



**T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**ŞİZOFRENİ HASTALARINDA DEPRESYON VE
İÇGÖRÜARASINDAKİ İLİŞKİ**

Ecem ERKİN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Ahmet Emre Sargın

İstanbul – 2018



**T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**ŞİZOFRENİ HASTALARINDA DEPRESYON VE İÇGÖRÜ
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Ecem ERKİN

124102099

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Ahmet Emre Sargın

İstanbul – 2018



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 124102099
Öğrenci Adı Soyadı	: Ecem Erkin
Anabilim Dalı	: Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	: Yrd. Doç. Dr. Ahmet Emre Sargin
Tezin Başlığı	: Şizofreni Hastalarında Depresyon ve İlgili Sorular Arasındaki İlişki

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	: 19.01.2018	Saati	: 18:00
Öğrenci Savunmaya	: <input checked="" type="checkbox"/> GELDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,			
<input checked="" type="checkbox"/> OY BIRLIGI <input type="checkbox"/> OY ÇOKLUGU			
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez KABUL edilmiştir.			
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin DÜZELTİLMESİ için ay EK SÜRE verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (en fazla 3 ay)			
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin REDEDEDİLMESİ kararı alınmıştır.			
Savunmada Tezin Başlığı	: <input checked="" type="checkbox"/> Değişmedi. <input type="checkbox"/> Değişti.		
Tezin Yeni Başlığı	:		
Öğrenci Savunmaya	: <input type="checkbox"/> GELMEDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,			
<input type="checkbox"/> OY BIRLIGI ile REDEDEDİLMİŞTİR.			

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	Yrd. Doç. Dr. Ahmet Emre Sargin	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Habib Erensoy	
Üye	Doç. Dr. Korkut Ulucan	

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “**Şizofreni Hastalarında Depresyon ve İlgörü Arasındaki İlişki**” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

10/01/2018

Ecem ERKİN

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans tez sürecinde bilgisi ve deneyimi ile bana yol gösteren, yoğun programına rağmen her daim bana sabır gösteren, bir tez danışmanından öte iyi bir insan, başarılı bir akademisyen olarak her zaman saygı duyduğum tez danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Ahmet Emre SARGIN'a

Uzun ve zorlu geçen tez süresince her daim bana yardım eden ve bilgilerini benimle paylaşan, gerek özel gerek de akademik hayatımda bana yol gösteren, çok sevgili meslektaşlarım SHU Özgür VARAN'a, Uzm. Psk Gülçin ŞENYUVA'ya, Uzm. Psk. Ahmet GÜLER'e, Uzm. Psk. Aziz Görkem Çetin'e, Yrd. Doç. Dr. Ebrü Damla BOSTANCI'ya ve Yrd. Doç. Dr. Mürüvvet TOPALOĞLU'na

Her zaman gerçekçi yaklaşımları ile yolumu bulmama yardımcı olan, birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum, desteğini her zaman yanımda hissettiğim Sayın Yrd. Doç. Dr. Ahmet YOSMAOĞLU'na

Tez yazma sürecimde her zaman yanımda olan, ilk günden beri beni motive edip, tezimin bitmesinde büyük emekleri olan çok sevgili arkadaşım ve meslektaşım Gürler GÜZ'e

Bu çalışmayı yapmamı ve ölçekleri hastalara uygulamamı mümkün kılan NP İstanbul Hastanesine ve bana bu araştırmada veri oluşturmamda destek olan hastalara ve arkadaşlarıma,

Yalnızca tez sürecinde değil, hayatımın her sürecinde varlıkları ile hayatıma anlam katan dostlarım, kardeşlerim Dilara ALOĞLU'na, Sevil Melis ERGEZEN'e ve Mine YAZICI'ya

Eğitim hayatıma başladığım ilk günden itibaren, benimle aynı sıraları paylaşan, dostluk kavramını birlikte öğrendiğim güzel insanlar Ceyhun AKGÜL'e, Nur BAŞ'a ve Didem GÜRSAN'a

Şüphesiz bugünlere gelmemde en büyük katkıyı sağlayan, varoluşları ile bana huzur veren, her daim yanımda olan en değerli varlığım AİLEM'e, annem Seher ERKİN'e, babam Ali ERKİN'e ve kardeşim Kerem ERKİN'e

Sonsuz sevgi ve teşekkürlerimi sunuyorum..

Ecem ERKİN

İstanbul, 2018



ÖZET

Bu çalışmanın temel amacı, şizofreni tanısı almış hastaların depresyon düzeyleri ve içgörülerindeki ilişkiyi ortaya koymaktır. Sosyodemografik özellikler ile hastalık belirtileri arasındaki ilişkinin de ortaya konması amaçlanmıştır.

Çalışmanın örneklemini, NP İstanbul Hastanesi'nin kapalı servislerinde yatmakta olan 11 kadın, 41 erkek toplam 52 hasta oluşturmaktadır. Çalışmanın verileri Sosyodemografik Bilgi Formu, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri, Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği ve İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme ölçekleri kullanılarak elde edilmiştir. Elde edilen veriler Paired-Sample T-Testi ve Pearson Korelasyon analiz yöntemleri ile analiz edilmiştir.

Çalışmamızda; hastaların yatış ve çıkış süreçleri arasında depresyon ve içgörü düzeyleri arasında negatif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: şizofreni, depresyon, içgörü

ABSTRACT

The primary aim of this study is to establish the association between depression severity and insight in patients diagnosed with schizophrenia. A secondary aim is to analyse the association between sociodemographic features and symptoms of the disorder.

The sample consists of 52 inpatients in NPIstanbul Hospital, of which 11 are female and 41 are male. The data were collected using Sociodemographic Data Form, Positive and Negative Syndrome Scale, Beck Depression Inventory, The Calgary Depression Scale for Schizophrenia, Schedule for Assessing the Three Components of Insight. The data were analysed by Paired-Sample T-Test and Pearson Correlation analysis.

This study demonstrates a significant negative correlation of depression with insight between admission and discharge periods.

Keywords: schizophrenia, depression, insight

İÇİNDEKİLER

TEZ KABUL FORMU	i
YEMİN METNİ.....	ii
TEŞEKKÜR	iii
ÖZET.....	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
KISALTMALAR	x
TABLolar	xi
BİRİNCİ BÖLÜM-GİRİŞ	1
1.1. ŞİZOFRENİ.....	3
1.1.1. Tanım	3
1.1.2. Şizofreninin Tarihçesi	3
1.1.3. Tanı	6
1.1.4. DSM-IV TR Şizofreni Tanı Ölçütleri	6
1.1.4.1. Şizofreni Alt Tipleri.....	8
1.1.5. Epidemiyoloji	9
1.1.6. Etiyoloji.....	10
1.1.7. Klinik Bulgu ve Belirtiler	10
1.1.8. Seyir ve Prognoz	12
1.2 DEPRESYON	13
1.2.1. Depresyonun Tanımı.....	13
1.2.2. Depresyonun Tarihçesi	13
1.2.3. Tanı.....	14
1.2.4. DSM-IV TR Depresyon Tanı Ölçütleri.....	14
1.2.5. Epidemiyoloji.....	15
1.2.6. Etiyoloji.....	16
1.2.7. Seyir	16
1.3. İÇGÖRÜ	17
İKİNCİ BÖLÜM- GEREÇ VE YÖNTEM.....	21
2.1. Araştırmanın Türü ve Amacı	21

2.2. Araştırma Evreni ve Örneklemi	21
2.3. Araştırmanın Etik İlkeleri	22
2.4. Veri Toplama Araçları	23
2.4.1. Bilgi Formu	23
2.4.2. Pozitif Ve Negatif Sendrom Ölçeği-PANSS	23
2.4.3. Beck Depresyon Ölçeği	24
2.4.4. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği	24
2.4.5. İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği	25
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM-BULGULAR	26
3.1. Katılımcılara İlişkin Sosyodemografik Bilgiler.....	26
3.2. Katılımcılara Uygulanan Ölçeklerin Ön Test Son Test Karşılaştırılması	28
3.3. Katılımcılara Uygulanan Ölçeklerin Öntest Puanları Arasındaki İlişki.....	31
3.4. Eğitim Durumuna Göre Gruplara Ayrılan Katılımcıların İçgörü, Calgary ve Beck Depresyon Ölçeklerinin Öntest Puanları Açısından Karşılaştırılması	33
3.5. Yatış Sayısına Göre Gruplara Ayrılan Katılımcıların İçgörü, Calgary ve Beck Depresyon Ölçeklerinin Öntest Puanları Açısından Karşılaştırılması	35
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM- TARTIŞMA	38
4.1 Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi	38
4.2. Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi.....	40
BEŞİNCİ BÖLÜM SONUÇ VE ÖNERİLER	46
KAYNAKLAR	48
EKLER	58
EK 1. Sosyo-demografik Bilgi Formu	59
EK 2. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği.....	60
EK 3. Beck Depresyon Ölçeği	61
EK 4. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği	63

EK 5. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (BGOF)	65
EK 6. İlgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği.....	67
EK 7. NP İstanbul Hastanesi Araştırma İzni.....	69
EK 8. Üsküdar Üniversitesi Rektörlüğü Anket İzni	70
ÖZGEÇMİŞ	71



KISALTMALAR

APA	Amerikan Psikiyatri Birliği
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı)
DSM-IV-TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı)
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases (Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması)
BDE	Beck Depresyon Envanteri
PANSS	Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği
CDSS	Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği
BGOF	Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu
İUBDÖ	İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
EKT	ElektroKonvülsif Teda

TABLULAR

Tablo 1.	Şizofreni Tiplerinin Özellikleri	6
Tablo 2.	Dahil Etme ve Dışlama Kriterleri.....	22
Tablo 3.	Katılımcılara İlişkin Sosyodemografik Bilgiler	26
Tablo 4.	Katılımcılara Uygulanan Ölçeklerin Ön Test Son Test Karşılaştırılması	30
Tablo 5.	Katılımcılara Uygulanan Ölçeklerin Öntest Puanları Arasındaki İlişki.....	31
Tablo 6.	Eğitim Durumuna Göre Ayrılan Katılımcıların İçgörü, Calgary ve Beck Depresyon Ölçeklerinin Öntest Puanları Açısından Karşılaştırılması	33
Tablo 7.	Üniversite Mezunu Altı Olan Kişilerde İçgörü, Calgary ve Beck Depresyon Ölçeklerinin Öntest Puanları Arasındaki İlişki.....	34
Tablo 8.	Üniversite Mezunu ve Üstü Olan Kişilerde İçgörü, Calgary ve Beck Depresyon Ölçeklerinin Öntest Puanları Arasındaki İlişki.....	35
Tablo 9.	Yatış Sayısına Göre Ayrılan Katılımcıların İçgörü, Calgary ve Beck Depresyon Ölçeklerinin Öntest Puanları Arasındaki İlişki.....	36
Tablo 10.	Yatış Sayısı Bir veya Ayaktan Tedavi Olan Kişilerde İçgörü, Calgary ve Beck Depresyon Ölçeklerinin Öntest Puanları Arasındaki İlişki...	36
Tablo 11.	Birden Fazla Yatış Sayısı Olan Kişilerde İçgörü, Calgary ve Beck Depresyon Ölçeklerinin Öntest Puanları Arasındaki İlişki.....	37

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Kişinin sağlıklı olabilmesi ve dengeli bir ilişki kurabilmesinde düşünce, duygu ve davranış tepkilerinin birlikte işlev gördüğü bilinmektedir. Birlikte çalışan düzenin bozulması, denge ve uyum sağlamak isteyen kişi için oldukça büyük bir tehlike unsuru oluşturmaktadır. Diğerleriyle sağlıklı ilişkilerin kurulması ve sürdürülmesi için en önemli unsur duygularımızdır. Duygu ve düşüncelerini farkına vararak, anlamlandıran ve sözel olarak ifade edebilen insan, bu özelliğiyle diğer canlılardan ayrılmaktadır (Yurt, 2006).

Şizofreni, genellikle 25 yaşından önce başlayan, kişilerarası ilişkileri mesleki, akademik ve sosyal işlevselliği bozan, toplumun yaklaşık % 1'ini etkileyen, tüm sosyal sınıflarda karşılaşılabilen bir hastalıktır (Rössler vd., 2005). Şizofreni, psikolojik belirtilerle seyreden nörodejeneratif bir bozukluktur ve henüz etiyojisi tam olarak bilinmemektedir. Son yıllarda şizofreni ile ilgili yapılan araştırmalarda pek çok yeni bilgiye ulaşılmasına rağmen, bu gelişmeler henüz klinik uygulamalara yansıtılmamıştır. Şizofreniye ait belirtiler, halüsinasyonlar, hezeyanlar, istek kaybı, afektif küntleşme, konuşma ve davranış bozuklukları, muhakeme bozukluğu ve düşünce akışındaki bozulmalardır. Bu belirtilerin bir kısmına afektif bozukluklarda da rastlanabilir (Ceylan ve Çetin, 2005a).

Şizofreni, içgörünün en sık bozulduğu psikiyatrik bozukluktur. Raffard ve arkadaşlarına göre (2008), şizofreni hastalarının % 50-80'inin kendilerinde bir hastalık olduğunu kabul etmediklerini göstermiştir.

Şizofreni hastalığında içgörü kavramı, psikolojik, psikopatolojik, nörobilişsel mekanizmaları ve diğerleri ile ilişkileri kapsayan çok yönlü bir kavramdır. Şizofreni tanısı alan pek çok kişinin herhangi bir rahatsızlığı olduğuna, klinik belirtilerine, sosyal yaşamdaki zorluklarına ve hastalıktan dolayı tedavi olma gereksinimine yönelik farkındalığın olmadığını söyleyebiliriz.

Araştırmalar, şizofreni tanısı alan kişilerin % 50 ila % 80'inin içgörü düzeyinin yetersiz olduğu ve ilaç tedavisine yakınlarının baskıları ile başladıklarını ortaya koymuştur (Amador ve Gorman, 1998).

şizofrenide yetersiz içgörü ile ilgili pek çok açıklama önerilmiştir. Bazı araştırmalarda gerçeği ayırt edememe, yani psikozun kendisi suçlanmışken, başka araştırmalar ise yetersiz içgörünün savunma mekanizması olarak koruyucu işlevi olduğunu vurgulamıştır (Cooke, 2005). Aynı zamanda depresyonun yeterli içgörü ile ilişkilendirildiği çalışmalar da mevcuttur (Mc Glashan ve Carpenter, 1976). Bir diğer taraftan alandaki pek çok araştırmacı da, yetersiz içgörünün bazı yönlerini nöropsikolojik yetersizliklere bağlamıştır. Yetersiz içgörünün temeli büyük oranda nörolojiktir (Kaplan ve Sadock, 1998). şizofreni hastalarının, hastalığın farkına varmaları ile birlikte gelişen depresyon ve kendine güvende azalma sonucunda intihar riskinin yükseldiği belirtilmiştir (Lysaker ve Buck, 2009).

Depresyon oldukça sık görülen ruhsal bir bozukluktur. Depresyon tanısı alan kişilerde yaşam kalitesi bozulmaktadır ve depresyonun şiddetinin artması ile yaşam kalitesinin git gide daha fazla bozulduğu saptanmıştır (Aydemir vd., 2009). Depresyon, bilişsel, duygusal, davranışsal ve bedensel belirtilerle ortaya çıkan bir hastalıktır. En dikkat çeken belirtiler arasında; mutsuzluk, karamsarlık, isteksizlik, hayattan zevk alamama, çökkün ruh hali ve ilgide azalma yer almaktadır. Kişinin önceden zevk alarak yaptığı işler, depresyon sürecindeyken zevk vermemeye başlar. Çoğunlukla iç sıkıntısı, huzursuzluk ve daralma hissi birlikte görülür. Psikofizyolojik işlevlerde (uyku, iştah) bozulma ve cinsel istekte azalma depresyonun belirtileri arasındadır (Özmen ve Sağduyu, 1997).

şizofreni, içgörünün en sık bozulduğu psikiyatrik rahatsızlıktır. Paradoksal olarak hastalığın farkında olmanın depresyona, düşük kendine güven düzeyine ve olasılıkla da yüksek suisid riskine yol açtığı ileri sürülmüştür (Raffard vd., 2008). Bu tez çalışmasında amaç; NP İstanbul Hastanesinde yatarak tedavi gören şizofreni tanısı almış hastaların, içgörü düzeyleri ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

1.1. ŞİZOFRENİ

1.1.1 Tanım

Şizofreni, kişiyi gerçeklerden ve dış dünyadan koparan; düşünce, algılama, yorumlama ve davranış problemlerinin görüldüğü ruhsal bir bozukluktur. Bireyin alışlagelmiş idrak ve yorumlama biçimlerine yabancılaşarak, kendi içine çekildiği klinik bir sendromdur. Kişi, gerçek dünya ile kendi bozulmuş olan düşünce dünyası arasında gidip gelmektedir. Doğru algılama ve yorumlama biçimleri kişi için yabancıdır. Hastaların, konuşmasında, duygu ifadelerinde, yüz ifadesinde, yürüyüşünde ve insan ilişkilerinde tuhaflık ve dağınıklık vardır (Kültür vd., 2007).

1.1.2. Şizofreni'nin Tarihçesi

Şizofreninin psikotik belirtileri ortaçağlarda doğüstü güçlerle ilişkilendirilmiştir. O dönemde Şizofreni hastalarının lanetlenmiş olduğu düşünülmekteydi. İlk olarak Morel 1860 yılında bu hastalığa “dementia praecox” adını vermiştir. Daha sonra 1863 yılında Kahlbaum “paraphrenia hebetica” ve 1874 yılında “katatoni” terimlerini tanımladı. 1871 yılında ise Hecker “hebefreni”yi tanımladı (Özdemir, 2010).

Bozukluk ilk olarak 19. Yüzyılda Emil Kraepelin tarafından sınıflandırılmıştır. Şizofreniyi, erken bunama (dementia praecox) olarak tanımlamış ve hebefrenik, katatonik ve paranoid olmak üzere üç alt tipte sınıflandırmıştır (Aschauer vd., 1994). Bu terim, erken başlangıç (precox) ve bilişsel bozulma (dementia)'yı vurgulamıştır. Psikiyatrik bozuklukları sonlanışlarına göre yıkım gösterenler ve göstermeyenler olarak iki büyük gruba ayırmıştır. Yıkım gösterenler, “dementia praecox”; yıkım göstermeyenler ise, “manik-depresif psikoz” olarak adlandırılmıştır. Hastalıktaki en belirgin belirtilerin halüsinasyonlar ve hezeyanlar olduğunu ve süreç içinde yıkımla seyrettiğini belirtmiştir (Karno ve Notguist, 1989).

1911 yılında Eugen Bleuler tarafından, Kraepelin'in formülasyonu revize edilmiştir. Bleuler, Kraepelin'in tanımladığı “dementia praecox” kavramının “şizofreni

grubu hastalıklar” (schizophrenia groups) kavramıyla değiştirilmesini önermiştir. Bleuler, “dementia praecox” kavramını eleştirerek, tek bir hastalıktan çok heterojen bir grup olduğunu savunmuştur. “Şizofreni grubu hastalıklar” kavramı ile duygu, düşünce ve davranışlar arasındaki bölünmeyi (schisms) vurgulamaya çalışmıştır (Ceylan ve Çetin, 2005b).

Şizofreniye ait belirtileri tanımlamaya çalışan Bleuler, değişik klinik tabloların temel özelliklerini dört ana başlık altında toplayarak ifade etmiştir. Bu temel özellikler, klasik psikiyatride “4A Belirtisi” ismiyle bilinmektedir;

1. Autizm (Otizm): Gerçeklikten kopma ve hayali bir dünyada yaşama eğilimini vurgular.
2. Ambivalans: Birbirine karşıt olan duygu ve düşüncelerin, yoğun bir şekilde kişinin kafasını işgal etmesini vurgular.
3. Affektif Bozukluklar: Şizofrenide yaşanan olay ile hissedilen duygu arasında uygunsuzluğu vurgular.
4. Asosiyasyon Bozuklukları: Düşünce ve çağrışımlardaki çözülme vurgular (Erkoç, 1998; Yüksel, 2006).

