



T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

FİZİKSEL EGZERSİZİN, ŞİZOFRENİ HASTALARINDA
POZİTİF-NEGATİF SEMPTOMLARINA ve DEPRESYON
DÜZEYLERİNE ETKİSİ

ELİF HAZAL GEVREK

Danışman: Prof. Dr. Sinan Canan

İstanbul- 2017

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

**FİZİKSEL EGZERSİZİN, ŞİZOFRENİ HASTALARINDA
POZİTİF-NEGATİF SEMPTOMLARINA ve DEPRESYON
DÜZEYLERİNE ETKİSİ**

(Elif Hazal Gevrek)

(154102068)

YÜKSEK LİSANS

TEZİ

DANIŞMAN: Prof. Dr. Sinan Canan

İstanbul- 2017



T.C.
ÜSKÜDAR
ÜNİVERSİTESİ

YÜKSEK LİSANS TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

.....SOSYAL BİLİMLER..... ENSTİTÜSÜ

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 154102068
Öğrenci Adı Soyadı	: Elif Hazal Gevrek
Anabilim Dalı	: Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	: Prof. Dr. Sinan Canan
Tezin Başlığı	: Fiziksel Egzersizin Sızartıcı Hastalarında Pozitif Negatif Semptomlarına ve depresyon Düzeylerine Etkisi

Toplantı Tarihi	: 07.11.2017	Saati	: 10:00
-----------------	--------------	-------	---------

Öğrenci Savunmaya : 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 savunma sınavında adayın tez çalışması başarılı bulunarak **KABUL** edilmesine,
 Yapılan savunma sınavı sonunda tez çalışmasının **DÜZELTİLMESİNE**, düzeltme için adaya ay **EK SÜRE** verilmesine (en fazla 3 ay)
 Yapılan savunma sınavının sonunda tezin **REDDEDİLMESİNE**

OY BİRLİĞİ **OY ÇOKLUĞU**

İle karar verilmiştir.

Savunmada Tezin Başlığı : Değişmedi Değişti

Tezin Yeni Başlığı : Değişmedi

Öğrenci Savunmaya : 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,

OY BİRLİĞİ İLE REDDEDİLMİŞTİR.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Başkan	Prof. Dr. Sinan Canan	
Danışman Üye	Yrd. Doç. Dr. Hürrem Çiçek	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Ayhan Erhan	
Üye		
Üye		

(Tüm durumlarda jüri üyelerinin tez değerlendirme raporları gerekir.)

Sayı No :

Tarih : 10/11/2017

Yukarıda kimlik bilgileri belirtilen ve Anabilim Dalımız Yüksek Lisans Programı öğrencisinin Tez Savunma Sınav Tutanağı ve eklerinin Enstitü Yönetim Kurulunda görüşülmesi hususunda bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Not: Bu forma orijinal raporlar (bir nüsha) eklenecektir.

Hürrem Çiçek

Anabilim Dalı Başkanı
(Unvanı, Adı Soyadı, İmza)

Yemin Metni

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum

“Fiziksel Egzersizin Şizofreni Hastalarında Pozitif Negatif Semptomlarına ve Depresyon Düzeylerine Etkisi” 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.

Tarih

07/11/2017

Elif Hazal GEVREK

İmza

ÖNSÖZ

Lisans ve yüksek lisans eğitim sürecimde ve ardından mesleğimi icra ettiğim çalışma hayatım içerisinde, şizofreni hastalığı nedeniyle yaşamları değişen insanların hayatlarındaki zorluklara tanık olmam sonucunda onların bu zorlukları aşmalarına katkı sağlayacak yöntemler bulma isteğim, tez çalışmamın konusunu belirlememde en büyük etken olmuştur. Tez çalışmalarımı sürdürdüğüm dönemde birlikte vakit geçirip, paylaşımlarda bulunduğumuz herkese katılım sağladıkları için teşekkür ederim.

Tez çalışmamın her aşamasında değerli vaktini ayırıp, engin bilgilerini, desteğini ve önerilerini benimle paylaşan tez danışmanım, Prof. Dr. Sinan Canan'a ve tez jürimde yer alıp, olumlu eleştirilerde ve yorumlarda bulunan değerli hocalarım Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Ünübol ve Yrd. Doç. Dr. Oytun Erbaş'a, ayrıca bizlere iyi bir yüksek lisans eğitimi imkânı sunan Rektörümüz, Prof. Dr. Nevzat Tarhan' a teşekkürü bir borç bilirim.

Yüksek lisans eğitimim boyunca emeği geçen, bilgilerini ve deneyimlerini paylaşan saygıdeğer hocalarım, Yrd. Doç. Dr. Çiğdem Yavuz Güler' e, Yrd. Doç. Dr. Alper Evrensel' e, Yrd. Doç. Dr. Havva Nüket İşiten' e, Doç. Dr. Gül Eryılmaz' a, Yrd. Doç. Dr. Oğuz Tan' a, Dr. Haluk Gülmez' e ve Prof. Dr. Muhsin Konuk' a sonsuz teşekkür ederim.

Tez çalışmamın örneklemine ulaşmamı sağlayan Özel Bakım Merkezleri Derneği Başkan Yardımcısı Ayşe Berk' e ve bu süreçte büyük bir sabırla desteğini esirgemeyen, değerli zamanını paylaşan Psikolog Ali Kocabay' a katkıları için teşekkür ederim. Ayrıca bu çalışma sürecinde, desteklerini hiç eksik etmeyen dostlarıma, bana her zaman inanan ve yanımda olan, varlıklarından güç aldığım kardeşlerim, Rüya Gevrek Tezcoşkun ve Damla Gevrek Değerliyurt' a, eğitim hayatım boyunca her zaman bana yol gösterici olan arkamdaki en büyük güç, annem Habibe Gevrek' e ve babam Hulki Gevrek' e; fedakârlıkları ve destekleri için çok teşekkür ederim.

Son olarak, 1924 yılında kadınlara eğitim öğretimi hakkını kazandıran, Türkiye Cumhuriyeti'nin kurucusu, önderimiz Mustafa Kemal Atatürk' e bu vatanı aldığım eğitimi, gerçekleştirdiğim bu çalışmayı, bugün bulunduğum konumu ve bir Türk kadını olarak haklarımın olmasını, kurtarıcımıza borçlu olduğumun bilincinde olduğumu belirtir ve kendisini saygı ve rahmet ile anarım.

(GEVREK, Elif Hazal, Yüksek Lisans, İstanbul, 2017)

Fiziksel Egzersizin, Şizofreni Hastalarında

Pozitif-Negatif Semptomlarına ve Depresyon Düzeylerine Etkisi

Özet: Gerçeği değerlendirme yetisindeki bozulma ile şizofreninin pozitif semptomları ilişkilidir ve bu belirtiler büyük oranda antipsikotik tedavisiyle azaltılmaktadır. Antipsikotiklerin yetersiz kaldığı negatif semptomlar ise, şizofrenide duygu ve davranışları olumsuz yönde etkilemektedir. Bu etki çoğu zaman depresyon belirtileriyle benzerlik gösterdiğinden, negatif semptomlar ile depresyonun ayrımı zor yapılmaktadır. Şizofrenide depresyon, hastalığın olumsuz gidişatına, semptomların alevlenmesine ve işlevsel yeteneklerde kaybın hızlanmasına sebep olmaktadır. İşlevselliğin kaybı birçok çalışmada, şizofrenide negatif semptom ve depresyon ile ilişkili bulunmuştur.

Fiziksel egzersiz programı, şizofreni hastalarında düzenli uygulandığında, şizofrenide birbirini etkilediği düşünülen pozitif ve negatif semptomlar, depresyon ve işlevsellik ile ilgili belirtilerin, gösterdiği değişimi belirlemek ve fiziksel egzersizin şizofreni hastaları üzerindeki etkisini ortaya çıkarmak, bu araştırmanın hedefi olmuştur.

Bu çalışmada, DSM-V-TR şizofreni tanı ölçütlerini karşılayan, 18 yaşından büyük, 80 şizofreni hastasının, fiziksel egzersiz faaliyetlerine katılan şizofreni tanısı almış 20 kadın 20 erkek hasta deney grubunu oluşturmuşlardır. Fiziksel egzersiz yapmayan 20 kadın 20 erkek şizofren hasta ise, kontrol grubunu oluşturmuşlardır. Egzersiz grubuna 8 hafta boyunca, haftada 2 gün 60 dakika, egzersiz eğitimi almış uzmanlar tarafından, düzenli fiziksel egzersiz yaptırılmıştır. Kontrol grubuna herhangi bir fiziksel egzersiz yaptırılmamıştır. Araştırmada, demografik bilgi formu ile katılımcıların sosyo demografik bilgilerinin elde edilmesinin ardından, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği, Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği uygulanmıştır. Elde edilen veriler SPSS veri analizi istatistik programıyla yorumlanmıştır.

Katılımcıların demografik bilgilerinin belirlenmesi amacıyla frekans analizi yapılmıştır. Ölçek yönergelerine göre hesaplanan ölçek ve alt boyut skorlarının deney ve kontrol gruplarında ön test son test karşılaştırmaları bağımlı gruplarda t testi ile incelenmiştir. Daha sonra ölçek ve alt boyut skorlarının son test-ön test farkı alınmış ve

bu farkın deney ve kontrol gruplarında anlamlı düzeyde farklılık gösterip göstermediği bağımsız gruplarda t testi ile incelenmiştir. Araştırma sonuçlarına göre, deney grubunun 2 aylık program sonunda, pozitif ve negatif semptomlarında ve depresyon seviyelerinde anlamlı bir azalma tespit edilmiştir. Buna ek olarak gruplar arası işlevsellik sonuçları karşılaştırıldığında, deney grubu lehine anlamlı bir farklılık ortaya çıkmıştır. Ayrıca kontrol grubunda, ön test son test sonuçları eşleştirildiğinde, grubun aleyhine anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunda 2 aylık program sonunda, pozitif ve negatif semptomlarında, depresyon seviyelerinde anlamlı bir artış ve işlevsellik düzeylerinde anlamlı bir azalma tespit edilmiştir. Bu verilere göre, fiziksel egzersiz, şizofrenide işlevselliğın artmasında, semptomların ve depresyonun azalmasında etkilidir.

Anahtar Kelimeler: Şizofreni, Pozitif Semptom, Negatif Semptom, İşlevsellik, Depresyon, Fiziksel Egzersiz

(GEVREK, Elif Hazal, Yüksek Lisans, İstanbul, 2017)

The Effect of Physical Exercise to Positive Negative Symptoms and Depression Level of Schizophrenic Patients

Abstract: Distortion of the competence in the assessment of reality is associated with positive symptoms of schizophrenia and these symptoms are greatly reduced by antipsychotic treatment. Negative symptoms that antipsychotics are inadequate are affecting feelings and behaviors in schizophrenia negatively. Since this effect is often similar to the symptoms of depression, it is difficult to distinguish depression from negative symptoms. Depression on schizophrenia causes the exacerbation of symptoms, the adverse progress in disease and the acceleration of loss of functional abilities. In many studies, the loss of functioning has been associated with depression and negative symptoms in schizophrenia.

Determining the change in symptoms related to depression and functioning and to reveal the effect of physical exercise on schizophrenia patients and the positive and negative symptoms which occur when the physical exercise program is applied regularly to schizophrenic patients and are thought to affect each other was the aim of this research.

In this study, 20 female and 20 male patients –over 18 years old- of total 80 schizophrenic patients who are diagnosed with schizophrenia participated in physical exercise activities who met DSM-V-TR schizophrenia diagnostic criteria have formed the experimental group. Other 20 female and 20 male patients who did not participate the physical exercise have formed the control group of this study. The experimental group has been regularly exercised 2 days and 60 minutes a week by well-trained experts for the duration of 8 weeks. The control group has not practiced any exercise. After obtaining the socio-demographic information of the participants with demographic information form, Positive and Negative Syndrome Scale, Calgary Depression and Schizophrenia Scale and Functional Recovery in Schizophrenia Scale were applied. The obtained data were interpreted by SPSS data analysis statistical program.

A frequency analysis was conducted to determine the demographic information of the participants. Pre-test and post-test comparisons in experiment and control groups

of Scale and Sub-dimension scores calculated according to scale instructions were analyzed with “t-test” in dependent groups. Then the differentiation of pre-test and post-test of the scale and sub-dimension scores was determined and it was examined by t test in independent groups in order to determine whether this differentiation is significantly different in experimental and control groups. According to results of the study, a significant reduction in positive and negative symptoms and depression levels was observed at the end of the 2-month program of the experimental group. In addition, when the functional results of the groups were compared, a significant difference occurred in favor of the experimental group. Furthermore, when pre-test and post-test results were matched in the control group, it was determined that there was a meaningful difference against the group. At the end of the 2-month program of the control group, it was found that a significant increase in depression levels and positive and negative levels, and a significant decrease in the level of functionality occurred. According to these data, physical exercise is effective in increasing the functioning in schizophrenia and in reducing the symptoms and depression.

Keywords: Schizophrenia, Positive Symptom, Negative Symptom, Functionality, Depression, Physical Exercise.

KISALTMALAR

APA: Amerikan Psikiyatri Birliği

DSM V: Amerikan Psikiyatri Birliği Tanı Ölçütleri 5

PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği

ŞİLÖ: Şizofreni Hastalarında İyileşme Ölçeği

CDSS: Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği

EKT: Elektro Konvülsif Terapi



TABLolar LİSTESİ

Tablo 1: Katılımcıların demografik bilgileri

Tablo 2: Kontrol grubunda ölçeklerin ön test-son test karşılaştırması

Tablo 3: Kontrol grubu Calgary Depresyon Ölçeği ön test ve son test karşılaştırması

Tablo 4: Kontrol grubunda Şizofrenide İşlevsel Düzelm Ölçeği ve alt boyutlarının ön test ve son test karşılaştırması

Tablo 5: Deney grubunda ölçeklerin ön test-son test karşılaştırması

Tablo 6: Deney grubunda Calgary Depresyon Ölçeği ön test ve son test karşılaştırması

Tablo 7: Deney grubu Şizofrenide İşlevsel Düzelm Ölçeği ön test son test karşılaştırması

Tablo 8: PANSS Ölçeği' nin son test-ön test değişiminin gruplara göre karşılaştırması

Tablo 9: Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği' nin son test-ön test değişiminin gruplara göre karşılaştırması

Tablo 10: Şizofrenide İşlevsel Düzelm Ölçeği' nin son test-ön test değişiminin gruplara göre karşılaştırması

EKLER LİSTESİ

	Sayfa No.
Ek 1. Gönüllü Olur Formu	52
Ek 2. Demografik Bilgi Formu	54
Ek 3. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği	55
Ek 4. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği	56
Ek 5. Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği	58



İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
Bilimsel Etik Sayfası	i
Önsöz/ Teşekkür	ii
Özet	iii
Abstract	v
Kısaltmalar	vii
Tablolar Listesi	viii
Ekler Listesi	ix
Giriş	1
BİRİNCİ BÖLÜM – Şizofreni	
1.1. Şizofreni Tanımı	3
1.1.1. Şizofreni Tarihçesi	3
1.1.2. Klinik Özellikler	5
1.1.2.1. Pozitif Negatif Semptomlar	5
1.1.2.2. Tanı Kriterleri	7
1.1.2.3. Şizofrenide Sıklık ve Yaygınlık	9
1.1.3. Gidişat ve Sonlanım	10
1.1.4. Şizofreni Hastalığının Etiyolojisi	11
1.1.5. Şizofreni Hastalığının Tedavisi	13
1.2. Şizofrenide Depresyon	15
1.3. Şizofrenide İşlevsellik	17
1.4. Fiziksel Egzersizin Şizofreni Belirtilerine Etkisiyle İlgili Çalışmalar	20
1.5. Araştırmanın Amacı	21
1.6. Araştırmanın Hipotezleri	22
1.7. Araştırmanın Önemi	23
1.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	24
1.9. Araştırmanın Varsayımları	24

1.10. Tanımlamalar	24
İKİNCİ BÖLÜM- YÖNTEM	
2.1. Araştırmanın Modeli	26
2.2. Evren ve Örneklem	26
2.2.1. Katılımcılara Ait Demografik Bilgilerin Dağılımı	27
2.2.1.1. Katılımcıların Demografik Bilgileri	27
2.3. Veri Toplama Araçları	28
2.3.1. Veri Toplama Yöntemi	28
2.3.1.1. Demografik Bilgi Formu	28
2.3.1.2. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği	29
2.3.1.3. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği	29
2.3.1.4. Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği	29
2.4. Veri Çözümleme Yöntemleri	29
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM – BULGULAR	
3.1. kontrol grubu ölçek verilerinin analizi	31
3.1.1. Kontrol Grubunda Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği	
Ön test-Son Test Karşılaştırması	31
3.1.2. Kontrol Grubu Calgary Depresyon Ölçeği	
Ön Test- Son Test Karşılaştırması	32
3.1.3. Kontrol Grubunda Şizofrenide İşlevsel Düzeltme Ölçeği ve Alt Boyutlarının Ön Test ve Son Test Karşılaştırması	32
3.2. Deney Grubu Ölçek Verilerinin Analizi	34
3.2.1. Deney Grubunda Ölçeklerin Ön Test-Son Test Karşılaştırması	34
3.2.2. Deney Grubunda Calgary Depresyon Ölçeği	
Ön Test ve Son Test Karşılaştırması	35
3.2.3. Deney Grubu Şizofrenide İşlevsel Düzeltme Ölçeği Ön Test Son Test Karşılaştırması	35
3.3. Son Test-Ön Test Değişiminin Gruplara Göre Karşılaştırması	37
3.3.1. PANSS Ölçeği' nin Son Test-Ön Test Değişiminin Gruplara Göre Karşılaştırması	37
3.3.2. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği' nin Son Test-Ön Test Değişiminin Gruplara Göre Karşılaştırması	38

3.3.3. Şizofrenide İşlevsel Düzelmeye Ölçeği' nin Son Test-Ön Test Değişiminin Gruplara Göre Karşılaştırması	39
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM – Tartışma, Sonuç ve Öneriler	
4.1. Tartışma	40
4.2. Sonuç ve Öneriler	45
Kaynakça	48
Ekler	52
Özgeçmiş	59



GİRİŞ

Şizofrenide ilaç tedavilerinin alevlenmeyi önlediği ve bazı belirtileri azalttığı bilinmektedir. Bununla birlikte, negatif semptomlar, depresif duygu durum, psiko sosyal destek, işlevsel iyi oluş gibi bireylerin yaşantısına etki eden konularda ihtiyacın karşılanması, yalnızca ilaç tedavisi ile mümkün görülmemektedir (Çetin,2015).

Şizofrenide ilaç tedavisinin yanı sıra, psiko sosyal destek kapsamında çeşitli sosyal veya spor odaklı etkinlikler ile hastaların günlük hayata uyum sağlamakta daha başarılı olacağı düşünülmektedir. Bu görüşe ek olarak, şizofreni hastalarının, semptomlarıyla, duygu durumlarıyla başa çıkmalarını destekleyici ve işlevsel becerilerine katkı sağlayıcı, yeni psiko sosyal destek yöntemlerin tedavi planlarına yansıtılmasının, hem şizofreni hastalığının getirdiği belirtilerin hafiflemesinde etkili olduğundan, hem de motive edici olduğundan, depresif duygu durumun da azalmasında etkili olması beklenmektedir. Bu araştırmanın sonuçlarıyla elde edilecek olan bulgular neticesinde fiziksel egzersizin şizofreni hastaları üzerinde ruhsal anlamda olumlu etkisi daha iyi anlaşılacaktır. Aynı zamanda bu araştırma, şizofreni hastaları üzerinde motivasyon artırıcı psiko sosyal etkinliklerin etkisini inceleyen, hastaların şizofreni semptomlarıyla ve depresyonla başa çıkmalarını sağlayan ve şizofreni tedavisinde ilaç tedavisine ek olarak uygulanabilecek etkili psiko sosyal yöntemleri araştırma ve alternatif tedavi yöntemleri geliştirme odaklı bir araştırma olması sebebiyle önem arz etmektedir. Şizofrenide ilaç tedavisine ek olarak uygulanabilirliği kanıtlanmış, alternatif bir psiko sosyal destek modeli yaratmak, şizofreni hastalarında fiziksel egzersizin, depresyonun sağaltımına, işlevselliğin artışına ve negatif semptomların azalmasına katkı sağladığını göstermek ve psiko sosyal desteğin, şizofreni tedavisinde göz ardı edilmemesi gereken bir yöntem olduğunu kanıtlamak, araştırmanın asıl amacıdır.

