

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ŞİZOFRENİ TANISI ALMIŞ BİREYLERDE
DANS/HAREKET TEDAVİSİNİN PSİKOTİK DURUM VE
İŞLEVSEL İYİLEŞME ÜZERİNE ETKİSİNİN
İNCELENMESİ: RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇALIŞMA**

Erg. Arif GÖKCEN

**Ergoterapi Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Ankara
2019**

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ŞİZOFRENİ TANISI ALMIŞ BİREYLERDE
DANS/HAREKET TEDAVİSİNİN PSİKOTİK DURUM VE
İŞLEVSEL İYİLEŞME ÜZERİNE ETKİSİNİN
İNCELENMESİ: RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇALIŞMA**

Erg. Arif GÖKCEN

**Ergoterapi Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Gamze Ekici ÇAĞLAR**


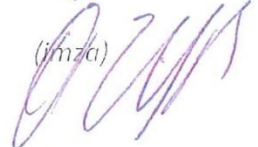
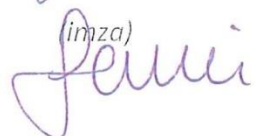
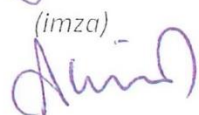
**Ankara
2019**

**ŞİZOFRENİ TANISI ALMIŞ BİREYLERDE DANS/HAREKET TEDAVİSİNİN PSİKOTİK
DURUM VE İŞLEVSEL İYİLEŞME ÜZERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ: RANDOMİZE
KONTROLLÜ ÇALIŞMA**

Öğrenci: Arif Gökçen

Danışman: Prof. Dr. Gamze Ekici Çağlar

Bu tez çalışması 28.06.2019 tarihinde jürimiz tarafından "Ergoterapi Programı" nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı:	Prof. Dr. Hülya Kayıhan Hacettepe Üniversitesi	(imza) 
Tez Danışmanı:	Prof. Dr. Gamze Ekici Çağlar Hacettepe Üniversitesi	(imza) 
Üye:	Prof. Dr. Elif Anıl Yağcıoğlu Hacettepe Üniversitesi	(imza) 
Üye:	Prof. Dr. Burcu Semir Akel İst. Kültür Üniversitesi	(imza) 
Üye:	Dr. Öğr. Üys. Ahmet Gül Ufuk Üniversitesi	(imza) 

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

19 Temmuz 2019


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

22/07/2019

(İmza)

Arif Gökçen

i

“*Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge*”

(1) Madde 6. 1. Lisansüstü teze 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.

(2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten 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.

(3) 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 özgün olduğunu, Tez Danışmanının Prof. Dr. Gamze Ekici Çağlar danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.



Arif Gökcen

TEŞEKKÜR

Eğitimim boyunca bilgisini, deneyimini, desteğini benden esirgemeyen, tez çalışmamın planlanmasında ve sürdürülmesinde en başından beri beni destekleyen saygıdeğer hocam ve tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Gamze Ekici Çağlar'a,

Lisans ve yüksek lisans eğitimim sürecinde bilgilerini benimle paylaşan ve beni destekleyen, Sayın Prof. Dr. Hülya Kayıhan, Prof. Dr. Mine Uyanık, Prof. Dr. Gonca Bumin, Prof. Dr. Esra Akı, Prof. Dr. Çiğdem Öksüz, Prof. Dr. Burcu Semin Akel, Doç. Dr. Meral Huri ve Dr. Onur Altuntaş'a,

Varlıkları ile beni daha güçlü kılan arkadaşlarım Uzm. Fzt. Eray Kılıç ve Uzm. Erg. Yasin Tekeci'ye,

Tez sürecinde desteğini hep hissettiğim sevgili mesai arkadaşlarım Uzm. Dr. Duygu Tiryaki Şen, Sosyal Hizmet Uzmanı Fatma Yüksel ve Hemşire Gülbenan Aydın'a,

Tüm hayatım boyunca her türlü desteği, koşulsuz sevgisi ve sabrıyla bana destek olan canım anneme, babama ve ağabeyime,

Hayatımdaki en değerli yol arkadaşım, destekçim, her zaman yanımda olan canım eşim Büşra Başar Gökçen'e,

Bu süreçte hayatıma giren biricik oğlum Arif Selim Gökçen'e,

Teşekkür ve saygılarımı bir borç bilirim,

Sonsuz teşekkürler...

ÖZET

Gökçen, A., Şizofreni Tanısı Almış Bireylerde Dans/Hareket Tedavisinin Psikotik Durum ve İşlevsel İyileşme Üzerine Etkisinin İncelenmesi: Randomize Kontrollü Çalışma, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ergoterapi Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2019. Çalışmamızda, dans/hareket tedavisinin (DHT) şizofreni tanılı bireylerde psikotik durum ve işlevsel iyileşme düzeyleri üzerine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Otuziki şizofreni tanılı bireyin dahil edildiği çalışmada, randomize olarak 16'sına rutin tedavi uygulanırken diğer 16'sına bu tedaviye ek olarak DHT uygulanmıştır. Şizofreni tanılı bireylerin psikotik durumlarının ve işlevsel iyileşme düzeylerinin tedavi öncesi ve sonrası değerleri karşılaştırılmıştır. Değerlendirme araçları olarak; Calgary şizofrenide depresyon ölçeği (CŞDÖ), pozitif ve negatif sendrom ölçeği (PANSS) ve şizofrenide işlevsel iyileşme ölçeği (ŞİLÖ) kullanılmıştır. Çalışmamız sonucunda; kontrol grubunda herhangi bir değişim gözlenmezken DHT grubunun CŞDÖ toplam puanında anlamlı düzeyde ($p=0,001$) artış görülmüştür. DHT uygulanan grubun PANSS toplam puanında ($p\leq 0,001$), negatif belirtiler alt ölçeği'nin toplam puanında ($p=0,001$) ve genel psikopatoloji alt ölçeği'nin toplam puanında ($p\leq 0,001$) anlamlı düzeyde düzelme tespit edilmiştir. Özellikle negatif belirtiler alt ölçeği'nde; "duygulanımda küntleşme" ($p=0,004$), "duygusal iççekilme" ($p=0,026$), "ilişki kurmada güçlük" ($p=0,011$), "pasif kayıtsız bir biçimde toplumdan kendini çekme" ($p=0,010$) ve "konuşmanın kendiliğinden ve akıcı olmasının kaybı" ($p=0,034$) alanlarında iyileşme elde edilmiştir. Genel psikopatoloji alt ölçeği'nin "bedensel kaygı" ($p=0,016$), "anksiyete" ($p=0,011$), "depresyon" ($p=0,024$), "işbirliği kuramama" ($p=0,034$), "dikkat azalması" ($p=0,001$), "zihinsel aşırı uğraşı" ($p=0,039$) ve "aktif biçimde sosya kaçınma" ($p=0,008$) alanlarında iyileşme elde edilmiştir. Bununla birlikte DHT uygulanan grubun ŞİLÖ toplam puanı ($p=0,000$) ve sosyal işlevsellik ($p=0,001$), sağlık ve tedavi ($p=0,008$), günlük yaşam becerileri ($p=0,001$) ve mesleki işlevsellik ($p=0,041$) alanlarında iyileşme elde edilmiştir. Bu sonuçlar, şizofreni tedavisinin yönetiminde heyecan verici olasılıklara işaret etmektedir. Sonuç olarak, DHT'nin şizofreni tanılı bireylerde psikotik semptomlardaki olumlu etkilerinin yanı sıra, işlevsel olarak iyileşmenin sağlanmasında da etkili bir tedavi olduğu görülmüştür. Şizofreni tanılı bireylerde DHT'nin rutin tedavilere ek olarak uygulanmasının önemli olduğu görüşüne varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Şizofreni, Dans/hareket tedavisi, Psikotik Belirti, Depresyon, İşlevsel İyileşme

ABSTRACT

Gökçen, A., Investigation of the Effects of Dance/Movement Therapy on Psychotic Status and Functional Remission in Individuals with Schizophrenia: Randomized Controlled Study, Hacettepe University Graduate School of Health Sciences MS Thesis in Occupational Therapy, Ankara, 2019. The aim of this study was to investigate the effects of dance/movement therapy (DMT) on psychotic status and functional remission in individuals with schizophrenia. In the study, 32 schizophrenic individuals, 16 randomly selected patients underwent sole medical treatment, and another 16 underwent medical treatment combined with DMT. The pre- and post-treatment values of psychotic states and functional recovery levels of individuals with schizophrenia were compared. Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS), The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia and Functional Remission of General Schizophrenia (FROGS) scale were used to collect the data. As a result of our study; while no change was observed in the control group, there was a significant improvement ($p=0.001$) in the total score of CDSS in the DMT group. There was a significant improvement in the total score ($p\leq 0.001$) of the DMT group, the total score of the Negative Symptoms subscale ($p=0.001$) and the total score of the General Psychopathology subscale ($p\leq 0.001$). Especially the Negative Symptoms subscale and its some item were improved; Flow “blunted affect” of ($p=0.004$), “emotional withdrawal” ($p=0.026$), “poor rapport” ($p=0.011$), “passive-apatetic social withdrawal” ($p=0.010$) and “lack of spontaneity & flow of conversation” ($p=0.034$). In the General Psychopatology Symptoms Subscale and its some item were improved; “somatic concern” ($p=0.016$), “anxiety” ($p=0.011$), “depression” ($p=0.024$), “uncooperativeness” ($p=0.034$), “poor attention” ($p=0.001$), “preoccupation” ($p=0.039$) and “active social avoidance” ($p=0.008$). In addition, in the group receiving DMT, FROGS total score ($p=0.000$) and “social functioning” ($p=0.001$), “health and treatment” ($p=0.008$), “daily life skills” ($p=0.001$) and “occupational functionality” ($p=0.041$) were improved. These results sign for exciting possibility in the treatment of schizophrenia. In conclusion, DMT's positive effects on psychotic symptoms in patients with schizophrenia, in addition to has been shown to be an effective treatment in functional remission. It has been concluded that DMT is an important addition to routine therapies in schizophrenia patients.

Key Words: Schizophrenia, Dance/Movement Therapy, Psychotic symptom, Depression, Functional Remission

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
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Şizofreni	4
2.1.1. Dünden Bugüne “Şizofreni”	4
2.1.2. Şizofreninin Epidemiyolojisi	6
2.1.3. Şizofreninin Etiyolojisi	6
2.1.4. Şizofreninin Patogenezisi	6
2.1.5. Şizofreni ve İşlevsel İyileşme	8
2.2. Şizofrenide Kullanılan Tedavi Yaklaşımları	8
2.2.1. Şizofrenide Farmakolojik Olmayan Tedavi Yaklaşımları	9
2.3. Dans/Hareket Tedavisi	12
2.4. Dans/Hareket Tedavisinin Klinik Sonuçları	13
2.5. Şizofreni Tanılı Bireylerde Dans/Hareket Tedavisi	14
3. GEREÇ VE YÖNTEM	16
3.1. Bireyler	16
3.2. Değerlendirme	18
3.2.1. Bireylerin Demografik Özellikleri ve Psikiyatrik öyküsü	19
3.2.2. Bireylerin Fiziksel Aktivite Düzeyi Değerlendirmesi	19
3.2.3. Bireylerin Bilişsel Düzey Değerlendirilmesi	20
3.2.4. Bireylerin Depresyon Düzeylerinin Değerlendirilmesi	20
3.2.5. Bireylerin Pozitif ve Negatif Belirtilerinin Değerlendirilmesi	21
3.2.6. Bireylerin İşlevsel İyileşme Düzeyinin Değerlendirilmesi	22

3.3. Dans/Hareket Tedavisi Uygulaması	22
3.4. İstatistiksel Analiz	29
4. BULGULAR	30
4.1. Bireylere İlişkin Genel Özellikler	30
4.2. Psikiyatrik Öykü	31
4.3. Bireylerin Depresyon Düzeyleri	33
4.4. Bireylerin Pozitif ve Negatif Belirtileri ve Genel Psikopatolojileri	35
4.5. Bireylerin İşlevsel İyileşme Durumu	39
5. TARTIŞMA	43
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	52
7. KAYNAKLAR	54
8. EKLER	
EK-1: Etik Kurul Karar Yazısı	
Ek-2: Demografik Bilgi ve Psikiyatrik öykü Formu	
Ek-3: Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi – Kısa Formu	
Ek-4: Standardize Mini-Mental Test	
Ek-5: Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği	
Ek-6: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği	
Ek-7: Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği	
Ek-8: Turnitin Dijital Makbuzu	
Ek-9: Turnitin Ekran Görüntüsü	
9. ÖZGEÇMİŞ	

SİMGELER VE KISALTMALAR

%	Yüzde
BDNF	Beyin-Türevli Nörotrofik Faktör
BKİ	Beden kütle indeksi
ÇŞDÖ	Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği
DHT	Dans/hareket tedavisi
DMT	Dance/movement therapy
dk	Dakika
DSM-V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition/Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
kg	Kilogram
m	Metre
m²	Metrekare
MET	Metabolik eşdeğer
n	Birey sayısı
p	İstatistiksel anlamlılık düzeyi
PANSS	Pozitif Ve Negatif Sendrom Ölçeği
SMMT	Standardize Mini-Mental Test
SPSS	Statistical Package for the Social Science/Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı
SS	Standart sapma
ŞİLÖ	Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği
UFAA-KF	Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi - Kısa Formu
\bar{X}	Ortalama

ŞEKİLLER

Şekil	Sayfa
3.1. Akış şeması.	18

TABLOLAR

Tablo	Sayfa
2.1. DSM-V şizofreni tanı ölçütleri.	5
4.1. Bireylerin cinsiyet, çalışma durumu, medeni durumu ve sigara kullanımı dağılımları.	30
4.2. Bireylerin vücut ağırlıkları, boy uzunlukları ve beden kütle indeksleri.	31
4.3. Bireylerin yaş ve eğitim süreleri.	31
4.4. Bireylerin psikiyatrik öyküsü ile ilgili bilgiler.	31
4.5. Bireylerin özkıyım ve aile öyküsü dağılımları.	32
4.6. DHT ve kontrol gruplarında Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği puanlarının ilk ve son değerlendirme karşılaştırmaları.	33
4.7. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği puanlarının ilk ve son değerlendirmelerindeki gruplar arası karşılaştırmaları.	34
4.8. DHT ve kontrol gruplarında Pozitif ve Negatif Sendrom Alt Ölçeği toplam ve alt ölçek puanlarının ilk ve son değerlendirme karşılaştırmaları.	35
4.9. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği toplam ve alt ölçek puanlarının ilk ve son değerlendirmelerindeki gruplar arası karşılaştırmaları.	37
4.11. Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği toplam ve alt ölçek puanlarının ilk ve son değerlendirmelerindeki gruplar arası karşılaştırmaları.	41

1. GİRİŞ

Şizofreni; bilişsel, duygusal, psikososyal ve işlevsel bozulmalarla ilişkili, birey ve toplum üzerinde büyük etkisi olan kronik bir psikiyatrik hastalıktır (1, 2). Şizofreni, Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayınlanan Küresel Hastalık Yüklü Raporu'na göre, engellilikle geçirilen yaşam yılı sıralamasında ilk yirmi hastalık arasında yer almaktadır (3).

Şizofrenide; sanrı, halüsinasyon, düzensiz konuşma ve davranışları içeren pozitif belirtiler ve anhedoni (zevk alamama), aloji (azalmış konuşma), avölüsyon (irade kaybı), duygulanımda küntlük (duygusal tepkilerde azalma) ve sosyal geri çekilme gibi negatif belirtiler görülebilmektedir (4, 5). Bunların yanı sıra yönetimsel fonksiyonlarda bozukluk, hafıza problemleri, dikkat azalması gibi kognitif bozukluklar da şizofreniye eşlik etmektedir (2, 6).

Tıbbi tedaviler, belirtilerin denetim altına alınmasında çoğu kez yardımcıdır (7). Antipsikotik ilaçlar, pozitif belirtilerin tedavisi için son derece etkili olmasına rağmen negatif belirtiler üzerinde sınırlı bir etkiye sahiptir (8). Hastalığın tedavisinde sadece tıbbi tedavi yaklaşımlarının kullanımı, tam bir iyileşme ve sosyal-mesleki işlevsellik için yeterli değildir (9, 10). Antipsikotik ilaçların negatif belirtiler üzerinde yetersizliği, yanı sıra ikincil negatif belirtilere neden olabilmeleri, düzenli tedaviye rağmen nükslerin olabilmesi, bireylerin yaşam kalitelerinin düşük olması ve yan etkiler nedeniyle ilaç kullanımına karşı bireylerin olumsuz tutumları gibi sebeplerle psikososyal tedavi yaklaşımları gündeme gelmiştir (7, 9). Negatif belirtilerin tedavisinde mevcut seçeneklerin yetersizliği göz önüne alındığında en iyi uygulama olarak ilaç uygulamalarına ek psikososyal tedavi yaklaşımlarının kullanılması önerilmektedir (1, 8). Şizofreni tedavisi kapsamında, bu tedavi yaklaşımlarının yeterli düzeyde yer almaması durumunda, tedavi başarısı sınırlı kalmaktadır (11). Şizofreni tanılı bireylerde kullanılan başlıca psikososyal rehabilitasyon yaklaşımları; psiko-eğitim, sosyal beceri eğitimi, aile eğitimi, grup tedavisi, akran desteği, mesleki rehabilitasyon, bilişsel rehabilitasyon, sosyal destek programları, vaka yönetimi, bilişsel davranışçı terapi, fiziksel aktivite, müzik tedavisi ve gevşeme eğitimi olarak sayılabilmektedir (1, 10, 12). Psikososyal rehabilitasyon programları; bireylerde alevlenmelerin önlenmesi, iyileşmenin sürekliliğinin sağlanması, yeti yitiminin azaltılması, yaşam kalitesinin ve tedaviye uyumun

artırılması için önemli yer teşkil etmektedir (12). Buna ek olarak bu yaklaşımların şizofreni tanılı bireylerde negatif belirtilerin yanı sıra depresif belirtiler üzerinde de etkileri olabileceği belirtilmektedir (13-16).

Şizofreni tanılı bireyler, genel popülasyona göre daha kötü bir fiziksel sağlığa sahiptir (17). Şizofreniye ruhsal problemlerin yanı sıra diyabet, yüksek tansiyon ve koroner kalp hastalığı gibi metabolik sağlık problemleri de sıklıkla eşlik etmektedir (18, 19). Epidemiyolojik çalışmalar, şizofreni tanılı bireylerin genel popülasyona göre ortalama 10-20 yıl daha az yaşam süresine sahip olduğunu göstermektedir (18). Son yıllarda fiziksel aktivitenin şizofreni tanılı bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlıkları üzerinde yararlı etkilerini gösteren kanıtlar da giderek artmaktadır (17, 20). Ruh sağlığı hizmeti sunan kurumlarda fiziksel aktivite müdahalelerinin uygulanması ve bireylerin fiziksel aktiviteye teşvik edilmesi, şizofreni tanılı bireylerin iyilik halini artırabilecek uygun bir strateji olarak ileri sürülmektedir (17).

Şizofreni tanılı bireyler fiziksel olarak birçok sebeple inaktif bir yaşam sürdürmektedir (17, 21). Bunlar arasında fiziksel aktivite katılımının sınırlı deneyimlenmesi, kaygı, ayrımcılık korkusu, kilo alımı, kötü fiziksel sağlık, hastalığın etkisi, ilaçların yan etkisi ve sosyal desteklerin az olması yer almaktadır (18). Sağlıklı bireylerde bile fiziksel aktiviteye katılım için motivasyon sağlamak ve bu motivasyonu sürdürmek zor iken şizofreni tanılı bireyler bu konuda daha büyük bir zorlukla karşı karşıya kalmaktadır. Bundan dolayı, bu popülasyon için fiziksel aktivitenin en uygun şeklinin seçilmesi oldukça önemlidir (22).

Aerobik egzersiz, yoga, dans, gevşeme eğitimi, yürüme programları gibi fiziksel aktivitenin birçok farklı tipinin ruh halini ve diğer ruhsal sağlık indikatörlerini iyileştirdiği gösterilmektedir (23). Bunlar arasında dans, fiziksel aktivitenin en popüler yöntemlerinden biridir (24). Dans, bireylerin fiziksel aktivite düzeyini artırırken aynı zamanda motivasyon düzeyini de artıran bir serbest zaman aktivitesidir (25, 26). Bunun yanı sıra eğlenceli ve çekici bir aktivite olduğundan dolayı bireylerin fiziksel aktivite düzeyini artıracak niteliktedir (27).

Dans/hareket tedavisi'nin şizofreni tanılı bireylerde ana sorun olan psikotik belirtiler üzerine etkilerini inceleyen çalışmalar sınırlıdır (28-30). Bununla birlikte Dans/hareket tedavisi (DHT)'nin şizofrenide işlevsel iyileşme üzerine etkisini inceleyen herhangi bir çalışma mevcut değildir. Bu nedenle bu çalışma şizofreni

tanılı bireylerde DHT'nin, hastalıkla ilişkili belirtiler ve işlevsel iyileşme düzeyleri üzerine etkisini incelemeyi amaçlamıştır.

Çalışmanın Hipotezleri Şunlardır:

1. **H0:** Şizofreni tanılı bireylerde DHT'nin pozitif belirtiler üzerine etkisi yoktur.
H1: Şizofreni tanılı bireylerde DHT'nin pozitif belirtiler üzerine etkisi vardır.
2. **H0:** Şizofreni tanılı bireylerde DHT'nin negatif belirtiler üzerine etkisi yoktur.
H1: Şizofreni tanılı bireylerde DHT'nin negatif belirtiler üzerine etkisi vardır.
3. **H0:** Şizofreni tanılı bireylerde DHT'nin genel psikopatoloji üzerine etkisi yoktur.
H1: Şizofreni tanılı bireylerde DHT'nin genel psikopatoloji üzerine etkisi vardır.
4. **H0:** Şizofreni tanılı bireylerde DHT'nin depresyon düzeyi üzerine etkisi yoktur.
H1: Şizofreni tanılı bireylerde DHT'nin depresyon düzeyi üzerine etkisi vardır.
5. **H0:** Şizofreni tanılı bireylerde DHT'nin işlevsel iyileşme düzeyi üzerine etkisi yoktur.
H1: Şizofreni tanılı bireylerde DHT'nin işlevsel iyileşme düzeyi üzerine etkisi vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şizofreni

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre şizofreni; düşünmenin bozulması ile karakterize, dil, algılama ve benlik algısını etkileyen ağır bir ruhsal bozukluktur (31). Şizofreni; sanrılar, halüsinasyonlar, düzensiz konuşma, düzensiz davranışlar ve bozulmuş bilişsel yeteneğin de dahil olduğu bir dizi belirti ile karakterize karmaşık, kronik, ruhsal bir sağlık sorunudur (32).

2.1.1. Düünden Bugüne “Şizofreni”

İlk olarak 1896 yılında 20-30'lu yaşların sonunda, kognisyonda kalıcı bozukluklara sahip olan bir grup psikotik hasta tanımlayan Emil Kraepelin, şizofreninin bugünkü görünümünü tanımlama yolundaki ilk adımları atmıştır (33). Emil Kraepelin, şizofreniyi; “dementia precoax” yani “erken bunama” olarak isimlendirmiştir (34). Bugünkü adıyla “şizofreni” terimi Eugen Bleuler tarafından 1908 yılında ortaya koyulmuştur (35). Eugen Bleuler'in çok tartışılan “şizofreni” terimi, sonunda Kraepelin'in ifade ettiği "dementia praecox" terminolojisinin terk edilmesine neden olmuştur (36). Şizofreni tanısı, Kraepelin ve Bleuler'in ilk tanımlarından bu yana, son 100 yılda önemli bir değişime uğramıştır ve bu süreç halen devam etmektedir (37). Yıllar sonra DSM-III-R (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-III-Revised) ile birlikte, tanı kriterleri olarak şizofreninin zamana dayalı özellikleri de dikkate alınmaya başlanmıştır (38). “Şizofreni” terimi DSM-V'de kullanılmaya devam etse de, şizofreni kavramı zaman içerisinde tanı kriterleri açısından kayda değer bir değişiklik göstermiştir (35). Tanısal sistemlerin değişimi, belirli bir zaman periyodunda bozukluğun tedavisindeki bakış açılarını, öncelikleri ve olanakları yansıtmaktadır (37). Günümüzde bir kişinin şizofreni tanısı alabilmesi için DSM-V göre, Tablo 2.1.'de gösterilen kriterlere sahip olması gerekmektedir. (5).

Tablo 2.1. DSM-V şizofreni tanı ölçütleri.**A. Karakteristik belirtiler:**

Aşağıdaki belirtilerden ikisinden (ya da daha çoğundan) her biri, bir aylık (ya da başarılı tedavi edilmişse daha kısa) bir sürenin önemli bir kesiminde bulunur. Aşağıdaki 1. 2. ya da 3. maddenin en az birinin olması gerekir.

1. Sanrılar
2. Varsanılar
3. Dezorganize konuşma (örn. sık sık konudan sapma ya da anlaşılabilir konuşma)
4. Büyük ölçüde dağınık davranış ya da katatonik davranış
5. Negatif belirtiler (duygusal ifadede azalma veya irade kaybı)

B. Sosyal/mesleki işlevsellikte bozulma:

Bozulmanın başlangıcından itibaren zamanın önemli bir kısmında iş, kişilerarası ilişkiler ya da özbakım gibi bir ya da birden çok ana alanda işlevsellik düzeyi, bu bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altındadır. (çocukluk ya da ergenlikte başlamışsa, kişilerarası, okulda ya da işle ilgili işlevsellik, erişilmesi beklenen düzeye erişemez).

C. Süre:

Bozulmanın devam eden belirtileri en az 6 ay sürer. Bu 6 aylık evre, A tanı ölçütünü karşılayan, en az bir aylık (ya da başarılı tedavi edilmişse daha kısa süreli) belirtileri (aktif evre belirtileri) kapsamalıdır ve ön (prodromal) ve rezidüel belirtilerini kapsayabilir. Bu bozukluk ön ya da rezidüel evreleri sırasında, yalnızca negatif belirtilere ya da bu hastalığın A tanı ölçütünde sıralanan iki ya da daha çok belirtinin azalmış biçimleriyle (örn. garip inançlar, olağandışı algısal deneyimleme) kendini gösterebilir.

D. Şizoaffektif (şizoduygulanım) bozukluk ve psikoz özelliği gösteren depresif ya da bipolar (iki uçlu) bozukluk dışlanmalıdır:

Çünkü; (1) majör depresyon ya da mani dönemleri aktif evre belirtileriyle eş zamanlı olarak ortaya çıkmamıştır; veya (2) aktif evre belirtilerinin olduğu sırada duygu durum dönemleri ortaya çıkarsa bunlar hastalığın aktif ve rezidüel dönemlerinin toplam süresinin az bir kısmında bulunmuştur.

E. Maddenin/genel tıbbi durumların etkisi dışlanır:

Bozulma, doğrudan bir maddenin (örneğin bir madde ya da ilaç kötüye kullanımı) ya da diğer tıbbi bir durumun fizyolojik etkilerine dayandırılmaz.

F. Bir yaygın gelişimsel bozuklukla ilişkisi:

Otizm spektrum bozukluğu veya çocuklukta başlayan bir iletişim bozukluğu öyküsü varsa, şizofreni tanısı konulabilmesi için gerekli diğer belirtilerin yanı sıra belirgin sanrılar ya da varsanılar da en az bir aylık (başarılı tedavi edilmişse daha kısa bir süre) bir süreyle mevcutsa, ayrıca şizofreni tanısı da konur.

2.1.2. Şizofreninin Epidemiyolojisi

Şizofreni, genel popülasyonun yaklaşık % 1'ini etkileyen bir psikiyatrik hastalık olmakla birlikte bütün toplumlarda sık görülen ruhsal bozukluklardan biridir (39, 40). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre şizofreni, dünyada 21 milyondan fazla insanı etkilemektedir (31). Şizofreninin yaşam boyu görülme sıklığı bölgeler arasında farklılık göstermekle birlikte yaklaşık olarak 0.3 % - 0.7 %'dir (5). Yapılan epidemiyolojik çalışmalar, şizofreninin görülme sıklığının kadın ve erkeklerde eşit olduğunu göstermektedir. Genel olarak şizofreni hastalığının başlama yaşı, erkeklerde 20'li yaşların başlarında, kadınlarda ise 20'li yaşların ortalarında ya da sonlarında olmaktadır (41). Şizofreni, nadiren 10 yaşından önce (erken başlangıçlı) ve 45 yaşından sonra (geç başlangıçlı) da ortaya çıkabilmektedir. (40). Yapılan çalışmalar ışığında şizofreni tanılı bireylerin daha çok bekar ve sosyoekonomik düzeyi düşük olduğu saptanmıştır (41, 42).

2.1.3. Şizofreninin Etiyolojisi

Şizofreni, bireye bağlı olarak farklı şekillerde ortaya çıkabilen belirtiler dizisiyle nitelendirilmektedir. Temel özellikleri pozitif belirtiler ve negatif belirtiler olarak ikiye bölünebilmektedir (43). Pozitif belirtilerde sanrılar, halüsinasyonlar, düzensiz konuşma ve düzensiz davranışları yer alırken negatif belirtiler arasında anhedoni (zevk alamama), aloji (azalmış konuşma), duygulanımda küntlük (duygusal cevap verme eksikliği), motivasyon kaybı ve sosyal geri çekilme yer almaktadır (44). Şizofreni tanılı bireylerin bazılarında uzun süreli kalıntı belirtiler görülse de, pozitif belirtiler nüks ve remisyon eğilimi göstermektedir. Kronik olma eğiliminde olan negatif belirtiler ise sosyal işlevsellik üzerinde uzun süreli olumsuz etkilere sahiptir (2).

2.1.4. Şizofreninin Patogenezi

Nörobilim alanında en çok çalışılan hastalıklardan biri olan şizofreninin patofizyolojisi bilinmemekle birlikte, oluşum mekanizmaları hakkında ipuçları mevcuttur (45, 46). Patogeneze önemli yeri olduğu düşünülen faktörler arasında;

genetik yatkınlık, nörotransmitter sistemler, immün sistem bozukluğu ve prenatal dönem yer almaktadır.

Genetik yatkınlık: Şizofrenide yüksek kalıtsal geçiş (% 80'e kadar) ile birlikte önemli bir genetik bileşen sorunu üzerinde durulmaktadır. Buna ek olarak yatkınlığa neden olan genler ile birlikte çeşitli çevresel faktörlerin etkileşime girmesi de şizofreni riskini artırmaktadır (47).

Nörotransmitterler: Çok sayıda kanıt, nörotransmitter sistemlerdeki (dopamin, glutamat, GABA, serotonin, kolinerjik sistem vb.) değişikliklerin, şizofreni belirtilerinin ortaya çıkmasına yol açan patofizyolojik süreçlere dahil olduğunu göstermektedir (48). Dopamin sistemi, patolojik koşullarda bozulma ve normal fonksiyonlar üzerindeki önemli rolü nedeniyle sıklıkla araştırmaların konusu haline gelmiştir. Bilişsel, duyuşsal ve motor fonksiyonlarda ve bu fonksiyonların bozulmasında önemli bir rol oynadığı gösterilen dopamin sistemi; şizofreni, parkinson, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ve madde kullanımının dahil olduğu birçok ana psikiyatrik ve nörolojik bozukluğun patofizyolojisinde altta yatan mekanizma olarak öne sürülmektedir (49). Asıl hipotezde ise hiperaktif bir dopaminerjik sistemin şizofreni patofizyolojisinin merkezinde yer aldığı ileri sürülmektedir. Bununla birlikte glutamat, glisin ve nöradrenalin gibi diğer nörotransmitterler ve reseptör sistemlerinin de şizofreni patofizyolojisinde rol oynadığı düşünülmektedir (50). Fakat bu hastalık oksidatif stres, atipik immün aracılı yanıtlar ve tiroit rahatsızlıklarının varlığı nedeniyle komplike bir hale geldiğinden mekanizma tam olarak bilinmemektedir (46).

İmmün sistem: Şizofrenide önerilen altta yatan mekanizmalardan biri, merkezi sinir sistemindeki immün süreçlerin bozukluğudur (51). Şizofrenide görülen immün sistemdeki birçok bozukluk hastalığın klinik bulguları ile ve etiopatofizyolojik mekanizmalarla örtüşmektedir (52).

Prenatal dönem: Prenatal enfeksiyon ve inflamatuvar yanıtların şizofreni etiyojisinde önemli rol oynadığı bilinmektedir. Bu durum şizofreninin patogenezinin temel olarak prenatal inflamasyon ile bağlantılı olabileceğini düşündürmektedir (53).

2.1.5. Şizofreni ve İşlevsel İyileşme

İşlevsel iyileşme; bireylerin bağımsız olarak yaşamalarının yanı sıra topluma ve işyerlerine yeniden entegrasyonunu amaçlayan sosyal yükü ve sağlık bakım maliyetlerini azaltan önemli bir tedavi hedefi olarak tanımlanır (54-56). İşlevsel iyileşme; sosyal ilişki kurma becerisi, günlük yaşam becerileri, sağlık ve tedavi hakkında uyumun sağlanmasıyla içgörünün kazanımı ve mesleki işlevsellik gibi alanlarda bireyin ideal düzeydeki işlevselliğini içermektedir (55). İşlevsellikte bozulma, bireyin hem ailesi hem de toplum için bir yük oluşturmaktadır. Bu nedenle bireylerin işlevselliğinin iyileştirilmesi, bakım verenlerin yükünün azaltılması ve maliyetlerin azaltılması için şarttır (57, 58).

İşlevsellik ve semptomatik iyileşme arasında yakın bir ilişki olduğu doğrulanmaktadır (59). Ancak işlevsellik artarken, azalmış olan psikotik belirtilerin stabil veya daha kötü kalması da mümkündür. Aynı şekilde, bireyler semptomatik iyileşme gösterebilir, ancak işlevsellikte azalmaya sahip olabilirler (60). Şizofreni tanılı bireylerin üçte ikisinin psikotik belirtileri remisyonda olsa bile psikososyal rolleri yerine getiremediği tahmin edilmektedir (61). Bu nedenle şizofreni tedavisinde istenilen sonuç; semptom yönetiminden, yaşam kalitesinin üst seviyelere çıkarılmasına ve işlevsel iyileşmeye doğru evrilmiştir (62). Şizofrenide işlevselliğin artırılması ile; bireylerin günlük yaşam aktivitelerine (GYA), iş ve üretici aktivitelerine ve serbest zaman aktivitelerine katılım sağlaması, sosyal becerilerinin gelişimi, hastalıkla ilişkili iç görünümün sağlanması, yan etkilerle baş etme becerilerinin gelişimi, ev idaresinin sağlanması, fiziksel aktiviteye katılım gibi alanlarda iyileşme meydana getirilmesi amaçlanmaktadır (63-65).