Bunun yanı sıra Gabriel Langfeldt ise, şizofreni hastalıklarında kuramsal formülasyonlara gitmek yerine, ampirik deneyimlerden yararlanarak bir takım kriterler tanımlamıştır. Bu hastalığı, “şizofreniform psikoz” ve “gerçek şizofreni” olmak üzere iki gruba ayırmıştır. Gerçek şizofreni kavramını, sinsli başlangıç, affektif küntlük, derealizasyon, depersonalizasyon, otizm ve gerçekdışılık duyguları ile ilişkilendirmiştir. (akt. Yurt, 2006).

Kurt Schneider ise 1930’lu yıllarda, şizofreni hastalığında birincil semptomları belirlemiş, bu semptomların şizofreniye ait olmadığını, tanı koymada fayda sağladığını belirtmiştir. Belirlediği ölçütlere “Birincil Sıra (first rank) Belirtiler” ismini vermiştir (Kaplan ve Sadock, 1998).

Schneider’in Birincil Sıra Belirtileri;

1. Somatik edilgenlik

2. Düşüncelerin diğlerleri tarafından okunması, çalınması, sokulması, yayılması
3. Hezeyanlı algılama
4. Dış güçler tarafından duygu, düşünce ve davranışların kontrol edildiği hissi
5. Gerçeklikten kopma, muhakeme yetisinde bozulma
6. İşitsel halüsinasyonlar
 - a. Kendi söylediklerinin yüksek sesle söylendiğini duyma
 - b. Kendisine komut veren ve yönlendiren sesler işitme
 - c. Kendisiyle tartışan ve kavga eden sesler işitme (Büyüksandıç, 2013).

1980 yılında ise Timothy Crow şizofreninin negatif ve pozitif olmak üzere iki farklı tipi olduğunu öne süren bir makale yayımlamıştır (Crow 1980, akt. Kartal 2013). Pozitif ve negatif belirtiler Kraepelin döneminden beri biliniyordu ancak ilk kez biyolojik bir karşılığı bulunan tanımlamalar gerçekleştirilmiştir. Bunlar, Pozitif-negatif ya da tip 1-tip 2 olarak adlandırılmıştır. Negatif belirtilerin şizofreni hastalarının toplumsal yaşama adapte olmalarında önemli olduğunun farkedilmesi ile birlikte Bleuler'in şizofrenide asıl semptomların ambivalans ve otizm olduğu görüşü tekrar değer kazanmaya başlamıştır (Ceylan ve Çetin, 2005b). Şizofreni tiplerine ait bilgiler Tablo 1. de gösterilmiştir.

Tablo 1. Şizofreni Tiplerinin Özellikleri.

Şizofreni Tip 1	Şizofreni Tip 2
Varsanılar, sanrılar ve yapısal düşünce bozukluğu ile karakterize pozitif belirtiler,	Sosyal geri çekilme, irade azlığı, duygulanımda sığılaşma, düşünce içeriği ve konuşmada fakirlik gibi negatif belirtiler,
İyi düzeyde hastalık öncesi işlevsellik,	Düşük düzeyde hastalık öncesi işlevsellik,
Hastalığın ani başlangıcı,	Sinsi başlangıçlı,
Antipsikotiklere iyi tedavi yanıtı,	Antipsikotikler ile tedaviye dirençli,
İyi prognoz,	Kötü gidişatlı,
Bilişsel yıkımın olmaması.	EBilişsel yıkımın olması.

1.1.3. Tanı

Şizofreni tanısı koymak için Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından hazırlanan Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-5) tanı kriterleri dikkate alınmaktadır. 2013 yılında Türkçe versiyonu basılan DSM-5 tanı kitabının yayınlanması ile birlikte, tanılarda bir takım yenilikler ve değişiklikler ortaya çıktı.

1.1.4. DSM-IV TR Şizofreni Tanı Ölçütleri

Amerikan Psikiyatri Birliği'ne göre şizofreninin özgül belirtileri şu şekildedir: sanrılar, varsanılar, dezorganize (darmadağın) konuşma, ileri seviyede dezorganize veya katatonik davranış, negatif belirtiler (tekdüzelik, aloji veya avolisyon) belirtilerinden en az ikisinin bir aylık dönem boyunca kişide görülmesi. Eğer başarılı bir tedavi uygulanırsa bu süre bir aydan daha kısa da olabilir. Burada önemli bir husus, sanrılar eğer bizar ise veya varsanılar kişinin davranış ya da düşünceleri üzerine sürekli yorum yapan seslerden

veya iki ve daha fazla sesin arasındaki konuşmalardan oluşuyorsa yukarıda sayılan özgül tanı ölçütlerinden yalnızca bir tane belirtinin bulunması yeterli olacaktır.

Şizofreni tanısı değerlendirmesinde kişinin toplumsal/mesleki işlev bozukluğu da göz önünde bulundurulmaktadır. İş yaşantısında, kişilerarası ilişkilerde ya da özbakım gibi önemli işlevsellik alanlarından bir veya daha fazlasının bozukluğun başlamasından itibaren önemli bir zamanı kaplaması, bozukluk başlamadan önceki ulaşılan seviyenin belirgin bir biçimde altına düşmüş olması kişinin işlev bozukluğu olduğunu göstermektedir. Eğer belirtilerin başlangıcı çocukluk veya ergenlik döneminde ise kişilerarası ilişkilerde, akademik ve mesleki başarıda beklenen düzeye erişilememiş olması beklenmektedir.

Her psikiyatrik tanıda olduğu gibi, şizofrenide de belirtilerin ne kadar süre ile kişide görüldüğü tanı kriterleri açısından belirleyici bir faktördür. Var olan belirtilerin en az 6 ay boyunca kalıcı olması ve daha önce sayılan temel belirtilerin karşılanması beklenmektedir. Eğer başarılı bir tedavi söz konusuysa bu süre 6 aydan daha kısa sürebilir. Şizofreninin belirtileri, prodromal yada rezidüel dönemlerde, sadece negatif belirtilerle ya da özgül tanı ölçütüne göre belirtilen iki ya da daha fazla belirtinin daha hafif biçimleriyle (bizar inanışlar, olağan dışı yaşantılar) gözlemlenebilir.

Şizofreni değerlendirmesinde Şizoaffektif Bozukluk ve Psikorik Özellikler Gösteren Duygudurum Bozukluklarının yanısıra madde kullanımı ve genel tıbbi duruma bağlı nedenler de dışlanmıştır.

Eğer klinik tablo bir yaygın gelişimsel bozukluk (Otizm veya diğer Yaygın Gelişimsel Bozukluklar) ile birlikte görülüyorsa, en az bir ay süre boyunca belirgin sanrı veya varsanılar da söz konusuysa Şizofreni ek tanısı konulabilir. Eğer başarılı bir tedavi süreci söz konusuysa bu süre daha kısa olabilir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2000).

1.1.4.1. Şizofreni Alt Tipleri

1) Paranoid tip: (aşağıdaki tanı ölçütlerinin karşılamalıdır)

A. Bir ya da daha fazla sanrı ya da sıklıkla işitme varsanılarının olması.

B. Şunlardan hiçbirinin bulunmaması:

(1) dezorganize konuşma

(2) dezorganize davranış

(3) donuk ya da uygunsuz affekt

2) Dezorganize (darmadağın) tip: (aşağıdaki tanı ölçütlerini karşılamalıdır)

A. Aşağıdakilerin hepsi belirgindir:

(1) dezorganize konuşma

(2) dezorganize davranış

(3) donuk ya da uygunsuz affekt

B. Katatonik tip için tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

3) Katatonik (kasılakalmış) tip: (aşağıdakilerden en az ikisinin klinik görünümüne egemen olduğu Şizofreni tipi)

(1) katalepsi (balmumu esnekliği de içinde olmak üzere) ya da stupor ile belirlendiği üzere motor hareketsizlik

(2) aşırı motor aktivite (devinsel etkinlik) (açıkça amaçsız ve dış uyaranlardan etkilenmeyen

(3) aşırı negativizm (hareket ettirmeye yönelik tüm yönermelere açıkça amaçsız bir direnç gösterme ya da hareket ettirmeye yönelik girişimlere karşı rijid [katı] postürü sürdürme) ya da mutizm

(4) postür alma (istemli olarak uygunsuz ya da bizar postürler alma),

basamaklı hareketler, belirgin mannerizmler ya da belirgin grimasın olması ile belirlendiği üzere istemli davranışlarda acayipliklerin olması

(5) ekolali ya da ekopraksi

4) Ayrışmamış (Farklılaşmamış) tip:

A tanı ölçütünün karşılandığı semptomların olduğu Şizofreni tipi, ancak bu tanı ölçütleri Paranoid, Dezorganize ya da Katatonik tipin tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

5) Rezidüel (artakalan) tip (aşağıdaki tanı ölçütlerinin karşılandığı şizofreni

tipi)

A. Belirgin sanrı, varsanılar, dezorganize konuşma ve ileri derecede

dezorganize ya da katatonik davranışın olmaması,

B. Negatif semptomların ya da A tanı ölçütünde sıralanan iki ya da daha fazla

semptomun daha hafif biçiminin (örneğin acayip inanışlar, olağandışı algısal

yaşantılar) varlığı ile belirlendiği üzere bu bozukluğun sürdüğüne ilişkin kanıtlar

vardır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2000).

Yakın zamanda kullanmaya başladığımız DSM 5 tanı kitabında; alt tipler tamamen kaldırılmıştır. Şizofreninin bazı tanı ölçütlerinin karşılandığı fakat tüm tanı ölçütlerinin karşılanmadığı durumlar için DSM-IV-TR’de “Başka Türlü Adlandırılmayan Psikotik Bozukluk” tanısı alınırken, DSM 5’te “Belirlenmemiş Şizofreni Spektrumu ya da Diğer Psikotik Bozukluk” tanısı alınmaktadır. DSM-5’te “Katatoni” Bozuklukları “Şizofreni Spektrumu ve Diğer Psikotik Bozukluklar” bölümüne alınmıştır. Bunların yanısıra DSM 5’te Paylaşılan Psikotik Bozukluk tanısı kaldırılmıştır, artık bu kriterleri karşılayan kişiler Sanrısız Bozukluk tanısı alacaktır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013)

1.1.5. Epidemiyoloji

Şizofreni bozukluğu, bütün toplumlarda ve coğrafi bölgelerde görülmektedir. Yaşam boyu yaygınlık oranı ve sıklık açısından bazı bölgeler ve gruplar arasında farklılık gösterdiği belirtilmesine rağmen, neredeyse tüm dünyada eşittir (Barbato, 1998). Şizofreninin görülme sıklığı (prevelans) % 0.4 ile % 0.7 arasında değişir (Jablensky vd., 2011). Bir yılda çıkan yeni olgu sayısı (insidans) % 0.5 ile % 1.0 arasındadır. Yaşam boyu hastalanma riski (morbidity) ise % 1 civarındadır (Öztürk ve Uluşahin, 2011). Dünya nüfusunun yaklaşık % 1’ inin şizofreni hastalığından etkilendiği belirtilmektedir (Bunchanan ve Carpenter, 2007).

1.1.6. Etiyoloji

Yüzyılı aşkın bir süredir birçok araştırmaya konu olan şizofreni rahatsızlığının nedenleri henüz kesin olarak bilinmemektedir. Etiyoloji üzerindeki görüşler “psikososyal” ve “organik” olmak üzere iki kümede toplanarak tartışılmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2011).

Şizofreninin etiyolojisinde daha çok “stres-diatez modeli” üzerinde durulmaktadır. Bu modele göre kişinin hastalığa özel bir yatkınlığı olabilir ve stresli bir çevresel etki ile karşılaşılması sonucunda da şizofreni semptomları gelişebilir. Hastalığa yönelik olan yatkınlığa “diatez” denilmektedir. Diatez veya stres biyolojik olabileceği gibi çevreselde olabilir veya her ikisi bir arada bulunabilir. Çevresel öğeler ise biyolojik ya da psikolojik olabilir. Biyolojik etkenler içinde, beyin biyokimyasındaki değişiklikler, beyin yapısındaki değişiklikler, genetik ve diğer etkenlerden bahsedilebilir. Genetik yatkınlık, gebelik ve doğum komplikasyonları, viral enfeksiyonlar gibi nedenler şizofreni ile ilişkilendirilmiştir (Köroğlu ve Güleç, 2007). Yapılan diğer çalışmalar sonucunda bulunan bir diğer bulgu ise, şizofreni hastalarında kış mevsiminde doğum oranının ve düşük doğum ağırlığının normal popülasyona göre daha fazla oranda görülmesidir (Köroğlu, 2004).

Psikolojik öğeler ise stresli bir aile ortamı, bir yakının ölümü gibi durumlardır (Köroğlu, 2004).

1.1.7. Klinik Bulgu ve Belirtiler

Şizofrenide klinik belirtiler temel olarak iki grupta incelenir; negatif belirtiler ve pozitif belirtiler. Negatif belirtiler, sosyal olarak içe çekilme, öz bakımda azalma, duygu durumunda küntleşme, konuşma içeriğinde azalma, motivasyon eksikliğini içerir. Pozitif belirtiler ise, varsanılar ve sanrıları içerir. Şizofrenide klasik gidişat, alevlenmeler ve yatışmalar şeklinde olur, yaşadığı her alevlenmeden sonra hastanın işlevselliğinde azalma belirginleşir (Kaplan ve Saddock, 1998).

Hastalarda genel olarak görülen belirtiler şöyledir;

1. *Görünüm ve Davranış:* Şizofreni birçok değişik belirti gösteren bir bozukluk olduğundan, tipik bir görünüm tanımlanmaz. İlk bakışta, ilgisiz, toplumdan çekilmiş, kafaları meşgul, vurdumduymaz ve kaba tutumlar görülmektedir. Uzun süreli hastalarda bakımsızlık ve dağınık bir görünüm olabilir (Öztürk, 2004).
2. *Konuşma ve Düşünce Şekli:* Şizofreni hastalarında konuşmayı takip etmek güç olabilir. Konuşma içerisinde düzensizlik, dağınıklık, yavaşlama-hızlanma, bloklar, kalıplaşmış yinelenmeler (stereotipi), konuşma yankılanması (ekolali), konuşmama (mutizm), yeni sözcükler uydurma (neolojizm), anlamsız konuşmalar (sözcük salatası), Fikirlerin ısrarla yinelenmesi (perseverasyon) gibi birçok belirti görülebilir. Düşünce akışında bozulma görülür. Ses tonu genellikle tek düzedir ve duygularını belli etmez. Bu tip hastalarla ilişki kurmak oldukça güçtür (Kültür, vd., 2007).
3. *Algılama:* Algı bozuklukları şizofreni hastalarında sıklıkla görülmektedir. Dikkatleri çabuk dağılır, çevresindekilere olan ilgisi azalır. Ancak paranoid özellikler gösteren hastalarda algı artması olabilir. Ortada herhangi bir uyaran yokken bir algının olması (varsanı) veya olan uyarının yanlış algılanması (yanılsama) olabilir (Öztürk, 2004). Birtakım sesler duyulabilir. Bunlar gürültü, müzik sesi olabilir, emir veren tonda olabilir, bir ya da daha fazla ses olabilir. Şizofreni hastalarında işitsel varsanı, diğerlerinden daha fazla görülmektedir (Yavuz, 2008). Ayrıca kişinin, kendi zihninde olanlar ve dış dünyada olanları ayırt edebilme yetisinde bozulma görülmektedir.
4. *Duygulanım (affekt):* Şizofreni hastalarında tipik olarak bir duygu azalması görülmektedir. Olaylara karşı olan duygusal tepkisi az ya da yoktur. Hasta kişinin duygularında niteliksel ve niceliksel değişimler görülebilir. Duygusal tepkilerin yerinde oluşu prognoz açısından olumlu bir göstergedir. Hastalar duygularını ifade etmeseler, uygunsuz ifade etseler bile yoğun ve anlamlı duyguları olabilir (Yüksel, 2001). Şizofreni hastalarında duygulanım çoğunlukla labil veya düzleşmiştir. Emosyonel olarak yanıtsızdır. Genel olarak bir anhedoni hali belirgindir. Sosyal alanda izolasyon gözlenebilir (Yavuz, 2008). Şizofrenide genel olarak duygu azalmasından ve küntlükten söz edilir. Olaylara karşı duygusal tepki

azdır veya yoktur, aldırılmaz, vurdumduymaz gibi görünebilirler (Farmer vd., 1987). Şizofreni hastalarının duyguları niteliksel veya niceliksel olarak değişmektedir. Duygusal tepkilerin yerinde oluşu prognoz açısından olumlu bir göstergedir. Hastalar duygularını ifade etmeseler ya da uygunsuz bir biçimde ifade etseler bile yoğun ve anlamlı duyguları olabilir (Yüksel, 2001).

5. *Bilişsel (Kognitif) Yetiler:* Akut dönemde oryantasyon genelde bozulmamıştır. Dikkat ve konsantrasyon bozulabilir. Bellek genellikle normaldir. Şizofreni hastalarının birçoğunda dikkati toparlayabilme, sorun çözme, öğrenme ve akıl yürütme işlevlerinde yetersizlikler görülür (Kültür, vd., 2007).
6. *Hareket Bozuklukları:* Olduğu zaman genelde katatoni şeklinde görülmektedir. Hastanın bilinci açık olur fakat uyaranlara cevap vermez. Bazen hızlı ve kontrolsüz motor aktivite ve eksitasyon gibi davranışlarda da bulunabilir (Öztürk, 2004).
7. *Fizyolojik Belirtiler:* Şizofreni hastalarında genelde metabolizma bozulmaktadır. Düzensiz beslenme, uyku düzeninde bozulmalar, libidoda artma ya da azalma görülmektedir (Özakkaş ve İsmailov, 1998).

1.1.8. Seyir ve Prognoz

Şizofreni, kronik seyirli bir bozukluktur. Bu süreçte tekrarlayan hastane yatışları gerekebilir. Şizofreni hastalarında, depresyona benzer oranda intihar girişimleri ve intiharla gerçekleşen ölümler görülmektedir. Ölüm oranı şizofreni hastalarında, genel nüfusa göre iki kat daha fazladır. En belirgin ölüm nedenleri, kazalar, intiharlar ve diğer hastalıklardır (Hafner, 2003).

Şizofrenide iyi prognoz göstergeleri; ani ve geç başlangıç, destek sistemlerinin iyi olması, yapısal beyin anomalisinin olmaması, paranoid ve katatonik tip, affektif belirtilerden yoksun olması sayılabilir. Kötü prognoz göstergeleri ise; sinsi ve geç yaşta başlaması, dezorganize ya da ayrışmamış tip, negatif belirtilerin varlığı, bellek ve yönetici işlev bozukluğu ve hastalık süresinde alkol ve madde kullanımı olarak tanımlanır (Hefner vd., 1999).

1.2. DEPRESYON

1.2.1. Depresyonun Tanımı

Depresyon kelimesinin kökeni Latince “depressus” kelimesinden gelmektedir. Çökkünlük, kendini kederli hissetme, işlevsellik alanlarında aktivite azlığı gibi anlamlarda kullanılmaktadır. Yazılı kaynaklarda 17. yüzyıldan itibaren kullandığına rastlanılmış olmasına rağmen, ruhsal bir bozukluğun tanımlanması için, geçen yüzyılın sonunda Krapelin tarafından kullanılmıştır (Öztürk ve Uluşahin, 2008).

1.2.2. Depresyonun Tarihçesi

Depresyon, eski çağlardan bu yana bilinen ruhsal bir rahatsızlıktır. Tıp literatüründe bu sendromun belirtilerini ilk defa Hipokrat tanımlamıştır. Hipokrat, vücutta insanların duyguları ile ilgili dört sıvının olduğunu belirtmiştir. Bunlar; kan, sarı safra, kara safra ve lenf. Kara safra ve lenf sıvılarının mani, melankoli ve paranoyanın gelişimine sebep olduklarını öne sürmüştür (Georgotas, 1988).

