



**ŞİZOFRENİ TANILI BİREYLERDE PSİKOZ ŞİDDETİ
DEPRESYON VE PSİKOLOJİK ESNEKLİK ARASINDAKİ
İLİŞKİ**

Özlem YILDIRIM

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
Psikiyatri Hemşireliği Programı**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Erman YILDIZ**

Yüksek Lisans Tezi-2023

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

**ŞİZOFRENİ TANILI BİREYLERDE PSİKOZ ŞİDDETİ DEPRESYON VE
PSİKOLOJİK ESNEKLİK ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Özlem YILDIRIM

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Psikiyatri Hemşireliği Programı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Erman YILDIZ**

**MALATYA
2023**

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

ETİK BEYANI

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak “Doç. Dr. Erman YILDIZ” danışmanlığında hazırlayıp sunduğum “Şizofreni Tanılı Bireylerde Psikoz Şiddeti Depresyon ve Psikolojik Esneklik Arasındaki İlişki” başlıklı Yüksek Lisans tezim içinde elde ettiğim verileri, bilgileri, belgeleri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tezimde yararlandığım eserlere bilimsel kurallara uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, tezimin özgün olduğunu, tezimin çalışma ve yazımında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

22/03/2023
Öğrencinin; Adı Soyadı
Özlem YILDIRIM
İmza

İÇİNDEKİLER

ÖZET	vii
ABSTRACT.....	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ	x
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Şizofreninin Tanımı, Belirtileri, Epidemiyolojisi ve Etiyolojisi.....	4
2.2. Şizofrenide Tedavi.....	6
2.2.1. Psikofarmakolojik Tedavi.....	6
2.2.2. Somatik Tedaviler.....	7
2.2.3. Psikososyal Tedavi	8
2.3. Gidiş ve Sonlanım.....	8
2.4. Psikotik Belirti Şiddeti.....	9
2.5. Depresyon	10
2.6. Psikolojik Esneklik	11
2.7. Şizofreni ve Psikiyatri Hemşireliği.....	12
3. MATERYAL VE METOT	14
3.1. Araştırmanın Tipi.....	14
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	14
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	14
3.4. Araştırmaya Alınma Kriterleri.....	14
3.5. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	14
3.6. Veri Toplama Araçları	15
3.6.1. Tanıtıcı Bilgi Formu	15
3.6.2. DSM-5 Psikoz Ölçeği	15
3.6.3. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (CDÖ)	15
3.6.4. Kabul ve Eylem Formu-II (KEF-II).....	15
3.7. Verilerin Toplanması	16
3.8. Araştırmanın Değişkenleri	16
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi	16
3.10. Araştırmanın Etik Yönü.....	17

4. BULGULAR.....	18
5. TARTIŞMA	27
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	32
KAYNAKLAR	33
EKLER.....	51
EK-1. Özgeçmiş.....	51
EK-2. Etik Kurul Formu	52
EK-3. Tanıtıcı Bilgi Formu.....	53
EK-4. DSM-5 Psikoz Ölçeği	54
EK-5. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği.....	56
EK-6. Kabul ve Eylem Formu-II	59
EK-7. İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Kurum İzni	60
EK-8. Malatya İl Sağlık Müdürlüğü Kurum İzni	61
EK-9. Gönüllü Onam Onam Formu	68
EK-10. DSM-5 Psikoz Şiddeti Ölçeği Kullanım İzni	70
EK-11. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği Kullanım İzni	71
EK-12. Kabul ve Eylem Formu-II Kullanım İzni.....	72

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca ve tezimin tüm aşamalarında desteğini esirgemeyen, sabırla tüm deneyimlerini paylaşan, kıymetli hocam, danışmanım Doç. Dr. Erman YILDIZ' a,

Tez çalışmama gönüllü olarak katılan tüm hastalara ve uygulamama olanak sağlayan, Turgut Özal Tıp Merkezi ve Göztepe Toplum Ruh Sağlığı Merkezi' nde sorumlu tüm ekibe,

Bu süreçte desteğini esirgemeyen değerli çalışma arkadaşım ve sorumlu hemşiremiz Emine ERİK'e, tez çalışmama önemli katkılar sağlayan değerli çalışma arkadaşım Ayşe ARACI' ya, yardımları ve özverileri için karaciğer nakil enstitüsü ameliyathanesindeki kıymetli tüm çalışma arkadaşlarıma,

Bütün hayatım boyunca her konuda desteğini hissettiğim, elinden gelen hiçbir şeyi benden esirgemeyen, hakkını asla ödeyemeyeceğim canım annem Fatma KARAMAN'a ve canım abim Uygur KARAMAN'a,

Beni her konuda olduğu gibi eğitimim konusunda destekleyen, teşvik eden, motivasyon kaynağım, biricik eşim Alican YILDIRIM' a onunla birlikte sahip olduğum, dualarında her gün yer bulduğum ikinci ailem; Hacer Seher YILDIRIM ve Ali Hıdır YILDIRIM'a

SONSUZ TEŞEKKÜRLER...

Özlem YILDIRIM

ÖZET

Şizofreni Tanılı Bireylerde Psikoz Şiddeti Depresyon ve Psikolojik Esneklik Arasındaki İlişki

Amaç: Bu araştırma şizofreni tanılı bireylerde psikotik belirti şiddeti, depresyon ve psikolojik esneklik arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapıldı.

Materyal ve Metod: Tanımlayıcı ilişkisel olarak yapılan bu araştırma, Kasım 2021- Haziran 2022 tarihleri arasında İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Psikiyatri polikliniği ile birlikte Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göztepe Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde 111 şizofreni tanılı bireyle yapıldı. Veriler “Tanıtıcı Bilgi Formu”, “DSM-5 Psikoz Ölçeği”, “Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (CDÖ)” ve psikolojik esnekliği ölçen “Kabul ve Eylem Formu-II (KEF-II)” kullanılarak toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde ortalama, sayı, yüzdelik dağılımlar, gruplar arası farkı değerlendirmek için varyans analizi, bağımsız gruplarda t-testi, Kruskal Wallis-H testi ve korelasyon analizi kullanıldı.

Bulgular: Bu çalışmada şizofreni tanılı bireylerin DSM-5 Psikoz ölçeği toplam puan ortalaması 8.99 ± 6.65 , CDÖ puan ortalaması 7.90 ± 6.40 , KEF-II puan ortalaması ise 22.46 ± 12.44 dür. Araştırma sonucunda DSM-5 psikoz ölçeği ile CDÖ puan ortalamaları arasında orta düzeyde pozitif yönde önemli ilişki olduğu ($r = 0.569$; $p < 0.01$), KEF-II ile DSM-5 psikoz ölçeği puan ortalamaları arasında orta düzeyde pozitif yönde önemli ilişki olduğu ($r = 0.477$; $p < 0.01$), KEF-II ile CDÖ puan ortalamaları arasında ise yüksek düzeyde pozitif yönde önemli ilişki olduğu ($r = 0.754$; $p < 0.01$) belirlendi.

Sonuç: Bu araştırma şizofreni tanılı bireylerde depresif belirtilerin psikoz belirti şiddeti ile pozitif yönde ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca psikolojik esnekliğin psikoz belirti şiddeti ve depresyon ile negatif ilişkili olduğunu tespit etmiştir.

Anahtar Kelimeler: Depresyon, Psikiyatri Hemşireliği, Psikolojik Esneklik, Psikoz Şiddeti, Şizofreni.

ABSTRACT

The Relationship Between Psychotic Severity Depression and Psychological Flexibility in Individuals Diagnosed with Schizophrenia

Aim: This study was conducted to determine the relationship between psychotic symptom severity, depression and psychological flexibility in individuals with schizophrenia.

Materials and Methods: This descriptive and relational study was conducted with 111 individuals diagnosed with schizophrenia in Malatya Training and Research Hospital Göztepe Community Mental Health Center between November 2021 and June 2022, together with İnönü University Turgut Özal Medical Center Psychiatry Outpatient Clinic. Data were collected using the "Descriptive Information Form", "DSM-5 Psychosis Scale", "The Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS)" and "Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II)", which measures psychological flexibility. Mean, number, percentile distributions were used to evaluate the data, analysis of variance was used to evaluate the difference between groups, t-test for independent groups, Kruskal Wallis-H test and correlation analysis were used.

Results: In this study, the mean DSM-5 Psychosis scale total score of individuals diagnosed with schizophrenia was 8.99 ± 6.65 , the mean CDSS score was 7.90 ± 6.40 , and the mean AAQ-II score was 22.46 ± 12.44 . As a result of the research, there was a moderately positive and significant relationship between the DSM-5 psychosis scale and the mean CDSS scores ($r = 0.569$; $p < 0.01$), and a moderately positive and significant relationship between the mean scores of the AAQ-II and DSM-5 psychosis scales ($r = 0.569$; $p < 0.01$). $r = 0.477$; $p < 0.01$), and a high level of positive significant correlation ($r = 0.754$; $p < 0.01$) between the mean scores of AAQ-II and CDSS.

Conclusion: This study revealed that depressive symptoms in individuals with a diagnosis of schizophrenia were positively related to the severity of psychosis symptoms. In addition, this study determined that psychological flexibility was negatively related to psychosis symptom severity and depression.

Keywords: Depression, Psychiatric Nursing, Psychological flexibility, Psychosis Severity, Schizophrenia.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ACT	: Kabul ve Kararlılık Terapisi
CDÖ	: Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği
EKT	: Elektrokonvülsif Terapi
KEF-II	: Kabul ve Eylem Formu-II
TMS	: Transkraniyal Manyetik Stimülasyon



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 4.1. Şizofreni Tanılı Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı	18
Tablo 4.2. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine Göre DSM-5 Psikoz Ölçeği, CDÖ ve KEF-II Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	20
Tablo 4.3. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine Göre DSM-5 Psikoz Ölçeği, CDÖ ve KEF-II Sıra Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	22
Tablo 4.4. Şizofreni Tanılı Bireylerde DSM-5 Psikoz Ölçeği, CDÖ, KEF-II Puan Ortalamaları	24
Tablo 4.5. DSM-5 Psikoz Ölçeği Madde Puan Ortalamaları.....	25
Tablo 4.6. DSM-5 Psikoz Ölçeği, CDÖ, KEF-II Düzeyleri Arasındaki İlişki.....	25

1. GİRİŞ

Şizofreni dünya genelinde yaklaşık 24 milyon kişiyi veya 300 kişiden 1'ini etkilemektedir. Yetişkinlerde bu oran 222 kişide 1'dir (1). Türkiye'de yaşam boyu prevalansının ise %0.89 olduğu gösterilmiştir (2). Şizofreni genel popülasyonda görece nadir görülen bir hastalık olmasına karşın kişide yarattığı kompleks sorunların kronik doğası ile sadece kişinin kendisini değil yakın çevresini de birçok yönden (aile dinamikleri üzerinde zorluklar, bakım yükü, bakımın ailede yaşattığı duygusal, finansal zorluklar gibi) etkileyen bir hastalık olması nedeniyle önemlidir. Şizofrenide psikotik belirtilerde yaşanan ilk epizod ve ilk hastaneye yatışla ilgili kafa karışıklığı ve şaşkınlık, yaşamın birçok alanını etkiler. Kronik bir hastalığın yeni koşullarını kabul etmede ve uyum sağlamada hasta ve ailede yaşanan güçlükler, iyileşmeyi ve hastaneden taburcu olmayı geciktirebilir (3).

Halüsinasyonlar, sanrılar, düzensiz konuşma, anormal psikomotor davranış ve negatif belirtilerle kendini gösteren psikoz bir hastalıktan ziyade klinik bir görünümü ifade eder ve birçok psikiyatrik, nöropsikiyatrik, nörolojik, nörogelişimsel ve tıbbi durumun ortak özelliği olmasına karşın genellikle şizofreni ile özdeşleştirilmiştir (4-6). Psikotik belirtilerin şiddeti ve sıklığı hastadan hastaya değişmekte olup, aynı hastada dahi dönem dönem değişiklik gösterebilmektedir (7, 8). Şizofreninin ileri evrelerinde psikotik semptom şiddetinin daha fazla olduğu bildirilmiş (9) olsa da psikotik belirtiler hastalığın tüm dönemlerinde bireylerin gerçeklikle olan bağlantısını zedelediği için önemlidir. Literatürde psikotik belirtilere sahip yatan hastalarda gerçekleştirilen bir çalışmada psikotik belirti şiddetinin düşük düzeyde olduğu tespit edilmiştir (10). Şizofreni ve şizofreniform bozukluğu tanımlı bireylerde gerçekleştirilen bir çalışmada da katılımcıların psikotik belirti şiddeti ölçeğinden düşük düzeye karşılık gelen 9.5 ± 5.26 puan aldıkları ortaya çıkmıştır (11). Bu çalışmalar psikoz belirti şiddeti ile ilgili önemli veriler sunsa da şizofreni tanımlı bireyler özelinde psikotik belirti şiddeti konusunda belirsizlikler devam etmektedir (12).

Şizofrenide öne çıkan belirtiler halüsinasyonlar, sanrılar ve düşünce bozuklukları gibi psikotik belirtiler olsa da (13) bireylerin depresyon yaşama olasılıkları da yüksektir (14-16). Depresyon, bağımsız ve anlamlı bir belirti boyutu olarak şizofreninin tüm evrelerinde görülebilir (17-19).

Şizofrenide depresyon prevalansı %6 ile %75 arasında değişmektedir (20). Şizofreni tanılı bireylerin %50'sinin işitsel halüsinasyonların şiddetiyle orantılı olarak depresif semptomlar gösterdiği belirtilmektedir (21). Yapılan çalışmalar, psikotik durumlarda depresif belirtilerin hem pozitif hem de negatif belirti şiddeti ile ilişkili olduğunu göstermiştir (22, 23). Bununla birlikte şizofreninin negatif belirtileri hastalığa eşlik eden depresyonu ayırt etmeyi zorlaştırdığından (2) şizofrenide depresyon veya depresif belirtiler, sıklıkla klinisyenlerin gözünden kaçan bir durum olarak bilinir (24). Şizofreni tanılı bireylerde depresif belirtilerin yaşam kalitesini önemli ölçüde düşürdüğü göz önünde bulundurulduğunda (25, 26) ilişkili risklerin belirlenmesi önemli görünmektedir.

Buraya kadar bahsedildiği üzere şizofreni tanılı bireyler başta psikotik ve depresif belirtiler olmak üzere birçok istenmeyen duygu, düşünce ve kişisel deneyimlerle karşı karşıya gelmektedir. Daha geniş bir perspektiften bakılacak olursa belki de sorunun büyük oranda kaynağı bireyin istenmeyen duygu, düşünce ve kişisel deneyimleri değiştirme, bastırma, ortadan kaldırma veya kontrol etme çabalarıdır. Bu bağlamda sorunun kaynağı olan bu deneyimlere rağmen mevcut anda değerlere dayalı eylemleri gerçekleştirme yeteneğini kazanmak önemli olabilir. Bu ancak psikolojik olarak esnek olmakla mümkün olabilir gözükmektedir (27-31). Psikolojik esneklik, bireyin farklı durumlara değerleri doğrultusundaki davranış kalıplarıyla uyum sağlayabilme, gerekli durumlarda bakış açısını değiştirebilme, ihtiyaç ve isteklerini dengeleyebilme yeteneğidir (28, 29). Alan yazında şizofreni tanılı bireylerin psikolojik esneklik bakımından daha düşük seviyeler gösterdiği ve bu durumun hastalığın şiddetinde artış ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (27, 33). Çalışmalar, psikolojik esnekliğin desteklenmesinin, depresyon, psikotik semptomlar ve çeşitli zihinsel sağlık durumlarında etkili olduğunu ortaya koymuştur (27, 34). Bu çalışmalar önemli veriler sunsa da şizofreni bağlamında psikolojik esnekliğin mekanizmasının anlaşılması daha fazla çalışmanın yapılmasına bağlı görünmektedir.

Yukarıda belirtilen literatür ışığında, şizofreni tanılı bireylerde, psikotik belirti şiddeti, depresyon ve psikolojik esnekliğin ilişkili dinamikler olduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte literatür taraması sonucu şizofreni tanılı bireylerde psikoz şiddeti, depresyon ve psikolojik esnekliğin ilişkisini bütüncül olarak inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu araştırma sonuçlarının; şizofrenide yer alan psikolojik mekanizmalar ve bu psikiyatrik bozukluğun tedavisinde kullanılan psikoterapötik yaklaşım üzerine yapılacak araştırmalar ile birlikte psikiyatri hemşireliği alanı için önemli

ıkarımlara sahip olacağı düşünülmektedir. Bu bağlam göz önünde bulundurularak bu araştırma şizofreni tanılı bireylerde psikotik belirti şiddeti, depresyon ve psikolojik esneklik arasındaki ilişkiyi belirlemeyi amaçladı. Bu genel amaç doğrultusunda aşağıdaki sorulara cevap arandı.

