



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK PSİKOLOJİSİ ANA BİLİM DALI

**ŞİZOFRENİ HASTALARINDA TÜTÜN
KULLANIMI VE SAĞLIKLI YAŞAM
DAVRANIŞININ PSİKOPATOLOJİ ŞİDDETİ,
YÜRÜTÜCÜ İŞLEVLER VE UMUTSUZLUK
İLE İLİŞKİSİ**

Aysen İzel SEYHAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Dr. Öğr. Üyesi Aykut KARAHAN

TRABZON-2024

BEYAN

Tez çalışmamdaki bütün bilgi ve yorumlara akademik normlar çerçevesinde tarafımca ulaşıldığını, yararlandığım kaynaklara bilimsel kurallara uygun olarak atıfta bulunduğumu, Dr. Öğr. Üyesi Aykut KARAHAN danışmanlığında tarafımca üretildiğini ve Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Hazırlama ve Yazım Kılavuzu standartlarına uygun bir şekilde yazıldığını beyan ederim.

09.01.2024

Aysen İzel SEYHAN

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın her aşamasında bilgi ve deneyimleri ile bana yol gösteren ve kendisinden çok şey öğrendiğim değerli tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Aykut KARAHAN'a,

Yüksek lisans eğitimime çok kıymetli katkıları olan değerli hocalarım Prof. Dr. Evrim ÖZKORUMAK KARAGÜZEL'e, Prof. Dr. Nazım Ercüment BEYHUN'a, Prof. Dr. Filiz CİVİL ARSLAN'a, Doç. Dr. Demet SAĞLAM AYKUT'a, Uzman Psikolog Oğuz SARIOĞLU'na,

Yüksek lisansımız süresince kendisiyle çok şey paylaştığım ve kendisinden çok şey öğrendiğim değerli arkadaşım ve meslektaşım Ahmet KÖROĞLU'na, tezimin istatistik bölümünde desteğini almış olduğum Dr. Ümmügülsüm ÖZEL'e, Dr. Hilal ÇANKAYA'ya,

Benim için yeri çok özel olan, kendisinden çok şey öğrendiğim ve kendisiyle tanıştığım için çok şanslı hissettiğim sevgili hocam Ayşegül GÜNAYDIN'a ve Mediko-Sosyal'de ailem olan bütün personel arkadaşlarıma, KTÜ Psikiyatri Polikliniği'nde çalışan asistan arkadaşlarıma ve diğer sağlık personellerine,

Hayatımın her anında beni destekleyen, özveriyle bugünlere gelmemi sağlayan ve sevgilerini her zaman hissettiğim sevgili annem Sibel SEYHAN, babam Şakir SEYHAN, ablam Ece VAROL ve Nil'ime sonsuz teşekkür ederim.

Aysen İzel SEYHAN

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
İÇ KAPAK SAYFASI	
ONAY	
BEYAN	
TEŞEKKÜR	
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar DİZİNİ	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ	x
ÖZET	xii
ABSTRACT	xiii
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Şizofreni	4
2.1.1. Epidemiyoloji	4
2.1.2. Etiyoloji	6
2.1.2.1. Genetik Yatkınlık	6
2.1.2.2. Çevresel Faktörler	7
2.1.3. Tanı	9
2.1.4. Klinik Özellikler	10
2.1.5. Gidiş ve Sonlanım	11
2.1.6. Tedavi	14
2.1.6.1. Psikopatolojik Belirtilerin Düzelməsi İçin Kullanılan İlaçlar/Farmakolojik Tedaviler	15
2.1.6.2. Rehabilitasyon/Sürdürüm Tedavisi	15
2.1.6.3. Elektrokonyulsif Tedavi	17
2.2. Şizofreni ve Tütün Kullanımı	17
2.3. Sağlıklı Yaşam Davranışı	18
2.4. Yürütücü İşlevler	19
2.5. Umut	20
2.6. Şizofrenide İlgörü	21

3. GEREÇ ve YÖNTEM	23
3.1. Araştırmanın Örneklemi	23
3.2. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları	23
3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu	23
3.2.2. Pozitif Ve Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği	23
3.2.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II	24
3.2.4. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi	24
3.2.5. Beck Umutsuzluk Ölçeği	25
3.2.6. İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği	25
3.2.7. İz Sürme Testi	25
3.3. İstatistiksel Analiz	26
4. BULGULAR	27
4.1. Sosyodemografik Veriler	27
4.2. Katılımcılara Uygulanan Ölçekler	30
4.2.1. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi Puanları	32
4.2.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II Puanları	34
5. TARTIŞMA ve SONUÇ	41
6. KAYNAKLAR	53
EKLER	76
Ek 1. Bilgilendirilmiş Onam Formu	77
Ek 2. Sosyodemografik Veri Formu	78
Ek 3. Pozitif Ve Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği	79
Ek 4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II	92
Ek 5. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi	94
Ek 6. Beck Umutsuzluk Ölçeği	95
Ek 7. İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği	96
Ek 8. İz Sürme Testi	97
Ek 9. Etik Kurul Onayı	101
ÖZGEÇMİŞ	102

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa
Tablo 1. Şizofrenide olumlu ve olumsuz prognoz göstergeleri	12
Tablo 2. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı	28
Tablo 3. Katılımcıların yaş, eğitim süresi, hastalık başlama yaşı ve hastalık süresinin ortalama ve standart sapmaları	28
Tablo 4. Katılımcıların klinik özelliklerine göre dağılımı	29
Tablo 5. Kişilerin öznel sağlık algılarını değerlendirme puanları	30
Tablo 6. Katılımcılara uygulanan ölçekler ve bilişsel test puanları	31
Tablo 7. Cinsiyet ile sigara kullanım arasındaki ilişki	32
Tablo 8. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puan dağılımları	32
Tablo 9. Sigara kullanan hastalarda sigara kullanma şiddetinin klinik özellikler, belirti şiddeti ve bilişsel işlevlerle korelasyonu	33
Tablo 10. Sağlık sorumluluğu alt faktörü ile sosyodemografik veriler ve Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puan dağılımları	34
Tablo 11. Fiziksel aktivite alt faktörü ile sosyodemografik veriler ve Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puan dağılımları	35
Tablo 12. Manevi gelişim alt faktörü ile sosyodemografik veriler ve Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puan dağılımları	35
Tablo 13. Kişiler arası ilişki alt faktörü ile sosyodemografik veriler ve Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puan dağılımları	36
Tablo 14. Stres yönetimi alt faktörü ile sosyodemografik veriler ve Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puan dağılımları	36
Tablo 15. Beslenme alt faktörü ile sosyodemografik veriler ve Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puan dağılımları	37
Tablo 16. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II alt faktörleri ile umutsuzluk, içgörü düzeyi, bilişsel işlevler, psikopatoloji ve yaş arasındaki korelasyon	38
Tablo 17. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II toplam puanını yordayan değişkenlerin regresyon analizi sonuçları	40

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No

Sayfa

Şekil 1. Fiziksel egzersiz, nöroplastisite ve bilişsel fonksiyon arasındaki ilişkiyi gösteren şema

16



KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

Kısaltmalar

5-HT	Adrenal Spesifik Protein
5-HT2A	Serotonin-2A
BDT	Bilişsel Davranışçı Terapi
BUÖ	Beck Umutsuzluk Ölçeği
COMT	Katekol-O-Metiltransferaz
D3	Dopamin 3
DM	Diyabetes Mellitus
DSM	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EKT	Elektrokonvülsif Tedavi
EPS	Ekstrapiramidal Semptomlar
fMRI	Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme
FNBT	Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi
GABA	Gama Aminobütirik Asit
HBV	Hepatit B virüsü
HCV	Hepatit C virüsü
HIV	İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü
HPA	Hipotalamus-Hipofiz-Adrenal Aksı
HT	Hipertansiyon
İST	İz Sürme Testi
İÜBDÖ	İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KTÜ	Karadeniz Teknik Üniversitesi
KVH	Kardiyovasküler Hastalık
MetS	Metabolik Sendrom
Nikotin nACH	Nikotinerjik Asetilkolin
NMDA	N-metil-D-aspartat
NMDAR	N-metil-D-aspartat Reseptörleri
NRG-1	Nöroregülin-1
PBDÖ	Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği
PBE	Psikososyal Beceri Eğitimi
PNBDÖ	Pozitif Ve Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği

SYBDÖ

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II

TBE

Toplumsal Beceri Eğitimi

TRSM

Toplum Ruh Sağlığı Merkezi



ÖZET

Şizofreni Hastalarında Tütün Kullanımı ve Sağlıklı Yaşam Davranışının

Psikopatoloji Şiddeti, Yürütücü İşlevler ve Umutsuzluk ile İlişkisi

Şizofreni farklı klinik görünümlemlerle kendini gösterebilen ve sosyal yaşamda ağır yeti yitimlerini beraberinde getiren bir bozukluktur. Şizofreni hastalarında fiziksel hastalıkların yüksek oranda görüldüğü ve bu durumun ilaç yan etkilerine ek olarak sağlıksız yaşam tarzı ile ilişkili olabileceği de düşünülmektedir. Şizofreni hastalarını bu sağlıksız yaşama iten nedenler hala tam olarak bulunamamış olup çalışmamızın amacı; şizofreni tanılı hastalarda tütün kullanımı ve sağlıklı yaşam davranışının içgörüsü, umutsuzluk, yürütücü işlevler ve psikopatoloji ile ilişkisini araştırmaktır. Çalışmamıza Mart-Ağustos 2022 tarihleri arasında Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı şizofreni polikliniğine ayaktan başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden, DSM-V tanı ölçütlerine göre şizofreni tanısı almış olan 86 katılımcı dahil edilmiştir. Tüm katılımcılara sosyodemografik veri formu, Pozitif ve Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi, Beck Umutsuzluk Ölçeği, İz Sürme Testi ve İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği uygulanmıştır. Çalışmamızda şizofreni hastalarında sağlıklı yaşam davranışını etkileyen etmenler cinsiyet, çalışma durumu, umutsuzluk, iz sürme testi puanları, PNBDÖ pozitif, negatif, dezorganize ve taşkınlık belirtileri olarak bulunmuştur. Regresyon analizine bakıldığında, toplam sağlıklı yaşam davranışı puanını yordayan etmenler negatif belirti şiddeti ve umutsuzluk olarak saptanmıştır. Çalışmamız negatif belirtiler ve umutsuzluğun sağlıklı yaşam davranışlarını olumsuz etkilediğini göstermektedir. Hastadaki umutsuzluğu tanımak ve bu yönde iyi planlanmış bir tedavi hastalığın seyri ve tedavisine katkıda bulunabilir. Umutsuzluğun beraberinde getirdiği bu sedanter yaşamı önleme amacıyla tedavi planlamasına sağlıklı yaşam becerilerini geliştirmeyi de kapsayacak şekilde düzenlemeler getirilmesi önemli görülmektedir. Fiziksel egzersiz, sağlıklı beslenme, sosyal beceri eğitimi gibi müdahalelerin bütünleştirilmesi hastaların sağlıklı yaşam davranışları geliştirmeleri için hedef olarak belirlenebilir.

Anahtar Sözcükler: Sağlıklı yaşam davranışı, şizofreni, tütün kullanımı

ABSTRACT

The Relationship Between Tobacco Use and Healthy Living Behavior with Psychopathology Severity, Executive Functions and Hopelessness in Schizophrenia Patients

Schizophrenia is a disorder that can manifest itself with different clinical presentations and results in severe impairments in social life. It is also believed that physical illnesses are highly prevalent in schizophrenia patients, which may be related not only to medication side effects but also to an unhealthy lifestyle. The reasons that drive schizophrenia patients into this unhealthy lifestyle have not yet been fully identified, and the purpose of our study is to investigate the relationship between tobacco use and healthy lifestyle behaviors with insight, hopelessness, executive functions, and psychopathology in individuals diagnosed with schizophrenia. Our study included 86 outpatients who followed up at the schizophrenia outpatient clinic of Karadeniz Technical University Faculty of Medicine, Department of Psychiatry, between March and August 2022, and who agreed to participate in the study and were diagnosed with schizophrenia according to the DSM-V diagnosis. All participants were administered a sociodemographic data form, Positive and Negative Syndrome Scale, Healthy Lifestyle Behaviors Scale II, Fagerström Nicotine Dependency Test, Beck Hopelessness Scale, Trail Making Test, and Three Components of Insight Rating Scale. In our study, factors influencing healthy lifestyle behaviors in schizophrenia patients included gender, employment status, hopelessness, Trail Making Test scores, and PANSS positive, negative, disorganized, and excited symptoms. In the regression analysis, the factors predicting the total healthy lifestyle behavior score were found to be the severity of negative symptoms and hopelessness. Our study demonstrates that negative symptoms and hopelessness negatively impact healthy lifestyle behaviors. Recognizing and addressing hopelessness in patients can contribute to the course and treatment of the illness. To prevent the sedentary lifestyle that accompanies hopelessness, it appears important to incorporate adjustments to treatment planning aimed at enhancing healthy lifestyle skills.

Keywords: Healthy lifestyle behavior, schizophrenia, tobacco use

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Şizofreni, pozitif belirtiler olarak adlandırılan sanrılar, varsanılar ve dezorganize konuşma gibi semptomlarla negatif belirtiler olarak bilinen duygulanımda küntleşme, sosyal içe çekilme, avölüsyon ve düşünce içeriğinde fakirleşme gibi belirtilerle, ayrıca bilişsel alanlarda dikkat, bellek, ve yürütücü işlevlerde bozulmalarla karakterize bir psikiyatrik hastalıktır (1). Şizofreninin seyri kişiler arasında farklılık gösterse de genellikle kişinin sosyal ve mesleki işlevselliğini etkileyerek yıkıcı sonuçlara yol açar (2). Şizofreni, toplumda yaygın görülmesi ve bireylerin sosyal işlevselliğini ciddi biçimde etkilemesi nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur. 2010 yılında Dünya Sağlık Örgütü'nün gerçekleştirdiği Global Hastalık Yüğü araştırmasında şizofreninin psikiyatrik hastalıklar arasında en çok yeti kaybına sebep olan hastalık olduğu rapor edilmiştir (3). Bu durum, hastaların yaşam kalitesini ciddi şekilde etkileyerek tedavi ve destek gerekliliğini vurgulamaktadır.

Şizofreni, uzun süreli tedavi gerektiren ve çeşitli fiziksel hastalıkların yüksek oranda görüldüğü bir psikiyatrik bozukluktur (4). Çeşitli araştırmalar, şizofreni hastalarının genel nüfusa kıyasla daha sık kardiyovasküler hastalıklar ve diyabet gibi sağlık sorunlarına sahip olduğunu göstermektedir (5-7). Bununla birlikte, çeşitli çalışmalar, genel topluma kıyasla şizofreni hastalarının tütün, alkol ve yasadışı maddeleri daha sık kullandığını, aynı zamanda fiziksel aktivitelerinin daha az olduğunu ve sağlıksız beslenme alışkanlıklarının daha yaygın olduğunu göstermektedir (8-10). Bu bulgular, şizofreni hastalarının fiziksel sağlık ihtiyaçlarının önemine ve tedavi süreçlerinde bütüncül bir yaklaşımın gerekliliğine işaret etmektedir. Ek olarak, şizofreni hastaları arasında tedavi arama davranışının azalmasıyla bu hastalar sağlıklı yaşam biçiminden uzak kalabilmektedirler (11). Şizofreni hastalarının obezite, dislipidemi, diyabet, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalık, inme, pnömoni, karaciğer fonksiyon bozukluğu ve osteoporoz gibi fiziksel hastalıkları yaşama olasılığı genel topluma göre daha yüksektir (12). Sigara içiminin olması, fiziksel aktivite eksikliği, beslenme dengesizliği ve madde kötüye kullanımı gibi sedanter yaşam tarzı seçimleri yaşam süresini etkileyen faktörlerdendir ve şizofreni hastalarında önemli gözükmektedir (13).

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımı ile sağlık, sadece hastalık veya sakatlık durumunun olmaması değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve toplumsal yönden tam bir iyilik hali içinde bulunmaktır. Bu tanımdan da anlaşılacağı üzere sağlıklı olma hali; ancak fiziksel ve ruhsal sağlığın birlikte sağlanmasıyla mümkündür. Sağlıklı yaşam biçimi, beden ve zihin sağlığını korumak ve geliştirmek için kişinin kontrolünde olan davranışları ve alışkanlıklarıdır.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, kişiler arası ilişkiler, beslenme, egzersiz, sağlık sorumluluğu, stres yönetimi ve manevi gelişim gibi birden fazla alanı içerir (14). Sağlık bilincinin artırılması, bireyin kendi sağlığıyla ilgili farkındalığını ve kontrolünü artırarak yaşam kalitesinin yükselmesine katkı sağlar. Bu şekilde, hastalıklara yol açabilen yaşam tarzları değiştirilebilir ve sonuçta bireye sağlıklı yaşam alışkanlıkları kazandırılabilir. Sağlık bilincinin güçlenmesiyle bireyler, sağlıklı yaşam için bilinçli tercihler yapar, düzenli egzersiz yapma, dengeli beslenme ve stres yönetimi gibi önemli sağlık alışkanlıklarını öğrenir ve benimserler. Bu süreç, bireyin genel sağlığına katkı sağlarken toplumda da sağlıklı bir yaşam kültürünün oluşmasına destek olur. Sağlığı iyileştirmenin hedefi, bireye olumlu alışkanlıklar kazandırmak ve kişinin fiziksel, zihinsel ve sosyal iyilik halini en yüksek seviyede koruma ve sürdürmektir. Sağlık davranışları, bireylerin sağlığı korumak, hastalıklardan korunmak ve hastalanmamak için gerçekleştirdiği kişisel eylemlerdir (14). Literatürde sağlıklı yaşam davranışını etkileyen etmenlerin şizofreni hastalarında yeterince araştırılmadığı ve yeni çalışmalara ihtiyaç olduğu görülmüştür.

İçgörü kaybı, kişinin kendisi ve yaşadığı durumlar hakkında sağlıklı bir farkındalığa sahip olamaması veya bu farkındalığı yitirmesi durumudur. Bu, şizofreninin kliniğinde sıkça karşılaşılan bir yitimdir. Özellikle düşük içgörü seviyesi, hastalığın geç fark edilmesine, tedaviye yetersiz uyuma ve beraberinde yetersiz tedaviye neden olabilmektedir (15). Bunların yanı sıra, düşük içgörü düzeyi, sosyal işlevsellik ve mesleki işlevsellikte azalmaya, ayrıca yaşam kalitesinde de bozulmaya sebep olabilmektedir. Bu nedenle şizofreni gibi hastalıklarda bozulmuş içgörü etiyolojisinin anlaşılması, hastalara içgörü kazandırmak ve tedaviye uyumu sağlamak için önemlidir (16). Şizofreni hastalarında içgörü düzeyi ile ilgili yapılan çalışmalarda, içgörü düzeyinin hastalık belirtisinin daha az hissedilmesi, ilaç tedavisine uyumun daha iyi olması ile ve sosyal/mesleki işlevselliğin iyi olmasıyla ilişkilendirildiği bulunmuştur (17). Ayrıca içgörü düzeyindeki artışın, depresyon, umutsuzluk ve intihar eğilimi gibi durumlarla ilişkilendirildiği ve yaşam kalitesinde azalma ile bağlantılı olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (18, 19). Şizofreni hastalarında, hastalığa dair kısmi içgörünün olması ya da içgörünün hiç olmamasının tedaviye olan uyumu olumsuz etkilediği de bildirilmiştir (20). İçgörü artışının kişide umutsuzluk gelişmesi üzerine etkisinin olup olmadığı ve bu nedenlerin hastalarda sağlıklı yaşam davranışını artırıp artırmadığı ile ilgili literatürde yeterli veri bulunmadığı görülmüştür ve bu konu ile ilgili ileri araştırmalar yapılması şizofreni hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışının artırılması açısından önemlidir.

Şizofreni hastaları, hastalığın getirdiği olumsuzlukların yanı sıra toplum içerisinde de ayrımcılık, ön yargı ve dışlanma gibi sorunlarla da karşılaşabilmektedirler. Şizofreni hastalarının yaşadığı bu zorluklar yaşam kalitelerinin düşmesine ve benlik saygılarının azalmasına sebep olur ve dolayısıyla kişilerde umutsuzluk hissine yol açar (21). Umut; psikiyatrik hastalığı olan bireylerin, hastalıklarıyla daha sağlıklı başa çıkmalarına ve yaşam kalitelerini artırmalarına yardım eder. Özellikle şizofreni hastalarının umutlu olması, problemlerle baş etme yeteneklerini ve sosyal uyum kapasitelerini artırarak tedavi seyri için hızlandırıcı etkiye sahip olmaktadır (22). Umutsuzluk, hastalıkların iyileşme sürecini geciktirme eğilimindedir ve vücudun uyum ve savunma mekanizmalarını olumsuz yönde etkileyerek mortalite riskini artırmaktadır (23). Savaşan ve arkadaşları 2013 yılında koroner arter hastalarıyla yaptıkları çalışmada umutsuzluk varlığının sağlıklı yaşam davranışları üzerinde az da olsa bir etkisi olduğunu bildirmişlerdir (24).

Bilişsel bozulmalar şizofreninin bütün evrelerinde gözlemlenebilmektedir. Ayrıca, psikoz gelişimi açısından riskli olan bireylerde de bilişsel bozulmaların varlığına dair çalışmalar bulunmaktadır (25, 26). Literatürde, çeşitli verilerle desteklenen bilişsel alanlardaki bozulmalar arasında, özellikle dikkat, yürütücü işlevler, sözel ve çalışma belleği gibi işlevlerde belirgin kayıplar gözlenmektedir (27). Birçok çalışma, şizofreni hastalarında bilişsel bozulma görüldüğünü ve bu bozulmanın hastalığın ilk epizodundan beri var olduğunu, tedavi seyri içinde ise nispeten stabil kaldığını bildirmiştir (28). Bilişsel becerilerin azlığı ya da kaybı, bir bireyin topluma katılım becerisini etkileyebilir ve günlük yaşamda karşılaşılan zorluklarla başa çıkmayı güçleştirebilir. Dolayısıyla, bu becerilerin geliştirilmesi ve korunması, bireylerin daha bağımsız ve verimli bir yaşam sürmesine yardımcı olabilir. Bu çalışmanın amacı şizofreni tanılı hastalarda tütün kullanımı ve sağlıklı yaşam davranışının içgörü, umutsuzluk, yürütücü işlevler ve psikopatoloji ile ilişkisini araştırmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şizofreni

Şizofreni; varsanı ve sanrı gibi pozitif belirtiler; duygulanımda küntleşme, düşünce içeriğinde fakirleşme, anhedoni, avolüsyon ve sosyal izolasyon gibi negatif belirtiler; dikkat, bellek, yürütücü işlevlerde bozulma ile karakterize; duygu, düşünce, biliş ve davranışı etkileyen; Dünya Sağlık Örgütü tarafından en ağır hastalık yüküne sebep olan hastalıklar listesinin başında kabul edilen ve belirtileri değişkenlik gösteren çok yönlü bir psikiyatrik hastalıktır. Şizofreni, genellikle 25 yaşından önce başlayarak kişinin sosyal ve mesleki işlevselliğini etkileyen bir psikiyatrik hastalıktır. Bu hastalık, kişinin toplumdan uzaklaşp içine kapanmasına ve çevresiyle uyumunu bozmasına neden olabilir (29).

2.1.1. Epidemiyoloji

Şizofreni, tarih boyunca insanları etkileyen, kronikleşme eğilimi yüksek ve işlevselliği bozabilen bir psikiyatrik bozukluktur. Şizofreni, dünya çapında en fazla işlev kaybına neden olan hastalıklardan biridir. DSÖ verilerine göre, 15-44 yaş aralığındaki kişiler için yeti yitimini beraberinde getiren hastalıklar listesinde ilk on sıra içerisinde şizofreni yer almaktadır (30). Şizofreni, dünya genelinde 23 milyondan fazla insanı etkileyen ciddi bir ruh sağlığı bozukluğudur ve bunların yaklaşık 3 milyonu Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yaşamaktadır (31). Uzun bir süre şizofreninin yaşam boyu prevalansının % 1 civarında olduğu kabul edilmiştir ancak son zamanlarda yapılan epidemiyolojik çalışmalar prevalansın daha düşük olduğunu göstermektedir. 2016 yılında yapılan bir çalışmada şizofreni prevalansının % 0.14-0.46 arasında olduğu, 2018 yılında yapılan bir çalışmada ise % 0.28 olduğu bildirilmiştir (32, 33).

Cinsiyetin hastalığın sıklığı ve yaygınlığı üzerindeki etkisi ilk çalışmalarda belirsiz olsa da, yakın zamanda yapılan araştırmalarda erkeklerde, kadınlara göre daha sık görüldüğü ve erkek/kadın oranının ortalama 1.4 olduğu bildirilmiştir (34, 35). Ek olarak, şizofreninin başlangıç yaşı cinsiyetlere göre farklılık gösterir. Erkeklerde şizofreninin başlama yaşı genellikle 15-25 yaşları arasında görülürken, kadınlarda bu yaş aralığı 25-35 olarak belirtilmiştir (36). Kadınlarda şizofreninin ilerleyen yaşlarda başladığı ve menopoz dönemi sonrasında yeniden bir pik yaptığı gözlenmiştir. Şizofreni, genellikle genç erişkinlik döneminde veya erken yetişkinlik döneminde ortaya çıksa da, nispeten daha nadir olsa da daha erken veya ilerleyen yaşlarda da başlayabilen bir hastalıktır. Hastalık belirtileri, 15 yaşından önce başladığında erken başlangıçlı şizofreni, 13 yaşından önce başladığında çok

erken başlangıçlı şizofreni, ve 45 yaşından sonra başladığında geç başlangıçlı şizofreni olarak adlandırılır. Şizofreni belirtileri 60 yaşından sonra başladığında, bu durum çok geç başlangıçlı şizofreni benzeri psikoz olarak adlandırılır. Geç yaşta başlayan olguların önemli bir kısmı kadın olup, erken yaşta başlayan olgulara göre tedavi yanıtları daha yüksektir ve hastalığın seyri genellikle daha az yıkıcıdır (34).

Şizofreni, toplumsal faktörlerle ilişkilendirildiğinde, daha düşük ekonomik düzeydeki bireylerde, kırsal bölgelerde yaşayanlarda, azınlık gruplarda, göçmenler arasında ve evsiz bireylerde daha yaygın olarak gözlemlenir. Benzer şekilde, gelişmiş ülkelerde, kent merkezlerinde yaşayan kişilerde, kırsal bölgelere göre şizofreni riskinin arttığı gözlemlenir. Bu ülkelerde, gelişmemiş veya az gelişmiş ülkelere kıyasla şizofreninin daha ciddi bir seyir gösterdiği de ifade edilmektedir. Ayrıca, medeni durum açısından bakıldığında, evli olmanın şizofreni gelişimi ve seyri üzerinde koruyucu bir etki sağladığı düşünülmektedir, çünkü şizofreni, bekar veya boşanmış bireylerde daha sık görülür (37).

Şizofreni tanılı bireylerin yaşam süreleri, toplum ile kıyaslandığında yaklaşık %20 daha kısa olmaktadır. Şizofreni, ölüm riskini artırarak, tahmini olarak ortalama 28.5 yıl daha az yaşama neden olur. Şizofreni tanısı almış bireylerde, erken ölümün önde gelen nedenleri arasında, eş tanılı fiziksel sağlık sorunları gelmektedir. Araştırmalar, özellikle kalp-damar hastalıkları ve diyabet gibi birçok fiziksel hastalığın şizofreni hastalarında daha sık görüldüğünü göstermektedir. Şizofreni hastalarında, eş tanılı fiziksel sağlık sorunlarının seyri ve tedaviye yanıtları, diğer hastalarla karşılaştırıldığında daha olumsuz sonuçlar taşımaktadır. Şizofreni tanılı bireylerin tedavi uyumsuzlukları sebebiyle hastane başvuruları genel topluma göre daha düşük olmaktadır ve bu hastalara fiziksel hastalık tanısı konulsa bile yeterli düzeyde tedavi edilememektedirler (38).

Şizofreni hastalarında yaşam tarzı değişiklikleri, fiziksel aktivitenin yetersizliği veya eksikliği ve tedavi için kullanılan ilaçların yan etkileri, bedensel sağlık sorunlarının ortaya çıkmasına veya mevcut fiziksel hastalıkların seyirlerinin olumsuz etkilenmesine neden olabilir. Şizofreni tanısı almış kişiler arasında sigara, alkol ve madde kötüye kullanımı sıkça görülür. Nikotin bağımlılığı, hastaların büyük bir çoğunluğunda (%90) tespit edilmiştir. Ayrıca, şizofreni tanısı almış kişilerin %30-50'si arasında alkol ve madde kötüye kullanımı sorunları yaşanır ve bu maddelerin kullanımı genellikle psikotik belirtilerin arttığı veya şiddetlendiği dönemlerde artar (39).

2.1.2. Etiyoloji

Şimdiye kadar yapılan nörokimyasal, nörogörüntüleme ve genetik çalışmalar, şizofreninin oluş mekanizmasını açıklamaya yönelik güçlü kanıtlar sunmuştur. Ancak, şizofreni patogenezi ve etiyojisi tam anlamıyla aydınlatılamamıştır. Bu bağlamda kabul gören iki temel teoriye göre, şizofreniye yatkınlık, erken çocukluk dönemindeki genetik ve çevresel faktörlerin bir araya gelmesiyle bireylerin beyin gelişimini olumsuz etkileyerek ortaya çıkar. Daha sonraki yaşlarda ise stresli yaşam olayları yaşandığında, bu hastalığın belirtileri ortaya çıkabilir (40).