Hipokrat’tan sonra Galen de melankoli tanımını kullanmaya devam etti. Robert Burton, 1621 yılında yazdığı “melankolinin anatomisi” adlı eserinde depresyondaki hastaların duygularından, düşüncelerinden ve yaşadıkları sıkıntılardan bahsetmiştir. 1854 yılında Falret, depresyondaki hastaların bazılarının zaman içinde taşkınlık geliştirip, sonradan tekrar depresif sürecin ortaya çıktığı durumu gözlemlemiş ve bu duruma “dalgalanan delilik” (la folie circulaire) adını vermiştir. Kahlbaum ise 1882 yılında mani ve melankolinin aynı hastalık sürecinin farklı dönemleri olduğunu tanımlamıştır. Bu durumun hafif şekline ise “siklotimi” adı verilmiştir (Kaplan vd., 2004, Öztürk 2008). 1917 yılında Sigmund Freud sevilen nesnenin kaybının önemini vurgulamıştır. Bunu “yas ve melankoli” isimli eserinde belirtmiş ve depresyonun psikodinamiği üzerinde durmuştur. Kraepelin’in başlattığı, ruhsal rahatsızlıkları sebeplerine göre tanımlayıp sınıflandırma görüşü daha sonraki sınıflandırmalarda da etkisini sürdürmüştür.

Depresyon olarak bildiğimiz durumu Kraepelin “manik depresif hastalık” ve “involyusyonel depresyon” belirtmiş, “dementia praecox” ile ayrımını açık bir şekilde

yapmıştır. Kraepelin, depresyon hastalığının genellikle doğuştan var olan biyolojik bir zeminle alakalı olduğunu savunmuş, manik depresif belirtilerin aynı rahatsızlığın iki farklı görünümü olduğunu belirtmiştir (Işık 2003, Kaplan vd., 2004). 1962 yılında Leonhard ve arkadaşları, depresyonu tekrarlama biçimlerine göre, Monopolar depresyon ve Bipolar depresyon olarak ikiye ayırmıştır (Klerman vd., 1980). 1966 yılında monopolar yerine unipolar kelimesi kullanılmaya başlanmıştır. Bu adlandırmalar, “Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition” (DSM-5, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı) ve “International Classification of Diseases” (ICD-10, Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması) gibi tanı sistemlerinde benzer şekilde yer alarak güncelliklerini korumaktadır.

1.2.3. Tanı

Depresif bozukluk tanısı koymak için Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından hazırlanan DSM-5 tanı kriterleri dikkate alınmaktadır.

1.2.4. DSM-IV-TR Depresyon Tanı Ölçütleri

Amerikan Psikiyatri Birliği'ne göre bir kişinin depresyon tanısı alması için, daha önce var olan işlevsellik düzeyinde iki hafta boyunca süren azalma beklenir. Bunun yanı sıra hemen her gün neredeyse gün boyu süren depresif duygu durumun olması (bu durum hastanın kendisi veya başka birinin gözlemi ile bildirilebilir), hemen her gün neredeyse gün boyu süren yaşamdaki etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da eskisi gibi zevk alınamıyor olması (hastanın kendi veya gözlem ışığında belirlenebilir), istem dışı belirgin kilo kaybı veya alımının olması ya da iştahta belirgin bir biçimde artma veya azalma olması, neredeyse her gün uykusuzluk veya aşırı uyku olması, neredeyse her gün psikomotor ajitasyon ya da retarsasyon olması (bu bildirim yalnızca kişi tarafından yapılması yeterli değildir, gözlemlerin de bu yönde olması beklenmektedir), neredeyse her gün yaşanan yorgunluk ya da enerji kaybının belirtilmesi, neredeyse her gün değersizlik, aşırı ya da durum ile uygunsuz suçluluk hislerinin olması, neredeyse her gün düşünme yetisinde ya da düşüncelerini belli bir konuda odaklama yetisinde azalma veya

kararsızlık yaşanması (bu durumu hastanın kendi ifade edebileceği gibi çevresindekiler tarafından da gözlemlenebilir), tekrarlayan intihar düşünceleri, belli bir plan var olmadan tekrarlayan intihar düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek için belli bir plan olmaksızın tekrarlayan intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere belli bir planın varlığı belirtilerinden beş veya daha fazlasının yine iki hafta boyunca görülmesi beklenmektedir. Var olan belirtiler arasında depresif duygudurum ya da ilgi kaybı veya zevk alamama belirtilerinden birinin kesinlikle olması gerekmektedir.

Yukarıda sayılan temel belirtilerin yanı sıra; belirtilerin karma bir epizodun tanı ölçütlerini karşılamaması, klinik anlamda belirgin bir sıkıntının var olması ya da toplumsal, mesleki ve diğer önemli işlevsellik alanlarında bozulmaya sebep olması beklenmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2000).

Yakın zamanda kullanıma geçilen DSM 5'te bazı değişiklikler göze çarpmaktadır. DSM-IV-TR'de "Duygudurum Bozuklukları" isimli bölümün başında ataklar (episodes) tanımlandıktan sonra bölüm "Depresif Bozukluklar" ve "İkiuçlu Bozukluklar" biçiminde iki alt gruba ayrılmıştı. DSM-5'te ise "Duygudurum Bozuklukları" bölümü kaldırılmış onun yerine "İkiuçlu ve İlgili Bozukluklar" ve "Depresif Bozukluklar" ismiyle iki ayrı bölüm oluşturulmuştur. Bunun yanı sıra DSM-5'te "Majör Depresif Atakın" E Tanı Ölçütündeki "yastan sonra 2 ay" koşulu kaldırılmıştır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

1.2.5. Epidemiyoloji

Depresyon en sık görülen psikiyatrik rahatsızlıklardan biridir. Türkiye'nin de bulunduğu 14 ülke için depresyonun yaygınlık oranı % 10.4 olarak bulunmuştur (Işık, 2003). Kadınlarda erkeklerden iki kat daha fazla görülmektedir. Depresyon, orta yaşlarda daha çok izlenen bir hastalıktır. Yaşam boyu depresyon sıklığı (prevelans) % 4.4-% 19.6 arasında değişir (Angst, 1992). Bir yılda bulunan yeni olgu sayısı (insidans) kadınlarda % 8, erkeklerde % 3 civarındadır. Yaşam boyu hastalanma riski (morbidity) ise % 3.1- % 3.9 arasında değişmektedir (Angst, 1992).

1.2.6. Etiyoloji

Depresif bozukluklarda biyolojik ve psikososyal etkenler etiyojide rol oynar. Mani ve tekrarlayan depresyonlarda biyolojik etkenlerin daha çok rol oynadığı kabul edilir. Hastalığın başlangıcında ise psikososyal etkenlerin rolü daha belirgindir. Ancak zaman içerisinde hastalığın ilerlemesi ile birlikte, herhangi psikososyal etki olmaksızın hastalık kendiliğinden ortaya çıkabilmektedir (Işık, 2003). İkizler üzerinde yapılan çalışmalara göre, kalıtımla geçiş oranının % 31 ila % 42 arasında olduğu belirtilmektedir (Öztürk, 2008).

Depresyon, genellikle orta yaş hastalığıdır. Geçmiş zamanlarda var olan kanı; depresyonun yaşlılarda daha fazla görüldüğü yönündedir. İlerleyen yaşları ile hastaların depresif semptomlarında artış görülmesine rağmen, majör depresyonun sıklığı artmamaktadır. (Jorm, 2000). Depresyonun kadınlarda görülme sıklığı, erkeklere oranla iki kat fazladır. Bu rahatsızlığın, ırklara ve etnik gruplara göre herhangi bir farklılık göstermediği, ırklar arasında görülen bazı farklılıkların ise daha çok sosyoekonomik durumdan kaynaklandığını kaanatinde olan görüşler vardır. (Loosen vd., 2000).

1.2.7. Seyir

Majör depresyonda, atak başlamadan önce haftalar ya da aylarca sürebilecek olan prodromal dönem görülür. Bu dönemde hafif depresif belirtiler ve anksiyete belirtileri belirgindir. Tedavi edilmeyen bir atak, altı ay ya da daha uzun sürebilir. Tedavi alan hastaların büyük bir kısmı remisyona girer ve atak öncesindeki işlevselliklerine geri dönerler, ancak % 20-% 30'luk bir kısımda kısmi remisyona girer (Thase, 2009).

DSM 5'e göre, hastalık belirtilerinin ortadan kalkması ve en az 2 ay süre ile belirtilerin görülmemesi durumu tam remisyona olarak tanımlanmıştır. Kısmi remisyonda ise, belirtiler mevcuttur ancak majör depresyon atağının ölçütlerini tam olarak karşılamamaktadır ya da herhangi bir belirti olmayan dönemler olmakta ancak 2 aydan daha az sürmektedir. Major depresif bozuklukta ölüm riski yüksektir, hastaların yaklaşık % 15'i intihar girişimi sonucunda hayatını kaybeder (Sadock, 2005).

1.3.İÇGÖRÜ

İçgörü, en basit anlatımıyla, kişinin kendi iç dünyasını ve sorunlarını anlama kapasitesi olarak tanımlanmaktadır (Kartal, 2013). Psikiyatride içgörü kavramını ilk kez Jaspers kullanmıştır. Jaspers içgörüyü, hastalığın ve belirtilerin farkında olma olarak tanımlamıştır. Jaspers ve Lewis, içgörüyü “uniter” bütün bir özellik olarak ele almış ve hastaları, içgörüsü var veya içgörüsü yok şeklinde değerlendirmişlerdir. Psikotik hastalarda ise içgörünün geçici olarak görülebildiği ifade edilmiştir. Bazen hezeyan ya da varsanımlarını gerçek dışı olarak değerlendirebildikleri, ancak farkındalıklarını sonradan kaybettikleri belirtilmiştir (Aslan vd., 2005). Çeşitli çalışmalara bakıldığında, şizofreni hastalarının % 50-% 80’inde, kişi akıl hastalığı olduğunun farkında değildir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün şizofreni üzerinde gerçekleştirdiği pilot çalışmada ise psikotik hastaların % 97’ sinin içgörüsünün olmadığı bulunmuştur (Sartorius vd, 1972). İçgörünün incelenmesinde kültürel farklılıklar vardır fakat kavram evrensel olarak bütün kültürlerdeki psikotik hastalarda incelenebilir (Saravanan vd., 2005).

Şizofreni, içgörünün en sık bozulduğu psikiyatrik rahatsızlıktır (Sartorius vd, 1972). Şizofreni hastalarında içgörü eksikliğinin doğası ve belirtilerle olan ilişkisi henüz netlik kazanmış değildir. Buna yönelik literatürde üç model bulunmaktadır. Klinik model, zayıf içgörünün hastalıkta birincil semptom olduğunu ileri sürer. Nöropsikolojik model, yapısal ve/veya işlevsel beyin hasarına bağlı nörokognisyondaki hasara ikincil geliştiğini öne sürer. Psikolojik model ise savunma stratejisi olarak ortaya çıktığını belirtmektedir. Bu modele göre, zayıf içgörü, reddetme veya kendini kandırma şeklinde ortaya çıkan bilinçli bir savunma mekanizmasıdır. Kronik hastalıktan yakınan kişi, farkındalığın ortaya çıkartabileceği depresif belirtilerden kendisini korumaktadır (Cooke vd., 2005).

İçgörünün negatif, pozitif ya da dezorganize bir belirti olduğunu, nöroanatomik, metabilşsel veya nörobilişsel bir eksiklik olduğunu ya da bunların iki veya daha fazlasından oluşan bir kombinasyonu olduğunu öne süren teoriler de bulunmaktadır. Pozitif belirti olarak içgörü eksikliği; hastanın günlük işlevselliğinde belirgin kısıtlılıklar, buna ek olarak hastalığın varlığının reddedildiği bir sanrı tipi olarak kabul edilmiştir

(Collins vd., 1997). Negatif belirti olarak içgörü eksikliği ise, “kişinin dünya ile ilgili kendi fenomenolojik deneyimini anlamada zihinsel iççekilme” olarak kabul edilmiştir (Osatuke vd., 2008). Dezorganize belirti olarak içgörü eksikliği, kişinin hastalık öncesi işlevselliği ile hastalık sonrası işlevselliği arasındaki kıyaslamayı yapabilmesi için gereken soyut düşünmeyi gerçekleştirememesi olarak tanımlanmıştır (Osatuke vd., 2008). Nörolojik ya da nöropsikolojik bir sorun olarak içgörü eksikliğinin, frontal lob disfonksiyonundan kaynaklandığını ileri sürülür (Drake vd., 2003). Nöroanatomik bir defisit olarak içgörü eksikliği, dorsolateral prefrontal korteksin hastalığın farkında olamama boyutu ve orbitofrontal alanın da belirtileri yanlış atfetme boyutu ile ilişkili olmasıdır (Shad vd., 2006). Yüksek seviyeli bilişsel süreçler olarak metabilişsel içgörü, bilişsel içgörü ile ilişkilendirilmiştir. Bilişsel içgörü, bozulmuş olan bakış açılarını değerlendirebilme ve revize edebilme yetisini ifade eden metakognisyon’u belirtmektedir (Hasson-Ohayon ve Kravetz, 2009).

İçgörü, Gestalt psikologlarına göre farkındalık yaşantısı olarak adlandırılmıştır. Psikoanalitik yaklaşım ise bilinçdışı dürtü ve çatışmaların farkında olma olarak adlandırmıştır. Psikoanalitik yazarlar içgörüyü emosyonel ve entelektüel içgörü olmak üzere ikiye ayırmışlardır (Aslan ve Altınöz, 2010). Emosyonel içgörü, kişinin kendi iç dünyasını tanıyabilmesi, derinlerde bulunan işlevsiz inançların ve bu inançların davranışsal ve duygusal sonuçlarını değiştirebilecek kadar farkında olma durumudur. Entelektüel içgörü ise, hastaya verilen psikoeğitimler sonrasında oluşturulmuş içgördür (Aslan ve Altınöz, 2010). Bazı kaynaklarda ise klinik içgörü ve bilişsel içgörü olmak üzere ikiye ayrılmıştır (Pijenburg vd., 2013; Misdrahi vd., 2014). Klinik içgörü, hastalığın semptomlarının farkında olma, başkalarından yardım veya tedavi alma ihtiyacının farkında olmaktır. Klinik içgörüyü değerlendirmek için bazı yarı yapılandırılmış (İçgörü ve Tedavi Tutum Anketi- ITAQ, İçgörü Değerlendirme Programı- SAI, Genişletilmiş İçgörü Değerlendirme Programı SAI-E, Akıl Sağlığının Farkında Olmayı Değerlendirme Ölçeği- SUMD) anketler kullanılır. Bilişsel içgörü ise, hastanın hatalı ve anormal çıkarımlarını dengeleyip değerlendirebilme yeteneğini içermektedir. Değerlendirmek için Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği kullanılır (Pijenburg vd., 2013).

Psikotik hastalarla ilgili oluşan içgörü azlığı üzerine son 20 yıldaki çalışmaların sayısında artış gözlenmiştir. 1989 yılında Greenfeld ve arkadaşları içgörüyü geleneksel bakış açısı ile değerlendirmenin eksikliği vurgulamış, 5 ana bölüme ayırarak incelenmesi gerektiğini savunmuştur. Bunlar hastanın ;

- Belirtileri hakkındaki görüşleri
- Hastalığın varlığı hakkındaki görüşleri
- Etiyoloji hakkındaki görüşleri
- Hastalığın tekrarı için duyarlılık
- Tedavinin değeri hakkındaki fikirleri olarak belirtilmiştir (Greenfed vd., 1989).

1992 yılında ise Markova ve Berrios içgörünün sadece kişinin hastalığını anlaması olarak tanımlanamayacağını, aynı zamanda hastalığın kişinin dünya ile etkileşiminin sonucunuanlama olduğunu öne sürmüştür (Markova ve Berrios, 1992). İçgörünün var ya da yok gibi bir belirti olarak değerlendirilemeyeceğini belirtmişlerdir. Sürekli bir duyma ve düşünme biçimi olduğu, içsel ve çevresel etkenlerden etkilenecek şekilde değişebildiği belirtilmiştir. Bu görüşler doğrultusunda 32 sorudan oluşan Markova-Berrios İçgörü Ölçeği geliştirilmiştir.

İçgörünün az olması; tedavi uyumunun ve ilaç uyumunun kötü olmasına, relaps oranı ve hastaneye yatış sayılarında ise artış olmasına sebep olmaktadır (Lincoln vd., 2007, Meier vd, 2014). Bu durum ise psikopatolojinin ciddiyetini etkilemekte ve hastalığın kötü prognozda seyretmesine sebep olmaktadır (Deveci vd., 2008). Bazı durumlarda ise hasta tam bir içgörü sahibi olsa bile, kılınma problemi, ekstrapiramidal yan etkiler, kilo alma ve cinsel yan etkiler gibi nedenlerle ilaçlarını bırakabilmektedir (Lincoln vd., 2007). İçgörünün olmayışı, şizofreni hastaları için olmazsa olmaz bir özellik olarak değerlendirilmiştir (Mc Evoy vd., 1981). Yakın zamanda yapılan çalışmalar bu görüşü eleştirmiş, içgörünün tek bir olgu değil birkaç alt boyutun birleşiminden oluşan bir yapı olduğu fikri üzerinde yoğunlaşmışlardır (David, 1990). Güncel tanımında ise çok boyutlu bir kavram olarak değerlendirilmektedir;

1. Bilişsel olarak: Ruhsal bozukluğun, damgalamanın ve sosyal sonuçlarının farkında olma durumu

2. Uyumla ilişkili olarak: Tedaviye olan ihtiyaçların algılanması, ilaç uyumunun olması, tedavinin etkilerinin ve faydalarının bilinmesi durumu
3. Semptom spesifik olarak: Hastalığın belirtilerinin farkında olma, bu belirtileri hastalığa atfedebilme durumu
4. Temporal olarak: Hastalığın varlığı ve tedavinin gerekliliğini bilme, şimdiki, geçmiş ve gelecekteki seyrine, tedavinin faydalarını bilme durumudur (Rusch ve Corrigan, 2002).

Kaplan ve Sadock 1998 yılında yazdıkları kitaplarında içgörüyü 5 ana başlık altında incelemişlerdir.

- Hastalığın tamamen inkar edilmesi
- Hastalığın ve yardım alma ihtiyacının farkında olma, fakat bunun reddedilmesi
- Hastalığın farkında olma fakat bu durum için başkalarını, ilaçları, bilinmeyen organik faktörleri suçlama
- Entelektüel içgörü
- Gerçek duygusal içgörü (Kaplan ve Sadock, 1998).

David ise 1990 yılında yazdığı “İçgörü ve Psikoz” adlı makalesinde içgörü kavramının tarihsel olarak gelişimini incelemiş ve içgörünün “var ya da yok” olarak değerlendiremeyeceğini belirterek üç ayrı boyuttan oluştuğunu öne sürmüştür. Bunun üzerine “Schedule for Assesing the Three Components of Insight” yani “İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği”ni geliştirmiştir (David, 1990). Değerlendirilmesi gereken üç boyut ise;

- Hastalığın farkında oluş
- Psikotik yaşantıları anormal olarak değerlendirebilme yeteneği
- Tedaviye uyum olarak belirlemiştir (David, 1990).

Psikozda içgörü, karmaşık bir konudur. Tüm bu bulguların yanı sıra, yapılan bir araştırmaya göre, içgörüyü ölçmek için evrensel ölçütlerden ziyade yerel kültür standartlarına göre yapılmalıdır (Jacob, 2010) .

2.GEREÇ ve YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Türü ve Amacı

Araştırmamız kesitsel olup amacı; NP İstanbul Hastanesinde yatarak tedavi gören şizofreni hastalarındaki içgörü düzeyi ve depresyon düzeyi arasındaki ilişkiyi araştırmaktır. Araştırmamızın hipotezleri;

1-Katılımcıların içgörü puanları arttıkça depresyon puanlarında artma beklenir.

2-Katılımcıların psikotik belirtilerinin şiddetinin azalması ile içgörü puanlarında artma beklenir.

3- Katılımcılardan bir kez yatışı olan veya ayaktan tedavi görenlerin, birden fazla yatışı olanlara göre içgörüsünün daha yüksek olması beklenir.

2.2. Araştırma Evreni ve Örneklemi

“Şizofreni Hastalarında Depresyon ve İçgörü Arasındaki İlişki” başlığını taşıyan çalışmamızın uygulama bölümü NPİstanbul Hastanesi’nde; 18-65 yaş arasında şizofreni tanısı almış 52 kişilik bir örneklem grubu ile yapılmıştır. Katılımcılardan çalışmaya gönüllü olanlardan Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (BGOF) ile onayları alınmış, sonrasında ise Sosyo-Demografik Bilgi Formunu tamamlamaları istenmiştir. Sonuç olarak, çalışmaya gönüllü katılımcı olarak 11 kadın, 41 erkek olmak üzere toplam 52 hasta dahil edilmiştir. Dahil etme ve dışlama kriterleri Tablo 2. de gösterilmiştir.