1. şizofreni tanılı bireylerin psikotik belirti şiddeti, depresyon ve psikolojik esneklik düzeyleri nelerdir?
2. şizofreni tanılı bireylerin tanımlayıcı özellikleri ile psikotik belirti şiddeti, depresyon ve psikolojik esneklik düzeyleri arasında ilişki var mıdır?
3. şizofreni tanılı bireylerin psikotik belirti şiddeti, depresyon ve psikolojik esneklik düzeyleri arasında nasıl bir ilişki vardır?



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şizofreninin Tanımı, Belirtileri, Epidemiyolojisi ve Etiyolojisi

Tanım

Şizofreni, kişinin gerçeği değerlendirme ve algılama yetisinde, bilişsel fonksiyonlarında, davranışlarında ve duygusal yapısında önemli bozulmalara yol açan, tekrarlayan psikotik dönemlere sahip, kronik ve şiddetli bir zihinsel bozukluktur. Sıklıkla erken yaşlarda başlamakta ve yaşam boyu devam etmektedir (2, 8, 35).

Belirtiler

Şizofreninin başlangıcı çeşitli şekillerde olabilmektedir. Çoğu zaman farkedilmeden, yavaşça gelişmesine rağmen ani bir şekilde ortaya çıktığı olgular da görülebilmektedir (36). Yavaş ilerleyen olgularda dikkati toplamada güçlük, sosyal izolasyon, özbakım eksikliği gibi hemen şizofreniyi düşündürmeyen belirtiler görülür ve bu belirtilerden birkaç ay veya bir yıl sonra duygu düşünce ve davranışlarda önemli bozulmalar meydana gelerek şizofreni kendini tam anlamıyla göstermiş olur (2, 36). Değişen derecelerde pozitif belirtiler (örneğin. görsel ve/veya işitsel halüsinasyonlar, sanrılar, paranoya, psikomotor ajitasyon), negatif belirtiler (örn. sosyal geri çekilme, ilgisizlik, motivasyon ve ödülle ilgili işlevlerde eksiklikler) ve bilişsel belirtiler (örn. yürütücü işlevlerde, işleyen bellekte ve dikkatte eksiklikler) görülür (37). Şizofreni birçok özelliği bakımından hastadan hastaya değişiklik gösterir bu sebeple heterojen bir bozukluktur (38).

Epidemiyoloji

Yapılan epidemiyolojik çalışmalarda; şizofreninin kadın ve erkekte eşit oranda görüldüğü, erkeklerde daha erken başladığı, her toplumda görülebilmesine karşın sosyoekonomik düzeyi düşük toplumlarda görülme olasılığının daha fazla olduğu bildirilmiştir (39, 40).

Şizofreninin başlangıç yaşı kadınlar için 25-35, erkekler için 15-25' tir. Şizofreninin 60 yaşından büyük veya 10 yaşından küçük bireylerde başlangıç göstermesi nadirdir (39). Kadınlarda görülme oranı premenepoz dönemi olan 40-45 yaşlarında ikinci bir pik yapmaktadır. Şizofreni insidans oranı ile ilgili yapılan araştırmaların sonuçları %0.11 ile %0.70 arasında değişkenlik göstermekle birlikte nokta prevalansının 0.21 ile 0.7 arasında değiştiği bildirilmektedir (2).

Türkiye’de şizofreni epidemiyolojisini belirlemek adına yapılan en son çalışmada, bu alanda 1990-2009 yılları arasında yapılmış olan çalışmalar incelenerek, hayat boyu şizofreni ve psikotik belirtilerin görüldüğü hastalıkların epidemiyolojisi binde 8.9 olarak saptanmıştır (41). Şizofreni prevalansına genel olarak bakıldığında çeşitli coğrafya ve kültürlerde benzer oranlarda görülmesine karşın, ırk/etnik kökene, ülkelere, göçmenlerin coğrafi kökenine göre farklılıkların olduğu gösterilmiştir (13).

Etiyoloji

Şizofreninin karmaşık yapısından dolayı etiyolojisi hala netlik kazanmamakla birlikte çoklu nörotransmitterlerdeki anormallikler (dopaminerjik, serotonerjik ve alfa-adrenerjik hiperaktivite veya glutaminerjik ve GABA hipoaktivitesi gibi), genetik ve çevresel faktörlerin etkili olduğu bilinmektedir (42, 43). Genel olarak, şizofreni gelişme olasılığı, genetik ve çevresel faktörler arasındaki etkileşimlere atfedilir. Gebelik ve doğum sırasındaki komplikasyonlar, ileri ebeveyn yaşı, düşük sosyoekonomik düzey, göç, şehircilik ve madde kötüye kullanımı çevresel faktörler arasında sayılabilir (44).

Şizofreni açıkça en kalıtsal nöropsikiyatrik bozukluklardan biridir (45). Genetiğin rolü aile, ikiz ve evlat edinme çalışmaları ile araştırılmıştır. Kalıtım derecesi yaklaşık %80 olarak tahmin edilmektedir (44). Birinci derece akrabalarından biri şizofreni tanısı almış olan bir bireyde şizofreni gelişme ihtimali genel toplumla kıyaslandığında 10 kat daha fazla olmakla birlikte, anne babasından biri şizofreni olan bireyde aynı durumun gerçekleşme ihtimali %13’tür (42). Ebeveynlerden ikisi de şizofreni olduğunda bu oran %35-45’e kadar çıkmaktadır. Dizigotik ikizlerde kardeşlerden biri hasta ise diğerinin hasta olma ihtimali %10 ile %14 arasında değişmekteyken (39) monozigotik ikizlerde kardeşlerden biri hasta ise diğerinin de hasta olma olasılığı yaklaşık %45 olarak tahmin edilmektedir (44). Evlat edinme çalışmaları da şizofrenide genetik ve çevresel etmenlerin önemini ortaya çıkarmada önemlidir. Şimdiye kadar yapılan evlat edinme çalışmaları, şizofrenide genetik geçişliliğin olduğu görüşünü destekler niteliktedir (46).

Şizofreni hastalarında manyetik rezonans görüntülemelerinde limbik sistemdeki bazı yapılarda (amigdala, hipokampus gibi) hacim azalması olduğu, beyaz cevher kaybına bağlı ventriküllerde genişleme olduğu bildirilmiştir. Mevcut veri şizofreni tanılı bireylerin yaşamın erken evrelerinde veya konjenital olarak biyolojik yatkınlık gösterdiğini düşündürmektedir (47). Şizofrenide beyin biyokimyasını inceleyen araştırmalarda şizofreni hastalarında dopaminerjik reseptör duyarlılığında ve dopamin seviyesinde artış olduğu saptanmıştır (41). Şizofrenide meydana gelen dopaminerjik hiperaktivasyon, nörepinefrin, serotonin, asetilkolin, gamma-aminobütrik-asit (GABA)

gibi nörotransmitterde ve endorfin gibi nöroregülatörlerde anomalilerden söz edilmektedir (7).

Sosyoekonomik düzeyin düşük olması yüksek şizofreni oranlarıyla ilişkili bulunmuştur. Bu ilişki sosyoekonomik düzeyin düşük olmasının stresli yaşam tarzına, enfeksiyonlara, doğum öncesi yeterli olmayan bakıma sebep olması ile şizofreni hastalığına yatkınlık oluşturduğu şeklindedir. Diğer bir görüş ise şizofreninin sosyal hayatın yanında iş hayatını da olumsuz etkileyip, o kişinin sosyoekonomik düzeyinde düşüşüne sebep olduğu şeklinde açıklanmaktadır (48).

Obstetrik komplikasyonların şizofreni tanılı bireylerin öykülerinde sağlıklı kontrollere ve hastaların sağlıklı kardeşlerine göre daha çok olduğu bildirilmiştir. Prematürite, düşük doğum ağırlığı, RH uyumsuzluğu, fetüste gelişme geriliği, annenin gebelik döneminde geçirdiği influenza, rubella, Herpes Simplex Virüs gibi enfeksiyonlar, diyabet, sigara içme öyküsü (49) hamilelik sırasında stres gibi etkenlerin çocukta şizofreni riskini artırabileceği düşünülmektedir (50). İleri anne (51) ve baba yaşı da şizofreni ile ilişkili bulunmuştur (52).

Madde kullanım bozuklukları şizofreni hastalarında yaygın olarak görülür (53). Özellikle esrar kullanımı ile bu hastalık arasında yüksek bir ilişki vardır madde kullanımının başladığı yaş, sorunun ortaya çıktığı yaşla ilişkili görünmektedir (54). Esrar kullanımının artan şizofreni riski ile doğrudan bir nedensel ilişkisi olup olmadığı konusundaki tartışmalar devam etmektedir (45). İşsizlik ve bekar olmanın da riski arttırdığı belirtilmiştir (55). Günümüzde şizofreninin kesin sebebiyle ilişkili çalışmalar hala sürmektedir (56).

2.2. Şizofrenide Tedavi

Şizofreni %80 olasılıkla hayat boyu devam eden bilişsel, sosyal ve fiziksel açıdan bozukluklara sebep olan bir hastalık olduğundan dolayı bozulma gösteren durumları tedavi etmeye yönelik çeşitli yöntemler kullanılmaktadır (57). Bunlar psikofarmakolojik, somatik (EKT, TMS vb.) ve psikososyal tedavileri içermektedir.

2.2.1. Psikofarmakolojik Tedavi

Tarihe bakıldığında 1952 yılında klorpromazinin bulunması, şizofreninin farmakolojik tedavisinde öncü olmuştur. Bu dönemde bulunan ilaçlar günümüzde birinci kuşak antipsikotikler olarak, 2000’li yıllarda geliştirilen antipsikotik ilaçlar ise ikinci kuşak antipsikotikler olarak adlandırılmıştır (58). İkinci kuşak antipsikotik ilaçların en

önemlilerinden bazıları; amisülpirid, ziprosidon, poliperidon, klozapin, risperidon, aripiprazol, olanzapin ve ketiapindir (59). Trifluoperazin, flufenazin, haloperidol, pimozid, sülpirid, flupentiksol, klorpromazin vb. gibi birinci nesil antipsikotikler yol açtıkları ciddi yan etkiler nedeniyle genellikle ilk sırada tercih edilmeseler de duruma göre kullanılabilirler (43).

Şizofreni tedavisi genellikle psikoza tedavi etmek için antipsikotik ilaçlarla semptom yönetimine dayanır. Antipsikotikler birçok hastada psikotik semptomları azaltsa da, bazı bireylerde bu ilaçlara yanıt ya kısmi ya da yetersiz düzeyde olabilmektedir (60). Atipik antipsikotiklerin uzun süre etkisini koruduğu, hastanede yatışları azalttığı, semptom kontrolünü sağladığı bilinse de en etkili yöntem ilaç tedavisine ek psikososyal müdahalelerin de devreye girmesidir (61, 62).

2.2.2. Somatik Tedaviler (Elektro Konvülsif Terapi ve Transkraniyal manyetik stimülasyon)

Elektro Konvülsif Terapi (EKT); Elektrik akımı ile beyin dokusunda yaygın nöbetler oluşturularak yapılan tedavi yöntemlerindendir (63). Kriz dönemi yaşamakta olan, işlevselliğini büyük oranda yitirmiş olan, belirti şiddeti artmış bireylerde, kısaca hastalığın şiddetli olduğu durumlarda uygulanmaktadır ve relapsları önlemede faydalı olduğu belirtilmiştir (64). İlaçlarını kullanmayı reddeden veya ilaç tedavisine olumlu yanıt vermeyen şizofreni hastalarında EKT tedavisi uygulanabilir (36). Tedaviye dirençli şizofrenide EKT seanslarının sayısı farklılık gösterse de (65) pozitif semptomlarda en büyük azalmanın üçüncü ve altıncı seans arasında olduğu, ilk altı seansta hastaların %80'inin tedaviye yanıt verdiği bildirilmiştir (66).

Transkraniyal manyetik stimülasyon (TMS); Bilgisayarlı, elektromekanik bir cihazla beynin hedeflenen alanına elektrik akımı indüklemek için kafa derisi üzerine tekrarlayan manyetik darbeler uygulanan tedavi yöntemi olarak bilinir. TMS, uygulandığı alanda nöronal aktivitede değişim gerçekleştirir (67-69). Elektrokonvülsif terapiden farklı olarak, TMS uygulanırken anestezi gerekmez; hastalar tedavi sırasında uyanıktır ve seanslarından hemen sonra ayrılabilirler (70). Tekrarlayan TMS uygulamasının şizofreninin pozitif ve negatif semptomlarını, özellikle işitsel halüsinasyonları hafifletmede fayda sağlayabileceğine dair çalışmalar bulunmasına karşın (71-74) TMS'nin işitsel halüsinasyonlarda önemli oranda azalma sağlamadığını ortaya koyan çalışmalar da vardır (75-78). TMS uygulaması ile negatif belirtilerde ve depresyonda

önemli azalma sağlanırken, pozitif semptomlarda kötüleşme olabileceği de gösterilmiştir (79). TMS uygulamasının şizofrenide faydasına ilişkin sorular devam etmektedir (80).

2.2.3. Psikososyal Tedavi

Şizofreni tedavisi için en etkili tedavi yönteminin farmakolojik tedaviye ek olarak psikososyal tedavilerin de uygulandığı kombine tedaviler olduğu belirtilmektedir (81,82). Antipsikotik tedavi, şizofreni semptomlarını azaltmasına rağmen bilişsel bozukluğu iyileştirmek için yeterince etkiye sahip değildir (83-85). Bu nedenle, şizofreni tanılı bireylerde bilişsel bozukluğun psikososyal tedavi kullanılarak iyileştirilmesi önemlidir (83).

Psikososyal müdahale olarak psikoeğitim, sosyal beceri eğitimi, aile müdahaleleri, bilişsel davranışçı terapi gibi müdahalelerin hastaların içgörü seviyesini ve tedaviye uyumunu artırarak semptomların şiddetinde ve hastaneye yatış sıklığında azalma sağladığı belirlenmiştir (86-89). Psikososyal müdahaleler semptomlarda azalma sağlamanın yanı sıra, toplum entegrasyonunu destekleyen, işlevsel iyileşmeyi, bağımsız olmayı, anlamlı ilişkiler sürdürmeyi ve hayat kalitesini arttırmayı sağlayan önemli uygulamalardır. Psikiyatri hemşireleri bu müdahalelerin uygulanmasında etkin rol almaktadır (90).

2.3. Gidiş ve Sonlanım

Şizofreni, gidişinde değişiklikler gösteren bir hastalık olmasına rağmen genel düşünceye göre tekrarlayan ataklarla ve kısmi remisyonlarla süregiden kronik bir hastalıktır (90). Son zamanlarda, şizofreninin erken evrelerde tedavi edilmesinin tedavi sonuçlarına olumlu etkisi olabileceği belirtilmektedir ve hastalığın erken evrelerinde tedaviye başlayan bireylerin daha iyi prognoza sahip olduğu bilinmektedir (92, 93).

Şizofrenin uzun dönem sonuçları remisyondan tümden işlevsizliğe kadar olan geniş bir aralıkta kendini gösterebilmektedir. Şizofrenide tanıdan sonraki 5 yılda izlenen hastalık örüntüsü genellikle hastalığın gidişini göstermektedir (2, 8).

Doğum öncesi dönemde risk faktörlerinin varlığı, ailede şizofreni öyküsü varlığı, cinsiyetin erkek olması, sosyal destek yetersizliği, sosyoekonomik durumun düşük olması, madde kötüye kullanımı, erken başlangıç ve gizli seyir, tedavi öncesi sürenin uzun olması ve erken dönemde tedaviye yanıt verilmemesi kötü prognostik faktörler arasındadır (94). Diğer taraftan cinsiyetin kadın olması, hastalığın ileri yaşlarda başlaması, hastalık öncesindeki iyi durum, evli olmak, kırsal bölgede yaşamak, yüksek

zeka düzeyi, pozitif semptomların fazla olması, erken dönemde tedaviye başlamak ise iyi prognostik faktörler olarak görülür (95).

2.4. Psikotik Belirti Şiddeti

Psikotik belirtiler halüsinasyonlar, hezeyanlar ve düşünce bozukluklarını içermektedir. Birçok tıbbi durumda görülebilen psikotik semptomlar sıklıkla şizofreni ile özdeşleştirilmiştir (5, 96). Psikozun belirti boyutlarının şiddeti hastadan hastaya ve hastalığın seyri sırasında aynı hastada bile değişkenlik göstermektedir (97). Semptomların şiddeti ayırıcı tanı için önemlidir (4).

Şizofreni ve Psikotik Belirti Şiddeti ile Yapılan Çalışmalar

Şizofrenide psikotik belirti şiddetinin değişkenlik gösterdiği yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (7,8). Literatürde psikotik belirtilere sahip yatan hastalarda psikotik belirti şiddetinin düşük düzeyde olduğu tespit edilmiştir (10). Benzer şekilde şizofreni ve şizofreniform bozukluk tanılı bireylerin de psikotik belirti şiddeti ölçeğinden düşük düzeyde (9.5 ± 5.26) puan aldıkları ortaya çıkmıştır (11).