2.2. Şizofrenide Kullanılan Tedavi Yaklaşımları

Antipsikotik ilaçlar ve psikososyal tedavilerin kullanımına rağmen, Şizofreni tanılı bireyler genellikle kalıcı belirtiler yaşar ve tam remisyona nadir görülür. Şizofreni tanılı bireyler, sıklıkla mevcut farmakolojik ve psikolojik tedavilere bağlı kalmazlar ve hatta tedavilere katıldıkları zaman bile mevcut tedaviler, sadece sınırlı bir etkiye sahiptir. Bu, özellikle uzun süreli kötü sonuçlarla ilişkilendirilen negatif belirtiler için geçerlidir (66). Antipsikotik ilaç kullanımı, belirtilerin denetimine çoğu kez yardımcı olsa da, hastalık öncesi işlevsellik düzeyine ulaşma ya da beklenen rol

performansını geliştirme üzerinde etkisi sınırlıdır. Antipsikotik ilaçların negatif belirtiler üzerindeki etkilerinin yetersiz oluşu, bunun yanında sekonder belirtiler ve yan etkilere neden olması, ilaç almaya karşı olumsuz tutum, düzenli tedaviye rağmen nükslerin olabilmesi ve hastane dışında kalabilen bireylerin yaşam kalitelerinin düşük olması gibi nedenlerle psikososyal tedavi girişimleri gündeme gelmiştir (7). İlaç tedavisi ile birlikte kullanılan destekleyici tedaviler, tek başına ilaç tedavisine kıyasla pek çok açıdan üstün bulunmuştur (67).

2.2.1. Şizofrenide Farmakolojik Olmayan Tedavi Yaklaşımları

Şizofreni hastalığının tedavisinde sadece ilaç ve hastane tedavileri, sosyal- mesleki işlevsellik açısından tam bir iyileşme için yeterli olmamaktadır. Bundan dolayı bu bireyler, psikososyal tedaviler ve rehabilitasyon çalışmalarıyla da desteklenmelidir (10). Bu yaklaşımlar bireysel tedavinin yanı sıra şizofrenide kullanılan diğer bireysel yaklaşımların grup halinde yapılmasına olanak sağlar. Grup tedavileri bireylerin sosyal kaygılarının azalması, iletişim becerilerinin artması, temel sosyal becerilerin kazanılması üzerine olumlu etkide bulunmaktadır. Şizofreni tanılı bireyler için grup tedavileri aktif ve cesaretlendirici terapistlerin yönetiminde daha etkin bulunmaktadır. Grubun yapılandırılmış, gerçeğe odaklı, sorunların grup ortamında çözülmesi ve destekleyici özellikte olması tedavinin etkililiğini artırmaktadır (68, 69).

Şizofreni tanılı bireylerde uygulanan farmakolojik olmayan yaklaşımlardan en sık tercih edilenlerden bazıları şu şekilde sıralanabilir:

Psiko-eğitim: Hasta ve ailelerine yönelik hazırlanan bir eğitim uygulanmasıdır. Bu eğitimler, şizofreni hastalığı hakkındaki genel bilgiler, hastalığın belirtileriyle baş etme, ilaç tedavisinin amaçları ve yan etkileri gibi dikkat edilmesi gereken önemli konuları içermektedir. Yapılan çalışmalarda ailenin; tedaviye olan güveninin arttığı, bireyi daha iyi kabullenebildiği, bireyin tedavi uyumunu desteklediği, bireye sosyal destek sağladığı ve bunun sonucunda da bireyin işlevselliğini artırdığı, hastanın hastaneye yatış sayısı ve süresinin azaldığı ifade edilmiştir (70, 71).

Sosyal beceri eğitimi: Bu eğitimde amaç, kazanılan becerinin pekiştirilmesini, kalıcılışmasını ve günlük yaşamda kullanılmasını sağlamaktır.

Bireylere göz teması kurma gibi basit davranışlardan, girişkenlik ve düzgün iletişim kurma gibi karmaşık davranışlara kadar çeşitli sosyal beceriler kazandırılmaktadır. Bunun için modelleme, davranış alıştırmaları için rol yapma, olumlu ve düzeltici geri bildirimde bulunma (pekiştirme), destekleme, tekrar etme, kendini izleme ve değerlendirme, kendini yönlendirme, genelleme ve ödül ekonomisi gibi davranışçı yaklaşım teknikleri kullanılmaktadır (10, 72).

Bilişsel rehabilitasyon: Bilişsel rehabilitasyon, şizofreni tanılı bireyler için; dikkat, bilgi işleme, yönetici fonksiyonlar, öğrenme, hafıza, sosyal biliş ve anlama işlevlerini hedef alan çok sayıda eğitim metodu kullanılmaktadır. Bu rehabilitasyonda yetilerin onarımı ya da kusurların kompensasyonuna yönelik yöntemlerin geliştirilmesi sağlanmaktadır (73, 74).

Bilişsel davranışçı terapi: Bireylerin üstesinden gelemedikleri problemler ile karşılaştıklarında, öğrenme kuramları kullanarak baş etme stratejilerini uygulayan, problem odaklı psikososyal bir tedavi şeklidir (75). Şizofreni tanılı bireylerde sanrı ve varsanılarla ilişkili işlevsel olmayan düşünce ve inançları değiştirmeyi hedeflemektedir (72).

Vaka yönetimi: Vaka yönetimi, bireyin tedavisinin sürdürülerek hastane yatışlarının azaltılmasını ve sosyal işlevselliğin artırılması amaçlamaktadır. Bireye yaşadığı ortamdayken, düzenli ilaç kullanımı, uygun barınma ortamının sağlanması ya da sürdürülmesi, mali kaynakların temini ve gerekli durumlarda hastaneye ulaştırılması gibi pratik yardımları içermektedir. (76, 77).

Mesleki rehabilitasyon: Bireylerin; iş sahibi olmalarını, sahip olduğu işi sürdürebilmelerini, çalışma becerilerinin geliştirilmesini ve istihdam edilebilirliğinin artmasını amaçlamaktadır (78).

Sosyal destek ve bakımevi programları: Şizofreni tanılı bireylerin bir kısmı bakım ve destekten yoksun olarak yaşamaktadır. Yalnız yaşam süren bireyler için geçici ya da kalıcı bakımevleri programları düzenlenmelidir. Taburculuk sonrasında bireylerin bağımsız yaşamaya hazırlık evresi olarak geçici kaldıkları ve eğitim aldıkları yerler veya ailesi, evi hatta bakım vereni olmayan bireyler için sürekli kaldıkları yerler gibi destekleri içermektedir (10).

Aile eğitimi: Aileler, zamanlarının büyük bir kısmını hastalarıyla birlikte geçirdiklerinden dolayı hastalık ve tedavi sürecinin içerisinde bulunmaktadır. Bu

nedenle ailelerin ya da bakım verenlerin tedavi sürecinde aktif olarak sorumluluk üstlenen kişiler olarak yer almaları sağlanmalıdır. Ailelerin şizofreni tedavisine yönelik eğitim ve farkındalık düzeylerinin artırılmasının psikotik bozuklukların seyri üzerinde olumlu etkisi vardır. Kanıta dayalı aile eğitimi genellikle; psiko-eğitim, stres azaltma, duygusal yönlendirme, bilişsel yeniden değerlendirme ve yapılandırılmış problem çözme içerir. Müdahale, bireylerin yakınlarıyla çalışmak için psiko-terapatik stratejilerin birleşiminden oluşmaktadır. Bu eğitim, bireylerin iyileşmeye doğru ilerlemesine yardımcı olmak için aile ve tedavi ekibi arasında iş birliğine dayalı bir ilişki geliştirmeyi amaçlamaktadır. Ayrıca aile eğitimi, diğer psikososyal tedavi yaklaşımlarıyla da birlikte yürütüldüğünde daha etkili olan bir eğitimidir (79, 80).

Fiziksel aktivite: Fiziksel aktivitenin depresif belirtileri, kaygıyı ve şizofreninin belirtilerini azalttığı; özsaygıyı, yaşam kalitesini, aerobik kapasiteyi ve bilişsel-sosyal iyilik halini artırdığı görülmüştür. Şizofrenide psikososyal açıdan birçok fiziksel aktivite yaklaşımının yararı kanıtlanmıştır. Bu aktivitelerden bazıları; yoga, yüzme, bisiklet sürmek, jogging, aerobik egzersiz, tai-chi, yürüyüş, masa tenisi, bahçe işleri ve dans şeklinde sıralanabilmektedir (24, 81-83). Ancak şiddetli ruhsal hastalıkların tedavisinde, fiziksel aktiviteyi başlatmada en büyük engelin motivasyon olduğu vurgulanmaktadır (84). Dans aktivitesi, ruh halini iyileştirmek, sosyalleşmeyi sağlamak gibi ödüllendirici motivasyonel faktörlere sahip olduğu için aktif ve istekli bir katılıma destek olur (24, 85).

Şizofreni tanılı bireylerde sağlıklı bireylere göre beyin-türevli nörotrofik faktör (BDNF) düzeyleri daha düşüktür ve bundan dolayı bu faktör şizofrenide bir biyomarker olarak kabul edilmektedir (86, 87). Yapılan bir çalışmaya göre Şizofreni tanılı bireylerde serumda ölçülen BDNF'nin negatif belirtiler için hastalık şiddetinin objektif belirteçleri olabileceğini göstermektedir (88). İlaç nedenli psikozda (örn: fensiklidin, dizosilpin, ibotenik asit), azalmış BDNF mRNA konsantrasyonlarının psikotik semptomlarla ilişkili olduğu gösterilmektedir (89). Sylvia ve ark. 2010 yılındaki çalışmasında depresyon patofizyolojisinde rol oynayan BDNF düzeylerinde fiziksel aktivite ile artış olduğunu saptamış ve böylelikle antidepresan etki gösterdiklerini ileri sürmüşlerdir (90, 91). Fiziksel aktivitenin BDNF düzeyini normalleştirdiği bundan dolayı nöroprotektif ve nörotrofik etkileri olduğu

bulunmuştur (92). Sonuç olarak DHT gibi fiziksel aktivitelere katılım şizofrenide düzeyleri azalan BDNF düzeylerini artırarak negatif belirti ve depresyon düzeyi üzerinde olumlu etki gösterebileceği ileri sürülebilir.

2.3. Dans/Hareket Tedavisi

Dansın ilk defa terapatik amaçlar için kullanımı, 1940'lı yıllarda Marian Chace'in psikiyatrik hastalardaki çalışmaları ile ortaya atılmıştır (93). Dans tedavisi, bir diğer adıyla dans/hareket tedavisi (DHT), 1950'li yıllarda Kuzey Amerika'da interdisipliner bir müdahale yaklaşımı olarak ortaya çıkmıştır (94). Amerikan Dans Terapisi Derneği, DHT'yi, "bireyin duygusal, sosyal, kognitif ve fiziksel entegrasyonunu kolaylaştıran hareketin psikoterapatik kullanımı" olarak tanımlamaktadır (95). DHT, dansın yaratıcılık ve etkileyicilik özellikleri yanı sıra psikoterapinin bilgi ve yöntemlerini de içermektedir (94). DHT, ruhsal sağlık rehabilitasyonu, hastalıkları önleme, sağlığı geliştirme, günlük bakım gibi çeşitli alanlarda kullanılmaktadır (30). DHT, beden ve zihin arasındaki uyumu artırarak duygusal, kognitif ve fiziksel boyutta bütünlüğü sağlamaktadır (96). Terapistler bireylerin psikolojik ve fiziksel sağlığını ve iyilik halini geliştirmek için beden-zihin bütünlüğü, yaratıcı süreç, sembolik dışavurum ve terapatik ilişki temel ilkelerine dayanan çeşitli sözlü ve sözsüz tekniklerden yararlanmaktadırlar (97).

Duyguları, düşünceleri, hisleri ve deneyimleri aktarabilen ifade ve iletişim aracı olan dansın, tarih boyunca hem manevi hem dini uygulamalarda olduğu kadar rekreasyonel ve sosyal alanlarda da olumlu etkileri görülmektedir. Dans, terapatik hedefler için uygulandığı zaman, duygusal ve motor alanlarda sözsüz ifade aracılığıyla katılımcılar ile temas kurmayı sağlamaktadır. Bu nedenle dans, yaratıcılığın bulunduğu yerlerde hareket ve ifade etme kapasitesi için kolaylaştırıcı bir yaklaşım olarak görülmekte ve bireyin duygularını temsil etme veya dışavurumuna yardımcı olmaktadır (96).

Dans/hareket tedavisinin bugüne kadar dört farklı yaklaşımı ortaya atılmıştır. İlki olan *Chace Yaklaşımı*, adını dans tedavisinin öncüsü olan Marian Chace (1896-1970)'den almıştır. Bu yaklaşım vücut hareketi, sembolizm, kinestetik empati ve ritmik grup aktivitesi gibi müdahalelerle dışavurum ve iletişimi desteklemekte ve bu yaklaşımda empatik yansımalar ve empatik bağlantılar kurmak için bireylerin duygu

dağarcığı empatik olarak yansıtılmaktadır (98, 99). Burada tipik olarak kullanılan ve başka bir müdahale olan "Chacian Halkası", grup katılımcılarını ve terapisti hareket yoluyla terapatik ilişkiyi güçlendiren eşit demokratik konumlara entegre etmektedir (98, 100). Bu yaklaşımın etkililiği hakkında daha fazla araştırma yapılması halen gerekli görülmektedir (101). İkinci olarak olan *Psikodinamik Odaklı Dans Tedavisi Yaklaşımı*, derin psikolojik kavram ve kuramlarla karakterizedir. Bu yaklaşım, gruptaki psikodinamik hareket deneyimleri ve ilişkileri vasıtasıyla çalışan hareket doğaçlaması ile bütünleşen beden-zihin çalışmasına dayanmaktadır (102). Üçüncü yaklaşım olan *Otantik Hareket*, öncüsü Mary Whitehouse (1911-1979) tarafından "derinlemesine hareket"ten türetilmiş ve daha sonrasında Janet Adler ve Joan Chodorow tarafından geliştirilmiştir (99). Bu yaklaşımda hareket eden kişi, hiyerarşik olmayan ve tamamen kendi kendine yönlendirilmiş bir biçimde hareket ve kendini dinleme aracılığıyla bilinçaltını keşfederken izleyici de süreci yargılamadan dikkatli bir biçimde gözlemler (103, 104). Son yaklaşım olan *Bütünleştirici Dans Tedavisi Yaklaşımı*, DHT'nin "Bütünleştirici Tedavi" olarak adlandırılan teorilere dayandırıldığı Almanca konuşulan ülkelerdeki bazı terapistlerin uyguladığı bir yaklaşımdır ve bu yaklaşım "Chace", "Whitehouse" ve "Lilian Espenak"ın (1905–1988) kavramlarını bütünleştirmekte ve dans tedavisinin öncüsü olan Trudi Schoop'un (1903–1999) uygulamalı çalışmasını içermektedir. Sonuç olarak, bu dört yaklaşımın tümü sözsüz aktarım ve karşı-aktarım olgusunun mevcut olduğu fikrini paylaşmaktadır (103).

2.4. Dans/Hareket Tedavisinin Klinik Sonuçları

Dans/hareket tedavisi ile birbirinden farklı popülasyonlarda birçok klinik belirti üzerinde çalışılmıştır. Çeşitli popülasyonlarda depresyon ve anksiyete gibi klinik belirtileri azalttığı ve yaşam kalitesini, iyilik halini ve duygu-durumunu geliştirdiği görülmüştür (105). DHT'nin; kaygı, gerginlik, depresyon ve düşük benlik saygısına sahip olan psikiyatrik hastaların rehabilitasyonunu kolaylaştırdığı saptanmıştır (106). Hafif fiziksel aktivite ve psikolojik terapiler ile birlikte spesifik dans hareketlerinin yararlarını birleştirdiği için, 2010 NICE (İngiltere Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü) rehberi, DHT'nin sözlü iletişimde istekli olmayan depresyon tanısı almış bireylere yönelik farmakolojik olmayan tedaviler

içerisine bir rehabilitasyon yaklaşımı olarak dahil edilebileceğini belirtmiştir (107). Hafif düzeyde depresyonu olan adölesanlarda plazma serotonin düzeylerini artırdığı ve dopamin düzeylerini azalttığı, sempatik sinir sistemini stabilize ettiği ve obsesif-kompulsif, depresif ve psikotik belirtileri iyileştirdiği gösterilmiştir (108). Depresyonu olan bireylerde kısa dönemde olumlu etkilere sahip olduğu (109), hafif depresyonun belirtilerini iyileştirdiği (110) ve depresyon tanısı olan bireylerin tedavisinde rutin tedaviye eklenmesinin yararlı olduğu ortaya koyulmuştur (111). Yaşlı kadınlarda dengeyi geliştirdiği, depresif belirtileri iyileştirdiği ve düşme riskini azalttığı görülmüştür (112). Demanslı bireylerde saat çizme becerisini geliştirdiği saptanmıştır (113). Hipertansiyonu olan bireylerde maksimum oksijen tüketimini ve kardiyovasküler parametreleri geliştirmede etkili olduğu (111) ve uyku kalitesini artırdığı bulunmuştur (114). Kanseri olan bireylerde iyilik halini artırdığı bunun yanında özsaygıyı ve başa çıkma becerilerini geliştirdiği saptanmıştır (115). Otizm spektrum bozukluklarında uygun ve etkili bir tedavi olduğu görülmüştür (116). Parkinson bireylerde motor beceriler ve yönetimsel fonksiyonlar üzerinde etkili olduğu saptanmıştır (117). Kanseri olan bireylerde, kronik kalp yetmezliği olan bireylerde, Down sendromlu bireylerde, hipertansiyonu olan bireylerde ve stres düzeyi yüksek bireylerde sağlıklı ilişkili yaşam kalitesini artırdığı belirtilmiştir (96, 104, 105, 118, 119). Obez bireylerde vücut imajını ve psikososyal fonksiyonu geliştirdiği (120) ve vücut imajı ile ilgili problemleri azalttığı ve bireylerin özsaygılarını artırdığı gösterilmiştir (121).

2.5. Şizofreni Tanılı Bireylerde Dans/Hareket Tedavisi

Dans/hareket tedavisi, biliş, duygulanım ve etkileşim için vücut hareketini ve sensorimotor deneyiminin anlamını vurgulayarak duygusal işlemenin ve öz düzenlemenin merkezine etki eder ve terapötik değişimin karşılıklı mekanizmalarını kullanır. DHT, kronik şizofrenide negatif semptomları tedavi etmek amacıyla, temel ve tutarlı bir ego yapısını yeniden oluşturmak ve kendi ile ilişkilendirme süreçlerini güçlendirmek için vücuda yönelik müdahaleler uygular (29). Duyusal farkındalık ve hareket tekniklerini bütünleştirerek, temel beden imajı rahatsızlıklarını hedefler ve duygusal geri çekilmeyi azaltmak için duyarlı, etkileyici ve iletişimsel davranışlar yelpazesini genişletir (122).

Marian Chace'in yaptığı temel varsayıma göre, “dans iletişimidir ve bu temel bir insani ihtiyacı karşılamaktadır”. Psikozlu bireylerde, dil; başkalarıyla ilişki kurmanın bir aracı olarak etkinliğini yitirir, doğrudan iletişimden ziyade bir savunma bariyeri görevi görür. Bu nedenle ciddi ruhsal hastalıklarda duygularının iletişimi, büyük ölçüde sözel olmayan araçlara dayanmaktadır. DHT, sözel olmayan tedavilerden bir tanesidir (123).

DHT; kaygı, gerginlik, depresyon ve sosyal beceri problemlerine sahip olan psikiyatrik hastaların rehabilitasyonunda yararlı olduğu belirtilmiştir (94, 124, 125). DHT, Şizofreni tanılı bireylerde rutin tedavi ile birlikte uygulandığında depresif belirtileri azalttığı, toplumsal katılımı kolaylaştırdığı ve yaşam kalitesini artırdığı görülmüştür (126). Sınırlı sayıdaki çalışmada, DHT'nin şizofreni tanılı bireylerin tedavilerinde negatif belirtilerin şiddetini azaltmada önemli derecede etkili olduğu ortaya koyulmaktadır (28, 29). Ayrıca öfke kontrolünü artırarak, negatif psikotik belirtileri ve depresyonu azaltarak olumlu etkiler oluşturmaktadır (28). Bugüne kadar şizofreni tanılı bireylerde DHT uygulanan çalışmalarda, bireylerin iyileşme düzeylerini araştırırken sadece semptomatik iyileşme düzeylerine odaklanılmıştır (28, 29). Ancak işlevsel iyileşme düzeyleri hakkında herhangi bir araştırmaya rastlanılmamıştır. Çalışmamızda ise hem semptom iyileşimi, hem de işlevsel iyileşme düzeyleri incelenmiştir. Bir Cochrane derlemesine göre, şizofreni tanılı bireylerde DHT'nin kullanıldığı çalışmaların oldukça yetersiz kaldığı ve ileriki çalışmalara ihtiyaç olduğu bildirilmiştir (30).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı bulunan şizofreni tanılı bireylerle yapıldı.

Hacettepe Üniversitesi, Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından KA-17165 numarasıyla izlenen çalışmamız 16.02.2018 tarihinde değerlendirilmiş olup, tıbbi etiğe uygun bulundu (Bkz. Ek 1).

3.1. Bireyler

Çalışmaya dahil edilme kriterleri:

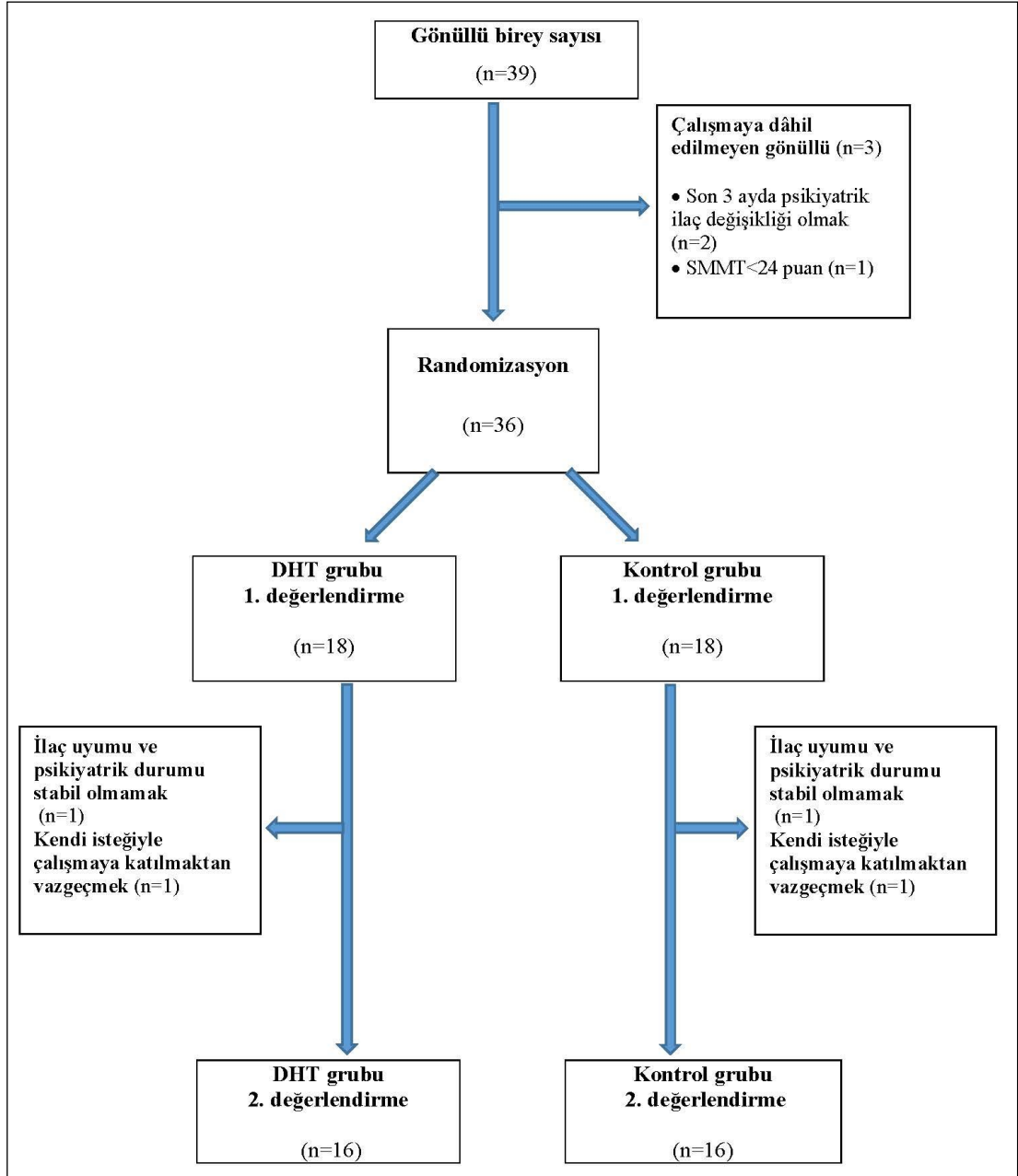
- 18-65 yaş aralığında olmak,
- DSM-V tanı kriterlerine göre şizofreni tanısı almış olmak ve son 2 yıldır bu tanıya sahip olmak
- Psikiyatrik durumu ve ilaç kullanımı stabil olmak (Son 3 ayda herhangi bir psikiyatrik ilaç değişikliği yapılmamış olmak)
- Türkçe okur-yazar olmak
- Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi - Kısa Formu'nda "inaktif" olarak değerlendirilmiş olmak
- Standardize Mini Mental Test'inin Türkçe verisyonundan 24 ve üstü puan almak
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak

Çalışmaya dahil edilmeme kriterleri:

- Çalışma sırasında farmakolojik tedavi dışında başka bir tedavi almak
- İlaç tedavisine uyum göstermemek
- Hastalığın nüks döneminde olmak
- Son 2 yıl içinde alkol ve madde kullanımı öyküsü olmak
- Kronik nörolojik rahatsızlığı ve beyin travması öyküsü olmak
- Herhangi bir nedenle çalışmadan ayrılmayı istemek

Çalışmaya, 18-65 yaş arasında ve şizofreni tanısı almış 39 gönüllü dahil edildi. Çalışmaya dahil edilmeden önce tüm katılımcılar çalışma hakkında bilgilendirildi. Tüm katılımcılara çalışma hakkında detaylı bilgi içeren, aydınlatılmış

onam formu imzalatıldı. Standardize Mini Mental Test'inin Türkçe verisyonundan 24 ve üstü puan almamaları ve son 3 ayda psikiyatrik ilaç değişikliği olması gibi nedenlerle dahil edilme kriterlerine uygun olmayan 3 kişi çalışmadan dışlandı. Çalışma 36 gönüllü ile gerçekleştirildi. Bireyler, tamamen rastgele, eşit olasılıkla ve eşit sayıda olacak şekilde bilgisayar destekli çevrimiçi randomizasyon uygulaması ile basit randomizasyon yöntemi kullanılarak DHT ve kontrol gruplarına ayrıldı. Katılımcılar, 1'den 36'ya kadar rastgele numaralandırılmış ve <https://www.randomizer.org/> web adresinde bulunan çevrimiçi randomizasyon uygulaması ile, aynı numara tekrarlanmayacak şekilde DHT (n=18) ve kontrol grupları (n=18) altında numaraların rastgele dağılımı ile atanmıştır. Gönüllü bireylerden 2 katılımcının ilaç kullanımını stabil olmadığı için ve bunlardan başka 2 katılımcı da kendi isteğiyle çalışmadan ayrılmak istediği için toplam 4 kişi çalışmayı tamamlayamadı. Çalışma, DHT grubu 16, kontrol grubu ise 16 gönüllü olmak üzere toplam 32 bireyle tamamlandı (Şekil 3.1. Akış Şeması). Çalışmamızda rutin tedavi; psikofarmakolojik tedavi olarak tanımlanmıştır. Her iki grup da rutin tedavi kapsamında psikofarmakolojik yaklaşımlarla takip edilmekteydi. Bu kapsamda kullanılan ilaçlar psikiyatrist kontrolünde devam ettirildi. Dahil edilme kriterlerine uygun bireylerin belirlendikten sonra kontrol grubu katılımcılarına rutin tedavi dışında bir tedavi verilmezken ve DHT grubuna ise rutin tedavi ile birlikte 8 hafta boyunca, haftada 2 seans olacak şekilde, 16 seans DHT uygulandı.



Şekil 3.1. Akış şeması.

3.2. Değerlendirme

Bütün katılımcılar, dahil edilme kriterlerine uygun bireylerin belirlenmesi amacıyla Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi - Kısa Formu (UFAA-KF) ve Standardize Mini-Mental Test (SMMT) ile değerlendirilmiştir. Çalışmaya dahil edilen bireylerin çalışmaya özel olarak hazırlanmış anket yardımıyla demografik bilgileri ve psikiyatrik öyküsü alınmıştır. Katılımcılar müdahale öncesi ve sonrası olmak üzere Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (CŞDÖ), Pozitif ve Negatif

Sendrom Ölçeği (PANSS) ve Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ) ile değerlendirilmiştir. Bu çalışmada dahil edilme kriterleri ve sosyodemografik bilgi incelemesi dışındaki müdahale öncesi ve sonrası değerlendirmeler, bir psikiyatri uzmanı tarafından bireylerin hangi gruba dahil edileceği bilinmeksizin yapılmıştır.

3.2.1. Bireylerin Demografik Özellikleri ve Psikiyatrik öyküsü

Bireylerin demografik özellikleri ve psikiyatrik öykü dahilinde; yaş (yıl), cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu (yıl), ağırlık (kg), boy (m), beden kütle indeksi (BKİ) (kg/m^2), sigara kullanım durumu, hastalığın başlangıç yaşı (yıl), hastalık süresi (yıl), hastaneye yatış sayısı, özkıyım öyküsünün olup olmadığı, şizofreni hastalığının aile öyküsü durumu gibi tanımlayıcı verileri kaydedildi (Bkz. Ek 2).

3.2.2. Bireylerin Fiziksel Aktivite Düzeyi Değerlendirmesi

Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi, 15-65 yaş aralığındaki katılımcıların fiziksel aktivite düzeylerini belirlemek amacıyla 2003 yılında Craig ve ark. (127) tarafından geliştirilmiştir. Ülkemizde Öztürk ve ark. (128) tarafından 2005 yılında geçerlik ve güvenilirliği alınmıştır. Uzun ve kısa form olmak üzere iki şekilde tasarlanmıştır. Bu araştırmada UFAA-KF kullanılmıştır (Bkz. Ek 3). Kısa form (7 soru); yürüme, orta dereceli, şiddetli aktivite ve oturmada harcanan zaman hakkında bilgi sağlamaktadır. Bu aktiviteler için standart MET değerleri oluşturulmuştur. Bunlar;

Yürüme = 3,3 MET,

Orta Dereceli Fiziksel Aktivite = 4,0 MET,

Şiddetli Fiziksel Aktivite = 8,0 MET,

Oturma = 1,5 MET.

Bu değerler kullanılarak günlük ve haftalık fiziksel aktivite seviyesi hesaplanmaktadır. Bu hesaplamalarla, MET- dk olarak bir skor elde edilmektedir. Bir MET- dk; yapılan aktivitenin dakikası ile MET skorunun çarpımından hesaplanmaktadır.

Örneğin; 2 gün 30 dk yürüyen bir kişinin yürüme MET-dk/hafta skoru:

$3.3 \times 2 \times 30 = 198 \text{ MET-dk/hafta}$ olarak hesaplanmaktadır.

- ◆ Yürüme MET-dk/hafta = 3.3 x yürüme dakikası x yürüme gün sayısı
- ◆ Orta dereceli MET-dk/hafta = 4.0 x orta dereceli aktivite dakikası x orta dereceli aktivite yapılan gün sayısı
- ◆ Şiddetli MET-dk/hafta = 8.0 x şiddetli aktivite dakikası x şiddetli aktivite yapılan gün sayısı
- ◆ Oturma MET-dk/hafta = 1.5 x oturma dakikası x oturulan gün sayısı
- ◆ Toplam, MET-dk/hafta = (yürüme + orta dereceli+ şiddetli + oturma) MET-dk/hafta

Kısa formun toplam skorunun hesaplanması yürüme, orta dereceli aktivite, şiddetli aktivite ve oturmanın süre (dakika) ve sıklık (gün) toplamını içermektedir. Elde edilen Toplam, MET-dk/hafta skoru kategorilere ayrılmaktadır.

Bu kategoriler:

I. kategori: İnaktif olanlar: <600 MET- dk/hafta

II. kategori: Minimum aktif olanlar: 600< - <3000 MET- dk/hafta

III. kategori: Çok aktif olanlar: >3000 MET- dk/hafta

3.2.3. Bireylerin Bilişsel Düzey Değerlendirilmesi

Standardize Mini-Mental Test, mental bozulmayı ölçmek amacıyla Folstein ve ark. (129) tarafından 1975 yılında geliştirilmiş olup Molloy ve ark. (130) tarafından 1997 yılında standardize edilmiştir. Ülkemizde Güngen ve ark. tarafından 2002 yılında geçerlik ve güvenilirliği çalışılmıştır. Testin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Güngen ve ark. (131) tarafından yapılmıştır. SMMT; yönelim, kayıt hafızası, dikkat ve hesap yapma, hatırlama ve lisan olmak üzere beş ana başlık altında toplanmış olan test toplam 30 puan üzerinden değerlendirilmektedir. Eşik değer 24 puan olarak kabul edilmekte olup bu değerdeki azalma kognitif fonksiyonlarda bozulmanın olduğunu belirtmektedir (Bkz. Ek 4).

3.2.4. Bireylerin Depresyon Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Bireylerin depresyon düzeylerinin değerlendirmek için ÇŞDÖ kullanılmıştır. Bu ölçek Addington ve ark. (132) tarafından 1992 yılında geliştirilmiştir. Diğer depresyon değerlendirme ölçeklerinin şizofreni tanılı bireylerdeki depresif belirtiler ve sendromları ölçmediğinin gözlemlenmesi üzerine geliştirilmiştir. Ölçek, şizofreni

tanılı bireylerde depresyon yönünden değerlendirme yapmak ve depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin temel uygulama grubunu şizofreni ve psikotik bozukluğu olan bireyler oluşturmaktadır. Toplam 9 maddeden oluşan ölçek dördümlük likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Her madde 0-3 arasında değişen puanlar almakta ve toplam puan bunların toplanması ile elde edilmektedir. Ölçeğin doldurulması birey ile görüşmeye, görüşme sırasındaki gözlemlere, bireyin yakınlarından alınan bilgilere göre yapılmaktadır. Yarı yapılandırılmış bir görüşme yapılmakla birlikte, uygulayıcı bu soruların dışına çıkarak da görüşme yapabilir. Ölçeğin Türkçe formunun geçerliği ve güvenilirliği 2000 yılında Aydemir ve ark. (133, 134) tarafından yapılmıştır. Güvenirlik çalışmasında, Cronbach alfa katsayısı $r=0.88$ olarak bulunmuştur. CŞDÖ'nün kesme puanı depresif bozukluğun eşlik ettiği şizofreni için 11/12 olarak hesaplanmıştır (Bkz. Ek 5).