2.1.2.1. Genetik Yatkınlık

Şizofreni konusunda genetik yatkınlığın uzun yıllardır dikkat çektiği bilinmektedir. Araştırmalar, şizofreninin etiyojisinde genetik yatkınlığın önemli bir rol oynadığına dair bulgular ortaya koymuştur (41). Genel nüfusta şizofreni görülme sıklığı yaklaşık %1 iken, birinci derece akrabalarında (örneğin ebeveynler veya kardeşler) şizofreni tanısı olan bireylerde bu oran %8-10 seviyelerine yükselir. Eğer bir kişinin ebeveynlerinden birinde şizofreni tanısı mevcutsa, bu kişinin şizofreniye yakalanma riski %13-14'e çıkar. Her iki ebeveynin de şizofreni hastası olduğu durumda risk oranı %50'ye kadar yükselir (42).

Şizofreniye yönelik genetik araştırmalar, ikizler, aileler ve evlat edinme çalışmalarını içerir. Şizofreninin tamamen nasıl genetik olarak aktarıldığı hala kesin olarak anlaşılmış değildir. Ancak, evlat edinilmiş şizofreni tanısı almış bireylerin biyolojik akrabalarında, evlat edinenlerin biyolojik olmayan yakınlarına kıyasla daha yüksek bir şizofreni görülme oranı tespit edilmiştir, bu da genetik faktörlerin önemli olduğunu göstermektedir. Evlat edinme çalışmaları aynı zamanda çevresel faktörlerin ve genetik faktörlerin şizofreni gelişimine nasıl etki ettiğini anlamada da önemli bir rol oynamıştır. Örneğin, şizofreni tanısı almış anne veya babalar tarafından evlat edinilmiş ve biyolojik ebeveynlerinde şizofreni bulunmayan bireylerde, şizofreni riskinin artmadığı gösterilmiştir. İkiz çalışmaları sonuçlarına göre, tek yumurta ikizleri çift yumurta ikizlerine göre şizofreni geliştirme konusunda 3 kat daha fazla yatkındır ve aynı anda hastalanma oranları tek yumurta ikizlerinde %45-58, çift yumurta ikizlerinde ise %12-14 olarak belirlenmiştir. Son yıllarda yapılan moleküler genetik araştırmaları, şizofreni için umut verici sonuçlar sunmuştur. Özellikle belirli kromozom bölgeleri üzerinde etkileri olan genlerin varlığına dair bulgular dikkat çekmektedir. Dopamin 3 (D3) ve serotonin-2A (5-HT2A) reseptörlerini etkileyen en az iki gen aleli, hastalığın gelişme riskini artırmaktadır. Büyük örneklemli bağlantı

çalışmaları, özellikle disbindin, prolin dehidrogenaz, nöroregülin-1 (NRG-1) ve katekol-O-metiltransferaz (COMT) gibi genler ile şizofreni arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir. Ayrıca, 1q, 2q, 5q, 6p, 8p, 10p, 13q, 15q, 18q, 22q gibi kromozom bölgelerinin de şizofreni gelişiminde etkili olduğu düşünülmektedir. Özellikle 22q11 kromozomundaki delesyon ile şizofreni gelişimi arasında önemli veriler mevcuttur. Bu kromozomal bölgelerin daha ayrıntılı analizi, özgül aday genlerin tanımlanmasına yardımcı olmuş ve disbindin ve NRG-1 gibi aday genler arasında en güçlü bağlantılar keşfedilmiştir. Ancak, bu genlerin şizofreniye nasıl katkıda bulunduğu hala tam olarak netleşmemiştir (42).

2.1.2.2. Çevresel Faktörler

Genetik yatkınlıkla etkileşen makro-çevre ve mikro-çevre faktörlerinin birleşerek şizofreniye yatkınlık oluşturduğu bilinmektedir (43). Şizofreni ile ilişkilendirilen çevresel faktörler arasında perinatal faktörler, baba yaşı, esrar kullanımı, doğum yeri ve zamanı, göçmen olmak ve çocukluk çağı travmaları yer almaktadır (43-45). Araştırmalar, şizofreninin özellikle kış aylarında doğmuş kişilerde daha sık görüldüğünü ve kış aylarında doğan bireylerde şizofreni gelişme riskinin yaz aylarında doğanlara göre %12 daha yüksek olduğunu göstermektedir (40). Kış aylarında veya baharın başlarında doğmuş olanlarda şizofreninin artan sıklığı, viral enfeksiyonlarla bağlantılıdır. Şizofreninin nedenlerini anlama konusunda, anne karnındaki dönemde geçirilen enfeksiyonlarla ilişkilendirilen bağışıklık sistemi olaylarının potansiyel rolü bilinmektedir. Özellikle influenza salgını sonrası şizofreni vakalarında artış gözlemlenmesi bu tezi desteklemektedir. Anne karnındaki dönemde özellikle ikinci üç aylık dönemde geçirilen influenza, varisella zoster, epstein barr, herpes simpleks veya sitomegalovirüs gibi virüs enfeksiyonlarının şizofreni riskini artırabileceği düşünülmektedir. Bu tür anne enfeksiyonlarının, ateş ve sitokin aktivasyonu gibi mekanizmalar aracılığıyla sinir hücresi göçünü etkileyerek normal beyin gelişimini bozabileceği ve şizofreninin gelişimine katkıda bulunabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, bir nörotrofik virüsün, beyinde belirli bölgelerdeki sinir hücrelerini enfekte ederek sinir sisteminin işlevselliğini etkileyebileceği düşünülmelidir. Anne karnındaki döneme ve doğum sürecine ilişkin sorunlar da şizofreni riskini artırabilecek faktörler olarak kabul edilmektedir. Şizofreni tanılı bireylerin geçmişlerine bakıldığında, şizofreni olmayan kişilere kıyasla prenatal (anne karnında) ve doğumla ilgili komplikasyonları daha fazla bildirdikleri gözlenmiştir. Özellikle, şizofreni tanılı kişiler arasında erken yaşta başlayanlarda, fetal dönemde yaşanan kan uyuşmazlığı, annenin yetersiz beslenmesi, folat

eksikliği, sigara, alkol veya madde kullanımı, kanama, oksijen eksikliği, preeklampsi, diyabet, rahim atonisi, sezaryen doğum, küçük baş çevresi, düşük doğum ağırlığı ve doğuştan anomaliler gibi fetal gelişim sorunlarının etkili olduğu gözlemlenmiştir. Bu tür prenatal (anne karnında) ve perinatal (doğum sonrası) komplikasyonlar, şizofreni riskini 1.5-1.9 kat artırabilir ve birden fazla komplikasyonun varlığında hastalığın daha erken yaşlarda başlayabileceği, sürekli bir seyir izleyebileceği ve negatif semptomların daha baskın olabileceği belirtilmektedir (46).

Çalışmalar, ileri yaşta olan babaların çocuklarında şizofreni riskinin arttığını göstermektedir. Özellikle baba yaşının 45 ile 49 arasında olduğu durumlarda riskin iki kat arttığı, 50 yaşın üzerindeki babaların çocuklarında ise risk artışının 3 kat olduğu gösterilmiştir (47). İlerlemiş baba yaşının şizofreni riskini artırmasının nedeninin ortaya çıkan yeni genetik mutasyonlar olduğu düşünülmektedir (48).

Epidemiyolojik çalışmalar esrar kullanımının psikoze gelişme riskini artırdığını göstermektedir (49). Çok sayıda araştırma esrar kullanımı ile şizofreni arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Zammit ve arkadaşları 2002 yılında yaptıkları çalışmada düzenli esrar kullananlarda şizofreni riskinin 2 kat arttığını, risk artışının dozajla ilişkili olduğunu, yüksek doz esrar kullananlarda risk artışının 6 kata kadar çıkabildiğini göstermiştir (50). Esrar kullananlarda diğer psikotik bozuklukların görülme riskinin de arttığı gösterilmiştir (51).

Kentsel bölgelerde doğanlarda şizofreni görülme riski kırsal alanlarda doğanlara göre yaklaşık 2 kat daha fazladır. Doğum yerindeki popülasyon ne kadar yoğunsa risk de o kadar artmaktadır (52). Kış sonu ve bahar mevsiminin başlarında doğanlarda şizofreni riski daha fazladır (53). Kış aylarında geçirilen Influenza gibi solunum yolu enfeksiyonları şizofreni riskini artırmaktadır (54). Ayrıca kış aylarında güneş ışığının az olması D vitamini eksikliğine neden olabilir. Gebelikte D vitamini eksikliği bebeğin beyin gelişimini olumsuz etkileyerek şizofreni riskini artırmaktadır (55). Çoğu ülkede göçmenlerde şizofreni sıklığının doğuştan yerli popülasyona kıyasla artmış olduğu bildirilmiştir. Rölatif riskin çalışmalar arasında farklılık göstermesine rağmen, göçmenlerde riskin 4.4 kata kadar arttığı bildirilmiştir. Risk artışı göçmenlerin çocuklarında da etkisini göstermektedir (56).

Çeşitli çalışmalarda, stresli yaşam olayları ile ruhsal hastalıklar arasında bir ilişki olduğu belirtilmiştir. Özellikle genç yaşlarda yaşanan travmatik olaylar, yetişkinlik dönemindeki ruhsal bozuklukların oluşumunda risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Şizofreni tanısı alan bireylerde hastalık belirtileri başlangıcından önce yaşadıkları stresli

olayların ve travmaların şizofreni başlangıcındaki önemi üzerine yapılan çalışmalar da bulunmaktadır. Bazı çalışmalarda, şizofreni tanılı bireylerde kontrol grubuna göre daha yüksek serum kortizol seviyelerinin saptandığı gözlemlenmiştir. Bu yüksek kortizol seviyelerinin, hipotalamus-hipofiz-adrenal aksı (HPA) üzerinden dopamin salınımını etkileyerek hastalığın gelişiminde rol oynayabileceği ileri sürülmüştür. Stresli olayların nörokimyasal kalıcı değişikliklere yol açabileceği ve kişileri psikiyatrik hastalıklara yatkın hale getirebileceği düşünülmektedir. Çeşitli çalışmalar, şizofreni tanılı bireylerde çocukluk dönemindeki travmatik yaşantıların, karşılaştırıldıkları sağlıklı grubuna göre daha yüksek olduğunu açıklamaktadır. Bu nedenle, şizofreni gelişiminde çocukluk çağı travmaları olup olmaması dikkat çeken bir konu olmuştur. Şizofreni tanılı kişiler arasında, çocukluk döneminde travmatik deneyimleri olanların oranı %46-80 gibi yüksek seviyelerde rapor edilmiştir (57, 58). Ayrıca, erken çocukluk döneminde istismara maruz kalan bireylerde, kontrol grubuna kıyasla şizofreni belirtilerinin 1,7-15 kat daha yüksek olduğu bulunmuştur (59). Yapılan çalışmaların sonuçları, şizofreni tanılı bireylerde sıklıkla gözlenen travmatik yaşam olaylarının hastalığın etiolojisinde önemli bir rol oynayabileceğini düşündürmektedir.

Bu bilgilere dayanarak, şizofreni risk faktörlerinin araştırılmasında en az dört faktörün göz önünde bulundurulması ve bu faktörler arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesi gereklidir. Bu faktörler:

- Genetik yatkınlık,
- Yaşam olayları ve stres faktörleri,
- Kişisel özellikler ve etraftan gördüğü sosyal destek
- Kişiyi ve genetik yapıyı etkileyen faktörler arasında virüsler, toksinler ve çeşitli hastalıklar gibi tüm çevresel etkenler göz önünde bulundurulmalıdır (60, 61).

2.1.3. Tanı

DSM-V Şizofreni Tanı Kriterleri:

A. Aşağıda belirtilenlerden (ikisinden ya da daha çoğundan) her biri bir aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir sürenin önemli bir kesiminde bulunur. Bunlardan (1), (2) ya da (3) olması gerekir.

1. Sanrılar,
2. Varsanılar,

3. Darmadağın konuşma (örn. sık sık konudan sapma gösterme ya da anlaşılma konuşma)
4. İleri derecede dağınık davranış ya da katatoni davranışı.
5. Silik (negatif) belirtiler (duygusal katılımda azalma ya da kalkışmama).

B. Bu bozukluğun başlangıcından beri geçen zamanın önemli bir kesiminde, iş, kişiler arası ilişkiler ya da kendine bakım gibi, bir ya da birden çok başlıca alanda işlevsellik düzeyi, bu bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altındadır (ya da çocukluk ya da ergenlikte başlamışsa, kişiler arası, okulda ya da işle ilgili işlevsellik, erişilmesi beklenen düzeye erişemez).

C. Bu bozukluğun süregiden bulguları en az altı ay sürer. Bu altı aylık evre, A tanı ölçütünü karşılayan, en az bir aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa süreli) belirtileri (açık evre belirtilerini) kapsamalıdır ve ön (prodromal) ve artakalan (rezidüel) belirti evrelerini kapsayabilir. Bu bozukluk, ön ya da artakalan evreleri sırasında, yalnızca silik (negatif) belirtilerle ya da bu hastalığın A tanı ölçütünde sıralanan iki ya da daha çok belirtinin eşikaltı biçimleriyle (ör. yadırganacak denli olağana aykırı inançlar, olağandışı algısal yaşantılar) kendini gösterebilir.

D. Şizoduygulanımsal (şizoaffektif) bozukluk ya da psikoz özellikleri gösteren depresyon bozukluğu ya da iki uçlu (bipolar) bozukluk dışlanır, çünkü ya açık evre belirtileriyle eş zamanlı olarak yeğin (major) depresyon ya da mani dönemleri ortaya çıkmamıştır ya da açık evre belirtilerinin olduğu sırada duygudurum dönemleri ortaya çıkmışsa bile, bunlar hastalığın açık ve artakalan dönemlerinin toplam süresinin az bir kesiminde bulunmuştur.

E. Bu bozukluk, bir maddenin (ör. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

F. Otizm açılımı kapsamında bir bozukluk ya da çocuklukta başlayan bir iletişim bozukluğu öyküsü varsa, şizofreni tanısı konabilmesi için gerekli diğer belirtilerin yanı sıra belirgin sanrılar ya da varsanılar da en az bir aylık (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir süreyle varsa, ayrıca şizofreni tanısı da konur.

2.1.4. Klinik Özellikler

Eugen Bleuler, şizofreni terimini ilk kez kullanarak günümüzde hala geçerliliğini koruyan '4 A belirtisi'ni tanımlamıştır. Bu belirtiler otizm, ambivalans, duygulanımda düzensizlik ve çağrışımlarda dağınıklık şeklinde ortaya çıkar (36). Daha sonraki yıllarda,

şizofreninin semptomları arasında yer alan işitsel halüsinasyonlar ve düşünce sokulması gibi durumları içeren bir grup belirti, Kurt Schneider tarafından 'birinci sıra belirtileri olarak adlandırılmış ve şizofreni tanısında büyük bir öneme sahip olarak kabul edilmiştir (36). 1985 yılında Timothy Crow, şizofreni hastalarında farklı belirtilerin izlenmesi sonucunda hastalığın pozitif ve negatif semptomlarla süren iki alt tipi olduğunu belirtmiştir (62). Tip 1 şizofreni ani bir başlangıca sahiptir ve bu hastalığa yakalanan kişilerin genellikle hastalık öncesi işlevsellikleri iyi durumdadır. Bu grup hastanın antipsikotik ilaç tedavisine olumlu yanıt verme olasılığı yüksektir ve bilişsel bozulma daha az belirgindir. Öte yandan, Tip 2 şizofreni daha yavaş bir başlangıca sahiptir ve tedavi alınmayan uzun bir dönem olabilir. Bu grup hastalarda hastalık öncesi işlevsellik düzeyi daha düşüktür ve antipsikotik ilaç tedavisine yanıt daha zayıftır. Ayrıca, bu grup hastalarda hastalığın seyri daha olumsuz olabilir ve bilişsel bozulma daha hızlı ve yoğun bir şekilde ortaya çıkabilir (36).

Şizofreni semptomları oldukça çeşitlilik gösterebilir. Bu psikopatolojik çeşitlilik içerisindeki çekirdek özellikler pozitif belirtiler (hezeyan ve halüsinasyonlar); negatif belirtiler (hayattan zevk alamama, istek ve motivasyon kaybı, spontan konuşmada azalma, sosyal içe çekilme, duygusal katılımda azalma ya da kalkışamama) ve bilişsel (kognitif) belirtilerdir (63). Pozitif belirtiler iyileşme ve nüksetmelerle seyrederken bazı hastaların uzun dönemde kalıntı psikotik belirtilere sahip olduğu bildirilmiştir. Negatif ve bilişsel belirtilerin ise kronikleşme eğilimi gösterdikleri; sosyal işlevsellik üzerine uzun dönem etkilerinin de olduğu gösterilmiştir. Hastalığa ait ilk psikotik epizodun genellikle geç ergenlik ya da erken erişkinlikte meydana geldiği biliniyorken, sıklıkla bu epizod öncesinde bir prodromal dönem tariflenir (64). Ancak bazen işlevselliğinin halihazırda iyi olduğu bilinen kişilerde hastalığın aniden başladığı da görülmektedir (65).

2.1.5. Gidiş ve Sonlanım

Şizofreninin prognozunu etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Şizofreni ile ilgili olumlu ve olumsuz seyir göstergeleri Tablo 1'de verilmiştir (66).

Tablo 1. Şizofrenide olumlu ve olumsuz prognoz göstergeleri

Olumlu prognoz göstergeleri	Olumsuz prognoz göstergeleri
Normal düzey zekaya sahip olması	Düşük zeka düzeyine sahip olması
Orta ve yüksek gelir seviyesinde olması	Düşük gelir seviyesinde olması
Kadın cinsiyette olmak	Erkek cinsiyet
Evlenmiş olmak	Bekar olmak
Komplikasyonsuz prenatal dönem	Prenatal komplikasyon varlığı
Ailede şizofreni geçmişi olmaması	Ailede şizofreni geçmişi bulunması
Hastalığın yirmili yaşlar ve daha sonrasında başlaması	Hastalığın erken yaşta (yirmi yaş ve daha öncesinde) başlaması
Akut başlangıç	Hastalığın sinsi ve belirgin olmayan biçimde başlaması
Hastalığın bir stresle bağlantılı olarak ortaya çıkması	Hastalığın bir stresle bağlantılı olmadan ortaya çıkması
Negatif ve bilişsel semptomların olmaması	Negatif ve bilişsel semptomların olması ve yoğunluğu
Yapısal beyin anomalisi ve patoloji bulunmaması	Yapısal anormalliklerin izlenmesi
Hastanın tedavi uyumunun iyi olması	Hastanın tedavi uyumunun kötü olması
Tedaviye erken başlanması	Tedaviye geç başlanması durumu
Hastanede yatış öyküsü ve yatış süresinin az olması	Hastanede yatış öyküsü ve süresinin fazla olması
Eşlik eden tıbbi hastalığın olmaması veya madde kötüye kullanımının ve bağımlılığının olmaması	Eşlik eden tıbbi hastalığın varlığı veya madde kötüye kullanımının ve bağımlılığının olması
Hasta ailesinin hastaya ve tedavi sürecine karşı olumlu bir tutum benimsemesi	Hasta ailesinin hastaya, hastalığa ve tedaviye karşı olumsuz tutumu olması
Aile içinde sağlıklı duygu dışavurumunun olması	Ailede sağlıklı duygu dışavurumunun bulunması

Araştırmaların şizofrenide gidişin bireyler arasında büyük farklılıklar gösterdiğini ortaya koymasının ardından Dünya Sağlık Örgütü gidiş için tanımlayıcılar belirlemiştir. Böylece hastaların şizofreni başlangıcından itibaren hastalığın yaşam boyu gidişlerinin belirlenebilmesi ve izlenmesi amaçlanmıştır. Bu tanımlayıcılar hastalığın hem kesitsel olarak o anki durumunun hem de uzunlamasına gidişinin belirlenmesini sağlamaktadır. Uzunlamasına gidiş tanımlanırken 'ilk atak' daha önce geçirilmiş atak olmadığını, 'birden fazla atak' aralarında en az üç aylık tam ya da kısmi yatışma olacak biçimde en az iki atak varlığını, 'sürekli' tanımlayıcısı ise en az bir yıl boyunca sürecin hemen tümünde belirtilerin olduğunu ortaya koymaktadır. Hastanın o sıradaki belirtileri ise belirtileri olan, kısmi ya da tam yatışmış biçiminde kesitsel olarak saptanmaktadır (67).

ICD-11'de yenilenen gidiş tanımlayıcıları şunlardır (67):

- **İlk psikotik atak** (belirtileri olan, kısmi yatışmış, tam yatışmış, belirlenmemiş)
- **Birden fazla psikotik atak** (belirtileri olan, kısmi yatışmış, tam yatışmış, belirlenmemiş)
- **Sürekli** (belirtileri olan, kısmi yatışmış, tam yatışmış, belirlenmemiş)
- **Diğer belirlenmiş**
- **Belirlenmemiş**

Şizofreninin seyri ve sonlanışı ile ilgili yapılan araştırmalar incelendiğinde en önemli bulgular arasında, hastalığın seyrinde ve sonlanışında kişiden kişiye büyük bir farklılığın olduğu görülmektedir. Özellikle hastalığın ilk beş yılında değişkenlik daha belirgindir, daha sonra ise sabit bir seyir izleme eğilimi gösterir. Bugüne kadar yapılan çalışmalardan elde edilen veriler, yaşlılıkta şizofreninin klinik seyrinin erken yaştaki kadar değişken olabileceğini ve yaş artışı ile birlikte işlevsellikte ve bilişsel işlevlerde artan bir bozulma gözlenebileceğini, hastaların sağlıklı yaşlanma düzeylerinin düşüklüğü sebebi ile fiziksel hastalık risklerinin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Şizofreni hastalarının çoğunda, sağlıklı ve düzensiz beslenme, sigara ve alkol kullanımı ve hareketsiz yaşam alışkanlıkları gibi faktörler, hipertansiyon, hiperlipidemi, obezite, metabolik sendrom ve tip 2 diyabet gibi riskleri artırır. Yaşlı hastalarda kardiyovasküler hastalıklar, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve enfeksiyonlar (HBV, HCV, HIV, Tüberküloz) genel nüfusa göre daha sık görülmektedir (68). Şizofreni tanımlı yaşlı bireylerde sağlıklı kontrollere kıyasla daha fazla alkol, sigara ve madde kullanımı ve daha yüksek konjestif kalp yetmezliği, KOAH, DM, hipotiroidizm ve demans oranları vardır. Daha sık hastane başvurusu, hastanede daha uzun

yatış süreleri ve evde sağlık hizmetlerinin kullanımının da yaşlılarda arttığı görülmektedir (69).

İleri yaş şizofreni hastalarında iki kat artmış ölüm oranı bildirilmiştir. Sağlıklı kontrollere göre yüksek saptanan ölüm nedenleri: Enfeksiyonlar, kalp damar hastalıkları, KOAH, madde kullanımına bağlı ruhsal bozukluklar, demans ve diğer merkezi sinir sistemi hastalıklarıdır (70). Şizofreni hastalarında yaşam süresi beklentisi sağlıklı kontrollere göre 15 yıl düşük bulunmuştur. Ortalama yaşam süresi erkek hastalarda 60, kadın hastalarda ise 67 yıl olarak bulunmuştur (71). Sağlıklı yaşam alışkanlıklarının yaşam kalitesini artırdığı bilinmektedir. Özellikle yaşlı hastalarda veya uzun yıllar devam etmekte olan şizofrenide, hastaya farmakolojik tedaviye ek sağlıklı yaşam davranışları öğrenmek, geliştirmek ve sağlığı korumakla ilgili psikoeğitim vermek önem taşımaktadır.

2.1.6. Tedavi

Şizofreni tedavisindeki ana hedeflerden biri, hastalık belirtilerinin giderilmesi yanı sıra hastanın psikososyal uyumunu artırarak yeti yitimini azaltmaktır. Şizofreni tedavisinde en öncelikli yaklaşım ilaç tedavisi olmakla birlikte, hastalarda psikososyal terapilerin de büyük bir önemi bulunmaktadır. Zira hastalığın tüm belirtilerini kontrol etmede ve hastaneye yatış oranlarını düşürmede yalnızca ilaç tedavileri yeterli olmayabilir. Araştırmalar, ilaç tedavisine ek destekleyici tedavinin, tek başına ilaç tedavisine kıyasla birçok açıdan daha üstün olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca farklı tedavi yöntemlerinin bir arada kullanılması, tedavinin etkinliğini artırmaktadır (72). Bu sebeple hastaların yaşam kalitesini yükseltmek ve tedaviye uyumlarını sağlamak için sosyal ilişkilerini güçlendirmek ve problem çözme yeteneklerini geliştirmek gerekmektedir. Psikososyal tedaviler, hastaların ilaç tedavisine uyumunu artırarak hastaneye yatış oranlarının azalmasına yardımcı olmaktadır (73). Şizofrenide akut dönem tedavinin dört temel hedefi vardır. Bunlar (74):

1. Belirtilerin kontrol altına alınması ve yatıştırılması,
2. Davranış sorunlarının tedavi edilmesi,
3. İlaç dozlarının ayarlanması ve uygun tedavi planının kısa ve uzun vadeli olarak düzenlenmesi,
4. Atağın iyileştirilmesinin sağlanması.

2.1.6.1. Psikopatolojik Belirtilerin Düzelmeleri İçin Kullanılan İlaçlar / Farmakolojik Tedaviler

Şizofreni tedavisinde, ilaç tedavileri öncelikli bir rol oynamaktadır. Tarihsel olarak bakıldığında, 1950 yılında klorpromazin ile tesadüfen keşfedilen antipsikotik etki, nöroleptik ilaçların şizofreni tedavisinde kullanılmasının başlangıcını oluşturmuştur ve psikofarmakolojik tedavilerin temelini atmıştır. Klorpromazin kullanımından sonra, günümüzde hala önemli antipsikotiklerden haloperidol kullanılmaya başlanmıştır. Son senelerde yapılmış olan psikofarmakoloji araştırmaları sayesinde, ruhsal bozuklukların tedavisinde büyük ilerlemeler kaydedilmiştir. Şizofreni tedavisinde kullanılan ilaçlar, tipik ve atipik antipsikotikler olmak üzere iki temel gruba ayrılır. Tipik antipsikotikler (haloperidol, ziklopentiksol, pimozid, flufenazin, flupentiksol vb), dopamin reseptörlerini hedef alarak güçlü antipsikotik etkiler gösterirken, ekstrapiramidal semptomlara (EPS) yol açabilirler. Bu ilaçlar pozitif semptomlar üzerinde etkilidir fakat negatif ve bilişsel semptomlar üzerindeki etkileri hala tartışmalıdır ve sınırlıdır. Dirençli şizofreni tedavisinde önemli yeri olan klozapinin 1990 yılında keşfiyle atipik antipsikotik ilaçlar kullanılmaya başlanmıştır. Atipik antipsikotiklerin (ketiapin, olanzapin, risperidon, paliperidon, aripiprazol), şizofreni tanılı hastaların pozitif belirtilerini etkili bir şekilde kontrol etmesinin yanı sıra negatif, depresif ve bilişsel belirtiler üzerinde de etkili oldukları birçok çalışmada bildirilmiştir. Bunun yanı sıra, atipik antipsikotiklerin, tipik antipsikotiklere kıyasla daha az ekstrapiramidal semptomlar (EPS) ve metabolik yan etkilere sebep olmadığı, prolaktin seviyelerini yükseltme eğiliminde olmadığı da olumlu yönleri olarak kabul edilir (75).

2.1.6.2. Rehabilitasyon/Sürdürüm Tedavisi

Son yıllarda şizofreni tedavisinde hastaların sosyal yaşama sağlıklı bir şekilde kazandırılması amacıyla psikososyal beceri eğitiminin değeri ön plana çıkmaktadır. Bu eğitim programları, hastaların günlük yaşamda daha bağımsız ve işlevsel olmalarına katkı sağlamakta, topluma entegrasyon sürecini kolaylaştırmakta ve sosyal ilişkilerini güçlendirmektedir. Bu programlar, hastaların sosyal iletişim becerilerini güçlendirmeyi hedefleyerek sosyal izolasyonun azaltılması ve tedaviye daha iyi uyum sağlanması amacıyla tasarlanmıştır (73). Psikiyatrik rehabilitasyon programlarında hastanın sosyal ve kişiler arası ilişkilerinin geliştirilmesi, sağlıklı iletişim teknikleri öğretilmesinin yanı sıra yinelemeleri önlemek, hastanın kaybettiği yetileri kazandırmak gibi kazanımlar da vardır (76).

Bütüncül tedavi yaklaşımının öne çıkmasıyla sağlıklı yaşam tarzına verilen önem giderek artmaktadır. Bu doğrultuda hastalara fiziksel aktivite programları uygulanmaya başlamıştır. Fiziksel egzersiz, beyin plastisitesini teşvik eden ve sürmesini sağlayan, moleküler ve hücresel işleyişi harekete geçiren bir aktivitedir (77). Çeşitli araştırmalar, hem insanlar üzerinde yapılan çalışmaların hem de hayvanlar üzerindeki deneylerin artan fiziksel aktivitenin beyin yapılarını, özellikle hipokampusun nöroplastisitesini artırdığı ve bu nedenle zihinsel fonksiyonları, duygusal reaksiyonları ve davranışsal tepkileri desteklediği gösterilmektedir (78, 79). Son güncel bilgiler ışığında, egzersizin nöroplastisiteyi artırarak nörojenез, anjiogenez ve uzun süreli potansiyasyonu desteklediği tespit edilmiştir. Bu da bilişsel, duygusal ve davranışsal fonksiyonların iyileşmesine katkı sağlamaktadır. Egzersiz, nöroplastisitenin artmasıyla birlikte, nörodejeneratif ve kardiyovasküler sorunların yanı sıra hareketsiz yaşamın yol açtığı diğer sorunların engellenmesinde ve en aza indirgenmesinde etkili bir rol oynamaktadır. Bununla birlikte, egzersizin yaşlanmanın geciktirilmesinde de tartışmasız bir öneme sahip olduğu vurgulanmaktadır. Temel bilişsel fonksiyonlardan sorumlu hipokampus gibi beyin bölgelerinin küçülmesini yavaşlatma veya engelleme konusunda da yine fiziksel aktivitenin etkileri olduğu görülmektedir. Aynı zamanda fiziksel aktivite programları, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında değişikliği hedefleyen bir müdahaledir (80, 81) (Şekil 1’de gösterilmiştir).