Tablo 2. Katılımcı dahil etme ve dışlama kriterleri

Dahil Etme Kriterleri	Dışlama Kriterleri
Deney grubu için, DSM-5 tanı kriterlerine göre şizofreni tanısı almış olması.	Mental olarak ölçekleri dolduramayacak hasta grupları (mental retardasyon, demans).
18-65 yaş aralığında olması.	Madde kullanımının bulunması
Okur-yazar olması.	Görüşmeyi engelleyecek düzeyde eğitim ve dil probleminin varlığı.
Çalışmaya gönüllü olarak katılımı kabul etmesi.	Ciddi sistematik ve nörolojik hastalık öyküsünün bulunması.
	18 yaş altı ve 65 yaş üstü olması.

2.3. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlamadan önce, Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan etik kurul onayı alınmıştır. Ayrıca çalışma evrenini oluşturan hastaların tedavi almakta oldukları kurum olan NP İstanbul Hastanesi'nden yazılı izin alınmıştır. Araştırma kapsamındaki kişilerin haklarının korunması için araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce bireylere, araştırmanın yapılma amacı, süresi ve araştırma süresince yapılacak işlemler açıklanarak "*Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu*" nu imzalamaları istenmiştir. Bireylerin istedikleri zaman çalışmadan çekilebilecekleri belirtilerek "*Özerklik*" ilkesi, kişisel bilgilerin araştırmacı ile paylaşıldıktan sonra korunacağı söylenerek "*Gizlilik ve Gizliliğin Korunması*" etik ilkesine uyulmasına özen gösterilmiştir. Araştırmada "*insan onuruna saygı*" diğer bir etik ilke olarak göz önünde bulundurulmuştur. Ayrıca elde edilen verilerin yalnızca bilimsel araştırma için kullanılacağı ve araştırmaya katılan kişinin kimliğinin gizli tutulacağı belirtilerek "*Kimliksizlik ve Güvenlik*" etik ilkesi yerine getirilmiştir.

2.4. Veri Toplama Araçları

Veri toplama süreci, hastalarla yüzyüze görüşülerek araştırmanın amacı hakkında bilgi verildikten sonra, “Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu” alınarak başlamaktadır. Sonrasında bireylerin kişisel bilgilerini toplamak ve düzenlemek amacı ile araştırmacı tarafından geliştirilen “Bilgi Formu” verilmiştir. Hastanın, hastane yatışı gerçekleştiği zaman, doktoru/psikoloğu tarafından psikotik belirtilerinin şiddetini belirlemek amacıyla Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS), depresif semptomların belirlenmesi amacıyla Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (CDSS), içgörü düzeyini belirlemek için İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği uygulanmıştır. Hastanın kendi depresyon belirtileri ile ilgili farkındalığı saptamak amacıyla kendisine Beck Depresyon Envanteri (BDE) verilmiştir. Bu ölçekler, hastanın hastane yatışı sonlanmadan önce tekrar uygulanmıştır. Görüşmeler en az 30 dakika, en fazla 1 saat sürmüştür.

2.4.1. Bilgi Formu

Çalışmanın amaçları göz önünde bulundurularak araştırmacı tarafından hastalara yönelik hazırlanan yaş, cinsiyet, öğrenim düzeyi, medeni durum, çalışma durumu gibi sosyodemografik verileri ile tedavi süreçleri, hastalığın öyküsü, ailedeki hastalık öyküsü gibi sorularla detaylandırılarak 14 sorudan oluşan bir form kullanıldı.

2.4.2. Pozitif Ve Negatif Sendrom Ölçeği-PANSS

PANSS, şizofreni hastalarının son bir hafta içerisindeki belirtilerini ve işlevselliğini değerlendirmeyi amaçlayan yarı yapılandırılmış bir ölçektir. 1987 yılında Kay ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (Kay vd., 1987b). Toplamda 3 alt ölçek ve 30 maddeden oluşur. 30 maddenin, 7 maddesi pozitif sendrom alt ölçeğine, 7 maddesi negatif sendrom alt ölçeğine, geri kalan 16 maddesi ise genel psikopatoloji alt ölçeğine aittir. Her madde, görüşmeci tarafından belirtili şiddetine göre 1 ve 7 arası puanla değerlendirilir. Testte en yüksek puan 270, en düşük puan ise 30’dur. Ölçeğin puanlara göre değerlendirmesi ise şu şekildedir; 30-57 puan aralığı hafif belirtili düzeyi, 58-93 puan

aralığı orta düzey belirti, 94-118 belirgin düzey, 119- 143 ağır, 144-270 çok ağır belirti. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği'nin Türkçe uyarlamasında; tüm alt ölçeklerdeki puan dağılım özellikleri orijinal çalışmadakilere benzemektedir. (Kostakoğlu vd., 1999).

2.4.3. Beck Depresyon Envanteri

Beck Depresyon Envanteri 1961 yılında Beck tarafından, depresyonun duygusal, bilişsel, somatik ve motivasyonel bileşenleri ölçmek amacıyla geliştirilmiştir (Beck, 1961). Ölçek, 21 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. 21 maddenin her birinde 4 seçenek vardır ve her madde 0 ila 3 arasında bir puan alır. Testte en düşük puan 0, en yüksek puan ise 63'tür. Depresyonun şiddeti 4 derecede değerlendirilir; Ülkemizde 1988 yılında Hisli tarafından yapılan geçerlilik güvenilirlik çalışmasında; İngilizce formu gibi depresyon belirtilerini yakalamak için geçerli bir araç olduğuna işaret etmektedir. Kesme puanının 17 kabul edildiği bildirilmiştir. (Hisli, 1988). Ancak örneklemin niteliği ve araştırmanın amacına göre kesme noktalarında bazı değişiklikler yapılabilmektedir (Beck, 1961).

2.4.4. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği

Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (CDSS), şizofreni hastalarını depresyon yönünden değerlendirmek ve depresif belirtilerin şiddetini ölçmek amacıyla Addington ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (Addington vd., 1992). 2000 yılında Aydemir ve arkadaşları tarafından Türkçede geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Aydemir vd, 2000). Ölçek, dörtlü Likert tipinde ve görüşmecinin değerlendirdiği bir ölçektir. 9 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin içerdiği maddeler; depresif duygudurum, umutsuzluk, değersizlik duygusu, suçlulukla ilgili alınma düşünceleri, patolojik suçluluk, sabah depresyonu, erken uyanma, özkıyım ve gözlenen depresyon belirtileridir. Ölçeğin geliştiricisi olan Addington ve ark. Yaptıkları ROC analizi ile ölçeğin kesme puanını 7/8 olarak belirlemiştir. 7 puanı için duyarlılık % 85, özgüllük % 82; 8 puanı için ise duyarlılık %85, özgüllük %91 olarak elde edilmiştir. Ancak Türkiye'de Aydemir ve ark. Tarafından yapılan Türkiye geçerlilik güvenilirlik çalışması sonrası, kesme puanı depresif bozukluğun eşlik ettiği şizofreni hastaları için 11/12 olarak belirlenmiştir (Aydemir vd, 2000).

2.4.5. İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği

İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği, 1990 yılında David tarafından geliştirilmiş, klinisyen tarafından uygulanan yarı yapılandırılmış bir ölçektir (David, 1990). Ölçek, şizofreni hastalarına yönelik hazırlanmıştır. Ölçeğin, hastalığın kabul edilmesini, psikotik yaşantıları anormal olarak adlandırma yetisini, tedavi tutumunu değerlendirmeyi hedefleyen 3 bölümü vardır. İçgörüyü niceliksel olarak değerlendirir. 9 sorudan oluşur, her soru 0,1,2 şeklinde değerlendirilmektedir. En düşük puan 0, en yüksek puan ise 18'dir. Toplam skor ne kadar yüksekse, içgörü skoru o kadar fazla demektir. Bu ölçeğin ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını Aslan ve arkadaşları 2001 yılında yapmıştır (Aslan vd, 2001).



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

İstatistik değerlendirmeler *IBM Statistical Packages for the Social Sciences* (SPSS) 21.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Tüm değerlendirmelerde parametrik testler kullanılmıştır. Örnekleme ait sosyodemografik verilerin değerlendirilmesinde betimsel analiz yöntemleri, ön test-son test karşılaştırılmasında Paired-Sample T-Testi ve bağımlı değişkenlikler arasındaki ilişkiyi belirlemek için de Pearson Korelasyon analiz yöntemleri kullanılmıştır.

3.1.Katılımcılara İlişkin Sosyodemografik Bilgiler

Bu bölümde katılımcılara, içgörü, depresyon ve şizofreniye ait pozitif ve negatif belirtilere ait uygulanan ölçeklere ilişkin sonuçlar sunulacaktır. Çalışmada yer alan katılımcılara ait sosyodemografik veriler Tablo 3’de gösterilmiştir.

Tablo 3. Katılımcılara İlişkin Sosyodemografik Bilgiler

Değişkenler	N	%
Cinsiyet		
Kadın	11	21.2
Erkek	41	78.8
Eğitim Düzeyi		
Eğitimsiz	1	1.9
Düşük (0-5 yıl)	3	5.8
Orta (6-12 yıl)	18	34.6
İleri (12 ve üzeri yıl)	30	57.7
Medeni Durum		
Bekar	34	65.4
Evli/Nişanlı	15	28.8

Ayrılmış/Dul	3	5.8
İş Durumu		
Çalışmıyor	44	84.6
Düzenli İşi Olan	4	7.7
Düzensiz İşi Olan	3	5.8
Öğrenci	1	1.9
Kiminle Yaşıyor		
Yalnız	12	23.1
Aile/Akraba	40	76.9
Aile Tipi		
Çekirdek	45	86.5
Geniş	6	11.5
Tek Ebeveyn	1	1.9
Kardeş Sayısı		
Bir	21	40.4
İki	15	28.8
Üç	6	11.5
Dört	2	3.8
Beş	3	5.8
Altı	4	7.7
Yedi	1	1.9
Kaçıncı Çocuk		
Birinci	31	59.6
İkinci	10	19.2
Üçüncü	7	13.5
Beşinci	2	3.8
Altıncı	2	3.8
Daha Önce Tedavi		

Yok	8	15.4
Ayaktan	17	32.7
Yatarak bir kez	4	7.7
Yatarak birden çok	23	44.2
Yatış Şekli		
Kendi kararı	6	11.5
Aile/yakın kararı	45	86.5
Adli süreç	1	1.9
Adli Sorun		
Yok	46	88.5
Var/madde	5	9.6
Var/madde dışı	1	1.9
Akrabalarda Hastalık Ruhsal		
Var	17	32.7
Yok	35	67.3
	Ort.	s.d.
Yaş	36.23	10.98

3.2. Katılımcılara Uygulanan Ölçeklerin Ön Test Son Test Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan kişilere 3'er hafta arayla Beck Depresyon Envanteri, İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği, Calgary Depresyon Ölçeği ve PANSS uygulanmıştır. Bu iki uygulama arasındaki farka ilişkin sonuçlar Tablo 4'de belirtilmiştir. Tablo incelendiğinde İçgörünün Üç Bileşeni ($t=-12.307$, $p<.001$), Hastalığın Kabul Edilmesi ($t=-8.502$, $p<.001$), Psikotik Yaşantıları Anormal Olarak Adlandırma Yetisi ($t=-11.538$, $p<.001$), Tedaviye Tutumu ve Geçmişteki Ruhsal Rahatsızlıklara Dair Farkındalık ($t=-9.878$, $p<.001$), PANSS ($t=13.003$, $p<.001$), PANSS Pozitif Belirtiler ($t=12.475$, $p<.001$), PANSS Negatif Belirtiler ($t=8.899$, $p<.001$) ve PANSS Genel Psikopatoloji ($t=10.134$, $p<.001$) ölçek puanlarının öntest son test uygulama açısından

anlamli bir fark olduğu bulunmuştur. Beck Depresyon Envanteri ve Calgary Depresyon Ölçek puanları açısından ise böyle bir fark saptanmamıştır. Katılımcıların öntest içgörü toplam ve alt ölçek puanları sontest puanlarına göre anlamli olarak daha azdır. Buna göre, katılımcıların içgörülerinin arttığı söylenebilir. PANSS toplam ve alt ölçek puanlarına göre ise, katılımcıların öntest puanları, sontest puanlarına göre anlamli olarak daha fazladır. Katılımcıların şizofreniye ait pozitif ve negatif semptomlarında azalma olduğu belirlenmiştir.



Tablo 4 Katılımcılara Uygulanan Ölçeklerin Ön Test Son Test Karşılaştırılması

Ölçekler	Ölçüm	N	Ortalama	s	sd	t	p
Beck Depresyon	Ön test	52	11.67	13.91	51	1.484	.144
	Son test	52	9.19	10.42			
İçgörünün Üç Bileşeni	Ön test	52	2.5	3.7	51	-12.307*	.000
	Son test	52	9.81	4.96			
Hastalığın Kabul Edilmesi	Ön test	52	1.08	1.89	51	-8.502*	.000
	Son test	52	3.52	1.65			
Psikotik Yaşantıları Anormal Olarak Adlandırma Yetisi	Ön test	52	0.62	1.16	51	-11.538*	.000
	Son test	52	3.06	1.67			
Tedaviye Tutumu ve Geçmişteki Ruhsal Rahatsızlıklara Dair Farkındalık	Ön test	52	0.96	1.41	51	-9.878*	.000
	Son test	52	3.33	1.90			
Calgary Depresyon	Ön test	52	4.44	6.09	51	1.663	.102
	Son test	52	3.3	3.29			
PANSS	Ön test	52	100.25	24.21	51	13.003*	.000
	Son test	52	58.52	18.26			
PANSS Pozitif Belirtiler	Ön test	52	28	7.92	51	12.475*	.000
	Son test	52	15	6.31			
PANSS Negatif Belirtiler	Ön test	52	23,94	10.19	51	8.899*	.000
	Son test	52	14.23	7.72			
PANSS Genel Psikopatoloji	Ön test	52	47.96	12.93	51	10.134*	.000
	Son test	52	29.73	10.37			

*p<.001

3.3. Katılımcılara Uygulanan Ölçeklerin Öntest Puanları Arasındaki İlişki

Tablo 5’de katılımcılara uygulanan ölçeklerin öntest puanları arasındaki ilişki sonuçları gösterilmiştir. Beck Depresyon ölçek puanları ile İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme ölçek puanları ($r=.391$, $p<.01$), Hastalığın Kabul Edilmesi ($r=.391$, $p<.01$), Tedaviye Tutumu ve Geçmişteki Ruhsal Rahatsızlıklara Dair Farkındalık ($r=.305$, $p<.05$) ve Calgary Depresyon ölçek puanları ($r= .621$, $p<.01$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki varken, Psikotik Yaşantıları Anormal Olarak Adlandırma Yetisi puanları ile anlamlı bir ilişki yoktur. Benzer şekilde Calgary Depresyon ölçek puanları ile İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme ($r= .415$, $p<.01$), Hastalığın Kabul Edilmesi ($r=.516$, $p<.01$), Tedaviye Tutumu ve Geçmişteki Ruhsal Rahatsızlıklara Dair Farkındalık ($r=.362$, $p<.01$) ve Psikotik Yaşantıları Anormal Olarak Adlandırma Yetisi ($r=.292$, $p<.05$) puanları arasında da pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüşken, PANSS toplam puanları ve alt ölçek puanları ile diğer ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür

Tablo 5. Katılımcılara Uygulanan Ölçeklerin Öntest Puanları Arasındaki İlişki

	Bec k Depr esyo n	İçgörü nün Üç Bileşe nini Değerl endirm e	Hast alığı n Kab ul Edil mesi	Psiko tik Yaşa ntılar ı Anor mal Olara k Adla ndır ma Yetis i	Tedavi ye Tutum u ve Geçmi şteki Ruhsal Rahats ızlıklar a Dair Farkın dalık	Calg ary Depr esyo n	PA NS S	PA NS S Poz itif Bel irtil er	PA NS S Ne gati Bel irtil er	PAN SS Genel Psiko patolo ji
Beck Depres yon	1									
İçgörü nün Üç	.391 **	1								

Bileşeni Değerlendirmeye										
Hastalığın Kabul Edilmesi	.391**	.822**	1							
Psikotik Yaşantıların Anormal Olarak Adlandırma Yetisi	.270	.902**	.642**	1						
Tedaviye Tutumu ve Geçmişteki Ruhsal Rahatsızlıklara Dair Farkındalık	.305*	.869**	.596**	.770*	1					
Calgary depresyon	.621**	.415**	.516**	.292*	.362**	1				
PANS S	.055	.085	-.002	.033	.032	.124	1			

PANS S Pozitif Belirtiler	- .021	-.086	- .117	-.079	-.095	- .031	.57 7* *	1		
PANS S Negatif Belirtiler	- .017	.037	- .047	.028	-.010	.130	.74 2* *	.09 6	1	
PANS S Genel Psikopatoloji	.127	.172	- .090	.089	.116	.136	.89 1* *	.38 9**	.50 4**	1

*p<.05, **p<.01

3.4. Eğitim Durumuna Göre Gruplara Ayrılan Katılımcıların İçgörü, Calgary ve Beck Depresyon Ölçeklerinin Öntest Puanları Açısından Karşılaştırılması

Örnekleme oluşturan kişiler, üniversite mezunu altı (N=22) ile üniversite mezunu veya üstü (N=30) olacak şekilde iki gruba ayrılmıştır. Gruplar arasında İçgörü, Calgary ve Beck Depresyon ölçeklerinin öntest puanları açısından karşılaştırılması için Mann Whitney U analizi yapılmış ve sonuçlar Tablo 6’da gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde gruplar arasında tüm ölçek puanları açısından anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur.

Tablo 6. Eğitim Durumuna Göre Ayrılan Katılımcıların İçgörü, Calgary ve Beck Depresyon Ölçeklerinin Öntest Puanları Açısından Karşılaştırılması

Ölçekler	Eğitim Durumu	N	Ortalama	Sıra Ortalaması	U	P
İçgörü	Üniversite Altı	22	22.18	488	235	.068
	Üniversite ve Üstü	30	29.67	890		

Calgary Depresyon Ölçeği	Üniversite Altı	22	27.14	597	316	.790
	Üniversite ve Üstü	30	26.03	781		
Beck Depresyon Ölçeği	Üniversite Altı	22	27.73	610	303	.614
	Üniversite ve Üstü	30	25.60	768		

Üniversite mezunu altı olan kişilerde İçgörü, Calgary ve Beck Depresyon ölçeklerinin öntest puanları arasında bir ilişki olup olmadığına bakılmış ve sonuçlar Tablo 7’de gösterilmiştir. Buna göre, İçgörü Öntest puanları ile Beck Depresyon Öntest ($r=.608$, $p<.01$) ve Calgary Depresyon Öntest ($r=.558$, $p<.01$) puanları arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Tablo 7. Üniversite Mezunu Altı Olan Kişilerde İçgörü, Calgary ve Beck Depresyon Ölçeklerinin Öntest Puanları Arasındaki İlişki

Ölçekler	İçgörü Ölçeği	Beck Depresyon Ölçeği	Calgary Depresyon Ölçeği
İçgörü Ölçeği	1		
Beck Depresyon Ölçeği	.608*	1	
Calgary Depresyon Ölçeği	.558*	.674*	1

* $p<.01$

Üniversite mezunu ve üstü olan kişilerde de İçgörü, Calgary ve Beck Depresyon ölçeklerinin öntest puanları arasında bir ilişki olup olmadığına bakılmış ve sonuçlar Tablo 8’de gösterilmiştir. Buna göre, İçgörü Öntest puanları ile Beck Depresyon Öntest ($r=.297$, $p=.111$) puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken, Calgary Depresyon Öntest ($r=.426$, $p<.05$) puanları arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur.

