



T.C
HİTİTÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
BEDEN EĞİTİMİ VE SPOR ANABİLİMDALI

**REKREASYONEL AKTİVİTELERİN ŞİZOFREN
HASTALARI ÜZERİNE ETKİSİNİN ARAŞTIRILMASI**

Yazgı ERDOĞAN

Yüksek Lisans Tezi

Çorum 2018

T.C
HİTİT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
BEDEN EĞİTİMİ VE SPOR ANABİLİMDALI

**REKREASYONEL AKTİVİTELERİN ŞİZOFREN
HASTALARI ÜZERİNE ETKİSİNİN ARAŞTIRILMASI**

Yazgı ERDOĞAN

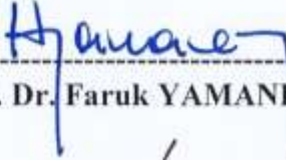
Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Faruk YAMANER


Çorum 2018

KABUL VE ONAY

Yazgı ERDOĞAN tarafından hazırlanan “Rekreasyonel Aktivitelerin Şizofren Hastalığı Üzerine Etkisinin Araştırılması” başlıklı bu çalışma, 22/03/2018 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.



Prof. Dr. Faruk YAMANER (Başkan)



Dr. Öğr. Üyesi R. Hürrem ÖZDURAK SINGİN



Dr. Öğr. Üyesi Yeşim KARAC

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.


İmza
Doç. Dr. Erkan DEMİRKAN
Enstitü Müdürü

T.C.

HİTİT ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Bu belge ile bu tezdeki bütün bilgilerin akademik kurallara ve etik davranış ilkelerine uygun olarak toplanıp sunulduğunu beyan ederim. Bu kurallar ve ilkeler gereği olarak, bu çalışmada bana ait olmayan tüm veri, düşünce ve sonuçları andığımı ve kaynağımı gösterdiğimi ayrıca beyan ederim. (05/04/2018)

Yazgı ERDOĞAN



TEŞEKKÜR

Öncelikle tezin yapılmasında en büyük paya sahip olan, alanındaki en deneyimli akademisyenlerden biri olan danışmanım Prof. Dr. Faruk YAMANER'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Çalışmam sırasında ve hayatım boyunca her zaman bana güvenen, hep yanımda olan annem Hülya ERDOĞAN'a ve babam Hikmet ERDOĞAN'a çok teşekkür ederim. İkinci olarak tezimi yazarken karşılaştığım her zorlukta yanımda olan, onları çözmemde bana yardımcı olan, tezin son düzenlenmelerine emek ve vakit harcayarak katkı sunan Sena SOLMAZ'a çok teşekkür ederim.

Son olarak, verilerin toplanması hususunda bana yardımcı olan Hitit Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi doktorlarından Dr. Öğr. Üy. Mehmet Emrah KARADERE, Dr. Öğr. Üy. Ece YAZLA ASAFOV ve kurum çalışanlarına teşekkür ederim.

Yazgı ERDOĞAN
Mart 2018
ANKARA

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET.....	viii
ABSTRACT.....	ix
KISALTMALAR ve SEMBOL LİSTESİ.....	x
GRAFİK / ŞEKİL LİSTESİ.....	xi
TABLO LİSTESİ.....	xii
GİRİŞ.....	1
BİRİNCİ BÖLÜM.....	3
1.1.DÜNYADA SPOR GELİŞİMİ.....	3
1.2. TÜRKİYE’DE SPOR GELİŞİMİ.....	4
1.3. SPORUN SINIFLANDIRILMASI.....	6
1.3.1. Performans Sportu.....	6
1.3.2. Kitle Sportu.....	7
1.3.3. Okul Sportu.....	7
1.3.4. Özel Gruplarda Sportu.....	8
1.4. KİŞİLERİN SPOR YAPMA AMAÇLARI.....	9
1.4.1. Beden Eğitimi ve Sportun Fizyolojik ve Biyolojik Faydaları.....	9
1.4.2. Beden Eğitimi ve Sportun Sosyolojik Faydaları.....	9
1.4.3. Beden Eğitimi ve Sportun Psikolojik Faydaları.....	10
1.4.4. Beden Eğitimi ve Sportun Ekonomik Faydaları.....	12
1.5. DÜZENLİ EGZERSİZ VE SPORUN ÖNEMİ.....	12
1.6. SAĞLIK AMAÇLI SPOR.....	13
1.7. ZAMAN VE SERBEST (BOŞ) ZAMAN KAVRAMI.....	14
1.7.1. Zaman Kavramı.....	14
1.7.2. Serbest (Boş) Zaman Kavramı.....	15
1.7.3. Boş Zamanın Tarihsel Gelişimi.....	19
1.7.4. Türkiye’de Boş Zaman.....	21
1.7.5. Rekreasyon Kavramı.....	22
1.7.6. Rekreasyon Türleri.....	23
1.7.7. Rekreasyonun Yararları.....	24
1.7.8. Rekreasyon ve Eğitim.....	26

1.7.9. Terapötik Rekreasyon Kavramı	27
1.7.10. Rekreasyonel Spor.....	29
1.7.11. Rekreasyonun Özellikleri	30
1.7.12. Rekreasyonun Sınıflandırılması.....	31
1.7.12.1. Rekreasyon Mekânına Göre.....	31
1.7.12.2. Rekreasyon Mekânının Bulunduğu Yere Göre	32
1.7.12.3. Rekreasyonun İçeriğine Göre	33
1.7.12.4. Rekreasyonun Gerçekleştirildiği Zamana Göre.....	34
1.7.13. Rekreasyon İhtiyacı.....	35
1.8.ŞİZOFRENİ KAVRAMININ TANIMI	36
1.9.ŞİZOFRENİ EPİDEMİYOLOJİSİ	37
1.10 ŞİZOFRENİ ETİYOLOJİSİ.....	38
1.10.1. Genetik Etkenler	38
1.10.2. Nörogelişim Kuramı.....	39
1.10.3.Yozlaşma Kuramı.....	39
1.10.4. Nörokimyasal Etkenler	39
1.11.ŞİZOFRENİ BELİRTİLERİ	40
1.11.1. Genel Belirtiler	40
1.11.2. Pozitif Belirtiler	40
1.11.3. Negatif Belirtiler	41
1.12. ŞİZOFRENİ TEDAVİSİ.....	41
1.12.1. Tedavinin Temel İlkeleri	41
1.13. ŞİZOFRENİ VE İŞLEVSEL İYİLEŞME.....	42
1.14. ŞİZOFRENİ PROGNOZU	43
1.15. ŞİZOFRENİ TEDAVİSİNDE YARDIMCI DİĞER YÖNTEMLER	44
1.15.1. Psikososyal Tedaviler	44
1.15.1.1. Bilişsel - Davranışçı Terapi.....	44
1.15.1.2. Sosyal Beceri Eğitimi	45
1.15.1.3 Psikiyatrik Rehabilitasyon	45
1.15.2. Grup Tedavileri	45
1.15.2.1. Aile Terapisi.....	46
1.15.2.2. Dans ve Hareket Terapisi	46
1.15.2.3. Oyun Terapisi	47

1.16. FOLKLOR, OYUN, DANS VE HALK OYUNLARI KAVRAMLARI.....	48
1.16.1. Folklorun Tanımı	48
1.16.2. Oyunun Tanımı	48
1.16.3. Dansın Tanımı	49
1.16.4. Halk Oyunları Tanımı	49
1.17. EĞİTSEL OYUNLAR.....	50
1.17.1. Oyun	50
1.17.2. Eğitsel Oyun.....	51
1.17.3. Sağlık Amaçlı Eğitsel Oyunlar	51
İKİNCİ BÖLÜM	52
YÖNTEM.....	52
2.1. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	52
2.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZİ	53
2.3. SINIRLILIKLAR.....	53
2.4. ARAŞTIRMA GRUBU.....	54
2.5. ARAŞTIRMA YÖNTEMİ.....	54
2.6. EVREN VE ÖRNEKLEM	56
2.7. DEĞERLENDİRME ARAÇLARI	56
2.8. VERİLERİN TOPLANMASI	56
2.8.1. Vücut Kompozisyonu Ölçümü	56
2.8.2. Pozitif Semptomları Değerlendirme Ölçeği (SAPS).....	57
2.8.3. Negatif Semptomları Değerlendirme Ölçeği (SANS).....	57
2.8.5. İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi Ölçeği (GAF).....	58
2.8.6. İstatiksel Analiz	58
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	59
ANALİZ ve BULGULAR.....	59
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM	66
TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER	66
KAYNAKÇA	69
EKLER.....	86
Ek-1: Pozitif Semptomları Değerlendirme Ölçeği.....	86
Ek-2: Negatif Semptomları Değerlendirme Ölçeği.....	88
Ek-3: Klinik Global İzlenim Ölçeği.....	89

Ek-4: İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi Ölçeği.....	90
Ek-5: Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu.....	91
Ek-6: İntihal Raporu.....	94



ÖZET

ERDOĞAN Yazgı, Rekreatyonel Aktivitelerin Şizofren Hastaları Üzerine Etkisinin Araştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Çorum, 2018.

Bu araştırma, Rekreatyonel Aktivitelerin Şizofren Hastaları Üzerine Etkisinin Araştırılması amacıyla yapılmıştır. Araştırmaya Hitit Üniversitesi Çorum Eğitim ve Araştırma Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde kayıtlı 30 şizofreni tanılı hasta dahil edildi. Hastalara 12 hafta süresince haftada 3 gün rekreatyon aktivitesi olarak eğitsel oyunlar ve halk oyunları çalışmaları uygulandı. Araştırmada veri toplama aracı olarak çalışmanın başında ve 12 hafta sonunda Şizofrenide Negatif Semptom Ölçeği (SANS), Şizofrenide Pozitif Semptom Ölçeği (SAPS), İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği (GAF), ve Klinik Global İzlenim Ölçeği (CGI) uygulandı. Ayrıca TANİTA cihazı kullanılarak hastaların çalışma başında ve sonunda vücut yağ yüzdeleri, kilo ölçümü ve vücut kitle indeksi (BMI) hesaplandı. İstatistiksel işlemlerde Değişkenlerin normal dağılımdan gelme durumları araştırılırken birim sayıları nedeniyle Shapiro Wilk's' den yararlanılmıştır. İki bağımlı değişken arasındaki farklılık incelenirken değişkenlerin normal dağılımdan gelmemesi nedeniyle Wilcoxon Testi kullanılmıştır.

İstatistiksel analiz sonuçlarına göre katılımcıların başlangıç ve bitiş SANS ($p=0,471$), GAF ($p=0,004$), CGI ($p=0,003$) ve vücut yağ oranları ($p=0,019$) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi. Ancak başlangıç ve bitiş kilo ($p=0,406$), BMI ($p=0,471$) ve SAPS ($p=0,081$), oranları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi.

Anahtar Kelimeler: Şizofreni, Rekreatyon Aktivitesi, Negatif Semptom, pozitif Semptom, Klinik Global İzlem, Halk Oyunları, Eğitsel Oyunlar.

ABSTRACT

ERDOĞAN Yazgi, Research on the Impact of Recreational Activities on the Patients of Schizophrenia, Master Thesis, Çorum, 2018.

This research was done for finding out the impacts of Recreational Activities on the Schizophrenic Patients. 30 patients diagnosed with schizophrenia registered in Hitit University Education and Research Hospital's Community Mental Health Center were included in the research. The patients were applied with educational games and folk dances as recreational activities three days a week for 12 weeks. In the research, Scale for the Assessment of the Negative Symptoms (SANS), Scale for the Assessment of the positive Symptoms (SAPS), Global Assessment of the Functioning (GAF) and Clinical Global Impression (CGI) scales were used as data collection tools at the beginning and the end of 12 weeks. In addition, body lipid percentages, body weights and body mass indexes (BMI) of the patients were calculated at the beginning and the end of the research by using TANITA device. Shapiro Wilk's was used due to the unit figures while studying the normal distribution statuses of the variables in statistical processes. Wilcoxon Test was used as the variables are not caused by normal distribution while examining the difference between two related variables.

According to the statistical analysis results, the difference between beginning and end SANS ($p=0,471$), GAF ($p=0,004$), CGI ($p=0,003$) and body lipid percentages ($p=0,019$) was statistically significant. However, the difference between beginning and end weight ($p=0,406$), BMI ($p=0,471$) and SAPS ($p=0,081$) rates was not statistically significant.

Keywords:Schizophrenia, Recreational Activities, Negative Symptoms, Positive Symptoms, Clinical Global Monitoring, Folk Dances, Educational Games

KISALTMALAR ve SEMBOL LİSTESİ

FIFA : Fédération Internationale de Football Association

M.Ö. :Milattan Önce

O₂ : Oksijen

vb. : ve benzeri

y.y : yüzyıl

BMI : Vucüt Kitle İndeksi

SAPS : Pozitif Semptom Ölçeği / Scale for the Assessment of the positive Symptoms

SANS :Negatif Semptom Ölçeği / Scale for the Assessment of the Negative Symptoms

CGI :Klinik Global İzlem Ölçeği / Clinical Global Impression

GAF :İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği/ Global Assessment of the Functioning

SPSS : Statistical Package for Social Sciences

GRAFİK / ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi



TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Boş Zaman Kavramı Konusunda Tarihsel Olarak Değişen Tanımlamalar

Tablo 2. Demografik Bilgilere İlişkin Frekans Dağılım Tablosu

Tablo 3. Değerler İlişkin Dağılım Tablosu

Tablo 4. Kilo Değerleri Bakımından Zamanlar Arasındaki Farklılığa İlişkin Wilcoxon Testi Sonucu

Tablo 5. BMI Değerleri Puanları Bakımından Zamanlar Arasındaki Farklılığa İlişkin Wilcoxon Testi Sonucu

Tablo 6. Vücut Yağ Yüzdesi Bakımından Zamanlar Arasındaki Farklılığa İlişkin Wilcoxon Testi Sonucu

Tablo 7. Negatif Semptom Ölçeği Puanları Bakımından Zamanlar Arasındaki Farklılığa İlişkin Wilcoxon Testi Sonucu

Tablo 8. Negatif Semptom Ölçeğine İlişkin Düzleşme Alt BoyutPuanları Bakımından Zamanlar Arasındaki Farklılığa İlişkin Wilcoxon Testi Sonucu

Tablo 9. Negatif Semptom Ölçeğine İlişkin Algolia Alt BoyutPuanları Bakımından Zamanlar Arasındaki Farklılığa İlişkin Wilcoxon Testi Sonucu

Tablo 10. Negatif Semptom Ölçeğine İlişkin Anhedoni Alt BoyutPuanları Bakımından Zamanlar Arasındaki Farklılığa İlişkin Wilcoxon Testi Sonucu

Tablo 11. Negatif Semptom Ölçeğine İlişkin Avolution Alt BoyutPuanları Bakımından Zamanlar Arasındaki Farklılığa İlişkin Wilcoxon Testi Sonucu

Tablo 12. Negatif Semptom Ölçeğine İlişkin Dikkat Alt BoyutPuanları Bakımından Zamanlar Arasındaki Farklılığa İlişkin Wilcoxon Testi Sonucu

Tablo 13. Pozitif Semptom Ölçeği Puanları Bakımından Zamanlar Arasındaki Farklılığa İlişkin Wilcoxon Testi Sonucu

Tablo 14. Pozitif Semptom Ölçeğine İlişkin Varsanı Alt BoyutPuanları Bakımından Zamanlar Arasındaki Farklılığa İlişkin Wilcoxon Testi Sonucu

Tablo 15. Pozitif Semptom Ölçeğine İlişkin Hezeyan Alt BoyutPuanları Bakımından Zamanlar Arasındaki Farklılığa İlişkin Wilcoxon Testi Sonucu

Tablo 16. Pozitif Semptom Ölçeğine İlişkin Bizar Alt BoyutPuanları Bakımından Zamanlar Arasındaki Farklılığa İlişkin Wilcoxon Testi Sonucu

Tablo 17. Pozitif Semptom Ölçeğine İlişkin Pozitif FD Alt BoyutPuanları Bakımından Zamanlar Arasındaki Farklılığa İlişkin Wilcoxon Testi Sonucu

Tablo 18. İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği Puanları Bakımından Zamanlar Arasındaki Farklılığa İlişkin Wilcoxon Testi Sonucu

Tablo 19. Klinik Global İzlenim Ölçeği Puanları Bakımından Zamanlar Arasındaki Farklılığa İlişkin Wilcoxon Testi Sonucu



GİRİŞ

Şizofreni daha çok genç yaşta başlayan, her iki cinste de eşit olarak ortaya çıkan, her toplumda ve her sosyo-ekonomik düzeydeki bireyde görülebilen, özellikle düşünce, algı ve duygulanım alanlarında bozulmalarla, iyileşme ve yinelemelerle seyreden bir hastalıktır (Arslantaş, 2011: 251-257), (Özçelik,2002: 85-89). Sistematik bir gözden geçirmeye göre Türkiye’de şizofreninin yaşam boyu yaygınlığı genel toplumda 8.9/1000 olarak saptanmıştır (Binbay, Ulaş, H Elbi, K Alptekin, 2011: 22).

Günümüz şartlarında sağlıklı bir bireyin bir işe sahip olması, bir işe devam etmesi ve ekonomik bakımdan özgür bir birey olması her geçen gün zorlaşmaktadır. Şizofreni tanısı konmuş bir birey için ise, bu durum sağlıklı bireylere göre çok daha zor bir durum oluşturmaktadır (Yıldız,2009: 1403-1413).

Şizofreni, kişinin tüm bilişsel fonksiyonlarını (algılama, dikkat, bellek gibi), duygularını, hareketlerini ve yargılamasını etkileyen bir hastalıktır. Çalışma hayatı, kişilerarası ilişkiler, öz bakım ve yaşam becerileri gibi birçok alanda yetersizliğe yol açabilir. Sahip oldukları yetileri kaybeden, yaşam kalitesi bozulan, çalışmayan hastalar toplumdan da dışlanarak damgalanmaları kolaylaşmaktadır(Yanık,2007: 16-20).

Antipsikotik ilaçların kullanımıyla hastalık belirtileri büyük ölçüde ortadan kalkmakta, antipsikotik tedavinin her aşamalarında (başlangıç, alevlenme ve koruyucu tedavi) etkili olmaktadır(Remington GI, Adams ME, 1994: 5-10).

Fakat ilaç kullanımı olarak değerlendirilen geleneksel tedavi yönteminin yanı sıra programda el becerileri, müzik, resim, dans, folklor gibi sanat alanların olduğu rehabilitasyon programlarına ihtiyaç vardır(Köroğlu ve Güleç,2007: 184-205).

Fiziksel aktivitenin, ruhsal rahatsızlığı olan bireylerin yaşam kalitesini iki şekilde etkilediği düşünülmektedir. Birincisi, fiziksel sağlığı artırır, ikincisi ise psikiyatrik ve sosyal rahatsızlığı en aza indirir (Caroline, R.,Richardson M.D., Faulkner, G., McDevitt, J., SkrinarGary, S., Hutchinson, Dori S., Piette John D.,2005: 30-50).

Halk oyunlardaki hareketlilik, sürat, çabukluk canlılık, esneklik, kuvvet, dayanıklılık, önemli fiziksel uygunluk öğelerindedir. Eğitsel oyunlar da kişinin fizyolojik ve psikolojik olarak rahatlamasını sağlar. Aynı zamanda oyun terapileri ile

tedavinin etkisini arttırdığı gibi toplumsal hayata uyumu kolaylaştırır. Bu bağlamda bu çalışmanın amacı, 12 haftalık eğitsel oyunlar ve halk oyunları çalışmalarının şizofreni hastalarının tedavisine etkisini incelemektir.



BİRİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

1.1.DÜNYADA SPOR GELİŞİMİ

Spor kavramı İngilizce dilinden tüm dünya dillerine geçmiş olsa da, esasen İngilizce bir terim değildir. Latince de birbirinden ayırmak manası taşıyan “Disportere” veya “Deportere” kelimesinden türetilmiştir. Böyle kullanılan sözcük zaman içinde aşınmaya uğrayıp “Disport” biçiminde kullanılmaya başlamıştır. 17 y.y.’dan sonra da “Sport” halini almıştır. Türkçe’imizde uluslararası dil etkileşiminden etkilenerek “Sport” kelimesini de zenginliğine katmış, okunuşu gibi “spor” olarak kullanılmaya başlamıştır (Çankaya,2001: 2).

Spor, sporla uzaktan veya yakından ilgilenen pek çok insan vasıtasıyla farklı manalarda kullanılmış ve sporun farklı şekilde ki tarifleri yapılmıştır. Bunlardan bazılarını değinmek gerekirse;

Spor bireysel ya da grup eşliğinde yapılan, kendine özgü kurallar silsilesi bulunan çoğunlukla bir yarışmaya dayanan bedensel ve zihinsel yetilerin gelişimini sağlayan eğitici ve eğlendirici uğraştır. Spor, ferdin doğal çevresini beşeri çevre haline çevirirken elde etmiş olduğu bütün yetileri geliştiren, belirli kurallar altında araçlı veya araçsız, ferdi veya toplu olarak boş zaman faaliyeti içerisinde veya tam zaman olacak biçimde meslekleştirerek yapılan sosyalleştirici, topluluğu kapsayıcı ruh ve fiziği geliştiren rekabetçi, dayanışmacı ve kültürel bir kavramdır (Kılıcıgil,1985: 6).

Spor toplumdaki en yaygın kuruluşlardan biridir. Şüphesiz ki spor en dar ve geniş anlamıyla insan yaşamında ve toplum sağlığında önemli yer tutan olaylar kümesidir (Özbaydar,1983: 10).

Spor olgusunun ilk adımı antik Yunanlılara kadar götürmek mümkündür. Antik Yunan döneminde, heykeller incelendiğinde, ilgili tarihlerde sağlıklı ve atletik bir vücut yapısına ne kadar hayranlık oluşturduğunu görebiliriz. Öyle ki, bu toplum resmi törenlerinin yanında cenazelerde bile farklı yarışlara yer veriyordu ve bu his, kısa süre de dönüştürülerek M.Ö. 776 senesinde olimpik oyunlara dönüştü. İlk dönemlerde bir günlük

bir atletik buluşmayla sınırlılığı çizilen ve dört yılda bir yapılan bu etkinlik, bütün stadyumu kaplayan bir koşu müsabakasından meydana gelmekteydi. Zamanla farklı disiplinler de etkinliğe dahil olarak olimpiyatların içeriği bir hayli gelişme kaydetmiştir. Bu disiplinler arasında disk atma, cirit atma, uzun atlama, boks, güreş, at arabası ile gerçekleşen yarışlar ve Pentatlon bulunuyordu. Kazanan kişilerde zaferin çok basit bir imgesi olarak başlarına zeytin dalından oluşan bir çelenk takmaktaydılar. Temelde o dönemlerdeki olimpiyatlar, tapınağı Olympia'da bulunan Yunan Tanrısı Zeus'u onurlandırmak adına gerçekleştirilen dini bir festivaldi(Çankaya,2001: 2).

Viktoryen zamanına gelindiğinde ise, sporun endüstriyel kapitalizm ve sınıf eşitliği doğrultusunda gelişim gösterdiğini görmemiz mümkündür. Bu dönem kapsamında spor, orta sınıfın hakimiyet kurmuş olduğu bir alandı ve teknoloji, devlet okulları ve yönetim organları yöneliminde gelişme göstermeye başlamıştır. Amatör ve profesyonel sporun birbirinden ayrı disiplinler haline gelmesi de bu döneme denk gelmekteydi. Dünya savaşları sırasında spora katılım, toplumun bütün sınıflarını da kapsayacak biçimde düzenli bir şekilde artmaya devam etti. 1930'lu yıllarda futbol en popüler spor disiplini haline geldi ve bilhassa da seyirciyle gerçekleştirilen spor müsabakalarında ticarileşme günden güne arttı.

Sporun insanlığın uyumlu gelişiminde ve barışın inşa edilmesinde önemli bir sorumluluğu olduğuna inanılmakta ve gelişme kaydeden ülkelerde sporun gelişimi adına imkanlar oluşturularak bir umut ışığı ile beraber dostluk hissi oluşturulmaya çalışılmaktadır. Bunun yanı sıra savaştan kaçarak ülkelerini terk etmek zorunda kalan göçmenlere sporun tedavi edici gücü ulaştırılmaya çalışılıyor. Nedeni ise her çocuğun ve insanın spor yapmaya hakkı olduğuna inanılmaktadır.

1.2. TÜRKİYE'DE SPOR GELİŞİMİ

Türkiye spor tarihine bakıldığında, ilk yapılan spor okçuluktur. Okçuluk 1453 senesinde ülkemizde başlamıştır. Okçuluk Meydan-ı Kemankeşani'de yapılmaktaydı. Meydan-ı Kemankeşani'nin inşaa edilmesi Türk spor tarihinde ilk belgeli olay olarak kayıtlara geçmiştir.

Saltanat kayıkları içerisinde gerçekleşen iddialı kürek yarışları İstanbul'da önemli bir kesimin dikkati çekmişti. Padişah en iyi olan kürekçileri sarayına topladı. Daha sonra tüm İstanbul'a bu yarış bildirdi. Duyurulan gün, büyük bir kalabalık toplanmıştı, yarışın yapılacağı yerde ve saltanat kayıkları yarışı 1579 senesinde gerçekleşti (Fişek, 1985: 28).

1890 senesinde de İngilizlerin bulmuş olduğu futbol Türkiye'ye getirildi. Türkiye'de ilk olarak İngiliz aileleri arasında Bornova çayırlarında gösterilmeye ve halka açık yapılmaya başlandı. Türkiye'de, Britanya topraklarında doğmasından ortalama kırk yıl sonrasında oynanmaya başlamıştı. Daha sonra futbol İstanbul'a da taşındı. Bergama oyunu olarak bilinen futbol, İzmir'den İstanbul'a göç eden aileler ile birlikte futbolu İstanbul'a da taşıdılar (Hiçyılmaz, 1974: 10-25).

1896 senesinde Yunanistan'da gerçekleşen ilk olimpiyatlarda usta pehlivan Koç Mehmet bu olimpiyatlara katılma niyetindeydi ve katılmasının onanması maksadıyla Yunanistan'a seyahat etti. Fakat ondan Osmanlı Devleti'ni temsil etmesi üzerine Milli Olimpiyat Komitesi'nden verilmiş belge talep etmişlerdi lakin Osmanlı'da herhangi bir Milli Olimpiyat Komitesi bulunmuyordu. Aynı olimpiyatta Faik Hoca ülkemizi temsil etti (Güçlü, 2001: 3).