3.2.5. Bireylerin Pozitif ve Negatif Belirtilerinin Değerlendirilmesi

Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, Kay ve ark. (135) tarafından 1987 yılında geliştirilmiştir. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, 30 maddelik ve yedili likert tip değerlendirmesini içeren yarı yapılandırılmış bir görüşme ölçeğidir. Maddelerin 7 tanesi pozitif belirtileri, 7 tanesi negatif belirtileri, 16 tanesi ise genel psikopatoloji belirtilerini içermektedir. Her sorudaki yedi puanlı değerlendirmede psikopatolojinin artan düzeyleri yansıtılmaktadır: 1= Yok, 2= Çok hafif, 3= Hafif 4= Orta 5= Orta/ağır 6= Ağır 7= Çok Ağır. Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlik çalışması, Kostakoğlu ve ark. (136) tarafından yapılmıştır. PANSS değerlendirmesi 30-40 dakikalık yarı yapılandırılmış bir görüşmeye dayanır. PANSS'ta tüm maddeler tanımlanmakta ve bu maddelere ait yedi şiddet puanının her biri için yapılan detaylı açıklamalar her maddede bulunmaktadır. PANSS alt ölçeklerinde puan dağılımı, normal dağılım göstermiştir. İç tutarlılık incelendiğinde pozitif ve negatif sendrom ile genel psikopatoloji alt ölçeklerinin toplam Cronbach alfa değerleri oldukça yüksek bulunmuştur (sırasıyla 0.75, 0.77, 0.71). Yapı geçerliliğinde pozitif ve negatif sendrom alt ölçekleri arasındaki kısmi korelasyon katsayısı genel psikopatoloji değişkeni kontrol altında tutulduğunda ters yönde bulunmuştur ($r= - 0.41$, $p<0.001$).

Bu bulgu iki alt ölçeğin farklı belirti kümelerini ölçtüğüne işaret etmektedir (Bkz. Ek 6).

3.2.6. Bireylerin İşlevsel İyileşme Düzeyinin Değerlendirilmesi

Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği, Llorca ve ark. (54) tarafından 2009 yılında, “Şizofreni’de İşlevsel İyileşme Gözlem Grubu’nun” uzmanları tarafından tasarlanmıştır. Ölçek, hastalığın belirtilerinden bağımsız olarak işlevsellikteki düzelmeleri inceleyen 19 maddeden oluşan 5’li likert tipine sahiptir. Değerlendirme, bireyin son bir aydaki işlevsellik düzeylerini belirlemek amaçlı olup hem bireyin kendisinden hem de ailesinden alınan bilgiye dayanır. Yarı yapılandırılmış bir görüşme şeklinde gerçekleştirilmektedir. Her madde için 5 değerlendirme düzeyi bulunmaktadır. 1. düzey (yok), en düşük düzeydeki iyileşmeyi belirtirken, 5. düzey (mükemmel derecede var), “ideal” işlevsellik düzeyine karşılık gelmektedir. 2. düzey (kısmen var), 3. düzey (yeterince var) ve 4. düzey (neredeyse tamamen var)’den oluşmaktadır. İki düzey arasında kalındığında düşük olan düzey seçilmektedir. Ölçekten alınabilecek maksimum puan 95, minimum puan ise 19’dur. Sosyal işlevsellik, sağlık ve tedavi, günlük yaşam becerileri ve mesleki işlevsellik alt ölçeklerinden oluşan ölçek dört ayrı alanda işlevsel iyileşmeyi ölçmektedir. Sosyal işlevsellik alt ölçeğinden minimum 7 puan maksimum 35 puan, sağlık ve tedavi alt ölçeğinden minimum 4 puan maksimum 20 puan, günlük yaşam becerileri alt ölçeğinden minimum 6 puan maksimum 30 puan, mesleki işlevsellik alt ölçeğinden minimum 2 puan maksimum 10 puan alınmaktadır. Her maddenin değerlendirmesi ile ilgili görüşmeciye yardımcı olacak soru maddeleri yer almaktadır. Ölçeğin güvenilirlik katsayısı 0.90 olarak bulunmuştur. Ölçeğin Türkçeye uyarlanması Emiroğlu ve ark. (55) tarafından 2009 yılında, 102 şizofreni tanılı birey ile gerçekleştirilmiştir. Her sorunun varyansına dayalı olarak hesaplanan Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.89’dur. Ölçeğin güvenilirliğinin maksimum % 89 ile minimum % 86 arasında olduğu görülmüştür (Bkz. Ek 7).

3.3. Dans/Hareket Tedavisi Uygulaması

Tedavi programı 8 hafta süre ile uygulanmıştır. Haftada 2 seans olacak şekilde 16 seansı içermektedir. DHT grubu her bir seansta 8 kişiden oluşacak şekilde

2'ye bölünmüştür. Seanslar 40-50 dk süre ile araştırmacı tarafından yürütülmüştür. Her seansta müzik kullanılmıştır. Müziğin seçimini yaparken Romero ve ark.'nın da belirttiği gibi, grubun seans anındaki durumu için anlamlı olacağı düşünülen müzikler katılımcıların da genel istekleri dikkate alınarak belirlenmiştir. DHT seanslarında enstrümantal ve ritmik dünya müzikleri, özellikle popüler parçalar tercih edilmiştir. DHT'de ritim, vücudu harekete geçiren ana elementtir (137). Bu nedenle başlangıç safhasında sabit ritimli olan daha yavaş tempolu (dakikada 76-108 vuruş) parçalar, seans sonlarına doğru daha hızlı tempolu (dakikada 120-168 vuruş) ve karmaşık ritimli parçalar tercih edilmiştir (138).

Tedavideki tüm seansların yapısı 5 bölümden oluşmaktadır. Seanslar, ilk bölüm olan 5-7 dakikasını *Giriş/Kaynaşma*, ikinci bölüm olan 8-10 dakikasını *İkili Yansıtma*, üçüncü bölüm 12-15 dakikasını *Baum-Halkası*, dördüncü bölüm olan yaklaşık 10 dakikasını *Tema* ve son bölüm olan 5-8 dakikasını *Sözlü Süreç*'ten oluşmaktadır. Seansların bu bölümlerinin akışı ve yapısı korunmuş olup, dördüncü bölüm olan *Tema* bölümünde haftalık programa göre farklı becerileri hedefleyen seanslar uygulanmıştır.

Giriş/Kaynaşma (Chace-Halkası) (Yaklaşık 5-7 dk): Seansın bu bölümünde adını DHT'nin kurucusundan aldığı Chace halkası, grup arasında kaynaşmayı sağlamak amacıyla kurulan kişi-merkezli bir tekniktir. Müzikle birlikte gruptaki bireylerin doğaçlama hareket etmeleri ile başlamaktadır. Bireylerin belirledikleri doğaçlama hareketler terapist tarafından kaydedilmiştir. Aynı zamanda terapist gruptaki tüm bireyler tarafından yapılan hareketlerin yaratıcı bir şekilde yansıtılmasını ve bu hareketlerin benimsenmesi için katılımcıları cesaretlendirilmiştir. Bunun üzerine katılımcılar her bir katılımcının hareketlerini yansıtmak amacı ile birbirlerinin isimlerinin öğrenilmesi sağlanmıştır. Bireyler, hareketlerini yansıtmak için "Haydi, A arkadaşımızın hareketini hep beraber yapalım" şeklinde motive edilmiştir.

İkili Yansıtma (Yaklaşık 8-10 dk): Seansın bu bölümünde katılımcılar ikili gruplara bölünürler ve bu ikili grupların birbirleri ile uyum içinde dans etmeleri istenmiştir. Bu seansta terapist tarafından seçilen şarkının ilk kısmında A kişisi, dans hareketini belirleyen ve diğer arkadaşını yönlendiren kişi olurken, B kişisi de, A kişinin yaptığı hareketi takip eden (yansıtan) kişi olmaktadır. Şarkının ikinci

kısımında tam tersi, B kişisi dans hareketini belirleyen ve diğer arkadaşını yönlendiren kişi olurken, A kişisi de B kişinin yaptığı hareketi takip eden (yansıtan) kişi olmaktadır ve böylelikle katılımcılar arasında kendini ifade etme ve empati becerisi gibi sosyal becerilerin yanı sıra yaratıcılık, dikkat, beden imajının gelişimi amaçlanmıştır. Şarkının üçüncü kısmında ise A kişinin ve B kişinin kendi hareketlerini yapmaları istenmiştir ve burada hareketler artık daha uyum içinde gözükmeye başlamıştır.

Baum-Halkası (Yaklaşık 12-15 dk): Seansın bu bölümünde ise tüm katılımcıların ayakta katılabileceği Baum-Halkası olarak adlandırılan büyük halkanın kurulması istenmiştir. Gruptan bir gönüllü katılımcının çıkıp ve kendi hareketini yapması ve diğer bütün katılımcılar bu kişinin hareketini takip etmesi yani yansıtması istenmiştir. Bu şekilde de grup içinde kendini ifade etme, liderlik etme ve empati becerisi gibi sosyal becerilerin gelişimi amaçlanmıştır.

Tema (Yaklaşık 10 dk): Seansın bu bölümünde, daha önceden belirlenen programa göre uygulanan hareket süreçleri mevcuttur.

Sözlü Süreç (Yaklaşık 5-8 dk): Seansın son bölümü diğer bölümlerden farklı olarak sözlü bir süreçtir. Bu süreçte katılımcıların dans hareketini oluştururken veya başka bir katılımcının oluşturduğu dans hareketini yansıtırken neler hissettiğine dair düşünce ve hisleri paylaşılır. Bireylerin DHT grubunda kullanılan teknikleri günlük yaşamlarına nasıl uygulayabileceğini sorgular ve son bölümde bu şekilde sonlanır (93, 139, 140).

Uygulanan tüm DHT seanslarının içeriği; Lee ve ark., Corteville ve ark., Pylvänäinen ve ark. ve Oganessian'ın müdahale temaları ve içerikleri göz önünde bulundurularak araştırmacı tarafından oluşturulmuştur (28, 141-143). Uygulanmış olan DHT seansların *Tema* bölümünün içeriği aşağıdaki gibidir:

1.Hafta, 1.Seans

Seansın hedefleri: Katılımcıların tanışmasını ve kaynaşmasını sağlamak, grubun kurallarını belirlemek.

Seans prosedürü: Bir konuşma başlatıldı:

1. Benim kim olduğumu biliyor musunuz?
2. “Ben bir insanım – Hepimiz insanız” , “Benim bir ismim var, senin de bir ismin var”

3. “Benim adım _____”

Her katılımcı, gruba isimlerini paylaştı.

4. “Merhaba”

5. Yaklaşık 2 dk boyunca birbirlerine çarpmadan karışık bir şekilde yürüyerek karşı karşıya geldikleri katılımcılarla durup tokalaşarak

“Merhaba benim adım ____ tanıştığıma memnum oldum” şeklinde isimlerini söylemeleri teşvik edilmiştir.

Grubun kuralları oluşturulurken; gizliliğe, bedene ve deneyime saygı duyulmuştur ve birinin bir başkasına zarar vermeme ilkesi benimsenmiştir (140).

1.Hafta, 2.Seans

Seansın hedefleri: Kişisel özelliklerinin dışavurumunu sağlamak, grubun birbirine olan güven duygusunu artırmak, grup içinde doğaçlama oluşan bir etkileşim sağlamak.

Seans prosedürü: “Selamlama”

Katılımcılardan, müzikle birlikte, önceden belirlenmiş bir daire içerisinde birbirlerine çarpmadan doğaçlama bir şekilde yürümeleri istenmiştir. Bu süreç, yaklaşık olarak 4 dakikadır. Müzik durduğu anda durmaları ve kendilerine en yakın katılımcılarla diledikleri şekilde sözsüz selamlaşmaları istenmiştir (Örn: Başını sallama, eli göğüse götürme, asker selamı, el sallama vb.).

Katılımcılardan, her bir selamlaşmada aldıkları selamı, diğer bir selamlaşmada taklit etmesi istenmiştir. Bu şekilde zincir devam ettirilmiştir.

2.Hafta, 3.Seans

Seansın hedefleri: Doğaçlama hareketi teşvik etmek, müzik eşliğinde farklı hareket paternlerini deneyimlemek ve GYA paternlerini gerçekleştirmek.

Seans prosedürü: Katılımcılar, çember oluşturmuştur. Her bir katılımcıdan ritmik bir müzik eşliğinde, sıra ile doğaçlama GYA paternlerini yapmaları istenmiştir (Örn: Dış fırçalama, saç tarama, ütü yapma, araba kullanma vb.). Bu GYA paternlerinin müzik ritmine uygun şekilde yapılması istenmiştir. Terapistin yönlendirmesiyle diğer katılımcıların da bu hareketi taklit etmesi istenmiştir.

2.Hafta, 4.Seans

Seansın hedefleri: Fiziksel aktivite düzeyini artırmak, fiziksel ve zihinsel gevşemeyi sağlamak, vücut farkındalığını ve kendini ifade edebilme becerisini artırmak

Seans prosedürü: Bu bölümde, vücut farkındalığı aktiviteleri (müziğin temposuna uyumlu olarak, alt ve üst ekstremitelerin harekete dahil edildiği; alkış, ayakları yere vurma ve elleri bacaklara vurma gibi aktiviteler) gerçekleştirildi. Seans sonunda, aktif imgelem kullanarak bireye gösterilen resim veya fotoğraftadaki ortamda (bir adada, çimlerin üzerinde, bir gemide vb.) bulunduğunu hayal etmeleri istendi. Gevşeme, yatar pozisyonda yapıldı, çünkü bu pozisyon kas gevşemesini de sağlamaya yardımcı olur.

3.Hafta, 5. ve 6. Seans

Seansın Hedefleri: Vücut farkındalığını ve fiziksel aktivite düzeyini artırmak

Seans prosedürü: Grubun çember içinde birbirine çarpmadan doğaçlama bir şekilde yürümleri istendi. Müzik durduğunda katılımcılardan en sonki konumunda kalarak, vücut parçalarını diğer vücut parçalarına temas ettirmeleri istendi. Burada talimatlar müzik sırasında verilmiştir.

- Müzik durduğunda herkes ellerini kulaklarına götürsün
- Müzik durduğunda herkes sol elini sağ dizine götürsün
- Müzik durduğunda herkes sol diz yere, sağ el sol kulağına
- Müzik durduğunda herkes başını omzuna, dirseğini dizine götürsün vb.

NOT: Grup içinde güven ve uyum sağlandıysa katılımcıların birbirine temasını sağlayabiliriz.

-Müzik durduğunda herkes sağ elini arkadaşının omzuna koysun gibi.

4.Hafta 7. ve 8. Seans

Seansın hedefleri: Hafıza, dikkati geliştirmek ve uzay oryantasyonunu geliştirmek

Seans prosedürü: Katılımlarla birlikte çember oluşturulmuştur. Terapist de bu çemberde yerini almıştır. Bir katılımcıdan, bir müziğin ritmine uygun ekstremitelerinin de dahil olduğu doğaçlama bir hareket yapması istendi. Bir sonraki kişiden bu hareketi taklit etmesi ve hemen ardından kendi doğaçlama hareketini yapması istenmiştir. Bir sonraki katılımcıdan ise ilk katılımcının ve ardından ikinci katılımcının hareketini taklit etmesi ve hemen ardından kendi doğaçlama hareketini

yapması istenmiştir. Bu şekilde zincir halinde tüm çemberde hareketler birikerek tamamlanmıştır. Katılımcılardan hareketleri yapmadan hemen önce hareketi yapan kişinin adını söyledi. Yapılan bütün hareketler hareketi yapanın adıyla isimlendirildi. Terapist ilk hareketi başlattı ve terapistin sağından sırası ile her bir katılımcı da devam etti. Zincir tamamlandıktan sonra her bir katılımcıdan grubun dizilim sırasına göre katılımcılara ait olan hareketleri yapması istendi. Daha sonra rastgele olarak katılımcıların yer değiştirmesi istendi. Her bir katılımcıdan yeni oluşan çember dizilim sırasına göre katılımcılara ait olan hareketleri yapması istendi. Son olarak katılımcılar, 3'erli ve 4'erli gruplara ayrılmış ve her grup kendine grup lideri seçmiştir. Burada grup liderleri, müzik eşliğinde büyük çemberdeki hareket repertuarının dışına çıkmadan doğaçlama koreografi oluşturmuştur. Grubun diğer üyeleri de, grup liderinin hareketlerini taklit etmiştir.

5.Hafta, 9. ve 10.Seans

Seansın hedefleri: Vücut farkındalığını ve fiziksel aktivite düzeyini artırmak

Seans prosedürü: Terapist, belirlenen çember şeklindeki harekve arkını içerisinde hareketleri başlatmış ve katılımcılardan hareketleri taklit etmelerini istemiştir. Her yeni vücut parçası, terapistin talimatıyla var olan harekete dahil olmuştur. Ancak katılımcılardan, hareketi hangi yönde ve doğrultuda, nasıl yapacaklarını doğaçlama olarak kendilerinin belirlemesi istenmiştir. Seans sırasında, daha önceden belirlenmiş temposu zaman zaman yavaşlayan ve hızlanan bir müzik kullanılmıştır. Katılımcılardan, ilk olarak sol ayak yerden teması koparılmadan diğer tüm vücudun hareket etmesi istenmiştir. Vücut parçalarının sırası ile sağ ayaktan başlayarak distalden proksimale doğru hareket ettirilmesi istenmiştir. Seans, tüm vücuda yayılan doğaçlama hareket ile devam etmiştir. İlk olarak sağ ayağın 1.parmak distal ucu, yere temas edecek şekilde, sadece sağ ayağın hareket ettirilmesi istenmiştir. Daha sonra sağ ayağın tümünün hareket ettirilmesi istenmiştir. Ayağın hareketine sırasıyla; sağ diz, sağ kalça dahil olmuştur. Daha sonra hareketlerle birlikte, yukarı doğru sırasıyla; bel, gövde, omuzlar, kollar, eller, baş dahil olmuştur. Son olarak bu hareketleri yaparken sabit kalan sol bacağında doğaçlama harekete dahil olması istenmiştir. Katılımcılarda gerçekleşen tüm vücut hareketi ile belirlenen harekve arkını içerisinde sol ayağında yerden teması kopararak yer değiştirmesi istenmiştir. Değişen tempo birlikte hareket hızı artırılırlması veya azaltılması sağlanmıştır.

6.Hafta, 11. ve 12.Seans

Seansın hedefleri: Duygunun dışavurumunu sağlamak, jest-mimikleri ve empati becerisini geliştirmek

Seans prosedürü: Bir tarafında yüz ifadesi ve onu tanımlayan duygunun adının yazılı olduğu 20*30 cm boyutunda bir kart yardımıyla terapist tarafından rastgele olacak şekilde katılımcılara dağıtılmıştır. Katılımcılardan müzik eşliğinde, doğaçlama hareket etmeleri istenmiştir ve müzik durduğunda en yakın olan katılımcıyla karşılıklı olarak, kartı göstererek kartlarındaki duyguyu diğer katılımcıya ifade etmesi istenmiştir. Bu dışavurumdan sonra katılımcılar duygu kartlarını birbirleri ile değiştirerek grup aktivitesine zincirleme olarak devam etmiştir.

7.Hafta, 13. ve 14.Seans

Seansın hedefleri: Uzaysal oryantasyonu, grup etkileşimini ve fiziksel aktivite düzeyini artırmak

Seans prosedürü: Katılımcılardan, müzik çalırken oluşturulan çember şeklindeki dans alanın dışına çıkmadan doğaçlama olarak hareket etmeleri istenmiştir. Müziğin her kesilişinde oluşan boşluğun katılımcılar tarafından fark edilmesi ve doldurulması sağlanmış ve bir sonraki harekete aynı şekilde devam edilmiştir. Bu hareket, katılımcıların birbirleri arasındaki mesafeyi koruyarak çember içinde homojen bir şekilde konumlanmalarını sağlayacaktır. Katılımcıların çember içindeki birbirine yakınlığı, uzaklığı ve hareket hızı “Şimdi herkes çok yavaş hareket etsin!”, “Şimdi herkes birbirine daha yakın olsun!” şeklinde terapist talimatıyla belirlenmiştir.

8.Hafta, 15. ve 16.Seans

Seansın hedefleri: Anterior fleksör postürlerinin iyileşmesine destek olmak, uzay oryantasyonunu geliştirmek, sırt ekstansör kasları, quadriceps femoris ve omuz retraksiyonu üzerine etki etmek

Seans prosedürü: Belirlenen bir müzik ile aktivite paraşütü kullanılarak önceden hazırlanmış fleksör postürü engellemeye yönelik ekstansör kas gruplarını içeren hareketler koreografi içinde uygulanmıştır. Her bir katılımcı aktivite paraşütünün bir kenarından tuttu. Çember şeklinde dizilmiş olan katılımcılar paraşütü kendilerine doğru çekerek omuz retraksiyonu ve boyun ekstansiyonunun sağlanması amaçlandı.

3.4. İstatistiksel Analiz

Dans/hareket tedavisi ve kontrol gruplarından elde edilen tüm veriler *IBM SPSS Statistics* Ver. 21.00 yazılımı kullanılarak analiz edilmiştir (144). İstatistiksel power analizi yapılarak % 80 güçte, hata payı % 5 ($p=0,05$) olarak kabul edildiğinde örneklem sayısı her bir grup için 16 olarak belirlenmiştir. Katılımcıların, yaş (yıl), cinsiyet, sigara kullanıp kullanmadığı, boy (m), ağırlık (kg), BKİ (kg/m^2), hastalığın başlangıç yaşı, hastalık süresi, hastaneye yatış sayısı, özkıyım girişimi olup olmadığı, paranoid tip şizofreni olup olmadığı, şizofreni hastalığının ailede öyküsü olup olmadığı gibi tanımlayıcı verilerde uygunluğuna göre frekans ve/veya ortalama \pm standart sapma ($\bar{X} \pm SS$) değerleri verilmiştir. SMMT, UFAA-KF, CŞDÖ, PANSS, ŞİLÖ düzeyleri için DHT öncesi ve 8 hafta sonrasında elde edilen değerler ve aynı zamanda kontrol grubu için 8 hafta öncesi ve sonrası değerler, “Wilcoxon Eşleştirilmiş Test” kullanılarak analiz edilmiştir (145). İki grubun arasındaki fark ise Mann Whitney U testi ile incelenmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p \leq 0,05$ olarak kabul edilmiştir (146).

4. BULGULAR

Bu çalışma DHT grubu ve kontrol grubu ile toplamda 32 şizofreni tanılı bireyle tamamlanmıştır. Çalışmamıza katılan bireyler SMMT'den; DHT grubu ortalama $27,25 \pm 2,43$ puan, kontrol grubu ise ortalama $27,50 \pm 2,09$ puan aldığı belirlenmiştir. İki grup arasında bilişsel düzey açısından anlamlı fark olmadığı bulundu ($p=0,893$). Çalışmamıza dahil edilen tüm bireyler UFAA-KF ile değerlendirilmiş ve "inaktif" oldukları belirlendi.

4.1. Bireylere İlişkin Genel Özellikler

Çalışmaya katılan bireylerin cinsiyet, çalışma durumu, medeni durum ve sigara kullanımı dağılımları Tablo 4.1.'de verilmiştir. Bu çalışmaya katılan bireylerin cinsiyet ($p=0,161$), sigara kullanımı ($p=0,483$), çalışma durumu ($p=0,551$) ve medeni durum ($p=0,551$) dağılımları homojen olup, gruplar arası anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 4.1. Bireylerin cinsiyet, çalışma durumu, medeni durumu ve sigara kullanımı dağılımları.

	DHT grubu (n=16)		Kontrol grubu (n=16)	
	n	%	n	%
Cinsiyet				
Erkek	7	43,8	11	68,8
Kadın	9	56,2	5	31,2
Çalışma durumu				
Çalışan	1	6,3	2	12,5
Çalışmayan	15	93,7	14	87,5
Medeni durum				
Evli	1	6,3	2	12,5
Bekâr	15	93,7	14	87,5
Sigara kullanımı				
Kullanan	8	50,0	6	37,5
Kullanmayan	8	50,0	10	62,5

*İki nitel değişkenin birbiriyle olan ilişkilerinin incelenmesinde " χ^2 " çapraz tabloları kullanılmıştır
 **İstatistiksel olarak anlamlılık değeri $p<0,05$ kabul edilmiştir.

Çalışmaya katılan bireylerin vücut ağırlıkları, boy uzunlukları ve BKİ Tablo 4.2.'de verilmiştir. DHT ve kontrol grubundaki bireyler vücut ağırlığı (kg), boy (m) ve BKİ (kg/m^2)'leri açısından benzer özelliklere sahiptir.

Tablo 4.2. Bireylerin vücut ağırlıkları, boy uzunlukları ve beden kütle indeksleri.

	DHT grubu (n=16)	Kontrol grubu (n=16)		
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	Z	p
Vücut ağırlığı (kg)	78,50 ± 9,78	82,38 ± 13,50	-0,868	0,385
Boy (m)	1,69 ± 0,67	1,68 ± 0,10	-0,208	0,836
BKİ (kg/m ²)	27,64 ± 3,76	29,16 ± 2,57	-1,885	0,059

*Normal dağılımına sahip olmayan iki bağımsız grubun karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

**İstatistiksel olarak anlamlılık değeri $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

Çalışmaya katılan bireylerin yaş ve eğitim süreleri Tablo 4.3.’de verilmiştir. Bu çalışmaya okuryazar olmayan bireyler dahil edilmemekle birlikte, her iki gruptaki bireylerin yaşı (yıl) ($p=0,083$) ve eğitim süreleri (yıl) ($p=0,845$) incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir.

Tablo 4.3. Bireylerin yaş ve eğitim süreleri.

	DHT grubu (n=16)	Kontrol grubu (n=16)		
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	Z	p
Yaş (yıl)	40,25 ± 10,09	46,87 ± 10,25	-1,735	0,083
Eğitim süresi (yıl)	12,37 ± 3,20	11,69 ± 4,02	-0,196	0,845

*Normal dağılımına sahip olmayan iki bağımsız grubun karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

**İstatistiksel olarak anlamlılık değeri $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

4.2. Psikiyatrik Öykü

Çalışmaya katılan bireylerin psikiyatrik öyküsü ile ilgili bilgiler Tablo 4.4.’de verilmiştir. Bu çalışmada hastalık başlangıç yaşı (yıl) ($p=0,225$), şizofreni tanı süresi (yıl) ($p=0,497$) ve psikiyatri servisine yatış sayısı ($p=0,195$) açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 4.4. Bireylerin psikiyatrik öyküsü ile ilgili bilgiler.

	DHT grubu (n=16)	Kontrol grubu (n=16)		
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	Z	p
Hastalık başlangıç yaşı (yıl)	22,50 ± 5,03	26,50 ± 9,78	-1,213	0,225
Şizofreni tanı süresi (yıl)	17,75 ± 9,14	21,00 ± 11,93	-0,679	0,497
Psikiyatri servisine yatış sayısı	2,13 ± 2,63	3,19 ± 3,58	-1,295	0,195

*Normal dağılımına sahip olmayan iki bağımsız grubun karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

**İstatistiksel olarak anlamlılık değeri $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

Çalışmaya katılan bireylerin özkıyım (p=1) ve aile öyküsü (p=0,164) dağılımları Tablo 4.5.'de verilmiştir. Bu çalışmada özkıyım ve aile öyküsü açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 4.5. Bireylerin özkıyım ve aile öyküsü dağılımları.

	DHT grubu (n=16)		Kontrol grubu (n=16)	
	n	%	n	%
Özkıyım öyküsü				
Yok	8	50	8	50
Var	8	50	8	50
Aile öyküsü				
Yok	6	37,5	10	62,5
Var	10	62,5	6	37,5

*İki nitel değişkenin birbiriyle olan ilişkilerinin incelenmesinde " χ^2 " çapraz tabloları kullanılmıştır.

4.3. Bireylerin Depresyon Düzeyleri

Tablo 4.6. DHT ve kontrol gruplarında Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği puanlarının ilk ve son değerlendirme karşılaştırmaları.

	DHT grubu (n=16)				Kontrol grubu (n=16)			
	Müdahale öncesi	Müdahale sonrası (8 hafta sonrası)	Z	p	İlk değerlendirme	Son değerlendirme (8 hafta sonrası)	Z	p
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$			$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (CŞDÖ)								
Depresyon (0-3)	0,81 ± 0,75	0,25 ± 0,45	-2,714	0,007	0,63 ± 0,72	0,69 ± 0,70	-1,000	0,317
Umutsuzluk (0-3)	0,50 ± 0,73	0,13 ± 0,34	-2,121	0,034	0,69 ± 0,79	0,69 ± 0,60	0,000	1,000
Değersizlik duygusu (0-3)	0,56 ± 0,73	0,25 ± 0,45	-2,236	0,025	0,50 ± 0,89	0,50 ± 0,89	0,000	1,000
Suçlulukla ilgili alınma düşünceleri (0-3)	0,44 ± 0,73	0,13 ± 0,34	-1,890	0,059	0,75 ± 0,93	0,75 ± 0,93	0,000	1,000
Patolojik suçluluk (0-3)	0,69 ± 0,79	0,31 ± 0,60	-2,121	0,034	1,00 ± 0,89	0,88 ± 0,96	-1,414	0,157
Sabah depresyonu (0-3)	0,69 ± 0,79	0,56 ± 0,73	-1,414	0,157	0,81 ± 1,05	0,94 ± 1,06	-1,414	0,157
Erken uyanma (0-3)	0,31 ± 0,48	0,13 ± 0,34	-1,732	0,083	0,44 ± 0,89	0,56 ± 0,96	-1,000	0,317
Özkiyim (0-3)	0,13 ± 0,34	0,00 ± 0,00	-1,414	0,157	0,19 ± 0,54	0,19 ± 0,54	0,000	1,000
Gözlenen depresyon (0-3)	0,44 ± 0,63	0,19 ± 0,40	-2,000	0,046	0,75 ± 0,68	0,88 ± 0,72	-1,414	0,157
CŞDÖ toplam puan (0-27)	4,56 ± 4,16	1,94 ± 2,55	-3,311	0,001	5,75 ± 4,81	6,06 ± 4,70	-0,647	0,518

*Normal dağılımına sahip olmayan gruplar içerisinde müdahale öncesi ve sonrası karşılaştırılmasında “Wilcoxon Signed rank” test (z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

**İstatistiksel olarak anlamlılık değeri $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

Tablo 4.7. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği puanlarının ilk ve son değerlendirmelerindeki gruplar arası karşılaştırmaları.

	İlk değerlendirme				Son değerlendirme			
	DHT grubu (n=16)		Kontrol grubu (n=16)		DHT grubu (n=16)		Kontrol grubu (n=16)	
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	Z	p	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	Z	p
Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (CŞDÖ)								
Depresyon (0-3)	0,81 ± 0,75	0,63 ± 0,72	-0,737	0,461	0,25 ± 0,45	0,69 ± 0,70	-1,914	0,056
Umutsuzluk (0-3)	0,50 ± 0,73	0,69 ± 0,79	-0,718	0,473	0,13 ± 0,34	0,69 ± 0,60	-2,895	0,004
Değersizlik duygusu (0-3)	0,56 ± 0,73	0,50 ± 0,89	-0,570	0,569	0,25 ± 0,45	0,50 ± 0,89	-0,575	0,565
Suçlulukla ilgili alınma düşünceleri (0-3)	0,44 ± 0,73	0,75 ± 0,93	-1,050	0,294	0,13 ± 0,34	0,75 ± 0,93	-2,357	0,018
Patolojik suçluluk (0-3)	0,69 ± 0,79	1,00 ± 0,89	-1,008	0,314	0,31 ± 0,60	0,88 ± 0,96	-1,885	0,059
Sabah depresyonu (0-3)	0,69 ± 0,79	0,81 ± 1,05	-0,124	0,901	0,56 ± 0,73	0,94 ± 1,06	-0,910	0,363
Erken uyanma (0-3)	0,31 ± 0,48	0,44 ± 0,89	-0,144	0,886	0,13 ± 0,34	0,56 ± 0,96	-1,409	0,159
Özkıyım (0-3)	0,13 ± 0,34	0,19 ± 0,54	-0,660	0,948	0,00 ± 0,00	0,19 ± 0,54	-1,437	0,151
Gözlenen depresyon (0-3)	0,44 ± 0,63	0,75 ± 0,68	-1,384	0,166	0,19 ± 0,40	0,88 ± 0,72	-2,921	0,003
CŞDÖ toplam puan (0-27)	4,56 ± 4,16	5,75 ± 4,81	-0,910	0,363	1,94 ± 2,55	6,06 ± 4,70	-3,024	0,002

*Normal dağılımına sahip olmayan iki bağımsız grubun karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

**İstatistiksel olarak anlamlılık değeri p<0,05 kabul edilmiştir.

4.4. Bireylerin Pozitif ve Negatif Belirtileri ve Genel Psikopatolojileri

Tablo 4.8. DHT ve kontrol gruplarında Pozitif ve Negatif Sendrom Alt Ölçeği toplam ve alt ölçek puanlarının ilk ve son değerlendirme karşılaştırmaları.

	DHT grubu (n=16)				Kontrol grubu (n=16)			
	Müdahale öncesi	Müdahale sonrası (8 hafta sonrası)	Z	p	İlk değerlendirme	Son değerlendirme (8 hafta sonrası)	Z	p
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$			$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
Pozitif Belirtiler Ölçeği (P)								
P1. Sanrılar (1-7)	1,94 ± 1,12	1,94 ± 1,06	0,000	1,000	1,94 ± 1,34	1,87 ± 1,03	-0,577	0,564
P2. Düşünce dağınıklığı (1-7)	2,00 ± 0,89	1,94 ± 0,85	-0,577	0,564	1,81 ± 1,17	2,06 ± 1,18	-1,300	0,194
P3. Varsanılar (1-7)	1,31 ± 0,70	1,19 ± 0,54	-1,000	0,317	1,38 ± 1,09	1,38 ± 1,09	0,000	1,000
P4. Taşkınılık (1-7)	1,44 ± 0,63	1,31 ± 0,60	-1,414	0,157	1,06 ± 0,25	1,25 ± 0,58	-1,342	0,180
P5. Büyüklük duyguları (1-7)	1,50 ± 1,03	1,31 ± 0,79	-0,816	0,414	1,69 ± 1,74	1,63 ± 1,63	-1,000	0,317
P6. Şüphencilik/Kötülük görme (1-7)	1,56 ± 0,73	1,44 ± 0,73	-1,414	0,157	2,00 ± 1,16	2,13 ± 1,36	-1,414	0,157
P7. Düşmanca tutum (1-7)	1,13 ± 0,342	1,06 ± 0,25	-1,000	0,317	1,31 ± 0,70	1,31 ± 0,79	0,000	1,000
P toplam puan (7-49)	10,87 ± 3,98	10,19 ± 3,47	-1,354	0,176	11,19 ± 4,55	11,63 ± 4,75	-0,841	0,400
Negatif Belirtiler Ölçeği (N)								
N1. Duygulanımda küntleşme (1-7)	3,00 ± 1,03	2,13 ± 1,09	-2,913	0,004	3,62 ± 1,46	3,75 ± 1,29	-0,577	0,564
N2. Duygusal içe çekilme (1-7)	2,44 ± 1,15	1,81 ± 0,54	-2,233	0,026	3,12 ± 1,20	3,25 ± 1,34	-0,816	0,414
N3. İlişki kurmada güçlük (1-7)	2,50 ± 1,21	1,87 ± 0,81	-2,530	0,011	2,69 ± 1,30	2,81 ± 1,47	-0,816	0,414
N4. Pasif/Kayıtsız biçimde kendini toplumdan çekme (1-7)	2,63 ± 1,31	1,87 ± 0,89	-2,588	0,010	3,31 ± 1,49	3,31 ± 1,07	-0,047	0,963
N5. Soyut düşünme güçlüğü (1-7)	2,00 ± 1,37	1,75 ± 1,18	-1,633	0,102	2,31 ± 1,85	2,12 ± 1,93	-1,732	0,083
N6. Konuşmanın kendiliğinden ve akıcı olmasının kaybı (1-7)	2,19 ± 1,38	1,81 ± 1,17	-2,121	0,034	3,06 ± 1,34	2,94 ± 1,34	-1,414	0,157
N7. Sterotipik düşünme (1-7)	1,56 ± 0,89	1,44 ± 0,73	-1,414	0,157	1,94 ± 1,29	1,81 ± 1,28	-1,000	0,317
N toplam puan (7-49)	16,31 ± 5,57	12,69 ± 3,93	-3,324	0,001	20,06 ± 6,68	20,00 ± 6,35	-0,325	0,745

Tablo 4.8. DHT ve kontrol gruplarında Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği toplam ve alt ölçek puanlarının ilk ve son değerlendirme karşılaştırmaları (devam).