Şizofreni spektrum bozukluklarının daha kronik evrelerinde bozulmuş biliş, negatif belirtiler ve halüsinasyonların önemli ölçüde daha şiddetli olduğu, tedavisiz geçen süresi bir yıl veya daha fazla olanların tedavisiz geçen süresi bir yıldan az olanlara kıyasla önemli düzeyde daha şiddetli negatif belirtiler gösterdiği belirtilmiştir (9). Psikoza olan bireylerin kendi benlikleriyle kurdukları ilişki pozitif belirti şiddeti ile ilgili bulunmuştur (98). Kendileri ya da başkaları hakkında daha fazla olumsuz değerlendirmelerde bulunan psikozlu bireylerde perseküsyon hezeyanlarının daha şiddetli olduğu tespit edilmiştir. Buna ek olarak psikoza eşlik eden düşük benlik saygısı ve daha yüksek depresyon düzeyinin daha şiddetli ve daha fazla olumsuz içeriğe sahip işitsel halüsinasyonlara sebep olduğu gösterilmiştir (99). Ayrıca şizofreni tanılı bireylerin önceki gözlemleri tekrarlayarak yeni bilgilerle karşılaştıklarında algısal inançlarını güncellemede başarısız oldukları ve bunun da pozitif belirti şiddetiyle pozitif yönde ilişkisinin olduğu bulunmuştur (100). Stresli yaşam olayları ise şizofrenide psikoza şiddetlendiren ve remisyonadaki bireylerde nüksetmeye yol açabilen bir diğer faktördür (101).

Depresif belirti şiddetinin hem pozitif hem de negatif belirti şiddetiyle ilişkili olduğu belirtilmiş olup, bu sonuç psikoza olan bireylerde depresif belirtilere dikkat edilmesinin ve tedavisinin sağlanmasının psikozun şiddeti bakımından da faydalı olacağını gösterir niteliktedir (11). Şizofreni tanılı bireylerde psikotik belirti şiddeti konusunda belirsizlikler sürmektedir (12).

2.5. Depresyon

Sağlıklı bireyler yaşadığı günlük olaylara üzüntü, sıkıntı gibi tepkiler vermektedir. Bu tepkiler kısa süreli, yaygın ve normal olup, bireyin yaşadığı kayba veya başarısızlığa uyum göstermesiyle sonlanmaktadır. Bireyin yaşadığı kayba veya başarısızlığa uyum gösterememesi durumunda, patolojik bir durum olan depresyon ortaya çıkmaktadır (102, 103). Şizofreni hastalığının bütün evrelerinde depresyon görülebilmektedir (13).

Şizofreni ve Depresyon ile İlgili Çalışmalar

Klinik belirtiler açısından şizofreni tanılı bireylerin genel topluma göre daha fazla oranlarda depresyon semptomları gösterdiği bildirilmiştir (104). Şizofreni tanılı bireylerin yarısından fazlasının yaşamları boyunca en az bir kez majör bir depresif nöbet geçirdiği gösterilmiştir (105). Türkiye’de yapılan bir çalışmada ise şizofrenide depresyon görülme oranının %42.5 olduğu saptanmıştır (106).

Yapılan araştırmalar psikozun hem pozitif hem de negatif belirti şiddeti ile depresif belirti şiddetinin ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (22, 23). Şizofreni tanılı kadınlarda depresyon negatif bulgularla ilişkiliyken, şizofreni tanılı erkeklerde pozitif bulgularla ve hastanede kalış süresinin azalmasıyla ilişkili bulunmuştur (107). Son çalışmalar, şizofreni tanılı bireylerin bir kısmında depresif belirtiler ve işitsel halüsinasyonların sıklıkla birlikte ortaya çıktığını göstermiştir (108,109). İşitsel halüsinasyonlar genellikle depresyon ve anksiyete belirtilerine sebep olur veya mevcut depresyon ve anksiyete semptomlarını şiddetlendirebilir (110). İşitsel halüsinasyonları olan şizofreni tanılı bireylerin sesleri değerlendirme şeklinin anksiyete ve depresyonla önemli düzeyde ilişkili olduğu, sesleri kötü niyetli ve her şeyi yapmaya yetecek kadar güçlü olarak değerlendiren hastaların önemli ölçüde kaygı ve depresyon yaşadığı tespit edilmiştir (111). Diğer taraftan, sesleri iyi niyetli ve normal olarak değerlendiren hastaların ise neredeyse hiç endişe ve depresyon yaşamadığı belirlenmiştir (111, 112).

Depresif belirtileri olan şizofreni tanılı bireylerde gri madde hasarı, depresif belirtileri olmayanlara göre daha şiddetli olabilir (113). Depresyonun prefrontal gri madde hacmi üzerindeki olumsuz etkisi, bu hastaların yürütücü süreçlere dayanan bilişsel görevlerde gösterdikleri bozulmanın altında yatan sebep olabileceği gibi, işitsel-görsel halüsinasyonların ve depresyonun prefrontal korteksin benzer alt bölgeleri üzerindeki birleşik etkisi, depresyonun sesleri duymayla ilgili olduğunu düşündürmektedir (114).

Şizofrenide belirtilerin özellikleri, ilaçların yan etkileri sebebiyle birçok hastada depresyon gözden kaçırılmaktadır (2, 108). Negatif semptomlardan anhedoni ve

avolisyon gibi depresyonda da görülen belirtiler, negatif belirtiler ve depresif belirtilerin birbiriyle karıştırılmasına sebep olabilir (108). Şizofreni ve depresyonu birbirinden farklı kılan bir belirteç olarak, azalan duygusal ifade sayılabilir (115). Depresyon ve şizofreni arasındaki ayrımı yapabilmenin, beyin yapısının incelemesiyle mümkün olabileceği de gösterilmiştir (116).

Şizofreniye eşlik eden depresyon, mevcut ilaçlara daha zayıf yanıtı ve daha kötü uzun vadeli prognozu beraberinde getirmektedir (117, 118). İlk dönem psikoz hastalarının %59'u taburcu olduğu zamana kadar psikotik semptomlar düzelmesine karşın, devam eden depresyon göstermektedir (119). Şizofrenide depresyon relapslarla da ilişkili bulunmuştur (19, 120-122). Antidepresan ilaçlar, şizofrenide depresyon tedavisinde majör depresif bozuklukta olduğu kadar etkili olabilirken (123, 124) eşlik eden depresyonun yetersiz teşhisi hastaların uygun tedaviyi alamama ihtimalini ortaya çıkarmaktadır (125). Özetle şizofrenide depresyon ile negatif belirtiler arasındaki ilişkinin kesin doğası belirsizliğini koruduğu için (108) depresif belirtilere etkili müdahale etme şansı oldukça azdır.

2.6. Psikolojik Esneklik

Psikolojik esnekliği, bireyin geçmişe veya geleceğe odaklanmayıp, içinde olduğu an ile temas etmesi ve belirlediği değerler doğrultusunda davranışlar sergilemesi olarak tanımlamak mümkündür (126). Psikolojik esneklik, belirli bir duruma veya semptomlara özgü değildir. Çeşitli psikolojik mücadelelerde ruhsal sağlığı ve esenliği destekleyen bir süreçtir. Bu nedenle, sıkıntılı zamanlarda dayanıklılığı artırma potansiyeline sahiptir (127).

Şizofreni ve Psikolojik Esneklik ile İlgili Yapılan Çalışmalar

Çalışmalar, psikolojik esnekliğin desteklenmesinin, depresyon, psikotik semptomlar ve çeşitli ruhsal sağlık durumlarında etkili olduğunu ortaya koymuştur (29-31). Psikolojik esneklik, pozitif esenliğin gelişiminde temel olarak kabul edilir ve bu nedenle genellikle birçok bozukluk türünü keşfetmek için yararlı bir yapı olarak görülmektedir (128).

Psikotik belirtiler ile psikolojik esneklik modelini doğrudan değerlendiren sınırlı sayıda çalışma vardır (27, 129). Psikolojik esnekliğin halüsinasyonları olan bireylerde ruhsal iyi oluşla ilişkili olduğu gösterilmiştir (129). Yakın zamanlı olan ve şizofreni tanımlı bireylerde psikolojik esneklik modelini bütün boyutları ile değerlendiren bir çalışmada ise; şizofreni tanımlı bireylerin sağlıklı bireylerle karşılaştırıldığında daha düşük düzeyde

psikolojik esnekliğe sahip olduğu, psikolojik esnekliğin düşük düzeyinin de hastalığın şiddetinde artışla ilişkili olduğu saptanmıştır (27). Bir başka çalışmada ise hastanede yatan şizofreni tanılı bireylerin semptomları, psikolojik esneklikleri, sosyal işlevleri ve yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu, psikolojik esnekliğin bu değişkenler arası önemli aracı rol oynayan bir değişken olduğu gösterilmiştir (130). Şizofreni tanılı bireylerin, psikoza olmayan bireylere göre daha yüksek düzeyde olumsuz otomatik düşüncelere sahip olduğu bilinmektedir (131, 132). Kontrol grubu olarak alınan kronik böbrek yetmezliği hastalarıyla karşılaştırıldığında şizofreni tanılı bireylerin daha düşük psikolojik esneklik düzeyine sahip olduğu, bunun şizofrenide artan olumsuz otomatik düşünce düzeyiyle pozitif ilişkili olduğu, yaş ve cinsiyet bakımından önemli bir farkın olmadığı belirtilmiştir (33).

2.7. Şizofreni ve Psikiyatri Hemşireliği

Amerikan Hemşireler Birliğinin 2007’ de yaptığı tanıma göre; “Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresi; sanat olarak kendiliğin amaçlı kullanımı, bilim olarak ise psikososyal ve nörobiyolojik kuramların, araştırma bulgularının ve hemşireliğin çeşitli rollerinin kullanımı ile hizmet veren ruh sağlığı profesyoneli” (133). Ruh sağlığı profesyonelleri içinde ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireleri, şizofreni tanılı bireylerle en çok zaman geçiren ekip üyesidir. Şizofreni tanılı bireylerin tedavisinde ve rehabilitasyonunda, bütüncül kaliteli ve güvenli ruh sağlığı bakımını sağlayarak, mümkün olabilecek en yüksek düzeyde iyilik haline sahip olmalarında etkin rol oynarlar (36, 134, 135). Hastane ortamında düzenin sağlanmasından ve bu hasta grubuna sunulan birçok hizmetten de sorumludur (135). Şizofrenide hemşirelik süreci veri toplama hemşirelik tanısı koyma, tanıya uygun hemşirelik girişiminde bulunma ve uygulanan girişimleri değerlendirme aşamalarından oluşur (36).

Şizofreni tanılı bireyler tedaviye akut psikoz ile girebilir. İlk atak şizofreninin tedavisinde psikiyatri hemşiresinin öncelikli amacı hastalığın belirtilerini azaltmaya yönelik hemşirelik bakımı uygulamaktır. Yaşamsal belirtilerin değerlendirilmesi, ilaç toksikolojisi taramaları dahil olmak üzere ruhsal durum muayenesinin yapılması, kendine ve başkalarına yönelik tehlikenin değerlendirilmesi, semptom, süre, madde kötüye kullanım geçmişinin öğrenilmesi, daha önceki antipsikotik kullanım öyküsünün alınması, hastanın önceki tedavisi hakkındaki düşüncelerinin ve mevcut ilaçlarının öğrenilmesi hastanın şuan ki tedavisine uyumunu etkilemesi açısından önemlidir (36, 136, 137). Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresi; kişi merkezli bir tedavi planı oluşturarak, hastanın durumu

ne olursa olsun, hastanın güçlü yönlerini, yeteneklerini, tercihlerini ve ihtiyaçlarını bilmeli ve bunu tedavi planına dahil etmelidir (136). Bireyi ve ailesini bir bütün olarak ele alarak, aile üyelerini uygulamalara dahil etmeli, bu uygulamaların planlanma, uygulama ve değerlendirme aşamalarında rol almalıdır (135, 138). Tedavi planında; ailelere hastalıkla alakalı bilginin ve eğitimin verildiği, iletişim yöntemlerinin, ilaçların kullanım amaçlarının, olası yan etkilerin ve sorun çözme becerilerinin öğretildiği kısa müdahaleler yapılmalıdır (136, 139).

Şizofreni tanılı bireylerin bakımında "biyo-psiko-sosyal yaklaşım" modelinin uygulanması, bakıma bütüncül yaklaşım açısından önemlidir. Biyo-psiko-sosyal model; uyum, bilişsel davranışçı terapi, toplum ruh sağlığı, iletişim becerileri, kriz müdahaleleri, aile terapileri, gelişimle alakalı bakış açıları, özbakım, bireysel ilişkiler, sosyal öğrenme, hemşirelik modellerine ek olarak diğer kuramlarla ve modellerle ilgilidir (36).

Psikiyatri hemşireleri vaka yöneticisi rolü doğrultusunda bilgi ve becerileriyle hastanın gereksinimlerine göre psikososyal rehabilitasyon programlarına dahil etme, izleme ve sonuçlarını paylaşma aşamalarında aktif rol üstlenmelidir (140). Ülkemizde psikososyal bakım hizmetlerinin geliştirilmesine ve yaygınlaştırılmasına ihtiyaç vardır. Psikiyatri hemşireleri tarafından şizofreni tanılı bireylere uygulanan psikososyal rehabilitasyonlar sınırlı sayıdadır ve planlı olarak uygulanamamaktadır. Psikiyatri hemşirelerinin bu anlamda eğitime, daha fazla uygulama yapma imkanına ve hastalığın etkilediği bütün alanlarda yapılacak olan bilimsel araştırmalara ihtiyacı vardır (141, 142).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma tanımlayıcı ilişkisel türde yürütüldü.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Psikiyatri polikliniği ile birlikte Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göztepe Toplum Ruh Sağlığı Merkez’inde Kasım 2021- Haziran 2022 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi ve Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göztepe Toplum Ruh Sağlığı Merkezi’nde tedavi görmekte ve takipte olan şizofreni tanılı bireyler oluşturdu. Araştırmada, “G. Power-3.1.9.2 yazılımı kullanıldı ve örneklem büyüklüğü %95 güvenirlik düzeyinde hesaplandı. Analiz sonucunda $\alpha = .05$ düzeyinde standartlaştırılmış etki büyüklüğü (f^2) 0.15 olarak alındığında, çoklu doğrusal regresyon analizi için minimum örneklem büyüklüğü 0.90 teorik güç ile 98 birey olarak belirlendi. Araştırma, araştırmacının çabaları sayesinde belirtilen merkezlerde tedavi gören ve takipte olan 111 şizofreni tanılı bireyle sonlandırıldı.

3.4. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- DSM-5 tanı ölçütlerine göre şizofreni tanısı konulan,
- 18 ve 65 yaş arasında olan,
- İletişime ve iş birliğine açık olan,
- Remisyon dönemi (alevlenme dönemi dışında) içindeki bireyler.

3.5. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- Demans ve/veya diğer organik kökenli bozukluk tanısı alan,
- Halihazırda alkol ya da psikoaktif madde kullanan,
- Hastane kayıtları ile saptanan mental retardasyonu bulunan bireyler.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmacı tarafından oluşturulan Tanıtıcı bilgi formu (EK-3), DSM-5 Psikoz Ölçeği (EK-4), Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (EK-5), Kabul ve Eylem Formu-II (EK-6) ile veriler elde edildi.

3.6.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, aylık gelir durumu, yaşadığı yerleşim yeri ile ilgili toplamda 8 sorudan oluşmaktadır.

3.6.2. DSM-5 Psikoz Ölçeği

Ölçek Berendsen ve ark. tarafından 2020 yılında geliştirilmiştir (9). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Herdem ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (146). Ölçek sekiz maddeden oluşmuştur ve beşli likert tipi ölçüm sağlar. Her madde 0-4 arasında puanlanır ve toplam puan elde edilir. Ölçekten alınabilecek minimum puan 0, maksimum puan 32 dir. Ölçekten alınan puanların artması, daha yüksek psikotik semptom şiddetini gösterir. Ölçeğinin iç tutarlılığı 0.91 dir. Bu araştırmada ise ölçeğin iç tutarlılık değeri 0.79'dir.

3.6.3. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (CDÖ)

Ölçek Addington ve ark. tarafından 1992 yılında geliştirilmiştir (142). Bu ölçeğin Türkçe'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise Aydemir ve ark. tarafından 2000 yılında yapılmıştır (143). Ölçek dörtlü Likert tipinde değerlendirilir ve 9 maddeden oluşmaktadır. CDÖ'nün her bir maddesi 0-3 puan arasında puanlamaktadır ve toplam puan 0-27 arasında değişebilmektedir. Ölçekten alınan puanların artması depresyonun artmış olduğunu gösterir. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında CDÖ'nün iç tutarlılık değeri 0.90 dır. Bu araştırmada ise ölçeğin iç tutarlılık değeri 0.84 olarak belirlendi.

