T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ŞİZOFRENİ HASTALARINDA ONLINE ÜST BİLİŞ EĞİTİMİN ETKİSİ

SİMAY ERİNÇ KURULTAYOĞLU

SİNİRBİLİMLER ANABİLİM DALI
Klinik Sinirbilimler Yüksek Lisans Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İZMİR
OCAK 2022

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc - 2018970013

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ŞİZOFRENİ HASTALARINDA ONLINE ÜST BİLİŞ EĞİTİMİN ETKİSİ

SİMAY ERİNÇ KURULTAYOĞLU

SİNİRBİLİMLER ANABİLİM DALI

Klinik Sinirbilimler Yüksek Lisans Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Köksal Alptekin

İZMİR
OCAK 2022

T.C.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

ETİK BEYANI

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırlayıp sunduğum "Şizofreni Hastalarında Online Üst Biliş Eğitim Etkisi" başlıklı Yüksek Lisans tezim içinde elde ettiğim verileri, bilgileri, belgeleri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tezimde yararlandığım eserlere bilimsel kurallara uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, tezimin özgün olduğunu, tezimin çalışma ve yazımında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Ad Soyad: Simay Erinç Kurultayoğlu

Tarih:13/01/2022

İmza:

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimimde ve tezimin oluşmasındaki büyük katkılarından dolayı değerli danışmanım Prof. Dr. Köksal Alptekin' e çok teşekkür ederim.
Aynı şekilde yüksek lisans eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan Prof. Dr. Berna Binnur Akdede'ye, Sinirbilimler Anabilim Dalı değerli öğretim üyeleri Prof. Dr. Pınar Akan, Prof. Dr. Görsev Yener, Prof. Dr. Tunç Alkın, Prof. Dr. Şermin Genç, Prof. Dr. Pembe Keskinoğlu, Doç. Dr. İbrahim Emre Bora'ya teşekkürlerimi sunarım.

Yüksek lisans eğitimimin her iki aşamasında; ders ve tez döneminde desteklerini esirgemeyen Uzm. Psk. Emine Ilgın Hoşgelen ve Dr. Uzm. Psk. Berna Yalınçetin'e Psikiyatri Anabilim Dalı'nın asistanlarına, hemşirelerine ve tüm personellerine teşekkür ederim.
Bu süreçte tezimin oluşmasına ve alanımı daha iyi öğrenmeme yardımcı olan hasta ve hasta yakınlarına teşekkür ederim.

Eğitim ve özel hayatımda her zaman yanımda olan eşim Nurbay Kurultayoğlu'na çok teşekkür ederim.
Annem, babam ve kardeşime sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

I. İÇİNDEKİLER

I.İÇİNDEKİLER……i

II.TABLOLİSTESİ……...iii

III. ŞEKİL LİSTESİ……...iv

IV.KISALTMALAR……...…v

V.ÖZET…….vi

VI.ABSTRACT……....vii

1. GİRİŞ VE AMAÇ……. 1

2. GENEL BİLGİLER..... 4

2.1.Şizofrenide Tanı……....4

2.2.Şizofrenide Tarihçe……..……5

2.3.Şizofrenide Epidemiyoloji……..…….6

2.4.Etiyoloji……..……..…….....6

2.5.Şizofrenide Tedaviye Yanıt……..…….....……7

2.6.Şizofreni Belirtilerinin Düzelmesi Yanıt……...……...…….8

2.7.Üst biliş ve Üst biliş Eğitim Programı……..…….....……9

2.7.1.Şizofrenide Üst Biliş Eğitim Programı……...……10

2.7.2.Şizofrenide Üst Biliş Eğitim Programı ve İyileşme……..……11

2.7.3.Şizofrenide Online Üst Biliş Eğitim Programı ……..……..12

3.GEREÇ VE YÖNTEM 12

3.1. Araştırmanın Tipi 12

3.2. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Planı..... 12

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 13

3.4. Araştırmanın Değişkenleri 14

3.5. Veri Toplama Araçları..... 15

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi..... 22

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları 23

3.8. Etik Kurul Onayı 23

4. BULGULAR 23
4.1.Örneklem……..…….…..23
4.2.Demografik ve Klinik Özellikler……..…….……..23
4.3.PANSS ve Calgary Depresyon Ölçeğinin Görüşmeler Süresince Değişimi…….……...29
4.4.Üst biliş Eğitim Etkisinin ve PANSS ile Değerlendirilmesi…….…….……..30
4.4.1.Normal Dağılım Varsayımı……..……....30
4.4.2.Üst biliş Eğitim Programının Etkinliğine İlişkin Analizler……..……32
4.5.Nöropsikolojik Testlerin PANSS ile Değerlendirilmesi…….…….…..35
5. TARTIŞMA 37
6. SONUÇ ve ÖNERİLER..... 40
7. KAYNAKLAR..... 41
8. EKLER 47
EK-1 Etik Kurul Onayı……..…….……...48
EK-2 Veri Kayıt Formu……..…….……..49
EK-3 PANSS Ölçeği…….……..…….…….50
EK-4 Calgary Depreston Ölçeği……..…….…….51
EK-5 Digit Span……..…….…….52
EK-6 KAS Testi……..……...…….…..53
EK-7 Kategori Akıcılık Testi ……..……..54
EK-8 Koronovirüs Anksiyete Ölçeği…….……...55
EK-9Bilgilendirilmiş Onam Formu……...56

II. TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 1: Şizofrenide DSM-V-TR Tanı Ölçütleri…….....4

Tablo 2: Araştırma Planı…….....13

Tablo 3: Üst biliş Eğitim Programı Uygulanan ve Kontrol Hastalarının Demografik Dağılımları…….……..…….24