Basketbol Türkiye'de ilk defa 1904 yılında Amerikan Robert Koleji öğrencileri tarafından oynanmıştır. Galatasaray Lisesi'nin en eski beden eğitimi öğretmenlerinden ve ilk devrin en ünlü kalecilerinden Ahmet Robenson 1911 senesinde eline geçen bir Amerikan dergisinde tesadüfi olarak rast geldiği bu sporu öğrencilerine göstermek maksadıyla teşebbüse geçti (Yetim ve Şenel,2001: 18-19).

1905 senesinde bir grup Galatasaray'ı kurmuşlardır. Hedefleri İngilizlere benzer şekilde toplu halde top oynamaktı. Galatasaray İstanbul Ligi'ndeki ilk Türk takımdı.

1907 yılında Moda çevresinde oturanlar ve St. Joseph Fransız Frerler Mektebi'ndekiler Fenerbahçe'yi faaliyete geçirdiler. 1921 senesinde Trabzon İdman Ocağı kurulmuştur. 1922 senesinde Türkiye Futbol Federasyonu kuruldu. Yine bu yıl içerisinde Milli Takım'da kurulmuştur (Devecioğlu ve Çoban, 2003: 49-58). 1923 senesinde Gençlerbirliği kuruldu. Aynı yıl FIFA'ya kabulümüz gerçekleşti. 1957 yılında ilk Türk voleybol takımı sahaya çıktı. 1936'dan 1959 yılına değin basketbol 'Spor Oyunları Federasyonu' ismi altında kurulan bir federasyonun içinde voleybol ve hentbol ile beraber yürütüldü. 1 Mart 1959'da Türkiye Basketbol Federasyonu resmen kuruldu.

1989 senesinde Galatasaray Avrupa Şampiyon Kulüpler Kupası'nda yarı finale çıkmıştır. 1990 senesinde yurdumuzda buz hokeyi de ilk defa oynanmaya başlamıştır.

1.3. SPORUN SINIFLANDIRILMASI

1.3.1. Performans Sportu

Performans sportu günümüzde de pek çok alanda takip ettiğimiz sporcuların yapmış oldukları bir meslektir esasında. Kısacası, futbolcular, basketbolcular, voleybolcular vb bütün spor aktivitesini bir meslek olarak yapan sporcuların gerçekleştirdiği spor türü performans sportu olarak tanımlanmaktadır. Performans sportcuları, sportu hayatlarından çıkardıklarında mesleklerini bir kenara bırakmış sayılırlar ve dahası performans sportcusu olmak dışarıdan görüldüğü kadar kolay değildir bu kişiler en az 9,5 yaşındayken o sportun temel becerilerini öğrenmeye ve sergilemeye başlaması gereklidir. Doğru ve dengeli beslenme alışkanlığı çoktan öğrenilmiştir. Yağların, proteinlerin, karbonhidratların hangi besinlerde yer aldığını bilenlerin hazırladıkları programlarla beslenme başlar. Egzersizin bir bilim olduğunu bilen kaliteli sport eğiticileri antrenman ve hareket bilimlerinin en hassas bilgileri ile bu sportcuların yanındadır (Taşkiran,2015: 22).

Kulüpler yetenekli sportcuları o sportu yapanların arasından seçtikleri için işleri biraz daha kolaydır. Yaş gruplarına özel yarış ve maçlara katılmaktadırlar. Sağlık kontrolleri sürekli yapılmakta, performans test sonuçları antrenörlerine iletilmektedir. Yaşlar ve antrenmanlar ilerledikçe bu defa sert rakiplerle mücadele başlamaktadır. Takım sportlarında bir pozisyonun en iyisi olmak için mücadele edilmiştir. Sportcu artık bir kimlik ve kişilik kazanmıştır. Sosyal bir varlık olduğu kadar aynı zamanda idol denilecek mertebeye gelinmiştir.

Performans sportculuğu zor bir meslektir. İş, eğitimi, arkadaşlığı, dostluğu kolay değildir. Başarı için odaklanmış sport anlayışı bazen kırılabilir yaratabilir. Performans sportu ve sportcusu konusu gündeme geldiğinde olaya bir de bu açılardan bakmak gereklidir. Geleceğin başarılı sport yönetimi hedeflerinde performans sportları yapılanması dikkatle etüt edilmelidir.

1.3.2. Kitle Sporü

“Kitle” olgusu Amerika Sosyolojisi’nin 1950’li senelere fizik biliminden ödünç aldığı ‘kütle’den (mass) ve ‘sosyal sınıf’ olgularından farklı ancak, daha önceleri ‘ayak takımı’ şeklinde isimlendirilen kitleyi tanımlamaya yakın ‘mob’ kavramını ve irrasyonelliği çağrıştıracak bir biçimde kullanılmıştır. Kitle kültürüne dair erken dönem tanımlamalar, 1830’lu yıllarda Fransız Aristokrat Alexis de Tocqueville ile başlamaktadır. Tocqueville, Amerika’daki kişilerin benzer fikir ve ortak değerlere sahip olduğu konusunda ki gözlemlerinden hareketle bu durumun toplumu kitle ya da sürü zihniyetinin kurbanı haline getireceği hususunda bir tahminde bulunmuşlardır (Şahin, 2005,163: 78-80).

Kitle sporu, bireyin kendi istek ve arzusuyla beden eğitimi, oyun, cimnastik, eğlenceli faaliyetlerle fiziki moral, toplumsal gelişimi sağlama, dinlenme ve eğlenme, boş zamanını değerlendirme maksadıyla yaptığı spor dalının adıdır. Toplumun hemen her yaş ve düzeyinde yaygın olarak yapılan beden eğitimi ve spor faaliyetlerinin tamamına kitle sporu adı verilmektedir. Her yaş grubundaki insan tarafından yeterli organizasyon, malzeme ve uygun çevre ortamı oluşturularak gerçekleşen sportif faaliyetlerin tümüdür. Genç, ihtiyar, her kesimin spor ile sağlıklı yaşamasının sağlanmasıdır.

1.3.3. Okul Sporü

Okul sporunda kitle ve elit sporları gerek farklı özellikleri de gerekse de benzerlikleri olan bir durum söz konusudur. Elit sporu ekseri olarak maddi kazançla yönelmiş olduğu, kitle sporları eğlenmeyi ve dayanışmayı daha çok öne çıkartan, okulda yapılan sporlarda da eğitim anlayışı önde gelmektedir. Verhaegen tarafından ifade edilen sporların eğitimleri sürecinde fayda sağlayabilmesi adına bir topluluk kapsamında kişisel özgürlüğün egzersizleri, kendilerini ve diğer kişilerini de çok daha iyi bir şekilde tanıma, iletişim ve başkalaşım sevincin ve mutluluğun asıl kaynağını oluşturması, farklı ahlaksal ve entelektüel değer yargılarını yaşamış tecrübeler konumuna getirmesi benzeri özelliklerin tümünü taşıyabilmesi gerekmektedir.

Bahsi geçen bütün bu yaklaşımların temin edilmesi, okul sporunu bazı durumlardan elit sporundan daha çok uzaklaştırmaktadır. Bahsetmek gerekirse, elit sporunun en önemli prensiplerinden bir tanesi olarak karşımıza çıkan “seçicilik” anlayışına okul sporu alanında çok fazla yer ayırmamak gerekmektedir. Nedeni de seçicilik durumu, hedef kesimin çok geniş bir miktarını pasif hale getirerek okul sporunun ruhsal yanına ters olan bir anlayış görülür(Sunay ve Saracaloğlu,2003: 18-22).

1.3.4. Özel Gruplarda Spor

Özel gruplar tayin edilerek, bu grup içindeki kişilere ilgili husular öğretilmektedir. Bu öğretilere değinmek gerekirse:

- Kronik hastalıklarda uygulanan egzersiz ve sporları ilgili gruplara özel öğretilmektedir.
- Engellilerde uygulanan egzersiz ve sporları ilgili gruplara özel öğretilmektedir.
- Çocuklarda uygulanan egzersiz ve sporları ilgili gruplara özel öğretilmektedir.
- Kadınlarda uygulanan egzersiz ve sporları ilgili gruplara özel öğretilmektedir.
- Erkeklerde uygulanan egzersiz ve sporları ilgili gruplara özel öğretilmektedir.
- Yaşlılarda uygulanan egzersiz ve sporları ilgili gruplara özel öğretilmektedir.

Bu öğretilerin altında, osteoporoz ve egzersiz yönetimi, bel ağrısı ve egzersiz yönetimi, artrit ve egzersiz yönetimi, obezite ve egzersiz yönetimi, zayıflık ve egzersiz yönetimi, diyabet ve egzersiz yönetimi, hipertansiyon ve egzersiz yönetimi, kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve egzersiz yönetimi, kronik yorgunluk sendromu ve egzersiz yönetimi, kanser ve egzersiz yönetimi / anemi ve egzersiz yönetimi, parkinson hastalığı ve egzersiz yönetimi, alzheimer hastalığı ve egzersiz yönetimi konuları da öğretilmektedir.

1.4. KİŞİLERİN SPOR YAPMA AMAÇLARI

1.4.1. Beden Eğitimi ve Sporun Fizyolojik ve Biyolojik Faydaları

Beden Eğitiminin Fiziksel ve Biyolojik Gelişimindeki Rolü

Kişilerin fiziksel gelişimlerine katkı sunmak sadece beden eğitimi ile yapılacak spesifik bir amaçtır. Hareket etme durumu, kişinin doğasında mevcuttur. Kaslar ve kemikler hareket gücü sunmaktadır. Hareketli olmak kemik ve kasların güçlü olmasına yardım etmektedir. Kısacası, fiziksel yönden yapılan bütün etkinlikler, normal kas ve kemik gelişimleri için zaruri bir halleri olmaktadır. Ayrıca beden eğitimi etkinliklerinin tümü, kemik özgül ağırlıklarını ve bağ dokuların esnek yapısını arttırarak bunları baskı ve gerginliklere karşı güçlendirmektedir. Bedenle ilgili yapılan bütün faaliyetler düzenli şekilde hayata geçirildiklerinde, organizmaların işlevlerini geliştirmektedir. Böylelikle de organizmanın değişen şartlara çok rahat bir uyum göstermesi ve yorgunluğa karşı koyma gücü de biyolojik olarak aynı oranda artmaktadır. En fazla etki, yetilerin gelişme göstermesinde görülmektedir.

1.4.2. Beden Eğitimi ve Sporun Sosyolojik Faydaları

Beden eğitiminin ve gerçekleştirilen sporun esas amacı, bireyin beden ve ruh sağlığını iyi bir konuma getirmek, iradesini kuvvetli bir yapıya dönüştürmektir.

Beden eğitimi ve sporun iradesini güçlendirerek, kişinin kendi kendisine güveninin daha iyi bir noktaya çıkması ve bireyselliğinin kuvvetlendirilmesini sağlamaktadır. Bireyin saklı kalan yanlarını ve yapıcı yönünü harekete geçirerek fiziksel gelişmenin yanında ruhsal ve sosyal gelişmeyi olası kılmaktadır. Yeni gelişme döneminde fiziksel gelişmenin stabil hale gelmesine karşın kişiliğin olgunluk kazanması, ruhsal ve sosyal gelişme devam etmektedir (Açıkada ve Ergen, 1990: 15-23).

Kamuoyunu meydana getiren ve kuran kişilerin, gerek genç gerekse de daha yaşlı bireyler için fazlasıyla önem arz eden boş vakitlerin değerlendirilmesinde spor, fazlasıyla trend olma eğilimindedir (Açıkada ve Ergen, 1990: 20-52).

Spor etkinliklerinin yapılmasında meydana gelen ekonomik ve sosyal yansımalar şöyle sıralanmaktadır :

- Boş zamanların mevcudiyeti,
- Gelir ortalamasının yüksek oluşu,
- Genel ekonomik durum,
- Kitle iletişim vesaitleri,
- Nüfusun kültürel seviyenin yüksek seyredişi,
- Eğitimin sosyal statüyü değiştirimesi,
- Bireylerin sosyal olma gayretleri,
- Toplam nüfus içinde genç yaşlı bilançosu,
- Spor yapmak maksadıyla uygun bir altyapının olması.

Bu faktörlerin birleşmesiyle ülkenin sosyal gelişmişlik düzeyi de aynı oranda ciddi bir artış kaydetmektedir (Erkal, 1986: 4-10).

1.4.3. Beden Eğitimi ve Sporun Psikolojik Faydaları

Fiziksel Psikomotor Gelişimdeki Rolü

1. Kalp-Dolaşım Sisteminin Dayanıklılığı
2. Kas Kuvveti
3. Kas Dayanıklılığı
4. Esneklik
5. Vücut Kompozisyonu

6. Koordinasyon
7. Denge
8. Sürat
9. Çabukluk
10. Güç

Zihinsel Gelişimindeki Rolü

Eğitimin tanımlılığının ve kapsamının bütün alanlarınca paylaşılmış olduğu beden eğitimi de bilginin birikimi ve iç görü ile anlaşılmasını sağlamaktadır. Bilginin edinilmesi, anlaşılır olması ve iç görü kazanma zihinsel gücün malzemesini oluşturur. Beden eğitimi vasıtasıyla kişi, sağlık ilkeleri ve hareketin hayatındaki önemini kavrar (Hekim, 2016: 66-71).

Duygusal Ve Toplumsal Gelişimindeki Rolü

Duygusal gelişim ve aynı zamanda toplumsal gelişim sürekli birbirlerinden etkilenmektedir.

Her beden eğitimi etkinliği aynı zamanda toplumsal bir tecrübedir ve genellikle duyguları geliştirme yönünde ağır basmaktadır. Bu etkinlikler vasıtasıyla kişi, hislerini ifade etme şansı bulur. Saldırganlık, öfke, utangaçlık, kıskançlık vb. duygularında boşalım sağlar, bunları kontrol etmeyi sağlar (Hekim, 2016: 66-71).

1.4.4. Beden Eğitimi ve Sporun Ekonomik Faydaları

Sporun ve bundan kaynaklı da gelişme kaydeden endüstrinin ekonomik yönden yansımaları üzerine gerçekleşen bütün araştırmalarda üzerlerinde şiddetle durulan esas unsurlardan bir tanesi de spor için yapılan bütün masraflarda oluşan bütün değişikliklerdir. Amerika ve Avrupa kıtalarında spor kapsamında yapılan tüm masraflar

ve senelik değişimlerine bakıldığında yalnızca bu bakış açısından dahi spor endüstrilerinin çok daha hızlı bir şekilde gelişme gösterdiği net bir şekilde görülmektedir.

Mesela, Kanada örneğine bakmak gerekirse yaşayan bütün ailelerin ortalama spor harcamaları aşağıdaki gibi aktarılmıştır:

Kanada'da bulunan ailelerin sporda ki senelik harcamaları son 2003 yılında, pazarlardaki %1.37 seviyesinden % 1.46'a kadar arttığı görülmektedir. Bu harcamaların çoğu sporla alakalı yapılan harcamalardır (Naoyukı vd. 2003: 56).

Sporu meydana getirmekte olan bütün unsurlar ve destekleyici alt sektörler ciddi derecede önemli bir ekonomi oluşturmaktadırlar. Sporun böylesi büyük bir ekonomik hacme ulaşmasını sağlayan nedenlerin bazıları aşağıda sıralanmıştır (Katırcı vd.,2013: 45)

- Kişilerin boş vakitlerinin artış göstermesi,
- Eğitimle ilgili bütün imkanların artış göstermesi, profesyonel destek hizmetlerinin meydana getirilmesi,
- Spor kavramının global bir durum mahiyeti kazanması.

1.5. DÜZENLİ EGZERSİZ VE SPORUN ÖNEMİ

Bazı kişiler zayıflamak, bazı kişiler kaslarını sıkılaştırmak, bazıları da sağlıklı hayat sürmek amacıyla yaptığı spor literatüre egzersiz olarak aktarılmaktadır. Amaç hangisi olursa olsun, düzenli olarak yapılan egzersizin sağlık açısından önemi ciddi manada büyüktür. Bütün kasların çalışmasını gerçekleştirmek ve körelmelerine engel olmak amacıyla belirli aralıklarla bu egzersizlerin 'bilinçli' olarak yapılması insana her zaman olumlu yansımalar sunmaktadır. Esasında bütün bu aktarılan eksikliklere zemin hazırlayan yine teknolojinin gelişmesi ve insanlığın kendilerini bu ivedi gelişen topluma kaptırmasıdır. Ne yazık ki, bu gelişimin sayesinde işler artık oturularak yapılmaya başlanmış olup, oturularak para kazanıp, fatura ödeyip hatta alışveriş yapar bir duruma gelinmiştir. Hatta çoğu kişilerde görülen bir diğer durum da bütün gün bilgisayar başında oturmaktan kaynaklı yürüme bir eziyet haline gelmektedir. Yüksek binalardaki dairelerimize çıkmak için merdiven yerine asansör kullanmak, iki adım fazla atmamak

adına, alışveriş merkezlerinde yürüyen merdivenleri kullanmak, spora olan etkiyi minimize etmektedir.

1.6. SAĞLIK AMAÇLI SPOR

Çağımıza bakıldığında birçok insan egzersiz yaparak fiziksel uygunluklarını sağlama, zayıf kalarak hayatta daha çok kalma anlayışına haiz olmak için, formunu korumanın yollarını aradıkları görülmektedir. Nitelikli hayatın seçimi; bireylerin çok iyi koşullarda beslenmeyle ilgili bütün alışkanlıklarında sahip olmaları ve aynı zamanda da düzenli şekilde egzersizler yapmalarıyla sağlanmaktadır. Fiziksel uygunluğu gerçekleştirmek maksadıyla yarışma sporcusu olunması gerekmemektedir. Bu sebepten ötürü de insanlar kendileri için en ideal olan sporu seçerek onu düzenli bir şekilde devam ettirebilirler. Sporda artık yarışma maksadının haricinde, sağlık için spor yapılmaya da başlanmıştır. Özellikle bu söz konusu sağlığa çağırımları gelişmiş devletlerde yerini almakta ve geniş insan kitleleri çok farklı sportif etkinliklerde bulunmaktadır. Yaşam boyu spor sağlıklı bir hayat sürmek için spor, aerobik jogging, step v.b. gibi sloganlarla spor yapan insanların sayısının artırılmasına çalışılmaktadır (Küçük ve Koç, 2015: 13).

İnsanların sağlıklarını koruyabilmek için veya bazı hallerde sağlıkları tekrardan kazanabilmek adına spor yapmak bir “moda” ifadesinden çok, kentsel yaşantının olmazsa olmazı, insanların beyinlerine O₂'nin gidebileceği anların yaşanabildiği bir durumdur.

Hareketsizliğin meydana getirmiş olduğu bedensel kuvvet eksikliğinin farklı ve değişik hastalıklara karşı direnci olabildiğince azalttığı, bilhassa da kalp ile damar hastalıklarının gelişmiş ülkelerde çok yaygınlaştığı görülmektedir (Küçük ve Koç, 2015: 13).

1.7. ZAMAN VE SERBEST (BOŞ) ZAMAN KAVRAMI

1.7.1. Zaman Kavramı

Zaman yaşamdır ve zaman denen olguyu boşa harcamak, yaşamı boş olarak harcamakla eş anlamlıdır (Baltaş ve Baltaş, 1987: 241).

Zaman, olayların birbirini izlemesine bakarak zihinde yaratılan ve yine olayların içinde sürünüp gideceği düşünülen, başı sonu belli olmayan soyut bir kavramdır (Alaylıoğlu, 1968: 397).

Zamanı nasıl kullanacağımızın bilincinde olmak, çalışma biçimimizi sürekli geliştirmenin anahtarıdır. Bu bakımdan, zamanı iyi kullanan bir insan, yaşam kalitesini yükseltir ve diğer kaynaklar gibi kendisi ve amaçları için zamanı etkili bir biçimde değerlendirir ve harcayabilir (Güngörmüş, 2007: 14).

Kişiler zaman kavramını psikolojik açıdan çok farklı şekilde algılamaktadırlar. Yaşanan tüm durumların birbirleriyle zincirlenmesi, daha önceki yaşananların yansımaları ve gelecek dönemlere dair talepler saat bazlı ölçülebilen gerçek zamanın kişiler vasıtasıyla çok daha kısa ya da daha uzun olarak algılanmasına neden olabilmektedir. İnsan zamana bağlı olarak yaşamaktadır, fakat herkes bu zaman sürelerini birbirinden farklı algılamaktadır (Baymur, 1978: 138).

Zaman kavramının başlıcaları aşağıda listelenmiştir:

- Zaman, ödünç alınamaz
- Kiralanma durumu olmaz
- Satın alınma durumu olmaz
- Çoğaltılması mümkün değildir
- Depolanma durumları yoktur
- Tasarrufu yapılmaz (Hazar, 2003: 5).

Kullanım açısından zaman kavramı çalışmaya ayrılan zaman ve çalışma dışı zaman olarak ikiye ayrılmaktadır. İnsanların genel olarak geçimini sağlamak ve para kazanmak için yaptığı eylemleri içine alan zaman dilimi çalışma zamanını oluşturmaktadır. Bunun yanında insanların işlerine gitmek için hazırlık yapmaları, iş yerlerine ulaşmaları, çalıştığı ikinci bir işle ilgili yapması gereken tüm eylemler de çalışma zamanı içerisinde değerlendirilmektedir. İnsanların temel gereksinimlerini ve fizyolojik ihtiyaçlarını (beslenme, uyku vb.) karşılamak için ayırdığı ve herhangi bir mesleki çalışmaya yer vermediği zaman da iş harici zaman şeklinde tanımlanmaktadır (Sevil, 2012: 4).

1.7.2. Serbest (Boş) Zaman Kavramı

Serbest yani boş zaman kavramının İngilizcedeki manası "leisure" kelimesine karşılık gelmektedir. Leisure kavramı da "izin verilmiş olmak" veya "serbest olmak" manalarını taşıyan latince "licere" ifadesinden kavramsallaştırılmıştır. Keza serbest zaman manası taşıyan Fransızca "loisir", "salahiyet vermek" manasındaki ingilizce "license" ve "izin" anlamındaki "liberty" kelimeleri, "licere" kelimesinden türetildiği görülmüştür. "Zorunlu olmamak" ve "serbest seçimi" aktarımı olan ilgili kelimelerin hepsi birbiriyle ilintilidir (Kaba, 2009: 10).

Boş zaman, kişilerin çalışmaları ve fizyolojik gereksinimlerinin karşılanması dışındaki özgür olarak dinlenme, bireysel gelişme, eğlenme için kullanmış oldukları zamandır (Tezcan, 1982: 10).

Boş zaman, yaşama dair zorunlu görev ve sorumluluklarını yerine getirdikten sonra bireyin kendine ayırdığı ve özgürce kullanabileceği bir zaman şeklinde tanımlanabilmektedir (O'Sullivan, 2006: 8).

Boş zaman bireyin işi, ailesi ve toplumsal yükümlülükleri dışında kalan, özgürlüğe fırsat yaratan ve bireyi iyimserliğe götüren bir ruh halidir. Bireyi çevresi ve çevresindekilerle huzurlu ve gönüllülük ilkesi içerisinde üretken olmaya teşvik eden bir tutum oluşturmasıyla önemli olmaktadır (Veal, 1992: 45).

Boş zaman zihinsel bir tutum, tavır ya da deneyim kalitesi elde etme durumu olarak da ifade edilmektedir. Aslında boş zaman isteklerin gerçekleştirilmesine fırsat yaratan aktif olma durumudur. Çünkü bireyin kendisi için ayırdığı bu süreçte gevşemesi ve rahatlamasının yanında bilgilerinin genişletilmesi, yaratıcılık ve becerilerinin geliştirilmesi ve artırılmasına olanak tanımaktadır (Smale, 2010: 17).

Boş zaman kullanımı bireyin kendisini tanımasına yardım etmekte, içsel motivasyon ve hakimiyet, öz yeterlilik, güçlü olma, zevk ve keyif alma gibi duygularını ortaya çıkarmaktadır. Bir başka deyişle, boş zaman bireyin yaşamın zorlukları ile başa çıkma, karşı koyma ve kendini gerçekleştirme zamanı olarak tanımlanmaktadır (Austin ve Crawford, 2001: 8).

Langviniene (2012: 753) çalışmasında boş zaman kavramı konusunda tarihsel olarak değişen tanımlamaları aşağıda Tablo 1’de kronolojik şekilde açıklamıştır.

Tablo 1. Boş Zaman Kavramı Konusunda Tarihsel Olarak Değişen Tanımlamalar

Yazar	Yıl	Tanım
Veal	1992	Boş zaman iş ve görevlerden kalan zamanlardır. Görece olarak özgürlük içeren aktivitelerden oluşmaktadır.
Godbey	1994	Boş zaman sadece tek bir önemli kritere sahiptir. Bu kriter ise algılanan özgürlüktür. Sadece, serbestçe yapılan ve kısıtlamalardan arınmış aktiviteler boş zaman olarak görülebilir
Torkildsen	1999	Boş zaman, zaman seçimi özgürlüğü ve kısıtlamalarda özgürlük konularıyla tanımlanan görev ile işlerden arta kalan zamanlardır.
Horner ve Swarbroke	2005	Kişilerin işte bulunmadığı zamanlar boş zamanlar olmaktadır.
Edginton ve Chen	2008	Boş zaman; bilim, kültür ve sanat alanlarında paylaşımları içermekte kişilerin dinlenme hakkını göstermekte, işlerden arta kalan limitli zamanı belirtmekte ve yaşam kalitesini artırma fırsatı yaratmaktadır.
Godbey	2008	Boş zaman, boş zaman alanı ve boş zaman aktiviteleri unsurları boş zaman amacı ve boş zaman özgürlüğü değişkenleri ile birlikte boş zamanın tanımlanmasında önemli olan faktörlerdir.
Page ve Connell	2010	Boş zaman fiziksel dinlenme, zihinsel denge ve çevre şartlarını kapsamaktadır. Boş zaman işten, sorumluluklardan farklı olmakta çalışmanın tam tersi seçim fırsatına dayanan bir olguyu göstermektedir.

Kaynak: Sevil, Tuba 2015, **Terapötik Rekreatif Aktivitelere Katılımın Yaşlıların Algıladıkları Boş Zaman Tatmini, Yaşam Tatmini Ve Yaşam Kalitesine Etkisi**, Eskişehir, Anadolu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, s: 5

Boş zaman ve rekreasyon kelimeleri sıklıkla karıştırılan kavramlardır. Boş zaman genellikle yükümlükten arınmış zaman ya da kişiye ait zaman olarak adlandırılırken, rekreasyon eğlenmiş ve yenilenmiş olma halini göstermektedir. Boş zaman kavramının içerisinde daha temel unsurlar yer almaktadır. Boş zaman ile eğlence, hoşnut olma ve tatmin deneyimleri daha fazla anlaşılabilir. Boş zaman kavramının incelenmesi insanların serbest zaman davranışlarının anlaşılması açısından daha bütünsel bir yaklaşım sunmaktadır (Wang, 2008: 24).