3.6.4. Kabul ve Eylem Formu-II (KEF-II)

KEF-II, bireylerin psikolojik esneklik düzeyini belirlemek amacıyla Bond ve ark. tarafından 2011'de geliştirilmiştir (144). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Yavuz ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (145). 7 maddeli, yedili likert tipinde bir öz bildirim ölçeğidir. KEF-II'den alınabilecek en düşük puan 7 en yüksek puan 49'dur. Ölçekten alınan puanların artması yaşantısal kaçınmanın artmış olduğunu

gösterir. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında KEF-II'nin iç tutarlılık değeri 0.84 olarak tespit edilmiştir. Bu araştırmada ise ölçeğin iç tutarlılık değeri 0.88'dir.

3.7. Verilerin Toplanması

Veriler Kasım 2021 ve Haziran 2022 tarihleri arasında araştırmacı tarafından İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Psikiyatri Polikliniği'nde ve Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göztepe Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde özel bir odada ölçek soruları okunup cevap alınarak ortalama 15-20 dakika görüşme süresinde toplandı. DSM-5 psikoz ölçeği ve CDÖ öz bildirim ölçekleri olmadığından, araştırmacı verilerin değerlendirilmesinin güvenilirliğini artırma konusunda titiz bir çaba gösterdi. Bu doğrultuda araştırmacı bu ölçeklerden veri elde ederken, klinisyenlerin hastayla etkileşimleri ve/veya hastayla düzenli olarak etkileşimde bulunan aile üyelerinin veya klinik personelinin raporları gibi bilgilerden yararlandı.

3.8. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri: Şizofreni tanılı bireylerin tanıtıcı özellikleri

Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri: DSM-5 Psikoz Ölçeği, CDÖ, KEF-II'den alınan puanlardır.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler, SPSS (Statistical Package for Social Science) 25 istatistik paket programı kullanılarak değerlendirildi. Normal dağılıma uygunluk; Shapiro-Wilks ve Kolmogrov-Smirnov testlerinin yanı sıra histogram, P-P grafiği, Q-Q grafiği, çarpıklık ve basıklığın değerlendirilmesi ile incelendi. Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre değerlendirmesinde yüzdelik, ortalama ve standart sapma gibi analizler planlanırken, tanımlayıcı özellikler ile ölçek puanlarının karşılaştırılmasında parametrik ve non parametrik testlerden uygun olan tercih edildi. Normal dağılım gösteren veriler, ortalama $\pm$ standart sapma şeklinde sunulup, parametrik testlerden bağımsız örneklem t testi ve ANOVA testleri kullanıldı. ANOVA sonucunda gruplar arasında fark olduğu durumlarda çoklu karşılaştırma (post hoc) testleri kullanıldı. Gruplar arasındaki varyansların homojen olduğu durumlarda Bonferroni testi kullanıldı. Normal dağılıma uymayan veriler ise sıra ortalamaları kullanılarak sunuldu ve non-parametrik testlerden Kruskal Wallis-H testinden faydalanıldı. Ölçeklerin güvenilirliğinin değerlendirilmesinde ölçüt olarak Cronbach α iç tutarlılık katsayıları kullanıldı. Son olarak ölçek puanları

arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde Pearson korelasyon testi uygulandı. Önemlilik düzeyi $p<0.05$ olarak ele alındı.

3.10. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için İnönü Üniversitesi Malatya Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik onay alındı (Ek-2). Ayrıca İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi'nden de yazılı izin alındı (Ek-7). Malatya İl Sağlık Müdürlüğü'nden Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göztepe Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde çalışmayı yürütebilmek için ayrıca izin alınmış olup (Ek-8), izin şartları doğrultusunda belirtilen merkezde takipli olan hastaların vasilerinden de yazılı izin alındı (Ek-9). Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara ve vasilerine araştırmanın amacı, süresi ve kapsamı hakkında bilgi verildi. Araştırmaya katılımın gönüllü olduğu, elde edilen bilgilerin başkalarıyla paylaşılmayacağı konusunda açıklama yapıp gizlilik ilkesine uyularak katılımcılardan ve vasilerinden yazılı onam istendi. Araştırma Helsinki Bildirgesi'ne uygun olarak yürütüldü.

4. BULGULAR

Şizofreni tanılı bireylerde psikoz şiddeti, depresyon, psikolojik esneklik arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan araştırmanın bulguları aşağıda sunuldu.

Tablo 4.1. Şizofreni Tanılı Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (N=111)

Tanıtıcı özellikler	N	%
Yaş		
18-33	37	33.3
34-43	37	33.3
44-68	37	33.3
Cinsiyet		
Kadın	37	33.3
Erkek	74	66.7
Medeni durum		
Bekar	86	77.5
Evli	25	22.5
Eğitim düzeyi		
Okur yazar değil	6	5.4
İlköğretim	42	37.8
Lise	41	36.9
Üniversite	22	19.8
Çocuk varlığı		
Evet	26	23.4
Hayır	85	76.6
Çocuk sayısı		
1	4	3.6
2	10	9.0
3	10	9.0
4	1	0.9
6	2	1.8
Çalışma durumu		
Evet	24	21.6
Hayır	87	78.4
Gelir düzeyi		
Gelirim giderimden az	38	34.2
Gelirim giderime eşit	67	60.4
Gelirim giderimden fazla	6	5.4
Yaşanılan yer		
Köy	1	0.9
İlçe	10	9.0
Şehir	100	90.1
Yaş (yıl) Ort ±SS	39.53±11.16	

Araştırma kapsamına alınan şizofreni tanılı bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.1’de özetlendi. Bireylerin yaş ortalaması 39.53 ± 11.16 ’dır. Araştırmaya katılan bireylerin %66.7’sinin erkek olduğu, %37.8’inin lisans ve üzeri eğitime sahip olduğu, %77.5’inin bekar olduğu, %76.6’sının çocuk sahibi olmadığı, %78.4’ünün çalışmadığı, %60.4’ünün gelirinin giderine eşit olduğu, %90.1’inin şehirde yaşadığı saptandı (Tablo 4.1).



Tablo 4.2. Katılımcıların Tıbbi Özelliklerine Göre DSM-5 Psikoz Ölçeği, CDÖ ve KEF-II Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=111)

Değişkenler	DSM-5 Psikoz Ölçeği			CDÖ			KEF-II		
	Ort ± SS	F/t	P	Ort ± SS	F/t	P	Ort ± SS	F/t	p
Yaş									
18-33 ^a	7.67±5.57			7.81±6.07			23.81±12.58		
34-43 ^b	8.10±6.98	3.189	0.045*	7.32±5.90	0.350	0.706	20.24±11.41	0.898	0.410
44 yaş ve üzeri ^c	11.18±6.91		c>a	8.56±7.26			23.35±13.29		
Cinsiyet									
Kadın	10.72±7.73	1.972	0.051	9.51±6.82	1.897	0.060	27.48±13.14	2.972	0.004
Erkek	8.12±5.90			7.09±6.07			19.95±11.35		
Medeni durum									
Bekar	8.98±6.77	0.008	0.994	7.94±6.27	0.124	0.901	23.01±12.31	0.852	0.396
Evli	9.00±6.33			7.76±6.96			20.60±13.30		
CDÖ: Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği; KEF-II: Kabul ve Eylem Formu-II									
F: ANOVA; t: bağımsız örneklem t testi.									
* Çoklu karşılaştırma (post hoc) Bonferroni testi									

Şizofreni tanılı bireylerin tanımlayıcı özellikleri ile ölçeklerin sıra ortalamalarının karşılaştırması Tablo 4.2’de belirtildi. 44 yaş ve üzerinde seyreden bireylerin 18-33 yaş aralığında olan bireylere göre psikoz şiddeti puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve oluşan bu farkın istatistiksel açıdan da karşılık bulduğu görüldü ($F=3.189$; $p=0.045$). Bireylerin depresyon ($F=0.350$; $p=0.706$) ve psikolojik esneklik ($F=0.898$; $p=0.410$) puan ortalamaları ile yaş arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark saptanmadı. Kadın bireylerin erkek bireylere göre psikolojik esneklik puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ortaya çıkmış olup bu farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu tespit edildi ($t=2.972$; $p=0.004$). Diğer taraftan bireylerin psikoz şiddeti ($t=1.972$; $p=0.051$) ve depresyon ($t=1.897$; $p=0.060$) puan ortalamaları ile cinsiyet arasında istatistiksel açıdan herhangi bir fark belirlenemedi. Benzer şekilde bireylerin psikoz şiddeti ($t=0.008$; $p=0.994$), depresyon ($t=0.124$; $p=0.901$) ve psikolojik esneklik ($t=0.852$; $p=0.396$) puan ortalamaları ile medeni durumları arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark saptanmadı (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Katılımcıların Tıbbi Özelliklerine Göre DSM-5 Psikoz Ölçeği, CDÖ ve KEF-II Sıra Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=111)

Değişkenler	DSM-5 Psikoz Ölçeği				CDÖ				KEF-II			
	Sıra ort	χ^2	p		Sıra ort	χ^2	p		Sıra ort	χ^2	p	
Eğitim düzeyi												
Okur yazar değil ^a	59.92				56.33				68.50			
İlköğretim ^b	70.29	17.221	0.001*		66.96	8.826	0.032*		62.70	4.704	0.195	
Lise ^c	51.11		b>d		51.02		b>d		49.90			
Üniversite ^d	36.77		b>c		44.25				51.16			
Gelir düzeyi												
Gelirim giderimden az ^a	61.03	2.162	0.339		67.62	8.409	0.015*		69.42	10.566	0.005*	
Gelirim giderime eşit ^b	52.41				48.92		a>b		48.22		a>b	
Gelirim giderimden fazla ^c	64.25				61.50				57.92			
Yaşadığı yer												
Köy	91.00	2.010	0.366		96.50	1.712	0.425		73.00	0.604	0.739	
İlçe	46.95				58.80				61.35			
Şehir	56.56				55.32				55.30			

CDÖ: Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği; KEF-II: Kabul ve Eylem Formu-II

χ^2 : Kruskal Wallis-H testi

*Çoklu karşılaştırma yapılmıştır.

Şizofreni tanılı bireylerin tanımlayıcı özellikleri ile ölçeklerin sıra ortalamalarının karşılaştırması Tablo 4.3'te sunuldu. Üniversite mezunu olan bireylerin ilköğretim mezunu olan bireylere göre, lise mezunu olan bireylerin ilköğretim mezunu olan bireylere göre psikoz şiddeti sıra ortalamalarının daha düşük olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlendi ($\chi^2=17.221$; $p=0.001$). Benzer şekilde ilköğretim mezunu olan bireylerin üniversite mezunu olan bireylere göre depresyon sıra ortalamalarının daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu ortaya çıktı ($\chi^2=8.826$; $p=0.032$). Bireylerin eğitim düzeyleri ile psikolojik esneklik sıra ortalamaları arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark saptanmadı ($\chi^2=4.704$; $p=0.195$). Bireylerin psikoz şiddeti ile gelir düzeylerinin tek değişkenli analizinden de istatistiksel açıdan önemli bir fark elde edilmedi ($\chi^2=2.162$; $p=0.339$). Diğer taraftan geliri giderinden az olan bireylerin geliri giderine eşit olanlara göre hem depresyon ($\chi^2=8.409$; $p=0.015$) hem de psikolojik esneklik ($\chi^2=10.566$; $p=0.005$) sıra ortalamaları daha yüksek bulunmuş olup, bu farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu tespit edildi. Bununla birlikte bireylerin psikoz şiddeti ($\chi^2=2.010$; $p=0.366$), depresyon ($\chi^2=1.712$; $p=0.425$) ve psikolojik esneklik ($\chi^2=0.604$; $p=0.739$) sıra ortalamaları ile yaşanan yerleşim yerleri arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark saptanmadı (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Şizofreni Tanılı Bireylerde DSM-5 Psikoz Ölçeği, CDÖ, KEF-II Puan Ortalamaları

Ölçekler	Cronbach Alfa	Orijinal Ölçeğin Alt ve Üst Değerleri	Bu Araştırmada Ölçekten Alınan Minimum ve Maksimum Değer	Bu Araştırmada Ort±SS Puanları
DSM-5 Psikoz Ölçeği	0.79	0-32	0-32	8.99±6.65
CDÖ	0.84	0-27	0-26	7.90±6.40
KEF-II	0.88	7-49	7-49	22.46±12.44
CDÖ: Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği; KEF-II: Kabul ve Eylem Formu-II				

Tablo 4.4'te araştırmaya katılan şizofreni tanılı bireylerin DSM-5 Psikoz Ölçeği, CDÖ ile KEF-II'den aldıkları puan ortalamaları ve bu araştırmada ölçeklerden alınan alt ve üst değerler verilmiştir. Bu araştırmada kullanılan ölçeklerin tümü kabul edilebilir iç tutarlılık değeri olan 0.70'in üzerinde bir değere sahiptir. Şizofreni tanılı bireylerin DSM-5 psikoz ölçeği puan ortalamalarının 8.99 ± 6.65 olduğu ve ölçekten minimum 0, maksimum 32 puan aldıkları ortaya çıktı. Katılımcıların CDÖ'den minimum 0, maksimum 26 puan almış oldukları tespit edilmiş olup, CDÖ puan ortalamalarının da 7.90 ± 6.40 olduğu belirlendi. Katılımcıların KEF-II puan ortalamalarının 22.46 ± 12.44 olduğu ve ölçekten minimum 7, maksimum 49 puan aldıkları ortaya çıktı (Tablo 4.4).

Tablo 4.5. DSM-5 Psikoz Ölçeği Madde Puan Ortalamaları

Madde	Ortalama $\pm$ SS	Minimum- Maksimum Değer
1.	1.08 $\pm$ 1.56	0-4
2.	1.22 $\pm$ 1.61	0-4
3.	0.43 $\pm$ 0.98	0-4
4.	0.24 $\pm$ 0.72	0-4
5.	1.63 $\pm$ 1.53	0-4
6.	1.47 $\pm$ 1.42	0-4
7.	2.19 $\pm$ 1.32	0-4
8.	0.70 $\pm$ 0.97	0-4

Şizofreni tanılı bireylerin DSM-5 psikoz ölçeği madde puan ortalamaları Tablo 4.5'te özetlendi. Tablodan da görüleceği üzere bu araştırmaya katılan bireylerin sırasıyla depresyon (7. Madde), negatif belirtiler (5. Madde), bilişsel bozulma (6. Madde) ve sanrılarla (2. Madde) ilgili belirtileri sorgulayan maddelerden yüksek puan aldıkları belirlendi (Tablo 4.5).

Tablo 4.6. DSM-5 Psikoz Ölçeği, CDÖ, KEF-II Düzeyleri Arasındaki İlişki (N=111)

	1	2	3
1. KEF-II	-		
2. DSM-5 Psikoz Ölçeği	0.477**	-	
3. CDÖ	0.754**	0.569**	-

CDÖ: Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği; KEF-II: Kabul ve Eylem Formu-II

** p<0,01

***Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

Tablo 4.6'de şizofreni tanılı bireylerin DSM-5 psikoz ölçeği ve CDÖ ve KEF-II puan ortalamaları arasındaki ilişki verilmektedir. Bireylerde KEF-II ile DSM-5 psikoz ölçeği puan ortalamaları arasında orta düzeyde pozitif yönde önemli ilişki olduğu görüldü

($r=0.477$; $p<0.01$). Bireylerin KEF-II ile CDÖ puan ortalamaları arasında yüksek düzeyde pozitif yönde önemli ilişki olduğu saptandı ($r= 0.754$; $p<0.01$). Ayrıca şizofreni tanılı bireylerin DSM-5 psikoz ölçeği ile CDÖ puan ortalamaları arasında ise orta düzeyde pozitif yönde önemli ilişki olduğu ortaya çıktı ($r= 0.569$; $p<0.01$) (Tablo 4.6).



5. TARTIŞMA

Şizofreni tanılı bireylerde psikoz belirti şiddeti, depresyon ve psikolojik esneklik arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen bulgular, ilgili literatür ile karşılaştırılarak değerlendirilmiştir.

