5	3,00	15,00		
		Eşit	0				
Sırt Kuvveti (kg)	EOD Son-Ön	Negatif Sıra	0	,00	,00	2,36	0,18
		Pozitif Sıra	7	4,00	28,00		
		Eşit	0				P<0.05
	AAK Son-Ön	Negatif Sıra	0	,00	,00	2,02	0,43
		Pozitif Sıra	5	3,00	15,00		
		Eşit	0				
Bacak Kuvveti (kg)	EOD Son-Ön	Negatif Sıra	0	,00	,00	2,36	0,18
		Pozitif Sıra	7	4,00	28,00		
		Eşit	0				P<0.05
	AAK Son-Ön	Negatif Sıra	0	,00	,00	2,02	0,43
		Pozitif Sıra	5	3,00	15,00		
		Eşit	0				
Sürat Koşu10x5 (sn)	EOD Son-Ön	Negatif Sıra	7	,00	,00	2,36	0,18
		Pozitif Sıra	0	4,00	28,00		
		Eşit	0				P<0.05
	AAK Son-Ön	Negatif Sıra	5	3,00	15,00	2,03	0,42
		Pozitif Sıra	0	,00	,00		
		Eşit	0				
KoşYürü 6dky (dk)	EOD Son-Ön	Negatif Sıra	0	,00	,00	2,36	0,18
		Pozitif Sıra	7	4,00	28,00		
		Eşit	0				P<0.05
	AAK Son-Ön	Negatif Sıra	0	,00	,00	2,06	0,39
		Pozitif Sıra	5	3,00	15,00		
		Eşit	0				

Tablo 8 incelendiğinde, çalışma gruplarının motor özelliklerinde grup içi ön-son test Wilcoxon işaretli sıralar testi sonuçlarına göre, EOD grubu, Flamingo, disklere dokunma, durarak uzun atlama, mekik, dikey sıçrama, sırt kuvveti, bacak kuvveti, sürat koşu, koş yürü 6 dk. test sonuçları istatistiksel olarak anlamlı fark belirtirken esneklik ve pençe kuvveti test sonuçları anlamlı bir fark belirtmemiştir. AAK grubu, disklere dokunma, durarak uzun atlama, pençe kuvveti, dikey sıçrama, sırt kuvveti, bacak kuvveti, sürat koşu, koş yürü 6 dk. test sonuçları istatistiksel olarak anlamlı fark belirtirken flamingo, esneklik, mekik test sonuçları anlamlı fark belirtmemiştir.

Tablo 9’da çalışma gruplarının ön-son test psikopatoloji açısından PANSS karşılaştırılması belirtilmektedir.

Tablo 9.

EOD ile AAK Grubu Ön-Son Test Psikopatoloji Açısından PANSS Karşılaştırılması.

Test Adı	Grup/Test	N	U	P	
Panss Pozitif	EOD Ön	7	11,000	,569	P>0.05
	AAK Ön	4	21,000		
	EOD Son	7	8,500	,298	
	AAK Son	4	36,500		
Panss Negatif	EOD Ön	7	13,000	,849	P>0.05
	AAK Ön	4	41,000		
	EOD Son	7	8,500	,296	
	AAK Son	4	36,500		
Panss Genel	EOD Ön	7	12,500	,776	P>0.05
	AAK Ön	4	40,500		
	EOD Son	7	9,500	,394	
	AAK Son	4	37,500		
Panss Toplam	EOD Ön	7	12,500	,776	P>0.05
	AAK Ön	4	40,500		
	EOD Son	7	10,000	,449	
	AAK Son	4	38,000		

Tablo 9, Çalışmada eğitsel oyunlar ve drama çalışması grubu (N= 7), aerobik aktivite ve kuvvet çalışması grubu (N=4) arasında psikopatoloji açısından PANSS ile yapılan değerlendirmede, PANSS alt ölçek skorlarında (pozitif belirtiler alt ölçeği, negatif belirtiler alt ölçeği ve genel psikopatoloji alt ölçeği) ve toplam skorunda uygulamaya başlanmadan önce ve 16 haftalık uygulama bitiminde anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Tablo 10’da çalışma gruplarının ön-son test Stroop Test performanslarının karşılaştırılması verilmektedir.

Tablo 10.

EOD ile AAK Grubu Ön-Son Test Stroop Test Performanslarının Karşılaştırılması.

Test Adı	Grup/Test	N	U	P	
Stroopkart1	EOD Ön	7	11,500	,634	P>0.05
	AAK Ön	4	21,500		
	EOD Son	7	12,500	,774	
	AAK Son	4	22,500		
Stroopkart2	EOD Ön	7	11,500	,635	P>0.05
	AAK Ön	4	21,500		
	EOD Son	7	13,000	,849	
	AAK Son	4	23,000		
Stroopkart3	EOD Ön	7	12,000	,704	P>0.05
	AAK Ön	4	40,000		
	EOD Son	7	13,500	,924	
	AAK Son	4	41,500		
Stroopkart4	EOD Ön	7	12,000	,704	P>0.05
	AAK Ön	4	22,000		
	EOD Son	7	14,000	1,000	
	AAK Son	4	24,000		
Stroopkart5	EOD Ön	7	12,000	,705	P>0.05
	AAK Ön	4	40,000		
	EOD Son	7	11,500	,636	
	AAK Son	4	39,500		
Stroop	EOD Ön	7	10,000	,450	P>0.05
	AAK Ön	4	38,000		
	EOD Son	7	13,000	,850	
	AAK Son	4	41,000		

Tablo 10’da görüldüğü üzere Stroop testine ilişkin tüm ölçümlerde; uygulama öncesinde ve 16 haftalık uygulama sonrasında eğitsel oyunlar ve drama ile aerobik aktivite ve kuvvet grubu arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 11’de araştırmaya katılan grupların ön-son test Stroop Testi performanslarının NonParametrik Wilcoxon İşaretlenmiş Mertebeler Testi ile karşılaştırılma sonuçları belirtilmektedir.

Tablo 11.

EOD ile AAK Grubu Ön-Son Test Stroop Testi Performanslarının NonParametrik Wilcoxon İşaretlenmiş Mertebeler Testi ile Karşılaştırılması

Test Adı	Grup/Test		N	Sıra Ort.	Sıra Top	Z	P	
Ölçüm2_Kart1	EOD-AAK	Negatif Sıra	7	4,93	34,50	-2,313	,021*	P<0,05
Ölçüm1_Kart1	Son-Ön	Pozitif Sıra	1	1,50	1,50			
		Eşit	3					
Ölçüm2_Kart2	EOD-AAK	Negatif Sıra	8	5,63	45,00	-1,790	,074	P>0,05
Ölçüm1_Kart2	Son-Ön	Pozitif Sıra	2	5,00	10,00			
		Eşit	1					
Ölçüm2_Kart3	EOD-AAK	Negatif Sıra	8	5,94	47,50	-2,041	,041*	P<0,05
Ölçüm1_Kart3	Son-Ön	Pozitif Sıra	2	3,75	7,50			
		Eşit	1					
Ölçüm2_Kart4	EOD-AAK	Negatif Sıra	7	5,21	36,50	-1,661	,097	P>0,05
Ölçüm1_Kart4	Son-Ön	Pozitif Sıra	2	4,25	8,50			
		Eşit	2					
Ölçüm2_Kart5	EOD-AAK	Negatif Sıra	7	4,86	34,00	-,089	,929	P>0,05
Ölçüm1_Kart5	Son-Ön	Pozitif Sıra	4	8,00	32,00			
		Eşit	0					
stroop_2	EOD-AAK	Negatif Sıra	6	5,00	30,00	-,267	,790	P>0,05
stroop_1	Son-Ön	Pozitif Sıra	5	7,20	36,00			
		Eşit	0					

Tablo 11, EOD ve AAK grubu psikopatoloji üzerine etkisi ve nöropsikolojik test performansına etkisini değerlendirmek için bu uygulamaların yapıldığı gruplarda PANSS skorları ve Stroop test performansları uygulama öncesi ve sonrasında değerlendirilerek elde edilen veriler NonParametrik Wilcoxon İşaretlenmiş Mertebeler Testi ile karşılaştırılmıştır. Gruplar tek tek değerlendirildiğinde her iki uygulamadan sonra psikopatoloji ve Stroop test performansında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Ancak çalışma grubu birlikte ele alındığında Stroop testinin iki alt ölçeğinde, yani kart 1 ve kart 3 ölçümlerinde 16 haftalık uygulamanın sonunda anlamlı bir farklılık olduğu gözlenmiştir. Bu farklılık kart 1 ve kart 3 performansında uygulama sonrasında bir iyileşme olduğunu göstermektedir (tablo 11.).

BÖLÜM V

SONUÇ, TARTIŞMA VE ÖNERİLER

Bu bölümde araştırmanın sonuçlarına ve bu sonuçlar doğrultusunda önerilere yer verilmiştir.

5.1. Sonuç ve Tartışma

1- Denge (Flamingo); Eğitsel oyunlar ve drama (EOD) grubunun ön test ortalamaları flamingo denge testinde 16,85 olan hata sayıları son testte 7,28 dir. EOD grubunun ön-son test bulgularına göre flamingo denge testi hata sayılarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($P<0.05$). Aerobik aktivite ve kuvvet (AAK) grubunun ön test ortalamaları flamingo denge testinde 11,40 olan hata sayıları son testte 6,20 dir. AAK grubunun ön-son test bulgularına göre flamingo denge testi hata sayılarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($P>0.05$).

2- Hareket Sürati (Disklere Dokunma); EOD grubunun ön test ortalamaları hareket sürati disklere dokunma testinde 41,45 sn. olan süre son testte 32,58 sn. dir. AAK grubunun ön test ortalamaları hareket sürati disklere dokunma testinde 44,32 sn. olan süre son testte 33,08 sn. dir. EOD ve AAK grubunun ön-son test bulgularına göre hareket sürati disklere dokunma testi hızında her iki çalışma grubunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($P<0.05$).

3- Esneklik (Otur Uzan); EOD grubunun ön test ortalamaları esneklik otur uzan testinde 10,21 cm. olan uzaklık son testte 12,14 cm. iken, AAK grubunun ön test ortalamaları 18,00 cm. olan uzaklık son testte 20,00 cm. dir. EOD ve AAK grubunun ön-son test bulgularına göre esneklik otur uzan testinde her iki çalışma grubunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($P>0.05$).

4- Patlayıcı Kuvvet (Durarak Uzun Atlama); EOD grubunun ön test ortalamaları patlayıcı kuvvet durarak uzun atlama testinde 132,85 cm. iken son testte 149,28 cm. dir. AAK grubunun ön test ortalamaları 94,60 cm. iken son testte 128,80 cm. olarak

kaydedilmiştir. EOD ve AAK grubunun ön-son test bulgularına göre patlayıcı kuvvet durarak uzun atlama testinde her iki çalışma grubunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($P<0.05$).

5- Pençe (El Kavrama) Kuvveti; EOD grubunun ön test ortalamaları pençe el kavrama kuvveti testinde 34,01 kg., son testte 35,91 kg. EOD grubunun ön-son test bulgularına göre pençe el kavrama kuvveti testinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($P>0.05$). AAK grubunun ön test ortalamaları 27,24 kg. son testte 31,44 kg. dir. AAK grubunun ön-son test bulgularına göre pençe el kavrama kuvveti testinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($P<0.05$).

6- Kassal Dayanıklılık (30 sn. Mekik); EOD grubunun ön test ortalamaları kassal dayanıklılık 30 sn. mekik testinde mekik sayıları ön testte 6,71 iken son testte 12,00 olarak ölçülmüştür. EOD grubunun ön-son test bulgularına göre kassal dayanıklılık 30 sn. mekik testinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($P<0.05$). EOD grubunun ön test ortalamaları kassal dayanıklılık 30 sn. mekik testinde mekik sayıları ön testte 6,40, son testte 13,20 dir. AAK grubunun ön-son test bulgularına göre kassal dayanıklılık 30 sn. mekik testinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($P>0.05$).

7- Dikey Sıçrama; EOD grubunun ön test ortalamaları dikey sıçrama testinde 30,14 cm. iken son testte 38,85 cm. dir. AAK grubunun ön test ortalamaları dikey sıçrama testinde 26,40 cm. son testte 30,50 cm. ölçülmüştür. EOD ve AAK grubunun ön-son test bulgularına göre dikey sıçrama testinde her iki çalışma grubunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($P<0.05$).

8- Sırt Kuvveti; EOD grubunun ön test ortalamaları sırt kuvveti testinde 67,47 kg., son testte 88,71 kg kaydedilirken AAK grubunun ön test ortalamaları sırt kuvveti testinde 46,00 kg., son testte 77,70 kg. kaydedilmiştir. EOD ve AAK grubunun ön-son test bulgularına göre sırt kuvveti testinde her iki çalışma grubunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($P<0.05$).

9- Bacak Kuvveti; EOD grubunun ön test ortalamaları bacak kuvveti testinde 68,57 kg., son testte 92,42 kg. olarak ölçülmüştür. AAK grubunun ön test ortalamaları bacak kuvveti testinde 60,78 kg., son testte 80,16 kg. olarak ölçülmüştür. EOD ve AAK grubunun ön-son test bulgularına göre bacak kuvveti testinde her iki çalışma grubunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($P<0.05$).

10- Sürat (10x5 m. Mekik Koşusu); EOD grubunun ön test ortalamaları sürat 10x5 m. mekik koşusu testinde 33,81 sn., son testte 28,58 sn. dir. AAK grubunun ön test ortalamaları sürat 10x5 m. mekik koşusu testinde 33,58 sn., son testte 29,48 sn. olarak kaydedilmiştir. EOD ve AAK grubunun ön-son test bulgularına göre sürat 10x5 m. mekik koşusu testinde her iki çalışma grubunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($P<0.05$).

11- 6 Dk. Koş-Yürü (6DKY); EOD grubunun ön test ortalamaları 6 dakika koş/yürü testinde 407,14 m., son testte 527,14 m. iken AAK grubunun ön test ortalamaları 6 dakika koş/yürü testinde 340,00 m., son testte 474,00 m. olarak kaydedilmiştir. EOD ve AAK grubunun ön-son test bulgularına göre 6 dakika koş/yürü testinde her iki çalışma grubunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($P<0.05$).

12- EOD ile AAK grubunun motor özelliklerini ölçen ön testlerden aldıkları puanların bulgularına göre; yalnızca durarak uzun atlama testinde eğitsel oyunlar ve drama grubu lehine anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($P<0,05$). EOD ve AAK grubunun motor özellikleri ölçen son testlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($P>0.05$).

13- EOD çalışma grubunda gelişim görülen ve anlamlı fark bulunan testler; flamingo denge, hareket sürati disklere dokunma, kassal dayanıklılık mekik, patlayıcı kuvvet durarak uzun atlama, dikey sıçrama, sırt kuvveti, bacak kuvveti, sürat 10x5 m. mekik koşusu, 6 dakika koş/yürü testleri istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirtmiştir ($P<0.05$).

14- EOD çalışma grubunda gelişim görülen ancak anlamlı fark bulunmayan testler; esneklik otur uzan testin ve pençe el kavrama kuvveti testlerinde gelişim görülmesine rağmen istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirtmemiştir. ($P>0.05$).

15- AAK çalışma grubunda gelişim görülen ve anlamlı fark bulunan testler; hareket sürati disklere dokunma, pençe el kavrama kuvveti, patlayıcı kuvvet durarak uzun atlama, dikey sıçrama, sırt kuvveti, bacak kuvveti, sürat 10x5 m. mekik koşusu, 6 dakika koş/yürü testleri istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirtmiştir ($P<0.05$).

16- AAK çalışma grubunda gelişim görülen ancak anlamlı fark bulunmayan testler; esneklik otur uzan, flamingo denge, kassal dayanıklılık mekik testlerinde gelişim görülmesine rağmen istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirtmemiştir ($P>0.05$).

17- Panss Testi; EOD çalışma grubu ile AAK çalışma grubunun ön-son test psikopatoloji açısından Panss ile yapılan değerlendirmede Pass alt ölçek skorlarında (pozitif belirtiler alt ölçeği, negatif belirtiler alt ölçeği ve genel psikopatoloji alt ölçeği) ve toplam skorunda, uygulamaya başlanmadan önce ve 16 haftalık uygulama bitiminde anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$). Bunun nedenlerinden bir tanesi çalışmanın oldukça küçük bir grupta yapılmış olması olabilir. Bir diğer önemli neden de çalışmaya katılan hastaların halihazırda düzenli ilaç kullanan, belirtileri kontrol altında olan stabil hastalar olması olabilir.

18- EOD ve AAK grubu ön-son test Stroop test performanslarının gruplar tek tek değerlendirildiğinde her iki uygulamadan sonra psikopatoloji ve Stroop test performansında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($P>0.05$). Ancak çalışma grubu birlikte ele alındığında Stroop testinin iki alt ölçeği olan kart 1 ve kart 3 ölçümlerinde 16 haftalık uygulamanın sonunda anlamlı bir farklılık olduğu gözlenmiştir ($P<0.05$). Bu fark kart 1 ($P=,021$) ve kart 3 ($P=,041$) performansında uygulama sonrasında bir iyileşme olduğunu göstermektedir. Kart 1 ve kart 3 deki düzelme gruplar tek tek incelendiğinde ortadan kalkmaktadır.

Bununla birlikte;

Methapatara ve Srisurapanon (2011). Yaptıkları çalışmada 12. haftada değişen vücut ağırlığı ortalamaları şizofren hastalarda kontrol grubuna göre anlamlı derecede farklı ($P=0.03$) bulunmuştur. Bu çalışma bulguları çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Bredin, Warburton ve Lang, (2013). 13 şizofren katılımcıya (7 hastaya aerobik, 6 hasta dirençli eğitim) 12 hafta boyunca aerobik veya direnç eğitim programı uygulamışlardır. Çalışmayı tamamlayan katılımcıların dinlenme diastolik kan basıncında hafif bir azalma saptamıştır. Bredin, Warburton ve Lang'ın çalışma sonucunda görülen dinlenme diastolik kan basıncında göreceli azalma çalışma sonuçlarımıza benzerlik göstermektedir.

Scheewe vd. (2013). Yaptıkları araştırmada 60 şizofreni hastası çalışma ve 55 sağlıklı bireyden kontrol grubunu oluşturmuşlardır. Deneklere haftada iki saat olmak üzere altı ay boyunca egzersiz terapisi veya meslek terapisi yapılmıştır. Elde edilen sonuçlardan, şizofreni hastalarında kardiyorespiratuvar sporun düzelmesi beyin hacim değişikliklerini azaltırken hem şizofreni hastalarında hem de sağlıklı bireylerde sol korteksteki geniş alanlarda artmış kalınlığa neden olmuştur. Scheewe

ve arkadaşlarının çalışma sonuçlarından, şizofreni hastalarında kardiyorespiratuvar sporun düzelmesi çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Kim vd. (2014). Yaptıkları çalışmada direnç egzersiz programı 24 şizofreni hasta ile 12 hafta x 3 gün birer gün arayla 25 dakika süren 8 farklı egzersizden oluşmaktadır. Eğitim programı sonrası kardiyovasküler fitness, denge ve atlama, kombine egzersiz programını takiben serum BDNF konsantrasyonlarındaki yükselme, kardiyovasküler sağlık ve bacak kuvvetindeki iyileşmeler ile anlamlı korelasyon gösterdiği görülmektedir. Kim ve arkadaşlarının çalışma sonucunda elde ettikleri, kardiyovasküler sağlık ve bacak kuvvetindeki iyileşmeler çalışmamızda elde edilen motorik özellik sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

Keller-Varady vd. (2015). 22 şizofreni hastası ve 22 sağlıklı kişiden oluşan kontrol grubuna 12 hafta boyunca bisikletli ergometreler üzerinde standardize aerobik dayanıklılık antrenmanının etkisini test etmişlerdir. Dayanıklılık kapasitesi, dayanıklılık gruplarında belirgin bir şekilde artmıştır. Bu sonuçlar çalışmamızda motorik özelliklerde elde edilen sonuçlarla benzerlik göstermektedir.

Svatkova vd. (2015) Araştırması, 33 şizofreni hastası ve psikoz sonrası ve fitness terapisinin sonucu (TOPFİT) kohortu 20 olan 48 sağlıklı kişiden oluşan kontrol grubu çalışmaya dahil edilmiştir. Uygulamada haftada iki kez birer saat, 40 dk. aerobik ve 20 dk. anaerobik çalışmalara alınmışlardır. Bulgularda, fazla tekrarlı fiziksel beceri uygulamanın, beyin bağlantısını geliştirdiğini anlaşılmıştır. 6 aylık bir süre boyunca haftada iki kez yapılan fizikî eğitim, fiber yollarında, özellikle motor işleyişinde rol oynayan beyaz madde bütünlüğünü geliştirdiği görülmüştür. Çalışmamızda her iki grup birlikte değerlendirildiğinde elde edilen Stroop test sonuçlarından kart 1 ve kart 3 deki gelişmeler, Svatkova ve arkadaşlarının çalışmasında fiziksel beceri uygulamanın, beyin bağlantısını geliştirdiğini (bilişsel işlevler) sonucuyla benzerlik gösterdiği söylenebilir.

Firth vd. (2016), 28 katılımcıyı haftada iki kez olmak üzere 10 haftalık denetlenen egzersiz sürecine almışlardır. 10 haftalık sürede katılımcılar haftada ortalama 107 dakika, orta ve şiddetli düzeyde egzersiz yapmışlardır. Toplam semptomlar, negatif semptomlar, bel çevresi, sözel bellek, sosyal biliş ve sosyal işlevsellikte iyileşmeler olduğu anlaşılmıştır. Firth ve arkadaşlarının yapmış olduğu bu çalışma sonuçlarından, bel çevresindeki iyileşmeler çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Malchow'un (2017). Yaptığı araştırmada dayanıklılık eğitim programının günlük işleyiş üzerinde pozitif etkiler oluşturduğu anlaşılmaktadır. Ayrıca dayanıklılık eğitimi alan şizofreni hastalarında sol temporal lobda gri cevher hacminde artış olduğu saptanmıştır. Malchow'un çalışmasında elde ettiği sonuçlardan birisi olan fiziksel aktivite eğitim programının şizofreni hastalarının günlük işyeyiş üzerindeki pozitif etkileri çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Mital, Dean, Gupta ve Bryan'ın (2017). Araştırması, 12 haftalık sürede haftada 3 kez (VO₂max'ın %65-85) aerobik egzersiz uygulaması gerçekleştirmiştir. Çalışmaya toplam 11 kişi dahil edilirken 9 kişi araştırmayı tamamlamıştır. Katılımcılarda pozitif ve negatif semptomlar ve sosyal işlev posttrialinde anlamlı bir artış ve egzersiz aktivitelerinde postdüzey artış eğilimi tespit edilmiştir. Çalışma bulgularında egzersiz aktivitelerinde postdüzey artış eğilimi çalışmamızda motorik özelliklerde elde edilen sonuçlarla benzerlik göstermektedir.

Elde edilen sonuçlar; fiziksel aktivitenin çalışmaya katılan kronik şizofreni hastalarının motor özelliklerinde istatistiksel açıdan pozitif yönde anlamlı fark belirtirken bilişsel işlevlerde yetersiz ancak göreceli bir gelişme saptamıştır. Bulgular şizofreni hastalığında farmakolojik olmayan tedavinin geliştirilmesinde fiziksel aktivitenin önemli bir etkisinin olabileceğini düşündürmektedir.

5.2. Öneriler

1- Çalışmada çalışma grubu birlikte ele alındığında Stroop testinde kart 1 ve kart 3 performansında uygulama sonrasında bir iyileşme olduğunu görülmektedir. Kart 1 ve kart 3 deki düzelme gruplar tek tek incelendiğinde ortadan kalkmaktadır. Daha büyük örneklerle yapılacak çalışmalarla bu etkinin nedeni belirlenebilir.

2- Fiziksel aktivite ve şizofreni kapsamında yapılan daha önceki çalışmalar incelendiğinde çalışmaların genellikle süre ve yoğunluk açısından dünya sağlık örgütü verilerinin altında kaldığı görülmektedir. Daha iyi sonuçlar almak adına yapılacak yeni çalışmalarda bu etkenin gözardı edilmemesi gereklidir. Çalışmanın tek başına bu alandaki eksikliği gidermesi söz konusu olmasa da gelecekte yapılacak çalışmalara ışık tutabilmesi adına önemli görülmektedir.

3- Eğitsel oyunlar ve drama ile aerobik aktivite ve kuvvet çalışmalarının fiziksel aktivite kapsamında şizofreni hastaları üzerine daha fazla çalışma yapılması gerekli görülmektedir.

4- Şizofreni hastalığının toplumda görülme sıklığı %1 olmasına rağmen tedavi sürecinin ülkelere maliyet yükü açısından 7. sırada olması ekonomik bir yük oluşturmaktadır. Doğru ve planlı fiziksel aktivite uygulamaları bu yükü azaltmaya yardımcı bir unsur olabilir.

5- Ayaktan tedavi alan şizofreni hastaları üzerine yapılacak fiziksel aktivite çalışmalarının hastane ortamlarındaki sportif tesislerin yapılacak çalışmalar için yeterli alt yapıya sahip olmaması nedeniyle spor bilimleri tesislerinde spor ve sağlık bilimcilerin gözleminde yapılması çalışmanın verimliliği arttırabilir.

6- Şizofreni hastalığının iyileştirilmesinde ilaç tedavisinin yanında yardımcı bir etken olarak doğru ve planlı fiziksel aktivite uygulamalarının hastaların yaşam kalitelerinin artması ve daha sağlıklı olmaları yolunda önemli bir etkiye sahip olabilir.

7- Psikolojik tedavi ve psikomotor etkinliklerin birlikte ve uyumlu bir program içinde uygulanması hastalığın tedavi evresinde olumlu bir etken olabilecektir.

8- Spor Bilimleri ve Sağlık Bilimlerinin (Psikiyatri-Nöroloji) ortak çalışmaları gerekli görülmektedir.

9- Spor Bilimleri ve Sağlık Bilimleri fakültelerinde bu konuda dersler programa konulabilir.

10- Şizofreni hastalarının paralimpik olimpiyatlara katılmaları ya da kendi içinde benzeri bir organizasyonun düzenli olarak yapılması sağlanabilir.

11- Bu tür araştırmalarda katılımcıların çalışmaya sürekliliğini sağlamak adına katılımcılara belirli bir ödenek, ulaşım hizmeti (servis) ve gıda hizmeti verilmesi gerekli görölmektedir.

12- Diğer fiziksel aktivite programlarının çalışmalarda kullanılması yeni bir bakış açısı kazandırabilir.



KAYNAKLAR

- Akyol, A., Bilgiç, P. ve Ersoy, G. (2008). *Fiziksel aktivite, beslenme ve sağlıklı yaşam*. Ankara. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/t50.pdf>
- Alfabetik sıra oyunu. (2018). https://www.academia.edu/30427135/Drama_oyunlari
- Alanımı temizle oyunu. (2007). www.forum.bedenegitimi.gen.tr/egitsel-oyunlar-1-t544.html
- Allen, K. M., Fung, S. J. & Weickert, C. S. (2015). Cell proliferation is reduced in the hippocampus in schizophrenia. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 50 (5), 473–480. <https://doi.org/10.1177/0004867415589793>
- Alp, H. (2016). Otistik çocuklarda görülen davranış problemlerinin düzeltilmesiyle hareket eğitimi & fiziksel aktivitelerin ilişkisi. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, 5(2),26. http://jret.org/FileUpload/ks281142/File/26..hulusi_alp.pdf
- Ardıç, F. (2014). Exercise prescription. *Turk J Phys Med Rehab* 60(2), 1-8. [www.http://dx.doi.org/10.5152/tftrd.2014.25665](http://dx.doi.org/10.5152/tftrd.2014.25665)
- Arkadaşına sarıl. (2009). forum.bedenegitimi.gen.tr/beden-egitimi-egitsel-oyunlar-t9104.html
- Ayna oyunu. (2018). www.apaydn.meb.k12.tr/meb_iys_dosyalar/31/01/723501/dosyalar/2017_12/13125118_ISIN_MA_OYUNLARI.pdf
- A'yı kovala B'den kaç oyunu. (2018). https://www.academia.edu/30427135/Drama_oyunlari
- Balon kafa oyunu. (2016). http://forum.bedenegitimi.gen.tr/egitsel-oyun-balon-kafa-t15661.html?s=f62465b29a5d7d071e5535a3f334c988&v=-XRB_ZGzBeQ
- Balon patlatma oyunu. (2017). https://www.youtube.com/watch?v=-XRB_ZGzBeQ
- Balon taşıma oyunu. (2016). forum.bedenegitimi.gen.tr/egitsel-oyun-balon-tasima-t15671.html

- Balyemez, K. (2016). Penguen yarışı. www.youtube.com/watch?v=nPsifpHB_f8
- Balyemez, K. (2016). Mayın tarlası oyunu. www.youtube.com/watch?v=J-srWsKipUY
- Barbato, A. (1998). Schizophrenia and public health. National for mental health. Geneva. www.who.int/mental_health/media/en/55.pdf
- Başlatıcı bir eylemden yola çıkma. (2010).
<http://www.mimesis-dergi.org/2010/12/dramada-rol-oyinama-ve-dogaclama-teknikleri/%20adresinden%20eri%C5%9Filmi%C5%9Ftir>
- Battaglia, G., Alesi, M., Inguglia, M., Roccella, M., Caramazza, G., Bellafiore, M. & Palma, A. (2013). Soccer practice as an add-on treatment in the management of individuals with a diagnosis of schizophrenia. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 9, 595–603. [doi:10.2147/NDT.S44066](https://doi.org/10.2147/NDT.S44066) & [PMID: 23665208](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23665208/)
- Bek, N. (2008). *Fiziksel aktivite ve sağlığımız*. sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/t43.pdf
- Benimle gel oyunu. (2009). forum.bedenegitimi.gen.tr/beden-egitimi-egitsel-oyunlar-t9104.html
- Benimle gelme. (2009). forum.bedenegitimi.gen.tr/beden-egitimi-egitsel-oyunlar-t9104.html
- Beşi beş istasyon oyunu. (2008).
www.forum.bedenegitimi.gen.tr/motorik-ozelliklere-gore-egitsel-oyunlar-t6003.html
- Bıçer, M. ve Akkuş, H. (2005). Futbolcularda hazırlık dönemi çalışmalarının bazı fiziksel ve fizyolojik parametreler üzerine etkisi. *Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 7(2), 28. www.dergipark.org.tr/tr/download/article-file/297179
- Bildim, çizdim, kazandım oyunu. (2009).
www.forum.bedenegitimi.gen.tr/beden-egitimi-egitsel-oyunlar-t9104.html
- Birsöz, S. (2013). *Benim Şizofrenilerim*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Bir şiirden yola çıkılarak yapılan doğaçlama (2010).
<http://www.mimesis-dergi.org/2010/12/dramada-rol-oyinama-ve-dogaclama-teknikleri/%20adresinden%20eri%C5%9Filmi%C5%9Ftir>
- Bir yer, bir nesne, bir fiil.(2018). docplayer.biz.tr/17951420-25-yaratici-drama-ornegi.html

- Bredin, S. S., Warburton, D. E. & Lang, D. J. (2013). The health benefits and challenges of exercise training in persons living with schizophrenia: a pilot study. *Brain sciences*, 3 (2), 821–848. <https://doi.org/10.3390/brainsci3020821>
- Bresin, N. A. (2014). Hastane tedavisi. Yalom, I. D. & Vinogradov, S. (Ed.), *Şizofreni terapisi*. (Fulya Kaya, Çev.). (s. 318-321). İstanbul: Prestij Yayınları.
- Booth, G. K. (2014). Şizofrenide prognoz nasıldır? Yalom, I. D. & Vinogradov, S. (Ed.). *Şizofreni terapisi*. (Fulya Kaya, Çev.). (s.147). İstanbul: Prestij Yayınları
- Bulut, E. (2017). Hulahunı oyunu. (2017). <youtube.com/watch?v=8ZWcRjYusR4&t=45s>
- Bulut, S. (2013). Sağlıkta sosyal bir belirleyici; fiziksel aktivite. *Turk Hij Den Biyol Derg*, 70 (4), 205-14. DOI: [10.5505/TurkHijyen.2013.67442](https://doi.org/10.5505/TurkHijyen.2013.67442)
- Can, S., Arslan E. ve Ersöz G. (2014). Güncel bakış açısı ile fiziksel aktivite. *Ankara Üniv Spor Bil Fak*, 12(1), 1-10. www.dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/17/1955/20466.pdf
- Carek, P.J., Laibstain S.E. & Carek S.M. (2011). Exercise for the treatment of depression and anxiety. *Int J Psychiatry Med*. 41 (1), 15-28. DOI: [10.2190/PM.41.1.c](https://doi.org/10.2190/PM.41.1.c) & PMID: [21495519](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21495519/)
- Cinemre, B. (2015/2016). Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar [Ders notları]. <http://aves.akdeniz.edu.tr/bcinemre/deneyim> erişim 2018
- Coşkun, A. (2010). Şizofrenide moleküler mekanizmalar, *Bilim Teknik Dergisi*, (43) 513,52-58.www.academia.edu/22788801/Bilim_Teknik_Dergisinin_Ar%C5%9Fivinin_2010_y%C4%B1l%C4%B1n%C4%B1n_bir_k%C4%B1sm%C4%B1
- Çakır, B. ve Vardar C. (2011). *Türkiye sağlıklı beslenme ve hareketli hayat Programı obezite ve fiziksel aktivite eğitim modülleri*. <https://saglik.gov.tr/Eklenti/1115.obezite-ve-fiziksel-aktivite-rehberipdf.pdf>
- Çelik Kayapınar, F. (2007). *Örnek pilot çalışma programının okul öncesi çocuklarının, antropometrik, postür ve fizisel uygunluk düzeylerine olan etkisinin araştırılması*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Marmara Üniversitesi. İstanbul.