Tablo 8. Üniversite Mezunu ve Üstü Olan Kişilerde İçgörü, Calgary ve Beck Depresyon Ölçeklerinin Öntest Puanları Arasındaki İlişki

Ölçekler	İçgörü Ölçeği	Beck Depresyon Ölçeği	Calgary Depresyon Ölçeği
İçgörü Ölçeği	1		
Beck Depresyon Ölçeği	.297	1	
Calgary Depresyon Ölçeği	.426*	.518**	1

*p<.05, **p<.01

3.5. Yatış Sayısına Göre Gruplara Ayrılan Katılımcıların İçgörü, Calgary ve Beck Depresyon Ölçeklerinin Öntest Puanları Açısından Karşılaştırılması

Örnekleme oluşturan katılımcılar, yatış sayısına göre gruplara ayrılmıştır. Bir kez yatışı olan veya ayaktan tedavi görenler (N=21) ile birden fazla yatışı (N=23) olanlar şekilde iki grup oluşturulmuştur. İlk epizod psikotik bozukluk tanısı alan hastalar ise değerlendirmeye dahil edilmemiştir. Grupların, İçgörü, Calgary ve Beck Depresyon ölçeklerinin öntest puanları açısından karşılaştırılması için Mann Whitney U analizi yapılmış ve sonuçlar Tablo 9'da gösterilmiştir. Gruplar arasında İçgörü Ölçeği öntest puanları açısından anlamlı bir fark varken (U=.157, p<.05), diğer ölçek puanları açısından anlamlı bir fark yoktur. Buna göre, bir kez yatışı olan veya ayaktan tedavi göre kişilerin (Ort.=26.52), birden fazla yatışı olanlardan (Ort.=18.83) anlamlı olarak daha yüksek İçgörü Ölçek puanına sahiptir.

Tablo 9. Yatış Sayısına Göre Ayrılan Katılımcıların İçgörü, Calgary ve Beck Depresyon Ölçeklerinin Öntest Puanları Açısından Karşılaştırılması

Ölçekler	Yatış Sayısı	N	Ortalama	Sıra Ortalaması	U	P
İçgörü	Bir kez veya Ayaktan	21	26.52	557	157*	.039
	Birden Fazla	23	18.83	433		
Calgary Depresyon Ölçeği	Bir kez veya Ayaktan	21	22.57	474	240	.971
	Birden Fazla	23	22.43	516		
Beck Depresyon Ölçeği	Bir kez veya Ayaktan	21	24	504	210	.454
	Birden Fazla	23	21.13	486		

*p<.05

Yatış sayısı bir veya ayaktan tedavi olan kişilerde İçgörü, Calgary ve Beck Depresyon ölçeklerinin öntest puanları arasında bir ilişki olup olmadığına da bakılmış ve sonuçlar Tablo 10'da gösterilmiştir. Buna göre, İçgörü Öntest puanları ile Beck Depresyon Öntest ($r=.572$, $p<.01$) ve Calgary Depresyon Öntest ($r=.501$, $p<.05$) puanları arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Tablo 10. Yatış Sayısı Bir veya Ayaktan Tedavi Olan Kişilerde İçgörü, Calgary ve Beck Depresyon Ölçeklerinin Öntest Puanları Arasındaki İlişki

Ölçekler	İçgörü Ölçeği	Beck Depresyon Ölçeği	Calgary Depresyon Ölçeği
İçgörü Ölçeği	1		
Beck Depresyon Ölçeği	.572**	1	
Calgary Depresyon Ölçeği	.501*	.777**	1

*p<.05, **p<.01

Birden fazla yatış sayısı olan kişilerde de İçgörü, Calgary ve Beck Depresyon ölçeklerinin öntest puanları arasında bir ilişki olup olmadığına bakılmış ve sonuçlar Tablo 11’de gösterilmiştir. Buna göre, İçgörü Öntest puanları ile Beck Depresyon Öntest ($r=.289$, $p=.181$) puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken, Calgary Depresyon Öntest ($r=.550$, $p<.01$) puanları arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur.

Tablo 11. Birden Fazla Yatış Sayısı Olan Kişilerde İçgörü, Calgary ve Beck Depresyon Ölçeklerinin Öntest Puanları Arasındaki İlişki

Ölçekler	İçgörü Ölçeği	Beck Depresyon Ölçeği	Calgary Depresyon Ölçeği
İçgörü Ölçeği	1		
Beck Depresyon Ölçeği	.289	1	
Calgary Depresyon Ölçeği	.550*	.658*	1

* $p<.01$

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu araştırmada, şizofreni tanısı almış hastaların içgörü düzeyleri ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiştir. NP İstanbul Hastanesinde yatarak tedavi gören şizofreni tanısı almış 11 kadın ve 41 erkek katılımcıdan toplanan verilere uygulanan istatistiksel analizler sonucunda elde edilen bulgular, bu bölümde ele alınarak literatür ışığında tartışılmıştır.

Çalışmanın öncelikli amacı olarak şizofreni hastalarında içgörü düzeyleri ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişki araştırılmıştır. İçgörü düzeyini belirlemek için İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği (İÜBDÖ), Depresif semptomların düzeyi için Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (CDSS) ve Beck Depresyon Envanteri (BDE) kullanılmıştır. Çalışmanın ikincil amacı olarak psikotik belirtilerin düzeyleri ve içgörü düzeyleri araştırılmıştır. Şizofrenin pozitif ve negatif semptomları ve hastalık şiddetini ölçmek için Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) kullanılmıştır.

4.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Çalışmamıza katılan 52 hastanın yaşları 18-65 arasında, yaş ortalaması 36.23 ± 10.98 yıl olarak bulundu. Çalışmaya alınan hastaların 11'i kadın (%21.2), 41'i erkektir (%78.8). Çalışmada hastanede yatan hastalardan rastlantısal olarak seçim yapılmasına rağmen, kadın hastalarda şizofreni tanısı almış hasta sayısı erkek hasta sayısına göre düşüktü. . Epidemiyolojik çalışmalarda şizofreni görülme sıklığının kadın ve erkeklerde eşit oranda görülmesine karşın; başlangıç yaşı, aile öyküsü, klinik görünüm, gidiş ve tedavi yanıtları açısından cinsiyet farklılıkları göstermektedir (Hafner, 2000). Şizofreni hastalığında cinsiyetler arasında en sık bildirilen fark, başlangıç yaşıdır. Erkeklerde, kadınlara göre daha erken yaşta başladığı yönündedir (Karamustafalıoğlu vd., 2000). Bizim çalışmamız, literatürdeki genel bilgilerle ters olmakla birlikte, literatürde tek olmadığı görülmektedir (Mc Grath, 2005).

Eğitim durumu açısından değerlendirildiğinde; sadece okur yazar olan hasta sayısı 1 (%1.9), ilkokul mezunu olan hasta sayısı 3 (%5.8), lise mezunu olan hasta sayısı 18 (%34.6), üniversite ve yüksek lisans mezunlarının sayısı ise 30 (%57.7) olarak bulunmuştur. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2014 verilerine göre ülkemizde üniversite ve yüksek lisans mezunlarının sayısı 6 milyon civarındadır (%12.95). Bu durum; araştırma örnekleminin özel hastaneden seçilmiş olmasıyla açıklanabilir.

Hastaların büyük bir kısmını bekar hastalar oluşturuyor (34 kişi-%65.4). 15 hasta (%28.8) evli veya nişanlı iken, boşanmış hastaların sayısı ise 3 (%5.8) kişidir. Bu sonuç literatürle uyumludur. (Öztürk ve Uluşahin, 2011). Şizofreni tanısı almış hastaların hiç evlenmemiş olma oranları yüksek, boşanmış veya ayrı yaşama oranları artmış olarak dikkat çekmektedir. Evlenmemiş olan şizofreni hastalarının, hastalık öncesi işlevselliklerinin de kötü olduğu, psikotik atakların daha erken yaşta başladığı ve hastalığın daha kötü bir süreç gösterdiği belirtilmektedir

Çalışmaya katılan hastaların büyük çoğunluğu (44 kişi- %84.6) herhangi bir işte çalışmadığını belirtmiştir. Düzenli bir işte çalıştığını belirten 4 kişi (%7.7), düzensiz bir işte çalıştığını belirten 3 kişi (%5.8), öğrenci olduğunu belirten ise 1 (%1.9) kişi olmuştur. Hastaların yarısından fazlasının herhangi bir işte çalışmıyor olması ülkemizde ve diğer ülkelerdeki sonuçlarla paralellik göstermektedir. (Payson vd., 1998; Cleary vd., 2006; Gümüş, 2006; Şimşek, 2006; Eryıldız, 2008; Saylan vd., 2009; Gülseren vd., 2010; Yıldız vd., 2010). Literatürde şizofreni hastalığı bulunan kişilerin iş bulma ve çalışma konusunda olumsuz deneyimlere sahip oldukları belirtilmektedir. Şizofreni hastalığının yol açtığı yeti kaybı, toplumda ve kurumlarda bu kişilere yönelik uygulanan damgalama, tedavi sebebiyle ortaya çıkan yan etkiler (sedasyon, dikkati sürdürme güçlüğü vb.) nedeniyle hastaların sosyal beceri gerektiren işlerde güçlük yaşadıkları belirtilmektedir (Üçok, 1999; Yılmaz, 2004; Gümüş, 2006; Varcoralis, 2009; Saillard, 2010). Yapılan çalışmalara göre; şizofreni hastalarının çoğunun iş bulma konusunda güçlük yaşadığı saptanmıştır (Gümüş, 2006; Eryıldız, 2008; Barlas & Işıl, 2010).

Çalışmaya katılan hastaların 40 tanesi (%76.9) birinci dereceden yakınlarıyla (ebeveyn, eş, çocuk) oturmaktadır. 12 hasta ise (%23.1) yalnız yaşadığını bildirmiştir.

Şizofreni ile ilgili uluslararası bir çalışmanın Türkiye ayağında; hastaların %67'sinin ailesi ile birlikte yaşadığı (Saylan vd., 2009), başka bir şizofreni çalışmasında ise %69'unun ailesi ile birlikte yaşadığı belirlenmiştir (Yıldız vd., 2010). Çalışmamızın bu alanda literatür ile uyumlu olduğu görülmektedir.

Hastaların aile öyküsünün sorgulanması, hastalığın etiolojisinde kalıtsal faktörlerin değerlendirilebilmesi açısından önemlidir. Çalışmamızda, hastaların 35'i (%67.3) ailesinde kendisinden başka psikiyatrik hastalığı olan bireyin olmadığını belirtmiştir. 17 kişi ise (%32.7) ailesinde kendisinden başkalarında da psikiyatrik yakınmalar olduğunu belirtmiştir. Yıldız ve arkadaşlarının şizofreni hastaları ile yaptıkları çalışmada, hastaların %30.5'inin ailesinde ruhsal hastalığı olan bireyler olduğunu belirtmiştir (Yıldız vd., 2012).

Hastaların yatarak tedavi olma durumlarına göre incelendiklerinde; 8'i (%15.4) öncesinde hiç tedavi almamış, 17'si (%32.7) ayaktan tedavi almış ancak öncesinde hiç yatmamış, 4'ü (%7.7) 1 defa hastaneye yatmış, 23 tanesi (%44.2) ise birden fazla defa hastane yatışı gerçekleştirdiğini bildirmiştir. Literatürde şizofreni hastaları ile yapılan retrospektif çalışmalarda hastaların hastane yatışlarının 1.3 ± 1.8 olduğu bildirilmiştir (Sarandöl vd., 2007). Bizim çalışmamızdaki sonuçlar da literatür ile uyumludur.

Hastaların yatışa karar verme şekillerine bakıldığında; sadece 6 hasta (%11.5)'nin kendi kararı ile yatışa geldiği, 45 hastanın (%86.5) yakınlarının kararı ile yatışa geldiği görülmüştür. Bu sonuç; hastaların kendilerini hasta olarak görmemeleri, yani hastalığa yönelik içgörülerinin olmaması ile ilişkilidir (Sartorius vd., 1972).

4.2 Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi

Hipotez 1: Katılımcıların İçgörü puanları arttıkça depresyon puanlarında artma beklenir. Bulgular Hipotez 1'i desteklemiştir.

Katılımcıların İÜBDÖ puanları ile BDE ve CDSS ölçek puanları arasında pozitif bir korelasyon bulunmuştur (Tablo 5). Bu korelasyonun ışığında şizofreni hastalarında hastalığa yönelik içgörü arttığında depresif belirtilerin de arttığı düşünülmektedir.

Şizofreni hastalarındaki depresyonun varlığını, bilişsel içgörüyü bağlayan çalışmalar mevcuttur (Grover vd., 2017). Bilişsel içgörü; ruhsal bozukluğun, damgalamanın ve sosyal sonuçlarının farkında olma durumu olarak tanımlanmıştır (Rusch & Corrigan, 2002). Böylece bilişsel içgörünün yüksek olması kişileri daha umutsuz bir hale getirerek depresif belirtileri arttırabileceği düşünülmektedir. Benzer şekilde Murri (2016), yüksek bilişsel içgörünün depresyon ile ilişkili olabileceğini belirtmiştir (Murri vd., 2016). Bunun yanı sıra şizofreni hastalarında içgörü ve depresyon düzeylerinin paralel gitmesindeki önemli belirleyicilerden birinin de sosyoekonomik statü olduğunu belirtmiştir. Bu korelasyona “içgörü paradoksu” adını vermiştir. İçselleşmiş damgalama (Kay, 1987a), hastalık algısı, iyileşme tutumu, umutsuzluk gibi durumların depresyon ve içgörü ilişkisinin moderatörleri olduğunu belirtmiştir. Bu çalışmalar bulgularımızı destekler niteliktedir.

Bunların yanı sıra psikoz hastalarında yeti yitiminin fark edilmesi, demoralizasyon sendromu olarak bilinen umutsuzluk, intihar girişimleri ve depresif yakınmalarla ilişkili olduğu (Schennach vd., 2012) ve hastalık öncesinde uyumun kötü olmasının da şizofreni hastalarında içgörü düzeylerini olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir (Keshavan vd., 2004). Bizim çalışmamızda yeti yitimi değişkenleri ele alınarak, kısıtlılığa sebep olmuştur Benzer şekilde şizofreni hastalığının bazı özelliklerinin farkında olunmasının moral bozucu olabileceğini ve buna bağlı olarak depresyon ve içgörü arasında küçük de olsa pozitif bir ilişki saptayan bir çalışma vardır (Cooke vd., 2007).

Bazı çalışmalarda ise şizofreni hastalığının akut dönemi sırasında kişinin depresyonda olmasının iyi tedavi uyumu ve daha olumlu sonuçlarla ilişkili olduğunun gösteren çalışmalar mevcuttur (Kay & Lindenmayer, 1987; Emsley vd., 1999; Oosthuizen vd., 2001). Tedavi uyumunun iyi olmasının ise yüksek içgörüyü sahip olmakla ilişkili olduğu belirtilmiştir (Lysaker vd., 1995; Tattan & Creed, 2001; Dickerson vd., 1997). Bu çalışmalar da dolaylı olarak hipotezimizi destekler niteliktedir.

Şizofreni hastalığında depresyonun içgörü ile bağlantılı olmadığını; hemen hemen her durumda kişilerin depresif belirtiler gösterebileceğini belirten çalışmalar da

literatürde mevcuttur. Buna göre yapılan bir çalışmada; akut dönemdeki depresyon, şizofreninin temel bir parçası ve psikotik dağılmaya öznel bir tepki biçiminde olurken, kronik seyirli hastalarda ise; hastanın toplum tarafından reddedilmesi, toplumun dışına itilmesi, yaşam sorunları ile baş edemediğini ve iyileşemeyeceğini fark etmesi gibi nedenlerle hastaların depresyona girebileceği belirtilmiştir (Kırkpınar ve Aydın, 2001).

Hipotez 2: Katılımcıların psikotik belirtilerinin şiddetinin azalması ile içgörü puanlarında artma beklenir. Bulgular Hipotez 2'yi desteklemiştir.

Katılımcıların yatış ve çıkış süreci içerisinde psikotik semptomlarında azalma görülürken, İÜBDÖ puanlarında artış görülmektedir (Tablo 4). Çalışmamızda içgörü düzeyi üzerindeki değişim incelendiğinde; yatış ve çıkış sonrasında yapılan ölçek puanlarında, ikinci yapılan ölçeklerde içgörü puanlarının yükseldiği görülmüştür. Psikotik semptomlarda gerileme sonrasında kişilerin daha kolay iletişim kurabiliyor olduğu ve içgörü yönelimli terapilerden daha iyi faydalanabiliyor olabileceği düşünülmektedir. Yapılan bir çalışmaya göre; psikotik belirtilerin gerilemesi sonucunda yapılan psikososyal beceri eğitimleri ile birlikte kişilerin depresif belirtilerinde gerileme görülmüştür (Deveci vd., 2008). Weiler ve arkadaşları, 187 hastayı hastane yatışında ve çıkışında değerlendirmiş, ve akut semptomlarda azalma olmasının içgörü düzeyindeki artış ile ilişkili olduğunu göstermiştir (Weiler vd., 2000).

Bulgularımızı destekler nitelikteki bir başka çalışmada ise pozitif belirtilerin şiddetinin içgörü azlığı ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Rossell vd., 2003). Çalışmamızda PANSS pozitif belirtiler ile içgörü arasında kuvvetli bir negatif ilişki saptanmıştır (Tablo 5). Pozitif belirtiler (işitsel-görsel varsanı, hezeyan, şüphe vd.) kişinin tedavi ekibi ile ilişkisini daha da güçlendirmesi sebebiyle içgörü kavramının gelişmesini geciktiriyor olabilir.

Şizofreninin klinik belirtilerinin şiddetinin, içgörü düzeyini etkilediği düşünülmektedir. Hastalık şiddeti ve içgörü arasındaki ilişkiyi inceleyen birden fazla çalışma vardır. Bazı çalışmalar içgörü düzeyi ve pozitif belirtilerin şiddeti arasında bağlantı olduğu gösterirken (Baier vd., 2000; Weiler vd., 2000), bazı çalışmalar da

içgörünün hem negatif hem pozitif belirtilerin şiddeti ile bağlantılı olduğu görülmüştür (Debowska vd., 1998; Mintz vd., 2003). Bazı çalışmalarda ise içgörü düzeyi ile şizofreninin negatif ve pozitif belirtileri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Schwartz ve Petersen, 1999; Aleman vd., 2006). Bu çalışmaların yanı sıra, Kartal (2013) yaptığı çalışmada içgörü ile psikotik semptomlar arasında negatif ilişki saptamıştır (Kartal, 2013).

Literatürdeki bu belirsizliğin sebebi olarak ise bazı fikirler ortaya atılmıştır. Bunlar;

- Şizofreniye eşlik eden depresyon tanımlarının birbirinden farklılığı,
- Hem içgörü, hem de şizofrenide depresyonun değerlendirildiği psikometrik ölçme araçlarının birbirlerinden farklı olması,
- Değerlendirilen ölçme araçlarının kullanılma yöntemlerinin birbirinden farklı oluşu (öz değerlendirme ölçeği, yarı yapılandırılmış ölçek, klinisyen tarafından doldurulan ölçek).
- Psikometrik ölçüm araçlarının hastalığın farklı evrelerinde kullanılmasıdır (Murri vd., 2015).

Hipotez 3: Katılımcılardan bir kez yatışı olan veya ayaktan tedavi görenlerin, birden fazla yatışı olanlara göre içgörüsünün daha yüksek olması beklenir. Bulgular Hipotez 3'ü desteklemiştir.

