



**ŞİZOFRENİ HASTALARINDA ÜSTBİLİŞ KAPASİTESİ, BİLİŞSEL
İÇGÖRÜ VE ÖZNEL İYİLEŞMENİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Didem CANBAY KÜÇÜK

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

NİSAN 2025

ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Didem CANBAY KÜÇÜK

14.04.2025

ŞİZOFRENİ HASTALARINDA ÜSTBİLİŞ KAPASİTESİ, BİLİŞSEL İÇGÖRÜ VE ÖZNEL İYİLEŞMENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Didem CANBAY KÜÇÜK

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Nisan 2025

ÖZET

Bu çalışmada, şizofreni hastalarında üstbilişsel inançlar ve bilişsel içgörünün öznel iyileşme algısı üzerine etkisini incelemek amaçlanmıştır. Araştırmanın örneklemini Ankara ilinde bir eğitim araştırma hastanesi psikiyatri kliniğinde tedavi gören 133 şizofreni hastası oluşturmuştur. Veriler, Kişisel Bilgi Formu, Üstbiliş Ölçeği-30, Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği ve Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, t testi, tek yönlü varyans analizi, welch testi, Post hoc Bonferroni ve Games-Howell testleri, Pearson ve Spearman korelasyon analizi ile hiyerarşik regresyon analizi kullanılmıştır. Bu çalışmada, hastaların Üstbiliş Ölçeği-30 puanı $84,45 \pm 9,90$, Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği puanı $-0,15 \pm 5,12$ ve Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği puanı $57,78 \pm 15,26$ olarak belirlenmiştir. Üstbilişsel inançların öznel iyileşme algısının ($\beta = -0,179$, $p = 0,034$) yordayıcısı olduğu belirlenmiştir. Üst biliş puanı, hastaların öznel iyileşme algısına ilişkin toplam varyansın %10,1'ini açıklamaktadır (Düzeltilmiş $R^2 = 0,101$). Sonuç olarak, şizofreni hastalarının olumsuz üstbilişsel inançlarının artması öznel iyileşme algısını azaltmaktadır. Şizofreni hastalarının tedavi ve bakımında olumsuz üst bilişsel inançları azaltmaya yönelik müdahale çalışmalarının planlanması ve uygulanması, bu müdahalelerin öznel iyileşme algısı üzerindeki etkisinin incelenmesi önerilmektedir.

Bilim Kodu : 1032.07
Anahtar Kelimeler : Şizofreni, Üstbiliş, İçgörü, Öznel iyileşme
Sayfa Adedi : 55
Danışman : Dr. Öğr. Üyesi Merve KIZILIRMAK TATU

EVALUATION OF METACOGNITIVE CAPACITY, COGNITIVE INSIGHT AND SUBJECTIVE RECOVERY IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

(M.Sc. Thesis)

Didem CANBAY KÜÇÜK

GAZİ UNIVERSITY
GRADUATE SCHOOL OF HEALTH SCIENCES

April 2025

ABSTRACT

This study aimed to examine the effects of metacognitive beliefs and cognitive insight on the subjective perception of recovery in patients with schizophrenia. The sample of the study consisted of 133 schizophrenia patients receiving treatment in a psychiatry clinic of a training and research hospital in Ankara. Data were collected using the Personal Information Form, Metacognition Scale-30, Beck Cognitive Insight Scale and Subjective Recovery Assessment Scale. Number, percentage, mean, standard deviation, t test, one-way analysis of variance, welch test, Post hoc Bonferroni and Games-Howell tests, Pearson and Spearman correlation analysis and hierarchical regression analysis were used in the analysis of data. In this study, the patients' Metacognition Scale-30 score was determined as $84,45 \pm 9,90$, the Beck Cognitive Insight Scale score was $-0,15 \pm 5,12$ and the Subjective Recovery Assessment Scale score was $57,78 \pm 15,26$. It was determined that metacognitive beliefs were predictive of subjective recovery perception ($\beta = -0,179$, $p = 0,034$). Metacognition score explains 10.1% of the total variance regarding the subjective perception of recovery (Adjusted $R^2 = 0,101$). As a result, increasing negative metacognitive beliefs of schizophrenia patients decreases the subjective perception of recovery. It is recommended that intervention studies aimed at reducing negative metacognitive beliefs in the treatment and care of schizophrenia patients be planned and implemented and the effects of these interventions on the subjective perception of recovery be examined.

Science Code : 1032.07

Keywords : Schizophrenia, Metacognition, Insight, Subjective recovery

Page Number : 55

Supervisor : Assist. Prof. Dr. Merve KIZILIRMAK TATU

TEŞEKKÜR

Bu tez çalışmasının her aşamasında değerli bilgileri, yönlendirmeleri ve destekleriyle bana rehberlik eden saygıdeğer danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Merve KIZILIRMAK TATU'ya, en içten teşekkürlerimi sunarım. Akademik gelişimime katkıları, eleştirel bakış açımı geliştirmeme yardımcı olması ve her daim sabırla yol göstermesi, bu süreci benim için daha anlamlı ve verimli kılmıştır. Kendisinin bilimsel yaklaşımı ve teşvik edici tutumu, yalnızca bu tez sürecinde değil, akademik ve profesyonel hayatım boyunca bana ışık tutmaya devam edecektir.

Bu süreçte en büyük destekçilerimden biri olan sevgili eşim Tarık KÜÇÜK'e en derin teşekkürlerimi sunarım. Tez çalışmam boyunca gösterdiği sabır, anlayış ve sonsuz desteğiyle her an yanımda oldu. Zor zamanlarda bana moral verdi, motivasyonumu kaybettiğim anlarda cesaretlendirdi ve bu süreci benim için daha kolay ve anlamlı hale getirdi. Onun varlığı, bu yolculuğu daha güçlü ve kararlı bir şekilde tamamlamamı sağladı.

Varlığıyla bana güç, sevgi ve mutluluk veren, yorgun anlarımda bir gülümsemesiyle tüm stresi unutturan canım oğlum Tevfik Yaman, senin sabrın, neşen ve sevgisiyle bu süreci daha anlamlı hale getirdin. Bu çalışmayı tamamlarken en büyük motivasyon kaynaklarımdan biri oldun. Sonsuz teşekkürlerimi iletiyorum.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ÇİZELGELERİN LİSTESİ.....	ix
ŞEKİLLERİN LİSTESİ	x
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xi
1.GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Şizofreni	5
2.1.1. Şizofreni epidemiyolojisi	6
2.1.2. Şizofreni etiyolojisi.....	6
2.1.3. Şizofreni prognoz ve sonlanımı	7
2.1.4. Şizofreni tedavisi (ilaç tedavisi, EKT (elektrokonvülsif terapi), psikoterapi ve psikososyal yaklaşımlar)	9
2.2. Şizofrenide Üstbiliş.....	11
2.3. Şizofrenide Bilişsel İçgörü	13
2.4. Şizofrenide Öznel İyileşme	14
2.5. Şizofreni Hastalarının Bakımında Psikiyatri Hemşirelerinin Rolü	16
3. GEREÇ VE YÖNTEM	19
3.1. Araştırmanın Şekli.....	19
3.2. Araştırmanın Uygulandığı Yer ve Özellikleri	19
3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	19
3.5. Araştırmanın İşleme Kriterleri	20

3.6. Araştırmanın Dışlama kriterleri	20
3.7. Veri Toplama Araçları.....	21
3.8. Verilerin Toplanması.....	22
3.9. Verilerin Analizi.....	23
3.10. Etik Boyut	23
4. BULGULAR.....	25
5. TARTIŞMA	31
5.1. Hastaların Üstbilişsel İnançları ile Bilişsel İçgörü ve Öznel İyileşme Algı Düzeyleri.....	31
5.2. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ve Üstbilişsel İnançlarının Öznel İyileşme Algısı Üzerine Etkisi	32
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	35
6.1. SONUÇ	35
6.2. Öneriler.....	35
KAYNAKLAR	37
EKLER	45
EK-1 Etik Kurul Onayı.....	46
EK-2. Hastane İzin Kurul Onayı.....	48
EK-3 Ölçek Kullanım İzinleri.....	49
EK-4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	50
EK-5. Kişisel Bilgi Formu	51
EK-6. Üst-Biliş Ölçeği-30	52
EK-7. Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği	53
EK-8 Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği.....	54
ÖZGEÇMİŞ.....	55

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 4.1. Hastaların tanıtıcı özelliklerin dağılımı	25
Çizelge 4.2. Hastaların Üstbiliş Ölçeği-30, Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği ve Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği puan ortalamaları.....	26
Çizelge 4.3. Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması	27
Çizelge 4.4. Model değişkenleri arasındaki ilişki	28
Çizelge 4.5. Hastaların tanıtıcı özellikleri ve üstbilişsel inançlarının öznel iyileşme algısı üzerine etkisi: Hiyerarşik regresyon analizi.....	29

ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil	Sayfa
Şekil 3.1. Örneklem hesaplama.....	20

SİMGELER VE KISALTMALAR

Bu araştırmada kullanılan simgeler ve kısaltmalar, açıklamalı bir şekilde aşağıda yer almaktadır.

Simgeler	Açıklamalar
%	Yüzde
$\bar{x}$	Ortalama
F	Tek yönlü varyans analizi test değeri (ANOVA),
IQR	Interquartile range (Çeyrekler açıklığı)
M	Medyan (Ortanca)
Maks	Maksimum değer
Mi	Minimum değer
n	Sayı
Post Hoc	Gruplar arası fark karşılaştırması (Bonferroni ve Games-Howell)
SS	Standart sapma
t	Bağımsız örneklem t testi değeri
W	Welch test değeri
Kısaltmalar	Açıklamalar
BDT	: Bilişsel davranışçı terapi
DSM:	:Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (The : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EKT	: Elektrokonvülsif Terapi
ICD	: Hastalığın Sınıflandırılması (Classification of Disease)
MBSR	: Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı
TRSM	: Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri
AS	: Alt Sınır
GA	: Güven Aralığı
SH	: Standart Hata
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
ÜS	: Üst Sınır

1. GİRİŞ

Problem durumu

Şizofreni, duygu, düşünce, davranış, algılama, günlük tutum ve işlevlerde bozulmalara yol açarak kişinin denetim, etkileşim ve iletişim becerilerinde kayıplara ve yetersizliklere neden olan kronik bir psikiyatrik hastalıktır (Aydın ve Şahin Altun, 2023). Şizofreni yalnızca bir semptomlar bütünü değil, karmaşık bir biyopsikososyal bozukluk olarak kabul edilmektedir (Taşkın Uyan ve diğerleri, 2023). Dünyada yaklaşık 24 milyon birey şizofreni tanısıyla takip edilmektedir (WHO, 2022). Bu, dünya nüfusunun yaklaşık %0,32'sine karşılık gelmektedir. Türkiye'deki epidemiyolojik araştırmalar sınırlı olsa da, genel toplumda şizofreninin yaşam boyu görülme oranının %0,8 ile %1 arasında olduğu tahmin edilmektedir (Çataloluk ve Baran, 2023).

Şizofreni, sanrı ve varsanı gibi pozitif semptomlar; duygulanımda sığlaşma, sosyal içe çekilme, konuşma miktarında azalma ve düşünce içeriğinde fakirleşme gibi negatif semptomlar; dikkatte, bellekte, bilişsel işlevlerde bozulma gibi bilişsel belirtilerle giden, duygu, düşünce, algılama ve davranış etkileyen farklı klinik tablolarla ortaya çıkmaktadır (Summmakoğlu ve Ertuğrul, 2018). Şizofreni toplumsal ve çalışma hayatında sürekli bozulmalara yol açarak kronik işlev kaybına neden olmaktadır (Dündar ve Türkleş, 2022). Ayrıca şizofreni, planlama yeteneğinde azalma, yaşamını değiştirme kapasitesinde düşüş, ekonomik sorunlar, damgalama, fiziksel sağlığın bozulması, topluma uyum sağlayamama, yetersiz öz bakım ve kişisel gelişim eksiklikleri gibi problemlerle birlikte, sosyal işlevsellikte bozulmaya neden olmaktadır (Korkmaz Aslan ve Ekinci, 2022).

Hastalık tanısı konulduktan sonra, hastaların olumlu bir iyileşme süreci geçirdiğini gösteren önemli faktörlerden biri yeterli içgörüyü sahip olmaktır. Şizofrenide içgörü, hastaların tedavi sürecini doğrudan etkileyebilen önemli bir faktör olup, hastalığın bilincinde olma, tedavinin kabulü ve mevcut semptomların hastalıkla ilişkisi gibi üç ana boyutta değerlendirilmektedir (İpçi ve diğerleri, 2018). Şizofreni hastalarının büyük bir kısmında hastalığın belirli dönemlerinde içgöründe bozulmanın görüldüğü ve hastaların hastalıklarının varlığına, semptomlarına, sosyal zorluklarına ve tedavi gereksinimlerine dair farkındalıklarını kaybettikleri bilinmektedir (Fıstıkçı ve diğerleri, 2016). Yapılan çalışmalarda şizofreni hastalarının içgörü düzeyinin düşük olduğu belirtilmektedir (Şimşek, 2023; Candan, 2019).

Hastalarda yeterli içgörünün olmaması olumsuz sonuçlara neden olmaktadır. Hastaların hastalıklarının farkında olmaması ve kabul etmemesi, tedavinin etkinliğini ve tedaviye olan inancı olumsuz etkilemektedir (Kalkan Gökdam, 2018). Yapılan bir çalışmada şizofreni hastalarının

%19,6'sının hastalığının farkında olmadığı ve %21,7'sinin iyileştiğini düşündüğü için ilaç kullanmayı bıraktığı belirlenmiştir (Uslu, 2017). Kako ve diğerlerinin (2014) bilişsel içgörü ile öznel iyileşme arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında, bilişsel içgörü arttıkça öznel iyileşme algısının da olumlu yönde değiştiği bulunmuştur. Bilişsel içgörü, bireylerin hastalıklarını tanımalarını ve tedaviye uyumlarını doğrudan etkilerken, hastaların öznel iyileşme algılarını da güçlendirmektedir. Yeterli bir içgörü, hastaların tedavi sürecine uyumunu artırarak öznel iyileşme algısını olumlu yönde etkilemektedir (Fıstıkçı ve diğerleri, 2016). Bu bağlamda, bilişsel içgörü ile öznel iyileşme arasındaki bu ilişki, tedavi sürecinde içgörü düzeyinin artırılmasının önemini vurgulamaktadır (Kako ve diğerleri, 2014). Bunun yanında, bilişsel içgörü tedavi sürecinde hastaların iyileştirme stratejilerinin belirlenmesinde önemli bir rol oynamaktadır (İpçi ve diğerleri, 2018).

Şizofrenide bilişsel işlevlerdeki yıkım üstbilişsel bozulmaya neden olmaktadır (Özaslan ve Bilgin, 2017). Üstbiliş, tüm bilişsel işlevlerin üzerinde bir yapısal özellik göstermektedir. Üstbiliş, kişinin kendisinin ve diğerlerinin düşünce süreçlerini anlamlandırma ve değerlendirme kapasitesini ifade etmektedir (Aydın ve Ünsever, 2024). Bu kavram, bireylerin sosyal ve psikolojik yetkinliklerini kavrayıp uyum sağlama becerilerini belirleyen zihinsel süreçleri kapsar (Aydın ve diğerleri, 2016). Şizofrenide olumsuz üstbilişsel inançlar, bilişsel süreçlerin yararları hakkında olumsuz değerlendirmeler, kontrol edilemezlik ile ilgili yüksek beklentiler ve düşüncelerin tehlikeli olduğu yönündeki inançları içermektedir (Popolo ve diğerleri, 2017). Bu olumsuz üstbilişsel inançlar hastaların kendi düşüncelerini, kendileri ve diğerleri hakkında fikir ve inançlarını eleştirel biçimde değerlendirmelerine neden olmaktadır.

Şizofrenide üstbilişsel inançların değerlendirilmesi üzerine yapılan çalışmalar, hastaların olumsuz üstbilişsel inançlarının fazla olduğunu göstermektedir (Lysaker ve diğerleri, 2008; Penn ve diğerleri, 2008; Harrington ve diğerleri, 2005). Yapılan bir çalışmada psikotik deneyimlere yatkın olan bireylerin, endişeyle ilgili olumlu inançlar, düşüncelerin kontrol edilemezliğiyle ilgili olumsuz inançlar, düşünceleri kontrol etme gereksinimi ve düşük bilişsel güven duygusu gibi özellikler sergiledikleri belirlenmiştir (Sellers ve diğerleri, 2017).

Şizofrenide üstbilişsel bozulmanın negatif belirtilerle ilişkili olduğu belirtilmektedir (Özaslan ve Bilgin, 2017). Yapılan bir çalışmada şizofreni hastalarının üstbilişsel kapasitesinin iyi olmasının, 6 ve 12 ay sonrasında negatif

belirtilerin daha az görülmesini sağlayarak iyileşme öngörüsü sağladığı belirlenmiştir (McLeod ve diğerleri, 2014).

Üstbilişsel bozulma şizofreni hastalarının işlevsellik düzeyini, duygusal ve psikolojik iyileşme sürecini olumsuz etkilemektedir (Popolo ve diğerleri, 2017). Böyle bir bilişsel kayıp iyileşmenin önündeki en büyük engel olarak ifade edilmektedir (Lysaker ve diğerleri, 2008). Son yıllarda yapılan araştırmalar, şizofrenide üstbilişsel bozulmanın hastalığın seyrinde önemli bir rol oynadığını ve bu bozulmanın hastaların öznel iyileşme algılarıyla doğrudan ilişkili olduğunu göstermektedir (Cankuş 2021; Morrison ve diğerleri, 2020). Özellikle bireylerin kendileri ve başkaları hakkında karmaşık temsiller oluşturma ve bu temsilleri kullanma yetisindeki bozulma, düşük işlevsellik düzeyi, anhedoni ve düşük öznel iyileşme algısıyla ilişkilendirilmektedir (Aydın ve diğerleri, 2016). Üstbilişsel bozulma, kişilerin kendi kişisel psikososyal zorluklarını anlamlandırma ve daha sonra bu zorlukları nasıl yöneteceklerine ve kendi iyileşmelerini nasıl yönlendireceklerine karar verme yeteneklerini engellemektedir (Lysaker ve diğerleri, 2008).