Şekil 1. Fiziksel egzersiz, nöroplastisite ve bilişsel fonksiyon arasındaki ilişkiyi gösteren şema (81)

Fiziksel aktivitenin bireyin biyopsikososyal sağılığına (fiziksel sağılık, psikolojik sağılık ve sosyal sağılık) çok sayıda faydası olabileceğı konusunda fikir birliğı vardır. Örneğın, içinde genel nüfus Uluslararası Olimpiyat Komitesi'nin de olduğı mutabakat, fiziksel egzersizin biyopsikososyal faydalarını vurgulamaktadır (82).

Rehabilitasyon müdahalelerinden bir diğeri olan BDT (Bilişsel Davranışçı Terapi), özellikle duygudurum bozuklukları gibi farklı psikiyatrik bozuklukların tedavisinde kullanılan etkili bir terapi yöntemidir. Şizofreni tedavisinde psikofarmakolojik tedaviyle birlikte uygulanan BDT'nin, hastalığın nüksünü ve hastaneye yatışı azalttığı bildirilmektedir. BDT tekniklerinden olan psikoeğitim, sorun çözme becerileri geliştirme, bilişsel yeniden yapılandırma gibi spesifik tekniklerinin kullanımı önerilmektedir. Bu terapi yöntemi, hastaların işlevsel olmayan düşüncelerini kontrol etmelerine yardımcı olmakta ve şizofreninin yönetimine katkı sağlamaktadır. BDT, bireylerin hastalıkla baş etme becerilerini güçlendirerek, yaşam kalitesini artırma ve hastalığın etkilerini azaltma konusunda önemli bir rol oynamaktadır (83). Bütün bu psikososyal rehabilitasyon programlarının sağılıklı yaşam becerilerini artırmayı da kapsayacak şekilde düzenlenmesi önemlidir. Fiziksel egzersiz, sağılıklı beslenme, sosyal ve toplumsal beceri eğitimi gibi ilgili müdahalelerin bütünleştirilmesi hastaların sağılıklı yaşam davranışları geliştirmeleri için fırsat sağlayacaktır.

2.1.6.3. Elektrokonyülsif Tedavi

Şizofrenide psikofarmakolojik tedavilerin kullanımı arttıkça Elektrokonyülsif Terapi (EKT) yöntemine daha az başvurulmaktadır. Fakat, ilaç tedavisinden olumlu sonuç alınamayan, ilaçları kullanma konusunda sıkıntı yaşayan, saldırgan davranışlara eğilimli olan veya katatoni belirtileri sergileyen hastalarda Elektrokonyülsif Terapi (EKT) düşünülebilir. Ayrıca, ağır intihar düşünceleri, planları veya intihar girişimleri bulunan ve duygudurum belirtileri öne çıkan şizofreni tanısı konulmuş hastalarda da EKT tedavisine öncelik verilebilir. Son zamanlarda yapılan çalışmalarda, klozapin tedavisine kısmi yanıt veren ya da klozapine direnç gösteren hastalarda EKT'nin tedavi başarısını artırdığına dair bulgular bildirilmiştir (84).

2.2. Şizofreni ve Tütün Kullanımı

Tütün, içerisinde bulunan pek çok zararlı madde nedeniyle ciddi fiziksel hastalık risklerine sahiptir. Aynı zamanda, Dünya Sağılık Örgütü tarafından da onaylanan bilimsel çalışmalar, tütünün psikoaktif bir madde olarak kabul edildiğini ve ruhsal ile davranışsal

bozukluklara yol açabileceğini göstermektedir. Nikotin, tütün bağımlılığının ana bileşenidir ve bu bağımlılık hem biyolojik hem de davranışsal açıdan tedavi gerektiren bir süreçtir. Çeşitli bilimsel çalışmalar, ruhsal hastalığı olan bireylerde, özellikle şizofreni hastalığına sahip olanlarda, genel popülasyona kıyasla daha yüksek sigara içme oranları olduğu konusunda birçok veri ve gözlemi desteklemektedir. Tütünle ilişkilendirilen sağlık sorunları arasında kanser, kalp hastalığı ve akciğer rahatsızlığı gibi durumlar, psikiyatrik hastalığı bulunan bireyler arasında en sık görülen ölüm nedenleri arasında yer almaktadır. Şizofreni hastaları, genel popülasyona kıyasla beş farklı kardiyovasküler hastalık riskiyle daha fazla karşı karşıya olabilirler; bu hastalıklar akut miyokard enfarktüsü, kardiyak aritmi, kalp yetmezliği, serebrovasküler hastalık ve koroner kalp hastalığı gibi ciddi sağlık sorunlarını içerir. Şizofreni hastaları, obezite, yüksek tansiyon, sigara içme, anormal kan lipid seviyeleri ve yetersiz fiziksel aktivite gibi bir dizi önemli risk faktörü taşırlar. Bu da kardiyovasküler hastalıklara karşı daha yüksek bir risk altında oldukları anlamına gelmektedir. Ancak, bu risk faktörlerini azaltmaya yönelik bakım alabilme olasılıkları daha düşüktür (85-87).

Şizofreni hastalarının ortalama yaşam süresi 61 ila 71 yıl arasında olduğundan, şizofreni hastalarında önde gelen ölüm nedenlerinden biri kardiyovasküler hastalıklardır. Bu nedenle şizofrenide tütün kullanımı prognostik çıkarımlar açısından önemlidir (71). Sigara içimi, beraberinde getirdiği ciddi sağlık sorunlarının yanında şizofreninin olumsuz gidişi ile de ilişkilidir. Bilimsel çalışmalar, şizofreni hastaları arasında sigara içenlerin psikiyatrik nedenlerle hastaneye yatış ihtimalinin, sigara içmeyen hastalara göre daha yüksek olduğunu göstermektedir (88). Ayrıca, psikiyatrik bozukluğa sahip olan kişilerde sigara bırakma girişimlerinin, diğer bireylerle benzer olmasına rağmen, bırakma başarısı oranlarının daha düşük olduğu bulunmuştur (89).

2.3. Sağlıklı Yaşam Davranışı

Şizofreni hastalarının fiziksel sağlığının, genel nüfusa kıyasla belirgin şekilde daha kötü olduğuna dair kesin kanıtlar bulunmaktadır (90). Bu durumun başlıca sebeplerinden biri, bu bireylerin yaşam tarzı davranışlarıdır (91). Bilimsel araştırmalar, yetişkinlikte karşılaşılan birçok hastalığın etkili bir yaşam tarzıyla önlenebileceğini göstermektedir. Örnek olarak, sıkça görülen ölüm nedenleri arasında kanser, kalp hastalıkları, kronik solunum sorunları ve diyabet gibi sebepler sayılabilir (92). Araştırmalar, kronik hastalıkların yaygın risk faktörlerinden bazılarının tütün kullanımı, düşük kaliteli beslenme, az fiziksel aktivite, alkol tüketimi, kontrol edilemeyen yüksek tansiyon ve yüksek vücut yağ yüzdesi

gibi unsurlardan oluştuğunu ortaya koymaktadır (93). Anand ve arkadaşlarına göre, genetik bozuklukların neden olduğu kanser vakalarının yüzdesi sadece % 5-10'dur ve kansere çoğunlukla çevresel faktörler ve yaşam tarzı seçimleri neden olmaktadır (94). Araştırmalar, yetişkinlikte ortaya çıkan felç, kalp krizi, kanser gibi birçok hastalığın, genç yaşlarda benimsenen sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıkları sayesinde önlenebileceğine dair önemli bulgular ortaya koymuştur (95).

Şizofreni ve psikoza giden diğer bozukluklar, kronik bir seyir gösteren ve işlevselliği ciddi etkileyen ruhsal bozukluklardır. Bu hastalar, genel nüfusa kıyasla daha yüksek bir morbidite (hastalık oranı) ve mortalite (ölüm oranı) riskine sahiptirler. Bu durumun bir nedeni, bu hasta grubunun genellikle etkili koruyucu sağlık hizmetlerine erişimde zorluklar yaşaması olabilir. Ağır ruhsal bozukluğa sahip bireyler arasında, genel topluma kıyasla diyabet, dislipidemi, kardiyovasküler hastalıklar ve obezite gibi kronik sağlık sorunlarının daha sık görüldüğü ve daha şiddetli bir seyir gösterebileceği bilinmektedir (12).

Egzersiz ve fiziksel aktivitenin çeşitli ruhsal bozukluklar üzerinde olumlu etkileri vardır ve duygular, bilişsel işlevler, sosyallik ve stresle başa çıkma gibi terapötik faydalar üretmeye yardımcı olur. Düzenli egzersiz yapan ruhsal bozukluğu olan hastaların sağlıklı ilgili yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (96). Sistemik incelemeler, ruhsal bozukluğu olan hastalarda egzersizin, hastalıktan kaynaklanan olumsuz belirtiler ve çalışma belleği, dikkati sürdürme gibi bilişsel işlevlerde iyileşme sağladığını bildirmiştir (97, 98). Bunlara ek olarak egzersiz, bireylerin beyin yapılarıyla birlikte yürütücü işlevleri, hafıza ve dikkat gibi bilişsel performanslarını artırmada önemli bir rol oynamaktadır. Orta düzeyde fiziksel aktivite, gelişmiş çalışma belleği ve bilişsel esneklikle ilişkilendirilirken, yüksek yoğunluklu fiziksel aktivite bilgi işleme hızının artırılmasında etkili olabilmektedir (78, 79).

2.4. Yürütücü İşlevler

Şizofreni, çok çeşitli bilişsel alanlarda bozulma ile ilişkilidir. Bu bilişsel eksiklikler kısmen bozulmuş sosyal işlevsellik de dahil olmak üzere şizofreninin işlevsel sonuçlarından sorumludur (99). Şizofreni, işlevselliği ciddi şekilde etkileyen ve özellikle bilişsel yetilerin kaybına neden olan bir hastalıktır. Belirtiler kişiden kişiye veya zamanla değişse de hastalıkla ilişkili nörobilişsel bozukluklar nispeten daha sabittir. Klinik semptomlardan ziyade, nörobilişsel bozukluklar işlevsellikte daha büyük bir rol oynamaktadır. Şizofreni gibi ruhsal bozukluklarda, bilişsel test performanslarındaki düşüş, bilişsel defisitlerin ciddi bir göstergesi olarak kabul edilir. Şizofreni hastaları, birden çok bilişsel alanda bozulmalar

yaşarlar. Bu bozulmalar, bellek işlevleri, genel bilişsel yetenekler, dil becerileri, yürütücü işlevler ve dikkatle ilgili alanları içermektedir. Yayınlanan bir meta analizde de bu bilişsel bozulmaların şizofreni hastalarında daha yaygın olduğu ve kontrol grubuna kıyasla daha belirgin olduğu ortaya konmuştur (100).

Son yıllarda egzersiz programlarının bilişsel işlevler üzerine iyileştirici etkileri olduğu bulunmuştur ve bu alandaki çalışmalar giderek artmaktadır. Egzersizin genel bilişsel işlevleri geliştirdiği, bellek ve dikkat üzerine önemli düzeyde olumlu etkilerinin olduğu rapor edilmiştir (98). Fiziksel egzersizin nöronal plastisiteyi artırdığı ve beyin yapısında değişime yol açabildiği öne sürülmüştür (81).

2.5. Umut

Şizofreni gibi ciddi bir ruhsal hastalıkla mücadele eden kişiler için umut, iyileşme ve daha iyi bir yaşam kalitesi için önemli bir kavramdır. Umut, hastaların tedaviye olumlu yanıt verme ve gelecekteki olumlu değişiklikler için motivasyon sağlama konusunda yardımcı olabilir. Ayrıca, umutlu olmak, hastaların kendilerine ve hayatlarına yönelik pozitif düşünceler geliştirmelerine ve zorluklarla başa çıkmalarına yardımcı olabilir. Bu nedenle, umut kavramı, şizofreni tedavisinde önemli bir faktördür. Şizofreni hastaları, genellikle yaşadıkları belirtiler ve tedavi sürecinde karşılaştıkları zorluklar nedeniyle umutsuzluğa kapılabilirler. Ancak, umutlu olmak ve bu umudu korumak, hastaların zorluklarla baş etmelerine ve iyileşme sürecinde ilerlemelerine yardımcı olabilir. Bu nedenle, umut, şizofreni hastalarının hayatında önemli bir yer tutar ve tedavi sürecinde desteklenmesi gereken bir faktördür. Umut, sağlık sorunlarıyla başa çıkmada hem iyileşme sürecini tetikleyen hem de sürdüren önemli bir faktördür. İyileşme süreci, umudun varlığıyla başlar ve bu umut, bireyin içinde bulunduğu zorlu durumdan kurtulacağına dair inancını artırır. Umut hem terapötik değişim için hem de tedavi uyumunun sağlanması amacıyla terapide çok önemli bir yer tutar. Psikoterapi sürecinin önemli bir bileşeni olarak sürekli izlenmesi ve değerlendirilmesi gereken umut kavramı tedavi uyumu ve psikoterapötik değişimin merkezindedir (101). Lysaker ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında, şizofreni hastalarındaki içgörü ve umut düzeyleri arasında önemli bir bağlantı olduğu ve ayrıca bu iki faktörün hastalık sürecine uyuma katkı sağladığı bulunmuştur (102). Ülkemizde de şizofreni hastalığında umut konusu ile ilgili çeşitli araştırmalar yapılmıştır. Yıldırım (2009) tarafından gerçekleştirilen bir araştırmada, 180 şizofreni hastası üzerinde yapılan çalışmada, hastaların umut seviyelerinin artmasıyla birlikte yaşam kalitelerinin de arttığı gözlemlenmiştir (103).

Coşkun ve Şahin Altun'un (2017) araştırmasına göre, şizofreni hastalarının umut düzeylerinin fonksiyonel iyileşme düzeylerini önemli ölçüde etkilediği belirtilmektedir (104). Ayrıca, Öztürk (2012) tarafından yürütülen bir çalışmada, şizofreni hastaları arasında intihar girişiminde bulunanların umutsuzluk düzeylerinin yüksek olduğu tespit edilmiştir (105).

2.6. Şizofrenide İçgörü

İçgörü genel olarak kişinin sorunlarını anlama ve kendi zihinsel durumları hakkında gerçekçi bir değerlendirme yapabilme yeteneği olarak tanımlanabilir ve bu durum, hastalığın tedavisi ve sürdürümü açısından önemlidir. Özellikle psikozda olmak üzere psikiyatride içgörü, defisitlerin ve bozukluğun sonuçlarının ve tedavi gereksiniminin farkında olma olarak tanımlanmaktadır (106).

Şizofreni, diğer ciddi psikiyatrik bozukluklarla karşılaştırıldığında, hastaların kendi durumlarına ilişkin içgörü eksikliği önemli bir farklılık olarak göze çarpar. İçgörü, şizofreni hastalarının kendi ruhsal sağlık durumlarını anlama, sosyal sonuçlarını değerlendirme, tedavi gereksinimlerini fark etme ve belirtileri ruhsal hastalıklarına bağlama yetenekleri olarak birkaç farklı boyutta açıklanabilir (107). Bu içgörü eksikliği, hastaların sosyal ilişkilerini etkileme ve tedaviye bağlılık konularında doğrudan etkilidir. İçgörü seviyesinin düşmesi, şizofreni hastalığının olumsuz bir seyir izlemesiyle ilişkilendirildiği için, hastalığın gelecekteki seyrini tahmin eden bir öngörücü faktör olarak kabul edilir (108). Araştırmalar, şizofreni hastalarında içgörü düzeylerinin artmasının, sosyal işlevselliği geliştirdiğini göstermiştir (109).

Şizofreni hastalarında semptomların şiddeti ve içgörü eksikliği arasında ilişkinin varlığı hala tartışmalıdır. Literatürde bu ilişkiyi inceleyen birden fazla çalışma vardır ve çalışma sonuçları birbirinden farklılık göstermektedir. İçgörü eksikliği ile pozitif ve negatif belirtilerin şiddeti arasında anlamlı bir ilişki bulan bazı çalışmaların yanı sıra, diğer çalışmalar tersi bir ilişki veya doğrudan bir ilişki olmadığını göstermiştir. Bu nedenle, içgörü eksikliği ile belirti şiddeti arasındaki ilişkinin tam olarak anlaşılması için daha fazla araştırma yapılmasına ihtiyaç doğmuştur (110). Önceki birçok çalışma, içgörü eksikliği ile yürütücü işlevler, bellek ve dikkat arasında anlamlı bir ilişki bulunduğunu göstermiştir. Bu nedenle, içgörü eksikliği yaşayan şizofreni hastalarının bilişsel işlevlerinin değerlendirilmesi ve gerektiğinde tedavi edilmesi, hastaların yaşam kalitesini artırmak için önemli olmaktadır (111). Hastalığa ilişkin içgörünün bozulması, ilaç uyumsuzluğunun ana sebeplerinden bir

tanesisdir ve hastaların %60'ına yakını içgörü yoksunluğundan dolayı sosyal işlevselliklerinde ciddi problemler yaşamaktadır (112, 113).



3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Örneklemi

Çalışmamıza Mart-Ağustos 2022 tarihleri arasında Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı şizofreni polikliniğine ayaktan başvuran, çalışmaya katılmayı kabul eden, DSM-V tanı ölçütlerine göre şizofreni tanısı almış olan 86 katılımcı dahil edilmiştir.

Çalışmaya Alınma Ölçütleri;

- 1-18-65 yaş aralığında olmak
- 2-Sözel iletişim kurmaya engel hastalığı olmamak
- 3-Okur yazar olmak,

Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri;

- 1-Son 3 ay içerisinde hastane yatışının varlığı,
- 2-Mental retardasyon, demans ya da genel tıbbi duruma bağlı bir psikiyatrik hastalık olması
- 3-Alkol ya da madde bağımlılığı öyküsünün olması

3.2. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Çalışmamıza katılan tüm hastalara, çalışmaya katılmadan önce detaylı bilgilendirme yapıldı. Katılımcılara, çalışmaya katılma veya katıldıktan sonra herhangi bir aşamada geri çekilme hakkına sahip oldukları, kişisel bilgilerinin gizli kalacağı ve verilerinin sadece bilimsel çalışmalar için saklanılacağı ve kullanılacağına güvencesi verildi ve yazılı onamları alındı. Yazılı onamlar alındıktan sonra, tüm katılımcıların sosyodemografik özellikleri kaydedildi.

3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu

Araştırma örnekleminin sosyodemografik özelliklerini tespit edebilmek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanmış bir formdur. Form, katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim düzeyi, çalışma durumu, kiminle ve nerede yaşadığı, sigara kullanımı, ek hastalık varlığı, ailede psikiyatrik hastalık varlığı gibi bilgileriyle hasta gruplarının hastalık süresi, yatış sayısı ve almakta olduğu tedavi bilgilerini kapsamaktadır.

3.2.2. Pozitif ve Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (PNBDÖ)

1987 yılında Kay ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe uyarlaması, Kostakoğlu ve arkadaşları tarafından 1999 yılında yapılmıştır (114, 115). Pozitif belirtiler

(yedi soru), Negatif belirtiler (yedi soru) ve Genel psikopatoloji (on altı soru) alt ölçeği olmak üzere ölçek toplam 30 sorudan oluşur. Ölçek yedili likert tipidir. Ölçekten alınan yüksek puanlar hastalığın şiddetinin arttığını ifade eder. Ölçeğin kesme puanı yoktur. Bu çalışmada belirti alt boyutlarını daha iyi değerlendirebilmek amacı ile Wallwork ve ark. (2012) tarafından önerilen beş faktörlü model istatistiksel analizlerde kullanılmıştır. Beş faktörlü model bir pozitif faktör (P1, P3, P5, G9) bir negatif faktör (N1, N2, N3, N4, N6, G7), bir dezorganize (kognitif) faktör (P2, N5, G11), bir taşkınlık (excited) faktör (P4, P7, G8, G14) ve bir depresif faktör (G2, G3, G6) olmak üzere toplam 20 maddeden oluşmaktadır (116).

3.2.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II (SYBDÖ)

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II, Walker ve ekibi tarafından 1987 yılında geliştirilmiştir. Bu ölçek 1996 yılında yeniden revize edilmiş ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II olarak adlandırılmıştır (117, 118). Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmaları ise Bahar ve arkadaşları tarafından 2008 yılında gerçekleştirilmiştir (119). Ölçek, toplamda 52 madde içermekte olup altı farklı faktörü değerlendirmektedir. Bu faktörler; beslenme, kişiler arası ilişkiler, fiziksel aktivite, manevi gelişim, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimidir. Ölçek 4'lü likert tipinde olup; hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3), düzenli olarak (4) şeklinde kabul edilmektedir. Ölçeğin toplam puan aralığı 52 ile 208 arasındadır. Ölçeğin toplam puanı, kişinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını vermektedir. Daha yüksek puanlar, kişinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını daha çok gösterdiği anlamına gelmektedir. Maddelere göre alt faktörlerin dağılımı ise; beslenme (2,8,14,20,26,32,38,44,50), kişiler arası ilişkiler (1,7,13,19,25,31,37,43,49), fiziksel aktivite (4,10,16,22,28,34,40,46), manevi gelişim (6,12,18,24,30,36,42,48,52), sağlık sorumluluğu (3,9,15,21,27,33,39,45,51) ve stres yönetimidir (5,11,17,23,29,35,41,47).

3.2.4. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT), ilk kez 1978 yılında Fagerström tarafından geliştirilmiş ve günümüzdeki formu 1991 yılında Heatherton ve arkadaşları tarafından şekillendirilmiştir (120). 2004 yılında Uysal ve arkadaşları tarafından testin Türkçe geçerlilik güvenirliği gerçekleştirilmiştir (121). FNBT, altı sorudan oluşmaktadır. Toplam puanlara göre nikotin bağımlılığı seviyeleri şu şekilde sınıflandırılmıştır: düşük (0-3 puan), orta (4-6 puan) ve yüksek (≥ 7 puan).

3.2.5. Beck Umutsuzluk Ölçeği

Beck ve arkadaşları tarafından 1974 yılında bireyin ileriye dönük karamsarlık seviyesini değerlendirmeyi amaçlayan bir ölçektir. Seber ve arkadaşları tarafından Türkçe çevirisi, geçerlik ve güvenirlik çalışmaları 1993 yılında yapılmıştır (122). Ölçek üzerinde daha sonra Durak (1994) tarafından gerçekleştirilen çalışmalar, geçerlik, güvenirlik ve faktör yapısıyla ilgili daha ayrıntılı bilgiler sunmuştur. Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) 20 ifadeden oluşur. Bu ifadeler, bilişsel, motivasyonel ve duygusal alt boyutlarda incelenir. BUÖ'nün puanlanması süreci, ölçeğin anahtarına uygun yanıtlara "1" puan, uyumsuz yanıtlara "0" puan verilerek gerçekleştirilir. Bu yöntemle hesaplanan toplam puan, "umutsuzluk" puanını oluşturur. Toplam puanın 0-3 aralığında olması umutsuzluğun minimum düzeyde olduğunu, 4-8 aralığında hafif umutsuzluğu, 9-14 aralığında orta düzeyde umutsuzluğu ve 15-20 aralığında şiddetli umutsuzluğu yansıttığını ifade eder. Yüksek bir puan, bireyin yüksek bir umutsuzluk düzeyine sahip olduğunu göstermektedir (123).

3.2.6. İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği

İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği (İÜBDÖ), içgörüyü niceliksel olarak değerlendiren ve tedaviye uyum, hastalığın farkında olma, psikotik yaşantıları doğru tanıma gibi üç bileşeni inceleyen bir ölçektir. Bu ölçek, klinisyenler tarafından uygulanan yarı yapılandırılmış bir ölçektir ve sekiz sorudan oluşur. İlk yedi sorunun en yüksek toplam puanı 14'tür. Sekizinci soru ise hipotetik bir şekilde sunulur ve bu sorunun sorulup sorulmaması klinisyene bağlıdır. Bu soru ile birlikte alınabilecek en yüksek toplam puan 18'dir. Hastanın yüksek bir puan alması, yüksek bir içgörü düzeyini işaret eder. Bu ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması, Arslan ve arkadaşları tarafından 2001 yılında gerçekleştirilmiştir (124).

3.2.7. İz Sürme Testi

İz Sürme Testi (İST), Amerika Birleşik Devletleri Ordusu'nda görev yapan psikologlar tarafından geliştirilmiş bir nöropsikolojik testtir. Bu test, görsel-motor kavramsal tarama, motor hızı, planlama, sayısal bilgi işleme, soyut düşünme, uyarıcının fiziksel özelliklerine bağlı olarak tepki oluşturma, set değiştirme, konsantrasyon ve engellenmeye karşı tolerans gibi bir dizi nöropsikolojik yeteneği değerlendirmek amacıyla kullanılır (125). İST, A ve B olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Her iki bölümde de uyarıcı maddeler dağınık olarak bulunmaktadır. Birinci bölüm olan A Bölümü'nde, katılımcının görevi 1'den 25'e kadar olan sayıları doğru sırayla birbirini izleyen düz çizgilerle birleştirerek daireleri

birleştirmektir. Bu bölüm dikkat ve motor hızını değerlendirir. İkinci bölüm olan B Bölümü ise dairelerin içinde bulunan harf ve rakamları birbirini izleyen ve doğru dizilimde bir harf bir sayı olacak şekilde elini kaldırmadan düz çizgilerle birleştirme görevini içerir. Özellikle B bölümü, yürütücü işlevlerin değerlendirildiği bir bölümdür (126). İST puanlaması, testi tamamlama süresi ve yapılan hata sayısı dikkate alınarak yapılır. İST'nin Türkiye için norm belirleme çalışmaları 20-49 yaş aralığında yapılmış olup, Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmaları da gerçekleştirilmiştir. Test-tekrar test güvenirlik katsayısı 0,71 ile 0,87 aralığında bulunmaktadır (125, 127).

3.3. İstatistiksel Analiz

Verilerin analizinde SPSS 23.0 istatistik paket programı kullanılmıştır. Değerlendirme sonuçlarının tanımlayıcı istatistikleri; kategorik değişkenler için sayı ve yüzde, sayısal değişkenler için ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum olarak verilmiştir. Ölçümsel verilerin normal dağılıma uygunluğunun test edilmesinde Kolmogorov-Smirnov veya Shapiro-Wilk testleri kullanılmıştır. Normal dağılıma uyan ölçümsel değişkenler için Bağımsız Gruplarda T-Testi, normal dağılıma uymayan ölçümsel değişkenler ise Mann Whitney U Testi veya Kruskal Wallis Varyans Analizi kullanılmıştır. Ölçümsel verilerin korelasyon analizinde normal dağılıma uygunluk göstermeyen verilerde Spearman korelasyon testi, uygunluk gösterenlerde Pearson korelasyon testi kullanılmıştır. Çoklu değişkenli lineer regresyon analizi kullanılarak farklı etmenlerin SYBDÖ üzerindeki bağımsız etkileri incelendi. Model uyumu gerekli rezidüel ve uyum istatistikleri kullanılarak incelenmiştir. Tüm istatistik analizlerde önemlilik değeri $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışmamıza Mart-Ağustos 2022 tarihleri arasında Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı şizofreni polikliniğine ayaktan başvuran, DSM-V tanı ölçütlerine göre şizofreni tanısı almış olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden rastgele 86 katılımcı dahil edilmiştir. Katılımcıların sosyodemografik ve klinik özellikleri ile bilişsel test puanlarına ait bilgiler Tablo 2’de yer almaktadır. Bu bölümde, çalışmada yer alan 86 katılımcının sosyodemografik ve klinik özellikleri ile bu katılımcılara uygulanan Pozitif Ve Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği, İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi ve İz Sürme Testi’ne ait verilere ilişkin bulgular yer almaktadır.

4.1. Sosyodemografik Veriler

Çalışmaya katılan katılımcıların sosyodemografik özelliklerine ait bilgiler Tablo 2’de gösterilmiştir. Çalışmamıza katılanların 32’si (%37,2) kadın, 54’ü (62,8) erkektir. Katılımcıların yaş ortalaması $43,2 \pm 10$ olup yaş aralığı 20 ile 65’tir. Katılımcıların 51’i (59,3) bekar, 29’u (33,7) evli ve 6’sı (%7,0) ise eşinden ayrılmıştır. Yaşadıkları yere göre bakıldığında 67 (%77,9) katılımcımız Trabzon’da, 7 (%8,1) katılımcımız Giresun’da, 7 (%8,1) katılımcımız Rize’de, 1 (%1,2) katılımcımız Artvin’de, 2 (%2,3) katılımcımız Gümüşhane’de, 1 (%1,2) katılımcımız Ankara’da ve 1 (%1,2) katılımcımızın İstanbul’da ikamet ettikleri görülmüştür. 79 (%91,9) katılımcı ailesiyle yaşarken 7 (%8,1) katılımcı yalnız yaşamaktadır. Katılımcıların 42’si (%48,8) çalışmıyorken, 24’ü (%27,9) çalışıyor ve 20’si (%23,3) emekli idiler. Katılımcılardan 1’i (%1,2) hiç eğitim almamışken, 15’i (%17,4) ilkokul mezunu, 10’u (%11,6) ortaokul mezunu, 33’ü (%38,4) lise mezunu, 25’i (%29,1) üniversite mezunu ve 2’si (%2,3) yüksek lisans mezunu idi.

Tablo 2. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı

		SAYI	YÜZDE
CİNSİYET			
	Kadın	32	37,2%
	Erkek	54	62,8%
MEDENİ DURUM			
	Bekar	51	59,3%
	Evli	29	33,7%
	Boşanmış	6	7,0%
YAŞAM ŞEKLİ			
	Yalnız	7	8,1%
	Ailesiyle	79	91,9%
ÇALIŞMA DURUMU			
	Çalışmıyor	42	48,8%
	Çalışıyor	24	27,9%
	Emekli	20	23,3%
EĞİTİM DURUMU			
	Okuryazar değil	1	1,2%
	İlkokul	15	17,4%
	Ortaokul	10	11,6%
	Lise	33	38,4%
	Üniversite	25	29,1%
	Yl/Doktora	2	2,3%

Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalamaları 43,2 olarak, hastalığın başlama yaşı ortalaması 23,7 ve hastalık süresi ortalaması 19,5 olarak saptandı (Tablo 3).