En kapsamlı tanımlardan biri ise John Kelly tarafından 1987'de yapılmıştır. Kelly, serbest zamanı aynı zamanda tanımlanan ve çözümlenen birtakım unsurlardan ibaret bir yaşam modeli olmakla birlikte, her serbest yaşamı da aşağıdaki maddelerle yeni bir oluşumun göstergesi olarak kabul etmektedir. Bu maddelere göre;

- Serbest zaman, bir durumun yanı sıra bir karar hareketidir. Bu karar; doğal olayların dışında kalan fakat onu tamamlar nitelikte de olmalıdır.
- Zamanlı ve yerinde oluşturulan, geliştirilen fakat sabit olmayan bir süreçtir.
- Serbest zaman; sürekli yeni içeriğiyle yapılanan bir yerleşimdir.
- Serbest zaman; birtakım sorumluluklarla örülü bir iş veya sosyal çevrede sürekli olarak artış gösteren ve arzu edilen etkinlikleri kapsayan düşünceler ürünüdür.
- Serbest zaman; tarihiyle, duygu, mana, süresiz gelişim ve amacıyla kompleks ve bütünsel bir eylemdir (Veal, 1992: 1-8).

Mull ve arkadaşları serbest zamanı nitel ve nicel olarak iki geniş kategoriye ayırmışlardır. Serbest zamanın nitel yönüne göre, serbest zaman bireyin biyolojik ve çalışma kısıtlılıklarından özgür olmasıdır. Nicel yönü ise serbest zamanın isteğe bağlı kullanımı olarak görülür. Buna göre, insani işlevler üç ana gruba ayrılmıştır: Kişisel bakım, çalışma ve serbest zaman. Kişisel bakım yemek, uyumak veya kişisel bakım ve bedensel işlevlerle meşgul olunan zaman dilimini; çalışma meslek eğitimi veya kazanç elde etmek için kullanılan zaman dilimini; serbest zaman kişisel ilgilere dönük etkinliklere katılım için kullanılan zaman dilimini ifade eder (Mull vd., 2005: 4).

Günümüzde serbest zaman ve boş zaman kavramlarının hangisinin kullanılacağı konusunda bir belirsizlik vardır. Oysa bu iki kavram arasında belirli derecede farklılık vardır. Serbest zaman bir rotasızlık oluşturmakta, boş zaman da rotalanmaya daha çok açık bir potansiyeli kapsamaktadır. Rekreasyon da, boş zamanın bazı kullanım şekillerini meydana getirmektedir. Boş zamanda başka faaliyetler olduğunu belirten, bu durumları dengeleyen yapıcı bir yön kavramsal şeklinde bulunmaktadır. Boş zaman bir hak etme değeri taşımaktadır. Dolayısıyla boş zamanın pozitif değerinden söz edilebilir. Serbest zaman ise, seçerek değil de şartlar gereği işsiz olan bir kişinin serbest zamanına ilişkin sorununda olduğu gibi, bunu nasıl kullanacağı değil, nasıl ortadan kaldıracağı şeklinde gelişir ve bu anlamda negatif bir değer taşır (Karaküçük, 1997: 28).

İnsanların okullaşma düzeyi ile boş zaman miktarı kıyaslandığında, arada doğrusal bir ilişki olduğu saptanmaktadır. Eğitim yolu ile elde edilen meslekler, özellikle profesyonel değerlendirmeler içinde kalan meslekler, çalışma saatini uzatmaktadır. İş mekanı dışına taşan uğraşlar ‘boş zaman’ dilimi üzerinde olumsuz etki yapmaktadır. Buna karşın eğitim düzeyi yükseldikçe, boş zaman konusu üzerinde insanların daha özenli ve titiz davrandıkları görülmektedir (Aslan, 2005: 10).

1.7.3. Boş Zamanın Tarihsel Gelişimi

Boş zaman olgusuna ilişkin bir alanın varlığı günümüz modern dünyası ile alakalı olarak görünmekle beraber boş zamanın kavramının ortaya çıkışı, algılanması ve aynı zamanda konumlandırılmasının tarihi fazlasıyla eskilere dayanmaktadır. Bu olguyu ve farklılıklar gösteren doğasını anlayabilmek adına tarihsel tecrübelerle bakmakta fayda bulunmaktadır. Günümüzde de olduğu kadar eski dönemlerde de boş zaman, düşünürleri yakından ilgilendirmiş, bu zamanın toplumsal koşullara göre optimal kullanıma açılmasına çalışılmıştır (Aytaç, 2002: 235).

Şiddet gösterileri sonucu müsabakalar için inşa edilen Collesseum, Roma'daki hayatın merkezi oldu. Tarihçiler, imparatorluğun çöküşünün nedenlerinden biri olarak da boş zamanı kullanmayı becerememelerinden bahsetmektedir (Torkildsen, 2005: 11).

Rönesans ve Reform hareketleriyle gelişen bilim hayatının ittifakı suretiyle, yeni keşiflerin ortaya çıkmasıyla fabrikaların kurularak hızlı üretim, otomasyon gibi çalışma içi veya dışı hayatta önemli değişikliklerin meydana geldiği 18'inci yüzyıl sonlarına doğru oluşan I. Sanayi Devrimi döneminde çalışmaya büyük önem verilmiş, insanların verimli çalışmakla bireysel ve toplumsal yönden kalkınmayı gerçekleştirebilecekleri ve refah düzeylerini elde edebilecekleri fikriyle haftalık 70 saatin çok daha üzerinde çalışmaya zaman verilmiştir. Çalışan insan için bu dönemde boş zaman yalnızca yorulan kişinin fiziksel kuvvetini tamir etmek ve dinlenmek maksadıyla kullanıldı. Zamanın bahsi geçen ilgili işlevleri haricinde olan eğlenmek ve bireyi özgür bırakma işlevleri gibi ferdi ve toplumsal değerlerin gelişmesi için kullanılması, savurganlık ve tembellik olarak görülmüştür (Karaküçük, 2005: 24-25).

1700'ler süresince Püritanlar boş zamanı aylaklık ve zaman israfı olarak düşünmüşlerdir. Bu doktrin aylaklığın bir günah olduğuna inanmakta, işe ise dinsel bir değer vermiştir. Bu boş zamanla ilgili olarak yapılan yorum endüstriyel toplumun belirli bir süreci devamında sürmüştür (Juniu, 2000: 69-70).

1870' li yıllarda II. Sanayi devrimi ile birlikte gelişen teknoloji, sanayileşme ve mekanikleşen çalışma ortamı özellikle 1930' lu yıllardan sonra insan yaşamındaki iş ve yaşam şartlarını hafifletmiş ve daha fazla boş zaman kazanımını sağlamıştır. Bu yönü ile boş zaman olgusu günümüzde çağdaş sanayi toplumunun yapısal bir özelliğini oluşturmaktadır (İlban ve Özcan, 2003: 200).

Tarihsel açıdan, boş zamanın açık bir manası bulunmaktadır. Antik Yunan, gösterişçi Orta Çağ ve Püritan zamanlarında bu anlam, boş zamanın kullanımına bağlıydı ve işle iç içe geçmişlik durumu mevcuttu. Fakat çalışmayla ilgili saatlerindeki azalmayla oluşan modern boş zaman, artık iş değerini kaybettiği için daha önceki dönemlerde tanımlanan boş zamandan farklılaşmıştır. Bu dönemde boş zamanın tanımlanmasında en önemli nokta “iş dışı” kavramı olmuştur ve böylece erken dönem boş zaman tanımlamalarından farklılaşmıştır. Böylece boş zaman, her şey ve herhangi bir şey için boş zaman, anlamsız zamana dönüşmüştür. Tanımlanan bu zaman, iş koşullarıyla ilişkilendirilmiştir ve potansiyel bir tüketim kaynağı oluşturmuştur. Modern boş zaman işi desteklemektedir ancak iş ile iç içe girmek zorunda değildir. Şöyle ki, örneğin bir ev hanımı zorunlu olarak bir işte çalışmasa da evde yerine getirdiği görevler sonrası

eğlenmek, dinlenmek ve sosyalleşmek için bir boş zamana ihtiyaç duymaktadır. Bu nedenle bu dönemde toplumun farklı kesimleri dikkate alınarak boş zaman ve iş kavramı birbirinden ayrılmıştır (Yüncü, 2013: 6). Ekonomik ödüller çalışanlara boş zamanı satın alma yani zevk ve eğlenceyi satın alma gücü vermiştir (Junio, 2000: 71).

2000'li senelerdeki varolan yaklaşıma göre de iş ve boş zaman olguları tamamıyla iç içe geçmiştir. Günümüz dünyasında Facebook ve Twitter benzeri sosyal medya vasıtaları ile beraber iş başındaki kişiler, mesai saatleri içerisinde kendilerine boş zaman oluşturmakta ve bu bütün alanlarda oyun oynayarak, sohbet ederek bu zamanlarını geçirmektedir. Bu sebeple postmodern dünyada iş ve boş zaman olgularını tümüyle birbirinden ayırmak doğru bir yöntem olarak kabul edilmemektedir (Yüncü, 2013: 6).

1.7.4. Türkiye'de Boş Zaman

Postmodern çağımızın Türkiye'sinde boş zamanların bir biçimde değerlendirilmesi, çoğunlukla konutlarında ve yaşadıkları yerlerde dinlenerek pasif bir görüntü içine olmaktadır (Özkul, 1997: 138).

Türkiye'de boş olan vakitleri değerlendirme faaliyetlerinin dağılımı incelendiğinde, evde kitap, dergi, müzik dinlemek, tv seyretmek, komşu ve diğer kişilerle kontak kurup sohbet etmek ve gezmek, dinlenmek benzeri ev içi faaliyetlere katılma durumu kırsal kesimlerde %67.3, kentsel kesimlerde de %75. 6 düzeylerinde gerçekleşmektedir. Boş zamanları sporla uğraşarak değerlendirenlerin oranın ise çok az düzeylerde olduğu görülmektedir (DPT, 1993: 142).

Ülkemizde GSGM sportif faaliyetlerini yönetme ve yürütebilmesi üzerine kurulmuş teşkilatlardır ve bütün ülkede örgütlenmeler yapılmıştır. Kendi içinde de ayrıca farklı birimleri kurarak bireyleri aktif boş zaman geçirme olanakları sunmaktadır. MEB'e bağlı halk eğitim merkezleri farklı kabiliyet kazandırma kursları düzenlemektedirler. Bu kurslara bayanların katılma oranı %90'larda görülmektedir (DPT, 1994: 132)

1.7.5. Rekreasyon Kavramı

Rekreasyon, insanların serbest zamanlarında, eğlence dinlenme amaçlı tatmin motivasyonları ile gönüllü katıldıkları faaliyetlerdir (Kırıkoğlu, 2004: 20).

Bucher'in tanımına göre rekreasyon;

1. Serbest zamanlarda yapılır. İş değildir, kar gayesi taşımaz.
2. Rekreasyonda kişi, gönüllü olarak tamamen kendi arzusu ile katıldığı etkinliklerde bulunur.
3. Rekreasyon faaliyetleri katılana zevk veren, mutlu eden ve neşelendiren bir tarzda olur.
4. Rekreasyon faaliyetleri, kişisel ve toplumsal fayda sağlar.
5. Toplumsal değerlere aykırı değildir ve yemek yemek, uyumak gibi hayati önem taşımaz (Bucher, 1972: 4).

Sürekli meydana gelen gelişmelerde teknoloji, bilim gibi spor alanında da kendini göstermektedir. Kültürel, ekonomik ve sosyal dağılım insanları etkilemekte, bu etkileme kolay uyum sağlamayan toplumlarda ise, sorunlar çıkabilmektedir. Bu sorunlar stres, yorulma, bunalım ve çatışmalar halinde kendini belli etmektedir. Meydana gelebilecek sosyal dalgalanmaların önüne genel eğitimin yanı sıra, etkili olan serbest zaman değerlendirme faaliyetleri ile geçilebilmektedir (Yamaner ve Kartal, 2001: 4). Başlangıçta sosyal bir kurum olarak görülen serbest zaman değerlendirme, giderek eylemden çok katılanların açığa çıkan duygusal ve fiziksel oluşumları olarak önem kazanmıştır. Serbest zaman değerlendirme, sosyal bir kurum olarak görülmesinin ötesinde, toplumsal bağların, kişilerin ilgileri ve deneyimlerinin açıklandığı bir yol, temel bir durum olarak görülmeye başlanmıştır (Kılbaş, 1994: 31).

Günümüzde ekonomik, kültürel ve sosyal olanaklarla birlikte artan, yoğun, yorucu, disiplinli ve monoton yaşam düzeni, insanları fiziksel ve ruhsal baskılarla karşı karşıya getirmiştir. Bu durumdan uzaklaşmak, dinlenmek ve eğlenmek isteyen insanlar,

değişen sanat şartlarının da etkisiyle, serbest zaman faaliyetlerini artırmış ve çeşitlendirmiştir. Bu koşullar sonucu, kişilerin yoğun iş yaşamından kurtulup, bedensel ve ruhsal olarak kendini yenilemek amacıyla yaptıkları, dinlenme ve eğlenme faaliyetleri olarak tanımlanan “rekreasyon kavramı” ortaya çıkmıştır (Karadağ, 2002: 4).

Rekreasyon, bedensel ve ruhsal yönden yenilenmek için aktif ya da pasif birçok boş zaman değerlendirme etkinliğinin gerçekleştirilmesini ifade etmektedir (O’Sullivan, 2006:4).Rekreasyon, bireyi canlandırma, yenileme işlevi görmekte ve bireylerin problemlerini giderme ve hoşça vakit geçirme olanakları yaratmaktadır. Rekreasyon fiziksel bir gelişim ya da bir yapılanmadan daha çok zihinsel bir ses olarak değerlendirilmektedir. Bireyin yaşam tarzı içerisindeki bir tutum, bir yaklaşım ve bir psikolojik reaksiyona kişisel olarak tepki olduğu ileri sürülmektedir (Torkildsen, 2010: 46).

Rekreasyon yoluyla bireylerin kendini keşfetme, kabul görme ve denge kurmalarına olanak sağlayan bir araç ortaya çıkmaktadır. Kısıtlanılmış zamana karşı, özgür yaşamın yetkinliği olan rekreasyon, bireylerin kusurlu ve zayıf yönlerini gidermeye, kendileriyle barışık yaşamı öğretmeye ve bireyler arası ilişkileri pozitif yönlendirmeye yarayan bir olgu olmaktadır (Austin ve Crawford, 2001: 8).

İnsanın, yoğun çalışma yükü, rutin hayat tarzı veya olumsuz çevre etkilerinden riske giren veya olumsuz etkilenen bedeni ve ruhi sağlığını korumak ve devam ettirmek aynı zamanda zevk ve haz almak amacıyla, kişisel doyum sağlayacak tamamen çalışma ve zorunlu ihtiyaçlar için ayrılan zaman dışında kalan bağımsız ve bağlantısız boş zaman içinde isteğe bağlı ve gönüllü olarak bireysel ya da grup içinde seçerek yaptığı etkinliklere rekreasyon denir (Karaküçük, 1995: 59).

1.7.6. Rekreasyon Türleri

Rekreasyon etkinlikleri her kesimden insanın ilgi ve ihtiyaçlarını kapsayan, insanların sahip oldukları bireysel özelliklere göre kolayca uygulayabilecekleri ve yeteneklerini gösterebilecekleri etkinliklerden oluşmaktadır. Bu kapsamda rekreasyon etkinliklerini şu şekilde gruplandırmak mümkündür;

Müzik etkinlikleri: İnsanların boş zamanlarını değerlendirmek için enstrümanlı, koro halinde veya solo olarak yapılan müzik etkinliklerine katılmaları temel rekreasyon faaliyetleri bu grupta yer almaktadır.

Spor aktiviteleri: Takım ve ferdi sporlarla ilgilenme, doğa sporları, mücadele sporları veya zihin sporları ile ilgilenmek temel rekreatif etkinlikler arasında yer almaktadır.

Oyunlar: Her yaş ve kesimden insanın katıldığı oyunlardır.

Dans: İnsanların katıldığı modern ve ritmik danslarla beraber halk oyunları temel rekreatif etkinlikler içerisinde değerlendirilmektedir.

Sanat etkinlikleri: İnsanların genellikle hünerlerini geliştirmek amacı ile katıldıkları deri, plastik, seramik, metal, resim, fotoğraf ve ahşap işleri ile uğraşmak sanatsal etkinlikler içerisinde yer almaktadır.

Mekan dışı faaliyetler: İnsanların buldukları alanlardan uzaklaşarak gerçekleştirdikleri piknik yapma, kamp kurma ve çevrecilik yapma gibi aktivitelerdir.

İlmi ve kültürel etkinlikler: İnsanların bilimsel ve kültürel amaçlarla katıldıkları tiyatro, edebiyat çalışmaları ve bilimsel toplantılar bu grupta yer almaktadır (Karaküçük 2008: 86-87).

1.7.7. Rekreasyonun Yararları

Bireylerin duygusal, fiziksel, psikolojik gelişmesinde rekreatif etkinlikler önemli rol oynar. Yine grup içinde gerçekleştirilen rekreatif etkinlikler kişiye sosyal anlamda katkıda bulunur. Kişinin sosyal yetenekleri, değerleri ve sosyal uyum davranışları gelişme gösterir.

Rekreasyona ve rekreatif etkinliklere katılmak için birçok neden vardır. Bunlardan bazıları (Kaba, 2009: 19,20):

- Rutin davranışlardan kaçınmak
- Sosyalleşme isteği

- Can sıkıntısı
- Fiziksel egzersiz
- Yeniliklerden hoşlanmak
- Kalıcı arkadaşlıklar kurmak
- Yaratıcılık
- Rahatlama isteği
- Kendini geliştirmek
- Bařkalarını dűřűnmek
- Kendini gerćekleřtirmek
- Estetik, zihinsel uyarı
- Statű kazanma isteđi
- Zamanı iyi değerlendirmek

Bunların yanında genelleştirebilecek yararlardan bazıları şunlardır.

- Kendini kontrol etme
- Emir alabilme-verebilme
- Bağımsız hareket
- İtaat etme
- Tolerans tanıma
- Karar verebilme
- Etik değerler
- Zararlı olandan kaćınma ve zarar vermeme

Belirli etkinliklerle oluşan yararlar. Genelde bu yararlar etkinliğe katılıma bağlıdır.

- Yaratıcılık
- Kendine gűven
- Denetim

- Değişikliklere uyum sağlamak
- Değişen şartları algılama
- İşbirliği
- Güvenlik
- Barış yanlısı yaklaşımlar
- Risk yönetimi
- Oyunun kuralları
- Etik
- Sorumluluk duygusu
- Hareketli olmak
- Başarıya odaklanma
- Yeteneklerin değerlendirilmesi

Tüm bunları ana başlıklarda toplamaya kalkarsak, karşımıza psikolojik yararları, fiziksel yararları ve sosyolojik yararları olmak üç başlığa ulaşmış oluruz.

1.7.8. Rekreasyon ve Eğitim

Serbest zamanların olumlu ve etkin bir biçimde nasıl değerlendirilebileceğini öğrenmemiş, bunun eğitimini almamış ve sosyal hayatın çeşitli kurumlarında bu konuda yeterli kültürü elde edememiş insanlardan oluşan toplumlarda uygulanan rekreasyon etkinlikleri daha çok pasif görünümündedir. Bunun en belirgin örneklerinden birisini Türkiye oluşturmaktadır (Karaküçük, 1999: 122). Ülkemizde farklı kuşakların, serbest vakitlerini değerlendirme özelinde bir eğitim görmemeleri, serbest zamanlarını edilgen ve fayda sağlamayan bir şekilde geçirmelerine neden olacaktır (Tezcan, 1994: 74). Oysa zamanı değerlendirmek, kendisini ve çevresini geliştirme, üretme ve kişileri mutlu etmek adına önemlidir. Bu nedenle kişilere, yaşamlarının kalitesini artırmaya yönelik serbest zaman etkinliklerinin öğretilmesi, sunulması ve katılımlarının cesaretlendirilmesi gerekmektedir (Çelebi ve ark., 2003: 37).

Rekreasyon eğitimi farklı isimlerle de anlatılsa kişinin serbest zamanlarının akıllı bir biçimde değerlendirilmesi eğitimidir. Kişinin serbest zamanlarında doğru tercihler yapmasını ve kendini geliştirmesini sağlayacak olan rekreasyon, programlı olarak yürütülecek bir eğitim ve bu eğitimin doğru verilmesi ile mümkündür. Serbest zamanların değerlendirilmesinin planlanması ve bunun da çocuğa, gence sistemli bir eğitimle öğretilmesi gerekir. Bu eğitim kişiye, zamanla serbest zamanı değerlendirme kültürü kazandıracaktır (Çakıroğlu, 1998: 10-11)

1.7.9. Terapötik Rekreasyon Kavramı

Engelli bireylerde rehabilitasyon amaçlı yapılan aktivitelerin büyük zorunluluk arz ettiği bilinmektedir (Babic ve ark., 2011: 1). Rehabilitasyon etkinlikleri arasında terapötik rekreasyon etkinlikleri de sıklıkla başvurulan yöntemlerin başında gelmektedir. Kavramsal açıdan terapötik rekreasyon “özel gruplar (hasta, yaşlı ve engelliler) için özel olarak tasarlanmış rekreasyonel aktiviteler yoluyla onların eğlenerek, oynayarak, uğraşarak, yarışarak ve mutluluk yaşayarak genel vücut gelişimlerine katkıda sağlayan” etkinlikler şeklinde tanımlanmaktadır. Bu kapsamda terapötik rekreasyon etkinlikleri ile engelli bireylerin sahip oldukları fiziksel, zihinsel, ruhsal ve sosyal dezavantajlarının en aza indirilmesi, böylece engelli bireylerin yaşamlarını daha bağımsız ve nitelikli sürdürmeleri amaçlanmaktadır (Karaküçük 2014: 74). Terapötik rekreasyon faaliyetlerinde öncelikli olarak katılımcıların sağlıklarına yeniden kavuşmalarını sağlama amacı güdülmektedir. İlerleyen aşamalarda katılımcıların fonksiyonel sorunlarını rehabilite etmek, mevcut fonksiyonel sorunlarını ortadan kaldırmak veya etkilerini en aza indirmek amaçlanmaktadır (Ayçeman 2014).

Terapötik rekreasyon etkinliklerinde katılımcılar (engelli bireyler, özel gruplar, hastalar) kendilerini değerli hissettikleri için aktivitelere olan istekleri de artmaktadır. Bu durum, terapötik rekreasyon etkinliklerine katılan bireylerin uygulanacak olan tedavi yöntemlerini kabullenmelerine imkân sağlamaktadır. Bu noktada terapötik rekreasyon faaliyetlerine katılımın ile ilaçla tedavi masraflarının da azalması sağlanmaktadır. Terapötik rekreasyon faaliyetleri çalışmalara katılan bireyler açısından oldukça önemli olmasına rağmen, Türkiye’de özellikle hastane ortamında terapötik rekreasyon

faaliyetlerine yeterince önem verilmediği, hastanelerde terapötik rekreasyon birimlerinin düşük sayıda olduğu bilinmektedir (Demirci, 2013: 202-203).

Rekreasyon terapisinin temel özellikleri aşağıdaki gibidir (Tütüncü, 2012: 251).

- Kişinin hayat standardını geliştirir.
- Fizik olarak ciddi derecede olumlu bir yansıma sağlanmaktadır.
- Ruh sağlığı bakımından iyileştirmeler yapar.
- Gerçekleşecek uygulamalı faaliyetler ile zihinsel yönden ilerleme sağlar.
- İleride meydana gelebilecek sıkıntıları önlemekte ya da azaltılmaktadır.
- Kişiyi sosyalleştirir, hayal gücünü geliştirir.
- Kişisel kabiliyeti geliştirmektedir.

Terapötik rekreasyonda asıl hedeflenen; uzun zamandır hastanede yatan, kronik bir rahatsızlığı bulunan ve devamlı olarak takip gerektiren hastaların moral motivasyonlarını kuvvetlendirmek ve tedaviye destek olmaktır. Her durumdan evvel bütün aktivitelerin ilk ulaşmak istediği durum da engelli kişiyi bağımsız bir hayat konumuna uyumunu sağlamaktır. Terapatik rekreasyon hastanelerde olduğu gibi; huzur evlerinde, kliniklerde ve turizm örgütlemelerinde önemli bir alan tutmaktadır (Yüncü 2013: 16).

Terapötik rekreasyonda uzmanlar, katılımcılara yardımcı olmak için çeşitli aktiviteleri kullanmaktadırlar. Terapötik rekreasyonda en yaygın kullanılan aktiviteler; egzersizler, günlük hayat aktiviteleri, müzik, oyunlar, partiler, problem çözme teknikleri, sanat ve el sanatları aktiviteleri, spor, toplumla bütünleşme aktiviteleridir (McLean vd., 2008: 272)

Bu aktiviteler arasında kamuyla bütünleşme, oyunlar ve egzersizler çoğunlukla fiziksel rehabilitasyon amacıyla kullanılan aktivitelerin tamamıdır. Oyunlar, sorun

çözme, sanat ve el sanatları aktiviteleri de zihinsel sağlık konularında kullanılan aktivitelerdir (McLean vd., 2008: 272).

1.7.10. Rekreatyonel Spor

Egzersiz yalnızca fiziksel olarak sağlıklı olmayı sağlamakla kalmaz aynı zamanda duygusal bir düzen ve kendine güven sağlamaktadır (Mirzeoğlu ve ark., 2005: 1). Özellikle gelişmiş ülkelerde kişiler artık sporun ve rekreasyon programlarına katılmanın sağladığı yararların bilincine varmışlardır. Aileler dans gibi etkinliklere katılan çocuklarında özellikle olumlu değişikliklere tanık olduktan sonra halka yönelik rekreasyon programlarına olan ihtiyacı işaret etmektedirler. Üniversite öğrencileri de bu tür step ve dans etkinliklerine olan ihtiyaçtan bahsetmektedirler (Green, 2000: 31). Step aktivitesi, bütün katılımcıların spor yapma ihtiyacını karşılayabilen ve yaralanma riskini en aza indiren bir aerobik aktivite (Francis, 1993: 26) dans, vücudun algılama yolu, sosyal ve kişisel tecrübedir (Ward ve Young, 1993: 71).