	DHT grubu (n=16)				Kontrol grubu (n=16)			
	Müdahale öncesi	Müdahale sonrası (8 hafta sonrası)	Z	p	İlk değerlendirme	Son değerlendirme (8 hafta sonrası)	Z	p
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$			$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
Genel Psikopatoloji Ölçeği (G)								
G1.Bedensel kaygı (1-7)	1,94 ±1,24	1,19 ± 0,40	-2,414	0,016	1,81 ± 1,37	2,19 ± 1,83	-1,633	0,102
G2.Anksiyete (1-7)	2,25 ± 1,13	1,75 ± 0,86	-2,530	0,011	2,13 ± 1,15	2,31 ± 1,35	-1,000	0,317
G3.Suçluluk duyguları (1-7)	1,81 ± 1,05	1,69 ± 0,87	-1,414	0,157	2,50 ± 1,50	2,50 ± 1,51	0,000	1,000
G4.Gerginlik (1-7)	1,62 ± 0,72	1,38 ± 0,50	-1,633	0,102	1,69 ± 0,79	1,88 ± 0,96	-1,342	0,180
G5.Manyerizm ve vücut duruşu (1-7)	1,31 ± 0,79	1,25 ± 0,58	-1,000	0,317	1,44 ± 0,89	1,56 ± 1,10	-1,414	0,157
G6.Depresyon (1-7)	1,88 ± 1,09	1,31 ± 0,60	-2,264	0,024	2,06 ± 1,24	2,31 ± 1,54	-1,633	0,102
G7.Motor yavaşlama (1-7)	2,06 ± 1,18	1,56 ± 0,51	-1,807	0,071	2,56 ± 0,89	2,63 ± 0,96	-0,577	0,564
G8.İş birliği kuramama (1-7)	1,50 ± 0,82	1,13 ± 0,34	-2,121	0,034	1,44 ± 0,63	1,56 ± 0,73	-1,000	0,317
G9.Olağandışı düşünce içeriği (1-7)	2,06 ± 1,24	1,69 ± 0,87	-1,857	0,063	2,06 ± 1,34	2,13 ± 1,31	-0,577	0,564
G10.Yönelim bozukluğu (1-7)	1,19 ± 0,75	1,13 ± 0,50	-1,000	0,317	1,63 ± 1,02	1,56 ± 0,96	-1,000	0,317
G11.Dikkat azalması (1-7)	2,50 ± 0,89	1,75 ± 0,78	-3,207	0,001	2,44 ± 1,41	2,88 ± 1,31	-1,841	0,066
G12.Yargılama ve içgörü eksikliği (1-7)	2,88 ± 1,50	2,75 ± 1,44	-1,414	0,157	3,06 ± 1,81	3,19 ± 1,05	-1,000	0,317
G13.İrade bozukluğu (1-7)	1,94 ± 0,85	1,75 ± 0,86	-1,342	0,180	1,88 ± 1,15	1,81 ± 1,17	-0,447	0,655
G14. Dürtü kontrolsüzlüğü (1-7)	1,31 ± 0,87	1,19 ± 0,40	-0,816	0,414	1,38 ± 0,89	1,38 ± 0,89	0,000	1,000
G15.Zihinsel aşırı uğraşı (1-7)	1,56 ± 0,96	1,06 ± 0,25	-2,060	0,039	2,00 ± 1,32	2,00 ± 1,27	0,000	1,000
G16.Aktif biçimde sosyal kaçınma (1-7)	2,19 ± 1,05	1,75 ± 0,86	-2,646	0,008	2,88 ± 1,20	3,31 ± 1,49	-1,466	0,143
G toplam puan (16-112)	30,00 ± 7,63	24,31 ± 4,36	-3,524	0,000	32,94 ± 10,20	35,19 ± 10,86	-2,644	0,008
PANSS toplam puan (30-210)	57,19 ± 14,77	47,19 ± 8,91	-3,529	0,000	64,19 ± 16,55	66,81 ± 17,30	-1,800	0,072

*Normal dağılımına sahip olmayan gruplar içerisinde müdahale öncesi ve sonrası karşılaştırılmasında “Wilcoxon Signed rank” test (z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

**İstatistiksel olarak anlamlılık değeri p<0,05 kabul edilmiştir.

Tablo 4.9. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği toplam ve alt ölçek puanlarının ilk ve son değerlendirmelerindeki gruplar arası karşılaştırmaları.

	İlk değerlendirme				Son değerlendirme			
	DHT grubu (n=16)		Kontrol grubu (n=16)		DHT grubu (n=16)		Kontrol grubu (n=16)	
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	Z	p	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	Z	p
Pozitif Belirtiler Ölçeği (P)								
P1. Sanrılar (1-7)	1,94 ± 1,12	1,94 ± 1,34	-0,163	0,871	1,94 ± 1,06	1,87 ± 1,03	-0,101	0,920
P2. Düşünce dağınıklığı (1-7)	2,00 ± 0,89	1,81 ± 1,17	-1,033	0,302	1,94 ± 0,85	2,06 ± 1,18	-0,020	0,984
P3. Varsanılar (1-7)	1,31 ± 0,70	1,38 ± 1,09	-0,358	0,720	1,19 ± 0,54	1,38 ± 1,09	-0,098	0,922
P4. Taşkınılık (1-7)	1,44 ± 0,63	1,06 ± 0,25	-2,123	0,034	1,31 ± 0,60	1,25 ± 0,58	-0,392	0,695
P5. Büyüklük duyguları (1-7)	1,50 ± 1,03	1,69 ± 1,74	-0,261	0,794	1,31 ± 0,79	1,63 ± 1,63	-0,111	0,912
P6. Şüphencilik/Kötülük görme (1-7)	1,56 ± 0,73	2,00 ± 1,16	-0,949	0,342	1,44 ± 0,73	2,13 ± 1,36	-1,448	0,148
P7. Düşmanca tutum (1-7)	1,13 ± 0,342	1,31 ± 0,70	-0,597	0,551	1,06 ± 0,25	1,31 ± 0,79	-1,083	0,279
P toplam puan (7-49)	10,87 ± 3,98	11,19 ± 4,55	-0,210	0,834	10,19 ± 3,47	11,63 ± 4,75	-0,857	0,391
Negatif Belirtiler Ölçeği (N)								
N1. Duygulanımda küntleşme (1-7)	3,00 ± 1,03	3,62 ± 1,46	-1,210	0,226	2,13 ± 1,09	3,75 ± 1,29	-3,296	0,001
N2. Duygusal içe çekilme (1-7)	2,44 ± 1,15	3,12 ± 1,20	-1,528	0,126	1,81 ± 0,54	3,25 ± 1,34	-3,326	0,001
N3. İlişki kurmada güçlük (1-7)	2,50 ± 1,21	2,69 ± 1,30	-0,472	0,637	1,87 ± 0,81	2,81 ± 1,47	-1,874	0,061
N4. Pasif/Kayıtsız biçimde kendini toplumdaki çekme (1-7)	2,63 ± 1,31	3,31 ± 1,49	-1,102	0,270	1,87 ± 0,89	3,31 ± 1,07	-3,447	0,001
N5. Soyut düşünme güçlüğü (1-7)	2,00 ± 1,37	2,31 ± 1,85	-0,466	0,641	1,75 ± 1,18	2,12 ± 1,93	-0,196	0,845
N6. Konuşmanın kendiliğinden ve akıcı olmasının kaybı (1-7)	2,19 ± 1,38	3,06 ± 1,34	-1,983	0,047	1,81 ± 1,17	2,94 ± 1,34	-2,467	0,014
N7. Sterotipik düşünme (1-7)	1,56 ± 0,89	1,94 ± 1,29	-0,682	0,495	1,44 ± 0,73	1,81 ± 1,28	-0,625	0,532
N toplam puan (7-49)	16,31 ± 5,57	20,06 ± 6,68	-1,568	0,117	12,69 ± 3,93	20,00 ± 6,35	-3,132	0,001

Tablo 4.9. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği toplam ve alt ölçek puanlarının ilk ve son değerlendirmelerindeki gruplar arası karşılaştırmaları (devam).

	İlk değerlendirme				Son değerlendirme			
	DHT grubu (n=16)		Kontrol grubu (n=16)		DHT grubu (n=16)		Kontrol grubu (n=16)	
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	Z	p	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	Z	p
Genel Psikopatoloji Ölçeği (G)								
G1.Bedensel kaygı (1-7)	1,94 ± 1,24	1,81 ± 1,37	-0,544	0,587	1,19 ± 0,40	2,19 ± 1,83	-2,061	0,039
G2.Anksiyete (1-7)	2,25 ± 1,13	2,13 ± 1,15	-0,437	0,662	1,75 ± 0,86	2,31 ± 1,35	-1,122	0,262
G3.Suçluluk duyguları (1-7)	1,81 ± 1,05	2,50 ± 1,50	-1,291	0,197	1,69 ± 0,87	2,50 ± 1,51	-1,535	0,125
G4.Gerginlik (1-7)	1,62 ± 0,72	1,69 ± 0,79	-0,165	0,869	1,38 ± 0,50	1,88 ± 0,96	-1,508	0,132
G5.Manyerizm ve vücut duruşu (1-7)	1,31 ± 0,79	1,44 ± 0,89	-0,444	0,657	1,25 ± 0,58	1,56 ± 1,10	-0,845	0,398
G6.Depresyon (1-7)	1,88 ± 1,09	2,06 ± 1,24	-0,402	0,687	1,31 ± 0,60	2,31 ± 1,54	-2,049	0,041
G7.Motor yavaşlama (1-7)	2,06 ± 1,18	2,56 ± 0,89	-1,688	0,091	1,56 ± 0,51	2,63 ± 0,96	-3,221	0,001
G8.İş birliği kuramama (1-7)	1,50 ± 0,82	1,44 ± 0,63	-0,022	0,982	1,13 ± 0,34	1,56 ± 0,73	-2,013	0,044
G9.Olağandışı düşünce içeriği (1-7)	2,06 ± 1,24	2,06 ± 1,34	-0,041	0,968	1,69 ± 0,87	2,13 ± 1,31	-0,850	0,395
G10.Yönelim bozukluğu (1-7)	1,19 ± 0,75	1,63 ± 1,02	-1,662	0,097	1,13 ± 0,50	1,56 ± 0,96	-1,745	0,081
G11.Dikkat azalması (1-7)	2,50 ± 0,89	2,44 ± 1,41	-0,509	0,611	1,75 ± 0,78	2,88 ± 1,31	-2,667	0,008
G12.Yargılama ve içgörü eksikliği (1-7)	2,88 ± 1,50	3,06 ± 1,81	-0,347	0,728	2,75 ± 1,44	3,19 ± 1,05	-0,931	0,352
G13.İrade bozukluğu (1-7)	1,94 ± 0,85	1,88 ± 1,15	-0,464	0,642	1,75 ± 0,86	1,81 ± 1,17	-0,168	0,867
G14. Dürtü kontrolsüzlüğü (1-7)	1,31 ± 0,87	1,38 ± 0,89	-0,418	0,676	1,19 ± 0,40	1,38 ± 0,89	-0,166	0,868
G15.Zihinsel aşırı uğraşı (1-7)	1,56 ± 0,96	2,00 ± 1,32	-0,936	0,349	1,06 ± 0,25	2,00 ± 1,27	-2,531	0,011
G16.Aktif biçimde sosyal kaçınma (1-7)	2,19 ± 1,05	2,88 ± 1,20	-1,766	0,077	1,75 ± 0,86	3,31 ± 1,49	-3,170	0,002
G toplam puan (16-112)	30,00 ± 7,63	32,94 ± 10,20	-0,963	0,336	24,31 ± 4,36	35,19 ± 10,86	-3,400	0,001
PANSS toplam puan (30-210)	57,19 ± 14,77	64,19 ± 16,55	-1,358	0,174	47,19 ± 8,91	66,81 ± 17,30	-3,413	0,001

*Normal dağılımına sahip olmayan iki bağımsız grubun karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

**İstatistiksel olarak anlamlılık değeri p<0,05 kabul edilmiştir.

4.5. Bireylerin İşlevsel İyileşme Durumu

.Tablo 4.10. DHT ve kontrol gruplarında Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği toplam ve alt ölçek puanlarının ilk ve son değerlendirme karşılaştırmaları.

	DHT grubu (n=16)				Kontrol grubu (n=16)			
	Müdahale öncesi	Müdahale sonrası (8 hafta sonrası)	Z	p	İlk değerlendirme	Son değerlendirme (8 hafta sonrası)	Z	p
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$						
Sosyal İşlevsellik Düzeyi								
Sosyal ilişkilerde kendini ortaya koyabilme (1-5)	3,13 ± 0,96	4,00 ± 0,73	-3,500	0,000	2,50 ± 1,21	2,50 ± 1,21	0,000	1,000
Sosyal hayata ve/veya derneğe katılım (1-5)	2,31 ± 1,08	2,63 ± 1,36	-1,890	0,059	1,69 ± 1,35	1,69 ± 1,35	0,000	1,000
Kişisel aktiviteler (1-5)	3,50 ± 1,27	3,94 ± 1,00	-2,646	0,008	2,56 ± 1,37	2,56 ± 1,26	0,000	1,000
İletişim ve bilgilenme (1-5)	3,63 ± 0,81	3,88 ± 0,81	-1,633	0,102	2,94 ± 1,12	2,94 ± 1,12	0,000	1,000
Aile ve arkadaşlar (1-5)	3,75 ± 0,93	3,94 ± 0,93	-1,732	0,083	2,88 ± 1,15	2,94 ± 1,06	-1,000	0,317
Yaşam için gerekli olan sosyal çevre (1-5)	3,56 ± 0,96	3,81 ± 0,98	-2,000	0,046	2,94 ± 1,48	2,87 ± 1,50	-1,000	0,317
Duygusal ve cinsel ilişkiler (1-5)	2,63 ± 1,63	2,75 ± 1,73	-1,414	0,157	2,31 ± 1,66	2,31 ± 1,66	0,000	1,000
Toplam puan (7-35)	22,50 ± 5,77	24,94 ± 5,81	-3,314	0,001	17,81 ± 7,79	17,81 ± 7,67	0,000	1,000
Sağlık ve Tedavi Düzeyi								
Hastalığın ve tedavinin idaresi (1-5)	4,13 ± 1,09	4,13 ± 1,09	-1,000	0,000	4,06 ± 1,06	4,19 ± 1,11	-1,414	0,157
Sağlık idaresi (1-5)	4,06 ± 0,93	4,13 ± 0,90	-1,000	0,317	4,06 ± 1,00	4,25 ± 1,00	-1,342	0,180
Empati ve başkalarına yardım (1-5)	3,00 ± 1,10	3,56 ± 1,26	-2,530	0,011	3,50 ± 1,03	3,25 ± 1,07	-2,000	0,046
Tedavinin yan etkilerini idare etme (1-5)	3,69 ± 0,95	3,81 ± 1,05	-1,414	0,157	3,56 ± 1,03	3,44 ± 1,03	-1,414	0,157
Toplam puan (4-20)	14,81 ± 3,08	15,62 ± 3,30	-2,636	0,008	15,19 ± 3,43	15,12 ± 3,28	-0,176	0,860
Günlük Yaşam Becerileri Düzeyi								
Biyolojik ritimlere uyum (1-5)	3,88 ± 1,03	4,13 ± 1,03	-2,000	0,046	3,81 ± 0,98	3,69 ± 1,01	-1,414	0,157
Beslenme (1-5)	3,56 ± 1,03	3,81 ± 1,05	-1,633	0,102	3,44 ± 1,21	3,50 ± 1,21	-1,000	0,317
İdari ve finansal yönetim (1-5)	3,56 ± 1,50	3,69 ± 1,54	-1,000	0,317	2,94 ± 1,44	3,00 ± 1,41	-1,000	0,317
Kişisel görünüm ve bakım (1-5)	3,63 ± 0,89	4,50 ± 0,82	-3,357	0,001	3,94 ± 1,24	3,88 ± 1,15	-0,577	0,564
Agresif, saldırgan/anti sosyal davranış kontrolü (1-5)	4,25 ± 1,13	4,37 ± 1,15	-1,414	0,157	4,25 ± 1,24	4,19 ± 1,22	-1,000	0,317
Stres ve beklenmeyen durumlara uyum (1-5)	3,38 ± 0,96	4,06 ± 1,00	-2,810	0,005	3,31 ± 1,14	3,12 ± 1,03	-1,134	0,257
Toplam puan (6-30)	22,25 ± 4,68	24,56 ± 5,03	-3,330	0,001	21,69 ± 5,00	21,38 ± 4,92	-1,265	0,206

Tablo 4.10. DHT ve kontrol gruplarında Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği toplam ve alt ölçek puanlarının ilk ve son değerlendirme karşılaştırmaları (devam).

	DHT grubu (n=16)				Kontrol grubu (n=16)			
	Müdahale öncesi	Müdahale sonrası (8 hafta sonrası)	Z	p	İlk değerlendirme	Son değerlendirme (8 hafta sonrası)	Z	p
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$			$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
Mesleki İşlevsellik Düzeyi								
Ev işi etkinlikleri (1-5)	3,31 ± 1,08	3,63 ± 1,20	-1,890	0,059	2,94 ± 1,34	2,88 ± 1,31	-1,000	0,317
Çalışma veya eğitim (1-5)	2,63 ± 1,31	2,94 ± 1,57	-1,890	0,059	1,75 ± 1,24	1,81 ± 1,33	-1,000	0,317
Toplam puan (2-10)	5,94 ± 1,88	6,56 ± 2,34	-2,041	0,041	4,69 ± 1,92	4,69 ± 1,99	0,000	1,000
ŞİLÖ toplam puan (19-95)	65,56±13,70	71,69 ± 14,64	-3,523	0,000	59,38 ± 16,24	59,00 ± 16,09	-0,880	0,379

*Normal dağılımına sahip olmayan gruplar içerisinde müdahale öncesi ve sonrası karşılaştırılmasında “Wilcoxon Signed rank” test (z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

**İstatistiksel olarak anlamlılık değeri $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

Tablo 4.11. Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği toplam ve alt ölçek puanlarının ilk ve son değerlendirmelerindeki gruplar arası karşılaştırmaları.

	İlk değerlendirme				Son değerlendirme			
	DHT grubu (n=16)		Kontrol grubu (n=16)		DHT grubu (n=16)		Kontrol grubu (n=16)	
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	Z	p	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	Z	p
Sosyal İşlevsellik Düzeyi								
Sosyal ilişkilerde kendini ortaya koyabilme (1-5)	3,13 ± 0,96	4,00 ± 0,73	-1,868	0,062	4,00 ± 0,73	2,50 ± 1,21	-3,415	0,001
Sosyal hayata ve/veya derneğe katılım (1-5)	2,31 ± 1,08	2,63 ± 1,36	-2,137	0,033	2,63 ± 1,36	1,69 ± 1,35	-2,486	0,013
Kişisel aktiviteler (1-5)	3,50 ± 1,26	3,94 ± 1,00	-1,936	0,053	3,94 ± 1,00	2,56 ± 1,26	-2,981	0,003
İletişim ve bilgilendirme (1-5)	3,63 ± 0,80	3,88 ± 0,81	-1,987	0,047	3,88 ± 0,81	2,94 ± 1,12	-2,512	0,012
Aile ve arkadaşlar (1-5)	3,75 ± 0,93	3,94 ± 0,93	-2,264	0,024	3,94 ± 0,93	2,94 ± 1,06	-2,634	0,008
Yaşam için gerekli olan sosyal çevre (1-5)	3,56 ± 0,96	3,81 ± 0,98	-1,376	0,169	3,81 ± 0,98	2,87 ± 1,50	-1,958	0,050
Duygusal ve cinsel ilişkiler (1-5)	2,63 ± 1,62	2,75 ± 1,73	-0,596	0,551	2,75 ± 1,73	2,31 ± 1,66	-0,736	0,461
Toplam puan (7-35)	22,50 ± 5,77	24,94 ± 5,81	-2,228	0,026	24,94 ± 5,81	17,81 ± 7,67	-2,927	0,003
Sağlık ve Tedavi Düzeyi								
Hastalığın ve tedavinin idaresi (1-5)	4,06 ± 1,06	4,13 ± 1,09	-0,242	1,000	4,13 ± 1,09	4,19 ± 1,11	-0,247	0,805
Sağlık idaresi (1-5)	4,06 ± 0,93	4,13 ± 0,90	-0,060	0,952	4,13 ± 0,90	4,25 ± 1,00	-0,608	0,543
Empati ve başkalarına yardım (1-5)	3,00 ± 1,10	3,56 ± 1,26	-1,369	0,171	3,56 ± 1,26	3,25 ± 1,07	-0,721	0,471
Tedavinin yan etkilerini idare etme (1-5)	3,69 ± 0,95	3,81 ± 1,05	-0,453	0,651	3,81 ± 1,05	3,44 ± 1,03	-1,036	0,300
Toplam puan (4-20)	14,81 ± 3,08	15,62 ± 3,30	-0,342	0,732	15,62 ± 3,30	15,12 ± 3,28	-0,403	0,687
Günlük Yaşam Becerileri Düzeyi								
Biyolojik ritimlere uyum (1-5)	3,88 ± 1,03	4,13 ± 1,54	-0,020	0,984	4,13 ± 1,54	3,69 ± 1,01	-1,246	0,213
Beslenme (1-5)	3,56 ± 1,03	3,81 ± 0,82	-0,217	0,828	3,81 ± 0,82	3,50 ± 1,21	-0,652	0,515
İdari ve finansal yönetim (1-5)	3,56 ± 1,50	3,69 ± 1,15	-1,177	0,239	3,69 ± 1,15	3,00 ± 1,41	-1,283	0,200
Kişisel görünüm ve bakım (1-5)	3,63 ± 1,89	4,50 ± 1,00	-1,182	0,237	4,50 ± 1,00	3,88 ± 1,15	-1,758	0,079
Agresif, saldırgan/anti sosyal davranış kontrolü (1-5)	4,25 ± 1,13	4,37 ± 1,20	-0,305	0,760	4,37 ± 1,20	4,19 ± 1,22	-0,470	0,639
Stres ve beklenmeyen durumlara uyum (1-5)	3,38 ± 1,96	4,06 ± 1,57	-0,215	0,830	4,06 ± 1,57	3,12 ± 1,03	-2,402	0,016
Toplam puan (6-30)	22,25 ± 4,68	24,56 ± 5,03	-0,189	0,850	24,56 ± 5,03	21,38 ± 4,92	-1,930	0,054

Tablo 4.11. Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği toplam ve alt ölçek puanlarının ilk ve son değerlendirmelerindeki gruplar arası karşılaştırmaları (devam).

	İlk değerlendirme				Son değerlendirme			
	DHT grubu (n=16)		Kontrol grubu (n=16)		DHT grubu (n=16)		Kontrol grubu (n=16)	
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	Z	p	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	Z	p
Mesleki İşlevsellik Düzeyi								
Ev işi etkinlikleri (1-5)	3,31 ± 1,08	2,94 ± 1,34	-1,058	0,290	3,63 ± 1,20	2,88 ± 1,31	-1,806	0,071
Çalışma veya eğitim (1-5)	2,63 ± 1,31	1,75 ± 1,24	-2,065	0,039	2,94 ± 1,57	1,81 ± 1,33	-2,172	0,030
Toplam puan (2-10)	5,94 ± 1,88	4,69 ± 1,92	-1,632	0,103	6,56 ± 2,34	4,69 ± 1,99	-2,236	0,025
ŞİLÖ toplam puan (19-95)	65,50±13,67	71,69 ± 14,64	-1,169	0,242	71,69 ± 14,64	59,00 ± 16,09	-2,300	0,021

*Normal dağılımına sahip olmayan iki bağımsız grubun karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

**İstatistiksel olarak anlamlılık değeri p<0,05 kabul edilmiştir.

5. TARTIŞMA

Bu çalışma, şizofreni tanılı bireylerde DHT'nin psikotik bulgular ve işlevsel iyileşme üzerindeki etkisinin incelenmesi amacıyla yürütülmüştür. Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, rutin tedaviye DHT'nin eklenmesinin şizofreni tanılı bireylerin depresyon düzeyleri, pozitif ve negatif belirtileri, genel psikopatoloji belirtileri ve işlevsel iyileşme düzeyi üzerinde olumlu etkileri görülmüştür.

Şizofreni doğasından kaynaklanan fiziksel ve ruhsal geri çekilme, sosyal izolasyon gibi bulgular, şizofreni tedavisini zorlaştıran parametreler olup üzerinde yoğunlaşmanın önemi ve gereği büyüktür (147, 148). Şizofreni tanılı bireylerin fiziksel olarak inaktif bir yaşama sahip olduğu belirtilmektedir (17, 21). Çalışmamızda da, dahil etme kriterleri kapsamında bu inaktiviteyi kanıta dayalı olarak ortaya koymak amacıyla UFAA kullanılmış ve katılımcıların sedanter oldukları belirlenmiştir. Aynı zamanda SMMT kullanılarak, bilişsel olarak normal olan gönüllü katılımcılardan oluşan gruplar dahil edilmiştir.

Şizofrenide depresyon, bulguları iyileştirmeyi zorlaştıran bir durum olmakla birlikte bireylerin birçoğu eşik altı depresif belirtilerle karşı karşıya kalmaktadırlar (149). Bu çalışmadaki bulgular da bu doğrultuda saptanmış olup her iki gruptaki bireylerin CŞDÖ toplam puan ortalamasının eşik altında kaldığı görülmüştür.

DHT'nin depresif belirtiler üzerindeki etkilerini inceleyen sınırlı sayıda araştırma olduğu tespit edilmiştir (28, 108, 109, 142, 150). Pylvänäinen (142) ve Puncanen ve ark. (109) yaptıkları çalışmada, DHT'nin depresyon tanısı almış yetişkin bireylerde, depresyon düzeyleri üzerinde olumlu etkisi olduğunu göstermişlerdir. Yetişkin popülasyona ek olarak Jeong ve ark. (108) ve Renck ve ark. (150) yaptıkları çalışmada da haftada 1 seans olmak üzere 12 hafta süren DHT'nin depresyon tanısı almış genç bir popülasyonda depresyon bulgularını hafiflettiğini ortaya koymuşlardır. Lee ve ark. (28) şizofreni tanılı bireyler ile yaptığı çalışmada ise haftada 1 defa, 60 dk, toplam 12 hafta boyunca uygulanan DHT'nin depresyon bulgularını azalttığı belirtilmiştir. Şizofreni tanılı bireylerde DHT'nin depresyon üzerindeki etkisini inceleyen tek bir çalışma olmasına karşın (28), literatürde DHT'nin komponentleri ile benzer psikososyal tedavilerin (beden psikoterapisi, dans, fiziksel aktivite, müzik tedavisi, drama, stres yönetimi vb.) depresyon

düzeyleri üzerindeki etkisini inceleyen çalışmalar mevcuttur (151-162). Priebe ve ark. (159) 2016 yılında yaptıkları randomize kontrollü çalışmada duygusal, bilişsel, fiziksel ve sosyal entegrasyonu geliştirmek için tasarlanmış beden-zihin işlevselliğini içeren haftada 2 seans, 10 hafta süren beden psikoterapisi'nin; Kavak ve ark. (156) gevşeme egzersizleri ile birlikte haftada 5 kez, 4 hafta boyunca uygulanan müzik tedavisinin; Lu ve ark. (158) 5 hafta boyunca haftada 2 seans uygulanan müzik tedavisinin; Visceglia ve Lewis (161), haftada 1 seans şeklinde, 8 hafta boyunca uygulanan yoga tedavisinin; Dauwan ve ark. (152) haftada 3 defa, 12 hafta boyunca uygulanan egzersiz tedavisinin şizofreni tanılı bireylerde depresyon bulguları üzerinde olumlu etkilerini ortaya koymuşlardır. Firth ve ark. (162) 2016 yılında yaptıkları haftada minimum 90 dk ve 10 hafta süren çalışmada, fiziksel aktivite ile depresif belirtilerin azaldığını belirtmişlerdir. Ayrıca, psikozlu bireylerde bilinçli farkındalık temelli tedavi yaklaşımlarının da bireylerin depresyon bulguları üzerine olumlu etki gösterdiklerini ortaya koyan çalışmalar mevcuttur (157, 160). DHT ve DHT komponentlerini içeren fiziksel aktivite, müzik tedavisi, drama, stres yönetimi gibi tedavi yaklaşımlarının, farklı hastalık gruplarında olumlu etkisinin olduğu gibi, bizim çalışmamızda da DHT'nin şizofreni tanılı bireylerdeki depresyon bulgularını azalttığı saptanmıştır. DHT'nin diğer popülasyonlarda olduğu gibi şizofreni tanılı bireylerde de plazma serotonin düzeyini artııcı etkisi ve sempatik sinir sistemini stabilize edici etkisi nedeniyle depresyon bulgularını azalttığı gösterilmiştir (108).

Yapılan çalışmalarda, fiziksel aktivite düzeyinin “umutsuzluk” gelişimi ile negatif yönde ilişkili olduğu ortaya koyulmuştur (163-165). Haboush ve ark. (153) yaptıkları bir çalışmada, dans tedavisinin geriatrik depresyon tanılı bireylerin “umutsuzluk” skoru üzerinde olumlu etkiye sahip olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmamızda da, bu bulguyu kuvvetlendirecek şekilde DHT'nin bireylerin “umutsuzluk” düzeylerinin azalmasında anlamlı derecede etkisi olduğu saptanmıştır. Fiziksel aktivite ve umutsuzluk arasındaki ilişkiyi açıklayan temel mekanizmalar tam olarak bilinmemekle birlikte düzenli fiziksel aktivitenin, beyin sağlığı üzerinde olumlu etkisi olduğu ileri sürülmektedir (166, 167). Bu mekanizmaları açıklayan; hayvan modellerinde, bazı nörojeneratif, nöroadaptif ve nöroprotektif süreçler öne sürülmüştür (167). Diğer olası biyolojik yollar arasında hipotalamik-hipofiz-adrenokortikal sistemin aktivasyonu, merkezi dopaminerjik, noradrenerjik ve

serotonerjik sistemlerin artan nörotransmisyonları, monoaminler, katekolaminler ve endorfinler gibi nörotransmitterlerin biyosentezindeki artış sayılabilir (168-170). Ek olarak, fiziksel aktivitenin ruh sağlığı üzerindeki olumlu etkisine birçok psikososyal faktör dahil olabilir. Bunlar arasında özgüven ve kişisel yeterliliğin artması, sosyal izolasyonun azalması, kişisel imaj ve kişisel değer artışı, dikkat dağıtma sayılabilir (171, 172). Ancak umutsuzluğun bu mekanizmalarla nasıl ilişkili olduğu tam olarak henüz bilinmemektedir.

Isuru ve ark. (155) yaptıkları bir çalışmada şizofreni tanılı bireylerde dans, drama, yoga ve müzik tedavisinin birlikte uygulanmasının benlik saygısı üzerindeki olumlu etkileri gösterilmiştir. Bununla birlikte müzik tedavisinin değersizlik duygusunu azalttığına dair çalışmalar da mevcuttur (151, 154). Çalışmamızda ise, DHT'nin bireylerde "değersizlik duygusu" üzerinde iyileştirici bir etkisi bulunmuştur.

Çalışmamız kapsamında DHT'nin bireylerin "patolojik suçluluk" düzeylerini azalttığı bulunmuştur. Suçluluk, aşırı bağımlılık ve yalnızlık gibi dışavurumu zor olan durumların kendini ifade etmeye dayalı bir tedavi olan DHT sayesinde ortaya konulabileceği belirtilmektedir. Bu duyguların anlatımı ile duygusal olarak içe çekilme ve sosyal izolasyonun önlenildiği belirtilmektedir (173).

Şizofreni tanılı bireylerde yaşam boyu özkıyım riskinin yaklaşık olarak % 5 olduğu tahmin edilmektedir (174). Bununla birlikte şizofrenide bu özkıyım riski, hastalığın seyrinde en fazla olarak erken dönemlerinde ortaya çıkabilmekte ve bundan dolayı özkıyım düşüncesinin önlenmesi ve tedavisine hastalığın özellikle erken dönemlerinde de odaklanması gerektiği ileri sürülmektedir (175). Lindsay ve ark. (176) 2008 yılında lisede öğrenim gören bireylerle yaptığı çalışmada, fiziksel aktiviteye katılımın, ergenleri intihara karşı koruyan benzersiz psikososyal faydalar sağladığını belirtmiştir. Çalışmamızda ise DHT grubundaki şizofreni tanılı bireylerin "özkıyım" düşüncelerinde anlamlı düzeyde olmamakla birlikte bir azalma görülmüştür.

