

T.C.  
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ŞİZOFRENİ TANILI BİREYLERİN BİLİNÇLİ FARKINDALIK  
DÜZEYLERİ İLE KENDİLİK ALGISI VE BEDEN İMAJI İLİŞKİSİNİN  
İNCELENMESİ**

Erg. Büşra YUVALI

Ergoterapi Programı  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

ANKARA

2021



T.C.  
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ŞİZOFRENİ TANILI BİREYLERİN BİLİNÇLİ FARKINDALIK  
DÜZEYLERİ İLE KENDİLİK ALGISI VE BEDEN İMAJI İLİŞKİSİNİN  
İNCELENMESİ**

Erg. Büşra YUVALI

Ergoterapi Programı  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI  
Dr. Öğr. Üyesi Onur ALTUNTAŞ

ANKARA

2021

**ONAY SAYFASI**

iii

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ŞİZOFRENİ TANILI BİREYLERİN BİLİNÇLİ FARKINDALIK DÜZEYLERİ İLE KENDİLİK ALGISI VE  
BEDEN İMARİ İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

Öğrenci: Erg. Bübra YUVALI

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Onur ALTUNTAŞ

İkinci Danışman: -

Bu tez çalışması 07.07.2021 tarihinde jürimiz tarafından "Ergoterapi Programı" nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

**Jüri Başkanı:** Doç. Dr. Meral HURİ  
(Hacettepe Üniversitesi)

**Üye:** Dr. Öğr. Üyesi Onur ALTUNTAŞ (Tez Danışmanı)  
(Hacettepe Üniversitesi)

**Üye:** Dr. Öğr. Üyesi Ercan TURAL  
(Ondokuz Mayıs Üniversitesi)

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

25 İmza Jüri

Prof. Dr. Diclehan Orhan  
Enstitü Müdürü

## YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan **“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”** kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. <sup>(1)</sup>
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren ... ay ertelenmiştir. <sup>(2)</sup>
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. <sup>(3)</sup>

07.07.2021

Erg. Büşra YUVALI

.....

<sup>1</sup>“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”

Madde 6. 1. Lisansüstü tezle ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez **danışmanının** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu** iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.

Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internette paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez **danışmanının** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulunun** gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.

Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, **tezin yapıldığı kurum** tarafından verilir \*. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, **ilgili kurum ve kuruluşun önerisi** ile **enstitü** veya **fakültenin** uygun görüşü üzerine **üniversite yönetim kurulu** tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.

Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir

\* Tez **danışmanının** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu tarafından** karar verilir.

## ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında zgn olduğunu, Dr. Öğr. Üyesi Onur ALTUNTAŞ danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

Erg. Büşra YUVALI

## TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın kaleme alınması sürecinde şüphesiz ki yakın çevrem, hocalarımla, arkadaşlarımla ve dahası birçok kişinin destekleri söz konusudur.

Öncelikle tez danışmanlığımla yürüten Dr. Öğr. Üyesi Onur ALTUNTAŞ'a kıymetli bilgi ve birikimleriyle destek olmanın ötesinde ilgi ve güler yüzüyle de her zaman yanımda olmasından dolayı müteşekkirim.

Psikiyatri alanına dair ilgimin oluşmasında ve tecrübe kazanmamda katkıları bulunan Prof. Dr. Esra AKI'ya teşekkür ederim.

Öğrenim hayatım boyunca bizlere her zaman destekleriyle hoca olmanın ötesinde yol arkadaşı olan Hacettepe Üniversitesi Ergoterapi Bölümündeki değerli hocalarıma şükranlarımı sunarım.

Tez yazım sürecinde sundukları katkılarla yanımda olan kıymetli arkadaşlarımla Erg. Sezen TURUNÇ, Erg. Büşra YILDIZ, Nazlı ORHAN, Şuheda KELEŞ ve Doğan ALAY'a teşekkür ederim.

İnanđım yolda çabalamaı öğreten ve fedakarlıklarıyla her daim yanımda olan aileme ve hususen anneme müteşekkirim.

Tüm güzellikleri ve zorlukları benimle birlikte tecrübe eden, başarı ve sevincimin kaynağı sevgili eşim Burak Yuvalı'ya teşekkür ederim.

## ÖZET

**Yuvalı B., Şizofreni Tanılı Bireylerin Bilinçli Farkındalık Düzeyleri ile Kendilik Algısı ve Beden İmajı İlişkisinin İncelenmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ergoterapi Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2021.** Bu çalışma şizofreni tanılı bireylerin, bilinçli farkındalık düzeyi ile beden imajı ve kendilik algısı arasındaki ilişkiyi araştırmak için planlandı. Çalışmaya 18-65 yaş aralığında toplum ruh sağlığı merkezine kayıt olan 114 şizofreni tanılı birey katıldı. Bireylerin bilinçli farkındalık düzeyini değerlendirmek için Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BİFÖ); beden ağırlığı, imajı ve kendilik algısını değerlendirmek için Beden Ağırlığı, İmajı ve Kendilik Saygısı Ölçeği (B-WISE) kullanıldı. Sonuç olarak şizofreni tanılı bireylerin bilinçli farkındalık düzeyi ile beden imajı ve kendilik algısı arasında orta düzeyde pozitif yönde ilişki ( $r=0.400$ ,  $p=0.001$ ) bulundu. Bilinçli Farkındalık ve B-WISE kategorileri arasında belirlenen anlamlılığın kaynağını tespit etmek amacıyla düşük, orta ve yüksek psikososyal uyum şeklinde sınıflandırılan B-WISE alt kategorileri arasında ikili korelasyona bakıldı. Bu anlamlılık ilişkisinin kaynağının yüksek psikososyal uyumlu bireylerden olduğu anlaşıldı ( $p<0,05$ ). Şizofreni tanılı bireylerin bilinçli farkındalık düzeyi ile beden kitle indeksi arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı ( $p>0,05$ ). Şizofreni tanılı bireylere yönelik gerçekleştirilecek bilinçli farkındalık, beden imajı ve kendilik algısı temelli yaklaşımların kişi merkezli ve bütüncül olan ergoterapi müdahale programlarına dahil edilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir. Şizofreni tanılı bireylerde bilinçli farkındalık temelli yaklaşımların etkilerinin ele alındığı ileri çalışmalar yapılması faydalı olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** şizofreni; bilinçli farkındalık; beden imajı; kendilik algısı.



## ABSTRACT

**Yuvalı B., An Investigation of the Relationship between Mindfulness Levels and Self-Perception and Body Image of Individuals Diagnosed with Schizophrenia, Hacettepe University Graduate School of Health Sciences, Occupational Therapy Program Master Thesis, Ankara, 2021.**

This research study aimed to investigate the relationship between mindfulness and self-perception and body image of individuals with schizophrenia. 114 people with schizophrenia who were registered to the community mental health center between 18-65 age participated in the study. Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) was used to assess the level of mindfulness of individuals. Body Weight, Image, and Self-Esteem Scale (B-WISE) was used to assess body weight, image, and self-perception. In conclusion, a mid-level positive correlation ( $r=0.400$ ,  $p=0.001$ ) was found between the level of mindfulness and body image and self-perception of individuals with schizophrenia. In order to determine the reason for the revealed significance between Mindfulness and B-WISE categories, bilateral correlations were examined between B-WISE subcategories classified as mild, moderate, and severe psychosocial adjustment. It made sense that the reason for this revealed significance was from individuals with severe psychosocial adjustment ( $p<0.05$ ). There was no significant relationship between the level of mindfulness and body mass index of individuals diagnosed with schizophrenia ( $p>0.05$ ).

It is under consideration to be substantial that include mindfulness, body image and self-perception based approaches to be carried out for individuals with schizophrenia in person-centered and holistic occupational therapy intervention programs. It would be beneficial to carry out further studies on the effects of mindfulness-based approaches in individuals with schizophrenia.

**Keywords:** schizophrenia; mindfulness; body image; self perception.

## İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR	xi
ŞEKİLLER	xii
TABLolar	xiii
<b>1. GİRİŞ</b>	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER</b>	<b>3</b>
2.1. Şizofreni	3
2.1.1. Tanımı ve Tarihçesi	3
2.1.2. Genel Klinik Özellikler ve Bulguları	6
2.1.3. Şizofreninin Epidemiyolojisi	7
2.1.4. Şizofreninin Etiyolojisi	8
2.1.5. Şizofreninin Tedavisi	8
2.2. Bilinçli Farkındalık	8
2.2.1. Tanım ve Tarihçe	8
2.2.2. Şizofrenide Bilinçli Farkındalık	9
2.3. Beden Ağırlığı, Beden İmajı ve Kendilik Algısı	11
2.3.1. Tanım ve Tarihçe	11
2.3.2. Şizofrenide Beden Ağırlığı, Beden İmajı ve Kendilik Algısı	12
2.4. Bilinçli Farkındalık, Beden İmajı ve Kendilik Algısında Ergoterapinin Rolü	14
2.4.1. Bilinçli Farkındalık ve Ergoterapi	14

2.4.2. Beden Ağırlığı, Beden İmajı, Kendilik Algısı ve Ergoterapi	17
<b>3. BİREYLER VE YÖNTEM</b>	<b>19</b>
3.1. Bireyler	19
3.2. Yöntem	21
3.3. Değerlendirmeler	21
3.4. Verilerin İstatistiksel Analizi	22
<b>4. BULGULAR</b>	<b>24</b>
4.1. Sosyodemografik Bulgular	24
4.2. Bilinçli Farkındalık ve B-WISE ile ilgili bulgular	25
4.3. Bilinçli Farkındalık ile B-WISE Toplam Puanları Arasındaki İlişki	25
4.4. B-WISE Alt Kategorilerine göre Bilinçli Farkındalık Toplam Puan Dağılımları	26
4.5. B-WISE Alt Kategorilerinin İkili Korelasyon Bulguları	27
4.6. Beden Kitle İndeksine göre B-WISE Toplam Puan Dağılımları	27
<b>5. TARTIŞMA</b>	<b>29</b>
<b>6. SONUÇ ve ÖNERİLER</b>	<b>36</b>
<b>7. KAYNAKLAR</b>	<b>38</b>
<b>8. EKLER</b>	<b>44</b>
EK -1. Etik Kurul İzni	
EK -2. İl Sağlık Müdürlüğü İzni	
EK -3. Aydınlatılmış Onam Formu	
EK -4. Sosyodemografik Veri Formu	
EK -5. Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BİFÖ)	
EK -6. B-WISE Ölçeği	
EK -7. Dijital Makbuz	
EK -8. Orijinallik Raporu	
<b>9.ÖZGEÇMİŞ</b>	<b>52</b>

## SİMGELER VE KISALTMALAR

<b>BİFÖ</b>	: Bilinçli Farkındalık Ölçeği
<b>B-WISE</b>	: Beden Ağırlığı, İmajı ve Kendilik Saygısı
<b>Min</b>	: Minimum
<b>Max</b>	: Maksimum
<b>n</b>	: Birey Sayısı
<b>Ort</b>	: Ortalama
<b>P</b>	: İstatistiksel anlamlılık düzeyi
<b>r</b>	: Korelasyon Kat Sayısı
<b>SPSS</b>	: Statistical Package for the Social Science
<b>SS</b>	: Standart Sapma
<b>%</b>	: Yüzde

**ŞEKİLLER**

<b>Şekil</b>	<b>Sayfa</b>
3.1. Çalışma akış şeması	20

**TABLULAR**

<b>Tablo</b>	<b>Sayfa</b>
<b>2.1.</b> Şizofreni tanılı bireylerde görülen semptomlar.	4
<b>2.2.</b> DSM-V şizofreni tanı kriterleri.	5
<b>4.1.</b> Katılımcılara ait demografik bulgular.	23
<b>4.2.</b> Bilinçli farkındalık ve B-WISE ile ilgili bulgular.	24
<b>4.3.</b> Bilinçli farkındalık ve B-WISE toplam puanları arasındaki ilişki.	25
<b>4.4.</b> B-WISE alt kategorilerine göre bilinçli farkındalık puan dağılımları.	25
<b>4.5.</b> B-WISE alt kategorilerinin ikili korelasyon bulguları.	26
<b>4.6.</b> Beden kitle indeksi kategorilerine göre B-WISE puan dağılımları.	27

## 1.GİRİŞ

Günlük yaşamda kendine bakım, üretkenlik ve serbest zaman oküpyasyon alanlarında pek çok uyarıcı ile karşılaşmaktadır. Çoğu zaman farkında olmadan alınan bu uyarıcılar bir süre sonra bireyleri otomatik davranışlara yönelterek yaşam kalitesini ciddi düzeyde etkilemektedir (1). Her bireyin oküpyasyonel katılım sürecine verdiği tepki ve yaşadığı deneyimler farklılık teşkil eder(2). Bireyin mevcut oküpyasyonlarını bilinçli farkındalık ile gerçekleştirmenin sağlık ve refah düzeyi üzerinde olumlu etkisinin olduğu belirtilmektedir (3).

Bilinçli farkındalık temelli yaklaşımların psikotik bozukluğu olan bireylerde de iyileştirici etkisinin olduğu dile getirilir (4). Bu alana ilişkin literatür incelendiğinde şizofreni tanılı bireylerin rehabilitasyon programlarına bilinçli farkındalığın dahil edilmesi aracılığıyla yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkiye sahip olduğu görülmektedir (5, 6) . Bilinçli farkındalığın şizofreni tanılı bireylerin motivasyonu, işlevsiz davranışları ve duyguları üzerinde olumlu etkisinin olduğu aktarılmaktadır (7). Şizofreni tanılı bireylerin yaşamlarını ciddi şekilde etkileyen pozitif ve negatif belirtileri üzerinde olumlu etkisi görülmektedir. Özellikle avolasyon ve anhedoni gibi negatif belirtiler üzerindeki etkisi daha fazla görülmektedir(8, 9). Bu durum şizofreni tanılı bireyler bakımından bilinçli farkındalığın önemini ve gerekliliğinin altını çizmektedir.

Toplum tarafından kabul gören ideal beden algısı, bireylerde baskı aracına dönüşerek negatif beden imajına neden olmaktadır (10). Toplumun genelinde beden imajıyla ilgili problemlerin pek çok olumsuz sonuca yol açtığı rastlanmaktadır. İncelenen çalışmalarda negatif beden imajına sahip bireylerin olumsuz düşüncelere karşı daha fazla tepki gösterdiği ve ruminatif düşüncelere sahip olduğu görülmektedir (11, 12). Şizofreni tanılı bireylerin de günlük yaşamdan uzaklaşmasını etkileyen faktörler arasında negatif beden imajı ve ilişkili düşük psikososyal uyum olduğuyla karşılaşmaktadır . Bireyin yaşamını değiştirme gücüne sahip, çok yönlü bir yapı olan beden imajı kendiliğinden dışı vurumdur. Bireyin beden imajını iyileştirmeye yönelik çabaları tam bir iyilik halini oluşturmaktadır (13, 14). Bu

sebeple yapılan çalışmalarda pozitif beden imajını geliştirmeyi hedefleyen programların yer almasının önemli olduğu dile getirilmektedir.

Beden imajını iyileştirmede bilinçli farkındalığın etkisini ele alan çalışmalarda yüksek bilinçli farkındalığı olan bireylerin daha az olumsuz beden imajına sahip olduklarına rastlanmaktadır. Bilinçli farkındalığın son zamanlarda psikiyatri alanında farklı popülasyonlarda incelenmesi sayesinde bu yaklaşımların şizofreni tanılı bireylerde de etkilerinin araştırılmasının klinik açıdan önemli olacağına yönelik kanıtlar bulunmaktadır (7, 15). Literatürde bilinçli farkındalık ile beden imajı arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar yer alsa da özellikle mental hastalıklar içerisinde önemli bir oranda bulunan pozitif ve negatif belirtiler doğrultusunda bedenle ilgili problemlere sahip şizofreni tanılı bireyleri araştıran herhangi bir çalışmayla karşılaşılmamıştır. Bu bilgiler ışığında araştırmanın amacı, şizofreni tanılı bireylerin bilinçli farkındalık düzeyinin beden imajı ve kendilik algısı ile ilişkisinin incelenmesi olarak belirlenmiştir. Bu doğrultuda belirlenen hipotezimiz aşağıdaki gibidir:

H<sub>0</sub>: Şizofreni tanılı bireylerin bilinçli farkındalık düzeyi ile beden imajı ve kendilik algısı arasında ilişki yoktur.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Şizofreni

#### 2.1.1. Tanımı ve Tarihçesi

Şizofreni; düşünce kalıpları, duygular, davranışlar ve dış dünyayı gözlemelemler yollarındaki değişiklikleri içeren bir dizi ilişkili psikotik bozukluk olarak tanımlanır (16). Şizofreni aynı zamanda düşünceye, konuşmaya ve davranışa zarar vererek ciddi zihinsel rahatsızlıklara neden olmasından dolayı zihnin kendisiyle çeliştiği bir durum olarak da tanımlanabilmektedir. Bundan kaynaklı olarak şizofreni; düşünme, algılama, duygular, dil, kendilik algısı ve davranışta meydana gelen ciddi bozukluklar ile karakterize edilebilmektedir (17, 18).