Şizofreni hastalarında, iyileşme, semptomların devam etmesine rağmen hastaların yaşamlarını kontrol altına alabilmesi, toplumla entegrasyonu ve yaşamlarına anlam katabilmesiyle şekillenir (Morh ve diğerleri, 2018). Bu süreçte, hastaların iyileşmesi, semptomların devam etmesine rağmen artan özerklik hissi, toplumsal yaşantılara katılım, günlük aktiviteler ve iş gücüne katılım ile tanımlanabilir (Yıldız ve diğerleri, 2019). Şizofreni hastalarının iyileşmesi, tekdüze bir süreç olmayıp, kişiden kişiye değişkenlik gösteren ve kişisel deneyimlere dayanan bir süreçtir. Bu anlamda öznel iyileşme, tüm hastalar için ortak nitelikleri belirlemeyi zorlaştıran çeşitli unsurlar barındırmaktadır (Van Eck ve diğerleri, 2018; Karaca ve diğerleri, 2018).

Günümüzde birçok hastalığın radikal bir şekilde tedavisi sağlanamamakta ve kronik hale gelmektedir. Tüm kronik hastalıklarda iyileşme amaçlanmaktadır. Ancak, özellikle şizofreni gibi kronik ruhsal bozukluklarda iyileşme kavramı, tedavi ve rehabilitasyon gibi kavramlarla karmaşık bir yapı oluşturmakta ve farklı zorluklara neden olmaktadır. İyileşme, bireye özgü

ve birey tarafından yönlendirilen, yüksek düzeyde kişiselleştirilmiş bir yolculuktur (Şenocak ve diğerleri, 2019). Hastaların iyileşme algılarını belirlemek, psikiyatri hemşireleri için tedavi sürecinde iş birliği ve uyumun artmasından rehabilitasyon girişimlerine kadar tüm bakım sürecinin hastalara özgü düzenlenmesinin ilk adımı olarak kabul edilebilir. İyileşmeyi etkileyen faktörleri bireysel düzeyde belirlemek bakım sürecindeki etkinliği artırmaktadır (Karaca ve diğerleri, 2018). Bu anlamda, şizofreni hastalarında üstbilişsel inançlar ve bilişsel içgörünün öznel iyileşme algısı üzerindeki etkisini incelemek önemli görünmektedir.

Ancak literatürde ilgili kavramların birbiriyle ilişkisini inceleyen bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu doğrultuda, bu çalışmada, şizofreni hastalarında üstbilişsel inançlar ve bilişsel içgörünün öznel iyileşme algısı üzerine etkisi incelenmiştir.

Araştırmanın hipotezi

H₁: Şizofreni hastalarında üst bilişsel inançlar ve bilişsel içgörü öznel iyileşme algısının yordayıcısıdır.

Araştırmanın amacı ve önemi

Bu çalışmanın amacı, şizofreni hastalarında üstbilişsel inançlar ve bilişsel içgörünün öznel iyileşme algısı üzerine etkisini incelemektir. Şizofreni, bireylerin bilişsel işlevlerini ciddi şekilde etkileyen, iyileşme sürecinin birçok faktörden etkilendiği kronik bir hastalık olup, bu bağlamda üstbilişsel inançlar ve bilişsel içgörünün bireysel iyileşme üzerindeki rolünü anlamak büyük önem taşımaktadır. Araştırma, şizofreni hastalarında tanıtıcı özellikler ile bilişsel süreçlerin öznel iyileşme üzerindeki etkisini değerlendirerek, şizofrenide tedavi ve bakım sürecinin etkinliğini arttırmaya yönelik literatüre katkı sağlamayı hedeflemektedir. Çalışma bulgularının, tedavi ve bakıma yönelik müdahaleler için yeni bir bakış açısı sunarak klinik uygulamalara ve literatüre anlamlı bir katkı sunacağı düşünülmektedir.

Araştırmanın sınırlılıkları

Bu araştırmanın tez merkezde yürütülmüş olması sınırlılığıdır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şizofreni

Tarih boyunca şizofreni, bilim insanlarının yoğun ilgisini çekmiş ve çeşitli bakış açılarıyla tanımlanmıştır. Psikodinamik açıdan Freud, psikanalitik kavramları şizofreniye ilk uygulayan araştırmacı Jung, varoluşçu ekolden Binswanger ve Minkowski, bu alanda önemli katkılar sağlamıştır. Şizofreni kavramına varoluşçu açıdan yaklaşan bir diğer araştırmacı olan Laing, şizofreniyi ‘şizofrenik olarak adlandırılan yaşantı ve davranışlar, kişinin yaşanılmaz bir dünya içinde yaşayabilmek için yaratmak zorunda kaldığı özel bir strateji türüdür. Şizofrenik kişi, iç ve dış dünyalarının birbirine karşıt düşen baskıları tarafından kuşatılmış bir biçimde hareketsiz kalmıştır. Satranç oyununda hangi hareketi yaparsa yapsın mat olacak bir oyuncuya benzer.’ olarak tanımlamaktadır (Geçtan, 2023).

Şizofreni 1898 yılında bir kavram olarak ise ilk defa Kraepelin tarafından tanımlanmıştır. Kraepelin’in şizofreni kavramı günümüzdeki yaklaşıma ışık tutan görüşleri geliştirmiştir. Şizofreni tanımına daha sonra en büyük katkıyı sağlayıp geliştiren kişi Bleuler’dir. Şizofreniyi zihinsel bağlantılardaki bir bozukluk ve kişiliğin temel işlevlerinde bir parçalanmayla belirlendiği görüşünü savunmuştur (Geçtan, 2023). Yapılan çeşitli tanımlamalar bu yüzyılda şizofrenin tanımlamasına ışık tutmakta ve yön göstermektedir.

Şizofreni, en sık karşılaşılan ve işlev kaybına neden olan kronik ruhsal bozukluklar arasında yer almaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2018). Şizofreni, bireyde düşünme, anlama, kavrama ya da imgeleme gibi doğal bilişsel işlevleri zayıflatan uzun süreli ruhsal bir bozukluktur (Özaslan ve Bilgin, 2017). Toplumun %1’inde görülen, sanrı ve varsanı gibi pozitif semptomlar; duygulanımda küntlük, sosyal içe çekilme, konuşmada azalma ve düşünce içeriğinde fakirleşme gibi negatif semptomlar; dikkatte, bellekte, yürütücü işlevlerde bozulma gibi bilişsel belirtilerle giden; duygu, düşünce, algılama ve davranışı etkileyen; farklı klinik tablolarla ortaya çıkabilen psikiyatrik bir hastalıktır (Summmakoğlu ve Ertuğrul, 2018). Şizofreni, farklı bireylerde farklı seyir ve sonlanım gösterebilir, ancak genellikle kısmi iyileşme dönemleri ve akut alevlenmelerle seyreder (Cutler, 2016). Tüm semptomlar, yaşam kalitesini ve işlevselliği farklı şekillerde etkilemektedir. Semptomlar, bireyin sosyal hayattan uzaklaşmasına ve iş performansında düşüş yaşamasına neden olmaktadır.

Şizofreninin ortaya çıkışında genetik yatkınlık oldukça önemlidir. Birinci dereceden akrabalarda görülme sıklığı büyük etken olsa da çevresel ve genetik etkileşimler de önemlidir. Erken yaşam stresi, doğum öncesi ve doğum sonrası komplikasyonlar, madde kullanımı, risk faktörleri arasında bulunmaktadır (Brown ve Derkits, 2010; Van Os ve diğerleri, 2010). Risk faktörlerinin ne şekilde ve hangi şartlarda şizofreninin ortaya çıkmasına neden olduğu araştırılmaya devam edilen konular arasındadır. Bilişsel işlev bozuklukları, psikozun temel semptom gruplarından biridir ve detaylı bir şekilde açıklanması, hastalığın seyrini tahmin etmede önemlidir (Roche ve diğerleri, 2015).

2.1.1. Şizofreni epidemiyolojisi

Şizofreni, dünya çapında birçok insanı etkileyen, ekonomik ve sağlıkla ilgili en yüksek maliyetli hastalıklardan biridir (Li ve diğerleri, 2018). Asya ve Avrupa’da, şizofreni görülme sıklığı %0,85 iken, Türkiye’de bu oran %0,89 olarak belirlenmiştir (Meşe, 2011). Şizofreni, kadınlar ve erkekler arasında eşit sıklıkta görülmektedir. Ancak hastalık erkeklerde genellikle 15-25 yaş aralığında, kadınlarda ise 25-35 yaş aralığında başlamaktadır. Ayrıca, kadınlarda hastalığın prognozu genellikle daha olumlu seyretmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2018). Erkeklerde hastalığın erken yaşlarda başlama olasılığı kadınlara göre daha yüksektir (Öztürk ve Uluşahin, 2018; Kocal ve diğerleri, 2017).

Şizofreni, düşük sosyoekonomik düzeydeki bireyler arasında, kırsal kesimde yaşayanlarda, azınlık nüfusta, göç edenlerde ve evsizler arasında daha sık rastlanan bir hastalıktır (Kırlı ve Binbay, 2018). Ayrıca, gelişmiş ülkelerde şizofreninin, geri kalmış ya da gelişmemiş ülkelere kıyasla daha kötü bir klinik seyir izlediği belirtilmektedir (Kırlı ve Binbay, 2018). Medeni durum açısından değerlendirildiğinde, evli olmanın şizofreni gelişimi ve klinik seyri üzerinde koruyucu bir etken olduğu görüşü yaygındır. Şizofreni, bekar ya da boşanmış kişilerde daha sık görülmektedir (Lin ve diğerleri, 2022).

2.1.2. Şizofreni etiyolojisi

Şizofreninin kesin nedeni henüz belirlenememiştir; ancak etiyolojisi son derece karmaşık ve çok boyutludur. Şizofreninin ortaya çıkmasında genetik, çevresel, nörobiyolojik, nörogelişimsel ve nörodejenatif faktörlerin etkileşimi önemli bir rol oynamaktadır (Karakuş ve diğerleri, 2017).

Genetik araştırmalar, hastalığın kalıtsal yönünü destekleyerek, şizofreniye yatkınlığı artıran genetik varyantları tanımlamıştır. Özellikle ikiz çalışmaları, tek yumurta ikizlerinde şizofreni riskinin belirgin şekilde yüksek olduğunu göstermektedir. Ayrıca, genom çapında ilişkilendirme alışmaları (GWAS), şizofreni ile ilişkilendirilen birçok genetik varyantı ortaya koymuş ve bu varyantların nörotransmitter sistemleri ile beyin gelişimiyle bağlantılı genlerde yoğunlaştığını saptamıştır (Özkul ve Gölgele, 2019).

Nörogörüntüleme alışmaları, şizofreni hastalarında beyin yapılarında önemli değişiklikler tespit etmiştir. Özellikle frontal lob, temporal lob ve hipokampus gibi bölgelerde hacim kayıpları ve ventrikül genişlemesi gözlemlenmiştir (Taşkın Uyan ve diğerleri, 2023). Hezeyanlar ve halüsinasyonlar gibi pozitif semptomlarla ilişkili olarak, beyin aktivitesindeki artışlar da dikkat çekicidir; özellikle frontal-limbik ilişkiyle bağlantılı aktivite artışı bu semptomların nörolojik temellerini işaret etmektedir (Larivière ve diğerleri, 2017). şizofreninin nörokimyasal temelleri, dopamin, glutamat ve serotonin gibi nörotransmitterlerin düzensizliklerine dayanmaktadır. Dopaminin aşırı aktivasyonu, pozitif semptomları tetiklerken, glutamat ve serotoninle ilişkili bozulmalar da hastalığın gelişiminde kritik bir rol oynamaktadır (Summakoglu ve Ertuğrul, 2018; Taşkın Uyan ve diğerleri, 2023).

şizofreninin nörogelişimsel faktörlerle ilişkili olduğu da giderek daha fazla vurgulanmaktadır. Epigenetik faktörler ve sinaptik budama süreçlerinde yaşanan anormallikler, şizofreni riskinin artmasında önemli bir rol oynamaktadır (Karakuş ve diğerleri, 2017). Çevresel faktörler, özellikle travmatik yaşam olayları ve erken dönem stres, hastalığın gelişimine zemin hazırlayabilir. Çocukluk dönemi travmaları ve maddelerin erken yaşta kullanımı gibi etkenler, şizofreni riskini artıran önemli çevresel faktörler arasında yer almaktadır (Taşkın Uyan ve diğerleri, 2023). Günümüzde şizofreninin ortaya çıkışını açıklamaya yönelik en çok kabul edilen görüşlerden biri stres-diatez (yatkınlık) modelidir. Stres-diyatez modeli, genetik yatkınlık ve çevresel stres faktörlerinin birleşimi ile şizofreninin ortaya çıkabileceğini öne sürmektedir. Özellikle erken yaşta maruz kalınan stres, hastalığın gelişimini hızlandırabilir ve bu süreçte biyolojik aygıtların önemli bir rol oynadığı bilinmektedir (Işık ve diğerleri, 2015).

2.1.3. şizofreni prognoz ve sonlanması

Şizofreni prognozu kişiden kişiye değişiklik göstermektedir. Hastalık genellikle yavaş ve gizli bir şekilde başlar, ardından ani ataklarla kendini gösterebilir ve tıbbi müdahale veya kendiliğinden sona erebilir. Hastalık sürecinde, pozitif semptomların şiddeti zamanla azalırken, negatif semptomlar kronikleşir. Taburculuk sonrasında ilaç uyumu olsa bile, şizofreni hastalarında ilk yıl içinde relaps oranı %35-40 arasındadır (Soylu, 2018).

İlk ataktan sonra şizofreninin prognozu oldukça önemlidir. Sık tekrar eden ve kötüleşen ataklar, hastalığın kronikleşmesine ve yıkıcı etkilerin artmasına yol açabilir. Bu nedenle, şizofreninin ilk 5 yılı, hastalığın prognozu açısından önemli veriler sunmaktadır (İngeç, 2018).

Şizofreninin prognozu ve sonlanımını önceden tahmin etmek zordur. Şizofreninin prognozu, tamamen iyilik hali ile belirtiler ve kronik semptomlar arasında değişkenlik göstermektedir. Hastalığın seyrini ve sonucunu değerlendirmek için hastalık belirtileri, mesleki uyum, toplumsal katılım, yaşam kalitesi, bilişsel işlevler ve hastanede kalış süresi gibi faktörler göz önüne alınmaktadır. Şizofreni tanısı almış bireylerin uzun süreli takipleri, hastaların tamamen hastalık öncesindeki işlevsel durumlarına dönmelerinin imkânsız olduğunu göstermektedir (Townsend, 2016). Hastaların yaklaşık % 60'ının bir miktar iyileşme gösterdiği, geri kalan % 40'ının ise anlamlı bir gelişme göstermediği bilinmektedir (Townsend, 2016).

Şizofreni hastalarının %20-50'si intihar girişiminde bulunmakta ve bu girişimlerin %10'u ölümlle sonuçlanmaktadır (İngeç, 2018). Halk arasında yaşam süresinin kısa olduğu inancının yayılmasında, uyuşturucu madde, alkol, sigara kullanımı, sedanter yaşam tarzı, şişmanlık ve sınırlı fiziksel aktivite gibi faktörler etkili olmaktadır (İngeç, 2018).

Şizofrenide iyi prognoz göstergeleri,

- Kadın olmak,
- Açık tetikleyici faktörlerin varlığı, hastalığın ani semptomlarla ortaya çıkmasına neden olabilmesi,
- Geç başlangıç yaşı,
- Evli olmak,
- Aile içerisinde duygudurum bozukluğunun varlığı,
- Pozitif semptomların bulunması,
- Sosyal destek sisteminin yeterli şekilde bulunması,

- Aktif ve yoğun bir hayat tarzının benimsenmiş olması,
- Aile içerisinde şizofreni öyküsünün bulunmaması,
- Madde kullanım öyküsünün bulunmaması,
- Fiziksel olarak iyilik hali,
- Gelecekte umutlu olma olarak sıralanabilir (Çam ve Engin, 2021). Şizofrenide kötü prognoz göstergeleri ise;
- Erkek olmak
- Erken başlangıç yaşı,
- Dul veya bekar olmak,
- Çocukluk travma öyküsü,
- Tetikleyici faktörlerin eksikliği, hastalığın sinsi şekilde başlangıcı,
- Aşırı stres varlığı ve saldırganlık öyküsü,
- Sosyal destek sistemlerinin yetersiz olması,
- Aile içerisinde şizofreni öyküsünün bulunması,
- Düzensiz hayat tarzı,
- 3 yıl içerisinde düzelme olmama hali ve nükslerin bulunması,
- Madde kullanımının bulunması olarak sıralanabilir (Çam ve Engin, 2021).

2.1.4. Şizofreni tedavisi (ilaç tedavisi, EKT (elektrokonvülsif terapi), psikoterapi ve psikososyal yaklaşımlar)

Şizofreni tedavisinde semptomların azaltılmasının yanı sıra hastanın işlevselliğini ve yaşam kalitesini artırmak amaçlanır (Townsend, 2016). Tedavide, psikofarmakolojik tedavilerin yanı sıra somatik ve psikososyal tedavileri birlikte kullanılmaktadır. Ayrıca, tedavi sürecinde bütüncül bir yaklaşım benimsemek gereklidir (Gülcüoğlu, 2021). Aile desteği ve toplumun hasta ve hastalığa yönelik anlayışı hastaların iyileşme sürecinde önemlidir.

Şizofreni tedavisinde psikofarmakolojik yaklaşımlar önemli bir rol oynamaktadır. Ancak son yıllarda psikososyal tedavilerin de etkili olduğu bildirilmektedir (Şahin, 2022). Şizofreni tedavisinin erken başlanması ve uzun süreli devam edilmesi, komplikasyonların önlenmesine ve belirtilerin kontrol altında tutulmasına yardımcı olmaktadır. Uygun terapötik iletişim ve tedavi yaklaşımları hastaların işlevselliğini arttırmaktadır (Şahin, 2022). Yapılan bir çalışmada şizofreni hastalarının yaklaşık dörtte birinin tedavi sonrasında toplumsal hayatının genel olarak

iyileştiği, diğerlerinin ise ortalama düzeyde ilerleme kaydederek bağımsız veya desteklenmiş şekilde toplum içinde yaşamını devam ettirdiği bulunmuştur (Summakoğlu ve Ertuğrul, 2018).