Sonuç olarak çalışmamızda, DHT'nin şizofreni tanılı bireylerde "depresyon" üzerinde iyileştirici etkisi bulunmuştur. DHT hem fiziksel katılımı hem de duygusal ve sosyal keşfi içeren bir tedavidir (142). Fiziksel aktivite sırasında veya sonrasında nörokimyasal ve fizyolojik düzeyde bir dizi akut değişiklikler meydana gelmekte ve

düzenli fiziksel aktiviteye katılım ile bu değişiklikler uzun vadeli adaptasyonlara dönüşmektedir (92). Klinik depresyonda yaklaşık 50 yıldır bilinen “serotonin hipotezi”, serotonin düzeyindeki azalmanın depresyonun patofizyolojisinde rol oynadığını ileri sürülmektedir (177). Fumoto ve ark (178), fiziksel aktivitenin plazma serotonin düzeylerinde artmaya neden olduğunu göstermişlerdir. Fiziksel aktiviteye katılımın depresyon bulguları üzerinde olumlu etkilere sahip olduğu sıklıkla rapor edilmektedir (179-182). Rimer ve ark. (182) tarafından yapılan bir Cochrane derlemesinde, fiziksel aktiviteye katılımın depresyonun belirtilerini azaltmada antidepressan ilaç tedavisi ve psikoterapi ile eşit etkiye sahip olduğu gösterilmiştir. Buna ek olarak Jeong ve ark. (108) yaptıkları çalışmada; DHT ile bireylerin plazma serotonin düzeylerinin artırılabilirliği ve dopamin düzeylerinin azaltılabilirliği gösterilmiş ve DHT'nin sempatik sinir sistemini stabilize edebileceği ileri sürülmüştür. Bununla birlikte DHT'de uygulanan bir egzersiz olan “aynalama” duyguların anlaşılması ve empatiyi geliştirmektedir (101). “Aynalama”, sosyal geri çekilmeyi azaltarak depresyon bulgularını azaltabileceği ileri sürülebilir (183).

Şizofreni tanılı bireylerin genel popülasyona göre daha düşük fiziksel aktivite düzeyine sahip oldukları bilinmekle birlikte, literatürde şizofreninin psikiyatrik belirtilerinin fiziksel aktivite ile birlikte hafifletilebileceği ve fiziksel aktiviteyi psikiyatrik tedavi şemalarına dahil etmenin avantajlı olabileceği ifade edilmektedir (184, 185). Fiziksel aktivitenin pozitif belirtilerle başa çıkmada kullanışlı bir başa çıkma stratejisi olabileceğine dair sınırlı sayıda veri mevcuttur (186). Lok ve ark. (187), 12 haftalık fiziksel aktivite müdahalesinin ve Acil ve ark. (188), 10 haftalık aerobik egzersiz programının, şizofreni tanılı bireylerde pozitif belirtiler üzerinde önemli derecede olumlu etkilere sahip olduğunu göstermişlerdir. Bu çalışmaya paralel olarak Beebe ve ark. (189) 2013 yılında yaptıkları 18 hafta süren, haftada 5 gün uygulanan fiziksel aktivite çalışmasında ve bu grupta yer alan bireylerin program sonunda Pozitif Belirtiler Alt Ölçeği genel puan ortalamasının kontrol grubuna göre önemli oranda azaldığı saptanmıştır. Loh ve ark. (190) 2016 yılında yaptıkları 12 hafta süren, haftada 4 gün uygulanan fiziksel aktivite programı ile tedavi grubunda pozitif belirtilerin azaldığı, kontrol grubunda ise arttığı belirtilmiştir. Buna karşın Curcic ve ark. (191) 2017 yılındaki çalışmalarında, haftada 4 defa olmak üzere, 12 hafta boyunca uygulanan fiziksel aktivite müdahalesinin şizofreni tanılı

bireylerde pozitif belirtiler üzerinde etkisinin olmadığını saptamışlardır. Ayrıca Wu ve ark. (192) 2015 yılında yaptıkları çalışmada haftada 3 seans, 8 hafta boyunca uyguladıkları fiziksel aktivite programının şizofreni tanılı bireylerde pozitif belirtiler üzerinde etki göstermediğini tespit etmişlerdir. Firth ve ark. (162) 2016 yılında yaptıkları haftada minimum 90 dk şeklinde ve 10 hafta süren çalışmada, fiziksel aktivite ile pozitif belirtilerin de azaldığını belirtilmiştir. Fiziksel aktivite üzerine yapılan çalışmalara ek olarak Lee ve ark. (28) haftada 1 defa, 12 hafta süren DHT'nin, şizofreni tanılı bireylerin pozitif belirtileri üzerinde etki göstermediğini bulmuşlardır. Buna benzer olarak çalışmamızda da DHT müdahalesinin şizofreni tanılı bireylerin pozitif belirtileri üzerinde anlamlı düzeyde etkisi olmadığı tespit edilmesine karşın bulgularda iyileşme saptanmıştır. Bu bulgu, her iki grupta da farmakolojik tedavinin kullanılmasından dolayı pozitif belirtilerin kontrol altına alınmış olması ve çalışmaya hastalığın remisyon döneminde olan bireylerin dahil edilmiş olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Fiziksel aktivite, şizofreninin negatif klinik belirtileri için güçlü bir ek tedavi olarak düşünülmektedir (152). Lok ve ark. (187), 12 haftalık fiziksel aktivite müdahalesinin ve Acil ve ark. (188), 10 haftalık aerobik egzersiz programının, şizofreni tanılı bireylerde negatif belirtiler genel puan ortalamaları üzerinde önemli derecede olumlu etkilere sahip olduğunu göstermişlerdir. Bununla birlikte Negatif Sendrom Alt Ölçeği; “affektif küntleşme”, “aloji”, “apati”, “anhedoni”, “dikkat eksikliği” alt maddeleri puan ortalamalarının da kontrol grubuna göre önemli oranda düştüğü saptanmıştır (187, 188). Loh ve ark. (190), 12 hafta süren, haftada 4 gün uygulanan fiziksel aktivite programının negatif belirtileri azalttığını göstermişlerdir. Ayrıca Wu ve ark. (192) yaptıkları çalışmada haftada 3 gün olmak üzere 8 hafta boyunca uyguladıkları fiziksel aktivite programının şizofreni tanılı bireylerde negatif belirtileri azalttığı tespit etmişlerdir. Firth ve ark.(162), haftada 90 dk süren 10 haftalık fiziksel aktivite programının negatif belirtileri azalttığını göstermişlerdir. Bu çalışmaya paralel olarak Beebe ve ark. (189), 18 hafta süren ve haftada 5 gün uygulanan fiziksel egzersiz müdahalesinin Negatif Belirtiler Alt Ölçeği genel puan ortalamasını azalttığı saptanmıştır. Buna karşın Curcic ve ark. (191) 2017 yılındaki çalışmalarında ise haftada 4 kez, 12 hafta boyunca uygulanan fiziksel aktivite müdahalesinin şizofreni tanılı bireylerde negatif belirtiler üzerinde etkisinin

olmadığını saptamışlardır. Fiziksel aktivite üzerine yapılan çalışmalara ek olarak Lee ve ark. (28), haftada 1 seans olmak üzere 12 hafta süren DHT'nin, şizofreni tanı bireylerin negatif belirtilerini hafiflettiğini göstermişlerdir. Lee ve ark. (193), 2008 yılında yaptığı çalışmada haftada 1 defa, 8 hafta boyunca ve Martin ve ark. (29), 2016 yılında yaptığı çalışmada, haftada 2 seans, 10 hafta boyunca uygulanan DHT ile şizofreni tanı bireylerde daha düşük negatif belirti puanları ilişkilendirilmiştir. Bu sonuçlara benzer olarak Sarıkaya (194), 2017 yılında yaptığı bir sistematik derlemede şizofreni tanı bireylerde DHT'nin negatif belirtileri azaltabileceğini ileri sürmüştür. Ren ve ark. (30) 2013 yılında yaptıkları Cochrane derlemesinde DHT, şizofreni tanı bireylerin negatif belirtiler skorunda % 20'den fazla azalma ile ilişkilendirilmiştir. Literatürde zıt görüşler olmasına karşın iyileşme yönündeki bulguların daha baskın olduğu görülmüştür. Çalışmamızda, kontrol grubuna göre DHT grubunda, “duygulanımda küntleşme”, “duygusal içe çekilme”, “ilişki kurmada güçlük”, “pasif/kayıtsız biçimde kendini toplumdaki çekme”, “konuşmanın kendiliğinden akıcı olmasının kaybı” belirtilerinde iyileşme saptanmıştır. Bunun nedeni, DHT grup aktivitesinin, sosyal iletişim ortamı oluşturarak, bireylerin iç dünyalarına dönmek yerine, onların ilgilerini aktiviteye ve gruba yönlendirerek düşüncenin hareket ile dışavurumuna aracı olması olabilir (99).

Bu çalışmalar ışığında DHT'nin şizofreninin negatif belirtilerinin üzerinde olumlu değişiklikler sağlayacağı gösterilmektedir.

Wu ve ark. (192), haftada 3 gün ve 8 hafta süreyle uyguladıkları fiziksel aktivite programının ve Firth ve ark. (162), haftada minimum 90 dk süren 10 haftalık fiziksel aktivite programının şizofreni tanı bireylerde genel psikopatolojik belirtilerini azalttığını göstermişlerdir. Fiziksel aktivite müdahalesine ek olarak Paikkatt ve ark. (195) yaptıkları çalışmada yoga tedavisinin “anksiyete”, “suçluluk duyguları”, “depresyon”, “dikkat azalması” ve “aktif biçimde sosyal kaçınma” gibi Genel Psikopatoloji Alt Ölçeği madde puanları üzerindeki olumlu etkilerini göstermişlerdir. Bununla birlikte literatürde yaptığımız inceleme doğrultusunda, DHT'nin şizofreni tanı bireylerin genel psikopatolojik bulguları üzerine etkilerinin araştırıldığı bir çalışma bulunamamıştır. Çalışmamızda ise, DHT'nin şizofreni tanı bireylerde Genel Psikopatoloji Alt Ölçeği maddeleri olan “bedensel kaygı”, “anksiyete”, “depresyon”, “iş birliği kuramama”, “dikkat azalması”, “zihinsel aşırı

uğraşı” ve “aktif biçimde sosyal kaçınma” alt maddelerinin tamamında iyileşme görülmüştür. Bunun nedeni, şizofreni tanılı bireyler tarafından yapılan düzenli fiziksel aktivitenin, bireylerin dikkatlerini stresli uyaranlardan uzak tutarak anksiyete belirtilerini azaltmaya yardımcı olması olabilir (196). Şizofreni tanılı bireylerde, birebir uygulanan vaka çalışmalarından, fiziksel aktivitenin; korku, önemsiz düşünceler, anksiyete ve anksiyetenin fiziksel belirtilerini azalttığı, diğer yandan bireylerin konsantrasyonunda bir artış sağladığı belirtilmiştir (197). Çalışmamızda da, DHT grubundaki bireylerin dikkat düzeylerinde iyileşme tespit edilmiştir. Bunun nedeni DHT'nin uygulanan seans boyunca müziğin ritmini takip ederek uygun hareketleri yapmayı ve gruptaki diğer bireylerin hareketlerini de takip ve taklit etmeyi gerektiren bir tedavi yöntemi olmasından kaynaklanıyor olabilir (198).

Psikiyatrik belirtilerin işlevselliğe katkısını inceleyen çalışmalar, şizofrenide negatif belirtilerin işlevsellik düzeyi ile anlamlı olarak ilişkili olduğunu, pozitif belirtilerin ise işlevsellik düzeyi ile daha az ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır (199, 200). Literatür incelememizde, şizofreni tanılı bireylerde DHT'nin işlevsel iyileşme üzerindeki etkisini inceleyen çalışma bulunamamıştır. Bununla birlikte DHT'nin komponentlerini içeren yaklaşımlarının ve fiziksel aktivite programlarının işlevsel iyileşme düzeyleri üzerindeki etkisini inceleyen çalışmalar mevcuttur (152, 201, 202). Dauwan ve ark. (2015) yaptığı sistematik derleme ve meta analiz çalışması sonucunda fiziksel aktivitenin şizofreni tanılı bireylerde genel işlevselliği geliştirdiğini tespit etmişlerdir (152). Kavak ve ark. (201), şizofreni tanılı bireyle yapılan yoğunlaştırılmış bir yoga eğitiminin, bireylerin işlevsellik düzeylerinde artış sağladığını ortaya koymuştur. Kimhy ve ark. şizofreni tanılı bireylere uyguladıkları fiziksel aktivite programının sosyal işlevsellik, günlük yaşam becerileri, mesleki işlevsellik düzeylerini artırdığı görülmüştür (202) . Firth ve ark. (162), haftada minimum 90 dk ve 10 hafta süren fiziksel aktivitenin, sosyal-mesleki işlevsellik düzeylerinin anlamlı derecede arttığı belirtilmiştir. Yukarıdaki bilgileri kuvvetlendirecek şekilde çalışmamızda da, DHT grubundaki bireylerin işlevsel iyileşme düzeyi, sosyal işlevsellik düzeyi, sağlık ve tedavi düzeyi, günlük yaşam becerileri düzeyi ve mesleki işlevsellik düzeyinin arttığı tespit edilmiştir. Bu artış, sosyal beceri problemleri nedeniyle toplumsal katılımı sınırlı şizofreni tanılı bireylerin, interaktif ve eğlenceli bir grup aktivitesi olan DHT ile, monoton

yaşamlarından uzaklaşarak, sosyal etkileşimlerine olanak sağlamasından kaynaklanıyor olabilir (188). Bunun başlıca sebepleri; DHT'nin içerdiği doğaçlama ve yaratıcı hareketin, bireylerin kendileri ve başkalarıyla etkileşimde bulunarak yeni yollar geliştirmelerine yardımcı olması olabilir. DHT'nin temel noktalardan biri olan, sözel olmayan iletişim ve özellikle de kinestetik empatinin kullanımı ile ilgili olabilir (203, 204).

Bu çalışma sonucunda DHT'nin, şizofreni tanılı bireylerin negatif ve genel psikopatoloji belirtilerini azalttığı bununla birlikte şizofreni tanılı bireylerin işlevsel iyileşme düzeylerini artırdığı ortaya koyulmuştur. Bu bulgular şizofreni tedavisinin yönetiminde heyecan verici olasılıklara işaret etmektedir.

Gelecekteki araştırmalar, DHT gibi sanat yöntemlerinin kullanıldığı yaklaşımların altında yatan biyolojik mekanizmaların da incelenmesini içermelidir (205).

Bu çalışmanın bazı kısıtlılıkları mevcuttur; çalışmamızdaki kontrol grubu için ilk ve son değerlendirme arasında herhangi bir takip söz konusu değildi. DHT grubunda ise DHT'nin etkisinin yanında bireylerle iletişime geçmek ve ilgilenmek de sonuçlar üzerinde etkili olmuş olabilir. Bu durumu ayırt etmek için kontrol grubuna da aynı sıklıkla iletişim ve ilginin olması değerli olabilir. Bir diğer kısıtlılığımız ise çalışmamıza katılan bireylerin ekstrapiramidal belirtileri göz önünde bulundurulmamıştır. Bunun yanında örneklemimizdeki şizofreni tanılı bireyler, remisyonda olmalarına rağmen farklı etken maddeleri olan ilaçları kullanmaktaydı. Çalışmaya katılan şizofreni tanılı bireylerin ilaç kullanımının homojenitesini sağlanamamasından dolayı rutin tedavi değişkenleri göz ardı edilmek zorunda kalmıştır.

Her ne kadar literatürde, DHT'yi de içeren yaratıcı sanat terapisi yaklaşımlarının ruhsal sorunları olan bireylerde semptomları en aza indirmek ve işlevselliği en üst düzeye çıkarmak konusunda potansiyel olarak riskinin az, faydasının yüksek olduğu ortaya koyulmuş olsa da çalışmaların çok büyük bir kısmında metodolojik açıdan standardizasyonun yeterli olmadığı ve tutarsızlıkların gözlendiği bildirilmiştir (205). Ayrıca uzun dönem takiple ilgili literatür incelendiğinde tedavinin devam ettirildiği çalışmaların görülmediği fakat kısıtlı sayıda takip çalışmalarının olduğu görülmüştür (206). Yukarıdaki bulgular

doğrultusunda bakıldığında tabi ki tamamen standardize edilmiş yaklaşımların uygulanması çok da kolay olmayacaktır. Çalışmamız kapsamında literatürde özellikle üstünde durulan bu standardizasyon konusu olabildiğince sağlanmaya çalışılmış ve uygulamanın tüm detayları literatüre dayandırılarak belirlenmiştir. DHT'nin şizofreni tanılı bireylerde psikotik durum, depresyon ve işlevsel iyileşme üzerine olumlu etkileri ortaya koyulmuştur. Bu olumlu bulgulara rağmen ilaç kullanımının homojenitesi açısından daha uygun örneklem gruplarının dahil edildiği, uzun dönem tedavi etkilerinin incelendiği çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Şizofreni tanılı bireylerde, uygulanan DHT'nin etkisinin araştırıldığı çalışmamızda aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

1. Çalışmamızda elde edilen sonuçlar, şizofreni tanılı bireylere uygulanan düzenli DHT'nin bireyin ruh sağlığına ve işlevselliğine katkı sağlayan bir uygulama olduğunu göstermektedir. Bunların arasında; depresyon, umutsuzluk, değersizlik duygusu, patolojik suçluluk, duygulanımda küntleşme, duygusal içe çekilme, ilişki kurmada güçlük, pasif/kayıtsız biçimde kendini toplumdan çekme, duygulanımda küntleşme, duygusal içe çekilme, ilişki kurmada güçlük, pasif/kayıtsız biçimde kendini toplumdan çekme, konuşmanın kendiliğinden ve akıcı olmasının kaybı, bedensel kaygı, anksiyete, dikkat azalması, zihinsel aşırı uğraşı, aktif biçimde sosyal kaçınma belirtilerinde iyileşme görülmüştür. Bunun yanında sosyal işlevsellik, sağlık ve tedavi düzeyi, günlük yaşam becerileri düzeyi, mesleki işlevsellik düzeyinde iyileşme görülmüştür. Bu nedenle DHT'nin, semptomatik ve işlevsel iyileşme için şizofreni tanılı bireylerin tedavi programlarına eklenmesinin yararlı olacağını düşünmekteyiz.
2. Şizofreni tanılı bireylerde, rutin tedaviye ek olarak DHT'nin yanı sıra diğer yaratıcı sanat terapilerinin de incelenmesi önemli olabilir.
3. Şizofreni tedavisi, bireylere ve topluma maliyeti yüksek bir tedavi olup gelecek çalışmalarda DHT yaklaşımının maliyet/etkinliğinin araştırılması uygun olabilir.
4. Rutin tedavi alan şizofreni tanılı bireylerin farklı ilaç etken maddelerinin kullanımının elimine edildiği daha homojen bir örneklem ile yeni DHT çalışmaları planlanabilir. Bu sayede, DHT'yi alan bireylerin rutin tedavilerindeki ilaç etken maddelerinin birbirinden farklı olmasının önemli olup olmadığı daha net anlaşılabilir.
5. Tüm hareket tedavilerinin etkililiğinin sürmesi için yaşam boyu devam etmesi yani sürekliliği oldukça önemlidir. Bu yaklaşımın rutin tedaviye ek olarak ömür boyu devam etmesi değerli olacaktır.
6. Şizofreni gibi kronik olan ve izlem gerektiren hastalıklarda semptom yönetimi için DHT'nin şizofreni tanılı bireylerdeki uzun dönem etkilerini de görmek amacıyla takip değerlendirmelerinin yapıldığı çalışmaların planlanması önerilmektedir.

7. Kontrol grubu için ilk ve son değerlendirme arasında herhangi bir takip söz konusu değildi. Gelecek çalışmalarda, bu geçen zaman diliminde değerlendirmeleri etkileyebilecek bir durum olup olmadığı tespit etmek için düzenli aralıklarla bir takip yapılabilir.
8. Ekstrapiramidal belirtilerin göz önünde bulunduğu çalışmaların planlanması, bu belirtilerin hareketi içeren bir tedavi olan DHT alan şizofreni tanılı bireylerdeki etkisinin incelenmesi açısından önemli olabilir.

7. KAYNAKLAR

1. Chien WT, Leung SF, Yeung FK, Wong WK. Current approaches to treatments for schizophrenia spectrum disorders, part II: psychosocial interventions and patient-focused perspectives in psychiatric care. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2013;9:1463.
2. Owen MJ, Sawa A, Mortensen PB. Schizophrenia. *Lancet*. 2016;388(10039):86-97.
3. The global burden of disease: 2004 update: World Health Organization; [Erişim Tarihi:12.04.2018; Erişim adresi: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf].
4. Walker E, Kestler L, Bollini A, Hochman KM. Schizophrenia: Etiology and Course. *Annual Review of Psychology*. 2004;55(1):401-30.
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*: American Psychiatric Pub; 2013.
6. Dean L. Schizophrenia Medical Genetics Summaries [Internet]. Bethesda (MD): National Center for Biotechnology Information (US); [Erişim Tarihi: 05.05.2018; Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK62008/>].
7. Delice MA, Akgül SM, Yıldız M. Toplum ruh sağlığı merkezi'nden hizmete arkan bir şizofrenili olguda bütüncül yaklaşımın hastalığın gidişine etkisi. *Clinical and Experimental Health Sciences*. 2014;4(2):122-5.
8. Lutgens D, Garipey G, Malla A. Psychological and psychosocial interventions for negative symptoms in psychosis: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*. 2017;bjp. bp. 116.197103.
9. Bustillo JR, Lauriello J, Horan WP, Keith SJ. The psychosocial treatment of schizophrenia: an update. *American Journal of Psychiatry*. 2001;158(2):163-75.
10. Yıldız M. Ciddi Ruhsal Hastalıklarda Ruhsal Toplumsal Tedaviler. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*. 2009;2(2):52-6.
11. Arslan M, Yazici A, Yılmaz T, Coskun S, Kurt E. Rehabilitasyon programının şizofreni hastalarının kliniği, sosyal işlevselliği ve yaşam kalitesi üzerindeki uzun dönem etkileri: İzleme çalışması/Long-term effects of a rehabilitation program on the clinical outcomes, social functionality, and life quality of schizophrenic patients-a follow-up study. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2015;16(4):238.
12. Ulusoy S, Delice MA. Şizofreni tanısı ile izlenen bir olgunun işlevselliğinin artırılmasında bireysel danışmanlığın rolü. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 2015;28(2):162-6.
13. Elis O, Caponigro JM, Kring AM. Psychosocial treatments for negative symptoms in schizophrenia: current practices and future directions. *Clin Psychol Rev*. 2013;33(8):914-28.
14. Chung J, Woods-Giscombe C. Influence of Dosage and Type of Music Therapy in Symptom Management and Rehabilitation for Individuals with Schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*. 2016;37(9):631-41.
15. Schaub A, Mueser KT, von Werder T, Engel R, Möller H-J, Falkai P. A Randomized Controlled Trial of Group Coping-Oriented Therapy vs Supportive Therapy in Schizophrenia: Results of a 2-Year Follow-up. *Schizophrenia Bulletin*. 2016;42(Suppl 1):S71-S80.

16. Mueser KT, Deavers F, Penn DL, Cassisi JE. Psychosocial treatments for schizophrenia. *Annual review of clinical psychology*. 2013;9:465-97.
17. Bassilios B, Judd F, Pattison P. Why don't people diagnosed with schizophrenia spectrum disorders (SSDs) get enough exercise? *Australasian Psychiatry*. 2014;22(1):71-7.
18. Johnstone R, Nicol K, Donaghy M, Lawrie S. Barriers to uptake of physical activity in community-based patients with schizophrenia. *Journal of Mental Health*. 2009;18(6):523-32.
19. Scott D, Happell B. The high prevalence of poor physical health and unhealthy lifestyle behaviours in individuals with severe mental illness. *Issues in mental health nursing*. 2011;32(9):589-97.
20. Firth J, Cotter J, Elliott R, French P, Yung A. A systematic review and meta-analysis of exercise interventions in schizophrenia patients. *Psychological Medicine*. 2015;45(7):1343-61.
21. Stubbs B, Williams J, Gaughran F, Craig T. How sedentary are people with psychosis? A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*. 2016;171(1):103-9.
22. Cheng S-L, Sun H-F, Yeh M-L. Effects of an 8-Week Aerobic Dance Program on Health-Related Fitness in Patients With Schizophrenia. *Journal of Nursing Research*. 2017;25(6):429-35.
23. Kohl III HW, Cook HD. *Physical activity and physical education: Relationship to growth, development, and health*. 2013.
24. Maraz A, Király O, Urbán R, Griffiths MD, Demetrovics Z. Why Do You Dance? Development of the Dance Motivation Inventory (DMI). *PLOS ONE*. 2015;10(3):e0122866.
25. Schroeder K, Ratcliffe SJ, Perez A, Earley D, Bowman C, Lipman TH. Dance for Health: An Intergenerational Program to Increase Access to Physical Activity. *Journal of Pediatric Nursing: Nursing Care of Children and Families*. 2017;37:29-34.
26. Serrano-Guzmán M, Aguilar-Ferrándiz ME, Valenza CM, Ocaña-Peinado FM, Valenza-Demet G, Villaverde-Gutiérrez C. Effectiveness of a flamenco and sevillanas program to enhance mobility, balance, physical activity, blood pressure, body mass, and quality of life in postmenopausal women living in the community in Spain: a randomized clinical trial. *Menopause*. 2016;23(9):965-73.
27. Mandelbaum R, Triche EW, Fasoli SE, Lo AC. A Pilot Study: examining the effects and tolerability of structured dance intervention for individuals with multiple sclerosis. *Disability and Rehabilitation*. 2016;38(3):218-22.
28. Lee H-J, Jang S-H, Lee S-Y, Hwang K-S. Effectiveness of dance/movement therapy on affect and psychotic symptoms in patients with schizophrenia. *The Arts in Psychotherapy*. 2015;45:64-8.
29. Martin LAL, Koch SC, Hirjak D, Fuchs T. Overcoming Disembodiment: The Effect of Movement Therapy on Negative Symptoms in Schizophrenia—A Multicenter Randomized Controlled Trial. *Frontiers in Psychology*. 2016;7(483).
30. Ren J, Xia J. Dance therapy for schizophrenia. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2013(10):CD006868-CD.
31. Schizophrenia: World Health Organization; 2018 [Erişim Tarihi:01.05.2018; Erişim adresi:http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/.]
32. Patel KR, Cherian J, Gohil K, Atkinson D. Schizophrenia: overview and treatment options. *Pharmacy and Therapeutics*. 2014;39(9):638.

33. Siegel GJ. Basic neurochemistry: molecular, cellular and medical aspects 1999.
34. Zec RF. Neuropsychology of schizophrenia according to Kraepelin: disorders of volition and executive functioning. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 1995;245(4-5):216-23.
35. Blom JD. [A hundred years of schizophrenia: from Bleuler to DSM-V]. *Tijdschrift voor psychiatrie.* 2007;49(12):887-95.
36. Maatz A, Hoff P. The birth of schizophrenia or a very modern Bleuler: a close reading of Eugen Bleuler's 'Die Prognose der Dementia praecox' and a re-consideration of his contribution to psychiatry. *Hist Psychiatry.* 2014;25(4):431-40.
37. Rethelyi J. [Diagnosing schizophrenia: from Bleuler to DSM-V]. *Neuropsychopharmacol Hung.* 2011;13(4):193-203.
38. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III-R)(revised) American Psychiatric Association. Washington, DC. 1987.
39. Fröhlich F. Network neuroscience: Academic Press; 2016.
40. Karakuş G, Kocal Y, Sert D. Şizofreni: Etiyoloji, Klinik Özellikler ve Tedavi. 2017.
41. Salem JE, Kring AM. The role of gender differences in the reduction of etiologic heterogeneity in schizophrenia. *Clin Psychol Rev.* 1998;18(7):795-819.
42. Kaplan HI, Sadock B. Klinik psikiyatri. Abay E, çeviren I Baskın İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi. 2004:555-63.
43. Broderick J, Crumlish N, Waugh A, Vancampfort D. Yoga versus non-standard care for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2016(1).
44. Broderick J, Vancampfort D. Yoga as part of a package of care versus non-standard care for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2017(9).
45. Tamminga CA, Medoff DR. Studies in schizophrenia: pathophysiology and treatment. *Dialogues in clinical neuroscience.* 2002;4(4):432.
46. Saleem S, Shaukat F, Gul A, Arooj M, Malik A. Potential role of amino acids in pathogenesis of schizophrenia. *International Journal of Health Sciences.* 2017;11(3):63.
47. Haller CS, Padmanabhan JL, Lizano P, Torous J, Keshavan M. Recent advances in understanding schizophrenia. *F1000prime reports.* 2014;6.
48. Guillin O, Abi-Dargham A, Laruelle M. Neurobiology of dopamine in schizophrenia. *International review of neurobiology.* 2007;78:1-39.
49. Goto Y, Grace AA. The dopamine system and the pathophysiology of schizophrenia: a basic science perspective. *International review of neurobiology.* 2007;78:41-68.
50. Dimitrelis K, Shankar R. Pharmacological treatment of schizophrenia—a review of progress. *Progress in Neurology and Psychiatry.* 2016;20(3):28-35.
51. Van Kesteren C, Gremmels H, De Witte L, Hol E, Van Gool A, Falkai P, ve ark. Immune involvement in the pathogenesis of schizophrenia: a meta-analysis on postmortem brain studies. *Translational psychiatry.* 2017;7(3):e1075.
52. Strous RD, Shoenfeld Y. Schizophrenia, autoimmunity and immune system dysregulation: A comprehensive model updated and revisited. *Journal of Autoimmunity.* 2006;27(2):71-80.
53. Meyer U, Feldon J, Dammann O. Schizophrenia and autism: both shared and disorder-specific pathogenesis via perinatal inflammation. *Pediatr Res.* 2011;69(5 Pt 2):26R-33R.

54. Llorca P-M, Lançon C, Lancrenon S, Bayle F-J, Caci H, Rouillon F, ve ark. The “Functional Remission of General Schizophrenia”(FROGS) scale: development and validation of a new questionnaire. *Schizophrenia Research*. 2009;113(2-3):218-25.
55. Emiroğu B, Karadayı G, Aydemir Ö, Üçok A. Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeğinin Türkçe Versiyonunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*. 2009;46.
56. Helldin L, Kane JM, Karilampi U, Norlander T, Archer T. Remission in prognosis of functional outcome: a new dimension in the treatment of patients with psychotic disorders. *Schizophrenia Research*. 2007;93(1-3):160-8.
57. Hjärthag F, Helldin L, Karilampi U, Norlander T. Illness-related components for the family burden of relatives to patients with psychotic illness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2010;45(2):275-83.
58. Lee IH, Chen PS, Yang YK, Liao YC, Lee YD, Yeh TL, ve ark. The functionality and economic costs of outpatients with schizophrenia in Taiwan. *Psychiatry Research*. 2008;158(3):306-15.
59. Karow A, Moritz S, Lambert M, Schöttle D, Naber D. Remitted but still impaired? Symptomatic versus functional remission in patients with schizophrenia. *European Psychiatry*. 2012;27(6):401-5.
60. Lee TY, Kim SN, Correll CU, Byun MS, Kim E, Jang JH, ve ark. Symptomatic and functional remission of subjects at clinical high risk for psychosis: a 2-year naturalistic observational study. *Schizophrenia research*. 2014;156(2-3):266-71.
61. Albert N, Bertelsen M, Thorup A, Petersen L, Jeppesen P, Le Quack P, ve ark. Predictors of recovery from psychosis Analyses of clinical and social factors associated with recovery among patients with first-episode psychosis after 5 years. *Schizophr Res*. 2011;125(2-3):257-66.
62. Mauriño J, Cordero L, Ballesteros J. The subjective well-being under neuroleptic scale–short version (SWN-K) and the SF-36 health survey as quality of life measures in patients with schizophrenia. *Patient preference and adherence*. 2012;6:83.
63. Aydemir Ö, Eren İ, Savaş H, Oğuzhanoğlu NK, Koçal N, Özgüven HD, ve ark. Bipolar bozuklukta işlevsellik ölçeğinin geliştirilmesi, güvenilirlik ve geçerliliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2007;18(4):344-52.
64. Robertson BR, Prestia D, Twamley EW, Patterson TL, Bowie CR, Harvey PD. Social competence versus negative symptoms as predictors of real world social functioning in schizophrenia. *Schizophrenia research*. 2014;160(1-3):136-41.
65. Schennach-Wolff R, Jäger M, Seemüller F, Obermeier M, Messer T, Laux G, ve ark. Defining and predicting functional outcome in schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia research*. 2009;113(2-3):210-7.
66. Priebe S, Savill M, Reininghaus U, Wykes T, Bentall R, Lauber C, ve ark. Effectiveness and cost-effectiveness of body psychotherapy in the treatment of negative symptoms of schizophrenia—a multi-centre randomised controlled trial. *BMC psychiatry*. 2013;13(1):26.
67. Davis KL, Kahn RS, Ko G, Davidson M. Dopamine in schizophrenia: a review and reconceptualization. *Am J Psychiatry*. 1991;148(11):1474-86.

68. Üçok A, Atlı H, Çetinkaya Z, Kandemir P. Şizofreni hastalarında bütüncül yaklaşımlı grup tedavisinin yaşam kalitesine etkisi: bir yıllık uygulama sonuçları. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 2002;39:113-8.
69. Yıldız M, Yüksel A, Erol A. Şizofrenide ruhsal ve toplumsal beceri eğitimi deneyimleri. *Türkiye’de psikiyatri*. 2005;7:25-32.
70. Baysan Arabacı L, Büyükbayram A, Aktaş Y, Taşkın N. Kronik ruhsal bozukluk tanısı alan hastaların bakım verenlerine verilen psikoeğitimin yaşadıkları güçlük ve psikososyal uyumlarına etkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2018;9(3):175-85.
71. Arslantaş H, Sevinçok L, Uygur B, Balcı V, Adana F. Şizofreni hastalarının bakım vericilerine yapılan psikoeğitimin hastalardaki klinik gidişe ve bakım vericilerin duygu dışavurumu düzeylerine olan etkisi. 2009.
72. Lecomte T, Corbière M, Simard S, Leclerc C. Merging evidence-based psychosocial interventions in schizophrenia. *Behavioral Sciences*. 2014;4(4):437-47.
73. Wykes T, Reeder C, Landau S, Everitt B, Knapp M, Patel A, ve ark. Cognitive remediation therapy in schizophrenia: randomised controlled trial. *The British journal of psychiatry*. 2007;190(5):421-7.
74. Joshi G, Sharan P, Sreenivas V, Kumar N, Prasad K, Wadhawan AN. Cognitive Rehabilitation in Schizophrenia: A Review of the Indian Scenario. *World Academy of Science, Engineering and Technology, International Journal of Psychological and Behavioral Sciences*. 2017;4(4).
75. Dikeç G, Kutlu Y. Ruhsal Bozukluklarda Tedavi Uyumunu Artırmak İçin Bir Yöntem: Tedaviye Uyum Programı. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Dernegi*. 2015;6(1).
76. Morrison P, Meehan T, Stomski NJ. Australian case managers' views about the impact of antipsychotic medication on mental health consumers. *International journal of mental health nursing*. 2015;24(6):547-53.
77. Mateus P, de Almeida JMC, de Carvalho Á, Xavier M. Implementing Case Management in Portuguese Mental Health Services: Conceptual Background. *Portuguese Journal of Public Health*. 2017;35(1):19-29.
78. Khare C, Mueser KT, McGurk SR. Vocational rehabilitation for individuals with schizophrenia. *Current Treatment Options in Psychiatry*. 2016;3(2):99-110.
79. Caqueo-Urizar A, Rus-Calafell M, Urzúa A, Escudero J, Gutiérrez-Maldonado J. The role of family therapy in the management of schizophrenia: challenges and solutions. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2015;11:145.
80. Leff J, Berkowitz R, Shavit N, Strachan A, Glass I, Vaughn C. A Trial of Family Therapy versus a Relatives' Group for Schizophrenia: Two-Year Follow-up. *British Journal of Psychiatry*. 1990;157(4):571-7.
81. Rosenbaum S, Tiedemann A, Ward PB. Meta-Analysis Physical Activity Interventions for People With Mental Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2014;75(0):1-11.
82. Neves G, Borsoi M, Antonio CB, Pranke MA, Betti AH. Is Forced Swimming Immobility a Good Endpoint for Modeling Negative Symptoms of Schizophrenia?-Study of Sub-Anesthetic Ketamine Repeated Administration Effects. *Anais da Academia Brasileira de Ciências*. 2017;89(3):1655-69.
83. Tarpada SP, Morris MT. Physical Activity Diminishes Symptomatic Decline in Chronic Schizophrenia: A Systematic Review. *Psychopharmacology Bulletin*. 2017;47(4):29-40.