Tablo 3. Katılımcıların yaş, eğitim süresi, hastalık başlama yaşı ve hastalık süresinin ortalama ve standart sapmaları

	ORTALAMA	STANDART SAPMA
Yaş	43,2	10,5
Hastalık Başlama Yaşı	23,7	9,0
Hastalık Süresi	19,5	9,9

Araştırma süresince hastaların kullandıkları ilaçlara bakıldığında; 6 (%6,98) hasta amisülprid, 21 (%24,42) hasta aripiprazol, 15 (%17,44) hasta essitalopram, 8 (%9,30) hasta fluoksetin, 6 (%6,98) hasta haloperidol, 8 (%9,30) hasta ketiapin, 2 (%2,33) hasta klomipramin, 26 (%30,23) hasta klozapin, 3 (%3,49) hasta mirtazapin, 19 (%22,09) hasta olanzapin, 19 (%22,09) hasta paliperidon, 2 (%2,33) hasta paroksetin, 19 (%22,09) hasta risperidon, 13 (%15,12) hasta sertraline, 2 (%2,33) hasta venlafaksin ve 3 (%3,49) hasta ziklopentiksol kullanıyordu.

Daha önce hastane yatışlarına bakıldığında 14 (%16,3) kişinin hiç yatışının olmadığı, 72 (%83,7) kişininse daha önce yatış öyküsü olduğu görüldü. Çalışmaya katılan 46 (%53,5) kişi, birinci derece yakınlarında herhangi bir psikiyatrik hastalık olmadığını dile getirirken, 40 (%46,5) kişinin birinci derece yakın ailesinde bir psikiyatrik bozukluk olduğu tespit edildi. Elektrokonvülsif tedaviyi 55 (%64,0) hasta almamışken 31 (%36,0) hastanın daha önce EKT aldığı öğrenildi. Güncel olarak 45 (%52,3) hasta sigara kullanmazken 41 (%47,7) hastanın sigara kullanımı vardı. Cinsiyet dağılımına bakacak olursak sigara kullananların 5'i (%15,6) kadın hasta, 36'sı (%66,7) ise erkek hastalardan oluşmaktaydı. Katılımcılardan 2'sinin (%2,3) düzenli olmamakla birlikte alkol kullanımı varken, 84 (%97,7) katılımcının alkol veya madde kullanımı yoktu. Katılımcıların kendi sağlık algılarını ölçmek amacıyla sorulan 'Sağlık Durumunuzu Nasıl Tanımlarsınız?' sorusuna ise 4 (%4,7) kişi 'çok kötü' yanıtını, 4 (%4,7) kişi 'kötü' yanıtını, 35 (%40,7) kişi 'ortalama' yanıtını, 35 (%40,7) kişi 'iyi' yanıtını ve 8 (%9,3) kişi ise 'mükemmel' yanıtlarını verdiler.

Tablo 4. Katılımcıların klinik özelliklerine göre dağılımı

	SAYI	YÜZDE
HASTANE YATIŞI		
Yok	14	16,3%
Var	72	83,7%
AİLEDE PSİKİYATRİK ÖYKÜ		
Yok	46	53,5%
Var	40	46,5%
EKT ÖYKÜSÜ		
Yok	55	64,0%
Var	31	36,0%
SİGARA KULLANIMI		
Yok	45	52,3%
Var	41	47,7%

Tablo 4. (Devam)**ALKOL KULLANIMI**

Yok	84	97,7%
Var	2	2,3%

Tablo 5. Kişilerin öznel sağlık algılarını değerlendirme puanları

	SAYI	YÜZDE/%
SAĞLIK DURUMUNUZU NASIL TANIMLARSINIZ?		
Çok Kötü	4	4,7%
Kötü	4	4,7%
Ortalama	35	40,7%
İyi	35	40,7%
Mükemmel	8	9,3%

4.2. Katılımcılara Uygulanan Ölçekler

Çalışmaya dahil edilen katılımcıların İz Sürme Testi, Pozitif ve Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği, İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi ve Beck Umutsuzluk Ölçeği'ne ait ölçek puanları Tablo 6'da gösterilmektedir.

Tablo 6. Katılımcılara uygulanan ölçekler ve bilişsel test puanları

ÖLÇEKLER	Ortalama	Standart Sapma	Minimum Değer	Maksimum Değer
FAGERSTRÖM NİKOTİN BAĞIMLILIK TESTİ	2,84	3,46	0,00	10,00
PNBDÖ TOPLAM	39,63	13,05	30,00	100,00
Pozitif Toplam	9,97	5,64	7,00	35,00
Negatif Toplam	11,07	5,18	7,00	32,00
Genel Toplam	17,30	4,99	15,00	49,00
PNBDÖ FAKTÖR				
Pozitif Faktör	6,10	3,94	4,00	24,00
Negatif Faktör	9,98	5,35	6,00	31,00
Dezorganize Faktör	3,70	1,45	3,00	9,00
Taşkınlık Faktör	4,36	1,26	4,00	12,00
Depresif Faktör	3,62	2,36	3,00	19,00
SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ-II TOPLAM	164,45	27,28	52,00	208,00
Sağlık Sorumluluğu	28,27	6,52	9,00	36,00
Fiziksel Aktivite	19,10	8,62	8,00	32,00
Beslenme	29,65	4,29	14,00	36,00
Manevi Gelişim	30,19	6,03	12,00	36,00
Kişiler Arası İlişki	29,22	5,44	10,00	36,00
Stres Yönetimi	28,02	4,62	13,00	32,00
BECK UMUTSUZLUK ÖLÇEĞİ	3,72	5,66	0,00	20,00
İÇGÖRÜNÜN ÜÇ BİLEŞENİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ	11,42	4,66	0,00	14,00
İZ SÜRME TESTİ				
İz Sürme Testi A	53,53	26,22	18,00	152,00
İz Sürme Testi B	109,35	46,90	46,00	247,00
İz Sürme Testi B-A (TMB-TMA)	55,81	32,22	18,00	155,00

4.2.1. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puanları

Sigara kullanımına göre bakıldığında güncel olarak 45 (%52,3) hasta sigara kullanmazken 41 (%47,7) hastanın sigara kullanımı vardı. Cinsiyet ile sigara kullanım arasındaki ilişkiye bakıldığında 32 kadın hastanın 27'sinde sigara kullanımının olmadığı, 5 kadın hastanın sigara kullandığı; erkek hastalarda ise 18'inin sigara kullanımı olmadığı ve 36 hastanın sigara kullandığı tespit edildi (Tablo 7).

Tablo 7. Cinsiyet ile sigara kullanım arasındaki ilişki

		SİĞARA KULLANIMI			
		Yok	Var	Toplam	
CİNSİYET	Kadın	Sayı	27	5	32
		% Kadınların Yüzdesi	84,4%	15,6%	100,0%
	Erkek	Sayı	18	36	54
		% Erkeklerin Yüzdesi	33,3%	66,7%	100,0%
Toplam		Sayı	45	41	86
		% Toplam Yüzde	52,3%	47,7%	100,0%

Toplam puanlara göre nikotin bağımlılığı seviyeleri düşük (0-3 puan), orta (4-6 puan) ve yüksek (≥ 7 puan) olmak üzere üç grupta derecelendirilmiştir. Bütün katılımcıların 51'inde (%59,3) nikotin bağımlılığı düşük olurken 16'sında (%18,6) orta ve 19'unda (%22,1) yüksek bağımlılık görülmüştür (n=86).

Tablo 8. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puan dağılımları

	Toplam Sayı	Yüzde/%
Fagerström Düşük	51	59,3
Fagerström Orta	16	18,6
Fagerström Yüksek	19	22,1
Toplam	86	100,0

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi ile umutsuzluk, içgörü düzeyi, bilişsel işlevler, psikopatoloji ve yaş arasındaki korelasyon analizine bakıldığında sigara kullananlarda kullanım şiddeti ile hastalık süresi ($r=0,344$), pozitif belirtiler ($r=0,393$) ve pozitif faktör ($r=0,389$) arasında korelasyon görülmüştür.

Tablo 9. Sigara kullanan hastalarda sigara kullanma şiddetinin klinik özellikler, belirti şiddeti ve bilişsel işlevlerle korelasyonu

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi		
YAŞ	Korelasyon katsayısı (r)	,218
	p	,171
EĞİTİM DURUMU	Korelasyon katsayısı (r)	,087
	p	,590
HASTALIK BAŞLAMA YAŞI	Korelasyon katsayısı (r)	-,177
	p	,269
HASTALIK SÜRESİ	Korelasyon katsayısı (r)	,344*
	p	,028
POZİTİF TOPLAM	Korelasyon katsayısı (r)	,393*
	p	,011
NEGATİF TOPLAM	Korelasyon katsayısı (r)	,187
	p	,241
GENEL TOPLAM	Korelasyon katsayısı (r)	,216
	p	,175
POZİTİF FAKTÖR	Korelasyon katsayısı (r)	,389*
	p	,012
NEGATİF FAKTÖR	Korelasyon katsayısı (r)	,161
	p	,316
DEZORGANİZE FAKTÖR	Korelasyon katsayısı (r)	,034
	p	,831
TAŞKINLIK FAKTÖR	Korelasyon katsayısı (r)	,298
	p	,058
DEPRESİF FAKTÖR	Korelasyon katsayısı (r)	,197
	p	,217
İZ SÜRME TESTİ A	Korelasyon katsayısı (r)	,095
	p	,554
İZ SÜRME TESTİ B	Korelasyon katsayısı (r)	-,010
	p	,952
İZ SÜRME TESTİ B-A	Korelasyon katsayısı (r)	,108
	p	,500
BUÖ TOPLAM PUANI	Korelasyon katsayısı (r)	,169

Tablo 9. (Devam)

	P	,291
İÇGÖRÜNÜN ÜBDÖ	Korelasyon katsayısı (r)	,125
	P	,434
	N	41

4.2.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II Puanları

SYBDÖ alt faktörleri sosyodemografik verilerle kıyaslandığında Fiziksel Aktivite alt boyutu ile cinsiyet ve çalışma durumu arasında ilişki olduğu görülmüştür. Fiziksel Aktivite alt boyutunda erkek hastaların fiziksel aktiviteleri kadınlara kıyasla anlamlı derecede yüksek bulundu ($p=0,046$). Yine fiziksel aktivite alt faktörü çalışanlarda çalışmayanlara göre anlamlı derecede yüksek saptandı ($p=0,013$). Diğer sosyodemografik değişkenlerle fiziksel aktivite arasında ilişki saptanmadı. Diğer SYBDÖ alt ölçekleri ile sosyodemografik değişkenler arasında ilişki saptanmadı. SYBDÖ alt faktörler karşılaştırma tabloları eklerde sunulmuştur (Bakınız Tablo 10,11,12,13,14,15).

Tablo 10. Sağlık sorumluluğu alt faktörü ile sosyodemografik veriler ve FNBT puan dağılımları

		SAĞLIK SORUMLULUĞU					
		Ortalama	Medyan	Standart Sapma	Minimum Değer	Maksimum Değer	P Değeri
CİNSİYET	Kadın	27,69	28	6,38	12	36	0,315
	Erkek	28,61	30	6,64	9	36	
MEDENİ DURUM	Bekar	27,63	30	6,78	11	36	0,193
	Evli	29,52	30	5,9	9	36	
ÇALIŞMA DURUMU	Çalışmıyor	27,33	28	5,96	12	36	0,118
	Çalışıyor	28,88	30,5	6,65	12	36	
	Emekli	29,5	30	7,48	9	36	
EĞİTİM DÜZEYİ	Ortaokul ve altı	28,96	30	5,71	12	36	0,492
	Lise	27,33	29	6,94	9	36	
	Üniversite ve üstü	28,74	30	6,83	12	36	
FAGERSTRÖM	Fagerström düşük	29,06	30	5,97	12	36	0,098
	Fagerström orta	25,06	27	7,83	9	35	
	Fagerström yüksek	28,84	30	6,27	11	36	

Tablo 11. Fiziksel aktivite alt faktörü ile sosyodemografik veriler ve FNBT puan dağılımları

		FİZİKSEL AKTİVİTE					P Değeri
		Ortalama	Medyan	Standart Sapma	Minimum Değer	Maksimum Değer	
CİNSİYET	Kadın	16,69	14	8,1	8	32	0,046
	Erkek	20,54	19	8,67	8	32	
MEDENİ DURUM	Bekar	19,12	18	8,57	8	32	0,956
	Evli	19,07	18	8,86	8	32	
ÇALIŞMA DURUMU	Çalışmıyor	16,36	14	7,8	8	32	0,013
	Çalışıyor	22,54	24	8,25	8	32	
	Emekli	20,75	18,5	9,18	8	32	
EĞİTİM DÜZEYİ	Ortaokul ve altı	18,35	16	8,12	8	32	0,930
	Lise	18,88	19	8,4	8	32	
	Üniversite ve üstü	20,11	19	9,52	8	32	
FAGERSTRÖM	Fagerström düşük	19,25	18	8,87	8	32	0,980
	Fagerström orta	18,87	18,5	7,68	8	32	
	Fagerström yüksek	18,89	16	9,1	8	32	

Tablo 12. Manevi gelişim alt faktörü ile sosyodemografik veriler ve FNBT puan dağılımları

		MANEVİ GELİŞİM					P Değeri
		Ortalama	Medyan	Standart Sapma	Minimum Değer	Maksimum Değer	
CİNSİYET	Kadın	29,28	31	6,35	12	36	0,197
	Erkek	30,72	32,5	5,83	14	36	
MEDENİ DURUM	Bekar	29,47	31	6,4	13	36	0,162
	Evli	31,59	32	5,05	12	36	
ÇALIŞMA DURUMU	Çalışmıyor	29,55	31	5,9	12	36	0,206
	Çalışıyor	31,42	33,5	6,3	13	36	
	Emekli	30,05	31	6,05	14	36	
EĞİTİM DÜZEYİ	Ortaokul ve altı	28,81	31	7,37	12	36	0,327
	Lise	30,27	31	4,91	19	36	
	Üniversite ve üstü	31,41	33	5,79	13	36	
FAGERSTRÖM	Fagerström düşük	30,76	32	5,67	12	36	0,598
	Fagerström orta	28,94	30,5	7,21	14	36	
	Fagerström yüksek	29,68	31	6,06	14	36	

Tablo 13. Kişiler arası ilişki alt faktörü ile sosyodemografik veriler ve FNBT puan dağılımları

		KİŞİLER ARASI İLİŞKİ					
		Ortalama	Medyan	Standart Sapma	Minimum Değer	Maksimum Değer	P Değeri
CİNSİYET	Kadın	28,47	29,5	6,25	10	36	0,525
	Erkek	29,67	31,5	4,91	18	36	
MEDENİ DURUM	Bekar	28,77	30	5,75	10	36	0,346
	Evli	30,1	31	4,74	19	36	
ÇALIŞMA DURUMU	Çalışmıyor	28,48	29,5	5,34	17	36	0,294
	Çalışıyor	29,58	31,5	5,59	10	36	
	Emekli	30,35	32	5,5	18	36	
EĞİTİM DÜZEYİ	Ortaokul ve altı	29,5	31,5	5,91	18	36	0,726
	Lise	29,61	30	4,62	18	36	
	Üniversite ve üstü	28,48	31	6	10	36	
FAGERSTRÖM	Fagerström düşük	29,39	30	5,47	10	36	0,730
	Fagerström orta	28,06	30	6,29	17	36	
	Fagerström yüksek	29,74	32	4,71	18	34	

Tablo 14. Stres yönetimi alt faktörü ile sosyodemografik veriler ve FNBT puan dağılımları

		STRES YÖNETİMİ					
		Ortalama	Medyan	Standart Sapma	Minimum Değer	Maksimum Değer	P Değeri
CİNSİYET	Kadın	27,59	30	5,46	13	32	0,885
	Erkek	28,28	29	4,08	15	32	
MEDENİ DURUM	Bekar	27,61	29	5,01	13	32	0,436
	Evli	28,83	30	3,69	17	32	
ÇALIŞMA DURUMU	Çalışmıyor	27,12	29	5,08	14	32	0,159
	Çalışıyor	29	30,5	4,8	13	32	
	Emekli	28,75	29	2,94	23	32	
EĞİTİM DÜZEYİ	Ortaokul ve altı	28,35	29	4,48	15	32	0,925
	Lise	28,33	30	3,85	19	32	
	Üniversite ve üstü	27,33	29	5,62	13	32	
FAGERSTRÖM	Fagerström düşük	28,24	30	4,59	13	32	0,623
	Fagerström orta	27,13	29,5	5,83	14	32	
	Fagerström yüksek	28,21	29	3,63	19	32	

Tablo 15. Beslenme alt faktörü ile sosyodemografik veriler ve FNBT puan dağılımları

		BESLENME					P
		Ortalama	Medyan	Standart Sapma	Minimum Değer	Maksimum Değer Değeri	
CİNSİYET	Kadın	29,66	30	3,59	21	36	0,618
	Erkek	29,65	30	4,69	14	36	
MEDENİ DURUM	Bekar	29,28	30	4,52	14	36	0,956
	Evli	30,38	30	3,76	19	36	
ÇALIŞMA DURUMU							0,316
	Çalışmıyor	29,02	30	4,16	19	36	
	Çalışıyor	30,25	31	4,91	14	36	
	Emekli	30,25	30	3,75	18	36	
EĞİTİM DÜZEYİ	Ortaokul ve altı	30,31	30	3,45	21	36	0,687
	Lise	28,91	30	4,98	14	36	
	Üniversite ve üstü	29,93	31	4,13	19	36	
FAGERSTRÖM	Fagerström düşük	30,06	30	4,13	19	36	0,623
	Fagerström orta	29,56	29	3,08	26	35	
	Fagerström yüksek	28,63	30	5,49	14	34	

Bireylerin umutsuzluk düzeyleri ile SYBDÖ'nün bütün alt faktörleri (fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişki, stres yönetimi) arasında anlamlı korelasyon saptandı (sırasıyla $p=0,002$, $p=0,000$, $p=0,000$, $p=0,000$, $p=0,000$, $p=0,000$). İz sürme A testi ile fiziksel aktivite, manevi gelişim ve stres yönetimi arasında anlamlı ilişki saptandı (sırasıyla $p=0,006$, $p=0,001$, $p=0,020$). İz sürme B testi ile fiziksel aktivite, manevi gelişim ve kişiler arası ilişki arasında anlamlı ilişki saptandı (sırasıyla $p=0,003$, $p=0,003$, $p=0,034$). İz sürme B-A puanı ile fiziksel aktivite alt ölçeği arasında anlamlı ilişki saptandı ($p=0,019$). PNBDÖ pozitif toplam ile beslenme ve stres yönetimi arasında anlamlı ilişki saptandı (sırasıyla $p=0,011$, $p=0,019$). PNBDÖ negatif toplam ile sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişiler arası ilişki ve stres yönetimi arasında anlamlı ilişki saptandı (sırasıyla $p=0,004$, $p=0,000$, $p=0,000$, $p=0,000$, $p=0,022$). PNBDÖ genel toplam ile SYBDÖ'nün bütün alt faktörleri (sağlık sorumluluğu, stres yönetimi, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişki, fiziksel aktivite) arasında anlamlı ilişki saptandı (sırasıyla $p=0,005$, $p=0,002$, $p=0,004$, $p=0,000$, $p=0,001$, $p=0,002$). PNBDÖ pozitif faktörle beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişki ve stres yönetimi arasında anlamlı ilişki saptandı (sırasıyla $p=0,011$, $p=0,026$, $p=0,036$, $p=0,013$). PNBDÖ

negatif faktörle sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişiler arası ilişki, stres yönetimi arasında anlamlı ilişki saptandı (sırasıyla $p=0,038$, $p=0,001$, $p=0,000$, $p=0,000$, $p=0,035$). PNBDÖ dezorganize faktörü ile sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim ve kişiler arası ilişki arasında anlamlı ilişki saptandı (sırasıyla $p=0,000$, $p=0,029$, $p=0,029$, $p=0,024$, $p=0,003$). PNBDÖ taşkınlık faktörü ile sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim ve stres yönetimi arasında anlamlı ilişki saptandı (sırasıyla $p=0,046$, $p=0,033$, $p=0,038$, $p=0,013$, $p=0,000$). PNBDÖ depresif faktörle SYBDÖ alt faktörleri arasında ilişki bulunamamıştır. Yaş ile sağlık sorumluluğu alt faktörü arasında da ilişki saptandı ($p=0,041$).

Tablo 16. SYBDÖ alt faktörleri ile umutsuzluk, içgörü düzeyi, bilişsel işlevler, psikopatoloji ve yaş arasındaki korelasyon

		SAĞLIK SORUM LULUĞ U	FİZİKSEL AKTİVİTE	BESLENME	MANE Vİ GELİŞİ M	KİŞİLE R ARASI İLİŞKİ	STR ES YÖNE TİMİ
BUÖ TOPLAM PUANI	Korelasyon katsayısı (r)	-,498**	-,333**	-,500**	-,609**	-,408**	-,485**
	p	0,000	0,002	0,000	0,000	0,000	0,000
İÇGÖRÜNÜN ÜBDÖ	Korelasyon katsayısı (r)	0,113	0,134	0,079	0,080	0,098	0,125
	p	0,299	0,218	0,472	0,466	0,367	0,252
İZ SÜRME TESTİ A	Korelasyo n katsayısı (r)	-0,173	-,294**	-0,112	-,345**	-0,166	-,250*
	p	0,112	0,006	0,303	0,001	0,127	0,020
İZ SÜRME TESTİ B	Korelasyo n katsayısı (r)	-0,159	-,315**	-0,106	-,319**	-,228*	-0,166
	p	0,143	0,003	0,334	0,003	0,034	0,127
TMB-TMA	Korelasyo n katsayısı (r)	-0,088	-,252*	-0,023	-0,185	-0,193	-0,082
	p	0,422	0,019	0,832	0,088	0,075	0,452
POZİTİF TOPLAM	Korelasyo n katsayısı (r)	-0,158	-0,181	-,273*	-0,208	-0,207	-,252*
	p	0,146	0,096	0,011	0,055	0,056	0,019

Tablo 16. (Devam)

NEGATİF TOPLAM	Korelasyon katsayısı (r)	-,307**	-,407**	-0,187	-,436**	-,391**	-,246*
	p	0,004	0,000	0,085	0,000	0,000	0,022
GENEL TOPLAM	Korelasyon katsayısı (r)	-,303**	-,328**	-,309**	-,401**	-,358**	-,329**
	p	0,005	0,002	0,004	0,000	0,001	0,002
POZİTİF FAKTÖR	Korelasyon katsayısı (r)	-0,170	-0,187	-,272*	-,240*	-,226*	-,267*
	p	0,118	0,084	0,011	0,026	0,036	0,013
NEGATİF FAKTÖR	Korelasyon katsayısı (r)	-,225*	-,361**	-0,170	-,432**	-,398**	-,228*
	p	0,038	0,001	0,117	0,000	0,000	0,035
DEZORGANİZE FAKTÖR	Korelasyon katsayısı (r)	-,404**	-,236*	-,236*	-,244*	-,312**	-0,119
	p	0,000	0,029	0,029	0,024	0,003	0,275
TAŞKINLIK FAKTÖR	Korelasyon katsayısı (r)	-,215*	-,230*	-,224*	-,265*	-0,147	-,377**
	p	0,046	0,033	0,038	0,013	0,177	0,000
DEPRESİF FAKTÖR	Korelasyon katsayısı (r)	-0,007	-0,123	-0,108	-0,206	-0,044	-0,166
	p	0,950	0,260	0,320	0,057	0,690	0,126

** . Korelasyon $p < 0.01$ düzeyinde anlamlıdır.

* . Korelasyon $p < 0.05$ düzeyinde anlamlıdır.

SYBDÖ toplam puanını yordayan etmenleri değerlendirmek için çoklu değişkenli lineer regresyon analizi uygulanmıştır. Regresyon analizi sonucunda PNBDÖ negatif faktör ve Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam puanları SYBDÖ toplam puanının yordayıcıları olarak saptanmıştır. Regresyon modelinin sağlıklı yaşam davranışlarının açıklayıcılık oranı 47.6'dır (Adjusted R Square=0,476) (Tablo 17).

Tablo 17. SYBDÖ toplam puanını yordayan değişkenlerin regresyon analizi sonuçları

Katsayılar ^a										
Standartlanmamış Katsayılar		Standart Katsayılar		95,0% B için Güven Aralığı			Korelasyonlar			
B	Std. Hata	Beta	t	Sig.	Alt Sınır	Üst Sınır	Sıfır Dereceli	Kısmi	Bölüm	
188,782	14,120		13,370	0,000	160,678	216,887				
YAŞ	0,375	0,207	0,144	1,810	0,074	-0,037	0,788	0,116	0,200	0,142
NEGATİF FAKTÖR PNBDO	-2,136	0,456	-0,419	-4,684	0,000	-3,043	-1,228	-0,554	-0,466	-0,368
DEZORGANİZE FAKTÖR PNBDO	-1,977	1,609	-0,105	-1,229	0,223	-5,179	1,226	-0,339	-0,137	-0,096
TAŞKINLIK FAKTÖR PNBDO	-2,450	1,896	-0,114	-1,292	0,200	-6,223	1,324	-0,278	-0,144	-0,101
DEPRESİF FAKTÖR PNBDO	1,570	1,016	0,136	1,546	0,126	-0,452	3,592	-0,131	0,171	0,121
BECK UMUTSUZLUK ÖLÇEĞİ TOPLAM PUANI	-1,864	0,453	-0,387	-4,112	0,000	-2,766	-0,962	-0,555	-0,420	-0,323

5. TARTIŞMA ve SONUÇ

Çalışmamızın örneklemini Mart-Ağustos 2022 tarihleri arasında KTÜ Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı şizofreni polikliniğine ayaktan başvuran, DSM-V tanı ölçütlerine göre şizofreni tanısı almış olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 86 kişi oluşturmuştur. Çalışmamızda sağlıklı yaşam davranışını etkileyen etmenler cinsiyet, çalışma durumu, umutsuzluk düzeyi, İz Sürme Test A ve B puanları ve B-A puanı, PNBDÖ pozitif faktör, PNBDÖ negatif faktör, PNBDÖ dezorganize faktör ve PNBDÖ taşkınlık faktörü olarak bulunmuştur. Regresyon analizinde, sağlıklı yaşam davranışı puanını yordayan etmenler negatif faktör puanı ve umutsuzluk olarak saptanmıştır.

Şizofreni hastalarında genel nüfusa göre daha yüksek tütün tüketimi, daha yüksek nikotin bağımlılığı ve daha düşük sigarayı bırakma oranı görülmektedir (128). Çalışmamızda sigara kullanımı ile cinsiyet arasında ilişki olduğu görülmüştür. Cinsiyet dışındaki diğer sosyodemografik değişkenler (yaş, medeni durum, eğitim durumu gibi) arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Sigara kullananlarda PNBDÖ, içgörü, umutsuzluk ve SYBDÖ puanlarında kullanmayanlara kıyasla anlamlı fark saptanmamıştır. Sigara kullananlarda sigara kullanım şiddeti ile hastalık süresi ($p=0,028$), PNBDÖ pozitif toplam ($p=0,011$) ve PNBDÖ pozitif faktör ($p=0,012$) arasında ilişki bulunmuştur.

Bizim çalışmamızla uyumlu olarak akut psikotik dönemdeki hastalar arasında yapılan çalışmalar, sigara içen hastaların Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (PBDÖ) puanlarının sigara içmeyenlere göre daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur (88). Sigara içen toplam 199 şizofreni hastasının sonuçlarını inceleyen iki çalışma, tütün kullanımının PNBDÖ ölçümlerinde daha yüksek puanlarla ilişkili olduğunu bulmuştur (129, 130). Sigara kullanımı ile ruhsal hastalıklar arasındaki ilişkiyi açıklamak için farklı hipotezler öne sürülmüştür (131). Sigara tüketimi, hastalığın oluşturduğu işlev kaybının getirdiği sıkıntı ve yalnızlık duygularıyla başa çıkmanın bir yolu olabilir. Sigara içmenin en yaygın nedenleri arasında, sigaranın uyarıcı veya sakinleştirici/rahatlatıcı etkisi, günlük sorunlarla başa çıkmada yardımcı olabilmesi, sosyalleşmeye katkı sağlaması ve bağımlılık gibi faktörler bulunmaktadır. Yapılan araştırmalar, sigara içme alışkanlığı ile şizofreni arasında potansiyel bir nedensel ilişki olabileceğini göstermektedir (132). Nikotinin özellikle şizofreni hastalarında nikotinerjik asetilkolin (nACH) reseptörlerine bağlanarak beyin farklı bölgelerinde dopamin ve gama aminobütirik asit (GABA) iletimini kolaylaştırdığı

bilinmektedir (133). Sigara içen şizofreni hastalarında, sigara kullanımının negatif belirtiler ve bilişsel eksiklikler üzerinde olumlu etkileri olduğu rapor edilmiştir (134, 135). Araştırmalar, nikotinin nöroleptik ilaçların yol açtığı ekstrapiramidal belirtileri hafifletebileceğini ve sigara içen hastalar arasında daha az akatizi varlığı olduğunu göstermektedir (136). Kendi kendine tedavi hipotezi, sigara ve psikotik bozukluklar bağlamında en fazla incelenen konular arasındadır. Literatürde yaygın olarak bildirildiği üzere, sigaranın belki de antipsikotik ilaçların kan seviyelerini azaltarak, negatif belirtiler veya ekstrapiramidal yan etkiler üzerinde olumlu etkilere sahip olabileceği düşünülmektedir (137).