Tablo 4: Üst biliş Eğitim Programı Uygulanan ve Kontrol Hastalarının Klinik Özellikleri……..……..…….……26

Tablo 5: Grupların Ölçeklerden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması……..…...28

Tablo 6: Grupların Basıklık-Çarpıklık Değerlerine İlişkin Bulgular……..…….....30

Tablo 7: PANSS Negatif Belirtiler Grup İçi ve Gruplar Arası Etkileşim Etkisi……..…35

Tablo 8: PANSS Negatif Belirtiler Alt Ölçek Maddelerinin Gruplar Arası Karşılaştırılması.35

Tablo 9: Grupların Nöropsikolojik Test Puanlarının Karşılaştırılması……. ……...….36

III. ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 1:ÇalışmaAkış Şeması…….……...….....21

Şekil 2: ÜEP Uygulanan Grup ve Kontrol Grubu PANSS Toplam Değerleri Ön- Son Test Ortalamalarının Karşılaştırılması……..……29

Şekil 3: : ÜEP Uygulanan Grup ve Kontrol Grubu Depresyon Ölçeği Değerleri Ön-Son Test Ortalamalarının Karşılaştırılması …….……...29

Şekil 4: Üst biliş Eğitim Programı Uygulanan Grup ve Kontrol Grubu Ortalama Koronavirüs Kaygı Ölçeği Toplam Değerleri Ön-Son Test Ortalamalarının Karşılaştırılması…….……...30

Şekil 5: Grupların PANSS Negatif Puanlarında Değişimi Gösteren Çizgi Grafiği ……....33

IV. KISALTMALAR

PANSS: Pozitif ve Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği
TPS: Tedavisiz Psikoz Süreleri
DSM V: Amerikan Psikiyatri Birliği Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
ÜEP: Üst Biliş Eğitim Programı
MCT: Metacognition Training Program
CŞDÖ: Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği
KAS: Kategori Akıcılık Testi
BŞBÖ: Belirtilerin Şiddetini Belirleme Ölçeği
df: Serbestlik derecesi
f: F değeri
n: Gözlem sayısı
η2: Eta Kare
p: Anlamlılık düzeyi
SS: Standart Sapma
$\bar{X}$: Ortalama

ŞİZOFRENİDE ONLINE ÜST BİLİŞ EĞİTİMİN ETKİSİ

Yüksek Lisans Tezi

Simay ERİNÇ KURULTAYOĞLU

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Sinirbilimler Anabilim Dalı

ÖZET

Şizofreni, dil, düşünce, duygulanım ve davranışlarda bozulmaların olduğu psikiyatrik bir hastalıktır. Şizofreni tedavisinde antipsikotik ilaçlarla ilaç tedavisi en etkili yöntemdir. İlaç tedavisinin yanısıra destekleyici ve bilişsel davranışçı terapiler belirtilerin düzelmesinde etkilidir. Metakognitif tedavi uygulanan bilişsel-davranışsal terapilerin başında gelmektedir. Metakognisyon (üst biliş) bilişin bilişidir. Üst biliş Eğitim Programının (ÜEP) ana amacı, hezeyan ve hezeyanlı düşüncelerin "bilişsel altyapısını" değiştirmektir. ÜEP, şizofrenide yaygın bilişsel hataları ve problem çözme önyargılarını hedef alan sekiz temel modülden oluşur. Seansların amacı, katılımcıların bu bozulmalarla ilgili farkındalığını arttırmak ve mevcut problem çözme becerisini eleştirel bir gözle düşünmek konusunda katılımcıları teşvik etmektir. COVİD-19 pandemi süresince kısıtlamalardan dolayı yüz yüze görüşmeler azaldığı ve süreleri kısaldığı için online görüşmelerin önemi oldukça artmıştır. Bu çalışmanın amacı, şizofreni hastalarında online Üst biliş Eğitim Programının hastalık belirtilerine olan etkisini araştırmaktır.

Araştırmaya Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar Polikliniği'ne başvuran DSM-V TR tanı ölçütlerine göre şizofreni tanısı alan 48 hasta muayene olmak için hastaneye geldikleri gün görüşmeye alındı. Bu 48 hastadan dışlama kriterleri nedeniyle hedeflenen örneklemin %50'si olan 24 hasta çalışmaya dahil edildi. Bu araştırmaya alınan hastalar rastgele olarak 12 hasta ÜEP uygulanan gruba ve 12 hasta da kontrol grubuna dahil edildi. Hastalardaki şizofreni belirtilerinin şiddeti Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS), depresyon Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (CŞDÖ) ile ve pandemiyle ilişkili anksiyete Coronavirus Anksiyete Ölçeği ile değerlendirildi.

Çalışmaya alınan hastaların bilişsel işlevleri Digit Span, Kontrollü Kelime Çağrışım Testi ve Kategori Akıcılık testi kullanılarak değerlendirildi.
Ölçümler uygulamanın başında ve sonunda yapıldı. Üst biliş Eğitim Programı 8 hafta süresince haftada 1 gün, günde 40 dakika online olarak uygulandı. Verilen ÜEP ardından program öncesi ve sonrası hastalık belirtileri diğer parametrelerle birlikte izlendi. Çalışmaya katılan kontrol hasta grubuna ÜEP uygulanmadı. Kontrol hasta grubuna ön ve son testler uygulandıktan sonra, müdahale grubu ile arasındaki farklılıklar incelendi.