Rekreasyonel spor, insanların serbest zamanlarında dinlenme, eğlenme, macera, yarışma, sosyal ilişki, sağlık edinme, stres atma, yeni arkadaşlıklar edinme ve daha birçok nedenlerle uğraştıkları gerek aktivite gerekse yapılabilecek yer çeşitliliği bakımından rağbet ettikleri bir fonksiyonu durumundadır. Rekreasyonel spora katılımın yüksek olmasının nedeni; sportif faaliyetlere katılma kolaylığı, çalışma rahatlığı, her yaşın, her cinsin ve herkesin zevk ve isteklerine cevap verebilecek tercih imkanı olması, her mevsimde, her ortamda ve koşulda yapılabilmesi olanağının bulunmasıdır (Çalışkan, 2003: 21).

1.7.11. Rekreasyonun Özellikleri

Rekreasyonun özelliklerini aşağıdaki gibi sıralanmıştır:

*Rekreasyon insanların serbest zamanlarını değerlendirme etkinlikleridir. İnsanlar, diğer kişi veya kuruluşların düzenledikleri etkinliklere katıldıkları gibi, etkinliği kendileri de yaratabilirler. Rekreasyonun her kişiye göre bir amacı vardır. Bu nedenle rekreasyon etkinlikleri ilgi ve isteğe göre seçilir.

*Rekreasyona dahil olan bireyler çoğunlukla zamanı, etkinlik türünü ve yerlerini kendileri seçmektedirler. Rekreasyon çalışma (iş), tembellik değildir. Zihinsel, fiziksel ve ruhsal güç kazanma amacıyla bireylerin veya grupların; sosyal, kültürel, ekonomik, fizyolojik imkânlarıyla bağımlı olarak serbest zamanlarında katıldıkları etkinliklerdir. Düzensiz veya aşırı kentleşme, çevre kirliliği, yoğun çalışma ve yaşam şartlarında yıpranan bireyler; zihinsel, ruhsal ve fizyolojik güç kazanmak ve yenilenmek için rekreasyona yönelmektedirler.

*Rekreasyonel etkinlikler; planlanmış olarak veya plansız olarak gerçekleştirilmekte, yetenekli veya yeteneksiz kişilerce; organize veya organize olmamış mekânlarda yapılabilmektedir. Rekreasyon etkinliklerinin belirlenmesinde insan ihtiyaçları dikkate alınmalıdır.

*Çocuklar; doktorculuk, evcilik, askerlik vb. oyunlar yoluyla yaşamlarının ileri dönemlerindeki eylemlerin deneyimini yaparlar. Böylece oyun yoluyla hayata hazırlanırlar. Sportif oyunları oynayan çocuklar sporda, sanata yönelik oyunları oynayan çocuklar sanatta başarılı olabilmektedirler. İnsanlar oyun yoluyla spor, sanat, moda, bilim vb. alanlarda başarıya yönelirler. İnsanlar rekreasyon yoluyla kültürel eylemleri tekrarlarlar. Böylece gelecek kuşaklar kültür aktarımı sağlanır.

*İnsanlar yasayabilmek için beslenme yoluyla edindikleri enerjinin kullanılmayan kısmını (artık enerjiyi) sportif faaliyetler veya oyunlar yoluyla dışarı atarlar. Fazla enerjinin dışarı atılmasıyla rahatlarlar ve gerginliklerini azaltırlar (Hazar 1999: 25–26). Stevens ve Gunninsanlara fizyolojik, sosyolojik ve psikolojik yararları bulunan müzik,

dans, el sanatları, doğa gezisi, oyun, spor vb. rekreasyon türlerinin tıpta iyileştirici veyatedavi edici olarak kullanıldığını vurgulamıştır (Hazar, 1999: 26).

1.7.12. Rekreasyonun Sınıflandırılması

Rekreasyon sınıflandırılmasında değişik şekiller uygulanmıştır. Kişi hangi amaç ve istek doğrultusunda bir rekreatif faaliyetine katılmaya karar vermiş ise, buna uygun bir rekreasyon çeşidi ortaya çıkmaktadır. Her insanın farklı amaçları ve istekleri olduğu için çok çeşitli rekreatif etkinliklerinin de bulunduğunu düşünürsek, kesin bir gruplama yapmanın ne kadar zor olduğu görülür (Çakıroğlu, 1998: 14).

Hazar (1999: 28–29) genel bir fikir vermek amacıyla rekreasyon türlerini; rekreasyon mekânına göre, rekreasyon mekânının bulunduğu yere göre, rekreasyonun içeriğine göre, rekreasyonun gerçekleştirildiği zamana göre olmak üzere dört ana başlık altında sınıflandırmıştır.

1.7.12.1. Rekreasyon Mekânına Göre

Rekreasyonel etkinliklerin sürdürüldüğü mekânın özelliklerine ya da iç mekân, dış mekân ayrımı dikkate alınarak yapılan sınıflandırmadır. Bu sınıflandırmaya göre birbirinin karşıtı iki tip rekreasyon ortaya çıkmaktadır. Bunlar, kapalı yer rekreasyonu ve açık hava rekreasyonudur (Tatar, 2000: 4).

A-Açık alan rekreasyonu; açık alanda gerçekleştirilen her türlü serbest zaman değerlendirme etkinlikleridir. Bu etkinliklerden bazıları şu şekilde belirtilmiştir; açık alanda gerçekleştirilen her türlü sportif faaliyetler ve oyunlar (kayak, tırmanma, futbol, tenis, basketbol, golf vb.), açık alanda sanatsal etkinlikler (açık hava konserleri, sergiler, resim yapma vb.), izcilik, kampçılık ve avcılık, piknik, bahçe işleri, doğa incelemesi, doğayı koruma etkinlikleri vb. (Hazar, 1999: 29).

B-Kapalı alan rekreasyonu; toplumun kullanımına ayrılmış kapalı mekânlardaki ve evlerdeki serbest zaman değerlendirme etkinlikleridir. Kapalı alan rekreasyonu ile ilgili etkinliklerden bazıları şunlardır; çocuk kulüpleri, gece kulüpleri, gençlik kulüpleri, işletme kulüpleri, spor kulüpleri, özel ilgi kulüpleri, sosyal kulüpler vb. kulüplerdeki ve derneklerdeki ve derneklerdeki kapalı mekân etkinliklerine katılmak; kapalı alanlardaki sergi, defile vb. etkinliklere katılmak veya izlemek (kongre, kutlama vb. toplantılar); kapalı rekreasyon tesislerindeki sportif etkinliklere katılmak veya izlemek (basketbol, buz pateni); kapalı tesislerdeki sağlıklı yaşam etkinliklerine katılmak (sauna, kaplıca, içmece, hamam vb.) kurslara gitmek (el sanatları, güzel konuşma, yabancı dil kursları, dekoratif eşya ve çiçek yapımı vb.), kapalı alanlardaki kâğıt oyunları, tavla, satranç, talih oyunları vb. etkinliklere katılmak veya izlemek (Hazar, 1999: 29–30).

1.7.12.2. Rekreasyon Mekânının Bulunduğu Yere Göre

Yaşam çevresi olarak, rekreasyonun gerçekleştiği mekânın konumu ya da bulunduğu yer dikkate alınarak yapılan sınıflandırmadır. Bu sınıflandırmaya göre kentsel ve kırsal rekreasyon olmak üzere birbirinin karşıtı iki tip rekreasyon tipi ortaya çıkmaktadır.

A-Kentsel rekreasyon; kent alanları içerisinde bilhassa merkezde açık veya kapalı yerlerde gerçekleşen aktivitelerdir. Daha ziyade kısa zamanlı boş zamanlarda ve bireylerin yakın çevrelerinde kolay bir şekilde erişebilecekleri aksiyonlardan meydana gelmektedir.

Günlük gezinti bölgesi dediğimizde; şehir parklarında gerçekleştirilen sportif faaliyetler, sinemaya – tiyatroya gitmek, hayvanat bahçesine gitmek, yakın çevremizde müze varsa ziyaret etmek, okulun futbol veya basketbol sahalarında aktiviteler gerçekleştirmek, şehirde bisiklet ile dolaşmak, rekreasyonel amaçlı şehir içi geziler vb. sayabiliriz.

Hafta sonu gezinti bölgesi; genellikle kırsal rekreasyon aktivitelerinin gerçekleştirildiği, kampçılık, kaplıca, plaj ve kış sporları gibi merkezlerde kısa dinlenmeler şeklinde gerçekleştirilir.

Tatil bölgesi; turistik amaçlı ve yaşanan kentsel alan dışındaki diğer şehir veya ülkelerde, aile ziyareti, kültür gezisi, basketbol dünya şampiyonası veya olimpiyatlar gibi spor karşılaşmalarını seyretmek amaçlı, doğa sporları aktivitelerine katılma, deniz-kum-güneş vb. amaçlarla gerçekleştirilen uzun süreli tatillerdir (Mersinli, 2009: 55).

B-Kırsal rekreasyon; kentlerin yoğun ve sıkıcı ortamının, kentte yaşayan bireyler üzerinde yarattığı baskı sonucunda, kırsal alanlar serbest zamanların değerlendirildiği alanlar haline gelmiştir. Kırsal rekreasyonun genel anlamı ile artan çevre sorunları nedeniyle kentsel alanlardan kırsal alanlara kısa süreli kaçış olarak ifade edilmektedir (Tatar, 2000: 4).

Kentsel alanlarda, özellikle büyük kentlerde yaşayanların, kırsal rekreasyon faaliyetlerine giderek artan bir oranda katılmakta olduğu görülmektedir. Yapılan araştırmalarda, kırsal alan rekreasyonuna en çok katılımın gençler ve eğitim aşamalarından (Formal eğitim) geçmiş kişiler tarafından olduğunu ortaya koymaktadır. Elbette bu kişilerin mali durumları ile bu faaliyetlere katılma oranları arasında belirli bir paralellik vardır. Giderek kirlenen kentlerin yaşanmaz hale gelmesi, kırsal rekreasyon gibi insan ile doğayı yakınlaştıran rekreasyon türlerinin genişlemesine yol açmaktadır (Uğurlu, 2005: 58).

1.7.12.3. Rekreasyonun İçeriğine Göre

Bu sınıflandırma, özellikler rekreasyonel aktivitelerin tanımlanmasında çok sık kullanılmaktadır. Bireyin rekreasyon faaliyetini gerçekleştirirken harcadığı güç ve hareketlilik rekreasyonun içeriğini belirlemektedir. Aktif ve pasif rekreasyon olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (Tatar, 2000: 4).

A-Aktif rekreasyon; Aktif katılım kişinin kendi isteği ile herhangi bir sosyal, kültürel ve sportif etkinliğe fiili olarak katılmasıyla gerçekleşen rekreatif etkinliktir. Fiilen katılımı gerektiren bu etkinlik türlerinin seçiminde kişiye etki eden bazı faktörler vardır. Etkinliğin seçilmesi ve uygulanması bazen düşünüldüğü kadar kolay olmamaktadır. Gerçekleştirilecek faaliyete yaşanan çevre, bu çevrede var olan imkânlar, ailenin sosyo-ekonomik düzeyi, yörenin gelenek ve görenekleri, yaş ve cinsiyet gibi

kişilik özellikleri ile arkadaş çevreleri etkili olabilmektedir. Bu faktörlere ülkenin sanayileşmiş yapısını ve politikalarını da eklemek mümkündür (Yazıcı, 1998: 18).

İnsanların aktif rol aldıkları boş zaman değerlendirme etkinliklerine örnek olarak yüzme, bahçe düzenleme verilebilir (Hazar, 2003: 22).

B-Pasif rekreasyon; Pasif katılıma örnek olarak TV izlemek, radyo dinlemek, sinemaya, tiyatroya gitmek, amaçsız dolaşmak, kahveye gitmek, spor müsabakalarını seyretmek vb. verilebilir (Karaküçük, 1997: 73).

Herhangi bir spor branşına ait müsabaka veya antrenmanı yerinde izlemek pasif bir rekreatif katılımdır. Aynı maçı veya antrenmanı evde televizyon karşısında izlemekte pasif bir rekreatif etkinliktir. Ancak ikisi arasında çeşitli farklılıklar bulunmaktadır. Bunlardan ortam farklılığı, heyecan farklılığı, tepki farklılığı önemlilerindedir. Pasif bir rekreatif etkinlik anlayış ve alışkanlıklara göre değişebilmektedir (Yazıcı, 1998: 21).

1.7.12.4. Rekreasyonun Gerçekleştirildiği Zamana Göre

Rekreasyonun gerçekleştiği serbest zaman dilimlerine göre yapılan bir sınıflandırmadır. Günlük rekreasyon ve tatil rekreasyonu olmak üzere ikiye ayrılmaktadır.

A-Günlük rekreasyon, Bireylerin çalışma saatleri dışında kalan zamanlarda gerçekleştirdikleri aktivitelerdir. Genellikle akşam saatlerinde uygulanmaktadır ve 1-3 saat civarlarında zaman gerektirmektedir. Sabahları işe gitmeden önce erken kalkıp yürüyüş yapmak, sabahları denize gitmek, akşamları evde oturup televizyon seyretmek, dinlenmek, kitap okumak, oyun oynamak, spor yapmak vb. bu rekreasyon türüne örnektir (Uğurlu, 2005: 19).

B-Tatil rekreasyonu; hafta sonlarında, bayramlarda, yıllık tatillerde ve emekliye ayrıldıktan sonraki dönemlerde gerçekleştirilen rekreasyon eylemleri tatil rekreasyonu olarak tanımlanmaktadır. Bu eylemler bireyin yaşadığı yerin dışında ve belirli yerlerde konaklanarak gerçekleştirilir (Tatar, 2000: 4).

İnsanların mutlu olabilmeleri için boş zamanlarında; yaratma gücünü ortaya koymaları, toplum üyesi olabilmeleri, enerjilerini o toplumda yaratıcı, toplum kalkınmasına bir şeyler katabilecek faaliyetlerde harcayabilmeleri büyük önem taşımaktadır. Kuskusuz birçok insan için boş zamanlarında, hayal kurmak, düşünmek, amaçsız ve başı boş dolaşmak, kahvehanelerde veya benzer yerlerde dedikodu yapmak gibi pasif etkinlikler de bir ihtiyaç olabilmektedir. Ancak bunun devamlı alışkanlık haline getirilmesi kişinin beden ve ruh sağlığını bozabilmektedir. Bunlardan dolayı kişi ailesi ve çevresi için zararlı olabilecek olumsuz davranışlara yönelebilmektedir. Bu da kişiyi ve onun doğal çevresi olan toplumu olumsuz yönde etkileyecektir (Yazıcı, 1998: 17).

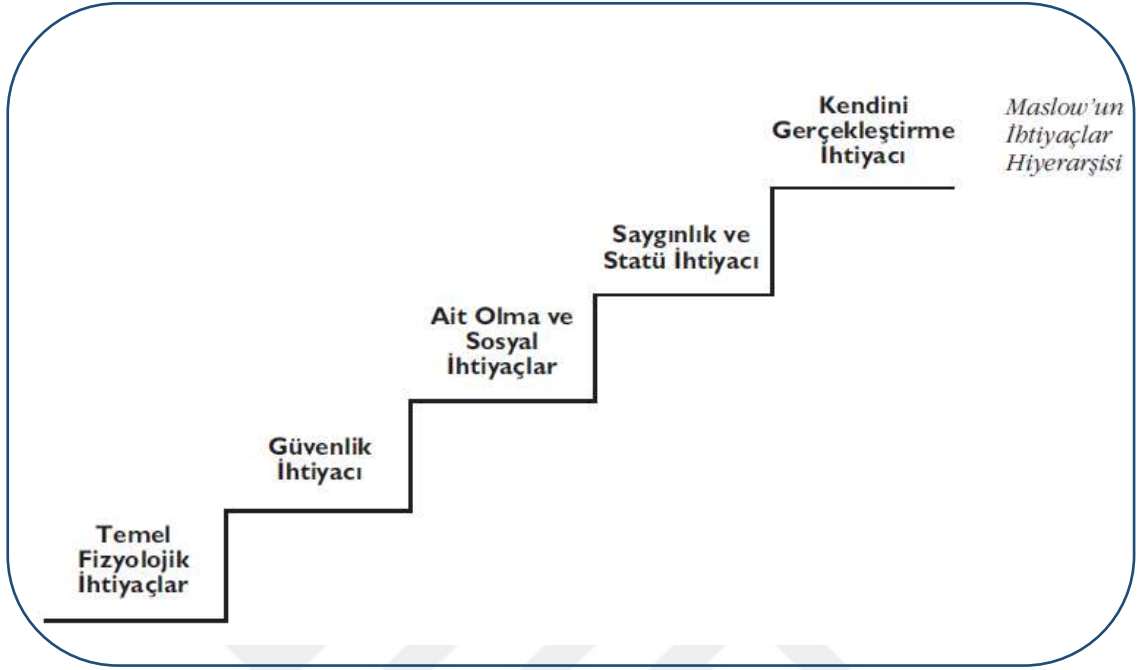
1.7.13. Rekreasyon İhtiyacı

Biyolojik ve/veya psikolojik ihtiyaçların bu amaçlı eylemlerde aranması ya da giderilmesi, motivasyonel bir çağrı niteliğindedir. Bireyin bedensel ve/veya ruhsal ihtiyaçlarını elde edebilmesi için insan beyninde bir ön hazırlığın yani motivasyonunun da yapılmış olması gerekmektedir ki bu gereksinimi karşılayacak olan amaçlı eylemlerin sonucunda ise kişi bu ihtiyacına cevap bulsun. Kyle ve Mowen (2003) ise rekreasyona katılım ihtiyacı durumunu gözlemlenemeyen bir motivasyon, uyarı veya rekreasyonel aktiviteye ya da katılım sonucunda oluşabilecek şeye karşı ilgi olarak tanımlamaktadır. Bu ilginin doğabilmesi için birtakım aktiviteden önce bu aktivitelerde bireyin yer alabilmesi için kişisel ihtiyaçlarının var olması gerekmektedir. Bu tanı da insanların ihtiyaçlarının hiyerarşik bir yapı içerisinde sınıflandırılması gerekliliği ön plana çıkmıştır (Woolfolk, 1995: 692).

İnsanın güdülenmesine ilişkin Maslow'un getirdiği beş aşamalı gereksinimler hiyerarşisi yaşamsal olandan toplumsal olana doğru sıralandıklarından gereksinimlerin doyurulmasına en alt basamaktan başlanması gerekir (Kılıbaş, 2004: 180).

Bu teori, bireysel ihtiyaçların hiyerarşik olarak sıralanması temeline dayanır. Maslow'a göre ihtiyaçlar hiyerarşisinde alt basamakta yer alan bir ihtiyaç karışlanamazsa bu insan davranışını yönlendirir. Bu ihtiyaçlar karşılandığında birey bir üst basamaktaki ihtiyaç için motive olur (Hall ve Page, 2006: 46-47).

Şekil 1: Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi



Kaynak: Coşkun, Oya İnci, 2013, Rekreasyon Yönetimi, Anadolu Üniversitesi Yayını, Eskişehir, s: 45.

1.8.ŞİZOFRENİ KAVRAMININ TANIMI

Şizofreni hastalığı, bireyi yaşanan bütün ilişkilerden ve hakikatlardan uzaklaştırarak, kendine has bir içe dönüklük dünyasında yaşamış olduğu; düşünüş, duyuş ve davranışlarda ciddi bozuklukların gözlemlenebildiği ağır bir ruhsal bozukluk şeklidir (Tiryaki, 2008: 3-8).

Günümüzde uygun bir tedavi ile şizofreni hastalarının %25'inin büyük ölçüde düzelme gösterdiği, %50'sinin ise orta düzeyde düzelme göstererek bağımsız veya toplumsal destekli hayatlarını sürdürdükleri bilinmektedir (Arslan ve ark, 2014: 360-367). Psikotik bir bozukluk olan şizofrenide gerçeği değerlendirme yetisi bozuktur.

Halüsinasyon, sanrı ve ego denetiminin ortadan kalkması şizofreninin majör semptomlarını oluşturmaktadır (Varcarolis EM, 1998: 625-675).

Şizofreninin belirli bir başlangıç biçimi bulunmamaktadır. Şizofreni sinsi ve yavaş başladığı gibi, akut olarak da başlayabilmektedir. Sık görülen başlama biçimi ilgi azalması, kendi bedeni, kendi düşünceleri ile aşırı uğraşma, zamanın akışına aldırılmazlık gibi belirtilerle olmaktadır. Bazı akut tiplerde algı bozuklukları, düşüncede dağınıklık ve bulanıklıkla da başlama olabilmektedir (Öztürk ve ark, 2008: 242-323). Şizofreni başlangıcının farklılığından dolayı tanı için belli bir süreye ihtiyaç bulunmaktadır. Adolesan ve genç yetişkinlerde daha çok, düşünce, duygu ve davranış bozuklukları şeklinde ortaya çıkmaktadır. Yaşın ilerlemesiyle paranoid belirtiler öne geçmekte ve davranış bozukluklarında azalma görülmektedir (Ruhi, 2008: 49-58).

1.9.ŞİZOFRENİ EPİDEMİYOLOJİSİ

Şizofreni tüm kültürlerde görülmektedir. Şizofreni görülme sıklığı erkeklerde kadınlara oranla daha yüksektir (Şahin 2000: 72-78).

Dünya sağlık örgütü (DSÖ) 'nün bildirmiş olduğu 2010 yılı bilgilerine göre 15-35 yaş içerisindeki yetişkin nüfus oranınının 1000 de 7'si gibi bir kısımda şizofreni hastalığının bulunduğu ve dünyada ortalamaya bakıldığında 29 milyon şizofreni hastası olduğu tespit edilmiştir (Chan, 2011: 339-349).

Şizofreninin ülkelere göre sıklığı ortalamaya bakıldığında hemen her ülkede aynı etkiye sahip olması ve yaşam boyu yaygın oluşunun da küresel olarak aynı doğrultuda olduğunu söylenmekle beraber; İsveç, İrlanda ve Hırvatistan'ın bazı alanlarıyla Kanadalı katoliklerde yüksek, Tayvan ve Gana'daki bazı kabilelerde daha düşük yaygınlık seviyelerinin olduğu ifade edilmektedir (Sadock, 2005: 134-153). Ülkemizde de bu oran ortalama olarak 700.000 kişinin üzerinde şizofreni tanısı konulmuş insan bulunmaktadır (Arslantaş ve ark, 2011: 251-277).

Şizofreni, çoğunlukla erkek bireylerde 20'li yaşların ilk döneminde, bayanlarda da 20'li yaşların son dönemine doğru daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir. Şizofrenliğin

ilk anlaşılabilir belirtileri daha çok hastaların en üretken ve en yaratıcı olduğu senelerde ortaya çıkmakta ve hayat boyu sürmektedir (Öner ve ark.,2002: 1-5).

Şizofreni tüm kültürlerde görülmektedir. Şizofreni görülme sıklığı erkeklerde kadınlara oranla daha yüksektir (Şahin, 2000: 72-78). Hastalığın görülme oranı düşük sosyoekonomik düzeylerde daha sıktır (Işık, 2006: 18-19). Şizofreninin tüm toplumlarda yaşam boyu yaygınlığı %1'dir. Dünya Sağlık Örgütü'nün gerçekleştirdiği epidemiyolojik araştırmalara göre dünya çapında 26 milyondan fazla şizofreni hastası bulunmaktadır (Binbay, 2010: 1-14).

1.10 ŞİZOFRENİ ETİYOLOJİSİ

Tek bir etiyolojik nedenden ziyade şizofreninin, birden fazla etkenin bir araya gelmesi ve bu etkenlerin kendi aralarında etkileşmeleri ile ortaya çıkan bir bozukluk olduğu son dönemde en çok kabul gören görüş olmuştur (Güleç ve ark., 2007: 84-204).

Şizofreninin etiolojisinde rol alan bazı faktörleri şu şekilde sıralayabiliriz:

1.10.1. Genetik Etkenler

Genetik geçiş şizofrenide en önemli risk faktörlerinden biridir. Şizofrenide genetik faktörlerin etkisi aile, evlat edinme, ikiz çalışmaları ile ortaya konulmuştur. Evlat edinilen monozigot ikizlerin biyolojik ebeveynleri tarafından yetiştirilen ikizleri ile aynı oranda hastalığa sahip olması genetik etkinin çevre etkisinden daha kuvvetli olduğunu göstermektedir. Ebeveynlerden sadece birinde şizofreni olduğu durumlarda, çocuklarda şizofreni görülmesi riski % 12.5-13.8 iken her iki ebeveynin de şizofreni olması ile bu riskin % 35-46'ya yükseldiği rapor edilmiştir. Şayet ebeveynlerde hastalık mevcut değil ancak kardeşlerden biri şizofreni ise diğer kardeşlerde hastalanma riskinin % 6.7-8.2 olduğu bildirilmiştir. Şizofrenik kişilerin birinci derece akrabaları, normal popülasyona göre 5 ile 10 kat daha yüksek oranda hastalığa yakalanma riski altındadırlar (Jones ve ark., 1998: 1-25).

1.10.2. Nörogelişim Kuramı

Nörogelişimsel kuramı gereği, şizofreninin beynin gelişim göstermesi esnasında oluşmaya başlayan bir bozukluk olduğu ileri sürülmektedir. Nöronal gelişimin ilk zamanlarında beyindeki maturasyonunu etki altına alan bazı patolojik süreçlerin de tetiklemesiyle ciddi bir beyin hasarı meydana gelmektedir. Bu durumla beraber beynin normal olgunlaşma işlevi ciddi yönde bozulmakta ve nöron gelişimi de bu oranda olumsuz etkilenmektedir. Sinir sisteminin gelişme kaydetmesiyle oluşabilecek sinyal transferi ve nöron devrelerindeki görülen bozulmaların, şizofreni belirtilerinin gün yüzüne çıkmasına zemin hazırlandığı öngörülmektedir (Öztürk, 2010: 5).

1.10.3.Yozlaşma Kuramı

Nörogelişim kuramının tersine yozlaşma kuramına göre de hastalık başlamasıyla beraber beynin bazı alanlarında yozlaşma durumu gerçekleşmekte, bu durumda klinik olarak kötüleşmeye zemin oluşturmaktadır (Öztürk, 2008: 242-320).

1.10.4. Nörokimyasal Etkenler

Dopamin: Dopaminerjik sistem, merkezi sinir sisteminde fizyolojik ve işlevsel mekanizmaları en iyi bilinen nörotransmitter sistemlerinden biri olmasının yanında, pek çok nörolojik ve psikiyatrik hastalığın belirtilerinin altında yatan sebep olması bakımından da oldukça önemlidir. Şizofrenide, bazı genetik ve çevresel yatkınlıklar sonucunda, düzensiz bir dopaminerjik sistem oluşur (Sayın, 2008: 125-134).