Sigara içme üzerine yapılan çeşitli çalışmalar, nikotinin dopaminerjik, kolinerjik ve glutamaterjik nörotransmitter sistemlerinin sinyallerini değiştirebileceğini ve dolayısıyla etkileyebileceğini ileri sürmektedir (138, 139). Psikozdaki negatif belirtiler için nikotinin olası bir terapötik rolü açıklanmıştır. Bu etkinin, nükleus accumbens ve prefrontal korteksteki dopamin seviyelerindeki artışa bağlı olduğu düşünülmektedir. Aslında dopaminerjik teoriye göre, bu bozuklukta mevcut olan negatif belirtiler, dopaminerjik mezokortikal projeksiyonların hipoaktivasyonundan kaynaklanmaktadır ve D1 reseptörlerinin hipostimülasyonuna neden olur. Negatif belirtileri azaltma potansiyeli gösteren atipik antipsikotiklerin de bu hipotezi destekler nitelikte, bunu serotonerjik antagonistik aktivite (5-HT) yoluyla yaptığı düşünülmektedir. Çünkü mezokortikal yolda bu reseptörleri bloke ederek dopamin salınımında artış meydana gelir (140). Bu dinamikler, nikotin ve atipik antipsikotikler arasındaki olası ortak fizyolojiye dikkat çekmiştir. Sigara kullanımı dopamin artışını mezolimbik yolda da yapıyorsa bu durum hastaların pozitif belirti şiddetinde artış ile ilişkilidir. Kendi kendine tedavi teorisine yol açan raporlar, tipik antipsikotiklerle tedavi edilenlere kıyasla atipik antipsikotiklerle tedavi edilen hastalarda sigara içme oranlarının azaldığını ortaya koymuştur (141).

Tütün kullanımının, negatif ve pozitif semptomlarda artışın yanı sıra daha zayıf sosyal işlevsellik ve sosyal uyumla ilişkili olması nedeniyle psikotik hastalık şiddetinin bir belirteci olarak değerlendirilebileceği hala ileri sürülmektedir (88, 142-145). Bununla birlikte çalışmalar, aktif sigara içen şizofreni hastalarının, sigara içmeyenlere göre daha fazla çalışma belleği bozukluğu sergilediğini ve geçmişte sigara içmiş olanlara veya hiç sigara içmemiş olanlara göre bilişsel ve işlevsel sonuçların daha kötü olduğunu göstermiştir (146,

147). Buna ek olarak, 542 psikoz hastasının yatarak takip edildiği bir kohort çalışmasında, sigara kullananlar, ilk hastaneye yatıştan 10 yıl sonra, sigara kullanmayanlara göre daha fazla işlev kaybı gösterdiler ve 10 yıllık süre boyunca depresif belirtilerin sigara içimi ile ilişkisi olduğu görüldü (130).

Psikotik semptomlarla nikotin alımı arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada, şizofreni hastalarında nikotin yoksunluğu üzerine bir değerlendirme yapılmıştır. Araştırma sonucunda, çalışmayı tamamlayan 12 katılımcının pozitif semptomlarında herhangi bir değişiklik saptanmamıştır. İlk gün nikotin bandı ve plasebo uygulanan gruplardaki katılımcılar, nikotin yoksunluğu nedeniyle negatif semptom puanlarında bir artış yaşamışlardır. Ancak, bu artış ilerleyen günlerde kaybolmuştur (148). Nikotin artan güçlendirici etkilerinin şizofrenide sigara içme oranının artmasındaki rolü arasında bir bağlantı olduğu görülmektedir. Bunun nedeni, şizofrenideki negatif semptomların özelliği olan ödül işlemedeki eksiklikler ve ödülle ilişkili beyin devrelerindeki değişiklikler olabilir (149, 150). Şizofreni tanısı olan sigara içenleri kontrol grubu sigara içenlerle karşılaştıran bir fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme (fMRI) çalışmasında araştırmacılar, her iki grubun da sigara içme ipuçlarına karşı beyin reaktivitesine sahip olduğunu, ancak şizofreni grubunda nötr ipuçlarına karşı beyin reaktivitesini azaldığını ve bu etkinin negatif semptomlarla ilişkili olduğunu bulmuşlardır (151). Bu bulgu, şizofrenideki nikotin bağımlılık yapıcı özelliklerinin artmasının, nikotinle ilişkili ipuçlarına karşı daha güçlü bir reaktiviteden kaynaklanmadığını, daha ziyade altta yatan negatif belirtilerle ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Sigara içenlerde ödül öğreniminin bilişsel değerlendirmesini kullanan yeni bir çalışma, genel ödül duyarlılığı ile nikotin isteğinin yoğunluğu arasında negatif bir korelasyon buldu. Bu bulgu, şizofreni hastaları gibi olumsuz duygulanım ve işlevsiz ödül döngüsüne sahip bireylerin nikotin bağımlılığına daha duyarlı olabileceğini düşündürmektedir (152). Birlikte, bu bulgular artan negatif belirtilerin şizofrenide sigaraya karşı duyarlılığın artmasında rol oynayabileceğini ancak etkenlerin tamamını ortaya çıkarmadığını göstermektedir.

Apud ve arkadaşları (2000), yürüttükleri bir çalışmada, tedaviye dirençli ve yatarak tedavi görmüş şizofreni hastalarında antipsikotik tedavinin kesilmesinin ardından 30 gün içinde meydana gelen psikopatolojik değişiklikleri incelemişlerdir. Tedavi öncesinde yapılan değerlendirmede, nikotin kullanan grup içinde paranoid belirtiler, pozitif belirtiler

ve işlev kaybı puanlarının, nikotin kullanmayan gruba kıyasla daha yüksek olduğu bulundu. İstatistiksel olarak anlamlılık sadece pozitif semptomlar grubunda gözlemlendi. İlacı bıraktıktan sonraki ilk haftada, nikotin kullanan grupta paranoya puanlarının belirgin bir şekilde yüksek olduğu görüldü ancak zaman içinde bu farklılığın kaybolduğu gözlemlendi. Sigara kullanan grupta, tedavi öncesinde daha fazla pozitif semptoma sahip olduğu ve bu gruptaki bireylerin daha çok işlev kaybı yaşadığı gözlemlenmiştir (153).

Ziedonis ve ark. sigara kullanan şizofreni hastalarıyla yaptıkları çalışmada, hastaların sigara kullanmaya başladıktan sonra negatif belirti puanlarında azalma ve pozitif belirti puanlarında artış görüldüğünü bulmuşlardır (154). Goff ve ark. ise sigara içenler hastalarda pozitif ve negatif belirti puanlarının sigara içmeyenlere göre daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir (155). Araştırmaların sonuçları, PNBDÖ'nün pozitif semptomları ile sigara bağımlılığı arasında bir bağlantı olduğunu göstermektedir ve bu bulgu, bizim çalışmamızın sonuçlarıyla uyumludur (156, 157). PNBDÖ puanlarında negatif belirtiler ile sigara kullanımı ve bağımlılığı arasında bağlantı olduğunu gösteren çalışmalar da alanyazında yer almaktadır (144, 156-160). Bu çalışmaların sonuçlarından farklı olarak şizofreni hastalarındaki sigara bağımlılığı ile PNBDÖ puanları arasında bir ilişki bulunmadığını gösteren çalışmalar da literatürde mevcuttur (161-164). Bu çalışmalardaki sonuçların değişkenliği metodolojik farklılıklara bağlı olabilir. Bu alanda yapılan çalışmaların çoğu sigara içen ve içmeyen hastaların psikopatolojik durumlarını incelerken az sayıda çalışma nikotin bağımlılık düzeyinin psikopatoloji şiddeti ile olan ilişkisini araştırmıştır (157, 158, 160, 161, 165, 166). Şizofreni heterojen bir hastalık olduğundan, sigara içme alışkanlığının seyri ve değişimi hakkında daha fazla bilgi edinmek için uzun süreli takipli çalışmalara ihtiyaç vardır. Sonuç olarak bizim bulgularımız hastaların sigara içme şiddeti arttıkça pozitif belirti şiddetinin de arttığını gösteriyor. Şizofrenideki negatif belirtiler ve depresif belirtilerle sigara kullanımı arasında ilişki saptamadık. Bu bulgu sigara bırakma müdahalelerinin hastalığın şiddetinin kontrolü için de gerekli olduğunu göstermektedir.

Bulgularımız sağlıklı yaşam davranışını etkileyen negatif belirtiler ve umutsuzluk etkenleri üzerinde durmaktadır. Bulgularımız neticesinde negatif belirtileri ve umutsuzluk düzeyleri yüksek hastaların uzun vadede tedavi arayışlarında azalma olabileceği ve sağlıklı yaşamdan uzak kalabileceklerini düşünülmektedir. Negatif belirtiler şizofreninin kliniğinde sıkça karşılaşılan tablolardan biridir ve şizofreni hastalarında uzun vadeli morbiditenin ve

kötü işlevselliğin büyük bir bölümünü oluşturur (167-169). Pozitif semptomlar çoğunlukla mevcut olan antipsikotik ilaçlarla kontrol edilebilse de negatif semptomlar için sınırlı tedavi seçenekleri mevcuttur ve şizofreninin epidemiyolojisi, etiyolojisi, biyolojisi ve psikofarmakolojisinin anlaşılmasındaki ilerlemelere rağmen negatif belirtiler için hala karşılanmamış bir tıbbi ihtiyaç olmaya devam etmektedir (170). Literatüre bakıldığında psikososyal müdahalelerin negatif semptomların iyileşmesi üzerine umut verici etkisi olduğuna dair bulgular bulunmaktadır (171, 172). Negatif semptomların hastaların iyi oluşuna, fonksiyonelliğine ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesine olan kanıtlanmış etkisi nedeniyle, klinisyenlerin bu semptomları erken tespit edip tedavi hedeflerine eklemeleri son derece önemlidir (173-175). Gelişmiş ülkelerde, ruh sağlığı hizmetleri hastane merkezli modelden toplum merkezli modele doğru evrilmekte ve bu kapsamda toplum ruh sağlığı merkezleri (TRSM) kurulmaktadır. Bu yaklaşım, özellikle şizofreni gibi ciddi ruhsal hastalıkların tedavisinde psikososyal tedaviler ve rehabilitasyon hizmetlerinin daha geniş bir şekilde kullanılmasına ve tedavi hedefine negatif semptomların iyileştirilmesinin eklenmesine olanak sağlamaktadır (176).

Umutsuzluk uzun vadede kişiyi sağlıklı yaşamdan uzaklaştırarak sosyal izolasyona ve beraberinde sedanter yaşam tarzına yaklaştıracaktır. Bu sebeple şizofreni hastalarında ilaç tedavisine ek psikososyal müdahalelerde umut düzeyinin artırılmasına ve sağlıklı yaşam alışkanlıklarının kazandırılmasına önem verilmelidir. Umut düzeyi yüksek olan kişilerde geleceğe yönelik plan yapma ve hedef belirleme yüksek olduğundan sağlıklı yaşam tarzını benimseme eğiliminde olabilirler. Özellikle şizofreni hastalarında umut düzeylerinin ölçülmesi ve düzenli takip edilmesi, tedavinin seyri açısından önemli olacaktır. Yine umut düzeyini korumakla birlikte sağlıklı yaşam alışkanlıklarını hastaya öğretmek ve sürdürmesini sağlamak da tedavi hedefleri arasına alınmalıdır. Zaten hastalığın getirdiği olumsuzluklar ile sosyal yaşamdan uzaklaşan kişiler, sağlık davranışından uzaklaşarak birçok sağlık problemiyle karşılaşabilirler. Yaşam tarzının sadece somatik sağlık durumunu değil, aynı zamanda şizofreni semptomlarının şiddetini ve bunun tam tersini de etkilediği bilinmektedir. Zihinsel durumun kişinin günlük davranışlarını etkilediği ortaya konmuştur (177, 178). Çeşitli araştırmalar, şizofreni hastaları arasında fiziksel aktivitenin pozitif semptomlar ve genel psikopatoloji ile negatif bir ilişkisi olduğunu göstermektedir, negatif semptomların ise düşük fiziksel aktivite ile anlamlı ilişkisi olduğunu gösteren çalışmalar da vardır (179, 180). Bizim çalışma bulgularımızda da negatif belirtiler, dezorganize belirtiler,

taşkınlık belirtileri ve genel psikopatoloji şiddetinin fiziksel aktivite ile ilişkili olduğu görüldü. Literatürde düzenli fiziksel aktivite yapan hastaların bilişsel işlevlerinde de olumlu artış görüldüğü yer almaktadır. Bu sonuçlar, hastalar dikkat ve yürütücü işlevleri daha iyi olduğu için mi daha fazla fiziksel aktivite yapıyorlar yoksa fiziksel aktivite yapmaları bilişsel işlevler üzerine olumlu etkiye mi sahip sorusunu düşündürmekte. Psikiyatrik bozuklukların insanlar üzerindeki etkileri, uzun bir süredir araştırılan bir alan olarak öne çıkmaktadır. İncelenen ilgili çalışmalarda, egzersiz ve fiziksel aktivitenin bazı ruhsal bozukluklar için potansiyel bir tedavi yöntemi olarak önerildiği ve belirli fiziksel aktivitelerin ruhsal hastalıkların tedavisine katkı sağlayabileceği öne sürülmüştür (181). Fiziksel aktiviteler arasında ev temizliği yapmak, koşmak, yüzmek, günlük yaşam içindeki aktiviteler, yürüyüş yapmak, egzersiz yapmak, dans veya hareket etmek, bisiklet sürmek gibi birçok hareketli etkinlik bulunmaktadır. Fiziksel aktivitenin kişinin hem ruh hem de bedenini sağlığını olumlu yönde etkilediğine dair birçok çalışma literatürde yer almaktadır (182).

Fiziksel aktivite psikiyatrik ve psikosomatik hastalıkların tedavisinde önemli bir yardımcı tedavi yöntemi olarak dikkat çekmektedir. Buschert ve arkadaşları (2019) hastanede yatan major depresyon hastaları üzerinde gerçekleştirdiği çalışmada, mevcut yatan hasta tedavilerine eklenen fiziksel egzersiz programının hastalardaki bilişsel performans üzerindeki etkilerini değerlendirmişlerdir ve fiziksel egzersiz yapmanın kişilerin bilişsel işlevlerinde olumlu etkileri olduğu görülmüştür (183). Artan bilimsel bulgular, fiziksel aktivitenin insanlar üzerinde olumlu etkileri olduğunu göstermektedir. Fiziksel aktivitenin bilinen kalp sağlığını koruma etkisinin yanı sıra, birçok çalışma, farklı egzersiz programlarının çeşitli beyin fonksiyonlarında belirgin bir iyileşme sağladığını göstermektedir. Henüz tam olarak anlaşılamamış olsa da, ruhsal sağlık, nörodejeneratif hastalıklar ve edinilmiş beyin hasarları alanındaki bulguların çoğu ile hem insanlarda hem de deney hayvanlarında nöroproteksiyon (nöron korunması) için umut verici kanıtlar sunulmaktadır (184). Dinas ve arkadaşları (2011) tarafından yapılan bir araştırma, egzersiz ve fiziksel aktivitenin ruhsal bozukluk semptomları üzerinde antidepresan kullanılan tedavilerle karşılaştırılabilir düzeyde olumlu etkilere sahip olduğunu göstermektedir (185). Rosenbaum ve arkadaşlarının (2014) yaptığı bir çalışmada, ruhsal hastalığı olan bireylerde fiziksel aktivitenin depresif semptomlar üzerindeki etkilerini ve şizofreni semptomları, antropometrik ölçümler, aerobik kapasite ve yaşam kalitesi gibi ikincil hedefler üzerindeki etkilerini belirlemek amacıyla bir çalışma gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmanın sonuçları, fiziksel

aktivitenin ruhsal hastalığı olan bireylerde depresif belirtileri azalttığını göstermektedir (186).

Sharma ve arkadaşlarının (2006) çalışmasına göre, fiziksel aktivitenin anksiyete, depresyon ve olumsuz duygudurumu azaltmaya yardımcı olduğu, özsaygıyı artırdığı ve bilişle ilgili fonksiyonları iyileştirdiği gösterilmiştir ve ayrıca zihinsel sağlık üzerinde olumlu etkilere sahip olduğu bulunmuştur (187). Lebiecka ve arkadaşlarının (2019) yaptığı bir araştırmada, antipsikotik tedavi etkileri, düşük fiziksel egzersiz veya temelde kardiyometabolik nedenlerle ölüm oranları arasında ilişki olduğu bulunmuştur. Bu bağlamda, psikolojik tedaviler ve sağlıklı beslenme alışkanlıkları kazandırılması ile birlikte fiziksel egzersizin, metabolik sendrom, kardiyovasküler uygunluk ve bilişsel performans gibi alanları olumlu etkilediği gözlemlenmiştir (188).

Umutsuzluk, insan yaşamı için büyük bir öneme sahiptir. Beck ve ark. (1975, 1974) yaptıkları çalışmalarda, yatarak tedavi gören ve intihar öyküsü bulunan hastalar üzerinde incelemeler yapmışlardır. Bu çalışmalarda umutsuzluğun intihar eğilimi için risk faktörü olduğu gösterilmiştir. Ayrıca, umutsuzluk fark edilip tedavi planı içine eklendiğinde hem depresif belirtiler hem suisid düşünceler arasındaki ilişkinin kaybolduğunu bulmuşlardır. (189,190). Lysaker ve arkadaşları (2005), şizofreni hastalarında içgörü ve umut seviyelerinin birbirleriyle bağlantılı olduğunu ve umutlu olmanın ve hastalığa dair içgörü artışının hastalığa ve tedavi sürecine uyum sağlamayı kolaylaştırdığını bulmuşlardır (191). Salerno (2002) tarafından yapılan araştırmada, şizofreni hastalarındaki umut düzeyinin yüksek olmasının hastalığa uyum ve başa çıkma üzerinde olumlu etkisi olduğu görülmüştür. Ayrıca umutlu olmanın kişideki kendilik algısını da geliştirdiği bulunmuştur (192). Lyu ve Zhang (2014), umut düzeyi düşük olan şizofreni hastalarının daha fazla intihar girişiminde bulunduğunu vurgulamışlardır (193). Bu çalışma, umudun, şizofreni hastalarındaki mortalite riski üzerindeki etkisini vurgulamaktadır. Umut, hastaların hastalıklarıyla mücadele ederken motivasyonlarını artıran ve iyileşme sürecine katkıda bulunan önemli bir faktördür. Bu nedenle, umudun, şizofreni hastalarının tedavisinde ve desteklenmesinde önemli bir rol oynadığı bilinmektedir. Vrbova ve ark. (2017) çalışmasında, şizofreni için umudun hastaların yaşam kalitesinin önemli bir belirleyicisi olduğunu göstermişlerdir (194).

Günümüzde, şizofreni tedavisinde farmakolojik tedavilerin yanı sıra psikososyal müdahalelerin de birlikte kullanılmasının tedavi süreçlerine önemli katkılar sağladığı kabul

edilmektedir. Özellikle şizofreni hastalarının negatif belirtileriyle başa çıkmalarına yardımcı olmak amacıyla uygulanan rehabilitasyon tedavisi, bu tedavi yaklaşımının önemli bir parçasını oluşturur. Psikiyatrik rehabilitasyon, ruhsal bozukluğu olan hastaların yaşamlarındaki işlevsellik kayıplarını en aza indirmeyi, ruhsal, sosyal ve mesleki işlevselliklerini artırmayı ve yaşam kalitelerini iyileştirmeyi hedefler. Bu doğrultuda, rehabilitasyon programları hastaların bireysel ihtiyaçlarına ve hedeflerine yönelik olarak tasarlanır. Bu programlar, hastaların toplum içinde aktif bir rol üstlenmelerini ve bağımsızlıklarını artırmalarını sağlamak için çeşitli müdahaleleri içerir. Rehabilitasyonun temel amaçlarından biri, hastaların sadece hasta kimlikleriyle sınırlı kalmamasını, aynı zamanda toplumun bir parçası olarak aktif bir yaşam sürdürmelerini teşvik etmektir. Bu nedenle, rehabilitasyon süreci boyunca hastaların toplumsal etkileşimlerine ve bireysel yeteneklerine odaklanılır. Hastaların kendi yeteneklerine ve potansiyellerine güvenmeleri, sosyal hayatlarında daha aktif bir rol oynamaları teşvik edilir. Ayrıca, hastaların sadece hastalıklarıyla değil, aynı zamanda diğer toplumsal kimlikleriyle de özdeşleşmeleri ve bireysel olarak gelişmeleri için destek sağlanır (195). Şizofrenide psikiyatrik uyumlandırma girişimlerinde hedef, hastanın negatif semptomlarını kontrol altına almayı sağlamak, kişinin hayatını bağımsız devam ettirebilmesi için sosyal yeteneklerini artırmak, hastanın içgörü kazanmasını sağlayarak tedaviye uyumu artırmak ve hastaneye yatış sıklığını azaltmaktır (196). Psikiyatrik rehabilitasyon programlarında hastanın sosyal ve kişiler arası ilişkilerinin geliştirilmesi, sağlıklı iletişim teknikleri öğretilmesinin yanı sıra relapsları önlemek, hastanın kaybettiği yetileri kazandırmak gibi kazanımlar da vardır (197). Yakın zamanda yayınlanan bir derlemede, şizofreni tedavisinde psikososyal rehabilitasyon uygulamalarının kanıta dayalı uygulamalar olarak kabul edilmesi gerektiğini ve bu uygulamaların hastalığın seyrindeki önemi vurgulanmıştır (198). Şizofreni tedavisinde işlevsel sonuçlarla ilgili yüksek kanıt düzeyine sahip çalışmalar, aile psikoeğitimi, bireysel psikoeğitim, sosyal beceri eğitimi, bilişsel terapi gibi psikososyal müdahalelerin etkili olduğunu göstermektedir (199-202). Bu rehabilitasyon müdahalelerinin, hastaların sağlıklı yaşam becerilerini geliştirmeye yönelik bir şekilde düzenlenmesi önemlidir. Fiziksel egzersiz, sağlıklı beslenme, sosyal beceri eğitimi gibi ilgili müdahaleler, hastaların sağlıklı yaşam davranışlarını teşvik etmek için hedef olarak belirlenebilir. Bu nedenle, bu araştırma sonuçlarına dayanarak, şizofreni tanısı almış bireylerin işlevselliğini artırmayı amaçlayan müdahale programlarının tasarlanırken yaşam becerilerine odaklanılması ve bu sonuçların uzun vadeli izleme

çalışmalarıyla desteklenmesi önemli olacaktır.

Değişim, kayıp ve hastalık gibi zorlayıcı durumlarla başa çıkmak, zihinsel ve fiziksel sağlığın belirleyicisi olarak kabul edilir ve daha yüksek yaşam kalitesi ile ilişkilendirilir (203). Umut, danışanların iyileşme hissiyle bağlantılıdır ve hem psikoterapide hem de fiziksel rehabilitasyon tedavilerinde daha iyi tedavi sonuçlarıyla ilişkilidir (204). Umutsuzluk, sağlık sorunlarıyla ilişkilendirilmiş ve depresif belirtiler ve tıbbi risk faktörleri göz önüne alındığında bile bağımsız bir mortalite nedeni olarak kabul edilmiştir (205). Umut/umutsuzluk, ruhsal ve fiziksel sorunlara yönelik tedaviye bağlılık ve uyum düzeyini yordayan önemli bir klinik semptomdur. Umut, insanları hedeflerine doğru ilerlemeye teşvik eden olumlu bir motivasyon durumu olarak anlaşılabilir (206). Umut, duygusal uyum, olumlu duygulanım, yaşam doyumu, amaç duygusu, yaşam kalitesi ve sosyal destek dahil olmak üzere psikososyal süreçler ve sosyal refah sonuçlarıyla da ilişkilendirilmiştir (207). Sağlık ve yaşlanma araştırmacıları arasında, daha umutlu yaşlı yetişkinlerin kendi algılarının daha iyi sağlık ve işlevsellik bildirdiğine dair giderek artan bir kabul vardır (208). Araştırmalar, tüm nedenlere bağlı ölüm riskinin azalması ve fiziksel aktivitenin artması da dahil olmak üzere umut ile daha iyi sağlık arasındaki pozitif ilişkiyi vurgulamış olsa da, umudun nasıl bir sağlık aracı olduğunu anlamak için ileri çalışmalara ihtiyaç vardır (209).

Khan ve arkadaşlarının (2023) çalışması, toplumda yaşayan 55 yaş ve üzeri yetişkinlerden oluşan bir grupta umudun sağlık davranışlarıyla pozitif yönde ilişkili olduğunu göstermiştir (210). Benzer bulgular Feldman ve Dreher (2012) tarafından ABD'deki üniversite öğrencilerinde umut ve sağlık davranışları üzerine yaptıkları çalışmada da rapor edilmiştir ve bu çalışmalar yetişkinler arasında sağlıklı yaşam tarzı davranışlarına ilişkin ilk bulgulardan bazılarını sunmaktadır. Ayrıca tahmin edildiği gibi, umut düzeyi yüksek olan katılımcılar geleceklerinin daha olumlu olduğunu ve sağlıklarının daha iyi olduğunu bildirmişlerdir (211). Bu bulgular yaşlı yetişkinlerde umut ve refah üzerine mevcut literatürle uyumludur. Hoppman ve ark. (2007), geleceğe dair umutlu olmanın yaşlı yetişkinlerde olumlu duygulanımın güçlü bir yordayıcısı olduğunu belirtmiştir (212). Umut düzeyi yüksek olan insanlar aşırı stres dönemlerini daha etkili bir şekilde yönetebilirler, çünkü daha yüksek umut, hedefe ulaşmaya yönelik tehditlere karşı pasif olmaktan çok yapıcı tepkileri öngörmektedir. Yüksek umut puanları daha fazla akademik başarı, daha fazla sağlık okuryazarlığı ve daha iyi psikolojik uyum ile ilişkilendirilmiştir (213). Yüksek umut,

uyumsal işlevsellik ve kişisel zorluklara uyum sağlama ile ilişkili görülmektedir (214).

Klinik ve toplumsal araştırmaların sonuçlarına dayanarak, etkinliği bilimsel olarak kanıtlanmış olan psikoeğitim günümüzde hasta/sağlıklı bireyler ve ailelerine yönelik birçok farklı alanda psikososyal müdahale olarak uygulanmaktadır (215, 216). Literatürde yer alan çalışma sonuçlarına göre farklı psikiyatrik hastalık gruplarında psikoeğitimin tek başına veya diğer tedavi yaklaşımlarıyla birlikte uygulandığı takdirde olumlu sonuçlar ortaya çıkardığı görülmektedir (217, 218). Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), hastalara yaşadıkları semptomlar ve bu semptomlara verdikleri tepkiler konusunda farklı bir bakış açısı kazandırmayı hedefleyerek belirtilerin şiddetini azaltmayı, nüksleri önlemeyi ve işlevsellik düzeyini iyileştirmeyi amaçlar. Son yıllarda yapılan çalışmalarda BDT protokolü, pozitif semptomlar, negatif semptomlar, genel işlevsellik, prodromal evre, psikoz gelişimi riski taşıyan bireyler ve eşlik eden depresyon, anksiyete, madde kullanımı, travma sonrası stres bozukluğu gibi psikiyatrik bozuklukların tedavisinde kullanılmıştır (219-221). Yapılan meta-analizlerde Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) protokolünün düşük-orta düzeyde etkinlik gösterdiği bulunmuştur. Pozitif belirtiler için BDT'nin etki büyüklüğü bir meta-analizde, standart tedavi alan grupla karşılaştırıldığında 0,31 olarak bulunmuştur (222). Başka bir meta-analizde ise bu etki büyüklüğü 0,37 olarak rapor edilmiştir. Negatif belirtiler için ise BDT'nin etki büyüklüğü bir meta-analizde 0,44 olarak bildirilmiştir (223). Fakat başka bir meta-analizde, BDT protokolünün genel psikopatoloji düzeyi ve pozitif semptomlar üzerinde etkisinin olduğu, negatif semptomlar üzerindeki etkinliğinin ise hala tartışmalı olduğu ifade edilmiştir (224).

Sağlık riski taşıyan davranışlar, kronik tıbbi sorunların gelişme riskini artırabilir. Bu davranışlar arasında hareketsiz yaşam tarzı, tütün kullanımı, kötü beslenme alışkanlıkları ve obezite bulunmaktadır (225-227). Özellikle obezite, sigara içme alışkanlığı ve yetersiz fiziksel aktivite, kalp hastalığı ve diyabet gibi kronik rahatsızlıkların erken ortaya çıkmasına neden olabilir (228). Ayrıca, şizofreni, şizoaftif bozukluk ve bipolar bozukluk gibi ciddi psikiyatrik hastalıklarla ilişkilendirilen sağlık riski taşıyan davranışların yaygın olduğu görülmüştür. Bu hastalar, genellikle düşük öz bakım düzeyine sahiptir ve diyetlerine uyma, düzenli egzersiz yapma, sigarayı bırakma, reçete edilen ilaçları düzenli olarak alma konularında sorunlar yaşadıkları görülmüştür (229, 230). Araştırmalar, şizofreni hastalarının genel nüfusa kıyasla daha fazla kronik hastalığa sahip olduğunu göstermektedir (231-235).

Bu hastalar arasında obezitenin, fiziksel aktivitenin eksikliğinin ve tütün kullanımının yaygın olduğu tespit edilmiştir (128, 230, 236). Ancak, bu davranışların şizofreninin semptomları ve seyriyle olan ilişkisini inceleyen çalışmalar sınırlıdır. Sağlık riski taşıyan bu davranışlar ile semptom şiddeti veya işlevsellik arasındaki ilişkinin daha fazla araştırılması, psikiyatri kliniklerinde sağlık riski davranışlarının tespiti ve yönetiminin daha yaygın bir şekilde uygulanmasına katkı sağlayabilir.