Birçok bilimsel araştırma sonuçları, şizofrenide tedavileri tek kalıp olmaktan çıkarıp, bireysel tedavi planları ve uygulamaları yapılmasının ardından, psiko sosyal yaklaşımları tedavinin bir parçası haline getirmenin önemli olduğunu ve bu yöntemlerin bir araya gelmesi sayesinde hastalarla empati kurulabileceği ve hayata kazandırılmaları konusunda daha iyi sonuçlar alınabileceği vurgulanmaktadır (Arıcıoğlu ve Çetin, 2010).

Bu araştırma, fiziksel egzersizin, psiko sosyal destek etkinlikleri kapsamında şizofreni tedavisine destek yöntemi olarak değerlendirilmesi ve fiziksel egzersizin, şizofreni hastalarının depresyon düzeylerine, pozitif negatif semptomlarına ve işlevsel becerilerine etkisini yarı deneysel bir araştırma şeklinde, belirli bir zaman aralığında uzunlamasına değerlendirilen bir çalışma olması bakımından önemlidir. Ayrıca bu araştırmanın, şizofreni tedavisine katkı sağlayacak bir psiko sosyal destek modelinin geçerliliğini ortaya çıkaracağı ve şizofreni hastalığı olan bireylere klinik tedavi ve bakım sağlanabilen her ortamda uygulanabileceği düşünülmektedir.



BÖLÜM I

ŞİZOFRENİ

1.1 ŞİZOFRENİ TANIMI

Şizofreni; bireyin duygu, düşünce, davranışlarında bozulma, sosyal ve bilişsel işlevsellikte azalma ve iç görü kaybı ile karakterize nöro gelişimsel temelli, psikotik bir hastalıktır.

Şizofreni terimi, bireyin ruhsal anlamda bölünmesi, Yunanca schisme kavramından yola çıkılarak, sonrasında schizo- phrenia yani, zihnin bölünmesi kavramının Bleuler tarafından önerilmesiyle, kullanılmaya başlamıştır (Karakuş vd., 2017). Şizofreni, psikotik semptomların ve sosyal işlevlerde bozulmanın ortaya çıktığı bir rahatsızlık şeklinde tanımlanmaktadır (Ertuğrul, 2005). Şizofreninin, bireyin ruhsal durumunda ve yetilerinde bir yıkım yaratan, sıklıkla gençlik çağında ortaya çıkan ve farklı gidişat ve sonlanım gözlendiği, bununla birlikte günümüzde etiolojisinin tam olarak bilinmediği bir toplum sağlığı sorunu olduğu belirtilmektedir (Soygür vd., 2007). Şizofreni birçok semptomun bir araya gelerek oluştuğu ruhsal bir bozukluğu işaret etmektedir, ayrıca şizofreninin çok çeşitli belirtilerle karakterize olması ve farklı ülkelerde ruh sağlığı profesyonellerinin, birbirinden farklı şizofreni kavramlarını kabul etmeleri, şizofreninin henüz etiolojisinin tam olarak bilinmemesinin en büyük sebebi olarak görülmektedir (Erol, 2005).

1.1.1 Şizofreni Tarihçesi

Geçmişten günümüze şizofreni hakkındaki tarihsel birçok araştırma incelendiğinde, bu hastalığın belirtilerinin ilk uygarlıklardan bu yana resim, yazılı metin gibi çeşitli tasvir yöntemleriyle anlatıldığı kaynakların bulunduğu bilinmektedir. Bu kaynakların varlığı aslında şizofreninin, çok eski tarihlerden bu yana görülen bir hastalık olduğunu düşündürmektedir. Fakat tarih kaynaklarında tasvir edilen ve günümüzdeki şizofreni belirtileriyle uyumlu olan bu belirtilerin, geçmişte nasıl tespit edildiği, nasıl diğer hastalıklardan ayırt edildiği ve günümüz şizofreni tanı kriterlerine nasıl evirildiği konularına yön veren kişilerin rolü önemli görülmektedir.

Dominique Esquirol, halüsinasyon terimini 1838 yılında yayınladığı bir makalesiyle literatüre kazandırmıştır. Sonrasında 1874 yılında Karl Kahlbaum, katatoni terimini tanımlayarak katkı sağlamıştır. Psikiyatrist Emil Kraepelin, 1896 yılında dementia precox kavramını tanımlamıştır. Kraepelin, özünde erken bunama anlamına gelen bu kavramı birçok belirtinin ortak olması sebebiyle ana başlık olarak kullanılmasını önermiştir. Buna ek olarak dementia precox adını verdiği klinik tabloyu hebefrenik, katatonik, paranoid tip olmak üzere sınıflandırarak kapsamlı tanımlamalar getiren kişi olmuştur. Ardından Psikiyatrist Eugen Bleuler, 1911 yılında şizofreni grubu hastalıkları açıklayarak, şizofreni terimini literatüre kazandıran kişi olmuştur (Soygür vd., 2007). Kraepelin ve Bleuler' in, ruhsal bozukluklar ve özellikle şizofreni hakkında literatüre katkıları, günümüzde şizofreni semptomlarının bilinmesi, sınıflandırılması, ayırıcı tanıların oluşması ve gelecek çalışmaların ilk adımı niteliğinde olması açısından değerli olduğu düşünülmektedir. Kraepelin' in önderliğinde, birçok araştırmacı şizofreninin bir beyin hasarıyla ortaya çıktığını varsaymaktadır. Buna ek olarak dementia precox kavramına bağlı kalınarak şizofreni başlangıç öncesinde beyin gelişiminin normal olduğu savunulmuştur (Hariri vd., 1999).

Kraepelin' in erken bunama ana başlığı altında yaptığı çalışmalar, günümüz şizofreni tanı kriterlerinin en ilkel hali ve aynı zamanda ilk basamağı olması sebebiyle, önem arz etmektedir. Bununla birlikte, dementia precox teriminin Kraepelin tarafından ortaya atılmasıyla birlikte, ruh sağlığı alanında büyük ilgi ve kabul görmüştür. Ancak şizofreni gibi önemli bir ruhsal hastalığın belirtileri hakkında genelleme yapılmasının, belirtilerin iyi değerlendirilmesini engelleyen ve tanı koymayı zorlaştıran bir etmen olduğu düşünülmektedir.

İlerleyen süreçte Bleuler, dementia precox kavramın şizofreniyi açıklama konusunda yetersiz ve genel olduğunu varsayarak, bu terimin şizofreni grubu hastalıklar olarak değiştirilmesini önermiştir. Bleuler' in çalışmaları, Kraepelin' in erken bunama teriminden bağımsız, şizofrenide görülen belirtileri daha ayrıntılı gözlemlemek ve şizofreni hastalığının genellemeden bağımsız açıklanabilmesi amacıyla, belirti ve bulguların, ayırıcı tanıların belirlenmesi üzerine yoğunlaşmış ve bu çalışmalar sayesinde şizofreni belirtileri tanımlanmaya çalışılmıştır (Soygür vd., 2007). Şizofrenin belirtileri üzerine yoğunlaştığı bilinen Bleuler, sonraki çalışmalarında, şizofreninin temel belirtilerini assosiyasyon, otizm, ambivalans ve affektif bozukluk olarak dört ana

başlık halinde düzenlemiş ve bu dört ana başlığın birincil olan belirtiler, diğerlerini ise ikincil belirtiler olarak sınıflandırmıştır. Bleurer' in bu çalışmalarına katkı sağlayan bir çalışma ise Kurt Schneider tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu Alman ruh hekiminin çalışmalarına göre, şizofreninin betimlemesi yapılırken fenomenolojiden faydalanılarak birincil ve ikincil belirtilerin ayrıntılandırılması sağlanmıştır (Karakuş vd., 2017).

1.1.2 Klinik Özellikler

Geçmişte şizofrenide tipik belirtilerin görülmesi, şizofreni tanısı için yeterli bir kriter olarak değerlendirilmekteydi. Bu görüş aynı zamanda Jaspers' in klasik hiyerarşi kuralı ve ayrıca Bleuler' in şizofreni tanısı hakkındaki kesin görüşleriyle desteklenmekteydi. Ancak uzun süreçler sonucunda çalışmalar göstermiştir ki, klinik tablolarda önemli değişiklikler meydana gelmiştir. Özellikle duygu durum bozukluklarının şizofreni belirtilerinden ayrı değerlendirilmesiyle, şizofreninin klinik özellikleri daha iyi belirlenmiştir (Oral, 2005). Erken başlangıçlı şizofrenide tanı koymak güçleşmektedir. Bu durum akademik başarıda azalma, sosyal içe çekilme, kişisel bakımda azalma gibi ayırt edici olmayan ön belirtilerle başlaması ile ilişkilidir (Balım, 2001). Şizofrenide ayırt edici semptomların en az bir ay boyunca, bazı diğer semptomların ise en az altı ay boyunca gözlemlenir nitelikte olması, şizofreni tanısı için gerekli görülmektedir. Düşünce, biliş ve algıda bozulmalar, motor anomaliler, avolüsyon ve apati, sosyal hayata uyumsuzluk, ifade yeteneğinde azalma gibi belirti kümesi bu semptomları oluşturmaktadır. Ayrıca son yıllardaki çalışmalarda şizofreninin klinik belirtileri, gerçeklikten kopma ile seyreden pozitif belirtiler ve işlevsellikte azalma ile seyreden negatif belirtiler olarak iki ana grupta değerlendirilmektedir (Karakuş vd. 2017). Şizofreni belirti ve bulgularının doğru belirlenmesi, tedavinin ve psikolojik desteğin olumlu etki edebilmesi için oldukça önemli görülmektedir. Bu iki belirti kümesi aşağıda ayrıntılı şekilde açıklanmıştır.

1.1.2.1 Pozitif Negatif Semptomlar

Şizofrenide görülen belirtiler, hastalığın ilk alevlendiği dönemde şiddetli olabilmekle birlikte, işlevsellik, davranış, düşünce ve duygulanımdaki değişimleri kapsamaktadır. Bu çalışma, dezorganize semptomlara yer vermektedir ancak pozitif negatif semptomlar üzerine odaklanmaktadır.

Şizofreni semptomlarından, negatif ve pozitif belirtiler üzerine bir çalışma, Kraepelin' in erken bunama olarak tanımladığı sendromun, şizofreni kavramıyla tanımlanmasındaki değişikliklere değinmiş ve yeni çalışmaların odaklandığı negatif pozitif semptomların önemini vurgulamıştır (Özkan ve Arık, 2010). Pozitif semptomlar, şizofrenide hastalık süreciyle birlikte ortaya çıkan, varsanılar ve sanrılarla karakterize olduğundan, ayırıcı tanılar olarak değerlendirilebilecek semptomlar olarak bilinmektedir. Negatif semptomlar ise düşüncede, konuşmada akıcılık kaybı, isteksizlik, ilgisizlik, davranış bozukluğunu içeren semptomlar olarak bilinmektedir. Ayrıca bilişsel semptomlarda hafıza ve dikkat sorunları, anlama ve öğrenme güçlükleri gibi semptomları ifade etmektedir (Gürbüz ve Yüksel, 2013). Şizofreni, çok çeşitli belirtiler bulgular ile seyreden bir durum olduğundan, bu hastalığın belirtileri üzerine ayrıntılı birçok çalışma yapılmıştır ve günümüzde de yapılmaya devam edilmektedir. Literatüre geçen bu çalışmalarda en önemli gelişmelerden biri pozitif ve negatif semptom kümelerinin birbirinden ayrılarak belirlenmesi olmuştur. Pozitif ve negatif semptomlar birbirinden çok bağımsız ve farklı olduğu gibi hastalığın gidişatında ortaya çıkış zamanları da farklılık göstermektedir. Negatif semptomlar, şizofrenide işlevsellik, uyum, depresyon gibi durumların her birinden bazı benzer özellikler barındırdığından, ayırt etmek güçleşmektedir ve uzunlamasına gözlemler ve ayrıntılı testlerle belirlenmesi gerekmektedir (Tiryaki vd., 2009). Negatif semptomların ağırlıklı olduğu hasta profili, depresif belirtileri barındırmalarının yanı sıra, işlevsellikte kayıpların en çok karşılaşıldığı klinik tabloyu oluşturmaktadır.

Pozitif semptomlar, adeta şizofrenide iç görü kaybının bir sonucu gibidir. Gerçeği değerlendirmede meydana gelen bozulmaların, sanrı, varsanı ve düşünce bozukluğu gibi hastayı olumsuz etkileyen durumların ortaya çıkmasının temeli olduğu bilinmektedir. Karakuş ve arkadaşlarının çalışmasında, pozitif semptomlarda sanrılarının, halüsinasyonların, taşkınlıkların, stereotipik davranışların bulunmakta olduğu belirtilmektedir. Şizofrenide görülen sanrılar içinde en yaygın olarak kötülük görme sanrıları bilinmektedir. Ardından alınganlık, büyüklük, kıskançlık, somatik gibi sık rastlanan sanrılar gelmektedir. Varsanılar, sanrılar kadar sık görülme de pozitif semptomların önemli bir içeriği olarak şizofrenide karşımıza çıkmaktadır. En sık görülen varsanı çeşidi, işitsel ve görsel varsanılar olarak bilinmektedir (Karakuş vd., 2017). Buna ek olarak, şizofrenide işitsel varsanıların görülmesi, hastalığın seyri

açısından önem taşımaktadır. Çünkü şizofreni hastalarının bu varsanılarını anlamlandırma yöntemleri, hastaların yaşam kalitelerine, işlevselliklerine ve öz saygılarına olumsuz etki etmektedir. Bu varsanıların davranışları değiştirdiği ve hastalığın gidişatını kötü etkilediği bilinmektedir ve bu yüzden varsanılar şizofrenide iyi değerlendirilmelidir (Aydın vd., 2009).

Pozitif semptomlardan bir başkası ise düşünce bozuklukları adı altında açıklanmaktadır. Fikir uçuşması, klang çağrışım, basınçlı konuşma, blok, düşüncenin azalması, soyutlama yetilerindeki bozukluk, perseverasyon, tekrarlayan yüz mimikleri gibi belirtiler düşünce bozukluklarında görülmektedir. Negatif semptomlar ise, yeti yitimi işlevsellikte bozulma gibi durumları kapsamaktadır ve küntlük, aloji, avoli, sosyal içe çekilme, soyutlanma, isteksizlik, ilgisizlik gibi semptomları kapsamaktadır (Karakuş vd., 2017). Şizofrenide pozitif negatif semptomların incelendiği bir çalışmanın sonuçlarına göre, 187 şizofreni tanısı konmuş hastanın semptomları üzerinden değerlendirildiğinde, negatif belirtilerden özellikle anhedoni ve küntleşmenin, şizofreni başlangıcıyla birlikte, ilk yıllarda yoğun bir artışla seyrettiği vakalarda, bu belirtilerin uzun yıllar sürmesiyle birlikte, kişilerde kalıcı fonksiyonel bozuklukların meydana geldiğini ,buna karşın negatif belirtilerin daha az belirgin olduğu vakaların daha iyi gidişat gösterdiği ve daha az işlevsel bozukluk ortaya çıktığı belirtilmiştir (Fenton ve McGlashan, 1991).

1.1.2.2 Tanı Kriterleri

Şizofreni semptomlarının birçoğu, başka ruhsal veya fiziksel rahatsızlıklarda da görülebildiği için tanı konulabilmesi oldukça güç olmaktadır. Bu nedenle şizofrenide tüm ayırıcı tanı unsurlarının doğru değerlendirilmesi gerekmektedir.

Amerikan Psikiyatri Birliği' ne ait Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-5) 'na göre bu çalışmada şizofreni tanı kriteri olarak değerlendirilen tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir:

- A. Aşağıdaki belirtilerin ikisinden (veya daha çoğundan) her biri, bir aylık (veya başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir sürenin önemli bir kesiminde bulunur. Bunlardan en az birinin (1, 2 veya 3) bulunması gerekmektedir.
1. Sanrılar,
 2. Varsanılar,

3. Darmadağın konuşma (Örneğin, sık sık konudan sapma gösterme veya anlamsız konuşma),
 4. İleri derecede dağınık davranış veya katatonik davranış,
 5. Negatif belirtiler (duygusal katılımda azalma veya kalkışmama),
- B. Bu bozukluğun başlangıcından beri geçen zamanın önemli bir kesiminde, iş, kişilerarası ilişkiler veya kendine bakım gibi, bir veya birden çok ana alanda işlevsellik düzeyi, bu bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altındadır (veya çocukluk veya ergenlikte başlamışsa, kişilerarası, okulda veya işle ilgili işlevsellik, erişilmesi beklenen düzeye erişemez).
- C. Bu bozukluğun süregiden bulguları en az altı ay sürer. Bu altı aylık evre, A tanı ölçütünü karşılayan, en az bir aylık (veya başarıyla tedavi edilmişse daha kısa süreli) belirtileri (açık evre belirtilerini) kapsamalıdır ve ön (prodromal) ve artakalan (rezidüel) belirti evrelerini kapsayabilir. Bu bozukluk, ön veya artakalan evreleri sırasında, yalnızca negatif belirtilerle veya bu hastalığın A tanı ölçütünde sıralanan iki veya daha fazla belirtinin eşitli biçimiyle (Örneğin, yadırganacak denli olağana aykırı inançlar, olağandışı algısal yaşantılar) kendini gösterebilir.
- D. Şizoduygulanımsal (şizoaffektif) bozukluk veya psikoz özellikleri gösteren depresyon bozukluğu veya iki uçlu (bipolar) bozukluk dışlanır, çünkü ya 1) açık evre belirtileriyle eşzamanlı olarak majör depresyon veya mani dönemleri ortaya çıkmamıştır veya 2) açık evre belirtilerin olduğu sırada duygu durum dönemleri ortaya çıkmışsa bile, bunlar hastalığın açık ve artakalan dönemlerinin toplam süresini az bir kesiminde bulunmuştur.
- E. Bu bozukluk, bir maddenin (Örneğin, kötüye kullanılan bir madde, ilaç) veya başka bir sağlık durumunun fizyolojisiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.
- F. Otizm açılımı kapsamında bir bozukluk veya çocuklukta başlayan bir iletişim bozukluğu öyküsü varsa, şizofreni tanısı konabilmesi için gerekli diğer belirtilerin yanı sıra belirgin sanrılar veya varsanılar da en aza bir aylık (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir süreyle varsa, ayrıca şizofreni tanısı da konur (APA 2014).