Şizofreniye dair ilk kapsamlı açıklamalar 18. yüzyılın başlarına kadar uzanmaktadır. "Demans praecox" terimi ilk kez Fransız psikiyatrist Benedict Morel (1809-1873) tarafından kullanılmıştır. Bu terim gençleri etkileyen ve hızla zihinsel bozulmaya neden olarak bilinmeyen bir zihinsel bozukluk şeklinde ifade edilmiştir. Modern anlamda şizofreni kavramı ilk olarak Alman psikiyatrist Emil Kraepelin tarafından 20. yüzyılın başında kayıtlara geçmiştir (19). 1911'de İsviçreli psikiyatrist Eugen Bleuler tarafından şizofreni terimi Kraepelin'in sunduğu nöropatolojik terimlerin aksine psikolojik olarak açıklanmaktadır. Bleuler'e göre ise; ambivalans, düşünce ve konuşmalarda düzensizlik, anormal duygulanım ve gerçeklikten uzak olma gibi durumlar temel semptomlar; sanrı ve halüsinasyon ise ikincil semptomlar arasında yer almaktadır. Bleuler'in *Dementia Praecox veya Group of Schizophrenias* adlı kitaplarında Adolf Meyer'in çalışmalarının etkisi görülmektedir (20, 21). Meyer'in demans praecox teriminin tanınması ve yaygınlaşmasında önemli bir role sahip olduğu vurgulanmaktadır. İlk şizofreni tanısı alan hastanın takibi 1913 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) başlamıştır.

Günümüzde şizofreni kavramının tanımlarında önemli değişiklikler olduğu görülmektedir (20, 22). Çok sayıda semptomu bulunan karmaşık bir hastalık olan şizofreni nispeten belirtiler ve semptomların ortaya çıkmasıyla kolaylıkla

tanımlanabilmektedir. Şizofreni semptomları temel olarak pozitif, negatif ve bilişsel semptom kümeleri halinde üç kategoride sınıflandırılmaktadır (Tablo 2.1). Bireyin bu semptomlardan birine sahip olması şizofreni tanısı alması için yeterlidir (23). Hastalığın teşhisi için gerekli olan kriterler Tablo 2.2’de belirtilen DSM V’te yer almaktadır. DSM V, ruhsal bozukluğa sahip hastalara tanı konulması amacıyla oluşturulmuş ve birey merkezli bir müdahale planı oluşturulmasında önemlidir (24).

**Tablo 2.1.** Şizofreni tanılı bireylerde görülen semptomlar.

---

<b>Pozitif Semptomlar</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Varsanı (halüsinasyon), hezeyan (sanrı), ajitasyonu dezorganize konuşma ve davranışı içerir.</li></ul>
<b>Negatif Semptomlar</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Anhedoni (haz yitimi), avolisyon (istek ve enerji azalması, kaçınma), sosyal geri çekilme, duygulanım küntlüğü ve alojiyi (konuşamama) içerir.</li></ul>
<b>Bilişsel Semptomlar</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dikkat ve hafızayla ilgili zorluklar, sözel akıcılığın bozulması, yürütücü fonksiyonlarda anormallikler içerir.</li></ul>

---

**Tablo 2.2.** DSM-V Şizofreni tanı kriterleri.

---

A. Aşağıdaki belirtilerden en az ikisinin bulunması şartıyla her biri, bir aylık sürenin önemli bir bölümünde bulunur. Başarı bir tedaviyle bu süre daha da kısalabilir. Bunlardan 1,2 ve 3. Maddelerden en az birinin bulunması zorunludur.

1. Hezeyan
  2. Halüsinasyon
  3. Dezorganize konuşma (örn. Sıklıkla konudan uzaklaşması veya konuşmanın anlaşılmaması)
  4. İleri seviyede dezorganize veya katatonik davranış
  5. Negatif belirtiler (duygusal katılımda azalma ya da istek ve enerji azalması).
- 

B. Bozukluğun başlangıcından beri önemli bir bölümünde çalışma, öz bakım ya da kişilerarası ilişkiler gibi, bir ya da birden çok ana alanda işlevsellik düzeyi etkilenebilir. Bu etkilenim bozukluğun başlamadan önceki mevcut düzeyin belirgin şekilde altındadır (Bozukluk eğer çocukluk ya da ergenlik döneminde başlamışsa işlevsellik olması beklenen seviyeye ulaşamaz.)

---

C. Bozukluğun devam eden bulguları en az altı ay sürer. Bu sürenin en az bir ayı (Başarılı bir tedaviyle süre kısalabilir.), A tanı kriterlerini (açık evre belirtilerini) karşılamalıdır. Aynı zamanda başlangıç ve kalıntı semptom evrelerini de kapsayabilir. Bu bozukluk, belirtilen evreler sürecinde, negatif belirtiler ile A tanı kriterleri arasında bulunan en az iki eşik altı belirtiler ile (örn. anormal inançlar ve yaşam tarzları) meydana gelebilir.

---

D. Şizoaffektif bozukluk, psikoz özellikli depresyon ya da bipolar duygulanım bozukluğunda majör depresyon veya mani dönemlerinin yaşanması, şizofreni tanısı için mevcut kriterleri karşılamaması sebebiyle dışlanır. Bu dönemde duygudurum değişimlerinin yaşandığı dönemler varsa bile bunlar hastalığın toplam süresinin az bir kısmındadır.

---

E. Bozukluk, kötüye kullanılan bir madde ile ilacın ya da bir sağlık durumunun fizyolojik etkileri ile bağdaştırılmaz.

---

F. Çocukluk döneminde ortaya çıkan bir iletişim bozukluğu ya da otizm kapsamında bir bozukluk öyküsü varlığında semptomlar olabilir. Bu semptomlara en az bir ayda belirgin hezeyan ya da halüsinasyonlar katılırsa şizofreni tanısı konulabilir.

---

### 2.1.2. Genel Klinik Özellikler ve Bulguları

Kişiden kişiye farklılaşan şizofreni hastalığı prognozuna göre; pozitif, negatif, dezorganize, kognitif, psikomotor ve duygudurum semptomları ile karakterize olmaktadır.

Pozitif semptomlar; hezeyan ve halüsinasyon ile tanımlanan bireyin işlevselliğinin farklı seviyelerde etkilenerek bozulan gerçeklik algısını içermektedir. Genel olarak ergenlik ya da erken yetişkinlik döneminde ortaya çıkan şizofreni tanısının konmasına zemin hazırlamaktadır. Duyuların herhangi birinde ortaya çıkan en yaygın halüsinasyonun işitsel halüsinasyon olduğu görülmektedir. Kişinin çeşitli sanrılar yaşamasının temelinde hayatıyla sosyokültürel düzeyi gibi farklı faktörlerin etkileri yer almaktadır. Bunlardan en sık görülenleri perseküsyon (kötülük görme) ve referans sanrısı (alınanlık) dır (25, 26).

Negatif semptomlar; kişinin uyarılması ya da dikkatinin çekilmesi amacıyla yapılan her türlü faaliyete verilmesi beklenen tepkinin, kısmi ya da tam kaybını içermektedir. Bu semptomlar arasında öz bakımda yetersizlik, aloji (konuşamama), anhedoni (haz yitimi), ilgisizlik, abuli (irade ve bilincin azalması) ve sosyal geri çekilme bulunur (26, 27).

Dezorganize düşünce ve davranış; normal düşünce sürecinin mantıksal, progresif ve amaca yönelik yapısının bozularak durumun şiddetine göre teğetsel konuşmalardan birbirine karışmış kelimeler içeren tutarsız konuşmalara kadar değişmektedir. Genel olarak sözlü ve yazılı dilde konuyu devam ettirememe görülmektedir. Konuşmalardaki içeriğin ve kendine özgü ifadelerin yoksunluğu ile kayıp ilişkiler meydana gelmektedir (26, 28). Bunun yanında mevcut düşünce bozukluğu ile belirgin şekilde kıyafetlerin koşullara uygun giyilmemesi gibi çeşitli davranış bozukluklarını da ortaya çıkarmaktadır (26, 29).

Duygulanım semptomları; şizofreni tanılı bireylerde iç görünümün gelişimine bağlı olarak depresif belirtiler görülebilmektedir. Bu durum kullanılan antipsikotik ilaçların yan etkisinden kaynaklanabileceği gibi beraberinde ortaya çıkabilen majör depresyon benzeri ek bir tanıdan da kaynaklanabilir (30).

Motor semptomlar; şizofreni tanılı bireylerde negatif veya pozitif belirtilerden kaynaklı çoğunlukla psikomotor aktiviteler yavaşlayabilir. Bu bireylerde aynı zamanda farkındalık eksikliği ya da amaçsız tekrarlanan motor aktiviteler de görülebilmektedir (26, 31).

Bilişsel semptomlar; şizofreni tanılı bireyler dışarıdan gelen uyarıyı alma ve filtrelemede yetersiz kalabilmektedir. Bu durum bireyin bilişsel bütünlüğünü bozmaktadır. Böylece zayıflamış dikkat, hafıza, planlama, karar verme, problem çözme ve soyutlama becerileri görülebilir (32, 33).

### **2.1.3. Şizofreninin Epidemiyolojisi**

Erken yetişkinlikte başlayan ve nispeten düşük yaygınlığa sahip olan şizofreni; küresel hastalık yükü çalışmalarının bir ürünü olan demografik verilere ve lokasyona göre heterojenlik göstermektedir (34). Şizofreninin prevalansı ile ilgili Goldner tarafından 18 çalışma incelenerek sistematik bir derlemede toplanmış ve nihayetinde 1.000 kişide 3.4 ila 5.5 oranında tanılandığına yönelik tahmini veriler sunulmaktadır (35). Bu çalışmalarda bildirilen prevalans tahminleri ne kadar heterojenlik gösterse de genel anlamda şizofreni prevalansının 1000 kişide 4 ila 7 arasında görüldüğü sonucuna ulaşılabilmektedir (36). Küresel bağlamda 21 milyon bireyin şizofreni ile yaşadığı tahminler arasında yer almaktadır. Artan nüfus ile birlikte bu sayının daha da artarak bireyler ve ailelerin de ciddi şekilde bu durumdan etkilenebileceği düşünülmektedir. Bundan kaynaklı olarak şizofreni gibi ağır ruhsal bozuklukların tedavisi için sağlık hizmetlerinin genişletilmesine ve geliştirilmesine ihtiyaç duyulduğu ifade edilmektedir (34).

Türkiye’de şizofreni üzerine epidemiyolojik çalışmaların oldukça kısıtlı olduğu görülmektedir. Yapılan araştırmalara göre Türkiye’de şizofreninin dağılımı erkeklerde kadınlara göre daha yüksek görülmeyle birlikte genel toplumda 8.9/1000 prevalansa sahip olduğu aktarılmaktadır (37).

#### **2.1.4. Şizofreninin Etiyolojisi**

Tarih boyunca yapılan çalışmalarda zihinsel bir hastalık olarak tanımlanan şizofreni ortaya çıkardığı semptomlar ve etkilediği işlevler bakımından bireyler arasında çeşitlilik arz etmektedir (38). Bireyler üzerinde şizofreni başlangıcının, seyrinin ve sonuçlarının farklılaştığı görülmektedir. Bu durumun sebepleri arasında bireyin genetik yatkınlığı, yaşadığı nörokimyasal süreçler ve psikososyal etkenler olduğu düşünülerek hastalığın etiyolojisi belirtilen faktörler ile açıklanmaktadır (39, 40).

#### **2.1.5. Şizofreninin Tedavisi**

Şizofreninin iyileşmesinde tek bir müdahale yöntemi yoktur. APA (1997), şizofreni tanılı bireylerin iyileşmesi için hazırladığı kılavuzunda tedavilerin bütüncül olması, farklı yönlerden ele alınması ve hastanın bireysel özelliklerine dikkat edilerek yapılandırılmasının uygun olacağını belirtmektedir (41, 42). Farmakolojik tedavilerin, psikoterapötik eğilimlerin ve rehabilitasyon yaklaşımların toplumsal destek ile birlikte bütünleştirilmesinin hastanın iyileşmesinde etkili olabileceği ve yaşam kalitesini artıracığı kabul edilmektedir (39).

### **2.2. Bilinçli Farkındalık**

#### **2.2.1. Tanım ve Tarihçe**

Bilinçli farkındalığın tarihsel açıdan kökeni 2500 yıl öncesindeki Doğu Budist geleneklerine dayanmaktadır. Kabat-Zinn tarafından bilinçli farkındalık kişinin şimdiki anı kabullenerek yargılamadan dikkatini vermesi ve farkında olması olarak tanımlanmaktadır (43-45). Hafıza anlamına karşılık gelen Sati kelimesi 1881 yılında "mindfulness" şeklinde İngilizce'ye çevrilmiş ve 2011 yılında ise Türkçe'de bilinçli farkındalık olarak yer almıştır (46, 47).

Çevremizde pek çok uyaran bulunmaktadır ve bunların tümüne dikkatimizi vermemiz zaman zaman zorlayıcı olabilmektedir. Bu sebeple zihnimiz bu uyarılardan bazılarını işleyerek içeriye alabilir; bazılarını da filtreleyerek dışarıda

bırakabilmektedir (1). Bilinçli farkındalık içerisinde dikkat, niyet ve tutum alt bileşenler yer alır. Dikkat bileşeni, bireylerin içinde buldukları en kısa zaman dilimi olan anın iç ve dış süreçlerini gözlemlemesi olarak tanımlanır. Niyet bileşeni, harekete geçtiğimiz eylemlerin dayandığı nedenlerin oluşma sürecini açıklar (48, 49). Tutum bileşeni ise bireylerin deneyimleri karşısında gösterdikleri davranış olarak adlandırılır (50). Bilinçli farkındalık yaşanan ana; şefkat, güven ve sabır ile yaklaşımı önemsemektedir (49, 51). Literatürde mevcut bulunan çalışmalarda bireylerin doğuştan belli bir bilinçli farkındalık kapasitesine sahip olduğu dile getirilmektedir (44). Bu unsurların yaşam içerisinde kullanılabilmesi ve bütünleşmesi için zamana, belli becerilere ve pratiğe ihtiyaç duyulmaktadır (52).

Bilinçli farkındalık sürecine çeşitli uygulamalar ile dahil olunabilir. Bu uygulamalara örnek olarak informal, formal ve inziva gibi uygulamalar söylenebilir. Informal uygulamalar, günlük yaşamda işleri değiştirmeden ya da ek bir zaman ayırmadan farkındalık ile bu süreci yürütmek olarak ifade edilir. Formal uygulamalar ise belli bir çerçeve içerisinde yapılandırılır. Formal uygulamalar arasında nefes ve beden farkındalığı, oturma meditasyonu yer almaktadır. Informal uygulamaları yemek ve yürümek gibi eylemleri bilinçli farkında bir şekilde gerçekleştirme olarak tanımlanır. Bunların en sonuncusu inziva uygulaması ise birkaç günlük yaşantımızı farkında olarak yaşamak, formal uygulamaları gerçekleştirmek ve başka bireylerle teması geçmeyip iletişimi ertelemek gibi tutum ve davranışları içermektedir (52, 53)

Bilinçli farkındalık çeşitli popülasyonlarda pek çok problemin çözümünde katkı sunabilmektedir (52). Buna ek olarak yaşamın bir çok evresinde bireyin kendini keşfetmesinde oldukça değerli olmakla birlikte kendini kontrol etme ve hayatı belirli bir yöne çevirerek düzene koyma hususunda etkili bir role sahiptir (53).