Bir kez yatışı olan veya ayaktan tedavi gören kişilerin, birden fazla yatışı olanlara göre daha yüksek içgörü puanlarına sahip olduğu görülmektedir (Tablo 9). Yatış sayısının artmasının hastalarda yeti yitimini arttırıp, içgörünün gelişmesini engelleyebileceği düşünülmektedir. İçgörüsü daha düşük olan hastaların relaps oranlarının daha yüksek olduğu, böylece hastalığın seyirinin olumsuz yönde etkilendiği ve yatışların arttığına yönelik çalışmalar sonuçlarımızı desteklemektedir (Lincoln vd., 2007; Meier vd., 2014). Atakların sıklığı, hastalığın ciddiyetini etkilemekte böylece beyindeki bazı alanlarda disfonksiyona sebep olarak içgörü kaybına zemin hazırlıyor olabilir. İçgörü eksikliğini nörolojik sorunlara bağlayan çalışmalar yapılmıştır (Drake ve Lewis, 2003). İçgörü için gerekli öğelerden birisi de kendini değerlendirme yeteneğidir. Bu yetenek ise zeka, hafıza, ve yürütücü işlevler gibi yüksek bilişsel fonksiyonlarla bağlantılıdır (Nair vd.,

2013). Yürütücü işlevlerden sorumlu olan prefrontal korteks hasarının da içgörü düzeyi ile ilişkili olduğu çalışmalar bulunmaktadır (Hirayasu vd., 2011). Türkiye’de 502 hastayla yapılan bir araştırmada, ortalama başlangıç yaşının erkeklerde 23.1, kadınlarda 25.1 olduğu bildirilmiştir (Karşıdağ vd., 2005). Yürütücü işlevlerdeki yeti yitimleri şizofreni hastalarının eğitim hayatlarını da etkiliyor. Çalışmamızda eğitim düzeylerine göre içgörü ve depresyon düzeyleri de incelenmiş ancak üniversite altı ile üniversite mezunu veya üstü kişiler arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 6). Örneklemin eğitim durumları arasındaki dağılımın düzensiz olması sebebiyle aralarında fark bulunmadığı düşünülmektedir. Ancak bulgularımızla benzer şekilde eğitim seviyesi ile içgörü arasında ilişki bulmayan çalışmalar (Bayard vd., 2009; Mingrone vd., 2013) olduğu gibi tam tersi şekilde ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar da vardır (Ritsner & Blumenkrants, 2007; Zhou vd., 2015). Örneklem grupları kendi arasında incelendiğinde ise üniversite mezunu altı kişilerde İÜBDÖ ile BDE ve CDSS arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuşken (Tablo 7), üniversite mezunu veya üstü olan kişilerde İÜBDÖ ile BDE arasında ilişki bulunamamış ancak CDSS ile pozitif yönde ilişki saptanmıştır (Tablo 8). Üniversite mezunu veya üstü kişilerde depresif belirtilerin varlığını klinisyen saptamış ancak hastalar depresif belirtilerinin varlığını kendi doldurdukları ölçek puanlarına yansıtmamış olabilirler. Bu durumun; eğitim seviyesi yüksek olan kişilerin savunma mekanizmalarını daha iyi kullanabilmelerine, buna bağlı olarak depresif belirtilerini yok saymalarından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda bir kez yatışı olan veya ayaktan tedavi gören örneklemin kendi içinde yapılan korelasyona göre; içgörü düzeyleri ve depresyon düzeyleri arasında pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır (Tablo 10). Bunun yanında birden fazla yatışı olan örnekleminde İÜBDÖ ile BDE arasında ilişki bulunmazken, CDSS ile pozitif yönde ilişki bulunmuştur (Tablo 11). Hasta kişi kendi doldurduğu ölçekte depresif olmadığını belirtmesine rağmen klinisyenin doldurduğu ölçeklerde depresif belirtiler gösterdiği görülmektedir. Birden fazla yatışı olan hastaların içgörü düzeyleri artmış olmasına rağmen, atakların sıklığı ve yaşadıkları yürütücü işlev kayıpları sebebiyle depresif belirtilerinin farkına varamıyor olabildikleri düşünülmektedir.

Şizofreni hastaları kendi bakımlarını gerçekleştirmede zorlanmaktadır, kendisine bu konuda destek verecek olan kişilerle ilişkilerinin bozulması nedeniyle tedavi uyumunun bozulduğu ve tekrar yatmak zorunda kaldığı düşünülmektedir. Sık hastane yatışlarının hastalığın seyrini olumsuz yönde etkileyerek aile ilişkilerini bozduğu, bozuk aile ilişkilerinin ise tedavi uyumunu bozarak yatışları arttırdığının belirten çalışmalar da hipotezimizi destekler niteliktedir (Taktak vd., 2000).

Bunların yanı sıra, şizofreni hastalarının sık hastane yatışları ile birlikte bazı işlev alanlarında sağlıklılığa gidiş gösterdiğini belirten çalışmalar da yapılmıştır (Gülseren, 1999). Benzer şekilde daha fazla hastane yatışı ile düzenli ilaç kullanımının arttığını belirten çalışmalar da mevcuttur (Belli vd., 2007). Tedavi süresi sebebiyle kişilerin daha iyi uyum gösterdiği, daha iyi uyumun düzenli ilaç kullanım oranını arttırdığı ve böylece kişilerin daha iyi içgörüyeye sahip olduğu belirtilmiştir.

Çalışmamızın kısıtlılıklarına bakıldığında; çalışmanın yürütüldüğü tarih aralığında hastanede yatan şizofreni tanısı almış kadın hasta sayısı, erkek sayısından az idi. Bu sebeple kadın ve erkek katılımcı sayıları eşit değildi. Bu açıdan bakıldığında cinsiyetler arası niceliksel eşitlik önemli bir faktör olarak değerlendirilebilmektedir.

Çalışma için değerlendirmeye alınan katılımcı sayısı planlanan sayının altında kalmıştır. Daha büyük bir örneklem grubu eşliğinde yapılacak bir araştırma, sonuçların güvenilirliğini arttıracaktır.

Araştırmamıza katılan hastalar rastgele seçilmiş olmalarına rağmen; hastanede yatış gösteren kesim ülkedeki her kesimi temsil edememektedir. Bu nedenle araştırmanın bir diğer kısıtlılığı örnekleme dair bulguların evrene genellenebilirliği üzerindedir.

Çalışmamızda örneklem grubuna dahil edilen hastaların çoğu Elektro Konvülsif Tedavi (EKT) almaktaydı. EKT'nin hastaların bilişsel işlevlerini zayıflatmasından dolayı içgörü değerlendirmesinin etkilendiği düşünülmektedir. Ayrıca, hastaların çoğu benzer tipte antipsikotik ilaç almasına rağmen, aralarındaki farklar değerlendirilmedi.

5.SONUÇ ve ÖNERİLER

Şizofreni tanısı almış hastaların depresyon düzeyleri ve içgörü arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla gerçekleştirilen çalışmamızda elde edilen sonuçlar şu şekildedir;

- Hastaların 18-65 yaş aralığında; %78.8'inin erkek, %65.4'ünün bekar, %57.7'sinin yüksek öğretim mezunu olduğu, %84.6'sının herhangi bir işte çalışmadığı, %67.3'ünün ailesinde ruhsal hastalık olduğunu, %76.9'unun ailesiyle birlikte yaşadığını, %86.5'inin ailesinin kararı ile hastaneye yatışının gerçekleştiğini, %88.5'inin adli bir sorun yaşamadığı, %44.2'sinin yatarak birden fazla tedavi gördüğü,
- Yatış ve çıkış süreci içerisinde uygulanan PANSS ölçeğine göre; psikotik belirtilerin şiddetinin azaldığı, İÜBDÖ göre içgörü düzeyi arttıkça BDE ve CDSS ölçeklerine göre depresif belirtilerde de artma olduğu,
- Yatış ve çıkış sürecinde; hastaların PANSS toplam puanları ve alt ölçek puanları ile İÜBDÖ toplam puanları ve alt ölçek puanları arasında anlamlı bir fark olduğu,
- Beck Depresyon ölçek puanları ile İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme ölçek puanları, Hastalığın Kabul Edilmesi, Tedaviye Tutumu ve Geçmişteki Ruhsal Rahatsızlıklara Dair Farkındalık ve Calgary Depresyon ölçek puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu ancak Psikotik Yaşantıları Anormal Olarak Adlandırma Yetisi puanları ile anlamlı bir ilişkisi olmadığı,
- Calgary Depresyon ölçek puanları ile İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Hastalığın Kabul Edilmesi Tedaviye Tutumu ve Geçmişteki Ruhsal Rahatsızlıklara Dair Farkındalık ve Psikotik Yaşantıları Anormal Olarak Adlandırma Yetisi, puanları arasında da pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu,

- İçgörünün Üç Bileşeni, Hastalığın Kabul Edilmesi, Psikotik Yaşantıları Anormal Olarak Adlandırma Yetisi, Tedaviye Tutumu ve Geçmişteki Ruhsal Rahatsızlıklara Dair Farkındalık, PANSS, PANSS Pozitif Belirtiler, PANSS Negatif Belirtiler ve PANSS Genel Psikopatoloji ölçek puanlarının öntest sontest uygulama açısından anlamlı bir fark olduğu ancak Beck Depresyon Envanteri ve Calgary Depresyon Ölçek puanları açısından ise böyle bir fark olmadığı bulunmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Daha büyük ve evrene genellenebilecek bir örneklem ile çalışma yapılmasının sonuçların güvenilirliğini arttıracığı düşünülmektedir.
- Klinisyenlerin ölçek uygulamalarındaki metodolojik farklılıklarını en aza indirmek amacıyla uygulayıcıların yapılandırılmış bir eğitimden geçmesi önerilir.
- Elde ettiğimiz sonuçlar ışığında; içgörü arttıkça depresyonun da arttığı görülmektedir, bu durumda hastaların tedavi süreçlerinde içgörüyü arttırmak için verilen psikoeğitimlerin yanı sıra hastaların sosyal desteklerinin artırılmasının, yaşamsal kalitelerini arttırmak için girişimlerde bulunulmasının ve etiketlenme ile başetme stratejilerinin çalışılmasının depresif bulguların daha az görülmesine neden olacağı düşünülmektedir.
- Hastaların ilaç uyumunu arttırmak için psikososyal ve psikoterapötik müdahalelerin artırılmasının ve stres ile başetme stratejilerinin güçlendirilmesinin hem içgörüyü arttırmak hem de tekrar yatış sayısını azaltmak adına faydalı olacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- Addington, D., Addington, J., Maticka-Tyndale, E., & Joyce, J. (1992). Reliability and Validity of a Depression Rating Scale for Schizophrenics. *Schizophr Res*(6), 201-208.
- Aleman, A., Agrawal, N., Morgan, K. D., & David, A. S. (2006). Insight in Psychosis and Neuropsychological Function: Meta-Analysis. *Br J Psychiatry*(189), 204-212.
- Amador, X. F., & Gorman, J. M. (1998). Psychopathologic Domains and Insight in Schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am*(21), 27-42.
- Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü Baskı (DSM-4)*. Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, Çeviri Editörü Köroğlu E., Hekimler Yayın Birliği, Ankara, (2000), 215-363.
- Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5)*. Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, Çeviri Editörü Köroğlu E., Boylam Psikiyatri Enstitüsü, Ankara, (2013).
- Angst, J. (1992). Epidemiology of Depression. *Psychopharmacology*, 1-4.
- Aschauer, H. N., Meszarosic, K., Willinger, V., Reiter, E., Heiden, A. M., Lenzinger, E., & Beran, H. (1994). The Season of Birth of Schizophrenics and Schizoaffectives. *Psychopathology*(27), 298-302.
- Aslan, S., & Altınöz, A. E. (2010). İçgörü Kavramı ve Şizofreni. *RCHP*(4), 23-32.
- Aslan, S., Kılıç, B. G., Karakılıç, H., Coşar, B., Işıklı, S., & Işık, E. (2001). İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği: Güvenilirlik ve Geçerlik Çalışması. *Türkiye' de Psikiyatri*, 1(3), 17-24.
- Aslan, S., Türkçapar, H., Güney, E., Eren, N., Akkoca, Y., Uğurlu, M., & Karakaş, G. (2005). Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği Türkçe Formunun Şizofrenik Hastalar İçin Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. *Klinik Psikiyatri*(8), 186-196.
- Aydemir, Ö., Esen Danacı , A., Deveci, A., & İçelli, İ. (2000). Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği'nin Türkçe Versiyonunun Güvenilirliği ve Geçerliliği. *Nöropsikiyatri Arşivi*(37), 82-86.
- Aydemir, Ö; Ergün, H; Soygür, H;. (2009). Majör Depresif Bozuklukta Yaşam Kalitesi: Kesitsel Bir Çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi* , 3(20), 205-212.
- Baier, M; DeShay, E; Owens, K;. (2000). The Relationship Between Insight and Clinic Factors for Persons With Schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs*(14), 259-265.

- Barbato, A. (1998). *Schizophrenia and Public Health. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse (MSA)*. Geneva: World Health Organization (WHO).
- Barlas, G. Ü., & Işıl, Ö. (2010). Kronik Şizofren Hastalarda Psikososyal Beceri Eğitiminin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi Sempozyum Özel Sayısı*, 312-317.
- Bayard, S; Capdevielle, D; Boulenger, J P;. (2009). Dissociating Self-Reported Cognitive Complaint from Clinical Insight in Schizophrenia. *Eur Psychiatry*, 4(24), 251-8.
- Beck, A. T. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychology*(4), 561-571.
- Belli, H., Özçetin, A., Ertem, Ü., Alpay, E., Bahçebaşı, T., Kıran, K. Ü., Bayık, Y. (2007). Şizofreni Hastalarında Bazı Sosyodemografik Özellikler ve Tedavi ile İlişkili Etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*(8), 102-112.
- Bunchanan, R. W., & Carpenter, W. T. (2007). Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. H. Aydın, & A. Bozkurt içinde, *Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar* (s. 1329-1448). İstanbul: Güneş Kitabevi.
- Büyüksandıç, Ö. P. (2013). *Şizofren Hastaların Yakınlarının Şizofreniye Yönelik Bilgileri, İnançları ve Yardım Arama Davranışları*. Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü.
- Ceylan, M. E., & Çetin, M. (2005a). *Araştırma ve Uygulamada Biyolojik Psikiyatri* (Cilt 1). İstanbul: Yerküre Tanıtım ve Yayıncılık Hizmetleri A.Ş.
- Ceylan, M. E., & Çetin, M. (2005b). *Şizofreni-I*. İstanbul: Yerküre Tanıtım ve Yayıncılık.
- Cleary, M., Hunt, G. E., Walter, G., & Freeman, A. (2006). The Patient's View of Need and Caregiving Consequences: A Cross-sectional Study of Inpatients With Severe Mental Illness. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*(13), 506-514.
- Collins, A. A., Remington, G. J., Coulter, K., & Birkett, K. (1997). Insight, Neurocognitive Function and Symptom Clusters in Chronic Schizophrenia. *Schizophr Res*(27), 37-44.
- Cooke, M. A., Peters, E. R., Kuipers, E., & Kumari, V. (2005). Disease, Deficit or Denial? Models of Poor Insight in Psychosis. *Acta Psychiatr Scand*, 1(112), 4-17.

- Cooke, M. A., Peters, E. R., Greenwood, K. E., Fisher, P. L., Kumari, V., & Kuipers, E. (2007). Insight in Psychosis: Influence of Cognitive Ability and Self-Esteem. *Br. J. Psychiatry*(191), 234-237.
- David, A. (1990). Insight in Psychosis. *Br J Psychiatry*(156), 798-808.
- Debowska, G., Grzywa, A., & Kucharska-Pietura, K. (1998). Insight in Paranoid Schizophrenia- Its Relationship to Psychopathology and Premorbid Adjustment. *Comp Psychiatry*(39), 255-260.
- Deveci, A., Esen Danacı, A., Yurtsever, F., Deniz, F., & Gürlek Yüksel, E. (2008). Şizofrenide Psikososyal Beceri Eğitiminin Belirti Örüntüsü, İçgörü, Yaşam Kalitesi ve İntihar Olasılığı Üzerine Etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 3(19), 266-273.
- Dickerson, F. B., Boronow, J. J., Ringel, N., & Parente, F. (1997). Lack of Insight Among Outpatients with Schizophrenia. *Psychiatr Serv*, 2(48), 195-199.
- Drake, R. J., & Lewis, S. W. (2003). Insight and Neurocognition in Schizophrenia. *Schizophr Res*(62), 165-73.
- Emsley, R. A., Oosthuizen, P. P., Joubert, A. F. (1999). Depressive and Anxiety Symptoms in Patients with Schizophrenia and Schizophreniform Disorder. *J Clin Psychiatry*(60), 747-751.
- Erkoç, S., & Aker, T. (1998). Tarihçe. *Şiofreni*, 1, 6-21.
- Eryıldız, D. (2008). *Gündüz Hastanesi ve Rehabilitasyon Merkezine Devam Eden Kronik Şizofreni Hastaları ile Bir Rehabilitasyon Programına Katılmayan Kronik Şizofreni Hastalarının İşlevsellik ve Yaşam Kalitesi Açısından Karşılaştırılması*. İstanbul: T.C Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
- Farmer, A. E., McGuffin, P., & Gottesman, I. (1987). Twin Concordance for DSM- III Schizophrenia: Scrutinizing The Validity of The Definition. *Arch Gen Psychiatry*, 634-641.
- Georgotas, A. (1998). Evolution of The Concepts of Depression and Mania. A. Georgotas, & R. Cancro içinde, *Depression and Mania* (s. 3-12). New York: Elsevier Science Publishing.
- Greenfed, D., Strauss, J. S., Bowers, M. B., & Mandelkern, M. (1989). Insight and Interpretation of Illness in Recovery from Psychosis. *Schizophrenia Bulltein*, 2(15), 245-252.

- Grover, S., Sahoo, S., Nehra, R., Chakrabarti, S., & Avasthi, A. (2017). Relationship of Depression with Cognitive Insight and Socio-Occupational Outcome in Patients with Schizophrenia. *Int J Soc Psychiatry*, 3(63), 181-194.
- Gülseren, L. (1999). Şizofreni ve Bipolar Bozukluk Tanısı Konan Hastalar ile Ailelerinde Aile İşlevleri Üzerine Karşılaştırmalı Bir Çalışma. *Psikiyatri Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi*, 1(7), 23-32.
- Gülseren, L., Çam, B., Karakoç, B., Yiğit, T., Danacı, A. E., Çubukçuoğlu, Z. (2010). Şizofrenide Ailenin Yükünü Etkileyen Etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*(21), 203-212.
- Gümüş, A. B. (2006). Şizofreni Hastalarının ve Yakınlarının Sağlık Eğitimi Gereksinimleri. *Anadolu Psikiyatri Merkezi*, 33-42.
- Hafner, H. (2000). Gender Differences in Schizophrenia. E. Frank içinde, *Gender and Its Effects on Psychopathology* (s. 187-228). Washington D.C: American Psychopathological Association Series.
- Hafner, H. (2003). Gender Differences in Schizophrenia. *Psychoendocrinology*. 28. *Suppl*(2), 17-54.
- Hasson-Ohayon, I., & Kravetz, S. (2009). Meir. Insight Into Severe Mental Illness, Hope, and Quality of Life of Persons with Schizophrenia and Schizoaffective Disorders. *Psychiatry Res*(167), 231-238.
- Hefner, H., Löffler, W., Maurer, K. (1999). Onset and Prodromal Phase as Determinations of The Course. *Balance of The Century*, 35-58.
- Hirayasu, Y., Tanaka, S., Shenton, M. E., Salisbury, D. F., DeSantis, M. A., & Levitt, J. J. (2011). Prefrontal Grey Matter Volume Reduction in First Episode Schizophrenia. *Cereb Cortex*(11), 374-381.
- Hisli, N. (1998). Beck Depresyon Envanteri' nin Geçerliği Üzerine Bir Çalışma. *Psikoloji Dergisi*(6), 22.
- Işık, E. (2003). *Depresyon ve Bipolar Bozukluklar*. Ankara: Görsel Sanatlar Matbaacılık.
- Jablensky, A., Kirkbride, J. B., & Jones, P. B. (2011). *Schizophrenia, Schizophrenia: The Epidemiological Horizon*. (D. R. Weinberger, & P. J. Harrison, Dü) Oxford: Wiley-Blackwell Publishing.
- Jacob, K. S. (2010). The Assessment of Insight Across Cultures. *Indian J Psychiatry*, 4(52), 373-377.