Şizofreni tedavisi, hastalığın seyri, bireyler arasındaki farklılıklar ve sosyal düzenin değişimi nedeniyle çeşitlilik göstermektedir. Bu nedenle, bazen farklı tedavi yöntemlerinin veya desteklerin birleştirilmesini gerekebilir (Candan, 2019). Şizofreni tedavisi; psikososyal tedaviler, elektrokonvülsif terapi (EKT), ilaç tedavisi olmak üzere üç başlıkta değerlendirilmektedir (Candan, 2019).

Şizofreni tedavisinde küresel çapta rutin olarak uygulanan klinik pratik, genellikle antipsikotik ilaç kullanımını içermektedir. Antipsikotik tedaviler, farmakolojik bir yöntem olarak, şizofreni hastalarının temel semptomlarını yönetmede etkililidir (Orssolini ve diğerleri, 2022).

Şizofreni tedavisinde kullanılan antipsikotik ilaçlar, “dopamin reseptör antagonistleri” ve “serotonin-dopamin antagonistleri” olmak üzere iki kategoriye ayrılır (Summakoğlu ve Ertuğrul, 2018). Şizofreni hastalarında ilk atak sonrasında başlanan antipsikotik ilaç tedavisi, başlangıçta etkili olmaktadır. Ancak, bir yıl içinde hastaların yeniden atak geçirme olasılığı %35 ile %40 arasındadır. Şizofreni tedavisinin yaşam boyunca devam etmesi, hastalığın kronikleşmesi ve ilaç yan etkileri nedeniyle hastaların ilaç uyumsuzluğu yaşadığı bilinmektedir (Uzunhasanoğlu, 2022).

İlaçla yapılan tedavilere beklenen yanıt vermeyen hastalar için diğer bir tedavi yöntemi EKT’dir (Candan, 2019). EKT, Şizofreni hastalarının yatılı tedavi sürecini, tedavi giderlerini ve yüklerini azaltan etkin bir yöntemdir. Yaklaşık 10-15 dakika süren bu tedavi, anestezi altında hastaya elektrik uyarımı yoluyla uygulanmakta ve beyinde grand mal epileptik nöbet meydana gelmektedir. EKT’ nin tedavilere %70 ila %90 oranında yanıt verdiği ve belirlenmiş bir standardı olmamakla birlikte hamile hastalarda güvenle kullanılabileceği belirtilmiştir (Candan, 2019).

EKT, ani gelişen ataklar kapsamında, intihar düşüncesi olan hastalarda, uygulanmakta olan diğer tedavi tekniklerinin etkisiz bıraktığı durumlarda, etkin ve işlevsel bir teknik olarak kullanılmaktadır (Gülcüoğlu, 2021). EKT tedavidinde etkili sonuçlar için en az yedi seans uygulanması gerekmektedir. Tedavi, dirençli durumlarda beklenen yanıt alınana kadar sürdürölmektedir (Summakoğlu ve Ertuğrul, 2018).

Şizofreni tedavisinde kullanılan psikososyal yaklaşımlar, psikoeğitim, bilişsel davranışçı terapi, bireysel psikoterapi, sosyal beceri eğitimi, ruhsal toplumsal beceri eğitimi ve destekleyici psikoterapilerden oluşmaktadır (Gülcüoğlu, 2021). Bilişsel davranışçı terapi (BDT), kişilerin olayları anlama, yorumlama ve anlamlandırma şekillerine verdikleri tepkileri ele alır. Şizofreni tedavisinde kullanılan BDT, kişinin spontane olarak gelişen düşüncelerinin farkına varmasını, bunları yorumlamasını ve algılayarak değiştirmesini kişiye öğretir (Çapar Çiftçi, 2021). BDT, şizofreni hastalarının hastalık belirtilerine verdikleri tepkileri daha mantıklı bir şekilde değerlendirmelerine yardımcı olmaktadır. Bu terapi yöntemi, belirtilerin şiddetini azaltmayı, yeniden ortaya çıkma sıklığını azaltmayı ve hastaların işlevselliğini artırmayı hedeflemektedir (Kocal ve diğerleri, 2017).

Psikoeğitim ile şizofreni hasta ve yakınlarına, hastalık ve tedavi süreci ilgili temel bilgiler verilmektedir. Psikoeğitim programları, hastalığın seyrini, nedenlerini, belirtilerini, ilaç ve yan etkilerini içeren bilgileri kapsamaktadır. Eğitim süreleri ve oturum sayısı, hastaların ve ailelerin gereksinimine göre planlanmaktadır (Tanrıverdi, 2008).

Psikotik bozuklukların tedavisinde son yıllarda öne çıkan sosyal yaklaşımlardan biri Farkındalık Merkezli Terapilerdir. Bu terapilerin en bilinen ve en çok kullanılan tekniği Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı'dır (MBSR). MBSR, tedavi sürecinde yürüme ve oturma meditasyonu, beden taraması, yoga, adlandırma ve doğrudan farkındalık gibi yöntemleri içeren klinik bir programdır. Şizofreni hastalarına yönelik farkındalık temelli bir müdahalenin, psikotik belirtilerin yoğunluğunu azaltmanın yanı sıra olumsuz semptomları da iyileştirdiği gözlemlenmiştir. Şizofreni hastalarına verilen farkındalık temelli psikoeğitim, psikotik belirtilerin azalmasına, hastaneye yeniden yatış sıklığının ve sorunlarının azalmasına, hastalık içgörüsünün ve işlevselliğin artmasına katkı sağlamaktadır (Yüksel ve Yılmaz, 2021).

2.2. Şizofrenide Üstbiliş

Üstbiliş, bireyin hem kendi zihinsel süreçlerini hem de başkalarının zihinsel durumlarını anlama, bu süreçler üzerinde bilinçli düşünme yeteneği olarak tanımlanabilir. Bir başka tanım ile üstbiliş, kişinin kendi bilişsel süreçlerini anlayabilme/hatırlayabilme, bu süreçte gerçekleşen hataları farkedebilme, duyguları hakkında düşünebilme ve duygu/düşüncelerin açığa çıkmasına yol açan olayları saptayabilme becerisidir (Kühne ve diğerleri, 2017).

Bu kavram, bireylerin sosyal ve psikolojik yetkinliklerini kavrayıp bu durumlara uyum sağlama becerilerini belirleyen zihinsel süreçleri kapsar (Aydın ve diğerleri, 2016). Üstbilişin izleme ve kontrol etme olarak iki belirgin işlevi ön plana çıkmaktadır. Üstbiliş; üstbilişsel bilgi (metacognitive knowledge), üstbilişsel izleme (metacognitive monitoring) ve üstbilişsel kontrol (metacognitive control) olmak üzere üç boyutla ele alınmaktadır. Üstbilişsel bilgi, bilişsel işlemlerimizin nasıl gerçekleştiğine dair sahip olduğumuz bilgidir.

Bir işin ya da görevin nasıl yapılacağını, bu iş için sahip olunan yeterlilikleri ve hangi durumda ne yapılacağını bilmeyi içerir. Üstbilişsel izleme, bireyin kendi bilişsel süreçlerini gözlemleyip, takip ederek durumunu değerlendirmesidir. Üstbilişsel izleme bireye, o anki amacına yönelik olarak kendi bilişinin durumu hakkında bilgi verir. Örneğin bireyin yakın zamanda okuduğu bir kitap bölümünü anlayıp anlamadığına karar verebilmesini sağlar. Üstbilişsel kontrol ise, üstbilişsel bilgiyi, bilişsel amaçlara ulaştırabilmek için stratejik biçimde kullanabilme yeteneğidir. Bu süreçte birey etkinliği durdurmak, devam ettirmek ya da değişim şeklinde düzenlemeler yapabilir. Örneğin izleme işlevi ile okuduğunu anlamadığına kanaat getirirse tekrar okuyabilir ya da eylemi sonlandırabilir. Dolayısı ile üstbilişsel kontrol, üstbilişsel izleme sürecinin sonucuna dayalı olarak yapılan bilinçli ya da bilinçsiz kararları ifade etmektedir.

Üstbiliş, tüm bilişsel işlevlerin üzerinde bir yapısal özellik göstermektedir. Şizofreninin temel özelliği olarak görülen bilişsel işlevlerdeki bozulma, kaçınılmaz olarak üstbilişi de etkilemektedir (Lysaker ve diğerleri, 2010). Üstbilişin, tüm boyutlarına hizmet eden alt işlevleri; kendini anlama, diğerlerini anlama ve üstbiliş hâkimiyeti (mastery) birbirinden yarı bağımsız olarak işlev görmektedir ve üstbiliş bozulmalarında hasar görmektedir. Üstbiliş hâkimiyeti kavramı; gerçek dünyadaki çelişkili duygular ve kişilerarası ikilemler ile karşı karşıya kalındığında, toplumsal sorunları tanımlamak, yüzleşmek ve çözmek için üstbilişsel farkındalığı kullanma becerisini yansıtır. Üstbilişsel izleme boyutundaki hasar ile üstbiliş hâkimiyeti işlevi, şizofreni hastalarında eş zamanlı bozulma gösterir. Yani, kendi bilişi hakkında bilgisi olmayan bireyin aynı zamanda sorun çözümünde kullanabileceği üstbilişsel hâkimiyeti de olmayacaktır (Karakelle 2010; Lysaker ve diğerleri, 2014).

Şizofrenide işlevsel olmayan olumsuz üstbilişsel inançlar bilişsel süreçlerin faydaları hakkında olumsuz değerlendirmeler, kontrol edilemezlik ile ilgili yüksek beklentiler ve düşüncelerin tehlikeli olduğu yönündeki inançları içermektedir (Popolo ve diğerleri, 2017).

Psikotik deneyimlere yatkın olan bireylerin, endişeyle ilgili olumlu inançlar, düşüncelerin kontrol edilemezliğiyle ilgili olumsuz inançlar, düşünceleri kontrol etme gereksinimi ve düşük bilişsel güven duygusu gibi özellikler sergiledikleri belirlenmiştir (Sellers ve diğerleri, 2017). İlk atak psikoz hastası ve sağlıklı kontrol grubunun yer aldığı bir çalışmada, ilk atak psikoz hastalarının üstbilişsel işlev düzeyinin, sağlıklı kontrollere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir (Trauelsen ve diğerleri, 2016). Üstbilişsel işlevlerdeki bozulmalar, özellikle negatif belirtilerin yüksek olduğu grupta daha belirgin bir şekilde gözlemlenmiştir. Bu bulgu,

üstbilişsel bozulmanın, pozitif belirtilerden bağımsız olarak negatif belirtilerle ilişkilendirildiğini göstermektedir (Trauelsen ve diğerleri, 2016). Karakelle (2012), araştırmasında üstbilişsel farkındalık, zekâ, problem çözme algısı ve düşünme ihtiyacı arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçlamıştır. Araştırma sonucunda elde edilen bulgulara göre üstbilişsel farkındalık, düşünme gereksinimi ve sorun çözme algısı arasındaki anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur.

Üstbilişsel bozulma şizofreni hastalarının işlevsellik düzeyini, duygusal ve psikolojik iyileşme sürecini olumsuz etkilemektedir (Popolo ve diğerleri, 2017). Son yıllarda yapılan araştırmalar, şizofrenide üstbilişsel bozulmanın hastalığın seyrinde önemli bir rol oynadığını ve bu eksikliklerin hastaların öznel iyileşme algılarıyla doğrudan ilişkilendirildiğini göstermektedir (Cankuş 2021; Morrison ve diğerleri, 2020). Şizofrenide üstbilişin incelendiği Özaslan ve Bilgin'in (2017) araştırmasında şizofrenide bilişsel yıkımın bireylerin yaşamının bütün alanlarını etkilediği ve özellikle toplumsal işlevselliğe engel olduğunu belirlenmiştir. Ayrıca çalışma sonucunda hastalık semptomlarının, üstbilişin tüm alt boyut fonksiyonlarının bozulmasına neden olduğu bulunmuştur. Bu doğrultuda, üstbilişsel işlevselliğin geliştirilmesi, tedavinin etkinliğini artırabilir ve hastaların iyileşme sürecini daha verimli hale getirebilir (Sellers ve diğerleri, 2017).

2.3. Şizofrenide Bilişsel İçgörü

İçgörü, bireyin kendi iç dünyasını, yaşadığı problemleri ve hastalığının farkında olma durumunu ifade etmektedir (İpçi ve diğerleri, 2018). Şizofrenide içgörü, hastaların tedavi sürecini doğrudan etkileyebilen önemli bir faktör olup, hastalığın bilincinde olma, tedavinin kabulü ve mevcut semptomların hastalıkla ilişkisi gibi üç ana boyutta değerlendirilmektedir (İpçi ve diğerleri, 2018). Şizofreni hastalarının büyük bir kısmında hastalığın belirli

dönemlerinde içgöründe bozulmanın görüldüğü ve hastaların hastalıklarının varlığına, semptomlarına, sosyal zorluklarına ve tedavi gereksinimlerine dair farkındalıklarını kaybettikleri bilinmektedir (Fıstıkçı ve diğerleri, 2016). Şizofreni hastalarında içgörü eksikliği tedavi sürecini olumsuz etkilemesi nedeniyle içgörü geliştirmenin tedavi sürecindeki önemi büyüktür (Köşger ve diğerleri, 2014). Zorlu ve diğerlerinin (2017) yürüttükleri araştırmada şizofrenide klinik içgörünün psikiyatrik semptomlar ve bilişsel işlevler ile ilişkisi incelenmiştir. Araştırma sonucunda şizofreni hastalarında klinik içgörü ile hastalığın genel ve pozitif belirtileri arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu ancak, bilişsel bozulma ve negatif belirtiler arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı belirlenmiştir.

2.4. Şizofrenide Öznel İyileşme

Günümüzde birçok hastalık radikal olarak tedavi edilememekte ve kronikleşmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre iyileşme, sadece fiziksel semptomların azalması değil, bireyin yaşamını kontrol altına alabilmesi, kişilerarası ilişkilerinde ve sosyal katılımında gelişim göstermesi ve geleceğe dair umutlarını korumasıdır (Townsend, 2016). İyileşme, bireyin hastalık belirtilerini ortadan kaldırmak değil aynı zamanda birey için önemli olan alanlarda kişisel ve sosyal başarısını içeren, her bireyin iyileşmeye yüklediği kişisel anlamı da içermektedir (Lahera ve diğerleri, 2018). Ruhsal bozukluklarda iyileşme, ilaç tedavisi ile iyileşme dışında işlevselliğin artırılması ile birlikte umut etme, sosyal ilişkiler kurma, kişisel sorumluluk almanın önemini vurgulamaktadır (Mueser ve diğerleri., 2006). Başka bir tanıma göre hastalığın zorluğuna rağmen, olumlu bir benlik, rol ve irade kazanarak ve sürdürerek bireyin kendi kendini yönettiği kişisel bir yolculuktur (Soygür ve diğerleri, 2017). Ruhsal hastalığı olan kişiler açısından iyileşme ise, iyileşmeyi hastalık belirtilerinin olduğu veya olmadığı zamanlarda anlamlı bir hayatı oluşturabilmek ve yaşayabilmek olarak tanımlanmaktadır (Brown, 2013).

İyileşme, farklı şekillerde tanımlanabilen bir kavram olup, bireyin hedefleri, değerleri ve duyguları doğrultusunda yaşamını anlamlandırma süreci olarak da görülmektedir (Çam ve Yalçiner, 2018). İyileşme kavramı klinik ve öznel iyileşmeyi vurgulamaktadır. Son yıllarda iyileşme klinik olarak ele alınmakta ve öznel iyileşmenin tamamlayıcı ve destekleyici bir unsur olarak görülmesi gerektiği tartışılmaktadır (Roe ve diğerleri, 2011). Klinik iyileşme genellikle belirtilerin azalması olarak tanımlanırken, iyileşme sadece "yeniden normal olmak" ya da "iyileşmek" anlamına gelmemektedir. Bireysel iyileşme ise umut, kimlik,

anlam ve sorumluluk üzerine temellenmiş, değişken, zaman alan ve kişiye özgü bir deneyimdir (Brown, 2013). Bu iyileşme süreci, bireyin yaşamını anlamlı kılma ve sürdürülebilir bir hale getirme amacını taşır.

Şizofreni, genellikle kronik seyreden bir hastalıktır. Şizofrenide tedavi ve iyileşme süreci zorlu olabilir. Şizofreni hastalarında, iyileşme, semptomların devam etmesine rağmen hastaların yaşamlarını kontrol altına alabilmesi, toplumla entegrasyonu ve yaşamlarına anlam katabilmesiyle şekillenir (Morh ve diğerleri, 2018). Ancak şizofrenide iyileşme tanımlarında çoğunlukla bireylerin kendilerini değerlendirme ve yaşamdan anlam bulma gibi iyileşmenin öznel yönleri dahil edilmemektedir (Roe ve diğerleri, 2011). İyileşme süreci, hastaların psikozun etkilerine rağmen, yaşamlarında anlam ve hedefler geliştirme çabalarını içeren dinamik ve karmaşık bir süreçtir (Yıldız ve diğerleri, 2019). Bu süreçte, şizofreni hastalarının iyileşmesi, semptomların devam etmesine rağmen artan özerklik hissi, toplumsal yaşantılarına katılım, günlük aktiviteler ve iş gücüne katılım ile tanımlanabilir (Yıldız ve diğerleri, 201). Bireysel iyileşme, hasta merkezli iyileşme ifadelerini içerir ve ruhsal hastalığı olan kişilerin deneyimlerine dayandırılarak geliştirilmiştir. Hasta hikâyeleri, psikotik belirtilere rağmen bireylerin tatmin edici ve üretken bir yaşam sürdürebildiklerini göstermektedir. Sıklıkla alıntılanan hasta merkezli ifade; “bireyin hayatı içinde güncel hedef ve anlamlar geliştirmesi, ruhsal hastalıkların felaketiyle sonuçlanmış olan etkilerinin ötesine geçebilmesi” şeklindedir. Şizofreni hastalarının iyileşmesi kişiden kişiye değişkenlik gösterir. Bireysel iyileşme, tüm hastalar için ortak nitelikleri belirlemeyi zorlaştıran çeşitli unsurlar barındırır (Van Eck ve diğerleri, 2018; Karaca ve diğerleri, 2018).