Serotonin: Serotonerjik halüsinojenlerin; algı bozukluklarına, varsanıllara, dikkatte azalmaya, duygu durumunda oynamalara ve formel düşünce bozukluğuna yol açması bu nörotransmitterin şizofreni patofizyolojisindeki önemini göstermektedir (Ertuğtul, 2005: 6-14). Şizofrenide serotonerjik ve dopaminerjik sistemlerle alakalı olan bozukluklar,

birbirinden bağımsız olan bütün işleyişlerden çok iki sistem arasındaki dinamik etkileşimlerle ifade edilmektedir (Yavaşçı ve ark., 2012: 237-259).

Gama Aminobütirik Asit (GABA): Şizofrenideki uyku bozukluğunda dopamin dizgesinin çok fazla çalışmasının yanında, GABA dizgesinin de sorumluluğu bulunduğu öngörülmektedir (Öztürk ve ark., 2011: 242-320).

Östrojen: Gerçekleşen araştırma çalışmalarında kadınların östrojen düzeylerinin düşüş gösterdiği premenstürasyon sürecinde psikotik atak düzeylerinin artış gösterdiği, östrojen düzeyinin yüksek olduğu gebelik sürecinde kronik psikozların düzelmeye eğiliminde olduğu görülmüştür (Güvenç ve ark., 2004: 99-104). Östrojenin antidopaminerjik etkisi sayesinde kadınların şizofreniye karşı korunduğu düşünülmektedir (Güz, 2000: 27-33).

1.11.ŞİZOFRENİ BELİRTİLERİ

1.11.1. Genel Belirtiler

Şizofreni hastalarının tipik bir dış görünümüleri olmamakla birlikte en belirgin özellikleri çevreye ilgisizlik, giyimde, temizlikte, kendine bakımda özensizlik ve kendi kendine konuşma ve gülme gibi tuhaf davranışlardır (Ebrinç, 2012: 38-44).

1.11.2. Pozitif Belirtiler

Saçmalamalar, karışıklıklar, halüsinasyonlar ve yapısal düşünce bozukluğu ile karakterizedir. Hezeyanlar genellikle paranoid veya bizar doğada olmakla beraber diğer hezeyan tipleri de yaşanabilmektedir. Halüsinasyonlar genellikle işitsel olmanın yanında beraber diğer duyu alanlarına uyan halüsinasyonlar da gözlemlenir (Uykur, 2013: 14).

1.11.3. Negatif Belirtiler

Duygulanımda yobazlaşma, tepkisizlik, hareketliliğin kaybolması, irade zayıflığı ve enerji düzeyinde düşme ve zevk alamamayı içermektedir (Uykur, 2013: 14).

1.12. ŞİZOFRENİ TEDAVİSİ

1.12.1. Tedavinin Temel İlkeleri

- Şizofreni hastasının tedavisinin temel hedefi yalnızca belirtilerin azaltılması değil, hastanın topluma uyumunu en iyi düzeyde sağlamaktır.
- Şizofreni hastasının sadece bir tedavisi yoktur. Tedavide birden fazla uygulamanın kullanılması gerekmektedir.
- Şizofreni hastasına tedavi ve bakım uygulayanların hastalarla iyi ilişkiler kurması tedavinin temeli için gereklidir.
- Tedavi ve hastalıkla ilgili hastaya ve aileye gerekli bilgi verilmelidir.
- İlk kez psikoz nöbeti geçiren genç hastaların hastaneye yatırılarak incelenmesi ve tedavi görmesi doğru olur.
- Şizofreni hastalarında akut dönem belirtileri yatışınca tedaviye son verilmemelidir.
- Şizofreni hastalarının tedavileri boyunca aileleriyle iş birliği yapılması gerekmektedir(Çam ve ark.,2014: 411-440, Öztürk, 2008: 242-320).

Şizofrenik bozuklukların tedavisinde hemen her hastada ilk seçenek ilaç tedavisidir. Aralarında kimyasal farklılıklar bulunmasına rağmen şizofreni ve diğer psikotik bozuklukların sağaltımında kullanılmak üzere son kırk yıl içinde çok sayıda antipsikotik ilaç geliştirilip piyasaya sürülmüştür (Köroğlu ve ark., 2007: 184-205).

Şizofreni tedavisinde ilaç tedavilerine ek olarak, psikoteropatik ve psikososyal yaklaşımların kullanılmasının daha etkin olduğu vurgulanmıştır (Aydın ve ark., 2005: 134-154).

İlk atak sonrasında hastaların birçoğu tedavinin kesilmesi konusunda isteklidir. İlk atak hastada, ilaç kesimin izleyen 2-5 yıl içinde yineleme oranı %70-90 gibi yüksek düzeydedir ve ilaç kesimi sonrası hastaların ancak %15-20 kadarı stabil durumda kalmaktadır (Viguera, 1997: 49-95). Yapılan diğer çalışmalarda hastada agresif davranışlar, şiddet ya da intihar girişimleri gibi durumlar varsa tedavinin 5 yıldan daha uzun süre devam etmesi bildirilmiştir (Kissling ve ark., 1991: 155-163).

1.13. ŞİZOFRENİ VE İŞLEVSEL İYİLEŞME

İşlevsellik; geniş anlamıyla çalışabilme, sağlık ve tedavi hakkında iç görü kazanabilme, kişiler arası ilişkileri sürdürebilme ve kendine bakabilme olarak tanımlanabilir. Şizofreni hastaları günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede, sosyal ilişkilerde ciddi sıkıntılar yaşamaktadır (Emiroğlu, 2009: 15-24).

Çalışmalarda sosyal işlevselliğin esas belirleyicileri hastanın kendi bakımını yapabilmesi, günlük faaliyetlerine devam edebilmesi, yaşadığı topluma uyum sağlaması ve gerekli sosyal becerileri kazanabilmesi olarak belirlenmiştir (Velligan ve ark., 2000: 518-524). Bu tür eksiklikler yaşamın kalitesini düşürür ve sosyal, ailesel, boş zaman ve mesleki rol işlevselliğinde sorunlara neden olur (Erbaydar, 2010: 114-125).

İşlevsellikte bozulma hastaların hem ailesi hem de toplum için bir yük oluşturmaktadır. Bu nedenle hastanın işlevselliğinin artırılması ve topluma yeniden uyum sağlaması önemli bir tedavi amacıdır (Emiroğlu, 2009: 15-24).

İşlevselliğin artırılması ile bazı alanlarda düzelmeye meydana getirilmesi amaçlanmıştır. Bu alanlar: hastaların eğitimlerini tamamlayabilmesi, bir işte

çalışabilmesi, boş zamanlarında etkinlik yapabilmesi, aile ve toplumla iletişimlerini ve ilişkilerini sürdürebilmesi, ev işlerini yerine getirebilmesi, birey olarak kendine düşen sorumlulukları yapabilmesi, gündelik işlerini yerine getirebilmesidir (Robertson,2014: 136-141,Aydemir ve ark., 2007: 344-352).

Hastaların çevresel koşulların iyileştirilmesi işlevselliklerinde düzelme meydana getirebilmektedir (Hill ve ark., 2013: 151-157).

1.14. ŞİZOFRENİ PROGNOZU

Şizofreni kronik seyirli bir gidiş gösteren, bu gidiş süresinde tekrarlayan hospitalizasyonlar gerektirebilen, sosyal işlevsellikte düşmeye ve işsizlik gibi sorunlara neden olabilen, hastalık süresince depresyondakine benzer hatta daha yüksek oranda intihar girişimleri ve intiharlarla ölümlerin izlenebildiği bir hastalıktır (Hefner, 2003: 17-54).

Şizofreninin gidişatı ile alakalı olarak gerçekleştirilen çalışmalarda, kullanılmakta olan bütün tanı çeşitliliklerinin zamanla değişim göstermesi, uzun ve yeterli izlemin olmaması, üzerinde akıl birliğine varılmış olan geniş bir iyileşme tanımının bulunamayışı gibi nedenlerden ötürü farklı sonuçlar ortaya koymaktadır (Üçok, 2003: 3-8). Bazı izleme araştırmalarında, ilk hastane yatışı akabinde şizofreni tanısı almış bütün hastaların iyileşme seviyelerinin % 10 ile % 60 içerisinde değiştiği, hastaların ortalama % 20 - % 30' nun toplumsal kurallara uygun bir hayat sürebildikleri, % 40 - % 60' ının ise hastalığın yıkımla giden etkisi altında sosyal ve mesleki yeti kaybı yaşamış oldukları belirtilmektedir (Slade ve ark.,2005: 256-261).

Uzun zamanlı izleme çalışmaları şizofren tanısı almış olan hastalarının küçük bir kısmının tamamen düzeldiğini büyük çoğunluğunun da senelerce semptomlar, bilişsel yetersizlikler ve psikososyal problemlerle karşılaşmayı devam ettirdiklerini göstermektedir (Sönmez, 2009: 19).

Prognozu incelediğimizde aşağıdaki istatistiksel verilerle karşılaşyoruz;

- Tam manasıyla iyileşen akut hastalar %20

- Belli aralıklarla tekrarlayan akut hastalar %20
- Akut olarak başlayan kronik hastalar %20
- Gizli- sinsi başlayıp kronik olmuş olan hastalar %20
- İntihar durumundan kaybedilenler %10-15 (Yavuz, 2008: 49-58)

1.15. ŞİZOFRENİ TEDAVİSİNDE YARDIMCI DİĞER YÖNTEMLER

1.15.1. Psikososyal Tedaviler

1.15.1.1. Bilişsel - Davranışçı Terapi

Bilişsel-davranışçı terapi, fonksiyonel duyguları, davranışları ve düşünceleri değiştirerek problemleri tedavi eden ve mutluluğu arttıran bir psikoterapi şeklidir. Çocukluk çağı çatışmalarının temel nedenlerini bulmak için yaralanmalara neden olan geleneksel Freudî'in psikanalizinden farklı olarak, bilişsel davranışçı, hastaları çarpık bilişlere itaat etmeye ve tahrip edici davranış biçimlerini değiştirmeye teşvik ederek çözümlere odaklanır (Türkçapar ve Sargın, 2012: 7-14).

Bilişsel-davranışçı terapi düşünceleriniz, duygularınız, fiziksel duyumlarınız ve hareketlerinizin birbirine bağlı olduğu ve olumsuz düşünce ve duyguların sizi kısır bir döngüye sürükleyebileceği konseptine dayanmaktadır. Ezici problemleri daha küçük parçalara ayırarak daha olumlu bir şekilde ele almanıza yardımcı olmayı hedeflemektedir. Bu tarz olumsuz desenleri nasıl hissedeceğinizi iyileştirmek için değiştireceğiniz gösterilir.

Diğer konuşma tedavilerinin aksine, bilişsel-davranışçı terapi, geçmişinizden gelen sorunlara odaklanmak yerine güncel sorunlarınızı ele alır. Zihinsel durumunuzu günlük olarak geliştirmek için pratik yollar arar (Şenormancı, Konkan, ve Sungur, 2010: 261-268).

1.15.1.2. Sosyal Beceri Eğitimi

Şizofreni hastalarının hastanede buldukları dönemlerde yalıtılmış tarzda bir yaşamları olmasından dolayı “normal” akran gruplarından ayrılarak yaşlarına uygun sosyal rollere girebilmeleri için gereken imkanları fazlasıyla azalır, sosyal ilişkileri ruh sağlığı ekibi ve diğer ağır ruhsal rahatsızlığı bulunan hastalardan ibaret olacak şekilde kısıtlanır (Eryıldız, 2008: 15-19).

Hastalar sosyal sorumluluklarını yerine getirmede ve sosyal etkileşim gerektiğinde kendi ihtiyaçlarını karşılamakta zorluk çekmektedirler(Green ve ark., 2000: 119-136).

Şizofreni hastalarının bu sosyal alanlarının iyileştirilmesi ve bağımsız yaşayabilmeleri için beceri eğitimi programında hastaların hastalıkla daha kolay başa çıkabilmeleri, semptomların alevlenmesinin engellenmesi, sosyal işlevselliklerinin artırılması, daha bağımsız yaşamaları ve kendilerine güvenlerinin artması amaçlanmaktadır (Eryıldız, 2008: 15-19).

1.15.1.3 Psikiyatrik Rehabilitasyon

Psikiyatrik rehabilitasyon şizofreni tedavisinin esas yapılarından bir tanesi haline gelmiştir. Psikiyatrik rehabilitasyon sorumluluk performansı ile alakalı girişimleri içerir. Geleneksel yönden rehabilitasyon, semptom ya da hastalık kontrolünden daha ziyade işlevsel performansın iyileştirilmesine odaklanmasıyla tedaviden ayrılır. Farmakoterapi ile beraber destekleyici psikoterapinin pek çok açıdan çok daha üstün olduğu kanıtlanmış görünmektedir (Sönmez, 2009: 18 - 22).

1.15.2. Grup Tedavileri

Grup terapisi kişisel terapidenden daha farklı olarak üç imkan sunmaktadır (Spiegel ve ark., 1999: 482-493). Bu imkanlardan birinci grup tedavisi esnasındaki üyelere alınan sosyal destektir. Bir grubun üyesi konumunda bulunmak hastalık ile başa çıkma sürecinde

gerekli olan topluluk duygusu için olanak sunar. Bu sayede hastalar bir başka yerde bulamayacağı benzer işleyişleri yaşayan adeta yol arkadaşı bulmuş olurlar. İkinci imkanı da yardımcı terapi prensibidir. Bir grup ortamında hastalar birbirlerine destek vermekte ve bunun yanında hastalar ailesi haricinde birileriyle objektif olarak endişelerini tartışmasına uygun zemin hazırlamaktadırlar. Grup terapisinin üçüncü ve son imkanı da düşük maliyetli durumda olmasıdır, grup terapisi kişisel terapiye göre daha düşük maliyet içermektedir. Grup terapileri ayrıca terapistin zamanını daha etkili kullanabilmesini sağlamaktadır (Spiegel, 1994: 1453-1457).

1.15.2.1. Aile Terapisi

Aile terapisinin yoğunlukla kullanıldığı alanlar, çocuk ve ergen davranım bozuklukları, şizofreni, yeme bozuklukları, madde bağımlılığından, efektif bozukluklar ve anksiyete bozukluklardandır. Şizofrenik ailelerle başlayan ilk aile terapisi çalışmaları zamanla diğer dallara yönelse de özellikle duygu dışavurumu konusundaki çalışmalar şizofreniklerde ailenin relaps üzerine etkisini gösterince ailelerle ilgili çalışmalara yeniden ilgi artmıştır (Samancı ve ark., 1998: 45-51).

1.15.2.2. Dans ve Hareket Terapisi

Dans, binlerce yıldır terapötik olarak kullanılmıştır. İnsanlığın başlangıcından beri doğurganlık, doğum, hastalık ve ölümün etkisinde bir şifa ritüeli olarak kullanılmıştır. 1840'tan 1930'a kadar olan dönemde, Avrupa ve Amerika'da yeni bir felsefe geliştirildi ve bu hareketin dansa karşı bir etkisi olabileceği düşüncesi ile dans sadece bir ifade sanatı değildi (Schwartz, H.,1992: 71-126). Aktif hayal gücü olarak dans Jung tarafından 1916'da ortaya çıktığı, dans terapisi öncüsü Mary Whitehouse tarafından 1960'larda geliştirildiği konusunda genel bir görüş vardır. Tina Keller-Jenny ve diğer terapistler 1940'da tedaviyi uygulamaya başladılar (Pallaro, P., 2007: 33). Gelecekteki Amerikan Dans Terapisi Derneği kurucusu Marian Chace'ten başlayarak, bir terapi ve bir meslek

olarak dansın gerçek manada kurulması 1950'lerde gerçekleşti (Strassel, Juliane; Daniel Cherkin; Lotte Steuten; Karen Sherman; Hubertus Vrijhoef ,2011: 50-59).

Dans hareket terapisi beden, zihin ve ruhun birliği sayesinde tüm bireylere bütünlük hissi verir. Vücut "beyin tarafından alınan uyarılara kas-iskelet yanıtları yoluyla enerji boşaltımı" anlamına gelir. Zihin, "zihinsel faaliyetler, hafıza, görüntü, algılama, dikkat, değerlendirme, akıl yürütme ve karar verme" anlamına gelir. Ruh, "dansa angaje veya empatik olarak dans etmede öznel yaşantı duygusallık" anlamına gelir (Hanna, J., 2007: 323-331).

1.15.2.3. Oyun Terapisi

Çocukların kendilerini en çok rahat saydıkları ortam hiç kuşku yok ki oyun oynadıkları ortam ve oynadıkları oyunlardır. Oyun ve oyuncaklar aracılığı ile çocukların gereksinimlerine ve ihtiyaç duyduklarına olan eğilimi görmek mümkündür ve bu mümkün olan özel işleve de oyun terapisi denilmektedir. Güvenli bir ortam yaratan eğitilmiş bir oyun terapisti ile çocuklar istedikleri gibi oynamaya cesaretlendirilirler. Bu işlevde çocukların duygusal yönden zayıf yönlerini ifade etmelerine dair çok farklı oyuncaklar çocuklara verilmiştir. Çocuklar; sanat, kum, hayal gücü gibi oyun terapisinin farklı araçlarını kullanarak kendilerini ifade etme şansına sahip olmaktadır. Oyun terapisi, travmatik tecrübeler yaşayan çocukların duygularına erişmeyi sağlamaktadır. Bunlara nasıl mücadele edeceklerini öğretmektedirler. En çok uygulanan teknik rol oyunlarıdır. 6 yaşından büyük çocuklarda konuşma da yapılmaktadır. Oyun materyalleri: kuklalar, oyun evleri, minyatür tiyatrolar, oyun hamurları, kâğıt ve renkli kalemlerdir. Zor tecrübeler ve durumlar tekrar tekrar canlandırılır ya da figürlerle ve resimlerle ortaya konulmaktadır. Çocuklar bu sayede negatif duygularını tekrar tekrar yaşamaktadırlar ve terapistin yardımıyla üzerinde çalışma şansı bulmaktadır. 5 yaşından büyük çocuklara, psikoterapi temelli oyun terapisi, anne-babanın ölümü, boşanma ve cinsel istismar gibi ağır deneyimler geçiren çocuklara yardımcı olunmaktadır.

1.16. FOLKLOR, OYUN, DANS VE HALK OYUNLARI KAVRAMLARI

1.16.1. Folklorun Tanımı

Folklor kelimesi aslen ingilizce bir kelime olup; folk=halk, lore=bilim kelimelerinin birleştirilmesi ile W.J. Thoms tarafından 1846 da ortaya konmuştur (Baykurt, 1976: 75).

Folklor ile ilgili bütün bu kavramlar incelendiğinde kültür ortak görüş olarak görülmektedir. Bir milletin millet olabilmesi için belli bir kültür yapısına sahip olması gerekmektedir. Folklor de zaten sahip olunan bu kültür yapısını inceler. Bu alan kapsamında incelemenin yapılması ve derlenip değerlendirilmesi gerekli olan bazı zengin folklor çeşitleri vardır (Çelebi, 1991: 5)

1.16.2. Oyunun Tanımı

Daha uygarlık nedir bilmeyen mağara insanları, yaban hayvanlarından korunmak, onları avlamak, birbirleriyle savaşmak zorunluluğu, içinde, çetin bir yaşam sürdürüyorlardı. Çoğu zaman tehlikeli geçen bu savaş ve uğraşılardan zaferle dönen bu insanlar, sevinçlerini tepinerek, sıçrayarak, hoplayarak coşkun hareketlerle kutlamaktan büyük zevk duymuşlardır. İşte oyunun ilkel şekli budur. Sonraları oyunu meydana getiren duygular, daha başka olaylarla gelişerek ve müzikle de bütünleşerek düzene sokulmuş, çeşitli olayların etkisiyle, çeşitleri meydana gelmiştir (Ataman, 1977: 7).

Oyun, özgürce razı olunan, ama tamamen emredici kurallara uygun olarak belirli zaman ve mekân sınırları içinde gerçekleştirilen, bizatihi bir amaca sahip olan, bir yenme ve sevinç duygusu ile “alışılmış hayat” tan “başka türlü olmak” bilincinin eşlik ettiği, iradi bir eylem veya faaliyettir (Huizinga, 1995: 48).

1.16.3. Dansın Tanımı

Müzik temposuna uyularak yapılan ve estetik değer taşıyan düzenli vücut hareketleri (TDK Türkçe Sözlük, 1998: 527).

Batı kültür ve hayatıyla Türk toplumunu yüz yüze getiren Tanzimat hareketi Batı ve Latin kaynaklı sözcüklerin dilimize çokça girmesine, bu arada da “oyun” kavramını karşılamak üzere de “dans” sözcüğünün kelime hazinemizde yer almasına sebep olmuştur. “Dans” terimi kaynak itibariyle Latince’den gelmekte olup, İngilizce’de “dance”, Almanca’da “tanz”, Fransızca’da “danse” olarak geçmektedir. Bu kelimelerin dilimizdeki karşılığı oyun veya raks olmakla beraber günümüzde genellikle dans kelimesi kullanılmaktadır. Ancak ülkemizde dans denildiğinde “iki kişinin karşılıklı olarak, müzik eşliğinde ve daha çok Batı usulü yapılan balo, düğün, gibi eğlence toplantılarında oynadıkları batılı manada klasik salon oyunları akla gelmektedir. Bu sebeple İngilizce “Folk dance” karşılığı olarak ya “halk raksı” ya da “halk oyunları” ifadesini kullanmak gerekir. Bunlardan en yaygın olarak kullanılanı ise “halk oyunları”dır (Kökten, 2010: 11-12).

1.16.4. Halk Oyunları Tanımı

Hiçbir kültür kendi başına çıkıp gelişmediği gibi, bugün Türkiye Türklerinin kültürü de çeşitli kültürlerin karışımı ile oluşmuştur. Anadolu oyunları bakımından burada kısaca bizi: Soy [Orta Asya Kültürü], Yer [Anadolu Kültürü], Din [İslâm Kültürü] ilgilendirmektedir (And, 1974: 12).

Günümüzde Türk Halk Oyunları üzerine yazılmış az sayıda kitap bulunmasına rağmen halk oyunları için yapılmış türlü tanımlar vardır. M. Anda göre: Türk Halk Oyunları bir bakıma yanlış kullanılan bir terimdir. Doğrusu köylü dansları ve oyunlarıdır. Her şeyden önce büyük kentlerdeki halkın oyunları bu köylü oyunlarından değişiktir, daha çok seyirlik oyun özelliği taşırlar ve özellikle profesyonel, paralı dansçılarca gösterilir (And, 1974: 13).

Türk Halk Oyunları ait olduğu yörenin tarihini, coğrafya ve iklim yapısını, müzik geleneğini giysi, takı, kullanılan araçlarını ve yöre insanının yaşam biçimini bünyesinde taşıyan bu öğelerle bağlantılı olarak yöre insanının karakteristik yapısı, davranışları, duyguları ve inançlarını kendine özgü biçimde hareket ve figürlerle yansıttığı birer halk kültürü ürünleridir (Çoşkun, 1987: 67-73).

Halk kültürünün önemli bir yanını ifade eden bir olayı, bir sevinci, bir hüznü yansıtan kökeni din ve büyü ile ilgili olan, müzikli ya da müziksiz olarak, tek kişi ya da gruplar halinde icra edilen ölçülü, düzenli hareketlerdir (Eroğlu, 1985: 20).

1.17. EĞİTSEL OYUNLAR

1.17.1. Oyun

Oyun; vakit geçirmeye yarayan, belli kuralları olan eğlence anlamına gelir. Müzik eşliğinde yapılan hareketlerin bütünüdür (TDK Türkçe Sözlük, 1998: 11).

Oyun uygarlıklardan önce, insanın var olması ile oluşmuştur. İlk insanlar oyunla, düşünce, tasavvur, arzu, ihtiras ve efsanelerini anlatırlardı. İlk insan henüz hiçbir şey bilmediği bir dönemde, tabiat içinde yaşarken, birtakım sesler duydu, hareketler gördü. Zamanla bu hareket ve sesler, kafasında çağrışım yapmaya başladı. İşte o zaman ses ve hareketin bütünü olan “oyun” ortaya çıktı. Eski eserlere baktığımızda, ilkel kavimlerde insanların ateşin etrafında toplanıp, hayvan hikâyeleri anlattıkları, anlattıklarını canlandırdıkları, oyunlar oynadıkları görülmektedir. Ayrıca avlayacakları hayvanın kılığına girmek, onun gibi ses çıkarmak, makyaj yapmak sık rastlanan olaylardı. İşte ilk insandan başlayarak günümüze kadar gelen “oyun” günümüzde halk kültürünün önemli ve zengin bir bölümünü oluşturmuştur (Ay, 1999: 161).

1.17.2. Eğitsel Oyun

Belirlenen amaçlar doğrultusunda oyun alanı, oyuncu sayısı, oyuncu seviyesi, oyun süresi, tekrar sayısı ve kullanılacak araç gereç bakımından önceden planlanan oyunlara eğitsel oyun denir (Özen ve ark, 2013: 5).

Oyunların gelişim üzerine, temel motorik özelliklerin gelişimi, sosyal gelişimi, kişilik gelişimi, zeka ve dil gelişimi gibi bir çok etkisi vardır (Özen ve ark., 2013: 6).

1.17.3. Sağlık Amaçlı Eğitsel Oyunlar

Çağımızda gelişme kaydeden teknoloji, harekete dayalı yaşamı, makinelere bağlı ve durağan bir yaşam tarzına dönüştürmüştür. Bu durum, fiziksel hareketliliğin minimize olmasına, strese ve psikolojik sebeplere bağlı olarak sağlık problemlerinin oluşmasına neden olmuştur. Hem bu gibi sağlık problemleri hem de farklı tıbbi nedenlerden kaynaklı fiziksel hareketlilik gereksinimi olan bireyler için eğitsel oyunlar önemli bir araçtır (Özen ve ark., 2013: 8).

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

2.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Şizofreni, yeryüzünde yaklaşık 24 milyon insanı etkileyen, sıklıkla yeti yitimine sebep olan kronik bir hastalıktır (Dargham, 2014: 31). Genelde antipsikotik tedavi pozitif belirtiler üzerinde etkili olsa da negatif belirtiler ve bilişsel bozukluklarda etkisi sınırlıdır (Dargham, 2014: 31, Erhard vd., 2006: 7, Kirkpatrick, Fischer, 2006: 9, Goldberg vd., 2007: 22). Ne yazık ki bu özellik yeti yitiminin en büyük sebebidir (Green, 1996: 30, Rabinowitz vd., 2012: 50). Şizofreninin negatif semptomlarının daha az fiziksel aktivite motivasyonu ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Vancampfort vd., 2015: 32). Bu durumun, negatif semptomların metabolik sendrom ile ilişkili bulunmasının nedeni olabileceği iddia edilmektedir (Sicras-Mainar vd., 2014: 7).