### **2.2.2. Şizofrenide Bilinçli Farkındalık**

Şizofreni tanılı bireylerin yaşam kalitesini olumsuz açıdan etkileyen pek çok faktör bulunmaktadır. Bu durum negatif düşüncelerden, öz farkındalık eksikliğinden, duygusal acıdan ve başka bireylerle ilişki kurulmasında yaşanan zorluklardan

kaynaklı olabilmektedir. Bilinçli farkındalık hakkında yürütülen çalışmalar bu problemlerden bir kısmını ele alarak bir farkındalık çerçevesi oluşturmaktadır ve bu durum şizofreninin bütüncül tedavisinde de olumlu etkisini göstermektedir. Bilinçli farkındalık bireylerin farkındalıklarını yenileyerek duygularını ve düşüncelerini yargılamadan dinginlikle kabul etmelerini sağlamaktadır. Bu durumun şizofreni tanılı bireylere fayda sağladığına yönelik düşünceleri destekleyen pek çok çalışma bulunmaktadır. Bireyler mevcut psikotik belirtileri ile farklı bir iletişim kurarak işlevsiz belirtilerinden uzaklaşmaktadır. Bireyler bilinçli farkındalık aracılığıyla içgörü kazanmanın yanında deneyimlerini kontrol etme ve uyarlanabilir bir başa çıkma yöntemi geliştirme konusunda da gelişim sağlamaktadır. Birey işlevsiz duygu ve düşüncelerini yargılamadan kabullenebilir ve deneyimlerine daha yapıcı bir şekilde yaklaşabilmektedir (54, 55).

Şizofreni tanılı bireylerin holistik bakış açısıyla ele alındığı çalışmalarda duygusal düzenleme, motivasyon kaybı, başkalarına karşı ilgi duymama hissi, insanların bir araya geldikleri topluluklara yönelik ilgi kaybı, öz farkındalık eksikliği, anhedoni, davranışsal inhibisyon, işlevsiz davranışlar, avolisyon, yaşamı reddetme, can sıkıntısı, asosyalite ve hissizlik gibi semptomları yaşayabildiği görülmektedir. Bilinçli farkındalık temelli yaklaşımlar hakkında gerçekleştirilen mevcut çalışmalar bilinçli farkındalığın bu gibi semptomlara etkililiğini destekler niteliktedir (54). Şizofreni tanısı almış bir birey tüm yaşamı boyunca semptomlar ile karşılaştığında bunları bastırma, kaçınma ya da dikkatini başka yöne çevirme gibi teknikleri benimsemektedir. Ancak bir kısmı semptomlarıyla mücadele edememekte ve ruminasyonla başa çıkamamaktadır (55, 56). Bilinçli farkındalık; semptomların şiddetini hafifletmenin yanında memnun edici ve anlamlı bir yaşama sahip olma ile öznel iyilik halini artırmak bakımından önemli bir role sahiptir (57).

Bilinçli farkındalığın şizofreni tanılı bireylere yönelik anlamlı etkisinin olduğunu destekleyen çalışmalar literatürde bulunmakla birlikte bilinçli farkındalığın mekanizmasını açıklayan ve bahsi geçen popülasyon üzerindeki etkinliğine ilişkin ek araştırmalara da ihtiyaç duyulmaktadır (57).



### 2.3. Beden Ağırlığı, Beden İmajı ve Kendilik Algısı

#### 2.3.1. Tanım ve Tarihçe

Toplum tarafından güzellik algısı daima beden dikkate alınarak belirlenmiş ve büyük oranda oldukça önemli görülmüştür. Beden imajı hakkında yürütülen araştırmalar genellikle beyin hasarından kaynaklı bozulmuş beden algılarının çalışmalarıyla sınırlıdır. Psikoloji ve sosyoloji alanlarında beden imajına yönelik ilgi 1920'lerde Paul Schilder'in çalışmalarıyla öne çıkmıştır. Beden imajı kavramı yalnız kadınlarla ilgili bir konu gibi düşünülüp kilo ve şekil bağlamında endişeleri kapsamaktaydı. Ancak 1980'li yıllar itibariyle gerçekleştirilen araştırmalar doğrultusunda popülasyonun genişlemesinin de etkisiyle kilo ve şekil endişelerinden daha fazlasını içeren çok yönlü bir yapıya dönüşmüştür. Bu alana yönelik ilgi 21.yy'da büyük oranda artmıştır (58).

Geçmiş dönemlerde yürütülen araştırmalar daha çok negatif beden imajına dair ilgiyi içermekteyken zamanla pozitif beden imajı da literatürde sıkça ele alınır hale gelmiştir. Böylece bu durum bedeni kabul sürecinde; memnuniyet ve güzellik kavramına dair bakış açımızın genişlemesini sağlayarak bedene holistik bir zeminde bakmanın önemini ortaya çıkarmıştır (59).

Beden imajı, Schilder'in tanımıyla zihinde oluşan beden resmi, yani bedenin bireyin kendisine nasıl görüldüğü ve beden hakkındaki algıları, düşünceleri ve hisleri içermektedir (60). Bu tanım aslında şeklin yanı sıra bedene dair algı ve dikkat gibi kavramların da altını çizer. Beden algısı algı ve dikkat bileşenlerinin etkisi ile memnuniyet ya da memnuniyetsizlik gibi durumlar ile değer yargısına kavuşur. Algısal beden imajı ile beden boyutu tahmininin gerçek boyuta göre doğruluğu ifade edilmektedir. Tutumsal beden imajı kavramıyla ise iç pozitiflik-beden memnuniyeti, bedenle ilişkili duygular, kognisyon (beden hakkındaki inançlar) ve davranış (bedenin maruz kalacağı durumlardan kaçınma) alt başlıkları değerlendirilir (58, 61). Son zamanlarda hem kadınlarda hem de erkeklerde sosyal kabul için "ideal bir beden" algısı oluştuğu görülmektedir. Oluşan bu algı ve ideal bedene ulaşma çabaları, gerçek beden üzerindeki olumsuz düşünceleri ve memnuniyetsizliği artırarak

insanların kaygılanmasına neden olmasına ek olarak bu durum her geçen gün daha büyük bir problematik haline dönüşmektedir (62-64).

Kendilik, bireyin öznel deneyimleri ve dış uyarılardan gelen geri bildirimler ışığında kendini algılaması ve değerlendirmesi olarak nitelenebilir. Yani bireyin kendisine dair bakış açısı olarak tanımlanan çok yönlü psikolojik bir kavramdır ve kendilik algısının çekirdeği olarak kabul edilmektedir (65). Kendilik psikolojisi Kohut tarafından geliştirilmiştir. Kohut kendiliğe dair geliştirdiği kuramında “kişiliğin çekirdeği, algıların ve girişimlerin merkezi” şeklinde ifade etmektedir (66). Kendilik algısı ise bireyin kendi kapasitesinin, duygularının, düşüncelerinin ve davranışlarının farkında olarak kendini yeterli ya da yetersiz görme halidir (67). Bireyin öz saygı ve güvenine dair gelişiminde etkin rol oynayan kendilik algısı; bireyin özel yaşantısında ya da dış dünyadaki rollerinde kendini gerçekleştirmesini sağlar (68).

Literatürdeki mevcut çalışmalar ışığında iş birliğine yatkın, kişilerarası ilişkilerde yapıcı, konuşmayı seven, iyi duygulara sahip ve mutlu bireylerin kendilik algılarının ve dolayısıyla kendilik saygılarının yüksek; içe kapanık, sessiz, yeteneklerini kullanamayan, çoğunlukla depresif duygu durumu yaşayan bireylerin ise kendilik algısı düşük ve kendilik saygıları da zayıf olarak nitelenir (67, 69, 70). Kreuger, kendilik kavramının gelişmesinde ayrıca bedenün önemli bir rolü olduğunu eklemektedir. Güçlü beden algısının iyi bir kendilik kavramının oluşması ile gerçekleşeceği belirtilmektedir (71-73). Bu yorumlar doğrultusunda beden imajının ve kendilik algısının birlikte ele alınması kişiliğin oluşması bakımından etkili olabileceği sonucuna ulaşılabilir (65).

### **2.3.2. Şizofrenide Beden Ağırılığı, Beden İmajı ve Kendilik Algısı**

Beden imajının özellikle şekil ve ağırlık bakımından beden görünümüyle ilişkili olduğu belirtilmektedir (74). Şizofreni gibi ağır mental rahatsızlığı olan bireylerde farmakolojik tedavileri için gerekli olan antipsikotik ilaçların kullanımıyla kilo artışı gibi yan etkiler ortaya çıkmaktadır. Bu durumla bağdaşık olarak beden memnuniyetsizliği bireylerde artarak negatif beden imajının oluşmasına kaynak

teşkil etmektedir (75). Antipsikotik ilaçların kullanımı kilo artışına ek olarak yaşam kalitesinin düşmesine ve kendilik saygısının azalmasına da neden olmaktadır (76).

Kraepelin ve Bleuler öncülüğünde yürütülen çalışmalarda birçok klinisyen şizofreni tanılı bireylerin organ çürümesi ya da cinsiyet değişmesi gibi sanrıları olduğunu gözlemlemiştir. Bunların yanında bozulmuş beden imajı; bireylerin bedenlerini gerçek boyut ve şekliyle algılamaması ve bedenine kendine ait olmaması gibi bilişsel ve algısal durumlar olarak yorumlanmaktadır. Birkaç araştırmacı tarafından bedeni çarpıtıcı bir aynayı bireyin kendisine doğrultarak düzgün bir şekilde yansıtana kadar ayarlamaları şeklinde gerçekleşen çalışmalar ile şizofreni tanılı bireylerin sağlıklı bireylere göre aynayı ayarlarken daha fazla hata yaptığı görülmüştür (77, 78). Şizofreni tanılı bireylerde beden imajına dair yapılan çalışmalarda kendi bedenlerinin distal kısımlarını diğer bireylerden daha küçük algıladıkları da belirtilmektedir (örn. küçük eller) (79). Şizofreni tanılı bireylerin bedenlerine yönelik çarpık algısı ile soyut düşünce arasında anlamlı bir ilişki söz konusudur (80). Soyut düşüncenin bozulması neticesinde kendilik kavramının oluşumunun etkilendiği belirtilmektedir. Böylece dış dünya, kişinin bedeni ve kendilik algısı arasında yakın bir ilişkinin söz konusu olduğu düşünülmektedir (79).

Kendilik kavramına dair ayrıca bireyin sosyal bağlamı da dikkate alınarak etkileşim içinde bulunması ve farklı roller alarak sürekli değişim yaşasa da bireyin kendi beden kimliği ve sürekliliğini de içermektedir (79). Şizofreni tanılı bireylerde hastalığın altında yatan mekanizmalardan kaynaklı olarak sosyal bağlamda başkalarının duygularını algılama ve analiz etme konusunda problem yaşama durumu söz konusu olabilir. Algılanan olumsuz duygular aşırı abartı nedeniyle tolere edilemeyecek hale gelmesiyle sosyal bağları koparabilmektedir (81, 82). Bu gibi deneyimler bireyin duygularını gittikçe zayıflatarak kendiliğinin kaybolmasına katkı sunmakta ve bireyi dış dünyadan izole etmektedir (81, 83).

## **2.4. Bilinçli Farkındalık, Beden İmajı ve Kendilik Algısında Ergoterapinin Rolü**

### **2.4.1. Bilinçli Farkındalık ve Ergoterapi**

Amerikan Ergoterapi Derneği (AOTA)'nın belirttiği üzere Ergoterapistin ilk amacı bireylerin okupasyonlar aracılığıyla sağlığını ve hayata katılımını sağlamaktır. Bilinçli farkındalık ve ergoterapi arasındaki ilişkinin tarihsel kökenine bakıldığında ilk olarak John Dewey tarafından öne sürülen her bir oküpyasyonda bilincin yer almasının önemi ve gerekliliği düşünceleri bulunur (84). Oküpyasyonlar, bireyin zamanını geçirdiği anlamlı aktivite ya da roller şeklinde ifade edilebilir. Ergoterapistler, bireylerin oküpyasyonel katılımını artırmak amacıyla hedefler oluşturma ve bunlara ulaşma konusunda birlikte hareket etmektedir. Ergoterapi uygulamalarının teorik temelini ise bireylerin oküpyasyonel bir varlık olduğu düşüncesi oluşturmaktadır (85).

Bilinçli farkındalık, oküpyasyon biliminin araştırma konuları arasında yer almaktadır. Mevcut tartışmalar ışığında günlük yaşamda sıradanlık teşkil eden oküpyasyonlara bilinçli farkında bir şekilde dahil olmak, yani katılım esnasında çeşitli fiziksel, kognitif ve duygusal durumların doğrudan farkındalığı, sağlık ve refah bakımından iyilik halini oluşturmaktadır (2). Bu gibi sıradanlaşmış oküpyasyonlar ayrıca beden farkındalığını da dahil edecek şekilde güncellenirse kendilik farkındalığının gelişimini olumlu yönde etkiler. Kanseriyle mücadele eden bireylerin bedene bilinçli farkında bir şekilde yaklaşımını içeren oküpyasyonlarını gerçekleştirmesinin kendilik farkındalığını geliştirdiğine dair düşünceleri destekleyen çalışmalar bulunmaktadır (86).

Birey, günlük yaşamında performansını ve katılımını etkileyen ağrı, dikkat eksikliği, hafıza kaybı gibi kognitif ve nörolojik faktörler ile karşılaşabilir. Bilinçli farkındalık bu faktörleri ele alırken performans paternlerinin farkındalığını artırması doğrultusunda oküpyasyonel katılımı iyileştirebilir. Jackman ayrıca günlük oküpyasyonların sıradanlaştığı anlarda bilinçli farkında bir şekilde katılımın oküpyasyonlara anlam katabilecek manevi bir bağlam oluşturduğunu

vurgulamaktadır (85). Literatürde yer alan bu bilgiler ışığında; bilinçli farkındalık temelli yaklaşımlar ergoterapi teorisinin temelleri ile benzerlik göstermektedir. Ergoterapiye göre bilinçli farkındalık günlük yaşamda oküstasyonlara dahil olma sürecinde uyum sağlamanın ve bilinçli olarak farkında olmanın bir yolu olarak adlandırılır (2). Dolayısıyla bilinçli farkında bir şekilde oküstasyonel katılım, sonucu her ne olursa olsun bir beklentiye girmeksizin ve yargılamaksızın sürecin her anında farkında olmaktır. Bilinçli farkındalık ile yürütülen görevleri tecrübe etmek amacıyla günlük çeşitli aktivitelere dahil olan bireyler bedenlerinin ve sosyal çevrelerinin gerekliliklerinin varlığını deneyimlemenin yanında daha fazla fırsatla da karşılaşmaktadır (2). Bilinçli farkındalık kavramı ve uygulamaları oküstasyon biliminde her ne kadar yer alsada çok az araştırma oküstasyon alanında yaşanmış bilinçli farkındalık hususuna yer vermektedir (86).

McVeigh bilinçli farkındalık ile mevcut oküstasyon kavramı üzerinde durmaktadır. Bilinçli farkındalığın günlük yaşam aktivitelerindeki konumu ve ergoterapistlerin günlük yaşam aktivitelerine bilinçli farkındalığın dahil edilmesi sürecinde önemli ve etkin bir role sahip olduğunu destekleyenler arasında yer alır (87). Bu bağlamda bireyin mevcut olarak sürdürdüğü oküstasyonlara farkındalık ile yaklaşılması durumunda daha çok verim alabileceğine dikkat çekmektedir (87).