84. Farholm A, Sørensen M. Motivation for physical activity and exercise in severe mental illness: a systematic review of intervention studies. *International journal of mental health nursing*. 2016;25(3):194-205.
85. Erfer T, Ziv A. Moving toward cohesion: Group dance/movement therapy with children in psychiatry. *The Arts in Psychotherapy*. 2006;33(3):238-46.
86. Fernandes B, Steiner J, Berk M, Molendijk M, Gonzalez-Pinto A, Turck C, et al. Peripheral brain-derived neurotrophic factor in schizophrenia and the role of antipsychotics: meta-analysis and implications. *Molecular psychiatry*. 2015;20(9):1108.
87. Green M, Matheson S, Shepherd A, Weickert C, Carr V. Brain-derived neurotrophic factor levels in schizophrenia: a systematic review with meta-analysis. *Molecular psychiatry*. 2011;16(9):960.
88. Binford S, Hubbard E, Leutwyler H. Serum BDNF is Positively Associated with Negative Symptoms in Older Adults with Schizophrenia. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2016;24(3):S144-S5.
89. Gören JL. Brain-derived neurotrophic factor and schizophrenia. *Mental Health Clinician*. 2016;6(6):285-8.
90. Sylvia LG, Ametrano RM, Nierenberg AA. Exercise treatment for bipolar disorder: potential mechanisms of action mediated through increased neurogenesis and decreased allostatic load. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2010;79(2):87-96.
91. Shrivastava A, Avinash De Sousa G. Brain-derived neurotrophic factor and suicide in schizophrenia: critical role of neuroprotective mechanisms as an emerging hypothesis. *Indian journal of psychological medicine*. 2016;38(6):499.
92. Zschucke E, Gaudlitz K, Ströhle A. Exercise and physical activity in mental disorders: clinical and experimental evidence. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*. 2013;46(Suppl 1):S12.
93. Anderson AN, Kennedy H, DeWitt P, Anderson E, Wamboldt MZ. Dance/movement therapy impacts mood states of adolescents in a psychiatric hospital. *The Arts in Psychotherapy*. 2014;41(3):257-62.
94. Lee T-C. Trilogy of Body Imaginary: Dance/Movement Therapy for a Psychiatric Patient with Depression. *The Arts in Psychotherapy*. 2014;41(4):400-8.
95. What is dance/movement therapy? [Erişim Tarihi:10.05.2018; Erişim adresi: <https://adta.org/faqs/>.]
96. Barnet-Lopez S, Pérez-Testor S, Cabedo-Sanromà J, Oviedo GR, Guerra-Balic M. Dance/Movement Therapy and emotional well-being for adults with Intellectual Disabilities. *The Arts in Psychotherapy*. 2016;51:10-6.
97. Shim M, Johnson RB, Gasson S, Goodill S, Jermyn R, Bradt J. A model of dance/movement therapy for resilience-building in people living with chronic pain. *European Journal of Integrative Medicine*. 2017;9:27-40.
98. Sandel S. The process of empathic reflection in dance therapy. *Foundations of dance/movement therapy: The life and work of Marian Chace*. 1993:98-111.
99. Levy FJ. *Dance/Movement Therapy. A Healing Art*1988.
100. Chaiklin S. *The Chace Approach to Dance Therapy. Eight Theoretical Approaches in Dance-movement Therapy*. 1979:15-30.
101. McGarry LM, Russo FA. Mirroring in Dance/Movement Therapy: Potential mechanisms behind empathy enhancement. *The Arts in Psychotherapy*. 2011;38(3):178-84.

102. Vermes K, Incze A. Psychodynamic Movement and Dance Therapy (PMDT) in Hungary. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*. 2012;7(2):101-13.
103. Bräuninger I. Specific dance movement therapy interventions—Which are successful? An intervention and correlation study. *The Arts in Psychotherapy*. 2014;41(5):445-57.
104. Haze N. Authentic movement: Overview of origins, theory and practice. *Sammelband der Beiträge des 1 Internationalen Klinischen Kongresses für Tanztherapie in Berlin “Sprache der Bewegung”*1993.
105. Koch S, Kunz T, Lykou S, Cruz R. Effects of dance movement therapy and dance on health-related psychological outcomes: A meta-analysis. *The Arts in Psychotherapy*. 2014;41(1):46-64.
106. Lou H. Dance Movement: A Therapeutic Program for Psychiatric Clients. *Perspectives in Psychiatric Care*. 1993;29(2):22-9.
107. Depression N. The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults. London: National Institute for Health and Clinical Excellence. 2010.
108. Jeong Y-J, Hong S-C, Lee MS, Park M-C, Kim Y-K, Suh C-M. Dance movement therapy improves emotional responses and modulates neurohormones in adolescents with mild depression. *International Journal of Neuroscience*. 2005;115(12):1711-20.
109. Puncanen M, Saarikallio S, Luck G. Emotions in motion: Short-term group form Dance/Movement Therapy in the treatment of depression: A pilot study. *The Arts in Psychotherapy*. 2014;41(5):493-7.
110. Peters HJ. Dance/dance movement therapy and general wellbeing, depression, and anxiety: a meta-analysis: University of Tasmania; 2012.
111. Aweto H, Owwoye O, Akinbo S, Onabajo A. Effects of dance movement therapy on selected cardiovascular parameters and estimated maximum oxygen consumption in hypertensive patients. *Nigerian Quarterly Journal of Hospital Medicine*. 2012;22(2):125-9.
112. Filar-Mierzwa K, Długosz M, Marchewka A, Dąbrowski Z, Poznańska A. The effect of dance therapy on the balance of women over 60 years of age: the influence of dance therapy for the elderly. *Journal of Women & Aging*. 2017;29(4):348-55.
113. Laura H, Leena R, M. RA, Birgitta H, Petteri V, Ilkka W. Dance and movement therapeutic methods in management of dementia: a randomized, controlled study. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2008;56(4):771-2.
114. Serrano-Guzmán M, Valenza-Peña CM, Serrano-Guzmán C, Aguilar-Ferrándiz E, Valenza-Demet G, Villaverde-Gutiérrez C. Effects of a dance therapy programme on quality of life, sleep and blood pressure in middle-aged women: A randomised controlled trial. *Medicina Clínica (English Edition)*. 2016;147(8):334-9.
115. Mannheim EG, Helmes A, Weis J. [Dance/movement therapy in oncological rehabilitation]. *Forschende Komplementarmedizin* (2006). 2013;20(1):33-41.
116. Koch SC, Mehl L, Sobanski E, Sieber M, Fuchs T. Fixing the mirrors: A feasibility study of the effects of dance movement therapy on young adults with autism spectrum disorder. *Autism*. 2015;19(3):338-50.
117. de Natale ER, Paulus KS, Aiello E, Sanna B, Manca A, Sotgiu G, ve ark. Dance therapy improves motor and cognitive functions in patients with Parkinson’s disease. *NeuroRehabilitation*. 2017;40(1):141-4.

118. Bräuning I. The efficacy of dance movement therapy group on improvement of quality of life: A randomized controlled trial. *The Arts in Psychotherapy*. 2012;39(4):296-303.
119. Gomes Neto M, Menezes MA, Carvalho VO. Dance therapy in patients with chronic heart failure: a systematic review and a meta-analysis. *Clinical Rehabilitation*. 2014;28(12):1172-9.
120. Muller-Pinget S, Carrard I, Ybarra J, Golay A. Dance therapy improves self-body image among obese patients. *Patient Education and Counseling*. 2012;89(3):525-8.
121. Meekums B, Vaverniece I, Majore-Dusele I, Rasnacs O. Dance movement therapy for obese women with emotional eating: A controlled pilot study. *The Arts in Psychotherapy*. 2012;39(2):126-33.
122. Röhricht F, Papadopoulos N, Holden S, Clarke T, Priebe S. Therapeutic processes and clinical outcomes of body psychotherapy in chronic schizophrenia—An open clinical trial. *The Arts in Psychotherapy*. 2011;38(3):196-203.
123. Horwitz EB, Kowalski J, Theorell T, Anderberg UM. Dance/movement therapy in fibromyalgia patients: Changes in self-figure drawings and their relation to verbal self-rating scales. *The arts in psychotherapy*. 2006;33(1):11-25.
124. Heber L. Dance movement: A therapeutic program for psychiatric clients. *Perspectives in Psychiatric Care*. 1993;29(2):22-9.
125. Pylvänäinen P. Dance movement therapy in the treatment of depression: Change in body image and mood—A clinical practice based study. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research*. 2018(621).
126. Ben-Nun L. *Dance Therapy In The Bible*. Beer-Sheva, Israel 2016.
127. Craig CL, Marshall AL, Sjoström M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, ve ark. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Medicine and science in sports and exercise*. 2003;35(8):1381-95.
128. Öztürk M. Üniversitede eğitim-öğretim gören öğrencilerde uluslararası fiziksel aktivite anketinin geçerliliği ve güvenilirliği ve fiziksel aktivite düzeylerinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2005.
129. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. “Mini-mental state”: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*. 1975;12(3):189-98.
130. Molloy DW, Standish TI. A guide to the standardized Mini-Mental State Examination. *International Psychogeriatrics*. 1997;9(S1):87-94.
131. Güngen C, Ertan T, Eker E, Yaşar R, Engin F. Standardize mini mental test’in Türk toplumunda hafif demans tan›s›nda geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2002;13:273-81.
132. Addington D, Addington J, Maticka-Tyndale E. Specificity of the Calgary Depression Scale for schizophrenics. *Schizophrenia Research*. 1994;11(3):239-44.
133. Aydemir Ö, Danacı E, Deveci A, İçelli İ. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği Türkçe versiyonu özgüllüğü ve duyarlılığı.(Validity and Reliability of the Turkish version of Calgary depression scale for schizophrenia. *Archives of Neuropsychiatry Nöropsikiyatri Arşivi*. 2000;37:210-3.
134. Aydemir Ö, Esen Danacı A, Deveci A, İçelli İ. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği’nin Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 2000;37(1):82-6.

135. Kay SR, Fiszbein A, Opfer LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*. 1987;13(2):261.
136. Kostakoğlu E, Batur S, Tiryaki A, Göğüs A. *Dergisi* 1999; Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinin (PANSS) Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*.14:23-32.
137. Lippi S, Petit L. Subverting Space: An Exploration of a Dance Therapy Workshop Apparatus for Schizophrenics. *The Psychoanalytic Review*. 2017;104(2):231-52.
138. Romero EF, Hurwitz AJ, Carranza V. Dance therapy on a therapeutic community for schizophrenic patients. *The arts in Psychotherapy*. 1983;10(2):85-92.
139. Hildebrandt M, Koch S, Fuchs T. "We Dance and Find Each Other"1: Effects of Dance/Movement Therapy on Negative Symptoms in Autism Spectrum Disorder. *Behavioral Sciences*. 2016;6(4):24.
140. Pylvänäinen P, Lappalainen R. Change in body image among depressed adult outpatients after a dance movement therapy group treatment. *The Arts in Psychotherapy*. 2018;59:34-45.
141. Corteville MK. Dance your way to communication: Dance movement therapy to increase self-esteem, poor body image, and communication skills in high school females. 2009.
142. Pylvänäinen PM, Muotka JS, Lappalainen R. A dance movement therapy group for depressed adult patients in a psychiatric outpatient clinic: effects of the treatment. *Frontiers in psychology*. 2015;6:980.
143. Oganessian N. Dance therapy as form of communication activating psychotherapy for schizophrenic patients. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*. 2008;3(2):97-106.
144. Alpar R. Spor, sağlık ve eğitim bilimlerinden örneklerle uygulamalı istatistik ve geçerlik-güvenirlilik: Detay Yayıncılık; 2010.
145. Kalaycı Ş. SPSS uygulamalı çok değişkenli istatistik teknikleri: Asil Yayın Dağıtım Ankara, Türkiye; 2010.
146. Ozdamar K. SSPS ile Biyoistatistik. Kaan Kitabevi. 3. Baskı: Eskişehir. 1999.
147. Nuechterlein KH, Dawson ME. A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes. *Schizophrenia bulletin*. 1984;10(2):300.
148. Sun L, Min L, Zhou H, Li M, Shao F, Wang W. Adolescent social isolation affects schizophrenia-like behavior and astrocyte biomarkers in the PFC of adult rats. *Behavioural Brain Research*. 2017;333:258-66.
149. Bosanac P, Castle DJ. Schizophrenia and depression. *The Medical journal of Australia*. 2013;199(6 Suppl):S36-9.
150. Renck B, Grönlund E, editors. How depressed teenage girls can be helped by dance movement therapy. Paper presented at the 2nd International Research Colloquium in Dance/Movement Therapy in Pforzheim, 10-11 February 2006; 2006.
151. Bensimon M, Amir D, Wolf Y. Drumming through trauma: Music therapy with post-traumatic soldiers. *The Arts in Psychotherapy*. 2008;35(1):34-48.
152. Dauwan M, Begemann MJ, Heringa SM, Sommer IE. Exercise improves clinical symptoms, quality of life, global functioning, and depression in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia bulletin*. 2015;42(3):588-99.

153. Haboush A, Floyd M, Caron J, LaSota M, Alvarez K. Ballroom dance lessons for geriatric depression: An exploratory study. *The Arts in Psychotherapy*. 2006;33(2):89-97.
154. Haines JH. The effects of music therapy on the self-esteem of emotionally-disturbed adolescents. *Music Therapy*. 1989;8(1):78-91.
155. Isuru L, Dahanayake D, de Alwis A, Weerasinghe A, Hewage S, Ranasinghe C. Impact of dance, drama, yoga and music therapy workshops on symptom reduction in patients with Schizophrenia: A randomized controlled study. *South Asian Journal of Psychiatry*. 2015;3(2):3-9.
156. Kavak F, Ünal S, Yılmaz E. Effects of relaxation exercises and music therapy on the psychological symptoms and depression levels of patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2016;30(5):508-12.
157. Khoury B, Lecomte T, Comtois G, Nicole L. Third-wave strategies for emotion regulation in early psychosis: A pilot study. *Early Intervention in Psychiatry*. 2015;9(1):76-83.
158. Lu S-F, Lo C-HK, Sung H-C, Hsieh T-C, Yu S-C, Chang S-C. Effects of group music intervention on psychiatric symptoms and depression in patient with schizophrenia. *Complementary Therapies in Medicine*. 2013;21(6):682-8.
159. Priebe S, Savill M, Wykes T, Bentall R, Reininghaus U, Lauber C, ve ark. Effectiveness of group body psychotherapy for negative symptoms of schizophrenia: multicentre randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*. 2016;209(1):54-61.
160. Samson C, Mallindine C. The feasibility and effectiveness of running mindfulness groups in an early intervention in psychosis service. *The Cognitive Behaviour Therapist*. 2014;7.
161. Visceglia E, Lewis S. Yoga therapy as an adjunctive treatment for schizophrenia: a randomized, controlled pilot study. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 2011;17(7):601-7.
162. Firth J, Carney R, Elliott R, French P, Parker S, McIntyre R, ve ark. Exercise as an intervention for first-episode psychosis: a feasibility study. *Early Intervention in Psychiatry*. 2018;12(3):307-15.
163. Valtonen M, Laaksonen DE, Laukkanen J, Tolmunen T, Rauramaa R, Viinamäki H, ve ark. Sedentary lifestyle and emergence of hopelessness in middle-aged men. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*. 2010;17(5):524-9.
164. Cashin A, Potter E, Butler T. The relationship between exercise and hopelessness in prison. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 2008;15(1):66-71.
165. Dunn SL, Dunn LM, Rieth NP, Olamijulo GB, Swieringa LL, Holden TP, ve ark. Impact of home-and hospital-based exercise in cardiac rehabilitation on hopelessness in patients with coronary heart disease. *Journal of cardiopulmonary rehabilitation and prevention*. 2017;37(1):39-48.
166. Angevaren M, Vanhees L, Wendel-Vos W, Verhaar HJ, Aufdemkampe G, Aleman A, ve ark. Intensity, but not duration, of physical activities is related to cognitive function. *European journal of cardiovascular prevention and rehabilitation : official journal of the European Society of Cardiology, Working Groups on Epidemiology & Prevention and Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology*. 2007;14(6):825-30.

167. Dishman RK, Berthoud HR, Booth FW, Cotman CW, Edgerton VR, Fleshner MR, ve ark. Neurobiology of exercise. *Obesity* (Silver Spring, Md). 2006;14(3):345-56.
168. Meeusen R, De Meirleir K. Exercise and brain neurotransmission. *Sports Medicine*. 1995;20(3):160-88.
169. Ströhle A, Holsboer F. Stress responsive neurohormones in depression and anxiety. *Pharmacopsychiatry*. 2003;36(S 3):207-14.
170. Wise LA, Adams-Campbell LL, Palmer JR, Rosenberg L. Leisure time physical activity in relation to depressive symptoms in the Black Women's Health Study. *Annals of Behavioral Medicine*. 2006;32(1):68-76.
171. Ströhle A. Physical activity, exercise, depression and anxiety disorders. *Journal of neural transmission*. 2009;116(6):777.
172. Camacho TC, Roberts RE, Lazarus NB, Kaplan GA, Cohen RD. Physical activity and depression: evidence from the Alameda County Study. *American Journal of Epidemiology*. 1991;134(2):220-31.
173. Brooks D, Stark A. The effect of dance/movement therapy on affect: A pilot study. *American Journal of Dance Therapy*. 1989;11(2):101-12.
174. Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. *Archives of General Psychiatry*. 2005;62(3):247-53.
175. Schwartz-Lifshitz M, Zalsman G, Giner L, Oquendo MA. Can we really prevent suicide? *Current Psychiatry Reports*. 2012;14(6):624-33.
176. Taliaferro LA, Rienzo BA, Miller MD, Pigg Jr RM, Dodd VJ. High school youth and suicide risk: exploring protection afforded through physical activity and sport participation. *Journal of School Health*. 2008;78(10):545-53.
177. Cowen PJ, Browning M. What has serotonin to do with depression? *World Psychiatry*. 2015;14(2):158-60.
178. Fumoto M, Oshima T, Kamiya K, Kikuchi H, Seki Y, Nakatani Y, ve ark. Ventral prefrontal cortex and serotonergic system activation during pedaling exercise induces negative mood improvement and increased alpha band in EEG. *Behavioural Brain Research*. 2010;213(1):1-9.
179. Teychenne M, Ball K, Salmon J. Physical activity, sedentary behavior and depression among disadvantaged women. *Health Education Research*. 2010;25(4):632-44.
180. Luoto R, Tuisku K, Raitanen J. Masennusoireet vuoden kuluttua synnytyksestä: yhteydet liikuntaan ja kokemukset perhevapaasta. Teoksessa Luoto, R, Kauppinen, K & Luotonen A Perhevapaalta takaisin työelämään Helsinki: Työterveyslaitos, Työ ja ihminen-tutkimusraportti. 2012:127-43.
181. Cooney G, Dwan K, Mead G. Exercise for depression. *Jama*. 2014;311(23):2432-3.
182. Rimer J, Dwan K, Lawlor DA, Greig CA, McMurdo M, Morley W, ve ark. Exercise for depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;7(CD004366).
183. Meekums B, Karkou V, Nelson EA. Dance movement therapy for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015;2(2).
184. McNamee L, Mead G, MacGillivray S, Lawrie SM. Schizophrenia, poor physical health and physical activity: evidence-based interventions are required to reduce major health inequalities. *The British Journal of Psychiatry*. 2013;203(4):239-41.

185. Toft J. Physical Activity During Therapy of Self-Disorder Among Patients with Schizophrenia. A Phenomenological Understanding of the Relationship Between Healing and Physical Activity. *Physical Culture and Sport Studies and Research*. 2015;65(1):51-62.
186. Gorczynski P, Faulkner G. Exercise therapy for schizophrenia. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2010(5):CD004412.
187. Lök N, Bademli K, Lök S. The effect of a physical activity program on chronic psychiatric patients' positive and negative symptoms and depression levels: A randomized controlled trial. 2017.
188. Acil A, Dogan S, Dogan O. The effects of physical exercises to mental state and quality of life in patients with schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2008;15(10):808-15.
189. Beebe LH, Smith KD, Roman MW, Burk RC, McIntyre K, Dessieux OL, ve ark. A pilot study describing physical activity in persons with schizophrenia spectrum disorders (SSDS) after an exercise program. *Issues in mental health nursing*. 2013;34(4):214-9.
190. Loh SY, Abdullah A, Abu Bakar AK, Thambu M, Nik Jaafar NR. Structured Walking and Chronic Institutionalized Schizophrenia Inmates: A pilot RCT Study on Quality of Life. *Global Journal of Health Science*. 2015;8(1):238-48.
191. Curcic D, Stojmenovic T, Djukic-Dejanovic S, Dikic N, Vesic-Vukasinovic M, Radivojevic N, ve ark. Positive impact of prescribed physical activity on symptoms of schizophrenia: randomized clinical trial. *Psychiatria Danubina*. 2017;29(4):459-65.
192. Wu MH, Lee CP, Hsu SC, Chang CM, Chen CY. Effectiveness of high-intensity interval training on the mental and physical health of people with chronic schizophrenia. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2015;11:1255.
193. Lee J, Park S, Kim HS, Kim CY. Clinical application of dance therapy in psychiatric outpatients with schizophrenia. *Journal of Korean Neuropsychiatric Association*. 2008;47(3):279-85.
194. Sarikaya BZ. The Effectiveness of Dance Movement Therapy (DMT) on Reducing Symptoms of Mental Illnesses: A Systematic Review. 2017.
195. Paikkatt B, Singh AR, Singh PK, Jahan M, Ranjan JK. Efficacy of Yoga therapy for the management of psychopathology of patients having chronic schizophrenia. *Indian journal of psychiatry*. 2015;57(4):355.
196. Daley AJ. Exercise therapy and mental health in clinical populations: is exercise therapy a worthwhile intervention? *Advances in Psychiatric Treatment*. 2002;8(4):262-70.
197. Pelham TW, Campagna PD. Benefits of exercise in psychiatric rehabilitation of persons with schizophrenia. *Canadian Journal of Rehabilitation*. 1991.
198. Margariti A, Ktonas P, Hondraki P, Daskalopoulou E, Kyriakopoulos G, Economou N-T, ve ark. An application of the Primitive Expression form of dance therapy in a psychiatric population. *The Arts in Psychotherapy*. 2012;39(2):95-101.
199. Lin C-H, Huang C-L, Chang Y-C, Chen P-W, Lin C-Y, Tsai GE, ve ark. Clinical symptoms, mainly negative symptoms, mediate the influence of neurocognition and social cognition on functional outcome of schizophrenia. *Schizophrenia research*. 2013;146(1):231-7.
200. Ventura J, Hellemann GS, Thames AD, Koellner V, Nuechterlein KH. Symptoms as mediators of the relationship between neurocognition and functional

outcome in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophrenia Research*. 2009;113(2):189-99.

201. Kavak F. Şizofreni Hastalarında Yoganin İşlevsel İyileşme Düzeyine Etkisi: Atatürk Üniversitesi; 2016.

202. Kimhy D, Vakhrusheva J, Bartels MN, Armstrong HF, Ballon JS, Khan S, ve ark. Aerobic fitness and body mass index in individuals with schizophrenia: Implications for neurocognition and daily functioning. *Psychiatry Research*. 2014;220(3):784-91.

203. Lobo YB, Winsler A. The effects of a creative dance and movement program on the social competence of head start preschoolers. *Social Development*. 2006;15(3):501-19.

204. Fischman D. Therapeutic relationships and kinesthetic empathy. *The art and science of dance/movement therapy: Routledge*; 2015. p. 65-84.

205. Chiang M, Reid-Varley WB, Fan X. Creative art therapy for mental illness. *Psychiatry Research*. 2019;275:129-36.

206. Röhricht F, Priebe S. Effect of body-oriented psychological therapy on negative symptoms in schizophrenia: a randomized controlled trial. *Psychological medicine*. 2006;36(5):669-78.

8. EKLER

EK-1: Etik Kurul Karar Yazısı

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Şizofrenili Bireylerde Dans/Hareket Tedavisinin Psikotik Durum ve İşlevsel İyileşme Üzerine Etkinliğinin İncelenmesi: Randomize Kontrollü Çalışma
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	KA-17165

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input checked="" type="checkbox"/> 09.02.2018 imza tarihli
	BIYOLOJİK MATERYAL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>
	ILAN	<input type="checkbox"/>
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>
	DİĞER:	<input type="checkbox"/>
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2018/02- 26 (KA-17165)	Toplantı Tarihi: 16.02.2018 (İlk değerlendirme tarihi: 22.12.2017)
	<p>T. C. Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği personellerinden Uzm. Dr. Duygu Tiryaki ŞEN'in sorumlu araştırmacısı olduğu, Prof. Dr. Ganze Ekici ÇAĞLAR'ın danışmanlığını yaptığı, Erg. Arif GÖKCEN'in yüksek lisans tezi olan KA-17165 kaviti numaralı ve "Şizofrenili Bireylerde Dans/Hareket Tedavisinin Psikotik Durum ve İşlevsel İyileşme Üzerine Etkinliğinin İncelenmesi: Randomize Kontrollü Çalışma" protokol numaralı proje önerisine ait yukarıda bilgileri verilen belge ve dokümanlar; araştırmann/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve bilgi edinilmiş olup, tıbbi etik açıdan uygun bulunmuştur.</p> <p>İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.</p> <p>20 Ekim 2016 tarih 29862 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesi ve Mahremiyetinin Sağlanması Hakkında Yönetmeliğin 8. maddesinin 4. fıkrası uyarınca bu çalışmaların Sağlık Bakanlığı bünyesinde kurulan Kişisel Sağlık Verileri Komisyonu tarafından değerlendirilmesi gerekmektedir.</p>	

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU								
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu						
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof. Dr. F. Alev TÜRKER						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkisi		Katılım*		İmza
Prof. Dr. F. Alev Türker Başkan	İç Hst. AD. Medikal Onkoloji	Hacettepe Ü. Tıp F.	K	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Zafer Çehreli, Başkan Yardımcısı	Pedodonti	Hacettepe Ü. Dişhek. F.	E	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Mutlu Hayran, Raportör	Epidemiyoloji	Hacettepe Ü. Tıp F.	E	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	GÖREVLİ
Prof. Dr. Fatma Gümrük	Çocuk Sağl. ve Hst. Hematoloji BD.	Hacettepe Ü. Tıp F.	K	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	KONGREDE
Prof. Dr. Murat Yurdakök	Çocuk Sağl. ve Hst. Neonatoloji BD.	Hacettepe Ü. Tıp F.	E	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Türkan Eldem	Far. Biyoteknoloji	Hacettepe Ü. Ezc. F.	K	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Nilgün Sayınalp	İç Hst. Hematoloji	Hacettepe Ü. Tıp F.	K	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	İZİNLI
Prof. Dr. Ayşe Küçükdeveci	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	Ankara Ü. Tıp F.	K	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Nuket Örnek Buken	Tıp Tarihi ve Etik	Hacettepe Ü. Tıp F.	K	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	GÖREVLİ
Prof. Dr. Mehmet Uğur	Biyofizik	Ankara Ü. Tıp F.	E	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. İnci Erdemli	Farmakoloji	Hacettepe Ü. Eczacılık F.	K	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Erdem Karabulut	Biyostatistik	Hacettepe Ü. Tıp F.	E	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Av. Meltem Onurlu	Hukuk	Hacettepe Ü. Hukuk Müşavirliği	K	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Fatma Nesrin Şeyhismailoğlu	İşletme	Sivil Üye	K	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. F. Alev TÜRKER
İmzası:

Not: Etik Kurul Başkanı'nın her sayfada imzası yer almalıdır.

Ek-2: Demografik Bilgi ve Psikiyatrik öykü Formu

YAŞ(YIL):

CİNSİYET: 1) ERKEK 2) KADIN

KİLO (KG):

BOY (CM):

BKİ (KG / M2):

EĞİTİM SÜRESİ:

SİGARA KULLANIYOR MU? 1) HAYIR 2) EVET

ÇALIŞIYOR MU? 1) HAYIR 2) EVET

MEDENİ DURUMU: 1) BEKAR 2) EVLİ

HASTALIĞIN BAŞLANGIÇ YAŞI:

HASTALIK SÜRESİ(YIL):

HASTANEYE YATIŞ SAYISI:

İNTİHAR GİRİŞİMİ VAR MI 1) YOK 2) VAR

ŞİZOFRENİ AİLE ÖYKÜSÜ VAR MI 1) YOK 2) VAR

Ek-3: Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi – Kısa Formu

Son 7 günde yaptığınız şiddetli aktiviteleri düşünün. Şiddetli fiziksel aktiviteler zor fiziksel efor yapıldığını ve nefes almanın normalden çok daha fazla olduğu aktiviteleri ifade eder. Sadece herhangi bir zamanda en az 10 dakika yaptığınız bu aktiviteleri düşünün.

1. Geçen 7 gün içerisinde kaç gün ağır kaldırma, kazma, aerobik, basketbol, futbol veya hızlı bisiklet çevirme gibi şiddetli fiziksel aktivitelerden yaptınız?

Haftada ___ gün

Şiddetli fiziksel aktivite yapmadım. → (3.soruya gidin.)

2. Bu günlerin birinde şiddetli fiziksel aktivite yaparak genellikle ne kadar zaman harcadınız?

Günde ___ saat

Günde ___ dakika

Bilmiyorum/Emin değilim

Geçen 7 günde yaptığınız orta dereceli fiziksel aktiviteleri düşünün. Orta dereceli aktivite orta derece fiziksel güç gerektiren ve normalden biraz sık nefes almaya neden olan aktivitelerdir. Yalnız bir seferde en az 10 dakika boyunca yaptığınız fiziksel aktiviteleri düşünün.

3. Geçen 7 gün içerisinde kaç gün hafif yük taşıma, normal hızda bisiklet çevirme, halk oyunları, dans, bowling veya çiftler tenis oyunu gibi orta dereceli fiziksel aktivitelerden yaptınız? Yürüme hariç.

Haftada ___ gün

Orta dereceli fiziksel aktivite yapmadım. → (5.soruya gidin.)

4. Bu günlerin birinde orta dereceli fiziksel aktivite yaparak genellikle ne kadar zaman harcadınız?

Günde ___ saat

Günde ___ dakika

Bilmiyorum/Emin değilim

Geçen 7 günde yürüyerek geçirdiğiniz zamanı düşünün. Bu işyerinde, evde, bir yerden bir yere ulaşım amacıyla veya sadece dinlenme, spor, egzersiz veya hobi amacıyla yaptığınız yürüyüş olabilir.

5. Geçen 7 gün, bir seferde en az 10 dakika yürüdüğünüz gün sayısı kaçtır?

Haftada ___ gün

Yürümedim. → (7.soruya gidin.)

6. Bu günlerden birinde yürüyerek genellikle ne kadar zaman geçirdiniz?

Günde ___ saat

Günde ___ dakika

Bilmiyorum/Emin değilim

Son soru, geçen 7 günde hafta içinde oturarak geçirdiğiniz zamanlarla ilgilidir. İşte, evde, çalışırken ya da dinlenirken geçirdiğiniz zamanlar dahildir. Bu masanızda, arkadaşınızı ziyaret ederken, okurken, otururken veya yatarak televizyon seyrettiğinizde oturarak geçirdiğiniz zamanları kapsamaktadır.

7. Geçen 7 gün içerisinde, günde oturarak ne kadar zaman harcadınız?

Günde ___ saat

Günde ___ dakika

Bilmiyorum/Emin değilim

Ek-4: Standardize Mini-Mental Test

STANDARDİZE MİNİ MENTAL TEST

YÖNELİM (Toplam puan 10)

- Hangi yıl içindeyiz ()
Hangi mevsimdeyiz ()
Hangi aydayız ()
Bu gün ayın kaçı ()
Hangi gündeyiz ()
Hangi ülkede yaşıyoruz ()
Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız. ()
Şu an bulunduğunuz semt neresidir. ()
Şu an bulunduğunuz bina neresidir ()
Şu an bu binada kaçınıcı kattasınız. ()

KAYIT HAFIZASI (Toplam puan 3)

- Size birazdan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın
(Masa, Bayrak, Elbise) (20 sn süre tanırır) Her doğru isim 1 puan ()

DİKKAT VE HESAP YAPMA (Toplam puan 5)

- 100'den geriye doğru 7 çıkartarak gidin. Dur deyinceye kadar devam edin.
Her doğru işlem 1 puan. (100, 93, 86, 79, 72, 65) ()

HATIRLAMA (Toplam puan 3)

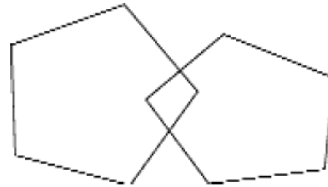
- Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyleyin.
(Masa, Bayrak, Elbise). ()

LİSAN (Toplam puan 9)

- a) Bu gördüğünüz nesnelerin isimleri nedir? (saat, kalem) 2 puan (20 sn tut) ()
b) Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin.
“Eğer ve fakat istemiyorum” (10 sn tut) 1 puan ()
c) Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın.
“Masada duran kâğıdı sağ/sol elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen”
Toplam puan 3, süre 30 sn, her bir doğru işlem 1 puan ()
d) Şimdi size bir cümle vereceğim. Okuyun ve yazıda söylenen şeyi yapın. (1 puan)

“GÖZLERİNİZİ KAPATIN” (arka sayfada) ()

- e) Şimdi vereceğim kâğıda aklınıza gelen anlamlı bir cümleyi yazın. (1 puan). ()
f) Size göstereceğim şeklin aynısını çizin. (arka sayfada) (1 puan) ()



Ek-5: Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği

Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği

Uygulayan:

Tarih:

1. Depresyon: Son iki hafta boyunca ruh halinizi nasıl tanımlarsınız? Yeterince neşelenebiliyor muydunuz, yoksa son zamanlarda aşırı çökkün ya da üzüntülü müydünüz? Son iki hafta içinde, her gün ne kadar sıklıkta kendinizi [KENDİ KELİMELERİ] hissediyorsunuz? Gün boyu?