Antipsikotik tedavinin birinci yılı sonunda metabolik sendrom insidansı beş kat (De Hert vd., 2008: 295-303) ve vücut ağırlıkları 5 kat kadar artmaktadır (Alvarez-Jiménez vd., 2008: 7). Fiziksel sağlıktaki bu düşüş zamanla devam eder ve şizofreni hastalarındaki beklenen yaşam süresi 15-20 yıl kadar azalır (Hennekens vd., 2005: 21, Laursen vd., 2011: 6). Antipsikotiklerin özellikle de polifarmasinin sebep olabileceği obezite gibi olumsuz etkilerin azaltılmasında fiziksel egzersizin yararlı olabileceği iddia edilmektedir (Thongsai vd., 2016: 66). Fiziksel aktivitenin şizofreni hastalarında bilişsel işlevlerin iyileşmesinde (Vakhrusheva vd., 2016: 165-175) ve psikiyatrik semptomların azalmasında (Sturludóttir vd., 2015: 24, Dauwan vd., 2016: 99, Firth vd., 2015: 61) etkili olduğu gösterilmiştir. Azalmış fiziksel aktivite şizofreni hastalarında negatif semptomlar ile ilişkili bulunmuştur (Vancampfort vd., 2012: 62, Vancampfort vd., 2012: 7).

Halk oyunları hareketleri sayesinde vücudunu daha koordineli kullanabilen hastaların esneklik, vücut yağ oranı, kilo ve boy oranısı gibi değişkenlerin dengelenmesi açısından önemlidir.

Aynı zamanda eğitsel oyun etkinlikleri ve halk oyunları çalışmasına katılan hastalarda memnuniyet hissi, negatif düşüncelerden uzaklaşma, anksiyete ve sinirlilik durumunun azalması, kendine güveninin artması, depresif modun azalması, sosyal adaptasyonun kuvvetlenmesi, daha açık ve berrak düşünebilme becerisi, nevrozların görülme sıklığının azalması, daha kaliteli bir uyku gibi olumlu etkilerin görülmesi araştırma açısından önem arz etmektedir.

2.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZİ

Araştırmada rekreasyonel aktivite olarak eğitsel oyun ve halk oyunları aktiviteleri ele alınmıştır.

- Yapılan rekreasyon aktivitelerinin şizofreni hastalarının pozitif ve negatif semptomlarına olumlu etkisi vardır.
- Yapılan rekreasyon aktivitelerinin şizofreni hastalarının işlevsellikte artış göstermesine olumlu bir etkisi vardır.
- Yapılan rekreasyon aktivitelerinin şizofreni hastalarının ruhsal bozukluklarının iyileşmesinde olumlu bir etkisi vardır.
- Yapılan rekreasyon aktivitelerinin şizofreni hastalarının boy, kilo, vücut yağ oranı değişiminde olumlu bir etkisi vardır.

2.3. SINIRLILIKLAR

Hitit Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde tedavi gören ve gönüllü olarak katılan 30 şizofreni hastası üzerinde çalışılmıştır.

2.4. ARAŞTIRMA GRUBU

Araştırma grubunu orum ilinde bulunan Hitit Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde tedavi gören ve gönüllü olarak katılan 30 Şizofreni hasta oluşturmuştur.

2.5. ARAŞTIRMA YÖNTEMİ

2.5.1. Çalışmanın Uygulanmasıyla İlgili Alınan İzinler ve Yapılan Toplantılar

Çalışmanın yapılmasıyla ilgili Hitit Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi BaŐkanlıđından onay alındıktan sonra Ruh Sağlığı Merkezinde deney grubuna dahil olan kişilere çalışmanın yeri, içeriği ve süresiyle ilgili bilgilendirme toplantısı düzenlenmiştir.

Aktivitelere katılmayı kabul eden hastalardan yazılı olarak onay alınmıştır. Bu aktivitelere katılımın gönüllülük esasına dayandığı ve isterlerse çalışmanın herhangi bir aŐamasında ayrılabilirler konusunda denekler bilgilendirilmiŐtir.

Aktiviteler baŐlamadan önce hastaların fizyolojik ve psikolojik özelliklerini öğrenmek ve hastalara uygulanacak aktivitelerin uygunluğunu değerlendirmek amacıyla Ruh Sağlığı Merkezinde görev yapan psikolog ve hemŐirelerle, aktiviteleri yaptırarak eğitmenlerin katıldığı bir toplantı düzenlenmiştir.

Çalışmanın yapılmasıyla ilgili tüm iŐlemler tamamlandıktan sonra Hitit Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimine araştırma başvuru dosyası hazırlanmıŐ ve sunulmuştur. Bu birim çalışmanın yüksek etik standartlarına uygun olduğu kararına vararak çalışmayla ilgili ön onay vermiştir.

2.5.2. Antrenman Yerleri ve Süresi

Adaptasyonu sağlamak, organizasyonda oluşabilecek eksiklikleri görebilmek ve etkinliklerin hasta motivasyonları açısından geri bildirimlerini almak amacıyla 2 hafta boyunca yetkililer gözetiminde deneme yapılmış eksikler tamamlandıktan sonra çalışmalar başlatılmıştır.

Deney grubu ile Hitit Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'nun spor salonunda pazartesi, çarşamba ve cuma günleri birer saat, haftada üç kez olmak üzere toplam on iki hafta eğitsel oyunlar ve halk oyunları çalışmaları düzenlenmiştir. Çalışmalara gözetmen olarak kurum psikologları ve hemşireler alınmıştır.

Eğitsel Oyunlar: 12 hafta boyunca pazartesi günleri 10:00 -11:00, cuma günleri 10:00-10:30 saatleri arasında eğitsel oyunlar uygulanmıştır. Eğitsel oyunlarda Mendil Düşürme, Top Atma, Lideri İzle, Fırıldak Oyunu, Yuvarlanan Toptan Kaç, Esir Alma ve Verme ve Arkadan Dolaş Yerine Ulaş oyunları oynatılmıştır. Çalışma öncesi 10 dakika ısınma ve çalışma sonrası 10 dakika esnetme ve gerdirme hareketlerinin verilmesine dikkat edilmiştir.

Halk Oyunları: 12 hafta boyunca çarşamba günleri 10:00-11:00, cuma günleri 10:30- 11:00 saatleri arasında halk oyunları çalışmaları uygulanmıştır. Halk oyunları çalışmalarında Artvin yöresine ait Ata Barı, Bitlis yöresine ait Ağır Govend, Van yöresine ait Toycular, İzmir yöresine ait Harmandalı ve Gaziantep yöresine ait Kırıkhan oyunları öğretilmiştir. Oyunların seçimi yapılırken kadınlı erkekli karma halinde oynanıyor olması, sade figürlü çeşitleri olması ve seçkin oyuncu aranmayıp herkesin oynayabileceği düzeyde oyunlar olması dikkate alınmıştır. Çalışma öncesi 10 dakika ısınma ve çalışma sonrası 10 dakika esnetme ve gerdirme hareketlerinin verilmesine dikkat edilmiştir.

2.6. EVREN VE ÖRNEKLEM

Evren: Hitit Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde tedavi gören hastalar.

Örnekleme: “Olasılığa Dayalı (yargısız) Örnekleme” çeşitlerinden, “Basit Tesadüfi Örnekleme” seçilmiş ve bu örneklemeyle oluşturulan 30 hasta üzerinde çalışmalar yaparak veriler toplanmış, veri analizleri de gerekli istatistiksel aşamalardan geçirilerek evren(genel kitle) hakkında genelleme yapılmıştır.

2.7. DEĞERLENDİRME ARAÇLARI

Araştırma grubunun eğitsel oyunlar ve halk oyunları çalışmalarının tedavisine etkisini belirlemek için ön test ve son test uygulanmıştır. Ölçekler aşağıda verilmiştir:

- Tanita BC 418 Vücut Analiz Monitörü
- Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (SAPS)
- Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (SANS)
- Klinik Global İzlenim Ölçeği (CGI)
- İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi Ölçeği (GAF)

2.8. VERİLERİN TOPLANMASI

2.8.1. Vücut Kompozisyonu Ölçümü

Araştırmaya katılan deneklerin vücut yağ yüzdelerini tespit etmek amacıyla “Tanita Body Composition Analyze BC-418” bioelektrik impedans analizörü kullanıldı. Deneklerin vücut kompozisyonlarını belirlemek üzere, boy uzunlukları, yaşları,

cinsiyetleri ve kıyafet ağırlığı düşürülüp analizör ekranına veri olarak girildikten sonra, denekten çıplak ayakla platformun üzerine çıkması istendi. Vücut kitle endeksi (BMI), vücut yağ kitlesi, vücut yağ yüzdesi ölçümleri yapıldı.

2.8.2. Pozitif Semptomları Değerlendirme Ölçeği (SAPS)

Andreasen tarafından 1990 yılında geliştirilmiştir. Ülkemizde bu ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Erkoç ve arkadaşları tarafından 1991 yılında yapılmıştır. Toplamda 34 madde ve varsanılar, hezeyanlar, garip davranış ve formal düşünce bozukluğu olarak 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Her madde *Semptom yok=0, *Şüpheli=1, *Hafif=2, *Orta=3, *Belirgin=4, *Şiddetli=5 olarak değerlendirilmektedir (Aydemir ve Köroğlu, 2006: 346-353).

2.8.3. Negatif Semptomları Değerlendirme Ölçeği (SANS)

Andreasen tarafından 1990 yılında geliştirilmiştir. Ülkemizde bu ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Erkoç ve arkadaşları tarafından 1991 yılında yapılmıştır. Toplamda 25 madde ve duygulanımda küntleşme, aloji, enerji ve sağlığın azalması, zevk almama ve toplumsal çekilme ve dikkat eksikliği olarak 5 alt ölçekten oluşmaktadır. Her bir madde *Semptom yok=0, *Şüpheli=1, *Hafif=2, *Orta=3, *Belirgin=4, *Şiddetli=5 olarak değerlendirilmektedir (Aydemir ve Köroğlu, 2006: 346-353).

2.8.4. Klinik Global İzlem Ölçeği (CGI):

Guy tarafından 1976 yılında geliştirilmiştir. Ruhsal bozuklukların şiddetini veya izlemede belirtilerdeki iyileşmeyi değerlendirmek amacıyla gözlemci tarafından kullanılan bir ölçektir. Bu çalışmada hastalık şiddetini değerlendirmek için CGI-Şiddet formu kullanılmıştır. Gözlemci tarafından söz konusu hastalıkla ilgili genel tecrübesine dayanarak, hastalığın şiddetini ya da düzelmenin derecesini *Hasta Değil=0 ve *Çok Ağır Hasta=7 arasında derecelendirir (Guy, 1976: 76-338).

2.8.5. İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi Ölçeği (GAF)

Hall tarafından 1995 yılında geliştirilmiştir. Psikiyatrik belirtilerle ilişkili, genel işlevselliğin değerlendirilmesini sağlar. 100 puanlı ölçüm cetvelinde 10 puan aralıklarla tanımlanmış bilgilere dayanarak klinisyen tarafından değerlendirme yapılan bir ölçektir. Tek bir ölçü kullanarak genel çerçevesiyle kişilerin klinik gidişini izlemeye yardımcı bir ölçektir. Ölçekten alınan yüksek puanlar işlevselliğin yüksek olduğuna işaret eder (Hall, 1995: 267-275).

2.8.6. İstatiksel Analiz

Bu çalışmada elde edilen veriler IBM SPSS Statistics Version 20 paket programı ile analiz edilmiştir.

Değişkenlerin normal dağılımdan gelme durumları araştırılırken birim sayıları nedeniyle Shapiro Wilk's' den yararlanılmıştır. Sonuçlar yorumlanırken anlamlılık düzeyi olarak 0,05 kullanılmış olup; $p < 0,05$ olması durumunda değişkenlerin normal dağılımdan gelmediği, $p > 0,05$ olması durumunda ise değişkenlerin normal dağılımdan geldikleri belirtilmiştir.

İki bağımlı değişken arasındaki farklılık incelenirken değişkenlerin normal dağılımdan gelmemesi nedeniyle Wilcoxon Testi kullanılmıştır.

Sonuçlar yorumlanırken anlamlılık düzeyi olarak 0,05 kullanılmış olup; $p < 0,05$ olması durumunda anlamlı bir farklılığın olduğu, $p > 0,05$ olması durumunda ise anlamlı bir farklılığın olmadığı belirtilmiştir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ANALİZ ve BULGULAR

Tablo 2. Demografik Bilgilere İlişkin Frekans Dağılım Tablosu

		n	%
Cinsiyet	Kadın	11	36,67
	Erkek	19	63,33
	Toplam	30	100
Medeni Durum	Bekar	18	60
	Evli	10	33,33
	Boşanmış	2	6,67
	Toplam	30	100

Çalışmaya katılanların %36,67'si kadın ve %63,33'ü erkeklerden oluşmaktadır. Medeni durum incelendiğinde ise %60 oranında bekar olanlar, %33,33 oranında evli ve %6,67 oranında boşanmış olanlar mevcuttur.

Tablo 3. Değerler İlişkin Dağılım Tablosu

	n	Mean	Median	Min	Max	ss
Seans Katılım Oranı	30	23,97	26	5	36	10,41
Yaş	30	41,23	40	24	64	10,22

Seanslara katılım oranları incelendiğinde ortalama 23,97 civarındadır. Yaş değerleri ise ortalama 41 civarındadır.

Tablo 4. Kilo Değerleri Bakımından Zamanlar Arasındaki Farklılığa İlişkin Wilcoxon Testi Sonucu

							Wilcoxon Testi		
	n	Mean	Median	Min	Max	ss	Sıra Ort.	z	p
Kilo 1	30	87,1	87	63	143	16,34	16,73	-0,688	0,492
Kilo 2	30	85,03	84,5	61	145	17,42	11,46		

Kilo değerleri bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte Kilo sonrası değeri daha dūşüktür.

Tablo 5. BMI Değerleri Puanları Bakımından Zamanlar Arasındaki Farklılığa İlişkin Wilcoxon Testi Sonucu

							Wilcoxon Testi		
	n	Mean	Median	Min	Max	ss	Sıra Ort.	z	p
BMI 1	30	31,85	31,25	21,78	48,9	5,89	16,85	-0,721	0,471
BMI 2	30	31,04	30,08	23,04	49,59	6,2	11,36		

BMI değerleri bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte BMI sonrası değeri daha dūşüktür.

Tablo 6. Vücut Yağ Yüzdesi Bakımından Zamanlar Arasındaki Farklılığa İlişkin Wilcoxon Testi Sonucu

							Wilcoxon Testi		
	n	Mean	Median	Min	Max	ss	Sıra Ort.	z	p
Vücut Yağ Yüzdesi 1	18	35,97	37,55	21,7	50,6	8,7	9,69	-2,344	0,019*
Vücut Yağ Yüzdesi 2	29	31,89	33	15,5	58,9	10,16	6,75		

Vücut yaę yüzdesi değerleri bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Vücut yaę yüzdesi sonrası değeri Vücut yaę yüzdesi öncesi değerine göre anlamlı derecede dūşüktür.

Tablo 7. Negatif Semptom Ölçeği Puanları Bakımından Zamanlar Arasındaki Farklılığa İlişkin Wilcoxon Testi Sonucu

							Wilcoxon Testi		
	n	Mean	Median	Min	Max	ss	Sıra Ort.	z	p
Negatif Semptom Ölçeği 1	30	42,3	41	9	81	17,7 7	13,26	-3,524	0,001*
Negatif Semptom Ölçeği 2	30	41,17	40,5	10	80	18,0 5	6		

Negatif semptom ölçeği puanları bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0,05$). Negatif semptom ölçeği sonrası puanı Negatif semptom ölçeği öncesi puanına göre anlamlı derecede düşüktür.

Tablo 8. Negatif Semptom Ölçeğine İlişkin Düzleşme Alt Boyut Puanları Bakımından Zamanlar Arasındaki Farklılığa İlişkin Wilcoxon Testi Sonucu

							Wilcoxon Testi		
	n	Mean	Median	Min	Max	ss	Sıra Ort.	z	p
Düzleşme 1	29	15,66	16	0	29	7,18	2,5	-1	0,317
Düzleşme2	29	15,59	16	0	29	7,08	2,5		

Negatif semptom ölçeğine ilişkin düzleşme alt boyutpuanları bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p > 0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte Negatif semptom ölçeğine ilişkin düzleşme alt boyut sonrası puanı daha düşüktür.

Tablo 9. Negatif Semptom Ölçeğine İlişkin Algolia Alt Boyut Puanları Bakımından Zamanlar Arasındaki Farklılığa İlişkin Wilcoxon Testi Sonucu

							Wilcoxon Testi		
	n	Mean	Median	Min	Max	ss	Sıra Ort.	z	p
Algolia 1	29	6,62	6	0	20	4,74	2,5	-1	0,317
Algolia 2	29	6,55	6	0	20	4,83	2,5		

Negatif semptom ölçeğine ilişkin Algolia alt boyutpuanları bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p > 0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte Negatif semptom ölçeğine ilişkin Algolia alt boyut sonrası puanı daha düşüktür.

Tablo 10. Negatif Semptom Ölçeğine İlişkin Anhedoni Alt Boyut Puanları Bakımından Zamanlar Arasındaki Farklılığa İlişkin Wilcoxon Testi Sonucu

							Wilcoxon Testi		
	n	Mean	Median	Min	Max	ss	Sıra Ort.	z	p
Anhedoni 1	29	9,14	9	3	16	3,68	12,41	-2,962	0,003*
Anhedoni 2	29	8,34	8	1	16	4,04	6,5		

Negatif semptom ölçeğine ilişkin Anhedoni alt boyutpuanları bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0,05$). Negatif semptom ölçeğine ilişkin sonrası Anhedoni alt boyut puanı öncesi Anhedoni alt boyut puanına göre anlamlı derecede düşüktür.

Tablo 11. Negatif Semptom Ölçeğine İlişkin Avolution Alt Boyut Puanları Bakımından Zamanlar Arasındaki Farklılığa İlişkin Wilcoxon Testi Sonucu

							Wilcoxon Testi		
	n	Mean	Median	Min	Max	ss	Sıra Ort.	z	p
Avolution 1	29	5,38	5	0	13	3,3	2,5	-1	0,317
Avolution 2	29	5,31	5	0	13	3,34	2,5		

Negatif semptom ölçeğine ilişkin Avolutionalt boyutpuanları bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p > 0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte Negatif semptom ölçeğine ilişkin Avolution alt boyut sonrası puanı daha düşüktür.

Tablo 12. Negatif Semptom Ölçeğine İlişkin Dikkat Alt Boyut Puanları Bakımından Zamanlar Arasındaki Farklılığa İlişkin Wilcoxon Testi Sonucu

							Wilcoxon Testi		
	n	Mean	Median	Min	Max	ss	Sıra Ort.	z	p
Dikkat 1	29	5,45	5	1	10	2,71	4,4	-1,406	0,16
Dikkat 2	29	5,28	5	1	10	2,48	3		

Negatif semptom ölçeğine ilişkin Dikkat alt boyutpuanları bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p > 0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte Negatif semptom ölçeğine ilişkin Dikkat alt boyut sonrası puanı daha düşüktür.

Tablo 13. Pozitif Semptom Ölçeği Puanları Bakımından Zamanlar Arasındaki Farklılığa İlişkin Wilcoxon Testi Sonucu

							Wilcoxon Testi		
	n	Mean	Median	Min	Max	ss	Sıra Ort.	z	p
Pozitif Semptom Ölçeği 1	30	24,53	22	1	70	14,59	9,62	-1,743	0,081
Pozitif Semptom Ölçeği 2	30	23,9	21	1	65	13,67	9,2		

Pozitif semptom ölçeği puanları bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte Pozitif semptom ölçeği sonrası puanı daha düşüktür.

Tablo 14. Pozitif Semptom Ölçeğine İlişkin Varsanı Alt Boyut Puanları Bakımından Zamanlar Arasındaki Farklılığa İlişkin Wilcoxon Testi Sonucu

							Wilcoxon Testi		
	n	Mean	Median	Min	Max	ss	Sıra Ort.	z	p
Varsanı 1	29	5,79	5	0	21	4,21	6,67	-1,807	0,071
Varsanı 2	29	5,55	5	0	20	3,92	6		

Pozitif semptom ölçeğine ilişkin varsanı alt boyut puanları bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte Pozitif semptom ölçeğine ilişkin varsanı alt boyut sonrası puanı daha düşüktür.

Tablo 15. Pozitif Semptom Ölçeğine İlişkin Hezeyan Alt Boyut Puanları Bakımından Zamanlar Arasındaki Farklılığa İlişkin Wilcoxon Testi Sonucu

							Wilcoxon Testi		
	n	Mean	Median	Min	Max	ss	Sıra Ort.	z	p
Hezeyan 1	29	8,41	8	0	24	5,42	6,57	-1,231	0,218
Hezeyan 2	29	8,21	8	0	22	4,89	5		

Pozitif semptom ölçeğine ilişkin Hezeyan alt boyut puanları bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte Pozitif semptom ölçeğine ilişkin Hezeyan alt boyut sonrası puanı daha düşüktür.

Tablo 16. Pozitif Semptom Ölçeğine İlişkin Bizar Alt Boyut Puanları Bakımından Zamanlar Arasındaki Farklılığa İlişkin Wilcoxon Testi Sonucu

							Wilcoxon Testi		
	n	Mean	Median	Min	Max	ss	Sıra Ort.	z	p
Bizar 1	29	3,62	3	0	11	2,98	5,14	-1,732	0,083
Bizar 2	29	3,41	3	0	9	2,72	4,5		

Pozitif semptom ölçeğine ilişkin Bizar alt boyut puanları bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). İstatistiksel

olarak anlamlı olmamakla birlikte Pozitif semptom ölçeğine ilişkin Bizar alt boyut sonrası puanı daha düşüktür.

Tablo 17. Pozitif Semptom Ölçeğine İlişkin Pozitif FD Alt Boyut Puanları Bakımından Zamanlar Arasındaki Farklılığa İlişkin Wilcoxon Testi Sonucu

							Wilcoxon Testi		
	n	Mean	Median	Min	Max	ss	Sıra Ort.	z	p
Pozitif Fd 1	29	6,21	5	0	27	6,1	2,5	-1,857	0,063
Pozitif Fd 2	29	6	5	0	27	5,93	0		

Pozitif semptom ölçeğine ilişkin Pozitif FD alt boyut puanları bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte Pozitif semptom ölçeğine ilişkin Pozitif FD alt boyut sonrası puanı daha düşüktür.

Tablo 18. İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği Puanları Bakımından Zamanlar Arasındaki Farklılığa İlişkin Wilcoxon Testi Sonucu

							Wilcoxon Testi		
	n	Mean	Median	Min	Max	ss	Sıra Ort.	z	p
İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği 1	30	44,83	45	30	65	9,05	9,63	-2,912	0,004*
İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği 2	30	48,83	50	25	75	11,04	11,92		

İşlevselliğin genel değerlendirilmesi ölçeği puanları bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). İşlevselliğin genel değerlendirilmesi ölçeği öncesi puanı İşlevselliğin genel değerlendirilmesi ölçeği sonrası puanına göre anlamlı derecede düşüktür.

Tablo 19. Klinik Global İzlenim Ölçeği Puanları Bakımından Zamanlar Arasındaki Farklılığa İlişkin Wilcoxon Testi Sonucu

							Wilcoxon Testi		
	n	Mean	Median	Min	Max	ss	Sıra Ort.	z	p
Klinik Global İzlenim Ölçeği 1	30	4,77	5	4	6	0,77	8	-2,982	0,003*
Klinik Global İzlenim Ölçeği 2	30	4,33	4	3	6	0,71	16		

Klinik global izlenim ölçeği puanları bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Klinik global izlenim ölçeği sonrası puanı Klinik global izlenim ölçeği öncesi puanına göre anlamlı derecede düşüktür.



DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonucunda rekreasyon aktivitesi ile şizofreni hastalarının negatif semptom düzeylerinde azalma olduğu bulunurken pozitif semptom düzeylerinde azalma olmadığı (Açıl,2006: 57) bulunmuştur. Bu bulgu şizofreni hastalarında fiziksel aktivite artışı ile psikiyatrik semptomlarda azalmayı ilişkili bulan diğer çalışma bulgularında negatif semptom ölçeği ile uyumlu iken pozitif semptom ölçeği ile uyumlu değildir (Sturludóttir K, Gestsdóttir S, Rafnsson RH, Jóhannsson E ,2015: 24) (Dauwan M, Begemann MJ, Heringa SM, Sommer IE,2016: 99), (Firth J, Cotter J, Elliott R, French P, Yung AR.,2015: 61). Bu araştırmalarda fiziksel egzersiz uygulanmasının ayrıca yaşam kalitesinde artış (Sturludóttir K, vd.,2015:24) (Dauwan M, vd.,2016: 99) ve işlevsellikte artış (Dauwan M, vd.,2016: 99), (Firth J vd., 2015: 61) ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Yaşam kalitesinde artış ve işlevsellikte artış sağlayabilen bir girişim sonucunda işlevselliğin genel değerlendirilmesi ölçeği skorlarında anlamlı artış saptanmış olmamız beklenilebilecek bir bulgudur. Rekreasyon aktivitesinin hastalarımız için yeni bir sosyalleşme ve eğlence olanağı sunmuş olmasının da, bu değişikliklerin saptanmasında etkili olmuş olabileceğini söyleyebiliriz.

Rekreasyon aktivitesi sonrasında şizofreni hastalarının vücut ağırlıklarında ve BMI'lerinde anlamlı değişiklik bulunmadı. Fiziksel egzersizin kilo kaybı induksiyonu üzerine etkili olmadığı iddia edilmektedir (Krogh J, Speyer H, Nørgaard HC, Moltke A, Nordentoft M, 2014: 89). Şizofreni hastalarına düzenli fiziksel aktivite uygulanması sonucunda psikiyatrik semptomlarda ve hayat kalitesinde artış bulunmasına rağmen fiziksel ölçümlerde değişiklik bulunmamış olması da bu iddiayı desteklemektedir (Sturludóttir K, vd.,2015: 24). Başka bir gözden geçirme araştırmasında ise şizofrenide egzersiz girişimlerinin BMI üzerine etkili olmadığını bulunmuştur (Firth J vd., 2015: 61). Bu literatür bulguları çalışmamızı desteklemektedir. Sürenin 12 hafta ile sınırlı olmasının ve fiziksel egzersize eşlik eden diyet programı uygulanmamış olmasının da,

hastalarda vücut ağırlığı, BMI gibi ölçümlerin değişmemiş olmasında etkili olmuş olabileceğini söyleyebiliriz.