Üst biliş Eğitimi Programı etkisine PANSS değerleri üzerinden bakıldığında; Üst biliş eğitim programı uygulanan grup ve kontrol grubunun PANSS negatif belirti alt ölçeği puanı ön testten son teste değişimleri arasında anlamlı bir farklılık bulundu. PANSS Negatif Belirti alt ölçek maddelerinden N4 (Pasif Biçimde Kendini Toplumdan Çekme) ve N5 (Soyut Düşünme Güçlüğü) maddelerinde ÜEP müdahale etkisiyle ön-son test ölçümlerinde anlamlı bir farklılık bulundu. Gruplar arası PANSS pozitif, PANSS psikopatoloji ve PANSS toplam puanları Üst biliş Eğitim Programı etkisi ön test ve son test değişimlerinde anlamlı farklılık bulunmadı. Üst biliş eğitim programı uygulanan grup ve kontrol grubunun Calgary Depresyon Ölçeği ön testten son teste değişimleri arasında ve grup içi ön test ve son testler arasında anlamlı bir farklılık bulundu. Gruplar arasında nöropsikolojik testler (Digit Span, KAS, Kategori Akıcılık Testi) ÜEP etkisi ile ön test ve son test değişimlerinde anlamlı farklılık saptanmadı.

Üst biliş eğitim programının şizofreni hastalarındaki negatif belirtiler şiddetini azaltmada etkili bir program olabileceği saptandı. Ayrıca online ÜEP uygulanan şizofreni hastalarının depresyon şiddetinde azalma saptandı. Bu çalışmada hastaların yaygın olarak telefon, tablet ve bilgisayar kullanması nedeniyle online Üst biliş programının uygulanabildiği görüldü. ÜEP şizofren hastalarının genel hastalık şiddetinin azalmasında etkili olmazken negatif belirtiler üzerinde etkili olması hastalarla kurulan etkileşimli ilişkinin hastanın harekete geçme, problem çözme ve sosyal biliş üzerine etkisini ortaya koyabilir. Hastalara uygulanacak online müdahale programlarının ulaşılabilir olması açısından yaygınlığının artması öngörülmektedir.

Anahtar sözcükler: Şizofreni, üst biliş, hastalık belirtileri, nöropsikolojik işlev

Tez sayfa adedi: 77

Danışman: Prof. Dr. Köksal Alptekin

THE EFFECT OF ONLINE META COGNITION EDUCATION IN SCHIZOPHRENIA

Master Thesis

Simay Erinc Kurultayoglu

DOKUZ EYLUL UNIVERSITY HEALTH SCIENCE INSTITUTE

Department of Neuroscience

ABSTRACT

Schizophrenia is a psychiatric disorder in which language, thought, affect and behavior are impaired. Drug treatment with antipsychotic drugs is the most effective method in schizophrenia approaches, especially in its treatment. In addition to drug therapy, supportive psychotherapeutic and cognitive behavioral therapies are effective in improving symptoms. Metacognitive therapy is one of the leading cognitive-behavioral therapies. Metacognition is the cognition of cognition. The main purpose of the Metacognition Education Program (MCT) is to change the "cognitive infrastructure" of delusions and delusional thoughts. The MCT consists of eight core modules that target common cognitive errors and problem-solving biases in schizophrenia. The purpose of the sessions is to increase the awareness of the participants about these impairments and to encourage them to think critically about their current problem-solving skills. During the COVID-19 pandemic, the importance of online meetings has increased considerably, as face-to-face meetings have decreased and their duration has shortened due to restrictions. The aim of this study is to investigate the effect of the online Metacognition Education Program on the symptoms of schizophrenia patients.

Forty-eight patients who applied to Dokuz Eylul University Hospital Schizophrenia and Other Psychotic Disorders Outpatient Clinic for the study, who were diagnosed with schizophrenia according to DSM-V TR diagnostic criteria, were interviewed on the day they came to the hospital for examination. Due to the COVID-19 pandemic, exclusion criteria, 24 patients who were 50% of the targeted sample were included in the study. The patients included in this study were randomly assigned to 12 patients in the MCT group and 12 patients in the control group. The severity of schizophrenia symptoms in the patients was evaluated with the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), depression with the Calgary Depression Scale in Schizophrenia (CSS), and pandemic-related anxiety with the Coronavirus Anxiety Scale.

Cognitive functions of the patients included in the study were evaluated using Digit Span, Controlled Word Association Test and Category Fluency test. Measurements were made at the beginning and end of the application.

Metacognition Training Program was applied online for 40 minutes a day, 1 day a week for 8 weeks. After the MCT given, pre- and post-program disease symptoms were monitored together with other parameters. MCT was not applied to the control patient group participating in the study. After pre- and post-tests were applied to the control patient group, the differences between the intervention group were examined.

When the effect of the Metacognition Education Program is examined through PANSS values; A significant difference was found between the changes in the PANSS negative symptom subscale score from the pretest to the posttest in the metacognitive training program group and the control group. A significant difference was found in the pre-posttest measurements with the intervention effect of N4 (Passive Withdrawal from Society) and N5 (Abstract Thinking Difficulty) PANSS Negative Symptom subscale items. There was no significant difference between the groups in terms of PANSS positive, PANSS psychopathology and PANSS total scores. Metacognition Education Program effect pretest and posttest changes. A significant difference was found between the Calgary Depression Scale pre-test to post-test changes in the metacognitive training program and the control group, and between the intra-group pre-test and post-tests. There was no significant difference between the groups in the neuropsychological tests (Digit Span, KAS, Category Fluency Test) PEP effect and the changes in the pretest and posttest.