Bilinçli farkında olmayı öğrenmenin gerekliliğine dair Gura tarafından yürütülen bir çalışmada klinisyenlerin hem kendi farkındalıkları hem de sahada danışanlarla bilinçli farkındalık uygulamaları gerçekleştirmelerinin önemli olduğu vurgulanmaktadır. Günlük yaşamdaki aktivitelere bilinçli farkındalığın dahil edilmesi sayesinde yaşanan duygu, düşünce, duyum ve deneyimleri günlük kayıt tutma bireylerin bilinçli farkındalığını geliştirmesine katkı sunmasından dolayı önerilir. Uygulanan bu yöntemlerle kişide meydana gelecek değişim konusunda klinisyenin bilgi sahibi olacağı da belirtilmektedir (88). Literatürde yürütülen çalışmalarda günlük yaşamdaki oküstasyonlarda bilinçli farkındalığın iyileştirilmesi ya da desteklenmesi gerektiği önemle vurgulanır. Örneğin yürüyüş yapma aktivitesi aracılığıyla bedensel duyumların fark edilmesi ve deneyimlenmesi sağlanarak kendiliğin oluşmasında etkili olabilir. Aynı zamanda bireyin kendilik farkındalığı

dikkate alınarak aktivite planlandığında bedende bilinçsizce meydana gelen ağrı ya da gerginliği fark etmesini sağlayabilir. Yeni keşfedilen bu ağrı ve gerilim bireyin yürürken ekstremitelerini hareket ettirmesi ve derin nefesi ile rahatlamada etkili olabilir. Kişi için anlamlı olarak planlanmış bir çok oküstasyon bedene ve duyuumlara dikkat edilmesi koşuluyla kendilik farkındalığının iyileştirilmesinde oldukça etkilidir (88). Duyusal süreçlerdeki farklılıklardan kaynaklı bilinçli farkındalık müdahalelerin etkinliğini artırmak amacıyla duyuusal entegrasyon yönteminin de kullanılabildiği ifade edilmektedir.

Ergoterapi ve bilinçli farkındalık ilişkisini araştıran Reid ise, bilinçli farkında yaklaşımlarıyla ilişkili yansıtıcı uygulamanın yani kişinin eylemleri üzerinde düşünme yeteneğinin, önemli klinik çalışmalarda merkezi konumda yer aldığını ve ergoterapide etkin bir rolü olduğunu savunmaktadır (84). Reid'e göre bilinçli farkında olan ergoterapistler bireylere müdahalelerinin yanında nasıl katılım sağlayacakları ile ilgili iç süreçlerini dahil eden meydana gelen olayları dikkatli bir şekilde inceleyerek bireyler ile olan etkileşimlerinde ekstra beceriler kazanırlar (84, 89). Reid geliştirdiği oküstasyonel varlık teorisi ile insanların kısa süreli periyotlarda oküstasyonlarını gerçekleştirirken kendilik farkındalığının oluşmasında bilinçli bir farkındalık yaşayabileceğini savunmaktadır (90). Ayrıca yemek hazırlama, bisiklete binme, toplu taşımayı kullanma ve diş fırçalama gibi aktiviteleri gerçekleştirirken aktivitenin yapıldığı ana uyum sağlama ile insanların iyilik halinin gelişmesine katkı sağlayabileceğine yönelik düşüncelerini öne sürmektedir (3, 84).

Bilinçli farkındalık temelli yaklaşımlar ergoterapistlere, özellikle ruh sağlığı alanında çalışan klinisyenlere, hem iyileşme odaklı ruhsal sağlık becerilerini hem de yetkinlik merkezinde ergoterapi becerilerini geliştirme fırsatı sunabilir (84). Bilinçli farkındalığa yönelik ilgi duyan ergoterapistler; bilgi ve deneyimleri doğrultusunda toplumdaki hemen hemen her bireyin günlük yaşantısındaki ev, iş ya da okul gibi alanlarda belirli aktivitelere dahil olmalarını amaçlayan bilinçli farkındalık temelli grup çalışmaları uygulayabilir. Bu uygulama neticesinde oküstasyonel performans üzerinde etki de oluşturabilir (88, 91). Yapılan araştırmalar bilinçli farkındalığın bireye bir çok açıdan katkı sağladığı ve en temelde ise yaşam kalitesini artırmasına

yönelik kanıtları olduğu yönündedir. Ergoterapistler oküstasyonlara bilinçli farkındalık zemini oluşturarak; bireylerin bilinçli farkındalık alıştırmaları geliştirmesine yardımcı olmanın yanında bu alandaki kimliğini de oluşturmaktadır (87).

#### **2.4.2. Beden Ağırlığı, Beden İmajı, Kendilik Algısı ve Ergoterapi**

Beden imajının yönetimine dair çalışan multidisipliner ekipler içerisinde ergoterapinin önemli bir role sahip olduğuna ilişkin literatürde çalışmalar yer almaktadır. Bu konu üzerine çalışmaların az sayıda olmasından dolayı farkındalığı geliştirmek ve tedavideki öneminin anlaşılmasını ortaya çıkarmak amaçlı daha fazla çalışma yürütülmesine ihtiyaç duyulmaktadır (92). Ergoterapi aracılığıyla bireyin yaşadığı beden imajı problemlerin doğasının anlaşılması ve oküstasyonel katılımı ile ilişkili faktörlerle birlikte inanç ve değerleri açıklamak amaçlanmaktadır. Bunun yanında bireyin belli bir duruma yönelik kendi algısı ve mevcut olan arasındaki tutarsızlıklar iyileştirilerek azaltılmaya çalışılmaktadır (92).

Ergoterapinin tedavi ekibi içerisinde yer almasının oküstasyonel performansı geliştirerek yaşam kalitesi bakımından olumlu yönde bir artışa neden olacağı düşünülmektedir (93). Birey oküstasyonları gerçekleştirirken bedenini ve ekstremitelerini kullanmaktadır. Bozulmuş beden imajı olan birey oküstasyon için gereken motor aktiviteleri gerçekleştirememekte ve yeterli düzeyde oküstasyonel performansa ulaşamamaktadır. Literatürde bu konu bağlamında daha fazla araştırma yapılmasının şüphesiz ki ergoterapinin katkısına dair yeni odak noktaları ortaya çıkaracağı konusunda ışık tutacağı aktarılmaktadır (94).

Beden imajı anne rahminden başlayarak çevreden aldığımız uyarılarla birlikte gelişmeye devam eden bir olgudur. 1960 yıllarında Ayres, çocukların algısal motor becerilerinin gelişimi açısından doğru bir beden şemasına sahip olmaları gerektiğinin altını çizmektedir. Doğru bir beden şemasının aldığımız duyu uyarıların doğrudan ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bu bağlamda tedavi planında taktil, propriosepsiyon ve vestibüler gibi uyarıların yer almasının oldukça önemli olduğu düşünülmektedir (95). Yeme bozukluğu olan bireylerde beden boyutu ve biçiminin

gerçek olandan farklı algılandığı düşünülür. Ergoterapist öncelikle bu bozulmuş algıyı tespit etmek amacıyla gerçek beden boyutunu, ağırlığını ve biçimini değerlendirmektedir. Bu değerlendirmelerin sonucunda proprioseptif girdi, duyuşal uyarımlar ve ayna ile gerçekleştirilen çalışmalar gibi birey merkezli müdahaleler planlanmaktadır (96). Ergoterapist beden imajı bozulmuş bireyin kendine bakım esnasında kendileriyle sürekli karşılaştıkları ve gerçek görüntülerini pekiştirdikleri aktiviteler içerisinde bulunmalarını desteklemektedir. Bu aktiviteler aracılığıyla kendilik kavramının gelişimi ve kendine güven amaçlanmaktadır (97). Ergoterapistler tarafından yürütölen çalışmalarda bozulmuş beden imajına yönelik gerçekleştirdikleri değerlendirmelerde duyuşal motor tekniklerin, psikodinamik yaklaşımların ve davranışsal müdahalelerin etkili olduğunu belirtmektedir (95).

Pozitif beden imajı geliştirmenin etkisine dair araştırma yürüten çalışmada ince modellerin yer aldığı fotoğraflar kadınlara gösterilmektedir. Bozulmuş beden imajına sahip ve bedeni konusunda memnuniyetsizlik yaşayan kadınların fotoğrafların gösteriminden sonra kendilerini bu konuda daha büyük algıladıkları bildirilmektedir. Aynı durumun beden memnuniyeti bakımından yüksek olan kadınlar tarafında ise olumsuz bir etkinin yaşanmadığı şeklinde iletilmektedir. Bu örnek bağlamında pozitif beden imajı geliştiren kadınların çevreden gelen uyarımlara maruz kalma durumunda kendini daha iyi koruyabildiği düşünölmektedir. Bu düşünöceden yola çıkarak bedenin kabulü ile kendilik algısını gelişmesini sağlayan bilinçli farkındalık yaklaşımlarının bireyin iyilik halinin oluşmasında ve gelişmesinde etkili olduğu öne sürölmektedir (98).



### 3. BİREYLER VE YÖNTEM

#### 3.1. Bireyler

Şizofreni tanılı bireylerde bilinçli farkındalık düzeyleri ile beden imajı ve kendilik algısı ilişkisinin incelenmesi amacıyla planlanan bu çalışmaya İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'ne bağlı toplum ruh sağlığı merkezine kayıtlı olan ve ayaktan tedavileri devam eden şizofreni tanısına sahip 114 birey dahil edildi. Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından yapılan değerlendirme sonucuna göre GO 19/954 kayıt numarası ile etik açıdan uygun bulundu. Etik kurul onayı, orjinal rapor ve dijital makbuz sırasıyla eklerde sunulmaktadır. Yapılan güç analizine göre minimum örneklem büyüklüğünün %80 güçte, küçük etki büyüklüğünde (0.3) 109 birey olması gerektiği yönündeydi. Çalışmada yer alan bireylere çalışma hakkında detaylı bilgi verildi. Bireylerden gönüllülük esasında aydınlatılmış onam formu alındı.

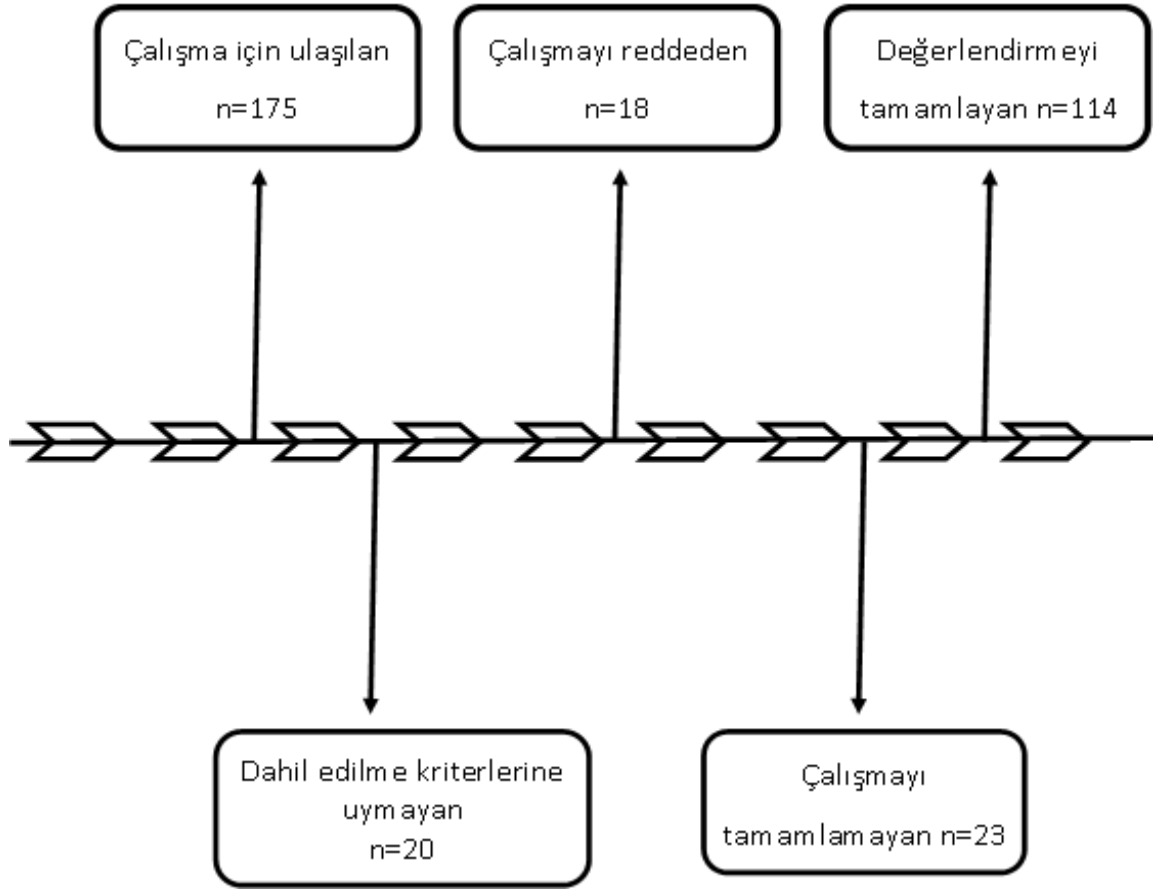
Çalışmaya dahil edilme kriterleri;

- DSM-V kriterlerine göre şizofreni tanısı alma.
- 18-65 yaş aralığında olma.
- Hekim tarafından belirlenen klinik remisyonda olma hali.
- Yaratıcı beceriler seviyesine göre grup II seviyesinde olma.

Çalışmaya dahil edilmeme kriterleri:

- Akut alevlenme döneminde olması.
- İletişimi engelleyecek düzeyde konuşma problemi bulunması.
- Şizofreni dışında fiziksel, mental ya da ek bir psikiyatrik tanıya sahip olması.

Şekil 3.1. Çalışma akış şeması



### **3.2. Yöntem**

Çalışmaya dahil edilen bireylerin tanımlayıcı bilgileri sosyodemografik veri formu ile kaydedilmiştir. Bilinçli farkındalık düzeyleri Bilinçli Farkındalık Ölçeği ile beden imajı ve kendilik algısı ise B-WISE ölçeği ile değerlendirilmiştir. Değerlendirmeler bireyler ile yüz yüze gerçekleştirilmiştir ve 20-25 dakikada tamamlanmıştır.

### **3.3. Değerlendirmeler**

#### **3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu**

Çalışmacılar tarafından geliştirilen veri formunda isim, cinsiyet, yaş, boy ve kilo, eğitim durumu, medeni durumu, meslek, çalışma durumu ve toplum ruh sağlığı merkezine kayıtlı olduğu süre yer almaktadır.

#### **3.3.2. Bilinçli Farkındalık Ölçeği**

Bireylerin bireysel farklılıklarına göre günlük yaşamlarındaki anlık deneyimlere dair odaklanma becerilerini ve farkındalıklarını değerlendiren bu ölçek Brown ve Ryan tarafından 2003 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin güvenilirliği için madde analizine bağlı olarak hesaplanan Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı .80'dir. Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BİFÖ), 15 madde ve 6'lı Likert Tipinden (1=hemen hemen her zaman, 2=çoğu zaman, 3=bazen, 4=nadiren, 5=oldukça seyrek, 6=hemen hemen hiçbir zaman) oluşmaktadır. Ölçek değerlendirme sonunda tek bir toplam puan vermektedir. En düşük 15 ve en yüksek 90 puanın alınabildiği ölçekte puanın yüksek olması durumu yüksek bir bilinçli farkındalığa sahip olduğuna işaret etmektedir (44). Türkçeye uyarlanması 2011 yılında Özyeşil, Arslan, Kesici ve Deniz tarafından gerçekleştirilmiştir (47).