Joseph ve arkadaşları, geriye dönük yapılan sekiz prospektif çalışmayı inceledikleri bir araştırma yapmışlardır. Bu çalışmaların yedisinde, sağlık riski taşıyan davranışlar ile sonrasında ortaya çıkan hastalık semptomlarının ciddiyeti veya işlevsellik düzeyi arasında bir ilişki bulmuşlardır (237). Bu çalışmalarda incelenen sağlık riski taşıyan davranışlar kilo alma/obezite ve tütün kullanımı olarak saptanmıştır. Ancak, hareketsiz yaşam tarzı veya fiziksel hareketsizlik gibi diğer sağlık riski taşıyan davranışları inceleyen bir çalışma bulunamamıştır. Ayrıca, sağlık riski taşıyan davranışların kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerde semptomların ciddiyeti üzerinde bir belirleyici olup olmadığı veya bu davranışların daha sonraki semptom şiddeti ve işlevsel bozulma üzerindeki etkisi henüz açıklığa kavuşmamıştır.

Çalışmamızda şizofreni tanılı hastalarda tütün kullanımı ve sağlıklı yaşam davranışının içgörü, umutsuzluk, yürütücü işlevler ve psikopatoloji ile ilişkisi araştırılmıştır. Ayrıca sosyodemografik özellikler, hastalığa ait veriler (yatış durumu, hastada içgörü varlığı veya eksikliği) ve şizofreninin pozitif, negatif semptomları ve hastalık şiddeti ile tütün kullanımı ve sağlıklı yaşam davranışı geliştirme arasındaki ilişki araştırılarak, şizofreni hastalarında sağlıklı yaşam davranışları sürdürme nedenlerini yordayabilecek ölçütlerin gelişmesine katkı sağlanması amaçlanmıştır.

Araştırmamızın bazı sınırlılıkları vardır. Hasta örnekleminin sınırlı sayıda olması, genellemeler yapmayı zorlaştırabilir. Hastaların sağlıklı yaşam davranışı, belirtiler ve umutsuzluk düzeyleri kesitsel olarak değerlendirilmiştir. Psikomotor hız ve yürütücü işlevleri değerlendirmemize karşın diğer bilişsel alanlar değerlendirmeye alınmamıştır. Çalışmamızda ilaç dozları ve yan etkilerinin değerlendirilmemiş olması önemli bir kısıtlılıktır. İlaçlar ve oluşturduğu yan etkiler bilişsel işlevleri ve sağlıklı yaşam davranışını olumsuz etkileyebilir ve sigara kullanım şiddeti ile ilişkili olabilir.

Elde ettiğimiz verileri, literatürdeki bilgilerle birleştirerek, şizofreni hastalarında

fiziksel hastalık riskini azaltma, yaşam süresini artırma ve ölüm oranlarını düşürme amacıyla alınabilecek tedbirleri ve etkili müdahaleleri tartıştık. Bu bağlamda, hastalığın başlangıcından itibaren ruhsal sağlığın yanı sıra tıbbi izlem, fiziksel hastalıkların önlenmesi, erken teşhis ve tedavi, hastaların sağlıklı bir yaşam sürmelerini destekleyen rehabilitasyon programlarının uygulanması, yaşam tarzı danışmanlığı ve psikiyatri dışı disiplinlerle iş birliği yapma gibi bütüncül bir yaklaşımın gerekliliği önemlidir. Sonuç olarak, hastaların bakım ve tedavisinde, hastalığın başlangıcından itibaren biyopsikososyal bir model içinde çok disiplinli bir yaklaşımın esas alınması gerekmektedir. Bu çalışmanın bulgularının, bu alandaki bilimsel literatüre katkı sağlayacağına inanıyoruz; ancak, farklı ortamlarda yaşayan daha geniş bir hasta popülasyonunu içeren, karşılaştırmalı ve daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

6. KAYNAKLAR

1. Awad AG, Voruganti LNP, Heslegrave RJ (1997). Measuring quality of life in patients with schizophrenia. *Pharmacoeconomics* 11(1): 32-47.
2. Sadock BJ, Sadock V (2000). Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins, Philadelphia: 230-278.
3. Öztürk O, Uluşahin N (2018). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. On beşinci baskı. Nobel Tıp Kitapevi, Ankara; Sayfa: 189-244.
4. Piotrowski P, M Gondek T, Królicka-Deręgowska A, Misiak B, Adamowski T, Kiejna A (2017). Cause of mortality in schizophrenia: An updated review of European studies. *Psychiatr Danub* 29: 108-120.
5. Laursen TM, Munk-Olsen T, Vestergaard M (2012). Life expectancy and cardiovascular mortality in persons with schizophrenia. *Current Opinion Psychiatry* 25: 83-88.
6. Azad MC, Shoesmith WD, Al Mamun M, AF Abdullah, Naing DK, Phanindranath M, Turin TC (2016). Cardiovascular diseases among patients with schizophrenia. *Asian J Psychiatry* 19: 28-36.
7. Stubbs B, Vancampfort D, De Hert M, Mitchell AJ (2015). The prevalence and predictors of type two diabetes mellitus in people with schizophrenia: A systematic review and comparative meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 132: 144-57.
8. Toftdahl NG, Nordentoft M, Hjorthøj C (2016). Prevalence of substance use disorders in psychiatric patients: A nationwide Danish population-based study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 51: 129-40.
9. Hjorthøj C, Østergaard ML, Benros ME, Toftdahl NG, Erlangsen A, Andersen JT, Nordentoft M (2015). Association between alcohol and substance use disorders and all-cause and cause-specific mortality in schizophrenia, bipolar disorder, and unipolar depression: A nationwide, prospective, register-based study. *Lancet Psychiatry* 2: 801-808.
10. Stubbs B, Williams J, Gaughran F, Craig T (2016). How sedentary are people with psychosis? A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research* 171: 103-109.
11. Fleury MJ, Grenier G, Bamvita JM, Caron J (2010). Professional service utilization among patients with severe mental disorders. *BMC Health Services Research* 10, 141.
12. Correll CU, Detraux J, De Lepeleire J, De Hert M (2015) Effects of antipsychotics,

- antidepressants and mood stabilizers on risk for physical diseases in people with schizophrenia, depression and bipolar disorder. *World Psychiatry* 14:119-136.
13. Buhagiar K, Parsonage L, Osborn DP (2011). Physical health behaviours and health locus of control in people with schizophrenia-spectrum disorder and bipolar disorder: A cross-sectional comparative study with people with non-psychotic mental illness. *BMC Psychiatry* 11(104).
 14. Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A (2008). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 12: 1-12.
 15. Lincoln TM, Lullmann E, Rief W (2007). Correlates and long-term consequences of poor insight in patients with schizophrenia: A systematic review. *Schizophrenia Bulletin* 33(6): 1324-1342.
 16. Erol A, Delibas H, Bora O, Mete L (2015). The impact of insight on social functioning in patients with schizophrenia. *International Journal of Social Psychiatry* 61: 379-385.
 17. Mohamed S, Rosenheck R, McEvoy J, Swartz M, Stroup S, Lieberman JA (2009). Cross-sectional and longitudinal relationships between insight and attitudes toward medication and clinical outcomes in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 35(2): 336-346.
 18. Barrett EA, Sundet K, Faerden A, Agartz I, Bratlien U, Romm KL, Mork E, Rossberg JI, Steen NE, Andreassen OA, Melle I (2010). Suicidality in first episode psychosis is associated with insight and negative beliefs about psychosis. *Schizophrenia Research* 123(2-3): 257-262.
 19. Valiente C, Provencio M, Espinosa R, Chaves C, Fuentenebro F (2011). Predictors of subjective well-being in patients with paranoid symptoms: Is insight necessarily advantageous? *Psychiatry Research* 189(2): 190-194.
 20. Lysaker P, Bell M, Milstein R, Bryson G, Beam-Goulet J (1994). Insight and psychosocial treatment compliance in schizophrenia. *Psychiatry* 57: 307-315.
 21. Mashiach-Eizenberg M, Hasson-Ohayon I, Yanos PT, Lysaker PH, Roe D (2013). Internalized stigma and quality of life among persons with severe mental illness: The mediating roles of self-esteem and hope. *Psychiatry Research* 208(1): 15-20.
 22. Noh C, Choe K, Yang B (2008). Hope from the perspective of people with schizophrenia (Korea). *Archives of Psychiatric Nursing* 22(2): 69-77.
 23. Öz, F. (2010). Sağlık Alanında Temel Kavramlar. İkinci Baskı. Mattek Matbaacılık

- Basımevi, Ankara; Sayfa: 189-224.
24. Savaşan A, Ayten M, Ergene O (2013). Koroner arter hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve umutsuzluk. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 4(1): 1-6.
 25. Brewer WJ, Wood SJ, Phillips LJ, Francey SM, Pantelis C, Yung AR, Cornblatt B, McGorry P (2006). Generalized and specific cognitive performance in clinical high-risk cohorts: A review highlighting potential vulnerability markers for psychosis. *Schizophrenia Bulletin* 32: 538-555.
 26. Addington J, Barbato M (2012). The role of cognitive functioning in the outcome of those at clinical high risk for developing psychosis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 21: 335-342.
 27. Ceylan ME (2009). *Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri*. Birinci baskı. İncekara Kağıt Yayınevi, İstanbul; Sayfa: 75-831.
 28. Hill SK, Reilly JL, Keefe RS, Gold JM, Bishop JR, Gershon ES, Tamminga CA, Pearlson GD, Keshavan MS, Sweeney JA (2013). Neuropsychological impairments in schizophrenia and psychotic bipolar disorder: Findings from the bipolar-schizophrenia network on intermediate phenotypes (B-SNIP) study. *American Journal of Psychiatry* 170: 1275-1284.
 29. Ertuğrul A (2010). *Şizofreninin Nörobiyolojisi*. Birinci baskı. Temel Psikofarmakoloji. Ankara; Sayfa: 354.
 30. GBD 2016 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators (2017). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: A systematic analysis for the global burden of disease study 2016. *The Lancet* 390(10100): 1211-1259.
 31. Kadakia A, Catillon M, Fan Q, Williams GR, Marden JR, Anderson A, Kirson N, Dembek C (2022). The economic burden of schizophrenia in The United States. *The Journal of Clinical Psychiatry* 83(6): 22m14458.
 32. Janoutová J, Janáčková P, Šerý O, Zeman T, Ambroz P, Kovalová M, Varechová K, Hosák L, Jířík V, Janout V (2016). Epidemiology and risk factors of schizophrenia. *Neuroendocrinology Letters* 37(1): 1-8.
 33. Charlson FJ, Ferrari AJ, Santomauro DF, Diminic S, Stockings E, Scott JG, McGrath JJ, Whiteford HA (2018). Global epidemiology and burden of schizophrenia: Findings from the global burden of disease study 2016. *Schizophrenia Bulletin* 44(6): 1195-1203.

34. Chen Y, Yu L, Liu Y, Long Q, You X, Liu J, Zeng Y (2022). In-depth investigations of the molecular basis underlying sex differences among middle-aged and elderly schizophrenia populations. *Psychiatric Genetics* 32(5): 178-187.
35. Panov G (2022). Gender-associated role in patients with schizophrenia. Is there a connection with the resistance? *Frontiers in Psychiatry* 13.
36. Jauhar S, Johnstone M, McKenna PJ (2022). Schizophrenia. *Lancet* 399(10323): 473-486.
37. Lin D, Kim H, Wada K, Aboumrad M, Powell E, Zwain G, Benson C, Near AM (2022). Unemployment, homelessness, and other societal outcomes in patients with schizophrenia: a real-world retrospective cohort study of the United States Veterans Health Administration database: Societal burden of schizophrenia among US veterans. *BMC Psychiatry* 22(1): 458.
38. Yung NCL, Wong CSM, Chan JKN, Chang WC (2023). Mortality rates in people with first diagnosis of schizophrenia-spectrum disorders: A 5-year population-based cohort study. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 57(6): 854-864.
39. Ward HB, Beermann A, Nawaz U, Halko MA, Janes AC, Moran LV, Brady RO (2022). Evidence for schizophrenia-specific pathophysiology of nicotine dependence. *Frontiers in Psychiatry* 13: 804055.
40. Crawford P, Go KV (2022). Schizophrenia. *American Family Physician* 106(4): 388-396.
41. Zamanpoor M (2020). Schizophrenia in a genomic era: A review from the pathogenesis, genetic and environmental etiology to diagnosis and treatment insights. *Psychiatric Genetics* 30(1): 1-9.
42. Nehme R, Pietiläinen O, Artomov M, Tegtmeyer M, Valakh V, Lehtonen L, Bell C, Singh T, Trehan A, Sherwood J, Manning D, Peirent E, Malik R, Guss EJ, Hawes D, Beccard A, Bara AM, Hazelbaker DZ, Zuccaro E, Genovese G, Eggan K (2022). The 22q11.2 region regulates presynaptic gene-products linked to schizophrenia. *Nature Communications* 13(1): 3690.
43. van Os J, Krabbendam L, Myin-Germeys I, Delespaul P (2005). The schizophrenia envirome. *Current Opinion in Psychiatry* 18(2): 141-145.
44. McGrath J, Saha S, Welham J, El Saadi O, MacCauley C, Chant D (2004). A systematic review of the incidence of schizophrenia: The distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. *BMC Medicine* 2: 13.

45. Ayano G (2016). Schizophrenia: a concise overview of etiology, epidemiology diagnosis and management: Review of literatures. *Journal of Schizophrenia Research* 3(2): 2-7.
46. Zhang H, Khan A, Kushner SA, Rzhetsky A (2022). Dissecting schizophrenia phenotypic variation: The contribution of genetic variation, environmental exposures, and geneenvironment interactions. *Schizophrenia* 8(1): 51.
47. Malaspina D, Harlap S, Fennig S, Heiman D, Nahon D, Feldman D, Susser ES (2001). Advancing paternal age and the risk of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry* 58(4): 361-367.
48. Kong A, Frigge ML, Masson G, Besenbacher S, Sulem P, Magnusson G, Gudjonsson SA, Sigurdsson A, Jonasdottir A, Jonasdottir A, Wong WS, Sigurdsson G, Walters GB, Steinberg S, Helgason H, Thorleifsson G, Gudbjartsson DF, Helgason A, Magnusson OT, Thorsteinsdottir U, Stefansson K (2012). Rate of de novo mutations and the importance of father's age to disease risk. *Nature* 488(7412): 471-475.
49. Kristensen K, Cadenhead KS (2007). Cannabis abuse and risk for psychosis in a prodromal sample. *Psychiatry Research* 151(1-2): 151-154.
50. Zammit S, Allebeck P, Andreasson S, Lundberg I, Lewis G (2002). Self-reported cannabis use as a risk factor for schizophrenia in Swedish conscripts of 1969: Historical cohort study. *BMJ* 325(7374): 1199.
51. Arseneault L, Cannon M, Poulton R, Murray R, Caspi A, Moffitt TE (2002). Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: Longitudinal prospective study. *BMJ* 325(7374): 1212-1213.
52. Szöke A, Charpeaud T, Galliot AM, Vilain J, Richard JR, Leboyer M, Llorca PM, Schürhoff F (2014). Rural-urban variation in incidence of psychosis in France: A prospective epidemiologic study in two contrasted catchment areas. *BMC Psychiatry* 14(78).
53. Martínez-Ortega JM, Carretero MD, Gutiérrez-Rojas L, Díaz-Atienza F, Jurado D, Gurpegui M (2011). Winter birth excess in schizophrenia and in non-schizophrenic psychosis: Sex and birth-cohort differences. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry* 35(7): 1780-1784.
54. Janoutová J, Janáčková P, Šerý O, Zeman T, Ambroz P, Kovalová M, Varechová K, Hosák L, Jirík V, Janout V (2016). Epidemiology and risk factors of schizophrenia. *Neuroendocrinology Letters* 37(1): 1-8.

55. McGrath JJ, Eyles DW, Pedersen CB, Anderson C, Ko P, Burne TH, Norgaard-Pedersen B, Hougaard DM, Mortensen PB (2010). Neonatal vitamin D status and risk of schizophrenia: A population-based case-control study. *Archives of General Psychiatry* 67(9): 889-894.
56. Werbeloff N, Levine SZ, Rabinowitz J (2012). Elaboration on the association between immigration and schizophrenia: A population-based national study disaggregating annual trends, country of origin and sex over 15 years. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 47: 303.
57. Akbey ZY, Yildiz M, Gündüz N (2019). Is there any association between childhood traumatic experiences, dissociation and psychotic symptoms in schizophrenic patients?. *Psychiatry Investigation* 16(5): 346-354.
58. Uyan TT, Baltacıoğlu M, Hocaoglu C (2022). Relationships between childhood trauma and dissociative, psychotic symptoms in patients with schizophrenia: A case-control study. *General Psychiatry* 35(1).
59. Marchi M, Elkrief L, Alkema A, van Gastel W, Schubart CD, van Eijk KR, Luykx JJ, Branje S, Mastrotheodoros S, Galeazzi GM, van Os J, Cecil CA, Conrod PJ, Boks MP (2022). Childhood maltreatment mediates the effect of the genetic background on psychosis risk in young adults. *Translational Psychiatry* 12(1): 219.
60. Ceylan ME, Çetin M (2005). *Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri*. Üçüncü Baskı. Şizofreni, İstanbul; Sayfa: 83-613.
61. Stahl SM (2003). *Temel Psikofarmakoloji Nörobilimsel Temeli ve Pratik Uygulamalar*. Üçüncü Baskı. Yelkovan Yayıncılık, İstanbul; Sayfa: 365-459.
62. Crow TJ (1985). The two-syndrome concept: Origins and current status. *Schizophrenia Bulletin* 11(3): 471-486.
63. Joyce EM, Roiser JP (2007). Cognitive heterogeneity in schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry* 20(3): 268.
64. Addington J, Heinssen R (2012). Prediction and prevention of psychosis in youth at clinical high risk. *Annual Review of Clinical Psychology* 8: 269-289.
65. Owen MJ, Sawa A, Mortensen PB (2016). Schizophrenia. *The Lancet* 388(10039):86-97.

66. Ishii J, Kodaka F, Miyata H, Yamadera W, Seto H, Higuchi H, Tsuruoka Y, Shigeta M (2022). Association between functional recovery and medication adherence in schizophrenia. *Neuropsychopharmacology Reports* 42(4): 510-515.
67. Gaebel W, Kerst A, Stricker J (2020) Classification and diagnosis of schizophrenia or other primary psychotic disorders: changes from ICD-10 to ICD-11 and implementation in clinical practice. *Psychiatr Danub* 32(3-4): 320-324.
68. Casey DA, Rodriguez M, Northcott C, Vickar G, Shihabuddin L (2011) Schizophrenia: medical illness, mortality, and aging. *Int J Psychiatry Med* 41(3): 245-51.
69. Hendrie HC, Tu W, Tabbey R, Purnell CE, Ambuehl RJ, Callahan CM (2014). Health outcomes and cost of care among older adults with schizophrenia: a 10-year study using medical records across the continuum of care. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 22(5): 427-436.
70. Meesters PD, Comijs HC, Smit JH, Eikelenboom P, de Haan L, Beekman AT, Stek ML (2016). Mortality and its determinants in late-life schizophrenia: a 5- year prospective study in a Dutch catchment area. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 24(4): 272-277.
71. Hjorthøj AE, Stürup JJ, McGrath JJ, Nordentoft M (2017). Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry* 4(4): 295-301.
72. Wykes T, Huddy V, Cellard C, McGurk SR, Czobor P (2011). A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: Methodology and effect sizes. *American Journal of Psychiatry* 168: 472-485.
73. Bighelli I, Rodolico A, García-Mieres H, Pitschel-Walz G, Hansen WP, Schneider-Thoma J, Siafis S, Wu H, Wang D, Salanti G, Furukawa TA, Barbui C, Leucht S (2021). Psychosocial and psychological interventions for relapse prevention in schizophrenia: A systematic review and network metaanalysis. *The Lancet Psychiatry* 8(11): 969-980.
74. Miyamoto S, Stroup TS (2003). *Acute pharmacological treatment of schizophrenia*. Blackwell Science Ltd 442-473.
75. Toto S, Grohmann R, Bleich S, Frieling H, Maier HB, Greil W, Cordes J, Schmidt-Kraepelin C, Kasper S, Stübner S, Degner D, Druschky K, Zindler T, Neyazi A (2019). Psychopharmacological treatment of schizophrenia over time in 30 908 inpatients: Data

- from the AMSP Study. *The International Journal of Neuropsychopharmacology* 22(9): 560-573.
76. Hutchison SL, MacDonald-Wilson KL, Karpov I, Maise AM, Wasilchak D, Schuster JM (2017). Value of psychiatric rehabilitation in a behavioral health medicaid managed care system. *Psychiatr Rehabil J* 40: 216-224.
 77. Cotman CW, Berchtold NC (2002). Exercise: A behavioral intervention to enhance brain health and plasticity. *Trends in Neurosciences* 25(6): 295-301.
 78. Yau SY, Li A, Sun X, Fontaine CJ, Christie BR, So KF (2016). Potential biomarkers for physical exercise-induced brain health. In *Role of Biomarkers in Medicine* 169-191.
 79. Budde H, Wegner M, Soya H, Voelcker-Rehage C, McMorris T (2016). Neuroscience of exercise: Neuroplasticity and its behavioral consequences. *Neural Plasticity* 3643879.
 80. Hotting K, Roder B (2013). Beneficial effects of physical exercise on neuroplasticity and cognition. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 37(9): 2243-2257.
 81. Kelly MP (2016). Train your brain-holistic benefits of exercise on the brain. The Society of Chinese Scholars on Exercise Physiology and Fitness (SCSEPF) Annual Conference, Hong Kong Baptist University, Hong Kong, 21-22 July 2016, 22-26.
 82. Mountjoy M, Andersen LB, Armstrong N, Biddle S, Boreham C, Bedenbeck HP, Ekelund U, Engebretsen L, Hardman K, Hills AP, Kahlmeier S, Kriemler S, Lambert E, Ljungqvist A, Matsudo V, McKay H, Micheli L, Pate R, Riddoch, C, Schamasch P, van Mechelen W (2010). International Olympic Committee consensus statement on the health and fitness of young people through physical activity and sport. *BMJ* 45: 839-848.
 83. Kart A, Özdel K, Türkçapar MH (2021). Cognitive behavioral therapy in treatment of schizophrenia. *Noro Psikiyatri Arsivi* 58(1): 61-65.
 84. Ali SA, Mathur N, Malhotra AK, Braga RJ (2019). Electroconvulsive therapy and schizophrenia: A systematic review. *Molecular Neuropsychiatry* 5(2): 75-83.
 85. Gardner-Sood P, Lally J, Smith S, Atakan Z, Ismail K, Greenwood KE, Keen A, O'Brien C, Onagbesan O, Fung C, Papanastasiou E, Eberhard J, Patel A, Ohlsen R, Stahl D, David A, Hopkins D, Murray RM, Gaughran F, IMPaCT (2015). Cardiovascular risk factors and metabolic syndrome in people with established psychotic illnesses: Baseline data from the IMPaCT randomized controlled trial. *Psychological Medicine* 45(12): 2619-2629.

86. Olsson E, Westman J, Sudic Hukic D, Eriksson SV, Edman G, Bodén R, Jedenius E, Reutfors J, Berntsson A, Hilding A, Schalling M, Östenson CG, Ösby U (2015). Diabetes and glucose disturbances in patients with psychosis in Sweden. *BMJ Open Diabetes Research and Care* 3(1): 120.
87. Gutiérrez-Rojas L, Pulido S, Azanza JR, Bernardo M, Rojo L, Mesa FJ, Martínez-Ortega JM (2016). Risk factor assessment and counseling for 12 months reduces metabolic and cardiovascular risk in overweight or obese patients with schizophrenia spectrum disorders: The CRESSOB study. *Actas Españolas de Psiquiatría* 44(1): 20-29.
88. Üçok A, Polat A, Bozkurt O, Meteris H (2004). Cigarette smoking among patients with schizophrenia and bipolar disorders. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 58(4): 434-437.
89. McClave AK, McKnight-Eily LR, Davis SP, Dube SR (2010). Smoking characteristics of adults with selected lifetime mental illnesses: Results from the 2007 national health interview survey. *American Journal of Public Health* 100: 2464-2472.
90. McNamee L, Mead G, MacGillivray S, Lawrie SM (2013). Schizophrenia, poor physical health, and physical activity: Evidence-based interventions are required to reduce major health inequalities. *British Journal of Psychiatry* 203: 239-241.
91. De Hert M, Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I, Detraux J, Gautam S, Möller HJ, Ndeti DM, Newcomer JW, Uwakwe R, Leucht S (2011). Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry* 10(1): 52-77.
92. Song M, Giovannucci E (2016) Preventable incidence and mortality of carcinoma associated with lifestyle factors among white adults in the United States. *JAMA Oncol* 2: 1154-1161.
93. Farley TA, Dalal MA, Mostashari F, Frieden TR (2010) Deaths preventable in the U.S. by Improvements in use of clinical preventive services. *Am J Prev Med* 38:600-609.
94. Anand P, Kunnumakkara AB, Sundaram C, Harikumar KB, Tharakan ST, Lai OS (2008) Cancer is a preventable disease that requires major lifestyle changes. *Pharm Res* 25: 2097-2116.
95. Danaei G, Ding EL, Mozaffarian D, Taylor B, Rehm J, Murray CJ, Ezzati M (2009) The preventable causes of death in the United States: Comparative risk assessment of dietary, lifestyle, and metabolic risk factors. *Plos Med* 6(4): 1000-1058.

96. Schmitz N, Kruse J, Kugler J (2004). The association between physical exercise and health-related quality of life in subjects with mental disorders: Results from a cross-sectional survey. *Preventive Medicine* 39(6): 1200-1207.
97. Firth J, Cotter J, Elliott R, French P, Yung AR (2015). A systematic review and meta-analysis of exercise interventions in schizophrenia patients. *Psychological Medicine* 45(7): 1343-1361.
98. Firth J, Stubbs B, Rosenbaum S, Vancampfort D, Malchow B, Schuch F, Elliott R, Nuechterlein KH, Yung AR (2017). Aerobic exercise improves cognitive functioning in people with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin* 43(3): 546-556.
99. Fatouros-Bergman H, Cervenka S, Flyckt L, Edman G, Farde L (2014). Meta-analysis of cognitive performance in drug-naïve patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research* 158: 156-162.
100. Fioravanti M, Bianchi V, Cinti ME (2012). Cognitive deficits in schizophrenia: An updated meta-analysis of the scientific evidence. *BMC Psychiatry* 12: 64.
101. Schrank B, Stanghellini G, Slade M (2008). Hope in psychiatry: A review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 118(6): 421-433.
102. Lysaker PH, Campbell K, Johannesen JK (2005). Hope, awareness of illness, and coping in schizophrenia spectrum disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease* 193(5): 287-292.
103. Yıldırım DL (2009). Şizofren hastaların umut düzeyinin yaşam kalitesine etkisi. Yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.
104. Coşkun E, Şahin Altun Ö (2018). The Relationship Between the Hope Levels of Patients With Schizophrenia and Functional Recovery. *Archives of Psychiatric Nursing* 32(1): 98-102.
105. Öztürk HM (2012). Şizofreni hastalarında intihar girişiminin pozitif ve negatif semptomlar, depresyon, umutsuzluk, içgörü ve bilişsel işlevlerle ilişkisi. Uzmanlık tezi, Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara.
106. Markova IS (2005). *Insight in Psychiatry*. New York, USA: Cambridge University Press; Historical overview; pp. 3-33.

107. Mintz AR, Dobson KS, Romney DM (2003). Insight in schizophrenia: A meta-analysis. *Schizophrenia Research* 61(1): 75-88.
108. Phalen PL, Viswanadhan K, Lysaker PH, Warman DM (2015). The relationship between cognitive insight and quality of life in schizophrenia spectrum disorders: Symptom severity as potential moderator. *Psychiatry Research* 230(3): 839-845.
109. van Baars WB, Wierdsma AI, Hengeveld MW, Mulder CL (2013). Improved insight affects social outcomes in involuntarily committed psychotic patients: A longitudinal study in the Netherlands. *Comprehensive Psychiatry* 54(7): 873-879.
110. Mingrone C, Rocca P, Castagna F, Montemagni C, Sigaud M, Scalese M, Rocca G, Bogetto F (2013) Insight in stable schizophrenia: relations with psychopathology and cognition. *Compr Psychiatry* 54(5): 484-92.
111. Hwang SS, Ahn YM, Kim YS (2015) Neurocognitive functioning as an intermediary variable between psychopathology and insight in schizophrenia. *Psychiatry Res* 230(3): 792-799.
112. Higashi K, Medic G, Littlewood KJ, Diez T, Granström O, De Hert M (2013). Medication adherence in schizophrenia: factors influencing adherence and consequences of nonadherence, a systematic literature review. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology* 3: 200-218.
113. Velligan DI, Sajatovic M, Hatch A, Kramata P, Docherty JP (2017). Why do psychiatric patients stop antipsychotic medication? A systematic review of reasons for nonadherence to medication in patients with serious mental illness. *Patient Preference and Adherence* 11: 449-468.
114. Kay SR, Fiszbein A, Opfer LA (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 13(2): 261.
115. Kostakoglu E, Batur S, Tiryaki A, Gogus A (1999). Reliability and validity of the Turkish version of the positive and negative syndrome scale (PANSS). *Turkish Journal of Psychiatry* 10(44): 23-34.
116. Wallwork RS, Fortgang R, Hashimoto R, Weinberger DR, Dickinson D (2012). Searching for a consensus five-factor model of the positive and negative syndrome scale for schizophrenia. *Schizophrenia Research* 137: 246-250.
117. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ (1987) The Health Promoting Lifestyle Profile development and psychometric characteristics. *Nursing Research* 36(2): 76-80.