It was determined that the metacognition education program could be an effective program in reducing the severity of negative symptoms in schizophrenia patients. In addition, a decrease was found in the severity of depression in patients with schizophrenia who underwent online MCT. In this study, it was seen that the online metacognition program could be applied because the patients commonly use phones, tablets and computers. While MCT is not effective in reducing the general disease severity of schizophrenic patients, its effect on negative symptoms may reveal the effect of the interactive relationship established with the patients on the patient's action, problem solving and social cognition. It is predicted that the prevalence of online intervention programs to be applied to patients will increase in terms of being accessible.

Keywords: Schizophrenia, thought disorder, treatment response, antipsychotics, cognitive function

Page number: 77

Advisor: Prof. Dr. Koksal Alptekin

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Şizofreninin yaşam boyu yaygınlığı %0,5 ile %1,5 arasındadır. Sıklığı ise Dünya Sağlık Örgütü tarafından binde 0,85 olarak bildirilmektedir. Pozitif belirtiler, negatif belirtiler, bilişsel işlev bozulması ve affektif belirtiler en önemli hastalık boyutlarını oluşturmaktadır. Şizofreni, dil, düşünce, duygulanım ve davranışlarda bozulmaların olduğu ruhsal durumun hemen tüm alanlarında belirti ve bulgular gösteren, genellikle gençlik yıllarında başlayan, başlangıcı ve sonlanışı hastadan hastaya ve süreç içinde değişen ve önemli ölçüde yeti yitimine yol açan bir rahatsızlıktır (Goldner EM ve ark., 2002). Düşüncedeki bozukluk gerçeği değerlendirmenin bozulması sonucunda ortaya çıkar. Düşüncedeki bozulmalar konuşma bozukluklarına yol açar. Şizofrenide görülen duygudurum bozukluğu ambivalans, kısıtlı veya uygunsuz duygulanımı kapsar. Davranış bozukluğu ise sosyal içe çekilme veya tuhaf davranışlarla kendini gösterebilir. Şizofreniye özgü belirtilerden sanrı ve varsanılar gibi belirtiler pozitif belirtiler kümesini; aloji, duygusal küntleşme, sosyal içe çekilme, dikkatte, ilgi ve istekte azalma ise negatif belirtileri oluşturur. Hastalık, prodrom evresi, aktif evre ve rezidüel evreden oluşan bir gidiş izler (Kelly J. ve ark., 2001). Şizofreni düşünce, algı, duygu ve davranış bozukluklarına yol açtığı için hasta ve hasta yakınlarının yaşam kalitelerini azaltmakta; hasta, ailesi ve toplum için sosyal ve ekonomik yük oluşturmaktadır. Genel popülasyonda yaşam boyu şizofreni geliştirme riski yaklaşık olarak %1'dir. Şizofreni yaklaşımlarında, özellikle de tedavisinde değişimler olmaya başlamıştır (Ceylan M., ve ark., 2009) Antipsikotik ilaçlarla psikofarmakolojik tedavi hâlâ birincil tedavi yaklaşımıdır. Ancak, önceden şizofreniye yönelik psikoterapiye karşı görülen derin çekince bugün giderek daha fazla sorgulanmaktadır. Antipsikotiklere az yanıt veren veya hiç yanıt vermeyen, ya da yan etkiler veya iç görü eksikliği nedeniyle tedaviyi bırakan hastaların sayısının yüksekliği göz önüne alınarak, tamamlayıcı psikoterapötik ve bilişsel tedavi stratejileri üstüne yapılan araştırmalar önem kazanmaktadır (Byerly, Nakonezny, & Lescouflair, 2007; Elkis, 2007; Voruganti, Baker, & Awad, 2008). Özellikle bilişsel-davranışsal tedavinin, psikofarmakolojiye faydalı bir tamamlayıcı yaklaşım olduğu kanıtlanmıştır (Wykes ve ark., 2008). Mevcut Üst biliş Eğitim Programı, şizofreninin bilişsel-davranışsal modelinin teorik temellerine dayanmaktadır, fakat farklı bir tedavi yaklaşımı kullanmaktadır. Üst biliş Eğitim Programının (ÜEP) ana amacı, hezeyan ve hezeyanlı düşüncelerin "bilişsel altyapısını" değiştirmektir. ÜEP, şizofrenide yaygın bilişsel hataları ve problem çözme önyargılarını hedef alan sekiz temel modülden oluşur. Ortak içerik ve modüllerden oluşturulmuş şizofreni hastaları için hazırlanmış Üst biliş Eğitim Programı seansları şu şekilde belirlenmiştir: Hezeyanların geliştirilmesi ve korunmasına katkıda bulunan

potansiyel bilişsel unsurlar; yükleme bozuklukları (modül 1), anlamadan hüküm verme yanlılığı (modül 2 ve 7), boşa çıkaran kanıta karşı önyargı (modül 3), empati duyma yeteneğinde eksikler (modül 4 ve 6), bellek hatalarında aşırı güven (modül 5) ve depresif bilişsel örüntülerdir (modül 8).