#### **3.3.3. Beden Ağırlığı, İmajı ve Kendilik Saygısı (B-WISE)**

Şizofreni tanılı bireyler için hazırlanmış beden ağırlığı, imajı ve kendilik algısını değerlendiren bu ölçek Awad ve Vorunganti tarafından 2004'te

geliştirilmiştir. Ölçeğin 12 madde üzerinden Cronbach  $\alpha$  değeri 0.525 olarak hesaplanmıştır. Ölçek olumlu ve olumsuz yönergeleri içeren 12 madde ve 3'lü likert tipinden (hiçbir zaman, bazen, her zaman) oluşmaktadır. Bireylerin son 15 günü gözden geçirerek değerlendirmeleri istenmektedir. Bireyler kendilerine uygun psikososyal durumları ve kilo değişimleri ile ilgili onlara en yakın gelen ifadeyi işaretlemektedir. Ölçekten alınan toplam puan 12-36 arasında değişmektedir. Toplam puan düşük psikososyal uyum (12-20), orta derecede psikososyal uyum (21-28) ve yüksek psikososyal uyum (29-36) şeklinde 3 alt grupta incelenmektedir (76). 2011'de Nargis tarafından ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış ve geçerli olarak sonuçlanmıştır. mar

### 3.4. Verilerin İstatistiksel Analizi

Şizofreni tanılı bireylerde bilinçli farkındalık düzeyini ve beden imajı, ağırlığı ve kendilik algısını değerlendiren ölçeklerin alt maddelerinin SPSS yazılımı ile tanımlayıcı istatistikleri hesaplanarak veri analizi yapıldı. İstatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics version 23 for Windows yazılımı ve örnek genişliği ile etki büyüklüklerinin hesaplanması için G\*Power 3.1.2 yazılımı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler; normal dağılıma sahip sürekli değişkenler için ortalama ve standart sapma, normal dağılıma sahip olmayan sürekli değişkenler için ise ortanca, 25.-75. Yüzdeler ve kategorik değişkenler içinse sıklıklar ve yüzde olarak ifade edilmiştir. Sürekli değişkenlerin normalliğini belirlemek için; Shapiro-Wilk testi, histogram, kutu-çizgi ve Q-Q grafikleri sonuçları değerlendirilmiştir. Bilinçli Farkındalık ve B-WISE toplam puanları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için Spearman korelasyon katsayısı incelenmiştir. Buna göre 0,05-0,4 arası düşük şiddette korelasyon; 0,4-0,7 orta şiddette korelasyon ve 0,7-1 arası yüksek şiddette korelasyon şeklinde yorumlanmıştır (99). B-WISE alt kategorileri olan düşük, orta ve yüksek psikososyal uyumlu bireylere ait veriler ile bilinçli farkındalık toplam puanı karşılaştırmak için normal dağılım ve varyans homojenliği varsayımları sağlandığında tek yönlü varyans analizi (ANOVA), varsayımlar sağlanmadığında ise Kruskal-Wallis varyans analizi ele alınmıştır. B-WISE toplam puanı ile Beden Kitle İndeksi kategorileri arasındaki bağ

Fisher-Freeman-Halton testi ile incelenmiştir. Bütün testlerde anlamlılık düzeyi 0.05 olarak alındı.

## 4. BULGULAR

Değerlendirmenin sonunda elde edilen verilerin normal dağılımlarının tespit edilmesi için Shapiro-Wilk testi kullanılmıştır. Verilerin istatistiksel bilgileri tanımlayıcı ve korelasyon analizleri olarak tablolarda sunulmaktadır.

### 4.1. Sosyodemografik Bulgular

Çalışmaya 30'u (%26,3) kadın ve 84'ü (%73,7) erkek olmak üzere 114 şizofreni tanılı birey dahil edildi. Dahil edilen bireylere ait verilere sosyodemografik bilgi formu ulaşıldı. Sosyodemografik özelliklerine ait tanımlayıcı bulgular Tablo 4.1.'de sunulmuştur. Bireylerden alınan veriler doğrultusunda yaş ortalaması 43,13 ± 9,33 yıl olarak bulundu.

**Tablo 4.1.** Katılımcılara ait sosyodemografik bulgular

	Tanımlayıcı	N (%)
<b>Eğitim Durumu</b>	İlköğretim	69 (60,5)
	Lise	35 (30,7)
	Üniversite	10 (8,8)
<b>Medeni Durumu</b>	Evli	25 (21,9)
	Bekar	89 (78,1)
<b>Çalışma Durumu</b>	Çalışıyor	16 (26,3)
	Çalışmıyor	84 (73,7)
<b>Meslek</b>	Memur	14 (12,1)
	Emekli	21 (18,4)
	Ev hanımı	16 (14,0)
	İşçi	50 (43,9)
	Esnaf	13 (11,4)
<b>Beden Kitle İndeksi</b>	<24.9 (sağlıklı)	54 (47,4)
	25-29.9 (kilolu)	37 (32,5)
	30 ve üzeri (obez)	23 (20,2)

**Tablo 4.1. (Devamı) Katılımcılara ait sosyodemografik bulgular**

	<b>Ortanca</b>	<b>1. Çeyreklik</b>	<b>3. Çeyreklik</b>	<b>Ort ± SS</b>	<b>Min - Max</b>
<b>Boy</b>	170	163,75	178	169,80±8,992	150-187
<b>Kilo</b>	75	67,5	83,25	75,89±15,06	45-130
<b>Trsm kayıtlı süre (ay)</b>	48	33,5	60	48,62±23,45	1-108

#### 4.2. Bilinçli Farkındalık ve B-WISE ile ilgili bulgular

Tablo 4.2.'de bireylerin Bilinçli Farkındalık ve B-WISE ölçeklerinden aldıkları sonuçlar görülmektedir.

**Tablo 4.2. Bilinçli Farkındalık ve B-WISE toplam puanları ile ilgili istatistiksel bulgular**

	<b>Ortanca</b>	<b>1.Çeyreklik</b>	<b>3.Çeyreklik</b>	<b>Ort ± SS</b>	<b>Min- Max</b>
<b>BF Toplam</b>	51,5	43	66	54,66±15,54	25-89
<b>B-WISE Toplam</b>	26	24	29	26,33±3,97	15-35

BF: Bilinçli Farkındalık

B-WISE: Beden İmajı, Beden Ağırlığı, Kendilik Saygısı

#### 4.3. Bilinçli Farkındalık ile B-WISE Toplam Puanları Arasındaki İlişki

Tablo 4.3.'te görüldüğü üzere, Bilinçli Farkındalık ve B-WISE toplam puanları arasında yapılan analiz sonucuna göre orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulundu ( $r=0.400$ ,  $p=0.001$ ). Bireylerin bilinçli farkındalığının yüksek olması beden imajı, beden ağırlığı ve kendilik algısının yüksek olduğunu göstermektedir.

**Tablo 4.3.** Bilinçli Farkındalık ve B-WISE toplam puanları arasındaki ilişki

		<b>B-WISE Toplam</b>
<b>BF Toplam</b>	r	<b>0,400**</b>
	p	0,001
	N	114

BF: Bilinçli Farkındalık

B-WISE: Beden İmaji, Beden Ağırlığı, Kendilik Algısı

**\*\*p<0,01**

#### 4.4. B-WISE Alt Kategorilerine göre Bilinçli Farkındalık Toplam Puan Dağılımları

Tablo 4.4.'te görüldüğü üzere bireylerin bilinçli farkındalık toplam puanı ile B-WISE alt kategorileri arasında anlamlı bir farklılığın olup olmayacağını belirlemek amacıyla Kruskal Wallis analizi yapıldı. Bunun sonucunda arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0,001).

**Tablo 4.4.** B-WISE alt kategorilerine göre Bilinçli farkındalık puan dağılımları

<b>Bilinçli Farkındalık Toplam Puan</b>							
	<b>Gruplar</b>	<b>N(%)</b>	<b>Ortanca</b>	<b>1.çeyreklik</b>	<b>3.çeyreklik</b>	<b>Ort ± SS</b>	<b>p</b>
<b>BWISE</b>	Düşük Psikososyal Uyum (12-20)	7 (6,14)	40	33	47	39,86±8,47	<b>0,001*</b>
	Orta Psikososyal Uyum (21-28)	74 (64,9)	49	41	57	51,30±13,61	
	Yüksek Psikososyal Uyum (29-36)	33 (28,9)	66	54	77	65,33±15,00	

BF: Bilinçli Farkındalık

B-WISE: Beden İmaji, Beden Ağırlığı, Kendilik Saygısı

**\*p<0,05**



#### 4.5. B-WISE Alt Kategorilerinin İkili Korelasyon Bulguları

Düşük, orta ve yüksek psikososyal uyum olan B-WISE alt kategorileri ile bilinçli farkındalık arasında yapılan analizin sonucunda belirlenen anlamlı farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere tamamlayıcı karşılaştırma tekniklerine geçildi. B-WISE alt kategorileri arasında yapılan ikili korelasyon analizi Tablo 4.5.'te görülmektedir.

**Tablo 4.5.** B-WISE alt kategorilerinin ikili korelasyon bulguları

B-WISE		p
Düşük Psikososyal Uyum	Orta Psikososyal Uyum	0,121
	Yüksek Psikososyal Uyum	<b>0,001*</b>
Orta Psikososyal Uyum	Yüksek Psikososyal Uyum	<b>0,001*</b>

B-WISE: Beden İmajı, Beden Ağırlığı, Kendilik Saygısı

**\*p<0,05**

Analizler sonucunda düşük seviye-orta seviye psikososyal uyum arasında anlamlı bir fark görülmedi ( $p=0,121$ ). Düşük seviye-yüksek seviye psikososyal uyum arasında anlamlı bir fark bulundu ( $p=0,001$ ). Orta seviye-yüksek seviye psikososyal uyum arasında anlamlı bir fark bulundu ( $p=0,001$ ). Korelasyon değerlerine bakıldığında bu farklılığın yüksek psikososyal uyumlu bireylerden kaynaklandığı tespit edildi ( $p<0.05$ ).

#### 4.6. Beden Kitle İndeksine göre B-WISE Toplam Puan Dağılımları

Bireylerin Beden Kitle İndeksinin alt kategorilerine göre B-WISE toplam puanı dağılımları Tablo 4.6.'da görülmektedir. Yapılan analizin sonucunda B-WISE ile Beden Kitle İndeksi kategorileri arasında anlamlı bir ilişki ( $p=0,180$ ) bulunmadı ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.6.** Beden Kitle İndeksi Kategorilerine göre B-WISE puan dağılımları.

Beden Kitle İndeksi	B-WISE Toplam						p
	N	Ortanca	1. çeyreklik	3. çeyreklik	Ort ± SS	Min-Max	
Sağlıklı (<24.9)	54	26	25	29,25	27.17±3.70	15-35	0,18
Kilolu (25-29.9)	37	26	23	29	26.03±4.22	15-35	
Obez (30 ve üzeri)	23	25	23	28	24.87±3.84	17-31	
<b>Total</b>	<b>114</b>						

B-WISE: Beden İmaji, Beden Ağırlığı, Kendilik Saygısı

## 5. TARTIŞMA

Bu çalışmada şizofreni tanılı bireylerin bilinçli farkındalık düzeyi ile beden imajı ve kendilik algısı arasındaki ilişki ele alındı. Yürütülen çalışmanın neticesinde şizofreni tanılı bireylerin bilinçli farkındalık düzeyi ile beden imajı ve kendilik algısı arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulundu. Şizofreni tanılı bireylerin bilinçli farkındalık düzeyi ile beden ağırlığı ve beden imajı ile ilişkili psikososyal uyum alt grupları arasında anlamlı bir ilişki bulundu. Şizofreni tanılı bireylerin beden ağırlığı, imajı ve kendilik algısı toplam puanı ile beden kitle indeksi arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı.

Çalışma kapsamında şizofreni tanılı erkek bireylerin nicel bakımdan kadınlardan daha fazla olduğu görüldü. Bu konuya ilişkin literatür incelendiğinde erkeklerde hastalığın başlangıç yaşının kadınlara kıyasla daha erken olduğu ve östrojen hormonunun antidopaminerjik etkisinin kadınları şizofreniye karşı koruyucu etkisinin olduğu belirtilmektedir (100). Bu sebeple genel popülasyona göre şizofreni tanısı erkek bireylerde kadınlara kıyasen daha fazla görülmektedir.

Çalışma kapsamında çoğunlukla ilköğretim mezunu, bekar ve çalışmayan şizofreni tanılı bireyler tanımlandı. Öcel çalışmasında, meme kanseri tanısı alan çalışan kadınların eğitim durumunun bilinçli farkındalık düzeyi üzerinde etkili bir faktör olduğunu ifade etmektedir (101). Belli ve ark. ise şizofreni tanılı bireylerin sosyodemografik özelliklerini incelediğinde eğitim durumu düşük, bekar ve herhangi bir yerde çalışmayan bireylerin çoğunlukta olduğunu aktarmaktadır. Bireylerin eğitim düzeyinin düşük olması, bekar olması ve herhangi bir yerde çalışmaması yaşam kalitesinin düşmesine neden olarak hastane yatış oranlarını artırdığı görülmektedir (102). Yaşam kalitesinin düşmesi ve hastane yatışlarının artmasının bilinçli farkındalık düzeylerini doğrusal yönde etkileyebileceği düşünülmektedir.

Türkiye’de şizofreni tanısı almış bireylerle yürütülen çalışmalar incelendiğinde sosyodemografik tanımlayıcı özelliklerinin birbirine yakın olduğuna rastlanmaktadır. Bu çalışmada da literatüre benzer bulguların elde edilmesiyle

şizofreni popülasyonunun genel olarak bu özelliklere sahip olduğu düşüncesine kanaat edildi.

Aktepe ve ark. tarafından 2020 yılında yapılan mental hastalıklar ve bilinçli farkındalık ile ilgili bir derleme çalışmasında yaygın görülen depresyon ve anksiyete başta olmak üzere farklı psikopatolojiler üzerinde betimsel ve deneysel çalışmaların yapıldığı görülmektedir. Mental hastalıklarda özellikle müdahale programında bilinçli farkındalığın duygu düzenleme, ruminasyonu kontrol etme, kendilik saygısını geliştirme, belirsizliğe tahammülsüzlüğünü azaltmada önemli etkisinin olduğu ifade edilmektedir (52). Bilinçli farkındalığın şizofreni tanılı bireylerde özellikle negatif belirtiler üzerinde olumlu etkisiyle karşılaşılmaktadır. Dikkat ve hafıza ile ilgili semptomlarda koruyucu etki oluşturması sayesinde iyilik halinin artmasında etkili olduğu dile getirilmektedir.

Literatür incelendiğinde şizofreni tanılı bireyler üzerinde bilinçli farkındalık temelli deneysel çalışmaların yapıldığı görülmektedir (5, 103). Şizofreni tanılı bireylerin bilinçli farkındalık düzeyinin değerlendirildiği çalışmalarda bilinçli farkındalığın yüksek olmadığı görüldü (9, 104, 105). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde şizofreni tanılı bireylerin bilinçli farkındalık düzeyinin yüksek olmadığı görüldü. Bu durum üzerinde şizofreni tanılı bireylerin sosyodemografik özellikleri, hastalık şiddeti, kültürel özellikleri, negatif düşünceleri, içgörü eksikliği ve öz farkındalık eksikliğinin etkisinin olabileceği düşünülmektedir.

Nargis tarafından yapılan çalışmada şizofreni tanılı bireylerin orta düzeyde psikososyal uyumlarının olduğu bulunmuştur. Ayrıca bireylerin beden kitle indeksi ile beden imajı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (106). Bizim çalışmamızda da benzer olarak şizofreni tanılı bireylerin beden imajı, ağırlığı ve kendilik algısı incelendiğinde orta düzeyde psikososyal uyum olduğu bulundu. Bireylerin beden kitle indeksi ile beden imajı arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. Bu durumun toplum ruh sağlığı merkezinde şizofreni tanılı bireylerin kilolarının düzenli takip edilmesi ve dolayısıyla çalışmada obez grubundaki bireylerin az sayıda yer almasından kaynaklı olacağı düşünülmektedir. Beden imajı ile ilgili değerlendirmelerin en fazla yeme bozukluğu tanısı alan bireylerde uygulandığı

görülmektedir. Bu çalışmamızın bu anlamda şizofreni tanılı bireylerin beden imajının değerlendirmesiyle alana önemli katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.

Literatür incelendiğinde, sağlıklı ya da herhangi bir tanısı olan bireylere yönelik yapılan bilinçli farkındalık ve beden imajı ile ilgili çalışmalarda, mevcut durumlara yüksek bir bilinçli farkındalık ile yaklaşan bireylerin belli durumlarla ilgili olumsuz düşüncelerin ortaya çıkardığı sıkıntılardan uzaklaştığı belirtilmektedir (107-109).