118. Walker SN, Hill-Polerecky DM (1996). Psychometric evaluation of the Health Promoting Lifestyle Profile II. Unpublished manuscript, University of Nebraska Medical Center, Nebraska; 36(2): 76-81.
119. Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A (2008). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 12(1): 1-13.
120. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO (1991). The Fagerstrom Test for nicotine dependence: A revision of the fagerstrom tolerance questionnaire. British Journal of Addiction 86(9): 1119-1127.
121. Uysal MA, Kadakal F, Karıdağ C, Bayram NG, Uysal Ö, Yılmaz V (2004). Fagerstrom test for nicotine dependence: Reliability in a Turkish sample and factor analysis. Tuberk Toraks 52(2): 115-121.
122. Seber G, Dilbaz N, Kaptanoğlu C, Tekin D (1993). Umutsuzluk Ölçeği: Geçerlilik ve güvenirliği. Kriz Dergisi 1(3): 139-142.
123. Durak A, Palabıyıkoglu R (1994). Beck umutsuzluk ölçeği geçerlilik çalışması. Kriz Derg 2: 311-319.
124. Arslan S, Günay Kılıç B, Karakılıç H (2001). İçgörünün üç bileşenini değerlendirme ölçeği: güvenirlik ve geçerlik çalışması. Türkiye’de Psikiyatri 3: 17-24.
125. Türkeş N, Can H, Kurt M, Dikeç BE (2015). İz Sürme Testi’nin 20-49 Yaş Aralığında Türkiye İçin Norm Belirleme Çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi 26: 189-196.
126. Harrison J, Lophaven S, Olsen CK (2014). Which cognitive domains are improved by treatment with vortioxetine? The International Journal Of Neuropsychopharmacology 19(10): 54.
127. Cangöz B, Karakoç E, Selekler K (2007) Standardization study of “Trail Making Test” for Turkish adults and elderly people (Ages 50 and over). Turkish Journal of Geriatrics 10(2): 73-82.
128. de Leon J, Diaz FJ (2005). A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. Schizophrenia Research 76: 135-157.
129. Wang CY, Xiang YT, Weng YZ, Bo QJ, Chiu HF, Chan SS, Lee EH, Ungvari GS (2010). Cigarette smoking in patients with schizophrenia in China: A prospective, multicentre study. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 44: 456-462.

130. Kotov R, Guey LT, Bromet EJ, Schwartz JE (2010). Smoking severity in schizophrenia: Diagnostic specificity, symptom correlates, and illness severity. *Schizophrenia Bulletin* 36(1): 173-181.
131. Kalman D, Smith SS (2005). Does nicotine do what we think it does? A meta-analytic review of the subjective effects of nicotine in nasal spray and intravenous studies with smokers and nonsmokers. *Nicotine Tob Res* 7(3): 317-333.
132. Kendler KS, Lönner SL, Sundquist J, Sundquist K (2015). Smoking and schizophrenia in population cohorts of Swedish women and men: A prospective co-relative control study. *American Journal of Psychiatry* 172(11): 1093-1100.
133. Picciotto MR, Corrigall WA (2002). Neuronal systems underlying behaviors related to nicotine addiction: Neural circuits and molecular genetics. *Journal of Neuroscience* 22(9): 3338-3341.
134. Hambsch B, Keyworth H, Lind J, Otte DM, Racz I, Kitchen I, Bailey A, Zimmer A (2014). Chronic nicotine improves short-term memory selectively in a G72 mouse model of schizophrenia. *British Journal of Pharmacology* 171: 1758-1771.
135. Ahn Allen CG, Bidwell LC, Tidey JW (2015). Cognitive effects of very low nicotine content cigarettes, with and without nicotine replacement, in smokers with schizophrenia and controls. *Nicotine Tob Res* 17(4): 510-514.
136. Barnes M, Lawford BR, Burton SC, Heslop KR, Noble EP, Hausdorf K, Young RM (2006). Smoking and schizophrenia: is symptom profile related to smoking and which antipsychotic medication is of benefit in reducing cigarette use? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 40(7): 575-580.
137. Weiser M, Reichenberg A, Grotto I, Yaswitzky R, Rabinowitz J, Lubin G, Nahon D, Knobler HY, Davidson M (2004). Higher rates of cigarette smoking in male adolescents before the onset of schizophrenia: A historical-prospective cohort study. *The American Journal of Psychiatry* 161(7): 1219.
138. Smith RF, McDonald CG, Bergstrom HC, Ehlinger DG, Brielmaier JM (2015). Adolescent nicotine induces persisting changes in development of neural connectivity. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 55: 432-443.
139. Davis J, Eyre H, Jacka FN, Dodd S, Dean O, McEwen S, Debnath M, McGrath J, Maes M, Amminger P, McGorry PD, Pantelis C, Berk M (2016). A review of vulnerability

- and risks for schizophrenia: beyond the two hit hypothesis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 65: 185-194.
140. Corrigall WA, Coen KM (1991). Selective dopamine antagonists reduce nicotine self-administration. *Psychopharmacology* 104(2): 171-176.
 141. Procyshyn RM, Ihsan N, Thompson D (2001). A comparison of smoking behaviours between patients treated with clozapine and depot neuroleptics. *International Clinical Psychopharmacology* 16(5): 291-294.
 142. Aguilar MC, Gurpegui M, Diaz FJ, De Leon J (2005). Nicotine dependence and symptoms in schizophrenia: naturalistic study of complex interactions. *British Journal of Psychiatry* 186: 215-221.
 143. Cooper J, Mancuso SG, Borland R, Slade T, Galletly C, Castle D (2012). Tobacco smoking among people living with a psychotic illness: The second Australian survey of psychosis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 46(9): 851-863.
 144. Patkar AA, Gopalakrishnan R, Lundy A, Leone FT, Certa KM, Weinstein SP (2002). Relationship between tobacco smoking and positive and negative symptoms in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease* 190(9): 604-610.
 145. Vanable PA, Carey MP, Carey KB, Maisto SA (2003). Smoking among psychiatric outpatients: Relationship to substance use, diagnosis, and illness severity. *Psychology of Addictive Behaviors* 17(4): 259-265.
 146. Lee, J, Green MF, Calkins ME, Greenwood TA, Gur RE, Gur RC, Lazzeroni LC, Light GA, Nuechterlein KH, Radant AD, Seidman LJ, Siever LJ, Silverman JM, Sprock J, Stone WS, Sugar CA, Swerdlow NR, Tsuang DW, Tsuang MT, Turetsky BI, Braff DL (2015). Verbal working memory in schizophrenia from the Consortium on the Genetics of Schizophrenia (COGS) Study: The moderating role of smoking status and antipsychotic medications. *Schizophrenia Research* 163(1-3): 24-31.
 147. Depp CA, Bowie CR, Mausbach BT, Wolyniec P, Thornquist MH, Luke JR, McGrath JA, Pulver AE, Patterson TL, Harvey PD (2015). Current smoking is associated with worse cognitive and adaptive functioning in serious mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 131(5): 333-341.
 148. Dalack GW, Becks L, Hill E, Pomerleau OF, Meador-Woodruff JH (1999). Nicotine withdrawal and psychiatric symptoms in cigarette smokers with schizophrenia. *Neuropsychopharmacology* 21: 195-202.

149. Gold JM, Waltz JA, Prentice KJ, Morris S, Heerey EA (2008). Reward processing in schizophrenia: A deficit in the representation of value. *Schizophrenia Bulletin* 34: 835-847.
150. Whitton AE, Treadway MT, Pizzagalli DA (2015). Reward processing dysfunction in major depression, bipolar disorder, and schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry* 28: 7-12.
151. Moran LV, Betts JM, Ongur D, Janes AC (2017). Neural responses to smoking cues in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 44: 525-534.
152. Peechatka AL, Whitton AE, Farmer SL, Pizzagalli D, Janes AC (2015). Cigarette craving is associated with blunted reward processing in nicotine-dependent smokers. *Drug and Alcohol Dependence* 155: 202-207.
153. Apud JA, Egan MF, Wyatt RJ (2000). Effects of smoking during antipsychotic withdrawal in patients with chronic schizophrenia. *Schizophrenia Research* 46: 119-127.
154. Ziedonis DM, Kosten TR, Glazer WM, Frances RJ (1994). Nicotine dependence and schizophrenia. *Hospital & Community Psychiatry* 45: 204-206.
155. Goff DC, Henderson DC, Amico E (1992). Cigarette smoking in schizophrenia: Relationship to psychopathology and medication side effects. *American Journal of Psychiatry* 149: 1189-1194.
156. Krishnadas R, Jauhar S, Telfer S, Shivashankar S, McCreadie RG (2012). Nicotine dependence and illness severity in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 201: 306-312.
157. Mallet J, Le Strat Y, Schürhoff F (2017). Cigarette smoking and schizophrenia: A specific clinical and therapeutic profile? Results from the FACE-Schizophrenia cohort. *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry* 79(Pt B): 332-339.
158. Iasevoli F, Balletta R, Gilardi V, Giordano S, de Bartolomeis A (2013). Tobacco Smoking in treatment-resistant schizophrenia patients is associated with impaired cognitive functioning, more severe negative symptoms, and poorer social adjustment. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 9: 1113-1120.
159. Zhang XY, Liang J, Chen DC, Xiu MH, He J, Cheng W, Wu Z, Yang FD, Haile CN, Sun H, Lu L, Kosten TA, Kosten TR (2012). Cigarette smoking in male patients with

- chronic schizophrenia in a Chinese population: Prevalence and relationship to clinical phenotypes. *Plos One* 7(2): 1-7.
160. Zhang, XY, Chen DC, Tan YL, Tan SP, Luo X, Zuo L, Rao W, Yu Q, Kou C, Allen M, Correll CU, Wu J, Soares JC (2015). A functional polymorphism in the interleukin-1beta and severity of nicotine dependence in male schizophrenia: A case-control study. *Journal of Psychiatric Research* 64: 51-58.
 161. An, HM, Tan YL, Tan SP, Shi J, Wang ZR, Yang FD, Huang XF, Soars JC, Kosten TR, Zhang XY (2016). Smoking and serum lipid profiles in schizophrenia. *Neuroscience Bulletin* 32(4): 383-388.
 162. Herran A, de Santiago A, Sandoya M, Fernandez MJ, Diez-Manrique JF, Vasquez-Barquero JL (2000). Determinants of smoking behavior in outpatients with schizophrenia. *Schizophrenia Research* 41: 373-381.
 163. Aguilar MC, Gurpegui M, Diaz FJ, de Leon J (2005). Nicotine dependence and symptoms in schizophrenia: Naturalistic study of complex interactions. *British Journal of Psychiatry* 186: 215-221.
 164. Uzun Ö, Cansever A, Başoğlu C, Özşahin A (2003). Smoking and substance abuse in outpatients with schizophrenia: A 2-year follow-up study in Turkey. *Drug and Alcohol Dependence* 70: 187-192.
 165. Dickerson F, Stallings CR, Origoni AE, Vaughan C, Khushalani S, Schroeder J, Yolken RH (2013). Cigarette smoking among persons with schizophrenia or bipolar disorder in routine clinical settings, 1999-2011. *Psychiatric Services* 64(1): 44-50.
 166. Erjavec NG, Uzun S, Nikolac Perkovic M, Kozumplik O, Svob Strac D, Mimica N, Hirasawa-Fujita M, Domino EF, Pivac N (2017). Cortisol in schizophrenia: No association with tobacco smoking, clinical symptoms, or antipsychotic medication. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry* 77: 228-235.
 167. Galderisi S, Mucci A, Buchanan RW, Arango C (2018). Negative symptoms of schizophrenia: New developments and unanswered research questions. *The Lancet Psychiatry* 5: 664-677.
 168. Kirkpatrick B, Buchanan RW, Ross DE, Carpenter WT (2001). A separate disease within the syndrome of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry* 58(2): 165-171.

169. Milev P, Ho BC, Arndt S, Andreasen NC (2005). Predictive values of neurocognition and negative symptoms on functional outcome in schizophrenia: A longitudinal first-episode study with 7-year follow-up. *American Journal of Psychiatry* 162(3): 495-506.
170. Carbon M, Correll CU (2014). Thinking and acting beyond the positive: The role of the cognitive and negative symptoms in schizophrenia. *CNS Spectrums* 19(1): 38-52.
171. Lutgens D, Gariépy G, Malla A (2017). Psychological and psychosocial interventions for negative symptoms in psychosis: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry* 210: 324-332.
172. Bighelli I, Salanti G, Huhn M, Schneider-Thoma J, Krause M, Reitmeir C, Wallis S, Schwermann F, Pitschel-Walz G, Barbui C, Furukawa TA, Leucht S (2018). Psychological interventions to reduce positive symptoms in schizophrenia: Systematic review and network meta-analysis. *World Psychiatry* 17: 316-329.
173. Rabinowitz J, Berardo CG, Bugarski-Kirola D, Marder S (2013). Association of prominent positive and prominent negative symptoms and functional health, well-being, healthcare-related quality of life and family burden: A CATIE analysis. *Schizophrenia Research* 150: 339-342.
174. Strauss GP, Sandt AR, Catalano LT, Allen DN (2012). Negative symptoms and depression predict lower psychological well-being in individuals with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry* 53: 1137-1144.
175. Hunter R, Barry S (2012). Negative symptoms and psychosocial functioning in schizophrenia: Neglected but important targets for treatment. *European Psychiatry* 27: 432-436.
176. Ulaş H (2008). Batı Avrupa Ülkelerinde ve Türkiye’de Psikiyatrik Hizmetler. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bildiri Serisi* 11: 2-12.
177. Chen SF, Hu TM, Lan TH, Chiu HJ, Sheen LY, Loh EW (2014). Severity of psychosis syndrome and change of metabolic abnormality in chronic schizophrenia patients: Severe negative syndrome may be related to a distinct lipid pathophysiology. *European Psychiatry* 29: 167-171.
178. Jakobsen AS, Speyer H, Nørgaard HCB, Karlsen M, Hjorthøj C, Krogh J, Mors O, Nordentoft M, Toft U (2018). Dietary patterns and physical activity in people with schizophrenia and increased waist circumference. *Schizophrenia Research* 199: 109-115.

179. Wichniak A, Skowerska A, Chojnacka-Wójtowicz J, Taflński T, Wierzbicka A, Jernajczyk W, Jarema M (2011). Actigraphic monitoring of activity and rest in schizophrenic patients treated with olanzapine or risperidone. *Journal of Psychiatric Research* 45: 1381-1386.
180. Nyboe L, Moeller MK, Vestergaard CH, Lund H, Videbech P (2016). Physical activity and anomalous bodily experiences in patients with first-episode schizophrenia. *Nordic Journal of Psychiatry* 70: 1-7.
181. Rethorst CD, Wipfli BM, Landers DM (2009). The antidepressive effects of exercise: A meta-analysis of randomized trials. *Sports Medicine* 39: 491-511.
182. Knöchel C, Oertel-Knöchel V, O'Dwyer L, Prvulovic D, Alves G, Kollmann B, Hampel H (2012). Cognitive and behavioural effects of physical exercise in psychiatric patients. *Progress in Neurobiology* 96(1): 46-68.
183. Buschert V, Prochazka D, Bartl H, Diemer J, Malchow B, Zwanzger P, Brunner A (2019). Effects of physical activity on cognitive performance: A controlled clinical study in depressive patients. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 269(5): 555-563.
184. Liu Y, Yan T, Chu JMT, Chen Y, Dunnett S, Ho YS, Chang RCC (2019). The beneficial effects of physical exercise in the brain and related pathophysiological mechanisms in neurodegenerative diseases. *Laboratory Investigation* 99(7):943-957.
185. Dinas PC, Koutedakis Y, Flouris AD (2011). Effects of exercise and physical activity on depression. *Irish Journal of Medical Science* 180(2): 319-325.
186. Rosenbaum S, Tiedemann A, Sherrington C, Curtis J, Ward PB (2014). Physical activity interventions for people with mental illness: a systematic review and meta- analysis. *The Journal of Clinical Psychiatry* 75(9): 964-974.
187. Sharma A, Madaan V, Petty FD (2006). Exercise for mental health. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry* 8(2): 106.
188. Lebiecka Z, Łopuszko A, Rudkowski K, Dańczura E (2019). Effects of physical activity on treatment of schizophrenia. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy* 21(1): 28-35.
189. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L (1974). The measurement of pessimism. The hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 42: 861-865.
190. Beck AT, Kovacs M, Weissman A (1975). Hopelessness and suicidal behavior: An overview. *Journal of the American Medical Association* 243: 1146-1149.

191. Lysaker PH, Campbell K, Johannesen JK (2005). Hope awareness of illness, and coping in schizophrenia spectrum disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease* 193(5): 287-292.
192. Salerno EM (2002). Hope, power and perception of self in individuals recovering from schizophrenia: a Rogerian perspective. *The Journal of Rogerian Nursing Science* 10(1): 23-36.
193. Lyu J, Zhang J (2014). Characteristics of schizophrenia suicides compared with suicides by other diagnosed psychiatric disorders and those without a psychiatric disorder. *Schizophrenia Research* 155(1): 59-65.
194. Vrbova K, Prasko J, Ociskova M, Kamaradova D, Marackova M, Holubova M, Grambal A, Slepecky M, Latalova K (2017). Quality of life, self-stigma, and hope in schizophrenia spectrum disorders: a cross-sectional study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 13: 567-575.
195. Yıldız M, Tural Ü, Kurdoğlu S, Önder ME (2003). Şizofreni rehabilitasyonunda aile ve gönüllülerle yürütülen bir kulüp-ev denemesi. *Turkish Journal of Psychiatry* 14: 281-287.
196. Özdemir İ, Şafak Y, Örsel S, Karaoğlu Kahiloğulları A, Karadağ H (2017). Bir toplum ruh sağlığı merkezinde şizofreni hastalarına uygulanan ruhsal-toplumsal uyumlandırma etkinliğinin araştırılması: Kontrollü çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 18: 419-427.
197. Hutchison SL, MacDonald-Wilson KL, Karpov I, Maise AM, Wasilchak D, Schuster JM (2017). Value of psychiatric rehabilitation in a behavioral health medicaid managed care system. *Psychiatr Rehabil J* 40:216-224.
198. Morin L, Franck N (2017). Rehabilitation interventions to promote recovery from schizophrenia: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry* 8(100): 1-12.
199. Xia J, Merinder LB, Belgamwar MR (2011). Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 6.
200. Pharoah F, Mari JJ, Rathbone J, Wong W (2010). Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 12.
201. Kurtz MM, Mueser KT (2008). A meta-analysis of controlled research on social skills training for schizophrenia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 76(3): 491-504.

202. Wykes T, Steel C, Everitt B, Tarrier N (2007). Cognitive behavior therapy for schizophrenia: effect sizes, clinical models, and methodological rigor. *Schizophrenia Bulletin* 34(3): 523-537.
203. Wu LF, Koo M, Liao YC, Chen YM, Yeh DC (2016). Development and validation of the spiritual care needs inventory for acute care hospital patients in Taiwan. *Clinical Nursing Research* 25(6): 590-606.
204. LotfiKashani F, Vaziri S, Mohammadi SS (2017). The contribution of hope and expectancy of treatment on clients' improvement feeling. *Razi Journal of Medical Sciences* 14(53): 53-61.
205. Lehto US, Ojanen M, Dyba T, Aromaa A, Kellokumpu-Lehtinen P (2007). Baseline psychosocial predictors of survival in localized melanoma. *Journal of Psychosomatic Research* 63(1): 9-15.
206. Snyder CR, Rand KL, Sigmon DR (2002). Hope theory: A member of the positive psychology family. *Handbook of positive psychology*. Oxford University Press 257-276.
207. Xiang G, Teng Z, Li Q, Chen H, Guo C (2020). The influence of perceived social support on hope: A longitudinal study of older-aged adolescents in China. *Children and Youth Services Review* 119, 105616.
208. Gum AM (2018). Promoting hope in older adults. *The Oxford Handbook of Hope* 143-156.
209. Hirsch JK, Sirois FM, Lyness JM (2011). Functional impairment and depressive symptoms in older adults: Mitigating effects of hope. *British Journal of Health Psychology* 16(4): 744-760.
210. Khan MM, Hill PL, O'Brien C (2023) Hope and healthy lifestyle behaviors in older adulthood. *Aging and Mental Health* 27(7): 1436-1442.
211. Feldman DB, Dreher DE (2012). Can hope be changed in 90minutes? Testing the efficacy of a single-session goal-pursuit intervention for college students. *Journal of Happiness Studies* 13(4): 745-759
212. Hoppmann CA, Gerstorf D, Smith J, Klumb PL (2007). Linking possible selves and behavior: Do domain-specific hopes and fears translate into daily activities in very old age? *Psychological Sciences and Social Sciences* 62(2): 104-111.
213. Snyder CR (2002). Hope theory: rainbows in the mind. *Psychol Inq* 13: 249-275

214. Creamer M, O'Donnell, ML, Carboon I, Lewis V, Densley K, McFarlane A, Silove D, Bryant RA (2009). Evaluation of the dispositional hope scale in injury survivors. *Journal of Research in Personality* 43: 613-617.
215. Lukens EP, Mcfarlane WR (2004). Psychoeducation as evidence-based practice: considerations for practice, research, and policy. *Brief Treatment and Crisis Intervention* 4 (3): 205-225.
216. Mcfarlane WR, Dixon L, Lukens E, Lucksted A (2003). Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. *Journal of Marital and Family Therapy* 29 (2): 223- 245.
217. Griffiths F, Smith D (2010). Psychoeducation intervention for people with bipolar disorder. *Mental Health Practise* 13 (9): 22-23.
218. Donker T, Griffiths KM, Cuijpers P, Christensen H (2009). Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: a meta-analysis. *BMC Medicine* 7 (79): 1-9.
219. Nowak I, Sabariego C, Switaj P, Anczewska M (2016). Disability and recovery in schizophrenia: A systematic review of cognitive behavioral therapy interventions. *BMC Psychiatry* 16(228): 1-9.
220. Tavares S (2017). Severe mental disorders from a cognitive-behavioural perspective: A comprehensive review from conceptualization to intervention. *Current Psychiatry Review* 13: 1-8.
221. Callcott P, Standart S, Turkington D (2004). Trauma within psychosis: Using a CBT model for PTSD in psychosis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 32: 239-244.
222. Jauhar S, McKenna PJ, Radua J, Fung E, Salvador R, Laws KR (2014). Cognitive-behavioural therapy for the symptoms of schizophrenia: Systematic review and meta-analysis with examination of potential bias. *The British Journal of Psychiatry* 204(1): 20-29.
223. Wykes T, Steel C, Everitt B, Tarrier N (2008). Cognitive behavior therapy for schizophrenia: Effect sizes, clinical models, and methodological rigor. *Schizophrenia Bulletin* 34(3): 523-537.
224. Polese D, Fornaro M, Palermo M, de Luca V, Bartolomeis A (2019). Treatment-resistant to antipsychotics: A resistance to everything? *Psychotherapy in treatment-resistant*

- schizophrenia and nonaffective psychosis: A 25-year systematic review and exploratory meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry* 10, 210.
225. Hu FB, Li TY, Colditz GA, Willett WC, Manson ME (2003). Television watching and other sedentary behaviors in relation to risk of obesity and Type 2 diabetes in women. *JAMA* 289(14): 1785-1790.
 226. Rigotti NA (2002). Treatment of tobacco use and dependence. *New England Journal of Medicine* 346: 506-512.
 227. Roberts CK, Barnard RJ (2005). Effects of exercise and diet on chronic disease. *Journal of Applied Physiology* 98: 3-30.
 228. Whooley MA, de Jonge P, Vittinghoff E, Otte C, Moos R, Carney RM, Ali S, Dowray S, Na B, Feldman MD, Schiller NB, Browner WS (2008). Depressive symptoms, health behaviors, and risk of cardiovascular events in patients with coronary heart disease. *JAMA* 300(20): 2379-2388.
 229. Kupfer DJ (2005). The increasing medical burden in bipolar disorder. *JAMA* 293(20): 2528-2530.
 230. Chwastiak LA, Rosenheck RA, Kazis LE (2011). Association of psychiatric illness and obesity, physical inactivity and smoking among a national sample of veterans. *Psychosomatics* 52(3): 230-236.
 231. Leucht S, Burkard T, Henderson J, Maj M, Sartorius N (2007). Physical illness and schizophrenia: A review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 116: 317-333.
 232. Carney CP, Jones L, Woolson RF (2006). Medical comorbidity in women and men with schizophrenia. *Journal of General Internal Medicine* 21: 1133-1137.
 233. Sokal J, Messias E, Dickerson FB, Kreyenbuhl J, Brown CH, Goldberg RW, Dixon LB (2004). Comorbidity of medical illnesses among adults with serious mental illness who are receiving community psychiatry services. *Journal of Nervous and Mental Disease* 192: 421-427.
 234. Weber NS, Cowan DN, Millikan AM, Niebuhr DW (2009). Psychiatric and general medical conditions comorbid with schizophrenia in the national hospital discharge survey. *Psychiatric Services* 60(8): 1059-1067.
 235. Goff DC, Sullivan LM, McEvoy JP, Meyer JM, Nasrallah HA, Daumit GL, Lamberti S, D'Agostino RB, Stroup TS, Davis S, Lieberman JA (2005). A comparison of ten-year

cardiac risk estimates in schizophrenia patients from the CATIE study and matched controls. *Schizophrenia Research* 80: 45-53.

236. McEvoy JP, Meyer JM, Goff DC, Nasrallah HA, Davis SM, Sullivan L, Meltzer HY, Hsiao J, Scott Stroup T, Lieberman JA (2005). Prevalence of the metabolic syndrome in patients with schizophrenia: Baseline results from the clinical antipsychotic trials of intervention effectiveness (CATIE) schizophrenia trial and comparison with national estimates from NHANES III. *Schizophrenia Research* 80(1): 19-32.
237. Joseph M, Wayne J (2013). Associations between health risk behaviors and symptoms of schizophrenia and bipolar disorder: A systematic review. *General Hospital Psychiatry* 35: 16-22.





EKLER

EK 1. Bilgilendirilmiş Onam Formu

“Gözlemsel Tanımlayıcı Klinik Araştırmalar” için Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Araştırma Tezinin Adı: “Şizofreni Hastalarında Tütün Kullanımı ve Sağlıklı Yaşam Davranışının Psikopatoloji Şiddeti, Yürütücü İşlevler ve Umutsuzluk ile İlişkisi” Sorumlu Araştırmacının Adı: Psikolog Aysen İzel SEYHAN Tez Danışmanı Adı: Doktor Öğretim Üyesi Aykut KARAHAHAN	
Sayın katılımcı, “Şizofreni Hastalarında Tütün Kullanımı ve Sağlıklı Yaşam Davranışının Psikopatoloji Şiddeti, Yürütücü İşlevler ve Umutsuzluk ile İlişkisi” konulu tez çalışması yapmaktayım. Araştırmamıza, Mart-Ağustos 2022 tarihleri arasında psikiyatri polikliniğine başvuran hastalar alınacaktır. Bu çalışmada, hastalığınız ve sizinle ilgili önceden hazırlanmış standart sorulara yanıt vermenizi beklemekteyiz. Katıldığınız takdirde size herhangi bir girişimsel ya da görüntüleme yöntemi uygulanmayacak, kan tetkiki ya da benzeri test yapılmayacaktır. Çalışmada yalnızca basılı kağıt materyali olan bir kısmını doğrudan sizin dolduracağınız anket ve benzeri soru formları uygulanacaktır. Bunlar sosyodemografik ve klinik veri formu, PANSS (Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği), Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi, İlgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II, Trail Making (İz sürme testi) Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeği’nden oluşmaktadır. Araştırma için sizden herhangi bir maddi talepte bulunulmadığı gibi araştırmamızın sağlık güvencenize de hiçbir maddi külfeti yoktur. Tedaviniz bu çalışmadan bağımsız olarak devam edecektir. Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz veya herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. İsminiz her koşulda saklı tutulacaktır. Araştırmamızın yalnızca veriler kısmı bilimsel makalelerde yayınlanabilir ve bilimsel toplantılarda sunulabilir. Bilimsel etik kurallara gereği tüm kişisel bilgileriniz saklı tutulacak, üçüncü kişi ve kurumlarca paylaşılmayacaktır. Sizler, araştırma hakkında, kendi haklarınız hakkında veya araştırmayla ilgili herhangi bir advers olay hakkında daha fazla bilgi temin edebilmemiz için benimle 0546 253 12 42 numarasından, günün yirmi dört saatinde erişebilirsiniz.	
Katılımcının Beyanı ; <i>“Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum.”</i> <i>“Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.”</i>	
Katılımcının Adı Soyadı, İmzası ve Tarih	Araştırmacı, İmzası ve Tarih

EK 2. Sosyodemografik Veri Formu

EK - SOSYODEMOGRAFIK VERİ FORMU

DEMOGRAFIK BİLGİLER

Cinsiyet: Kadın ☐ Erkek ☐

Yaş: _____

Boy / Kilo: _____ / _____

Yaşadığı yer/kimle yaşıyor: _____

Çalışma durumu: _____

Ekonomik kazanç: _____

Medeni durum: Evli ☐ Bekar ☐ Boşanmış ☐ Dul ☐

Eğitim durumu: Okuryazar değil ☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Üniversite ☐

Lisansüstü/Doktora ☐

İLETİŞİM BİLGİLERİ

Adres: _____

Telefon/e mail: _____

GENEL BİLGİLER:

Herhangi bir kronik rahatsızlığınız var mı? (varsa belirtiniz): _____

Kullandığınız bir ilaç var mı? (varsa belirtiniz): _____

Hastalık başlama yılı: _____

Hastane yatışı: _____

Ailede psikiyatrik öykü var mı: _____

EKT öyküsü: _____

Sigara kullanıyor musunuz? / paket-gim: _____

Alkol madde kullanımı: _____

Sağlık durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

Mükemmel ☐ İyi ☐ Ortalama ☐ Kötü ☐ Çok kötü ☐

EK 3. Pozitif Ve Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği

POZİTİF VE NEGATİF SENDROM ÖLÇEĞİ (PANSS):

POZİTİF BELİRTİLER ÖLÇEĞİ (P):

P1. SANRILAR:

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

1 YOK: Tanımla ilgili bir özellik yoktur.

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

3 HAFİF: Billurlaşmamış, müphem ve kuvvetle bağlanılmamış bir veya iki sanrı vardır. Sanrılar düşünmeyi, sosyal ilişkiler veya davranış etkilemez.