1.2.2.3 Şizofrenide Sıklık ve Yaygınlık

Hafner' in 1988 yılındaki bir çalışmasına göre, şizofreninin sıklığı ve yaygınlığı hakkında kültürler arası anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir. Ayrıca şizofrenide morbidite riskinin, ülkeden ülkeye çok az farkı olduğu iddia edilmiştir ve buna ek olarak, yaşam boyu görülme riskinin her iki cinsiyette de aynı olduğu, fakat erkeklerde ve kadınlarda şizofreni başlangıç evrelerinin farklı olduğu belirtilmiştir (Hafner, 1988). Bir diğer çalışmada ise, erkeklerde şizofreni başlangıcının kadınlara oranla daha erken, tedaviye yanıtın daha az ve negatif belirtilerin daha fazla olduğu ortaya konulmuştur. Buna ek olarak yapılan beyin görüntüleme sonuçlarına göre beyin anomali sıklığının erkeklerde daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Karamustafaloğlu vd., 1998). On yıl ara ile yapılan iki farklı çalışmanın sonuçları değerlendirildiğinde cinsiyet farklılıkları açısından Hafner' in çalışmasında vurguladığı, kadınlarda ve erkeklerde şizofreni başlangıç evrelerinin farklı gidişatı konusunun, ayrıntılı açıklanarak desteklendiği görülmektedir. 2010 yılında yapılan bir çalışmada, toplumlar arasında şizofreninin görülme sıklığında oransal farklılıkların olduğu ortaya konmuştur. Bu oransal farklılıkların sebebinin, çevresel risklere maruz kalınmasının bir sonucu olduğu belirtilmiştir (Binbay vd., 2010). Hafner' in 1988 yılında yaptığı çalışmadan on iki yıl sonra Binbay ve arkadaşlarının yaptığı çalışma sonuçlarına göre, topluluklar arası şizofreni yaygınlığında fark olmadığı görüşünün ise artık desteklenmediği görülmektedir.

Şizofreni hastalığında iyileşme oranı %10-%60 arasındayken, tüm hastaların sadece %20-%30 oranında bir kesimi hayatına normal devam edebilmektedir. Ayrıca dünya sağlık örgütü verilerine göre şizofreni sıklığının Avrupa ve Asya'da %0,85 olduğu bildirmiştir (Öztürk ve Uluşahin, 2008). Başka bir çalışmada, Türkiye'de şizofreni yaygınlığının bin kişide 8,9 olduğu ve bu sonucun, diğer ülkelerde bildirilen oranlardan yaklaşık iki kat daha yüksek olduğu belirtilmiştir, ayrıca bu çalışma verilerine göre Türkiye ve diğer ülkelerde yapılan araştırmalar karşılaştırıldığında, toplumsal koşullarda fark olsa da Türkiye'de şizofreni yaygınlık oranının daha yüksek olma eğiliminde olduğu bildirilmiştir (Binbay vd., 2011).

Sağlık Bakanlığı verilerine göre, Türkiye'de erkeklerde toplam nüfusta %2,5 kadınlarda ise toplam nüfusta %2,1 oranında şizofreni vakasının görüldüğü belirtilmiştir

ve buna ek olarak yaşam yılına uyarlama yapıldığında yeti kaybına yol açan hastalıklar sıralamasında 9. sırada yer aldığı tespit edilmiştir (Ünüvar vd. 2006). Buna ek olarak şizofreni genç yaşlarda başlamakta ve toplumun yaklaşık %1 ini etkilemektedir ve Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, yeti yıkımına yol açan hastalıklar listesinde şizofreni hastalığının ilk onda olduğu açıklanmıştır (Atmaca ve Durat 2016). Bu bağlamda Sağlık Bakanlığı verilerinin, Dünya Sağlık Örgütü verileri ile uyumlu olduğu görülmektedir. Sadock ve arkadaşlarının 2009 yılında yayınladıkları çalışmalarına göre, dünyada her bir yılda yaklaşık olarak 2 milyon yeni şizofreni vakası görülmektedir ve düşük sosyoekonomik koşullar şizofreni görülme sıklığını artırmaktadır ayrıca en sık rastlanan medeni durumun bekar olma durumu olduğu tespit edilmiştir. Bununla birlikte kadınlarda ve erkeklerde dünya genelinde şizofreni görülme sıklığının eşit olduğu bildirilmektedir. Şizofreni başlangıcının on yaş öncesi ve kırk beş yaş sonrası ender görüldüğü, fakat erkeklerde başlangıç yaşının yaklaşık 15-25, kadınlarda yaklaşık 25-35 olduğu varsayılmaktadır ve erkeklerde kadınlara oranla daha erken olduğu belirtilmektedir (Akt. Karkuş vd., 2017). Şizofreni hastalığının görülme sıklığı 12 yaş altında oldukça nadir olmakla birlikte, geç ergenlik döneminde bu görülme sıklığı artmaktadır (Balım, 2001).

Son olarak şizofreni görülme sıklığının ülkeden ülkeye farklı olabileceği yapılan çeşitli çalışmalarla gösterilebilmektedir, fakat henüz ırk özelliklerine göre az veya çok görüldüğünü açıklayacak çalışmalar henüz bulunmamaktadır (Karkuş vd., 2017).

1.1.3. Gidişat ve Sonlanım

Şizofreni, yaşam boyu süren, farklı sonlanım biçimleri görülen ve epizodik gidişatı olan bir hastalık olmakla birlikte, başlangıcından itibaren birkaç yıl içerisinde psiko sosyal işlevlerde bozulmalar görülmektedir. Sonrasında daha stabil gidişatın gözlemlendiği bir hasta profili ortaya çıkmaktadır. Kadın hastalarda, erkeklere oranla daha iyi bir gidişat gözlenmekte ve elli yaş üzeri hastalarda bazı işlevsel düzelmeler ve belirtilerde hafiflemeler görülebilmektedir (Karamustafalıoğlu vd., 1998). Şizofrenide işlevsellik kayıpları, hastalığın başlangıcıyla veya başlangıcından hemen önce sıklıkla ortaya çıkmaktadır. Ayrıca şizofrenide sık görüldüğünden göz ardı edilmemesi gereken bir konudur. Buna ek olarak, çocukluk ve ergenlik dönemlerinde, sosyal uyumlarının ve okul ortamına uyumlarının daha zor olduğu, birçok çalışmada tespit edilen şizofreni

hastalarında, erkeklere oranla kadınlarda başlangıç yaşı daha erkendir. Ayrıca, psikotik depresyon erkeklerde daha erken yaşlarda ortaya çıkmaktadır (Oral, 2005).

Başlangıç evresinden önce, şizofrenide birkaç hafta veya daha uzun süre devam eden depresyon, öz bakımda azalma, kaygı gibi belirtiler görülmektedir. Şizofreni, başlangıcı iveden veya yavaş ilerleyen formlarda olmakla birlikte gidişat ve sonlanım genel olarak belirtilerde alevlenme ve sönme dönemleri içeren, belirtilerin uzun süre takibi sonrasında, gidişat hakkında daha net bir tablonun ortaya çıktığı bir hastalıktır. Başlangıç yaşının yirmi yaştan sonra olması, negatif semptomların olmaması, aile desteğinin olması, sanrılarının olması, katatonik veya paranoid tip olması, şizofreni hastalığının olumlu gidişat göstergesi olarak değerlendirilmektedir. Ancak başlangıç yaşının erken olması, şizoid veya şizotipal alt tip olması, negatif belirtilerin fazla olması, şizofreni hastalığının olumsuz gidişat göstergesi olarak değerlendirilmektedir (Karakuş vd., 2017).

Şizofrenide olumlu gidişatın sağlanması için yapılan psikolojik destek müdahalelerinin çoğaltılması, bununla birlikte, ilaç tedavisine uyumun artması amacıyla motivasyon çalışmaları yapılması, farmakolojik ve psikolojik tedavi yöntemlerinin bütüncül yaklaşımla yeniden değerlendirilmesi gerektiği ve bu alanda çalışmaların artırılması gerektiği düşünülmektedir.

1.1.4. Şizofreni Hastalığının Etiyolojisi

Şizofreni hastalığının etiyolojisinde, en önemli rolü genetik faktör üstlenmekle birlikte çevresel faktörlerin semptomların ortaya çıkış aşamasında etkili olduğu bilinmektedir.

Şizofrenide beyin görüntüleme çalışmaları sonuçlarına göre en çok frontal ve temporal beyin loblarında etkilenmeler olduğu, ayrıca nörolojik bulgularda dopamin, serotonin, glutomat ve gamma aminobütirik asit gibi sistemlerdeki kimyasallarda artış ve azalmalar hastalığın oluşumunda etkisi olduğu çeşitli çalışmalarda desteklenmektedir. Özellikle kortikal dopamin seviyelerindeki azalmanın negatif belirtilerle ilişkisi ve artmış subkortikal ve limbik dopamin seviyelerinin pozitif belirtilerle ilişkisi düşünülmektedir (Ertuğrul, 2005). Dopamin anormallikleri üzerine farklı bir görüş, geçmişte şizofreni patofizyolojisinin odak noktasını, dopamin artış ve azalışlarına bağlı kalarak açıklama girişimlerine karşın, günümüzde şizofreni

hastalığının nedenleri arasında glutomat sisteminin en az dopamin kadar etkili olabileceğine odaklanılmaktadır. Buna ek olarak, çevresel stresörlerin etkisiyle kortizol düzeyinde artış ve bununla bağlantılı olarak glutomat salınımında artış olması kanıt niteliğindedir (Özdemir ve Özdemir, 2016). Şizofreni Etiyolojisi ile ilgili çalışmaların çoğunluğu, gelişimin erken dönemlerinde genetik faktörlerin çevresel stresörler ile birleştiğinde beyinde değişikliklere yol açan nörogelişimsel bir bozukluk olduğu üzerinde durmaktadır (Ertuğrul, 2005). Beyin görüntüleme çalışmalarından bir başkasına göre, özellikle prefrontal korteks incelendiğinde, işlem belleğinde yeti kayıpları, bu alanda kan akışında azalmalar, hücrel anormallikler, inhibitör kimyasalların azalması gibi farklılıklar tespit edilmiştir ve buna ek olarak prefrontal kortekste tespit edilen bu değişimlerin hangilerinin şizofreniye yol açtığı, hangilerinin ise şizofreni hastalığı sonucunda meydana geldiği hakkında günümüzdeki literatür bilgileri yetersiz kalmaktadır (Ertuğrul ve Rezaki, 2006). Bu araştırmanın, şizofreni etiyojisi ile ilgili beyin görüntüleme sonuçlarını sistemli ve ayrıntılı açıklaması yönüyle, şizofreninin nörogelişimsel boyutuna literatürde derleyici bir etki sağladığı düşünülmektedir. Bu görüşe ek olarak, şizofreninin nörogelişimsel bir bozukluk olduğu hakkındaki görüşler değerlendirildiğinde, hastalığın belirtileri henüz ortaya çıkmadan önce beyin gelişimi esnasında, birincil serebral hasarlar veya beyinde farklı bir patolojik süreç şizofreni gelişimini tetiklemektedir (Hariri vd., 1999).

Gen ve çevre etkileşimi şizofreni etiyojisinde son yıllarda daha gündemde olmakla birlikte şizofreni nedenleri arasında gösterilen psikososyal etmenler baskın psikiyatrik görüşler aracılığıyla ihmal edilmiştir ve buna bağlı olarak gen çevre modeli daha nesnel açıklamalar getirmiştir. Bir diğer yaklaşıma göre, psikanalitik model özünde psiko sosyal nedenleri içinde barındırarak şizofreninin doğuştan gelen bir ego yetersizliği ve devamında psişik çatışmalarla sonuçlanarak çevresel faktörlerden etkilenecek dış dünyaya aktarılması beklenen duygu yatırımıyla benliğine dönmesi ile açıklanmaktadır (Baskak vd., 2009).

Ruhsal bozukluklardan özellikle şizofreni hastalığının etiyojisi hakkında yeterli bilgi bulunmamakla birlikte, yapılan çalışmalarla şizofreniye neden olan bazı etkenlerin varlığından bahsetmek günümüzde mümkün olmaktadır. Örneğin, olumsuz çevresel faktörlerin ve beslenme bozukluklarının şizofreniye temel hazırladığı düşünülmektedir ve ayrıca genetik yatkınlığın şizofrenide önemli bir rol üstlendiği

söylenmektedir, fakat buna rağmen, tam olarak hangi gen veya genlerden kaynaklandığı günümüzde halen bilinmemektedir. Buna ek olarak, beslenme bozukluklarının şizofreni hastalığıyla bağlantısı hakkında yapılan araştırmalar göstermektedir ki; özellikle prenatal dönemde D vitamini eksikliğinin başta şizofreni olmak üzere nöropsikiyatrik hastalıklarda yeni olguların görülme hızında artışa sebep olduğu ortaya konulmuştur ve bu sebeple şizofreni etiolojisinde bir risk etmeni olarak görülmektedir (Gürbüz ve Yüksel, 2013).

Literatürde, şizofreni etiolojisi söz konusu olduğunda, bir enfeksiyon türünün varlığı güncel araştırmalarda sıklıkla incelenmektedir. Nöropatolojik çalışmalarda toxoplasma gondii enfeksiyonunun, şizofrenide yüksek prevalansa sahip olduğu ve çeşitli kimyasalların seviyelerini etkileyebileceği gözlenmiştir. Ayrıca, antipsikotik ilaçların bu enfeksiyonu inhibe etmesinin çalışmalarla kanıtlanması şizofreni ve toxoplasma gondii enfeksiyonu arasındaki ilişkinin varlığını güçlendirmektedir (Karabulut, 2013).

1.1.5. Şizofreni Hastalığının Tedavisi

Şizofrenide pozitif semptomların ilaçla tedavi edilmesi, klorpromazin ile 1952 yılında başlamıştır ve ardından 2000' li yıllara gelindiğinde ikinci kuşak antipsikotikler sayesinde, şizofrenide görülen pozitif semptomlarda ve genel psikopatolojide başarılı tedaviler gerçekleştirilerek beraberinde şizofrenlerin izole yaşamları azalmıştır fakat bu tedavi biçimiyle birlikte hastalarla terapötik ilişki kurmanın öneminin azaldığı ve yüksek dozlarda ilaç uygulamalarının gözlemlendiği tek boyutlu tedavi anlayışını beraberinde getirmiştir (Çetin, 2015). Antipsikotik ilaçların ilk sırada olduğu tedavi yönteminin şizofrenide alternatif seçeneklerinden birisi de elektro konvülsif tedavidir. EKT kullanımı günümüzde sınırlı olmakla birlikte, en çok şizofreni ve psikotik bozukluk tedavisinde tercih edilmekte ve şizofreni alt tiplerine göre tedavinin etkisi değişkenlik göstermektedir (Tomruk ve Oral 2007).

Şizofrenide iyileşmenin sağlanabilmesi için, pozitif negatif semptomlar, işlevsellik ve depresyon düzeyleri gibi şizofreni hastalığının gidişatına etki eden belirtilerinin tamamında genel bir düzelme görülmesi beklenmektedir. İlaç tedavisinin, negatif semptomların ve işlevselliğin iyileştirilmesi konusunda yetersiz olduğu

bilinmektedir. Buna ek olarak, Sungur ve Yalnızın görüşlerine göre, şizofrenide farmakoterapinin yeterli olduğunu iddia eden yaklaşım, şizofreninin biyolojik boyutuna odaklanılarak psiko sosyal boyutunu görmezden gelinmesiyle sonuçlanmaktadır. Ayrıca yeterli olduğu öngörülen bu tedavi anlayışının varsanı, sanrı gibi belirtilerin antipsikotikler yardımıyla bertaraf edilmesinin katkısı göz ardı edilemez, fakat şizofrenlerin iş hayatına, sosyal yaşama, özel yaşama uyum sağlamaları ve başa çıkma becerilerini kazanmaları psikolojik destek verilmeden mümkün olmamaktadır. Buna ek olarak, pozitif semptomlar üzerinde terapötik yöntemler uygulandığında, pozitif semptomların yatıştığı ve buna bağlı olarak özellikle yaşam becerileri kazandırma odaklı, sosyal uyum kazanmalarını destekleyici ve aktivitelere katılmalarının sağlandığı psiko sosyal yaklaşımlar sayesinde negatif semptomlarda iyileşmeler görülmektedir (Sungur ve Yalnız 1999). Geçmişte şizofreni hastalarının tedavisi semptom odaklıyken, günümüzde psiko sosyal boyutunda önem kazanmasıyla daha farklı yaklaşımlar kazanmıştır. Bununla birlikte, son on yılda şizofreni tedavisinde psiko sosyal desteğin önemine odaklanılmaktadır, ancak temel tedavi biçimi antipsikotikler ile sağlanmaktadır (Çetin 2015).

Şizofreni tedavisinde, farmakolojik yöntemlerin etkinliği ve sınırları bilinmektedir fakat şizofreni hastalarının semptomları antipsikotik desteği ile azaltıldığında ortaya çıkabilecek başlıca sorunlar sosyal uyum ve stresörlerle başa çıkabilme olacağı düşünülmektedir. Bu düşünceden yola çıkılarak bu araştırmada, psiko sosyal alanlarda yeterli desteklenme sağlanırsa, şizofreni hastalarının genel psikopatolojilerinde, depresyonla başa çıkma düzeylerinde, sosyal uyum ve işlevsellik düzeylerinde gelişim gözlenmesi, hatta hastalığın getirdiği semptomların ilaçla tedavisine de katkı sağlanması beklenmektedir. Bu araştırmada savunulan tedavi yaklaşımına benzer bir görüş şu şekildedir; Antipsikotik ilaç tedavisi, psikotik semptomları yatıştırıcı ve önleyici etkisinden dolayı şizofreni tedavisinin standart bir uygulamasıdır. Buna rağmen, hastaların genel popülasyonda yaklaşık olarak yarısı, pozitif ve negatif semptomlarla hayatlarına devam etmektedir. Bir alternatif olarak değerlendirildiğinde, bilişsel davranışçı terapi yaklaşımı ile şizofrenide semptomların şiddetini azaltmak, yeniden alevlenmeleri önlemek ve işlevsel iyi oluş kapasitelerini artırmak hedeflenmektedir (Karakuş vd., 2017). Şizofreni hastalarının bakımevlerinde çeşitli eğitimler ve ikna yöntemleri kullanılması ile semptomlarda azalma sağlanması

girişimleri Pinel 'in psikiyatriye sağladığı alternatif psiko sosyal bir girişim olmakla birlikte, daha sonrasında bu uygulamanın ismi moral tedavi olarak literatürde yerini almıştır (Soygür vd., 2007). Ayrıca şizofrenide tedaviye uyum söz konusu olduğunda, yaş, kişilik özellikler, zihinsel kapasite ve cinsiyet etkili faktörlerdir. Özellikle hastaların kişilik özellikleriyle ilişkili olarak ilaçlara ve diğer tedavilere olan eğilimleri arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır. Bununla birlikte tedaviye uyumu destekleyen girişimlerin varlığı, terapötik destek çerçevesinde değerlendirildiğinde, sosyal destek verilmesi, etkinliklerden faydalanılması, iletişimin güçlendirilmesi ve hastalık durumu ile ilgili gerekli bilginin doğru aktarılması, klinik uzmanlarla iletişim kurulması, sosyal uyumu, işlevsel uyumu ile ilişkili olarak tedavi planına uyumu artırıcı etkiye sahiptir. Bu faktörler uygulandığında, şizofrenisi olan bireylerin yaşam kalitesinin, işlevselliğinin artması ihtiyaç olan uyumun sağlanması ve alevlenmelerin azalması muhtemel olmaktadır. Bu sebeple şizofrenide psiko sosyal alanda destek veren çalışmaların artırılmasına ihtiyaç duyulmaktadır (Çobanoğlu vd., 2003).

Bu araştırmada fiziksel egzersizin şizofreni hastalarına çeşitli boyutlarda etkileri ele alınmıştır ve etkinliklere katılımlarında uyum problem çekmedikleri gözlemlenmiştir. Bu durumu destekleyen bir çalışma, bir kısım şizofreni hastalarının etkinliklere katılım sağlama ve tavsiyeleri dikkate alma eğiliminde olduklarının bilinmekte olduğunu ve bu sayede ilaçların metabolik yan etkilerini önlemek amaçlı uygulanan fiziksel egzersiz etkinliklerine daha iyi uyum sağladıklarını ortaya koymuştur (Çetin, 2015).