- Çelik Kayapınar, F. (2012). Physical activity levels of adolescents. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 47, 2107–2113. doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.06.958
- Çelik Kayapınar, F. ve Savaş, B. (2012). *İlk+ortaokullarda beden eğitimi dersinde ölçme ve değerlendirme*. Ankara: Anı Yayıncılık.
- Çelikkol, A. (2007). *Kronik psikotik bozukluklarda egzersiz*.
<http://celikkol.org/egzersizvepsikiyatri.htm>
- Çelik, P. (2016). *Altı dakika yürüme testi*. 1. Ulusal ADHAD Kongresi'nde sunulmuş.
<https://studylibtr.com/doc/1523704/alt%C4%B1-dakika-y%C3%BCr%C3%BCme-testi---uluslararası%C4%B1-kat%C4%B1l%C4%B1ml%C4%B1-1.-ulus...>
- Çemberle işbirliği oyunu. (2018). gelenekselcocukoyunlari.com/oyun.aspx?id=5&idkat=2
- Çetin, M. (2015). Treatment of schizophrenia: past, present and future. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 25(2), 95-99. DOI: [10.5455/bcp.20150630080048](https://doi.org/10.5455/bcp.20150630080048)
- Denge savaşı oyunu. (2017). https://www.youtube.com/watch?v=mRfW-kOD_jQ
- Deslandes, A., Moraes, H., Ferreira, C., Veiga, H., Silveira, H., Mouta, R., Pompeu, F. A. M. S. Coutinho E.S.F. & Laks J. (2009). Exercise and mental health: many reasons move. *Neuropsychobiology* 59, 191–198. doi.org/10.1159/000223730
- Doğan, N. (2018). Çanak kapma oyunu. www.youtube.com/watch?v=QSgyusOtmTE
- Dopamin nedir? (2017). www.wikipedia.org/wiki/Dopamin
- Drama nedir? (2018). <http://drama.nedir.org/>
- Düğüm oyunu. (2018).
apaydn.meb.k12.tr/meb_iys_dosyalar/31/01/723501/dosyalar/2017_12/13125118_ISINMA_OYUNLARI.pdf
- Ercegil, G. (2015). Şizofreni hastalarında fiziksel egzersizin beyin yapılarına etkisi. www.academia.edu/12179646/şizofreni_hastalarında_fiziksel_egzersizin_beyin_yapılarına_etkisi_-_bir_değerlendirme

Eren, K. (2006). Şizofreni ve cinsiyet farklılıkları (Uzmanlık Tezi).

http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/tez/pdf/psikiyatri/dr_filiz_cakir.pdf

Erickson, K. I., Raji, C. A., Lopez, O. L., Becker, J. T., Rosano, C., Newman, A. B., Gach, H. M., Thompson, P. M., Ho, A. J. & Kuller, L. H., (2010). Physical activity predicts gray matter volume in late adulthood. *n.neurology.org*, 75 (16), 1415–1422. doi: 10.1212/WNL.0b013e3181f88359 & PMID: 20944075

Fadıllıoğlu, E., Kaya, B., Erdoğan, H., Hanifi, M. ve Ünal, S. (2001). Depresyonda plazma ksantin oksidaz, glutatyon peroksidaz aktiviteleri & plazma nitrik oksit seviyesi üzerine egzersizin etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2(2), 99-105.

<https://trdizin.gov.tr/publication/paper/detail/TVRNeE9URXg=>

Fariz, B. (2015). Psikiyatrik hastalıklar ve egzersiz. *Spor Hekimliği Dergisi*. 50(4) 131-138. <https://www.sporhekimligidergisi.org/eng/full-text/13/tur>

Faustman, W. O. (2014). Şizofreniye ne sebep olur? Yalom, I. D. & Vinogradov, S. (Ed.), *Şizofreni terapisi*. (Fulya Kaya, Çev.). (s.83-84). İstanbul: Prestij Yayın.

Firth, J., Carney, R., Elliott, R., French, P., Parker, S., McIntyre, R. & Yung, A. R. (2016). Exercise as an intervention for first-episode psychosis: a feasibility study. *Early intervention in psychiatry*, 12 (3), 307–315. doi:10.1111/eip.12329

Geriye dönüş tekniği kullanılarak yapılan doğaçlama. (2010).

<http://www.mimesis-dergi.org/2010/12/dramada-rol-oyinama-ve-dogaclama-teknikleri/%20adresinden%20eri%C5%9Filmi%C5%9Ftir>

Güneri, E. (2016). *Kayıp ülkeler: şizofreni-bipolar affektif bozukluk*. İstanbul: İstanbul Gelişim Üniversitesi Yayınları.

Güven, B., (2017). “Bana oyunla öğret”: okul öncesi eğitimde oyun ve beden eğitimi, *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(1), 97-109.

<http://busbid.baskent.edu.tr/index.php/busbid/article/view/59/43>

“Güzin abla dert dinliyor” drama uygulaması. (2018).

<http://docplayer.biz.tr/17951420-25-yaratici-drama-orneği.html>

Hardoy, M.C., Seruis, M.L., Floris, F., Sancassiani, F., Moro, M.F., Mellino, G., Lecca, M.E., Adamo, S, & Carta, M,G. (2011). Benefits of exercise with mini tennis in intellectual disabilities: effects on body image and psychopathology. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*. 7, 157-160. [doi: 10.2174/1745017901107010157](https://doi.org/10.2174/1745017901107010157) & Pubmed PMID: 22016751

Hayvanat bahçesi. (2009). forum.bedenegitimi.gen.tr/beden-egitimi-egitsel-oyunlar-t9104.html

Hazar, S. (2018) . *Antrenman bilgisi*.

www.host.nigde.edu.tr/hazar/files/ANTRENMAN%20Bilgisi%2002.10.206.ppt

Hemsball oyunu (2018). his.gov.tr/hemsball.html

Hemsball kuralları (2018). www.hemsball.com/13-oyun-kurallari-ve-aciklamalari.html

Howes, O., McCutcheon, R. & Stone, J. (2015). Glutamate and dopamine in schizophrenia: an update for the 21st century. *J. psychopharmacol*, 29 (2), 97–115. <https://doi.org/10.1177/0269881114563634> & PMID: 25586400

Hulahuni oyunu. (2018). <https://www.youtube.com/watch?v=8ZWcRjYusR4&t=45s>

Huni oyunu. (2018). www.forum.bedenegitimi.gen.tr/hunilerle-egitsel-oyunlar-1-t14954.html

Huni yerleştirme oyunu. (2018). forum.bedenegitimi.gen.tr/egitsel-oyun-huni-yerlestirme-t15658.html

İlker Kerkez, F. (2016). Eşini bul otur oyunu. (2016-17 güz yarıyılı çocuk veOyun dersi uygulaması). https://www.youtube.com/watch?v=py_eGhNBNTQ

İnsan makinası oyunu. (2018).

www.apaydn.meb.k12.tr/meb_iys_dosyalar/31/01/723501/dosyalar/2017_12/13125118_ISIN_MA_OYUNLARI.pdf

İsim balonları oyunu. (2018). <https://www.academia.edu/30427135/Drama>

İzci, Y. ve Erbaş, Y.C. (2015). Hipokampus: yapısı ve fonksiyonları. *Türk Nöroşirürji Dergi*, 25(3), (287-295). norosirurji.dergisi.org/pdf/pdf_TND_1095.pdf

Kalafat, S. (2016). *Şizofreni nedir? Seyri ve tedavisi.*

<http://psikoloji.gen.tr/psikopatoloji/sizofreni-nedir-seyri-ve-tedavisi/>

Kandola, A., Hendrikse, J., Lucassen, P. J. & Yücel, M. (2016). Aerobic exercise as a tool to improve hippocampal plasticity and function in humans: practical implications for mental health treatment. *Front Hum Neurosci*, 10, 373. [doi: 10.3389/fnhum](https://doi.org/10.3389/fnhum) & PMID: 27524962

Kanas, N., (2014). Grup psikoterapisi. Yalom, I. D. & Vinogradov, S. (Ed.), *Şizofreni terapisi.* (Fulya Kaya, Çev.). (s.293-310). İstanbul: Prestij Yayınları.

Kaptan, Z. ve Üzüm, G., (2016). Erişkin hipokampal nörogenezin öğrenme ve hafıza fonksiyonlarındaki rolü. *Turk J Neurol*, 22, 149-155 [DOI:10.4274/tnd.68889](https://doi.org/10.4274/tnd.68889)

Karakaş, S., Erdoğan, E., Sak, L., Soysal, A. Ş., Ulusoy, T., Ulusoy, İ. Y. ve Alkan, S. (1999). Stroop testi TBAG formu: Türk kültürüne standardizasyon çalışmaları güvenilirlik ve geçerlik. *J Clin Psy.* 2 (2), 75-88 https://www.journalagent.com/kpd/pdfs/KPD_2_2_75_88.pdf

Karakaş, S., Eski, R., Öktem Tanör, Ö., Kafadar, H., Irak, M. ve Bekçi, B. (1999). Stroop testi TBAG formu, Türk formu uygulama ve puanlama yönergesi. www.psy410.cankaya.edu.tr/uploads/files/STROOP%20Yonerge.doc

Karamustafaoğlu, O. ve Kaya, M. (2013). Eğitsel oyunlarla ‘yansıma ve aynalar’ konusunun öğretimi: yansımali koşu örneği. *Araştırma Temelli Etkinlik Dergisi*, 3.(2), 41-49. <https://ated.info.tr/index.php/ated/article/view/1717>

Kar, fırtına, yağmur oyunu. (2018).

www.acevokuloncesi.org/index.php/etkinlikler/motor-gelisim/113-yagmur-kar-firtina

Karo kupa sinak maça oyunu. (2018). www.yayginegitim.org/portfolio/karo-kupa-maca-sinek/

Kayahan, B. ve Veznedaroğlu, B. (2004). Ülkemizde kullanılan seratonin-dopamin antagonisti (SDA) atipik antipsikotik ilaçların şizofrenideki bilişsel bozukluklara etkileri: kısa bir gözden geçirme. *Düşünen Adam*, 17(4), 214-220. <http://onlinemakale.dusunenadamdergisi.org/pdf/dusunenadam/762010181317-4-4.pdf>

- Kay, S. R., Fiszbein, A. & Opler, L. A. (1987). "The positive and negative Syndrome scale (PANSS) for Schizophrenia". *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), 261–276. [dx.doi.org/10.1093/schbul/13.2.261](https://doi.org/10.1093/schbul/13.2.261) PMID: 3616518
- Keller-Varady K., Hasan A., Schneider-Axmann T., Hillmer-Vogel U., Adomßent B., Wobrock T., Schmitt A., Niklas A., Falkai P. & Malchow B. (2015). Endurance training in patients with schizophrenia and healthy controls: differences and similarities. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 266 (5) 461-73. DOI: [10.1007/s00406-015-0651-8](https://doi.org/10.1007/s00406-015-0651-8) & PMID: 26541835
- Kırkkeseli, E. (2018). Köşe bulmaca oyunu. www.eba.gov.tr/video/izle/8063b990b556c1bbd4a92b1ad0d3a2660452228b34001
- Kızar, O., Kargün M., Togo, O.T., Biner, M. ve Pala A. (2016). Üniversite öğrencilerinin fiziksel aktivite düzeylerinin incelenmesi. *Marmara Üniversitesi Spor Bilimleri Dergisi*. 1(1). DOI: [10.22396/sbd.2016.6](https://doi.org/10.22396/sbd.2016.6)
- Kin İşler, A. (2011). *Sedanter bireylerde egzersiz programlama*. 1. Fiziksel Aktivite Beslenme ve Sağlık Kongresi'nde sunulmuş bildiri. Başkent Üniversitesi, Ankara. <http://www.sporbilim.com/dosyalar/kk.pdf>
- Kimhy, D., Vakhrusheva, J., Bartels, M. N., Armstrong, H. F., Ballon, J. S., Khan, S. & Sloan, R. P. (2015). The impact of aerobic exercise on brain-derived neurotrophic factor and neurocognition in individuals with schizophrenia: a single-blind, randomized clinical trial. *Schizophrenia bulletin*, 41(4), 859–868. doi:[10.1093/schbul/sbv022](https://doi.org/10.1093/schbul/sbv022) & PMID: 25805886
- Kim, HJ., Song, BK., So, B., Lee, O., Song, W. & Kim, Y. (2014). Increase of circulating BDNF levels and its relation to improvement of physical fitness following 12 weeks of combined exercise in chronic patients with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 220(3) 792–796. doi.org/10.1016/j.psychres.2014.09.020
- Kocal, Y., Karakuş, G. ve Sert, D. (2017). Şizofreni: etyoloji, klinik özellikler ve tedavi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 26(2) 251-267. doi.org/10.17827/aktd.303574

Kostakoğlu, A. E., Batur, S., Tiryaki, A. ve Gögüş, A. (1999). PANSS ölçeğinin Türkçe uygulamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 14(44), 23-32. <https://toad.halileksi.net/olcek/pozitif-ve-negatif-sendrom-olcegi>

Koşarak kulaktan kulağa oyunu. (2018).

www.apaydn.meb.k12.tr/meb_iys_dosyalar/31/01/723501/dosyalar/2017_12/13125118_ISIN_MA_OYUNLARI.pdf

Kör bekçi oyunu. (2007). <http://forum.bedenegitimi.gen.tr/egitsel-oyunlar-1-t544.html>

Köroğlu, E. (2016). *Şizofreni nedir? nasıl baş edilir?* Ankara: Hekimler Yayın.

Kurttekin, E. (2017). Basma yanarsın oyunu. www.youtube.com/watch?v=Mo8cHDT9B9Y

Labirent oyunu. (2016). www.forum.bedenegitimi.gen.tr/egitsel-oyun-labirent-t15672.html

Liseler için drama. (2017). Ankara, Altın Anahtar Yayınları.

Lök, S. ve Lök, N. (2016). Psikiyatride güncel yaklaşımlar, kronik psikiyatri hastalarına uygulanan fiziksel egzersiz programlarının etkinliği: sistematik derleme. *Dergi Park*. 8 (4) 354-366. <https://doi.org/10.18863/pgy.253440>

MacAuley, D. (1994). A history of physical activity, health and medicine. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 87 (1), 32–35. [PMID: 8308827](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8308827/)

Makar, E. (2016). Spor eğitimi gören öğrencilerin, sosyal beceri, fiziksel benlik algısı ve fiziksel aktivite düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. (Yüksek lisans tezi). <http://acikerisim.bartın.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/11772/27019-Emre%20makar.pdf?sequence=1>

Malchow, B. (2017). The Impact of endurance training on brain structure and function in multi-episode schizophrenia. *European Psychiatry*, 41. 46 doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.200

Medical University of Vienna (2016). *Dopamine: far more than just the 'happy hormone'*. www.meduniwien.ac.at/web/en/about-us/news/detailsite/2016/news-from-august-2016/dopamine-far-more-than-just-the-happy-hormone/

- Merin, E. L. (2014). Şizofreni tanısını nasıl koyarız? şizofreniye ne sebep olur? Yalom, I. D. ve Vinogradov, S. (Ed.), *Şizofreni terapisi*. (Fulya Kaya, Çev.). (s. 45). İstanbul: Prestij Yayınları.
- Methapatara W1. & Srisurapanont M. (2011). Pedometer walking plus motivational interviewing program for Thai schizophrenic patients with obesity or overweight: a 12-week, randomized, controlled trial. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 65, 374–380. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2011.02225.x>
- Milli Eğitim Bakanlığı (2014). Çocuk gelişimi ve eğitimi drama uygulamaları. www.megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Drama%20Uygulamaları.pdf
- Milli Eğitim Bakanlığı. (2014). *Eğlence hizmetleri yaratıcı drama*. http://megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Yaratıcı%20Drama.pdf
- Mittal, V., Dean, D., Gupta, T. & Bryan, A. (2017). Aerobic exercise Intervention for clinical high-risk youth improves cognitive and hippocampal abnormalities. *Schizophrenia Bulletin*. 43 (1) 168. doi.org/10.1093/schbul/sbx024.019
- Müzikli balonlar oyunu. (2018). <https://www.academia.edu/30427135/Drama>
- Noyan, C. O. (2018). *Madde kullanıyorsanız şizofreni riskiniz yüksektir*. <https://www.e-psikiyatri.com/madde-kullanimi-sizofreniye-yol-aciyor-63073>
- Özalevli, S., Irmak, R. ve Bediz, C. Ş. (Ed.). (2011). *Soru & cevaplarla 6-dk. yürüme testi*. docplayer.biz.tr/6470142-Soru-ve-cevaplarla-6-dakika-yurume-testi-sik-kullanilan-egzersiz-testleri-serisi-1-kitap-elektronik-surum-1-2-isbn-978-605-89408-3-3.html
- Özcan, Y., Özışık, R. I., Ünal, S. ve Özcan, M. E. (2000). Risperidonun şizofreninin pozitif ve negatif belirtileri ve bellek işlevi üzerine etkisi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 10(4) 180-188. www.psikofarmakoloji.org/pdf/10_4_3.pdf
- Özdemir, O. ve Güzel Özdemir, P. (2016). Glutamat sistemi ve şizofreni. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(4), 394-405. doi.org/10.18863/pgy.253445

- Özen, N. E ve Rezaki, M. (2007). Prefrontal korteks: bellek işlevi ve bunama ile ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 18(3),262-269.
<http://turkpsikiyatri.com/C18S3/prefrontalKorteks.pdf>
- Özen, G., Timurkaan Akçınar, S., Güllü, M. Timurkaan, H.S., Meriç, F., Usraş, S., Çelik Çoban, D. ve Güllü, E. (Ed.). (2018). *Spor lisesi, eğitsel oyunlar 12. sınıf*.
https://www.researchgate.net/profile/Gokmen_Ozen/publication/318215807_Egitsel_Oyunlar/inks/5bb46e41299bf13e605d13b4/Egitsel-Oyunlar.pdf
- Özer K. (2016). *Fiziksel ugunluk*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Özdil, G. ve Aktaş, S. (2016). *Fiziksel aktivite ve dünya sağlık örgütünün bakış açısı*.
https://www.researchgate.net/publication/312309530_FIZIKSEL_AKTIVITE_VE_DUNYA_SAGLIK_ORGUTUNUN_BAKIS_ACISI
- Özge Doğanavşargil, G. (2009). *Şizofreni ve depresyonda içselleştirilmiş damgalama ve yaşam kalitesi* (Yüksek lisans tezi).
<http://acikerisim.deu.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/20.500.12397/10020/267004.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Özüdoğru, E. (2013). *Üniversite personelinin fiziksel aktivite düzeyi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi. Burdur.
- Padhy, S. ve Hedge, A. (2015). Şizoafektif bozukluk: kavramın ortaya çıkışı ve güncel durumu. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 26(2), 131-7.
<http://www.turkpsikiyatri.com/PDF/C26S2/07.pdf>
- Pajonk, F. G., Wobrock, T., Gruber O., Scherk, H., Berner, D., Kaizl, I., Kierer, A., Müller, S., Oest, M., Meyer, T., Backens, M., Schneider-Axmann, T., Thornton, A.E., Honer, WG. & Falkai, P. (2010). Hippocampal plasticity in response to exercise in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 67(2) 133-43.
[doi:10.1001/archgenpsychiatry.2009.193](https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.193) & [PMID: 20124113](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20124113/)
- Pamuk, A. (2008). Uçan top oyunu. (Motorik özelliklere göre eğitsel oyunlar).
<http://forum.bedenegitimi.gen.tr/motorik-ozelliklere-gore-egitsel-oyunlar-t6003.html>

Parekh, R. (2017). *What is schizophrenia?*

<http://www.psychiatry.org/patients-families/schizophrenia/what-is-schizophrenia>

Pas yarışı oyunu. (2008).

www.forum.bedenegitimi.gen.tr/motorik-ozelliklere-gore-egitsel-oyunlar-t6003.html

Patates ekmesi oyunu. (2008).

www.forum.bedenegitimi.gen.tr/motorik-ozelliklere-gore-egitsel-oyunlar-t6003.htm

Phillis, C., Baktir, M. A., Srivatsan, M. & Salehi A. (2014). Neuroprotective effects of physical activity on the brain: a closer look at trophic factor signaling. *Frontiers in cellular neuroscience*. 8 (170).1 doi: 10.3389/fncel.2014.00170

Ping pong oyunu. (2008). www.yaratici-drama.blogspot.com/2008/09/ping-pong.html

Polat, S. (2010). *Şizofreni hastaları ve kardeşlerinde düşünce bozukluğu ve aile işlevleri ile ilişkileri* (Uzmanlık tezi).

<http://acikerisim.deu.edu.tr:8080/xmlui/handle/20.500.12397/13264>

Pozitif ve negatif sendrom ölçeği (PANSS). (2018).

www.toad.halileksi.net/olcek/pozitif-ve-negatif-sendrom-olcegi

“Restorant” drama uygulaması. (2018). www.docplayer.biz.tr/17951420-25-yaratici-dram

Rosenbaum, C. P. (2014). Bireysel psikoterapi. Yalom, I. D. & Vinogradov, S. (Ed.). *şizofreni terapisi*. (Fulya Kaya, Çev.). (s. 247-283). İstanbul: Prestij Yayınları.

Saat kaç oyunu. (2015). <https://www.besyohaber.net/saat-kac-oyunu/>

Scarf toss challenge (eşarp atma). (2016). www.youtube.com/watch?v=FGOJVqFKK1c

Sağlık Bakanlığı. (2017). *Fiziksel aktivite nedir?*

www.hsgm.saglik.gov.tr/tr/fiziksel-aktivite/fiziksel-aktivite-nedir.html

Sağlık Bakanlığı. (2017). *Fiziksel aktivite neden önemli?*

www.hsgm.saglik.gov.tr/tr/fiziksel-aktivite/fiziksel-aktivite-neden-onemli.html

Sahakian, B. J., Bruhl, A. B., Cook, J., Killikelly, C., Savulich, G., Piercy, T., Hafizi, S., Perez J., Egea E. F., Suckling J. & Jones P. B. (2015). The impact of neuroscience on society: cognitive enhancement in neuropsychiatric disorders and in healthy people. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Science*. 2(370), 1677. [doi:10.1098/rstb.2014.0214](https://doi.org/10.1098/rstb.2014.0214) & [PMID: 26240429](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26240429/)

Sarı Narğis, B. (2011). *Şizofreni hastalarında B-Wise ölçeğinin geçerlilik çalışması ve metabolik sendrom ve kendilik algısıyla ilişkisi* (Uzmanlık tezi). <https://docplayer.biz.tr/54676610-T-c-mustafa-kemal-universitesi-tayfur-ata-sokmen-tip-fakultesi-ruh-sagligi-ve-hastaliklari-anabilim-dali.html>

Sayın, A. (2008). Dopamin reseptörleri ve sinyal iletim özellikleri. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 11(3), 125-134. www.journalagent.com/kpd/pdfs/KPD_11_3_125_134.pdf

Scheewe, T. W., Haren, N. E. M., Sarkisyan, G., Schnack, H. G., Brouwer, R. M., Glint, M., Pol, H. E. H., Backx, F. J. G., Kahn, R. S. & Cahn, W. (2013). Exercise therapy, cardiorespiratory fitness and their effect on brain volumes: a randomised controlled trial in patients with schizophrenia and healthy controls. *Eur Neuropsychopharmacol* 23 (7) 675-685. [doi 10.1016/j.euroneuro.2012.08.008](https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2012.08.008)

Schizophrenia: a brief history. (2018).

www.livingwithschizophreniauk.org/information-sheets/schizophrenia-a-brief-history/

Sevim, Y. (2018). *Antrenman bilgisi*. www.sporbilim.com/sayfa.asp?mdl=haber¶m=109

Sos oyunu. (2018). www.forum.bedenegitimi.gen.tr/egitsel-oyun-sos-oyunu-t16322.html

Soygur, H. ve Erkoç, Ş. (2007). Şizofreni kavramına tarihsel bir bakış. Soygur, H. (Ed.), Alptekin, K. (Ed.), Atbaşoğlu, E. C. (Ed.), Herken, H. (Ed.). *Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar (s.1-4)*. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.

Sönmez, S. (2009). Şizofreni hastalarında psikoeğitim grup çalışmasının pozitif ve negatif belirtiler, sosyal işlevsellik, yeti yitimi, içgörü ve yaşam kalitesi üzerine etkilerinin araştırılması (Uzmanlık Tezi).

http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/tez/pdf/psikiyatri/dr_sinan_sonmez.pdf

Spor nedir? (2018). <https://www.sporbilimlerihaber.com/spor-nedir/>

Stroop test kartları. (2018). <http://slideplayer.biz.tr/slide/13820539/>

Svatkova, A., Mandl, R. C., Scheewe, T. W., Cahn, W., Kahn, R. S. & Hulshoff Pol, H. E. (2015). Physical exercise keeps the brain connected: biking increases white matter integrity in patients with schizophrenia and healthy controls. *Schizophrenia bulletin*, 41 (4), 869–878. [doi:10.1093/schbul/sbv033](https://doi.org/10.1093/schbul/sbv033)

Sunay, H. ve Aras, D. (2018). *Fiziksel aktivite uygunluk, egzersiz spor ve sağlık ilişkisi*. www.acikders.ankara.edu.tr/pluginfile.php/82754/mod_resource/content/0/%2811%29%20FIZIKSEL%20AKTIVITE%2C%20FIZIKSEL%20UYGUNLUK%2C%20EGZERSIZ%20SPOR.pdf

şentürk Cankorur, V. (2016). Ruhsal bozukluklar ve fiziksel aktivite: depresyon, anksiyete bozuklukları, affektif bozukluklar, yeme bozuklukları, madde kullanım bozuklukları ve şizofreni, korunma ve tedavide fiziksel aktivitenin rolü. *Türkiye Klinikleri Journal Sports Medicine-Special Topics*, 2(2), 20-6. <https://www.turkiyeklinikleri.com>

şizofreni Fedarasyonu (2016). *şizofreni: ruhun karmaşık ve gizemli hastalığı*. <http://sizofrenifederasyonu.org/1441/sizofreni-ruhun-karmasik-ve-gizemli-hastaligi/>

Temel motorik özellikler. (2018). <http://slideplayer.biz.tr/slide/10535918/>

Top taşıma oyunu. (2018). www.forum.bedenegitimi.gen.tr/egitsel-oyun-top-tasima-t15663.html

Topu karşı alandan çıkar. (2007). www.forum.bedenegitimi.gen.tr/egitsel-oyunlar-1-t544.html

Tunay, V. B. (2008). *Yetişkinlerde fiziksel aktivite*. sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/t39.pdf

Tuvalet kağdı oyunu. (2018).

www.apaydn.meb.k12.tr/meb_iys_dosyalar/31/01/723501/dosyalar/2017_12/13125118_ISIN_MA_OYUNLARI.pdf

Twosome reaction (çift kişilik dans). (2016). www.youtube.com/watch?v=FGOJVqFKK1c

- Ülkar, B. (2018). Fiziksel aktivite ve sağlık.
acikders.ankara.edu.tr/pluginfile.php/57185/mod_resource/content/1/FizikselAktivite-Saglik.pdf
- Ünal, S. (2003). Şizofrenide bilişsel işlev bozuklukları ve belirti oluşumu ile ilişkisi.
Anadolu Psikiyatri Dergisi 4. 46-53.
academia.edu/1382633/Şizofrenide_bilişsel_işlev_bozuklukları_ve_belirti_oluşumu_ile_ilişkisi
- Veren, F. (2018). *Araştırma tasarımı*. <http://slideplayer.biz.tr/slide/12139248/>
- Yalçın, K. Y., Demirdağ, M. ve Kazak, .O. K. (2017). *Ortaöğretim spor lisesi eğitsel oyunlar ders kitabı*.
<http://img.eba.gov.tr/849/466/cca/d02/432/0b4/11d/8a0/128/a05/3ae/f14/bc7/9a0/013/849466ccad024320b411d8a0128a053aef14bc79a0013.pdf>
- Yamaner, F. (2018). *Antrenman bilgisi*.
web.hitit.edu.tr/dosyalar/materyaller/farukyamaner@hititedutr271220155W2H4R5T.pdf
- Yamaner, F. (2018). *Temel motorik özellikler*.
web.hitit.edu.tr/dosyalar/materyaller/farukyamaner@hititedutr271220150Q7C9L0O.pdf
- Yavaşçı, E. ve Akkaya, C. (2012). Şizofrenide serotoninin rolü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4 (2), 237-259. DOI: 10.5455/cap.20120415
- Yavuz, R. (2008). *Şizofreni*. <http://ctf.edu.tr/stek/pdfs/62/6205.pdf>
- Yazıcı, A. G. (2014). Toplumsal dinamizm ve spor. *Uluslararası Türkçe Edebiyat Kültür Eğitim (TEKE) Dergisi*, 3 (1) 394-405. <https://doi.org/10.7884/teke.280>
- Yıldırım, M. ve Bayrak, C. (2017). Üniversite öğrencilerinin fiziksel aktivitelere katılım düzeylerinin demokrafik özelliklerine göre belirlenmesi (Eskişehir Osmangazi üniversitesi örneği). *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 5(54) 312. DOI: 10.16992/ASOS.12852.
- Yıldız, M. (2015). *Egzersiz terminolojisi, tipleri ve ölçüm yöntemleri egzersizde kardiyovasküler yanıt*.
<http://cdn.istanbul.edu.tr/statics/florencenightingale.istanbulc.edu.tr/wp-content/uploads/2015/02/KR-sunum-7.pdf>

Yıldız, M. (2001). Şizofreni rehabilitasyonunda klinikten eve uzanan yol. *Şizofreni Yazıları Dergisi*, 2(2), 7.

www.sizofrenifederasyonu.org/4634/sizofreni-rehabilitasyonunda-klinikten-eve-uzanan-yol/

Yosmaoğlu, A. (2019). *Şehirde yaşayanlarda yüksek şizofreni riski!*

<https://www.e-psikiyatri.com/sehirde-yasayanlarda-yuksek-sizofreni-riski-62615>

Zschucke, E., Gaudlitz, K. & Ströhle, A. (2013). Exercise and physical activity in mental disorders: clinical and experimental evidence. *J Prev Med Public Health* 46, (1), 12-21. <https://doi.org/10.3961/jpmph.2013.46.S.S12>

Zorba, E. (2010). *Fiziksel aktivite ve fiziksel uygunluk*. (Ders notları).

<http://slideplayer.biz.tr/slide/2924442/>

What is physical activity? (2018). www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity

Woodward, M., Honer, W., Su W., White R., Leonova, O., Warburton, D., Rauscher, A., Smith, G., Thornton, A., Vertinsky, T., Goghari, V., O'Connor, T., Phililps, A. ve Lang, D. (2017). Comparison of frontal cortical volumes with physical fitness in chronic schizophrenia patients following aerobic and resistance training programs. *Schizophrenia Bulletin*, 43 (1), 82

<https://doi.org/10.1093/schbul/sbx021.218>

World Health Organization (2018). *What is physical activity?*

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>



EK-1

Eğitsel Oyunlar-Drama (EOD) Grubu Uygulama Programı

1.Hafta 1. ders

Oyunun adı: *Kar Fırtına Yağmur*

Oyunun yeri: Sınıf-Bahçe

Oyunun süresi: 10-15 dk.

Oyunun seviyesi: 10-12 yaş ve üzeri

Oyuncu sayısı: Bir sınıf ya da bir grup

Eğitsel değeri: Dikkat ve Karar vermeyi geliştirebilme.

Oyunun açıklaması: Öğretmen bütün sınıfı görebilecek bir yerde durur. Oyuna başlama ise “fırtına” deyince bütün sınıf ellerini dizine vurur. “kar” deyince elleri göğsüne “yağmur” deyince elleri yukarda şaklatırlar. Öğretmen birkaç kez düzenli olarak bu isimleri söyler. Daha sonra oyuncularını şaşırtmak için bu isimleri değişik (karışık) şekilde söyler. Şaşıranlar oyundan çıkar, en son kalan alkışlanır (www.acevokulöncesi.org, 2018).

Oyunun adı: *Saat Kaç*

Oyunun yeri: Salon-Bahçe

Oyunun süresi: 5-6 tekrar

Oyunun seviyesi: 12 yaş ve üzeri.

Oyuncu sayısı: Bir sınıf ya da bir grup

Eğitsel değeri: Bilişsel elişim, takım ruhu, iş birliği.

Oyunun açıklaması: Katılımcılar 6 şarlı olacak şekilde gruplandırılır. 6 katılımcıya 4’ saat sayıları verilir (3, 6 , 9, 12) ve saat düzeni şeklinde daire olurlar. Diğer 2 katılımcı ise akrep ve yelkovan olur. Öğretmenin komutu ile öğrenciler söylenen saati oluşturmaya çalışırlar. Söylenen saati ilk oluşturan grup kazanmış olur (www.besyohaber.net, 2015).