4 ORTA: Zayıf yapılanmış, sabit olmayan, çok sayıda ve biçim değiştiren sanrılar vardır veya birkaç tane tam oluşmuş ve düşünmeyi, sosyal ilişkiler veya davranış arasına etkileyen sanrılar vardır.

5 ORTA/AĞIR: Kuvvetle bağlanılmış, çok sayıda sanrı vardır ve arasına düşünmeyi, sosyal ilişkileri veya davranış etkilemektedir.

6 AĞIR: Billurlaşmış, muhtemelen iyi düzenlenmiş, kuvvetle inanılmış ve düşünmeyi, sosyal ilişkileri ve davranış açıkça etkileyen sanrılar kümesi vardır.

7 ÇOK AĞIR: Çok iyi düzenlenmiş veya çok sayıda olan ve hastanın yaşamını önemli derecede etkileyen sanrılar kümesi vardır. Bu durum, hasta veya yakınlarının güvenliğini de etkileyebilecek düzeyde, sorumsuz ve uygunsuz davranışlara sıklıkla neden olabilmektedir.

P2. DÜŞÜNCE DAĞINIKLIĞI:

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

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

3 HAFİF: Düşünce çevresel, teğetsel veya mantık dışıdır. Düşünceleri hedefe yönlendirmede bir miktar güçlük vardır ve baskı altında çağrışımlarda kopukluk gözlenebilir.

4 ORTA: Konuşmalar kısa ve iyi yapılanmış olduğunda düşünceler toparlanabilmektedir, ancak daha karmaşık konuşmalar olduğunda veya hafif baskı altında çağrışımlarda gevşeme, konudan uzaklaşma olabilmektedir.

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

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

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

P3. VARSANILAR:

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

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

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

EK 3. (Devam)

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

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

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

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

P4. TAŞKINLIK:

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

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

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

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

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

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

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

P5. BÜYÜKLÜK DUYGULARI:

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

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

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

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

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

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

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

P6. ŞÜPHECİLİK/KÖTÜLÜK GÖRME:

Savunuculuk, güvensiz tutum, kuşku nedeniyile tetikte olma veya birilerinin kendisine zarar vermeye çalıştığına dair bariz sanrılardan anlaşıldığı üzere gerçek dışı veya abartılmış kötülük görme düşünceleri vardır.

EK 3. (Devam)

Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşmede ifade edilen düşünce içeriği ve tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği üzere bu düşüncelerin davranışlar üzerindeki etkisidir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

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

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

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

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

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

P7. DÜŞMANCA TUTUM:

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

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

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

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

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

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

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

EK 3. (Devam)

NEGATİF BELİRTİLER ÖLÇEĞİ (N):

N1. DUYGULANIMDA KÜNTLEŞME:

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

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

3 HAFİF: Yüz ifadesi ve iletişim kurmada kullanılan el kol hareketlerindeki değişiklikler tutuktur, zorlamalıdır, yapmadır veya iyi ayarlanamaz.

4 ORTA: Yüz ifadesindeki ve az sayıdaki el kol hareketindeki azalma donuk bir görünüme neden olmaktadır.

5 ORTA/AĞIR: Nadiren yüz ifadesinin değişmesi ve iletişim kurmada kullanılan el kol hareketlerinin azalması ile duygulanım genelde "künttür".

6 AĞIR: Çoğu zaman belirgin küntlük ve duygularda azalma görülmektedir. Taşkınlık, öfke ve uygunsuz, kontrol edilemeyen gülme şeklinde ayarsız, aşırı duygulanım ifadeleri olabilir.

7 ÇOK AĞIR: Yüz ifadesinde değişim ve iletişim kurmada kullanılan el kol hareketleri hiç yoktur. Hasta sürekli boş veya "heykel gibi" bir ifade içindedir.

N2. DUYGUSAL İÇÇEKİLME:

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

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

3 HAFİF: Genelde bir işe kalkışmaya hevesi yoktur ve arasına çevredeki olaylara karşı ilgi azlığı gösterebilir.

4 ORTA: Hasta genelde çevresinden ve bu çevrenin getirdiği güçlüklerden duygusal olarak uzaklaşmıştır, ancak yüreklendirilirse ilişki kurar.

5 ORTA/AĞIR: Hasta katılımını sağlamak için harcanan tüm çabalara rağmen çevresindeki kişiler ve olaylardan duygusal olarak uzaklaşmıştır. Hasta mesafeli, uysal ve amaçsız gözükmemektedir, ancak kısa süre için de olsa iletişim kurabilmekte ve bazen yardım gerekse de kişisel ihtiyaçlarını karşılayabilmektedir.

6 AĞIR: Belirgin ilgi eksikliği ve duygusal katılım sağlayamama hastanın diğer insanlarla konuşmasını sınırlamaktadır ve aynı zamanda ancak gözetim altında yapabildiği kişisel işlevlerini sıkça ihmal etmesine neden olmaktadır.

7 ÇOK AĞIR: Ağırlık eksikliği ve duygusal katılım sağlayamama nedeniyle hasta hemen hemen tamamıyla içe kapanmıştır, ilişki kuramamaktadır ve kişisel ihtiyaçlarını ihmal etmektedir.

N3. İLİŞKİ KURMADA GÜÇLÜK:

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

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

3 HAFİF: Konuşma tutuk, zorlamalı ve yapay bir tondadır. Duygusal derinliği olmayabilir veya kişisel olmayan, entellektüel bir tarzda sürmeye meyilli olabilir.

4 ORTA: Hasta tipik olarak kişiler arası ilişkilerde belirgin mesafelidir. Sorulara mekanik olarak cevap verip sıkılmış gibi veya ilgisiz davranabilir.

5 ORTA/AĞIR: Hastanın ilgisizliği belirgindir ve bu durum görüşmenin verimliliğini açıkça bozmaktadır. Hasta göz göze gelmekten kaçınabilir.

EK 3. (Devam)

6 AĞIR: Hastanın kayıtsız, mesafeli tavrı oldukça belirgindir. Yanıtları baştan savmadır ve ilgisine dair sözel olmayan göstergeler çok azdır. Göz göze gelmekten sıklıkla kaçınır.

7 ÇOK AĞIR: Hasta görüşmeciye karşı tamamen ilgisizdir. Tamamen kayıtsızdır ve görüşme boyunca sözel ve sözel olmayan etkileşimlerden sürekli kaçınır.

N4. PASİF/KAYITSIZ BİÇİMDE KENDİNİ TOPLUMDAN ÇEKME:

Pasiflik ve kayıtsızlık, enerji azalması ve irade kullanamama nedeniyle toplumsal etkileşimlerde ilgi ve girişimlerin azalmasıdır. Bu durum kişiler arası ilişkilerde azalmaya ve günlük aktivitelerde ihmale neden olmaktadır. Değerlendirmede temel alınacak veriler, tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği sosyal davranışlardır.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

3 HAFİF: Sosyal aktivitelere arasıra ilgi göstermekle beraber girişimi azdır. Genellikle ilk adımı başkaları attığında ilişki kurmaktadır.

4 ORTA: Çoğu sosyal aktiviteye pasif olarak katılmaktadır, ancak ilgisiz ve mekanik bir tavır söz konusudur. Arka planda kalmaya meyillidir.

5 ORTA/AĞIR: Hiçbir ilgi ve girişim göstermeden aktivitelerin çok azına pasif olarak katılmaktadır.

6 AĞIR: Sosyal aktivitelere nadiren katılır, arasıra kişisel ihtiyaçlarını ihmal eder, kayıtsız olmaya ve kendibaşına kalmaya meyillidir. Kendiliğinden gelişen sosyal ilişkileri çok azdır.

7 ÇOK AĞIR: Tamamen kayıtsızdır, yalnızdır ve kendini ihmal etmektedir.

N5. SOYUT DÜŞÜNME GÜÇLÜĞÜ:

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

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

3 HAFİF: Daha zor atasözlerine harfiharfine veya kişisel açıklamalar getirmeye meyillidir ve açıkça soyut veya birbirleriyle uzaktan ilişkili kavramları anlamakta güçlük çekmektedir.

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

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

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

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

N6. KONUŞMANIN KENDİLİĞİNDEN VE AKICI OLMASININ KAYBI:

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

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

EK 3. (Devam)

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

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

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

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

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

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

N7. STEREOTİPİK DÜŞÜNME:

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

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

3 HAFİF: Tavırlar veya inançlarda bir miktar değişmezlik gözlenir. Hasta diğer durumları gözönüne almayı reddedebilir veya bir düşünceden diğerine geçmede zorlanabilir.

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

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

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

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

GENEL PSİKOPATOLOJİ ÖLÇEĞİ (G):

G1. BEDENSEL KAYGI:

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

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

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

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

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

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

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

EK 3. (Devam)

G2. ANKSİYETE:

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

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

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

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

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

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

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

G3. SUÇLULUK DUYGULARI:

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

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

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

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

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

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

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

G4. GERGİNLİK:

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

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

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

EK 3. (Devam)

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

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

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

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

G5. MANYERİZM VE VÜCUT DURUŞU:

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

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

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

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

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

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

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

G6. DEPRESYON:

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

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

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

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

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

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

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

EK 3. (Devam)

G7. MOTOR YAVAŞLAMA:

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

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

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

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

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

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

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

G8. İŞBİRLİĞİ KURAMAMA:

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

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

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

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

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

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

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

G9. OLAĞANDIŞI DÜŞÜNCE İÇERİĞİ:

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

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

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

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

EK 3. (Devam)

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

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

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

G 10. YÖNELİM BOZUKLUĞU:

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

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

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

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

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

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

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

G 11. DİKKAT AZALMASI:

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

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

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

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

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

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

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

EK 3. (Devam)

G 12. YARGILAMA VE İÇGÖRÜ EKSİKLİĞİ:

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

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

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

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

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

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

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

G 13. İRADE BOZUKLUĞU:

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

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

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

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

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

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

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

G 14. DÜRTÜ KONTROLSÜZLÜĞÜ:

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

EK 3. (Devam)

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

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

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

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

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

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

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

G 15. ZİHİNSEL AŞIRI UĞRAŞI:

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

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

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

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

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

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

7 ÇOK AĞIR: Davranışını her yönde etkileyecek biçimde otistik yaşantılarla içiçedir. Hastanın sürekli özel olarak veya davranışlarıyla varsanılara yanıt vermesi söz konusu olabilir. Hasta diğer insanların veya çevresinin pek farkında değildir.

G 16. AKTİF BİÇİMDE SOSYAL KAÇINMA:

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

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

3 HAFİF: Gerekliğinde sosyal aktivitelere katılmakla birlikte hasta diğer insanların yanında kendisini rahatsız hissetmekte ve zamanını kendibaşına geçirmeyi tercih etmektedir.

4 ORTA: Hasta isteksizce toplumsal aktivitelerin tamamına veya çoğuna katılmaktadır, ancak ikna edilmesi gerekebilir veya anksiyete, şüphecilik veya düşmanca duygular nedeniyle bu aktivitelerden erken ayrılabilir.

EK 3. (Devam)

5 ORTA/AĞIR: Başkalarının çabalarına rağmen hasta korkuyla veya öfkeyle birçok sosyal aktiviteden uzak durmaktadır. Serbest saatlerini kendikendine geçirmeye meyillidir.

6 AĞIR: Hasta korku, düşmanca duygular veya güvensizlik nedeniyle çok az sosyal aktiviteye katılmaktadır. Yaklaşıldığı zaman hasta ilişkileri koparmaya kuvvetli bir şekilde meyil gösterir ve genelde kendisini diğer insanlardan soyutlar.

7 ÇOK AĞIR: Belirgin korkular, düşmanlık duyguları veya kötülük görme sanrıları nedeniyle hastanın hiçbir sosyal aktiviteye katılımı sağlanamaz. Tüm etkileşimlerden mümkün olduğunca uzak durur ve kendisini diğer insanlardan soyutlar.



EK 4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II

	SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II	Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım.				
2	Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim.				
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım.				
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım.				
5	Yeterince uyurum.				
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissedirim.				
7	İnsanları başarıları için takdir ederim.				
8	Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım.				
9	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum.				
10	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi).				
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım.				
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım.				
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm.				
14	Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim.				
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım.				
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm.				
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim				
18	Geleceğe umutla bakarım.				
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım.				
20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim.				
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım.				
22	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlencili fizik aktiviteler yaparım.				
23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm.				

EK 4. (Devam)

24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim.				
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır.				
26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim.				
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım.				
28	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım				
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım.				
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım.				
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum.				
32	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim.				
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim.				
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım(örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim).				
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim.				
36	Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum.				
37	Yakın dostlar edinmek için caba harcarım.				
38	Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim.				
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım.				
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim.				
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım.				
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım.				
43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım.				
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum.				
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım.				
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım.				
47	Yorulmaktan kendimi korurum.				
48	İlahi bir gücün varlığına inanırım.				
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim.				
50	Kahvaltı yaparım.				
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım.				
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım.				

EK 5. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

Fagerström nikotin bağımlılık testi

1. Günün ilk sigarasını sabah uyandıktan ne kadar sonra içersiniz?
 - a. İlk 5 dakika içinde (3 puan)
 - b. 6-30 dakika içinde (2 puan)
 - c. 31-60 dakika içinde (1 puan)
 - d. 1 saatten sonra (0 puan)
2. Sigara içmenin yasak olduğu yerlerde sigara içmemek sizi zorlar mı?
 - a. Evet (1 puan)
 - b. Hayır (0 puan)
3. Günün hangi sigarasından vazgeçmek sizin için daha zordur?
 - a. Sabah ilk içilen sigara (1 puan)
 - b. Diğer zamanlarda içilen sigaralar (0 puan)
4. Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?
 - a. 31 ve daha fazla (3 puan)
 - b. 21-30 adet (2 puan)
 - c. 11-20 adet (1 puan)
 - d. 10 ve daha az (0 puan)
5. Sabahları günün diğer zamanlarına göre daha fazla sigara içiyor musunuz?
 - a. Evet (1 puan)
 - b. Hayır (0 puan)
6. Yatmanızı gerektirecek kadar hasta olduğunuz zamanlarda da sigara içer misiniz?
 - a. Evet (1 puan)
 - b. Hayır (0 puan)

Sorulara verilen yanıtlara göre:

- 0-2 çok hafif bağımlılık
- 3-4 hafif bağımlılık
- 5 orta derecede bağımlılık
- 6-7 ileri derecede bağımlılık
- 8-10 çok ileri derecede bağımlılık

EK 6. Beck Umutsuzluk Ölçeği

Beck Umutsuzluk Ölçeği

Aşağıdaki test 1974 tarihinde geliştirilmiş olup, 1991 yılında Seber tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir. Geleceğe yönelik olumsuz beklentiye de düşünceleri içeren cümlelerden size uygun olanları evet ya da hayır olarak kodlayınız.

- ___1- Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum
- ___2- Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur.
- ___3- İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor.
- ___4- Gelecek on yıl içinde hayatimin nasıl olacağını hayal bile edemiyorum.
- ___5- Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var.
- ___6- Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağımı umuyorum.
- ___7- Geleceğimi karanlık görüyorum.
- ___8- Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum.
- ___9- İyi fırsatlar yakalayamıyorum. Gelecekte yakalayacağıma inanmam için de hiç bir neden yok.
- ___10- Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı
- ___11- Gelecek benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu görünüyor
- ___12- Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi ummuyorum
- ___13- Geleceğe baktığımda şimdikiye oranla daha mutlu olacağımı umuyorum.
- ___14- İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor.
- ___15- Geleceğe büyük inancım var.
- ___16- Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre bir şeyler istemek aptallık olur.
- ___17- Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi.
- ___18- Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor.
- ___19- Kötü günlerden çok , iyi günler bekliyorum.
- ___20- İstediğim her şeyi elde etmek için caba göstermenin gerçekten yaran yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim.

EK 7. İlgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği

İÇGÖRÜNÜN ÜÇ BİLEŞENİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ:

1a. Hasta tedaviyi (Hastaneye başvurma ve/veya ilaç tedavisi ve/veya diğer fiziksel ya da psikolojik tedaviler) kabul ediyor mu? (Edilgin biçimde kabullenmeyi içerir)

- o Sıklıkla =2 (Tedaviye gereksinimi olduğunu nadiren sorgular)
- o Bazen =1 (Arada bir neden tedaviye gereksinim duyduğunu sorgular)
- o Hiçbir zaman =0

Eğer 1a, 1 ya da 2 ise aşağıdaki soruyu sorunuz:

1b. Hasta tedaviyi teşvik edilmeden istiyor mu?

- o Sıklıkla =2 (Uygun olmayan medikasyon istekleri dışlanmalıdır)
- o Bazen =1 (Unutkanlık/dezorganizasyon nedeniyle ilaç almayı ihmal eden hastalar buraya dahil edilebilir.)
- o Hiçbir zaman =0 (Tedaviyi her zaman uyandıktan sonra kabul ediyorsa.)

2a. Hastaya sorunuz: "Bir hastalığınız olduğunu düşünüyor musunuz?" ya da "Bazı sorunlarınız olduğunu düşünüyor musunuz?" (mental, fiziksel, belirlenmemiş)

- o Sıklıkla =2 (Hastalığı olduğunu bir çok günler, günün çoğunda düşünmüş)
- o Bazen =1 (Hastalığı olduğunu arada düşünmüş)
- o Hiç bir zaman =0 (Neden doktorların/diğerlerinin kendisinin bir hastalığı olduğunu düşündüklerini soruyorsa)

Eğer 2a 1 ya da 2 ise aşağıdaki soruyu sorunuz:

2b. hastaya "bir ruhsal/psikiyatrik hastalığınız olduğunu düşünüyor musunuz?" şeklinde sorunuz. (2a. nın maddeleri geçerlidir). Sıklıkla=2, Bazen=1, Hiçbir zaman=0.

2c (2b. eğer 1 ya da 2 ise) "Hastalığınızı nasıl açıklarsınız?" diye sorunuz.

- o Hastanın sosyal, kültürel ve eğitim düzeyine uygun akılcı yanıtlar: ör. aşırı stres, kimyasal dengesizlik, ailesel kalıtım biçimindeki açıklamalar =2
- o Karışık, tam anlamadığı kulaktan duyma açıklamalar ya da "Bilmiyorum" şeklinde yanıtlar =1
- o Delüzyonel açıklamalar =0

3a. ".....(özgül hezeyanı) konusundaki inancınızın gerçekte doğru olmadığını düşünüyor musunuz?" diye sorunuz. Ya da

".....(özgül halüsinasyonu) gerçekte olmadığını düşünüyor musunuz?"

- o Sıklıkla =2 (bir çok gün, günün çoğunda düşünmüş)
- o Bazen =1 (bazı günler en azından günde bir kez aklına gelmiş)
- o Hiçbir zaman =0

Eğer 3a. 1 ya da 2 ise aşağıdaki soruyu sorunuz:

3b. Bu olayları/yaşantılarınızı nasıl açıklarsınız? (..... konusundaki inancınız / sesler işitmeniz, görüntüler görmeniz.)

- o "Hastalığımın bir parçası" =2
- o "Yorgunluk ve stres" gibi dış olaylara bağlıyorsa =1
- o Dış güçlere bağlıyorsa (delüzyonel olabilir) =0

Ek soru:durumlarında insanlar size inanmadıklarında kendinizi nasıl hissediyorsunuz?(hasta çevreye

hezeyan ya da halüsinasyonundan bahsederken)

0= "Yalan söylüyorlar."

1= "Ne söylerlerse söylesinler hala kendimi emin hissederim."

2= "Kafam karışır ve ne düşüneceğimi bilemem."

3= "Bende bir hata olduğumu düşünürüm."

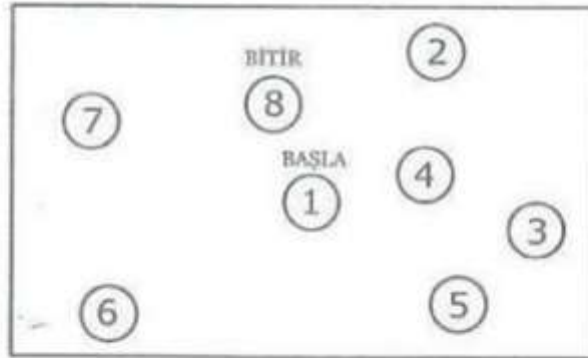
4= "İşte öyle hallerde hasta olduğumu biliyorum."

EK 8. İz Sürme Testi

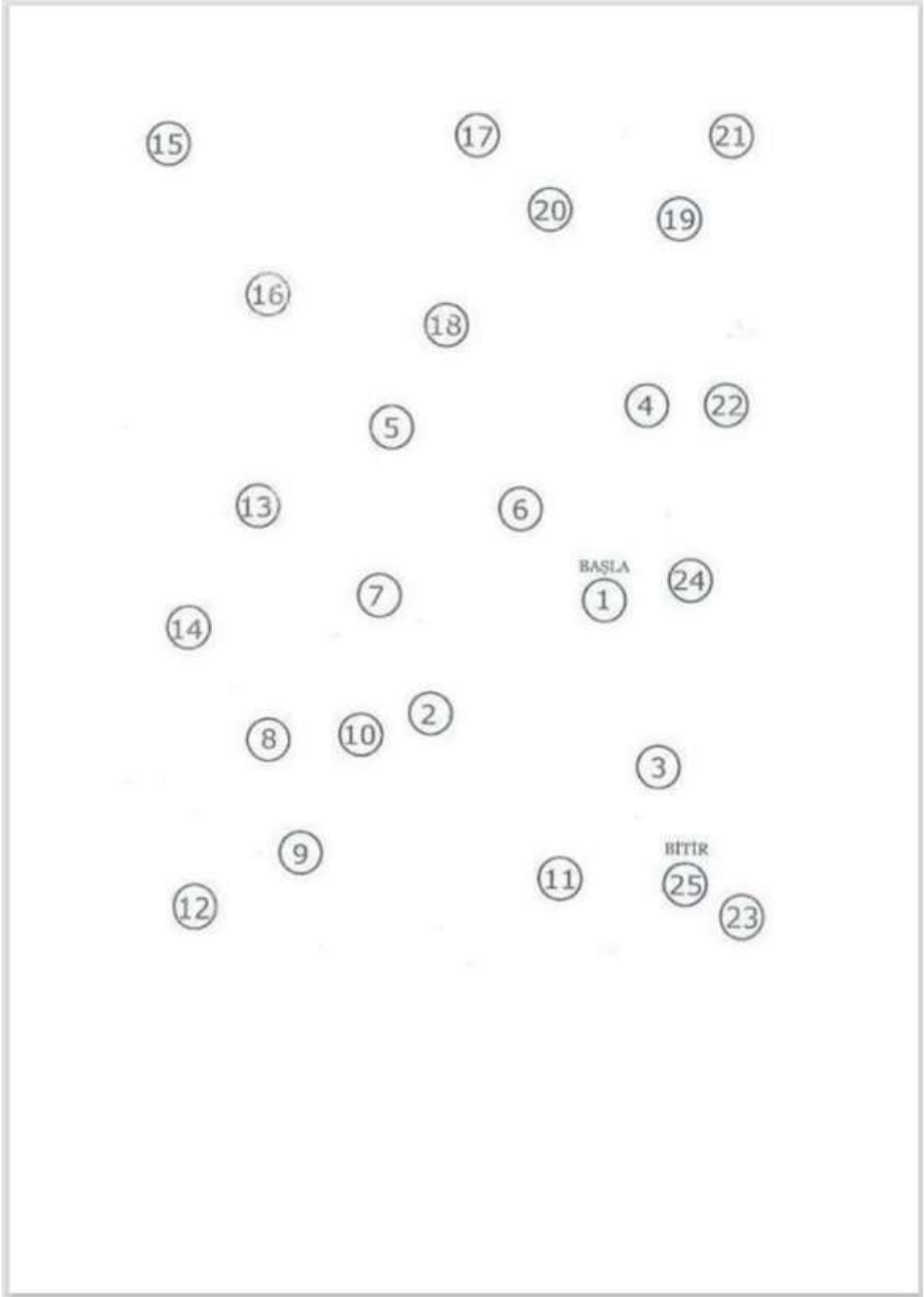
İZ SÜRME TESTİ

A FORMU

ALİŞTİRMA



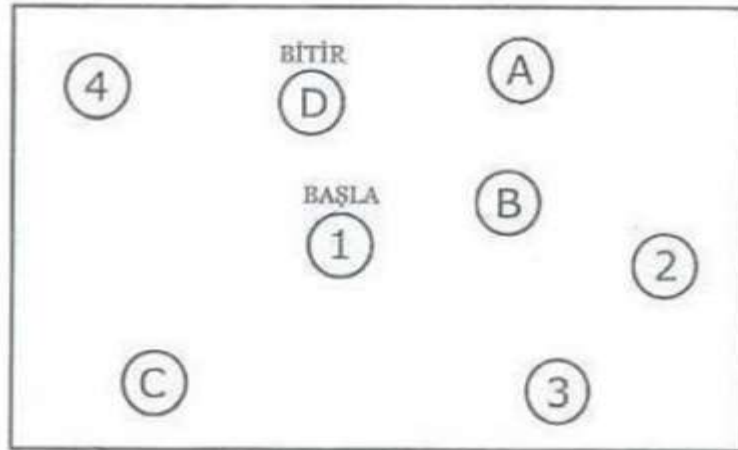
EK 8. (Devam)



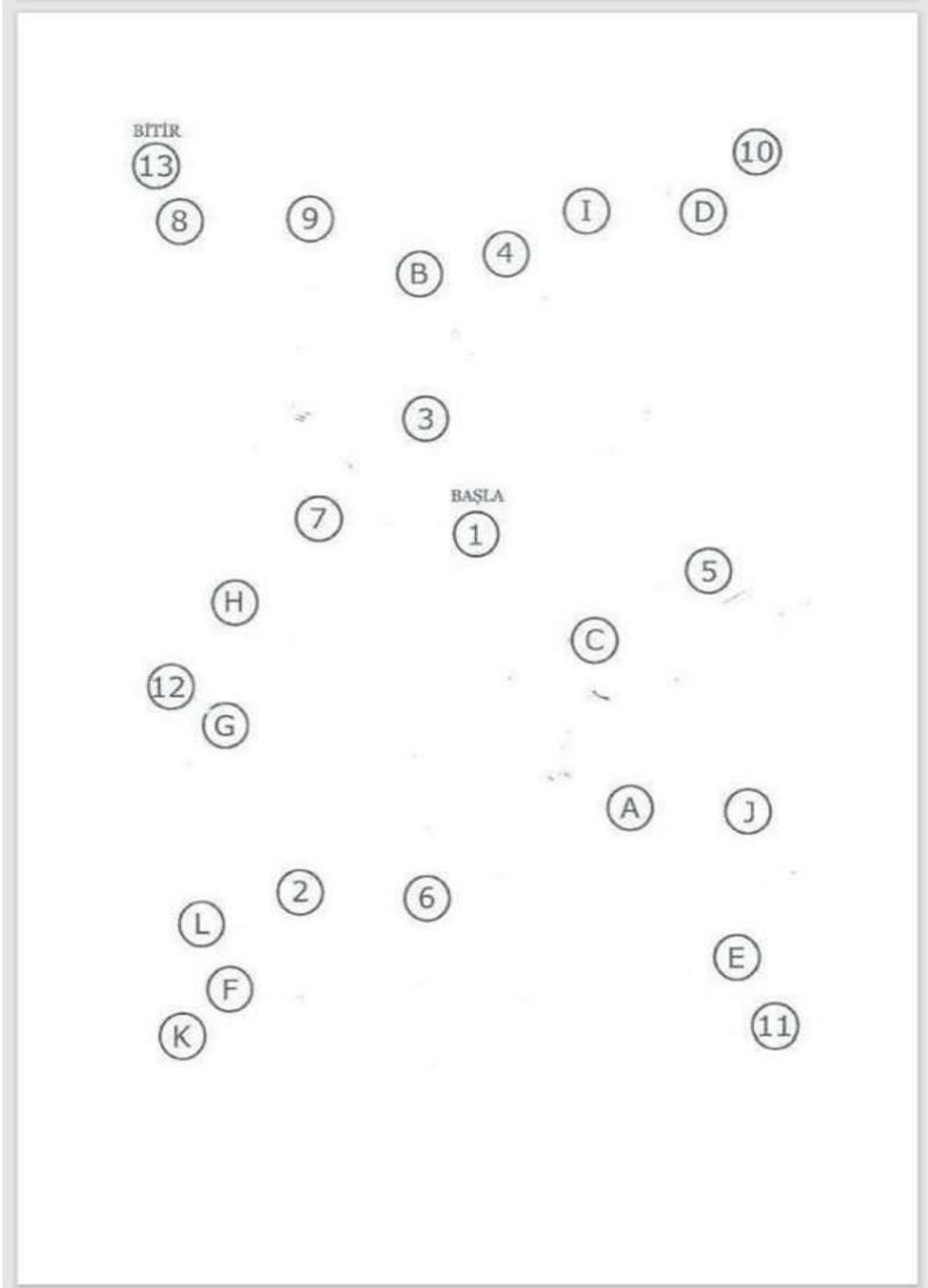
İZ SÜRME TESTİ

B FORMU

ALİŞTIRMA



EK 8. (Devam)



ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : Aysen İzel SEYHAN
Uyruğu : T.C.
Doğum Tarihi :
E-Posta

EĞİTİM BİLGİLERİ

Derece	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	Avrasya Üniversitesi	2018
Lise	Gazi Anadolu Lisesi	2014

AKADEMİK/MESLEKİ DENEYİMİ

Görevi	Kurum	Süre (Yıl -Yıl)
1. Psikolog	Bilişsel Özel Eğitim Kurumları	2018-2019
2. Kısmi Zamanlı Öğrenci	KTÜ Sağlık, Kültür ve Spor Daire Başkanlığı	2022-2023

YABANCI DİL

İngilizce B1