1.2 ŞİZOFRENİDE DEPRESYON

Depresif belirtiler, birçok ruhsal bozukluğa eşlik etmektedir. Şizofrenide ise başlangıç evresinden itibaren görülebilen depresif belirtilerin, uyum sorunları ve işlevsel bozulmaya bağlı bir yıkım süreciyle gelişmesi veya bir eş tanı niteliğinde psikotik depresyon formunda komorbid özellikte ortaya çıkması da mümkün görülmektedir. Fakat depresif belirtiler, şizofreninin gidişatını olumsuz etkilemektedir. Bu sebeple, depresif belirtilerin azalmasını sağlamak, şizofrenide başa çıkma yöntemlerinin gelişmesini sağlamaktadır. Bu çalışmada, düzenli fiziksel egzersizle şizofrenide görülen depresif belirtilerin sağaltımı amaçlanmaktadır.

Depresif belirtilerin varlığı, şizofreninin başlangıç döneminde, alevlenme sonrası dönemde ve akinetik belirtilerin olduğu dönemde sıklıkla gözlemlenmektedir. Ayrıca, şizofrenide negatif belirtiler depresyon belirtileriyle benzer yapıda olduğundan, ayırıcı unsur olarak şizofreninin negatif belirtilerindeki künt duygulanım temel alınmaktadır (Karakuş vd., 2017). Depresyon, yalnızca şizofreninin ilerleyen dönemlerinde, belirtilerle başa çıkamama durumunda ortaya çıkmamaktadır. Aksine şizofrenide, başlangıç evresiyle birlikte depresyon sıklıkla eşlik etmektedir. Şizofrenide depresyon, hastalığın gidişatını olumsuz etkileyen, iyileşmeyi yavaşlatan, sık görülen ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen, ciddi bir durum olarak değerlendirilmektedir. Bu görüşe ek olarak, şizofrenide sık görülen depresyonun analizinin yapılması, negatif belirtiler, dış çevresel faktörler ve madde bağımlılığı gibi durumlardan ayrı değerlendirilmesi gerektiği için yalnızca tüm durumların iyi değerlendirilmesiyle belirlenebilmektedir. Bu nedenle, depresif belirtilerin kökeni irdelenmeden, şizofrenide depresyonun sağaltımı mümkün görülmemektedir (Kayahan ve Veznedaroğlu, 2006).

Şizofreni hastalarında görülen depresyon hakkında yapılan bir çalışma, şizofreni belirtilerinin ve bu hastalığın tedavisinde kullanılan antipsikotiklerin yan etkilerinin, depresyonun gözden kaçmasına sebep olduğunu belirtilmektedir. Bununla birlikte, günümüzde şizofreniye eş tanı olarak kullanılan depresyonun, tespit edildiğinde önlenabilir olduğu ve bu nedenle şizofreni hastalarının bakımı sağlanırken risk faktörleri arasında depresyonun iyi değerlendirilmesi gerektiği, şizofrenide depresyonun iyi irdelenmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Atmaca ve Durat, 2016). Atmaca ve Durat'ın çalışmalarındaki görüşlerine göre, şizofrenide depresyonun önemli bir ipucu olduğunun vurgulanması ve bu konuda şizofreni hastalarına bakım verenlerin daha dikkatli gözlem yapması gerektiği hakkındaki öneriler bu alanda büyük bir eksikliğin altını çizmektedir ve bu anlamda bu çalışma içeriğindeki yönelimle uyumlu olduğundan desteklenmektedir.

Majör depresif bozukluk tanı kriterleri arasında psikotik özelliğin varlığı bilinmektedir. Ayrıca şizofreni hastalığında çökkün duygu durumuyla karakterize olan rezidüel dönemle birlikte, yoğun depresif belirtiler gözlemlenebilmektedir. Bu durum, şizofreninin postpsikotik depresif bozukluğu olarak adlandırılmaktadır (Oral, 2005). Şizofrenide depresyon sıklıkla ortaya çıkmaktadır ve şizofrenide farklı alt tanılar almış

olan hastalarda depresyon durumlarını değerlendirirken hayatı tehdit eden faktörlere ve zihinsel bozukluklara oldukça dikkat edilmesi gerekmektedir (Rahim, 2016).

Depresyonun ortaya çıkmasında biyolojik yatkınlık etkili olabilmektedir. Şizofrenide biyolojik yatkınlığın daha çok görüldüğü stres diatez model, depresyon içinde geçerli görülmektedir. Bu açıdan bakıldığında, şizofreni ve depresyon konusunda biyolojik yatkınlık benzer bir tablo oluşturmaktadır. Ayrıca serotonin eksikliğinin, depresyonun önemli bir nedeni olduğu yadsınamaz bir gerçektir. Başka benzer yapıda bir reseptöründe şizofreninin negatif semptomlarının nedeni olduğu belirtilmektedir. Bu yönüyle depresyon ve şizofreni farklı iki ruhsal hastalık olmasına rağmen, yapı ve nedensellik bağlamında biyolojik yatkınlık ve epigenik faktörler değerlendirildiğinde benzerlik göstermektedir (Albayrak ve Ceylan, 2004). Ayrıca, şizofreni hastalığında depresyonun görülme sıklığı ile ilgili yapılan bir çalışma sonuçlarına göre, kişilik bozukluğu eşlik eden şizofreni vakalarında, özellikle C kümesi kişilik bozukluğuyla birlikte görülen şizofrenide depresyon düzeylerinin önemli seviyede yüksek olduğu görülmektedir (Karşlıoğlu vd., 2012). Bu sonuçlara göre, şizofrenide depresyonun görülme sebepleri arasında, kişilik bozukluğunun varlığı durumunun ele alınmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

1.3 ŞİZOFRENİDE İŞLEVSELLİK

Şizofreni hastaları, iletişim kurma, sosyal hayata uyum sağlama ve günlük hayatı sorunsuz devam ettirebilmek için gerekli olan çeşitli işlevsel becerileri yerine getirmede yeti yitimi yaşamaktadır. Şizofrenide işlevsel iyileşme, sosyalleşme, olumlu ilişkiler kurma, para yönetimi yapabilme, günlük ihtiyaçları karşılayabilme gibi birçok alanı kapsamaktadır. İşlevsel iyileşme, sosyal ve bilişsel becerilerin ideal düzeye ulaşmasıyla ortaya çıkmaktadır. İşlevsel iyileşmenin sağlanması için hastaların yaşam kalitelerini artırıcı ve sosyal hayata adaptasyonlarının sağlanmasını amaç edinmiş yaklaşımların tedavi yöntemi olarak benimsenmesi gerekmektedir (Emiroğlu vd., 2009).

Sosyal işlevsellik, kişiler arası iletişim kurabilme ve bu iletişimi sürdürebilme gibi sosyal ihtiyaçları bireyin kendisinin karşılaması olarak görülmektedir. Erol ve arkadaşlarının çalışma sonuçlarına göre, şizofrenide sosyal işlevsellikte bozulma ile negatif semptomlar arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki negatif semptomların, sosyal işlevlerde meydana gelen bozuklukların nedeni olabileceği

görüşünü desteklemektedir (Erol vd., 2009). Bir başka çalışmada, psiko sosyal müdahalelerin ilaç tedavisine eklendiği bir program sayesinde, şizofreni belirtilerinin şiddetinde azalma, hastaların sosyal işlevselliğinde ise artış olduğu gözlemlenmiştir. Bu sonuçların, şizofreni tedavisinde bütüncül yaklaşımın etkinliğini göstermesi nedeniyle önemli oluğu düşünülmektedir. Türkiye’de şizofreni tedavisinin ilaç odaklı olduğu ve psiko sosyal girişimlerin sınırlı olduğu ve buna ek olarak pozitif negatif belirtilerin, işlevselliğin ve duygu durumların etkileşimini bütüncül olarak araştıran çalışmaların literatürde olmadığı vurgulanmıştır (Arslan vd., 2015). Bu görüşler şizofrenide işlevsel iyi oluşun önemini ortaya koymaktadır. Bu çalışma ise, Türkiye’de uzun zaman diliminde uygulanan ve bütüncül yaklaşımla pozitif negatif semptomları, depresyonu ve işlevselliği bir arada ele alarak literatüre katkı sağlamayı ve psiko sosyal müdahalelerin önemini vurgulayarak bütüncül tedavi yöntemini desteklemeyi amaçlamaktadır.

Şizofreni hastalığında sosyal işlevlerde kayıplar oluşması ile bilişsel bozukluklar arasında ilişki bulunmaktadır. Bununla birlikte ilaç tedavisinde pozitif ve negatif semptomlarda gözlenen bazı düzeltilmeler, bilişsel bozuklukların düzeltilmesinde aynı düzeyde etki edememektedir. Ayrıca, sosyal ve bilişsel işlevlerdeki yetersizliğin nedenleri, şizofreninin nörogelişimsel bir bozukluk olmasıyla açıklanabilmektedir (Ünal, 2003). Buna ek olarak, şizofrenide işlev bozukluğu hakkında bir başka çalışma, bilişsel işlevlerde bozulmayı, sosyal becerilerde kayıpların olduğu, dikkat, bellek ve yeti fonksiyonlarında azalmaların gözlemlendiği, negatif pozitif belirtilerden bağımsız bir semptom kümesi olduğu şeklinde açıklamaktadır. Buna ek olarak bilişsel işlevlerdeki bozulmanın ilaç tedavisi ve psikolojik destek ile birlikte düzelmeye gösterebilen bir durum olduğu vurgulanmaktadır (Aksaray vd., 2001). Şizofrenide işlevsel iyi oluş hakkında bir başka yöntem olan hayvan destekli tedaviler hakkında yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre, şizofrenide sosyal işlevselliğin düşük olması ile negatif semptomlar arasında bir bağlantı olduğu düşünülmektedir ve hayvan destekli tedavi yöntemleri şizofrenide işlevsel iyi oluşun sağlanmasına katkı sağlamaktadır. (Cevizci vd., 2009). Şizofrenide ciddi işlev kayıpları sıklıkla ortaya çıkmaktadır. Bu işlev kayıpları bazı çalışmalarda şizofrenide görülen belirtilerden bağımsız olarak, farklı bir şekilde eksiklik sendromuyla açıklanmaktadır. Eksiklik sendromuna göre, şizofrenide işlev kayıpları hastalığın başından beri var olan ve gidişata göre ilerleyebilen negatif belirtilerle örüntü şeklinde ilerleyen, işlevsellikteki bozulmalar olarak belirtilmektedir (Tiryaki vd., 2009)

Şizofreni hastalarının işlevsel iyi oluşları sağlandığı durumlarda, sosyal hayata katılımları kolaylaşmaktadır. Bununla birlikte, bakım ihtiyaçları azaldığı için topluma ve bakım verenlere düşen yük azalma göstermektedir. Şizofreni hastalarında bakım verenlerin yükü ve işlevsellik arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmanın sonuçlarına göre, işlevsel iyi oluşları sağlanmış şizofreni hastalarının kendi temel ihtiyaçlarını karşılayabilmeleri, topluma uyum sağlamaları ve alışveriş ihtiyaçlarını kendilerinin karşılayabilir hale gelmeleri bakım verenlere olan bağımlılıklarını ve ekonomik yükü azaltmaktadır (Pazvantoğlu vd., 2014). Şizofrenide bakım ihtiyaçları ve işlevselliğin incelendiği bir başka çalışmanın sonuçlarına göre, bakım verilen korumalı evlerde hayatlarını sürdüren şizofreni hastalarının kendi evinde yaşayan şizofreni hastalarına oranla sosyal işlevsellik ve bilişsel işlevsellik düzeyleri daha yüksek olduğu ortaya konulmuştur. Bu sonuçların sebebinin, bakım veren yerlerde sosyal etkinliklerin daha fazla olması olabileceği belirtilmektedir (Kavak ve Ekinci, 2014). Bu çalışmanın sonuçlarıyla bağlantılı olarak şizofrenide fiziksel egzersiz uygulamalarının, şizofreni hastalarında işlevsel iyi oluşa katkı sağladığı düşünülmektedir.

Şizofrenide sosyal ve bilişsel işlevsellik konusunda yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre, sözel yetenek, sözel hafıza işlevi ile sosyal hayatta problemlere çözüm getirebilme arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Buna ek olarak, aynı çalışmaya katılan şizofreni hastalarıyla 2,5 yıl süren izlem çalışması tasarlanarak, sosyal ve bilişsel işlevlerin düzelmesindeki kararlılığın devamlılığı incelendiğinde, bilişsel ve sosyal işlevsellik arasındaki ilişkinin zaman içinde değişmeden tutarlı gidişat gösterdiği ortaya konulmuştur (Addington ve Addington, 1999; 2000).

Şizofrenide işlevsel iyi oluş sağlanamadığı durumlarda, yeti yitiminin artış gösterdiği bir tablo ortaya çıkmaktadır. Uluğ ve arkadaşlarının görüşlerine göre, psikolojik hastalıklarda yeti yitimi meydana geldiğinde, bu durumun, işlevsellik ve psikopatoloji alanlarında ayrıca değerlendirilmesi önerilmektedir. Buna ek olarak, şizofreni tanısıyla ilişkili olduğu halde, yeti yitiminin bağımsız bir şekilde değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Uluğ vd., 2001). Şizofreni, bireyin sosyal yaşamının temel yapılarını yıkıcı özelliğe sahip olmakla birlikte, bu yıkım yaratan belirtiler, işlevsellikte bozulmalara sebep olmaktadır. Ancak sosyal işlev bozukluğu tanı kriterlerine bakıldığında, şizofrenide görülen işlevsel iyi olamama durumunu tam olarak karşılayamamaktadır. Bu yüzden dissosyallik olarak adlandırılması önerilmektedir.

Fakat şizofreni dissosyitesi olarak ele alınan kavramın, sosyal işlev bozukluğu kavramından ayırt edilebilmesi için, toplumu ve sosyal hayatı farklı değerlendirmelerine yol açan algı bozuklukları hakkında daha kapsamlı çalışmaların desteklenmesi gerekmektedir (Stanghellini ve Ballerini, 2002).

1.4 FİZİKSEL EGZERSİZİN ŞİZOFRENİ BELİRTİLERİNE ETKİSİYLE İLGİLİ ÇALIŞMALAR

Günümüzde, şizofreni hastalığının tedavi arayışları arasında, ilaç kullanımının yetersiz kaldığı durumlarda, farmakoterapiye ek olarak, psiko sosyal terapi yöntemleri ilgi görmektedir. Literatürde, düzenli fiziksel egzersiz etkinliğinin, şizofrenide bazı belirtilere olumlu etki ettiğini gösteren çalışma sonuçları bulunmaktadır. Ancak, şizofreni hastalarında, semptomların azalmasına ve işlevsel iyi oluşa katkı sağlayabilecek psikolojik destek müdahaleleri, günümüzde ilaç tedavilerine yardımcı unsur olarak yeterli düzeyde kullanılamamaktadır. Literatürde bu konuda çalışmaların artırılması gerektiği, ayrıca fiziksel egzersizin şizofreni hastalarında depresyonun ve semptomların azalmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Buna ek olarak, bazı çalışmalarda, fiziksel egzersiz uygulamalarının, şizofreni hastalığında semptomların ve alevlenmelerin azalmasına katkı sağladığı bildirilmiştir.

Düzenli uygulanan fiziksel egzersiz programlarının psikolojik rahatsızlıklar üzerindeki etkisini inceleyen bir araştırmanın sonuçları, fiziksel egzersizin şizofreni hastalığının tedavisinde yardımcı bir unsur olduğunu ve bu konudaki çalışmalara dikkat çekilmesi gerektiğini bildirmektedir (Tkachuk ve Martin, 1999). Buna ek olarak fiziksel egzersizin şizofreni hastalarının yaşam kalitesine etkisini inceleyen bir başka çalışmanın 2,5 aylık çalışma sonuçlarına göre, fiziksel egzersiz programları, şizofreni hastalarında psikiyatrik semptomları azaltmaktadır ve yaşam kalitesinin artırılmasında etkili olduğu belirtilmektedir (Acil vd., 2008). Fiziksel egzersiz programlarının şizofreni hastaları üzerindeki etkinliği hakkında literatürde bir derleme çalışmasının bulguları, Dodd ve arkadaşlarının 2011 yılındaki 7 aylık çalışma sonuçlarında fiziksel egzersizin negatif semptom ölçümlerinde düşme , pozitif semptom ölçümlerinde ise artış olduğunu, Beebe ve arkadaşlarının 2013 yılındaki 4 aylık çalışmalarında egzersiz yapan şizofrenilerin, pozitif ve negatif semptom ölçümlerinde ciddi düşüş tespit edildiğini, Cassilhas ve arkadaşlarının 2015 yılındaki 5 aylık çalışmalarında egzersiz yapan şizofreni

hastalarının, yapmayanlara oranla, pozitif negatif belirtilerinin ve depresyon düzeylerinin azaldığını, Loh ve arkadaşlarının 2016 yılındaki 3 aylık çalışma sonuçlarında ise, fiziksel egzersiz yapan şizofreni grubunda, işlevsellik puanlarında artış pozitif ve negatif belirtilerde azalma olduğunu, yapmayan grupta ise, işlevsellik puanlarının değişmediği negatif ve pozitif belirtilerde artma olduğu ve son olarak, Ho ve arkadaşlarının 2016 yılındaki 6 aylık çalışmasında egzersiz yapan tai chi olarak belirleyerek, tai chi yapan şizofreni hasta grubunun pozitif belirti puanlarında düşüş, negatif belirti puanlarında artış ve egzersiz yapmayan grup puanlarında ise değişikliğin olmadığını bildirmiştir (Akt. Lök ve Lök, 2016).

Literatürdeki bu araştırma sonuçları, şizofreni hastalarında pozitif semptomların genel bir azalma, negatif semptomların ise dikkat çekecek düzeyde azalma eğilimi gösterdiği, ayrıca şizofrenide depresyon belirtilerinin azaltılması konusunda düzenli fiziksel egzersiz uygulanan psiko sosyal destek programlarının etkinliğini ortaya koymaktadır.

1.5 ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırma, düzenli fiziksel egzersiz faaliyetlerin, şizofreni tanısı almış hastaların pozitif-negatif semptomları ve depresyon düzeyleri üzerine etkisinin araştırılması amacıyla düzenlenmiştir. Buna ek olarak çalışmada, şizofreni hastalarının düzenli olarak fiziksel egzersiz yaptırdıktan sonra, hastalığın pozitif ve negatif semptomlarına etkisiyle, depresyon düzeylerine etkisinin bir arada gösterilmesi hedeflenmiştir. Araştırma sonucunda elde edilecek olan verilerin, şizofreni hastalığının daha iyi anlaşılmasını sağlayacağı ve hastalığın psiko sosyal tedavisi için geliştirilebilecek yöntemlere katkıda bulunulabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmanın asıl hedefi, şizofreni hastalarının psiko sosyal tedavisinde ve onların hayata entegrasyonlarının sağlanmasında etkisi belirlenmiş, yan etkisi olmayan alternatif bir yöntemin kullanılabilirliğini sunmaktır.

Bu çalışmada şizofreni tanısı almış olan, fiziksel egzersiz yapan ve fiziksel egzersiz yapmayan iki grubun pozitif-negatif semptomları arasındaki fark ve depresyon düzeyleri arasındaki fark karşılaştırılıp, işlevsel iyi oluş düzeyleri incelenecektir. Bu amaçlar için çalışmanın ilgi odağı soruları aşağıda verilmiştir.

1. Fiziksel egzersizin şizofreni hastalarında görülen pozitif ve negatif semptomlara bir etkisi var mıdır?
 - 1.1. Fiziksel egzersiz yapan deney grubunda uygulanan Pozitif ve Negatif Semptom Ölçeği ön test ve son test puanları karşılaştırıldığında anlamlı bir değişim var mıdır?
 - 1.2. Fiziksel egzersiz yapmayan kontrol grubunda uygulanan Pozitif ve Negatif Semptom Ölçeği ön test ve son test puanları karşılaştırıldığında anlamlı bir değişim var mıdır?
 - 1.3. Düzenli fiziksel egzersiz uygulaması pozitif negatif semptomların azalmasında etkili midir?
2. Fiziksel egzersizin şizofreni hastalarında depresyon düzeylerine bir etkisi var mıdır?
 - 2.1. Deney ve kontrol gruplarının ön test son test karşılaştırma sonuçlarına göre Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği puanlarında anlamlı bir farklılık var mıdır?
 - 2.2. Fiziksel egzersiz yapan deney grubunda kontrol grubuna oranla depresyon belirtilerinde azalma var mıdır?
3. Fiziksel egzersizin şizofreni hastalarında işlevsel iyi oluşlarına bir etkisi var mıdır?
 - 3.1. Deney grubu ve kontrol grubu arasındaki ön test son test karşılaştırmalarına göre fiziksel egzersiz yapan deney grubunda işlevsel iyi oluş düzeylerindeki artış anlamlı mıdır?