Bu araştırmada şizofreni tanılı bireylerde psikoz belirti şiddetinin düşük düzeye karşılık gelen 8.99 ± 6.65 olduğu görülmüştür. Araştırma bulgularıyla uyumlu olarak Alphs ve arkadaşlarının şizofreni ve şizofreniform bozukluk tanılı bireylerde gerçekleştirdiği çalışmada katılımcıların DSM-5 psikoz şiddeti ölçeğinden yine düşük düzeye karşılık gelen 9.5 ± 5.26 puan aldıkları tespit edilmiştir (11). Larsson ve arkadaşlarının psikotik belirtilere sahip yatan hastalarla yaptıkları çalışmada da psikotik belirti şiddetinin düşük düzeyde olduğu tespit edilmiştir (10). Bu araştırmadan elde edilen bulgular sınırlı sayıda da olsa daha önce yapılan çalışma bulguları ile tutarlı görünmektedir. Bu bulguyu çalışmaya sadece remisyondaki şizofreni tanılı bireylerin dahil edilmesinin etkilediği düşünülmektedir. Zira remisyon döneminde psikotik belirtilerin şiddetinde bir miktar gerileme yaşandığı bilinmektedir (147, 148). Bu araştırmada psikotik belirti şiddetinin ilerleyen yaş ile birlikte şizofreni tanılı bireylerde artış gösterdiği görülmüştür. 44 yaş ve üzerinde seyreden bireylerin 18-33 yaş aralığında olan bireylere göre psikoz şiddeti puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Literatürde şizofreni tanılı bireylerde psikoz şiddeti ile ilişkili faktörleri araştıran çalışmaların sayısı oldukça sınırlıdır. McGory ve arkadaşlarının geliştirdiği şizofrenide evreleme modeli (149) kullanılarak yapılan bir çalışmada, şizofreninin daha ileri ve kronik evrelerinde psikoz şiddetinin daha fazla olduğu ortaya koyulmuştur ve kullanılan bu evreleme modelinde, hastalığın ileri ve kronik evreleri artan yaş ile pozitif ilişkili olduğundan (9) araştırma bulgularımız literatürle uyumlu görünmektedir. Bu araştırmada üniversite mezunu olan bireylerin ilköğretim mezunu olan bireylere göre, lise mezunu olan bireylerin ilköğretim mezunu olan bireylere göre psikotik belirti şiddeti daha düşük tespit edilmiştir. Her ne kadar alan yazın psikotik belirti şiddeti ile eğitim düzeyi arasında herhangi bir veri sağlamasa da bu bulgular psikotik belirti şiddetinin eğitim düzeyi ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Araştırmadan elde edilen bu bulgunun olası bir açıklaması, eğitim düzeyinin artması ile bireylerin bilişsel kaynaklarının gelişmesi ve psikotik belirtilerle daha etkili baş ederek belirti şiddetini kontrol altına almaları olabilir. Nitekim daha önce yapılan çalışmalar, liseyi tamamlamanın ve genel olarak daha yüksek

eğitim seviyelerine ulaşmanın psikotik hastalıktan iyileşmeyi öngördüğünü bulmuştur (150-152). Bu araştırmada yaş ve öğrenim durumu dışındaki; cinsiyet, medeni durum, gelir düzeyi, yerleşim yeri gibi sosyodemografik veriler ile psikotik belirti şiddeti arasında ise önemli farklılıklar saptanmamıştır. Bu bulgu özellikle cinsiyet değişkeni açısından şaşırtıcı olarak değerlendirilebilir. Zira şizofreni tanılı bireylerle yapılan daha önceki çalışmalarda erkekler kadınlara göre daha fazla düşünce bozukluğu sergileme eğilimindeyken, kadınlar daha çok işitsel halüsinasyonlar ile paranoid ve perseküsyon sanrılarını deneyimleme eğilimindedir (153-156). Bu araştırmaya katılan şizofreni tanılı bireylerin en yüksek psikotik belirti şiddeti olarak sırasıyla; depresyon, negatif belirtiler, bilişsel bozulma ve sanrılarla ilgili belirtileri diğer belirtilere kıyasla daha fazla deneyimledikleri görülmüştür. Hastalığın doğası göz önünde bulundurulduğunda bu bulgu şaşırtıcı görünmemektedir. Zira şizofrenide psikotik belirtiler hastalığın çekirdeğinde olan ve bireyi hastaneye yatacak düzeyde zorlayan sorunları içerir (13, 43).

Bu araştırmada şizofreni tanılı bireylerde depresyon toplam puan ortalaması 7.90 ± 6.40 olarak saptanmıştır. Bu bulgu, şizofreni tanılı bireylerde düşük düzeyde depresyonun olduğuna işaret etmektedir. Araştırma verileriyle uyumlu olarak Türkiye’de şizofreni tanılı bireylerle yapılan bir çalışmada da katılımcıların düşük düzeye karşılık gelen 6.8 ± 5.3 depresyon puanı aldıkları belirlenmiştir (157). Uluslararası alanda yapılan çalışmalar da bu bulguyu destekler niteliktedir (14, 107). Araştırmaya dahil edilen şizofreni tanılı bireylerin büyük çoğunluğunun işsiz olduğu, gelir düzeyinin ise depresyon düzeyiyle anlamlı ilişkisinin olduğu tespit edilmiştir. Geliri giderinden az olanların, geliri giderine eşit olanlardan daha yüksek düzeyde depresyon seviyesine sahip oldukları belirlenmiştir. Araştırma sonucunda düşük gelir seviyesi ile depresyon arasında bulunan bu ilişki, literatürde de karşılık bulmaktadır. Balcı ve arkadaşlarının, şizofreni tanılı bireylerde depresyonla ilişkili faktörleri araştırdıkları çalışmada; gelir düzeyi düşük olan şizofreni tanılı bireylerin depresyon seviyesinin daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır (106). Bu araştırma aynı zamanda eğitim düzeyinin şizofrenide depresyonla ilişkili olduğunu göstermiştir. İlköğretim mezunları üniversite mezunlarına göre daha yüksek depresyon düzeyi göstermişlerdir. Literatür incelendiğinde bu araştırmadan elde edilen bu bulgunun destek görmediği görülmüştür. Gozdzik ve arkadaşları şizofrenide eğitim düzeyinin depresyon düzeyiyle anlamlı ilişkisinin olmadığını tespit etmiştir (110). Balcı ve arkadaşları da mevcut araştırma bulgularının aksine, şizofrenide depresyon oranını eğitim düzeyi ile ilişkili bulmamışlardır (106). Bu araştırmadaki düşük eğitim düzeyine sahip bireylerin daha yüksek depresyon düzeyine sahip olmalarının olası açıklaması,

eğitimin, çeşitli sosyoekonomik yollarla depresyonu etkileyebilmesi ile açıklanabilir (158). Bunlardan ilki, düşük eğitim düzeyine sahip bireyler, depresif dönemleri ele almak için daha az ekonomik ve sosyal kaynağa sahip olabilir (159). İkinci olarak, eğitim sosyoekonomik konumu etkiler ve kısmen eğitim düzeyine bağlı olarak kendilerini sosyal çevrede daha alt sınıflara yerleştiren kişilerin, daha yüksek sosyal sınıflara sahip olanlara göre daha yüksek depresyon olasılıkları vardır (160). Üçüncüsü, eğitim, daha yaratıcı, zihinsel olarak teşvik edici ve daha yüksek özerklik içeren ve aynı zamanda ruhsal sağlığını da etkileyebilecek istihdam fırsatlarına erişimi artırır (161). Bu araştırmada şizofrenide, depresyon ve cinsiyet arasında önemli bir ilişkinin olmadığı bulunmuştur. Müller ve arkadaşları da şizofrenide depresyon düzeyini erkek ve kadınlar arasında anlamlı düzeyde farklı olmadığını göstermiştir (107). Araştırma bulguları literatürle uyumludur. Gozdzik ve arkadaşları da yaşın ve cinsiyetin şizofrenide depresyon düzeyi ile anlamlı ilişkisinin olmadığını belirtmişlerdir (110). Araştırma bulgularının aksine Güney Afrika’da yapılan bir çalışmada ise kadın cinsiyetin şizofrenide depresyon düzeyi ile anlamlı oranda ilişkili olduğu bulunmuştur (22). Şizofrenide depresyonun yaş ve medeni durum ile ilişkili olmadığı tespit edilmiştir. Araştırma bulgularıyla uyumlu olarak, şizofrenide demografik ve klinik özelliklerin, eşlik eden depresif belirtilerele olan ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada şizofrenide depresyonun yaş ve medeni durumla ilişkili olmadığı gösterilmiştir (14). Şizofrenide depresyonun diğer psikopatolojik değişkenlerle ve cinsiyetle ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada ise şizofreni tanılı kadınlarda depresyonun daha genç yaşla ilişkili olduğu tespit edilmiştir (107). Bu araştırmada katılımcıların medeni durumunun, yerleşim yerlerinin ve çocuk sahibi olma durumlarının ise şizofrenide depresyon ile ilişkisinin olmadığı belirlenmiştir.

Bu araştırmada şizofreni tanılı bireylerde psikolojik esneklik puan ortalamasının orta düzeye denk gelen 22.46 ± 12.44 olduğu görülmüştür. Romanya’da yapılan bir çalışmada şizofreni tanılı bireylerde orta düzeyde psikolojik esneklik düzeyi tespit edilmiş (33) olup, bu araştırmanın bulguları ile paralellik göstermektedir. Diğer taraftan KEF-II’den alınan daha yüksek puanların daha düşük psikolojik esneklik seviyesini gösterdiği dikkate alındığında (145), Cansız ve arkadaşları yaptıkları çalışmada şizofreni tanılı bireylerde psikolojik esneklik puan ortalamasının 31.90 ± 6.77 olduğunu saptayarak (27) bu araştırmanın verilerinden daha düşük düzeyde psikolojik esneklik seviyesine işaret etmişlerdir. Bu araştırmada gelir düzeyi psikolojik esneklikle ilişkili bulunmuştur. Geliri giderinden az olanların geliri giderine eşit olanlardan önemli oranda daha az psikolojik esneklik gösterdikleri ortaya çıkmıştır. Şizofreni tanılı kadınların psikolojik

esneklik düzeylerinin şizofreni tanılı erkeklerin psikolojik esneklik düzeyinden daha az olduğu tespit edilmiştir. Yaş, medeni durum, eğitim düzeyi ve yerleşim yeri özellikleri ise psikolojik esneklik ile ilişki bulunmamıştır. Şizofrenide psikolojik esneklik ile ilgili çalışma sayısı oldukça kısıtlıdır (27, 33, 130). Bu sebeple bu konuda karşılaştırmalı bir tartışma yeterince yapılamamıştır.

Bu araştırma şizofreni tanılı bireylerde psikotik belirti şiddetinin artmasıyla depresyonun da arttığını ortaya koymuştur. Araştırma bulguları Smith ve arkadaşlarının yaptığı, psikoza eşlik eden yüksek depresyon düzeyinin, işitsel halüsinasyonların şiddetinde artışa sebep olduğunu gösterdikleri çalışmayı desteklemektedir (99). Müller yaptığı çalışmada, depresyonun negatif ve pozitif belirtilerle ilişkisinde cinsiyete özgü farklılıkların olduğunu, kadınlarda depresyonu negatif semptom düzeyiyle, erkeklerde ise pozitif semptom düzeyi ve kısa süreli hastanede kalış ile ilişkili olduğunu göstermiştir (107). Bu araştırmadan elde edilen psikotik belirti şiddeti ile depresyon arasındaki ilişki önceki şizofreni tanılı bireylerde yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Örneğin bir çalışma şizofreni tanılı bireylerin %31'inde subsendromal depresif semptomlar olduğunu ortaya koymuştur (162). Araştırmacılar şizofrenide eşlik eden depresyonun, daha pozitif ve negatif semptomlar ve daha fazla intihar eğilimi ile ilişkili olduğunu tespit etmiştir (162, 163).

Bu çalışmada şizofreni tanılı bireylerde psikotik belirti şiddeti ile psikolojik esneklik arasında orta düzeyde ve negatif yönde önemli bir ilişki olduğu, yani psikolojik esneklik düzeyi arttıkça psikoz şiddeti düzeyinin azaldığı görülmüştür. Araştırmadan elde edilen bu bulgu, psikolojik esnekliği hedefleyen müdahalelerin psikotik belirtileri tedavi etmeye dönük etkilerini içeren literatür göz önünde bulundurulduğunda şaşırtıcı görünmemektedir (29-32). Cansız ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, şizofreni tanılı bireylerin sağlıklı bireylerle karşılaştırıldığında daha düşük düzeyde psikolojik esnekliğe sahip olduğu, psikolojik esnekliğin düşük düzeyinin de hastalığın şiddetinde artışla ilişkili olduğu saptanmıştır (27). Güney Kore'de yapılan başka bir çalışmada da şizofrenide psikotik semptomlar ile psikolojik esneklik arasında negatif yönde önemli ilişki olduğu, psikolojik esnekliğin şizofrenide psikotik semptomlar, sosyal işlev ve yaşam kalitesi arası önemli aracı rol oynadığı belirtilmiştir (130). Morris ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada psikolojik esnekliğin halüsinasyonları olan bireylerde ruhsal iyi oluşla ilişkili olduğu tespit edilmiştir (129). Psikolojik esneklik ve psikotik belirti şiddeti arasındaki bu negatif ilişki farklı çalışmalarla da gösterilmiştir (164-166). Araştırma ile daha önceki sınırlı sayıdaki çalışmanın bulguları (27, 129, 130, 164-166) desteklenmiştir. Psikolojik

esneklik ile psikotik belirti şiddetinin negatif yönde önemli ilişkisi bir kez daha gösterilmiştir.

Bu araştırmada şizofreni tanılı bireylerde psikolojik esneklik ile depresyon arasında yüksek düzeyde negatif yönde önemli ilişki olduğu ortaya konulmuştur. Psikotik bozukluklarda psikolojik esnekliğin desteklenmesine yönelik yapılan kabul ve kararlılık terapisinin (ACT) depresyonu da azalttığını gösteren çalışmalar mevcuttur (167-170). Amerika 'da psikoza bireylere ACT uygulayarak yapılan bir çalışmada; tedavi öncesi, tedavi sonrası (tedaviden 4 ay sonra) ve takip sırasında (başlangıçtan 7 ay sonra) katılımcılar değerlendirilmiştir ve psikolojik esnekliğin desteklenmesine yönelik bu uygulamanın, psikoza olan bireylerde depresyonu azalttığı gösterilmiştir (167). Gumley ve arkadaşları da psikoza olan bireylere 5 ay boyunca toplam 15 seans uyguladıkları ACT' nin depresyonu azaltmada etkili olduğunu göstermişleridir (168). White ve arkadaşlarının yaptıkları çalışma sonucunda ise psikoza eşlik eden depresyonu tedavi etmede ACT' nin umut vaat ettiği ortaya çıkmıştır (169). Araştırma bulguları sonucunda ortaya çıkan şizofreni tanılı bireylerde psikolojik esneklik ve depresyon arasındaki negatif ilişki, daha önceki çalışma bulgularını destekler niteliktedir (167-170). Ayrıca psikolojik esnekliği desteklemek amacıyla yapılan ACT uygulamasının psikotik semptom şiddetinde de azalma sağladığı yapılan bazı çalışmalarla ortaya konulmuştur (164-166). Araştırma bulguları ve ilgili çalışma sonuçları, psikolojik esnekliğin desteklenmesinin psikotik semptom şiddetini ve depresyonu azaltmada kilit nokta olduğunu göstermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Şizofreni tanılı bireylerde psikotik belirti şiddeti, depresyon ve psikolojik esneklik arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmada aşağıda belirtilen sonuçlar elde edilmiştir.

- Şizofreni tanılı bireylerde psikotik belirti şiddetinin düşük düzeyde olduğu tespit edilmiştir.
- Şizofreni tanılı bireylerde depresyonun düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir.
- Şizofreni tanılı bireylerde psikolojik esnekliğin orta düzeyde olduğu saptanmıştır.
- Şizofreni tanılı bireylerde psikotik belirti şiddeti ile depresyon arasında orta düzeyde pozitif yönde önemli ilişki olduğu ortaya çıkmıştır
- Şizofreni tanılı bireylerde psikotik belirti şiddeti ile psikolojik esneklik arasında orta düzeyde negatif yönde önemli ilişki olduğu görülmüştür.
- Şizofreni tanılı bireylerde psikolojik esneklik ile depresyon arasında yüksek düzeyde negatif yönde önemli ilişki olduğu ortaya konulmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Psikoz belirti şiddetini azaltmak adına depresyonu azaltacak müdahalelerin yapılması,
- Şizofrenide psikolojik esnekliğin artırılması psikotik belirti şiddeti ve depresyonu azaltacağından bu alanda yapılacak uygulamaların daha fazla geliştirilmesi ve uygulanması, bu konuda eğitimlerin yaygınlaştırılması ve hemşirelik uygulamalarında daha sık yer alması,
- Şizofreni tanılı bireylerde psikotik belirti şiddeti, depresyon ve psikolojik esneklikle ilgili daha büyük örneklem sayısına sahip çalışmaların yapılması önerilir.