Oyunun adı: *Sırt Sırta Top Taşıma*

Oyunun yeri: Sınıf, salon, bahçe

Oyun araç gereci: Voleybol topu, basketbol topu futbol topu vb.

Oyunun süresi: 4-5 tekrar

Oyunun seviyesi: 10 yaş ve üzeri

Oyuncu sayısı: En az iki kişi

Eğitsel değeri: Dikkat, koordinasyon, beceri, iş birliği.

Oyunun açıklaması: Katılımcılar boyları uygun olacak şekilde ikişerli olarak eşleşir. Yarışın yapılacağı mesafe belirlenir ve katılımcılara bildirilir.katılımcılar sırt sırta gelerek aralarına aldıkları topu düşürmeden yarışını tamamlamaya çalışacaklardır. Topu düşürn ekip diskalifiye olur ya da oyuna baştan başlar (Yalçın vd., s. 101, 2017).

1. Hafta 2. ders

10 dk. ısınma::

Benimle Gelme Oyunu; Katılımcılar bir halka üzerinde, yüzleri merkeze dönük olarak durur. Bir ebe halkanın dışındadır. Halkanın etrafında koşarken hafifçe bir arkadaşına dokunarak, "Benimle gelme." der. İki oyuncu ters istikamette koşarlar. Karşılaştıkları zaman birbirlerini eğilerek selamlarlar ve "Günaydın" derler ve boş kalan yeri kapmak için koşularına devam ederler. Boş yeri kapamayan öğrenci ebe olur ve oyunu tekrarlar (www.bedeneğitimi.gen.tr, 2009).

Ana evre (uygulama evresi)

Oyunun adı: *Ping-Pong*

Oyunun yeri: Salon, sınıf, bahçe

Oyunun süresi: 15-25 dk.

Oyunun seviyesi: 9 yaş üstü

Oyuncu sayısı: Bir sınıf ya da bir grup

Eğitsel değeri: Bellek, hatırlama, dikkat, kantsantrasyon

Oyunun açıklaması: Grup daire oluşturacak şekilde ayakta dizilir. Ebe ortaya geçerek parmağıyla işaret ettiği kişiye "ping" ya da "pong" der. Ebe işaret ettiği kişiye ping derse işaret edilen kişi kendi solundaki kişinin ismini 3 saniye içinde söylemelidir, pong derse sağındaki kişinin ismini söylemelidir. Yanlış söylerse ebe olarak ortaya geçer. Ebe uzun süre ortada kalınca ya da herkesin kendi yanındaki ismini ezberlediğini düşünüp yer değiştirmelerini istediğinde "ping-pong" diye bağırır. "Ping-pong" dendiğinde herkes yer değiştirmek zorundadır (www.yaratici-drama.blogspot.com, 2008).

Oyunun Adı: *Zincir*

Oyunun Yeri Salon-Bahçe

Oyun Süresi: 3-4 tekrar

Oyun Seviyesi: 10 yaş ve üzeri

Oyuncu Sayısı: bir sınıf ya da bir grup

Oyunun Eğitsel Değeri: Kuvvet, Dayanıklılık geliştirir.

Oyunun Açıklaması: Oyuncular derin kolda arka arkaya dizilir. Grup başındaki oyuncu belirlenen noktaya kadar koşup döner ve sıradaki oyuncunun elinden tutar. Oyuncular birlikte koşmaya başlarlar. Her seferinde oyuna bir kişi eklenir. Bütün oyuncular hep birlikte koşuktan sonra oyunun başlangıç noktasına geldiğinde oyunun başında ilk koşan oyuncu, oyundan çıkar. Her turda oyuna katılma sırasına göre bir oyuncu, oyundan çıkar. Bu oyunda oyuncular uzun süre koştuğundan dayanıklılık gelişimi sağlanmış olur.

Grup oyuncuları, dayanıklılık gelişim düzeyine göre sıralanır. Oyuna ilk başlayacak olan oyuncu en dayanıklı oyuncudur. En sondaki oyuncu da dayanıklılık performansı en düşük oyuncudur. Oyun, aynı şekilde oynanmaya başlanır fakat bütün oyuncular hep birlikte koşuktan sonra, bu defa oyuna en son katılan oyuncu, oyundan ilk çıkan oyuncu olur. Böylelikle oyuna bütün oyuncuların katılımı sağlanmış olur (Özen vd., 2018, s. 59).

1. Hafta 3. ders

Ana evre (uygulama evresi)

Oyunun adı: *İsim balonları oyunu*

Oyunun yeri: Salon, bahçe, sınıf

Oyun araç gereci: balon, asetat kalem

Oyunun süresi: 10 dakika

Oyuncu sayısı: bir grup ya da bir sınıf

Eğitsel değeri: tanışma ve isim öğrenme.

Oyunun açıklaması: Katılımcılar daire oluşturacak şekilde ayakta dururlar. Her katılımcı dağıtılan balonları şişirerek ismini okunacak şekilde balona yazar. Oyunun başında katılımcılar balonları kaldırıp isimlerini yüksek sesle söylerler. Daha sonra katılımcılar balonları dairenin orasına atarlar ve oyunu oynatan kişinin komutuyla herkes ortaya girip bir balon alır. Amaç 30 saniye içinde balonu sahibine vermektir. 30 saniye sonunda herkes kendi balonuna ulaşamamışsa oyun tekrarlanır (www.academia.edu., 2018).

Oyunun adı: *Müzikli balon oyunu*

Oyunun yeri: Salon, bahçe, sınıf

Oyun araç gereci: Katılımcı sayısı kadar balon, 5-10 tane asetat kalem, cd çalar.

Oyunun süresi: 10 dakika

Oyuncu sayısı: En az 10 kişi

Eğitsel değeri: Katılımcıların birbirlerinin isimlerini öğrenmesi, iletişim kurmalarını sağlamak.

Oyunun açıklaması: Katılımcılara birer balon dağıtılır. Balonları şişirmeleri ve üzerine isimlerini ve nereli olduklarını yazmaları istenir. Daha sonra müzik çalmaya başlar ve katılımcılar balonları havaya atarak karışmasını sağlar. Müzik durana kadar amaç, balonların tamamını olabildiği kadar havada tutmak ve yere düşmelerini önlemeye çalışmaktır. Müzik durduğu zaman herkes en yakınındaki balonu yakalayarak ellerindeki balonun üzerinde ismi yazan kişi bulmaya çalışır. İsteğe göre bir kaç tur oynanabilir (www.academia.edu., 2018).

Oyunun adı: *Alfabetik sıra oyunu*

Oyunun yeri: Salon, bahçe, sınıf;

Oyunun süresi: 10 dakika

Oyun araç gereci: Katılımcı sayısı kadar sandalye

Oyunun seviyesi: 9 yaş ve üzeri.

Oyuncu sayısı: En az 10 kişi

Eğitsel değeri: İsimleri öğrenmek, grubu birbirine ısındırmak

Oyunun açıklaması: Katılımcıların sayısına göre olan sandalyeler halka şeklinde dizilir. Katılımcılardan sandalyelerin üstüne çıkması istenir. Hiç bir şekilde konuşmadan ve sandalyeden yere inmeden alfabetik sıraya geçmeleri istenir. Başlangıç-bitiş noktalarını ve hareket yönünü oyunu yürüten kişi belirleyebilir ya da tamamen katılımcılara bırakır. Sandalye yerine step tahtası vb kullanılabilir (www.academia.edu., 2018).

2. Hafta 1. ders

10 dk. ısınma:

Benimle Gel Oyunu: Bütün katılımcılar bir halka üzerinde yüzleri içe dönük olarak dururlar. Bir kişi dairenin dışındadır. Dışarıdaki oyuncu halkanın etrafında koşmaya başlayınca oyun başlar. Koşan oyuncu bir arkadaşının sırtına hafifçe dokunarak " Benimle gel." der. Dairenin etrafında bir kere koşu, arkadaşının yerini almaya çalışır. Vurulan oyuncu, arkadaşı kendi yerine gelinceye kadar dokunmaya çalışır. Bunda başarısız olursa ebe olur ve başka birisini koşturur. Eğer arkadaşına yerine gelmeden önce dokunursa kendi yine yerine geçer. Arkadaşı ikinci defa ebe olur (www.bedeneğitimi.gen.tr; 2009).

Ana evre (uygulama evresi)

Oyunun adı: *Arkadaşına Sarıl*

Oyunun yeri: Salon-Bahçe

Oyunun süresi: 2-3 tekrar

Oyunun seviyesi: 10-12 yaş üzeri

Oyuncu sayısı: Serbest

Eğitsel değeri: Algı, Dikkat, Reaksiyon Hızı, Arkadaşlık Bağı, İşbirliği.

Oyunun açıklaması: Tüm katılımcılar belirlenen bir alan içerisinde yürür veya yavaş tempo koşu yapar. Öğretmenin verdiği komut ile birlikte verilen sayı kadar kişi birbirine sarılır. Örneğin: Öğretmen düdüğü çalar ve 5 der. 5 kişilik bir grup birbirine sarılır. Sınıfta 22 kişi varsa 2 kişi boşta kalacaktır ve bu boşta kalan kişiler oyun dışı kalmış olacaktır. Oyuncular birbirile anlaşıp grup oluşturmaları diye söylenen sayı sürekli değiştirilir (www.bedeneğitimi.gen.tr, 2009).

Oyunun adı: *Patates Ekmesi*

Oyunun yeri: Salon-Bahçe

Oyun araç gereci: Hentbol topu-Tebeşir

Oyunun süresi: 3-4 tekrar

Oyunun seviyesi: 14-15 yaş üzeri

Oyuncu sayısı: 12-14

Eğitsel değeri: Çabukluğu, Beceri, Dikkati geliştirir.

Oyunun açıklaması: Katılımcılar iki takıma ayrılır ve derin kolda sıralanırlar. Takımlar başlama çizgisinin arkasına dizilirler. Her takımın önüne 1 m çapında bir daire çizilir ve içine 3 adet top konulur. Bu daireden 2-4 m mesafeyle üç daire daha çizilir. Başlama işaretinden sonra ilk oyuncu topları alıp her daireye birer adet bırakıp koşarak geri döner ve ikinci arkadaşının eline vurup sıranın arkasına geçer. İkinci oyuncu ise bu topları toplayıp ilk daireye getirir. Üçüncü oyuncunun eline vurup geriye geçer ve o da birinci oyuncu gibi oyuna devam eder. Bütün oyuncular sıralandıktan sonra oyun biter. İlk sıralanan takım galiptir (www.bedeneğitimi.gen.tr, 2008).

2. Hafta 2.ders

10 dk. ısınma:

Arkadaşına Sarıl Oyunu; Tüm katılımcılar belirlenen bir alan içerisinde yürür veya yavaş tempo koşu yapar. Öğretmenin verdiği komut ile birlikte verilen sayı kadar kişi birbirine sarılır. Örneğin: Öğretmen düdüğü çalar ve 5 der. 5 kişilik bir grup birbirine sarılır. Sınıfta 22 kişi varsa 2 kişi boşta kalacaktır ve bu boşta kalan kişiler oyun dışı kalmış olacaktır. Oyuncular birbirile anlaşır grup oluşturmasınılar diye söylenen sayı sürekli değiştirilir (www.bedeneğitimi.gen.tr, 2009).

Ana evre (uygulama evresi)

Oyunun adı: *Adadan Adaya (Çemberden Çembere)*

Oyunun yeri: Salon-Bahçe

Oyun araç gereci: Çember

Oyunun süresi: 3-4 tekrar

Oyunun seviyesi: 8-10 yaş ve üzeri

Oyuncu sayısı: Bir sınıf ya da grup

Eğitsel değeri: Beceri ve Çabukluğu geliştirir.

Oyunun açıklaması: Her grubun iki çemberi vardır. Oyuncular derin kolda ve gruplar eşit sayıda yan yana dizilirler. Gereğinde gruplar 2'ye ayrılmak süratıyla karşılıklı yerleşir. Grubun ilk oyuncusu verilen çıkış komutu ile birinci çemberi önüne yerleştirir ve içine atlar. İkinci çemberi de tekrar önüne yerleştirir, içine atlar ve birinciyi alır, tekrar öne yerleştirir. Oyun yarışçının diğer yarışçıya kadar olan mesafeyi bu şekilde kat etmesiyle devam eder. Çemberden başka zemine hiç bir şekilde değmemesi gerekir. Bu nedenle çemberler, yetişilebilecek kadar öne konmalıdır. Önce bitiren grup galip ilan edilir (Yalçın vd., 2017, s. 79).

Oyunun adı: *Çift Dairede Stafet*

Oyunun yeri: Salon ve bahçe.

Oyun araç gereci: İki adet top

Oyunun süresi: serbets

Oyunun seviyesi:-

Oyuncu sayısı: 8-12

Eğitsel değeri: Dikkat ve Zamanlamanın Geliştirilmesi

Oyunun açıklaması: Her iki takım ayrı bir ilk oyun çemberinde yüzleri merkeze dönük pozisyonda eşit aralıklarla sıralanır. Her iki takım kaptanına birer top verilir. Öğretmenin “başla” komutu ile kaptanlar yan atışı kullanarak yanındaki arkadaşlarına atarlar. Her takımın oyuncuları topu saat ibresi yönünde yanındaki arkadaşına atmaya devam eder. Topu düşüren oyuncu gidip ve yerine geldikten sonra arkadaşına atacaktır. Topun daire etrafında iki kez dolaşımı ilk tamamlayan takım yarışı kazanacaktır. Kaptan top kendisine gelince dolaşım sayısını yüksek sesle söyleyecektir. Oyunda dolaşım sayısı istenildiği kadar arttırılabilir (www.bedeneğitimi.gen.tr, 2017).

2.hafta 3.ders

Isınma: 10 dk. Müzik eşliğinde serbest ritim-dans.

Ana evre (uygulama evresi)

Oyunun adı: *Tuvalet Kağıdı Oyunu*

Oyunun yeri: Salon, Bahçe, Sınıf

Oyunun süresi: En az 10 dk. (sayıya göre 1 ders saati kadar)

Oyun araç gereci: Bir rulo tuvalet kağıdı.

Oyuncu sayısı: En az iki kişi

Eğitsel değeri: Katılımcıların birbirlerini daha yakından tanımalarını, ve kendilerini daha iyi ifade edebilmelerini sağlamak..

Oyunun açıklaması: Oyunu yöneten kişi yerlerinde oturan katılımcılara bir rulo tuvalet kağıdı verir rulodan istedikleri sayıda parçayı koparıp almalarını ister. Herkes kağıtlarını aldıktan sonra, oyunu yöneten kişi sırayla her katılımcıdan koparttığı kağıt parçalarının sayısı kadar kendi hakkında bir şeyler söylemesini ister. Her katılımcının kendi hakkında en az bir şeyi diğer katılımcılarla paylaşmasıyla katılımcıların birbirlerini daha iyi tanımaları ve daha yakın ilişkiler kurmaları sağlanabilir (www.apaydn.meb.k12, 2018).

Oyunun adı: *Çift El Top Sürme*

Oyunun yeri: Salon-Bahçe

Oyunun süresi: serbest

Oyun araç gereci: Balon, Huni, Çanak

Oyunun seviyesi: 7 yaş üzeri

Oyuncu sayısı: Bir sınıf ya da bir grup

Eğitsel değeri: Beceri, Çabukluk, Koordinasyon.

Oyunun açıklaması: Katılımcılar belirlenmiş alanda her iki eliyle aynı anda top sürerek slalom yapar, huniye gider ve geri döner.

3. Hafta 1. ders

Ana evre (uygulama evresi)

Oyunun adı: *Pas Yarışı*

Oyunun yeri: Salon-Bahçe

Oyunun süresi: 3-4 tekrar

Oyunun seviyesi: 12 yaş ve üzeri

Oyuncu sayısı: Bir sınıf ya da bir grup

Eğitsel değeri: Temel kuvvet beceriyi geliştirir.

Oyunun açıklaması: Eşit sayıda gruplar derin kolda tek sıra olurlar ve birer kaptan seçerler. Kaptanlar grubun 3-4 m. önüne geçerler, verilen komutla beraber ellerindeki toplarla paslaşmaya başlarlar. Kaptan grubun önündeki oyuncuya pas verir; bu oyuncu da pasla topu kaptana iade eder ve grubun arkasına geçer. Böylece tüm oyuncular paslaşır. Hatasız ve öncelikle bitiren grup galip ilan edilir (Yalçın vd. 2017, s. 100).

Oyunun adı: *Çapraz Pas Yarışı*

Oyunun yeri: Salon-Bahçe

Oyunun süresi: 3-4 tekrar

Oyunun seviyesi: 12 yaş ve üzeri

Oyuncu sayısı: Bir sınıf ya da bir grup

Eğitsel değeri: beceri ve dikkat geliştirir.

Oyunun açıklaması: Eşit sayıdaki 4 grup karşılıklı olarak 5 m mesafede derin kolda tek sıra olurlar. Verilen komutla beraber ellerindeki toplarla çapraz paslaşmaya başlarlar. Çapraz paslaşan oyuncu paslaştığı grubun arkasına sıraya geçer.. Böylece tüm oyuncular paslaşır. Hatasız ve öncelikle bitiren grup galip ilan edilir.

Oyunun adı: *Sos*

Oyunun yeri: Salon, bahçe, sınıf

Oyun araç gereci: Çanak- çember.

Oyunun süresi: 4-5 tekrar

Oyuncu sayısı: 8-12

Oyunun seviyesi: 10 yaş ve üzeri

Eğitsel değeri: Dikkat, beceri ve bilişsel gelişim.

Oyunun açıklaması: Her iki takım yanyana derin kolda sıra olur. 10 m ileride dokuz adet çember üçer sıra olarak dizilidir. Verilen komutla birlikte gruplardan sırayla en öndeki öğrenciler kendi grubunun önündeki çanaklardan bir tane alarak karşıda bulunan dokuz adet çemberden birine çanağı yerleştirir ve geriye koşar sıradaki arkadaşı yeni bir çanak alarak tekrar çemberlere koşar ve dikey, yatay ve çapraz olarak aynı renkte üç çanağı ilk sıralayan grup yunu kazanır (www.bedeneğitimi.gen.tr, 2018).

3.hafta 2. ders

Isınma:

10 dk antrenman merdiveninde çeşitli hareketler (zig zag, sek sek, karna diz çekme, çift ayak zıplama).

Ana evre (uygulama evresi)

Oyunun adı: *Labirent*

Oyunun yeri: Salon-Bahçe

Oyunun süresi: 5-6 tekrar

Oyunun seviyesi: 10 yaş ve üzeri.

Oyuncu sayısı: Bir sınıf ya da bir grup

Eğitsel değeri: Dikkat, Koordinasyon, Beceri.Bilişsel

Oyunun açıklaması: Katılımcılar dört sıra olacak şekilde derin kol ve dört sıra olacak şekilde geniş kolda dizilirler. Ebe olan katımcı koridorların arasından kaçan katılımcıyı yakalamaya çalışır. Öğretmen her düdükle çaldığında sırada bekleyen öğrenciler sağa doğru dönüş yaparlar. Ebe de kaçan öğrenciyi koridorların arasından yakalamaya çalışır.. Oyun 2 katılımcıyla çeşitlendirilir (www.bedeneğitimi.ge.tr, 2016)

Oyunun adı: *Köşe Bulmaca*

Oyunun yeri: Salon-Bahçe

Oyun araç gereci: Çanak, huni.

Oyunun süresi: 3-5 tekrar

Oyunun seviyesi: 10 yaş ve üzeri.

Oyuncu sayısı: Bir sınıf ya da bir grup

Eğitsel değeri: Bilişsel, duyuşsal, psikomotor

Oyunun açıklaması: Dört köşe ya da hunilerin bulunduğu alanda hunilere bir sayı verilir. Verilen komutla birlikte katılımcılar söylenen noktalara (köşelere-hunilere) koşarlar.

Oyunun çeşitlendirmesi: Öğretmenin soracağı dört işlem sorularının cevabına göre katılımcıların doğru köşeleri bulması beklenir. Örneği öğretmen 4-2 sorusunu sorar ve katılımcılar sorunun cevabına göre 2 nolu noktaya koşar (Kırkkeseli, 2018).

Not: Oyunun çeşitlendirmesi Muharrem Korkmaz' aittir.

Oyunun adı: *Koordinasyon*

Oyunun yeri: Salon-Bahçe

Oyun araç gereci: Çanak, huni, çember

Oyunun süresi: 3-5 tekrar;

Oyunun seviyesi: 10 yaş ve üzeri.

Oyuncu sayısı: Bir sınıf ya da bir grup

Eğitsel değeri: Dikkat, Koordinasyon, Beceri.Bilişsel

Oyunun açıklaması: Katılımcılar sahada karışık olarak yerleştirilmiş çanaklar arasında slalom yapar ve hızla cembere kosarlar. Çemberi alır huniye atarak geçirip hızla yerine döner.

3.hafta 3.ders

Isınma:

10 dk. Gruptan müzik eşliğinde ritimle yürümleri istenir. Daha sonra liderin verdiği yönergelere göre ayak parmaklarının ucunda, topuğuna basarak, ayakların dış yanına basarak, ayakların iç yanına basarak yürünür

Ana evre (uygulama evresi)

Oyunun adı: *Kukla-Kuklacı*

Oyunun yeri: Bahçe, Salon, Sınıf

Oyunun süresi: Bir ders saati

Oyunun seviyesi: 18 yaş üstü

Oyuncu sayısı: En az dört kişi

İşleniş: Doğaçlama

Eğitsel değeri: Dokunmaya yönelik oyunlarla duyarını geliştirebilme. Bir temadan yola çıkarak, doğaçlamalar oluşturabilme. Bir konu ya da temayı bedenini kullanarak ifade edebilme. Yaratıcılığını ortaya koyma ve geliştirmede hayal gücünün kullanabilme. İmgesel anlatım gücünü geliştirebilme. Grupla çalışmaya istekli oluş.,

Oyunun açıklaması: Grup eşit sayıda iki gruba ayrılarak, iç içe iki çember yapılır. Dıştakiler kuklacı, içtekiler kukla olacaktır. Kuklacılar önlerindeki tahta malzemeyi istedikleri biçimde şekillendirdikten sonra, sağa doğru bir kayarak her bir kukla üstünde oynamalar yaparak düzeltirler. Kendi kuklalarına geldikten sonra son düzeltmeyi yaparlar, kuklalarını el hareketleriyle oynatırlar. Bittikten sonra içtekiler ve dıştakiler yer değiştirirler. Aynı işlemler tekrarlanır

Değerlendirme: Grup çember şeklinde yere oturur. Lider yapılan çalışmaların hedefleri hakkında bilgi verdikten sonra, hedeflere ulaşıp ulaşılmadığı hakkında katılımcıların görüşlerini alır. Çalışmalar sırasında neler hissettikleri, neler duyumsadıkları sorularak, tüm katılımcıların duygularını ve düşüncelerini söylemesi sağlanır (www.bedeneğitimi.gen.tr, 2009).

Oyunun adı: *Hayvanat Bahçesi*

Oyunun yeri: Salon-Bahçe

Oyunun süresi: 3-5 tekrar

Oyunun seviyesi: 8 yaş ve üzeri

Oyuncu sayısı: Bir sınıf ya da bir grup

Eğitsel değeri: Bilişsel, Algı.

Oyunun açıklaması: Bütün öğrenciler eşit olarak iki gruba ayrılırlar. Aralarında 4-5 metre mesafe olacak şekilde karşılıklı iki paralel çizginin üzerinde, yüzleri birbirlerine dönük olarak dizilirler. Bir grup kendilerine (kendi aralarında seçerek) bir hayvan ismi alır. Diğer gruba doğru yaklaşır. İki-üç adım kala ismini aldıkları hayvanın taklidini yapmaya başlarlar. Karşı taraftan herhangi bir oyuncu bunun hangi hayvan olduğunu tahmin ederse, hayvan ismi alan grup kendi çizgilerini geçinceye kadar kaçar, hayvanın ismini bilen grup kovalar. Yakalananlar, yakalayan gruba geçer. Oyun sıra ile devam ettirilir (www.bedeneğitimi.gen.tr, 2009).

4. hafta 1.ders

Ana evre (uygulama evresi)

Oyunun adı: *Çemberle İşbirliği Oyunu*

Oyunun yeri: Salon-Bahçe

Oyun araç gereci: Çember

Oyunun süresi: 5-6 tekrar

Oyunun seviyesi: 12 yaş ve üzeri

Oyuncu sayısı: Bir sınıf ya da bir grup

Eğitsel değeri: Çabukluk, beceri

Oyunun açıklaması: Katılımcılar yanyana iki grubu oluştururlar ve her grubun derin kolda sıra olur. Oyun en ardaki oyuncunun gerisinde ve yerde duran çemberi hakem işareti ile almasıyla başlar. Çember, oyuncu atlamadan; yan taraftan, çift elle, sağ ya da sola dönülerek, geriden alınarak bir önündeki oyuncuya aktarılır. Çember öne geldiğinde, en öndeki oyuncunun içinde bulunduğu çemberle boşluk oluşturmayacak şekilde yere konulur. Grubun en önündeki katılımcı yere konulan çembere adım atar ve diğer grubun üyeleri de öne doğru birer adım atarak ilerler. En arkada boşta kalan çember aynı şekilde elden ele en öndeki katılımcıya iletilir.

Oyunun kazanılması için en öndeki çemberin tamamının bitiş çizgisini geçmiş olması ve oyuncunun çemberin içerisinde olması, diğer oyuncuların da boşluk oluşturmayacak şekilde çember içerisinde olması gerekmektedir.

Kural ihlalinde oyun başta başlar. Bir oyuncu çember içinde iken diğer oyuncu çember içine giremez (www.gelenekselcocukoyunlari.com, 2018).

Oyunun adı: *Çanak Kapma*

Oyunun yeri: Salon-Bahçe

Oyun araç gereci: çanak, huni

Oyunun süresi: 5-6 tekrar

Oyunun seviyesi: 9 yaş ve üzeri

Oyuncu sayısı: Bir sınıf ya da bir grup

Eğitsel değeri: Çabukluk, beceri, dikat, algı

Oyunun açıklaması: Katılımcılar geniş kolda karşılıklı iki grup olarak sıralanır. Her iki katılımcının karşısına bir çanak yerleştirilir. Katılımcılar doksan derece çökmüş pozisyonda verilen komutları dinler. Çanak komutunu duyunca yerdeki çanağı kapmaya çalışırlar. Çanağı ilk kapan oyunu kazanır. Örneğin: Öğretmen göz dediğinde kendi gözünü tutar. Kulak dediğinde kendi kulağını tutar. Çanak komutunu duydukları an önlerindeki çanağın rakibinden önce almaya çalışır (Doğan, 2018).

4.hafta 2.ders

Isınma:

10 dk antrenman merdiveninde çeşitli hareketler (zig zag, sek sek, karna diz çekme, çift ayak zıplama).

Ana evre (uygulama evresi)

Oyunun adı: *Penguen Yarışı*

Oyunun yeri: Salon-Bahçe,

Oyun araç gereci: top

Oyunun süresi: 4-5 tekrar

Oyunun seviyesi: 10 yaş ve üzeri

Oyuncu sayısı: Bir sınıf ya da grup

Eğitsel değeri: Beceri, Çabukluk, Dikkat geliştirir.

Oyunun açıklaması: Her grub yanyana derin kolda sıra olur. En öndeki oyuncular verilen komutla dizleri arasındaki topu düşürmeden hedefe gidip geri gelmeye çalışır. Turu tamamlayan oyuncu topu arkadaşına verir. İlk bitiren grup oyunu kazanır. Toplar çeşitlendirilerek ve engeller konarak oyun zenginleştirilir (Balyemez, 2016).

Oyunun adı: *Değirmen*

Oyunun yeri: Salon-Bahçe

Oyun araç gereci: Top

Oyunun süresi: 4-5 tekrar

Oyunun seviyesi: 10 yaş ve üzeri

Oyuncu sayısı: Bir sınıf ya da bir grup

Eğitsel değeri: Beceri, Çabukluk, dikkat geliştirir.

Oyunun açıklaması: Oyun alanına birbirinden ayrı iki grup olacak şekilde dairesel olarak çanaklar dizilir. Oyuncular çanakların dışında şınav pozisyonunda yer alırlar. Saat yönünde ortadaki topu elleriyle arkadaşlarına pas olarak iletir. (sağ el topu sol ele pas yapar sol el diğer oyuncuya pas yapar. Pas yaparken bir el yerde sabit durur.) İlk bitiren grup kazanır. İkinci bir parkur kurularak oyuncu çeşitlendirilebilir (Özen vd. 2018, s. 47).

4.hafta 3.ders

10 dk ısınma.;

Gruptan müzik eşliğinde ritimle yürümleri istenir. Daha sonra liderin verdiği yönergelere göre ayak parmaklarının ucunda, topuğuna basarak, ayakların dış yanına basarak, ayakların iç yanına basarak yürünür.

Ana evre (uygulama evresi)

Oyunun adı: *Güzin Abla Dert Dinliyor*

Oyunun yeri: Salon, bahçe, sınıf

Oyun araç gereci: Kalem, kağıt

Oyunun süresi: 1 ders saati

Oyunun seviyesi: 18 yaş üstü

Oyuncu sayısı: En az dört

Eğitsel değeri: Problem çözmeye, empati kurma. Duyularını geliştirebilme. Bir temadan yola çıkarak, doğaçlamalar oluşturabilme. Bir konu ya da temayı bedenini kullanarak ifade edebilme. Yaratıcılığını ortaya koyma ve geliştirmede hayal gücünün kullanabilme. İmgesel anlatım gücünü geliştirebilme.

Oyunun açıklaması: Kısaca Güzin Abla hakkında bilgi verin. (Bir gazetede 30 yıl boyunca okuyucuların kişisel dertlerine çözüm bulmaya çalışmıştır gibi.) Bu arada “rumuz“ kavramını da açıklayın.

Katılımcıları 2-4 kişilik küçük gruplara ayırın. Her gruba; tartışıp ortak bir metin halinde Güzin Abla’ya gönderilmek üzere bir paragraflık bir dert yazmalarını isteyin. Kendilerine bir de rumuz bulacaklardır.15 dakika süre verin.

Dert paragraflarının yazımı bitince katılımcılara, yazdıkları paragrafları istedikleri grupta değiş tokuş yapmalarını söyleyin.

Böylece her grubun önüne kendi yazmadığı bir dert gelecektir.

Katılımcılara önlerine gelen derdi okumalarını ve “ sevgili yavrum“ diye başlayan bir çözüm paragrafı yazmalarını söyleyin. 15 dakika süre verin. Son aşamada derdi yazan grup; derdi, çözümü yazan grup da bulduğu çözümü okusun (www.docplayer.biz.tr, 2018).

5.hafta 1.ders

10 dk ısınma.:

Eşli 1-2-3 Oyunu; 1, 2, 3, 4 ve 5 sayılarının her birine eşli yapılabilecek devinimler atanır. Müzik eşliğinde dans edilirken birden müzik durdurulur ve öğretmen beş sayıdan birini söyler. Herkes eşini bulur ve ilgili devinimi gerçekleştirir.

Ana evre (uygulama evresi)

Oyunun adı: *Mayın Tarlası*

Oyunun yeri: Salon-Bahçe

Oyun araç gereci: Çember, Çanak, Huni.

Oyunun süresi: 3-5 tekrar (her katılımcı için)

Oyunun seviyesi: 10 yaş ve üzeri

Oyuncu sayısı: Bir sınıf ya da bir grup

Eğitsel değeri: Bilişsel, Koordinasyon, Denge, İş Birliği.

Oyunun açıklaması: Çemberler yanyana ve çapraza gelecek biçimde sıralanarak ileri doğru bir parkur oluşturulur. Bazı çemberlerin içine çanak konulur. Bir katılımcı gözleri bağlı olarak başlama noktasında durur ve başka bir katılımcının sesli komutlarıyla içlerinde çanak olmayan çemberlere basarak parkuru tamamlamaya çalışır.

Not: Katılımcıların oyun parkurunun ezberlememesi için parkur değiştirilir. (Balyemez, 2016).

5.hafta 2.ders

10 dk ısınma.: *Circle Warm Up*

Ana evre (uygulama evresi)

Oyunun adı: *Koordinasyon Parkuru*

Oyunun yeri: Salon-Bahçe

Oyun araç gereci: Top, çember, huni, step tahtası, sağlık topu, labut, antrenman merdiveni

Oyunun süresi: 4-5 tekrar (her katılımcı için)

Oyunun seviyesi: 12 yaş ve üzeri

Oyuncu sayısı: Bir sınıf ya da birgrup

Eğitsel değeri: Sürat, beceri, çabukluk, denge, bilişsel, dikkat

Oyunun açıklaması: Eşit sayıdaki gruplar derin kolda tek sıra olurlar. Verilen komutla koşarak antenman merdivenini sek sek yaparak geçer ve koşarak ilk huniye dokunur hemen ardından çanakların arasında slalom yaparak ilerler ve step tahtasına in-çık yaptıktan sonra koşarak ikinci huniye ulaşır ve çemberlere girerek ilerleyip sağlık topunu alır squat yapar ardından yerdeki topu alarak ilerdeki labutları devirmeye çalışır. Atışı yapan oyuncu labutların ardında sıraya girer.