Öznel iyileşme, şizofreni hastalarının tedavi sürecinde içgörü ile yakından ilişkilidir. İyi bir içgörü, hastaların tedavi sürecine uyumunu arttırarak öznel iyileşme düzeylerini olumlu yönde etkileyebilir (Fıstıkçı ve diğerleri, 2016). Şizofreni hastalarındaki bilişsel içgörü ile öznel iyileşme arasındaki ilişki, tedavi sürecinde hastaların iyileşme algılarını ve iyileştirme stratejilerinin belirlenmesinde önemli bir rol oynamaktadır (İpçi ve diğerleri, 2018). Candan’ın (2019) çalışmasında kronik şizofreni hastalarında bilişsel içgörü, yeti yitimi ve öznel iyileşmenin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Araştırma sonucunda hastaların öznel iyileşme puanlarıyla yeti yitimi puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuş, öznel iyileşme arttıkça, yeti yitiminin azaldığı belirlenmiştir. Bilgin (2022) yaptığı çalışmada ise şizofreni tanılı bireylerde öznel iyileşme, umutsuzluk düzeyi ve içselleştirilmiş damgalama arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırma

sonucunda umutsuzluk ve içselleştirilmiş damgalama arttıkça öznel iyileşme algısının azaldığı belirlenmiştir.

Sağlık profesyonelleri tüm ruhsal hastalıklarda bireylerin gereksinimlerini karşılayarak iyileşmeye katkı sağlamayı hedefler. Özellikle kronik hastalıklarda iyileşme kavramı ve içeriği sağlık profesyonelleri için karmaşıklığını korumaktadır (Karaca ve diğerleri, 2018). Tedavi ve bakım hizmeti sunulan bireyin bireyselliğini ve biricikliğini merkeze koyma ve

hasta merkezli hizmet verme iyileşme kavramının sağlık profesyonelleri açısından önemli olmasının nedeni olarak açıklanabilir (Huiting, 2013). Ruhsal hastalığa sahip bireylerin iyileşme algılarını belirlemek, özellikle psikiyatri hemşireleri için tedavi uyumunun sağlanması, bireyin tedavi ve bakıma katılması ve taburculuk sonrası rehabilitasyon sürecine kadar bakımın hasta merkezli olarak planlanmasında oldukça önemlidir. İyileşme algısı ve hasta için etkileyen faktörleri belirlemek bakım kalitesini arttıracaktır (Karaca ve diğerleri, 2018).

2.5. Şizofreni Hastalarının Bakımında Psikiyatri Hemşirelerinin Rolü

Şizofreni tedavisinde, yalnızca ilaç tedavisinin yeterli olmadığı ve hastaların tedavi sürecinde daha kapsamlı bir yaklaşım gerektiği bilinmektedir. İlaç tedavisinin yanı sıra, hastaların psikososyal destek alması tedavi sürecinin etkinliği açısından kritik rol oynamaktadır. İlaç tedavisiyle iyi yanıt alabilen bazı hastalarda bile olumsuz semptomlar devam edebilir ve bu durum, hastaların işlevselliğini olumsuz yönde etkileyebilir. Bu nedenle, şizofreni hastalarına yönelik bütüncül bir tedavi yaklaşımına ihtiyaç vardır. Tedavi süreci, psikiyatri uzmanı, psikolog, sosyal çalışmacı ve psikiyatri hemşiresi gibi ruh sağlığı profesyonellerin iş birliğini gerektiren bir ekip çalışmasını gerektirmektedir. Psikiyatri hemşireleri, tedavi uyumunun artırılmasında önemli bir rol oynamaktadır (Dikeç ve Kutlu, 2015). Ayrıca, ekibin önemli bir üyesi olarak psikiyatri hemşireleri erken teşhis, tedavi ve bakım sürecine yön vermede önemli bir etkiye sahiptir (American Psychiatric Nurses Association, 2022).

Psikiyatri hemşirelerinin rol ve sorumlulukları, hasta haklarını savunmaktan eğitim vermeye, rehabilitasyon sağlamaktan ev ziyaretleri yapmaya kadar geniş bir yelpazeyi kapsar. Psikiyatri hemşireleri, hastaların hastalıklarıyla başa çıkmalarına yardımcı olmak ve

sosyal destek sağlayarak fonksiyonlarını sürdürebilmelerini sağlamak için mesleki beceri ve donanımlarını etkin bir şekilde kullanarak planlı bir şekilde müdahale ederler. Ayrıca, sağlığı koruma ve sürdürme amacıyla çeşitli müdahalelerde bulunurlar (Hallaç ve diğerleri, 2014).

Şizofreni gibi psikolojik, sosyal, davranışsal ve bilişsel olumsuz etkileri güçlü olan hastalıkların tedavisinde psikiyatri hemşireliği oldukça önemli bir yere sahiptir. Şizofreni hastalarına biyopsikososyal bir bakış açısıyla hemşirelik bakımı sağlamak, psikiyatri hemşireliğinin temel ilkelerindendir (Çam ve Engin, 2021). Tedavi sürecinde, nüks riskini azaltmak için erken uyarı sistemlerinin kurulması ve hasta eğitimi büyük önem taşır (Çalışkan ve diğerleri, 2021). Hemşireler, hastaların tedavi süreçlerinde hem sağlık profesyonelleri hem de sosyal çevre ile iş birliği yaparak, tedaviye uyumlarını artırabilir ve sosyal entegrasyonlarını kolaylaştırabilir. Bu süreçte, hemşirelerin sağlayacağı destek, hastaların hem fiziksel hem de psikolojik iyileşmelerini olumlu yönde etkileyebilir (Gürhan, 2016).

Şizofreni hastalarının tedavi sürecinde, ailelerin tedavi ve bakım ekibiyle iş birliği yapması tedavi sürecinin etkinliğini artıran önemli bir faktördür. Ailelerin hastalık hakkında yeterli bilgiye sahip olmaları, hastaların tedaviye uyumunu arttırmaktadır. Hastanın tedavi sürecinde daha etkin bir rol oynamasını sağlamada ve ailelerle iş birliği yapmada psikiyatri hemşireleri önemli bir konumdadır (Yılmaz, 2016). Ayrıca tedavi sürecinde sağlık profesyonelleri ve sosyal çevre ile kurulan iş birliği, iyileşme sürecinin etkinliğini artıran bir faktördür. Psikiyatri hemşirelerinin bu süreçteki rolü, hastaların tedaviye uyumunu güçlendirecek stratejiler geliştirmeleri ve hastaların günlük yaşamlarında karşılaştıkları zorluklarla başa çıkmalarını kolaylaştırmayı sağlamaktır (Özçelik ve Yıldırım, 2018).

Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı", ruh sağlığı hizmetlerinin toplumsal düzeyde iyileştirilmesi ve ruh sağlığının korunmasına yönelik araştırmalar yapılmasını hedeflemektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011). Bu plan çerçevesinde, Türkiye'de ruh sağlığı hizmet modelinin toplum merkezli bir yaklaşım olarak benimsenmesi önemlidir. Toplum ruh sağlığı hizmetlerinin sunulması bağlamında, Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM), şizofreni hastalarının tedavi süreçlerinin planlanmasında önemli bir rol oynamaktadır. TRSM'ler, hastaların hastalık bilincini artırma, başa çıkma becerilerini güçlendirme ve yaşam kalitelerini arttırmayı amaçlamaktadır. Bu doğrultuda, psikiyatri hemşireleri, bu hizmetlerin sağlanmasında aktif rol oynayan sağlık profesyonelleri

arasında yer almakta olup, hastaların tedavi süreçlerine yön vermekte ve iyileşme süreçlerini desteklemektedir. TRSM’lerde görev alan psikiyatri hemşireleri, hastalar ve hasta yakınlarıyla sürekli temas halinde olup, tedavi sürecinde etkin gözlem yaparak, rehabilitasyon sürecini yürütmektedir (Hallaç ve diğerleri, 2014).

Şizofreni tanılı bireylerin iyileşme süreci oldukça uzun ve zorlu bir süreçtir. Hastaların tedavi sürecindeki kişisel algı ve deneyimlerini ile beklentilerini anlamak, psikiyatri hemşirelerinin daha etkili bir yaklaşım sergileyebilmesi için önemlidir. Bu bağlamda, psikiyatri hemşirelerinin, hastaların duygu, düşünce ve deneyimlere duyarlı olmaları, tedavi süreçlerinde etkili bir tutum geliştirmelerine yardımcı olacaktır (Karaca ve diğerleri, 2018).

Psikiyatri hemşireleri şizofreni hastalarında öznel iyileşme algısını desteklemek için üstbilişsel kapasitenin iyileştirilmesini hedef alan psikososyal müdahaleleri uygulayabilirler. Bu müdahalelerden bazıları, Üstbilişsel Yansıtma ve İçgörü Terapisi (Metacognitive Reflection and Insight Therapy-MERIT), Toplumsal Bilişsel Beceri Eğitimi (Social Cognitive Skills Training), Toplumsal Biliş ve Etkileşim Eğitimi (Social Cognition and Interaction Training,-SCIT), Üstbiliş Eğitimi (Metacognitive Training-MCT), Üstbiliş ve Toplumsal Biliş Eğitimi (Metacognitive and Social Cognition Training-MSCT), ve Bilişsel Onarım Terapisi (Cognitive Remediation Therapy-CRT)’dir. En yaygın kullanılan müdahalelerden olan Üstbiliş Eğitimi’nin (Metacognitive Training-MCT), hastaların deneyimlerini anlamlandırmalarına, kişilerarası ilişki sorunlarını çözmelerine ve karşılaşılan zorluklarla başa çıkmak için gerekli bilgileri kullanmayı öğrenmelerine yardımcı olarak iyileşmeye katkıda bulunduğu ve bunların üst bilişsel beceriler tarafından desteklendiği belirtilmektedir (Dickerson ve Lehman, 2011).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

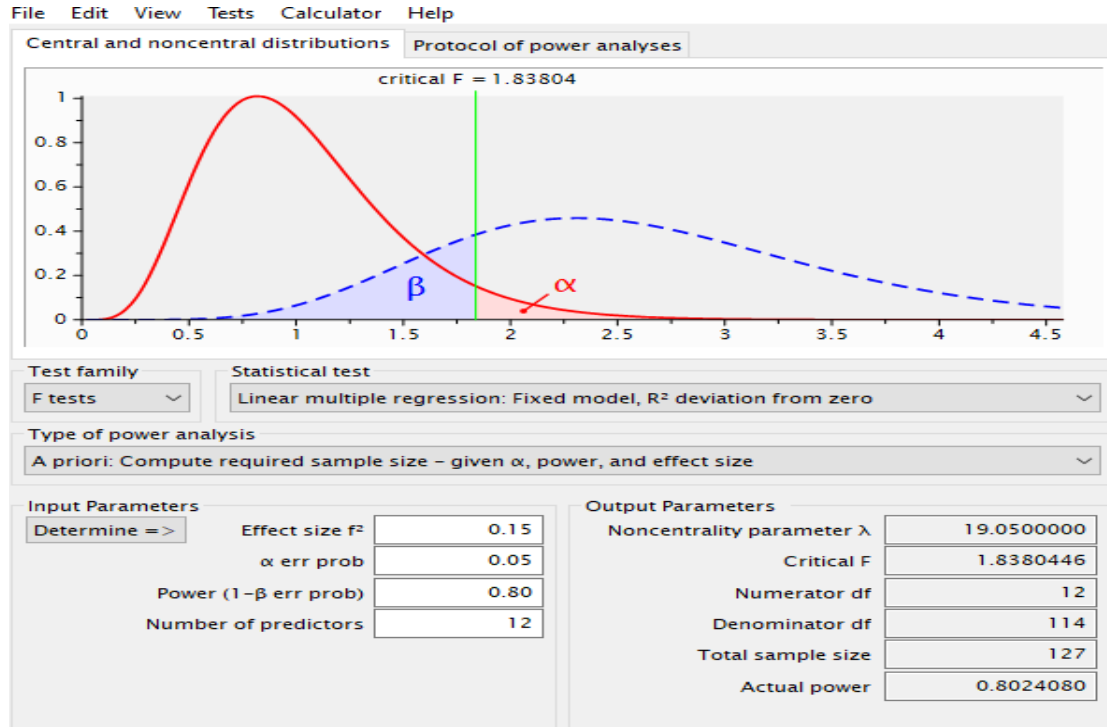
Araştırma niceliksel araştırma tasarımlarından tanımlayıcı-kesitsel ve ilişki arayıcı bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Uygulandığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Ağustos 2023- Ağustos 2024 tarihleri arasında Ankara Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri kliniğinde yürütülmüştür. Çalışmanın yürütüldüğü Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri kliniği 4 klinikten oluşmaktadır. Toplam yatak sayısı 120'dir. Psikiyatri kliniğinde 22 hemşire görev yapmaktadır. Klinikte çalışan hemşireler hem gece hem gündüz vardiyalı olarak çalışmaktadırlar. Klinikte şizofreni hastalarına yönelik rutin bir psikososyal müdahale yapılmamaktadır.

3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Ankara Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri kliniğinde şizofreni tanısı ile takip edilen hastalar oluşturmaktadır. Araştırmada amaçlı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Örneklem büyüklüğü G*Power V. 3.1.9.6 programı kullanılarak hesaplanmıştır. Örneklemen hesaplanmasında çoklu doğrusal regresyon temel alınmıştır. Çalışmamızda etki büyüklüğü $f^2=0,15$ (orta) alınıp (Cohen ve diğerleri, 2018) tahmin edilen belirleyici faktör sayısı 12 (tanıtıcı özellikler ile üst biliş ve bilişsel içgörü) olarak belirlenerek örneklem sayısı, %95 güven ($1-\alpha$), %80 test gücü ($1-\beta$) ile, 127 olarak belirlenmiştir. İşleme kriterlerine uyan 133 hasta ile çalışma tamamlanmış olup, çalışma sonrası (post hoc) güç ($1-\beta$) 0,82 olarak bulunmuştur.



Şekil 3.1. Örneklem hesaplama

3.5. Araştırmanın İçleme Kriterleri

- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak
- Okur-yazar olmak
- 18 yaş ve üzerinde olmak
- DSM 5'e göre şizofreni tanısı almış olmak
- En az iki hafta klinik yatışı olmak
- Düzenli ilaç kullanıyor olmak
- Taburculuk kararı verilmiş olmak

3.6. Araştırmanın Dışlama kriterleri

- Akut alevlenme döneminde olmak
- İletişimi engelleyecek düzeyde fiziksel ya da zihinsel engeli olmak
- Şizofreni dışında ek bir psikiyatrik tanıya sahip olmak
- Aktif olarak alkol ya da psikoaktif madde kullanmak

3.7. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında Kişisel Bilgi Formu, Üstbiliş Ölçeği-30, Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği ve Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği kullanılmıştır.

Kişisel Bilgi Formu: Kişisel bilgi formu, hastanın cinsiyeti, yaşı, öğrenim durumu, medeni durumu, çalışma durumu, ekonomik düzeyi, hastaneye yatış sıklığı, ilaçlarını alma durumu, hastalık süresi gibi özelliklerin yer aldığı on sorudan oluşmaktadır.

Üstbiliş Ölçeği-30 (ÜBÖ-30): Cartwright-Hatton ve Wells (1997) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirliği Tosun ve Irak (2008) tarafından yapılmıştır. Ölçek 5 alt boyut (olumlu inançlar, bilişsel güven, bilişsel farkındalık, kontrol edilemezlik ve tehlike, kontrol ihtiyacı) ve 30 maddeden oluşmaktadır. Olumlu inançlar, endişelenmenin, plan yapma ya da problem çözmeye yardımcı olduğuna dair, endişelenmeye yönelik olumlu inançları içerir. Aynı zamanda bu faktöre göre endişe, arzu edilir bir kişilik özelliğidir. Kontrol edilemezlik ve tehlike, iki boyuttan oluşmaktadır. Birincisi, ‘insanın işlevlerini yerine getirebilmesi ve güvende kalabilmesi için endişelerini kontrol etmesi gereklidir’ şeklindeki inançtır. Diğeri, endişenin kontrol edilemeyeceğine dair inançtır. Bilişsel güven, kişinin kendi bellek ve dikkat yeteneklerine güveninin olmaması ile ilgilidir. Düşünceleri kontrol ihtiyacı, batıl inanç, cezalandırılma ve sorumlu olma temalarını içeren olumsuz inançları kontrol altına alma ihtiyacını içerir.

Bu inançlar, kişi onları kontrol edemediği takdirde ortaya çıkacak zarar verici sonuçlardan kişinin sorumlu olacağına ve cezalandırılacağına ilişkindir. Bilişsel farkındalık, kişinin kendi düşünce süreçleri üzerinde sürekli uğraşmasını ifade eder. Ölçek, kendini değerlendirme türünde 4 lü likert tipine sahiptir (1 kesinlikle katılmıyorum, 4 kesinlikle katılıyorum). Ölçekten 30 ile 120 arasında puan alınmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puan olumsuz üstbilişsel inançların arttığını göstermektedir. Cronbach alfa iç güvenirlik katsayısı 0,86 olarak bulunmuştur (Tosun ve Irak, 2008). Çalışmamızda ise ölçeğin Cronbach alfa iç güvenirlik katsayısı 0,78 olarak bulunmuştur.

Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği (BBİÖ): Beck ve diğerleri (2004) tarafından bilişsel içgörüyü değerlendirmek amacıyla yılında geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirliği Aslan ve diğerleri (2005) tarafından yapılmıştır. Ölçek, kendini ifade etme (self reflectiveness) ve kendinden eminlik (self certainty) olarak iki alt boyut ve 15 maddeden oluşmaktadır.