KAYNAKLAR

1. Sağlık Metrikleri ve Değerlendirme Enstitüsü (IHME). Küresel Sağlık Veri Değişimi (GHDx). <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/27a7644e8ad28e739382d31e77589dd7>. Son Erişim Tarihi 25 Eylül 2021.
2. Öztürk O. Uluşahin N. *Ruh sağlığı ve bozuklukları*, 16. baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitabevi, 2020: 189-247.
3. Davidson M, Caspi A, Noy S. The treatment of schizophrenia: from premorbid manifestations to the first episode of psychosis. *Dialogues Clin Neurosci* 2005, 7: 7-16.
4. Barch DM, Bustillo J, Gaebel W, Gur R, Heckers S, Malaspina D, Owen MJ, Schultz S, Tandon R, Tsuang M, Van Os J, Carpenter W. Logic and justification for dimensional assessment of symptoms and related clinical phenomena in psychosis: relevance to DSM-5. *Schizophr Res* 2013, 150: 15-20.
5. Chang WC, Wong CSM, Chen EYH, Lam LCW, Chan WC, Ng RMK, Hung SF, Cheung EFC, Sham PC, Chiu HFK, Lam M, Lee EHM, Chiang TP, Chan LK, Lau GKW, Lee ATC, Leung GTY, Leung JSY, Lau JTF, Van Os J, Lewis G, Bebbington P. Lifetime Prevalence and Correlates of Schizophrenia Spectrum, Affective, and Other Non-affective Psychotic Disorders in the Chinese Adult Population. *Schizophr Bull* 2017, 43: 1280-90.
6. Fiorentini A, Volonteri LS, Dragogna F, Rovera C, Maffini M, Mauri MC, Altamura CA. Substance-induced psychoses: a critical review of the literature. *Front Psychiatry* 2021, 12: 694863.
7. Turan N. Şizofreni Ve Diğer Psikotik Bozukluklar. İçinde: Gürhan N (editör). *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği*, 1. Baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri, 2016: 539-61.
8. Kaplan BJ. *Kaplan and sadock's synopsis of psychiatry*. Behavioral sciences/clinical psychiatry. Tijdschrift voor Psychiatrie, 2016. 58(1): 78-9.

9. Berendsen S, Van HL, Paardt JW, Peuter OR, Bruggen M, Nusselder H, Jalink M, Peen J, Dekker JJM, Haan L. Exploration of symptom dimensions and duration of untreated psychosis within a staging model of schizophrenia spectrum disorders. *Early Interv Psychiatry* 2021, 15: 669-75.
10. Larsson C, Fatouros BH, Isaksson A, Johansson M, Kaldø V, Parling T, Lundgren T. Acceptance and Commitment Therapy for inpatients with psychosis—an acceptability and feasibility single case AB designed study. *J Contextual Behav Sci* 2022, 25: 44-60.
11. Alphs L, Brown B, Turkoz I, Baker P, Fu DJ, Nuechterlein KH. The Disease Recovery Evaluation and Modification (DREaM) study: Effectiveness of paliperidone palmitate versus oral antipsychotics in patients with recent-onset schizophrenia or schizophreniform disorder. *Schizophr Res* 2022, 243: 86-97.
12. Jeong JH, Kim SW, Lee BJ, Kim JJ, Yu JC, Won SH, Lee SH, Kim SH, Kang SH, Kim E, Chung YC, Lee KY. The factor structure and clinical utility of clinician-rated dimensions of psychosis symptom severity in patients with recent-onset psychosis: Results of a 1-year longitudinal follow-up prospective cohort study. *Psychiatry Res* 2022, 310: 114420
13. *American Psychiatric Association*. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed, 2013: 43-62.
14. Sari SP, Agustin M, Wijayanti DY, Sarjana W, Afrikhah U, Choe K. Mediating Effect of Hope on the Relationship Between Depression and Recovery in Persons With Schizophrenia. *Front Psychiatry* 2021, 12: 627588.
15. Bosanac P, Castle DJ. Schizophrenia and depression. *Med J Aust* 2013, 199(S6): 36-9.
16. Czarnecka K, Chuchmacz J, Wójtowicz P, Szymański P. Memantine in neurological disorders - schizophrenia and depression. *J Mol Med (Berl)* 2021, 99(3): 327-34.
17. Grover S, Dua D, Chakrabarti S, Avasthi A. Factor analysis of symptom dimensions (psychotic, affective and obsessive compulsive symptoms) in schizophrenia. *Asian J Psychiatr* 2018, 38: 72-7.

18. Arabska J, Łucka A, Strzelecki D, Wysokiński A. In schizophrenia serum level of neurotrophin-3 (NT-3) is increased only if depressive symptoms are present. *Neurosci Lett* 2018, 684: 152-5.
19. Upthegrove R, Marwaha S, Birchwood M. Depression and Schizophrenia: Cause, Consequence, or Trans-diagnostic Issue?. *Schizophr Bull* 2017, 43(2): 240-4.
20. Siris S, Bench C. Depression and schizophrenia. In: Hirsch S, Weinberger D (eds). *Schizophrenia*, 2nd ed. Oxford, UK Blackwell, 2003: 142–67.
21. V, Janaki, Suzaily W, Abdul Hamid AR, Hazli Z, Azmawati MN. The Dimensions of Auditory Hallucination in Schizophrenia: Association With Depressive Symptoms and Quality of Life. *IIUM Medical Journal Malaysia* 2017, 16(2): 55–64.
22. Oosthuizen P, Emsley RA, Roberts MC, Turner J, Keyter L, Keyter N, Torremans M. Depressive symptoms at baseline predict fewer negative symptoms at follow-up in patients with first-episode schizophrenia. *Schizophr Res* 2002, 58(2-3): 247-52 .
23. Birchwood M, Iqbal Z, Chadwick P, Trower P. Cognitive approach to depression and suicidal thinking in psychosis. 1. Ontogeny of post-psychotic depression. *Br J Psychiatry* 2000, 177: 516-21.
24. Atmaca G. , Durat G. Şizofreni Hastalarında İntihar ve Depresyon. *J DU Health Sci Inst.* 2016; 6(1): 51-5.
25. Vrbova K, Prasko J, Ociskova M, Kamaradova D, Marackova M, Holubova M, Grambal A, Slepecky M, Latalova K. Quality of life, self-stigma, and hope in schizophrenia spectrum disorders: a cross-sectional study. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2017, 13: 567-76.
26. Staring AB, Van der Gaag M, Van den Berge M, Duivenvoorden HJ, Mulder CL. Stigma moderates the associations of insight with depressed mood, low self-esteem, and low quality of life in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Res* 2009, 115(2-3): 363-9.
27. Cansız A, Nalbant A, Yavuz KF, Şizofreni Hastalarında Psikolojik Esnekliğin Araştırılması. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Ataştırmalar Dergisi* 2020; 9: 82-93.
28. Kashdan TB, Rottenberg J. Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clin Psychol Rev* 2010, 30(7): 865-78.

29. Yıldız E. The effects of acceptance and commitment therapy in psychosis treatment: A systematic review of randomized controlled trials. *Perspect Psychiatr Care* 2020, 56(1): 149-67.
30. Yıldız E, Aylaz R. How Counseling Based on Acceptance and Commitment Therapy and Supported With Motivational Interviewing Affects the Perceptions of Treatment Motivation in Patients Diagnosed With Schizophrenia: A Qualitative Study. *J Am Psychiatr Nurses Assoc* 2021, 27(5): 390-404.
31. Yıldız E, Aylaz R. How Counseling Based on Acceptance and Commitment Therapy and Supported with Motivational Interviewing Affects Levels of Functional Recovery in Patients Diagnosed with Schizophrenia: A Quasi-Experimental Study. *Clin Nurs Res* 2021, 30(5): 599-615.
32. Yıldız E. Toplum ruh sağlığı ve psikolojik esneklik konusunda neler söylenebilir?. İçinde: Aylaz R (editör). *Toplum Ruh Sağlığında Hemşirelik Yaklaşımları*, 1. Baskı. Ankara, Türkiye Klinikleri yayınevi, 2021: 12-8.
33. Popa CO, Rus AV, Lee WC, Cojocaru C, Schenk A, Văcăraş V, Olah P, Mureşan S, Szasz S, Bredicean C. The Relation between Negative Automatic Thoughts and Psychological Inflexibility in Schizophrenia. *J Clin Med* 2022, 11(3): 871.
34. Ost LG. The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy: an updated systematic review and meta-analysis. *Behav Res Ther* 2014, 61: 105-21.
35. Charlson FJ, Ferrari AJ, Santomauro DF, Diminic S, Stockings E, Scott JG, McGrath JJ, Whiteford HA. Global epidemiology and burden of schizophrenia: Findings from the Global Burden of Disease Study 2016. *Schizophr Bull* 2018, 44: 1195-203.
36. Dülgerler Ş. Şizofrenik Bozukluklar. İçinde: Çam O, Engin E (editörler). *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı*, 1. Baskı. İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi, 2014: 411-47.
37. Owen MJ, Sawa A, Mortensen PB. Schizophrenia. *Lancet* 2016, 388(10039): 86-97.
38. Tamminga C. Schizophrenia and Other Psychotic Disorders: Introduction and Overview. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P (eds). *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 10th ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2017: 1433.
39. Yüksel N. *Ruhsal hastalıklar*, 4. Baskı. Ankara, Akademisyen Kitapevi, 2014: 325-71.

40. Ayano G. Schizophrenia: A concise overview of etiology, epidemiology diagnosis and management: Review of literatures. *J Schizophr Res* 2016, 3(2): 2-7.
41. Binbay T, Ulaş H, Elbi H, Alptekin K. Türkiye’de Psikoz Epidemiyolojisi: Yaygınlık Tahminleri ve Başvuru Oranları Üzerine Sistemantik Bir Gözden Geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2011, 22: 40-52
42. Janoutová J, Janáčková P, Šerý O, Zeman T, Ambroz P, Kovalová M, Varechová K, Hosák L, Jířík V, Janout V. Epidemiology and risk factors of schizophrenia. *Neuroendocrinology Letters* 2016, 37(1): 1-8.
43. Hany M, Rehman B, Azhar Y, Chapman J. Schizophrenia. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539864/>. Son erişim tarihi 15 Ağustos 2022.
44. Stilo SA, Murray RM. Non-Genetic Factors in Schizophrenia. *Curr Psychiatry Rep* 2019, 21: 100.
45. Wahbeh MH, Avramopoulos D. Gene-Environment Interactions in Schizophrenia: A Literature Review. *Genes (Basel)* 2021, 12(12): 1850.
46. Ateş İ, Abay E. Şizofreninin Genetiği. *Klinik psikiyatri* 2001, 4: 53-9.
47. Walker E, Kestler L, Bollini A, Hochman KM. Schizophrenia: etiology and course. *Annu Rev Psychol* 2004, 55: 401-30.
48. Davies G, Welham J, Chant D, Torrey EF, McGrath J. A systematic review and meta-analysis of Northern Hemisphere season of birth studies in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2003, 29(3): 587-93.
49. Dalman C, Thomas HV, David AS, Gentz J, Lewis G, Allebeck P. Signs of asphyxia at birth and risk of schizophrenia: population-based case-control study. *Br J Psychiatry* 2001, 179(5): 403-8.
50. Cui X, McGrath JJ, Burne THJ, Eyles DW. Vitamin D and schizophrenia: 20 years on. *Mol Psychiatry* 2021, 26: 2708–20.
51. Lopez-Castroman J, Gómez DD, Belloso JJ, Fernandez-Navarro P, Perez-Rodriguez MM, Villamor IB, Navarrete FF, Ginestar CM, Currier D, Torres MR, Navio-Acosta M, Saiz-Ruiz J, Jimenez-Arriero MA, Baca-Garcia E. Differences in maternal and paternal age between schizophrenia and other psychiatric disorders. *Schizophr Res* 2010, 116(2-3): 184-90.

52. Sipos A, Rasmussen F, Harrison G, Tynelius P, Lewis G, Leon DA, Gunnell D. Paternal age and schizophrenia: a population based cohort study. *BMJ* 2004, 329(7474): 1070.
53. Khokhar JY, Dwiel LL, Henricks AM, Doucette WT, Green AI. The link between schizophrenia and substance use disorder: A unifying hypothesis. *Schizophr Res* 2018, 194: 78-85.
54. Ortiz-Medina MB, Perea M, Torales J, Ventriglio A, Vitrani G, Aguilar L, Roncero C. Cannabis consumption and psychosis or schizophrenia development. *Int J Soc Psychiatry* 2018, 64(7): 690-704.
55. Mohammed F, Geda B, Yadeta TA, Dessie Y. Profiles and factors associated with schizophrenia in eastern Ethiopia: A matched case-control study. *Frontiers in psychiatry* 2022, 13: 1016005.
56. McCutcheon RA, Reis Marques T, Howes OD. Schizophrenia- An Overview. *JAMA Psychiatry* 2020, 77(2): 201-10.
57. Frith CD. *The cognitive neuropsychology of schizophrenia*, 6th ed. London, Psychology Press, 2020: 1-12.
58. Çetin M. Şizofreni Tedavisi: Geçmiş, Bugünü ve Geleceği. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2015, 25: 95-9.
59. Haddad PM, Wieck A. Antipsychotic-induced hyperprolactinaemia: mechanisms, clinical features and management. *Drugs* 2004, 64:2291-314.
60. Lally J, Ajnakina O, Di Forti M, Trotta A, Demjaha A, Kolliakou A, Mondelli V, Reis Marques T, Pariante C, Dazzan P, Shergil SS, Howes OD, David AS, MacCabe JH, Gaughran F, Murray RM. Two distinct patterns of treatment resistance: clinical predictors of treatment resistance in first-episode schizophrenia spectrum psychoses. *Psychol Med* 2016, 46(15): 3231-40.
61. Tiihonen J, Mittendorfer-Rutz E, Majak M, Mehtälä J, Hoti F, Jenedius E, Enkusson D, Leval A, Sermon J, Tanskanen A, Taipale H. Real-World Effectiveness of Antipsychotic Treatments in a Nationwide Cohort of 29 823 Patients With Schizophrenia. *JAMA Psychiatry* 2017, 74(7): 686-93.
62. Mortan OS, Sütçü ST. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarda bilişsel-davranışçı grup terapisi-sistematik bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Derg* 2012, 23: 1-14

63. Arkan B, Üstün B. Elektrokonvülsif Tedavi’de (ekt) Hemşirelik Uygulamaları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Dergisi* 2008, 12: 43-51.
64. Halter MJ, *Foundation of Psychiatric Mental Health Nursing*, 3. Baskı. Ankara, 2014: 782.
65. Wang W, Pu C, Jiang J, Cao X, Wang J, Zhao M, Li C. Efficacy and safety of treating patients with refractory schizophrenia with antipsychotic medication and adjunctive electroconvulsive therapy: a systematic review and meta-analysis. *Shanghai Arch Psychiatry* 2015, 27(4): 206-19.
66. Chan CYW, Abdin E, Seow E, Subramaniam M, Liu J, Peh CX, Tor PC. Clinical effectiveness and speed of response of electroconvulsive therapy in treatment-resistant schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci* 2019, 73(7): 416-22.
67. Knox ED, Bota RG. Transcranial magnetic stimulation-associated mania with psychosis: A case report. *Ment Health Clin* 2021, 11(6): 373-5.
68. Chen R. Studies of human motor physiology with transcranial magnetic stimulation. *Muscle Nerve Suppl* 2000, 9: 26-32.
69. Rossi S, Hallett M, Rossini PM, Pascual-Leone A. Safety, ethical considerations, and application guidelines for the use of transcranial magnetic stimulation in clinical practice and research. *Clin Neurophysiol* 2009, 120(12): 2008–39.
70. O’Reardon JP, Peshek AD, Romero R, Cristancho P. Neuromodulation and transcranial magnetic stimulation (TMS): a 21st century paradigm for therapeutics in psychiatry. *Psychiatry (Edgmont)* 2006, 3(1): 30–40.
71. Stanford AD, Corcoran C, Bulow P, Bellovin-Weiss S, Malaspina D, Lisanby SH. High frequency prefrontal rTMS for the negative symptoms of schizophrenia: a case series. *J Ect* 2011, 27: 11-7.
72. Wassermann E, Lisanby S. Therapeutic application of repetitive transcranial magnetic stimulation: a review. *Clin Neurophysiol* 2001, 12(8): 1367–77.
73. Hoffman RE, Boutros NN, Hu S, Berman RM, Krystal JH, Charney DS. Transcranial magnetic stimulation and auditory hallucinations in schizophrenia. *Lancet* 2000, 35: 1073–5.