Not: bu oyun parkuru Muharrem Korkmaz tarafından tasarlanmıştır.

Oyunun adı: Uçan Top

Oyunun yeri: Salon-Bahçe

Oyun araç gereci: Sağlık topu ya da basketbol topu

Oyunun süresi: 4-5 tekrar

Oyunun seviyesi: 10-12 yaş ve üzeri

Oyuncu sayısı: Bir sınıf ya da birgrup

Eğitsel değeri: Sürat, temel kuvvet gelişimi.

Oyunun açıklaması: Eşit sayıdaki gruplar 3-4 metre arayla derin kolda tek sıra olurlar. Her grubun 2-3 metre önüne 1,5 metre çapında birer dire çizilir. Grubun önünde bulunan oyuncu, verilen komutla beraber, koşarak dairenin içerisine girer ve orada bulunan sağlık topunu başının üzerinden yukarı doğru savurarak sıranın arkasına geçer.İkinci oyuncuda koşarak birinci oyuncunun fırlattığı topu tutar. Dairenin içindeki topu, o da havaya atar ve grubun arkasına geçer. Böylece son oyuncunun oynamasıyla oyun tamamlanır. Hiç hata yapmaksızın öncelikle bitiren grup galip ilan edilir (Pamuk, 2008).

5.hafta 3.ders

Ana evre (uygulama evresi)

Oyunun adı: *Restorant*:

Oyunun yeri: Salon, bahçe, sınıf,

Oyun araç gereci: Masa, sandalye, yemek takımı (çatal-kaşık vb.)

Oyunun süresi: 1 ders saati,

Oyunun seviyesi: 18 yaş üstü

Oyuncu sayısı: 9 kişi

Eğitsel değeri: Problem çözme, empati kurma. Duyularını geliştirebilme. Bir temadan yola çıkarak, doğaçlamalar oluşturabilme. Bir konu ya da temayı bedenini kullanarak ifade edebilme. Yaratıcılığını ortaya koyma ve geliştirmede hayal gücünün kullanabilme. İmgesel anlatım gücünü geliştirebilme.

Oyunun açıklaması: Roller; Çok aç ama parasız biri. Tok ama paralı biri. Hem aç hem paralı biri. Yorgun ve sinirli bir garson. İşletme müdürü. Aşçı. Yamak. Sonradan gelen iki müşteri.

Uygun bir yere dört kişilik masa kurun. Katılımcılar rollerine göre masaya yerleştikten sonra doğaçlama sipariş verip diyalog kurmalarını isteyin.

Çeşitlendirmek için sonradan gelen müşteri rezervasyon yapılmış boş masaya oturmaya çalışır ve rezervasyon sahibi müşteri de gelir ve doğaçlama olarak devam edilir (www.docplayer.biz.tr, 2018).

Çalışma gözlemi: Bu çalışmada işletme sahibi ve garson, müşteri memnuniyeti için yapıcı tavırlar göstermiştir. Rezerve edilmiş masaya oturan müşteriler masanın sahibi gelince kalkmıştır. Ancak masanın sahibi biraz sert çıkarak masasına neden başka müşteri alındı diye sorun çıkarmıştır. İşletme sahibi müşterileri tek masada toplamak istemiş ancak müşteriler kabul etmemiştir. Müşteriler yemekleri beğenmemiş ve aşçı yeniden yemek yapmıştır. Çok aç olan müşteriler masalara vurmuştur. İşletme sahibi yemek fiyatlarında indirim yaparak müşterileri yatıştırmıştır.

6.hafta 1.ders

Ana evre (uygulama evresi)

Oyunun adı: *Ayna Oyunu*

Oyunun yeri: Salon-Bahçe

Oyunun süresi: 4-5 tekrar

Oyunun seviyesi: 9 yaş ve üzeri

Oyuncu sayısı: Bir sınıf yada bir grup

Eğitsel değeri: Bilişsel, Sosyal etkileşim, dikkat,

Oyunun açıklaması: Katılımcılardan biri "ayna" olur. Başka bir katılımcı da karşısına geçer, ayna olan katılımcının yaptığı devinimleri öykünerek aynısını yapar. Nasıl devinimler yapılacağı konusunda katılımcılar özgür bırakılmalıdır. İstenirse, bir katılımcı ayna olduğunda, tüm katılımcılar karşısına geçip onun devinimlerini öykünmeyle yaparlar (www.apaydn.meb.k12, 2018).

Oyunun adı: *Topu Karşı Alandan Çıkarmak*

Oyunun yeri: Salon-Bahçe

Oyun araç gereci: Sağlık Topu-Hentbol Topu

Oyunun süresi: 4-5 tekrar

Oyunun seviyesi: 13 yaş ve üzeri

Oyuncu sayısı: Bir sınıf yada bir grup

Eğitsel değeri: Dikkat, beceri

Oyunun açıklaması: Katılımcılar iki grup olur ve dikdörtgen şeklindeki oyun alanını ortadan bölen çizginin iki yanında yer alırlar. Orta çizginin orta noktasına bir sağlık topu konur. Başlama komutuyla katılımcılar ellerindeki toplarla sağlık topunu, rakip alanın çizgilerinden dışarı çıkarmaya çalışırlar. Belirli tekrarlar sonucu karşı alandan fazla top çıkaran grup, yarışı kazanır (www.bedeneğitimi.gen.tr, 2007).

6.hafta 2.ders

10 dk. ısınma:

Benimle Gel Oyunu; Bütün katılımcılar bir halka üzerinde yüzleri içe dönük olarak dururlar. Bir kişi dairenin dışındadır. Dışarıdaki oyuncu halkanın etrafında koşmaya başlayınca oyun başlar. Koşan oyuncu bir arkadaşının sırtına hafifçe dokunarak " Benimle gel." der. Dairenin etrafında bir kere koşu, arkadaşının yerini almaya çalışır. Vurulan oyuncu, arkadaşı kendi yerine gelinceye kadar dokunmaya çalışır. Bunda başarısız olursa ebe olur ve başka birisini koşturur. Eğer arkadaşına yerine gelmeden önce dokunursa kendi yine yeine geçer. Arkadaşı ikinci defa ebe olur (www.bedeneğitimi.gen.tr, 2009).

Ana evre (uygulama evresi)

Oyunun adı: *Balon Kafa*

Oyunun yeri: Salon-Bahçe

Oyun araç gereci: Sağlık Topu-Hentbol Topu

Oyunun süresi: 4-5 tekrar

Oyunun seviyesi: 14 yaş ve üstü

Oyuncu sayısı: Bir sınıf ya da bir grup

Eğitsel değeri: İsbetli atış, dikkat, koordinasyon, beceri geliştirir.

Oyunun açıklaması: Öğrenciler derin kolda arka arkaya iki grup sıra olur. 10 m. ileride her gurubun önünde olacak şekilde birer katılımcı ellerinde çemberle bekler. Başla komutuyla gruplardaki katılımcılar ellerindeki balonu başları üstünde zıplatarak ilerideki çemberlere gider ve balonları çemberden geri geçirip elinde balonu tutarak hızla geri dönerler. Sırayla diğer katılımcılar devam eder. İlk bitiren grup oyunu kazanır. Oyun voleybol topuyla parmak pas yaparak ve basketbol topuyla top sürme yaparak zenginleştirilerek de çalışılmıştır (www.bedeneğitimi.gen.tr, 2016).

6.hafta 3.ders

10 dk ısınma.:

Gruptan müzik eşliğinde ritimle yürüme ve verilen komutları yerine getirmeleri istenir.

Ana evre (uygulama evresi)

Oyunun adı: *5 N 1 K (Doğaçlama Yoluyla Öykü Oluşturma)*

Oyunun yeri: Salon, sınıf, bahçe

Oyun araç gereci: Kağıt, kalem

Oyunun süresi: 1 ders saati

Oyunun seviyesi: 14 yaş üstü

Oyuncu sayısı: bir grup ya da bir sınıf

Eğitsel değeri: Duyu, Problem çözme, empati (özdeşleşme), duyu

Oyunun açıklaması: Katılımcılara bir A4 kağıdı verilir ve uygunsa çember halinde oturulur. Öğretmen herkesin aynı anda kağıda seçtiği bir mekanın adını yazmasını ve yanındakilere göstermeden kağıdın yazılı kısmını katlayıp kağıdını yanındakine geçirmesini ister. Böylece herkes yanındaki kişiden yazılı kısmı katlanmış bir kağıt alır. Kağıdı alan kişi katlı kısmını açmadan bir sonraki soruya vereceği cevabı katlı kısmın altına yazar ve o da yazdığı kısmı katlayarak yanındaki arkadaşına verir. Öğretmenin sonraki sorularına da aynı biçimde, kendinden önce gelen kağıdı açmadan; yani bir önce yazılanı görmeden yanıt yazılacaktır.

Öğretmen sırayla şunları yazmalarını ister:

Bir mekan adı-katla yanındakine ver. Kim?

Bir meslek-katla bir yanındakine ver. Nerede?

Bir zaman-katla bir yanındakine ver. Ne zaman?

Bir eylem-katla bir yanındakine ver. Ne yapıyor?

Eylem için bir neden-katla yanındakine ver. Neden?

Eylem için bir duygu-katla yanındakine ver. Nasıl?

Sorulara verilen yanıtlar bittiğinde herkes elinde kalan kağıdı açar ve sırayla yüksek sesle sınıfta okur. Ardından sınıf üç ya da dört kişilik gruplara ayrılır ve her bir grup mevcut kağıtlar içinden birini seçer ve grup halinde o kağıttaki durumu içine alan bir öykü kurgular. Daha sonra isteyen grup öyküsünü tüm sınıfa okur ("Liseler İçin Drama", 2017, s. 20-21).

7.hafta 1.ders

10 dk ısınma.:

Arkadaşına Sarıl Oyunu; Tüm katılımcılar belirlenen bir alan içerisinde yürür veya yavaş tempo koşu yapar. Öğretmenin verdiği komut ile birlikte verilen sayı kadar kişi birbirine sarılır. Örneğin: Öğretmen düdüğü çalar ve 5 der. 5 kişilik bir grup birbirine sarılır. Sınıfta 22 kişi varsa 2 kişi boşta kalacaktır ve bu boşta kalan kişiler oyun dışı kalmış olacaktır. Oyuncular birbirile anlaşip grup oluşturmalarını diye söylenen sayı sürekli değiştirilir (bedeneğitimi.gen.tr., 2009).

Ana evre (uygulama evresi)

Oyunun adı: *Koşarak Kulaktan Kulağa*

Oyunun yeri: Salon-Bahçe

Oyun araç gereci: Çember, Çanak, Huni.

Oyunun süresi: 4-5 tekrar

Oyunun seviyesi: 10 yaş ve üzeri

Oyuncu sayısı: Bir sınıf ya da bir grup

Eğitsel değeri: Bilişsel, Koordinasyon, Denge, İş Birliği,Algı,Beceri

Oyunun açıklaması: Sınıf iki gruba ayrılır ve gruplar şekildeki gibi oyun alanına dizilirler. Oyun lideri, her iki grubun başındaki oyuncuların kulagina bir kelime söyler. Birinci oyuncu koşarak sıradaki oyuncunun kulagina kelimeyi fısıldar bütün oyuncular aynı şekilde bir sonraki oyuncunun kulagina kelimeyi söyler. Sondaki oyunculara sıra geldiğinde bu oyuncular lidere dogru koşarak kelimeyi liderin kulagina söylerler. Liderin yanına önce gelmek (3), kelimeyi dogru söylemek takımlara (2) puan kazandırır. Oyunda en fazla puan alan grup galip olur.

Çeşitlendirme: Oyunda oyuncuların koşu şekilleri değiştirilebilir, oyuna sıçramalar, taklalar eklenebilir. Koşu yoluna engeller yerleştirilebilir (www.apaydn.meb.k12, 2018).

Oyunun adı: *Tavşan Çalıda (Tavşan Yuvada)*

Oyunun yeri: Salon-Bahçe

Oyun araç gereci: Çanak, Huni.

Oyunun süresi: 4-5 tekrar

Oyunun seviyesi: 10 yaş ve üzeri

Oyuncu sayısı: Bir sınıf ya da bir grup

Eğitsel değeri: Bilişsel, Dikkat, İş Birliği,Algı,Beceri

Oyunun açıklaması: Katılımcılar üçerli gruplara ayrılır. Gruptaki iki oyuncu, şekil- deki gibi karşılıklı el ele tutuşur. Bu oyuncular çalı olur. Tavşan olan üçüncü oyuncu, iki oyuncunun arasına girer. Oyunda ebe olan bir tilki ve açıkta kalan bir tavşan vardır. Tilki, tavşanı yakalamaya çalışır. Tavşan yakalanmamak için çalıların arasına girer. Hangi çalının arasına girerse o çalıdaki tavşan kaçır ve tilki diğer tavşanı yakalamaya çalışır. Yakalanan tavşan tilki olur. (Özen vd., 2018, s.57; Yalçın vd., 2017, s. 107)

7. hafta 2.ders

10 dk ısınma.:

Arkadaşına Sarıl Oyunu; Tüm katılımcılar belirlenen bir alan içerisinde yürür veya yavaş tempo koşu yapar. Öğretmenin verdiği komut ile birlikte verilen sayı kadar kişi birbirine sarılır. Örneğin: Öğretmen düdüğü çalar ve 5 der. 5 kişilik bir grup birbirine sarılır. Sınıfta 22 kişi varsa 2 kişi boşta kalacaktır ve bu boşta kalan kişiler oyun dışı kalmış olacaktır. Oyuncular birbirile anlaşıp grup oluşturmasınılar diye söylenen sayı sürekli değiştirilir (www.apaydn.meb.k12, 2018).

Ana evre (uygulama evresi)

Oyunun adı: *Dev Cüce Tazı*

Oyunun yeri: Salon-Bahçe

Oyun araç gereci: Çember, Çanak, Huni.

Oyunun süresi: 4-5 tekrar

Oyunun seviyesi: 10 yaş ve üzeri

Oyuncu sayısı: Bir sınıf ya da bir grup

Eğitsel değeri: Bilişsel, İş Birliği, Algı.

Oyunun açıklaması: Oyuncular geniş kolda karşılıklı olarak dörderli grublara ayrılır. Ortadaki oyuncular “dev” denildiğinde sağa, “cüce” denildiğinde sola yan adımlarla kayarlar. Yanılan oyuncunun grubu hep birlikte elenir. Sonra kalan grup, galip gelir.

Bu şekilde oynatılan oyunda özellikle iki baştaki oyuncu, aktif olmadığından, diğer oyunculara göre oyundan daha çok sıkılır. Bu durumda lider oyuna “Tazı” komutunu da ekler. “Tazı” denildiğinde de grupların her iki başındaki oyuncular koşarak yer değiştirir ve bütün oyuncular yere oturur. Oyun dönüşümlü olarak oynatılır. Lider “dev”, “cüce”, “tazı” komutlarıyla oyunu çeşitlendirerek oynatır. Yanılan oyuncunun grubu hep birlikte elenir. Sonra kalan grup, galip gelir (Özen vd., 2018, s. 35).

Oyunun adı: *Köşe Bulmaca*

Oyunun yeri: Salon-Bahçe

Oyun araç gereci: Çanak, huni.

Oyunun süresi: 3-5 tekrar

Oyunun seviyesi: 10 yaş ve üzeri.

Oyuncu sayısı: Bir sınıf ya da bir grup

Eğitsel değeri: Dikkat, Koordinasyon, Beceri.Bilişsel

Oyunun açıklaması: Dört köşe ya da hunilerin bulunduğu alanda hunilere bir sayı verilir. Verilen komutla birlikte katılımcılar söylenen noktalara (köşelere-hunilere) koşarlar.

Çeşitlendirme: Öğretmenin soracağı dört işlem sorularının cevabına göre katılımcıların doğru köşeleri bulması beklenir. Örneği öğretmen 4-2 sorusunu sorar ve katılımcılar sorunun cevabına göre 2 noluk noktaya koşar. (Kırkkeseli, 2018).

Not: Oyunun çeşitlendirmesi Muharrem Korkmaz' a aittir.

7.hafta 3.ders

Ana evre (uygulama evresi)

Oyunun adı: *Katil Kim*

Oyunun yeri: Sınıf, salon, bahçe

Oyun araç gereci: ---

Oyunun süresi: 1 ders saati

Oyunun seviyesi: 18 yaş üstü

Oyuncu sayısı: bir sınıf ya da bir grup

Eğitsel değeri: Problem çözme, empati (özdeşleşme)

Oyunun açıklaması: Bu oyun bilinmeyen yarattığı dramatik gerilim dramatik aksiyona örnektir. Dedektifi oynayacak kişi dışarı çıkar. Diğerleri bir çember oluşturacak biçimde oturur ve gözlerini kapar. Öğretmen sessizce birinin omzuna dokunur. Bu kişi katildir. Daha sonra herkes gözlerini açar ve ebe içeri içeri gelir. Katilin amacı, kendini ebeye belli etmeden göz kırparak seçtiği kurbanları öldürmek; dedektifin amacı da; katili yakalamaktır. Kendisine göz kırılan olduğu yere yatarak ölür. Dedektif kararlaştırılan sayı kişi ölmeden katili yakalarsa oyun biter. Oyun başka bir katilin ve ebenin seçilmesiyle tekrar başlar ("Liseler İçin Drama", 2017, s. 25).

Oyunun adı: *Heykel Çalışması*

Oyunun yeri: Sınıfı salon, bahçe

Oyun araç gereci: ----

Oyunun süresi: 1 ders saati

Oyunun seviyesi: ---

Oyuncu sayısı: Bir sınıf ya da bir grup

Eğitsel değeri: Algı, empati, duyu

Oyunun açıklaması: Tüm grup ikili olarak eşleşir. Eşlerden biri heykel diğeri heykeltraş olur. Heykeltraş heykel olana bir duygu ya da düşüncüyü ifade eden bir biçim verir. Heykel olan bu biçime uymaya çalışır. Heykeller tamamlanınca heykeltraşlar kenara çekilir. Heykeller sabit dururlar. Öğretmen ve heykeltraşlar heykelleri inceler ve heykelleri inceler. Heykeltraşlar açısından; iletmek istedikleri ile başkalarının algıladığı arasında ne tür benzerlik ve farklılıklar olduğu, heykeller açısından; duruşlarının kendileri tarafından algılanmasıyla başkaları tarafından yorumlanması arasında ki benzerlik ve farklılıkları anlamaya çalışmaktır.

Aynı çalışma eşleri değiştirerek tekrar eder. ("Liseler İçin Drama", 2017, s. 46).

8.hafta 1.ders

10 dk. ısınma::

Benimle Gelme Oyunu; Katılımcılar bir halka üzerinde, yüzleri merkeze dönük olarak durur. Bir ebe halkanın dışındadır. Halkanın etrafında koşarken hafifçe bir arkadaşına dokunarak, "Benimle gelme." der. İki oyuncu ters istikamette koşarlar. Karşılaştıkları zaman birbirlerini eğilerek selamlarlar ve "Günaydın" derler ve boş kalan yeri kapmak için koşularına devam ederler. Boş yeri kapamayan ebe olur ve oyunu tekrarlar (www.bedeneğitimi.gen.tr, 2009).

Ana evre (uygulama evresi)

Oyunun adı: *Peak Oyunu*

Oyunun yeri: Salon-

Oyun araç gereci: Kutu, Balon, Lobut, Çanak, Top

Oyunun süresi: 1 ders saati

Oyunun seviyesi: Şizofreni tanısı taşıyan hastalar.

Oyuncu sayısı: Bir sınıf ya da bir grup

Eğitsel değeri: Bellek, Bilişsel İşlev

Oyunun açıklaması: Oyunda birden fazla odaya daha önceden yerleştirilen kutuları şizofrenlerden çeşitli odalara girip kutulardaki nesnelere bulmaları isteniyor. Buldukları nesnelere daha sonra farklı yerlere yerleştirmeleri ve yeni yerleri hatırlamaları istenen hastaların, "epizodik" ya da "anısal" belleği test ediliyor. Epizodik bellek, bireyin yaşadığı olayların saklandığı hafıza türü olarak tanımlanıyor (Sahakian vd., 2015).

8.hafta 2.ders

Isınma: 10 dk joking

Ana evre (uygulama evresi)

Oyunun adı: *Dört İşlemlili Mandal Takma Oyunu*

Oyunun yeri: Salon-Bahçe

Oyun araç gereci: Tebeşir, çember, çanak, mandal.

Oyunun süresi: 1 ders saati

Oyunun seviyesi: Bir sınıf ya da bir grup

Oyuncu sayısı: Bir sınıf ya da bir grup

Eğitsel değeri: Bellek, Bilişsel İşlev

Oyunun açıklaması: Sınıf, derin kolda iki eşit gruba ayrılır. Her grubun önüne birer çember ve her iki çemberin içine eşit sayıda mandal yerleştirilir. Gruplardan sırayla birer kişi seçilerek gruplarının 10 m. karşısında bulunan sandalyeye oturur. Öğretmen gruplarının en önündeki iki katılımcıya yüksek sesle matematikte ki dört işlemde birini sorar. İlk önce doğru cevap veren katılımcı önündeki çemberden bir mandal alır ve koşarak karşısında sandalyeye oturan arkadaşının kıyafetine elindeki mandalı takar. Grubunun arkasında sıraya girer. Soruyu bilemeyen diğer katılımcı da kendi grubunun arkasında tekrar sıraya girer. Sıradaki katılımcılarla oyun devam eder. Her katılımcı en fazla bir mandal alır. Önce bitiren grup alkışlanır. Her katılımcının başarması sağlanır (Oyun mevcut mandal takma oyunlarından farklı olarak Muharrem Korkmaz tarafından tasarlanmıştır, 2018).

Oyunun Adı: *Kral Kim?*

Oyunun Yeri: Spor salonu, okul bahçesi

Oyun Araç Gereci: Tebeşir veya şerit

Oyun Süre: 4-5 tekrar

Oyun Seviye: 9 yaş ve üstü

Oyuncu Sayısı: 8-12

Oyun Eğitsel Değeri: Kuvvet, çeviklik, denge gelişimi

Oyunun Açıklaması: Katılımcılar, karışık bir şekilde sınırları belirgin daire şeklindeki alanın içerisine girerler. Katılımcılar çömelik pozisyonda daire içerisindeki diğer oyuncuları iterek daire dışına çıkarmaya ve kendini korumaya çalışır. Oyunda alanın dışına çıkan veya yere düşen katılımcı oyundan çıkar. Oyun, daire içerisinde bir kişi kalıncaya kadar devam eder. Oyunun sonunda dairenin içinde kalan katılımcı, oyunun galibi yani kral ilan edilir (Özen vd., 2018, s. 92).

8.hafta 3.ders

Ana evre (uygulama evresi)

Oyunun adı: *Bir şiiirden yola çıkılarak yapılan doğaçlama*

Oyunun yeri: Salon, sınıf, bahçe

Oyun araç gereci: Kalem, kağıt

Oyunun süresi: 1 ders saati

Oyunun seviyesi: 14 yaş ve üzeri

Oyuncu sayısı: Bir sınıf ya da bir grub

Eğitsel değeri: Duyu, imge, algı, empati, yaratıcılık

Oyunun açıklaması: Doğaçlama yapacak kişilere Türkiye ve dünya edebiyatındaki yazarlardan bazı şiiirler verilir. Öğrenciler bu şiiiri merkeze alarak hikâye oluştururlar veya şiiirdeki imgeleri doğaçlarlar. İkinci yöntem olarak öğrencilerden kâğıtlara üçer tane sözcük yazmaları istenir. Tüm sözcükler toplandıktan sonra grup olarak şiiir yazma çalışması yapılır.

Örnek: 1.öğrenci: sevmek-ağaç-kuş. 2.öğrenci: yaşam-toprak-özgürlük

Şiiir: Ağacı sevmek yaşamdır. Toprak ve kuş ise özgürlüktür

Doğaçlama: Çölde yaşayan bir çocuk hayal kurmaya başlar. Hayalinde yeşil ve sulak bir vadide yaşamayı ister. Bu sırada bir kuş konar. Çocuk kuşu ekmek kırıntıları ile besler. Kuş birden bire bir cine dönüşür. Çocuğa, “dile benden ne dilersen” deyip, onu hayalindeki vadiye götürür. Çocuk birden bire bir kum fırtınası içinde uyanır ve rüya sona erer (www.mimesis-dergi.org, 2010).

9.hafta 1.ders

Ana evre (uygulama evresi)

Oyunun adı: *Scarf toss challenge (Eşarp Atma Mücadelesi)*

Oyunun yeri: Salon-Bahçe,

Oyun araç gereci: Eşarp, mendil

Oyunun süresi: 4-5 tekrar

Oyunun seviyesi: 10 yaş ve üzeri

Oyuncu sayısı: Bir sınıf ya da bir grup

Eğitsel değeri: Dikkat, reaksiyon, bilişsel hızlı düşünme.

Oyunun açıklaması: Katılımcılar iki grup halinde derin kol karşılıklı sıra olurlar. Her iki grubtan birer katılımcı 5 metre ara ile karşı karşıya dururlar. Verilen komutla birlikte aynı anda ellerinde bulunan eşarbi (mendil) oldukları yerde havaya atarlar. Eşarp yere düşmeden birbirlerinin eşarbını yakalamaya çalışırlar. Eşarbi düşüren ya da yakalayamayan oyuncu oyunu kaybeder (www.youtube.com, 2016).

Oyunun adı: *Twosome, reaction ball (Çift Kişilik Dans)*

Oyunun yeri: Salon-Bahçe

Oyun araç gereci: Reaksiyon topu, çanak.

Oyunun süresi: 4-5 tekrar

Oyunun seviyesi: 10 yaş ve üzeri

Oyuncu sayısı: Bir sınıf ya da bir grup

Eğitsel değeri: Dikkat, reaksiyon, bilişsel hızlı düşünme.

Oyunun açıklaması: İki katılımcı bölme çizgisiyle belirlenen bir alanda karşı karşıya yerlerini alırlar. Verilen komutla elinde top olan katılımcı topu rakibine atar ve top yere bir kez değdikten sonra diğer katılımcı topu tutmaya çalışır. Topu tuttuktan sonra aynı şekilde rakibe gönderir. Ralli üç kez topu tutamayan katılımcının oyundan çıkmasıyla sona erer. (www.youtube.com, 2016).

9.hafta 2.ders

Isınma:

Saat Kaç Oyunu; 6 katılımcı (3, 6 , 9, 12) saat düzeni şeklinde daire olurlar. Diğer 2 katılımcı akrep ve yelkovan olur. Verilen komut ile söylenen saat oluşturulmaya çalışılır (www.besyohabernet, 2015).

Ana evre (uygulama evresi)

Oyunun adı: *Horoz Dövüşü*

Oyunun yeri: Salon-Bahçe

Oyun araç gereci: Çanak, huni

Oyunun süresi: 4-5 tekrar

Oyunun seviyesi: 10 yaş ve üzeri.

Oyuncu sayısı: Bir sınıf ya da bir grup

Eğitsel değeri: Çabukluk, dikkat, koordinasyon, kuvvet, denge

Oyunun açıklaması: Katılımcılar ikiyeşerli olarak eşleşirler. Kendileri için oluşturulan 2x2 m² bir alan içerisinde çömelik pozisyonda birbirlerini elleri ile daire dışına itmeye çalışırlar. Eşini daire dışına iten oyuncu bir puan alır. Çeşitlendirme; Katılımcılar farklı pozisyonlarda birbirlerini daire dışına itmeye çalışırlar (Özen vd., 2018, s. 65).

Oyunun adı: *Biri Yapar Biri Bozar(Labutla Stafet Yarışı)*

Oyunun yeri: Salon-Bahçe

Oyun araç gereci: Basketbol topu, lobut

Oyunun süresi: 4-5 tekrar

Oyunun seviyesi: 07 yaş ve üzeri.

Oyuncu sayısı: Bir sınıf ya da bir grup

Eğitsel değeri: Çabukluk, dikkat, koordinasyon.

Oyunun açıklaması: Katılımcılar, katılımcı sayısı ve malzeme durumuna göre 2 veya 3 gruba ayrılır. Gruplar kendi içerisinde ikiye ayrılır ve karşı karşıya olacak şekilde derin kolda sıralanır. Verilen başlama işareti ile birlikte ilk sıradaki oyuncular dizili olan lobutlara doğru topu sürerek koşar ve sıra ile lobutları devirip topu karşıdaki takım arkadaşına ulaştırırlar. Topu alan oyuncu topu sürerek yerdeki lobutları tekrar düzeltir ve topu sürmeye devam ederek sıradaki arkadaşına verir. Oyuncular oyunun her aşamasında topu sürmeye devam etmelidir. Oyunda parkuru önce ve hatasız tamamlayan takım oyunun galibi ilan edilir.(Özen vd. 2018, s. 99).

9.hafta 3.ders

Ana evre (uygulama evresi)

Oyunun adı: *Başlatıcı bir eylemden yola çıkma*

Oyunun yeri: Sınıf, salon, bahçe

Oyun araç gereci: ---

Oyunun süresi: 2-3 tekrar;

Oyunun seviyesi: 14 yaş ve üzeri

Oyuncu sayısı: Kurguda ki rol sayısı kadar (4 kişi)

Eğitsel değeri: Kurgu zekâsının gelişmesi ve olası yeni durumlara anında adapte olabilmek

Oyunun açıklaması: Birinci kişi balık tutan adamı canlandırır, ikinci kişi sahilde jogging yapan ev kadınıdır ve balıkçının oltasına takılarak yere düşer, üçüncü kişi oradan geçmekte olan bir polis memurudur, balıkçının kadından özür dilemesini ister, balıkçı özür diler, kadın polise teşekkür etmek için ona sarılır, dördüncü kişi olarak polis memurunun terk ettiği karısı gelir eski kocasını kıskanır, bu sırada oltaya bir balık takılır (www.mimesis-dergi.org, 2010).



10.hafta 1.ders

Ana evre (uygulama evresi)

Oyunun adı: *Eşini Bul Otur*

Oyunun yeri: Salon-Bahçe-sınıf

Oyun araç gereci: ---

Oyunun süresi: 3-4 tekrar

Oyunun seviyesi: 9 yaş ve üzeri

Oyuncu sayısı: Bir sınıf yada bir grup

Eğitsel değeri: Dikkat, reaksiyon, çabukluk

Oyunun açıklaması: Katılımcılar ikiyeşerli olarak eşleşirler. Eşlerden biri içerde diğeri dışarda olacak şekilde tüm katılımcılar iç içe iki daire oluşturur. Verilen komutla her iki dairenin katılımcıları el ele tutuşarak aynı anda zıt yönlere doğru süratle dönerler. (dairenin içindeki katılımcılar saat yönünün tersine doğru dönerken dairenin dışındaki katılımcılar saat yönünde dönerler ya da tersi geçerlidir. Verilen komutla katılımcılar durur ve eşlerini bulur. Eşleriyle birlikte hedefe varan katılımcılar oyunu kazanır (İlker Kerkez, 2016).

Oyunun adı: *Hulahuni*

Oyunun yeri: Salon-Bahçe-

Oyun araç gereci: Huni, çanak, top, çember.

Oyunun süresi: 3-4 tekrar

Oyunun seviyesi: 10 yaş ve üzeri

Oyuncu sayısı: Bir sınıf yada bir grup

Eğitsel değeri: Dikkat, reaksiyon, çabukluk,

Oyunun açıklaması: Katılımcılar iki gruba ayrılırlar. Öğretmenin komutuyla birlikte katılımcılar belirlenen mesafelerden hulahopu hunilere geçirerek ilerlemeye çalışır, en son huniden sonra, hentbol topunu kendi takım arkadaşına atar, huniyi ters olarak tutan takım arkadaşı (tutucu) topu yakalarsa takım 1 puan kazanır, yakalayamazsa topu tekrar yerine koyar ve sıradaki arkadaşına hulahopu iletir ve sıradaki arkadaş baştan oyuna başlar. En çok puan alan oyunu kazanır (Bulut, 2017).

10.hafta 2.ders

10 dk. ısınma:

Benimle Gel Oyunu

Ana evre (uygulama evresi)

Oyunun adı: *Mayın Tarlası*

Oyunun yeri: Salon-Bahçe ;

Oyun araç gereci: Çember, Çanak, Huni

Oyunun süresi: 3-5 tekrar

Oyunun seviyesi: 8 yaş ve üzeri

Oyuncu sayısı: Bir sınıf ya da bir grup

Eğitsel değeri: Bilişsel, Koordinasyon, Denge, İş Birliği.

Oyunun açıklaması: Gözleri bağlı arkadaşına yön vererek çemberin içindeki canaklara basmadan, boş çemberlere basarak karşıya geçmesi sağlanır (www.bedeneğitimi.gen.tr. 2009).

Oyunun Adı: *Zincir*

Oyunun Yeri Salon-Bahçe

Oyun Süresi: 3-4 tekrar

Oyun Seviyesi: 10 yaş ve üzeri

Oyuncu Sayısı: bir sınıf ya da bir grup

Oyunun Eğitsel Değeri: Kuvvet, Dayanıklılık geliştirir.