Kendini ifade etme alt boyutu 1,3,4,5,6,8,12,14,15 maddelerinden; kendinden eminlik alt boyutu ise 2,7,9,10,11,13 maddelerinden oluşmaktadır. Ölçek 4'lü likert tipinde olup, katılımcılardan ölçekteki soruları 0 (hiç katılmıyorum) ile 3 (kesinlikle katılıyorum) arasında derecelendirmeleri istenmektedir. Kendinden eminlik boyutundaki maddeler bilişsel çarpıtmaları göstermektedir. İçgörü, kendini ifade etme kapasitesi arttıkça artış gösterir. Ölçeğin toplam puanı (birleşik indeks), kendini ifade etme puanından kendinden eminlik puanının çıkarılması ile hesaplanmaktadır ve bu puan içgörü düzeyini göstermektedir. Ölçekten -18 ile 27 arasında puan alınmaktadır. Ölçekten alınan puan arttıkça iç görü düzeyi artmaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa iç güvenirlik katsayısı 0,68 bulunmuştur (Aslan ve diğerleri, 2005). Çalışmamızda ise ölçeğin Cronbach alfa iç güvenirlik katsayısı 0,76 olarak bulunmuştur.

Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği (ÖİDÖ): Şizofreni hastalarının öznel iyileşme durumlarını değerlendirmek amacıyla Yıldız ve diğerleri (2018) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek, 17 maddeden oluşan 5'li likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir (1=bana hiç uymaz, 5=tam uyar). Ölçek, tek faktörlü bir yapıya sahiptir. Ölçekten en düşük 17, en yüksek 85 puan alınmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puan bireyin kendisini daha iyileşmiş olarak algıladığını göstermektedir. Ölçeğin Cronbach alfa iç güvenirlik katsayısı 0,98 olarak hesaplanmıştır. (Yıldız ve diğerleri, 2018). Çalışmamızda ise ölçeğin Cronbach alfa iç güvenirlik katsayısı 0,95 olarak bulunmuştur.

3.8. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri 15 Ağustos 2023 ile 15 Ağustos 2024 tarihleri arasında Ankara Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi yetişkin psikiyatri kliniğinde şizofreni tanısı ile takip edilen hastalara veri toplama araçlarının yüz yüze uygulanması ile toplanmıştır.

Verilerin toplanmasında Kişisel Bilgi Formu, Üstbiliş Ölçeği-30, Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği ve Özel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği kullanılmıştır. Veri toplama araçlarının uygulanmasından önce hastalara araştırma hakkında bilgilendirme yapılarak yazılı ve sözlü onam alınmıştır.

3.9. Verilerin Analizi

Araştırma verileri Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 25.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Sürekli değişkenlere ait veriler ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS) değerleri kullanılarak raporlanmıştır. Kategorik değişkenlere ait verilerde sayı (n) ve yüzde (%) kullanılmıştır. Modelde yer alacak değişkenler t testi, tek yönlü varyans analizi, welch testi, Post hoc Bonferroni ve Games-Howell testleri, Pearson ve Spearman korelasyon analizi kullanılarak ikili analiz ile belirlenmiştir.

Şizofreni tanılı bireylerde tanıtıcı özellikler ile üstbilişsel inançlar ve bilişsel içgörünün öznel iyileşme algısı üzerine etkisini belirlemek için hiyerarşik regresyon analizi kullanılmıştır. Hiyerarşik regresyon analiz için gerekli olan varsayımların karşılanması için veriler, normal dağılım, uç değer ve çoklu doğrusal bağlantı sorunu açısından değerlendirilmiştir. Normal dağılım için çarpıklık ve basıklık katsayıları $\pm 2,0$ aralığında incelenmiş (George & Mallery, 2024), aykırı değerler “Mahalanobis” değerine göre hesaplanmış ve uç değerler veri setinden çıkarılmıştır. Çoklu doğrusal bağlantı sorunu olmaması için korelasyon katsayıları incelenmiş ve tolerans değerinin $> 0,2$ ve VIF değerinin < 10 küçük olan (Karagöz, 2023) değişkenler analize dahil edilmiştir. Modelin gerçekleştirilmesi için uygun dummy değişkenler oluşturulmuş ve hiyerarşik regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. İlk modele tanıtıcı özellikler (yaş, şizofreni tanı süresi, medeni durum ve yaşadığı yer) dahil edilmiştir. İkinci modelde ise Üstbiliş Ölçeği-30 puanı modele dâhil edilmiştir. Yapılan tüm testlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.10. Etik Boyut

Araştırmanın uygulamasının yapılabilmesi için Gazi Üniversitesi Etik Komisyonundan etik izin (EK-1), Ankara Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nden (EK-2) kurum izni alınmıştır.

Araştırmada kullanılan veri toplama araçları için geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapan yazarlardan e-posta aracılığı ile yazılı izin alınmıştır (EK-3). Veri toplama araçlarının uygulanmasından önce hastalara araştırmanın amacı, yöntemi ve süreç ile ilgili bilgi verilerek istedikleri zaman araştırmadan ayrılacakları açıklanarak, yüz yüze görüşme ile yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

4. BULGULAR

Çizelge 4.1. Hastaların tanıtıcı özelliklerin dağılımı (n=133)

Nicel Özellikler		$\bar{x} \pm SS$	Min.-Maks.
Yaş		37,77 $\pm$ 12,37	(18-74)
Şizofreni tanı süresi (yıl)		11,80 $\pm$ 10,96	(0-50)
Kategorik Özellikler	Alt Gruplar	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	87	65,4
	Erkek	46	34,6
Medeni durum	Bekâr	59	44,4
	Evli	30	22,6
	Boşanmış\Ayrı yaşıyor	44	33,1
Eğitim durumu	İlköğretim	25	18,8
	Ortaöğretim	38	28,6
	Lise	49	36,8
	Üniversite ve üzeri	21	15,8
Çalışma durumu	Çalışmıyor	111	83,5
	Çalışıyor	22	16,5
Ekonomik durum	Düşük	49	36,8
	Orta	71	53,4
	Yüksek	13	9,8
Yaşanılan yer	Büyükşehir	65	48,9
	Şehir	31	23,3
	İlçe\Köy	37	27,8
Hastaneye yatış sıklığı	İlk yatış	22	16,5
	İki kez yatış	53	39,8
	Üç kez ve daha fazla	58	43,6
İlacını kullanma durumu	Düzenli	27	20,3
	Düzensiz	106	79,7

$\bar{x}$: Ortalama, SS: Standart sapma, n: Sayı, %: Yüzde, Min: Minimum değer, Maks: Maksimum değer.

Çizelge 4.1’de, hastaların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı sunulmuştur. Hastaların %65,4’ünün kadın, %44,4’ünün bekâr, %36,8’inin lise mezunu, %83,5’inin çalışmadığı, 53,4’ünün ekonomik durumunun orta olduğu belirlenmiştir. Bireylerin %48,9’unun büyükşehirde yaşadığı, %43,6’sının üç kez veya daha fazla hastaneye yattığı ve %79,7’sinin ilaçlarını düzensiz kullandığı belirlenmiştir.

Çizelge 4.2. Hastaların Üstbiliş Ölçeği-30, Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği ve Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği puan ortalamaları

Ölçekler ve Alt Ölçekler	Madde Sayısı	$\bar{x} \pm SS$	Min.-Maks.
ÜBÖ-30	30	84,45 $\pm$ 9,90	(61-107)
ÜBÖ-30 Olumlu inançlar	6	13,48 $\pm$ 3,96	(6-24)
ÜBÖ-30 Bilişsel güven	6	15,01 $\pm$ 4,98	(6-24)
ÜBÖ-30 Bilişsel farkındalık	6	19,17 $\pm$ 2,92	(12-24)
ÜBÖ-30 Kontrol edilemezlik ve tehlike	7	22,22 $\pm$ 3,09	(15-28)
ÜBÖ-30 Düşünceleri kontrol ihtiyacı	5	14,58 $\pm$ 2,68	(7-20)
BBİÖ Bileşik indeks (İçgörü düzeyi)	-	-0,15 $\pm$ 5,12	(-15-11)
BBİÖ Kendini ifade etme	9	10,77 $\pm$ 3,50	(3-21)
BBİÖ Kendinden eminlik	6	10,92 $\pm$ 2,73	(5-18)
ÖİDÖ	17	57,78 $\pm$ 15,26	(22-85)

$\bar{x}$: Ortalama, SS: Standart sapma, Min: Minimum değer, Maks: Maksimum değer. ÜBÖ: Üstbiliş Ölçeği-30, BBİÖ: Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği.

Çizelge 4.2’de, Hastaların ÜBÖ-30, BBİÖ ve ÖİDÖ puan ortalamaları sunulmuştur. Hastaların ÜBÖ-30 toplam puan ortalaması 84,45 $\pm$ 9,90 (61-107) olarak bulunmuştur. Bu ölçeğin alt boyutlarından ÜBÖ-30 Olumlu inançlar alt boyut puan ortalaması 13,48 $\pm$ 3,96 (6-24), ÜBÖ-30 Bilişsel güven alt boyut puan ortalaması 15,01 $\pm$ 4,98 (6-24), ÜBÖ-30 Bilişsel farkındalık alt boyut puan ortalaması 19,17 $\pm$ 2,92 (12-24), ÜBÖ-30 Kontrol edilemezlik ve tehlike alt boyut puan ortalaması 22,22 $\pm$ 3,09 (15-28) ve ÜBÖ-30 Düşünceleri kontrol ihtiyacı alt boyut puan ortalaması ise 14,58 $\pm$ 2,68 (7-20) olarak bulunmuştur. Hastaların BBİÖ Birleşik indeks puan ortalaması -0,15 $\pm$ 5,12 (-15-11) olarak belirlenmiştir. BBİÖ Kendini ifade etme alt boyut puan ortalaması 10,77 $\pm$ 3,50 (3-21), BBİÖ Kendinden eminlik alt boyut puan ortalaması ise 10,92 $\pm$ 2,73 (5-18) olarak bulunmuştur. Hastaların ÖİDÖ toplam puan ortalaması ise 57,78 $\pm$ 15,26 (22-85) olarak belirlenmiştir.

Çizelge 4.3. Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

Kategorik Özellikler	N	ÖİDÖ $\bar{x} \pm SS$	Test P	Etki Büyüklüğü	Post hoc
Cinsiyet					
Kadın	87	58,99 $\pm$ 14,94	t=1,257	d=0,23	-
Erkek	46	55,50 $\pm$ 15,76	p=0,211		
Medeni durum					
Bekâr	59	61,54 $\pm$ 14,22	F=3,572	$\omega^2=0,04$	1>2; p=0,049
¹ Evli ²	30	53,37 $\pm$ 14,57	p=0,031		
Boşanmış\Ayrı yaşıyor ³	44	55,75 $\pm$ 16,17			
Eğitim durumu					
İlköğretim ¹	25	53,64 $\pm$ 18,13	F=2,067	$\omega^2=0,02$	-
Ortaöğretim ²	38	56,32 $\pm$ 14,40	p=0,108		
Lise ³	49	58,24 $\pm$ 13,81			
Üniversite ve üzeri ⁴	21	64,29 $\pm$ 15,19			
Çalışma durumu					
Çalışmıyor	111	57,04 $\pm$ 14,79	t=-1,269	d=0,30	-
Çalışıyor	22	61,55 $\pm$ 17,31	p=0,207		
Ekonomik durum					
Düşük ¹	49	57,20 $\pm$ 16,33	F=1,822	$\omega^2=0,01$	-
Orta ²	71	56,79 $\pm$ 14,51	p=0,166		
Yüksek ³	13	65,38 $\pm$ 14,04			
Yaşanılan yer					
Büyükşehir	65	61,51 $\pm$ 13,32	W*=3,999	-	1>3; p=0,048
Şehir	31	54,48 $\pm$ 14,49	p=0,023		
İlçe\Köy	37	54,00 $\pm$ 17,72			
Hastaneye yatış sıklığı					
İlk yatış ¹	22	59,82 $\pm$ 15,84	F=1,729	$\omega^2=0,01$	-
İki kez yatış ²	53	59,98 $\pm$ 14,07	p=0,181		
Üç kez ve daha fazla ³	58	55,00 $\pm$ 15,88			
İlacını kullanma durumu					
Düzenli	27	58,26 $\pm$ 15,28	t=0,181	d=0,04	-
Düzensiz	106	57,66 $\pm$ 15,32	p=0,856		
Nicel Özellikler		ÖİDÖ Toplamı			
Yaş	r	-0,292			
	p	0,001			
Şizofreni tanı süresi	r	-0,237			
	p	0,006			

$\bar{x}$: Ortalama, SS: Standart sapma, n: Sayı, t: Bağımsız örneklem t testi değeri, F: Tek yönlü varyans analizi test değeri (ANOVA), W*: Welch test değeri, ¹⁻²⁻³⁻⁴: Gruplar arasındaki farkın gösterimi, Post Hoc: Gruplar arası fark karşılaştırması (Bonferroni ve Games-Howell). d: Cohen's d etki büyüklüğü, ω^2 : Omega-kare etki büyüklüğü, r: Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayı değeri. ÖİDÖ: Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği.

Çizelge 4.3'te hastaların tanıtıcı özelliklerine göre ÖİDÖ toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması sunulmuştur. Buna göre, hastaların medeni duruma göre ÖİDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (F(2, 130)=3,572, p=0,031; $\omega^2=0,04$, küçük etki). Post-hoc analiz sonuçlarına göre, bekâr bireylerin ÖİDÖ

puan ortalamasının evli bireylerden anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0,049$). Hastaların yaşadıkları yere göre ÖİDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($W=3,999$, $p=0,023$). Post-hoc analiz sonuçlarına göre, büyükşehirde yaşayan bireylerin ÖİDÖ puan ortalamasının ilçede veya köyde yaşayan bireylerden anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p=0,048$).

Yaş ile ÖİDÖ puanı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-0,292$, $p=0,001$), Benzer şekilde, şizofreni tanı süresi ile ÖİDÖ puanı arasında da negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-0,237$, $p=0,006$).

Cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, ekonomik durum ve hastaneye yatış sıklığı durumuna göre ÖİDÖ toplam puanında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.4. Model değişkenleri arasındaki ilişki

		1	2	3	4	5	6	7
1	ÖİDÖ	1						
2	Yaş	-0,292 0,001	1					
3	Şizofreni tanı süresi	-0,237 0,006	0,666** <0,001	1				
4	Medeni durum	-0,182* 0,036	0,615** <0,001	0,430** <0,001	1			
5	Yaşadığı yer	-0,218* 0,012	0,342** <0,001	0,327** <0,001	0,287** 0,001	1		
6	ÜBÖ-30	-0,297** 0,001	-0,004 0,967	0,042 0,629	0,044 0,614	-0,022 0,802	1	
7	BBİÖ	0,041 0,636	0,107 0,220	-0,006 0,947	0,020 0,820	0,043 0,626	-0,063 0,474	1

* $p<0,05$ ve ** $p<0,01$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır.

Çizelge 4.4'de model değişkenleri arasındaki ilişkiler sunulmuştur. Buna göre, ÖİDÖ ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde bir ilişki bulunmuştur ($r=-0,292$, $p=0,001$). Şizofreni tanı süresi ($r=-0,237$, $p=0,035$), medeni durum ($r=-0,182$, $p=0,036$) ve yaşadığı yer ($r=-0,218$, $p=0,012$) ile ÖİDÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. ÜBÖ-30 ile ÖİDÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-0,297$, $p=0,001$). BBİÖ ile ÖİDÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($r=0,041$, $p=0,636$).

Çizelge 4.5. Hastaların tanıtıcı özellikleri ve üstbilişsel inançlarının öznel iyileşme algısı üzerine etkisi: Hiyerarşik regresyon analizi

Model	Öznel İyileşmeyi Etkileyen Faktörlere Yönelik Hiyerarşik Model	Standartize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Edilmiş Katsayılar	t	P	B için %95 Güven aralıkları		Kollineerlik İstatistik	
		B	SH	Beta (β)			Alt sınır	Üst sınır	Tolerance	VIF
1	Sabit	62,720	7,659		8,189	<0,001	47,564	77,876		
	Yaş	-0,246	0,195	-0,200	-1,260	0,210	-0,633	0,140	0,279	3,586
	Şizofreni tanı süresi	-0,050	0,196	-0,036	-0,256	0,798	-0,438	0,337	0,354	2,827
	Medeni durum (ref.: Evli)									
	Bekâr	3,881	3,750	0,127	1,035	0,303	-3,540	11,303	0,466	2,145
	Boşanmış\Ayrı yaşıyor	3,769	3,622	0,117	1,041	0,300	-3,398	10,936	0,557	1,795
	Yaşanılan yer (ref.: ilçe\köy)									
	Büyükşehir	4,185	3,291	0,138	1,272	0,206	-2,327	10,697	0,598	1,672
	Şehir	-0,248	3,720	-0,007	-0,067	0,947	-7,609	7,113	0,654	1,528
2	Sabit	85,627	13,091		6,541	<0,001	59,718	111,536		
	Yaş	-0,247	0,193	-0,200	-1,281	0,203	-0,628	0,135	0,279	3,586
	Şizofreni tanı süresi	-0,032	0,193	-0,023	-0,165	0,869	-0,415	0,351	0,353	2,833
	Medeni durum (ref.: Evli)									
	Bekâr	3,624	3,700	0,118	0,979	0,329	-3,699	10,946	0,466	2,148
	Boşanmış\Ayrı yaşıyor	3,453	3,574	0,107	0,966	0,336	-3,621	10,527	0,556	1,798
	Yaşanılan yer (ref.: ilçe\köy)									
	Büyükşehir	4,549	3,249	0,150	1,400	0,164	-1,882	10,979	0,596	1,677
	Şehir	0,809	3,701	0,023	0,219	0,827	-6,515	8,133	0,643	1,556
	ÜBÖ-30	-0,276	0,129	-0,179	-2,142	0,034	-0,531	-0,021	0,974	1,027
Model Özeti										
Model	R	R ²	Adj. R ²	SH	R ² Değişimi	F Değişimi	df1	df2	F Değişimi (p)	Durbin-Watson
1	0,343	0,118	0,076	14,66979	0,118	2,801	6	126	0,014	1,699
2	0,386	0,149	0,101	14,46523	0,031	4,589	1	125	0,034	

R²: Determinasyon katsayısı, A.R²: Düzeltilmiş determinasyon katsayısı. VIF: Variance Inflation Factor (Varyans Şişirme Faktörü). SH: Standart Hata

Hastaların tanıtıcı özellikleri ile üstbilişsel inançlarının öznel iyileşme düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla hiyerarşik regresyon analizi yapılmıştır. İki model oluşturulmuş ve analiz sonuçları aşağıda özetlenmiştir:

İlk modelde, ikili analizlerde öznel iyileşme ile anlamlı ilişkisi olduğu belirlenen tanıtıcı özellikler (yaş, şizofreni tanı süresi, medeni durum ve yaşadığı yer) modele dâhil edilmiştir. İlk modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($F=2,801$, sd:6, 126, $p=0,014$) ve toplam varyansın %7,6'sını açıkladığı görülmüştür (Düzeltilmiş $R^2=0,076$). Ancak, ilk modelde yer alan hiçbir değişkenin öznel iyileşme üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

İkinci modelde, ÜBÖ-30 toplam puanı modele eklenmiştir. İkinci modelin de anlamlı olduğu belirlenmiştir ($F=4,589$, sd:1, 125, $p=0,034$). İkinci modele ÜBÖ toplam puanının dâhil edilmesiyle birlikte, öznel iyileşmeye ilişkin açıklanan varyansta %3,1'lik bir artış olmuştur. ÜBÖ-30 toplam puanı öznel iyileşme algısına yönelik toplam varyansın %10,1'ini açıklamaktadır (Düzeltilmiş $R^2= 0,101$). Modelde ÜBÖ toplam puanının öznel iyileşme üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu tespit edilmiştir ($\beta=-0,179$, $p=0,034$). Olumsuz üstbilişsel inançlar arttıkça öznel iyileşme algısı azalmaktadır.