1.6. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

H1: Fiziksel egzersiz yapan şizofreni hasta grubunda fiziksel egzersiz yapmayan şizofreni hasta grubuna göre pozitif ve negatif semptomlar daha düşük seviyededir.

H2: Fiziksel egzersiz yapan şizofreni hasta grubunda fiziksel egzersiz yapmayan şizofreni hasta grubuna göre depresyon düzeyleri daha düşüktür.

H3: Fiziksel egzersiz yapan şizofreni hasta grubu ve fiziksel egzersiz yapmayan şizofreni hasta grubunun, işlevsel iyileşme düzeyleri arasında anlamlı farklılık vardır.

H4: Deney grubunda ön test son test sonuçlarına göre anlamlı bir farklılık vardır.

H5: Kontrol grubunda ön test son test sonuçlarına göre anlamlı bir farklılık yoktur.

1.7. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Yapılan literatür taramasında fiziksel egzersizin birçok ruhsal bozuklukla birlikte şizofreni tedavisi üzerine etkisini gösteren çalışmaların olduğu görülmüştür. Bu araştırmayla, planlanmış çalışmaların tamamlanması sonucunda elde edilen verilerin şizofreni hastalığının daha iyi anlaşılmasını sağlayacağı ve bu hastalığın psiko sosyal tedavisi için geliştirilebilecek yöntemlere katkıda bulunulabileceği düşünülmektedir.

Şizofreni psikotik belirtilere eşlik eden, psiko sosyal boyutta bozulmalarla karakterize olan genetik etkenlerin yanı sıra çevresel etkenlerinde önemli rol oynadığı kronik bir rahatsızlıktır (Ertuğrul, 2005). Şizofreni tedavisinde farmakolojik tedavinin yeterli olduğu varsayımı sadece biyolojik açıdan şizofreniyi değerlendirmekle birlikte psiko sosyal boyutu görmezden gelmektedir. Bununla birlikte biyo-psiko-sosyal bütünlüğü bölen bir tutum içermektedir. Bu sebeple şizofreni hastalığında tam bir iyilik hali sağlanması için ilaç tedavisi önemli bir yere sahip olduğunun bilinmesiyle birlikte psiko sosyal uyumun sağlanması için farmakolojik tedavinin yeterliği olduğu söylenememektedir (Sungur ve Yalnız, 1999). Şizofreni tedavisine nesnel bir bakış açısıyla yaklaşıldığında birçok araştırma göstermektedir ki, ilaç tedavisine ek olarak ruh sağlığına faydalı olması için toplumsal, sosyal etkinlik girişimlerinin sağlanması sonucunda olumlu kazanımlar ortaya çıkmaktadır (Yıldız, 2005).

Günümüzde fiziksel egzersizlerin ruhsal sağlığa etkisini araştıran çalışmalarında artış gözlenmiştir. Bununla birlikte klinik çalışmalarda fiziksel egzersizlerin depresyon semptomlarını azaltmasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur ve fiziksel egzersizler, başta depresyon olmak üzere birçok ruhsal rahatsızlığın tedavisinde etkili olmuştur (Karatosun, 2011). Yirmi birinci yüzyıl şizofrenide semptomları ilaçlarla azaltmanın yanı sıra yaşam niteliğinin artırılması sosyal uyum gibi psiko sosyal süreçlerin iyileştirilmesinin öneminin sıklıkla vurgulandığı bir dönem olmuştur (Soygür, 2003).

Kronik şizofreni hastalarının, fiziksel egzersizlere katılım gösterdiği bazı çalışmaların sonuçlarına göre, hastaların kendilerini ruhsal anlamda iyi hissettikleri, psikolojik ve sosyal açıdan daha uyumlu hale geldikleri gibi, ilaç tedavisine uyumlarında da artış gözlemlendiği belirtilmiştir. Buna ek olarak, sağlığın fiziksel olduğu kadar ruhsal iyi olma şeklinde bir bütün olarak ele alınması gerekmektedir. Bu sebeple,

ruhsal tanı almış hastalara düzenli sistemli ve devamlılığı sağlanan egzersiz planları oluşturulması önem arz etmektedir (Lök ve Lök, 2016).

1.8. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Bu araştırma, Şizofrenide İşlevsel iyileşme ölçeği, Pozitif Negatif Semptom Ölçeği, Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği ve Demografik Bilgi Formu sonuçları ile, literatürde bu araştırma için ulaşılabilen kaynaklar ile, yarı deneysel çalışmanın yapıldığı Türkiye’de bulunan bir bakım merkezi ile sınırlıdır. Şizofrenide alt tiplerin ayırt edici unsur olarak değerlendirilmeden, her birinin araştırmaya dahil edilmesi de araştırmanın sınırlılıklarındandır.

1.9. ARAŞTIRMANIN VARSAYIMLARI

Fiziksel egzersiz, şizofreni hastalarında semptomları ve depresyonu azaltmaya yardımcı, işlevsel iyileşmeyi destekleyici psiko sosyal uygulamalarda kullanılabilir bir yöntemdir.

1.10. TANIMLAMALAR

Şizofreni: Bilişsel, davranışsal bozukluklarla birlikte işlevsellikte azalma ve sanrılarında gözlemlendiği nörogelişimsel bir hastalıktır.

Pozitif Sendrom: Varsanılar, sanrılar, düşünce dağınıklığı, hezeyanlar ile karakterize şizofrenide bir belirti kümesidir.

Negatif Sendrom: Affektte küntlük, sosyal izolasyon, stereotipik düşünce gibi belirtilerle karakterize şizofrenide bir belirti kümesidir.

İşlevsel İyileşme: Aile ve çevre ile iyi ilişkiler kurabilme, kişisel bakım ihtiyaçlarını karşılayabilme, para yönetimi yapabilme gibi yeteneklerin kazandırılması durumudur.

Depresyon: Uzun süre devam eden umutsuz, isteksiz, ilgisiz, değersiz hislerle bireyin günlük hayatta severek yaptığı etkinliklerden dahi zevk alamama, temel ihtiyaçlarını giderecek motivasyonu bulamama gibi birçok belirtinin ortaya çıktığı bir hastalıktır.

Ölçek: Özellikle psikoloji alanında bireylerin davranış duygu ve düşüncelerini, ruhsal durumlarını sayısal verilerle ölçmeyi sağlayan ölçüm envanterleridir.

Anhedoni: Geçmişte bireyin zevk aldığı faaliyetlerden artık zevk alamama durumu ve haz kaybıdır.

Şizoid: Sosyal hayata ve duygusal ilişkilere karşı yabancılaşmış bir tür kişilik bozukluğudur.

Şizotipal: Sıklıkla sosyal izolasyon ve olayları olduğundan farklı algılamayı içeren bir tür kişilik bozukluğudur.

Ambivalans: Üzüntü ve mutluluk gibi birbirine zıt duyguları bir arada yaşama durumudur ve sıklıkla şizofrenide görülen belirtilerden birisidir.

Otizm: Beynin gelişiminde bozukluklar yaratan ve sıklıkla tekrarlayan davranışların görüldüğü bir tür bozukluktur.

Sanrı: Gerçeklikten kopmuş düşünceleri içeren şizofrenide sıklıkla görülen, diğer adı hezeyan olarak bilinen uygunsuz düşünceleri açıklamak için kullanılan terimdir.

Varsanı: Diğer adı halüsinasyon olarak bilinen, beş duyunun herhangi biriyle algılanan gerçek dışı olayları gerçek gibi algılama durumudur.

Stereotipik Davranış: Genellikle yineleyici özellikte çeşitli ve anlamsız bedensel hareketleri ifade eden terimdir.

Dopamin: Beyinde reseptörleri aktive edebilen ve vücutta kendiliğinden de bulunan bir kimyasaldır.

Serotonin: Mutluluk hormonu olarak da bilinen bu nörotransmitter, beyinde önemli işlevlere sahiptir ve özellikle depresyon hastalığıyla ilişkilendirilir.

Gamma Aminobütrik Asit: Beyinde daima inhibitör etkili nörotransmitterdir.

BÖLÜM II

YÖNTEM

2.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ

Bu araştırma, şizofreni hastalarında fiziksel egzersizin pozitif ve negatif semptomlara, depresyon düzeylerine ve işlevsel iyi oluşlarına etkisini yarı deneysel araştırma yöntemi kullanarak inceleyen, sonuçlara ön test ve son test yöntemiyle ulaşılan bir çalışmadır.

2.2. EVREN VE ÖRNEKLEM

Araştırma, Tokat ilinde bulunan, isim bilgisini gizli tutmayı tercih eden, gerekli izinlerin sağlandığı bir bakım merkezinde bulunan, DSM-V-TR şizofreni tanı ölçütlerini karşılayan, 18 yaşından büyük, 80 (N) şizofreni hastasının grup eşleştirme yöntemiyle, fiziksel egzersiz faaliyetlerine katılan şizofreni tanısı almış 20 kadın 20 erkek toplam 40 hasta ($n_1:40$), deney grubunu oluşturmuşlardır. 20 kadın 20 erkek, toplam 40 şizofreni tanısı almış olan hasta ($n_2:40$) ise, kontrol grubunu oluşturmuşlardır. Deney grubuna 8 hafta boyunca, haftada 2 gün 60 dakika, egzersiz eğitimi almış uzmanlar tarafından düzenli fiziksel egzersiz yaptırılmıştır. Uygulanan fiziksel egzersiz programı, 10 dakika ısınma, 20 dakika aerobik egzersizi, ardından 20 dakika denge ve germe egzersizleri ile son olarak 10 dakika soğuma egzersizi şeklinde planlanmıştır. Kontrol grubuna 8 haftalık süreçte herhangi bir fiziksel egzersiz yaptırılmamıştır. Bu çalışmada, 8 haftalık egzersiz döneminin tamamlanmasının ardından, bu süreçte fiziksel egzersiz uygulamasından faydalanmayan kontrol grubu için, deney grubuna fiziksel egzersiz yapmaları amacıyla sağlanan tüm imkanlar eşit şartlarda sağlanmıştır.

Katılımcıları dışlama ölçütü, hastanın çalışmaya katılmak istememesi ve fiziksel egzersiz yapmasına engel teşkil eden fiziksel bir bozukluğun bulunmasıdır. Bağımlı değişken, depresyon seviyesi ve pozitif-negatif semptomların düzeyidir. Bağımsız değişken, fiziksel egzersizdir. Kontrol değişkeni, fiziksel egzersiz yapmayan şizofreni hastalarının depresyon seviyesi ve pozitif-negatif semptomlarının düzeyidir.

2.2.1. Katılımcılara Ait Demografik Bilgilerin Dağılımı

2.2.1.1 Katılımcıların Demografik Bilgileri

Katılımcılara ait demografik bilgilerin dağılımının belirlenmesi amacıyla frekans analizi yapılmış ve tabloda verilmiştir.

Tablo 1: Katılımcıların Demografik Bilgileri

		Grup			
		Kontrol		Deney	
		N	%	n	%
Yaş	18-25	0	0,0%	1	2,5%
	25-35	5	12,5%	9	22,5%
	35-65	33	82,5%	30	75,0%
	65+	2	5,0%	0	0,0%
Cinsiyet	Erkek	20	50,0%	20	50,0%
	Kadın	20	50,0%	20	50,0%
Medeni Durum	Evli	3	7,5%	3	7,5%
	Bekar	24	60,0%	23	57,5%
	Boşanmış	10	25,0%	14	35,0%
	Dul	3	7,5%	0	0,0%
Eğitim Düzeyi	İlköğretim	33	82,5%	25	62,5%
	Lise	4	10,0%	15	37,5%
	Yüksekokul veya üniversite	3	7,5%	0	0,0%
	Yüksek Lisans/Doktora	0	0,0%	0	0,0%

Gruplara göre yaş dağılımı incelendiğinde kontrol grubunun %12,5'i 25-35, %82,5'i 35-65 yaş grubunda iken %5'i 65 yaş üzeri yaş grubundadır. Deney grubunun %2,5'i 18,25; %22,5'i 25-35, %75'i 35-65 yaş grubundadır.

Kontrol ve deney gruplarında kadın erkek oranı ise yarı yarıyadır. Gruplara göre medeni durum dağılımı incelendiğinde; kontrol grubunun %7,5'i evli, %60'ı bekar, %25'i boşanmış, %7,5'i ise duldur. Deney grubunda ise %7,5'i evli, %57,5'i bekar olup boşanmış olanların oranı %35'tir. Gruplara göre eğitim durumunun dağılımı incelendiğinde; kontrol grubunun %82,5'i ilköğretim, %10'u lise mezunu olup, %7,5'i yükseköğretim veya üniversite mezunudur. Deney grubunun ise %62,5'i ilköğretim, %37,5'i lise mezunudur.

2.3 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada kullanılan ölçüm araçları, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği, Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği ve demografik bilgi formudur. Elde edilen veriler SPSS veri analizi istatistik programıyla yorumlanmıştır.

2.3.1. Veri Toplama Yöntemi

Şizofreni hastalarına çalışmanın amacı ve uygulama yöntemi açıklanarak bilgi edinmeleri sağlanmış ve Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (bkz. Ek: 1) ile izinleri alınmıştır. Demografik bilgi formu ve veri toplama araçları bölümünde belirtilen diğer ölçekler, ön test uygulaması için 2017 Haziran ayının ilk haftasında uygulanmıştır. Son test uygulaması ise, 2017 Ağustos ayının son haftası uygulanmıştır.

2.3.1.1. Demografik Bilgi Formu

Demografik bilgi formunun kullanım amacı uygulanan diğer ölçeklere ek olarak, bu çalışmaya katılan şizofreni hastaları hakkında detaylı bilgi edinmektir. Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni hal hakkında istenilen verilere bu şekilde ulaşılmaktadır (bkz. Ek 2).

2.3.1.2. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS)

Bu ölçek 1987 yılında Kay ve arkadaşları tarafından yayınlanan toplan 30 maddeden oluşan 7'li likert tip semptom şiddet değerlendirmesi içeren yarı yapılandırılmış bir ölçektir. Buna ek olarak, alt ölçek maddelerinden 7 tanesi pozitif sendrom alt ölçeğine ,7 tanesi negatif sendrom alt ölçeğine diğer 16 tanesi genel psikopatoloji alt ölçeğine aittir. Her alt ölçek ayrı puanlanmaktadır. Pozitif sendrom ölçeği 7-34 arasında puanlandırılmaktadır. Negatif sendrom alt ölçeği, 7- 41 arasında puanlandırılmaktadır. Genel psikopatoloji alt ölçeği, 16- 67 arasında puanlandırılmaktadır (bkz. Ek 3). PANSS Ölçeğinin Türkçe uygulamasının geçerlik ve güvenilirliği çalışma sonuçları değerlendirilmiştir ve bu değerlendirilmeye göre geçerli ve güvenilir olarak kullanılabilceği gösterilmiştir (Kostakoğlu vd., 1999).

2.3.1.3. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (CŞDÖ)

Calgary şizofrenide depresyon ölçeği, şizofreni hastalarının depresyon düzeylerinin değerlendirilmesi ve gerekli belirlemelerin yapılması açısından kullanılan bir ölçektir. Bu ölçek yarı yapılandırılmış 4' lü likert tip değerlendirme içeren 9 sorudan oluşmaktadır. Buna ek olarak ölçeğin içerdiği her madde 0 ile 3 arasında puanlandırılır ve total puan 0-27 arasında değişkenlik gösterebilmektedir (bkz. Ek 4). Bu ölçeğin Türkçe uyarlaması güvenilirlik ve geçerlik çalışmasında değerlendirilmiştir ve güvenilir olarak kullanılabilceği gösterilmiştir. Ayrıca Kesme puanı 11-12 puan olarak belirlenmiştir (Aydemir vd., 2000).

2.3.1.4. Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ)

Bu ölçek şizofreni hastalarının işlevsel iyi oluşlarını değerlendirmek için kullanılmakta olan yarı yapılandırılmış,4 alt bölüm ve toplam 19 madde içeren 5'li likert tip bir ölçektir (bkz. Ek 5). Buna ek olarak ölçeğin Türkçe uyarlaması güvenilirliği ve geçerliği çalışmasının değerlendirilmesine göre güvenilir olarak kullanılabilceği gösterilmiştir. (Emiroğlu vd., 2009).

2.4. VERİ ÇÖZÜMLEME YÖNTEMLERİ

Katılımcıların demografik bilgilerinin belirlenmesi amacıyla frekans analizi yapılmıştır. Ölçek yönergelerine göre hesaplanan ölçek ve alt boyut skorlarının deney ve kontrol gruplarında ön test son test karşılaştırmaları bağımlı gruplarda t testi ile

incelenmiştir. Daha sonra ölçek ve alt boyut skorlarının son test-ön test farkı alınmış ve bu farkın deney ve kontrol gruplarında anlamlı düzeyde farklılık gösterip göstermediği bağımsız gruplarda t testi ile incelenmiştir. Analizler SPSS 20.0 yazılımı ile %99 güven düzeyinde yapılmıştır.



BÖLÜM III

BULGULAR

3.1. KONTROL GRUBU ÖLÇEK VERİLERİNİN ANALİZİ

3.1.1. Kontrol Grubunda Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği Ön test-Son Test Karşılaştırması

Kontrol grubunda pozitif negatif sendrom ölçeği ve alt boyutlarının ön test ve son test ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının tespiti için yapılan bağımlı gruplarda t testi sonuçları tabloda verilmiştir.

Tablo 2: Kontrol Grubunda Ölçeklerin Ön test-Son Test Karşılaştırması

		N	Ortalama	Std. Sapma	t	P
Pozitif Belirtiler	Ön test	40	26,63	7,43	-9,257	0,000*
	Son test	40	29,83	7,20		
Negatif Belirtiler	Ön test	40	34,08	7,41	-6,643	0,000*
	Son test	40	36,48	6,99		
Genel Psikopatoloji	Ön test	40	74,55	11,20	-10,910	0,000*
	Son test	40	79,75	10,93		

* $p < 0,001$

Buna göre kontrol grubunda pozitif belirtiler, negatif belirtiler ve genel psikopatoloji ortalamaları ön test ve son test arasında anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ($p < 0,001$). Kontrol grubunda pozitif belirtiler, negatif belirtiler ve genel psikopatoloji ortalamaları ön testten sonra anlamlı düzeyde artış göstermiştir.

3.1.2. Kontrol Grubu Calgary Depresyon Ölçeği Ön Test ve Son Test Karşılaştırması

Kontrol grubunda Calgary Depresyon ölçeği ön test ve son test ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının tespiti için yapılan bağımlı gruplarda t testi sonuçları tabloda verilmiştir.

Tablo 3: Kontrol Grubu Calgary Depresyon Ölçeği Ön Test ve Son Test Karşılaştırması

		N	Ortalama	Std. Sapma	t	P
Calgary Depresyon Ölçeği	Ön test	40	10,85	4,63	-6,247	0,000*
	Son test	40	13,80	4,20		

* $p < 0,001$

Buna göre kontrol grubunda Calgary Depresyon Ölçeği ortalamaları ön test ve son test arasında anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ($p < 0,001$). Kontrol grubunda Calgary Depresyon Ölçeği ön testten sonra anlamlı düzeyde artış göstermiştir.