Oyunun Açıklaması: Oyuncular derin kolda arka arkaya dizilir. Grup başındaki oyuncu belirlenen noktaya kadar koşup döner ve sıradaki oyuncunun elinden tutar. Oyuncular birlikte koşmaya başlarlar. Her seferinde oyuna bir kişi eklenir. Bütün oyuncular hep birlikte koştuktan sonra oyunun başlangıç noktasına geldiğinde oyunun başında ilk koşan oyuncu, oyundan çıkar. Her turda oyuna katılma sırasına göre bir oyuncu, oyundan çıkar. Bu oyunda oyuncular uzun süre koştuğundan dayanıklılık gelişimi sağlanmış olur.

Grup oyuncuları, dayanıklılık gelişim düzeyine göre sıralanır. Oyuna ilk başlayacak olan oyuncu en dayanıklı oyuncudur. En sondaki oyuncu da dayanıklılık performansı en düşük oyuncudur. Oyun, aynı şekilde oynanmaya başlanır fakat bütün oyuncular hep birlikte koştuktan sonra, bu defa oyuna en son katılan oyuncu, oyundan ilk çıkan oyuncu olur. Böylelikle oyuna bütün oyuncuların katılımı sağlanmış olur (Özen vd., 2018, s. 59).

10.hafta 3.ders

10 dk ısınma.:

Ses eğitimi; Katılımcılar birbirlerinden bir kaç metre uzakta olacak şekilde belirlenen alana yerleşirler ve verilen komutla birlikte kendilerinden istenen sesleri çıkarırlar.

Örneğin,..Şşş...fısıldama...Tıslama...Mırıldanma... Durun! Son çıkardığımız sestten başlayarak, başa doğru gideceğiz..

Ana evre (uygulama evresi)

Oyunun adı: *Geriye dönüş tekniği kullanılarak yapılan doğaçlama*

Oyunun yeri: Sınıf-salon-bahçe

Oyunun süresi: 1 ders ssati

Oyunun seviyesi: 15 yaş ve üzeri

Oyuncu sayısı: Bir sınıf ya da bir grup

Eğitsel değeri: Yaratıcılık, kurgulama, bilişsel,algı

Oyunun açıklaması: Doğaçlama yapacak kişilere öyküyü başlatacak bir cümle verilir. Öğrencilerden bu cümleden yola çıkarak geriye dönüş tekniğini kullanarak (flash-back tekniğini) kendi bağımsız hikâyelerini oluşturmaları istenir. Öğrencilerin hazırladığı öneriler üzerinden tartışma, izleyici ve eğitmenin önerileri üzerinden de değişiklikler yapılır.

Cümle: Hakan Bey 40 yaşlarında zengin bir işadamıdır. Üzerine atılan bir suç yüzünden hapse düşer. Hakan Bey'in niçin hapse düştüğünü "5N ve 1K" ilkesinden hareket ederek geriye dönüş tekniğiyle doğaçlayınız.

Cümle: Anne ve baba boşanmak üzeredir. Onları boşanmaya götüren kritik olaylar, babanın çok fazla içki içmeye başlaması, annenin işten ayrılması, yaşlı dedenin yanlarına taşınması vb. Bu senaryoyu geriye dönüş tekniği kullanarak doğaçlayınız.

Cümle: Okullarından disiplin cezası alarak uzaklaştırılan beş öğrenci aynı sınıfta buluşurlar. Herkes niçin okuldan uzaklaştırıldığını, yaptıkları hataları vb. geriye dönüş tekniğiyle anlatır ve herkesin öyküsü birlikte doğaçlanır. Bir kişinin öyküsü anlatılırken diğerleri oyunculuk yaparlar (www.mimesis-dergi.org, 2010).

11. Hafta 1 ve 2. ders

10 dk ısınma.:

Hemsball topuyla atış çalışmaları duvar ve karşılıklı.

Ana evre (uygulama evresi)

Oyunun adı: *HEMSBALL*

Oyunun yeri: Salon-Bahçe

Oyun araç gereci: Hemsball oyun takımı. Bir oyuncunun malzemesi forma, şort, çorap (kıyafet) ve spor ayakkabısından oluşur. Turuncu dışında her renk tercih edilebilir.

Oyunun süresi: 12 sayı üzerinden 3 set

Oyunun seviyesi: Büyükler (18-40 yaş) ve Masterler (41 yaş ve üstü)

Oyuncu sayısı: Rakip olarak tekler (birişer kişi), çiftler (ikişer kişi)

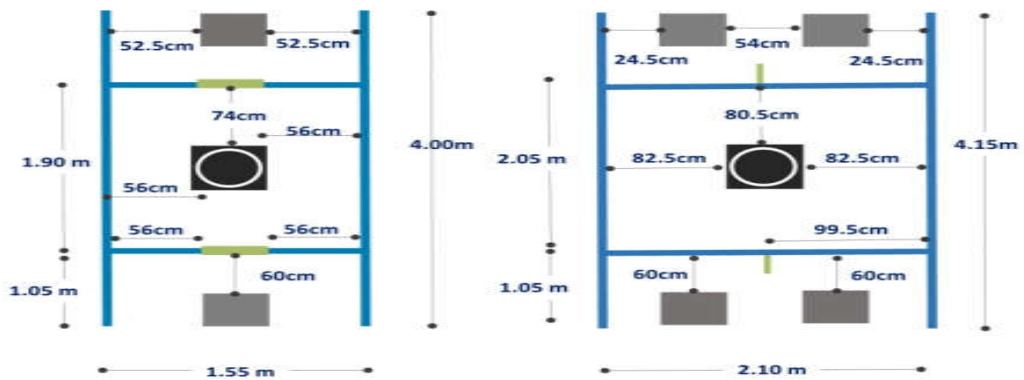
Eğitsel değeri: Odaklanma, denge, zihinsel koordinasyon, refleks, esneklik.

Oyunun açıklaması: Oyunculara karşılıklı ısınmaları için 5 dakikalık bir süre tanınır, süre bitiminde kura atışı ile oyun başlar. Her oyuncu kendine ait alanın içine girer. Hangi oyuncunun ilk olarak başlangıç atışı (servis) kullanacağı kura atışı ile belirlenir kurayı kaybeden oyuncu servis atışı ile oyuna başlar. Kazanılmış 3 set üzerinden oynanır. Setler 12 sayı üzerinden oynanır. Küçükler kategorisinde ise kazanılmış 2 set üzerinden oynanır. Sayı kazanan başlangıç atışı (servis) atma hakkına sahip olur. Sayılar 11-11 olursa set 13'e uzar ve 2 fark olana kadar devam eder. Her setten sonra yer değiştirilir.

Servis: İlk servis atışı esnasında oyuncunun önünde duran 4x35 cm.' lik şeridi geçmeyecek şekilde servis atışını kullanır. Rakip oyuncu kendisine gelen topu yere düşürmeden, ayağını veya elini belirlenen alanın dışına değdirmeden tutar.

Sayı Kazanımı: Top mutlaka çember içerisine değip sektikten sonra oyuncuların önünde bulunan 4 cm.'lik alan çizgisini ve 4x35 cm. şeridi geçmek zorundadır. Oyuncu alan çizgisini ve şeridi geçen topu, rakip oyuncu ikinci bir defa yere düşürmeden ve ayak bastığı alanından ayaklarını yer ile temas ettirmeden topu tutacaktır. (Oyuncu tek ayak tablada, tek ayak havada alanından çıkmadan topu tutabilir) tutmadığı takdirde bir sayı kaybeder. Top çember içerisine değmez ise atan oyuncu bir sayı kaybeder. Top orta zeminde bulunan çemberin herhangi bir yerine çarpar ise atan oyuncu bir sayı kaybeder. Oyuncu topu hızlı bir şekilde çemberin içine atıp karşı oyuncunun elleri havaya kalkmış pozisyonda topu yakalayamıyorsa atış geçersizdir aynı şekilde bir sayı kaybeder. Top çember içerisine değdikten sonra 4 cm.' lik alan çizgisine ve 4x35 cm.' lik şeridin önüne veya şeride (çizgiye) değerse atan oyuncu bir sayı kaybeder. Çemberi ayak ile düzeltmek kural ihlalidir düzelden oyuncu rakibine 1 sayı kazandırır. Oyuncular topu karşılarken elleri yer ile teması halinde rakip oyuncu 1 sayı kazanır

Oyun Alanı: Büyükler için 4x1,55 m., çiftler için 4,15x2,10 m. ölçülerinde olan dikdörtgen, serbest düz, pürüzsüz ve sert bir zeminden oluşmaktadır. Alan, Hemsball Sahası sınırlarına her yönden en az 2 m. uzakta olacak şekilde tesis edilmelidir (www.hemsballcom, 2018; www.his.gov.tr, 2017).



11.hafta 3.ders

Ana evre (uygulama evresi)

Oyunun adı: *Bir yer- Bir nesne- Bir fiil*

Oyunun yeri: Zemini parke ya da halı kaplı boş bir salon.

Oyun araç gereci: Kağıt, kalem

Oyunun süresi: 1 ders saati

Oyunun seviyesi: 14 yaş ve üstü

Oyuncu sayısı: Bir sınıf ya da bir grup

Eğitsel değeri: Odaklanma ve yaratıcı düşünmeyi geliştirmek.

Oyunun açıklaması: Katılımcılara küçük not kâğıtları dağıtın. İstedikleri bir fiili yazmalarını söyleyin.

(Almak, acıkmak, unutmak gibi) Katılımcılar yazınca kâğıtları katlamalarını ve toplayıcı arkadaşlarına vermelerini söyleyin. Gelen kâğıtları öğretmen masasının sağına koyun. Tekrar katılımcılara not kâğıtları dağıtın ve yer ismi yazmalarını söyleyin. (Tiyatro, mutfak, okul bahçesi gibi) Katılımcılar yazınca kâğıtları katlamalarını ve toplayıcı arkadaşlarına vermelerini söyleyin. Gelen kâğıtları öğretmen masasının ortasına koyun. Tekrar katılımcılara not kâğıtları dağıtın ve nesne ismi yazmalarını söyleyin. (Elma, telefon, yorgan gibi) Öğrenciler yazınca kâğıtları katlamalarını ve toplayıcı arkadaşlarına vermelerini söyleyin. Gelen kâğıtları öğretmen masasının soluna koyun.

Üçüncü turdan sonra öğretmen masasının üzerinde üç öbek kâğıt olacak

Gönüllülerden başlayarak gelen katılımcıya, her öbekten bir kâğıt seçmesini ve yüksek sesle çıkan kâğıtları okumasını söyleyin. Ardından çıkan bir yer-bir nesne ve bir fiille ilgili doğaçlama kısa bir hikâye uydurmasını isteyin.Örneğin: Mutfak–traktör-uçmak Mutfağa giriyorum çünkü yemek yiyeceğim. Bir ses duyuyorum. Mutfağın penceresinden dışarı bakıyorum. Aaa! bahçedeki traktör uçuyor. Sonra annem uyandırdı, rüyaymış (www.docplayer.biz.tr, 2018).

12.hafta 1.ders

Isınma: 10 dk Joking

Ana evre (uygulama evresi)

Oyunun adı: *Beşi Beş İstasyon*

Oyunun yeri: Salon-Bahçe

Oyun araç gereci: Çember, top, atlama ipi, Huni, step tahtası.

Oyunun süresi: 4-5 tekrar

Oyunun seviyesi: 10-15 yaş ve üzeri

Oyuncu sayısı: Bir sınıf yada bir grup

Eğitsel değeri: Çabukluk, Koordinasyon, Çeviklik, Reaksiyon geliştirir.

Oyunun açıklaması: Katılımcılar yanya iki grup (A-B) olarak derin kolda çizgi gerisinde sıralanırlar. Aynı şekilde karşılarında yanyana derin kolda sıralanmış iki grup (C-D) oluşturulur. Birbirinin aynı iki parkur karşısına gruplar yerleşir. A grubunun karşısına C gru, B grubunun karşısına D grubu şeklinde. Öğretmenin vereceği başla komutuyla birlikte A ve B grubundan bir katılımcı aynı anda kendi parkurlarında yarışmaya başlar. Önce çember içerisinde 5 kez çift ayak sıçrama yapılır, sağlık topunu beş kez bel çevresinde çevirir, atlama ipiyle beş kez atlar. Topu alır belirtilen işaretler arasında slalomlu dripling yapar. En öndeki oyuncuya topu verir kendisi en arka sıraya geçer. Topu alan oyuncu ise bu parkura tersinden başlar. Önce dripling yapıp topu yerine koyar, beş kez ip atlama, beş kez sağlık topunu bel tarafından çevirme, beş kez çember içerisinde sıçrama yapar ve en öndeki arkadaşının eline değer, sıranın arkasına geçer. Tüm oyuncuların parkuru tamamlamasına kadar oyun devam eder (www.bedeneğitimi.gen.tr, 2008).

12.hafta 2.ders

Isınma: 15 dk;

Saat Kaç Oyunu: Katılımcılar 6 şarlı olacak şekilde gruplandırılır. 6 katılımcıya 4' saat sayıları verilir (3, 6 , 9, 12) ve saat düzeni şeklinde daire olurlar. Diğer 2 katılımcı ise akrep ve yelkovan olur. Öğretmenin komutu ile öğrenciler söylenen saati oluşturmaya çalışırlar. Söylenen saati ilk oluşturan grup kazanmış olur (www.besyohaber.net, 2015).

Köşe Bulmaca Oyunu; Dört köşe ya da hunilerin konduğu alanda hunilere bir sayı verilir. Verilen komutla birlikte katılımcılar söylenen noktalara (köşelere-hunilere) koşarlar (Kırkkeseli, 2018).

Çeşitlendirme: Öğretmenin soracağı dört işlem sorularının cevabına göre katılımcıların doğru köşeleri bulması beklenir. Örneği öğretmen 4-2 sorusunu sorar ve katılımcılar sorunun cevabına göre 2 nolu noktaya koşar.

Oyunun çeşitlendirmesi Muharrem Korkmaz tarafından tasarlanmıştır.

Ana evre (uygulama evresi)

Oyunun adı: *Kırmızı Işık*

Oyunun yeri: Salon-Bahçe

Oyun araç gereci: Antrenman yeleği

Oyunun süresi: 20 dakika;

Oyunun seviyesi: 13 yaş ve üzeri

Oyuncu sayısı: Bir sınıf yada bir grup

Eğitsel değeri: Dikkat, dayanıklılık.

Oyunun açıklaması: Voleybol sahasında dağmık şekilde bulunan öğrencilerden bir ebe seçilir. Başlama işaretiyle birlikte ebe, diğer oyunculara doğru koş-maya başlar. Kovalanan oyuncu tehlike anında ellerini yukarıya kaldırarak "kırmızı ışık" diye bağırır ve diğer arkadaşlarından yardım ister. Diğer oyunculardan biri, ebe ile kovaladığı oyuncunun arasına girerek ellerini yana açarak "kırmızı ışık" der. Bu kez ebe, perdele- nen oyuncuyu bırakarak başka bir oyuncuyu kovalamaya başlar. Ebe eğer kovaladığı oyuncuyu yakalarsa yakaladığı oyuncu ebe olur. Oyunda hiç ebe olmayan veya en az ebe olan oyunu kazanır. Ebe sayısı artırılabilir. Oyunda arkadaşlarına yardım etmeyi cazip hâle getirmek için en çok perdeleme yapan oyuncu seçilip ödüllendirilebilir (Yalçın vd..2017, s. 79).

12.hafta 3.ders

Ana evre (uygulama evresi)

Oyunun adı: *Karo, Kupa, Sinek, Maça*

Oyunun yeri: Sınıf, bahçe, salon

Oyun araç gereci: Bir deste oyun kağıdı

Oyunun süresi: 15 dakika

Oyunun seviyesi: 10 yaş ve üzeri

Oyuncu sayısı: Bir sınıf ya da bir grup

Eğitsel değeri: Bilgi alışverişi, dikkat, konsantrasyon

Oyunun açıklaması: Katılımcılar halka biçiminde sandalyelerine otururlar ve desteden bir kağıt çekerler. Oyunu yöneten kişi kalan deste içerisinden bir kağıt çeker ve kupa, karo, sinek, ya da maça olduğunu söyler. Söylenen seriden kağıda sahip olanlar saat yönünde bir sıra ilerler. Eğer katılımcılardan birinin kucağına bir başkası oturmak zorunda kalmışsa seriden kağıda sahip olsa bile hareket edemez. Oyun katılımcılardan birinin halkayı tamamladığında biter.

Çeşitlendirme: Oyun kağıtları yerine “evet-hayır” sorularıyla da oynanabilir. Herkes sırayla soru sorar (www.yaygin.egitimorg; www.yaygin.egitim.org., 2018).

Oyunun adı: *Düğüm*

Oyunun yeri: Sınıf, salon, bahçe

Oyunun süresi: 15 dakika

Oyuncu sayısı: Bir sınıf ya da bir grup

Eğitsel değeri: Grup içi iletişim, birlikte çalışma

Oyunun açıklaması: Katılımcılar omuz omuza halka şeklinde dururlar. Herkes gözlerini kapatır ve ellerini halkanın merkezine doğru uzatıp yürür ve iki el yakalarlar (aynı kişinin iki elini ya da yanında duran kişinin elini yakalamasına izin verilmez). herkes iki el yakaladıktan sonra gözlerini açar ve elleri bırakmadan başlangıç pozisyonuna geri dönmeye çalışırlar (www.apaydn.meb.k12, 2018).

Oyunun adı: *A' yı Kovala B' den Kaç*

Oyunun yeri: Salon, bahçe

Oyun araç gereci: Bir sınıf ya da bir grup

Oyunun süresi: 15 dakika

Oyunun seviyesi: 14 yaş ve üzeri

Oyuncu sayısı: bir grup

Eğitsel değeri: Grup içi dinamiklerin pekiştirilmesi, dikkat toparlanması

Oyunun açıklaması: Katılımcılar ayakta dururlar. Oyunu yöneten kişi her katılımcıdan grup içinden bir insan düşünmesini ve onu A olarak adlandırmasını ister. Aynı şekilde ikinci bir insan düşünmesini ve B olarak adlandırmasını ister. Katılımcılar düşündükleri insanı birbirleriyle paylaşmazlar. Her katılımcının amacı A olarak düşündüğü kişinin mümkün olduğunca yakınında dururken B olarak düşündüğü kişiden uzak durmaya çalışmaktır. Bazı katılımcıların ortak seçimlerinin olması, bir katılımcının B olarak seçtiği birinin kendisini A olarak seçmiş olması ve katılımcıların çalışma salonunun ortasında birbirlerini kovalaması oyunu daha eğlenceli duruma getirecektir (www.academia.edu, 2018).

13.hafta 1.ders

Ana evre (uygulama evresi)

Oyunun adı: *Kuyruğunu Koru*

Oyunun yeri: Salon-Bahçe

Oyun araç gereci: Voleybol ya da hentbol topu ve antrenman yeleği

Oyunun süresi: 4-5 tekrar

Oyunun seviyesi: 13 yaş ve üzeri

Oyuncu sayısı: Bir sınıf yada bir grup

Eğitsel değeri: Dikkat, reaksiyon, çabukluk

Oyunun açıklaması: Katılımcılar, geniş bir daire oluşturur. Belirli sayıda katılımcı, dairenin içine girer ve birbirlerini tutarak zincir şeklinde arka arkaya dizilir. Daire oluşturan katılımcılar, birbirleriyle paslaşarak uygun anı yakaladıklarında topla sıranın sonundaki öğrenciyi vurmaya çalışır. Dairenin içindeki katılımcılar da kopmadan dönüşler yaparak son sıradaki katılımcıyı korumaya çalışır. Son sıradaki katılımcı vurulduğu zaman sıradan çıkarak daireye dâhil olur. Oyun böylece devam eder ve sırada son bir kişi kalınca oyun biter.

Oyun zamana karşı oynatılabilir. Belirlenen zamanda kuyruğunu koruyan takım oyunu kazanır (Yalçın vd., 2017, s. 85).

Oyunun adı: *Basma Yanarsın*

Oyunun yeri: Salon-Bahçe

Oyun araç gereci: Çanak

Oyunun süresi: 4-5 tekrar

Oyunun seviyesi: 13 yaş ve üzeri

Oyuncu sayısı: Bir sınıf yada bir grup

Eğitsel değeri: Problem Çözme Becerisi, Görsel Zeka Geliştirici, Kinestetik Zeka Geliştirici, Matematiksel Zeka Geliştirici, Sportif Müsabaka içi düşünce gücünü geliştirir.

Oyunun açıklaması: Katılımcılara kağıt üzerinde çanakların sıralaması ve gidecekleri yol gösterilir. Çanaklar oyun parkuruna kağıt üzerindeki gibi yerleştirilir. Verilen komutla katılımcılar daha önce kağıtta gösterilen yönde kağıda bakmadan ilerleyerek oyunu tamamlamaya çalışır. Yanılan oyuncu oyundan çıkar tekrar sıraya girer. Parkuru doğru tamamlayan katılımcı oyunu kazanır. Parkur sürekli değiştirilir (Kurttekin, 2017).

13.hafta 2.ders

Ana evre (uygulama evresi)

Oyunun adı: *Bildim-Çizdim-Kazandım*

Oyunun yeri: Salon-Bahçe;

Oyun araç gereci: Kronometre, soru kağıtları, tebeşir, çanak, top, huni.

Oyunun süresi: 20 dakika ve üzeri (süre arttırılabilir, oyun çeşitlendirilebilir)

Oyunun seviyesi: 12 yaş ve üzeri

Oyuncu sayısı: Bir sınıf ya da bir grup

Eğitsel değeri: Bacak kaslarının gelişimini yardımcı olmak. Süreli oynandığından hız kavramını kullanılabilmek. Oyunla beraber matematiksel 4 işlem yeteneğini geliştirmek. Takım çalışması ile beraberliği öğretmek.

Oyunun açıklaması: Katılımcılar iki grup oluşturup arka arkaya sıralanır. İki katılımcı soru sormak amacıyla grup dışındadır. Grupların yan yana durduğu yere başlangıç çizgisi çizilir. Gruplardan 3 m kadar ileriye başka bir çizgi çizilir. Soru soracak katılımcılar ikinci çizginin üstünde sağda ve solda dururlar. İkinci çizgiden 7 m kadar uzağa da üçüncü çizgi ve çetele bölümleri çizilir. Grup başındaki katılımcılara birer tebeşir verilir. Soru soracak katılımcılara da 4 işlem soru kağıtları verilir. Kronometre çalıştırılır ve oyun başlar. İlk sıradaki oyuncu koşarak kendi grubunun soru soracak oyuncusunun önüne gelir sorusunu dinler ve yanıt verir. Yanıt doğruysa koşmaya devam eder ve kendi grubunun çetele bölümüne bir çizgi çizer. Grubuna doğru koşup tebeşiri sıradaki arkadaşına verir kendisi sıranın arkasına geçer. Tebeşiri alan oyuncu yola çıkar yine sorusunu dinler doğru yanıt verirse o da çetele bölümüne gidip bir çizgi çizer geri dönüp sıradaki arkadaşına tebeşiri verip sıranın en arkasına geçer oyun böyle devam eder. Ayarlanılan süre bitmedikçe bu işlem tekrar tekrar yapılır. Süre bittiği anda herkes durur soru soranlar grupların çetele bölümlerindeki çizgileri sayarlar. Hangi grubun çizgisi daha çoksa yarışmayı o grup kazanmış olur.

Oyunun Kuralları: Oyuncular başlangıç çizgisini geçip bekleyemezler. Oyuncular soruya doğru cevap vermeden yola çıkamazlar Çetele bölümüne 1 oyuncu bir seferde birden fazla çizgi çizemez.

Ceza: Oyuncular sınır çizgilerinin herhangi birini gereksiz yere geçerlerse o anda oynayan oyuncu oyuna en baştan başlar Çetele bölümüne bir seferde birden fazla çizgi çizen öğrencinin grubu yenik sayılır (www.bedeneğitimi.gen.tr, 2009).

13.hafta 3.ders

Ana evre (uygulama evresi)

Oyunun adı: *Ters Yöne Yürüme*

Oyunun yeri: salon-bahçe

Oyunun süresi: 4-5 tekrar

Oyunun seviyesi: 14 yaş ve üstü

Oyuncu sayısı: Bir sınıf ya da bir grup;

Eğitsel değeri: Yapılacak işin zorluğundan kaynaklanan gerilim, iş birliği, konsantrasyon, dikkat, beceri,

Oyunun açıklaması: Boş bir alanda bütün katılımcılar serbest yürür. Bir kaç dakika sonra öğretmenin yönergesiyle herkes aynı yöne doğru yürür. Bir süre sonra öğretmen bir kişi seçer ve herkesin yürüdüğü yönün tersine yürümesini ister. Bir kaç dakika böyle yüründükten sonra öğretmen başka bir kişi daha seçer o kişi de diğer seçilen kişi (ters yönde yürüyen) ile aynı yönde ama ondan uzakta gruba ters yönde yürür. Seçilen iki kişi grubunun diğer üyelerinin ters yönünde yürümektedir. Bir süre sonra öğretmenin yönergesiyle bu iki kişi birbirine ulaşmaya çalışır. Diğerlerinin görevi hem aynı yönde yürümelerine devam etmek hem de onların birbirine ulaşmasını engellemektir. Çalışmaya katılan kişileri değiştirerek çalışma sürdürülür. (“Liseler İçin Drama”, 2017, s. 25).

14.hafta 1.ders

Isınma:

10 dk. Topla paslaşma, iki grup karşılıklı düz ve çapraz paslarla yer değiştirir.

Ana evre (uygulama evresi)

Oyunun adı: *Avlanma*

Oyunun yeri: Salon-Bahçe,

Oyun araç gereci: Voleybol ya da hentbol topu, antrenman yeleği.

Oyunun süresi: 4-5 tekrar

Oyunun seviyesi: 13 yaş ve üzeri

Oyuncu sayısı: Bir sınıf ya da bir grup

Eğitsel değeri: Çabukluk, Dikkat.

Oyunun açıklaması: Katılımcılar arasından iki eşit takım oluşturulur. Bir takım avcılar takımı, diğer takım av takımı olur. İki takım da voleybol sahasında dağınık hâlde durur. Takımlar farklı renkte antrenman yeleği giyer. Avcılar, voleybol topunu birbirlerine pas olarak verir ve uygun zaman yakaladıklarında av olan öğrenciyi topla vurur. Bütün avlar vurulduktan sonra takımlar rollerini değiştirir. Avcı rolündeki oyuncular topla hareket edemez ve topa ayakla vuramaz. Av rolündeki oyuncular ise topu tutamaz (Yalçın vd. 2017, s. 83).

Oyunun adı: *Labutbol*

Oyunun yeri: Spor salonu veya bahçe

Oyun araç gereci: Sağlık topu, minyatür kale ve antrenman yeleği, labut

Oyunun süresi: 20 dakika (10 x 2 devre)

Oyunun seviyesi: 10 yaş ve üzeri

Oyuncu sayısı: En az dört kişi

Eğitsel değeri: Dikkat, beceri, bilişsel, konsantrasyon, iş birliği, yaratıcılık.

Oyunun açıklaması: Katılımcılar en az dört en fazla on kişi olmak koşuluyla eşit sayıda iki takıma ayrılır. Futbol takım dizilişi ile badminton sahası ya da o ölçülerde bir alana yerleşir. Takımların birer kaleci kendi sırtlarına bakacak şekilde yerleştirilirken, takımların ikinci ve diğer kaleleri her takımın sağında olacak şekilde yerleştirilir. Takımların katılımcı sayısı arttıkça her artan sayı kadar takımlara kale eklenir. Ancak kaleci yoktur. Takımların amacı sağlık topunu yerden yuvarlayarak labutla karşı takımın kalesine gol atmaktır. Gol değeri kazanması için en az üç pas yapma zorunluluğu vardır. Topla koşmak, topa ayakla vurmamak yasaktır. Faul uygulaması fuboldaki ile aynıdır.

Çeşitlendirme: Katılımcı sayısı arttıkça kale sayısı artırılabilir. Sağlık topu yerine başka bir top kullanılabilir.

Not Oyun Muharrem Korkmaz tarafından futbol, hentbol ve buz hokeyi oyunlarından esinlenerek geliştirilmiştir*

14.hafta 2.ders

Ana evre (uygulama evresi)

Oyunun adı: *Alanını Temizle*

Oyunun yeri: Salon-Bahçe,

Oyun araç gereci: top

Oyunun süresi: 4-5 tekrar

Oyunun seviyesi: 14 yaş ve üzeri

Oyuncu sayısı: Bir sınıf ya da bir grup

Eğitsel değeri: Hareketlilik, beceriklilik ve isabetli atış özelliğini geliştirir.

Oyunun açıklaması: Oyuncular iki denk gruba ayrılır, basketbol veya voleybol sahasının her iki alanına dağınık düzende yerleşirler. Her takımda eşit sayıda top vardır. İşaretle birlikte her takım kendi sahasındaki topları karşı alana atar. Oyunu bitiren işareten sonra her iki alandaki top sayılır. Kendi alanında az top olan bir puan alır (www.bedeneğitimi.gen.tr, 2007).

Oyunun adı: *Kör Bekçi*

Oyunun yeri: Salon-Bahçe,

Oyun araç gereci: Sandalye, ip veya mendil

Oyunun süresi: 4-5 tekrar

Oyunun seviyesi: 12 yaş ve üzeri

Oyuncu sayısı: bir sınıf ya da bir grup

Eğitsel değeri: Dikkati ve beceriyi geliştirir.

Oyunun açıklaması: Bir katılımcı sandalyeye oturur ve ayakları bağlanır. Bunun yanına gözleri bağlı bir bekçi konur. Öteki oyuncular bekçiye yakalanmadan arkadaşlarını çözmeye çalışırlar. Bekçiye vurulan oyun dışı kalır. Bir süre sonra bekçi bağlı olanı koruyabilmişse oyunu kazanır.

Çeşitlendirme: Oyun karşılıklı gruplar arasında da oynanır. Bağlı olan oyuncu ile çözecek olanlar bir grubun oyuncusu, bekçi de karşı grubun oyuncusu olur. Çözmeyi başaran veya korumayı başaran (bekçi), oyunu kazanır (www.bedeneğitimi.gen.tr, 2007).

14.hafta 3.ders

Ana evre (uygulama evresi)

Oyunun adı: *Cimri*

Oyunun yeri: Salon, sınıf, bahçe

Oyun araç gereci: 1 ders saati

Oyunun süresi: 15 yaş ve üzeri

Oyunun seviyesi: En az 4 kişi (iki oyuncu , iki suflör)

Oyuncu sayısı: bir sınıf ya da bir grup

Eğitsel değeri: Oyun metinlerinden rol oynama, empati, dikkat, konsantrasyon, algı, iş birliği

Oyunun açıklaması: Moliere' nin Cimri adlı oyununun canlandırılması. Perde 1, Sahne 3, katılımcılar sırayla karakterleri oynar ve suflörlük yaparlar ("Liseler İçin Drama", 2017, s. 40).



15.hafta 1 ve 2.ders

Isınma:

5 dk. Topla paslaşma, iki grup karşılıklı düz ve çapraz paslarla yer değiştirir.

Ana evre (uygulama evresi)

Oyunun adı: *Labutbol*

Oyunun yeri: Spor salonu veya bahçe

Oyun araç gereci: Sağlık topu, minyatür kale ve antrenman yeleği, labut

Oyunun süresi: 20 dakika (10 x 2 devre)

Oyunun seviyesi: 10 yaş ve üzeri

Oyuncu sayısı: En az dört kişi

Eğitsel değeri: Dikkat, beceri, bilişsel, konsantrasyon, iş birliği, yaratıcılık.

Oyunun açıklaması: Katılımcılar en az dört en fazla on kişi olmak koşuluyla eşit sayıda iki takıma ayrılır.

Futbol takım dizilişi ile badminton sahası ya da o ölçülerde bir alana yerleşir. Takımların birer kalesi

kendi sırtlarına bakacak şekilde yerleştirilirken, takımların ikinci ve diğer kaleleri her takımın sağında

olacak şekilde yerleştirilir. Takımların katılımcı sayısı arttıkça her artan sayı kadar takımlara kale

eklenir. Ancak kaleci yoktur. Takımların amacı sağlık topunu yerden yuvarlayarak labutla karşı

takımın kalesine gol atmaktır. Gol değeri kazanması için en az üç pas yapma zorululuğu vardır. Topla

koşmak, topa ayakla vurmamak yasaktır. Faul uygulaması fuboldaki ile aynıdır.

Çeşitlendirme: Katılımcı sayısı arttıkça kale sayısı artırılabilir. Sağlık topu yerine başka bir top

kullanılabilir.

Not Oyun Muharrem Korkmaz tarafından futbol, hentbol ve buz hokeyi oyunlarından esinlenerek geliştirilmiştir*

15. hafta 3.ders**Isınma:**

10 dk. Gruptan müzik eşliğinde ritimle yürümleri istenir. Daha sonra liderin verdiği yönergelere göre ayak parmaklarının ucunda, topuğuna basarak, ayakların dış yanına basarak, ayakların iç yanına basarak yürünür.