Beden imajı için bilinçli farkındalık kavramı ile yeni bir tedavi yaklaşımı öneren Stewart, çalışmasında “bireyin kendi zihinsel süreçlerine odaklanarak edinilen içgörü ile mevcut gerçekliği kabul etmesi ve otomatik gelişen düşüncelerden uzaklaşmasını içeren bilinçli farkındalık ile beden imajına yaklaşıldığında yargılayıcı bir duruştan kabul edici bir duruşa geçebileceğini” vurgulamaktadır. Bireyin böylece bedene yönelik önceki önyargılı ve sınırlı yaklaşım yerine bedene ait deneyimlerin aydınlatılması ve anlaşılmasında etkili olacağını ifade etmektedir. Beden imajına yönelik gelişen olumsuz düşüncelerin olumsuz ruh halini de beraberinde geliştirdiği ve bilinçli farkındalık ile yaklaşıldığında, yaşadıkları ruh hallerini ve etkilerini gözlemleyebileceği ihtimalini ortaya koymaktadır. Bilinçli farkındalık ile bireyin beden imajına yönelik olumsuz düşünce kalıplarının yerine yeni bedenle iyi ilişkiler geliştirilebileceğini belirtmektedir (110). Bizim çalışmamızda şizofreni tanılı bireylerin bilinçli farkındalık düzeyi ile beden imajı ve kendilik algısı arasında orta düzeyde pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur. Bu ilişki şizofreni tanılı bireyler ile çalışan sağlık profesyonellerinin değerlendirmelerinde ve müdahale programlarında bu durumu göz önünde bulundurmalarının farkındalık sağlayacağı düşünülmektedir. Aynı zamanda bu çalışmadan elde edilen sonuca göre bu bireylerin bilinçli farkındalığının arttırılması ile olumsuz bilişlerden ve ruminatif düşüncelerden uzaklaşarak iyilik halinin sağlanmasında ortaya çıkacağı düşünülmektedir.

Lamont tarafından farklı mental sağlık problemi olan bireylerde yapılan beden imajıyla ilişkili değişkenlerin değerlendirilmesine dair yapılan çalışmada bilinçli farkındalığın bazı boyutlarının beden imajıyla ilgili değişkenlerle ilişkili olduğu

ifade edilmektedir. Bu çalışmada bedensel utancın farkındalıkla davranma, yargılamama, tepkisizlik ve tanımlama ile negatif; beden duyarlılığının ise yargılamama, tepkisizlik, farkındalıkla davranma ile pozitif yönde ilişkili olduğu aktarılmıştır. Çalışma neticesinde bilinçli farkındalığın beden imajıyla ilgili değişkenleri önemli oranda etkilediği görülmektedir (15).

Miller tarafından şizofreni tanılı bireylere yönelik yapılan çalışmada bireyin kendini tanımasının ve kendilik algısının gelişmesinin önemli olduğunun altı çizilmektedir. Miller, şizofreni tanılı bireylerin bilinçli farkındalığının sağlanması konusunda da çalışmalar yapılması gerektiğini dile getirmektedir (111). Pepping ve ark. da lisans öğrencileriyle birlikte yürüttüğü çalışmasında bilinçli farkındalığın kendilik saygısı üzerine olumlu etkilerinin olduğunu aktarmaktadır (112). Bizim çalışmamızda şizofreni tanılı bireylerin bilinçli farkındalık düzeyi ile beden imajı ve kendilik algısı arasında bulduğumuz ilişki literatürle benzerlik göstermektedir.

Cvetanovski tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada da yeme bozukluğu, depresyon ve anksiyete tanısı alan bireylerde beden imajı ve bilinçli farkındalık arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmektedir. Yeme bozukluğu, depresyon ve anksiyete tanısı alan bireylerde gerçekleştirilen çalışmada bilinçli farkındalık temelli eğitim verilerek eğitimin sonunda bilinçli farkındalık grup müdahalelerinin bireylerin bozulmuş beden imajını iyileştirmede önemli bir etkisinin olduğu ifade edilmektedir (113). Özellikle şizofreni tanılı bireylerde beden imajı ve bilinçli farkındalık ile ilgili yapılan müdahale programlarının etkililiğini gösteren yeni çalışmalar yapılması önerilmektedir.

Miller bilinçli farkındalık ile ilgili yapılan çalışmalarda, bireylere fayda sağlanabilmesi için aynı seviyede becerilerinin olması gerektiğini vurgulamaktadır. Bizim çalışmamızda da şizofreni tanılı bireylerin yaratıcı beceriler modeline göre Grup II seviyesinde olmasının bu açıdan çalışmanın kuvvetli yönünü oluşturduğu düşünülmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü standartlarında belirlenen beden kitle indekine göre kilolu ve obez kategorisine giren şizofreni tanılı bireylerin genel popülasyondaki

prevalansının %40 ile %62 arasında ve çoğunlukla kadınlarda görüldüğü aktarılmaktadır (114).

Kurzthaler ve ark. çalışmasında şizofreni tanılı bireylerin yalnız antipsikotik ilaç kullanımına bağlı değil negatif ve pozitif semptomlarının da kilo alımında etkisinin olduğunu belirtmektedir. Aynı zamanda yatarak tedavi gören bireylerin aktivitelerinin azalması da kilo alımında etki sahibidir. Bireylerin ölümüne kadar sebep olan kilo artışının kontrolünün sağlanmasında diyet ve egzersiz ile sağlıklı yeme alışkanlıklarının etkili olabileceği dile getirilmektedir (115, 116).

Yapılan çalışmalarda bilinçli farkındalığın bireylerin kilo alımının kontrolü bakımından da faydalı olduğu işaret edilmektedir. Aynı zamanda bilinçli farkındalık ile bireyin mevcut sağlıksız davranış kalıpları yerine sağlıklı kiloya ulaşmak için diyetini ve gün içerisindeki hareketliliğini izleyerek kendi düzeninin sağlayacağı ifade edilmektedir. Bireyin yaşadığı olumsuz ruh durumlarından kaynaklı abartılı yeme ve kilo alımını yönetirken yemekten önce açlık durumunu ve sonrasında tokluk hissini tanımalarının sağlanmasında da bilinçli farkındalığın etkili olduğu vurgulanmaktadır (117, 118).

Gidugu ve ark. mental rahatsızlığı olan bireylerde kilo ile ilgili klasik programların faydalı olmadığını dile getirmektedir. Yeme alışkanlıklarına dair üzerinde kullanılan ilaçlar, ruh halleri ve psikososyal problemlerin oldukça önemli oranda etkisi olduğundan dolayı bu alanlar üzerinde durulması gerektiğini vurgulamaktadır. Bu bağlamda bireylerin yeme programları içerisine bilinçli farkındalık temelli yaklaşımlar dahil edilerek yeme ile ilgili daha fazla farkındalık geliştirmesi ve ruh hallerine göre daha fazla yeme alışkanlıklarının azalmasında etkili olacağı aktarılmaktadır (119).

Thraor ve ark. çalışmasında çoğunlukla obez ya da kilolu olan şizofreni tanılı kadınlarda antipsikotik ilaçlardan kaynaklı kilo alımının olumsuz sonuçlara yol açabileceğini aktarmaktadır. Şizofreni tanılı bireyler için önemli bir durum olan, kilo alımı ile birlikte metabolik sendrom riski taşıyan bireylerin kilolarını yönetme ve yaşam tarzını değiştirme ile ilgili farkındalık sağlamaları gerektiğini vurgulamaktadır.

Bireylerin beden ağırlığının artmasıyla psikososyal uyumlarının düşmesinin de bireyin tedaviye devamlılığında, kendilik saygısı ve yaşam kalitelerinde etkili bir faktör olduğu belirtilmektedir (120).

Özellikle beden ağırlığının beden imajı, kendilik saygısı ve psikososyal uyum ile ilişkili olduğunu vurgulayan ve bu konu üzerinde çalışan Awad ve ark. geliştirdiği ölçek sayesinde ileride kilo alımını önlemeyi amaçlayan müdahale programlarının geliştirilmesi gerektiğini dile getirmektedir. Şizofreni tanılı bireylerde yaptığı çalışmasında psikososyal uyum ile beden kitle indeksi arasında anlamlı ilişki olduğunu aktarmıştır (76). De Hert ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada da bireylerin beden kitle indeksi yükseldikçe kendine saygılarının ve psikososyal uyumlarının zayıfladığı gösterilmiştir. Aynı zamanda çalışmalarında şizofreni tanılı bireylerin tedavi amacıyla kullandıkları ilaçlarını kilo alımı endişesiyle bırakmamaları gerektiği vurgulanmaktadır (121).

Weiden ve ark. çalışmasında antipsikotik ilaç kullanımı ile ilişkili kilo alımının şizofreni tanılı bireylerin ilaca uyumsuzluk geliştirdiği ve kontrolsüz bir şekilde ilaçlarını kullanmayı bıraktıkları ifade edilmektedir. Bu çalışmada bireylerin kilo alımı nedeniyle psikososyal uyumlarının zayıfladığı gösterilmektedir (122). Bizim çalışmamızda beden kitle indeksi ile beden ağırlığı, imajı ve kendilik algısı ile ilişkili psikososyal uyum arasında bir ilişki görülmedi. Bu durumun çalışmamızdaki sağlıklı kiloda olan bireylerin nicel yönden fazla olmasının etkisinin olduğu düşünülmektedir. Buna ek olarak çalışmamızda toplum ruh sağlığı merkezinde düzenli takip ve kontrollerinin yapılmasının şizofreni tanılı bireylerin beden kitle indeksinin sağlıklı kategoride olmasını etkilediği düşünülmektedir. Bu çalışmanın düzenli takibi olmayan ve kilo problemi olan daha geniş bir örnekleme gerçekleştirilmesinin alana katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmanın çeşitli limitasyonları bulunmaktadır. İlk olarak, çalışmaya katılan bireylerin toplum ruh sağlığı merkezindeki interdisipliner ekip tarafından düzenli olarak takip ve tedavileri gerçekleştirilmektedir. Bu sebeple çalışmada beden kitle indeksine göre obez kategorisinde olan bireylerin sayısının az olduğu görülmektedir. BKİ'ne göre obez olan bireylerin katılımı ile gerçekleştirilecek



çalışmalar yapılması önerilmektedir. Çalışmanın bir diğer limitasyonu ise çalışmada sağlıklı bireylerin oluşturduğu kontrol grubunun yer almamasıdır.

Bu çalışma sonucunda şizofreni tanılı bireylerin bilinçli farkındalık düzeyi ile beden imajı ve kendilik algısı ilişkisi ortaya koyulmuştur. Bulgular doğrultusunda, şizofreni tanılı bireylerin bilinçli farkındalık düzeyinin yüksek olmadığı; beden imajı ve kendilik algısının orta düzeyde psikososyal uyum gösterdiği tespit edildi. Bilinçli farkındalık ile beden imajı ve kendilik algısı arasında orta düzeyde pozitif yönde ilişki görüldü. Bu çalışma ile mental sağlık alanında çalışan ya da bu alana ilgi duyanlara şizofreni tanılı bireylere yönelik gerçekleştirilen müdahale programlarını oluştururken farklı bir bakış açısı kazanımı sağlanmaktadır. Bilinçli farkındalık ve beden imajı faktörlerinin değerlendirilerek Ergoterapi müdahalelerine de dahil edilmesi önemli olacaktır.

## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Şizofreni tanılı bireylerin bilinçli farkındalık düzeyi ile beden imajı ve kendilik algısı ilişkisinin incelendiği bu çalışmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

1. Şizofreni tanılı bireylerin bilinçli farkındalık düzeyinin yüksek olmadığı görülmektedir.

2. Şizofreni tanılı bireylerin beden ağırlığı, imajı ve kendilik algısı düzeyinin orta psikososyal uyum olduğu görülmektedir.

3. Bu çalışmada şizofreni tanılı bireylerin bilinçli farkındalık düzeyinin yükseldikçe beden imajı ve kendilik algısının yükseldiği gösterilmektedir. Bireylerin bilinçli farkındalık düzeyini geliştirmek için bilinçli farkındalık temelli yaklaşımlar ya da ilişkili olan beden imajı ve kendilik algısına yönelik müdahaleler oluşturulması faydalı olacaktır. Böylece şizofreni tanılı bireylerin günlük yaşamlarında karşılaştıkları pek çok problemle başa çıkmalarında faydalı olabileceği düşünülmektedir.

4. Bu çalışma toplum ruh sağlığı merkezine kayıtlı ve remisyonda olan şizofreni tanılı bireyleri kapsamaktadır. Gelecekteki çalışmalar farklı dönemlerde olan ya da toplum ruh sağlığı merkezi dışında tedavi alan bireyler ile gerçekleştirilebilir.

5. Şizofreni tanılı bireylerin bilinçli farkındalık düzeyinin artmasıyla bedenlerini daha iyi algıladıkları ve psikososyal uyumlarının yükseldiği görülmektedir. Mental sağlık alanında çalışan ergoterapistlerin değerlendirme ve müdahalelerinde bunu göz önünde bulundurmaları önerilmektedir. Ayrıca bireylerin müdahale programlarında buna da yer vermeleri gerektiği dile getirilmektedir. Bireylerin aktivitelerine yönelik yüksek bir bilinçli farkındalık ile yaklaşmalarının iyileşme haline etkisini araştıran ileri çalışmalar yapılmasının faydalı olacağına kanaat edilmektedir.

6. Sağlık profesyonelleri tarafından toplum ruh sağlığı merkezinde şizofreni tanılı bireylerin bilinçli farkındalığını, beden imajını ve kendilik algısını geliştirmek

için müdahale programlarının oluşturulması hem birey hem de toplum için önemli kazanç sağlayacağı düşünülmektedir.

7. Ergoterapi öğrencilerinin bilinçli farkındalık kavramına ilişkin eğitimlerin programlarında yer almasının yanında bilinçli farkındalığı geliştiren tekniklerin uygulamalarını öğrenmek ve deneyimlemelerinin önemli olacağı düşünülmektedir. Bu nedenle ergoterapi programlarında olan öğrencilere bu konuda bir farkındalık oluşturulmasının olumlu etkileri olacaktır.

## 7. KAYNAKLAR

1. Brewer JA, Davis JH, Goldstein J. Why is it so hard to pay attention, or is it? Mindfulness, the factors of awakening and reward-based learning. *Mindfulness*. 2013;4(1):75-80.
2. Reid D. Mindfulness and flow in occupational engagement: Presence in doing. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 2011;78(1):50-6.
3. Reid D. Exploring the relationship between occupational presence, occupational engagement, and people's well-being. *Journal of Occupational Science*. 2008;15(1):43-7.
4. López-Navarro E, Del Canto C, Belber M, Mayol A, Fernández-Alonso O, Lluís J, et al. Mindfulness improves psychological quality of life in community-based patients with severe mental health problems: A pilot randomized clinical trial. *Schizophrenia Research*. 2015;168(1-2):530-6.
5. Chadwick P, Taylor KN, Abba N. Mindfulness groups for people with psychosis. *Behavioural and cognitive psychotherapy*. 2005;33(3):351.
6. Rayan AHR. Mindfulness, quality of life, and severity of depressive symptoms among patients with schizophrenia and patients with major depressive disorder. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*. 2017;55(5):40-50.
7. Tabak NT, Horan WP, Green MF. Mindfulness in schizophrenia: Associations with self-reported motivation, emotion regulation, dysfunctional attitudes, and negative symptoms. *Schizophrenia research*. 2015;168(1-2):537-42.
8. López-Navarro E, Del Canto C, Mayol A, Fernández-Alonso O, Reig J, Munar E. Does mindfulness improve inhibitory control in psychotic disorders? A randomized controlled clinical trial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2020;20(3):192-9.
9. Escudero-Pérez S, León-Palacios MG, Úbeda-Gómez J, Barros-Albarrán MD, López-Jiménez AM, Perona-Garcelán S. Dissociation and mindfulness in patients with auditory verbal hallucinations. *Journal of Trauma & Dissociation*. 2016;17(3):294-306.
10. Öngören B. Sosyolojik Açıdan Sağlıklı Beden İmgesi. *Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Dergisi*. 2015;16(34):25-45.
11. Gordon KH, Holm-Denoma JM, Troop-Gordon W, Sand E. Rumination and body dissatisfaction interact to predict concurrent binge eating. *Body image*. 2012;9(3):352-7.
12. Ludwig L, Mehl S, Schlier B, Krkovic K, Lincoln TM. Awareness and rumination moderate the affective pathway to paranoia in daily life. *Schizophrenia research*. 2020;216:161-7.
13. Strachan MD, Cash TF. Self-help for a negative body image: A comparison of components of a cognitive-behavioral program. *Behavior Therapy*. 2002;33(2):235-51.
14. Jarry JL, Berardi K. Characteristics and effectiveness of stand-alone body image treatments: A review of the empirical literature. *Body image*. 2004;1(4):319-33.
15. Lamont JM. The relationship of mindfulness to body shame, body responsiveness, and health outcomes. *Mindfulness*. 2019;10(4):639-49.
16. glatt sj, faraone sv, tsuang mt. *Schizophrenia*. fourth edition ed. United Kingdom 2019.
17. Heather Barnett Veague PL. *Schizophrenia*. Collins C, editor. United States: Chelsea House; 2007. 1-2 p.
18. Petric D. *Schizophrenia from philosophical perspective Researchgate2020* [
19. Stefan M, Travis M, Murray R, Keshavan MS. *Atlas of Schizophrenia: CRC Press; 2002*.
20. Gonçalves AMN, Dantas CdR, Banzato CE, Oda AMGR. A historical account of schizophrenia proneness categories from DSM-I to DSM-5 (1952-2013). *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*. 2018;21(4):798-828.