3.1.3. Kontrol Grubunda Şizofrenide İşlevsel Düzelm Ölçeği ve Alt Boyutlarının Ön Test ve Son Test Karşılaştırması

Kontrol grubunda Şizofrenide İşlevsel Düzelm Ölçeği ve alt boyutlarının ön test ve son test ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının tespiti için yapılan bağımlı gruplarda t testi sonuçları tabloda verilmiştir.

Tablo 4: Kontrol Grubunda Şizofrenide İşlevsel Düzelm Ölçeği ve Alt Boyutlarının Ön Test ve Son Test Karşılaştırması

		N	Ortalama	Std. Sapma	t	P
ŞİLÖ Toplam	Ön test	40	42,78	7,11	11,901	0,000*
	Son test	40	37,83	6,89		
Sosyal İşlevsellik	Ön test	40	16,88	3,57	8,071	0,000*
	Son test	40	14,78	3,00		
Sağlık ve Tedavi	Ön test	40	8,10	1,77	6,614	0,000*
	Son test	40	6,83	1,68		
Günlük Yaşam Becerileri	Ön test	40	14,98	2,71	5,722	0,000*
	Son test	40	13,80	2,57		
Mesleki İşlevsellik	Ön test	40	2,83	1,03	4,284	0,000*
	Son test	40	2,43	0,68		

* $p < 0,001$

Buna göre kontrol grubunda Şizofrenide İşlevsel Düzelm Ölçeği ve alt boyutlarının ön test ve son test ortalamaları arasında anlamlı düzeyde farklılık bulunmaktadır($p < 0,001$). Şizofrenide İşlevsel Düzelm Ölçeği geneli ve alt boyutların hepsinde ön test sonrasında anlamlı düzeyde bir azalma gözlenmiştir.

3.2. DENEY GRUBU ÖLÇEK VERİLERİNİN ANALİZİ

3.2.1. Deney Grubunda Ölçeklerin Ön Test Son Test Karşılaştırması

Deney grubunda pozitif negatif sendrom ölçeği ve alt boyutlarının ön test ve son test ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının tespiti için yapılan bağımlı gruplarda t testi sonuçları tabloda verilmiştir.

Tablo 5: Deney Grubunda Ölçeklerin Ön test-Son Test Karşılaştırması

		N	Ortalama	Std. Sapma	t	p
Pozitif Belirtiler	Ön test	40	22,55	8,63	7,289	0,000*
	Son test	40	16,63	5,45		
Negatif Belirtiler	Ön test	40	26,98	7,57	9,688	0,000*
	Son test	40	19,15	6,13		
Genel Psikopatoloji	Ön test	40	66,83	11,91	16,307	0,000*
	Son test	40	45,13	10,57		

***p<0,001**

Buna göre deney grubunda pozitif belirtiler, negatif belirtiler ve genel psikopatoloji ortalamaları ön test ve son test arasında anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Deney grubunda pozitif belirtiler, negatif belirtiler ve genel psikopatoloji ortalamaları ön testten sonra anlamlı düzeyde azalma göstermiştir.

3.2.2. Deney Grubunda Calgary Depresyon Ölçeği Ön Test Ve Son Test Karşılaştırması

Deney grubunda Calgary Depresyon ölçeği ön test ve son test ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının tespiti için yapılan bağımlı gruplarda t testi sonuçları tabloda verilmiştir.

Tablo 6: Deney grubunda Calgary Depresyon Ölçeği ön test ve son test karşılaştırması

		N	Ortalama	Std. Sapma	T	p
Calgary Depresyon Ölçeği	Ön test	40	13,78	5,78	14,760	0,000*
	Son test	40	6,73	3,57		

* $p < 0,001$

Buna göre deney grubunda Calgary Depresyon Ölçeği ortalamaları ön test ve son test arasında anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ($p < 0,001$). Deney grubunda Calgary Depresyon Ölçeği, ön testten sonra anlamlı düzeyde azalma göstermiştir.

3.2.3. Deney Grubu Şizofrenide İşlevsel Düzelm Ölçeği Ön Test Son Test Karşılaştırması

Deney grubunda Şizofrenide İşlevsel Düzelm Ölçeği ve alt boyutlarının ön test ve son test ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının tespiti için yapılan bağımlı gruplarda t testi sonuçları tabloda verilmiştir.

Tablo 7: Deney grubu Şizofrenide İşlevsel Düzeltme Ölçeği ön test son test karşılaştırması

		N	Ortalama	Std. Sapma	T	p
ŞİLÖ Toplam	Ön test	40	39,53	5,02	-24,166	0,000*
	Son test	40	56,53	4,81		
Sosyal İşlevsellik	Ön test	40	15,58	2,71	-12,602	0,000*
	Son test	40	21,30	2,23		
Sağlık ve Tedavi	Ön test	40	7,28	2,17	-18,070	0,000*
	Son test	40	12,73	1,52		
Günlük Yaşam Becerileri	Ön test	40	14,18	1,91	-17,344	0,000*
	Son test	40	19,90	2,00		
Mesleki İşlevsellik	Ön test	40	2,50	0,64	-0,681	0,500
	Son test	40	2,60	0,96		

***p<0,001**

Buna göre, kontrol grubunda Şizofrenide İşlevsel Düzeltme Ölçeği geneli ve alt boyutlarından sosyal işlevsellik, sağlık ve tedavi ile günlük yaşam becerileri alt boyutlarında ön test ve son test ortalamaları arasında anlamlı düzeyde farklılık varken ($p<0,001$), mesleki işlevsellik alt boyutunda anlamlı düzeyde bir farklılık gözlenmemiştir. Deney grubunda Şizofrenide İşlevsel Düzeltme Ölçeği geneli ve alt boyutlarından sosyal işlevsellik, sağlık ve tedavi ile günlük yaşam becerileri alt boyutlarında ön test sonrası anlamlı düzeyde bir artış gözlenmiştir.

3.3. SON TEST-ÖN TEST DEĞİŞİMİNİN GRUPLARA GÖRE KARŞILAŞTIRMASI

3.3.1. PANSS Ölçeği'nin Son Test-Ön Test Değişiminin Gruplara Göre Karşılaştırması

Son test ve ön test farklarının deney ve kontrol gruplarına göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının tespiti için yapılan bağımsız gruplarda t testi sonuçları verilmiştir.

Tablo 8: PANSS Ölçeği' nin son test-ön test değişiminin gruplara göre karşılaştırması

		N	Ortalama	Std. Sapma	t	P
Pozitif Belirtiler	Kontrol	40	3,20	2,19	10,330	0,000*
	Deney	40	-5,93	5,14		
Negatif Belirtiler	Kontrol	40	2,40	2,28	11,556	0,000*
	Deney	40	-7,83	5,11		
Genel Psikopatoloji	Kontrol	40	5,20	3,01	19,031	0,000*
	Deney	40	-21,70	8,42		

***p<0,001**

Pozitif negatif sendrom ölçeği ve alt boyutlarının son test- ön test farklarının deney ve kontrol grupları ortalamaları arasında anlamlı düzeyde farklılık bulunmaktadır ($p<0,001$). Pozitif negatif sendrom ölçeği ve alt boyutlarında kontrol grubunda bir artış gözlenirken, deney grubunda bir düşüş gözlenmiştir.

3.3.2. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği' nin Son Test-Ön Test Değişiminin Gruplara Göre Karşılaştırması

Tablo 9: Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği' nin Son Test-Ön Test Değişiminin Gruplara Göre Karşılaştırması

		N	Ortalama	Std. Sapma	T	P
Calgary Depresyon Ölçeği	Kontrol	40	2,95	2,99	14,888	0,000*
	Deney	40	-7,05	3,02		

***p<0,001**

Calgary depresyon ölçeği son test-ön test farklarının deney ve kontrol grupları ortalamaları arasında anlamlı düzeyde farklılık bulunmaktadır ($p<0,001$). Calgary depresyon ölçeği kontrol grubunda bir artış gözlenirken, deney grubunda bir düşüş gözlenmiştir.

3.3.3. Şizofrenide İşlevsel Düzelmeye Ölçeği' nin Son Test-Ön Test Değişiminin Gruplara Göre Karşılaştırması

Tablo 10: Şizofrenide İşlevsel Düzelmeye Ölçeği' nin Son Test-Ön Test Değişiminin Gruplara Göre Karşılaştırması

		N	Ortalama	Std. Sapma	t	P
Şilo Toplam	Kontrol	40	-4,95	2,63	-26,859	0,000*
	Deney	40	17,00	4,45		
Sosyal işlevsellik	Kontrol	40	-2,10	1,65	-14,947	0,000*
	Deney	40	5,73	2,87		
Sağlık ve tedavi	Kontrol	40	-1,28	1,22	-18,788	0,000*
	Deney	40	5,45	1,91		
Günlük yaşam becerileri	Kontrol	40	-1,18	1,30	-17,749	0,000*
	Deney	40	5,73	2,09		
Mesleki İşlevsellik	Kontrol	40	-0,40	0,59	-2,874	0,005**
	Deney	40	0,10	0,93		

*p<0,001

**p<0,05

Şizofrenide İşlevsel Düzelmeye Ölçeği geneli ve alt boyutlarından sosyal işlevsellik, sağlık ve tedavi, günlük yaşam becerileri alt boyutlarının, son test-ön test farklarının deney ve kontrol grupları ortalamaları arasında anlamlı düzeyde farklılık bulunmaktadır (p<0,001). Ayrıca şizofrenide, İşlevsel Düzelmeye Ölçeği alt boyutlarından, mesleki işlevsellik alt boyutunda, son test- ön test farklarının deney ve kontrol grupları ortalamaları arasında anlamlı düzeyde farklılık bulunmaktadır (p<0,05). Şizofrenide İşlevsel Düzelmeye Ölçeği geneli ve alt boyutlarında, kontrol grubunda bir düşüş gözlenmişken, deney grubunda artış gözlenmiştir.

BÖLÜM IV

TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

4.1. TARTIŞMA

Görülme sıklığının belirgin değişiklik göstermediği göz önünde bulundurulduğunda, dünya genelinde yaklaşık 60 milyon, Türkiye’de ise yaklaşık 350 bin şizofreni hastasının var olduğu, bu yaygınlığa rağmen güncel ilaç tedavilerinin beklenen etkiyi göstermede yetersiz kaldığı ve tüm bu durumlar değerlendirildiğinde hem farmakoloji alanında hem de psikoloji alanında farklı tedavi yöntemleri arayışının ortaya çıktığı belirtilmiştir (Uzbay, 2009). Ayrıca, şizofrenide pozitif ve negatif semptomlar, şizofrenide depresyon, şizofrenide işlevsellik kriterleri hakkında, bu araştırma öncesinde, literatürde ayrı başlıklar altında ele alınmış bazı çalışmalar bulmak mümkündür ve bu çalışmaların fiziksel egzersizle ilgili en genel ortak sonucu fiziksel egzersizin şizofrenide negatif belirtileri azalttığı yönündedir (Lök ve Lök, 2016). Ancak bu araştırma, şizofrenide pozitif ve negatif semptomlar, depresyon, işlevsellik konuları bir araştırmanın içinde ana kriterler olarak bütüncül yaklaşımla ele alınıp, bir dış motivasyon sağlama unsuru olarak fiziksel egzersiz yönteminin kullanımıyla, nasıl sonuçlar elde edileceğini irdelemesi sebebiyle, bir ilk olma özelliğindedir ve şizofrenide iyiye giden bir tablo ortaya çıkarma çabası bu araştırmanın temel misyonu olmuştur. Ruhsal hastalıklarda belirtilerle başa çıkmanın yöntemleri üzerine çalışmalar yapılırken fiziksel sağlık ikinci plana atılmaktadır ve bu durum bütüncül yaklaşımı yok etmektedir (Erginer ve günüşen, 2013). Buna ek olarak, Ruhsal hastalıklar ile fiziksel egzersiz pozitif ilişkilidir ve fiziksel egzersizin ruhsal hastalıkların önlenmesinde de etkisi olabileceği belirtilmektedir (Cankorur, 2016). Bu araştırma sonuçlarının desteği ile şizofrenide fiziksel egzersizin, yalnızca bir motivasyon kaynağı değil, aynı zamanda düzenli ilaç kullanımına ek olarak sağlandığında, semptomları ve depresyonu azaltıcı etkisi olan, şizofrenide işlevselliğin kazanılmasına katkı sağlayan, tedavi amaçlı kullanılacak bir psiko sosyal destek yönteminin mümkün olabileceğini ortaya koymuştur. Bu yöntemin etkinliğinin kanıtlanması, günümüzde uygulanan şizofreni tedavisine yeni bir bakış açısı getirecektir. Ayrıca bu araştırmanın sonuçlarının ortaya konması, gelecekte şizofreni hastalarını topluma kazandırmanın önünü açacak bir tedavi

modelinin geliştirilmesinin temelini oluşturacaktır. Düzenli fiziksel egzersizin sağlığın geliştirilmesi ve korunması amacıyla tercih edilebilecek bir yöntem olduğu vurgulanmaktadır (Can vd., 2014). Bu sebeple bu araştırmada motivasyon yöntemi olarak özellikle fiziksel egzersiz uygulaması tercih edilmiştir.

Bu araştırma, şizofreni tanısı alan toplam 80 hasta ile 8 hafta süren fiziksel egzersiz uygulamasıyla yürütülmüştür. Bu uygulama gönüllülük esasına bağlı kalınarak ve alanında uzman egzersiz eğitmenleri ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmada deney ve kontrol gruplarına göre katılım yaş, cinsiyet, medeni durum ve eğitim düzeyi eşleştirilmiştir. Deney ve kontrol grubunda kadın ve erkek oranı eşit tutulmuştur. Bu nedenle grupların demografik özellikleri arasında oransal anlamda benzerlikler vardır. Bu demografik kriterler değerlendirildiğinde, araştırmaya katılan şizofreni hastalarının özellikle eğitim düzeylerinin en çok ilkökul olduğu tespit edilmiştir. Eğitim düzeyi ile ilgili bir çalışmaya göre, şizofreni hastalarının bilişsel işlevleri ile eğitim düzeyleri arasında pozitif ilişki olduğu belirtilirken, bu ilişkide, bilişsel işlevselliğin eğitimi etkileme ihtimali veya eğitimin şizofreni hastalığı sonucunda etkilenmesi ihtimali tam olarak saptanamamıştır (Yıldız vd., 2011). Bu nedenle, bu araştırmanın sonuçlarında katılımcıların eğitim düzeyinin düşük olmasının, şizofreni hastalığının getirdiği sosyal ve bilişsel işlevlerdeki bozulmalar ile şizofreni hastalarının eğitim düzeyleri arasındaki ilişki ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Şizofrenide işlevselliğin artmasına katkı sağlayıcı bir yöntem bulma çabasında olan bu çalışma, ortaya koyduğu bu yöntemle gelecekte şizofreni hastalarının eğitim düzeylerinde artış sağlanmasının, işlevsellik artırıcı çalışmaların etkili uygulanması ve yaygınlaşması ile mümkün olabileceği düşünülmektedir. Şizofrenide medeni durum ve işlevselliğin ilişkisinin ele alındığı bir çalışmanın sonuçlarına göre bekar olan şizofreni hastalarının, evli olanlara oranla sosyal işlevselliklerinin daha yüksek olduğu, sosyal izolasyonlarının ve kişiler arası ilişkilerdeki işlevselliğin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Erol vd., 2009). Her iki grup içinde medeni durum sonuçları incelendiğinde, en çok bekar olma durumu görülmektedir. Bu sonucun da şizofrenide ortaya çıkan sosyal işlevlerde kayıpların, özellikle sorumluluk alma, sosyal anlamda içe çekilmeyle düzenli bir hayat sürmeyi engellediği bilindiğinden, şizofrenide işlevselliğin bozulmasıyla ilişkili bir sonuç olarak değerlendirilmektedir. Gruplara göre yaş dağılımı incelendiğinde her iki grupta da en çok 35- 65 yaş aralığı çoğunluktadır. Deney ve kontrol grubunun benzer demografik

özellikler taşıması grup eşleştirme yöntemiyle ilişkili olup, araştırmaya katılan her iki grubun da aynı ortamda, eşit şartlarda hayatlarını sürdürmeleri, sağlık ekibi tarafından düzenli ilaç kullanımlarının sağlanması, psikiyatri uzmanları tarafından her hafta değerlendirilmeleri ve psikologlar ile sosyal hizmet uzmanları tarafından psikolojik destek ihtiyaçlarının karşılanması, yarı deneysel yöntem kullanılması için gerekli koşulların sağlanması sebebiyle, bu belirtilen koşullar eşit olduğundan araştırma sonuçlarının güvenilirliği yüksektir. Buna ek olarak benzer bir çalışma bu eşit yaşam koşulları sağlanmadan yapıldığında ortaya çıkabilecek olan sonuçlardaki farklılıkların değerlendirilmesi için, gelecekte farklı yaşam koşullarına sahip şizofreni hastalarının aynı yöntemle değerlendirilmesi önerilmektedir.

Literatürde yöntem olarak farklı olmasına rağmen, bu araştırmanın amacıyla benzer amaca sahip bir çalışmaya göre, şizofreni beyinde gelişimsel bozukluklarla ortaya çıkan, işlevlerde ciddi kayıplara yol açan, pozitif ve negatif belirtilerin gözlemlendiği ve duygulanımdaki bozulmalarda sıklıkla depresyonun görüldüğü bir hastalık olarak açıklanmaktadır. Buna ek olarak, bir kontrol grubunun oluşturulmadığı çalışmada, şizofreni hastalarına psiko sosyal beceri eğitimi verilmiştir ve sonucunda pozitif negatif belirtilerde azalma olduğu tespit edilmiştir (Deveci vd., 2008). Kontrol grubu, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği'ne ve alt boyutu olan genel psikopatolojiye göre değerlendirildiğinde, ön test son test sonuçları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Ortaya çıkan bu anlamlı farklılık kontrol grubunda pozitif negatif belirtilerin ve genel psikopatoloji ortalamalarındaki artışı göstermektedir. Bu artış kontrol grubunda semptomların ve genel psikopatolojinin olumsuz gidişatını işaret etmektedir. 8 hafta arayla yapılan ölçümlerde olumsuz gidişatın kontrol grubunda hakim olması, kontrol grubuna herhangi bir uygulama yaptırılmadığından, bu çalışmada beklenen bir sonuç değildir fakat, ön test son test sonuçları arasında anlamlı bir fark olması, fiziksel egzersiz yapmayan bu grupta motivasyon sağlayan herhangi bir uygulamanın yokluğuyla ilişkisi olarak açıklanabileceği gibi kontrol grubunun uygulama dışında tutulmasının hastalar üzerinde olumsuz etkisinin olup olmadığı tespit edilememiştir. Bu nedenle 8 haftalık programın bitişiyle kontrol grubunda aynı uygulamadan faydalanması sağlanmıştır. Buna ek olarak gelecekteki çalışmalarda bu farklılığın nedenlerinin daha iyi anlaşılabilmesi için random atama yöntemiyle

oluşturulan gruplar ile bir çalışma yapılabilir. Ancak, böyle bir çalışmada hastaların katılım memnuniyeti göz önünde bulundurulmalıdır.

Deney grubu pozitif ve negatif sendrom ölçeğine ve alt boyutlarına göre değerlendirildiğinde, ön test, son test sonuçları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Ortaya çıkan bu anlamlı farklılık kontrol grubunda pozitif negatif belirtilerin ve genel psikopatoloji ortalamalarındaki azalmaya dikkat çekmektedir. Ön test ve son test ortalama düzeyleri arasındaki azalma deney grubunda semptomların ve genel psikopatolojinin olumlu gidişatını işaret etmektedir. Yani deney grubunun 8 hafta süren fiziksel egzersiz programı sonucunda, pozitif ve negatif semptom düzeylerinde ve genel psikopatolojik bulgularının düzeylerinde anlamlı bir azalma meydana gelmiştir. Bu araştırmanın beklediği bir sonuç olmakla birlikte, kontrol grubundaki olumsuz gidişatın aksine, olumlu bir gidişatın ortaya çıkmasına katkı sağlayan fiziksel egzersizin, şizofreni hastalarının semptomları üzerinde olumlu etkisi olduğunun bir kanıtı niteliğindedir.