Sonuç olarak, hiyerarşik regresyon analizi, tanıtıcı özelliklerin öznel iyileşme üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığını; ancak üstbilişsel inançların öznel iyileşme üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğunu göstermiştir.

5. TARTIŞMA

Bu çalışmanın amacı, şizofreni hastalarında üstbilişsel inançlar ve bilişsel içgörünün öznel iyileşme algısı üzerine etkisini incelemektir.

5.1.Hastaların Üstbilişsel İnançları ile Bilişsel İçgörü ve Öznel İyileşme Algı Düzeyleri

Çalışmamızda hastaların orta düzeyde olumsuz üstbilişsel inançlara sahip olduğu bulunmuştur ($84,45 \pm 9,90$). Hastaların ÜBÖ-30'un "kontrol edilemezlik ve tehlike" alt boyutundan en yüksek puanı aldığı belirlenmiştir. Kontrol edilemezlik ve tehlike iki boyuttan oluşmaktadır. Birincisi, 'insanın işlevlerini yerine getirebilmesi ve güvende kalabilmesi için endişelerini kontrol etmesi gereklidir' inancıdır. Diğeri, endişenin kontrol edilemeyeceğine dair inançtır. Çalışmamızın bulgusu, hastaların düşüncelerini kontrol edememe ve bu durumun tehlikeli olduğuna dair inançlarının baskın olduğunu göstermektedir. Özellikle, kontrol edilemezlik ve tehlike algısı gibi olumsuz üstbilişsel inançların, bireylerin düşüncelerini düzenlemede yaşadıkları güçlüklerle bağlantılı olduğu bilinmektedir. Ayrıca kontrol algısının düşük olduğu bireylerde bilişsel semptomların daha yoğun yaşandığı belirtilmektedir (Morrison ve diğeri, 2020). Şizofreni hastalarının çoğu kendisinin ve diğlerinin duygu ve düşüncelerini anlamada ve diğlerinin amacını fark etmede oldukça zorluk yaşamaktadır. Olumsuz üstbilişsel inançlar hastaların kendi düşüncelerini, kendileri ve diğleri hakkında fikir ve inançlarını eleştirel biçimde değerlendirmelerine neden olmaktadır. Yapılan bir çalışmada psikotik belirtileri olan bireylerin, endişeyle ilgili olumlu inançlar, düşüncelerin kontrol edilemezliğiyle ilgili olumsuz inançlar, düşünceleri kontrol etme gereksinimi ve düşük bilişsel güven duygusu gibi özellikler sergiledikleri belirlenmiştir (Sellers ve diğeri, 2017).

Çelik'in (2020) yaptığı çalışmada şizofreni hastalarının ÜBÖ-30 toplam puanı $69,3 \pm 12,4$ olarak bulunmuştur. Alt boyutlar incelendiğinde, hastalar "bilişsel farkındalık" alt boyutundan $15,5 \pm 3,9$ ile birinci en yüksek puan ortalamasını alırken, "kontrol edilemezlik ve tehlike" alt boyutundan $14,4 \pm 3,2$ puan ile ikinci en yüksek puanı almıştır. Çelik (2020)'in bulguları, şizofreni hastalarında olumsuz üstbilişsel inançların olduğunu, kontrol edilemezlik ve tehlike inançlarının ön planda olduğunu göstermektedir. Çalışmamızın bulgusu literatürü destekler niteliktedir.

Çalışmamızda hastaların orta düzeye yakın bilişsel iç görüye sahip oldukları bulunmuştur ($0,15 \pm 5,12$). BBİÖ kendini ifade etme alt boyut puan ortalaması $10,77 \pm 3,50$, kendinden eminlik alt boyut puan ortalaması ise $10,92 \pm 2,73$ 'dür. Bu bulgu, bireylerin bilişsel süreçlerini anlama ve değerlendirme kapasitelerinde belirli sınırlılıklar olduğunu göstermektedir. İpçi ve diğerlerinin (2018) yaptığı çalışmada, şizofreni hastalarının BBİÖ bileşik endeks puanı (bilişsel içgörü düzeyi) $3,8 \pm 5,6$; kendini değerlendirme alt boyut puanı

$13,8 \pm 5,7$ ve kendinden eminlik alt boyut puanı $10,6 \pm 3,9$ olarak bulunmuştur. Benzer şekilde, Candan'ın (2019) çalışmasında, kronik şizofreni hastalarının BBİÖ kendini ifade etme alt boyut puan ortalaması $12,78 \pm 4,49$, kendinden eminlik alt boyut puan ortalaması ise $11,02 \pm 4,13$ ve bileşik indeks puanı $-1,75 \pm 6,18$ olarak bulunmuştur. Buna göre çalışmamızın bulgusu literatürü destekler niteliktedir.

Çalışmamızda hastaların öznel iyileşme algıları orta düzeydedir ($57,78 \pm 15,26$). Candan (2019)'ın çalışmasında şizofreni hastalarının ÖİDÖ puan ortalaması $54,61 \pm 16,61$; İpçi ve diğerleri (2018)'nin yaptığı çalışmada $60,5 \pm 17,7$; Norman ve diğerleri (2013)'nin yaptıkları çalışmada $52,3 \pm 14,8$; Özçalık'ın (2021) yaptığı çalışmada ise $51,37 \pm 17,06$ olarak bulunmuştur. Kurt ve diğerleri (2021)'nin çalışmasında, şizofreni hastalarında öznel iyileşme algısının Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM) hizmeti alan hastalarda daha yüksek olduğu ($54,84 \pm 17,17$) bulunmuştur. Yalnızca psikiyatri polikliniğinde takip edilen hastaların öznel iyileşme puanı $45,97 \pm 17,63$ 'dir. Buna göre çalışmamızın bulgusu literatürü destekler niteliktedir.

5.2. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ve Üstbilişsel İnançlarının Öznel İyileşme Algısı Üzerine Etkisi

Çalışmamızda hastaların tanıtıcı özelliklerinin öznel iyileşme algısı üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı bulunmuştur. Bilgin (2022) in çalışmasında çalışma sonucumuza benzer şekilde tanıtıcı özelliklerin öznel iyileşme üzerine anlamlı bir etkisinin olmadığı belirlenmiştir. Özçalık (2021)'in çalışmasında, şizofreni hastalarında medeni durum ile öznel iyileşme algısı arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı bulunmuştur. Yine aynı çalışmada, hastaların çalışma durumları ile öznel iyileşme algısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Düzenli gelir getiren bir işte çalışmayan hastaların öznel iyileşme algılarının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Kurt ve diğerleri (2021)'nin şizofreni hastalarıyla

yaptıkları çalışmada eğitim durumu ile öznel iyileşme arasında anlamlı bir ilişki bulunurken, yaş ve cinsiyet ile öznel iyileşme arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Çalışmamızda

hastaların yaş ortalaması $37,77 \pm 12,37$; ortalama tanı süresi $11,80 \pm 10,96$ yıldır. Çalışmamıza katılan hastaların genç olduğu söylenebilir. Literatürde yaş ilerledikçe artan semptom yükünün öznel iyileşme algısını olumsuz etkilediği belirtilmektedir (Kästner ve diğerleri, 2021). Şizofreni hastalarında tanı süresi arttıkça öznel iyileşme algısı düşmektedir (Özçalık, 2021). İpçi (2019)'nin çalışmasında şizofreni hastalarında yaş ile öznel iyileşme algısı arasında ilişki bulunmamış, ancak hastalık başlangıç yaşı ile öznel iyileşme algısı arasında negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Aynı çalışmada kadınların öznel iyileşme algılarının erkek hastalardan anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur. Buna göre, çalışmamızın bulgusuna yönelik literatürde farklı sonuçların olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda üstbilişsel inançların öznel iyileşme algısının yordayıcısı olduğu belirlenmiştir. Hastaların olumsuz üstbilişsel inançları arttıkça öznel iyileşme algıları azalmaktadır. Çunkuş'un (2021) çalışmasında, şizofreni hastalarında olumsuz üstbilişsel inançların azaltılmasının, hastaların iyileşme süreçlerine olumlu katkı sağladığı belirlenmiştir. Morrison ve diğerleri (2020)'nin yaptıkları çalışmada ise, kontrol algısı düşük olan şizofreni hastalarında öznel iyileşme algısının olumsuz etkilendiği bulunmuştur. Bu doğrultuda, olumsuz üstbilişsel inançları olan hastaların hastalık deneyimlerini daha olumsuz algılama eğiliminde oldukları anlaşılmaktadır. Özellikle, kontrol edilemezlik ve tehlike inançlarının yüksek olması, bireylerin düşüncelerini düzenlemede yaşadıkları güçlüklerle ilişkilendirilmektedir. Şizofrenide olumsuz üstbilişsel inançlar bilişsel süreçlerin faydaları hakkında olumsuz değerlendirmeler, kontrol edilemezlik ile ilgili yüksek beklentiler ve düşüncelerin tehlikeli olduğu yönündeki inançları içermektedir (Popolo ve diğerleri, 2017).

Üstbilişsel bozulma şizofreni hastalarının işlevsellik düzeyini, duygusal ve psikolojik iyileşme sürecini olumsuz etkilemektedir (Popolo ve diğerleri, 2017). Son yıllarda yapılan araştırmalar, şizofrenide üstbilişsel bozulmanın hastalığın seyrinde önemli bir rol oynadığını ve hastaların öznel iyileşme algılarıyla doğrudan ilişkili olduğunu göstermektedir (Çunkuş 2021; Morrison ve diğerleri, 2020). Bireylerin kendileri ve başkaları hakkında karmaşık temsiller oluşturma ve bu temsilleri kullanma yetisindeki bozulma, düşük işlevsellik düzeyi, anhedoni ve düşük öznel iyileşme algısına neden olmaktadır (Aydın ve diğerleri, 2016).

Böyle bir bilişsel kayıp iyileşmenin önündeki en büyük engel olarak ifade edilmektedir (Lysaker ve diğerleri, 2018). Üstbilişsel bozulma, kişilerin kendi kişisel psikososyal zorluklarını anlamlandırma ve daha sonra bu zorlukları nasıl yöneteceklerine ve kendi iyileşmelerini nasıl yönlendireceklerine karar verme yeteneklerini engellemektedir (Lysaker ve diğerleri, 2018).

Bu doğrultuda, olumsuz üstbilişsel inançların azaltılmasına yönelik müdahaleler, şizofreni hastalarının duygu ve düşüncelerini fark edebilme ve kontrol edebilme kapasitelerini geliştirerek hastaların öznel iyileşme algısını olumlu yönde etkileyebilir (Sellers ve diğerleri, 2017). Literatürde üstbilişsel müdahalelerin şizofreni hastalarında iyileşmeye destek sağladığını gösteren araştırma sonuçları olsa da uzun dönem iyileşmeyi değerlendiren takip çalışmalara rastlanmamıştır (Çapar Çiftçi, 2021).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇ

Şizofreni hastalarında üstbilişsel inançlar ve bilişsel içgörünün öznel iyileşme algısı üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılan bu araştırmanın sonuçları aşağıda belirtilmiştir.

1. Hastaların olumsuz üstbilişsel inanç, bilişsel içgörü ve öznel iyileşme algıları orta düzey olarak belirlenmiştir.
2. Hastaların tanıtıcı özelliklerinin öznel iyileşme üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı belirlenmiştir.
3. Üstbilişsel inançların öznel iyileşme üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu bulunmuştur. Üstbilişsel inançlar öznel iyileşme algısına yönelik toplam varyansın %10,1'ini açıklamaktadır.
4. Hastaların olumsuz üstbilişsel inançlarının artmasının öznel iyileşme algısını azalttığı bulunmuştur.

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda öneriler aşağıdaki gibidir. Uygulamaya Yönelik:

- Şizofreni hastalarının tedavisinde olumsuz üstbilişsel inançları azaltmaya yönelik Üstbilişsel Yansıtma ve İçgörü Terapisi, Toplumsal Bilişsel Beceri Eğitimi, Toplumsal Biliş ve Etkileşim Eğitimi, Üstbiliş ve Toplumsal Biliş Eğitimi, Üstbiliş Eğitimi ve Bilişsel Onarım Terapisi gibi terapötik müdahalelerin uygulanması,
- Şizofreni hastalarının tedavisinde öznel iyileşme algısını arttırmaya yönelik terapötik müdahalelerin olumsuz üstbilişsel inançları azaltmayı amaçlayacak şekilde planlanması önerilmektedir.

Araştırmaya Yönelik:

- Gelecekteki araştırmaların daha geniş örnekleme yapılarak güçlendirilmesi,
- Şizofreni hastalarında öznel iyileşmeyi etkileyen faktörleri inceleyen uzun dönemli

boylamsal çalışmaların yapılması,

- şizofreni hastalarının olumsuz üstbilişsel inançlarını azaltmaya yönelik müdahalelerin öznel iyileşme algısı üzerindeki etkisinin incelendiği çalışmaların yapılması,
- şizofreni hastalarında üstbilişsel inançları yordayıcı faktörleri belirlemeye yönelik çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- American Psychiatric Nurses Association. (t.y.). *About Psychiatric-Mental Health Nursing*. <https://www.apna.org/about-psychiatric-nursing/> adresinden 21.02.2024 tarihinde erişilmiştir.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı: Beşinci Baskı (DSM-5) Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı* (E. Köroğlu, Çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği, ss. 99-105.
- Aslan, S., Türkçapar, H., Güney, E., Eren, N., Akkoca, Y., Uğurlu, M., ve Karakaş, G. (2005). Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği Türkçe formunun şizofrenik hastalar için güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 8, 186-196.
- Aydın, E., ve Ünsever, O. (2024). Erken Çocuklukta Üstbilişin Doğası, Desteklenmesi ve Değerlendirilmesi. *Yaşadıkça Eğitim*, 38(2), 482–500.
- Aydın, R. ve Şahin Altun, Ö. (2023). Şizofreni hastalarında yeti yitimi ile özbakım gücü arasındaki ilişkinin incelenmesi: Tanımlayıcı çalışma. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 15(2), 482-9.
- Aydin, O., Balıkcı, K., Tas, C., Aydın, P.U., Danacı, A.E., Brüne, M., ve Lysaker, P.H. (2016). The developmental origins of metacognitive deficits in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 245,15-21
- Bat Tonkuş, M., Karataş, S., Yılmaz, S., Kutlu, F. (2022). Ruhsal bozukluğu olan bireylerde iyileşme ve iyileşme modelleri. *Journal of Medical Sciences*, 3(3) 135-143.
- Bilgin, E. (2022). *Şizofreni tanılı bireylerde öznel iyileşme, umutsuzluk düzeyi ve içselleştirilmiş damgalama arasındaki ilişki* (Yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü). İstanbul: Marmara Üniversitesi, ss. 8–14.
- Brown, A.S. and Derkits, E.J. (2010). Prenatal infection and schizophrenia: A review of epidemiologic and translational studies. *Am J Psychiatry*,167(3), 261– 80.
- Brown, P. (2013). *A national framework for recovery-oriented mental health services: Guide for practitioners and providers* (Australian Health Ministers' Advisory Council). Australia: Australian Health Ministers' Advisory Council, ss. 6–69.
- Candan, İ. E. (2019). *Kronik şizofreni hastalarında bilişsel içgörü, yeti yitimi ve öznel iyileşmenin değerlendirilmesi* (Yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü). İstanbul: Marmara Üniversitesi, ss. 6–18.
- Cutler, J. L. (2016). Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry. *Journal of Psychiatric Practice*, 22(1), 68-69.
- Çalışkan, M., Ata, E., Dikeç, G. (2021). Psikiyatri hemşireleri tarafından şizofreni tanılı hastalara uygulanan psikososyal rehabilitasyon programları: sistematik derleme. *Psikiyatri Güncel Yaklaşımlar*, 13, 77-92.