Ana evre (uygulama evresi)

Oyunun adı: *Cimri*

Oyunun yeri: Salon-Bahçe, sınıf

Oyunun süresi: 1 ders saati

Oyunun seviyesi: 15 yaş ve üzeri

Oyuncu sayısı: En az 4 kişi (iki oyuncu , iki suflör)

Eğitsel değeri: Oyun metinlerinden rol oynama, empati, dikkat, konsantrasyon, algı, iş birliği

Oyunun açıklaması: Moliere' nin Cimri adlı oyununun canlandırılması. Perde 1, Sahne 3, Harpagon (cimri) ve La Fleche (uşak) ("Liseler İçin Drama, 2017, s. 40).

Not: Her katılımcı sırasıyla cimri, uşak ve cimri'nin suflörü, uşağın suflörü olmuştur

16. hafta 1.ders

Isınma:
5dk joking

Ana evre (uygulama evresi)

Oyunun adı: *Balon Savaşı*
Oyunun yeri: Salon-Bahçe,
Oyun araç gereci: Balon, ip, lastik
Oyunun süresi: 15 dk
Oyunun seviyesi: 6 yaş ve üzeri
Oyuncu sayısı: 4 kişi ve üzeri
Eğitsel değeri: Çabukluk, Dikkat, Beceri, Bilişsel, Koordinasyon.
Oyunun açıklaması: Katılımcılar ayaklarına bağlanmış balonlar ile dağınık bir şekilde oyun alanında koşarlar. Herkes bireysel olarak yarıştığı için kendi balonunu saklayarak diğer arkadaşlarının balonlarını patlatmaya çalışır. En sona kalan öğrenci oyunu kazanır (www.eğitseloyunlarakademisi, 2017).

Oyunun adı: *Denge Savaşı*
Oyunun yeri: Salon-Bahçe,
Oyun araç gereci: Makarna ya da cimnastik matı
Oyunun süresi: 15 dk
Oyunun seviyesi: 10 yaş ve üzeri
Oyuncu sayısı: en az 2 kişi
Eğitsel değeri: Çabukluk, Dikkat, Beceri, Bilişsel, Koordinasyon.
Oyunun açıklaması: Oyunun oynanacağı alanda belirlenen yerlere öğrenciler karşılıklı olacak şekilde duracağı bölgeler oluşturulur. Tek ayak havada olacak şekilde Ellerinde bulunana Makarnalar İle birbirlerinin Bel Bölgesinden aşağı vurarak rakibinin dengesini bozup düşmesini sağlamaya çalışır. Bel bölgesinden yukarı bölgeye vuran ve belirlenen alanın dışına çıkan oyuncu direk diskalifiye olur (www.eğitseloyunlarakademisi, 2017).

16.hafta 2.ders

Isınma:

Saat Kaç Oyunu

Ana evre (uygulama evresi)

Ana evre (uygulama evresi):

Oyunun adı: *Mayın Tarlası*

Oyunun yeri: Salon-Bahçe

Oyun araç gereci: Çember, Çanak, Huni.

Oyunun süresi: 3-5 tekrar (her katılımcı için)

Oyunun seviyesi: 10 yaş ve üzeri

Oyuncu sayısı: Bir sınıf ya da bir grup

Eğitsel değeri: Bilişsel, Koordinasyon, Denge, İş Birliği.

Oyunun açıklaması: Çemberler yanyana ve çapraz gelecek biçimde sıralanarak ileri doğru bir parkur oluşturulur. Bazı çemberlerin içine çanak konulur. Bir katılımcı gözleri bağlı olarak başlama noktasında durur ve başka bir katılımcının sesli komutlarıyla içlerinde çanak olmayan çemberlere basarak parkuru tamamlamaya çalışır.

Not:Katılımcıların oyun parkurunu ezberlememesi için parkur sürekli olarak değiştirilir. (www.bedeneğitimi.gen.tr, 2015).

16.hafta 3.ders

Ana evre (uygulama evresi)

Oyunun adı: *Peak Oyunu*

Oyunun yeri: Salon-

Oyun araç gereci: Kutu, Balon, Lobut, Çanak, Top

Oyunun süresi: 1 ders saati

Oyunun seviyesi: Şizofreni tanısı taşıyan hastalar.

Oyuncu sayısı: Bir sınıf ya da bir grup

Eğitsel değeri: Bellek, Bilişsel İşlev

Oyunun açıklaması: Oyunda birden fazla odaya daha önceden yerleştirilen kutuları şizofrenlerden çeşitli odalara girip kutulardaki nesnelere bulmaları isteniyor. Buldukları nesnelere daha sonra farklı yerlere yerleştirmeleri ve yeni yerleri hatırlamaları istenen hastaların, “epizodik” ya da “anısal” belleği test ediliyor. Epizodik bellek, bireyin yaşadığı olayların saklandığı hafıza türü olarak tanımlanıyor (Sahakian vd., 2015).

EK-2

Aerobik Aktivite Ve Kuvvet (AAK) Grubu Uygulama Programı

1-2-3 ve 4. Haftalar 1.Ders

15 dk ısınma.:

Circle Warm Up; Bu ısınma varyasyonu dinamik germe, çeviklik ve sürat koşusu çalışmalarını içerir. Bu, her yaş ve beceri seviyesindeki oyuncular için kullanılabilir. Ortada bir bayrak direği bulunan bir huni yerleştirilir ve merkeze beş metre uzaklıkta çanaklardan bir çember oluşturulur. Katılımcılar çanaklardan oluşan çemberin çevresinde saat yönünde sıra olurlar ve verilen komutla katılımcılar çanakların çevresinde zig zag yaparak joking temposunda koşmaya başlarlar. Verilen ikinci komutla merkezde bulunan bayrak direğine doğru süratle koşup yerlerine geri dönerler. Verilen yeni komutla çanakların üzerinden çift ayak zıplayarak joking ve merkeze sürat koşusu yapar yerlerine geri dönerler. Verilen komutla aynı döngüyü baştan tekrar ederler ancak sürat koşuları bu sefer merkeze değil 180 ° geriye doğrudur.

Ana evre (uygulama evresi)

Uygulama:

Chest press -

Butterfly -

Shoulder press -

Lateral raise -

Rowing -

Dumbbell curl -

Triceps Extencion -

Squat -

Calf raise -

Scissors crunch

Yüklenme: 1 kg. (çift dumbbell)

Tekrar: 15

Dinlenme: 45 sn. (hareketler arası) - 2 dk.(set arası)

Set: 3

5-6-7 -8-14-15 ve 16. Hafta 1. Ders

10 dk ısınma:

Eşli 1-2-3 Oyunu; 1, 2, 3, 4 ve 5 sayılarının her birine eşli yapılabilecek devinimler atanır. Müzik eşliğinde dans edilirken birden müzik durdurulur ve öğretmen beş sayıdan birini söyler. Herkes eşini bulur ve ilgili devinimi gerçekleştirir.

Ana evre (uygulama evresi)

Uygulama:

Squat -

Push up -

Scissors crunch -

Shoulder press -

Dumbbell curl -

Triceps Extencion -

Butterfly -

Calf raise -

Rowing -

Lateral raise

Yüklenme: 1 kg. (çift dumbbell)

Tekrar: 15

Dinlenme: 45 sn. (hareketler arası); 2 dk.(set arası)

Set: 3

9-10-11-12 ve 13. Hafta 1. Ders

Isınma.:

5 dk. Joking ve

5 dk. *Arkadaşına Sarıl Oyunu*; Katılımcılar belirlenen alan içinde yürür veya yavaş tempo koşar. Öğretmenin verdiği komut ile birlikte verilen sayı kadar kişi birbirine sarılır. Örneğin: Öğretmen düdüğü çalar ve 5 der. 5 kişilik bir grup birbirine sarılır. Sınıfta 22 kişi varsa 2 kişi boşta kalacaktır ve bu boşta kalan kişiler oyun dışı kalmış olacaktır. Oyuncular birbirile anlaşır grup oluşturmaları diye söylenen sayı sürekli değiştirilir (bedeneğitimi.gen.tr, 2009).

Ana evre (uygulama evresi)

Uygulama:

Chest press -

Butterfly -

Shoulder press -

Lateral raise -

Rowing -

Dumbbell curl -

Triceps Extencion -

Squat -

Calf raise -

Scissors crunch

Yüklenme: 1 kg. (çift dumbbell)

Tekrar: 15

45 sn. (hareketler arası); 2 dk.(set arası)

Set: 3

1 ve 2. Hafta 2. Ders

Isınma:

10 dk antrenman merdiveninde çeşitli hareketler (zig zag, sek sek, karna diz çekme, çift ayak zıplama).

Ana evre (uygulama evresi)

Uygulama (dairesel):

Dumbbell side band -

Jumping jacks -

Scissors crunch -

Step up -

High knees running in place -

Kasaya tek ayak sıçrama/inme -

Devrik hunileri düzeltme -

Plank -

Çanaklar arası sprint (üçgen pozisyon) -

Bisiklet

Yüklenme: 30 sn.

Tekrar: maximum.

Dinlenme: Geçiş 45 sn. - Set arası 2 dk.

Set: 2

3-4-5 -6-8 -10-11-12-13-14 ve 15. Hafta 2. Ders

Isınma: 15dk

antrenman merdiveni çalışması (zig zag, sek sek, karna diz çekme, çift ayak zıplama).

Elden Ele (Al Ver) Oyunu: (kuvvet gelişimine yönelik); Derin kolda sıralanmış eşit sayıdaki iki veya daha fazla grup birbirlerine paralel olarak dururlar. Her grup en az altı kişiden oluşmalıdır. Komutla sıranın önündeki oyuncu elindeki sağlık topunu başının üzerinden arkasındakine verir. O da arkasındakine aktarır. Böylece top en arkadaki oyuncuya gelir Grubun en sonundaki oyuncu top kendisine geldiğinde koşarak sıranın önüne geçer ve topu başının üzerinden arkasındakine aktarır. Oyun böylece devam eder. Hangi grup başlangıçtaki diziliş şeklini daha önce alırsa galip ilan edilir (Yalçın vd. 2017., s. 71).

Ana evre (uygulama evresi)

Uygulama (dairesel):

Bisiklet -

Antrenman merdiveninde sek sek -

Squat -

Çanaklar arası git-gel (3 gen)-

Çembere çana yerleştir.-

Kasaya sıçra in

Yüklenme: 30 sn.

Tekrar: maximum.

Dinlenme: Geçiş 45 sn. - Set arası 2 dk.

Set: 2

7. Hafta 2. Ders

Ana evre (uygulama evresi)

Oyunun Adı: *Zincir*

Oyunun Yeri Salon-Bahçe

Oyun Süresi: 3-4 tekrar

Oyun Seviyesi: 10 yaş ve üzeri

Oyuncu Sayısı: bir sınıf ya da bir grup

Oyunun Eğitsel Değeri: Kuvvet, Dayanıklılık geliştirir.

Oyunun Açıklaması: Oyuncular derin kolda arka arkaya dizilir. Grup başındaki oyuncu belirlenen noktaya kadar koşup döner ve sıradaki oyuncunun elinden tutar. Oyuncular birlikte koşmaya başlarlar. Her seferinde oyuna bir kişi eklenir. Bütün oyuncular hep birlikte koştuğundan sonra oyunun başlangıç noktasına geldiğinde oyunun başında ilk koşan oyuncu, oyundan çıkar. Her turda oyuna katılma sırasına göre bir oyuncu, oyundan çıkar. Bu oyunda oyuncular uzun süre koştuğundan dayanıklılık gelişimi sağlanmış olur.

Grup oyuncuları, dayanıklılık gelişim düzeyine göre sıralanır. Oyuna ilk başlayacak olan oyuncu en dayanıklı oyuncudur. En sondaki oyuncu da dayanıklılık performansı en düşük oyuncudur. Oyun, aynı şekilde oynanmaya başlanır fakat bütün oyuncular hep birlikte koştuğundan sonra, bu defa oyuna en son katılan oyuncu, oyundan ilk çıkan oyuncu olur. Böylelikle oyuna bütün oyuncuların katılımı sağlanmış olur (Özen vd., 2018, s. 59).

Oyunun Adı: *Değirmen*

Oyunun Yeri Salon-Bahçe

Oyun Süresi: 3-4 tekrar

Oyun Seviyesi: 13 yaş ve üzeri

Oyuncu Sayısı: bir sınıf ya da bir grup

Oyunun Eğitsel Değeri: Kuvvet, Dayanıklılık geliştirir.

Oyunun Açıklaması: Oyuncular ayak tabanları birbirine değecek şekilde bir dairenin içinde, cephe duruşundadırlar. Verilen komutla birlikte oyuncular aynı yönde, ellerinin yardımıyla ilerlerler. Hangi oyuncu diğerini yakalarsa bir puan alır (Yalçın vd., 2017, s. 70).

9. Hafta 2 Ders

Ana evre (uygulama evresi)

Oyunun Adı: *Kral Kim?*

Oyunun Yeri: Spor salonu, okul bahçesi

Oyun Araç Gereci: Tebeşir veya şerit

Oyun Süre: 4-5 tekrar

Oyun Seviye: 9 yaş ve üstü

Oyuncu Sayısı: 8-12

Oyun Eğitsel Değeri: Kuvvet, çeviklik, denge gelişimi

Oyunun Açıklaması: Katılımcılar, karışık bir şekilde sınırları belirgin daire şeklindeki alanın içerisine girerler. Katılımcılar çömelik pozisyonda daire içerisindeki diğer oyuncuları iterek daire dışına çıkarmaya ve kendini korumaya çalışır. Oyunda alanın dışına çıkan veya yere düşen katılımcı oyundan çıkar. Oyun, daire içerisinde bir kişi kalıncaya kadar devam eder. Oyunun sonunda dairenin içinde kalan katılımcı, oyunun galibi yani kral ilan edilir (Özen vd., 2018, s. 92).

16. Hafta 2. Ders

10 dk ısınma:

Çökmeli Top Atma Oyunu; Oyun alanına 3-5 m mesafeli iki paralel çizgi çizilir ve oyuncular 8-10 kişilik takımlara ayrılırlar ve karşılıklı olarak iki çizginin arasına dizilirler. Takımlar arası mesafe 3-4 m dir. Her takımının önüne bir sağlık topu konulur. Oyunun başlama işaretinden sonra top kimin önünde ise karşı grubun ilk oyuncusuna verir ve hemen alçak çömelik duruşuna geçer. Böylece bütün oyuncular sıralandıktan sonra oyun biter. İlk sıralanan takım galip sayılır (Yalçın vd., 2017, s. 67).

Ana evre (uygulama evresi)

Uygulama (Dairesel):

Bisiklet -

Antreman merdiveninde sek sek -

Squat - Çanaklar arası git-gel (3 gen) -

Çembere çana yerleştir.-

Kasaya sıçra in

Yüklenme: 30 sn.

Tekrar: maximum

Dinlenme: Geçiş 45 sn. - Set arası 2 dk.

Set: 3

1 ve 2. Hafta 3. Ders

10 dk. ısınma:
Circle Warm Up

Ana evre (uygulama evresi)

Uygulama (2 şer kişi eşli):
Engellerden/kasa üzerinden çift ayak sıçrama -
Sırt sırta sağlık topuyla twiss -
Dikey sıçrama-
Basketbol topuyla huniler arası slalom -
Antreman merdiveninde sek sek -
Sağlık topuyla step up

Yüklenme: 30 sn.
Tekrar: maximum.
Dinlenme: Geçiş 45 sn. - Set arası 2 dk.
Set: 2

3.Hafta 3. Ders

10 dk ısınma:
Çökmeli Top Atma Oyunu. (Yalçın vd., 2017, s. 70).

Ana evre (uygulama evresi)

Uygulama:
Push up -
Forward lunges -
Scissors crunch -
Climbing -
Back extension -
Squat (çök-zıpla)

Yüklenme: 30 sn.
Tekrar: maximum
Dinlenme: Set arası 1 dk.
Set: 3

4-5 -6 -7 ve 8. Hafta 3. Ders

Isınma:

Circle Warm Up

Zıp Zıp Oyunu; Geniş alanda bütün oyuncuların tek ayak sıçrayarak elim sende oyunu oynaması. oyuncuların uzun süre tek ayak sıçramalarını gerektirdiğinden kuvvet ve kuvvette devamlılığa yönelik bir oyun (Özen vd., 2018, s. 63).

Ana evre (uygulama evresi)

Uygulama: Sağlık topuyla squat -

Scissors crunch -

Step tahtasına çift ayak sıçra in -

Dumbell lateral raise -

Sağlık topuyla twiss -

Dumbell shoulder press -

Back extension

Yüklenme: 30 sn.

Tekrar: maximum

Dinlenme: Geçiş 45 sn. - Set arası 2 dk.

Set: 3

9-10-11 ve 12. Hafta 3. ders

Ana evre (uygulama evresi)

Uygulama (Dairesel):

Bisiklet-

Antreman merdiveninde sek sek -

Squat -

Çanaklar arası git-gel (3 gen) -

Çembere çanak yerleştir. -

Kasaya sıçra in

Yüklenme: 30 sn.

Tekrar: maximum

Dinlenme: Geçiş 45 sn. - Set arası 2 dk.

Set: 2

Uygulama (Dairesel):

Step tahtası sıçrama çalışması (ara sıçrama yapılmaz).

3 kg sağlık topu ile karşılıklı 1 metreden paslaşma. 3 metre sağa-sola, öne-geriye kayma adımları.

3 kg sağlık topu ile karşılıklı 6 metreden paslaşma. 6 metreden normal top ile paslaşma

Yüklenme: 30 sn.

Tekrar: maximum

Dinlenme: 1 dk. (set arası)

Set: 3

13-14-15.- ve 16.Hafta 3. Ders**Isınma:**

10 dk. Gruptan müzik eşliğinde ritimle yürümleri istenir. Daha sonra liderin verdiği yönergelere göre ayak parmaklarının ucunda, topuğuna basarak, ayakların dış yanına basarak, ayakların iç yanına basarak yürünür.

Ana evre (uygulama evresi)**Uygulama:**

jumping jacks -
abdominal crunch -
squat -
ergonometre (bisiklet) -
lunge -
high knees running in place.

Yüklenme: 1.set 20 sn - 2.set 30 sn. - 3.set 45 sn.

Tekrar: maximum

Dinlenme: 45 sn. (hareketler arası); 2 dk.(set arası)

Set: 3

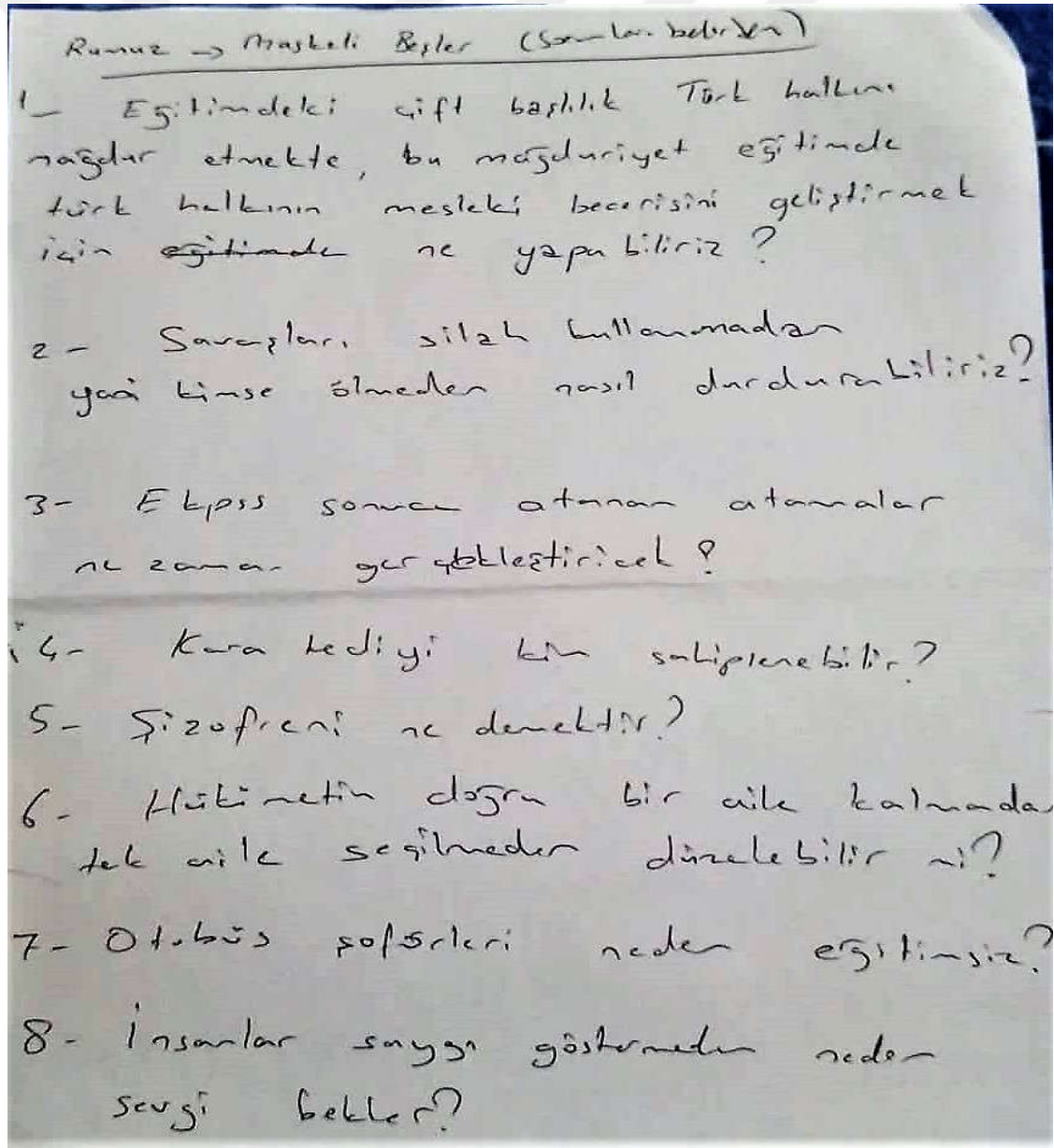
EK-3

Çalışma Sürecinde Drama Uygulamalarında Katılımcıların Bazı Ürünleri

Eğitsel oyunlar ve drama (EOD) grubu,

dördüncü hafta üçüncü ders; "Güzin Abla Dert Dinliyor" adlı çalışma.

Katılımcılar dörder kişilik iki gruba ayrılmıştır. Her grup; tartışıp ortak bir metin halinde Güzin Abla'ya gönderilmek üzere bir dizi sorular yazmıştır. Kendilerine bir de rumuz bulmuşlardır. 15 dakika sonra soruların yazımı bitince katılımcılar, yazdıkları soruları diğer grupla değiş tokuş yapmışlardır. Böylece her grubun önüne kendi yazmadığı bir dizi soru gelmiştir. Katılımcılar önlerine gelen sorulara çözüm yazmaya çalışmışlardır. 15 dakika sonra soruları yazan grup; soruları, çözümü yazan grup da bulduğu çözümü okumuştur.



- 9- Çintere neden basılır?
- 10- İnşaat yaparken neden güvenliğimiz tehlikeye altındadır?
- 11- Muharrem koca ne zaman susları "0" vuracak?
- 12- Aşlık nasıl önlenir?
- 13- Mustafa abi nasıl tarikatlik bakılabilir?
- 14- Kilo almak istemeden nasıl fit kalır?
- 15- Uyumsuzluk nasıl önlenir?
- 16- Dignete nasıl bu kadar çok lütfe ayrılıyor?
- 17- Güneş tutulması ne zaman yaşanacak?
- 18- Ay tutulması olacak mı?
- 19- Ay tutulmasında deniz kızıları önlemek için ne yapılmalı?

Gösteren Borçlar = 1

- 1- Meslek Okullarını çoğaltmamız lazım. Öğretmen sayısını arttırmak lazım. Devlet okuyamayanları okutması lazım
2. Anlaşmalarla silahları toplatılmayla, Birlik ~~olarak~~ olarak
3. Bay içinde, zamanla, ÖSYM. ne zaman karar verirse
- 4- İnsanlar, hayvanseverler, hayvan barınakları
5. Düşünce bozuklu, halisinasyon, ses duyma (sarı)
6. Demokrasikle düzenli
7. Rastgele alınıyor. Otobüs sahipleri istediği kişiyi çalıştırıyor. Paraya bakıyor.
8. İisine geldiği için, insanın doğasında var. egoist
9. Daha kısa mesafeden gitmek için, bazen mecburiyetten
10. Tedbir almıyoruz ondan
11. Bay sonra
12. Zenginler arasında para topiyarak, hayır yapmıyorlar.
13. Takım elbise ve gözlük takılarak

14. Spor yaparak, az yiyecek, yüzecek, yürüyüş yapma-
rak

15. Uyku ilacı içerek ayran içerek.

16. Diyanette kalıran çok ikdidada tam onların
istediği gibi

17. Tam bilmiyoruz ama Ssenek bil,

18. Olacak, zamanını bilmiyoruz.

19. Sahilde kimse olmaması, Gemilerin denize açılma-
ması

Enne } ⇒ Boncuklar → Sorun Üretken (Belirten)

- 1- Ne olacak galatasarayla fenerin hali
- 2 ilaçlar uyku sorunu yapıyor.
- 3 Antalya'nın havası iyi değil
- 4 Biz hepmit hastayız. Onun için ilaç kullanıyoruz.
İyi bir ilaç sıklıkla benim için.
- 5 Otobüste zorlanıyoruz.
- 6 Servis sorunu var.
- 7 Ekonomik durumumuz pek iyi değil.
- 8 Fenerbahçe küme düşecek mi?
- 9 Haplar halsizlik, yorgunluk, uykusuzluk, ya da çok uyumak gibi sıkıntılar yapıyor.
- 10 Savaş olmaması için ne yapmalıyız.
- 11 Çevre bilinci, ses, görüntü bütünlüğü ve kaliteyi korumak.
- 12 İş yende kıyafetler dikilebilir mi?
- 13 Sporcu sırtına iş ne ~~görmek~~ yapmalıyız?
- 14 İstisna ile önerebiliriz iş ne yapmalıyız.
- 15 Hastalığımız için ne gibi tedbirler almalıyız.
- 16 Galatasaray için ne yapmalıyız.
- 17 Güneşin enerjisi bitiyor güneşin enerjisi bitince ne yapmalıyız?
- 18 ~~Su~~ Suç işleyenlerin cezası niçin at?
- 19 Hastalıklar niçin çoğalıyor?
- 20 Polislerin rüsvet alınması için ne yapmalıyız.
- 21 Başonmanın önlenmesi için ne yapmalıyız.
- 22 ~~Okullar~~ Eğitim daha iyi nasıl verilir.

Çişin direktör Hastalıkları

- 1 - Her zaman sabırlı olsun, herşey düzelecek
- 2 - İlaçları zamanında içelim uyku problemlerle zamanla düzelecek.
- 3 - Atatürk demıştir ki Çişesiz ki Antalya Dünyanın En güzel yeridir. Değıştir.
- 4 - İlaçları zamanında ve yerinde alırsak ayrıca pünktüel hastane içindeki faaliyetlere katılırsak hastalığımız azalır. Hastalık azaldık tan sonra kendimizi daha iyi hissedebiliriz.
- 5 - Çok uğraştık ama yetkililerden bize servis verilmesini? Olmadı ne yapalım ama işin bir yanı daha vakti toplum içinde varlığımızı hissetmek güzel bir duygu.
- 6 - Sosyal İl Hizmetler Müdürlüğüne baş vurarak sorunlarımızı giderme konusunda yardımcı olabilirler.
- 7 - İyi oynayan kalansın - Fener bahçenin kime değışmesi işin top oynarken daha özveri ile oynaması gerekir.
- 8 - Doktorunuza bildirdiniz mi? Eğer bildirdiyse n'iz doktorunuzun söyletiği gibi ilaçlar ve zamanda almanız gerekir ilaçlarınızı.
- 9 - "Yurtta sulh cihanda sulh" demek. Atatürk fikri beyan edilmiştir. Bunun üstüne de başka söz yurula bilir mi?

- 10- Her 5 metrede bir bir ağıf kutusu koyulabilir. "Okullarda çevre kirliliği önlemek için" bir eğitim girilebilir!
- 11- "iş kur" başvurulur.
- 12- Maharetti işer uygun yapılabilir
- 13- Spor a yapabilirsın. Bu konuda gerekli yerlere başvursun. (Doktorlar
- 14- Yeni işyerleri kurup istihdam yaratabiliriz
- 15- İlaçlar zamanında alarak bun giderilebilir
- 16- Kendimizi geliştirmeliyiz
- 17- Dünyayı terk etmeliyiz
Yapay güneş sağlanabilir.
- 18- Suun oluşturma unsurların azaltıl-
ması için yasa değişikliği! yeni ted-
birler almak gerekir.
Çaydanesi cezalar semeli
Af çıkarmalı
Ailenin yaklaşımı suçların azaltıl-
ma etkilidir Herkesi hapsederek azaltı-
mayız.
- 19- Kötü beslenme obezite hormonal
gıdalar v.b. çevre kirliliği!
- 20- Maazılar artırmak. daha iyi bir
eğitim.
- 21- Okullarda buna göre eğitim verilmeli
- 22- Öğretmenleri serer insan olmaları
gerekir.

Eğitsel oyunlar ve drama (EOD) grubu,

Altıncı hafta üçüncü ders; 5 N 1 K (Doğaçlama Yoluyla Öykü Oluşturma) çalışması.

Katılımcılara bir A4 kağıdı verilir. Öğretmen herkesin aynı anda kağıda seçtiği bir mekanın adını yazmasını ve yanındakilere göstermeden kağıdın yazılı kısmını katlayıp kağıdını yanındakine geçirmesini ister. Böylece herkes yanındaki kişiden yazılı kısmı katlanmış bir kağıt alır. Kağıdı alan kişi katlı kısmını açmadan bir sonraki soruya vereceği cevabı katlı kısmın altına yazar ve o da yazdığı kısmı katlayarak yanındaki arkadaşına verir. Öğretmenin sonraki sorularına da aynı biçimde, kendinden önce gelen kağıdı açmadan; yani bir önce yazılanı görmeden yanıt yazılacaktır.

Öğretmen sırayla şunları yazmalarını ister:

Bir mekan adı-katla yanındakine ver. Kim?

Bir meslek-katla bir yanındakine ver. Nerede?

Bir zaman-katla bir yanındakine ver. Ne zaman?

Bir eylem-katla bir yanındakine ver. Ne yapıyor?

Eylem için bir neden-katla yanındakine ver. Neden?

Eylem için bir duygu-katla yanındakine ver. Nasıl?

Sorulara verilen yanıtlar bittiğinde herkes elinde kalan kağıdı açar ve sırayla yüksek sesle sınıfta okur.

Ardından sınıf üç ya da dört kişilik gruplara ayrılır ve her bir grup mevcut kağıtlar içinden birini seçer ve grup halinde o kağıttaki durumu içine alan öykü kurgular.

1978 de Yusir doğdu. Kırkkhanın en güzel
en delikanlı udanı oldu. Bir gün hırak kesme eküne
nanese gitti. Sonra gezmeğe gitti. Sığara içti orda
bir afet gardı ateşi çıktı kustu kız aşı oldu
kızı babasında istemeğe gitti. Babası vermedi. Hıçta
küstü ill. 2019 da cumu günü başka bir kızla evlendi.
sonra sevdiği kızın çocuğa kendi çocuğuna aşı oldu.
Düseyer Yusir kızını vermez. Öntikam.

Bugün sabah erden çıktım. Hava güneşli. Biraz yürüdüm.
~~Bir~~ Bir cafeye gittim. ~~Portakal~~ Cafede portakal
suya içtim. Daha sonra yağmur başladı. Femsiyet olmadı.
işin ~~yağ~~ yağmur biteneğe kadar bekledim. Yarım saat sonra
yağmur durdu. Cafeden ~~g~~ çıkıp eve gittim. Evde biraz
dinlendim. Daha sonra ~~bir~~ biraz televizyon izledim.

Kafedeyim kafeye polis kimlik soruşu işin
 peldi, Kafedeki bazı kişileri polis aldı
 ve karakolda hücreye koydu.
 ikindi vakti saat 15.30 da polis serbest
 koydu. Kafedeki bazı kişileri serbest
 kaldıktan sonra müzik dinleyip kopu-
 yorlar. Sevinçlerinden
 canı sıkıldığı için ördek avına çıktılar.
 neyse canları sıkıldı ve ördek avına
 gittiler. Vuramadıkları için can
 sıkılma olayı yaşandı.

Markette dolaşmak Mi birşey değildir.
 Abur cubur ya da tuttuğun her şeyi alma
 ihtiyacın vardır. (Ya da gerekli gereksiz)
 Sivil Polis 1958'de doğdu, burada eğitim gördü.
 Arkadaşının ^{Tecrübeli} sayesinde polis oldu. Markette
 tanıştı.
 Arkadaşı ^{Çizim} yapıyor mimar olarak. Hem paralı
 hem de güzel bir meslek.
 Usta ile birlikte kuaförlük de yaptı. Yan
 meslek olarak

1299 Hava karlı yağmurlu
 söğütten Osman Gazi iki
 elai göndermiş. Tamam bi ata
 uğrarım dedim. 1. Gün sonra
 ata bindim. Elimde semsiye
 yanına gittim. Gay bakaesine
 oturduk. Niye çağırдың dedim
 Bilecik söğütü Osmanlının
 Başkenti yapcam dedi. Olabi-
 lir dedim. Kar yağmur elimde
 semsiye, bere, Ata bindim
 Ankaranın yoluna tuttum
 3günde Ankaraya vardım.
 Bi uyandırm. Bere 4,5

Eğitsel oyunlar ve drama (EOD) grubu

Sekizinci hafta üçüncü ders; Bir şiirden yola çıkılarak yapılan doğaçlama..