Bilişsel hataları ve problem çözme önyargıları, kendi başlarına veya sinerji içerisinde, hezeyanlar noktasına varan yanlış inanışların oluşmasına yol açar (Freeman, 2007; Garety & Freeman, 2013; Moritz & Woodward, 2007; Moritz, Vitzthum, Randjbar, Veckenstedt, & Woodward, 2010). Seansların amacı, katılımcıların bu bozulmalarla ilgili farkındalığını artırmak ve mevcut problem çözme becerisi repertuarlarını eleştirel bir gözle düşünmek, tamamlamak veya değiştirmek konusunda katılımcıları teşvik etmektir (Klosterkötter ve ark., 1992). Üst biliş yetkinliğinin artırılması, profilaktik olarak bir psikotik çöküntünün engellenmesinde etkili olabilir. Her seans sonunda katılımcılara verilen ev ödevinin amacı, seansta edinilen bilgilerin gündelik yaşama transfer edilmesine yardımcı olmaktır.

Üst biliş Eğitim Programları seanslarının modül içerikleri ile ilgili birçok çalışma mevcuttur (Freeman, 2007; Garety & Freeman, 2013; Savulich, Shergill, & Yiend, 2012). Bu beyanların geçerliliğine dair iyi ampirik kanıtlar olmasına rağmen, bazıları bilimsel tartışmalara konu olmaya devam etmektedir (Moritz ve ark., 2014).

Yüz yüze uygulanan Üst biliş Eğitim Programlarının (ÜEP) yanı sıra uygulanan online Üst biliş Eğitim Programları (ÜEP) da bulunmaktadır. Eğitim içerik detayları yüz yüze ile aynıdır. Online uygulanan ÜEP'in süreleri 8 modül ile 12 modül arasında değişmektedir (Hutton ve ark.,2014). Bu modül sayılarındaki değişkenliklerin nedeni bazı programlarda kontrol seanslarının uzun tutulması ile ilgilidir. Online üst biliş eğitim çalışmalarında katılımcılarda anlamlı değişim sonuçları elde edilmiştir. Sağlıklı katılımcıların yanında psikoz hastaları ile de uygulanan online ÜEP olmakta ve hastalarda anlamlı değişim sonuçları elde edilmiştir. Sonuçlarda ÜEP'nin online uygulanabilirliği ortaya konmuştur (Hutton ve ark.,2014). Ancak online yapılan çalışmalarda öncesi ve sonrasında hastalar için detaylı bir değerlendirme bulunmamaktadır.

Son yıllarda yapılan araştırmalar, şizofreni hastalarının akıllı telefonları hastalığın belirtilerini izlemek, kendilerine yönelik teröpatik müdahalelerde bulunmak ve fiziksel egzersizleri arttırmak amaçlı kullandıklarını ortaya koymuştur. Ayrıca, bu cihazları kullanma konusunda istekli ve yetenekli oldukları da gösterilmiştir. Ek olarak, çalışmalar akıllı telefonların hastaların paranoyalarının artmasına ya da belirtilerinin alevlenmesine sebep olabilecek bir yan etkisinin olduğu bulgusuna rastlamamıştır (Firth ve Torous, 2015; Ainsworth ve ark., 2013).

2019 Aralık ayında Çin'in Wuhan kentinde başlayan Covid-19 süreci ile yüz yüze uygulanan tedavi yöntemleri sekteye uğramıştır. Covid-19 sürecinin getirisi olan karantina uygulamaları, sosyal mesafe ve hijyen kuralları hastaneye başvuran tüm hastalarda görüşme yetersizliğini ortaya çıkarmıştır. Bu durumun tedavi üzerinde olumsuz etkileri mevcuttur (Zhao ve ark.,2020). Dünyayı saran bu pandemi sürecinde yüz yüze tedavilerin yerine uygulanabilirlik doğrultusunda görüşmeler ve tedaviler online platforma geçiş yapmaya başlamıştır. Online yapılan uygulamaların bireyler arasındaki mesafe, hijyen kuralları ve hastalığın bulaşma riski göz önünde bulundurulduğunda oldukça işlevli bir yöntem olduğu belirlenmiştir (Que ve ark.,2020).

Bu çalışmanın amacı, şizofreni hastalarında uygulanacak online Üst biliş Eğitim Programının şizofrenideki pozitif, negatif belirtiler ve bilişsel işlevler üzerindeki etkisini araştırmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2. 1. Şizofreni Tanı

Şizofreni; sanrılar, halüsinasyonlar, dağınık konuşma ve/veya davranış ve zayıf bilişsel becerilerin de dahil olduğu bir dizi belirtiyle karakterize, karmaşık, kronik bir psikiyatrik bozukluktur (Patel ve ark., 2014). Günümüzde klinik uygulamada şizofreni tanısı sıklıkla DSM-V-TR ve SCID sınıflama sisteminde önerilen tanı kriterlerine göre konmaktadır (APA,2014). Bu tanı ölçütleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1 Şizofrenide DSM-V tanı ölçütleri:

A-Karakteristik Belirtiler: 1 aylık dönemin(başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre) önemli bir bölümünde aşağıdakilerden iki ya da daha çoğunun bulunması:

1- Hezeyanlar (Sanrılar)

2- Halüsinasyonlar (Varsanılar)

3- Dezorganize Konuşma (sıklıkla enkoherans veya konu dışı konuşmalar)

4- İleri derecede dezorganize ya da katatonik davranış

5- Negatif belirtiler, duygusal küntlük, aloji ya da avolisyon (düşünce içeriğinin yoksullaşması veya istem yokluğu)

Not: Hezeyanlar bizar ise ya da halüsinasyonlar kişinin davranışları veya düşünceleri üzerine hakkında yorum yapmakta olan seslerden ya da iki ya da daha fazla sesin birbiriyle konuşmasından oluşuyorsa A tanı ölçütlerinden sadece bir belirtinin bulunması yeterlidir.