İleride daha fazla sayıda şizofreni hastası ile ve daha uzun süreli olarak yapılacak benzer çalışmalar, bu konuda daha kapsamlı bulgular sunabileceğini, böylece şizofreni hastalarının tedavilerinde fiziksel aktivite artırılmasına yönelik girişimlerin artırılması konusuna dikkat çekerek, tedavilerine katkı sağlayabileceğini söyleyebiliriz.

Bu araştırma ve uygulama çalışması, Hitit Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde tedavi gören hastalarla sınırlandırılarak yapılmıştır. Araştırmada rekreasyonel aktivite olarak eğitsel oyun ve halk oyunları aktiviteleri incelenmiştir. Yapılan bu araştırma sonucu geliştirilen öneriler aşağıda sunulmuştur.

- Eğitsel oyunların çeşitliliği artırılarak, şizofreni hastalarının tedavisine daha çok katkı değer sağlayabilme durumu yaşanabilir.
- Eğitsel oyunlar oynanırken, şizofreni hastalarını kendi içlerinde en başarılı olanı ödüllendirme durumları da aynı zamanda başarı kriterlerini öğrenme ve gerçekleştirme açısından ciddi önem taşıyacaktır.
- Halk oyunlarının da çeşitliliği artırılarak daha fazla şizofreni hastasına ulaşılabilir. Yaşama dair hayat enerjilerini barındırmaları ve isteklilikleri artırılabilir.
- Şizofreni hastalarının yakınlarında da bu gibi yetkinliklerin kazandırılması akabinde olumlu geri bildirimler alınacaktır. Nedeni de hastalar yeni şeyler üretmeye başladıkları anda özgüvenleri büyük ölçüde değişecektir. Bu durumları da ilk farkedene aileler olacaktır.
- Toplumun diğer bireyleri gibi aktif bir şekilde hayatlarına devam edebileceklerdir.
- Yeni tedaviye başlayanlarla, önceden tedaviye başlayanlar arasında karşılaştırma yapılabilir.

Genel olarak bu çalışmayla beraber şizofreni hastalarının, spor yapması, oyunlar oynaması durumları kendilerini çok iyi hissetmelerine sebebiyet vermiştir. Katılım

sağlayan kişilerin, genel olarak çok mutlu oldukları gözlemlenmiştir. Bu kişilerin diğer hastalarla da sosyalleştikleri gözlemlenmiştir. Aynı zamanda çalışmaya katılan bu hastaların bazı oyunlarda ve spor etkinliklerinde zorlandıkları zaman ilgili mentorların de onlara fazlasıyla yardımcı olduklarını ifade etmişlerdir. Şizofreni hastalarına etkinlik tedavisi genel olarak gerek ulusal gerek uluslararası bağlamda uygulanmasında ciddi manada pek çok yararının olacağı açıktır.



KAYNAKÇA

- Abi-Dargham A., (2014),**Schizophrenia: Overview And Dopamine Dysfunction.** J Clin Psychiatry;75(11):e31.
- Açıkada C, Ergen E, (1990),**Bilim ve Spor**, Ankara: Büro Tek Ofset Matbaacılık.
- Açıl, Arzu Anıl, 2006, **Şizofrenik Hastalarda Fiziksel Egzersizin Ruhsal Durum Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi**, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Sivas.
- Alaylıoğlu, Ruşen,(1968), **Ansiklopedik Eğitim Sözlüğü**, İstanbul, Arif Bolat Kitabevi.
- Alvarez-Jiménez M, Hetrick SE, González-Blanch C, Gleeson JF, McGorry PD, (2008),**Non-pharmacological management of antipsychotic-induced weight gain: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials.** Br J Psychiatry 2008;193(2):101-7.
- And, Metin (1974), **Oyun ve Büyü**, İŞ Bankası Kültür Yayınları, İstanbul.
- Andreasen NC., (1990),**Methods For Assessing Positive And Negative Symptoms.** **ProblPharmacopsychiatry**, 1990; 24: 73-88
- Arslan Mehtap, Kurt Erhan, Eryıldız Derya, Yazıcı Ayla, Can Aylin, Emul Murat, (2014),**Şizofren Hastalarda İlaçlamaya Eklenen Bir Psikososyal Rehabilitasyon Programının Etkileri: Kontrollü Bir Çalışma.** Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 24:360-367
- Arslantaş Hülya, Adana Filiz, (2011), **Şizofreninin Bakım Verenlere Yükü.** **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar**, 3 (2), 251-277.
- Aslan, Neşe, (2005), **Üniversite Öğrencilerinin Boş Zaman Değerlendirme Eğilimi, Öğretmen Yetiştiren Kurumlarda Karşılaştırmalı Bir Araştırma**, 2. Baskı, Ege Üniversitesi Yayınları, İzmir.
- Ataman, Sadi Yaver (1977), **Barlar**, Sarı altın yayınları, İstanbul.
- Austin D.R., Crawford M.E. (2001),**TherapeuticRecreation: An Introduction**, 3th.

Edition, Allyn& Bacon, Boston.

Ay, Gökten (1999), **Folklor (Halkbilim) Genel Bilgiler, Oyun, Müzik**, PanYayıncılık, İstanbul.

Ayçeman Nihat, (2014), **Rekreasyon Terapisi Nedir?**<http://www.saglikterapi.org/tag/terapotik-rekreasyon/> Erişim Tarihi: 04.02.2017

Aydemir Ömer, Eren İbrahim ,Savaş Haluk., (2007), **Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeğinin Geliştirilmesi, Güvenilirlik ve Geçerliliği**, Türk Psikiyatri Dergisi, 18:344-352.

Aydemir Ömer, Köroğlu Ertuğrul, (2006), **Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler**, 3: 346-353.

Aydın Hamdullah, Bozkurt Ali., (2005), **Kaplan&Sadock Klinik Psikiyatri**, (2.baskı).İstanbul, Güneş Kitabevi, 134-154.

Aytaç, Ömer, (2002), **Boş Zaman Üzerine Kuramsal Yaklaşımlar**, Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 12(1): 231-260.

Babic, V., Ciliga, D., Gracin, F., Bobic, T.T., (2011),**Sportfor People withDisabilities in Croatia**, Selçuk UniversityJournal of PhysicalEducationAndSportScience, 13(specialissue), 1-4.

Bahadır, Tolga Kaan, (2010), **Rekreasyon Faaliyetlerine Katılan 13-15 Yaş Grubu Öğrencilerin Yaşam Kalitesi ve Bazı Psikolojik Özelliklerinin İncelenmesi**, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.

Baltaş Acar, Zuhale Baltaş, (1987),**Başarılı ve Sağlıklı Olmak için Stres ve Başa Çıkma Yolları**, 5. Baskı, Remzi Yayınevi, İstanbul,

Baykurt Şerif.,(1976), **Türkiye’de Folklor**, Ankara, I.Basım, Kalite Matbaası,syf 75.

Baymur Feriha. (1978), **Genel Psikoloji**, 4. Baskı, Bilim ve Kültür Eserleri Dizisi, İstanbul.

- Binbay Tolga, (2010),**Türkiye'de Psikoz Epidemiyolojisi: Yaygınlık Tahminleri Ve Başvuru Oranları Üzerine Sistematik Bir Gözden Geçirme**, Türk Psikiyatri Dergisi, 21:1-14
- Binbay Tolga, Ulaş Halis, Elbi Hayriye, Alptekin Köksal, (2011),**Türkiye'de Psikoz Epidemiyolojisi: Yaygınlık Tahminleri ve Başvuru Oranları Üzerine Sistemak Bir Gözden Geçirme**, Türk Psikiyatri Dergisi, 22: 40-52
- Bucher, A.C. (1972), **Foundations of Physical Education, the C.U.**, Mosby Company, Saint Louise.
- Caroline, R.,Richardson M.D., Faulkner, G., McDevitt, J., Skrinar Gary, S., Hutchinson, Dori S., Piette John D. (2005), **Integrating Physical Activity Into Mental Health Services for Persons With Seriouc Mental Illness. Psychiatric Services.**;Vol. 56 No.3, 30-50.
- Chan, S.W, (2011),**Global Perspective Of Burden Of Family Caregivers For Persons With Schizophrenia**. Arch Psychiatr Nurs, 25 (5), 339-349
- Coşkun, Köksal., (1987),**Türk Halk Oyunlarının Sahnelenmesinde Karşılaşılan Problemler Sempozyumu Bildirileri**, Ankara S. 67, 73
- Çakıroğlu Harun, (1998), **Rekreasyon; Beden Eğitimi Dersi ve Diğer Dersler Açısından Okullarda Ders Dışı Faaliyetlerin Durumu, Eğitsel Kollar ve Fonksiyonları**, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Yayını, İstanbul.
- Çalışkan Mehtap, (2003), **Gençlik Ve Spor Genel Müdürlüğü Merkez Teşkilatında Çalışan Personelin Rekreasyona Bakış Açısı İle Rekreasyonel Spora Katılım İlişkisi**, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Bolu.
- Çam Olcay, Engin Esra., (2014), **Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği**, 1. Baskı. İstanbul, İstanbul Tıp Kitapevi, 411-440
- Çankaya, Cemali, (2001),**Spor Tesisleri İşletmeciliği ve planlamacılık Ders Notları**, Bursa.

- Çelebi Müberra, Özbey Selhan, Doğu Gazanfer, (2003), **Yükseköğretim Kurumlarında Serbest Zaman Etkinlikleri Düzenleyen Öğrencilerin Grup Kararı Verme Sürecindeki Rollerini**, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Sayı 7, Bolu.
- Çelebi, Aydın (1991), **Türk Halk Oyunları Eğitici Ve Öğrencilerinin Türk Halk Oyunlarını Nasıl Algıladıklarına İlişkin Bir Araştırma: İzmir İli Örneği**, (Yüksek Lisans Tezi) Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- Dauwan M, Begemann MJ, Heringa SM, Sommer IE, (2016), Exercise **Improves Clinical Symptoms, Quality of Life, Global Functioning, and Depression in Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-analysis**. Schizophr Bull 2016;42(3):588-99.
- David Spiegel., (1994), **Health Caring- Psychosocial Support for Patients With Cancer**,74:1453-1457
- De Hert M, Schreurs V, Sweers K, Van Eyck D, Hanssens L, Sinko S, et al., (2008), **Typical and atypical antipsychotics differentially affect long-term incidence rates of the metabolic syndrome in first-episode patients with schizophrenia: a retrospective chart review**. Schizophr Res 2008;101(1-3):295-303.
- Demirci Çiğdem, (2013),**Hasta Memnuniyetinin Arttırılmasında Farklılaştırma Politikaları: Terapötik Rekreasyon**. II. Rekreasyon Araştırmaları Kongresi Bildiri Kitabı, 31 Ekim – 3 Kasım 2013, Aydın.
- Devecigil Nilüfer,(2015),**“Oyun Terapisi Nedir?”**,Psikoloji, İstanbul.
- Devecioğlu, Sebahattin, & Çoban, Bilal, (2003). **Türkiye Futbol Federasyonu'nun Özerkliği**. Gazi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi, 8(3), 49-58.
- DPT, (1993), **Ekonomik ve Sosyal Sektördeki Gelişmeler 1993 Yılı Programı Destek Çalışmaları**, Ankara.
- DPT, (1994),**1990 Yılı Genel Nüfus Sayımı Sonuçlarına Göre Türkiye’de Toplum Yapısının Karşılaştırmalı Profili**, DPT Yayını, Ankara, Şubat, 1994.

- Ebrinç Servet,(2010),**Şizofreni: Tanısı, Klinik Belirtileri ve Ayırıcı Tanısı**. Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics, 3:38-44
- Emiroğlu Birgöl., (2009),**Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeğinin Türkçe Versiyonunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması**. Noropsikiyatri Arşivi, 46:15-24
- Erbaydar Nüket., (2010),**Tıp Eğitimi Geleceğinin Hekimlerinin Ruh Sağlığı Sorunu Olan Bireylere Yönelik Tutumlarını Etkilemekte Midir?**, Türk Psikiyatri Dergisi21(2): 114-125
- Erhart SM, Marder SR, Carpenter WT., (2006),**Treatment of Schizophrenia Negative Symptoms: Future Prospects**. Schizophr Bull 2006;32(2):234-7.
- Erkal E. Mustafa, (1986),**Sosyolojik Açından Spor**, Ankara: Milli Eğitim Basımevi.
- Erkoç Şahap, Arkonaç Oğuz, Ataklı Cem, Özmen Erdoğan., (1991), **Negatif Semptomları Değerlendirme Ölçeğinin Güvenilirliği Ve Geçerliliği**. Düşünen Adam, 1991; 4(2):16-18
- Erkoç Şahap, Arkonaç Oğuz, Ataklı Cem, Özmen Erdoğan., (1991),**Pozitif Semptomları Değerlendirme Ölçeğinin Güvenilirliği Ve Geçerliliği**. Düşünen Adam, 1991; 4(2): 20-24
- Eroğlu Türker, (1985), **HalkOyunlarının Halk Bilimi Açısından İncelenmesi**, Fırat Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi, Elazığ, S. 20
- Ertuğrul Aygün., (2005),**Şizofreni Etyolojisi**,Türkiye Klinikleri Dergisi, Şizofreni özel sayısı 1:6-14.,
- Eryıldız Derya., (2008),**Gündüz hastanesi ve rehabilitasyon merkezine devam eden kronik şizofreni hastaları ile bir rehabilitasyon programına katılmayan kronik şizofreni hastalarının işlevsellik ve yaşam kalitesi açısından karşılaştırılması.**, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi,İstanbul.
- Firth J, Cotter J, Elliott R, French P, Yung AR.(2015),**A systematic review and meta-analysis of exercise interventions in schizophrenia patients**. Psychol Med. 2015;45(7):1343-61.

- Fişek, Kurthan., (1985),**100 soruda Türkiye spor tarihi** (Vol. 53). Gerçek Yayınevi
- Francis, L, (1993), **“Teaching Step Training”**, Journal of Physical Education, Recreation&Dance, March.
- Goldberg TE, Goldman RS, Burdick KE, Malhotra AK, Lencz T, Patel RC, et al. (2007),**Cognitive improvement after treatment with second-generation antipsychotic medications in first-episode schizophrenia: is it a practice effect?** Arch Gen Psychiatry 2007;64(10):1115-22.
- Göksu, Turgut, (2002), **Maslow’unİhtiyaçlar (Güdüler) Piramidi ve Polisin Yabancılaşma Olgusu**, Polis Bilimleri Dergisi Cilt:4 (3-4).
- Green MF., (1996),**What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia?**, Am J Psychiatry 1996;153(3):321-30.
- Green, Jill., (2000), **“Summer Dans Connections, A Community,BasedEducation Program”**, Journal of Physical Education, Recreation&Dance, 71 (4), April.
- Green, Michael Foster; Kern, Robert S.; Braff, David L.; Mintz, Jim., (2000),**Neurocognitive Deficitsand Functional Outcome in Schizophrenia: AreWeMeasuringThe "Right Stuff"?** 119-136.
- Guy W. (1976),**ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology, Revised US Dept Health, Education and Welfare publication (ADM)**, Rockville, National Institute of Mental Health, s.76-338.
- Güçlü, Mehmet., (2001),**Olimpiyat Oyunları Ve Spor Sponsorluğu**. Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi, 21
- Güleç Cengiz, Köroğlu Ertuğrul, (2007),**Psikiyatri Temel Kitabı**. Hekimler Yayın Birliği., Ankara, S.84-204
- Güney Sevin Seda., (2015), **Sanat Psikoterapileri Derneği Dans/Hareket Psikoterapisti**, RDMP, MA

- Güngörmüş, Hamdi Alper.,(2007), **Bireyleri Rekreatif Egzersize Güdüleyen Faktörler**, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara,
- Güvenç Ceyda, İlnem Cem, Ceylan Emin, Vardar Melek.,(2004),**Östrojen ve Şizofreni**, Düşünen Adam, 17(2):99-104.
- Güz Hatice., (2000),**Şizofreni Ve Cinsiyet: Başlangıç Yaşı ve Sosyodemografik Özellikler**, Klinik Psikiyatri, 3:27-33.
- Hall, R. C. (1995). **Global assessment of functioning: a modified scale**. *Psychosomatics*, 36(3), 267-275.
- Hall, C. M. ve Page, S.J., (2006), **The Geography of Tourism and Recreation: Environment, Place and Space**. (3. Baskı). New York: Routledge.
- Hanna, Judith (2007). "**The Power of Dance: Health and Healing**". *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 1 (4): 323–331
- Hazar, Atilla, (1999), **Turizm İşletmelerinde Animasyon: Rekreatif, Animasyon Teorisi ve Uygulamalı Animasyon Etkinlikleri**, Detay Yayıncılık, Ankara.
- Hazar, Atilla. (2003), **Rekreatif ve Animasyon**, 2. Baskı, Detay Yayınları, Ankara.
- Hefner H, (2003),**Heiden Course And Outcome Of Schizophrenia**. **Blackwell Publishing**, USA. Pp. 101-141
- Hefner H., (2003),**Gender Differences in Schizophrenia**. *Psychoendocrinology*; Suppl 2:17-54
- Hekim, Mesut., (2016),**Çocuklarda beden eğitimi, spor ve oyun etkinliklerine katılımın kemik gelişimi üzerine etkilerinin değerlendirilmesi**, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 5(2): 66-71
- Hennekens CH, Hennekens AR, Hollar D, Casey DE., (2005), **Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease**. *Am Heart J* 2005;150(6):1115-21.
- Hiçyılmaz, Ergün., (1974),**Türk spor tarihi**, Demet Ofset, İstanbul.
- Hill H, Startup M., (2013), **Negative Symptoms and Social Functioning in**

Schizophrenia: The mediating role of self-efficacy. Psychiatry Research, 206:151-157

Huizinga, Johan., (1955), **Homo Ludens, Oyunun Toplumsal İşlevi Üzerine Bir Deneme**, Ayrintı Yayınları, Çev: Mehmet Ali Kılıçay, Eylül.

Işık Erdal., (2006), **Güncel Şizofreni**, 1. Baskı. Ankara, Ankara Tıp Kitapevi, s:18-19

İlban, Mehmet Oğuzhan ve Özcan Koray, (2003), **Demografik Özelliklere Göre Boş Zaman Değerlendirme Tercihlerindeki Farklılaşma Üzerine Bir Araştırma Nevşehir Örneği**. I. Gençlik, Boş Zaman ve Doğa Sporları Sempozyumu, 21-22, Mayıs, Gazi Üniversitesi. Ankara:Türk Hava Kurumu Basımevi.

Jones P, Cannon M.,(1998), **The New Epidemiology of Schizophrenia.** PsychClinicsNorthAm, 21 (1): 1-25

Juniu, A.,(2000), **Downshifting: Regaining the Essence of Leisure**, Journal of Leisure Research, 32(1): 69-73.

Kaba, İsmet Cem.,(2009), **Türkiye'deki Üniversitelerde Kampüs Rekreasyonunun Mevcut Durumu ve Kampüs Rekreasyon Modellemesi**, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Karadağ, A. Aybike, (2002), **Eğirdir İlçesinin Rekreasyon Kaynaklarının Belirlenmesi ve Değerlendirilmesi**, Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Karaküçük Suat, (1997), **Rekreasyon**, 2. Baskı, Seran Ofset, Ankara.

Karaküçük Suat, (1999), **“Rekreasyon, Boş Zaman Değerlendirme”**, Gazi Kitabevi, Ankara

Karaküçük Suat, (2014) , **Terapötik Rekreasyon ve Uzmanlığı(Liderliği). II. Uluslararası Engellilerde Beden Eğitimi ve Spor Kongresi Bildiri Özetleri Kitabı**, 2-4 Mayıs 2014, Batman.

Karaküçük, Suat, (2005), **Rekreasyon: Boş Zamanları Değerlendirme**, Gazi Kitabevi, Beşinci Baskı, Ankara.

- Karaküçük, Suat, (2008), **Rekreasyon**, 6. Baskı, Gazi Kitabevi, Ankara.
- KaraküçükSuat, (1995),**Rekreasyon, Kavram, Kapsam ve Bir Araştırma**, Seren Ofset, Ankara.
- Katırcı, Çağlarımak Uslu, Kaytancı, Özata, Ergeç, (2013),**Spor Ekonomisi**. (Edit: Nilgün Çağlarımak Uslu). Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları, Eskişehir.
- Kılbaş Şükran, (1994), “**Gençlik ve Boş Zaman Değerlendirme**”, Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi, Adana
- Kılbaş, Şükran,(2004),**Rekreasyon**, 3. Baskı, Nobel Yayınları, Ankara.
- Kılıçgil. Ertan., (1985),**Sosyal Çevre-Spor İlişkileri**, Bağiran Yayınevi, Ankara,.
- Kırkoğlu, Savaş. (2004).,**Doğa Eğitimi Programlarının Uygulama Boyutunda Planlama Sürecinin Rolü**, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Bolu
- Kirkpatrick B, Fischer B. (2006), **Subdomains Within The Negative Symptoms Of Schizophrenia: Commentary**. Schizophr Bull 2006;32(2):246-9.
- KisslingWerner, Kane J, Barnes TRE ve ark.(1991) , **Şizofrenide Nöroleptik Nüks Önlenmesi İçin Kurallar :Doğru Bir Uzlaşma Görüntüsü**; 155-163.
- Köktan, Deniz (2010), **Türk Halk Oyunlarında Yarışma Olgusu Ve Yarışma Kriterleri**, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya.
- Köroğlu Ertuğtul, Güleç Cengiz.,(2007), **Şizofreni İçinde. Psikiyatri Temel Kitabı**. 2. Baskı. Ankara: Hyb Basın Yayın;. 184-205.
- Krogh J, Speyer H, Nørgaard HC, Moltke A, Nordentoft M.(2014),**Can Exercise Increase Fitness And Reduce Weight In Patients With Schizophrenia And Depression?** Front Psychiatry 2014;5:89.
- Küçük, Veysel.,& Koç, Harun. (2015). **Psiko-Sosyal Gelişim Süreci İçerisinde İnsan**

Ve Spor İlişkisi.

Kyle, G.T. ve Mowen, A.J., (2003) ,**An Examination of The Relationship Between Leisure Constraints, Involvement and Commitment**, Proceedings of the 2003 Northeastern Recreation Research Symposium, Pennsylvania, USA.

Langviniene, N. (2012)., **The development Of Leisure services industry In The context Of Improvement Of Quality Of Life**, Societal Innovations for Global Growth, 1(1).

Laursen TM, Munk-Olsen T, Gasse C. (2011)., **Chronic Somatic Comorbidity And Excess Mortality Due To Natural Causes In Persons With Schizophrenia Or Bipolar Affective Disorder**. PLoS One. 2011;6(9):e24597.

Mann E, Smith MJ, Hellier J, Balabanovic JA, Hamed H, Grunfeld EA et al., (2012), **Cognitive Behavioural Treatment For Women Who Have Menopausal Symptoms After Breast Cancer Treatment (MENOS 1): A Randomised Controlled Trial**, 13:309–318.

Maslow, Abraham Harold, (1970) , **Motivation and Personality** (2.Ed.), New York: Harper and Row. (Kitabın ilk baskısı 1954 yılında yayınlanmıştır).

McLean, D. D., Hurd, A. R. ve Rogers, N. B. (2008), **Kraus' Recreation and Leisure in Modern Society**, Jones and Bartlett Publishers.

Mersinli Deniz, (2009), **Yerel Yönetimlerde Spora Yönelik Rekreasyon Hizmetleri ve Büyükşehir Belediyelerinin Rekreasyonel Faaliyetleri Olan Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi**, Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Antalya.

Mike Slade, Morven Leese, Sharon Cahill, Graham Thornicroft and Elizabeth Kuipers., (2005) , **Patient-Rated Mental Health Needs And Quality of Life Improvement**, Kuipers The British Journal of Psychiatry., 187:256-261.

Mirzeoğlu Dilşad, Çelebi Müberra, Özbey Selhan, Aşçı Hülya, (2005) , **The Impact of Leisure Time Physical Activities on Social Physique Anxiety and Body Image of**

Turkish Orphan Girls”Poster presented at AAHPERD, April.

Mull R. F., Bayless K. G., Jamieson L. M., (2005)., **Recreational Sport Management**, Human Kinetics, Champaign.

Naoyuki, Komatsu, Mano, Nakamura, Kimura, Harada, Nakamura, Miyauchi, (2003).
An Estimate Of The Economic Size Of The Sports Media Industry in Japan.
11th European Sport Management Congress, Sweden

O’Sullivan E. L. (2006)., **An Introduction to Recreation and Leisure**, Human Kinetics, New York.

Öner, Özgür., Tuğcu ,Handan ,Özsan, Hasan Hüseyin. (2002) **Şizofreni Hastalarında Somatizasyon.** Türkiye Klinikleri J Psychiatry, 3 (1), 1-5.

Öngel, Hasan. Basri. (2001). **Türk Kültür Tarihinde Spor**(Vol. 2564). Kültür Bakanlığı

Özbydar Sabri .(1983)., **İnsan Davranışının Sınırları ve Spor Psikolojisi.** Altın Kitaplar Yayınevi. I. Baskı.

Özçelik Başak.,(2002)., **Süregenpsikotik Bozukluğu Olan Hastaların Tedavi, Bakım Ve Uyum Sorunları Bağlamında Bakırköy Ruh Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi’ndeki Uygulamalar Ve Yaşanan Güçlükler.** Düşünen Adam 2002, 15(2): 85-89

ÖZEN Gökmen., TİMURKAAN Serpil., GÜLLÜ Mehmet., TİMÜRKAAN Salih., MERİÇ Feray., UĞRAŞ Sinan., ÇELİK ÇOBAN Dilek.,(2013)., **Güzel Sanatlar ve Spor Liseleri Eğitsel Oyunlar**, Milli Eğitim Bakanlığı Yayınları, Ders Kitapları Dizisi, Dördüncü Baskı

Özkuş, Metin, (1997), **Çalışma Sosyolojisi**, Süleyman Demirel Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi Sosyoloji Bölümü, 1. Baskı, Isparta.

Öztürk Orhan, Uluşahin Aylin. (2011)., **Ruh Sağlığı ve Bozuklukları I.** 11. Baskı. Ankara Yayın Evi, 242-320 Ankara.