- Çam, O. ve Engin, E. (2021). *Ruh sağlığı ve hastalıkları: Psikiyatri hemşireliği bakım sanatı* (3. baskı). İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi, ss. 360–390.
- Çam, O. ve Engin, E. (2021). *Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği bakım sanatı*. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi, 245-446.
- Çam, O. ve Yalçın, N. (2018). Ruhsal hastalık ve iyileşme. *Journal of Psychiatric Nursing*; 9(1), 55-60.
- Çapar Çiftçi, M. (2021). *Şizofreni tanılı bireylerde bilişsel davranışçı terapi temelli psikoeğitimin içselleştirilmiş damgalanma ve işlevsel iyileşmeye etkisi*. Doktora Tezi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya. ss. 4-11.
- Çataloluk, A. ve Buran, A. (2023). Şizofreni bozukluğunun tarihi, epidemiyolojisi, etiyojisi ve tedavisi. *Sosyal, Beşerî ve İdari Bilimler Dergisi*, 6(7), 916-933.
- Çelik, B. (2020). *Şizofreni hastalarının üstbiliş kapasitesinin, duygusal farkındalığının, içselleştirilmiş damgalanmanın ve benlik saygısının incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul. ss. 3-37.
- Çunkuş, N. (2021). *Şizofreni hastalarında kişilerarası ilişkiler kuramı temelli motivasyonel görüşmenin işlevsel iyileşme ve içgörü düzeylerine etkisi*. Doktora Tezi, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli. ss. 5-25.
- Dickerson, F. B., and Lehman, A. F. (2011). Evidence-based psychotherapy for schizophrenia: 2011 update. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(6), 520–526.
- Dikeç, G. ve Kutlu, Y. (2015). Ruhsal bozukluklarda tedavi uyumunu artırmak için bir yöntem: tedaviye uyum programı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 6(1), 40-46.
- Dündar, Y. ve Türkleş, S. (2022). Şizofreni hastalarının ergenlik dönemindeki çocuklarının ruh sağlığını etkileyen etmenler. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(2), 239-246.
- Fıstıkçı, N., Keyvan, A., ve Cesur, E. (2016). Psikiyatrik Hastalıklarda İçgörü Kavramı: Bir Gözden Geçirme. *Yeni Symposium Psikiyatri, Nöroloji ve Davranış Bilimleri Dergisi*, 1, 1-8.
- Geçtan, E. (2023). *Psikodinamik psikiyatri ve normal dışı davranışlar*. (25. baskı). İstanbul: Metis Yayıncılık, 10-100.
- Gülcüoğlu, M. (2021). *Toplum ruh sağlığı merkezinde şizofreni tanısıyla takip edilen hastaların bilişsel içgörü, toplumsal işlevsellik ve başa çıkma tutumları açısından değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Nevşehir. ss. 4-42.
- Gürhan, N. (2016). *Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri, 8.
- Hallaç, S., Meydanlıoğlu, A., Acar, G.G. (2014). Toplum ruh sağlığı hemşireliği: Öğrenci uygulama örneği. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1, 30-43.

- Huiting, X. (2013). Recovery in mental illnesses: A concept analysis. *International Journal of Caring Sciences*, 6, 439-450.39
- Işık, E., Coşkunol, H., Evren, C. ve Işık, U. (2015). *Şizofreni ve alkol madde bağımlılığı* (1. baskı). İstanbul: Sigma Publishing, ss. 45–72.
- İngeç, C. (2018). *Şizofreni hastalarında çocukluk çağı travmasının şizofreni hastalık başlangıç yaşına etkisi*. T.C. Sağlık Bakanlığı İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği Uzmanlık Tezi, İzmir. Ss. 3-55.
- World Health Organization. (2022). Mental disorders. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders> adresinden 20.01.2024 tarihinde erişilmiştir.
- İpçi, K. (2019). *Şizofreni hastalarında iyileşme: öznel iyileşme ile nesnel iyileşme arasındaki ilişkinin araştırılması*. Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kocaeli. ss. 2-36.
- İpçi, K., İncedere, A., Kiras, F., ve Yıldız, M. (2018). Şizofreni hastalarında öznel iyileşme ile bilişsel içgörü arasındaki ilişkinin araştırılması. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4, 1-4.
- Kako, Y., Ito, K., Hashimoto, N., Toyoshima, K., Shimizu, Y., Mitsui, N., Fujii, Y., Tanaka, T., and Kusumi, I. (2014). The relationship between insight and subjective experience in schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 68(3), 191-198.
- Kalkan Gökdam, E. (2018). *Şizofreni hastalarının içgörülerinin tedaviye uyumuna etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya. ss. 3-21.
- Karaca, S., Korkmaz, G., Öngün, E., Ünsal, G., Ardıç, E. (2018). *Hastaların perspektifinden: kronik şizofrenide iyileşme*. 5. Uluslararası IX. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği çamKongresi, Antalya, 1119-1120
- Karakelle, S. (2012). Üst bilişsel farkındalık, zekâ, problem çözme algısı ve düşünme ihtiyacı arasındaki bağlantılar. *Eğitim ve Bilim*, 37(164).
- Karakuş, G., Kocal, Y., ve Damla, S. (2017). Şizofreni: Etiyoloji, klinik özellikler ve tedavi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*; 26, 251-67.
- Kästner, L., et al. (2021). Long-term effects of schizophrenia on quality of life: A meta-analytic review. *Schizophrenia Bulletin*, 47(5), 874-889.
- Kırlı, U. ve Binbay, T. (2018). *Psikoz ve Şizofreni Epidemiyolojisi. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar* (s. 29-45). Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
- Kocal, Y., Karakuş, G., ve Sert, D. (2017). Şizofreni: etyoloji, klinik özellikler ve tedavi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 26(2), 251-267.

- Korkmaz Aslan, T. ve Ekinçi, M. (2022). The effect of structured exercise program on life and sleep quality in patients with schizophrenia. *Medical Journal of Süleyman Demirel University*, 29(3), 446-453.
- Köşger, F., Şahin, H., Eşsizoglu, A., ve Aksaray, G. (2014). Eksiklik sendromu olan ve olmayan şizofreni tanılı hastalarda içgörü ve sosyal işlevsellik düzeyleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 25, 157-162.
- Kurt, A., Erşan, E. E., ve Savaş, İ. (2021). Orjinal Makale Toplum Ruh Sağlığı Merkezi hizmeti alan ve ayaktan psikiyatri poliklinik hizmeti alan hastaların kendini damgalama ve öznel iyileşme durumlarının karşılaştırılması. *Journal of Psychiatric Nursing*, 12(2), 103-112.
- Lahera, G., Gálvez, J. L., Sánchez, P., Roig, M. M., Fuster, P. J. V., García-Portilla, P., Herrera, B. ve Roca, M. (2018). Functional recovery in patients with schizophrenia: Recommendations from a panel of experts. *BMC Psychiatry*, 18, 176.
- Larivière, S., Lavigne, K.M., Woodward, T.S., Gerretsen, P., Graff-Guerrero, A., and Menon, M. (2017). Altered functional connectivity in brain networks underlying self-referential processing in delusions of reference in schizophrenia. *Psychiatry Res Neuroimaging*, 263, 32-43.
- Li, J., Huang, Y.G., Ran, M.S., Fan, Y., Chen, W., Evans-Lacko, S., and Thornicroft, G. (2018). Community-based comprehensive intervention for people with schizophrenia in Guangzhou, China: Effects on clinical symptoms, social functioning, internalized stigma and discrimination. *Asian Journal of Psychiatry*, 34, 21-30.
- Lin, D., Kim, H., Wada, K., Aboumrad, M., Powell, E., Zwain, G., Benson, C., and Near, A. M. (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
- Lopez-Morinigo, J.-D., Ajnakina, O., Martínez, A. S.-E., Escobedo-Aedo, P.-J., Ruiz-Ruano, V. G., Sánchez-Alonso, S., David, A. S. (2020). Can metacognitive interventions improve insight in schizophrenia spectrum disorders A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 50(14), 2289–2301.
- Lysaker, P. H., Hamm, J. A., Vohs, J., Kukla, M., Pattison, M. L., Leonhardt, B. L., & Lysaker, J. T. (2018). Understanding the course of self-disorders and alterations in self-experience in schizophrenia: Implications from research on metacognition. *Current Psychiatry Reviews*, 14(3), 160-170.
- McLeod, H.J., Gumley, A.I., Macbeth, A., Schwannauer, M., Lysaker, P.H. (2014). Metacognitive functioning predicts positive and negative symptoms over 12 months in first episode psychosis. *Journal Psychiatr Reviews*, 54, 109-15.

- Meşe, G. (2011). *Tedaviye dirençli şizofrenili hastalarda klozapin ve klozapin+EKT tedavilerinin etkinliği ve HPA, nitrejik sistemler üzerine etkileri*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Erciyes Üniversitesi, Kayseri. Ss. 3-53.
- Mohr, P., Galderisi, S., Boyer, P., Wasserman, D., Arteel, P., Ieven, A., Karkkainen, H., Pereira, E., Guldemon, N., Winkler, P., Gaebel, W. (2018). Value Of Schizophrenia Treatment I: The Patient Journey. *European Psychiatry*, 53, 107-115
- Morrison, A. P. (2020). The role of metacognition in the development of schizophrenia: A longitudinal analysis. *Psychological Medicine*, 50(4), 567-574.
- Mueser, K. T., Corrigan, P. W., Hilton, D. W., Tanzman, B., Schaub, A., Gingerich, S., Essock, S. M., Tarrier, N., Morey, B., Vogel-Scibilia, S. ve Herz, M. I. (2002). Illness management and recovery: A review of the research. *Psychiatric Services*, 53(10), 1272–1284.
- Norman, RM, Malla, A., Tait, R., and McLean, T. (2013). İlk dönem psikozda öznel iyileşme ile bilişsel içgörü arasındaki ilişki. *Psikiyatri Araştırmaları*, 210(3), 1131-1137.
- Orsolini, L., Pompili, S., and Volpe, U. (2022). Schizophrenia: a narrative review of etiopathogenetic, diagnostic and treatment aspects. *Journal of Clinical Medicine*, 11(17), 5040.
- Özaslan, Z. ve Bilgin, H. (2017). Şizofrenide üstbiliş. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3), 33-36.
- Özçalık, C. K. (2021). *Toplum ruh sağlığı merkezlerinde takip edilen şizofreni hastalarında öznel iyileşme algısı ve içselleştirilmiş damgalanmanın belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara. ss. 5-69.
- Özçelik, E. K., ve Yıldırım, A. (2018). Schizophrenia patients' family environment, internalized stigma and quality of life. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 9(2), 1-8.
- Özdemir, A. (2020). *Şizofreni hastalarında bilinçli farkındalık temelli stres azaltma eğitiminin umut, psikolojik iyi oluş ve işlevsel iyileşmeye etkisi*. Doktora Tezi, İnönü Üniversitesi, Malatya, ss. 4-46.
- Özkul, T. ve Gölge, A. (2019). Deneysel şizofreni modellerinin oluşturulması ve deneysel yöntemlerle şizofreni belirtilerinin değerlendirilmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilim Dergisi*, 12(2), 351-9.
- Öztürk, O. ve Uluşahin, A. (2018). Ruh sağlığı ve bozukluğunun tanımlanması. O. Öztürk ve A. Uluşahin içinde, *Ruh sağlığı ve bozuklukları* (s. 105-108). Ankara: Bayt.
- Popolo, R., Smith, E., Lysaker, P.H., Lestingi, K., Cavallo, F., and Melchiorre, L. (2017). Metacognitive profiles in schizophrenia and bipolar disorder: comparisons with healthy controls and correlations with negative symptoms. *Psychiatry Research*, 257, 45-50

- Roche, E., Creed, L., Macmahon, D., Brennan, D., Clarke, M. (2015). The epidemiology and associated phenomenology of formal thought disorder: A systematic review. *Schizophr Bull.*;41(4), 951–62.
- Roe, D., Mashiach-Eizenberg, M., Lysaker, P. H. (2011). The relation between objective and subjective domains of recovery among persons with schizophrenia-related disorders. *Schizophrenia Research*, 131(1-3), 133-138.
- Sarkhel, S., Singh, O.P., Arora, M. (2020). Clinical practice guidelines for psychoeducation in psychiatric disorders general principles of psychoeducation. *Indian journal of psychiatry*. 62(Suppl 2), 319.
- Sellers, R., Varese, F., Wells, A., and Morrison, A.P. (2017). A meta-analysis of metacognitive beliefs as implicated in the self-regulatory executive function model in clinical psychosis. *Schizophrenia Research*, 179, 75-84.
- Smith, J., and White, R. (2022). Urban environments and access to mental health care: A comparative study. *Community Mental Health Journal*, 58(6), 801-811.
- Soygür, H., Yüksel, H. M., Eraslan, P., & Özden, S. (2017). Mavi At Kafe'nin 6 yılda öğrettikleri: Şizofreni hastalarının gözünden iyileşmeye katkıda bulunan etmenler – nitel bir analiz. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 28(2), 75–80.
- Soylu, S. (2018). *Psikiyatri Kliniğinde Yatarak Tedavi Gören Şizofreni ve Şizofreni Spektrum Bozukluğu Tanılı Hastaların 10 Yıl Sonraki Psikososyal İşlevsellik Düzeyinin Değerlendirilmesi*. Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir. ss. 5-62.
- Summakoğlu, D. ve Ertuğrul, B. (2018). Şizofreni ve tedavisi. *Lectio Scientific Journal of Health and Natural Sciences*, 2(1), 43-61.
- Şahin, M. D. (2022). Şizofreni tanılı bireylere uygulanan sağlıklı yaşam grup eğitiminin şizofreninin pozitif, negatif belirtileri ve şizofreni tanılı bireylerin öznel iyileşme değerlendirmeleri üzerine etkisi. *Abant Tıp Dergisi*, 11(1), 1-10.
- Şenocak, S., Arslantaş, H., ve Yüksel, R. (2019). Psikiyatrik iyileşmede yeni bir yönelim: iyileşme odaklı yaklaşım. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 28(2), 83-97.
- Şimşek, P. (2023). Şizofreni hastalarında içgörü düzeyinin incelenmesi: bir derleme çalışması. *The Journal of Academic Social Science*, 146, 547-560
- T.C. Sağlık Bakanlığı, (2019), Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2021-2023).
- Tanrıverdi, D. (2008). *Şizofreni hastalarının bakım vericilerine verilen psikoeğitimin bakım yüklerine etkisi*. Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum. ss. 5-49.
- Taşkın Uyan, T., Köroğlu, A., ve Hocaoglu, C. (2023). Şizofreni: Etiyoloji, tanı ve tedavi yaklaşımlarında güncel durum. Erciyes Üniversitesi *Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 10(1), 19- 35.

- Tosun, A. ve Irak, M. (2008). Üstbiliş Ölçeği-30'un Türkçe uyarlaması, geçerliği, güvenirliği, kaygı ve obsesif-kompulsif belirtilerle ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(1), 67-80.
- Townsend, M.C. (2016). *Ruh hastalığı ve psikiyatri hemşireliğinin temelleri kanıta dayalı uygulama bakım kavramları*. Çev: G.N., Özcan CT. 6. Baskı. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi: 335-422.
- Trauelsens, A.M., Gumley, A., Jansen, J.E., Pedersen, M.B., Nielsen, H.G.L., Trier, C.H., Haahr, U.H., Simonsen, E. (2016). Metacognition in first-episode psychosis and its association with positive and negative symptom profiles. *Psychiatry Research*, 238, 14-23.
- Uslu, E. (2017). *Telefonla problem çözme müdahalesinin şizofreni tanılı bireylerin ilaç tedavisine uyumuna etkisi*, Doktora Tezi. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Antalya. Türkiye. Ss. 3-59.
- Uzunhasanoğlu, G. (2022). Şiddet ve şizofreni: ulusal basında yer alan haberlerin niteliksel analizi. *MEYAD Akademi*, 3(2),124-36.
- Van Eck, R.M., Burger, T.J., Vellinga, A., Schirmbeck, F., and Haan, L. (2018). The relationship Between Clinical And Personal Recovery In Patients with Schizophrenia Spectrum Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 44(3), 631–642
- Van Os, J., Kenis, G., and Rutten, B.P.F. (2010). The environment and schizophrenia. *Nature*, 468(7321), 203–12.
- Yıldız, M., Erim, R., Soygur, H., Tural, U., Kiras, F., ve Gules, E. (2018). Development and validation of the subjective recovery assessment scale for patients with schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*; 28(2), 163-169.
- Yıldız, M., Özasan, Z., İncedere, A., Kırçalı, A., Kiras, F. ve İpçi, K. (2019). Şizofrenide ruhsal toplumsal beceri eğitimi ve üstbiliş eğitiminin toplumsal ve bilişsel işlevsellik üzerine etkisi. *Archives of Neuropsychiatry*, 56(2), 139–143.
- Yılmaz, E. (2016). *Şizofreni hastalarında farkındalık temelli psikososyal beceri eğitiminin işlevsel iyileşme ve içgörü düzeyine etkisi*. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Erzurum. ss. 5-42.
- Yildiz, M., Erim, R., Soygur, H., Tural, U., Kiras, F., and Gules, E. (2018). Development and validation of the Subjective Recovery Assessment Scale for patients with schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 28(2), 163-169.
- Yüksel, A. ve Bahadır Yılmaz, E. (2021). The effect of mindfulness-based psychosocial skills training on functioning and insight level in patients with schizophrenia. *Community Mental Health Journal*, 57(2), 365-371.
- Zorlu, P. K., Bilgiç, Ö., Şahin, T., ve Zorlu, N. (2017). Şizofrenide klinik içgörünün psikiyatrik semptomlar ve bilişsel işlevler ile ilişkisi. *Düşünen Adam*, 30(2), 79.