Katılımcılardan kâğıtlara üçer tane sözcük yazmaları istenir. Tüm sözcükler toplandıktan sonra grup olarak şiir yazma çalışması yapılır.

Örnek: 1. katılımcı: sevmek-ağaç-kuş. 2. katılımcı: yaşam-toprak-özgürlük.

Şiir: Ağacı sevmek yaşamdır. Toprak ve kuş ise özgürlüktür.

Türk Milleti Galilekandır Türk milleti zektir
Şanlı Bayrağın sen dalgaları

Milletimiz Türk millettir.
Adı başka, sanı başka
Millet şalışmakla gösterir
Dunya milletimiz önünde eğilir.

Bayrağın dalgaları gökyüzü gibi
Şanlı ol kırmızılar, beyazlar gibi.
Solsun diğer bayrakların renkleri
Öçün akıldır ezelden beri.

Adam Elma öğretmen bayrak kurt millet
sevgi güneş

Millet sevgi güneşi adam öğretmen
Kurt elma millet adam sevgi güneşi
öğretmen bayrak millet sevgi güneşi

Adam elma kurt sevgi güneşi
Sevgi güneşi adam öğretmen bayrak
Millet kurt bayrak elma adam sevgi güneşi
Bayrak adam elma öğretmen sevgi güneşi
Adam elma kurt millet sevgi güneşi

Okul, Hürriyet, İnanç, Hastalık, Hayvanlar, Doğa
Deniz, Tabiat

okul iyidir hürriyet serbesttir
inanç doğaldır
deniz tabiat inanç okul gibidir
Hayvanlar iyidir

tavuk - horoz - garanti - sene - okul - ~~...~~
 pazar - sandalye - jindy

Pazara uğradım aldım 2 Tavuk 1 Horoz
 Yolda gelirken uğradım Garantige
 Yolumun üzerinde okul var ne güzel say
 Okulda sinava girer talebeler
 Bir sandalye yede oturur idi kisi
 Akşam sinamaya gitmek çok güzel

Masa Kut Baston Gisik Kitap Kundera Elmi ~~...~~ Mendil

Masanın üstünde gişek ve kitap var.
 Kuz uşuyor masanın arkasındaki pencerede
 Baston kullanan annem iyi bir insandır.
 Mendilde aldım, kunderanı sildim.

AİLEM

Ben hayatta en çok annemi sevdim.
 Sonra da babamı sevdim.
 Daha sonra da kız kardeşimi sevdim.
 İnşallah hep birlikte uzun yıllar yaşarız.
 Onları hiç üzmemek isterim.
 Ellerini öperim.
 Onlar beni her şeyim.
 Benim için anneme sergilerle.

KITAP

Kitaplar ilmin hıcaı
 Hem insanların işi
 Aydınlar bütün insanlığı
 Kitaplarına sergilerle
 Okumak güzel uşur.
 İlmın harfı süğütür.
 İnsanlara fikir olur
 Aydınlar bütün insanlığı.

İşik olur tem dünyaya
 Dolun ayınca ağız amerika sükun kit
 Aydınlar her yer kitaplarla.
 Bu ve durmaktadır bu güzel ~~...~~

Akıllı, bilge, üretmek, tecrübe, yardım
düzenlemek, düşünmek, ufuk.

Güzel şeydir düzenlemek
Ufkun genişletir
Aklını kullanırsın her bir şeyler üretir
Bilgi sahibi olmak güzeldir
İnsanlara yardım etmek güzeldir

~~İnsan~~
Duyguları geliştiren, ~~insan~~ fiidir.
İnsanı algılatırsın tecrübeyle

Erkek kadın çocuk kitap masa sandalye
vazo çiçek

Herkes kitap okuyorsa okuyorsa
Erkek çocuk kadın kitaplar
Masa sandalyeler dolu dolu
Her yer ~~masa sandalye~~ vazo dolu çiçek

CIVIL CIVIL

Rengarenk çiçekler, civil civil böcekler
Kızım evine git bizi görecekler
Abin Baban gelirse bizi dövcekler
Karakolu arayıp mahkemeye verecekler.

Eğitsel oyunlar ve drama (EOD) grubu

Onbirinci hafta üçüncü ders; "Bir yer- Bir nesne- Bir fiil" adlı çalışma.

Katılımcılara küçük not kâğıtları dağıtın. İstedikleri bir fiili yazmalarını söyleyin. (Almak, acıkmak, unutmak gibi) Katılımcılar yazınca kâğıtları katlamalarını ve toplayıcı arkadaşlarına vermelerini söyleyin. Gelen kâğıtları öğretmen masasının sağına koyun. Tekrar katılımcılara not kâğıtları dağıtın ve yer ismi yazmalarını söyleyin. (Tiyatro, mutfak, okul bahçesi gibi) Katılımcılar yazınca kâğıtları katlamalarını ve toplayıcı arkadaşlarına vermelerini söyleyin. Gelen kâğıtları öğretmen masasının ortasına koyun. Tekrar katılımcılara not kâğıtları dağıtın ve nesne ismi yazmalarını söyleyin. (Elma, telefon, yorgan gibi) Öğrenciler yazınca kâğıtları katlamalarını ve toplayıcı arkadaşlarına vermelerini söyleyin. Gelen kâğıtları öğretmen masasının soluna koyun.

Üçüncü turdan sonra öğretmen masasının üzerinde üç öbek kâğıt olacak

Gönüllülerden başlayarak gelen katılımcıya, her öbekten bir kâğıt seçmesini ve yüksek sesle çıkan kâğıtları okumasını söyleyin. Ardından çıkan bir yer-bir nesne ve bir fiille ilgili doğaçlama kısa bir hikâye uydurmasını isteyin. Örneğin: Mutfak-traktör-uçmak Mutfağa giriyorum çünkü yemek yiyeceğim. Bir ses duyuyorum. Mutfağın penceresinden dışarı bakıyorum. Aaa! bahçedeki traktör uçuyor. Sonra annem uyandırdı, rüyaymış.

1453 İstanbul için
büyük bir gönde.
Hatırlıyorum yıl 2008
olmasına rağmen. İta-
tirladığım yer göndöz
Hastanesi / Antalya. Gece
İse bunu kutladık. Okula-
mın onünden geçtikten so-
cuların neşesi hatırlattı
onu bana. Evde ise
İbua sağula sağula Soba
yanıyor. Kiş güzel. Neşem
etaba iyi.

"Don't do to others, what you wouldn't
want others to do to you."
"Honesty is the best policy!"

Tarih 1453, Fatih Sultan Mehmet İstan-
bula gelmiş. Benim eve kâğıt göndermiş. Elci-
ler Fatih seni beklüyor, ağırliyaacak dediler. Yarın
ordayım dedim. Yarın İstanbula Fatih'in kadısına
gittim. Komutanları yanında. Selam Alüyküm. Ali-
küm Selam, Fatih hoşgeldin hoşbulduk. İstan-
bula alalım var dedi. Gemileri halice kaydır-
rak gideceğiz dedi. Gires yağda kullanalım dedim
tamam dedi. Gemileri halice sürdük. Gemiden top
atıyor. Keferle leblebi gibi dövülüyor. Kaleye yağ
bir yer bulduk. Top attık, han gibi açıldı. Önden
girdik. İçerden dış kapıyı açtılar. İçeri girdik.
bazısı teslim oldu. Kaleyi fethetti.

Yasin bugün otagara gidecek yolda muhasebe
ci arkadaşına uğruyor, Arkadaşı bunu alıyor, kahve
ye götürüyor, orada 12el oyun oynuyorlar, yol üstü-
de iddaya uğruyorlar. 2şer kupon yapıp saat
12, Saat 1 gibi otobüse binecek, Anlıyacağı gibi
bir gazete alıyor, Otobüste okum diyor, İde
otobüse biniyor, Elinde telefon, oyun oynuyor.
Oynadığı maçları takip ediyor

EK-4

Gönüllüler / Katılımcılar İçin Motor Özellikler İzlem Formu

Grup:

İsim:

Boy:

Kilo:

Yaş:

Dinlenik Nabız:

	Ön Test- Son Test	Ön Test	Son Test
1	Flamingo Denge Testi		
2	Disklere Dokunma (Hareketlilik)Testi		
3	Otur Eriş (Esneklik)Testi		
4	Durarak Uzun Atlama (Çift Bacak Öne Sıçrama) Testi		
5	El Kavrama Kuvveti (Pençe kuvveti)Testi		
6	Mekik (Kassal Dayanıklılık) Testi		
7	Dikey Sıçrama Testi		
8	Sırt Kuvveti Testi		
9	Bacak Kuvveti Testi		
10	10 x 5 m. Sürat Koşu Testi		
11	6- Dk. Koş Yürü Testi		

EK-5

Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS)

POZİTİF BELİRTİLER ÖLÇEĞİ (P)

P1. SANRILAR:

Temeli olmayan, gerçektışı, alışılmamış ve garip inançlardır. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşmede hastanın kendisinin ifade ettiği düşüncelerin içeriği ve bu düşüncelerin tedavi ekibi veya ailenin aktardığı üzere, sosyal ilişkiler ve davranış üzerindeki etkisidir.

1 YOK: Tanımla ilgili bir özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Billurlaşmamış, müphem ve kuvvetle bağlanılmamış bir veya iki sanrı vardır. Sanrılar düşünmeyi, sosyal ilişkiler veya davranış etkilemez.

4 ORTA: Zayıf yapılanmış, sabit olmayan, çok sayıda ve biçim değiştiren sanrılar vardır veya birkaç tane tam oluşmuş ve düşünmeyi, sosyal ilişkiler veya davranış arasına etkileyen sanrılar vardır.

5 ORTA/AĞIR: Kuvvetle bağlanılmış, çok sayıda sanrı vardır ve arasına düşünmeyi, sosyal ilişkileri veya davranış etkilemektedir.

6 AĞIR: Billurlaşmış, muhtemelen iyi düzenlenmiş, kuvvetle inanılmış ve düşünmeyi, sosyal ilişkileri ve davranış açıkça etkileyen sanrılar kümesi vardır.

7 ÇOK AĞIR: Çok iyi düzenlenmiş veya çok sayıda olan ve hastanın yaşamını önemli derecede etkileyen sanrılar kümesi vardır. Bu durum, hasta veya yakınlarının güvenliğini de etkileyebilecek düzeyde, sorumsuz ve uygunsuz davranışlara sıklıkla neden olabilmektedir.

P2. DÜŞÜNCE DAĞINIKLIĞI:

Hedefe yönelik işleyişin bozulduğu dağınık düşünce süreci ile karakterizedir; ör:çevresellik, teğetsellik, çağrışımlarda kopukluk, sonuca bağlanamama, belirgin anlamsızlık veya düşünce blokları. Değerlendirmede temel alınacak veri görüşmede gözlenen bilişsel-sözel süreçtir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Düşünce çevresel, teğetsel veya mantık dışıdır. Düşünceleri hedefe yönlendirmede bir miktar güçlük vardır ve baskı altında çağrışımlarda kopukluk gözlenebilir.

4 ORTA: Konuşmalar kısa ve iyi yapılanmış olduğunda düşünceler toparlanabilmektedir, ancak daha karmaşık konuşmalar olduğunda veya hafif baskı altında çağrışımlarda gevşeme, konudan uzaklaşma olabilmektedir.

5 ORTA/AĞIR: Baskı altında olunmadığında bile sıklıkla konu dışı konuşma, konular arasındaki ilişkileri kuramama veya çağrışımlarda kopukluk ile kendini gösteren biçimde düşünce toparlamada güçlük vardır.

6 AĞIR: Düşünmede, sürekli olarak belirgin derecede konu dışına çıkma ve düşünce sürecinde bozulmaya yol açacak şekilde, ciddi ölçüde sapma ve tutarsızlık vardır.

7 ÇOK AĞIR: Düşünceler hastanın anlaşılmasız olmasına yol açacak düzeyde bozulmuştur. Çağrışımlardaki belirgin kopukluk hiçbir şekilde iletişim kurulamamasına neden olmaktadır (ör:kelime salatası veya mutizm).

P3. VARSANILAR:

Dış uyaranlarla oluşturulmayan algıların varlığının sözel olarak bildirilmesi veya davranışlarla ortaya konmasıdır. Bu algılar işitme, görme, koku varsanıları veya bedensel varsanılar olabilir. Değerlendirmede temel alınacak veriler, tedavi ekibinin veya ailenin bildirdiği davranışların yanısıra görüşme sırasında hastanın bu algıları sözel olarak ifade etmesi ve bu algılara göre davrandığının gözlenmesidir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Bir veya iki tane açık ancak sık olmayan varsanı vardır veya düşünce veya davranışta bozulmaya neden olmayan birkaç tane müphem, anormal algı sözkonusudur.

4 ORTA: Varsanılar sürekli olmamakla beraber sıklıkla vardır, ancak hastanın düşünme ve davranışları çok hafif düzeyde etkilenmektedir.

5 ORTA/AĞIR: Varsanılar siktir ve değişik varsanılar (işitme, görme, koku vb.) birarada olabilir. Bu varsanılar düşünceyi bozmakta ve/veya davranışı etkilemektedir. Hasta bu yaşantıları sanrılarla yorumlayabilir, bunlara duygusal ve bazen de sözel olarak yanıt verebilir.

6 AĞIR: Varsanılar hemen hemen sürekli, düşünce ve davranışta belirgin bozulma yapacak düzeydedir. Hasta bunları gerçek algılar olarak değerlendirmektedir ve bu algılara verdiği duygusal ve sözel yanıtın sık olması hastanın işlevselliğini bozmaktadır.

7 ÇOK AĞIR: Hastanın zihni tamamen düşünce ve davranışlara hakim olan varsanılarla meşgüldür. Varsanılara değiştirilemeyen sanrılı yorumlar eşlik etmekte ve varsanılara boyun eğerek uyuma şeklinde sözel ve davranışsal tepkiler görülebilmektedir.

P4. TAŞKINLIK:

Hareketler ve davranışlarda hızlanma, çevresel uyaranlara karşı olan tepkilerde artma (aşırı uyarılmışlık) ve duygudurumda hızlı değişmeler (oynaklık) ile kendini gösteren aşırı hareketlilik durumudur. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşmede gözlenen ve tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği davranışlardır.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Görüşme boyunca hafif ajitasyon, artmış uyanıklılık veya hafif düzeyde çevresel uyaranlara karşı olan tepkilerde artış göstermeye meyillidir, ancak belirgin taşkınlık nöbetleri veya duygudurum oynaklığı yoktur. Konuşma hafif basınçlı olabilir.

4 ORTA: Görüşme boyunca ajitasyon veya aşırı uyarılmışlık belirgindir ve konuşmayı, genel hareket halini etkilemektedir veya seyrek olarak ani taşkınlık patlamaları oluşmaktadır.

5 ORTA/AĞIR: Hastada heran birkaç dakikadan fazla yerinde oturmasına engel olacak düzeyde belirgin aşırı hareketlilik veya sıkça olan hareketlilik patlamaları vardır.

6 AĞIR: Görüşmede dikkati bozan ve yeme, uyuma gibi kişisel işlevleri belli bir derecede etkileyen belirgin düzeyde taşkınlık gözlenmektedir.

7 ÇOK AĞIR: Belirgin düzeyde taşkınlık, yeme ve uyumayı ciddi ölçüde etkilemekte ve kişiler arası ilişki kurmayı imkansız hale getirmektedir. Konuşmada ve beden hareketlerindeki hızlanma hastanın anlaşılmasız olmasına ve bitkin hale düşmesine neden olmaktadır.

P5. BÜYÜKLÜK DUYGULARI:

Olağanüstü yeteneklere, servete, bilgiye, üne, güce ve ahlaki değerlere sahip olma gibi abartılmış şekilde kendini algılama ve gerçekdışı üstünlük duygusudur. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşme sırasında ifade edilen düşünceler ve tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği üzere bu düşüncelerin davranışlar üzerindeki etkisidir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Belirgin büyüklük sanrılarının olmamasıyla birlikte hafif kabarma veya kendini övme vardır.

4 ORTA: Gerçek dışı ve kesin bir biçimde kendini diğer insanlardan üstün hissetmektedir. Özel bir konuma veya özel yeteneklere sahip olma biçiminde tam oluşmamış sanrılar olsa da bunlar doğrultusunda davranılmamaktadır.

5 ORTA/AĞIR: Özel yeteneklere, konuma veya güce sahip olmayla ilgili belirgin sanrılar belirtilmekte ve tutumu etkilemektedir, ancak davranışı etkilememektedir.

6 AĞIR: Bir özellikten daha fazlasını kapsayan (servet, bilgi, ün vb.) alanlarla ilgili belirgin üstünlük sanrılarını belirtmekte ve ilişkileri etkilemekte, bunlar doğrultusunda davranılabilmektedir.

7 ÇOK AĞIR: Acayip özellikler gösterebilen, üstün yetenek, bilgi, ün, güç ve/veya ahlaki değerlerle ilgili çok sayıda sanrılar düşünmeye, ilişkilere ve davranışa hakim durumdadır.

P6. şÜPHECİLİK/KÖTÜLÜK GÖRME:

Savunuculuk, güvensiz tutum, kuşkular nedeniyle tetikte olma veya birilerinin kendisine zarar vermeye çalıştığına dair bariz sanrılardan anlaşıldığı üzere gerçekdışı veya abartılmış kötülük görme düşünceleri vardır. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşmede ifade edilen düşünce içeriği ve tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği üzere bu düşüncelerin davranışlar üzerindeki etkisidir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Savunucu veya açıkça güvensiz bir tutum içindedir, ancak düşünceleri, ilişkileri ve davranışları çok az etkilenmektedir.

4 ORTA: Güvensizlik belirgindir ve görüşmeyi ve/veya davranışı etkilemektedir, ancak kötülük görme sanrıları yoktur, veya tam oluşmamış kötülük görme sanrıları bulunabilir, ancak bunlar hastanın tavrını veya kişilerarası ilişkilerini etkilememektedir.

5 ORTA /AĞIR: Hasta kişilerarası ilişkilerini ciddi ölçüde bozacak düzeyde belirgin güvensizlik göstermektedir veya kişilerarası ilişkiler ve davranışı sınırlı ölçüde etkileyen belirgin kötülük görme sanrıları vardır.

6 AĞIR: İyi düzenlenmiş sayılabilen ve kişilerarası ilişkileri ciddi düzeyde etkileyebilen belirgin kötülük görme sanrıları vardır.

7 ÇOK AĞIR: Bir seri iyi düzenlenmiş kötülük görme sanrıları örgüsü hastanın düşünmesine, sosyal ilişkilerine ve davranışına hakimdir.

P7. DÜŞMANCA TUTUM:

İğneleyici konuşma, pasif agresif davranış, sözel saldırı veya saldırganlık gibi sözel veya sözel olmayan öfke ve küskünlük ifadeleridir. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşmede gözlenen ve tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği kişilerarası ilişkilerdeki davranışlardır.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: İğneleyici konuşma, saygısızlık gösterme, düşmanca ifadeler ve arasıra olan sinirlilik gibi öfke ifadeleri doğrudan değildir veya sınırlıdır.

4 ORTA: Sık sinirlenme ve doğrudan öfke veya küskünlük ifadeleri gösteren, açık bir düşmanca tutum içindedir.

5 ORTA/AĞIR: Hasta oldukça kolay kızar ve zaman zaman tehdit edici veya küfürlü konuşmaları olmaktadır.

6 AĞIR: İşbirliği kuramaması ve küfürlü konuşması veya sözel tehditleri görüşmeyi ve toplum ilişkilerini ciddi ölçüde etkilemektedir. Hasta hırçın veya tahrip edici olabilir ancak diğer insanlara karşı fiziksel güç kullanmaz.

7 ÇOK AĞIR: Şiddetli öfke nedeniyle işbirliği kuramamakta ve dolayısıyla ilişkileri engellenmekte veya diğer insanlara fiziksel güç kullanarak saldırması söz konusu olmaktadır.

NEGATİF BELİRTİLER ÖLÇEĞİ (N):

N1. DUYGULANIMDA KÜNTLEŞME:

Duygusal yanıtta azalma yüz ifadesinde, duyguların ayarlanmasında ve iletişim kurmada kullanılan el kol hareketlerinde azalma ile kendini gösterir. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşme sırasında duygulanım ve duygusal yanıtın fiziksel ifade biçimlerinin gözlemidir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Yüz ifadesi ve iletişim kurmada kullanılan el kol hareketlerindeki değişiklikler tutuktur, zorlamalıdır, yapmadır veya iyi ayarlanamaz.

4 ORTA: Yüz ifadesindeki ve az sayıdaki el kol hareketindeki azalma donuk bir görünüme neden olmaktadır.

5 ORTA/AĞIR: Nadiren yüz ifadesinin değişmesi ve iletişim kurmada kullanılan el kol hareketlerinin azalması ile duygulanım genelde “künttür”.

6 AĞIR: Çoğu zaman belirgin küntlük ve duygularda azalma görülmektedir. Taşkınlık, öfke ve uygunsuz, kontrol edilemeyen gülme şeklinde ayarsız, aşırı duygulanım ifadeleri olabilir.

7 ÇOK AĞIR: Yüz ifadesinde değişim ve iletişim kurmada kullanılan el kol hareketleri hiç yoktur. Hasta sürekli boş veya “heykel gibi” bir ifade içindedir.

N2. DUYGUSAL İÇEÇEKİLME:

Gündelik olaylara karşı ilgi eksikliğinin olması ve duygusal katılmanın olmamasıdır. Değerlendirmede temel alınacak veriler, tedavi ekibi veya ailenin hastanın işlevselliğiyle ilgili görüşleri ve hastanın görüşme sırasında gözlenen kişilerarası ilişkilerdeki tutumudur.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Genelde bir işe kalkışmaya hevesi yoktur ve arasıra çevredeki olaylara karşı ilgi azlığı gösterebilir.

4 ORTA: Hasta genelde çevresinden ve bu çevrenin getirdiği güçlüklerden duygusal olarak uzaklaşmıştır, ancak yüreklendirilirse ilişki kurar.

5 ORTA/AĞIR: Hasta katılımını sağlamak için harcanan tüm çabalara rağmen çevresindeki kişiler ve olaylardan duygusal olarak uzaklaşmıştır. Hasta mesafeli, uysal ve amaçsız gözükmektedir, ancak kısa

süre için de olsa iletişim kurabilmekte ve bazen yardım gerekse de kişisel ihtiyaçlarını karşılayabilmektedir.

6 AĞIR: Belirgin ilgi eksikliği ve duygusal katılım sağlayamama hastanın diğer insanlarla konuşmasını sınırlamaktadır ve aynı zamanda ancak gözetim altında yapabildiği kişisel işlevlerini sıkça ihmal etmesine neden olmaktadır.

7 ÇOK AĞIR: Ağır ilgi eksikliği ve duygusal katılım sağlayamama nedeniyle hasta hemen hemen tamamıyla içe kapanmıştır, ilişki kuramamaktadır ve kişisel ihtiyaçlarını ihmal etmektedir.

N3. İLİŞKİ KURMADA GÜÇLÜK:

Hastanın başkalarına empati yapamaması, görüşme sırasında açık olamaması, görüşmeciyile yakınlık kuramaması ve bu kişiye ilgisiz kalmasıdır. Bu durum hastanın mesafeli durması, sözel ve sözel olmayan iletişiminin az olması şeklinde gözlenebilir. Değerlendirmede temel alınacak veri hastanın görüşme sırasında gözlenen kişilerarası ilişkilerdeki tutumudur.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Konuşma tutuk, zorlamalı ve yapay bir tondadır. Duygusal derinliği olmayabilir veya kişisel olmayan, entelektüel bir tarzda sürmeye meyilli olabilir.

4 ORTA: Hasta tipik olarak kişiler arası ilişkilerde belirgin mesafelidir. Sorulara mekanik olarak cevap verip sıkılmış gibi veya ilgisiz davranabilir.

5 ORTA/AĞIR: Hastanın ilgisizliği belirgindir ve bu durum görüşmenin verimliliğini açıkça bozmaktadır. Hasta göz göze gelmekten kaçınabilir.

6 AĞIR: Hastanın kayıtsız, mesafeli tavrı oldukça belirgindir. Yanıtları baştan savmadır ve ilgisine dair sözel olmayan göstergeler çok azdır. Göz göze gelmekten sıklıkla kaçınır.

7 ÇOK AĞIR: Hasta görüşmeciye karşı tamamen ilgisizdir. Tamamen kayıtsızdır ve görüşme boyunca sözel ve sözel olmayan etkileşimlerden sürekli kaçınır.

N4. PASİF/KAYITSIZ BİÇİMDE KENDİNİ TOPLUMDAN ÇEKME:

Pasiflik ve kayıtsızlık, enerji azalması ve irade kullanamama nedeniyle toplumsal etkileşimlerde ilgi ve girişimlerin azalmasıdır. Bu durum kişiler arası ilişkilerde azalmaya ve günlük aktivitelerde ihmale neden olmaktadır. Değerlendirmede temel alınacak veriler, tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği sosyal davranışlardır.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Sosyal aktivitelere arasına ilgi göstermekle beraber girişimi azdır. Genellikle ilk adımı başkaları attığında ilişki kurmaktadır.

4 ORTA: Çoğu sosyal aktiviteye pasif olarak katılmaktadır, ancak ilgisiz ve mekanik bir tavır sözkonusudur. Arka planda kalmaya meyillidir.

5 ORTA/AĞIR: Hiçbir ilgi ve girişim göstermeden aktivitelerin çok azına pasif olarak katılmaktadır.

6 AĞIR: Sosyal aktivitelere nadiren katılır, arasına kişisel ihtiyaçlarını ihmal eder, kayıtsız olmaya ve kendibaşına kalmaya meyillidir. Kendiliğinden gelişen sosyal ilişkileri çok azdır.

7 ÇOK AĞIR: Tamamen kayıtsızdır, yalnızdır ve kendini ihmal etmektedir.

N5. SOYUT DÜŞÜNME GÜÇLÜĞÜ:

Soyut ve simgesel düşünmedeki bozulmadır; sınıflandırma, genellemeler yapma ve ve problem çözmeye yönelik işlerde benmerkezcil ve somut düşüncenin ötesine geçebilmede güçlütür. Değerlendirmede temel alınacak veriler, benzerlikler ve atasözleriyle ilgili sorulara verilen yanıtlar ve görüşme boyunca somuta karşı soyut düşüncenin kullanımının değerlendirilmesidir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Daha zor atasözlerine harfiharfine veya kişisel açıklamalar getirmeye meyillidir ve açıkça soyut veya birbirleriyle uzaktan ilişkili kavramları anlamakta güçlük çekmektedir.

4 ORTA: Genellikle somut düşünce tarzını kullanmaktadır. Çoğu atasözleri ve bazı kategorileri anlamada güçlüğü vardır. Düşünce bahsi geçen nesnelere işlevsel yönlerine ve en göze çarpan özelliklerine kaymaya meyillidir.

5 ORTA/AĞIR: Çoğu atasözlerinde ve kategorilerde zorlanmasına yol açacak şekilde somut tarzda düşünmektedir.

6 AĞIR: Hiçbir atasözünün veya mecazi ifadenin soyut anlamını kavrayamamaktadır ve bahsi geçen nesnelere en basit benzerliklere göre sınıflandırmaktadır. Düşünce ya anlamsızdır ya da bahsi geçen

nesnelerin işlevsel yönlerine, en göze çarpan özelliklerine ve bunlarla ilgili alışılmamış yorumlamalara takılıp kalmıştır.

7 ÇOK AĞIR: Sadece somut tarzda düşünebilmektedir. Hiçbir atasözünü, mecaz veya teşbihi ve basit kategorileri kavrayamamaktadır. En göze çarpan ve işlevsel özellikleri bile sınıflandıramamaktadır. Bu derecelendirme belirgin bilişsel bozukluk nedeniyle muayene yapan kişiyle hiçbir ilişkiye giremeyen hastalar için de yapılabilir.

N6. KONUŞMANIN KENDİLİĞİNDEN VE AKICI OLMASININ KAYBI:

Kayıtsızlık, irade kullanamama, savunuculuk veya bilişsel yetilerdeki bozukluktan dolayı konuşmanın akışındaki yavaşlamadır. Sözel etkileşim sürecinde akıcılıkta ve üretkenlikteki azalmayla seyreder. Değerlendirmede temel alınacak veri görüşme sırasında izlenen bilişsel-sözel süreçtir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Konuşmaya çok az isteği vardır. Hastanın yanıtları doğrudan ve soruya yanıt tarzında, kısa ve sade olmaya meyillidir.

4 ORTA: Konuşmada serbest akış yoktur ve konuşma düzgün değildir veya duraksamalıdır. Yeterli yanıtların alınabilmesi ve konuşmanın devam edebilmesi için sıkça yönlendirici sorular gerekmektedir.

5 ORTA/AĞIR: Görüşmecinin sorularına bir veya iki kısa cümle ile yanıt verir. Kendiliğinden ve açık bir biçimde konuşmada belirgin eksiklik vardır.

6 AĞIR: Konuşmayı kısaltmak veya konuşmaktan kaçınmak isteğiyle hastanın yanıtları birkaç kelime veya cümle ile sınırlanmaktadır (ör: “bilmiyorum”, “söylemeye izinli değilim”). Bu nedenle karşılıklı konuşma ciddi biçimde bozulmaktadır ve görüşme ilerlemez.

7 ÇOK AĞIR: Sözel iletişim taktik kelimelerle sınırlıdır ve karşılıklı konuşma imkansızlaşmaktadır.

N7. STEREOTİPİK DÜŞÜNME:

Düşünmenin akıcılığı, kendiliğinden oluşu ve esnekliği azalmıştır ve değişmez, tekrarlayıcı veya sığ düşünce içeriği ile kendini gösterir. Değerlendirmede temel alınacak veri görüşmede gözlenen bilişsel-sözel süreçtir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Tavırlar veya inançlarda bir miktar değişmezlik gözlenir. Hasta diğer durumları gözönüne almayı reddedebilir veya bir düşünceden diğerine geçmede zorlanabilir.

4 ORTA: Konuşma, yeni bir konuya geçişi güçleştirecek biçimde tekrarlayan bir konu etrafında dönmektedir.

5 ORTA/AĞIR: Görüşmecinin çabalarına rağmen, düşünme o kadar değişmez ve tekrarlayıcıdır ki konuşma iki veya üç konuyla sınırlı kalmaktadır.

6 AĞIR: Taleplerin, ifadelerin, düşüncelerin veya soruların kontrol edilemeyen tekrarları konuşmayı ciddi ölçüde bozmaktadır.

7 ÇOK AĞIR: Düşünme, davranış ve konuşmaya, sabit, tekrarlayan düşünceler veya sınırlı cümleler hakimdir. Bu durum konuşmada uygunsuzluğa, değişmezliğe ve sınırlılığa neden olur.

GENEL PSİKOPATOLOJİ ÖLÇEĞİ (G):

G1. BEDENSEL KAYGI:

Bedensel yakınmalar veya bedensel bir hastalık veya işlev bozukluğu olduğuna dair inançlar vardır. Bu durum, müphem bir hastalık algısından ölümcül bir bedensel hastalığın varlığıyla ilgili sanrılara kadar değişen belirtileri kapsamaktadır. Değerlendirmede temel alınacak veri görüşmede aktarılan düşünce içeriğidir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Hasta olmadığına ilişkin teminat verilmesi isteğiyle sorduğu sorulardan anlaşıldığı üzere, sağlık veya bedenle ilgili konularda belirgin kaygısı vardır.

4 ORTA: Sağlığın kötüleşmesi veya beden işlevlerinde bozulmayla ilgili yakınmalar vardır, ancak bunlar sanrı düzeyinde değildir ve teminat ile aşırı kaygı yatıştırılabilir.

5 ORTA/AĞIR: Hastanın fiziksel bir hastalık veya beden işlevlerinde bozulmayla ilgili olarak sık ve çok sayıda yakınması vardır veya hasta bu konularda zihnini sürekli meşgul etmeyen bir veya iki açık sanrı sergilemektedir.

6 AĞIR: Hastanın zihni bedensel bir hastalık veya organlarda işlev bozukluğuyla ilgili belirgin bir veya birkaç sanrıyla meşguldür, ancak duygulanımı tamamen bu konulara gömülmemiştir ve biraz çabıyla görüşmeci hastanın düşüncelerini farklı yöne yönlendirebilir.

7 ÇOK AĞIR: Hastanın duygulanımına ve düşüncelerine tamamen hakim olan çok sayıda ve sık somatik sanrılar veya birkaç tane ölümcül bir bedensel hastalığın varlığıyla ilgili sanrı vardır.

G2. ANKSİYETE:

Şimdiki durum veya gelecekle ilgili aşırı kaygıdan panik duygusuna kadar değişen derecelerde sınırlılık, endişe, kaygıyla bekleme veya huzursuzluk gibi öznel bir yaşantıdır. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşme sırasında bu duyguların sözel olarak ifade edilmesi ve bunlarla ilgili olarak gözlenen fiziksel belirtilerdir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Bir miktar endişe, aşırı kaygı veya öznel huzursuzluk ifade edebilir, ancak bu duruma bağlı beden ve davranış değişiklikleri bildirilmez veya görülmez.