Öztürk Orhan., (2008)., **Ruh Sağlığı ve Bozuklukları**, 11. Baskı. Tuna Matbaacılık, 242-

- Öztürk Savaş., (2010), **Şizofreni Hastalarında Yaşam Kalitesinin; Pozitif Belirtiler, Negatif Belirtiler, Depresyon Ve İlgörü İle İlişkisi**.Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Zonguldak.
- Pallaro, Patrizia (2007-01-15). **Authentic Movement: Moving the Body, Moving the Self, Being Moved: A Collection of Essays - Volume Two**. London: Jessica Kingsley Publishers. p. 33.
- Rabinowitz J, Levine SZ, Garibaldi G, Bugarski-Kirola D, Berardo CG, Kapur S.(2012),**Negative Symptoms Have Greater Impact On Functioning Than Positive Symptoms İn Schizophrenia: analysis of CATIE data**. Schizophr Res 2012;137(1-3):147-50.
- Remington GI, Adams ME (1994),. **Depotneuroleptics. Schizophrenia: ExploringtheSpectrum of Psychosis**, Editedby RJ Ancill, S Holliday, J Higenbotham, New York, Wiley.
- Robertson B, Prestia D. ,(2014),**SocialCompetenceVersusNegativeSymptoms as Predictors of Real WorldSocialFunctioning in Schizophrenia**, 160:136-41
- Robertson, T. ve Long, T. (2007), **Foundations of TherapeuticRecreation**, Human Kinetics.
- Rossmann, J. Robert ve Schlatter B. Elwood, (2000), **Recreation Programming**,United States: Sagamore Publishing.
- Sadock, B. J., (2005), **Kaplan Sadock, Klinik Psikiyatri**. 2. Baskı. Güneş Kitabevi Ltd Şti, Ankara .
- Samancı, Armağan., Ekici, Gıyasettin., (1998),. **Aile Terapisi**. Düşünen Adam, 11(3), 45-51.
- Sayın Aslıhan., (2008),. **DopaminReseptörleri ve Sinyal İletim Özellikleri**. Klinik Psikiyatri 11:125-134
- Schwartz, H. (1992) "**Torque: The new kinaesthetic of the twentieth century**". In

- Crary, J. and S. Kwinter (Ed.) Zone 6: Incorporations. New York: Urzone
- Sevil, Tuba. (2012), **Boş Zaman ve Rekreasyon: Kavram ve Özellikler, Boş Zaman ve Rekreasyon Yönetimi**. Eskişehir: Açıköğretim Fakültesi Yayını No: 1468.
- Sicras-Mainar A, Maurino J, Ruiz-Beato E, Navarro-Artieda R.(2014)., **Prevalence Of Metabolic Syndrome According To The Presence Of Negative Symptoms In Patients With Schizophrenia**. Neuropsychiatr Dis Treat 2014;11:51-7.
- Smale B. (2010). **LeisureandCulture: A Report of theCanadian Index of Wellbeing (CIW)**, Canadian Index of Wellbeing,1- 147.
- Sönmez Sinan, (2009)., **Şizofreni Hastalarında Psikoeğitim Grup Çalışmasının Pozitif ve Negatif Belirtiler, Sağlık, sosyal İşlevsellik, Yeti Yitimi, İlgörü ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkilerinin Araştırılması**. Bakırköy Prof. Dr. Mahzar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi 2. Psikiyatri Birimi, Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- Spiegel, D., Morrow, G. R., Classen, C., Raubertas, R., Stott, P. B., Mudaliar, N., ... & Riggs, G., (1999). **Psycho-Oncology**, 8(6), 482-493.
- Strassel, Juliane; Daniel Cherkin; Lotte Steuten; Karen Sherman; Hubertus Vrijhoef (May–June 2011). "A Systematic Review of the Evidence for the Effectiveness of Dance Therapy". *Alternative Therapies in Health and Medicine*. 17 (3): 53, 50–59
- Sturludóttir K, Gestsdóttir S, Rafnsson RH, Jóhannsson E.(2015)., **The Effects Of Physical Activity Intervention On Symptoms In Schizophrenia, Mental Well-Being And Body Composition In Young Adults**. *Laeknabladid* 2015;101(11):519-24.
- Sunay, Hakan.,& Saracaloğlu, Seda . (2003). **Türk Sporcusunun Spordan Beklentileri İle Spora Yönelten Unsurlar**. *Spormetre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 1(1), 43-48.
- Şahin Mehmet, (2000), **Şizofreni, Klinik Özellikler, Tanı, Ayırıcı Tanı**, *Psikiyatri Dünyası*, 3:72-78

- Şahin Mehmet, (2000),**Şizofreni, Klinik Özellikler, Tanı, Ayırıcı Tanı.** Psikiyatri Dünyası, 3:72-78
- Şahin, Cem. (2005). **Türkiye’de Gençliğin Toplumsal Kimliği ve Popüler Tüketim Kültürü.** Gazi Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 25(2).
- Şenormancı, Ömer., Konkan, Ramazan., & Sungur, Mehmet Zeki. (2010).**İnternet Bağımlılığı Ve Bilişsel Davranışçı Terapisi.**Psychiatry, 11, 261-268.
- Taşkıran Yavuz.,(2015) . **“Performans Sporu Nedir?”** Kocaeli Gazetesi.
- Tatar, Gamze, (2000).,**Turizm ve Rekreasyon Açısından Karadeniz Ereğli Cehennemağzı Mağaralarının Kullanıcı İlişkilerinin Değerlendirilmesi,** İstanbul Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Tezcan Mahmut, (1994) , **Sosyolojik Açıdan Boş Zamanların Değerlendirilmesi,** Ankara.
- Tezcan, Mahmut.(1982).,**Sosyolojik Açıdan Bos Zamanların Değerlendirilmesi.** A.Ü Eğitim Bilimleri Fakültesi Yayın No: 116, Ankara.
- Thongsai S, Gray R, Bressington D. (2016).,**The Physical Health Of People With Schizophrenia İn Asia: Baseline Findings From A Physical Health Check Programme.** J Psychiatr Ment Health Nurs 2016;23(5):255-66.
- Tiryaki Ahmet, (2008).,**Şizofrenide Ruhsal Toplumsal Risk Etmenleri Üzerine Eleştirel Bir Gözden Geçirme.** Klinik Psikiyatri; 11 (Ek.5): 3-8
- Torkildsen G. (2010).,**SportandLeisure Management,** 6th.Edition, Routledge, USA.
- Torkildsen, G. (2005). **LeisureandRecreation Management.** (5th Edition). Routledge. NewYork:Taylorand Francis Group.
- Türkçapar, Mehmet Hakan.,& Sargin, Ahmet Emre. (2012). **Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler: Tarihçe Ve Gelişim.** Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi, 1, 7-14.

- Tüttüncü, Özkan, (2012)., "**Rekreasyon Ve Rekreasyon Terapisinin Yaşam Kalitesindeki Rolü.**" *Anatolia: Turizm Araştırmaları Dergisi* 23.2 (2012): 248-252.
- Uğurlu Alkan, (2005)., **Rekreasyonel Amaçlı Doğa Sporlarının Turizm'de Kullanılması: Antalya Köprülü Kanyon Rafting Uygulaması**, Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Antalya.
- Uykur Burak., (2013), **Şizofreni Hastalarında İhtiyaç Analizi**, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Hafsa Sultan Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Manisa.
- Üçok Alp. (2003)., **Şizofreni Hastası Neden Damgalanır?** Klinik Psikiyatri, ek 1:3-8
- Vakhrusheva J, Marino B, Stroup TS, Kimhy D.(2016)., **Aerobic Exercise in People with Schizophrenia: Neural and Neurocognitive Benefits.** *Curr Behav Neurosci Rep* 2016;3(2):165-175.
- Vancampfort D, De Hert M, Stubbs B, Ward PB, Rosenbaum S, Soundy A, Probst M.(2015)., **Negative Symptoms Are Associated With Lower Autonomous Motivation Towards Physical Activity In People With Schizophrenia.** *Compr Psychiatry* 2015;56:128-32.
- Vancampfort D, Knapen J, Probst M, Scheewe T, Remans S, De Hert M.(2012). **A Systematic Review Of Correlates Of Physical Activity In Patients With Schizophrenia.** *Acta Psychiatr Scand* 2012;125(5):352-62.
- Vancampfort D, Probst M, Scheewe T, Knapen J, De Herdt A, De Hert M.,(2012)., **The Functional Exercise Capacity Is Correlated With Global Functioning In Patients With Schizophrenia.** *Acta Psychiatr Scand* 2012;125(5):382-7
- Vancarolis EM,(1998)., **Schizophrenic Disorders, In: Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing.** Third Edition. W.B.Saunders Company, Philadelphia, p 625–675
- Veal A. J. (1992)., **Definitions of Leisure and Recreation,** *Australian Journal of Leisure and Recreation*, Velligan, Dawn I., et al., 2000, Do

specific neurocognitive deficits predict specific domains of community function in schizophrenia?. The Journal of Nervous and Mental Disease 518-524.

Viguera AC, Baldesarrani RJ, Hegarty JD ve ark., (1997), **Clinical Risk Archives of General Psychiatry**; 54(1):49-95

Wang Chun-Chia (2008), **Leisure participation, Leisure motivation and Life Satisfaction for elders in public senior resident homes in Taiwan**, Unpublished doctoral dissertation, The University of the Incarnate Word, School of Graduate Studies.

Ward, Veda, Young, Lynnette, (1993), **“Retention Strategies for Leisure Studies and Dance Curriculums”**, Journal of Physical Education, Recreation & Dance, 64 (3), March.

Woolfolk, A.E., (1995), **Educational Psychology**, A Simon and Schuster Company, 6th Ed. Allyn & Bacon, USA.

Yamaner, Faruk, (2001), **Beden Eğitimi ve Sporda Temel İlkeler**, Ekin Kitabevi, Bursa

Yamaner, Faruk., ve Kartal, Alpaslan. (2001), **İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Beden Eğitimi ve Spor Bölümü Öğrencilerinin Serbest Zaman Faaliyetlerinin Değerlendirilmesi**, Journal of Physical Education and Sport Sciences, 1(4).

Yanık Medaim. (2007), **Türkiye Ruh Sağlığı Sistemi Üzerine Değerlendirme Ve Öneriler, Ruh Sağlığı Eylem Planı Önerisi**. Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar; (özel sayı):16-20

Yavaşçı Öztepe Ebru, Akkaya Cengiz. (2012), **Şizofrenide Serotonin Rolü**. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 4(2):237-259.

Yavuz Ruhi., (2008), **İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi No:62** Mart 2008 S:49-58

Yazıcı, Mahmut, (1998), **Üniversite Öğrencilerinin Boş Zamanlarını Değerlendirme Anlayış ve Alışkanlıkları Üzerine Karşılaştırmalı Bir Araştırma**, Marmara

Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Basılmamış Yüksek Lisans Tezi ,İstanbul.

Yetim, Azmi, & Şenel, Ömer. (2001). **Türkiye’de Spor Yöneticisi Yetiştirme Faaliyetlerinin Görünümü**. Milli Eğitim Dergisi, 150, 18-19.

Yıldız Mustafa. (2009).,**Şizofreni Ruhsal Ve Toplumsal Tedavi Girişimleri**. İçinde: Ceylan E, Çetin M, Editörler. Şizofreni. 4 Baskı. İstanbul: İncekaraKağıt Matbaası; 2009.1403-1413.

Yüncü, Deniz, (2013).,**Rekreasyon Yönetimi**, 1. Baskı, Anadolu Üniversitesi Yayını No:2855, Eskişehir.

EKLER

Ek-1: Pozitif Semptomları Değerlendirme Ölçeği (SAPS)

0=Yok 3=Orta	1=Şüpheli 4=Belirgin	2=Hafif 5= Şiddetli	0	1	2	3	4	5						
VARSANI														
1- İşitsel varsanılar.									0	1	2	3	4	5
2-Yorum yapan sesler.									0	1	2	3	4	5
3-Aralarında konuşan sesler.									0	1	2	3	4	5
4-Somatik ya da dokunsal varsanılar.									0	1	2	3	4	5
5-Koku varsanıları.									0	1	2	3	4	5
6-Görsel varsanılar.									0	1	2	3	4	5
7-Global olarak varsanılar.									0	1	2	3	4	5
SANRILAR														
8-Kötülük görme sanrıları.									0	1	2	3	4	5
9-Kıskançlık sanrıları.									0	1	2	3	4	5
10-Suçluluk sanrıları.									0	1	2	3	4	5
11- Büyüklük sanrıları.									0	1	2	3	4	5
12-Dinsel sanrılar.									0	1	2	3	4	5
13- Somatik sanrılar.									0	1	2	3	4	5
14i. Referans sanrıları.									0	1	2	3	4	5
15- Kontrol edilme sanrıları.									0	1	2	3	4	5
16-Düşünce okunması sanrıları									0	1	2	3	4	5
17-Düşünce yayınlanması.									0	1	2	3	4	5
18-Düşünce sokulması.									0	1	2	3	4	5
19-Düşünce çekilmesi									0	1	2	3	4	5
20- Global olarak sanrılar.									0	1	2	3	4	5
GARİP DAVRANIŞ														
21- Giyim ve görünüm									0	1	2	3	4	5
22-Toplumsal ve cinsel davranış									0	1	2	3	4	5
23-Saldırgan ve taşkın davranış									0	1	2	3	4	5
24-Yineleyici ya da stereotipik davranış									0	1	2	3	4	5
25-Global olarak garip davranış									0	1	2	3	4	5
POZİTİF YAPISAL DÜŞÜNCE BOZUKLUĞU														
26- Raydan çıkma									0	1	2	3	4	5
27- Teğetsellik									0	1	2	3	4	5
28- Enkoherans									0	1	2	3	4	5
29- Mantıksızlık									0	1	2	3	4	5
30- Çevresel konuşma									0	1	2	3	4	5

31- Baskılı konuşma	0	1	2	3	4	5
32- Çelinebilir konuşma	0	1	2	3	4	5
33- Klang çağrışım	0	1	2	3	4	5
34- Global olarak yapısal düşünce bozukluğu	0	1	2	3	4	5



Ek-2: Negatif Semptomları Değerlendirme Ölçeği (SANS)

0=Yok 3=Orta	1=Şüpheli 4=Belirgin	2=Hafif 5= Şiddetli	0	1	2	3	4	5
DUYGULANIMDA DÜZLEŞME YA DA KÜNTLEŞME								
1-Değişmeyen yüz ifadesi			0	1	2	3	4	5
2-Kendiliğinden hareketlerde azalma.			0	1	2	3	4	5
3-Jestlerde azalma.			0	1	2	3	4	5
4-Zayıf göz ilişkisi.			0	1	2	3	4	5
5-Duygusal tepkisizlik.			0	1	2	3	4	5
6-Sesle vurgulamada yetersizlik.			0	1	2	3	4	5
7- Uygunsuz duygulanım			0	1	2	3	4	5
8- Duygulanımda düzleşmenin global değerlendirmesi			0	1	2	3	4	5
ALOJİ								
9-Konuşmanın yoksulluğu.			0	1	2	3	4	5
10-Konuşma içeriğinin yoksulluğu.			0	1	2	3	4	5
11-Bloklar			0	1	2	3	4	5
12-Yanıttan önce bekleme süresinin uzaması.			0	1	2	3	4	5
13-Alogiyanın global değerlendirilmesi.			0	1	2	3	4	5
ENERJİ VE İSTEĞİN AZALMASI								
14-Kendine bakım ve temizlik.			0	1	2	3	4	5
15-İş ya da okulda sebatsızlık.			0	1	2	3	4	5
16-Fizik enerjinin azalması.			0	1	2	3	4	5
17- Enerji ve isteğin azalmasının global değerlendirilmesi.			0	1	2	3	4	5
ZEVK ALMAMA VE TOPLUMSAL ÇEKİLME								
18-Eğlenceye yönelik ilgi ve etkinlikler.			0	1	2	3	4	5
19-Cinsel etkinlik			0	1	2	3	4	5
20- Yakınlık duygusu ve yakınlıkta yetersizlik.			0	1	2	3	4	5
21-Arkadaş ve akranlar ile ilişkiler.			0	1	2	3	4	5
22-Zevk almama ve toplumsal çekilmenin global değerlendirilmesi.			0	1	2	3	4	5
DİKKAT								
23-Sosyal dikkatsizlik			0	1	2	3	4	5
24-Mental durum değerlendirilmesi sırasında dikkatsizlik.			0	1	2	3	4	5
25- Dikkatin global olarak değerlendirilmesi.			0	1	2	3	4	5

Ek-3: Klinik Global İzlenim Ölçeği (CGI)

HASTALIK ŞİDDETİ

Bu hasta grubu ile olan klinik deneyimlerinize dayanarak, sizce bu kişi ne kadar hasta?

1. Normal, hasta değil
2. Hastalık sınırında
3. Hafif düzeyde hasta
4. Orta düzeyde hasta
5. Belirgin düzeyde hasta
6. Ağır hasta
7. Çok ağır hasta

DÜZELME

Hastanın ilk değerlendirildiğindeki durumunu düşünürseniz, sizce bu hasta ne kadar değişti?

1. Çok düzeldi
2. Oldukça düzeldi
3. Biraz düzeldi
4. Hiç değişiklik yok
5. Biraz kötüleşti
6. Oldukça kötüleşti
7. Çok kötüleşti

YAN ETKİ ŞİDDETİ

Bu maddeyi sadece ilaç etkisini göz önüne alarak değerlendiriniz. Yan etkiyi en iyi ifade eden seçeneği işaretleyiniz.

1. Hiç yok
2. Hastanın işlevselliğini önemli derecede etkilemiyor
3. Hastanın işlevselliğini önemli derecede etkiliyor
4. Terapotik etkinin yararlarını göz ardı ettirecek düzeyde etkiliyor

Ek-4: İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi Ölçeği (GAF)

Mental sağlık-hastalığın varsayımsal sürekliliği üzerinde psikolojik, toplumsal ve mesleki işlevselliği göz önünde bulundurunuz. Fiziksel kısıtlamalara bağlı işlevsellik bozulmalarını bu kapsam içinde değerlendirmeyiniz.

Kod	(Not: Uygun düştüğünde ara kodları da kullanınız, örn. 45, 68, 72.)
91-100	Çok çeşitli etkinlik alanlarında üst düzeyde işlevsellik, yaşam sorunları hiçbir zaman denetim dışı kalmıyor gibi görünmektedir, birçok olumlu niteliği olduğu için başkalarınca aranan biridir. Herhangi bir semptomu yoktur.
81-90	Hiç belirti olmaması ya da çok az belirti olması (örn. sınavdan önce hafif bir anksiyete duyma), tüm alanlarda işlevselliğin iyi olması , çok çeşitli etkinliklerle ilgilenme ve bunlara katılma, toplumsal yönden etkindir, genellikle yaşamı doyumludur, günlük sorunlar ya da kaygılardan öte sorun ya da kaygıların olmaması (örn. aile bireyleriyle ara sıra olan tartışmalar).
71-80	Semptomlar varsa bile bunlar gelip geçicidir ve psikososyal stres kaynaklarına verilen beklenir tepkilerdir (örn. aile tartışmasından sonra düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırmada zorluk çekme); toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte hafif bir bozulma olmasından daha ileri bir durum yoktur (örn. geçici olarak okulda geri kalma)
61-70	Birtakım hafif semptomlar (örn. depresif duygudurum ve hafif insomnia) YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte birtakım zorlukların olması (örn. ara sıra okuldan kaçmalar ya da ev içinde hırsızlık yapma), ancak genelde oldukça iyi bir biçimde işlevselliğini sürdürür, anlamlı kişiler arası ilişkileri vardır.
51-60	Orta derecede semptomlar (örn. donuk duygulanım ve çevresel konuşma, ara sıra gelen panik atakları) YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte orta derecede bir zorluğu vardır (örn. az sayıda arkadaşı vardır, çalışma arkadaşları ile çatışmaları vardır).
41-50	Ağır semptomlar (örn. intihar düşünceleri, ağır obsesyonel törensel davranışlar, sık sık mağazalardan mal çalma) YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte ciddi bir bozukluk vardır (örn. hiç arkadaşı yoktur, işini koruyamaz).
31-40	Gerçeği değerlendirmede ya da iletişimde bazı bozukluklar vardır (örn. konuşması kimi zaman mantıkdışı, çapraşık ya da konuşulan konuyla ilgisizdir) YA DA iş/okul, aile ilişkileri, yargılama, düşünme ya da duygudurum gibi birçok alanda temel birtakım bozukluklar vardır (örn. depresif bir kişi arkadaşlarından kaçır, ailesini ihmal eder ve çalışamaz; çocuk yaşta olan bir kişi kendinden daha küçükleri döver, evde hep karşı gelir ve okulda başarısızdır).
21-30	Davranışları hezeyanlar ve varsanıllardan oldukça etkilenir YA DA iletişim ya da yargıda ciddi bir bozukluk vardır (örn. bazen enkoherandır, ileri derecede uygunsuz bir biçimde davranır, intihar düşünceleriyle uğraşır durur) YA DA hemen tüm alanlarda işlevselliği kötüdür (örn. bütün gün yataktan çıkmaz; işi, evi ya da arkadaşları yoktur).
11--20	Kendisini ya da başkalarını yaralayacak olma tehlikesi zaman zaman vardır (örn. açıkça ölüm beklentisi olmadan intihar girişimleri; sıklıkla şiddete başvurur; manik eksitasyon) YA DA ara sıra kişisel bakımın en temel gereklerini bile yerine getiremez (örn. dışkı sürer) YA DA iletişimde ileri derecede bir bozukluk vardır (örn. ileri derecede enkoherandır ya da mutizm içindedir).
1--10	Kendisini ya da başkalarını ağır bir biçimde yaralayacak olma tehlikesi sürekli vardır (örn. yineleyen şiddet gösterileri) YA DA kişisel bakımın en temel gereklerini sürekli olarak yerine getiremez YA DA açıkça ölüm beklentisi içinde ciddi intihar eylemi.
0	Bilgi yetersiz

Ek-5: Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu


KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Şizofreni hastalarında rekreasyon aktivitesinin etkinliği
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Hitit Üniversitesi Tıp Fakóltesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Hitit Üniversitesi Tıp Fakóltesi Dekanlığı Fen Edebiyat Yerleşkesi Uluçavak Mahallesi Çiftlik Çayırı Cad. No:45 Kat 1 19040 Merkez Çorum
	TELEFON	0364 2230800/ 5027
	FAKS	0364 222 11 02
	E-POSTA	etikkurultip@hitit.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATOR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd. Doç. Dr. Memmet Emre KARADERE			
	KOORDİNATOR/SORUMLU ARAŐTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları			
	KOORDİNATOR/SORUMLU ARAŐTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Hitit Üniversitesi			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	-			
	DESTEKLEYİCİ	BAŐ			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>			
Tabii cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>			
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
İlaç dıŐa klinik araştırma	<input type="checkbox"/>				
Diğer ise belirtiniz					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ	<input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ	<input type="checkbox"/>	
	ULUŐAL	<input type="checkbox"/>	ULUŐLARARASI	<input type="checkbox"/>	

BELGE RLEN DİRİL EN BELGE BELGE EDİR	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Betül BOZKURT
İmza: 

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.



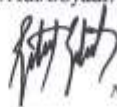
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Şizofreni hastalarında rekreasyon aktivitesinin etkinliği		
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU				
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU	Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ	Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>		
DİĞER:	<input type="checkbox"/>			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2017-45	Tarih: 06.06.2017		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmacı/çalışmanın gereği, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmacı/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Betül BOZKURT

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Sınıflama		Araştırma ile İlgili		Katılım *	İmza
			E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Betül BOZKURT	GENEL CERRAHI	Hittit Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Yrd. Doç. Dr. İsmail Çağatay CAĞLAR	GÖZ HASTALIKLARI	Hittit Ü.T.F.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Yusuf KARAVELİOĞLU	KARDİYOLOJİ	Hittit Ü.T.F.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Yrd. Doç. Dr. Kürşat DERİCİ	FARMAKOLOJİ	Hittit Ü.T.F.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Yrd. Doç. Dr. Sertaç ARSLAN	GÖĞÜS HASTALIKLARI	Hittit Ü.T.F.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Yrd. Doç. Dr. Ece Yazla ASAPOV	RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI	Hittit Ü.T.F.	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Yrd. Doç. Dr. İbrahim Tayfun ŞAHİNER	GENEL CERRAHI	Hittit Ü.T.F.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Yrd. Doç. Dr. Güven GÜNEY	TIBBİ PATOLOJİ	Hittit Ü.T.F.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Yrd. Doç. Dr. Ferit Kerim KÜÇÜKLER	ENDOKRİNOLOJİ VE METABOLİZMA HASTALIKLARI	Hittit Ü.T.F.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Yrd. Doç. Dr. Adnan YALÇINKAYA	KALP DAMAR CERRAHİSİ	Hittit Ü.T.F.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Yrd. Doç. Dr. Havva Nur PELTEK KENDİRCİ	ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI	Hittit Ü.T.F.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Yrd. Doç. Dr. Özlem TERZİ	HALK SAĞLIĞI	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Hukukî Mv. Avukat Gülhan DURMUŞBAŞ	HUKUK	Hittit Üniversitesi Rektörlüğü	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Betül BOZKURT
İmza:




Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

05 Nisan 2018



KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Şizofreni hastalarında rekreasyon aktivitesinin etkinliği							
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU									
Biyomedikal Müh. Onur OKUR	BIYOMEDİKAL	S.B. Çorum Eğitim Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Arif TEKÇAM	SAĞLIK MENSUBU OLMAYAN ÜYE	Tekçamlar Yapı Ltd. Şti.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Betül BOZKURT
İmza:



Not: Etik kurul başkanı, imzatasın yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

05 Nisan 2018



Ek-6: İntihal Raporu

REKREASYONEL AKTİVİTELERİN ŞİZOFREN HASTALARI ÜZERİNE ETKİSİNİN ARAŞTIRILMASI

ORJİNALLIK RAPORU

%26 BENZERLİK ENDEKSİ	%20 İNTERNET KAYNAKLARI	%7 YAYINLAR	%13 ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ
---------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--------------------------------

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to Ondokuz Mayıs Üniversitesi Öğrenci Ödevi	%1
2	polen.itu.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
3	Submitted to Türkiye ve Orta Doğu Amme İdaresi Enstitüsü Öğrenci Ödevi	%1
4	Submitted to Gaziantep Aniversitesi Öğrenci Ödevi	%1
5	Submitted to Dumlupınar University Öğrenci Ödevi	%1
6	cinarpsikoloji.com İnternet Kaynağı	%1
7	www.sorutest.net İnternet Kaynağı	%1
8	www.istanbulsaglik.gov.tr İnternet Kaynağı	%1

Prof. Dr. Fahir YAVUZER

Hu7