21. Andreasen NC. The American concept of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 1989;15(4):519-31.
22. Noll R. *American madness*: Harvard University Press; 2011.
23. Marcisisin MJ, Rosenstock JB, Gannon JM. *Schizophrenia and related disorders*: Oxford University Press; 2016.
24. Edition F. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 2018.
25. Keshavan MS, Tandon R, Boutros NN, Nasrallah HA. Schizophrenia, "just the facts": What we know in 2008: Part 3: Neurobiology. *Schizophrenia research*. 2008;106(2-3):89-107.
26. Tandon R, Nasrallah HA, Keshavan MS. Schizophrenia, "just the facts" 4. Clinical features and conceptualization. *Schizophrenia research*. 2009;110(1-3):1-23.
27. Crow TJ. Molecular pathology of schizophrenia: more than one disease process? *British medical journal*. 1980;280(6207):66.
28. Barbato A, Initiative WNFmH, Organization WH. *Schizophrenia and public health*. World Health Organization; 1997.
29. Andreasen NC. Thought, language, and communication disorders: I. Clinical assessment, definition of terms, and evaluation of their reliability. *Archives of general Psychiatry*. 1979;36(12):1315-21.
30. Conley RR, Ascher-Svanum H, Zhu B, Faries DE, Kinon BJ. The burden of depressive symptoms in the long-term treatment of patients with schizophrenia. *Schizophrenia research*. 2007;90(1-3):186-97.
31. Lehoux C, Everett J, Laplante L, Émond C, Trépanier J, Brassard A, et al. Fine motor dexterity is correlated to social functioning in schizophrenia. *Schizophrenia research*. 2003;62(3):269-73.
32. Perry W, Geyer MA, Braff DL. Sensorimotor gating and thought disturbance measured in close temporal proximity in schizophrenic patients. *Archives of general psychiatry*. 1999;56(3):277-81.
33. Ünal S. Şizofrenide bilişsel işlev bozuklukları ve belirti oluşumu ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2003;4:46-53.
34. Charlson FJ, Ferrari AJ, Santomauro DF, Diminic S, Stockings E, Scott JG, et al. Global epidemiology and burden of schizophrenia: findings from the global burden of disease study 2016. *Schizophrenia bulletin*. 2018;44(6):1195-203.
35. Goldner EM, Hsu L, Waraich P, Somers JM. Prevalence and incidence studies of schizophrenic disorders: a systematic review of the literature. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2002;47(9):833-43.
36. Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J. A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS Med*. 2005;2(5):e141.
37. Binbay T, Ulaş H, Elbi H, Alptekin K. Türkiye'de psikoz epidemiyolojisi: Yaygınlık tahminleri ve başvuru oranları üzerine sistematik bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Derg*. 2011;22(1):40-52.
38. Karakuş G, Kocal Y, Damla S. Şizofreni: Etiyoloji, klinik özellikler ve tedavi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*. 2017:251-67.
39. Sönmez S. Şizofreni Hastalarında Psiko-eğitim Grup Çalışmasının Pozitif ve Negatif Belirtiler, Sosyal İşlevsellik, Yeti Yitimi, İçgörü ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkilerinin Araştırılması. Bakırköy Prof Dr Mahzar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul. 2009.
40. Eroğlu T. Toplum ruh sağlığı merkezlerinde takip edilen şizofreni hastalarının hastalıklarına ilişkin bilgi ve görüşleri ile ilaç uyum ve genel öz yeterlilik düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi: : Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi; 2018.

41. Keepers GA, Fochtmann LJ, Anzia JM, Benjamin S, Lyness JM, Mojtabai R, et al. The American psychiatric association practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. 2020;177(9):868-72.
42. Herz MI, Liberman R, McGlashan T, Lieberman J, Wyatt R, Marder S, et al. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. 1997;154(4 SUPPL.):1-63.
43. Kabat-Zinn J. *Where you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York, NY: Hyperion Laranjo, J, Bernier, A, & Meins, E(2008) Associations between maternal mind-mindedness and infant attachment security: Investigating the mediating role of maternal sensitivity *Infant Behavior and Development*. 1994;31:688-95.
44. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *J Pers Soc Psychol*. 2003;84(4):822-48.
45. Linehan M. *Cognitive-behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*: Guilford Press; 1993.
46. Gethin R. On some definitions of mindfulness. *Contemporary Buddhism*. 2011;12(1):263-79.
47. Özyeşil Z, Arslan C, Kesici Ş, Deniz ME. Bilinçli farkındalık ölçeği'ni Türkçeye uyarlama çalışması. *Eğitim ve Bilim*. 2011;36(160).
48. Atalay Z. *Mindfulness-Bilinçli Farkındalık: Farkındalıkla Anda Kalabilme Sanatı*. İstanbul, İnkılap Yayınevi. 2019.
49. Shapiro SL, Carlson LE, Astin JA, Freedman B. Mechanisms of mindfulness. *Journal of clinical psychology*. 2006;62(3):373-86.
50. Kabat-Zinn J. *Full catastrophe living: The program of the stress reduction clinic at the University of Massachusetts Medical Center*. 1990.
51. Bishop SR, Lau M, Shapiro S, Carlson L, Anderson ND, Carmody J, et al. Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical psychology: Science and practice*. 2004;11(3):230-41.
52. Aktepe İ, Tolan Ö. Bilinçli Farkındalık: Güncel Bir Gözden Geçirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2020;12(4):534-61.
53. Köse S, Akçakanat, Tahsin. Bilinçli Farkındalık (Mindfulness): Kavramsal bir inceleme. *International Journal of Business Economics and Management Perspectives*. 2018;2(2):16-28.
54. Ganguly P. Mindfulness in Holistic Management of Schizophrenia. *International Journal of Psychology & Behavior Analysis*. 2018;4(2).
55. Chien WT, Chow KM, Chong YY, Bressington D, Choi KC, Chan CWH. The Role of Five Facets of Mindfulness in a Mindfulness-Based Psychoeducation Intervention for People With Recent-Onset Psychosis on Mental and Psychosocial Health Outcomes. *Front Psychiatry*. 2020;11:177.
56. Jacobsen P, Morris E, Johns L, Hodkinson K. Mindfulness groups for psychosis; key issues for implementation on an inpatient unit. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2011;39(3):349.
57. Lee K-H. A randomized controlled trial of mindfulness in patients with schizophrenia☆. *Psychiatry research*. 2019;275:137-42.
58. Grogan S. *Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women and children*: Taylor & Francis; 2016.
59. Tylka TL, Wood-Barcalow NL. *A positive complement*. Elsevier; 2015.
60. Schilder P. *The image and appearance of the human body*: Routledge; 2013.
61. Thompson JK, Burke NL, Krawczyk R. *Measurement of body image in adolescence and adulthood*. 2012.

62. Neves CM, Cipriani FM, Meireles JFF, Morgado FFdR, Ferreira MEC. Body image in childhood: an integrative literature review. *Revista Paulista de Pediatria*. 2017;35:331-9.
63. Clarke LH, Korotchenko A. Aging and the body: A review. *Canadian Journal on Aging/La revue canadienne du vieillissement*. 2011;30(3):495-510.
64. Üstündag-Budak AM, Aktaran K. Attachment Theory Self Compassion and Body Image. *The International Journal of Human and Behavioral Science*. 2019;5(2):1-17.
65. Özen Y. Kendilik, kendilik algısı ve kendilik algısına bağlı psikosomatik bozukluklara sosyal psikolojik bir bakış. *Akademik bakış uluslararası hakemli sosyal bilimler dergisi*. 2014.
66. Kohut H, Wolf ES. The Disorders of the Self and their Treatment: An Outline. *International Journal of Psycho-Analysis*. 1978;59:413-25.
67. Sezer Ö. Ergenlerin Kendilik Algılarının Anne Baba Tutumları ve Bazı Faktörlerle İlişkisi (ss. 1-19). *Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2010;7(1):1-19.
68. Tutar H, Altınöz M, Çakıroğlu D. İşgörenlerin kendilik algılarının bireysel özellikler bakımından değerlendirilmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2009(21):489-96.
69. Neuringer C, Wandke LW. Interpersonal conflicts in persons of high self-concept and low self-concept. *The Journal of social psychology*. 1966;68(2):313-22.
70. Şahin NH, Basim HN, Çetin F. Kişilerarası Çatışma Çözme Yaklaşımlarında Kendilik Algısı ve Kontrol Odağı. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2009;20(2).
71. Krueger DW. Psychodynamic perspectives on body image. *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice*. 2002:30-7.
72. Krueger DW. *Integrating body self & psychological self*: Routledge; 2013.
73. Buhl-Nielsen B, editor *Mirrors, body image and self*. International Congress Series; 2006: Elsevier.
74. Tiggemann M. Body image across the adult life span: Stability and change. *Body image*. 2004;1(1):29-41.
75. Allison DB, Newcomer JW, Dunn AL, Blumenthal JA, Fabricatore AN, Daumit GL, et al. Obesity among those with mental disorders: a National Institute of Mental Health meeting report. *American journal of preventive medicine*. 2009;36(4):341-50.
76. Awad AG, Voruganti LN. Body weight, image and self-esteem evaluation questionnaire: development and validation of a new scale. *Schizophrenia research*. 2004;70(1):63-7.
77. Chapman LJ, Chapman JP, Raulin ML. Body-image aberration in Schizophrenia. *Journal of abnormal psychology*. 1978;87(4):399.
78. Traub AC, Olson R, Orbach J, Cardone SS. Psychophysical studies of body-image: III. Initial studies of disturbances in a chronic schizophrenic group. *Archives of general psychiatry*. 1967;17(6):664-70.
79. Weckowicz T, Sommer R. Body image and self-concept in schizophrenia: An experimental study. *Journal of Mental Science*. 1960;106(442):17-39.
80. Weckowicz T, Blewett D. Size constancy and abstract thinking in schizophrenic patients. *Journal of Mental Science*. 1959;105(441):909-34.
81. Ünal S. Şizofrenide öznel yaşantılar ve duyguların ifadesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2000;3(2):131-6.
82. Green MF, Olivier B, Crawley JN, Penn DL, Silverstein S. Social cognition in schizophrenia: recommendations from the measurement and treatment research to improve cognition in schizophrenia new approaches conference. *Schizophrenia bulletin*. 2005;31(4):882-7.
83. Ruocchio PJ. First person account: The schizophrenic inside. *Schizophrenia bulletin*. 1991;17(2):357.

84. Reid D. Capturing presence moments: The art of mindful practice in occupational therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 2009;76(3):180-8.
85. Jackman MM. Mindful occupational engagement. 2014.
86. Sleight A, Clark F. Unlocking the Core Self: Mindful Occupation for Cancer Survivorship. *Journal of Occupational Science*. 2015;22(4):477-87.
87. McVeigh R. Mindfulness in practice: Developing an occupational therapy niche. *Occupational Therapy Now*. 2015;17(3):19-20.
88. Gura ST. Mindfulness in occupational therapy education. *Occupational Therapy in Health Care*. 2010;24(3):266-73.
89. Reid D, Farragher J, Ok C. Exploring Mindfulness With Occupational Therapists Practicing in Mental Health Contexts. *Occupational Therapy in Mental Health*. 2013;29(3):279-92.
90. Reid D. A model of occupational presence. *Journal of Occupational Science*. 2005;12(2):110-3.
91. Gura ST. Yoga for stress reduction and injury prevention at work. *Work*. 2002;19:3-7.
92. Shearsmith-Farthing K. The management of altered body image: A role for occupational therapy. *British Journal of Occupational Therapy*. 2001;64(8):387-92.
93. Baker SB. Healthy occupation in the management of eating disorders: a program development plan. 2012.
94. Deusen JV. Body image of non-clinical and clinical populations of men: a literature review. *Occupational Therapy in Mental Health*. 1996;13(1):37-57.
95. TREVAN-HAWKE JA. Occupational therapy assessment in body image disturbance. *Australian Occupational Therapy Journal*. 1986;33(3):114-20.
96. Bridges B. Occupational therapy evaluation for patients with eating disorders. *Occupational therapy in mental health*. 1993;12(2):79-89.
97. Martin JE. The 'art' of treating anorexia nervosa: the condition, the different treatment models and the role of occupational therapy: Council for National Academic Awards; 1980.
98. Halliwell E. The impact of thin idealized media images on body satisfaction: Does body appreciation protect women from negative effects? *Body image*. 2013;10(4):509-14.
99. Hayran M, Hayran, M. Sağlık Araştırmaları İçin Temel İstatistik. Art Ofset Matbaacılık Yayıncılık Organizasyon. Ankara.2011. 95 p.
100. Hatice G. Şizofreni ve cinsiyet: Başlangıç yaşı ve sosyodemografik özellikler. *Klinik Psikiyatri*. 2000;3:27-33.
101. Öcel H. Meme kanseri tanısı almış çalışan kadınlarda damgalanma ve bilinçli farkındalık ile psikolojik iyi oluş arasındaki ilişkiler: psikolojik esnekliğin düzenleyici rolü. *Türk Psikoloji Dergisi*. 2017;32(80):116-37.
102. Belli H, Özçetin A, Ertem Ü, Alpay E, Bahçebaşı T, Kıran Ü, et al. Şizofreni hastalarında bazı sosyodemografik özellikler ve tedavi ile ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2007;8(2):102-12.
103. Brown 1 LF, Davis 2 LW, LaRocco VA, Strasburger 2 A. Participant perspectives on mindfulness meditation training for anxiety in schizophrenia. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*. 2010;13(3):224-42.
104. Perona-Garcelán S, Rodríguez-Testal JF, Senín-Calderón C, Ruiz-Veguilla M, Hayward M. Mindfulness as a mediator between the relational style with voices and negative affect. *Mindfulness*. 2017;8(2):454-9.
105. Úbeda-Gómez J, León-Palacios M, Escudero-Pérez S, Barros-Albarrán M, López-Jiménez A, Perona-Garcelán S. Relationship between self-focused attention, mindfulness



and distress in individuals with auditory verbal hallucinations. *Cognitive neuropsychiatry*. 2015;20(6):482-8.

106. Narğis B. Şizofreni Hastalarında B-WISE Ölçeğinin Geçerlik Güvenirlik Çalışması ve Metabolik Sendrom ve Kendilik Algısıyla İlişkisi [Uzmanlık Tezi]: Mustafa Kemal Üniversitesi; 2011.

107. Amy J, Lane BR, Mulgrew KE. A Randomised Controlled Trial Examining the Effects of Self-Compassion Meditations on Women's Body Image. *Body Image*. 2020;35:22-9.

108. Tihanyi BT, Böör P, Emanuelsen L, Köteles F. 'Mediators between Yoga Practice and Psychological Well-Being: Mindfulness, Body Awareness and Satisfaction with Body Image'. *European Journal of Mental Health*. 2016;11(1-2):112.

109. Albertson ER, Neff KD, Dill-Shackleford KE. Self-compassion and body dissatisfaction in women: A randomized controlled trial of a brief meditation intervention. *Mindfulness*. 2015;6(3):444-54.

110. Stewart TM. Light on body image treatment: Acceptance through mindfulness. *Behavior Modification*. 2004;28(6):783-811.

111. JL. M. Teaching Mindfulness to Individuals with Schizophrenia: The University of Montana; 2011.

112. Pepping CA, O'Donovan A, Davis PJ. The positive effects of mindfulness on self-esteem. *The Journal of Positive Psychology*. 2013;8(5):376-86.

113. Cvetanovski A. Mindful Embodiment: Preliminary Investigation of the Relationship Between Body Image Dissatisfaction and Mindfulness, and the Effectiveness of Two Pilot Interventions for Adult Men and Women: RMIT University; 2014.

114. Green AI, Patel JK, Goisman RM, Allison DB, Blackburn G. Weight gain from novel antipsychotic drugs: need for action. *General Hospital Psychiatry*. 2000;22(4):224-35.