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

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

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

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

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

4. Suçlulukla İlgili Alınma Düşünceleri: Bir konuda itham edildiyiniz ya da hatta haksız yere suçlandığınız duygusuna kapıldınız mı? Hangi konuda? (Doğrulanabilir itham ya da suçlamaları dahil etmeyin. Suçluluk sanırlarını dışlayın)

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

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

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

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

0. Yok: Depresyon yok
 1. Hafif: Depresyon var ama gün içi değişkenlik yok
 2. Orta: Depresyonun sabahları kötüleştiği kendiliğinden belirtilir.
 3. Şiddetli: Sabahları belirgin biçimde daha kötü olan ve işlevselliğin bozulduğu depresyon aşamaları düzeldir

7. Erken Uyanma: Sabahları normalden daha erken mi uyanıyorsunuz? Bu, haftada kaç kez oluyor?

0. Yok: Erken uyanma yok
 1. Hafif: Ara sıra (en çok haftada iki kez) 'olağan' ya da gerekli uyanma zamanından en az 1 saat önce uyanıyor
 2. Orta: Çoğunlukla (haftada en fazla 5 kez) olağan ya da gerekli uyanma zamanından en az 1 saat önce uyanıyor
 3. Şiddetli: Her gün uyanma zamanından en az 1 saat önce uyanıyor

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

0. Yok
 1. Hafif: Sıklıkla keşke ölmüş olsaydım biçiminde düşünceler ya da ara sıra özkıyım düşünceleri
 2. Orta: Üzerinde uğraşmış özkıyım tasarısı ama girişimde bulunulmamıştır
 3. Şiddetli: Açıkça ölüme sonuçlanmak üzere hazırlanmış özkıyım girişi (örn.: şans eseri fark edilme ya da etkisiz yöntem)

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

0. Yok
 1. Hafif: Görüşmenin belirgin olarak yansız konuşmalarını içeren bölümlerinde bile kişi üzgün ya da kederli görünmektedir.
 2. Orta: Kişi görüşme boyunca sıkın, tek düze bir ses tonuyla üzgün ve kederli görünmektedir ve bazen ağlar ya da ağlamaklı olur.
 3. Şiddetli: Şişli sıkıntı veren konularda boğulacak gibi olur, sıklıkla derin iç çeker ve açıkça ağlar ya da kişisiz olarak istraptan donakalmış duruma girer ancak görüşme depresyonun varoluğundan emindir.

Skor:

Ek-6: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği

POZİTİF VE NEGATİF SENDROM ÖLÇEĞİ (PANSS):

POZİTİF BELİRTİLER ÖLÇEĞİ (P):

P1. SANRILAR

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

- 1. YOK:** Tanımla ilgili bir özellik yoktur.
- 2. ÇOK HAFİF:** Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.
- 3. HAFİF:** Billurlaşmamış, müphem ve kuvvetle bağlanılmamış bir veya iki sanrı vardır. Sanrılar düşünmeyi, sosyal ilişkiler veya davranışı etkilemez.
- 4. ORTA:** Zayıf yapılanmış, sabit olmayan, çok sayıda ve biçim değiştiren sanrılar vardır veya birkaç tane tam oluşmuş ve düşünmeyi, sosyal ilişkiler veya davranışı arasına etkileyen sanrılar vardır.
- 5. ORTA/AĞIR:** Kuvvetle bağlanılmış, çok sayıda sanrı vardır ve arasına düşünmeyi, sosyal ilişkileri ve davranışı etkilemektedir.
- 6. AĞIR:** Billurlaşmış, muhtemelen iyi düzenlenmiş, kuvvetle inanılmış ve düşünmeyi, sosyal ilişkileri ve davranışı açıkça etkileyen sanrılar kümesi vardır.
- 7. ÇOK AĞIR:** Çok iyi düzenlenmiş veya çok sayıda olan ve hastanın yaşamını önemli derecede etkileyen sanrılar kümesi vardır. Bu durum, hasta veya yakınlarının güvenliğini de etkileyebilecek düzeyde, sorumsuz ve uygunsuz davranışlara sıklıkla neden olabilmektedir.

P2. DÜŞÜNCE DAĞINIKLIĞI

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

- 1. YOK:** Tanımla ilgili özellik yoktur.
- 2. ÇOK HAFİF:** Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.
- 3. HAFİF:** Düşünce çevresel, teğetsel veya mantık dışıdır. Düşünceleri hedefe yönlendirmede bir miktar güçlük vardır ve baskı altında çağrışımlarda kopukluk gözlenebilir.
- 4. ORTA:** Konuşmalar kısa ve iyi yapılanmış olduğunda düşünceler toparlanabilmektedir, ancak daha karmaşık konuşmalar olduğunda veya hafif baskı altında çağrışımlarda gevşeme, konudan uzaklaşma olabilmektedir.

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

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

7. ÇOK AĞIR: Düşünceler hastanın anlaşılabilir olmasına yol açacak düzeyde bozulmuştur. Çağrışımlardaki belirgin kopukluk hiçbir şekilde iletişim kurulmasına neden olmaktadır (önelime salatası veya mutizm).

P3. VARSANILAR

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

1. YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

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

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

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

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

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

P4. TAŞKINLIK

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

1. YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

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

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

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

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

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

P5. BÜYÜKLÜK DUYGULARI

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

1. YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

3. HAFİF: Belirgin büyüklük sanrıları olmamakla birlikte hafif kabarma veya kendini övme vardır.

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

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

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

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

P6. ŞÜPHECİLİK/KÖTÜLÜK GÖRME

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

1. YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

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

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

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

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

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

P7. DÜŞMANCA TUTUM

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

1. YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

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

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

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

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

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

NEGATİF BELİRTİLER ÖLÇEĞİ (N):

N1. DUYGULANIMDA KÜNTLEŞME:

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

1. YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

- 3. HAFİF:** Yüz ifadesi ve iletişim kurmada kullanılan el kol hareketlerindeki değişiklikler tutuktur, zorlamalıdır, vapmadır veya iyi ayarlanamaz.
- 4. ORTA:** Yüz ifadesindeki ve az sayıdaki el kol hareketindeki azalma donuk bir görünüme neden olmaktadır.
- 5. ORTA/AĞIR:** Nadiren yüz ifadesinin değişmesi ve iletişim kurmada kullanılan el kol hareketlerinin azalması ile duygulanım genelde "künttür".
- 6. AĞIR:** Çoğu zaman belirgin küntlük ve duygularda azalma görülmektedir. Taşkınlık, öfke ve uygunsuz, kontrol edilmeyen gülme şeklinde ayarsız, aşırı duygulanım ifadeleri olabilir.
- 7. ÇOK AĞIR:** Yüz ifadesinde değişim ve iletişim kurmada kullanılan el kol hareketleri hiç yoktur. Hasta sürekli boş veya "heykel gibi" bir ifade içindedir.

N2. DUYGUSAL İÇEÇEKİLME

Gündelik olaylara karşı ilgi eksikliğinin olması ve duygusal katılmanın olmamasıdır. Değerlendirmede temel alınacak veriler, tedavi ekibi veya ailenin hastanın işlevsel ligiyle ilgili görüşleri ve hastanın görüşme sırasında gözlenen kişilerarası ilişkilerdeki tutumudur.

- 1. YOK:** Tanımla ilgili özellik yoktur.
- 2. ÇOK HAFİF:** Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.
- 3. HAFİF:** Genelde bir işe kalkışmaya hevesi yoktur ve arasıra çevredeki olaylara karşı ilgi azlığı gösterebilir.
- 4. ORTA:** Hasta genelde çevresinden ve bu çevrenin getirdiği güçlüklerden duygusal olarak uzaklaşmıştır, ancak yüreklendirilirse ilişki kurar.
- 5. ORTA/AĞIR:** Hasta katılımını sağlamak için harcanan tüm çabalara rağmen çevresindeki kişiler ve olaylardan duygusal olarak uzaklaşmıştır. Hasta mesafeli, uysal ve amaçsız gözükmemektedir, ancak kısa süre için de olsa iletişim kurabilmekte ve bazen yardım gerekse de kişisel ihtiyaçlarını karşılayabilmektedir.
- 6. AĞIR:** Belirgin ilgi eksikliği ve duygusal katılım sağlayamama hastanın diğer insanlarla konuşmasını sınırlamaktadır ve aynı zamanda ancak gözetim altında yapabildiği kişisel işlevlerini sıkça ihmal etmesine neden olmaktadır.
- 7. ÇOK AĞIR:** Ağır ilgi eksikliği ve duygusal katılım sağlayamama nedeniyle hasta hemen hemen tamamıyla içe kapanmıştır, ilişki kuramamaktadır ve kişisel ihtiyaçlarını ihmal etmektedir.

N3. İLİŞKİ KURMADA GÜÇLÜK

Hastanın başkalarına empati yapamaması, görüşme sırasında açık olamaması, görüşmeciyile yakınlık kuramaması ve bu kişiye ilgisiz kalmasıdır. Bu durum hastanın mesafeli durması, sözel ve sözel olmayan iletişiminin az olması şeklinde gözlenebilir. Değerlendirmede temel alınacak veri hastanın görüşme sırasında gözlenen kişilerarası ilişkilerdeki tutumudur.

Pasiflik ve kayıtsızlık, enerji azalması ve irade kullanamama nedeniyle toplumsal etkileşimlerde ilgi ve girişimlerin azalmasıdır. Bu durum kişiler arası ilişkilerde azalmaya ve günlük aktivitelerde ihmale neden olmaktadır.

- 1. YOK:** Tanımla ilgili özellik yoktur.
- 2. ÇOK HAFİF:** Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.
- 3. HAFİF:** Konuşma tutuk, zorlamalı ve yapay bir tondadır. Duygusal derinliği olmayabilir veya kişisel olmayan, entelektüel bir tarzda sürmeye meyilli olabilir.
- 4. ORTA:** Hasta tipik olarak kişiler arası ilişkilerde belirgin mesafelidir. Sorulara mekanik olarak cevap verip sıkılmış gibi veya ilgisiz davranabilir.
- 5. ORTA/AĞIR:** Hastanın ilgisizliği belirgindir ve bu durum görüşmenin verimliliğini açıkça bozmaktadır. Hasta göz göze gelmekten kaçınabilir.
- 6. AĞIR:** Hastanın kayıtsız, mesafeli tavrı oldukça belirgindir. Yanıtları baştan savmadır ve ilgisine dair sözel olmayan göstergeler çok azdır. Göz göze gelmekten sıklıkla kaçınır.
- 7. ÇOK AĞIR:** Hasta görüşmeceye karşı tamamen ilgisizdir. Tamamen kayıtsızdır ve görüşme boyunca sözel ve sözel olmayan etkileşimlerden sürekli kaçınır.

N4. PASİF/KAYITSIZ BİÇİMDE KENDİNİ TOPLUMDAN ÇEKME

Değerlendirmede temel alınacak veriler, tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği sosyal davranışlardır.

- 1. YOK:** Tanımla ilgili özellik yoktur.
- 2. ÇOK HAFİF:** Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.
- 3. HAFİF:** Sosyal aktivitelere arasıra ilgi göstermekle beraber girişimi azdır. Genellikle ilk adımı başkaları attığında ilişki kurmaktadır.
- 4. ORTA:** Çoğu sosyal aktiviteye pasif olarak katılmaktadır, ancak ilgisiz ve mekanik bir tavır sözkonusudur. Arka planda kalmaya meyillidir.
- 5. ORTA/AĞIR:** Hiçbir ilgi ve girişim göstermeden aktivitelerin çok azına pasif olarak katılmaktadır.
- 6. AĞIR:** Sosyal aktivitelere nadiren katılır, arasıra kişisel ihtiyaçlarını ihmal eder, kayıtsız olmaya ve kendi başına kalmaya meyillidir. Kendiliğinden gelişen sosyal ilişkileri çok azdır.
- 7. ÇOK AĞIR:** Tamamen kayıtsızdır, yalnızdır ve kendini ihmal etmektedir.

N5. SOYUT DÜŞÜNME GÜÇLÜĞÜ

Soyut ve simgesel düşünmedeki bozulmadır; sınıflandırma, genellemeler yapma ve problem çözmeye yönelik işlerde benmerkezcil ve somut düşüncenin ötesine geçebilmede güçlütür. Değerlendirmede temel alınacak veriler, benzerlikler ve atasözleriyle ilgili sorulara verilen yanıtlar ve görüşme boyunca somuta karşı soyut düşüncenin kullanımının değerlendirilmesidir.

- 1. YOK:** Tanımla ilgili özellik yoktur.
- 2. ÇOK HAFİF:** Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.
- 3. HAFİF:** Daha zor atasözlerine harfiharfine veya kişisel açıklamalar getirmeye meyillidir ve açıkça soyut veya birbirleriyle uzaktan ilişkili kavramları anlamakta güçlük çekmektedir.

4. ORTA: Genellikle somut düşünce tarzını kullanmaktadır. Çoğu atasözleri ve bazı kategorileri anlamada güçlüğü vardır. Düşünce bahsi geçen nesnelere işlevsel yönlerine ve en göze çarpan özelliklerine kaymaya meyillidir.

5. ORTA/AĞIR: Çoğu atasözlerinde ve kategorilerde zorlanmasına yol açacak şekilde somut tarzda düşünmektedir.

6. AĞIR: Hiçbir atasözünün veya mecazi ifadenin soyut anlamını kavrayamamaktadır ve bahsi geçen nesnelere en basit benzerliklere göre sınıflandırmaktadır. Düşünce ya anlamsızdır ya da bahsi geçen nesnelere işlevsel yönlerine, en göze çarpan özelliklerine ve bunlarla ilgili alışılmamış yorumlamalara takılıp kalmıştır.

7. ÇOK AĞIR: Sadece somut tarzda düşünebilmektedir. Hiçbir atasözünü, mecaz veya teşbihi ve basit kategorileri kavrayamamaktadır. En göze çarpan ve işlevsel özellikleri bile sınıflandıramamaktadır. Bu derecelendirme belirgin bilişsel bozukluk nedeniyle muayene yapan kişiyle hiçbir ilişkiye giremeyen hastalar için de yapılabilir.

N6. KONUŞMANIN KENDİLİĞİNDEN VE AKICI OLMASININ KAYBI:

Kayıtsızlık, irade kullanamama, savunuculuk veya bilişsel yetilerdeki bozukluktan dolayı konuşmanın akışındaki vavaşlamadır. Sözel etkileşim sürecinde akıcılıkta ve üretkenlikteki azalmayla seyrederek değerlendirilmede temel alınacak veri görüşme sırasında izlenen bilişsel-sözel süreçtir.

1. YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

3. HAFİF: Konuşmaya çok az isteği vardır. Hastanın yanıtları doğrudan ve soruya yanıt tarzında, kısa ve sade olmaya meyillidir.

4. ORTA: Konuşmada serbest akış yoktur ve konuşma düzgün değildir veya duraksamalıdır. Yeterli yanıtların alınabilmesi ve konuşmanın devam edebilmesi için sıkça yönlendirici sorular gerekmektedir.

5. ORTA/AĞIR: Görüşmecinin sorularına bir veya iki kısa cümle ile yanıt verir. Kendiliğinden ve açık bir biçimde konuşmada belirgin eksiklik vardır.

6. AĞIR: Konuşmayı kısaltmak veya konuşmaktan kaçınmak isteğiyle hastanın yanıtları birkaç kelime veya cümle ile sınırlanmaktadır (ör: "bilmiyorum", "söylemeye izinli değilim"). Bu nedenle karşılıklı konuşma ciddi biçimde bozulmaktadır ve görüşme ilerlemez.

7. ÇOK AĞIR: Sözel iletişim taktik kelimelerle sınırlıdır ve karşılıklı konuşma imkansızlaşmaktadır.

N7. STERİOTİPİK DÜŞÜNME

Düşünmenin akıcılığı, kendiliğinden oluşu ve esnekliği azalmıştır ve değişmez, tekrarlayıcı veya sık düşünce içeriği ile kendini gösterir. Değerlendirmede temel alınacak veri görüşmede gözlenen bilişsel-sözel süreçtir.

1. YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

3. HAFİF: Tavırlarda veya inançlarda bir miktar değişmezlik gözlenir. Hasta diğer durumları göz önüne almayı reddedebilir veya bir düşünceden diğerine geçmede zorlanabilir.

4. ORTA: Konuşma, yeni bir konuya geçişi güçleştirecek biçimde tekrarlayan bir konu etrafında dönmektedir.

5. ORTA/AĞIR: Görüşmecinin çabalarına rağmen, düşünme o kadar değişmez ve tekrarlayıcıdır ki konuşma iki veya üç konuyla sınırlı kalmaktadır.

6. AĞIR: Taleplerin, ifadelerin, düşüncelerin veya soruların kontrol edilemeyen tekrarları konuşmayı ciddi ölçüde bozmaktadır.

7. ÇOK AĞIR: Düşünme, davranış ve konuşmaya, sabit, tekrarlayan düşünceler veya sınırlı cümleler hakimdir. Bu durum konuşmada uygunsuzluğa, değişmezliğe ve sınırlılığa neden olur.

GENEL PSİKOPATOLOJİ ÖLÇEĞİ (G):

G1. BEDENSEL KAYGI

Bedensel yakınmalar veya bedensel bir hastalık veya işlev bozukluğu olduğuna dair inançlar vardır. Bu durum, müphem bir hastalık algısından ölümcül bir bedensel hastalığın varlığıyla ilgili sanrılara kadar değişen belirtileri kapsamaktadır. Değerlendirmede temel alınacak veri görüşmede aktarılan düşünce içeriğidir.

1. YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

3. HAFİF: Hasta olmadığına ilişkin teminat verilmesi isteğiyle sorduğu sorulardan anlaşıldığı üzere, sağlık veya bedenle ilgili konularda belirgin kaygısı vardır.

4. ORTA: Sağlığın kötüleşmesi veya beden işlevlerinde bozulmayla ilgili yakınmalar vardır, ancak bunlar sanrı düzeyinde değildir ve teminat ile aşırı kaygı yatıştırılabilir.

5. ORTA/AĞIR: Hastanın fiziksel bir hastalık veya beden işlevlerinde bozulmayla ilgili olarak sık ve çok sayıda yakınması vardır veya hasta bu konularda zihnini sürekli meşgul etmeyen bir veya iki açık sanrı sergilemektedir.

6. AĞIR: Hastanın zihni bedensel bir hastalık veya organlarda işlev bozukluğuyla ilgili belirgin bir veya birkaç sanrıyla meşguldür, ancak duygulanımı tamamen bu konulara gömülmemiştir ve biraz çabayla görüşmeci hastanın düşüncelerini farklı yöne yönlendirebilir.

7. ÇOK AĞIR: Hastanın duygulanımına ve düşüncelerine tamamen hakim olan çok sayıda ve sık somatik sanrılar veya birkaç tane ölümcül bir bedensel hastalığın varlığıyla ilgili sanrı vardır.

G2. ANKSIYETE

Şimdiki durum veya gelecekle ilgili aşırı kaygıdan panik duygusuna kadar değişen derecelerde sinirlilik, endişe, kaygıyla bekleme veya huzursuzluk gibi öznel bir yaşantıdır. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşme sırasında bu duyguların sözel olarak ifade edilmesi ve bunlarla ilgili olarak gözlenen fiziksel belirtilerdir.

1. YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

3. HAFİF: Bir miktar endişe, aşırı kaygı veya öznel huzursuzluk ifade edebilir, ancak bu duruma bağlı beden ve davranış değişiklikleri bildirilmez veya görülmez.

4. ORTA: Hasta, ellerde ince tremor ve aşırı terleme gibi hafif bedensel belirtilerin eşlik ettiği belirgin sinirlilik belirtileri bildirmektedir.

5. ORTA/AĞIR: Hasta, belirgin gerginlik, konsantrasyon bozukluğu, çarpıntı veya uyku bozukluğu gibi önemli fiziksel ve davranışsal belirtilere yol açan ciddi anksiyete belirtileri bildirmektedir.

6. AĞIR: Fobiler, belirgin huzursuzluk veya çok sayıda bedensel belirtilerle ilişkili olan, hemen hemen süregelen ve öznel bir korku hissi vardır.

7. ÇOK AĞIR: Bazen panik düzeyine ulaşan ve hemen hemen sürekli olan veya gerçek panik atakları şeklinde görülen anksiyete durumu hastanın hayatını ciddi şekilde etkilemektedir.

G3. SUÇLULUK DUYGULARI

Geçmişteki gerçek veya hayali hatalardan dolayı vicdan azabı veya kendini suçlama hissidir. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşmede suçluluk duygusunun ifade edilmesi ve bunun tavırlar ve düşünceler üzerindeki etkisidir.

1. YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

3. HAFİF: Sorgulama ile önemsiz bir olayla ilgili müphem bir suçluluk veya kendini suçlama hissi ortaya çıkmaktadır, ancak hasta açık olarak fazla endişeli değildir.

4. ORTA: Hasta, hayatındaki gerçek bir olaydan dolayı kendisini sorumlu tuttuğunu ifade etmektedir, ancak zihni sürekli bununla meşgul değildir ve tavır ve davranışları bundan etkilenmemektedir.

5. ORTA/AĞIR: Hasta, kendini küçük görme veya cezalandırılmayı hakketme düşüncelerinin eşlik ettiği güçlü bir suçluluk duygusu ifade etmektedir. Suçluluk duyguları sanrı niteliğinde olabilir, nedeni olmaksızın ortaya çıkabilir, zihin meşguliyeti ve/veya çökkün duygudurumun kaynağı olabilir ve görüşmeci tarafından yatıştırılmaz.

6. AĞIR: Güçlü suçluluk düşünceleri sanrı özelliğine bürünür ve ümitsizlik veya değersizlik hislerine yol açar. Hasta yaptığı hatalar için sert bir şekilde cezalandırılması gerektiğine inanmaktadır ve hatta o anda içinde bulunduğu şartları bir ceza olarak görebilir.

7. ÇOK AĞIR: Hastanın yaşamı değişmesi mümkün olmayan suçluluk sınırlarının etkisi altındadır ve bu nedenle hasta hapse atılma, işkence veya ölüm gibi ağır cezalar hakettiğini düşünmektedir. Ek olarak intihar düşünceleri veya başkalarının sorunlarını kendisinin geçmiş hatalarına bağladığı görülebilir.

G4. GERGİNLİK

Vücudun sertleşmesi, tremor, belirgin terleme ve huzursuzlukla kendini gösteren korku, anksiyete ve ajitasyonun açık fiziksel belirtileridir. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşmede anksiyetenin sözel olarak ifadesi ve görüşme sırasında gerginliğe bağlı olarak ortaya çıkan fiziksel belirtilerdir.

1. YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

3. HAFİF: Kaygıyla bekleyişin göstergeleri olarak (hafif rijidite, arasıra olan yerinde duramama hali, pozisyon değiştirme veya ellerde ince tremor gibi vücut duruşu ve hareketleri görülmektedir.

4. ORTA: Kıpır kıpır olma, ellerde belirgin titreme, aşırı terleme veya heyecanlı tavırlar gibi çeşitli belirtilerle sınırlı bir görünüm ortaya çıkmaktadır.

5. ORTA/AĞIR: Heyecan nedeniyle titreme, belirgin terleme ve huzursuzluk gibi çok sayıda belirtiler belirgin gerginliğe işaret etmektedir, ancak görüşmedeki davranışlar önemli ölçüde etkilenmemiştir.

6. AĞIR: Kişiler arası ilişkileri bozacak düzeyde belirgin gerginlik vardır. Hasta uzun süre bir yerde oturamayacak derecede huzursuz olabilir veya hızla soluk alıp verebilir.

7. ÇOK AĞIR: Belirgin gerginliğin göstergesi olarak hızla ve huzursuzca ileri geri yürüme ve bir dakikadan fazla yerinde oturamama gibi panik belirtileri veya hareketlerde hızlanma gözlenir ve bu nedenle konuşma sürdürülemez.

G5. MANYERİZM VE VÜCUT DURUŞU

Gariip, tutuk, uyumsuz veya acayip görünümlü doğal olmayan hareketler veya vücut duruşudur. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşme boyunca gözlenen ve tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği fiziksel belirtilerdir.

1. YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

3. HAFİF: Hareketlerde hafif derecede bir gariiplik veya vücut duruşunda hafif bir rijidite vardır.

4. ORTA: Hareketler belirgin olarak gariiptir veya düzensizdir veya kısa süreli doğal olmayan bir vücut duruşu vardır.

5. ORTA/AĞIR: Arasına acayip törensel hareketler veya çarpık bir vücut duruşu gözlenmektedir veya uzunca bir süre korunan anormal bir vücut duruşu vardır.

6. AĞIR: Acayip törensel hareketlerin, manyerizmin veya stereotipik hareketlerin sıkça tekrarı veya uzunca bir süre korunan çarpık bir vücut duruşu vardır.

7. ÇOK AĞIR: Sürekli olan törensel, manyeristik veya stereotipik hareketler veya doğal olmayan sabit bir postürün uzun süre korunması nedeniyle işlevsellik ciddi ölçüde bozulmaktadır.

G6. DEPRESYON

Üzüntü, kendine güvenememe, çaresizlik ve kötümserlik duygularıdır. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşme sırasında çökkün duygudurumun gözlenmesi ve bunun tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği üzere tavır ve davranışlardaki etkisidir.

1. YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

3. HAFİF: Sadece sorulduğunda bir miktar çaresizlik ve üzüntü dile getirir, ancak genel tavrında veya davranışlarında depresyonla ilgili özellikler yoktur.

4. ORTA: Açığa vurulabilen belirgin üzüntü veya çaresizlik duyguları vardır, ancak çökkün duygudurumun davranış ve sosyal işlevler üzerine etkisi yoktur. Hasta genelde neşelendirilebilir.

5. ORTA/AĞIR: Belirgin üzüntü, kötümserlik, sosyal ilgi kaybı, psikomotor yavaşlama ve bir miktar uyku ve iştah sorunlarıyla giden bariz çökkün duygudurum vardır. Hasta kolaylıkla neşelenilemez.

6. AĞIR: Sürekli ağır elem, arasıra ağlama, çaresizlik ve değersizlik duyguları ile giden belirgin çökkün duygudurum vardır. Ek olarak, önemli düzeyde iştah ve/veya uyku bozukluğu, kendine bakmamayla ilgili belirtilerin de görülebileceği motor ve sosyal davranışlarda bozukluk vardır.

7. ÇOK AĞIR: Çökkün duygudurum bir çok önemli işlevi ciddi ölçüde etkilemektedir. Sık ağlama, belirgin bedensel belirtiler, dikkat bozukluğu, psikomotor yavaşlama, sosyal ilgisizlik, kendine bakmama, muhtemel depresif veya nihilistik sanrılar ve/veya muhtemel intihar düşünceleri veya girişimi gibi belirtiler vardır.

G7. MOTOR YAVAŞLAMA

Hareketlerin ve konuşmanın yavaşlaması ve azalması, uyarılara verilen yanıtta azalma ve beden kuvvetindeki azalmadan anlaşılabilen üzere motor aktivitede azalma vardır. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşmede gözlenen ve tedavi ekibi ve ailenin bildirdiği belirtilerdir.

1. YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

3. HAFİF: Hareketlerin ve konuşmanın hızında hafif ancak gözlenebilir bir azalma vardır. Hastanın konuşması ve iletişimde kullandığı el kol hareketlerinde bir miktar azalma olabilir.

4. ORTA: Hastanın hareketleri açıkça yavaşlamıştır ve sorulara uzun sürede yanıt verilmesi, konuşmada uzamış duraklamalar olması veya konuşmanın hızının yavaşlaması ile konuşmanın verimliliği azalmıştır.

5. ORTA/AĞIR: Motor aktivitedeki belirgin azalma iletişimi verimsiz kılmaktadır veya toplumsal ve mesleki işlevselliği sınırlamaktadır. Hasta genellikle ya yatar ya oturur durumda bulunmaktadır.

6. AĞIR: Hareketlerdeki aşırı yavaşlama aktivite ve konuşmanın en aza indirgenmesine neden olmaktadır. Genel olarak hasta gününü yatarak veya uzanarak geçirmektedir.

7. ÇOK AĞIR: Hasta tamamen hareketsizdir ve dış uyarılara yanıt vermemektedir.

G8. İŞBİRLİĞİ KURAMAMA

Görüşmeci, hastane çalışanları veya hastanın ailesinin de dahil olduğu önemli kişilerle güvensizlik, savunuculuk, inatçılık, karşı gelme eğilimliliği, otoriteyi reddetme, düşmanca tutum veya kavgacılık gibi nedenlerden ötürü uyum sağlamayı aktif olarak reddetmesidir. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşmede gözlenen ve tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği kişilerarası ilişkilerdeki davranışlardır.

1. YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

3. HAFİF: Gücenen, tahammülsüz veya iğneleyici bir tutumla cevap verir. Görüşmedeki hassas sorgulamaya alınganlık göstermeden itiraz edebilir.

4. ORTA: Kendi yatağını yapma, önceden planlanan programlara katılma gibi normal sosyal gerekliliklere arasıra ani olarak karşı koyar. Düşmanca, savunucu veya karşı gelme eğilimi olan bir tutum gösterebilir, ancak bu tutumu genellikle ele alınabilir.

5. ORTA/AĞIR: Hasta sıklıkla çevresinin taleplerine uyum göstermez ve başkaları tarafından "toplum dışı" veya "ciddi bir davranış sorunu olan kimse" şeklinde tanımlanır. Görüşmeciye karşı belirgin savunuculuk ve alınganlık göstermesi ve muhtemelen birçok soruyu yanıtlamak istememesi işbirliği kurulamadığının göstergeleridir.

6. AĞIR: Hasta işbirliği kurmayan, karşı gelme eğilimli ve kavgacı bir tutum içindedir. Sosyal gerekliliklerin çoğuna uymayı reddeder. Görüşmeye başlamayı veya görüşmeyi sonuna kadar sürdürmeyi reddedebilir.

7. ÇOK AĞIR: Tüm önemli işlev alanlarını ciddi ölçüde etkileyecek düzeyde aktif bir karşı koyma tutumu vardır. Hasta herhangi bir sosyal aktiviteye katılmayı, kişisel temizliğiyle ilgilenmeyi, ailesi veya sağlık personeliyle konuşmayı ve görüşmeye kısa süre için bile olsa katılmayı reddeder.

G9. OLAĞANDIŞI DÜŞÜNCE İÇERİĞİ:

Yabancı veya alışılmadık olan düşüncelerden çarpıtılmış, mantıkdışı ve saçma düşüncelere kadar değişen bir dağılım gösteren, garip, hayali veya acayip düşüncelerin olmasıdır. Değerlendirmede temel alınacak veri görüşme sırasında aktarılan düşünce içeriğidir.

1. YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

3. HAFİF: Düşünce içeriği bir miktar garip veya alışılmamıştır veya herkesin aklından geçebilecek düşünceler garip bir bağlam içinde düşünülmektedir.

4. ORTA: Düşünceler sıklıkla çarpıtılabilir ve zaman zaman oldukça acayıptır.

5. ORTA /AĞIR: Hasta birçok garip ve hayali (ör: bir kralın daha sonra evlat edinilen oğlu olduğu, ölüm listesinde olup daha sonra kurtulduğu) veya tamamen anlamsız bazı (ör: yüzlerce çocuğa sahip olduğu, dış dolgu aracılığıyla uzaydan radyo mesajları aldığı) düşünceler aktarır.

6. AĞIR: Hasta birçok mantıksız veya anlamsız düşünceler veya belirgin acayip niteliği olan bazı düşünceler (ör: üç tane kafası olduğu, başka bir gezegenden gelen bir ziyaretçi olduğu) aktarır.

7. ÇOK AĞIR: Düşünce içeriği tamamen saçma ve acayip düşüncelerden oluşmaktadır.

G10. YÖNELİM BOZUKLUĞU

Kişinin kişi, zaman ve yer yöneliminin bozulması, çevresiyle olan ilişkisinin konfüzyon veya bir kesilme durumuna bağlı olarak farkında olmamasıdır. Değerlendirmede temel alınacak veri görüşme sırasında yönelimle ilgili sorulara verilen yanıtlardır.

1. YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

3. HAFİF: Genel olarak yönelim korunmuştur, ancak bazı ayrıntılarla ilgili zorluk yaşanmaktadır. Örneğin, hasta bulunduğu yeri bilse de sokak adresini bilmemektedir; hastane personelinin isimlerini bilse de görevlerini bilmemektedir; hangi ayda olduğunu bilse de günü bir sonraki günle karıştırmaktadır; veya tarihi iki günden fazla olmak üzere karıştırmaktadır. İlgi alanında, sağlık personeli gibi yakın çevreyi tanıyabilme, ancak devlet ve siyaset adamları gibi daha uzak olan çevreyi tanıyamama şeklinde bir daralma söz konusu olabilir.

4. ORTA: Kişileri, yeri ve zamanı tanımada kısmi başarı vardır. Örneğin hasta hastanede bulunduğunu bilmekte ancak hastanenin adını bilmemektedir; bulunduğu şehri bilmekte ancak mahalle adını bilmemektedir; kendi terapistinin adını bilmekte ancak diğer birçok sağlık personelinin adını bilmemektedir; yıl ve mevsimi bilmekte ancak aydan emin olamamaktadır.

5. ORTA/AĞIR: Kişileri, yeri ve zamanı tanımada önemli ölçüde bozukluk vardır. Hasta nerede olduğuna dair müphem bir fikre sahiptir veya çevresindeki çoğu insanı tanıyamamaktadır. Yılı doğru veya doğruya yakın olarak bilse de içinde bulunulan ayı, haftanın gününü veya mevsimi bilmemektedir.

6. AĞIR: Kişileri, yeri ve zamanı tanımada belirgin bozukluk vardır. Örneğin hastanın nerede olduğuna dair hiçbir fikri yoktur; tarihi bir yıldan fazla olmak üzere karıştırmaktadır; şu andaki yaşamında sadece bir veya iki kişinin sını bilmemektedir.

7. ÇOK AĞIR: Hastanın kişilere, yere ve zamana ait yönelimi tamamen bozulmuştur. Bulduğu yer, içinde bulunduğu yıl ve hatta ebeveynleri, eşi, arkadaşları ve kendi terapisti gibi en çok tanıdığı insanları bile bariz olarak karıştırmakta veya bilememektedir.

G 11. DİKKAT AZALMASI:

Dikkatin odaklanmasında bir azalma vardır ve bu durum kendini dikkati toplamada zayıflama, dikkatte iç ve dış uyarılar nedeniyle dağılma ve dikkati bir durum üzerinde tutma, koruma veya yeni bir uyarı üzerinde toplamada güçlük ile belli eder. Değerlendirmede temel alınacak veriler görüşme sırasında gözlenen belirtilerdir.

1. YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

3. HAFİF: Arasıra dikkatte dağılmaya meyil veya görüşmenin sonuna doğru dikkatin dağılması şeklinde görülebilen dikkati toplama sorunu vardır.