74. Bagati D, Nizamie S, Prakash R. 29. Effect of reinforcing repetitive transcranial magnetic stimulation on auditory hallucinations in schizophrenia: randomized controlled trial. *Aust NZJ Psychiatr* 2009, 43: 386–92.
75. Fitzgerald PB, Herring S, Hoy K, McQueen S, Segrave R, Kulkarni J, Daskalakis ZJ. A study of the effectiveness of bilateral transcranial magnetic stimulation in the treatment of the negative symptoms of schizophrenia. *Brain Stimulant* 2008, 1: 27–32.
76. de Jesus DR, Gil A, Barbosa L, Lobato MI, Magalhães PV, Favalli GP, Marcolin MA, Daskalakis ZJ, Belmonte-de-Abreu Pda S. A pilot double-blind sham-controlled trial of repetitive transcranial magnetic stimulation for patients with refractory schizophrenia treated with clozapine. *Psychiatry Res* 2011, 188(2): 203-7.
77. Rosa MO, Gattaz WF, Rosa MA, Rumi DO, Tavares H, Myczkowski M, Sartorelli MC, Rigonatti SP, Elkis H, Cabral SB, Teixeira MJ, Marcolin MA. Effects of repetitive transcranial magnetic stimulation on auditory hallucinations refractory to clozapine. *J Clin Psychiatry* 2007, 68(10): 1528-32.
78. Slotema CW, Blom JD, de Weijer AD, Diederen KM, Goekoop R, Looijestijn J, Daalman K, Rijkaart AM, Kahn RS, Hoek HW, Sommer IE. Can low-frequency repetitive transcranial magnetic stimulation really relieve medication-resistant auditory verbal hallucinations? Negative results from a large randomized controlled trial. *Biol Psychiatry* 2011, 69: 450–6.
79. Hajak G, Hajak G, Marienhagen J, Langguth B, Werner S, Binder H, Eichhammer P. High-frequency repetitive transcranial magnetic stimulation in schizophrenia: a combined treatment and neuroimaging study. *Psychol Med* 2004, 34(7): 1157-63.
80. Brandt SJ, Oral HY, Arellano-Bravo C, Plawecki MH, Hummer TA, Francis MM. Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation as a Therapeutic and Probe in Schizophrenia: Examining the Role of Neuroimaging and Future Directions. *Neurotherapeutics* 2021, 18(2): 827-44.
81. Townsend MC. Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care in Evidence-Based Practice. Çeviri: Gürhan Nermin, Özcan CT. *Ruh Hastalığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri Kanıta Dayalı Uygulama Bakım Kavramları*, 6. Baskı. Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi, 2016: 335-422.

82. Tanrıverdi D. *Farklı Yönleriyle Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği*, 1. Baskı. Çukurova Nobel Tıp Yayınevi, 2021: 560.
83. Keefe RS, Harvey PD. Cognitive impairment in schizophrenia. *Handb Exp Pharmacol* 2012, 213: 11–37.
84. Woodward ND, Purdon SE, Meltzer HY, Zald DH. A meta-analysis of neuropsychological change to clozapine, olanzapine, quetiapine, and risperidone in schizophrenia. *Int J Neuropsychopharmacol* 2005, 8(3): 457–72.
85. Keefe RS, Bilder RM, Davis SM, Harvey PD, Palmer BW, Gold JM, Meltzer HY, Green MF, Capuano G, Stroup TS, McEvoy JP, Swartz MS, Rosenheck RA, Perkins DO, Davis CE, Hsiao JK, Lieberman JA; CATIE Investigators; Neurocognitive Working Group. Neurocognitive effects of antipsychotic medications in patients with chronic schizophrenia in the CATIE Trial. *Arch Gen Psychiatry* 2007, 64(6): 633–47.
86. McDonagh MS, Dana T, Selph S, Devine EB, Cantor A, Bougatsos C, Blazina I, Grusing S, Fu R, Haupt DW. Updating the Comparative Evidence on Second-Generation Antipsychotic Use With Schizophrenia. *Psychiatr Res Clin Pract* 2020, 2(2): 76-87.
87. Arslan M, Yazici A, Yilmaz T, Coşkun S, Kurt E. 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 Derg* 2015, 16(4): 238-46.
88. Özdemir İ, Şafak Y, Örsel S, Karaoğlu Kahiloğulları A, Karadağ H. Bir toplum ruh sağlığı merkezinde şizofreni hastalarına uygulanan ruhsal-toplumsal uyumlandırma etkinliğinin araştırılması: Kontrollü çalışma. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2017, 18: 419–27.
89. Asher L, Patel V, De Silva MJ. Community-based psychosocial interventions for people with schizophrenia in low and middle-income countries: systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2017, 17: 355.
90. Antai-Otong D. Psychosocial Recovery and Rehabilitation. *Nurs Clin N Am* 2016, 51: 287–97.

91. Jobe TH HM. Schizophrenia Course, Long-Term Outcome, Recovery, and Prognosis. *Curr Dir Psychol Sci* 2010, 19(4): 220.
92. Galletly C, Castle D, Dark F, Humberstone V, Jablensky A, Killackey E, Kulkarni J, McGorry P, Nielssen O, Tran N. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders. *Aust N Z J Psychiatry* 2016, 50(5): 410-72.
93. Newton R, Rouleau A, Nylander AG, Loze JY, Resemann HK, Steeves S, Crespo-Facorro B. Diverse definitions of the early course of schizophrenia-a targeted literature review. *NPJ Schizophr* 2018, 4(1): 21.
94. Karamustafalıoğlu O. *Temel ve klinik psikiyatri*, 1. Baskı. Ankara. Güneş Tıp Kitapevleri, 2018: 201-65.
95. Remschmidt H, Theisen F. Early-onset schizophrenia1. *Neuropsychobiology* 2012, 66: 63-9.
96. Stahl SM. Stahl's Essential Psychopharmacology. Çeviri: Alkın T. *Stahl'ın Temel Psikofarmakolojisi*, 4. Baskı. İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi, 2015: 79.
97. Mattila T, Koeter M, Wohlfarth T, Storosum J, van den Brink W, de Haan L, Derks E, Leufkens H, Denys D. Impact of DSM-5 changes on the diagnosis and acute treatment of schizophrenia. *Schizophr Bull* 2015, 41(3): 637-43.
98. Mills A, Gilbert P, Bellew R, McEwan K, Gale C. Paranoid beliefs and self-criticism in students. *Clin Psychol Psychother* 2007, 14: 358-64.
99. Smith B, Fowler DG, Freeman D, Bebbington P, Bashforth H, Garety P, Dunn G, Kuipers E. Emotion and psychosis: links between depression, self-esteem, negative schematic beliefs and delusions and hallucinations. *Schizophr Res* 2006, 86(1-3): 181-8.
100. Bansal S, Bae GY, Robinson BM, Hahn B, Waltz J, Erickson M, Leptourgos P, Corlett P, Luck SJ, Gold JM. Association Between Failures in Perceptual Updating and the Severity of Psychosis in Schizophrenia. *JAMA Psychiatry* 2022, 79(2): 169-77.
101. Grace AA. Dysregulation of the dopamine system in the pathophysiology of schizophrenia and depression. *Nat Rev Neurosci* 2016, 17(8): 524-32.

102. Koç M. Depresif (Çökkünlük) Bozukluklar. İçinde. Gürhan N (editör). *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği*, 1. Baskı. Ankara, Ankara Nobel Tıp Kitabevleri, 2016: 475-538.
103. Townsend MC, Morgan KI. Depressive Disorders. In: Townsend MC, Morgan KI, (eds). *Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care in Evidence-Based Practice*, 9thed. Philadelphia, FA Davis Company, 2018: 494-527.
104. Siris SG. Depression in the course of schizophrenia. In: Hwang MY, Bermanzohn PC (eds). *Schizophrenia and comorbid conditions*, 1st ed. Washington, American Psychiatric Press, 2001; 31- 56.
105. Harkavy-Friedman JM, Nelson EA, Venarde DF, Mann JJ. Suicidal behavior in schizophrenia and schizoaffective disorder: examining the role of depression. *Suicide Life Threat Behav* 2004, 34(1): 66-76.
106. Balcı G, Başefe Öter G, Alkan Akdağ H, Bekki A, Kısa C, Göka E. Factors Associated with Depression in Patients with Schizophrenia. *J Mood Disor* 2016, 6(2): 54-62.
107. Müller MJ. Gender-specific associations of depression with positive and negative symptoms in acute schizophrenia. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2007, 31(5): 1095-100.
108. Krynicki CR, Upthegrove R, Deakin JFW, Barnes TRE. The relationship between negative symptoms and depression in schizophrenia: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand* 2018, 137(5): 380-90.
109. McGinty J, Upthegrove R. Depressive symptoms during first episode psychosis and functional outcome: A systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res* 2020, 218: 14-27.
110. Gozdzik-Zelazny A, Borecki L, Pokorski M. Depressive symptoms in schizophrenic patients. *Eur J Med Res* 2011, 16: 549–52.
111. Choudhary A, Ranjan JK, Asthana HS, Chaudhury S. The appraisal-distress relationship of auditory hallucinations in patients with schizophrenia: The moderating role of metacognitive beliefs. *Ind Psychiatry J* 2022, 31(2): 248-54.

112. Simms J, McCormack V, Anderson R, Mulholland C. Correlates of self-harm behaviour in acutely ill patients with schizophrenia. *Psychol Psychother* 2007, 80: 39-49.
113. Liu P, Li G, Zhang A, Yang C, Liu Z, Sun N, Kerang Z. Brain structural and functional alterations in MDD patient with gastrointestinal symptoms: A resting-state MRI study. *J Affect Disord* 2020, 273: 95-105.
114. Siddi S, Nuñez C, Senior C, Preti A, Cuevas-Esteban J, Ochoa S, Brébion G, Stephan-Otto C. Depression, auditory-verbal hallucinations, and delusions in patients with schizophrenia: Different patterns of association with prefrontal gray and white matter volume. *Psychiatry Res Neuroimaging* 2019, 283: 55-63.
115. Bornheimer LA, Tarrier N, Brinen AP, Li J, Dwyer M, Himle JA. Longitudinal predictors of stigma in first-episode psychosis: Mediating effects of depression. *Early Interv Psychiatry* 2021, 15(2): 263-70.
116. Koutsouleris N, Meisenzahl EM, Borgwardt S, Riecher-Rössler A, Frodl T, Kambeitz J, Köhler Y, Falkai P, Möller HJ, Reiser M, Davatzikos C. Individualized differential diagnosis of schizophrenia and mood disorders using neuroanatomical biomarkers. *Brain* 2015, 138(7): 2059-73.
117. Zhuo C, Frang T, Chen C, Chen M, Sun Y, Ma X, Tian H, Ping J. Brain imaging features in schizophrenia with co-occurring auditory verbal hallucinations and depressive symptoms—Implication for novel therapeutic strategies to alleviate the reciprocal deterioration. *Brain Behav* 2021, 11: 1-12.
118. Gardsjord ES, Romm KL, Friis S, Barder HE, Evensen J, Haahr U, ten Velden Hegelstad W, Joa I, Johannessen JO, Langeveld J, Larsen TK, Opjordsmoen S, Rund BR, Simonsen E, Vaglum P, McGlashan T, Melle I, Rössberg JI. Subjective quality of life in first-episode psychosis. A ten year follow-up study. *Schizophr Res* 2016, 172(1-3): 23-8.
119. Möller HJ. Moller HJ. Emergence and treatment of depressive comorbidity/co-syndromality in schizophrenic psychoses: conceptual and therapeutic issues. *World J Biol Psychiatry* 2005, 6: 247–63.

120. Hartley S, Barrowclough C, Haddock G. Anxiety and depression in psychosis: A systematic review of associations with positive psychotic symptoms. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2013, 128(5): 327-46.
121. Conley RR, Ascher-Svanum H, Zhu B, Faries D, Kinon BJ. The burden of depressive symptoms in the long-term treatment of patients with schizophrenia. *Schizophr Res* 2007, 90: 186–97.
122. Upthegrove R, Birchwood M, Ross K, Brunett K, McCollum R, Jones L. Evolution of depression and suicide in early-stage psychosis. *Acta Psychiatrist Screening* 2010, 122 : 211–8.
123. Helfer B, Samara MT, Huhn M, Klupp E, Leucht C, Zhu Y, Engel RR, Leucht S. Efficacy and Safety of Antidepressants Added to Antipsychotics for Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Psychiatry* 2016, 173(9): 876-86.
124. McGinty J, Sayeed Haque M, Upthegrove R. Depression during first episode psychosis and subsequent suicide risk: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Schizophr Res* 2018, 195: 58–66.
125. Lako IM, Bruggeman R, Knegtering H, Wiersma D, Schoevers RA, Slooff CJ, Taxis K. A systematic review of instruments to measure depressive symptoms in patients with schizophrenia. *J Affect Disord* 2012, 140(1): 38-47.
126. Luoma JB, Hayes SC, Walser RD. Learning ACT: An Acceptance and Commitment Therapy skills-training manual for therapists. New Harbinger Publications. *Psychol Rec* 2010, 60: 549-52.
127. Kroska EB, Roche AI, Adamowicz JL, Stegall MS. Psychological flexibility in the context of COVID-19 adversity: Associations with distress. *J Contextual Behav Sci* 2020, 18: 28-33.
128. Edwards DJ, Lowe R. Associations Between Mental Health, Interoception, Psychological Flexibility, and Self-as-Context, as Predictors for Alexithymia: A Deep Artificial Neural Network Approach. *Front Psychol* 2021, 12: 637802.
129. Morris EMJ, Garety P, Peters E. Psychological flexibility and nonjudgemental acceptance in voice hearers: relationships with omnipotence and distress. *Aust N Z J Psychiatry* 2014, 48(12): 1150–62.

130. Park HS, Lee JW. Mediating effect of psychological flexibility on quality of life in inpatients with schizophrenia. *J Korean Acad Psychiatr Ment Health Nurs* 2018, 27(3): 284-92.
131. Takeda T, Nakataki M, Ohta M, Hamatani S, Matsuura K, Yoshida R, Kameoka N, Tominaga T, Umehara H, Kinoshita M, Watanabe S, Numata S, Sumitani S, Ohmori T. Negative and positive self-thoughts predict subjective quality of life in people with schizophrenia. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2019, 15: 293-301.
132. Budak FK, Yıldırım T., Özdemir A. The effect of negative automatic thoughts on hope in patients with schizophrenia. *Perspect Psychiatr Care* 2021, 57: 936–40.
133. Varcarolis EM, Halter MJ. *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing: A Communication Approach to EvidenceBased Care*, 4th ed. S.t Louis, Elsevier, 2022: 9.
134. Özbaş D, Buzlu S. geçmişten günümüze psikiyatri hemşireliği. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2011, 19(3): 187-93.
135. Arslantaş H. Psikiyatrik hastalıklarda evde bakım ve hemşirelik sürecinin uygulanması. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences* 2009, 12: 1-4
136. Antai-Otong D. Psychosocial Recovery and Rehabilitation. *Nurs Clin North Am* 2016, 51(2): 287-97.
137. Kelleci M, Ata EE. Psikiyatri kliniğinde yatan hastaların ilaç uyumları ve sosyal destekle ilişkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2011, 2: 105-10
138. Şengün F, Altıok H, Üstün B, Kanita Dayalı Bir Uygulama: Psikoeğitim. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2011, 27(3) : 66-74.
139. Bademli K, Duman Z. Şizofreni hastalarının bakım verenlerine uygulanan aileden aileye destek programları: sistematik derleme. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2011, 22: 1-3.
140. Çalışkan MB, Ata EE, Dikeç G. Psikiyatri Hemşireleri Tarafından Şizofreni Tanılı Hastalara Uygulanan Psikososyal Rehabilitasyon Programları: Sistematik Derleme *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2021, 13(1): 77-92.
141. Karagözoğlu Ş. Bilimsel bir disiplin olarak hemşirelik. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2005, 9(1): 6-14.

142. Addington D, Addington J, Maticka-Tyndale E, Joyce J. Reliability and validity of a depression rating scale for schizophrenics. *Schizophr Res* 1992, 6: 201-8.
143. Aydemir Ö, Danaci AE, Pirildar ŞA, Deveci A, İçelli İ. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği Türkçe Versiyonunun Özgüllüğü Ve Duyarlılığı. *Noro Psikiyatr Ars* 2000, 37(4): 210-3.
144. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, Waltz T, Zettle RD. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behav Ther* 2011, 42(4): 676-88.
145. Yavuz KF, Ulusoy S, Işkın M, Esen FB, Burhan HŞ, Karadere ME, Yavuz N. Turkish version of Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II): A Reliability and Validity Analysis in Clinical and Non-clinical Samples. *Klinik Psikofarmakol Bülteni* 2016, 26(4): 397-408.
146. Herdem A, Sücüllüoğlu DD, Aydemir Ö. Dsm-5 Psikoz Ölçeği Türkçe Formunun Geçerliliği ve Güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2017, 18 (2): 68-72.
147. Wils RS, Gotfredsen DR, Hjorthøj C, Austin SF, Albert N, Secher RG, Thorup AA, Mors O, Nordentoft M. Antipsychotic medication and remission of psychotic symptoms 10 years after a first-episode psychosis. *Schizophr Res* 2017, 182: 42-8.
148. Oorschot M, Lataster T, Thewissen V, Lardinois M, van Os J, Delespaul PA, Myin-Germeys I. Symptomatic remission in psychosis and real-life functioning. *Br J Psychiatry* 2012, 201(3): 215-20.
149. McGorry PD, Nelson B, Goldstone S, Yung AR. Clinical Staging: A Heuristic and Practical Strategy for New Research and Better Health and Social Outcomes for Psychotic and Related Mood Disorders. *Can J Psychiatry* 2010, 55(8): 486-97.
150. Austin SF, Mors O, Secher RG, Hjorthøj CR, Albert N, Bertelsen M, Jensen H, Jeppesen P, Petersen L, Randers L, Thorup A, Nordentoft M. Predictors of recovery in first episode psychosis: the OPUS cohort at 10 year follow-up. *Schizophr Res* 2013, 150(1): 163-8.