115. Kurzthaler I, Fleischhacker WW. The clinical implications of weight gain in schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2001;62:32-7.

116. Schnepfer R, Richard A, Wilhelm FH, Blechert J. A combined mindfulness–prolonged chewing intervention reduces body weight, food craving, and emotional eating. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2019;87(1):106.

117. Olson KL, Emery CF. Mindfulness and weight loss: a systematic review. *Psychosomatic medicine*. 2015;77(1):59-67.

118. Blevins NC. Mindfulness meditation as an intervention for body image and weight management in college women: A pilot study: Citeseer; 2008.

119. Gidugu V, Jacobs ML. Empowering individuals with mental illness to develop healthy eating habits through mindful eating: results of a program evaluation. *Psychology, health & medicine*. 2019;24(2):177-86.


120. Tharoor H, Mohandoss V, Maran S, Gopal S. Psychosocial Adjustment in Women with Schizophrenia using the Tamil Version of B-WISE. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*. 2015;2(1):31-4.

121. De Hert M, Peuskens B, van Winkel R, Kalnicka D, Hanssens L, Van Eyck D, et al. Body weight and self-esteem in patients with schizophrenia evaluated with B-WISE®. *Schizophrenia research*. 2006;88(1-3):222-6.

122. Weiden PJ, Mackell JA, McDonnell DD. Obesity as a risk factor for antipsychotic noncompliance. *Schizophrenia research*. 2004;66(1):51-7.

## 8. EKLER

## EK -1. Etik Kurul İzni



**T.C.**  
**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ**  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557-2109

Konu : ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

**Toplantı Tarihi** : 19 KASIM 2019 SALI  
**Toplantı No** : 2019/27  
**Proje No** : GO 19/954 (Değerlendirme Tarihi: 01.10.2019)  
**Karar No** : 2019/27-24

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Bölümü öğretim üyelerinden Dr. Öğr. Üyesi Onur ALTUNTAŞ'ın sorumlu araştırmacı olduğu, Erg. Büşra YUVALI'nın yüksek lisans tezi olan, GO 19/954 kayıt numaralı, "*Şizofreni Tanılı Bireylerin Bilinçli Farkındalık Düzeyleri ile Kendilik Algısı ve Beden İmajı İlişkisinin İncelenmesi*" başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, idari izinlerin tamamlanması kaydıyla 01 Aralık 2019-31 Aralık 2020 tarihleri arasında geçerli olmak üzere etik açıdan **uygun bulunmuştur**. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Etik Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.

1. Prof. Dr. Ayşe Lale DOĞAN	(Başkan)	9. Doç. Dr. Fatma Visal OKUR	(Üye)
İZİNLI		İZİNLI	
2. Prof. Dr. Sevdâ F. MÜFTÜOĞLU	(Üye)	10. Doç. Dr. Can Ebru KURT	(Üye)
İZİNLI			
3. Prof. Dr. M. Yıldırım SARA	(Üye)	11. Doç. Dr. H. Hüseyin TURNAGÖL,	(Üye)
4. Prof. Dr. Nâzide SAĞLAM	(Üye)	12. Dr. Öğr. Üyesi Özyay GÖKÖZ,	(Üye)
5. Prof. Dr. Mintaze Kerem GÜNEL	(Üye)	13. Dr. Öğr. Üyesi Müge DEMİR,	(Üye)
6. Prof. Dr. Oya Nurcan EMİROĞLU	(Üye)	14. Öğr. Gör. Dr. Meltem ŞENGELEN	(Üye)
7. Prof. Dr. M. Özgür UYANIK	(Üye)	15. Av. Meltem ONURLU	(Üye)
8. Doç. Dr. Gözde GİRGİN	(Üye)		

Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu  
06100 Sıhhiye-Ankara  
Telefon : 0 (312) 305 1082 • Faks : 0 (312) 310 0580 • E-posta: goetik@hacettepe.edu.tr

Ayrıntılı Bilgi için

## EK -2. İl Sağlık Müdürlüğü İzni



T.C.  
İSTANBUL VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSTANBUL EĞİTİM  
VE TESCİL BİRİMİ

10/11/2020 22:18 - 15916306 - 604.01.01 - E.6642



00128671904

Sayı : 15916306-604.01.01  
Konu : Ergoterapist Büşra YUVALI'nın  
Başvurusu Hk.

ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNE

İlgi : 29/09/2020 tarihli ve 32900231-929-1129 sayılı yazı.

İlgi sayılı yazınıza istinaden Hastanenizde Ergoterapist olarak görev yapmakta olup, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ergoterapi Bölümü Öğrencisi olan Büşra YUVALI'nın "Şizofreni Tanılı Bireylerin Bilinçli Farkındalık Düzeyleri ile Kendilik Algısı ve Beden İmajı İlişkisinin İncelenmesi" başlıklı çalışmasını, Müdürlüğümüze bağlı kurumda yapma talebi birimimize iletilmiş olup, Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayım, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonu 04.11.2020 tarih ve 2020/39 sayılı kararınca uygun görülmüştür.

Çalışmanın kurumunuzun uygun gördüğü zaman diliminde (Başvuru dosyasında belirtilen aralık gözetilerek) sürecin koordinasyonunun tarafınızca sağlanması ve araştırmanın bitiminde bir nüshasının elektronik ortamda (CD halinde) Müdürlüğümüze teslim edilmesi gerektiğinin başvuru sahibine tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır.  
Uz. Dr. Hasan Basri VELİOĞLU  
Başkan

EĞİTİM VE TESCİL BİRİMİ

Telefon: Faks No:

e-Posta: cemile.ozaslan@saglik.gov.tr İnt.Adresi: cemileozaslan@windowslive.com

Bilgi için: Cemile ÖZASLAN

TIBBİ SEKRETER

Telefon No: (0 212) 638 33 99

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 4a6fbca6-c659-475e-bf62-bb15d7c0e6ef kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

## EK -3. Aydınlatılmış Onam Formu

### AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Sayın Katılımcı,

“Şizofreni Tanılı Bireylerin Bilinçli Farkındalık Düzeyleri ile Kendilik Algısı ve Beden İmajı İlişkisinin İncelenmesi” isimli araştırma Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Bölümü tarafından yürütülmektedir. Yüksek lisans tezi kapsamında yapılacak bu çalışmanın amacı, şizofreni tanılı bireylerin günlük yaşamdaki anlık deneyimlerin farkında olmasının bireyin ruhsal ve bedensel açıdan kendisini nasıl algıladığı ve kendi bedenine yönelik duyguları ve davranışları ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmaktadır. Sizin cevaplarınızdan elde edilecek sonuçlarla çalışmamız planlanabilmektedir. Bu nedenle soruların tümüne ve içtenlikle katılmanız büyük önem taşımaktadır.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla (veya “bilimsel amaçlar için”) kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz son verebilirsiniz. Çalışmaya katılmayı kabul etmemeniz halinde tedaviniz hiçbir şekilde bundan etkilenmeyecektir.

Bu çalışmada bilinçli farkındalık düzeylerinizin kendilik algısı ve beden imajı ile ilişkisine dair bilgiler kaydedilecektir. Bunlara yönelik hazırlanmış özel ölçekler kullanılacaktır.

**Çalışmamız 2 ayrı bölümden oluşmaktadır. 27 sorudan oluşan ölçeklerin kullanıldığı, yaklaşık 10-15 dk zamanınızı alacak bu çalışmada** yanıtlarınızı, soruların altında yer alan seçenekler arasından uygun olanı işaretleyiniz.

Kullanılacak değerlendirmeler; 12 maddeden oluşan, uygulaması yaklaşık olarak 5 dakika süren ve vücut ağırlığı, beden imajı ve kendilik algısını değerlendiren *B-WISE Anketi*; 15 maddeden oluşan, uygulaması yaklaşık 10 dakika süren ve bilinçli farkındalık durumlarını belirlemeye yönelik olarak hazırlanan *Bilinçli Farkındalık Ölçeği*'nden oluşmaktadır.

**Değerlendirmeler sırasında oluşabilecek riskler:** Çalışma kapsamında yapılacak olan değerlendirmeler herhangi bir risk içermemektedir. Değerlendirmeleriniz araştırma dışında hiçbir amaçla ve yerde kullanılmayacaktır.

Anket formuna adınızı ve soyadınızı yazmayınız.

#### **Katılımcının Beyanı**

Dr.Öğr. Üyesi Onur Altuntaş ve Erg. Büşra Yuvalı tarafından yapılacak bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler tarafıma aktarılarak bilgilendirildim. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edilip onayımız istenmiştir.

Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verilmiştir.

Araştırmaya katılmam konusunda bana zorlayıcı bir davranışta bulunulmamıştır.

Yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu araştırmada “katılımcı” olarak yer alma davetini gönüllülük içerisinde kabul etmiş bulunmaktayım.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişi ile iletişim kurabilirsiniz:

**Araştırma Ekibi**

Erg. Büşra Yuvalı

Dr. Öğr. Üyesi Onur Altuntaş

#### **Katılımcının**

**Adı-Soyadı:**

**Tarih:**

#### **Araştırmacının**

**Adı Soyadı:**

**Tarih:**

**EK -4. Sosyodemografik Veri Formu****SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU****Boy :****Kilo :****1. Katılımcı Numarası:****2. Cinsiyet :****3. Yaş:****4. Meslek:****5. Eğitim durumu****6. Çalışma durumu:****7. TRSM'ye kayıtlı olduğu süre:**

## EK -5. Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BİFÖ)

### BİFÖ

**Açıklama:** Aşağıda sizin günlük deneyimlerinizle ilgili bir dizi durum verilmiştir. Lütfen her bir maddenin sağında yer alan 1 ile 6 arasındaki ölçeği kullanarak her bir deneyimi ne kadar sık veya nadiren yaşadığınızı belirtiniz. Lütfen deneyimizin **ne olması gerektiğini değil, sizin deneyiminizi gerçekten neyin etkilediğini** göz önünde bulundurarak cevaplayınız. Lütfen her bir maddeyi diğerlerinden ayrı tutunuz.

	1	2	3	4	5	6
	Hemen hemen her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren	Oldukça Seyrek	Hemen hemen hiçbir zaman
1. Belli bir süre farkında olmadan bazı duyguları yaşayabilirim.					1	2 3 4 5 6
2. Eşyaları özensizlik, dikkat etmeme veya başka bir şeyleri düşündüğüm için kırırım veya dökerim.					1	2 3 4 5 6
3. Şu anda olana odaklanmakta zorlanırım.					1	2 3 4 5 6
4. Gideceğim yere, yolda olup bitenlere dikkat etmeksizin hızlıca yürüyerek gitmeyi tercih ederim.					1	2 3 4 5 6
5. Fiziksel gerginlik ya da rahatsızlık içeren duyguları, gerçekten dikkatimi çekene kadar fark etmeme eğilimim vardır.					1	2 3 4 5 6
6. Bir kişinin ismini, bana söylendikten hemen sonra unuturum.					1	2 3 4 5 6
7. Yaptığım şeyin farkında olmaksızın otomatige bağlanmış gibi yapıyorum.					1	2 3 4 5 6
8. Aktiviteleri gerçekte ne olduklarına dikkat etmeden acele ile yerine getiririm.					1	2 3 4 5 6
9. Başarmak istediğim hedeflere öyle çok odaklanırım ki o hedeflere ulaşmak için şu an ne yapıyor olduğumun farkında olmam.					1	2 3 4 5 6
10. İşleri veya görevleri ne yaptığımın farkında olmaksızın otomatik olarak yaparım.					1	2 3 4 5 6
11. Kendimi bir kulağımla birini dinlerken; aynı zamanda başka bir şeyi de yaparken bulurum.					1	2 3 4 5 6
12. Gideceğim yerlere farkında olmadan gidiyor, sonra da oraya neden gittiğime şaşırıyorum.					1	2 3 4 5 6
13. Kendimi gelecek veya geçmişle meşgul bulurum.					1	2 3 4 5 6
14. Kendimi yaptığım işlere dikkatimi vermemiş bulurum.					1	2 3 4 5 6
15. Ne yediğimin farkında olmaksızın atıştırıyorum.					1	2 3 4 5 6

## EK -6. B-WISE Ölçeği

### B-WISE

Aşağıdaki cümleleri “hiçbir zaman”, “bazen”, “her zaman” şeklinde cevaplayınız.

	<b>“Hiçbir zaman”</b>	<b>“Bazen”</b>	<b>“Her zaman”</b>
1- Şu anki kilom beni mutsuz ediyor.			
2- Kendimi aktif ve enerjik hissediyorum.			
3- Eğlenmek için daha sık dışarı çıkıyorum.			
4- Açlığımı kontrol edemiyorum ve sürekli yiyecek arayışındayım.			
5- Görünüşümden hoşlanmıyorum.			
6- Diğer insanlarla birlikteyken kilom nedeniyle kendimi rahatsız hissediyorum.			
7- Gün boyunca birçok şey bana görünüşümü ve vücut şeklimi hatırlatıyor.			
8- Vücut şeklim yüzünden akrabalarımın ve arkadaşlarımdan kaçınıyorum.			
9- Nasıl kilo aldığımı ve nasıl verebileceğimi biliyorum.			
10- Fazla kilonun genel sağlığım açısından iyi olmadığına inanıyorum.			
11- Kilomu kontrol etmek için girişimlerim oluyor.			
12- Genellikle kendimle ilgili iyi hissedirim.			

## EK -7. Dijital Makbuz

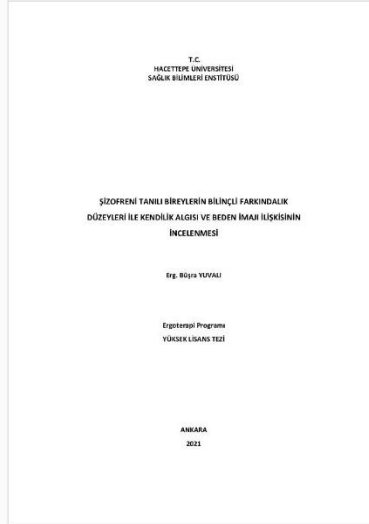


### Dijital Makbuz

Bu makbuz ödevinizin Turnitin'e ulaştığını bildirmektedir. Gönderiminize dair bilgiler şöyledir:

Gönderinizin ilk sayfası aşağıda gönderilmektedir.

Gönderen: Büşra Yuvalı  
Ödev başlığı: BÜŞRA YUVALI- ŞİZOFRENİ TANILI BİREYLERİN BİLİNÇLİ FARKI...  
Gönderi Başlığı: Şizofreni Tanılı Bireylerin Bilinçli Farkındalık Düzeyleri ile Ke...  
Dosya adı: B\_ra\_Yuval\_-\_Y\_ksek\_Lisans\_Tezi\_-\_turnitin.docx  
Dosya boyutu: 150.92K  
Sayfa sayısı: 41  
Kelime sayısı: 7,648  
Karakter sayısı: 56,239  
Gönderim Tarihi: 29-Tem-2021 03:56ÖS (UTC+0300)  
Gönderim Numarası: 1625425803





## EK -8. Orijinallik Raporu

### Şizofreni Tanılı Bireylerin Bilinçli Farkındalık Düzeyleri ile Kendilik Algısı ve Beden İmajı İlişkisinin İncelenmesi

#### ORJİNALLİK RAPORU

% <b>1</b>	%	% <b>1</b>	%
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

#### BİRİNCİL KAYNAKLAR

- 1** ÖZYEŞİL, Zümra, ARSLAN, Çoşkun, KESİCİ, Şahin and DENİZ, Engin M.. "Bilinçli farkındalık ölçeği'ni Türkçeye uyarlama çalışması", TUBITAK, 2011. <% **1**

Yayın
- 2** "Poster Özetleri / Poster Abstracts", Turkish Journal of Biochemistry, 2015 <% **1**

Yayın
- 3** Hülya KULAKÇI,, Tülay AYYILDIZ,, Funda VEREN,, Nihal KALINCI, and Aysel TOPAN,, "Zonguldak İl Merkezi Kamu Hastaneleriİnde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Mobbing ve Tükenmişlik Düzeylerinin ve Bunları Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi", Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma, 2015. <% **1**

Yayın
- 4** Cirpan, Fidan, and Sezgi Cinar. "Assessment of the Relationship Between Peer Support and Academic Success Among Students of Vocational School of Healthcare Services", <% **1**

## 9.ÖZGEÇMİŞ