4 ORTA: Hasta, ellerde ince tremor ve aşırı terleme gibi hafif bedensel belirtilerin eşlik ettiği belirgin sınırlılık belirtileri bildirmektedir.

5 ORTA/AĞIR: Hasta, belirgin gerginlik, konsantrasyon bozukluğu, çarpıntı veya uyku bozukluğu gibi önemli fiziksel ve davranışsal belirtilere yol açan ciddi anksiyete belirtileri bildirmektedir.

6 AĞIR: Fobiler, belirgin huzursuzluk veya çok sayıda bedensel belirtilerle ilişkili olan, hemen hemen süregelen ve öznel bir korku hissi vardır.

7 ÇOK AĞIR: Bazen panik düzeyine ulaşan ve hemen hemen sürekli olan veya gerçek panik atakları şeklinde görülen anksiyete durumu hastanın hayatını ciddi şekilde etkilemektedir.

G3. SUÇLULUK DUYGULARI:

Geçmişteki gerçek veya hayali hatalardan dolayı vicdan azabı veya kendini suçlama hissidir. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşmede suçluluk duygusunun ifade edilmesi ve bunun tavırlar ve düşünceler üzerindeki etkisidir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Sorgulama ile önemsiz bir olayla ilgili müphem bir suçluluk veya kendini suçlama hissi ortaya çıkmaktadır, ancak hasta açık olarak fazla endişeli değildir.

4 ORTA: Hasta, hayatındaki gerçek bir olaydan dolayı kendisini sorumlu tuttuğunu ifade etmektedir, ancak zihni sürekli bununla meşgul değildir ve tavır ve davranışları bundan etkilenmemektedir.

5 ORTA/AĞIR: Hasta, kendini küçük görme veya cezalandırılmayı hakketme düşüncelerinin eşlik ettiği güçlü bir suçluluk duygusu ifade etmektedir. Suçluluk duyguları sanrı niteliğinde olabilir, nedeni olmaksızın ortaya çıkabilir, zihin meşguliyeti ve/veya çökkün duygudurumun kaynağı olabilir ve görüşmeci tarafından yatıştırılmaz.

6 AĞIR: Güçlü suçluluk düşünceleri sanrı özelliğine bürünür ve ümitsizlik veya değersizlik hislerine yol açar. Hasta yaptığı hatalar için sert bir şekilde cezalandırılması gerektiğine inanmaktadır ve hatta o anda içinde bulunduğu şartları bir ceza olarak görebilir.

7 ÇOK AĞIR: Hastanın yaşamı değişmesi mümkün olmayan suçluluk sanrılarının etkisi altındadır ve bu nedenle hasta hapse atılma, işkence veya ölüm gibi ağır cezalar hakettiğini düşünmektedir. Ek olarak intihar düşünceleri veya başkalarının sorunlarını kendisinin geçmiş hatalarına bağladığı görülebilir.

G4. GERGİNLİK:

Vücudun sertleşmesi, tremor, belirgin terleme ve huzursuzlukla kendini gösteren korku, anksiyete ve ajitasyonun açık fiziksel belirtileridir. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşmede anksiyetenin sözel olarak ifadesi ve görüşme sırasında gerginliğe bağlı olarak ortaya çıkan fiziksel belirtilerdir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Kaygıyla bekleyişin göstergeleri olarak hafif rijidite, arasıra olan yerinde duramama hali, pozisyon değiştirme veya ellerde ince tremor gibi vücut duruşu ve hareketleri görülmektedir.

4 ORTA: Kıpır kıpır olma, ellerde belirgin titreme, aşırı terleme veya heyecanlı tavırlar gibi çeşitli belirtilerle sınırlı bir görünüm ortaya çıkmaktadır.

5 ORTA/AĞIR: Heyecan nedeniyle titreme, belirgin terleme ve huzursuzluk gibi çok sayıda belirtiler belirgin gerginliğe işaret etmektedir, ancak görüşmedeki davranışlar önemli ölçüde etkilenmemiştir.

6 AĞIR: Kişiler arası ilişkileri bozacak düzeyde belirgin gerginlik vardır. Hasta uzun süre bir yerde oturamayacak derecede huzursuz olabilir veya hızla soluk alıp verebilir.

7 ÇOK AĞIR: Belirgin gerginliğin göstergesi olarak hızla ve huzursuzca ileri geri yürüme ve bir dakikadan fazla yerinde oturamama gibi panik belirtileri veya hareketlerde hızlanma gözlenir ve bu nedenle konuşma sürdürülemez.

G5. MANYERİZM VE VÜCUT DURUŞU:

Garip, tutuk, uyumsuz veya acayip görünümlü doğal olmayan hareketler veya vücut duruşudur. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşme boyunca gözlenen ve tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği fiziksel belirtilerdir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Hareketlerde hafif derecede bir gariplik veya vücut duruşunda hafif bir rijidite vardır.

4 ORTA: Hareketler belirgin olarak gariptir veya düzensizdir veya kısa süreli doğal olmayan bir vücut duruşu vardır.

5 ORTA/AĞIR: Arasına acayip törensel hareketler veya çarpık bir vücut duruşu gözlenmektedir veya uzunca bir süre korunan anormal bir vücut duruşu vardır.

6 AĞIR: Acayip törensel hareketlerin, manyerizmin veya stereotipik hareketlerin sıkça tekrarı veya uzunca bir süre korunan çarpık bir vücut duruşu vardır.

7 ÇOK AĞIR: Sürekli olan törensel, manyeristik veya stereotipik hareketler veya doğal olmayan sabit bir postürün uzun süre korunması nedeniyle işlevsellik ciddi ölçüde bozulmaktadır.

G6. DEPRESYON:

Üzüntü, kendine güvenememe, çaresizlik ve kötümserlik duygularıdır. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşme sırasında çökkün duygudurumun gözlenmesi ve bunun tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği üzere tavır ve davranışlardaki etkisidir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Sadece sorulduğunda bir miktar çaresizlik ve üzüntü dile getirir, ancak genel tavrında veya davranışlarında depresyonla ilgili özellikler yoktur.

4 ORTA: Açığa vurulabilen belirgin üzüntü veya çaresizlik duyguları vardır, ancak çökkün duygudurumun davranış ve sosyal işlevler üzerine etkisi yoktur. Hasta genelde neşelenilebilir.

5 ORTA/AĞIR: Belirgin üzüntü, kötümserlik, sosyal ilgi kaybı, psikomotor yavaşlama ve bir miktar uyku ve iştah sorunlarıyla giden bariz çökkün duygudurum vardır. Hasta kolaylıkla neşelenilemez.

6. AĞIR: Sürekli ağır elem, arasıra ağlama, çaresizlik ve değersizlik duyguları ile giden belirgin çökkün duygudurum vardır. Ek olarak, önemli düzeyde iştah ve/veya uyku bozukluğu, kendine bakmamaya ilgili belirtilerin de görülebileceği motor ve sosyal davranışlarda bozukluk vardır.

7. ÇOK AĞIR: Çökkün duygudurum bir çok önemli işlevi ciddi ölçüde etkilemektedir. Sık ağlama, belirgin bedensel belirtiler, dikkat bozukluğu, psikomotor yavaşlama, sosyal ilgisizlik, kendine bakmama, muhtemel depresif veya nihilistik sanrılar ve/veya muhtemel intihar düşünceleri veya girişimi gibi belirtiler vardır

G7. MOTOR YAVAŞLAMA:

Hareketlerin ve konuşmanın yavaşlaması ve azalması, uyaranlara verilen yanıtta azalma ve beden kuvvetindeki azalmadan anlaşılabilen üzere motor aktivitede azalma vardır. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşmede gözlenen ve tedavi ekibi ve ailenin bildirdiği belirtilerdir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Hareketlerin ve konuşmanın hızında hafif ancak gözlenebilir bir azalma vardır. Hastanın konuşması ve iletişimde kullandığı el kol hareketlerinde bir miktar azalma olabilir.

4 ORTA: Hastanın hareketleri açıkça yavaşlamıştır ve sorulara uzun sürede yanıt verilmesi, konuşmada uzamış duraklamalar olması veya konuşmanın hızının yavaşlaması ile konuşmanın verimliliği azalmıştır.

5 ORTA/AĞIR: Motor aktivitedeki belirgin azalma iletişimi verimsiz kılmaktadır veya toplumsal ve mesleki işlevselliği sınırlamaktadır. Hasta genellikle ya yatar ya oturur durumda bulunmaktadır.

6 AĞIR: Hareketlerdeki aşırı yavaşlama aktivite ve konuşmanın en aza indirgenmesine neden olmaktadır. Genel olarak hasta gününü yatarak veya uzanarak geçirmektedir.

7 ÇOK AĞIR: Hasta tamamen hareketsizdir ve dış uyaranlara yanıt vermemektedir.

G8. İŞBİRLİĞİ KURAMAMA:

Görüşmeci, hastane çalışanları veya hastanın ailesinin de dahil olduğu önemli kişilerle güvensizlik, savunuculuk, inatçılık, karşı gelme eğilimliliği, otoriteyi reddetme, düşmanca tutum veya kavgacılık gibi nedenlerden ötürü uyum sağlamayı aktif olarak reddetmesidir. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşmede gözlenen ve tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği kişilerarası ilişkilerdeki davranışlardır.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Gücenen, tahammülsüz veya iğneleyici bir tutumla cevap verir. Görüşmedeki hassas sorgulamaya alınganlık göstermeden itiraz edebilir.

4 ORTA: Kendi yatağını yapma, önceden planlanan programlara katılma gibi normal sosyal gerekliliklere arasıra ani olarak karşı koyar. Düşmanca, savunucu veya karşı gelme eğilimi olan bir tutum gösterebilir, ancak bu tutumu genellikle ele alınabilir.

5 ORTA/AĞIR: Hasta sıklıkla çevresinin taleplerine uyum göstermez ve başkaları tarafından “toplum dışı” veya “ciddi bir davranış sorunu olan kimse” şeklinde tanımlanır. Görüşmeciye karşı belirgin savunuculuk ve alınganlık göstermesi ve muhtemelen birçok soruyu yanıtlamak istememesi işbirliği kurulamadığının göstergeleridir.

6 AĞIR: Hasta işbirliği kurmayan, karşı gelme eğilimli ve kavgacı bir tutum içindedir. Sosyal gerekliliklerin çoğuna uymayı reddeder. Görüşmeye başlamayı veya görüşmeyi sonuna kadar sürdürmeyi reddedebilir.

7 ÇOK AĞIR: Tüm önemli işlev alanlarını ciddi ölçüde etkileyecek düzeyde aktif bir karşı koyma tutumu vardır. Hasta herhangi bir sosyal aktiviteye katılmayı, kişisel temizliğiyle ilgilenmeyi, ailesi veya sağlık personeliyle konuşmayı ve görüşmeye kısa süre için bile olsa katılmayı reddeder.

G9. OLAĞANDIŞI DÜŞÜNCE İÇERİĞİ:

Yabancı veya alışılmadık olan düşüncelerden çarpıtılmış, mantıkdışı ve saçma düşüncelere kadar değişen bir dağılım gösteren, garip, hayali veya acayip düşüncelerin olmasıdır. Değerlendirmede temel alınacak veri görüşme sırasında aktarılan düşünce içeriğidir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Düşünce içeriği bir miktar garip veya alışılmamıştır veya herkesin aklından geçebilecek düşünceler garip bir bağlam içinde düşünülmektedir.

4 ORTA: Düşünceler sıklıkla çarpıtılabilir ve zaman zaman oldukça acayıptır.

5 ORTA /AĞIR: Hasta birçok garip ve hayali (ör: bir kralın daha sonra evlat edinilen oğlu olduğu, ölüm listesinde olup daha sonra kurtulduğu) veya tamamen anlamsız bazı (ör: yüzlerce çocuğa sahip olduğu, dış dolgu aracılığıyla uzaydan radyo mesajları aldığı) düşünceler aktarır.

6 AĞIR: Hasta birçok mantıksız veya anlamsız düşünceler veya belirgin acayip niteliği olan bazı düşünceler (ör: üç tane kafası olduğu, başka bir gezegenden gelen bir ziyaretçi olduğu) aktarır.

7 ÇOK AĞIR: Düşünce içeriği tamamen saçma ve acayip düşüncelerden oluşmaktadır.

G 10. YÖNELİM BOZUKLUĞU:

Kişinin kişi, zaman ve yer yöneliminin bozulması, çevresiyle olan ilişkisinin konfüzyon veya bir kesilme durumuna bağlı olarak farkında olmamasıdır. Değerlendirmede temel alınacak veri görüşme sırasında yönelimle ilgili sorulara verilen yanıtlardır.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Genel olarak yönelim korunmuştur, ancak bazı ayrıntılarla ilgili zorluk yaşanmaktadır. Örneğin, hasta bulunduğu yeri bilse de sokak adresini bilmemektedir; hastane personelinin isimlerini bilse de görevlerini bilmemektedir; hangi ayda olduğunu bilse de günü bir sonraki günle karıştırmaktadır; veya tarihi iki günden fazla olmak üzere karıştırmaktadır. ilgi alanında, sağlık personeli gibi yakın çevreyi tanıyabilme, ancak devlet ve siyaset adamları gibi daha uzak olan çevreyi tanıyamama şeklinde bir daralma söz konusu olabilir.

4 ORTA: Kişileri, yeri ve zamanı tanımada kısmi başarı vardır. Örneğin hasta hastanede bulunduğunu bilmekte ancak hastanenin adını bilmemektedir; bulunduğu şehri bilmekte ancak mahalle adını bilmemektedir; kendi terapistinin adını bilmekte ancak diğer birçok sağlık personelinin adını bilmemektedir; yıl ve mevsimi bilmekte ancak aydan emin olamamaktadır.

5 ORTA/AĞIR: Kişileri, yeri ve zamanı tanımada önemli ölçüde bozukluk vardır. Hasta nerede olduğuna dair müphem bir fikre sahiptir veya çevresindeki çoğu insanı tanıyamamaktadır. Yılı doğru

veya doğruya yakın olarak bilse de içinde bulunulan ayı, haftanın gününü veya mevsimi bilmemektedir.

6 AĞIR: Kişileri, yeri ve zamanı tanımada belirgin bozukluk vardır. Örneğin hastanın nerede olduğuna dair hiçbir fikri yoktur; tarihi bir yıldan fazla olmak üzere karıştırmaktadır; şu andaki yaşamında sadece bir veya iki kişinin ismini bilmektedir.

7 ÇOK AĞIR: Hastanın kişilere, yere ve zamana ait yönelimi tamamen bozulmuştur. Bulduğu yer, içinde bulunduğu yıl ve hatta ebeveynleri, eşi, arkadaşları ve kendi terapisti gibi en çok tanıdığı insanları bile bariz olarak karıştırmakta veya bilememektedir.

G 11. DİKKAT AZALMASI:

Dikkatin odaklanmasında bir azalma vardır ve bu durum kendini dikkati toplamada zayıflama, dikkatte iç ve dış uyaranlar nedeniyle dağılma ve dikkati bir durum üzerinde tutma, koruma veya yeni bir uyaran üzerinde toplamada güçlük ile belli eder. Değerlendirmede temel alınacak veriler görüşme sırasında gözlenen belirtilerdir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Arasına dikkatte dağılmaya meyil veya görüşmenin sonuna doğru dikkatin dağılması şeklinde görülebilen dikkati toplama sorunu vardır.

4 ORTA: Dikkatte kolayca dağılma, dikkati bir konu üzerinde uzun süre tutamama veya dikkati yeni konulara çevirmede zorluk nedeniyle konuşma etkilenmektedir.

5 ORTA/AĞIR: Dikkati toplayamama, dikkatte kolayca dağılma ve dikkati yeni konulara odaklama zorluğu nedeniyle konuşma ciddi olarak engellenmektedir.

6 AĞIR: İç ve dış uyaranların dikkati dağıtması nedeniyle hastanın dikkati çok kısa süre için veya çok büyük çabayla toparlanabilmektedir.

7 ÇOK AĞIR: Dikkat o kadar bozulmuştur ki hastanın kısa bir süre konuşması bile mümkün değildir.

G 12. YARGILAMA VE İÇGÖRÜ EKSİKLİĞİ:

Kişinin kendi psikiyatrik rahatsızlığının ve içinde bulunduğu durumun farkında olması veya bunları anlamasındaki eksikliklerdir. Bu durum, geçmişteki veya şu andaki psikiyatrik hastalığı veya belirtileri kabul etmeme, hastaneye yatma veya tedavi görme ihtiyacını reddetme, sonuçlarının ne olacağını çok kestiremediği kararlar verme ve gerçekçi olmayan kısa ve uzun vadeli planlar yapma şeklinde gözlenir. Değerlendirmede temel alınacak veri görüşmede aktarılan düşünce içeriğidir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Psikiyatrik bir bozukluğu olduğunu kabul eder, ancak ciddiyetini, tedavinin gerekçelerini veya hastalığın tekrarlamaması için önlem alması gerektiğini hafife almaktadır. Geleceğe yönelik tasarlama bozukluk vardır.

4 ORTA: Hasta hastalığını tamamen değil, yüzeysel olarak kabul etmektedir. Hastalığın farkında olma durumu değişebilmektedir veya varolan sanrılar, düşünce dağınıklığı, şüphecilik ve kendini toplumdan çekme gibi belirtilerin çok az farkında olmaktadır. Hasta tedaviye olan ihtiyacının anksiyete, gerginlik, uyku bozukluğu gibi daha geri plandaki belirtiler için olduğunu düşünmektedir.

5 ORTA/AĞIR: Psikiyatrik rahatsızlığının geçmişte olduğunu, ancak şu anda hasta olmadığını düşünmektedir. Üstüne gidilirse, yanlış yorumlamalar veya sanrısız düşünce ile açıklamaya meyilli olduğu ilgisiz veya önemsiz bazı belirtilerin varlığını kabul edebilir. Psikiyatrik tedaviye ihtiyacı olduğunun farkında değildir.

6 AĞIR: Hasta geçmişte bir psikiyatrik rahatsızlığı olduğunu kabul etmez. Geçmişte veya şu anda herhangi bir psikiyatrik belirtinin var olduğunu kabul etmez; uyum göstermesine rağmen tedavi ve hastaneye yatma ihtiyacını olduğunu da yadsır.

7 ÇOK AĞIR: Geçmişte veya şu andaki psikiyatrik hastalık varlığını yadsır. Hastaneye yatışını ve tedavisini sanrılı biçimde yorumlar (ör:geçmişteki kötülüklerin cezası, işkencecilerin zulmü gibi) ve bu nedenle terapistlere, ilaç tedavisine ve tedavinin diğer yönlerine uymayı reddeder.

G 13. İRADE BOZUKLUĞU:

Kişinin düşüncelerinin, davranışının, hareketlerinin ve konuşmasının iradi olarak başlatılması, sürdürülmesi ve kontrol edilmesindeki bozukluktur. Değerlendirmede temel alınacak veriler görüşme boyunca gözlenen düşünce içeriği ve davranışlardır.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Konuşma ve düşünmedeki hafif derecedeki kararsızlık sözel ve bilişsel süreçleri biraz engelleyebilir.

4 ORTA: Hasta genellikle ikilemedir ve karar vermede belirgin güçlük çekmektedir. Düşüncedeki gelgitler nedeniyle konuşma etkilenmektedir ve sonuç olarak sözel ve bilişsel işlevsellik açıkça bozulmuştur.

5 ORTA/AĞIR: İrade güçlüğü hem düşünce hem davranışı etkilemektedir. Hasta toplumsal ve hareketle ilgili aktivitelerin başlatılması ve sürdürülmesini bozacak ve konuşmada duraklamaya da neden olabilecek düzeyde belirgin kararsızlık gösterir.

6 AĞIR: İrade güçlüğü giyim kuşam gibi basit, otomatik işlevlerin bile yapılmasına engel olmaktadır ve konuşmayı belirgin olarak etkilemektedir.

7 ÇOK AĞIR: İradedeki tama yakın yetersizlik nedeniyle hareketler ve konuşma belirgin olarak engellenir ve bu durum tam hareketsizlik ve/veya mutizme yol açar.

G 14. DÜRTÜ KONTROLSÜZLÜĞÜ:

Davranışların düzenlenmesinin ve kontrolünün dürtülere bağlı olarak bozulması sonucunda gerilimin ve duyguların ani, ayarlanmamış, rastgele veya yanlış yönlendirilmiş bir biçimde, sonuçlar düşünülmeden ortaya çıkmasıdır. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşme sırasında gözlenen ve tedavi ekibi ve aile tarafından bildirilen davranışlardır.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Hasta zorlanmayla yüzyüze kaldığında veya doyumunu engellendiğinde kolay öfkelenmeye ve hayal kırıklığına uğramaya meyillidir, ancak dürtü doğrultusunda hareket etmez.

4 ORTA: Çok hafif kıskırtmayla bile hasta öfkelenmekte ve küfredilmektedir. Arasına tehditkar, tahripkar olabilir veya dövüşle karşışışışışış kaldığı veya hafif ağız dalaşı yaptığı görülebilir.

5 ORTA/AĞIR: Hasta tekrarlayıcı biçimde dürtüsel olarak küfürlü konuşabilir, eşyalara zarar verebilir veya fiziksel tehdit savurabilir. Hastanın tecrid edilmesini, bağlanmasını veya gerektikçe ilaçla sakinleştirilmesini gerektiren, saldırganlaştığı bir veya iki olay olmuş olabilir.

6 AĞIR: Hasta sonuçlarını hiç düşünmeden sıkça dürtüsel bir biçimde saldırgan, tehditkar, talepkar ve tahripkardır. Saldırgan davranış sergiler ve cinsel saldırganlık da gösterebilir. Muhtemelen varsanı niteliğindeki işittiği seslere uymaktadır.

7 ÇOK AĞIR: Hasta cinayet girişimleri, cinsel saldırılar, tekrarlayan kabakuvvet kullanma veya kendine zarar verme davranışları göstermektedir. Tehlikeli dürtülerini kontrol edememesi nedeniyle sürekli gözetim altında tutulması veya tesbit edilmesi gerekir.

G 15. ZİHİNSEL AŞIRI UĞRAŞI:

Gerçeklerle olan bağlantının ve uyum sağlayıcı davranışların otistik yaşantılar ve içten gelen duygu ve düşüncelere kendini kaptırma nedeniyle olumsuz yönde etkilenmesidir. Değerlendirmede temel alınacak veri görüşme boyunca gözlenen kişilerarası ilişkilerdeki davranışlardır.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Kişisel ihtiyaçlar veya sorunlarla aşırı uğraşma nedeniyle konuşmanın benmerkezcil konulara yönlendiği ve diğer insanlara gösterilen ilginin azaldığı gözlenir.

4 ORTA: Hastada gündüz hayal kurma veya iç yaşantılarla uğraşma tarzında bir kendisiyle meşgul olma hali vardır ve bu nedenle iletişim az da olsa etkilenmektedir.

5 ORTA/AĞIR: Hasta otistik yaşantılarla içiçedir. Boş bakışlar, kendikendine mırıldanma veya konuşma veya stereotipik hareketler şeklinde gözlenen bu tür davranışlar toplumsal işlevleri ve iletişimi olumsuz etkilemektedir.

6 AĞIR: Otistik yaşantılarla olan aşırı zihinsel uğraşı dikkati toplamayı, konuşmayı ve çevreye yönelimi ciddi ölçüde sınırlamaktadır. Hasta sıklıkla kendikendine gülerken, mırıldanırken, konuşurken veya bağırırken gözlenebilir.

7 ÇOK AĞIR: Davranışını her yönde etkileyecek biçimde otistik yaşantılarla içiçedir. Hastanın sürekli sözel olarak veya davranışlarıyla varsanılara yanıt vermesi söz konusu olabilir. Hasta diğer insanların veya çevresinin pek farkında değildir.

G 16. AKTİF BİÇİMDE SOSYAL KAÇINMA:

Temelsiz korku, düşmanlık duygusu veya güvensizlik nedeniyle sosyal ilişkilerin azalmasıdır. Değerlendirmede temel alınacak veri tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği sosyal işlevsellik düzeyidir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Gerekğinde sosyal aktivitelere katılmakla birlikte hasta diğer insanların yanında kendisini rahatsız hissetmekte ve zamanını kendibaşına geçirmeyi tercih etmektedir.

4 ORTA: Hasta isteksizce toplumsal aktivitelerin tamamına veya çoğuna katılmaktadır, ancak ikna edilmesi gerekebilir veya anksiyete, şüphecilik veya düşmanca duygular nedeniyle bu aktivitelerden erken ayrılabilir.

5 ORTA/AĞIR: Başkalarının çabalarına rağmen hasta korkuyla veya öfkeyle birçok sosyal aktiviteden uzak durmaktadır. Serbest saatlerini kendikendine geçirmeye meyillidir.

6 AĞIR: Hasta korku, düşmanca duygular veya güvensizlik nedeniyle çok az sosyal aktiviteye katılmaktadır. Yaklaşıldığı zaman hasta ilişkileri koparmaya kuvvetli bir şekilde meyil gösterir ve genelde kendisini diğer insanlardan soyutlar.

7 ÇOK AĞIR: Belirgin korkular, düşmanlık duyguları veya kötülük görme sanrıları nedeniyle hastanın hiçbir sosyal aktiviteye katılımı sağlanamaz. Tüm etkileşimlerden mümkün olduğunca uzak durur ve kendisini diğer insanlardan soyutlar.



EK-6

Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Katılımcı / Gönüllünün Protokol Numarası:

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

- a. Araştırmanın Adı:.....
- b. Araştırmanın İçeriği:.....
- c. Araştırmanın Amacı:.....
- d. Araştırmanın Nedeni:
 Bilimsel araştırma
 Tez çalışması
- e. Araştırmanın Öngörülen Süresi:
- f. Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı:
- g. Araştırmada İzlenecek Deneysel İşlemler:

2. Gönüllünün/Katılımcının Uygulama Sırasında Karşılaşabileceği Riskler ve Rahatsızlıklar:

Yukarıda açıklanan araştırma sırasında uygulanacak olan işlemlerin bana aşağıda belirtilen riskleri ve rahatsızlıkları getirebileceğinin bilincindeyim:

.....

3. Gönüllüler/Katılımcılar İçin Araştırmadan Beklenen Yarar:

.....

4. Araştırma Konusundaki Soruların Cevaplandırılması:

Araştırmanın yürütülmesi sırasında olası yan etkiler, riskler ve zararlar ile haklarım konusunda bilgi almak için aşağıda belirtilen kişiyle bağlantı kurmam yeterli olacaktır.

Adı- Soyadı:Telefon:.....

5. Zararların Karşılanması:

Bu çalışmaya katıldığım için zarar göreceğim olursam, gerekli olan tıbbi bakımın sorumlu araştırmacı tarafından yerine getirileceği, uygulanan işleme bağlı olarak gelişebilecek her tür hasara (sakatlanma ve ölüm dahil) karşı güvencede olduğum, masraflarımıntarafından karşılanacağı bana bildirildi.

6. Araştırma Giderleri:

Araştırma kapsamındaki bütün işlemler için benden ya da bağlı bulunduğum sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir.

7. Gönüllülük, Çalışmayı Reddetme ve Çalışmadan Çekilme Hakkı, Çalışmadan Çıkarılma:

- Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.
- Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.
- Sorumlu araştırmacıya haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim.

8. Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmali nedeniyle ya da araştırma prosedürüne bağlı olarak onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.

9. Gizlilik:

Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.

10. Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye / katılımcıya verilmesi gereken bilgileri gösteren Aydınlatılmış Onam Formu adlı metni kendi anadilimde okudum ya da bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma doyurucu cevaplar aldım. Çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra çekildiğim durumda, hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Bu metnin imzalı bir kopyasını aldım.

Gönüllünün / katılımcının Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (telefon numarası):

Yaş ve Cinsiyeti:

Tarih:

Velayet ya da vesayet altında bulunanlar için;

Veli ya da Vasinin Adı- Soyadı:

Adresi (telefon numarası)

İmzası:

Tarih:

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı- Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Onam alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı- Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih:

EK-7

Katılımcı Devam Takip Çizelgesi

Sıra No	Adı Soyadı	Haftalar																Toplam
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
1	E.İ.	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	1	-	-	4
2	O.O	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
3	K.Ç.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
4	M.P.	-	-	-	-	2	-	-	1	-	-	-	2	-	-	1	1	7
5	M.K.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	2	-	1	-	-	4
6	Y.A.A	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7	M.T.	-	-	-	1	1	-	1	-	-	-	1	1	2	1	2	1	11
8	AT.	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
9	N.Y.	1	-	1	-	-	-	-	-	2	-	-	1	2	1	1	1	10
10	E.D.E.	-	2	-	-	1	-	1	1	-	1	1	-	-	-	-	-	7
11	M.T.	-	-	-	2	1	1	-	-	-	1	2	1	2	2	-	2	14
12	N.G.	-	1	-	2	2	1	1	-	-	1	2	-	2	2	-	2	16
13	O.L.C	-	-	1	2	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
14	S.B.	-	2	-	1	-	3	3	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
15	E.B.	3	2	2	2	-	3	3	3	x	x	x	x	x	x	x	x	x
16	E.O.	1	2	2	2	2	3	3	3	x	x	x	x	x	x	x	x	x
17	A.C.A	-	2	1	1	1	1	2	2	3	3	x	x	x	x	x	x	x
18	A.K.	-	1	-	2	1	3	-	2	2	3	3	x	x	x	x	x	x
19	N.D.	2	1	1	2	1	2	-	3	3	3	x	x	x	x	x	x	x
20	S.G.	-	-	2	2	3	3	-	-	2	3	2	3	x	x	x	x	x
21	B.Ü.	3	3	1	1	3	3	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
22	E.İ.	-	-	2	-	-	-	-	2	3	3	3	x	x	x	x	x	x
23	H.N.	2	1	2	1	1	1	2	2	3	3	3	x	x	x	x	x	x
24	D.A.	-	1	1	1	-	-	-	1	3	3	x	x	x	x	x	x	x
25	Ö.Y.	3	3	3	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
26	İ.Ü.E.	3	3	3	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
27	N.İ.	3	3	3	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
KADIN		13																
ERKEK		14																
TOPLAM		27																

*Çalışmaya dört kez üst üste katılmayan katılımcılar çalışma dışı bırakılmıştır. Devamsızlık listesinde 1 numaradan 13 numaraya kadar olan katılımcılar çalışmayı başarıyla tamamlamışlardır. Çalışma listesinde 13 numaradan 16 numaraya kadar olan katılımcılar hastaneye yatış yaptıkları için çalışma dışına çıkarılırken, 16 numaradan 25 numaraya kadar olan katılımcılar devamsızlık sınırını aşmaları nedeniyle çalışma dışına çıkarılmışlardır. Çalışma listesinde 25-26-27 numaralı katılımcılar ön testleri tamamlamışlar ancak çalışmada hiç bir uygulamaya katılmadıkları ve buna bağlı olarak devamsızlık sınırını aşmaları nedeniyle çalışma dışına çıkarılmışlardır.

EK-8

Etik Kurul Onayı



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

01.06/2018

Sayı : 70904504/ 231
Konu :

Sayın
Prof.Dr.Fatma ÇELİK NAYIR

Değerlendirilmek üzere Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruda bulunduğunuz,
"Fiziksel Aktivitenin Şizofreni Hastalarının Motor Özellikleri ve Bilişsel İşlevlerine Etkisi"
adlı çalışmaya ait Kurul Kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Arda TAŞATARGİL
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Eki: Etik Kurul Kararı

Adres : Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 1. Kat ANTALYA
Tel : (242)249 69 54
Faks : (242) 249 69 03
e-posta : etik@akdeniz.edu.tr

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
2018

KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA
	TELEFON	0 (242) 249 69 54
	FAKS	0 (242) 249 69 03
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr
	ETİK KURUL KODU	2012-KAEK-20
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr.Fatma ÇELİK NAYIR	
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Fiziksel Aktivitenin Şizofreni Hastalarının Motor Özellikleri ve Bilişsel İşlevlerine Etkisi	
DESTEKLEYİCİ	Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinatörlüğü	
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 380	Tarih: 30.05.2018
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmada bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir	

Prof.Dr. Arda İNANÇ
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

Dr.Öğr.Üyesi M.Levent ÖZGÖNÜL
Başkan Yardımcısı

Prof.Dr.Murat CANPOLAT
Üye (İzinli)

Prof.Dr.Dilara İNAN
Üye

Prof.Dr.Selahattin KUMRU
Üye (Katılmadı)

Prof.Dr.Bilge KARSLI
Üye

Prof.Dr.Veli YAZISIZ
Üye

Prof.Dr.Özge ÖZGÖNÜL
Üye

Doç.Dr.Gülşüm ÖZGE BAYSAL
Üye

Doç.Dr.Dijle KİPMEN KORGUN
Üye

Doç.Dr.Banu NUR
Üye

Dr.Öğr.Üyesi Mehtap TÜRKAY
Üye

Dr.Ünal HÜLÜR
Üye (İzinli)

Turgut ALTUN
Üye (İzinli)

Av.Mustafa AÇIKEL
Üye (İzinli)

EK-9

Çalışma Sürecinden Bazı Fotoğraflar