EKLER

EK-1 Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 12.05.2023-E.654339



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Etik Komisyonu

Sayı : E-77082166-302.08.01-654339
Konu : Bilimsel ve Eğitim Amaçlı

12.05.2023

Dağıtım Yerlerine

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Didem CANBAY'ın, Dr. Öğr. Üyesi Merve KIZILIRMAK TATU'nun danışmanlığında yürüttüğü "Şizofreni Hastalarında Üstbiliş Kapasitesi, Bilişsel İçgörü ve Öznel İyileşmenin Değerlendirilmesi" adlı tez çalışması ile ilgili konu Komisyonumuzun 09.05.2023 tarih ve 09 sayılı toplantısında görüşülmüş olup,

İlgilinin çalışmasının, yapılması planlanan yerlerden izin alınması koşuluyla yapılmasında etik açıdan bir sakınca bulunmadığına oybirliği ile karar verilmiş ve karara ilişkin imza listesi ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Araştırma Kod No: 2023 - 618

Prof. Dr. İsmail KARAKAYA
Komisyon Başkanı

Ek:1 Liste

DAĞITIM

Gereği:

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Merve KIZILIRMAK TATU

Bilgi:

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

Belge Doğrulama Kodu :BSDFD49B42

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/gazi-universitesi-ebys>

Emniyet Mahallesi Bandırma Caddesi No :6/1 06560 Yenimahalle/ANKARA
Tel:0 (312) 202 20 57 - 0 (312) 2... Faks:0 (312) 202 38 76
İnternet Adresi :<http://etikkomisyon.gazi.edu.tr/>
Kep Adresi: gaziuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için :Ayfer Çekmez
Genel Evrak Sorumlusu
Telefon No:202 38 81



Bu belge,güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-1. (devam) Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 12.05.2023-E.654339	GAZİ ÜNİVERSİTESİ ETİK KOMİSYONU KATILIM LİSTESİ
--	---

TOPLANTI TARİHİ : 09.05.2023		TOPLANTI SAYISI : 09	
ADI – SOYADI		İMZA	
Prof. Dr. İsmail KARAKAYA BAŞKAN			
Prof.Dr.Zehra GÖÇMEN BAYKARA BAŞKAN YRD.			
Prof.Dr.C.Haluk BODUR			
Prof.Dr.Seçil ÖZKAN			
Prof.Dr.Cevriye TEMEL GENCER			
Prof.Dr.İlkay ULUTAŞ			
Prof.Dr.Aymelek GÖNENÇ			
Prof.Dr.Kemalettin DENİZ			
Prof.Dr.Makbule GEZMEN KARADAĞ			
Prof.Dr.İlyas OKUR			
Prof.Dr.Nihan KAFA			
Doç.Dr.Melek Gülşah ŞAHİN			
Doç.Dr. Gökhan DELİCEOĞLU			
Doç.Dr.Elvan İNCE AKA			

EK-2. Hastane İzin Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 10.08.2023-E.719998

Evrak Tarih ve Sayısı: 07.08.2023-E.717696



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-90739940-799-221563882
Konu : Didem CANBAY (Tez Çalışması)

GAZİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi : 23.05.2023 tarih ve 659835 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Didem CANBAY' ın “*Şizofreni Hastalarında Üstbiliş Kapasitesi, Bilişsel İçgörü ve Öznel İyileşmenin Değerlendirilmesi*” konulu tez çalışması talebine ilişkin Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin cevabi yazısı yazımız ekinde gönderilmiştir.

Söz konusu çalışmanın Bakanlığımızın bilgisi dışında ilan edilmemesi, başka bir amaçla kullanılmaması, başka makam ve kişilere verilmemesi ve bir örneğinin Müdürlüğümüze gönderilmesi kaydıyla ilgili kurumda yapılması hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Dr. Fatih TEKİN
İl Sağlık Müdürü a.
Sağlık Hizm. Başkan Yrd.

Ek:
1 - Üst Yazı.pdf
2 - TUEK Kararları.pdf

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: E061B2F5-67F1-46F3-B88F-0F6569839ECA

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Ankara İl Sağlık Müdürlüğü, Etilik Şehir Hastanesi Kampüsü G 6 Kapısı, Ayvalı
Mah. Halil Sezai Ertur Cad. No:5 -P.K. 6010 Keçiören/Ankara

Bilgi için: Yeşim ÖZER
Sürekli İhçı

06010
Telefon No: 03127973000
e-Posta: ankara@saglik.gov.tr İnternet Adresi: <https://www.saglik.gov.tr/>
Kep Adresi: ankarilisaglik@hs01.kep.tr

Telefon No: 03127973000 - 124913



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-3 Ölçek Kullanım İzinleri

20.12.2024 21:04

Posta - didem canbay - Outlook

 Outlook

Re: Özel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği hakkında

Kimden mustafa yıldız <myildiz60@yahoo.com>
Tarih 9.03.2023 Per 21:22
Kime didem canbay <didemcanbay14@hotmail.com>

merhaba sevgili Didem,

Özel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeğini çalışmanızda kullanabilirsiniz.

Başarı dilekleriyle.

Mustafa YILDIZ, Kocaeli Üniversitesi

On Thursday, March 9, 2023 at 04:05:14 PM GMT+3, didem canbay <didemcanbay14@hotmail.com> wrote:

Hocam merhaba ben Didem Canbay, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde Psikiyatri hemşireliğinde yüksek lisans öğrencisiyim. Aynı zamanda Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri kliniğinde hemşirelik görevimi yapmaktayım eğer izniniz olursa yapacağım tez çalışmamda Özel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeğini kullanmak istiyorum. teşekkür ederim

DİDEM CANBAY
09.03.2023

https://outlook.live.com/mail/0/deeplink/read/AQMkADAwATYwMAItMWRkADqtYzozNyOwMAItMDAKAEYAAAMWsuazpDK5QYE5%2BrijvGOpBwC%2FVwquorAwTZelzpiad3MFAAACAUyAAAC%2FVwquorAwTZelz... 1/1
24.12.2024 23:27 Posta - didem canbay - Outlook

 Outlook

Re: Ölçek kullanım izni

Kimden Selcuk Aslan <dr.selcukaslan@gmail.com>
Tarih 26.07.2023 Çar 17:22
Kime didem canbay <didemcanbay14@hotmail.com>

uygundur tabi. araştırma makalesinde bakınız yöntem bölümünde puanlama yazıyor.
referans olarak verirsiniz

Prof. Dr. Selcuk Aslan

0312 202 5413
0505 4463604

www.drselcukaslan.com

didem canbay <didemcanbay14@hotmail.com>, 24 Tem 2023 Pzt, 13:25 tarihinde şunu yazdı:

Hocam merhaba ben Didem Canbay, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde Psikiyatri hemşireliğinde yüksek lisans öğrencisiyim. Aynı zamanda Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde hemşirelik görevi yapmaktayım. Eğer izniniz olursa yapacağım tez çalışmamda Beck Bilişsel İlgörü Ölçeğini kullanmak istiyorum teşekkür ederim.

DİDEM CANBAY
24.07.2023

EK-4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Sizi, **Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu**'ndantarih /sa
yı

ile izin alınan* ve Dr. Öğr. Üyesi Merve KIZILIRMAK TATU ve Didem CANBAY tarafından yürütülen **“Şizofreni Hastalarında Üstbiliş Kapasitesi, Bilişsel İçgörü ve Öznel İyileşmenin Değerlendirilmesi”** başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır.

*Gazi Üniversitesi Etik Komisyon izini alındıktan sonra doldurularak kullanılacaktır.

Araştırmanın Amacı	Bu çalışmada, şizofreni hastalarında üst biliş kapasitesi, bilişsel içgörü ve öznel iyileşmenin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.
Araştırmanın Yöntemi	Araştırma niceliksel araştırma tasarımlarından tanımlayıcı ve ilişki arayıcı bir araştırma olarak planlanmıştır. Çalışma Ağustos 2023 – Ağustos 2024 tarihleri arasında yürütülecektir. Araştırmanın örneklemini 103 şizofreni tanıılı birey oluşturacaktır. Araştırmanın verilerinin toplanmasında “Katılımcı Formu”, “Üstbiliş Ölçeği-30”, “Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği”, “Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği” kullanılacaktır. Sizden bu veri toplama araçlarını doldurmanızı beklemekteyiz. Gereksinim duyduğunuzda araştırmacıya soru yöneltebilirsiniz. İstedığınız zaman gerekçe göstermeksizin çalışmadan ayrılabilirsiniz. Veri toplama araçlarını doldurmanız yaklaşık 10-15 dk sürecektir.
Araştırmanın Öngörülen Süresi (Başlama ve Bitiş Tarihi Başvurudaki Başlangıç ve Bitiş Tarihi ile Uyumlu Olmalıdır.)	Ağustos 2023- Ağustos 2024
Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı	127
Araştırmanın Yapılacağı Yerler	Ankara Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Görüntü ve/veya ses kaydı alınacak mı?	Evet ☐ Hayır ☒

KATILIMCI BEYANI

Yukarıda amacı ve içeriği belirtilen bu araştırma ile ilgili bilgiler tarafıma aktarıldı. Bu bilgilerden sonra araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Bu çalışmaya katılmayı kabul ettiğim takdirde gerek araştırma yürütülürken gerekse yayımlandığında kimliğimin gizli tutulacağı konusunda güvence aldım. Bana ait verilerin kullanımına izin veriyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin dikkatle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden çekilebilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana herhangi bir ödeme yapılamayacaktır. Araştırma ile ilgili bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu çalışmaya hiçbir baskı altında kalmadan kendi bireysel onayım ile katılıyorum. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Adı ve Soyadı	Dr. Öğr. Üyesi Merve KIZILIRMAK TATU	Tarih ve İmza
Adres ve telefonu	Gazi Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağl Hastalıkları Hemşireliği ABD.	

Araştırma yürütücüsü (Tez çalışmalarında Danışman tarafından imzalanacaktır.)

Adı ve Soyadı		Tarih ve İmza
Adres ve telefonu		

Katılımcı

Velayet veya Vesayet Altındaki Katılımcılar için Veli/Vasi

Adı ve Soyadı		Tarih ve İmza
Adres ve telefonu		

EK-5. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel Bilgi Formu

Bu çalışma “Şizofreni Hastalarında Üstbiliş Kapasitesi, Bilişsel İçgörü ve Öznel İyileşmenin Değerlendirilmesi” amacı ile planlanmıştır. Bu araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Bu çalışmaya isteyerek katılmanız, bu alanda yapılan bilimsel çalışmaların geliştirilebilmesi için önemli bir etkiye sahiptir. Çalışma sonuçlarının sağlıklı olabilmesi için lütfen tüm soruları yanıtlamaya özen gösteriniz. Bu ankette verilecek yanıtlar, isim ve kişisel bilgiler, bilimsel ahlak kuralları çerçevesinde kesinlikle gizli tutulacaktır. Katılımınız için şimdiden teşekkür ederim.

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Yüksek
Lisans Öğrencisi
DİDEM CANBAY KÜÇÜK

1. Cinsiyet: ☐ Kadın ☐ Erkek
2. Yaş:.....
3. Eğitim durumu: ☐ Okuryazar değil ☐ Okuryazar ☐ İlköğretim
☐ Ortaöğretim üzeri ☐ Lise ☐ Üniversite ve
4. Medeni durumu: ☐ Bekar ☐ Evli ☐ Boşanmış ☐ Ayrı yaşıyor
5. Çalışma durumu: ☐ Çalışmıyor ☐ Çalışıyor
6. Ekonomik düzeyinizi değerlendiriniz: ☐ Düşük ☐ Orta ☐ Yüksek
7. Yaşamınızın büyük çoğunluğunun geçtiği yer: ☐ Büyükşehir ☐ Şehir ☐ İlçe ()Köy
8. Hasta kaç yıldır şizofreni tanısıyla izleniyor?..... (Ay/Yıl)
9. Hastaneye yatış sıklığı: ☐ İlk yatış ☐ 2 kez yatış ☐ 3 ve daha fazla yatış
10. Hastanın ilaçlarını alma durumu: ☐ Düzenli ☐ Düzensiz

EK-6. Üst-Biliş Ölçeği-30

Bu anket kişilerin kendi düşüncelerine ilişkin inançlarını incelemektedir. Aşağıda bireyler tarafından ifade edilmiş bazı inanç maddeleri listelenmiştir. Lütfen her bir maddeyi okuyarak her birine ne kadar katıldığınızı uygun rakamı işaretleyerek belirtiniz (1: kesinlikle katılmıyorum; 2: kısmen katılmıyorum; 3 kısmen katılıyorum; 4: kesinlikle katılıyorum). Lütfen tüm maddeleri cevaplandırınız. Bu ankette doğru ya da yanlış cevap bulunmamaktadır.

	Kesinlikle katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Kısmen katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1- Endişelenmek gelecekteki problemlerden kaçınmama yardımcı olur.				
2- Endişelenmem benim için tehlikelidir.				
3- Aklımdan geçenlerle çok uğraşırım.				
4- Endişe ede ede kendimi hasta edebilirim.				
5- Bir problem üzerinde düşünürken zihnimin nasıl çalıştığının farkındayım.				
6- Eğer beni endişelendiren bir düşünceyi kontrol edemezsem ve bu gerçekleşirse, benim hatam olur				
7- Düzenliliğimi sürdürebilmem için endişe etmeye ihtiyacım var.				
8- Kelimeler ve isimler konusunda belleğime güvenim pek yoktur.				
9- Ne kadar engellemeye çalışırsam çalışayım, endişe verici düşüncelerim devam eder.				
10-Endişelenmek kafamdaki düşünceleri düzene sokmama yardım eder.				
11-Endişe verici düşünceler aklıma geldiğinde onları görmezden gelemiyorum.				
12- Düşüncelerimi izlerim.				
13- Düşüncelerimi her zaman kontrol altında tutmalıyım.				
14- Belleğim zaman zaman beni yanıltır.				
15- Belirli düşüncelerimi kontrol etmediğim için cezalandırılacağım.				
16- Endişelerim beni delirtebilir.				
17- Düşündüğümün her an farkındayım.				
18- Zayıf bir belleğim vardır.				
19- Dikkatim zihnimin nasıl çalıştığıyla meşguldür.				
20- Endişelenmek bir şeylerin üstesinden gelmeme yardım eder.				
21- Düşüncelerimi kontrol edememek bir zayıflık işaretidir.				
22- Endişelenmeye başladığım zaman kendimi durduramam.				
23- Endişelenmek problemleri çözmede bana yardımcı olur.				
24- Bir yerleri hatırlama konusunda belleğime pek güvenmem.				
25- Belirli şeyleri düşünmek kötüdür.				
26- Belleğime güvenmem.				
27- Eğer düşüncelerimi kontrol edemezsem işlerimi sürdüremem.				
28- İyi çalışabilmek için endişelenmeye ihtiyacım vardır.				
29- Olayları hatırlama konusunda belleğime pek güvenmem.				
30- Düşüncelerimi sürekli gözden geçiririm.				

EK-7. Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği

Aşağıda insanların nasıl hissettiğine ilişkin ifadeler vardır. Lütfen sıralanan bütün cümleleri dikkatle okuyunuz. **Her bir ifade ile ne kadar aynı fikirde olduğunuzu karşısında uygun gelen alana X işareti koyarak belirtiniz.**

	Hiç katılmıyorum	Çok az katılıyorum	Epeyce katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1-Bazen diğer insanların bana karşı tutumlarını yanlış anlıyorum.				
2-Yaşantılarımla ilgili yorumlarım kesinlikle doğrudur.				
3-Diğer insanlar olağandışı yaşantılarımın nedenlerini benim anladığımdan daha iyi anlayabilir.				
4- Çok çabuk sonuca atlıyorum.				
5-Bana çok sahici görünen bazı yaşantılarım benim hayal gücüme bağlı olabilir.				
6-Gerçek olduğuna kesinlikle emin olduğum bazı fikirlerimin yanlış olduğu ortaya çıktı.				
7-Eğer bir şeyin doğru olduğunu hissediyorsam o şey doğrudur.				
8-Güçlü bir şekilde haklı olduğumu hissetsem bile, yanlış olabilirim.				
9-Kendi sorunlarımın neler olduğunu bir başkasından çok daha iyi bilirim.				
10- İnsanlar benimle aynı fikirde değilse genellikle onlar yanlıştır.				
11-Yaşantılarımla ilgili diğer insanların kanaatlerine güvenemem.				
12-Eğer birisi inançlarımın yanlış olduğunu belirtirse, onun görüşünü dikkate almaya istekliyimdir.				
13-Her zaman kendi yargıma güvenebilirim.				
14-İnsanların neden belli bir şekilde davrandıklarının sıklıkla birden fazla açıklaması vardır.				
15-Benim olağandışı yaşantılarım aşırı keyifsiz olmama ya da strese bağlı olabilir.				

EK-8 Özel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği

Hastalığınızın tedavisi ile birlikte iyileşme durumunuzu değerlendirmek amacıyla aşağıda bazı ifadeler verilmiştir. Lütfen bununla ilgili olarak size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

	Bana hiç uymaz	Biraz uyar	Orta derecede uyar	Genellikle uyar	Tam Uyar
1- Geleceğimle ilgili umutlarım var.					
2- Ulaşmak istediğim hedeflerim var.					
3-Hedeflerimi gerçekleştirebileceğime inanıyorum.					
4-Yeni ilgi alanları ediniyorum.					
5-Çevremde ailem dışında da güvенеbileceğim insanlar var.					
6-Gereksinim duyduğumda çevremden yardım istiyorum.					
7-Kendime güveniyorum.					
8-Karşılaştığım zor durumlarla başa çıkabiliyorum.					
9-Çevremdeki insanlar bana güveniyor.					
10-Çevrem tarafından aranan ve önemsenen birisiyim.					
11-Hastalığının tedavisi için elimden geleni yapıyorum.					
12-Hastalığının belirtileri ile başa çıkabiliyorum.					
13-Başka kişilerle olumlu ilişkiler kuruyorum.					
14-Kendimi toplumun bir üyesi olarak görüyorum.					
15-Sosyal etkinliklere katılıyorum.					
16-Boş zamanlarımı faydalı bir şekilde değerlendiriyorum.					
17-Benden beklenen görevleri (öğrenci, işçi, memur, ev hanımı gibi) yerine getiriyorum.					

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı : CANBAY KÜÇÜK, Didem
Uyruğu : Türkiye Cumhuriyeti

Eğitim Derecesi	Okul/Program	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü/ Hemşirelik Anabilim Dalı	Devam Ediyor
Lisans	Gülhane Askeri Tıp Akademisi	2012
Lise	Çorum Anadolu Lisesi	2008

İş Deneyimi

2021-	Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Hemşire
2016-2021	Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Hemşire
2013-2016	Mevki Asker Hastanesi	Hemşire
2012-2013	Bilkent Gaziler Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi	Hemşire

Yabancı Dil

İngilizce, orta düzey

Yayınlar

Ulusal ve Uluslararası Kongrelerde Sunulan Bildiriler

Canbay, D., ve Tatu, M.K. (2024). *Şizofreni ve Üstbiliş*. Ulusal Bütünleşik Hemşirelik ve Ebelik Kongresi, (131), Ankara, Türkiye, (Mayıs 2024)



GAZİLİ OLMAK AYRICALIKTIR..