151. Chang WC, Tang JY, Hui CL, Lam MM, Chan SK, Wong GH, Chiu CP, Chen EY. Prediction of remission and recovery in young people presenting with first-episode psychosis in Hong Kong: a 3-year follow-up study. *Aust N Z J Psychiatry* 2012, 46(2): 100-8.
152. Verma S, Subramaniam M, Abidin E, Poon LY, Chong SA. Symptomatic and functional remission in patients with first-episode psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 2012, 126(4): 282-9.
153. Thorup A, Waltoft BL, Pedersen CB, Mortensen PB, Nordentoft M. Young males have a higher risk of developing schizophrenia: a Danish register study. *Psychol Med* 2007, 37(4): 479-84.
154. Thorup A, Petersen L, Jeppesen P, Ohlenschlaeger J, Christensen T, Krarup G, Jorgensen P, Nordentoft M. Gender differences in young adults with first-episode schizophrenia spectrum disorders at baseline in the Danish OPUS study. *J Nerv Ment Dis* 2007, 195(5): 396-405.
155. Tang YL, Gillespie CF, Epstein MP, Mao PX, Jiang F, Chen Q, Cai ZJ, Mitchell PB. Gender differences in 542 Chinese inpatients with schizophrenia. *Schizophr Res* 2007, 97(1-3): 88-96.
156. Waford RN, MacDonald A, Goines K, Novacek DM, Trotman HD, Elaine F W, Addington J, Bearden CE, Cadenhead KS, Cannon TD, Cornblatt BA, Heinssen R, Mathalon DH, Tsuang MT, Perkins DO, Seidman LJ, Woods SW, McGlashan TH. Demographic correlates of attenuated positive psychotic symptoms. *Schizophr Res* 2015, 166(1-3): 31-6.
157. Ekici G, Çorakçı Z, Şafak Y. Şizofrenili bireylerde aktivite performansı, yaşam memnuniyeti ve ruhsal durum ilişkilerinin incelenmesi. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi* 2016, 4(2): 65-72.
158. Cohen AK, Nussbaum J, Weintraub MLR, Nichols CR, Yen IH. Association of adult depression with educational attainment, aspirations, and expectations. *Prev Chronic Dis* 2020, 17: 94.
159. Aartsen M, Veenstra M, Hansen T. Social pathways to health: on the mediating role of the social network in the relation between socio-economic position and health. *SSM Popul Health* 2017, 3: 419-26.

160. Scott KM, Al-Hamzawi AO, Andrade LH, Borges G, Caldas-de-Almeida JM, Fiestas F, Gureje O, Hu C, Karam EG, Kawakami N, Lee S, Levinson D, Lim CC, Navarro-Mateu F, Okoliyski M, Posada-Villa J, Torres Y, Williams DR, Zakhosha V, Kessler RC. Associations between subjective social status and DSM-IV mental disorders: results from the world mental health surveys. *JAMA Psychiatry* 2014, 71(12): 1400-8.
161. Mirowsky J. *Education, Social Status, and Health*. 1st ed. New York, Routledge press, 2017: 242.
162. Hoertel N, Jaffré C, Pascal de Raykeer R, McMahon K, Barrière S, Blumenstock Y, Portefaix C, Raucher-Chéné D, Béra-Potelle C, Cuervo-Lombard C, Chevance A, Guerin-Langlois C, Lemogne C, Airagnes G, Peyre H, Kaladjian A, Limosin F. Subsyndromal and syndromal depressive symptoms among older adults with schizophrenia spectrum disorder: Prevalence and associated factors in a multicenter study. *J Affect Disord* 2019, 251: 60-70.
163. Bornheimer LA. Suicidal Ideation in First-Episode Psychosis (FEP): Examination of Symptoms of Depression and Psychosis Among Individuals in an Early Phase of Treatment. *Suicide Life Threat Behav* 2019, 49(2): 423-31.
164. Shawyer F, Farhall J, Mackinnon A, Trauer T, Sims E, Ratcliff K, Lerner C, Thomas N, Castle D, Mullen P, Copolov D. A randomised controlled trial of acceptance-based cognitive behavioural therapy for command hallucinations in psychotic disorders. *Behav Res Ther* 2012, 50(2): 110-21.
165. Gaudiano BA, Herbert JD. Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using Acceptance and Commitment Therapy: Pilot results. *Behav Res Ther* 2006, 44(3): 415-37.
166. Bach P, Hayes SC. The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2002, 70(5): 1129-39.
167. Gaudiano BA, Busch AM, Wenzel SJ, Nowlan K, Epstein Lubow G, Miller IW. Acceptance-based behavior therapy for depression with psychosis: Results from a pilot feasibility randomized controlled trial. *J Psychiatr Pract* 2015, 21(5): 320-33.

168. Gumley A, White R, Briggs A, Ford I, Barry S, Stewart C, Beedie S, McTaggart J, Clarke C, MacLeod R, Lidstone E, Riveros BS, Young R, McLeod H. A parallel group randomised openblinded evaluation of acceptance and commitment therapy for depression after psychosis: Pilot trial outcomes (ADAPT). *Schizophr Res* 2017, 183: 143-50.
169. White R, Gumley A, McTaggart J, Rattrie L, McConville D, Cleare S, Mitchell G. A feasibility study of acceptance and commitment therapy for emotional dysfunction following psychosis. *Behav Res Ther* 2011, 49(12): 901-7.
170. Yildiz E. The effects of acceptance and commitment therapy in psychosis treatment: A systematic review of randomized controlled trials. *Perspect Psychiatr Care* 2020, 56(1): 149-67.

EKLER

EK-1. Özgeçmiş



EK-2. Etik Kurul Formu



EK-3. Tanıtıcı Bilgi Formu

1.Kaç yaşındasınız?

2.Cinsiyetiniz nedir?

a) Kadın b) Erkek

3.Medeni durumunuz nedir?

a) Bekar b) Evli

4. Eğitim düzeyinizi nedir?

a) Okur yazar değil b) İlköğretim c) Lise d) Üniversite

5.Çocuğunuz var mı?

a) Evet (varsa sayı belirtiniz...) b) Hayır

6. Çalışıyor muzunuz?

a) Evet b) Hayır

7. Aylık gelir düzeyinizi nasıl tanımlarsınız?

a) Gelirim giderimden az b) Gelirim giderime eşit c) Gelirim giderimden fazla

8. Yaşadığınız yer neresidir?

a) Köy b) Kasaba c) Şehir

EK-4. DSM-5 Psikoz Ölçeği

Klinisyen Tarafından Puanlanan Psikoz Belirti Şiddetinin Boyutları

İsim:..... Yaş:..... Cinsiyet: [] Erkek [] Bayan

Tarih:.....

Açıklamalar: Birey hakkında sahip olduğunuz tüm bilgiye dayanarak ve klinik değerlendirmenizi kullanarak; bireyin son 7 gün içerisinde yaşadığı aşağıdaki belirtilerin varlığını ve şiddetini (onay işaretiyle) puanlayın.

İlgili Alan	0	1	2	3	4	Puan
I. Varsanlar	☐ Yok	☐ Şüpheli (Şiddet veya süre psikoza düşündürecek kadar yeterli değil.)	☐ Var ama hafif şiddetli (Seslere göre davranmak için hafif baskı, seslerden fazla rahatsız değil.)	☐ Var ve orta şiddetli (seslere karşılık vermek için biraz baskı ya da seslerden biraz rahatsız olma)	☐ Var ve ağır şiddetli (seslere karşılık vermek için yoğun baskı ya da seslerden çok rahatsız olma)	
II. Sanılar	☐ Yok	☐ Şüpheli (Şiddet veya süre psikoza düşündürecek kadar yeterli değil.)	☐ Var ama hafif şiddetli (Sanısal inanışlarına göre davranmak için hafif baskı ,inanışlardan fazla rahatsız değil)	☐ Var ve orta şiddetli (inanışlara göre davranmak için biraz baskı ,veya inanışlardan biraz rahatsız olma.)	☐ Var ve ağır şiddetli (inanışlara göre davranmak için yoğun baskı ya da inanışlardan çok rahatsız olma.)	
III. Dezorganize konuşma	☐ Yok	☐ Şüpheli (Şiddet veya süre dezorganizasyonu düşündürecek kadar yeterli değil.)	☐ Var ama hafif şiddetli (Konuşmayı takip etmede biraz zorluk)	☐ Var ve orta şiddetli (Konuşmayı takip etmek çoğunlukla zordur.)	☐ Var ve ağır şiddetli (Konuşmayı takip etmek neredeyse imkansızdır.)	
IV. Anormal psikomotor davranış	☐ Yok	☐ Şüpheli (Şiddet veya süre anormal psikomotor davranışı düşündürecek kadar yeterli değil.)	☐ Var ama hafif şiddetli (Ara sıra anormal veya garip motor davranış ya da katatoni)	☐ Var ve orta şiddetli (Sıklıkla anormal veya garip motor davranış ya da katatoni)	☐ Var ve ağır şiddetli (anormal veya garip motor davranış ya da katatoni neredeyse sürekli.)	
V. Negatif belirtiler(kısıtlı duygusal dışavurum)	☐ Yok	☐ Şüpheli (yüz ifadesi, vurgulama,mimik ya da işe kalkışmada azalma.)	☐ Var ama hafif şiddetli (yüz ifadesi ,vurgulama , mimik veya işe kalkışmada azalma.)	☐ Var ve orta şiddetli (yüz ifadesi ,vurgulama , mimik veya işe kalkışmada azalma.)	☐ Var ve ağır şiddetli (yüz ifadesi ,vurgulama , mimik veya işe kalkışmada azalma.)	
VI. Bilişsel bozulma	☐ Yok	☐ Şüpheli (bilişsel işlev yaş veya SED için beklenen aralığın açıkça dışında değildir; ortalamanın 0.5 SS içinde)	☐ Var ama hafif şiddetli (bilişsel işlevde biraz azalma ; yaş ve SED için beklenenin altında; ortalamadan 0.5-1 SS)	☐ Var ve orta şiddetli (bilişsel işlevde belirgin azalma ; yaş ve SED için beklenenin altında ; ortalamadan 1-2 SS)	☐ Var ve ağır şiddetli (bilişsel işlevde ciddi düzeyde azalma ; yaş ve SED için beklenenin altında ; ortalamadan >2 SS)	

VII. Depresyon	☐ Yok	☐ Şüpheli (ara sıra üzüntülü, keyifsiz, çökkün veya umutsuz hissetme ; bir kişi ya da bir şey hakkında başarısız olma konusunda dertlenir ama bunlarla meşgul değildir.)	☐ Var ama hafif şiddetli (Çok sık olarak üzüntülü, keyifsiz, orta düzeyde çökkün veya umutsuz hissetme, bir kişi ya da bir şey hakkında başarısız olma konusunda dertlenir ve bunlarla biraz meşguldür.)	☐ Var ve orta şiddetli (Çok sık olarak derin çökkünlük veya umutsuzluk; suçlulukla, hata yapma ile meşguldür.)	☐ Var ve ağır şiddetli (Her gün derin çökkünlük veya umutsuzluk, sanırsal düzeyde suçluluk ya da bulunduğu koşullarla orantısız şekilde, nedensizce kendini aşırı suçlama)	
VIII. Mani	☐ Yok	☐ Şüpheli (ara sıra yükselmiş, kabarmış veya irritabl duygudurum ya da biraz huzursuzluk)	☐ Var ama hafif şiddetli (Çok sık olarak yükselmiş, kabarmış veya irritabl duygudurum ya da huzursuzluk)	☐ Var ve orta şiddetli (Çok sık olarak büyük ölçüde yükselmiş, kabarmış veya irritabl duygudurum ya da huzursuzluk)	☐ Var ve ağır şiddetli (Her gün olan ve büyük ölçüde yükselmiş, kabarmış veya irritabl duygudurum ya da huzursuzluk)	

EK-5. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği

Görüşmeci: İlk soruları yazıldığı gibi sorun. Takdir hakkı için izleme ipuçlarını ya da belirleyicileri kullanın. Aksi belirtilmedikçe zaman sınırı son iki haftadır.

Not: 9. ve son madde tüm görüşme boyunca yapılan gözlemlere dayanır.

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 yarısında 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 bazı zamanlar umutsuzluğa kapılmış ama hala gelecek için belli düzeyde umut taşıyor

2. **Orta:** Son iki hafta boyunca ısrarlı, orta düzeyde umutsuzluk duygusu. İşlerin daha iyiye gidebileceği konusunda ikna edilebiliyor

3. **Şiddetli:** İsrarlı ve sıkıntı veren umutsuzluk duygusu

3) Değersizlik duygusu: Başka insanlarla karşılaştırdığınızda, 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 yarısından azında

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

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

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

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

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

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

7) Erken Uyanma: Sabahları normalden daha mı erken 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 (en çok haftada beş 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 uğraşılmış özkıyım tasarısı ama girişimde bulunmamıştır
3. Şiddetli: Açıkça ölümle sonuçlanmak üzere hazırlanmış özkıyım girişimi (örn.: şans eseri fark edilme ya da etkisiz yöntem)

9) Gözlenen Depresyon: Tüm görüşme boyunca görüşmecinin gözlemlerine dayanır. Görüşmede uygun anlarda sorulan “Kendinizi ağlamaklı hissediyor musunuz?” sorusu bu gözlem 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 sıkkın, tekdüze bir ses tonuyla üzgün ve kederli görünmektedir ve bazen ağlar ya da ağlamaklı olur
3. Şiddetli: Kişi sıkıntı veren konularda boğulacak gibi olur, sıklıkla derin iç çeker ve açıkça ağlar, ya da kişi ısrarlı olarak ıstıraptan donakalmış durumdadır ancak görüşmeci depresyonun varolduğundan emindir.

EK-6. Kabul ve Eylem Formu-2

1	2	3	4	5	6	7
Hiçbir zaman doğru değil	Çok nadiren doğru	Nadiren doğru	Bazen doğru	Sıklıkla doğru	Neredeyse her zaman doğru	Daima doğru

1. Geçmişte olan acı veren yaşantılarım ve hatıralarım, değer verdiğim bir hayatı yaşamayı zorlaştırıyor.	1	2	3	4	5	6	7
2. Hislerimden korkarım.	1	2	3	4	5	6	7
3. Kaygılarımı ve hislerimi kontrol edememekten endişelenirim.	1	2	3	4	5	6	7
4. Acı hatıralarım dolu dolu bir hayat yaşamamı engelliyor	1	2	3	4	5	6	7
5. Duygular hayatımda sorunlara yol açar	1	2	3	4	5	6	7
6. İnsanların çoğu hayatlarını benden daha iyi idare ediyor gibi görünüyor	1	2	3	4	5	6	7
7. Endişelerim başarılı olmamı engelliyor	1	2	3	4	5	6	7

EK-7. İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Kurum İzni



EK-8. Malatya İl Sağlık Müdürlüğü Kurum İzni















EK-9. Gönüllü Onam Onam Formu

GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Tarih: 14/12/2021

Sizi İnönü üniversitesi sağlık bilimleri fakültesi tarafından yürütülen “*Şizofreni Tanılı Bireylerde Psikoz Şiddeti, Depresyon Ve Psikolojik Esneklik Arasındaki İlişki*” başlıklı ankete dayalı bir **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz ve/veya yakınlarınız ile tartışınız. Eğer anlayamadınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu anket çalışmasına katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama hakkına sahipsiniz. **Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılmak için onam/onay verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen anket formlarındaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlarda elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır. **Kimlik bilgilerinizi açıklamak zorunda değilsiniz. İsminizi veya kimlik bilgilerinizi belirttiğiniz takdirde; Araştırma yayınlansa bile isminiz ve kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli kalacak ve 3. bir şahsa verilmeyecektir.**

	İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİCİ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU	
---	--	---

GÖNÜLLÜ		İMZASI/TARİH
ADI-SOYADI		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		
VASI YOKSA-SORUMLU PSİKİYATRİ UZMANI		İMZASI/TARİH
ADI-SOYADI		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		
VASI		İMZASI/TARİH
ADI-SOYADI		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		
ARAŞTIRMACI		İMZASI/TARİH
ADI-SOYADI		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

EK-10. DSM-5 Psikoz Şiddeti Ölçeği Kullanım İzni



EK-11. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği Kullanım İzni



EK-12. Kabul ve Eylem Formu-II Kullanım İzni