Şizofrenide depresyonun, hastalığın başlangıcından itibaren her döneminde sıklıkla ortaya çıkabildiği, şizofreniye komorbid bir gidişat gösterebildiği, özellikle işlevselliği ve negatif belirtileri olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir. Bu araştırmanın bulgularına göre kontrol grubunda ön test ve son test sonuçları değerlendirildiğinde, depresyon düzeylerinde anlamlı düzeyde artış görülmektedir. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği' nin şizofreni hastalarında geçerliliği olan bir ölçek olması ve diğer depresyon türlerinden ayrı bir değerlendirme sağlaması sebebiyle, Haziran ve Ağustos ayları arasında verilerin elde edildiği bu araştırmanın sonuçlarında artışın nedenleri değerlendirilirken, mevsimsel depresyonun nadir bir türü olarak bilinen yaz depresyonu ile ilişkili olmadığı düşünülmektedir. Fakat şizofreniye eşlik eden depresyon ile diğer depresyonlar arasında nedensellik bağı hakkında yeterli bilgi bulunmamaktadır. Ancak yinede gelecekteki benzer çalışmalarda depresyon değerlendirilmesi yapılan aylar göz önünde bulundurulmalıdır. Kontrol grubuna herhangi bir uygulamada bulunulmadığı düşünüldüğünde, depresyon düzeylerindeki artışın da grubun motivasyon sağlayan herhangi bir uygulamadan faydalanmamasının olumsuz bir sonucu olması muhtemeldir.

Deney grubunda depresyon düzeyleri değerlendirildiğinde, ön test ve son test arasındaki anlamlı fark dikkat çekmektedir. Kontrol grubu depresyon ön test ortalamasında bir farklılık beklenmezken 10,85’den 13,80’ e yükselmiştir. Ancak deney grubunda depresyon ön test ortalaması 13,78’ den 6,73 puana kadar belirgin bir düşüş gerçekleştirmiştir. Bu sonuçlar iki grup içinde değerlendirildiğinde, fiziksel egzersizin şizofrenide depresyonu önemli boyutlarda azaltmaya yardımcı, motivasyon kaynağı sağlayan bir yöntem olduğu deney gurubu sonuçlarıyla ortaya çıkmaktadır. Bu araştırmada, fiziksel egzersizin, şizofrenide depresyonu azaltmaya destek olan bir unsur olduğu kanıtlanmıştır. Ancak gelecekteki çalışmalarda şizofrenide depresyonu azaltmaya yönelik farklı fiziksel egzersiz yöntemleri üzerine, motivasyon sağlayıcı çalışmaların gerçekleştirilmesinin, bu yöntemlerin çeşitliliğinin artırılmasına katkı yapacağı düşünülmektedir.

Güncel şizofreni belirtilerinin azaltılmasında, ilaç tedavisiyle birlikte ruhsal ve toplumsal terapi yaklaşımlarının şizofreniye uyarlanmasının olumlu sonuçlar verdiğini belirten bir çalışmanın sonuçlarına göre, şizofreni hastalarının işlevselliğinin iyileştirilmesi amacıyla uygulanan topluma kazandırıcı resim ve müzik gibi sosyal aktivitelere ek olarak, grup terapisi, aile psikoeğitimi gibi psiko sosyal yöntemler uygulanması sonucunda şizofreni hastalarının sosyal işlevselliklerinin belirgin oranda arttığı belirtilmiştir (Ensari vd., 2013). Buna ek olarak, şizofrenide birçok alanda işlevsellik kaybının ortaya çıkması, hastalığın belirtileriyle başa çıkamama durumu ile ilişkilidir ve başa çıkma stratejileri geliştirilmesine katkı sağlayacak, motivasyon artırıcı psiko sosyal çalışmalarının artırılması gerektiği belirtilmiştir (Ulusoy ve Delice, 2015). Kontrol grubunda, Şizofrenide İşlevsel Düzelmeye Ölçeği ve alt boyutlarının tamamında ön test, son test sonuçları eşleştirildiğinde, ön test uygulamasından sonra anlamlı düzeyde bir azalmanın tespit edilmesi, şizofreni hastalarında bir motivasyon aracıyla desteklenmedikleri sürece, işlevsellikte bozulmaların süreğenliğini işaret etmektedir. Buna ek olarak, bu araştırmada, şizofreni hastalarında ilaçlarını düzenli kullanımı ve iyi yaşam koşulları sağlanmasına rağmen, işlevselliğin korunması ve geliştirilmesi için bir dış müdahale olmadığında düşüşün kaçınılmaz olduğu ortaya çıkmaktadır.

Deney grubunda Şizofrenide İşlevsel Düzelmeye Ölçeği ve alt boyutları değerlendirildiğinde, sosyal işlevsellik, sağlık ve tedavi ile günlük yaşam becerileri alt boyutlarında grup lehine anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Ön test sonrasında ortaya

çıkan işlevsellikteki anlamlı artış, fiziksel egzersizin şizofrenide işlevselliği artırdığını göstermektedir. Ölçek genelinde ortaya çıkan anlamlı düzeydeki artışın mesleki işlevsellik alt boyutunda görülmemesi uygulamanın yapıldığı örneklemin barındığı kurum dışında bir mesleki yetkinliğe sahip olmamasından kaynaklanmaktadır. Mesleki işlevsellik değerlendirilirken, bu araştırmaya katılan örneklemin mesleki işlev kazanmaları için, el sanatları ve teknik resim gibi birçok eğitimden faydalandıklarını ve bu kurslara katılımlarına göre değerlendirildiklerini belirtmek gerekmektedir. Mesleki işlevsellikte anlamlı düzeyde bir artış olmasa bile, ön test ortalaması 2,50 iken son test sonucunun 2,60 olması, yani mesleki işlevsellikte anlamlı olmasa dahi bir azalma olmadığı göz ardı edilmemelidir. Mesleki işlevsellikte mevcut durumun korunması, fiziksel egzersiz uygulaması sonucunda sağlanmıştır. Bu sonuçlar dikkate alındığında, araştırmaya katılan örneklemin, sosyo-kültürel yapısının ve yaşam koşullarının, uygulanan ölçeğin bazı özelliklerini temsil etmediği düşünülmektedir. Gelecekteki benzer çalışmalarda şizofrenide işlevsellik değerlendirileceğinde, çalışmaya katılacak olan şizofreni hastalarının yaşam koşullarında mesleki işlevselliğin ayrıca değerlendirilmesi ve bu değerlendirmeye göre alt boyutların sonuç değerlendirilmeye dahil edilmesi önerilmektedir.

Son test –ön test değişiminin gruplara göre karşılaştırılması değerlendirildiğinde, şizofrenide pozitif belirtiler deney grubunda azalırken, kontrol grubunda artış göstermiştir. Negatif belirtiler deney grubunda azalırken, kontrol grubunda artmıştır. Genel psikopatoloji alt boyutunda değerlendirilen belirtiler deney grubunda azalırken, kontrol grubunda artmıştır. Depresyon düzeyleri deney grubunda azalırken, kontrol grubunda artış göstermiştir. İşlevsellikte deney grubunda genelde ve sosyal işlevsellikte, sağlık ve tedavi ihtiyaçlarını karşılayabilme, günlük yaşam becerilerini geliştirebilme alanlarında artış gözlemlenirken, kontrol grubunda tüm işlevsellik alanlarında azalma görülmüştür. Ön test son test çalışmasının gerçekleştirildiği iki aylık süreçte, şizofreni belirtilerindeki, depresyon düzeylerindeki ve işlevsellikteki artış azalış durumlarıyla ilgili hastalar ve yakınlarından edinilen sözel geribildirimler de bu sonuçları destekler niteliktedir.

Son olarak, bu çalışmada uygulanan tüm ölçeklerin sonuçları fiziksel egzersize bağlı olarak değerlendirildiğinde, pozitif negatif semptomlarda, depresyon düzeyinde ve işlevsellikte artış ve azalmaların anlamlı ilişki içinde olduğu ortaya çıkmıştır. Bu ilişki,

araştırmanın beklentisiyle paralel bir gidiş gösterdiğinden oldukça dikkat çekicidir. Bu araştırmanın örnekleminin, aynı yaşam koşullarına sahip olmaları, yaş ortalamalarının birbirine yakın olması, kişisel bakım, düzenli ilaç kullanımı, düzenli beslenme ve barınma gibi şizofrenide karşılanması güç olan bu kriterlerin eksiksiz sağlandığı bir ortamda bulunmalarının bir avantaj olduğu ve bu durumun, araştırmada beklenen sonuçlara ulaşılmasında önemli rol oynadığı düşünülmektedir.

4.2. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmanın sonucunda, fiziksel egzersiz yapan şizofreni hasta grubunda fiziksel egzersiz yapmayan şizofreni hasta grubuna göre pozitif ve negatif semptomlar daha düşük seviyededir hipotezi kabul edilmiştir. Fiziksel egzersiz yapan şizofreni hasta grubunda, fiziksel egzersiz yapmayan şizofreni hasta grubuna göre, depresyon düzeyleri daha düşüktür, hipotezi kabul edilmiştir. Fiziksel egzersiz yapan şizofreni hasta grubu ile fiziksel egzersiz yapmayan şizofreni hasta grubunda, işlevsel iyileşme düzeyleri arasında anlamlı farklılık vardır, hipotezi kabul edilmiştir.

Deney grubunda ön test son test sonuçlarına göre anlamlı bir farklılık vardır, hipotezi kısmen kabul edilmiştir. İşlevsellik ele alındığında, sosyal işlevsellik, sağlık ve tedavi ve günlük yaşam becerileri alt boyutlarında anlamlı fark bulunurken, deney grubu için mesleki işlevsellik alt boyutunda anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Kontrol grubunda ön test son test sonuçlarına göre anlamlı bir farklılık yoktur, hipotezi reddedilmiştir. Çünkü, tüm ölçek sonuçlarında ve değerlendirilmenin yapıldığı iki aylık süreçte olumsuz gidişat gözlemlenmiştir ve anlamlı bir farklılık vardır. Şizofrenide fiziksel egzersiz uygulamayan grubun semptomlarında, depresyon düzeylerinde ve işlevsellik becerilerinde değişiklik beklenmezken, bu kriterlerin tümünde olumsuz gidişat olduğu ortaya çıkmıştır. Bu beklenmeyen bir sonuç olmasına rağmen, fiziksel egzersizin olumlu etkisini değiştirmemektedir. Buna ek olarak, şizofrenide motivasyon sağlayıcı bir unsurun yokluğu gidişatın olumsuzluğuna neden olur mu? şeklinde yeni bir soruyu ortaya atmıştır. Gelecekteki çalışmalarda bu soruya cevap aramanın faydalı olacağı düşünülmektedir.

Fiziksel egzersizin, şizofreni hastalarında görülen pozitif ve negatif semptomlara bir etkisi olduğu, fiziksel egzersiz yapan deney grubunda uygulanan Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği ön test ve son test puanları karşılaştırıldığında, anlamlı bir değişim

olduğu, fiziksel egzersiz yapmayan kontrol grubunda uygulanan Pozitif ve Negatif Symptom Ölçeği ön test ve son test puanları karşılaştırıldığında, anlamlı bir değişim olduğu, düzenli fiziksel egzersiz uygulamasının, pozitif negatif semptomların azalmasında etkili olduğu, Fiziksel egzersizin, şizofreni hastalarının depresyon düzeylerine bir etkisi olduğu, deney ve kontrol gruplarının ön test son test karşılaştırma sonuçlarına göre, Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği puanlarında anlamlı bir farklılık saptandığı, fiziksel egzersiz yapan deney grubunda, kontrol grubuna oranla depresyon belirtilerinde azalma tespit edildiği, fiziksel egzersizin şizofreni hastalarında işlevsel iyi oluşlarına genel anlamda etkisi olduğu, deney grubu ve kontrol grubu arasındaki ön test son test karşılaştırmalarına göre, fiziksel egzersiz yapan deney grubunda işlevsel iyi oluş düzeylerindeki artışın, mesleki işlevsellik haricinde etkili olduğu bu araştırmanın sonuçlarına göre kanıtlanmıştır ve araştırmanın sorularına nesnel cevaplar oluşturulmuştur.

Bu araştırmanın örneklem sayısı 40 kadın 40 erkek, toplam 80 şizofreni hastasıyla sınırlıdır. Aynı yaşam koşullarında ve bakım, barınma, ilaç takibi konularında tam desteklenen bu örneklemin sayısı ideal görünmekle birlikte, gelecekteki çalışmalarda daha fazla şizofreni hastasının örnekleme dahil edilmesi mümkün olursa, örneklemin tüm popülasyonu temsil etme olasılığının artabileceği düşünülmektedir. Ayrıca bu araştırmanın sınırlılıklarından bir başkası, örneklemin yaş ortalamasının yüksek, eğitim düzeylerinin ise düşük olması ve yalnızca Orta Karadeniz Bölgesi'nde bulunan Tokat iliyle sınırlı kalmasıdır. Bu araştırmanın demografik özelliklerinden farklı demografik özelliklere sahip örneklemlemlere ulaşıldığında ve farklı bir bölgede veya ülkede benzer bir çalışma gerçekleştirildiğinde , yeni elde edilecek olan sonuçlarda değişim gözlenip gözlenmeyeceğinin tespit edilmesi için, farklı eğitim düzeyi ve yaş aralığındaki şizofreni hastalarıyla gelecekteki benzer çalışmalarda incelenmesi ve bu araştırmanın sonuçlarıyla yeniden değerlendirilmesi gerektiği, böylece daha geniş bir popülasyonu temsil edebileceği düşünülmektedir.

Araştırmanın başka bir kısıtlılığı ise, şizofreni haricinde farklı bir psikiyatrik bozukluk için düzenli fiziksel egzersiz program uygulandığında, bozukluğun belirtilerinde, depresyon düzeylerinde ve işlevselliklerinde ne tür bir değişim gerçekleşeceği hakkında bilgi eksikliğinin olmasıdır. Bu nedenle gelecekteki çalışmalarda farklı psikiyatrik bozukluklar için benzer çalışmaların yapılması

önerilmektedir. Buna ek olarak, Bu araştırmada, DSM 5' te şizofreni alt tiplerin yerine belirtilere önem verilmesi sebebiyle, alt tipler dikkate alınmadan şizofreni tanısı konulmuş hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Yinede başka çalışmalarda alt tiplerinde değerlendirilmeye alınması önerilmektedir. Araştırmanın kısıtlılıklarından göz ardı edilmemesi gereken bir diğer unsur ise, araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenilirlik geçerlilik çalışmalarının, literatürde önceden onaylanmış olmasına rağmen, bu araştırmaya dahil edilen örnekleme temsil etmediği düşünölmektedir. şizofrenide İşlevsel İyi Olma Ölçeği'nin ve Calgary şizofrenide Depresyon Ölçeği' nin ve Pozitif Negatif Sendrom Ölçeği'nin güvenilirlik ve geçerlilik çalışmalarında, diğer demografik özellikler bu araştırmanın örnekleme yakın değerlerde olsa da, ölçeklerde değerlendirilen örneklemin eğitim düzeyi bu araştırmanın örnekleminin eğitim düzeyinden genel olarak yüksektir. Gelecekteki çalışmalarda, eğitim düzeyi daha yüksek bir örnekleme benzer bir çalışma uygulandığında çıkan sonuçlar, bu araştırmanın geliştirilmesine katkı sağlayacaktır.

4.3. KAYNAKLAR

- Acil, A. A., Dogan, S., Dogan, O. (2008). "The Effects of Physical Exercises to Mental State and Quality of Life In Patients With Schizophrenia." *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(10), 808-815.
- Aksaray, G., Oflu, S., Kaptanoğlu, C. (2001). "Şizofrenide Bilişsel İşlevlerde Bozulma." *Düşünen Adam*, 14(4), 205-210.
- Albayrak, E. Ö., Ceylan, M. E. (2004). "Depresyon Etiyolojisinde Nörobiyolojik Etkenler." *Düşünen Adam Dergisi* 2004.
- Amerikan Psikiyatri Birliği, (2014). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM5), Tanı Ölçütleri El Kitabı*. (Çev: Köroğlu, E.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği. (Özgün çalışma 2013).
- Arıcioğlu, F., Çetin, M. (2010). "Personalized Drug Therapy In Psychiatry: Maybe A Little Old or A Little New, But The Treatment of Future." *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 20(4), 269-273.
- Arslan, M., Yazici, A., Yılmaz, T., Coşkun, S., Kurt, E. (2015). "Rehabilitasyon Programının Şizofreni Hastalarının Kliniği, Sosyal İşlevselliği ve Yaşam Kalitesi Üzerindeki Uzun Dönem Etkileri: İzleme Çalışması". *Anatolian Journal of Psychiatry / Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16(4), 238-246. doi:10.5455/apd.161411
- Atmaca, G. D., Durat, G. (2016). "Şizofreni Hastalarında İntihar ve Depresyon." *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6(1), 51-55.
- Aydemir, Ö., Esen Danacı, A., Deveci, A., İçelli, İ. (2000). "Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği'nin Türkçe Versiyonunun Güvenilirliği ve Geçerliliği." *Nöropsikiyatri Arşivi*, 37(1), 82-6.
- Aydın, A., Eker, S. S., Cangür, Ş., Sarandöl, A., Kirli, S. (2009). "Şizofreni Hastalarında Bakım Veren Külfet Düzeyinin, Sosyodemografik Değişkenler ve Hastalığın Özellikleri ile İlişkisi." *Archives of Neuropsychiatry/Nöropsikiyatri Arşivi*, 46.
- Balım, E. Ö., (2001). "Erken Başlangıçlı Şizofreni." *Klinik Psikiyatri Dergisi*; 4:60-70.
- Baskak, B., Atbaşoğlu, C., Can Saka, M. (2009). "Şizofreni Etiyolojisinde Psiko-Sosyal Etkinlerin Rolü: Antipsikiyatriden Gen Çevre Etkileşimine." *Archives of Neuropsychiatry / Noropsikiyatri Arşivi*, 46.
- Binbay, T., Ulaş, H., Alptekin, K. (2010). "Şizofreni Epidemiyolojisine Türkiye'den Katkı Yapmak: Nasıl ve Neden?" *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 13, 9-15.
- Binbay, T., Ulaş, H., Elbi, H., Alptekin, K. (2011). "Türkiye'de Psikoz Epidemiyolojisi: Yaygınlık Tahminleri ve Başvuru Oranları Üzerine Sistemik Bir Gözden Geçirme." *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(1), 40-52.