B-Toplumsal/Mesleksel İşlev Bozukluğu: Mesleki, kişiler arası ilişkiler yada kendine bakım gibi önemli işlevsellik alanlarından birinde ya da daha fazlasında, işlevselliğin, hastalık öncesi döneme göre belirgin olarak bozulması

C-Süre: Bu bozukluğun devam ettiğini gösteren belirtiler en az 6 ay süreyle bulunmaktadır. Bu 6 aylık sürenin en az 1 aylık döneminde A tanı ölçütünü karşılayan belirtiler bulunmalıdır. Süre aktif dönemi (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre) içermelidir.

D-Şizoaffektif Bozukluk ve Duygudurum Bozukluğunun Dışlanması: Şizoaffektif bozukluk ve psikotik bulgulu duygudurum bozukluğu dışlanmıştır. Bunun nedeni, aktif evre ile birlikte depresif, manik veya karma bir dönem ortaya çıkmaması ve aktif evre sırasında duygudurum belirtileri de olmuşsa bunların toplam süresi aktif ve rezidüel dönemlerin süresine göre daha kısa sürmesinden dolayıdır.

E-Madde Kullanımın ve Genel Tıbbi Durumun Dışlanması: Bu bozukluk bir maddenin doğrudan fizyolojik etkilerine (örneğin kötüye kullanılabilen bir ilaca, tedavide kullanılan bir ilaca) ya da genel tıbbi duruma bağlı olarak ortaya çıkmamıştır.

F-Bir yaygın gelişimsel bozuklukla ilişkisi: Otistik bozukluk ya da diğer bir yaygın gelişimsel bozukluk öyküsü varsa, ancak en az bir ay süreyle belirgin sanrı ya da varsanılar varsa şizofreni ek tanısı konulabilir.

2. 2. Şizofrenide Tarihçe

Şizofreni kavramının tarihsel gelişimi değerlendirildiğinde, eski çağ Sanskrit yazılarında ve Hipokrat okuluna bağlı eski Yunan hekimlerinin yazılarında şizofrenik türde belirti gösteren psikiyatrik hastalıkların tanımlandığı bildirilmektedir. Morel "Dementia Praecox" (erken bunama) deyimini ilk olarak 1760'da kullanmıştır. Hecker 1771'de ''hebefreni''yi ve Kahlbaum 1774'de "katatoni"yi tanımladıktan sonra, tanınmış Alman ruh hekimi Kraepelin 1796'da bu iki hastalık tipine paranoid ve basit tipleri de ekleyerek, tümünü "Dementia Praecox" tanısı altında toplamıştır. Bu terime göre hastalığın erken başlaması ve bunama olması gerekiyordu. 1911'de yayınladığı "Dementia Praecox veya Şizofreniler Grubu" adlı kitabı ile yeni bir çığır açmış olan İsviçre'li Eugen Bleuler, Kraepelin'in sandığı gibi hastalığın erken yaşlarda başlamasının ve bunama ile sonuçlanmasının zorunlu olmadığını göstermiştir. Bu hastalıkta kişinin ruhsal hayatındaki yarılmaya (schisme) önem vererek "schizofrenia" yani zihin bölünmesi, yarılması adını önermiş ve zamanla bu terim kabul görmüştür. Artık günümüzde Dementia Praecox (Erken Bunama) terimi kullanılmamaktadır (Csernansky ve ark., 2004). Bleuler, şizofreni semptomlarını temel (birincil) ve tali (ikincil) olarak ayırmıştır. En önemli temel belirtinin, çağrışım (assosiasyon) bozukluğu şeklindeki düşünce bozukluğu olduğunu ileri sürmüştür. Diğer temel belirtileri affektif bozukluklar, otizm ve ambivalans olarak saymıştır. Bleuler'in "4A belirtisi" assosiasyon, affekt, otizm (autism) ve ambivalansı kapsıyordu. İkincil belirtiler arasında halüsinasyon ve hezeyanlar vardı. Kişilerarası "kişiler arası ilişkiler" psiko-analitik okulunun kurucusu olan Harry Stack Sullivan, toplumsal yalıtımın şizofreninin hem bir nedeni hem de bir belirtisi olduğu üzerinde durmuştur. Gabriel Langfeldt bu bozukluğu, gerçek şizofreni ve şizofreniform psikoz olarak ikiye ayırmıştır. Gerçek şizofreni tanısını, sinsi bir başlangıç, otizm, duygusal küntlük, depersonalizasyon, derealizasyon belirti ve bulgularına dayandırmıştır. Langfeldt'den sonra araştırmacılar gerçek şizofreniyi "çekirdek şizofreni", "süreç (process) şizofreni'' ya da "remisyona girmeyen şizofreni" olarak da adlandırmaktadır (Selemon LD. ve ark., 2004).