- Jorm, A. F. Medway, J., & Christensen, H. (2000). Attitudes Towards People with Depression: Effects on The Public's Help-Seeking and Outcome When Experiencing Common Psychiatric Symptoms. *Aust NZJ Psychiatry*, 4(34), 612-619.
- Kaplan, H. I., & Saddock, B. J. (1998). *Synopsis of Psychiatry*. Baltimore: Williams&Wilkins.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (2004). *Concise Textbook of Clinical Psychiatry*. (E. Abay, Çev.) İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Karşıdağ, Ç., Alpay, N., & Kocabıyık, A. (2005). Şizofreni ve Sigara Bağımlılığı. *Düşünen Adam* (18), 13-20.
- Karamustafalıoğlu, N., Atalay, H., Atalay, F., & Alpay, N. (2000). Şizofrenide Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Açısından Cinsiyet Farklılıkları. *Düşünen Adam*, 1(13), 4-11.
- Karno, M., & Norguist, G. S. (1989). Schizophrenia: Epidemiology. H. I. Kaplan, & B. J. Saddock içinde, *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (s. 850-1003). Baltimore: Williams&Wilkins.
- Kartal, T. N. (2013). *Şizofreni Hastalarında İçgörünün Yaşam Niteliği, Depresyon ve Belirti Örüntüsü ile İlişkisi*. İstanbul: Bakırköy Ord. Prof. Mahzar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıklar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği.
- Kay, S. R., & Lindenmayer, J. P. (1987a). Outcome Predictors in Acute Schizophrenia. Prospective Significance of Background and Clinical Dimensions. *J Nerv Ment Dis*(175), 152-160.
- Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987b). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 2(13), 261-276.
- Keshavan, M. S., Rabinowitz, J., DeSmedt, G., Harvey, P. D., & Schooler, N. (2004). Correlates of Insight in First Episode Psychosis. *Schizophr Res*, 2-3(70), 187-194.
- Kırkpınar, İ., & Aydın, N. (2001). Şizofrenide Özkıyım. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*(2), 47-52.
- Klerman, G. L. (1980). Overview of Affective Disorders. H. I. Kaplan, A. M. Freedman, & B. J. Saddock içinde, *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (s. 340-398). Baltimore: Williams&Wilkins Company.

- Kostakoğlu, A. E., Batur, S., Tiryaki, A., & Göğüş, A. (1999). Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinin (PANSS) Türkçe Uygulamasının Geçerlik ve Güvenirligi. *Türk Psikoloji Dergisi* (14), 23-32.
- Köroğlu, E. (2004). *PsikoNozoloji: Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri*. 2004: Hekimler Yayın Birliği.
- Köroğlu, E., & Güleç, C. (2007). *Psikiyatri Temel Kitabı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Kültür, S., Mete, L., Erol, A., Güleç, C., & Köroğlu, E. (2007). *Psikiyatri Temel Kitabı, Şizofreni*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Lincoln, T. M., Lüllmann, E., & Rief, W. (2007). Corralates and Long- Term Consequences of Poor Insight in Patients With Schizophrenia, A Systematic Review. *Schizophrenia Bulltein*, 6(33), 1324-1342.
- Loosen, P T; Beyer, J L; Sells, S R; Gwirtsman, H E; Shelton, R C; Barid, R P;. (2000). Mood Disorders. P. T. Ebert, B. Loosen, & B. Nurcombe içinde, *Current Diagnosis and Treatment in Psychiatry* (s. 435-523). New York: Large Medical Books.
- Lysaker, P. H., & Buck, K. D. (2009). Lack of Awareness of Illness in Schizophrenia: Conceptualizations, Correlates and Treatment Approaches. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 7(9), 1035-1043.
- Lysaker, P., Bell, M.,& Milstein, R. (1995). Insight and Psychosocial Treatment Compliance in Schizophrenia. *Psychiatry*(57), 307-315.
- Markova, I. S., & Berrioz, G. E. (1992). The Meaning of Insight in Clinical Psychiatry. *Br J Psychiatry*(160), 850-860.
- Mc Evoy, J. P., Aland, J. J., & Wilson, W. H. (1981). Measuring Chronic Schizophrenic Patients Attitudes Toward Their Illness and Treatment. *Hosp Comm Psychiatry*, 12(32), 856-858.
- Mc Glashan, T. H., & Carpenter, J. R. (1976). Postpsychotic Depression in Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*(33), 231-239.
- Mc Grath, J. (2005). Myths and Plain Truths About Schizophrenia Epidemiology - The NAPE Lecture. *Acta Psychiatr Scand*, 1(111), 4-11.

- Meier, S. M., Petersen, K., Pedersen, M. G., Arendt, M. C., Neilsen, P. R., Mattheisen, M., & Mortensen, P. B. (2014). Obsessive-Compulsive Disorder as A Risk Factor for Schizophrenia”, A Nationwide Study. *JAMA Psychiatry*, *11*(71), 1215-1221.
- Mingrone, C., Rocca, P., & Castagna, F. (2013). Insight in Stable Schizophrenia: Relations with Psychopathology and Cognition. *Compr Psychiatry*, *5*(54), 484-92.
- Mintz, A. R., Dobson, K. S., & Romney, D. M. (2003). Insight in Schizophrenia: A Metaanalysis. *Schizophr Res*(61), 75-88.
- Misdrahi, D., Denard, S., Swendsen, J., Jaussent, I., & Courter, P. (2014). Depression in Schizophrenia: The Influence of The Different Dimensions of Insight. *Psychiatry Research*(216), 12-16.
- Murri, B. M., Amore, M., Calcagno, P., Respino, M., Marozzi, V., Masotti, M., & Maj, M. (2016). The "Insight Paradox" in Schizophrenia: Magnitude, Moderators and Mediators of the Association Between Insight and Depression. *Schizophr Bull*, *5*(42), 1225-33.
- Murri, B. M., Respino, M., Innamorati, M., Cervetti, A., Calcagno, P., Pompili, M., & Amore, M. (2015). Is Good Insight Associated with Depression Among Patients with Schizophrenia? Systematic Review and Meta-Analysis. *Schizophrenia Research*(162), 234-247.
- Nair, A., Aleman, A., & David, A. (2013). Cognitive Functioning and Awareness of Illness in Schizophrenia: A Review and Meta-Analysis. P. D. Harvey içinde, *Cognitive Impairment in Schizophrenia* (s. 142-160). Miami: Cambridge University Press.
- Oosthuizen, P., Emsley, R. A., & Roberts, M. C. (2001). Depressive Symptoms at Admission Predict Fewer Negative Symptoms at Follow-up in Patients with Firstepisode Schizophrenia. *Schizophr Res*(58), 247-252.
- Osatuke, K., Ciesla, J., & Kasckow, J. W. (2008). Insight in Schizophrenia: A Review of Etiological Models and Supporting Research. *Comprehensive Psychiatry*, *1*(44), 70-77.
- Özakkaş, T., & İsmailov, N. V. (1998). *Psikiyatri*. İstanbul: Özak Yayıncılık .

- Özdemir, İ. H. (2010). *Şizofrenide, Beyinde Görülen Yapısal Değişikliklerin Manyetik Rezonans Görüntüleme ile Voksel Tabanlı Morfometrik Analizi*. İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Özmen, E., & Sağduyu, A. (1997). Temel Sağlık Hizmetlerinde Depresyon, Tanı Sorunları ve Öneriler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2(8), 93-101.
- Öztürk, M. O., & Uluşahin, A. (2008). Şizofreni. M. O. Öztürk, & A. Uluşahin içinde, *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları I* (s. 11). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Öztürk, M. O., & Uluşahin, A. (2011). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Öztürk, O. (2004). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Payson, A. A., Wheeler, K., & Wellington, A. T. (1998). Health Teaching Needs of Clients with Serious and Persistent Mental Illness: Client and Provider Perspectives. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*(36), 32-35.
- Pijenburg, G. H., Donkersgoed, R. J., David, A. S., & Aleman, A. (2013). Changes in Insight During Treatment for Psychotic Disorders: A Meta Analysis. *Schizophrenia Research*(144), 109-117.
- Raffard, S., Bayard, S., & Capdevielle, D. (2008). Lack of Insight In Schizophrenia: A Review. Part I: Theoretical Concept. *Clinical Aspects and Amador's Model*, 4(36), 597-605.
- Ritsner, M. S., & Blumenkrantz, H. (2007). Predicting Domain-Specific Insight of Schizophrenia Patients From Symptomatology, Multiple Neurocognitive Functions and Personality Related Traits. *Psychiatry Res*(149), 59-69.
- Rossell, S. L., Coakes, J., & Shapleske, J. (2003). Insight: Its Relationship with Cognitive Function, Brain Volume and Symptoms in Schizophrenia. *Psychol Med*(33), 111-119.
- Rössler, W., Salize, H. J., Van Os, J., & Reicher-Rössler, A. (2005). Size of Burden of Schizophrenia and Psychotic Disorders. *European Neuropsychopharmacology*, 4(15), 399-409.
- Rusch, N., & Corrigan, P. W. (2002). Motivational Interviewing to Improve Insight and Treatment Adherence in Schizophrenia. *Psychiatr Rehabil J*(26), 23-32.

- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2005). Schizophrenia. I. H. Kaplan, & B. J. Sadock içinde, *Clinical Psychiatry* (H. Aydın, & A. Yıldırım, Çev., s. 134-153). Ankara: Güneş Kitabevi.
- Saillard, E. K. (2010). Ruhsal Hastalara Yönelik Damgalamaya İlişkin Psikiyatrîst Görüşleri ve Öneriler. *Türk Psikiyatri Dergisi*(21), 14-24.
- Sarandöl, A., Akkaya, C., Cangür, Ş., Mercan, Ş., Pirinççi, E., & Kırılı, S. (2007). Ayaktan Takip Edilen Şizofreni Hastalarının Takip Sürelerini Etkileyen Sosyodemografik, Hastalık ve Tedaviye Ait Özellikler. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*(17), 15-23.
- Saravanan, B., David, A., Bhugra, D., Prince, M., & Jacob, K. S. (2005). Insight in People With Psychosis: The Influence of Culture. *Int. Rev. Psychiatry*, 2(17), 83-7.
- Sartorius, N., Shapiro, R., & Kimura, M. (1972). WHO International Pilot Study of Schizophrenia. *Psychol Med*, 4(2), 422-425.
- Saylan, M., Üçok, A., Uguz, Ş., Treuer, T., & Sir, A. (2009). Şizofreni Hastalarında Sosyal Sınıf Analizi: 12 Haftalık Tedaviden Sonra Psikopatolojideki Değişim. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*(19), 29-38.
- Schennach, R., Meyer, S., Seemuller, F., Jager, M., Schmauss, M., & Laux, G. (2012). Insight in Schizophrenia—Course and Predictors During The Acute Treatment Phase of Patients Suffering From a Schizophrenia Spectrum Disorder. *Eur Psychiatry*, 8(27), 625-633.
- Schwartz, R. C., & Petersen, S. (1999). The Relationship Between Insight and Suicidality Among Patients With Schizophrenia. *J Nerv Meant Dis*(187), 376-378.
- Shad, M. U., Muddasani, S., & Keshavan, M. S. (2006). Prefrontal Subregions and Dimensions of Insight in First-Episode Schizophrenia—A Pilot Study. *Psychiatry Res*, 1(146), 35-42.
- Şimşek, D. (2006). *Şizofreni Hastalarında Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi*. Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Taktak, Ş., Erkıran, M., Karşıdağ, Ç., Özeren, M., & Alpay, N. (2000). Şizofreni Olgularında Aile İşlevselliğinin Algılanması, Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerle İlişkisi Üzerine Bir Çalışma. *Düşünen Adam*, 4(13), 196-203.
- Tattan, T. M., & Creed, F. H. (2001). Negative Symptoms of Schizophrenia and Compliance with Medication. *Schizophr Bull*, 1(27), 149-155.

- Thase, M. E. (2009). Update on Partial Response in Depression. *J Clin Psychiatry*, 6(70), 4-9.
- Üçok, A. (1999). Şizofreni: Damga, Mitler ve Gerçekler. *Psikiyatri Dünyası*(3), 67-71.
- Varcoralis, E. M. (2009). The Schizophrenias. E. M. Varcoralis, & M. J. Halter içinde, *Essentials of Pschiatric Mental Health Nursing* (s. 89-97). St. Louis: Elsevier Inc.
- Weiler, M. A., Fleisher, M. H., & Mc Arthur-Campbell, D. (2000). Insight and Symptom Change in Schizophrenia and Other Disorders. *Schizophrenia Res*, 1-2(45), 29-36.
- Yavuz, R. (2008). Şizofreni. M. Uğur, İ. Balcıoğlu, & N. Kocabaşoğlu içinde, *Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar* (s. 234-305). İstanbul: Cemre Ofset.
- Yıldız, M., Özten, E., Işık, S., Özyıldırım, İ., Karayün , D., Cerit, C., & Üçok, A. (2012). Şizofreni Hastaları, Hasta Yakınları ve Majör Depresif Bozukluk Hastalarında Kendini Damgalama. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*(13), 1-7.
- Yıldız, M., Yazıcı, A., & Böke, Ö. (2010). Şizofrenide Nüfus ve Klinik Özellikler: Çok Merkezli Kesitsel Bir Olgu Kayıt Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*(21), 213-224.
- Yılmaz, S. (2004). *Psikiyatri Hastalarında İlaç Yan Etkileri ve İlaç Uyumu* . İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Yurt, E. (2006). *Şizofreni Hastalarında Aleksitimi; Negatif Belirtiler, İlaç Yan Etkileri, Depresyon ve İçgörü ile İlişkisi*. İstanbul: Bakırköy Ord. Prof. Mahzar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 6. Psikiyatri Birimi.
- Yüksel, N. (2001). *Şizofrenik Bozukluklar, Ruhsal Hastalıklar*. Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi.
- Yüksel, N. (2006). *Ruhsal Hastalıklar*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Zhou, Y; Rosenheck, R; Mohamed, S;. (2015). Insight in Inpatients with Schizophrenia: Relationship to Symptoms and Neuropsychological Functioning. *Schizophr Res*, 2-3(161), 376-81.

EKLER

- EK 1. SOSYO-DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU**
- EK 2. POZİTİF VE NEGATİF SENDROM ÖLÇEĞİ**
- EK 3. BECK DEPRESYON ENVANTERİ**
- EK 4. CALGARY ŞİZOFRENİDE DEPRESYON ÖLÇEĞİ**
- EK 5. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU**
- EK 6. İÇGÖRÜNÜN ÜÇ BİLEŞENİNİ DEĞERLENDİRME
ÖLÇEĞİ**
- EK 7. NP İSTANBUL HASTANESİ ARAŞTIRMA İZİNİ**
- EK 8. ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ ANKET
İZİNİ**

EK 1. SOSYO-DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

<ul style="list-style-type: none">• Adı-Soyadı:• Yaş:• Cinsiyet:• Eğitim yılı (bugüne kadar aldığınız eğitimlerin toplam yılı):	<ul style="list-style-type: none">• Medeni durum: 1.Bekar/Dul 2.Evli/Nişanlı 3.Ayrılmış
<ul style="list-style-type: none">• Daha önce psikiyatrik tedavisi aldınız mı? 1.Hiç tedavi almadım. 2.Ayaktan 3.Yatarak 1 kez 4.Yatarak 1 den fazla kez Sayı belirtiniz.....	<ul style="list-style-type: none">• İş durumu 1.Çalışmıyor 2.Düzenli işte çalışıyor 3.Düzensiz çalışıyor
<ul style="list-style-type: none">• İkamet 1.Yalnız 2.Arkadaşlar ile/Yurtta 3.Aile ile/Akrabalar ile	<ul style="list-style-type: none">• Birinci derece akrabalarınızda (anne/baba/kardeş/çocuklar ruhsal hastalığı olan var mı? 1.Yok 2. Bağımlılığı olan var. 3. Ruhsal hastalığı olan var.
<ul style="list-style-type: none">• Hiç adli bir sorun yaşadınız mı? 1.Yaşamadım 2.Madde ile ilgili yaşadım (ör: denetimli serbestlik) 3.Maddedışıdaki nedenlerle yaşadım	<ul style="list-style-type: none">• Buraya yatış şeklinizi tanımlar mısınız? 1.Kendi kararım 2.Ailemin/yakınlarımla kararım 3.Adli süreçler
<ul style="list-style-type: none">• Nasıl bir aile içinde büyüdünüz? 1.Çekirdek aile (anne baba ve çocuklar) 2. Geniş aile (çekirdek aileye ek olarak diğer akrabalar) 3. Akrabalar 4. Tek ebeveyn---a.anne/b.baba	<ul style="list-style-type: none">• Kaç kardeşiniz var?.....• Kaçınıcı çocuksunuz?.....

EK 2. POZİTİF VE NEGATİF SENDROM ÖLÇEĞİ

Hastanın Adı/Soyadı: _____ Yaşı: _____ Tarih: _____ / _____ / 20____

Uygulayan: _____ Protokol No: _____

1: YOK	2: ÇOK HAFİF	3: HAFİF	4: ORTA	5: ORTA-AĞIR	6: AĞIR	7: ÇOK AĞIR				
Pozitif Sendrom Altlığı										
P1 Sancılar				1	2	3	4	5	6	7
P2 Düşünce dağınıklık				1	2	3	4	5	6	7
P3 Varsanırlar				1	2	3	4	5	6	7
P4 Takıntılar				1	2	3	4	5	6	7
P5 Büyük duygulan				1	2	3	4	5	6	7
P6 Şüphesizlik/Kötülük görme sanrıları				1	2	3	4	5	6	7
P7 Düşmanca tutum				1	2	3	4	5	6	7
PUAN										
Negatif Sendrom Altlığı										
N1 Duygulanımda küntleşme				1	2	3	4	5	6	7
N2 Duygusal içe çekilme				1	2	3	4	5	6	7
N3 İlişki kurmada güçlük				1	2	3	4	5	6	7
N4 Pasif/Kayıtsız biçimde kendini toplulardan çekme				1	2	3	4	5	6	7
N5 Soyut düşünme güçlüğü				1	2	3	4	5	6	7
N6 Konuşmanın kendiliğinden ve akıcı olmasının kaybı				1	2	3	4	5	6	7
N7 Stereotipik düşünme				1	2	3	4	5	6	7
PUAN										
Genel Psikopatoloji Altlığı										
G1 Bedensel kayıp				1	2	3	4	5	6	7
G2 Bunaltı				1	2	3	4	5	6	7
G3 Suçluluk duygulan				1	2	3	4	5	6	7
G4 Gerginlik				1	2	3	4	5	6	7
G5 Meryemizm ve vücut durumu				1	2	3	4	5	6	7
G6 Depresyon				1	2	3	4	5	6	7
G7 Motor yavaşlama				1	2	3	4	5	6	7
G8 İşbirliği kuramama				1	2	3	4	5	6	7
G9 Olgun düşüncü işlevi				1	2	3	4	5	6	7
G10 Yönelim bozukluğu				1	2	3	4	5	6	7
G11 Dikkat azalması				1	2	3	4	5	6	7
G12 Yangınlama ve içgörü eksikliği				1	2	3	4	5	6	7
G13 İrade bozukluğu				1	2	3	4	5	6	7
G14 Dürtü kontrolsüzlüğü				1	2	3	4	5	6	7
G15 Zihinsel açını öğrenme				1	2	3	4	5	6	7
G16 Aktif biçimde sosyal kaçınma				1	2	3	4	5	6	7
PUAN										
TOPLAM PUAN										

57-61 = Hafif / 73-78 = Orta / 93-96 = Belirgin / 115-118 = Ağır / 143-149 = Çok Ağır

YERLEMLER Kay Ser, Flauben A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. Schizophrenia Bull 1987; 13(2): 261-276. / Kocakaya E, Batu S, Toyak A, Gökçe A. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) Tıbbi İhtisaslar ve Depresyon ve Şizofreni. Türk Psikiyatri Dergisi 1998; 14(4): 29-30

EK 3. BECK DEPRESYON ENVANTERİ

Adı ve Soyadı: _____ Protokol No: _____ Tarih: _____ / _____ / 20____

Cinsiyeti: _____ Yaşı: _____

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o durumun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. BUGÜN DAHİL, GEÇEN HAFTA İÇİNDE kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi işaretleyiniz. Seçiminizi yapmadan önce her gruptaki cümlelerin hepsini dikkatle okuyunuz.