- Can, S., Arslan, E., Ersöz, G. (2014). "Güncel Bakış Açısı İle Fiziksel Aktivite." Ankara Üniversitesi Spor Bil. Fakültesi 12 (1), 1-10
- Cankorur, V. Ş. (2016). "Ruhsal Bozukluklar ve Fiziksel Aktivite: Depresyon, Anksiyete Bozuklukları, Affektif Bozukluklar, Yeme Bozuklukları, Madde Kullanım Bozuklukları ve Şizofreni, Korunma ve Tedavide Fiziksel Aktivitenin Rolü." Türkiye Klinikleri Journal of Sports Medicine-Special Topics, 2(2), 20-26.
- Cevizci, S., Erginöz, E., Baltaş, Z. (2009). "İnsan Sağlığının İyileştirilmesine Yönelik Hayvan Destekli Tedaviler." TAF Preventive Medicine Bulletin, 8(3).
- Çetin, M. (2015). Şizofreni Tedavisi: Geçmişi, Bugünü ve Geleceği. Bulletin of Clinical Psychopharmacology, 25(2), 95-9.
- Çobanoğlu, Z. S. Ü., Aker, T., Çobanoğlu, N. (2003). "Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluğu Olan Hastalarda Tedaviye Uyum Sorunları." Düşünen Adam, 16, 211-218.
- Deveci, A., Esen-Danaci, 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, 19(3).
- Emiroğlu, B., Karadayi, G., Aydemir, Ö., Üçok, A. (2009). "Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeğinin Türkçe Versiyonunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması." Archives of Neuropsychiatry / Nöropsikiatri Arsivi, 4615-24.
- Ensari, H., Gültekin, B. K., Karaman, D., Koç, A., Beşkardeş, A. F. (2013). "Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Hizmetlerinin Şizofreni Hastalarındaki Yaşam Kalitesi, Yeti Yitimi, Genel Ve Sosyal İşlevsellik Üzerine Etkisi: Bir Yıllık İzleme Sonuçları." Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi, 14(2).
- Erginer, D. K., Günüşen, N. P. (2013). "Kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık durumu: ihmal edilen bir alan." Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 6, 159-64.
- Erol, A. (2005). "Şizofrenide Klinik Özellikler." Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences, 1(12), 35-43.
- Erol, A., Keleş Ünal, E., Tunç Aydın, E., Mete, L. (2009). "Şizofrenide Sosyal İşlevselliği Yordayan Etmenler." *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20(4).
- Ertekin, H., Özayhan, H., Er, M., Yakar, B. (2016). "Şizofreni Hastalarında Antipsikotiklerin Depresyon Düzeyine Etkisi: Klozapine Karşı Diğer Atipik Antipsikotikler." Aile Hekimliği ve Palyatif Bakım, 1 (2), 31-34. DOI: 10.22391/920.256689.
- Ertuğrul, A., Rezaki, M. (2006). "Prefrontal Korteks ve Şizofreni." Klinik Psikofarmakoloji Bulteni, 16(2), 118-127.
- Ertuğrul, A. (2005). "Şizofreni Etiyolojisi." Türkiye Klinikleri, Journal Of Internal Medical Sciences, 1(12), 6-14.

- Fenton, W. S., Mcglashan, T. H. (1991). Natural History Of Schizophrenia Subtypes: II. Positive And Negative Symptoms And Long-Term Course. *Archives Of General Psychiatry*, 48(11), 978-986.
- Gürbüz, M., Yüksel, N. (2013). D Vitamini ve Şizofreni. *Turkish Journal Of Osteoporosis / Turk Osteoporoz Dergisi*, 19(1), 20-24. doi:10.4274/tod.21939.
- Häfner, H. (1988). "What is schizophrenia?". *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 238(2), 63-72.
- Hariri, A. G., Özer, G. U., Ceylan, M. E., Ceylan, N., Yazan, B., Önal, O. (1999). "Şizofreni Etiyolojisinde Nörogelişimsel Hipotez." *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 9(2).
- Karabulut, N. T. (2013). "Toksoplazma ve Şizofreni." *Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti Dergisi*, 43(2), 39.
- Karakuş, G., Kocal, Y., Sert, D. (2017). "Şizofreni: Etiyoloji, Klinik Özellikler ve Tedavi." *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 26 (2), 251-267. DOI: 10.17827/aktd.303574.
- Karamustafalıoğlu, N., Tomruk, N., Alpay, N. (1998). "Şizofrenide Cinsiyet Farklılıkları: Bir gözden geçirme." *Düşünen Adam Dergisi*, 11 (2): 22-32.
- Karatosun, H. (2011). "Fiziksel Aktivite ve Ruh Sağlığı." *Süleyman Demirel Üniversitesi Yaşam Dergisi*, 2(2):09-13.
- Karşlıoğlu, E. H., Kaymak, S. U., Soygür, H., Erkek, B. M., Koçbıyık, S., Açikel, C. H., Cankurtaran, E. Ş. (2012). "Şizofreniye Eşlik Eden Kişilik Bozuklukları: 75 Hastadan Oluşan Bir Örneklemenin Analizi." *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 22(1), 59-70.
- Kavak, F., Ekinci, M. (2014). "Kendi Evlerinde Yaşayan ve Korumalı Evlerde Yaşayan Şizofreni Hastalarının Yaşam Niteliklerinin ve İşlevsel İyileşme Düzeylerinin Karşılaştırılması." *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1).
- Addington, J., Addington, D. (2000). "Neurocognitive and Social Functioning In Schizophrenia: A 2.5 Year Follow-Up Study." *Schizophrenia Research*, 44(1), 47-56.
- Kayahan, B., Veznedaroğlu, B. (2006). "Şizofrenide Depresif Belirtilerin Önemi ve Psikofarmakolojik Sağaltımı." *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 16(1), 52-62.
- Kostakoğlu, A. E., Batur, S., Tiryaki, A., Göğüş, A. (1999). "Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinin (PANSS) Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenilirliği." *Türk Psikoloji Dergisi*, 14(44), 23-32.
- Lök, S., Lök, N. (2016). "Kronik Psikiyatri Hastalarına Uygulanan Fiziksel Egzersiz Programlarının Etkinliği: Sistemik Derleme." *Current Approaches in Psychiatry/ Psikiyatride Guncel Yaklaşımlar*, 8(4).
- Oral, E. T., Şizofreni Diğer Psikitik Hastalıklardan Nasıl Ayrılmalıdır? Neden Nasıl Şizofreni. Peday Yayınları, 2005 Ankara.

- Özdemir, O., Özdemir, P. G. (2016). "Glutamat Sistemi ve Şizofreni." *Current Approaches In Psychiatry / Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(4), 394-405. doi:10.18863/pgy.253445
- Özkan, A., Arık, A. (2010). "Negatif Pozitif Şizofreni." *Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 7 (2), Retrieved from, <http://dergipark.gov.tr/omujecm/issue/20341/216803>
- Öztürk, O., Uluşahin, A. (2008). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Ankara, Nobel Yayın Dağıtım (11):242-316.
- Pazvantoğlu, O., Sarısoy, G., Böke, Ö., Aker, A. A., Özturan, D. D., Ünverdi, E. (2014). "Şizofrenide Bakım Veren Yükünün Boyutları: Hastaların İşlevselliğinin Rolü." *Düşünen Adam Dergisi, The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 27, 53-60.
- Rahim, T., A. (2016). "Rate of Depression Among Patients With Schizophrenia." *Zanco J. Med. Sci.*, Vol. 20, No. (1) Retrieved from, <http://dx.doi.org/10.15218/zjms.2016.0007>.
- Soygür, H. (2003). "Şizofreni ve Yaşam Niteliği." *Klinik Psikiyatri*, 6, 9-14. Sitede Mevcuttur, <http://www.klinikpsikiyatri.org/en/jvi.aspx?pdire=kpd&plng=eng&un=KPD-54926>.
- Soygür, H., Alptekin, K., Atbaşoğlu, E. C., Herken, H. (2007). *Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar*. 1. Baskı. Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 500.
- Stanghellini, G., Ballerini, M. (2002). "Dis-Sociality: The Phenomenological Approach to Social Dysfunction In Schizophrenia." *World Psychiatry*, 1(2), 102.
- Sungur, M. Z., Yalnız, Ö. (1999). "Şizofreni Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Yaklaşımlar." *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2(3), 160-166.
- Tiryaki, A., Özkorumak, E., Ak, İ. (2009). "Şizofrenide Eksiklik Sendromu." *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*, 19(1).
- Tkachuk, G. A., Martin, G. L. (1999). "Exercise Therapy For Patients With Psychiatric Disorders: Research and Clinical İmplications." *Professional Psychology: Research and Practice*, 30(3), 275.
- Tomruk, N. B., Oral, T. (2007). "Elektrokonvulsif Tedavinin Klinik Kullanımı: Bir Gözden Geçirme." *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8(4), 302-309.
- Uluğ, B., Ertuğrul, A., Göğüş, A., Kabakçı, E. (2001). "Yeti Yitimi Değerlendirme Çizelgesinin (Who-Das-II) Şizofreni Hastalarında Geçerlilik Ve Güvenilirliği." *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12, 121-130.
- Ulusoy, S., Delice, M. A. (2015). "The Role of Individual Assessment on Increasing The Functionality of a Person with Schizophrenia/Sizofreni Tanısı ile İzlenen Bir Olgunun İşlevselliğinin Artırılmasında Bireysel Danışmanlığın Rolü." *Düşünen Adam*, 28(2), 162.
- Uzbay, I., T. (2009). "Şizofreni Tedavisinde Yeni Farmakolojik Yaklaşımlar." *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20(2).

- Ünal, S. (2003). Şizofrenide Bilişsel İşlev Bozuklukları ve Belirti Oluşumu ile İlişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 4, 46-53.
- Ünüvar, N., Mollahaliloğlu, S., Yardım, N. (2006). Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması 2004. T.C. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. 1Basım. Ankara: Aydoğdu Ofset Matbaacılık San. Ve Tic. Ltd. Şti, 1-56.
- Yıldız, M. (2005). “Şizofrenili Hastaların Ayaktan Tedavisinde Ruhsal ve Toplumsal Girişimler Neden Gereklidir ve Nasıl Uygulanabilir?” Candansayar S., (Editör). Ankara, PEDAY, 237-268.
- Yıldız, M., Kutlu, H., Tural, Ü. (2011). “Şizofrenide Bilişsel İşlevler Nüfus ve Klinik Özelliklerden Etkilenir mi?” Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology, 21(2), 131-138.



4.4. EKLER

EK1

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU ÖRNEĞİ (BGOF)

CALIŞMANIN ADI:

Fiziksel egzersizin, şizofreni hastalarında pozitif-negatif semptomlarına ve depresyon düzeylerine etkisi

*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 vererseniz, **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 tez çalışması, düzenli fiziksel aktivite faaliyetlerin, şizofreni tanısı almış hastaların pozitif-negatif semptomları ve depresyon düzeyleri üzerine etkisini araştırmak amacıyla düzenlenmiştir. Bu tez çalışması, planlanmış araştırmaların tamamlanması sonucunda elde edilecek olan verilerin şizofreni hastalığının daha iyi anlaşılmasını sağlayacağı ve hastalığın psikososyal tedavisi için geliştirilebilecek yöntemlere katkıda bulunulabileceği düşünülmektedir.

CALIŞMA İŞLEMLERİ:

Bu çalışmaya katıldığınız takdirde size 4 adet form uygulanması gerekmektedir. İlk formda yaş, cinsiyet, eğitim durumu ve medeni durum bilgileri istenecektir. Diğer formlar Pozitif Sendrom Ölçeği, Negatif Sendrom Ölçeği, Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği, Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği kullanılacaktır.

Bu ölçeklerin bilimsel çalışmalarda güvenilir olarak kullanıldığı daha önceki bilimsel çalışmalarda gösterilmiştir. Tüm ölçekleri ve testlerin eksiksiz yapılması beklenmektedir.

CALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Çalışmaya katılmanız durumunda şizofreni hastalığının psikososyal yöntemlerin geliştirilmesi ile ilgili önemli bilgilere ulaşılmasına katkıda bulunacaksınız.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Kişisel bilgileriniz araştırma ekibi dışında bir kişiyle paylaşılmayacaktır.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :

1. PSİKOLOG ELİF HAZAL GEVREK
psk.elifhazalgevrek@gmail.com (05419090923)
2. PROF.DR. SİNAN CANAN
sinan.canan@uskudar.edu.tr

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 ediyorum 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>Telefon:</i>		

<i>Vasi (var ise) Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>		

<i>Araştırmacı² Adı Soyadı:</i>		<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

EK2**Demografik Bilgi Formu****1.Yaş**

- A) 18-25
- B)25-35
- C)35-65
- D)65+

2.Cinsiyet

- A)ERKEK
- B)KADIN

3.Medeni Durum

- A) EVLİ
- B) BEKAR
- C) BOŞANMIŞ
- E)DUL

4.Eğitim düzeyi

- A)İLKÖĞRETİM
- B)LİSE
- C) YÜKSEK OKUL VEYA ÜNİVERSİTE
- D) YÜKSEK LİSANS/ DOKTORA

EK3
Pozitif Belirtiler

	Yok (1)	Çok Hafif (2)	Hafif (3)	Orta Düzye (4)	Orta Derece Ağır(5)	Ağır (6)	Çok Ağır (7)
P1 Sanrılar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P2 Düşünce Dağımlığı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P3 Varsanılar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P4 Taşkınlık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P5 Büyüklük Duyguları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P6 Şüphecilik Kötülük	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P7 Düşmanca Tutum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SKOR	<input type="text"/>						

Negatif Belirtiler

	Yok (1)	Çok Hafif (2)	Hafif f (3)	Orta Düzyede (4)	Orta Derecede Ağır(5)	Ağır(6)	Çok Ağır(7)
N1 Duygulanımda Küntleşme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N2 Duygusal İççekilme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N3 İlişki Kurmada Güçlük	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N4 Pasif Biçimde Kendini Toplumdan Çekme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N5 Soyut Düşünme Güçlüğü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N6 Konuşmanın Kendiliğinden Ve Akıcılığının Kaybı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N7 Steriotipik Düşünme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SKOR	<input type="text"/>						

Genel Psikopatoloji

	Yok (1)	Çok Hafif (2)	Hafif f (3)	Orta Düzyede (4)	Orta Derecede Ağır(5)	Ağır(6)	Çok Ağır(7)
G1 Bedensel Kaygı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G2 Anksiyete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G3 Suçluluk Duyguları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G4 Gerginlik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G5 Manyerizm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G6 Depresyon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G7 Motor Yavaşlama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G8 İşbirliği Kuramama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G9 Olağandışı Düşünce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G10 Yönetim Bozukluğu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G11 Dikkat Azalması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G12 Yargılama Ve İçgörü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G13 İrade Bozukluğu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G14 Dürtü Kontrolsüzlüğü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G15 Zihinsel Aşırı Uğraş	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G16 Aktif Biçimde Sosyal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SKOR	<input type="text"/>						

EK 4

Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği / Tarih:

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 [KENDİ KELİMELERİ] 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 durumu: her gün var

3. Şiddetli: Her gün zamanının yarısından fazlasında süren, olağan motor ve toplumsal işlevselliği etkileyen belirgin çökkün duygu durumu

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. DEĞERSİZLİK DUYGUSU: Başka insanlarla karşılaştığınızda, kendinizi nasıl görüyorsunuz? Kendinizi başka insanlardan daha mı iyi, 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; ama zamanının yarısının azında

3. Şiddetli: Kişi zamanın yarısından fazlasında kendisini değersiz hissediyor. Öyle olmadığı konusunda ikna edilebiliyor

4. SUÇLULUKLA İLGİLİ ALINMA DÜŞÜNCELERİ: Bir konuda itham edildiğiniz ya da hatta haksız yere suçlandığınız duygusuna kapıldınız mı? Hangi konuda? (Doğrulanabilir itham ya da suçlamaları dahil. (Suçluluk sanrılarını 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/veya ara sıra suçlu olduğuna dair duygular

3. Şiddetli: Suçlu olduğuna dair ısrarlı duygular. İkna edilmeye çalışılınca, öyle olmadığını kabul eder

5. PATOLOJİK SUÇLULUK: Geçmişte yapmış olabileceğiniz önemsiz şeylerden dolayı kendinizi kabahatli bulma eğiliminde misiniz? Bu konuyla bu derecede uğraşmayı hakettiğinizi 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 kötüleş- tiğini fark ettiniz mi?

- 0. Yok: Depresyon 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. ÖZ KIYIM: 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 öz kıyım düşünceleri
- 2. Orta: Üzerinde uğraşmış öz kıyım tasarısı ama girişimde bulunulmamıştır
- 3. Şiddetli: Açıkça ölümle sonuçlanmak üzere hazırlanmış öz kıyım girişimi (örn. şans eseri fark edilme ya da etkisiz yöntem)

9. GÖZLENEN DEPRESYON: Tüm görüşme boyunca görüşmecinin 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 kişi ısrarlı olarak ıstıraptan dona- kalmış durumdadır ancak görüşmeci depresyonun var olduğundan emindir.

SKOR:

Şizofrenide İşlevsel Düzelleme Ölçeği (ŞİLÖ)

İsim _____ Tarih _____ Görüşmeci: _____

1. Yok (en düşük işlev düzeyi)
2. Kısmen var
3. Yeterince var
4. Neredeyse tamamen var
5. Mükemmel derecede var (ideal işlev düzeyi)

	1	2	3	4	5
1. Kişisel görünüm ve bakım					
2. Kişisel aktiviteler					
3. Ev işi etkinlikleri					
4. Strese ve beklenmeyen sorunlara uyum sağlama					
5. İletişim ve bilgi					
6. Beslenme					
7. Hayat için gerekli olan sosyal çevre					
8. Biyolojik ritimlere uyum					
9. Hastalığın ve tedavinin idaresi					
10. İdari ve finansal yönetim					
11. Sosyal ilişkilerde kendini ortaya koyabilme					
12. Sosyal hayata ve/veya bir derneğe katılım					
13. Çalışma					
14. Aile ve arkadaşlar					
15. Duygusal ve cinsel ilişkiler					
16. Sağlık idaresi					
17. Agresif, saldırgan veya antisosyal davranışın kontrolü					
18. Empati ve başkalarına yardım					
19. Tedavinin yan etkilerini idare etme					

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler:

Adı- Soyadı: Elif Hazal Gevrek
Medeni Durumu: Bekar
Uyruk: Türkiye Cumhuriyeti
Doğum Tarihi: 09.03.1992
Doğum Yeri: Türkiye- Tokat
E- mail: psk.elifhazalgevrek@gmail.com

Eğitim Durumu:

Üniversite (Yüksek Lisans) 09.2015- 11.2017.
Üsküdar Üniversitesi- (Örgün Öğretim)
Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji (Türkçe)
Mezuniyet Notu: 3.67

Üniversite (Lisans) 09.2010-06.2015

Girne Amerikan Üniversitesi- (Örgün Öğretim)
Beşerî Bilimler Fakültesi, Psikoloji (İngilizce) -Üstün Başarı Bursu
(%100)
Mezuniyet Notu: 3.00/4(onur derecesi ile mezun)

Lise 06.2010

Yeşilirmak Anadolu Lisesi Türkçe- Matematik
Mezuniyet notu: 75 /100

İlköğretim 09.1998
Tokat Gazi Osman Paşa İÖÖ.

Yabancı Dil Düzeyi

<u>İngilizce</u>	<u>Okuma</u>	<u>Yazma</u>	<u>Konuşma</u>
<u>Seviye</u>	İleri	İleri	İleri

İş Deneyimleri

Psikolog
Tokat Özel Hayat Bakım Merkezi Mart 2017-

Stajyer Klinik Psikolog
NP İstanbul Beyin Hastanesi
6.11.2017- 18.11.2017 İstanbul- Türkiye

Stajyer Psikolog

TC. Ulusal Ajansı Eğitim Danışmanlığı Koordinatörlüğü
01.2015-02.2015 (1 ay) **Ankara- Türkiye**

Stajyer Psikolog

Ankara Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi
08.2014-10.2014 (2 ay) **Ankara- Türkiye**

Stajyer Psikolog

Gazi Osman Paşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi
06.2013-08.2013 (2 ay) **Tokat – Türkiye**

Sertifika Bilgileri

Viyana Psikoteknik Değerlendirme Uygulayıcı Sertifikası Marmara
Psikoteknik- 05.2016 Cinsel Terapi Uygulayıcı Sertifikası Cised- 05.2014
Çözüm Odaklı Terapi Eğitimi Sertifikası Cised- 04.2014
Spss İstatistik Programı Uygulayıcı Sertifikası GAÜSEM- 02.2013

Seminerler ve Kurslar

Suç Psikolojisi YDÜ- 05.01.2015-05.01.2015
PDR Ve Psikoloji Alanları Ortak Semineri Girne Amerikan Üniversitesi
11.03.2013-17.03.2013
Gelişim Psikolojisi Yakın Doğu Üniversitesi- 15.11.2012-17.12.2012
8. Psikanaliz Günleri (Bursa) Şubat 2017