2. 3. Şizofrenide Epidemiyoloji

Şizofreni toplumlarda sık görülen ruh sağlığı bozukluklarından biridir. Toplumun yaklaşık %1'ini etkileyen ve bireyi yaşamında birçok alanda kısıtlayan psikiyatrik bir hastalık olarak kabul edilir (Pontillo ve ark., 2017). Yıllık sıklığının (insidans) Avrupa'da 1000 kişide 0.1-0.5 olduğu, şizofreni gelişmesi için yaşam boyu prevelansının 1000 kişide 7-9 arasında olduğu, nokta prevelansın 1000 kişide 2.5-5.3 arasında olduğu bilinmektedir (Köroğlu, 2004). Dolayısı ile sıklığı %0.4 – 0.7 arasında değişmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2008). Yıllık yaygınlığı ise yaklaşık olarak 1000 kişide 0.20' dir (Messias, Chen, ve Eaton, 2007). Erkeklerde kadınlarla karşılaştırıldığında daha sık görülmektedir. Erkeklerde başlangıç yaşı 15-25 kadınlarda ise 25-35 yaşları arasındadır (Köroğlu, 2004). Kadınlarda erkeklere göre daha iyi bir prognoz gösterir (Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan bireylerde daha yüksek olduğu bildirilen prevalansın evlilerde, bekarlardan daha düşük olduğu ileri sürülmektedir. Göç, viral enfeksiyonlar, doğum mevsimi, stres verici yaşam olayları da risk etkenleri arasında sayılmaktadır. Şizofreni gelişme olasılığının, kış ve baharın erken dönemlerinde doğanlarda daha fazladır. Şizofreni oluşumuyla ilgili viral hipotezler yavaş virüsleri, retrovirüsleri ve viral yolla aktive olan otoimmün reaksiyonları içerir. Bazı çalışmalar hamileliğin ikinci üç ayı sırasında influenza ile karşılaşılmasından sonra (sıklıkla kış mevsiminde ortaya çıkar) şizofreni sıklığında artış olduğunu göstermiştir (Boyd JH. ve ark., 1986).

Ölüm oranı şizofreni hastalarında genel nüfusa göre iki kat yüksektir. Şizofreni hastalarında en önemli ölüm nedenleri intihar, kazalar ve diğer hastalıklardır. Bazı çalışmalar şizofreni tanılı hastalarının % 80'ninden fazlasında aynı zamanda bir tıbbi hastalık olduğunu, bunların yarısından fazlasına ise tanı konamadığını bulmuştur (Harris EC. ve ark., 1998).

2. 4. Etiyoloji

Şizofreni tek bir hastalık olarak tartışılmış olsa da tanı kategorisi olasılıkla heterojen etiyolojili benzer davranış belirtileri gösteren bir bozukluklar grubunu içerir. Birbiri ile pek az ortak yanı bulunan iki klinik tablo şizofreni adını alabilir. Şizofreni hastaları farklı klinik görünümler, tedavi yanıtları ve hastalık gidişi gösterirler.

Şizofreninin etyolojisini açıklamak için genetik faktörler, prenatal faktörler, stres-yatkınlık modeli, nörobiyolojik teoriler, nörogelişimsel teoriler, nörodejeneratif teoriler, nörotransmitter teorileri ve genetik etkenler üzerine birçok varsayım oluşturulmuştur. Genetik çalışmalar

şizofreni riskinin artmasını yaklaşık yedi yüz kadar aday geni kapsayan geniş bir gen dizgesiyle ilişkilendirmiştir (Farrell ve ark., 2015).

2. 5. Şizofrenide Tedaviye Yanıt

1950'li yıllarda klorpromazinin keşfiyle birlikte şizofreni tedavisinde yeni bir dönem başlamıştır. Aradan geçen yaklaşık 60 yılda hastalığın tedavisine yönelik birçok ilaç geliştirilmiş, halen de geliştirilmeye devam edilmektedir. 2010 Dünya Sağlık Örgütü (WHO) verilerine göre dünya genelinde yaklaşık 24 milyon insan şizofreni hastasıdır. Şizofreni tanılı hastaların bir kısmı uygulanan antipsikotik tedaviye dramatik yanıt verirken hastaların yaklaşık %70 kadarı istenen yanıt düzeyine ulaşamamaktadır (Stauffer V., ve ark., 2011). Şizofreni tedavisinde antipsikotikler yarım yüzyılı aşkın bir süredir kullanılmasına rağmen genel olarak dopamin üzerinden etki gösterdikleri tanımlanmış fakat etki mekanizmaları ve etki gösterme süreleri hala kesin olarak bilinmemektedir (Jager M., ve ark.,2010). Günlük pratikte kullanılan tedavi rehberleri ve tedavi algoritmaları şizofreni tedavisinde antipsikotiklere verilen yanıtın değerlendirilmesi için farklı süreler önermektedirler. (Correl ve ark., 2003). Antipsikotiklerle yapılan ilk klinik çalışmalarda hastalarda gözlenen yanıt derecesi; "düzelme var", "düzelme yok" veya "hala hasta" ya da "artık hasta değil" şeklindeydi. Bir süre sonra hastalığın psikopatolojisini değerlendirebilen nesnel ölçekler geliştirilmesi gerektiği anlaşıldı. Şizofreni için en çok kullanılan ölçekler, ilk dönemler için BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale- Kısa Psikiyatrik değerlendirme Ölçeği) ve son yıllarda onun yerini alan PANSS'tır (Positive and Negative Syndrome Scale – Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği) (Leucht S., ve ark., 2009). Antipsikotik ilaçların pozitif belirtiler üzerinde etkinlikleri iyi bilinmekle birlikte, özellikle negatif ve bilişsel belirtiler gibi geri planda kalan fakat hastaların genel işlevselliği üzerinde oldukça belirleyici olan alanlarda etkinlikleri halen tartışmalıdır (Möller H-J. ve ark.,2009). Antipsikotik ilaç yan etkileri de hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte ve tedavi uyumunu bozmaktadır. Bu nedenlerle güncel şizofreni tedavisi antipsikotik ilaç tedavisine ek olarak psikoterapötik yaklaşımları da içermektedir. Psikoterapötik yaklaşımları ise genel olarak bireysel (destekleyici, sosyal beceri terapileri, vb.), grup ve bilişsel-davranışçı olarak ayırabiliriz (Patel KR. ve ark., 2014). Şizofrenide tedaviye yanıt, sonuç olarak hastanın belirtisi olsun ya da olmasın, uygulanan tedavi sonucunda psikopatolojide belirlenen derecede gerileme olmasıdır. Günümüzde başlangıç puanına göre tedavi başlangıcından 4 ila 8 hafta sonrasında PANSS veya BPRS'de %20 gerileme olması tedaviye yanıt olarak değerlendirilmektedir. Bu gerilemenin 1. hafta sonunda %10'dan büyük olması çok erken yanıt, 2. hafta sonunda %20'den büyük olması ise erken yanıt olarak değerlendirilir. Tedavi yanıtının tanımını yapmak, tedavi