- 0) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3) O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- 0) Gelecekte umutsuz ve karamsar değilim.
1) Gelecekte karamsarım.
2) Gelecekte hiçbir şey beklemiyorum.
3) Geleceğimden umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 0) Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
1) Kendimi çevremdeki bir çok kişiden daha çok başarısızmışım gibi hissediyorum.
2) Geçmişime baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 0) Bir çok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
1) Her şeyden eskisi kadar hoşlanmıyorum.
2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3) Her şeyden sıkılıyorum.
- 0) Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 0) Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.
1) Cezalandırılabilirliğimi seziyorum.
2) Cezalandırılmayı bekliyorum.
3) Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- 0) Kendimden hoşnudum.
1) Kendi kendimden pek hoşnut değilim.
2) Kendime çok kızıyorum.
3) Kendimden nefret ediyorum.
- 0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
1) Zayıf yanlarım veya hatalarımdan dolayı kendi kendimi eleştiririm.
2) Hatalarımdan her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3) Her aksilik karşısında kendimi kabahatli bulurum.
- 0) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
1) Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor fakat yapmıyorum.
2) Kendimi öldürmek isterdim.
3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 0) İçimden her zamankinden fazla ağlamak gelmiyor.
1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
2) Çoğu zaman ağlıyorum.
3) Eskiden ağlayabilirdim; şimdi istesem de ağlayamıyorum.

11. 0) Şimdi her zaman olduğundan daha sinirli değilim.
 - 1) Eskisine göre daha kolay kızıyor veya sinirleniyorum.
 - 2) Şimdi hep sinirliyim.
 - 3) Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
12. 0) Başkalarıyla görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
 - 1) Başkalarıyla eskisinden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
 - 2) Başkalarıyla görüşme ve konuşma isteğimi kaybettim.
 - 3) Hiç kimse ile görüşüp, konuşmak istemiyorum.
13. 0) Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum.
 - 1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
 - 2) Karar verirken eskisine göre çok güçlük çekiyorum.
 - 3) Artık hiç karar veremiyorum.
14. 0) Aynaya baktığımda kendimde bir değişiklik görmüyorum.
 - 1) Daha yaşlanmışım ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
 - 2) Görünüşümün çok değiştiğini ve daha çirkinleştiğimi hissediyorum.
 - 3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
15. 0) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
 - 1) Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
 - 2) Bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
 - 3) Hiç bir şey yapamıyorum.
16. 0) Her zamankinden daha iyi uyuyabiliyorum.
 - 1) Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
 - 2) Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve yeniden uyuyamıyorum.
 - 3) Her zamankinden çok daha erken uyanıyorum ve yeniden uyuyamıyorum.
17. 0) Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
 - 1) Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
 - 2) Yaptığım her şey beni yoruyor.
 - 3) Kendimi hiç bir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
18. 0) İştahım her zamanki gibi.
 - 1) İştahım eskisi kadar iyi değil.
 - 2) İştahım çok azaldı.
 - 3) Artık hiç iştahım yok.
19. 0) Son zamanlarda kilo vermedim.
 - 1) İki kilodan fazla kilo verdim.
 - 2) Dört kilodan fazla kilo verdim.
 - 3) Altı kilodan fazla kilo verdim.
20. 0) Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
 - 1) Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.
 - 2) Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmem zorlaşıyor.
 - 3) Sağlığımdan o kadar endişeliyim ki başka hiç bir şey düşünemiyorum.
21. 0) Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.
 - 1) Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
 - 2) Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
 - 3) Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim.

Teşekkürler.

EK 4. CALGARY ŞİZOFRENİDE DEPRESYON ÖLÇEĞİ

1. Depresyon :

Son iki hafta boyunca ruh halinizi nasıl tanımlarsınız? Yeterince neşelenebiliyor muydunuz, yoksa son zamanlarda aşırı çökkün ya da üzüntülü müydünüz? Son iki hafta içinde, her gün ne kadar sıklıkta kendinizi (.....) hissediyorsunuz? Gün boyu?

0. Yok

1. Hafif: Sorulduğunda biraz üzüntü ya da güvensizlik ifade eder
2. Orta: Son iki hafta boyunca zamanın neredeyse yarısından fazlasında süren, belirgin çökkün duygu durum: her gün var
3. Şiddetli: Her gün zamanının yarısından fazlasında süren, olağan motor ve toplumsal işlevselliği etkileyen belirgin çökkün duygu durum

2. Umutsuzluk :

Geleceğinizi nasıl görüyorsunuz? Sizin için herhangi bir gelecek var mı? Yoksa yaşam oldukça umutsuz mu görünüyor? Kendinizi koyuverdiniz mi yoksa hala çaba göstermek için neden var mı?

0. Yok

1. Hafif: Son iki hafta boyunca bazen umutsuzluğa kapılmış ama hala gelecek için belli düzeyde umut taşıyor.
2. Orta: Son iki hafta boyunca ısrarlı, orta düzeyde umutsuzluk duygusu. İşlerin daha iyiye gidebileceği konusunda ikna edilebiliyor.
3. Şiddetli: İsrarlı ve sıkıntı veren umutsuzluk duygusu

3. Değersizlik Duygusu :

Başka insanlarla karşılaştığınızda, kendinizi nasıl görüyorsunuz. Kendinizi başka insanlardan daha mı iyi yoksa daha mı kötü, yoksa yaklaşık aynı düzeyde mi görüyorsunuz? Kendinizi başkalarından aşağıda ya da hatta değersiz mi hissediyorsunuz?

0. Yok

1. Hafif: Kısmen aşağılık duygusu var; değersizlik duygusu düzeyine ulaşmıyor.
2. Orta: Kişi kendini değersiz hissediyor; aynı zamanının yarısının azında.
3. Şiddetli: Kişi zamanının yarısından fazlasında kendisini değersiz hissediyor. Öyle olmadığı konusunda ikna edilebiliyor.

4. Suçlulukla İlgili Alınma Düşünceleri:

Bir konuda itham edildiğiniz ya da hatta haksız yere suçlandığınız duygusuna kapıldınız mı? Hangi konuda?(Doğrulanabilir itham ya da suçlamaları dahil etmeyin. Suçluluk sanılarını dışlayın)

0. Yok

1. Hafif: Kişi zamanın yarısından azında kendini itham altında hisseder ama suçlu hissetmez.
2. Orta: İtham altında olduğuna dair ısrarlı duygular ve/ve ya ara sıra suçlu olduğuna dair duygular.
3. Şiddetli: Suçlu olduğuna dair ısrarlı duygular. İkna edilmeye çalışılınca, öyle olmadığını kabul eder.

5. Patolojik Suçluluk :

Geçmişte yapmış olabileceğiniz önemsiz şeylerden dolayı kendinizi kabahatli bulma eğiliminde misiniz? Bu konuyla bu derecede uğraşmayı hakkettiğinizi düşünüyor musunuz?

0. Yok

1. Hafif: Kişi bazen bazı küçük kabahatler konusunda olması gerekenden daha fazla suçluluk duyar, ama bu zamanın yarısından azını alır.
2. Orta: Kişi çoğu zaman (zamanın yarısından fazlasında) önemini abarttığı geçmiş eylemleri konusunda suçluluk duyar
3. Şiddetli: Kişi çoğu zaman kötü giden her şey için, hatta kendi hatası olmasa bile kendini kabahatli hisseder.

6. Sabah Depresyonu:

Son iki hafta boyunca, kendinizi çökkün hissederken, bu çökkünlüğün günün belli bir zamanında daha kötüleştiğini fark ettiniz mi?

0. Yok

1. Hafif: Depresyon var ama gün içi değişkenlik yok

2. Orta: Depresyonun sabahları kötüleştiği kendiliğinden belirtilir

3. Şiddetli : Sabahları belirgin biçimde daha kötü olan ve işlevselliğin bozulduğu depresyon akşamları düzelir.

7. Erken Uyanma:

Sabahları normalden daha erken mi uyanıyorsunuz? Bu, haftada kaç kez oluyor?

0. Yok: Erken uyanma yok

1. Hafif: Ara sıra (en çok haftada iki kez)olağan ya da gerekli uyanma zamanından en az 1 saat önce uyanıyor

2. Orta: Çoğunlukla (haftada en fazla 5 kez) olağan ya da gerekli uyanma zamanından en az 1 saat önce uyanıyor

3. Şiddetli: Her gün uyanma zamanından en az 1 saat önce uyanıyor

8. Özkıyım:

Hayatın yaşamaya değer olmadığını hissediyor musunuz? Yaşamınıza son vermek hiç içinizden geçti mi? Kendinize ne yapabileceğinizi düşündünüz? Gerçekten denediniz mi?

0. Yok

1. Hafif: Sıklıkla keşke ölmüş olsaydım biçiminde düşünceler ya da ara sıra özkıyım düşünceleri

2. Orta: Üzerinde uğraşmış özkıyım tasarısı ama girişimde bulunulmamıştır.

3. Şiddetli: Açıkça ölümle sonuçlandırmak üzere hazırlanmış özkıyım girişimi (örn: şans eseri fark edilme ya da etkisiz yöntem)

9. Gözlenen Depresyon:

Tüm görüşme boyunca görüşmenin gözlemlerine dayanır. Görüşmede uygun anlarda sorulan: " Kendinizi ağlamaklı hissediyor musunuz?" sorusu bu gözle için gerekli bilgiyi sağlayabilir.

0. Yok

1. Hafif: Görüşmenin belirgin olarak yansız konuşmalarını içeren bölümlerinde bile kişi üzgün ya da kederli görünmektedir.

2. Orta: Kişi görüşme boyunca sıkın, tek düze bir ses tonuyla üzgün ve kederli görünmektedir ve bazen ağlar ya da ağlamaklı olur.

3. Şiddetli: Kişi sıkıntı veren konularda boğulacak gibi olur, sıklıkla derin iç çeker ve açıkça ağlar, ya da ısrarlı olarak ısraptan donakalmış durumdadır, ancak görüşmecî depresyonun var olduğundan emindir.

Skor:

Uygulayan:

Addington ve arkadaşları tarafından geliştirilen bu ölçek (83), şizofreni ve psikotik bozukluğu olan hastalarda depresif belirtilerin düzeyinin ve şiddet değişiminin ölçülmesi amacıyla kullanılır. Ölçek, görüşmenin değerlendirildiği bir ölçektir ve dörtlü Likert tipinde değerlendirilen 9 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler, depresif duygu durumu, umutsuzluk, değersizlik duygusu, suçlulukla ilgili almına düşünceleri, patolojik suçluluk, sabah depresyonu, erken uyanma, özkıyım ve gözlenen depresyon belirtilerini içermektedir. Her madde 0- 3 puan arasında giderek artan puan alır ve toplam puan bunların toplanmasından elde edilir. Ölçeğin minimum puanı 0, maksimum puanı ise 27' dir. Bu ölçeğin Türkçe' de güvenilirlik ve geçerlik çalışması ise Aydemir ve arkadaşları (2000)tarafından yapılmıştır. (84). (Bkz Ek 6)

EK 5. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

CALIŞMANIN ADI:

Şizofreni Hastalarında Depresyon ve İçgörü Arasındaki İlişki

*Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı verirseniz, **Çalışmaya Katılma Onayı Formu**'nu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir*

CALIŞMANIN KONUSU VE AMACI:

Bu araştırmanın amacı; Şizofreni Hastalarında Depresyon ve İçgörü arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktır.

CALIŞMA İŞLEMLERİ:

Sosyodemografik Form, İçgörü Değerlendirme Ölçeği, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği(PANSS), Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri uygulanacaktır. Ayrıca bu ölçekler ilk test ve son test olarak 2 defa uygulanacaktır.

CALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Çalışmaya katılmamanın olası yararları, kişisel bilgiler kullanılmadan ve bireysel değerlendirme olmaksızın; toplanmış olan veriler ile daha önce yapılmış araştırmalarda bire bir araştırılmamış olan Şizofreni Hastalarında Depresyon ve İçgörü Arasındaki İlişkiyi incelemeye olanak sağlamaktır.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Kişisel bilgilerinizin gizliliğine saygı gösterilecek ve bu bilgileriniz bilimsel amaçlı kullanımı sırasında da özenle korunacaktır. Bu amaçların dışında bu kayıtlar kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :

1. Ecem Erkin mail: ecemerkin@gmail.com

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyor ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Veli / Vasinin Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Tanıkl¹ Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Arařtırmacı² Adı Soyadı:</i>	Ecem ERKİN	<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi

2:Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi


EK 6. İÇGÖRÜNÜN ÜÇ BİLEŞENİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

İÇGÖRÜNÜN ÜÇ BİLEŞENİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ	
Adı Soyadı :..... Tarih: .../.../20...	
Protokol No :..... Cinsiyeti: Yaşı:.....	
TEDAVİ KABULÜ:	
1a. Hasta tedaviyi (Hastaneye başvurma ve/veya ilaç tedavisi ve/veya diğer fiziksel ya da psikolojik tedavileri kabul ediyor mu?) (Edilgin biçimde kabullenmeyi içerir)	<input type="checkbox"/> 2. Sıklıkla (Tedaviye gereksinimi olduğunu nadiren sorgular) <input type="checkbox"/> 1. Bazen (Arada bir neden tedaviye gereksinim duyduğunu sorgular) <input type="checkbox"/> 0. Hiçbir zaman
Eğer 1a. : 1 ya da 2 puan ise aşağıdaki soruyu sorunuz ↓	
TEDAVİ İSTEMİ:	
1b. Hasta tedaviyi teşvik edilmeden istiyor mu?	<input type="checkbox"/> 2. Sıklıkla (Uygun olmayan medikasyon istekleri dışlanmalıdır) <input type="checkbox"/> 1. Bazen (Unutkanlık/dezorganizasyon nedeniyle ilaç almayı ihmal eden hastalar buraya dahil edilebilir.) <input type="checkbox"/> 0. Hiçbir zaman (Tedaviyi her zaman uyarıdan sonra kabul ediyorsa.)
HASTALIĞINI BİLME:	
2a. Hastaya sorunuz: "Bir hastalığınız olduğunu düşünüyor musunuz?" ya da "Bazı sorunlarınız olduğunu düşünüyor musunuz?" (mental, fiziksel, belirlenmemiş)	<input type="checkbox"/> 2. Sıklıkla (Hastalığı olduğunu birçok günler, günün çoğunda düşünmüş) <input type="checkbox"/> 1. Bazen (Hastalığı olduğunu ara sıra düşünmüş) <input type="checkbox"/> 0. Hiç bir zaman (Neden doktorların/diğerlerinin kendisinin bir hastalığı olduğunu düşündüklerini soruyorsa)
Eğer 2a. : 1 ya da 2 puan ise aşağıdaki soruyu sorunuz ↓	
RUHSAL HASTALIĞI OLDUĞUNU BİLME	
2b. Hastaya "bir ruhsal/psikiyatrik hastalığınız olduğunu düşünüyor musunuz?" şeklinde sorunuz. (2a. nın maddeleri geçerlidir)	<input type="checkbox"/> 2. Sıklıkla <input type="checkbox"/> 1. Bazen <input type="checkbox"/> 0. Hiçbir zaman
Eğer 2b. : 1 ya da 2 puan ise aşağıdaki soruyu sorunuz ↓	

HASTALIĞI AÇIKLAMA	
2c. (2b. eğer1 ya da 2 ise) "Hastalığınızı nasıl açıklarsınız?" diye sorunuz.	<input type="checkbox"/> 2. Hastanın sosyal, kültürel ve eğitim düzeyine uygun akılcı yanıtlar: ör: aşırı stres, kimyasal dengesizlik, ailesel kalıtım biçimindeki açıklamalar <input type="checkbox"/> 1. Karışık, tam anlamadığı kulaktan duyma açıklamalar ya da "Bilmiyorum" şeklinde yanıtlar <input type="checkbox"/> 0. Delüzyonel açıklamalar
HEZEYANIN DOĞRULUĞUNA İNANMA	
3a. ".....(özgül hezeyanı) konusundaki inancınızın gerçekte doğru olmadığını düşünüyor musunuz?" diye sorunuz. Ya da ".....(özgül halüsinasyonu) gerçekte olmadığını düşünüyor musunuz"	<input type="checkbox"/> 2. Sıklıkla (birçok gün, günün çoğunda düşünmüş) <input type="checkbox"/> 1. Bazen (bazı günler en azından günde bir kez aklına gelmiş) <input type="checkbox"/> 0. Hiçbir zaman
Eğer 3a. : 1 ya da 2 puan ise aşağıdaki soruyu sorunuz ↓	
YAŞANTILARINI AÇIKLAMA	
3b. Bu olayları/ yaşantılarınızı nasıl açıklarsınız? (.....konusundaki inancınız / sesler işitmeniz, görüntüler görmeniz.)	<input type="checkbox"/> 2. "Hastalığımın bir parçası" <input type="checkbox"/> 1. "Yorgunluk ve stres" gibi dış olaylara bağlıyorsa <input type="checkbox"/> 0. Dış güçlere bağlıyorsa (delüzyonel olabilir)
Ek soru ↓ (Bu sorunun sorulması görüşmeceye bırakılmıştır)	
İNANMAMAYA TEPKİ	
.....durumlarında insanlar size inanmadıklarında kendinizi nasıl hissediyorsunuz? (hasta çevreye hezeyan ya da halüsinasyonundan bahsederken)	<input type="checkbox"/> 0. "Yalan söylüyorlar." <input type="checkbox"/> 1. "Ne söylerlerse söylesinler hala kendimi emin hissederim." <input type="checkbox"/> 2. "Kafam karışır ve ne düşüneceğimi bilemem." <input type="checkbox"/> 3. "Bende bir hata olduğumu düşünürüm." <input type="checkbox"/> 4. "İşte öyle hallerde hasta olduğumu biliyorum."

Uygulayan Psikolog
Adı Soyadı/ İmza

EK 7. NP İSTANBUL HASTANESİ ARAŞTIRMA İZİNİ


SAYI : 2015 / 1563
KONU : Araştırma İzin Hk.

10.10.2015

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'na



"Şizofreni Hastalarında Depresyon ve İlgörü arasındaki ilişki" isimli çalışmanın, Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulumuzca verilecek etik onay sonrasında Özel NPİSTANBUL Nöropsikiyatri Hastanesi'nde yapılmasına izin veriyorum.

Uzm. Dr. Boray ERDİNÇ
Mesul Müdür
ÖZEL NPİSTANBUL
Nöropsikiyatri Hastanesi
Uzm. Dr. Boray ERDİNÇ
Dip. Teş. No: 10049
Nöroloji & Dahiliye Uzmanı


Saray Mah. Siteyolu Cad. No: 27 - 34768 Ümraniye - İSTANBUL Tel: 0216 633 0 633 (Pbx) Faks: 0216 634 12 50
E-posta: bilgi@npistanbul.com • www.npistanbul.com

NP.FR.145

Revizyon No: 1 (08.05.2012)

EK 8. ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ ANKET İZİNİ

 **ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ**
Altunizade Mah. Haluk Türksoy Sk. No:14, 34662 Üsküdar / İstanbul / Türkiye
Tel: +90 216 400 22 22 Faks: +90 216 474 12 56

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

SAYI: B.08.6.YÖK.2.ÜS.0.05.0.06 /2016 /53 25.04.2016

Sayın Yrd. Doç. Dr. Ahmet Emre Sargın
(Ecem Erkin)

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 18 Nisan 2016 tarihinde, 05 No.lu toplantısında değerlendirmeye almış olduğu "*Sizofreni Hastalarında Depresyon ve İlgörü Arasındaki İlişki*" adlı araştırma projenizin etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Doç. Dr. Cumhur TAŞ
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Ecem ERKİN

Doğum Tarihi : 08.04.1989

Unvanı : Psikolog

Öğrenim Durumu:

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Lisans	Fen-Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü	Bilgi Üniversitesi/İstanbul	2007- 2012
Y. Lisans	Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji	Üsküdar Üniversitesi/İstanbul	2013- Devam ediyor

STAJ BİLGİLERİ

ADLİ TIP KURUMU—2011

Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi--2012

İŞ DENEYİMİ

(03.12.2012-Devam) NP İSTANBUL NÖROPSİKİYATRİ HASTANESİ

KATILDIĞI EĞİTİM, ÇALIŞMA GRUPLARI VE SERTİFİKALAR

Rorschach Eğitimi, Tefrika İkiz, Rorshach ve Projektif Testler Derneği (2013-devam)

Bilişsel Davranışçı Terapi Eğitimi, Prof. Dr. Hakan Türkçapar (2013)

EMDR Eğitimi, Davranış Bilimleri Enstitüsü (2015)

Cognitive Assesment System (CAS) Test eğitimi, İstanbul Üniversitesi (2017)

PASS Teorisi Eğitimi, Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Derneği (2017)

Çift ve Aile Terapisi Eğitimi, Murat Dokur (2015-devam ediyor)