4. ORTA: Dikkatte kolayca dağılma, dikkati bir konu üzerinde uzun süre tutamama veya dikkati yeni konulara çevirmede zorluk nedeniyle konuşma etkilenmektedir.

5. ORTA/AĞIR: Dikkati toplayamama, dikkatte kolayca dağılma ve dikkati yeni konulara odaklama zorluğu nedeniyle konuşma ciddi olarak engellenmektedir.

6. AĞIR: İç ve dış uyarıların dikkati dağıtması nedeniyle hastanın dikkati çok kısa süre için veya çok büyük çabayla toparlanabilmektedir.

7. ÇOK AĞIR: Dikkat o kadar bozulmuştur ki hastanın kısa bir süre konuşması bile mümkün değildir.

G12. YARGILAMA VE İÇGÖRÜ EKSİKLİĞİ

Kişinin kendi psikiyatrik rahatsızlığının ve içinde bulunduğu durumun farkında olması veya bunları anlamasındaki eksikliklerdir. Bu durum, geçmişteki veya şu andaki psikiyatrik hastalığı veya belirtileri kabul etmeme, hastaneye yatma veya tedavi görme ihtiyacını reddetme, sonuçlarının ne olacağını çok kestiremediği kararlar verme ve gerçekçi olmayan kısa ve uzun vadeli planlar yapma şeklinde gözlenir. Değerlendirmede temel alınacak veri görüşmede aktarılan düşünce içeriğidir.

1. YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

3. HAFİF: Psikiyatrik bir bozukluğu olduğunu kabul eder, ancak ciddiyetini, tedavinin gerekçelerini veya hastalığın tekrarlamaması için önlem alması gerektiğini hafife almaktadır. Geleceğe yönelik tasarlama bozukluk vardır.

4. ORTA: Hasta hastalığını tamamen değil, yüzeysel olarak kabul etmektedir. Hastalığın farkında olma durumu değişebilmektedir veya varolan sanrılar, düşünce dağınıklığı, şüphelilik ve kendini toplumdaki çekme gibi belirtilerin çok az farkında olmaktadır. Hasta tedaviye olan ihtiyacının anksiyete, gerginlik, uyku bozukluğu gibi daha geri plandaki belirtiler için olduğunu düşünmektedir.

5. ORTA/AĞIR: Psikiyatrik rahatsızlığının geçmişte olduğunu, ancak şu anda hasta olmadığını düşünmektedir. Üstüne gidilirse, yanlış yorumlamalar veya sanrısız düşünce ile açıklamaya meyilli olduğu ilgisiz veya önemsiz bazı belirtilerin varlığını kabul edebilir. Psikiyatrik tedaviye ihtiyacı olduğunu farkında değildir.

6. AĞIR: Hasta geçmişte bir psikiyatrik rahatsızlığı olduğunu kabul etmez. Geçmişte veya şu anda herhangi bir psikiyatrik belirtinin varlığını kabul etmez; uyum göstermesine rağmen tedavi ve hastaneye yatma ihtiyacını olduğunu da yadsır.

7. ÇOK AĞIR: Geçmişte veya şu andaki psikiyatrik hastalık varlığını yadsır. Hastaneye yatışını ve tedavisini sanrılı biçimde yorumlar (ör: geçmişteki kötülüklerin cezası, işkencecilerin zulmü gibi) ve bu nedenle terapistlere, ilaç tedavisine ve tedavinin diğer yönlerine uymayı reddeder.

G 13. İRADE BOZUKLUĞU

Kişinin düşüncelerinin, davranışının, hareketlerinin ve konuşmasının iradi olarak başlatılması, sürdürülmesi ve kontrol edilmesindeki bozukluktur. Değerlendirmede temel alınacak veriler görüşme boyunca gözlenen düşünce içeriği ve davranışlardır.

1. YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

3. HAFİF: Konuşma ve düşünmedeki hafif derecedeki kararsızlık sözel ve bilişsel süreçleri biraz engelleyebilir.

4. ORTA: Hasta genellikle ikilemedir ve karar vermede belirgin güçlük çekmektedir. Düşüncedeki gelgitler nedeniyle konuşma etkilenmektedir ve sonuç olarak sözel ve bilişsel işlevsellik açıkça bozulmuştur.

5. ORTA/AĞIR: İrade güçlüğü hem düşünce hem davranış etkilemektedir. Hasta toplumsal ve hareketle ilgili aktivitelerin başlatılması ve sürdürülmesini bozacak ve konuşmada duraklamaya da neden olabilecek düzeyde belirgin kararsızlık gösterir.

6. AĞIR: İrade güçlüğü giyim kuşam gibi basit, otomatik işlevlerin bile yapılmasına engel olmaktadır ve konuşmayı belirgin olarak etkilemektedir.

7. ÇOK AĞIR: İradedeki tama yakın yetersizlik nedeniyle hareketler ve konuşma belirgin olarak engellenir ve bu durum tam hareketsizlik ve/veya mutizmeye yol açar.

G 14. DÜRTÜ KONTROLSÜZLÜĞÜ:

Davranışların düzenlenmesinin ve kontrolünün dürtülere bağlı olarak bozulması sonucunda gerilimin ve duyguların ani, ayarlanmamış, rastgele veya yanlış yönlendirilmiş bir biçimde, sonuçlar düşünülmeden ortaya

çıkmasıdır. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşme sırasında gözlenen ve tedavi ekibi ve aile tarafından bildirilen davranışlardır.

1. YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

3. HAFİF: Hasta zorlanmayla yüzyüze kaldığında veya doyumunu engellendiğinde kolay öfkelenmeye ve hayal kırıklığına uğramaya meyillidir, ancak dürtü doğrultusunda hareket etmez.

4. ORTA: Çok hafif kışkırtmayla bile hasta öfkelenmekte ve küfredabilmektedir. Arasına tehditkar, tahripkar olabilir veya dövüşle karşıkarşıya kaldığı veya hafif ağız dalaşı yaptığı görülebilir.

5. ORTA/AĞIR: Hasta tekrarlayıcı biçimde dürtüsel olarak küfürlü konuşabilir, eşyalara zarar verebilir veya fiziksel tehdit savurabilir. Hastanın tecrid edilmesini, bağlanmasını veya gerektiğinde ilaçla sakinleştirilmesini gerektiren, saldırgan lastiği bir veya iki olay olmuş olabilir.

6. AĞIR: Hasta sonuçlarını hiç düşünmeden sıkça dürtüsel bir biçimde saldırgan, tehditkar, talepkar ve tahripkardır. Saldırgan davranış sergiler ve cinsel saldırganlık da gösterebilir. Muhtemelen varsam niteliğindeki işittiği seslere uymaktadır.

7. ÇOK AĞIR: Hasta cinayet girişimleri, cinsel saldırılar, tekrarlayan kabakuvvet kullanma veya kendine zarar vermt davranışları göstermektedir. Tehlikeli dürtülerini kontrol edememesi nedeniyle sürekli gözetim altında tutulması veya tesbit edilmesi gerekir.

G 15. ZİHİNSEL AŞIRI UĞRAŞI:

Gerçeklerle olan bağlantının ve uyum sağlayıcı davranışların otistik yaşantılar ve içten gelen duygu ve düşünceler* kendini kaptırma nedeniyle olumsuz yönde etkilenmesidir. Değerlendirmede temel alınacak veri görüşme boyunc, gözlenen kişilerarası ilişkilerdeki davranışlardır.

1. YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

3. HAFİF: Kişisel ihtiyaçları ar veya sorunlarla aşırı uğraşma nedeniyle konuşmanın benmerkezcil konulara yönlendiği ve diğer insanlara gösterilen ilginin azaldığı gözlenir.

4. ORTA: Hastada gündüz hayal kurma veya iç yaşantılarla uğraşma tarzında bir kendisiyle meşgul olma hali vardı ve bu nedenle iletişim az da olsa etkilenmektedir.

5. ORTA/AĞIR: Hasta otistik yaşantılarla içindedir. Boş bakışlar, kendikendine mırıldanma veya konuşma vey stereotipik hareketler şeklinde gözlenen bu tür davranışlar toplumsal işlevleri ve iletişimi olumsuz etkilemektedir.

6. AĞIR: Otistik yaşantılarla olan aşırı zihinsel uğraşı dikkati toplamayı, konuşmayı ve çevreye yönelimi ciddi ölçüde sınırlamaktadır. Hasta sıklıkla kendikendine gülerken, mırıldanırken, konuşurken veya bağırırken gözlenebilir.

7. ÇOK AĞIR: Davranışını her yönde etkileyecek biçimde otistik yaşantılarla içindedir. Hastanın sürekli sözel olara veya davranışlarıyla varsanılara yanıt vermesi söz konusu olabilir. Hasta diğer insanların veya çevresinin pe farkında değildir.

G 16. AKTİF BİÇİMDE SOSYAL KAÇINMA:

Temelsiz korku, düşmanlık duygusu veya güvensizlik nedeniyle sosyal ilişkilerin azalmasıdır. Değerlendirmede temel alınacak veri tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği sosyal işlevsellik düzeyidir.

- 1. YOK:** Tanımla ilgili özellik yoktur.
- 2. ÇOK HAFİF:** Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.
- 3. HAFİF:** Gerektiğinde sosyal aktivitelere katılmakla birlikte hasta diğer insanların yanında kendisini rahatsız hissetmekte ve zamanını kendibaşına geçirmeyi tercih etmektedir.
- 4. ORTA:** Hasta isteksizce toplumsal aktivitelerin tamamına veya çoğuna katılmaktadır, ancak ikna edilmesi gerekebilir veya anksiyete, şüphelilik veya düşmanca duygular nedeniyle bu aktivitelerden erken ayrılabilir.
- 5. ORTA/AĞIR:** Başkalarının çabalarına rağmen hasta korkuyla veya öfkeyle birçok sosyal aktiviteden uz; durmaktadır. Serbest saatlerini kendikendine geçirmeye meyillidir.
- 6. AĞIR:** Hasta korku, düşmanca duygular veya güvensizlik nedeniyle çok az sosyal aktiviteye katılmaktadır. Yaklaştığı zaman hasta ilişkileri koparmaya kuvvetli bir şekilde meyil gösterir ve genelde kendisini diğer insanlarda soyutlar.
- 7. ÇOK AĞIR:** Belirgin korkular, düşmanlık duyguları veya kötülük görme sanrıları nedeniyle hastanın hiçbir sosv aktiviteye katılımı sağlanamaz. Tüm etkileşimlerden mümkün olabildiğince uzak durur ve kendisini diğer insanlard; soyutlar.

Ek-7: Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği

Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği

Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ)

Bu ölçeğin amacı şizofreni hastalarındaki işlevsel iyileşmeyi (recovery) değerlendirmektir. Değerlendirme, hem hastanın kendisinden hem de ailesinden alınan bilgiye dayanır. Değerlendirmede sorgulanacak olan zaman zarfı görüşmeden önceki son bir ay olacaktır. Her bir madde hasta görüşmesi ve aile görüşmesi sırasında ayrı ayrı değerlendirilmelidir. Her bir madde için muhtemel 5 değerlendirme düzeyi vardır. 1. Düzey (yok) en düşük düzeydeki iyileşmeyi belirtirken, 5. Düzey (mükemmel derecede var) "ideal" işlev düzeyine karşılık gelir. 2. Düzey (kısmen var), 3. Düzey (yeterince var) ve 4. Düzey (neredeyse tamamen var) sosyal işleviş ve kalitesi açısından tartışılacaktır. İki düzey arasında kaldığında, daha düşük düzeyi seçin (örneğin: 2. ve 3. düzeyler arasında kalırsanız 2. düzey seçilmelidir.) Maddelerin değerlendirilmesinde bir soru örneği: Ev idaresi maddesi Buradaki amaç, bir önceki ay boyunca temizlik ve ev işlerini değerlendirmek için hem hasta hem de ailesiyle çalışmaktır. Bu maddeyi değerlendirmek için şu tür sorular sorulabilir: Evinizde temizliği kim yapar? Çöpü kim dışarı çıkarır? Çamaşır kim yıkar? Değerlendirmeyi tamamlamak için ek sorular da sorulabilir, örneğin: Son bir ayda haftada kaç kez çöpü dışarı çıkardınız? Kaç kez çamaşır yıkadınız? Kıyafetlerinizi kaç kez yerleştirdiniz?

1. Sosyal işlevsellik

Sosyal ilişkilerde kendini ortaya koyabilme (Sosyal ortamlarda hastanın kendisini ortaya koyma, kendini ifade edebilme becerisi.)

1. Yok: Hasta kendini ortaya koyamaz. Hasta bazen etrafındakiler tarafından kötü muamele görmeye ses çıkarmaz.
2. Kısmen var: Hasta sosyal ortamlarda pasiftir ve sadece arkadaş canlısı ortamlarda kendini ortaya koyabilir.
3. Yeterince var: Hasta herhangi bir ortamda kendisini yalnızca kısmen ortaya koyabilir.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta her ortamda kendisini ortaya koyabilir.
5. Mükemmel derecede var: Hasta her ortamda kendisini ortaya koyabilir hatta etrafındakiler üstünde etki bırakabilir.

1 2 3 4 5

Sosyal hayata ve/veya bir derneğe katılım (Politik olaylardan haberdar olmak, oy kullanmak, derneklere üye olmak vb.)

1. Yok: Hasta sosyal veya politik olaylarla hiç ilgilenmez.
2. Kısmen var: Hastanın sosyal ya da politik olaylara ilgisi belli belirsizdir ve kişisel olarak bu olaylara dahil olmaz.
3. Yeterince var: Hasta sosyal ve politik olaylarla ilgilidir ancak katılımı sınırlıdır.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta sosyal ve politik olaylarla ilgilidir ve eğer katılmastı istenirse katılır.

-
-
5. Mükemmel derecede var: Hasta sosyal ve politik olaylarla ilgilidir ve aktif olarak katılır; dernek etkinliklerine katılır.

1 2 3 4 5

Kişisel aktiviteler (Kişisel ilgi alanlarına zaman ayırma, boş zamanları değerlendirebilme becerisi, örneğin; sportif faaliyetler, kitap okuma, el becerilerini geliştirme gibi hobiler.)

1. Yok: Hastanın hiçbir kişisel ilgi alanı yoktur veya hobilerini sürdüremez. Hasta, boş zamanlarında hareketsizdir.
2. Kısmen var: Hastanın birkaç ilgi alanı vardır ve kişisel aktiviteleri sınırlı yada basmakalıptır veya dışarıdan zorlamayla gerçekleşir.
3. Yeterince var: Hasta, boş zamanlardaki etkinliklere kendiliğinden katılma konusunda belirli bir isteksizlik gösterir. Bazı ilgi alanları vardır ama bunları sürdürmekte zorlanırlar.
4. Neredeyse tamamen var: hastanın kendiliğinden başlattığı ve zaman içinde sürdürdüğü kişisel ilgi alanları vardır. İlgi alanları görece sınırlıdır.
5. Mükemmel derecede var: Hasta, farklı türlerde birkaç etkinliğe gönüllü olarak, kendiliğinden ve düzenli olarak katılır.

1 2 3 4 5

İletişim ve bilgilendirme (Yaygın bilgi kaynaklarının kullanımı. Örneğin; gazete, dergi, televizyon, radyo gibi ya da iletişim kaynaklarının kullanılması, telefon, posta, elektronik posta gibi.)

1. Yok: Hasta yaygın bilgi ve iletişim kaynaklarını kendi başına kesinlikle kullanamaz.
2. Kısmen var: Hasta sadece kesinlikle gerekli olduğu hallerde bilgi ve iletişim kaynaklarını kullanır.
3. Yeterince var: Hasta zaman zaman bazı iletişim ve bilgi kaynaklarını kullanır.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta çoğu yaygın iletişim ve bilgi kaynaklarını kullanır.
5. Mükemmel derecede var: Hasta erişiminin olduğu tüm iletişim ve bilgi kaynaklarını düzenli olarak kullanır.

1 2 3 4 5

Aile ve arkadaşlar (Aile bireyleri ve arkadaşlarla olan iletişim kalitesi, görüşme sıklığı)

1. Yok: Hastanın ailesiyle iletişimi yoktur ve arkadaşları yoktur.
 2. Kısmen var: Hastanın ailesi ve arkadaşlarıyla nadir ve/veya pasif iletişimi vardır ve ilişkileri yüzeysel ve/veya düşük niteliklidir (agresif).
 3. Yeterince var: Hastanın ailesi ve arkadaşlarıyla iletişimi vardır. İletişim düzensiz ve/veya seyrek. İyi nitelikli olabilen bazı ilişkilere kısmen dâhil olurlar.
-
-

4. Neredeyse tamamen var: Hasta aile üyeleri ve arkadaşlarıyla ilişkilerini sürdürür ve bu ilişkilerde bazen inisiyatifi alır.
5. Mükemmel derecede var: Hastanın aile üyeleri ve arkadaşlarıyla iyi nitelikli ilişkileri vardır. İletişim sıklıkla kurulur ve genellikle hasta iletişim kurma girişiminde bulunur.

1 2 3 4 5

Yaşam için gerekli olan sosyal çevre (mağazalar, hizmetler, komşular...): uyumlu sosyal entegrasyon için gerekli olan ilişkiler

1. Yok: Hastanın herhangi bir sosyal çevreyle hiçbir teması ya da etkileşimi yoktur.
2. Kısmen var: Hastanın komşularıyla olan etkileşimi çok azdır ve kesinlikle gerekli olan dışında çok nadiren temasta bulunur.
3. Yeterince var: Hastanın komşularıyla bazı etkileşimleri olur. Bu etkileşimler mesafelidir ve nadiren hasta tarafından başlatılır. Hasta hayatı için gerekli olan sosyal çevresini sadece kısmen kullanır.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta sıklıkla komşularıyla etkileşim halindedir. Hasta, hayatı için gerekli olan sosyal çevresini düzenli olarak kullanır ancak kişisel ilişkiden kaçınır.
5. Mükemmel derecede var: Hasta komşularıyla ve hayatı için gerekli olan sosyal çevresiyle kendisinin başlattığı düzenli ve neşeli etkileşimlerde bulunur.

1 2 3 4 5

Duygusal ve cinsel ilişkiler (Duygusal bir ilişki isteği ve bunu başarmak. Tatmin edici cinsel hayat)

1. Yok: Hastanın duygusal bir ilişkisi yoktur ve olması için aramaz. Hastanın ne fantezilerinde ne de gerçekte cinsel bir etkinliği yoktur.
2. Kısmen var: Hastanın duygusal bir ilişkisi yoktur ama olmasını ister. Cinsel etkinlik tatmin edici değildir ve nadirdir.
3. Yeterince var: Hastanın verimsiz ve düzensiz duygusal ilişkileri vardır. Cinsel hayatı aralıktır.
4. Neredeyse tamamen var: Hastanın yeterince istikrarlı duygusal bir ilişkisi vardır. Cinsel etkinlik her zaman tatmin edici değildir.
5. Mükemmel derecede var: Hastanın, istekleri doğrultusunda, tatmin edici duygusal bir ilişkisi vardır. Cinsel hayatı tatmin edicidir.

1 2 3 4 5

2. Sağlık ve Tedavi

Hastalığın ve tedavinin idaresi (Hastalıklarını, belirtilerini, tedavi programlarını, nüksetme işaretlerini bilme ve tedaviye uyum.)

1. Yok: Hasta, hastalığının adını bilmez veya belirtilerini ve tedavisini anlamaz; tedavi programına uymaz.
2. Kısmen var: Hastanın, hastalığı ve sonuçları hakkında çok sınırlı bilgisi vardır. Belirtilerin bazılarının farkındadırlar ancak bu belirtileri hastalığıyla ilişkilendiremez. Tedaviyi yeterince kavramaz ve uyumun gerekli olduğunu düşünmez.
3. Yeterince var: Hasta ilaçlarının isimlerini söyleyebilir ancak onları kullanmanın önemini gerçekten kavramaz.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta hastalığını, temel belirtilerini ve sonuçlarını kavrar. İlaçlarının isimlerini söyleyebilir ve onları kullanmanın önemini anlar.
5. Mükemmel derecede var: Hasta, hastalığını, temel belirtilerini ve sonuçlarını kavrar. İlaçlarının isimlerini söyleyebilir ve tedavi programına tamamen uyar.

1 2 3 4 5

Sağlık İdaresi (Sağlığını korumak için gerekli önlemleri almak.)

1. Yok: Hasta sağlığını ve kişisel temizliğini tamamen ihmal etmiştir.
2. Kısmen var: Hasta, yalnızca acı hissederse veya işlevsel bir bozulma yaşarsa sağlığıyla ilgilenir.
3. Yeterince var: Hasta, özellikle de acı hissederse veya işlevsel bir bozulma yaşarsa kendi sağlığıyla ilgilenir. Kişisel temizliğin asgari kurallarına uymaya çalışır.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta kendi sağlığıyla ilgilidir. Genel olarak temizlik ve beslenmenin temel kurallarına uyarlar.
5. Mükemmel derecede var: Hasta kendi sağlığıyla ilgili olarak endişelidir ve aktif bir biçimde tedavi ve önleyici tedbirler alır. Hasta temizlik ve beslenme kurallarına tamamen uyar.

1 2 3 4 5

Empati ve başkalarına yardım

1. Yok: Hasta etrafındaki kişilere dikkat etmez ve başkalarıyla ilgilenmez.
 2. Kısmen var: Hastanın etrafındaki kişilere karşı dikkati çok azdır ve hasta başkalarının sorunlarıyla ilgilenmez.
 3. Yeterince var: Hasta etrafındaki kişilere ilgi gösterir ancak bu kişilerin sorunlarına katışmaz.
-
-

4. Neredeyse tamamen var: Hasta başkalarının sorunlarıyla aktif olarak ilgilenir ancak onlara yardım etmek için aldığı sorumluluk sınırlıdır.
5. Mükemmel derecede var: Hasta başka insanların sorunlarıyla kişisel olarak ilgilenir ve yardım etmekten memnuniyet duyar.

1 2 3 4 5

Tedavinin yan etkilerini idare etme (Tedavinin yan etkilerini bilme, tanıma ve bu etkilerle başa çıkma becerisi.)

1. Yok: Hasta, Tedavisinin yan etkileriyle tamamen ilgisiz görünür.
2. Kısmen var: Hasta tedavisinin yan etkileriyle yalnızca muğlak biçimde alakalıdır, yan etkileri tanımakta zorluk yaşar ve bunlarla baş etmek için yardım istemez.
3. Yeterince var: Hasta, tedavisinin yan etkileri konusunda yeterince alakalıdır. Yalnızca en rahatsız edici yan etkileri tanıyıp onlarla başa çıkabilir.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta tedavisinin tüm yan etkileriyle alakalıdır. Neredeyse hepsini tanıtır ancak onlarla nasıl başa çıkacağını bilmesi şart değildir.
5. Mükemmel derecede var: Hasta tedavisinin olası tüm yan etkileriyle alakalıdır ve bu etkiler hakkında araştırma yapar. Tüm yan etkileri tanıtır ve onlarla başa çıkabilir.

1 2 3 4 5

3. Günlük Yaşam Becerileri

Biyolojik ritimlere uyum (hastanın uyanma/uyku, yemek saatleri gibi biyolojik ritimlere uyumu)

1. Yok: Hastanın yaşamla ilgili alışkanlıkları kesinlikle düzensizdir.
2. Kısmen var: Hasta, yalnızca başkası tarafından açıkça istendiğinde biyolojik ritimlere uyur.
3. Yeterince var: Hasta biyolojik ritimlere kendiliğinden ancak düzensiz biçimde uyur.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta biyolojik ritimlere genellikle uyur ancak temel değişikliklere uyum sağlamakta zorlanır.
5. Mükemmel derecede var: Hasta her alanda ve her durumda biyolojik ritimlere uyur.

1 2 3 4 5

Beslenme (Yemek hazırlığı yapma; alış-veriş, düzenleme ve/veya (ailenin veya yaşanılan yerin) yemek saatlerine uyma becerisi)

1. Yok: Hasta kendiliğinden tek başına alış-verişe çıkmaz ve yalnız yaşıyorsa kendi yemeğini hazırlamaz; ailesiyle ya da bir bakım evinde yaşıyorsa yemek saatlerine uymaz.
2. Kısmen var: Hasta nadiren yemek alış-verişine veya yemek hazırlığına dâhil olur. Yalnızca, ondan uyulması istenirse yemek saatlerine uyar.
3. Yeterince var: Hasta kendi yemeğini öyle ya da böyle yeterli biçimde hazırlar ancak yemek kalitesi ve düzeni yetersizdir.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta kendi yemeğini sağlamak konusunda görece kendine yeterlidir. Besin kalitesi ve yemek düzeni çoğu zaman yeterlidir.
5. Mükemmel derecede var: Hasta yemeğini hazırlamak konusunda kendine yeter. Besin kalitesi ve yemek düzeni yeterlidir.

1 2 3 4 5

İdari ve finansal yönetim (Olağan harcamaların idaresi, fatura ödemeleri, idari işler, sahip olduğu hakları bilme, mal varlığının idaresi)

1. Yok: Hasta olağan harcamalarını kontrol edemez ve tüm idari işlerde dışarıdan yardıma ihtiyaç duyar.
2. Kısmen var: Hasta günlük harcamalarını idare edebilir ama bütçe ve çoğu idari iş konusunda yardıma ihtiyaç duyar.
3. Yeterince var: Hasta kendi kişisel bütçesini ayarlayabilir. Tek başına faturalarını ödeyebilir ve harcamalarını ve giderlerini kontrol edebilir.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta tüm faturaları ve idari işleri kendi başına halledebilir. Hasta tüm haklarından ve mal varlığından haberdar değildir.
5. Mükemmel derecede var: Hasta tüm faturalarını ve idari işlemleri kendi başına halledebilir. Hasta haklarından ve mal varlığından haberdardır.

1 2 3 4 5

Kişisel görünüm ve bakım (görünüş, kişisel hijyen, kıyafetlerin temizliği)

Daha önceki alışkanlıklar ve sosyal-kültürel ortamla kıyaslanarak değerlendirilecektir.

1. Yok: Hasta kirli ve dağınıktır, kokmaktadır. Görünüşünü ve bakımını ihmal eder. Birbirleriyle uyumsuz ve uygun olmayan kıyafetler giyer.
 2. Kısmen var: Hastanın görünüşü ve/veya bakımı vasatın altındadır. Görünüşü oldukça ihmal edilmiştir ve kıyafetleri birbiriyle uyumsuz olabilir veya uygun olmayabilir.
-
-

3. Yeterince var: Uygun bir bakım düzeyini sürdürmekte zorluk yaşıyor gibi görünmesine rağmen hastanın görünüşünde sadece hafifçe bir ihmal vardır.
4. Neredeyse tamamen var: Hastanın zaman zaman bakımla ilgili problemleri olur veya bazen görünüşünü ihmal eder. Bu çok nadiren olur ve önemli sonuçlar doğurmaz.
5. Mükemmel derecede var: Hastanın iyi bir görünüşü vardır ve bakımlıdır; giyimine dikkat eder.

1 2 3 4 5

Agresif, saldırgan veya anti sosyal davranışın kontrolü (agresif davranış ve/veya kanunların ve toplum hayatının kurallarının hiçe sayılması)

1. Yok: Hasta agresif duygularına hakim olmaz. Kanunları sıklıkla ve/veya ciddi biçimde çiğner.
2. Kısmen var: Hasta agresif duygularına sadece kısmen hakim olur. Kanunlara veya toplum hayatının kurallarına her zaman uymaz.
3. Yeterince var: Hasta neredeyse her zaman agresif davranışına hakim olur. Kanunlara uyar ve toplum hayatının kurallarıyla ilgili nadiren sorun yaşar.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta agresif duygularına hakim olur, bu duyguları sadece sözel olarak ifade eder. Kanunlara uyar ve genellikle toplum hayatının kurallarına da uyar.
5. Mükemmel derecede var: Hasta tüm agresif davranışlarına ve sözel agresyonuna hakim olur. Kanunlara ve toplum hayatının kurallarına harfi harfine uyar.

1 2 3 4 5

Strese ve beklenmeyen durumlara uyum sağlama (Uyabilme becerisi, duygusal kontrol, başa çıkma mekanizmaları)

1. Yok: Hasta, en ufak sıkıntıya uygunsuz biçimde tepki verir. Ortaya çıkabilecek beklenmedik herhangi bir problemle başa çıkmak için hazırlıklı değildir.
2. Kısmen var: Hasta bazı problemlerle başa çıkabilir ama hemen bunalır.
3. Yeterince var: Hasta stresle başa çıkabilir ancak sorunlar tekrarladığında yada ciddi bir hal aldığında bunalır.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta, günlük hayattaki stres ve sorunlarla iyi bir biçimde başa çıkar ancak büyük ve beklenmedik strese karşı oldukça hassastır.
5. Mükemmel derecede var: Hastanın duygusal kontrolü iyidir ve her durumda etkili baş etme mekanizmaları kullanır.

1 2 3 4 5

4. Mesleki İşlevsellik

Ev işi etkinlikleri (Ev idaresi ile ilgili işler; toparlama, çamaşır, bulaşık, temizlik, çöpü dışarı çıkarma, genel bakım, mobilyanın durumu vb.)

1. Yok: Hasta evine hiç bakmaz (temizliği asla kendisi yapmaz, nevresimleri değiştirmez, çöpü dışarı çıkarmaz...).
2. Kısmen var: Hasta çok az ev işi yapar ve sadece mutlaka gerekli olan şeyleri yapar.
3. Yeterince var: Hasta, içinde bulunduğu çevrenin sosyal kurallarını yerine getirme imkanı veren minimum düzeydeki ev işlerini ve temizlik işlerini yapar.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta çoğu ev işini yapar ancak bu bazen düzensiz ve eksik olur.
5. Mükemmel derecede var: Hasta ev işlerini düzenli olarak ve iyi bir biçimde yapar.

1 2 3 4 5

Çalışma veya eğitim (Okul veya üniversiteye devam etme yada geri dönme, iş eğitimi alma yada profesyonel yönelim. İş arama yada işe geri dönme, profesyonel entegrasyon)

1. Yok: Hasta herhangi bir profesyonel etkinlik yürütemez yada okulunu tamamlayamaz görünür. İş aramak veya okula geri dönmek için adım atmaz.
2. Kısmen var: Hasta iş aramak veya okula geri dönmek için adım atar. Şu anda iş yada okulla ilgili olarak bir etkinlikte bulunmaz.
3. Yeterince var: Hastanın korunaklı bir ortamda düzensiz iş veya işleri vardır. Hasta aralıklı olarak okula gider.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta çalışır yada okula gider. Entegrasyonu için çaba gerekir veya araya kısa aralıklar girer.
5. Mükemmel derecede var: Hasta düzenli bir biçimde çalışır veya (okuldaki) çalışmalarını gayretle sürdürür.

1 2 3 4 5

Şizofrenide İşlevsel Düzelm Ölçeği (ŞİLÖ)

İsim _____ Tarih _____ Görüşmeci: _____

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

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

Ek-8: Turnitin Dijital Makbuzu



Dijital Makbuz

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

Gönderinizin ilk sayfası aşağıda gönderilmektedir.

Gönderen: Arif Gökçen
Ödev başlığı: Yüksek Lisans Tezi ikinci giriş
Gönderi Başlığı: ŞİZOFRENİ TANISI ALMIŞ BİREYLE.
Dosya adı: Arif_G_kcen_tez_son_1.docx
Dosya boyutu: 4.94M
Sayfa sayısı: 113
Kelime sayısı: 21,491
Karakter sayısı: 140,128
Gönderim Tarihi: 22-Tem-2019 01:43AM (UTC+0300)
Gönderim Numarası: 1153763704

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ŞİZOFRENİ TANISI ALMIŞ BİREYLERDE
DANS/HAREKET TEDAVİSİNİN PSİKOTİK DURUM VE
İŞLEVSEL İYİLEŞME ÜZERİNE ETKİSİNİN
İNCELENMESİ: RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇALIŞMA

Erg. Arif GÖKÇEN

Ergoterapi Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ankara
2019

Ek-9: Turnitin Ekran Görüntüsü

Tez Başlığı: ŞİZOFRENİ TANISI ALMIŞ BİREYLERDE DANS/HAREKET TEDAVİSİNİN PSİKOTİK DURUM VE İŞLEVSEL İYİLEŞME ÜZERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ: RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇALIŞMA

Öğrenci Adı-Soyadı: Arif Gökçen

Dosyanın toplam sayfa sayısı: 54

ŞİZOFRENİ TANISI ALMIŞ BİREYLERDE DANS/HAREKET TEDAVİSİNİN PSİKOTİK DURUM VE İŞLEVSEL İYİLEŞME ÜZERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ: RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇALIŞMA

ORJİNALLİK RAPORU

% 13	% 11	% 6	% 8
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	toad.halileksi.net İnternet Kaynağı	% 1
2	dergipark.gov.tr İnternet Kaynağı	% 1
3	studylibtr.com İnternet Kaynağı	% 1
4	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	% 1
5	Submitted to Gaziantep Aniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
6	Submitted to Gumushane University Öğrenci Ödevi	<% 1
7	Submitted to Trakya University Öğrenci Ödevi	<% 1
8	www.egitimkomisyonu.hacettepe.edu.tr	

9. ÖZGEÇMİŞ

1. KİŞİSEL BİLGİLER

Adı, soyadı:	Arif Gökçen
Doğum tarihi ve yeri:	03.06.1992 - Fethiye
Yazışma adresi: Gülhane EAH. Psikiyatri ABD. Uğraşı Salonu Emrah Mahallesi, Gen. Dr. Tevfik Sağlam Cd No:11 D:No:11, 06010 Keçiören/Ankara	
Telefon: 05384923949 ,	
Telefon: 03123044518	e-mail: arifgokcen@ergoterapi.net

2. EĞİTİM

Yılı	Derecesi	Üniversite	Öğrenim alanı
2011-2015	Lisans	Hacettepe Üniversitesi	Ergoterapi
2015-	Y.Lisans	Hacettepe Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Enstitüsü- Ergoterapi

3. İŞ DENEYİMİ

Görev dönemi	Ünvan	Bugüne kadar çalıştığı kurum/kuruluşları	Birim
May 2016 - Ağu 2016	Ergoterapist	Dr. Lütfi Kırdar Kartal EAH.	Adatepe TRSM
Ağu 2016 - Eyl 2017	Ergoterapist	Bartın Devlet Hastanesi	Bartın TRSM
Eyl 2017- Nis 2018	Ergoterapist	Ankara EAH.	Bahçelievler TRSM
Nis 2018- Şuan	Ergoterapist	Gülhane EAH.	Ruh Sağ. ve Hast. ABD.

4. ÇALIŞMA ALANLARI

Çalışma alanı	Anahtar sözcükler
Psikososyal Rehabilitasyon	Ergoterapi
Toplum Temelli Ruh Sağlığı	Ruh Sağlığı, Ergoterapi, Toplumsal Katılım
Mesleki rehabilitasyon	Ergoterapi
Dans/Hareket Tedavisi	Dans tedavisi, Hareket tedavisi