hedefini belirlemede yardımcı olacağı gibi tedaviye devam edilen süreçte belirtilerde iyileşme için de yol gösterici olacaktır (Leucht S. ve ark., 2014).

2. 6. Şizofreni Belirtilerinin Düzelmesi (Remisyon)

Şizofrenide Remisyon Çalışma Grubu 2005 yılında Şizofreni belirtilerinin düzelmesi ölçütlerini belirlemiştir. Remisyonu değerlendirmede PANSS içerisinde yer alan 8 tanısal belirti seçilmiştir: Sanrılar (P1), Düşünce dağınıklığı (P2), Varsanılı davranış (P3), Duygulanımda küntleşme (N1), Sosyal geri çekilme (N4), Spontanlıkta azalma (N6), Postür ve kişiye özgü hareketler (G5), Olağandışı düşünce içeriği (G9). Bu 8 PANSS maddesinin her biri için 3 veya daha düşük puan alınması gereklidir. Bu durumun 6 ay boyunca sürmesi ve bu dönemde hastane yatışının olmaması da gerekmektedir (Andreasan N. C. ve ark., 2005). Ruh sağlığı servislerine göre iyileşme; belirtilerin ortadan kalkması, hastaneye olan ihtiyacın azalması ve hastaneye yatış oranının düşmesi olarak tanımlanır. Klinik çalışmalarda kabul gören iyileşme ise; belirtilerde anlamlı derecede düzelme ya da var olan bozukluğun normal aralıklara yakın olması olarak tanımlanır. Esas olarak günümüzde iyileşme, hastada var olan belirtilerin anlamlı oranda düzelmesi yanında hastanın sosyal işlevselliğinde de belirgin düzelme görülmesi olarak tanımlanır (Bobes J., ve ark., 2009).

2.7. Üst Biliş ve Üst Biliş Eğitim Programı

Üst biliş, insanların yaşam akışı içinde kendilerine ve kendilerine sunulan başkaları hakkında bir algıya sahip olmalarını sağlayan bir dizi süreci ifade eder. Kişinin kendi zihnini ve diğerlerinin zihnini anlama ve bu bilgiyi yaşamın zorluklarının üstesinden gelmek ve diğerlerinin kendisinden ayrı güdüleri olduğunu anlamak için kullanma ile ilgili zihinsel faaliyetleri bilişsel temelli psikoterapiyi içeren birleştirilmiş bir yapıdır (Semerari, 1999; Semerari ve ark., 2003).

Üst biliş, son 30-40 yılda psikolojinin birçok farklı alanı tarafından çalışmanın odak noktası olmuştur. Eğitim, biliş, gelişim, bağlanma ve psikopatoloji araştırmalarında kilit bir değişken olmuştur (Bacon ve ark., 2001). Yapılan bir sistematik derleme ve meta-analizde, Üst biliş Eğitimin depresyon ve anksiyete bozukluklarının tedavisinde oldukça etkili olduğu saptanmıştır. Büyük grup içi etki büyüklükleri tedavi öncesinden tedavi sonrasına kadar 16 çalışmanın tamamında bulunmuş ve tedavi kazanımları devam eden takip çalışmalarında da korunmuştur (Norman ve ark., 2014). Üst bilişsel işlevle ilgili zorlukların, kişilerin kendi kişisel psikososyal zorluklarını anlamlandırma ve daha sonra bu zorlukları nasıl yöneteceklerine ve kendi iyileşmelerini nasıl yönlendireceklerine karar verme yeteneklerini engellediği için, sağlık

üzerinde muhtemelen daha geniş zararlı etkileri vardır (Lysaker, 2018). ÜEP, kişilerin dünya hakkındaki düşüncelerinin ve inançlarının geçerliliğine meydan okumak yerine, bir kişiyi endişe kontrolüne ilişkin bağımsız bir farkındalık geliştirmeye teşvik eder (Baker ve ark., 1998). Farkındalık geliştirme sayesinde ÜEP'nin bireylerin günlük yaşantıda düşünceleri ile ilgili yaşadıkları problemlerde azalmaya yol açtığı düşünülmektedir (Wells, 2008). Erken pilot denemeler ve vaka çalışmaları, ÜEP'nin OKB (Fisher ve Wells, 2008), Travma Sonrası Stres Bozukluğu (Wells ve diğerleri, 2008), Yaygın Anksiyete Bozukluğu (Wells ve King, 2006) tedaviye dirençli depresyon için umut verici bir tedavi olduğunu göstermektedir. (Wells ve ark., 2009) Psikozda ise, endişeyi azaltmaya ve üstbilişlere meydan okumaya odaklanan 4 seanslık ÜEP destekli bir müdahalenin, perseküsyon sanrılarını azaltmada her zamanki ilaç tedavisinin yanında etkili olduğu bulunmuştur (Foster, Startup, Potts ve Freeman, 2010).

2.7.1 Şizofrenide Üst Biliş Eğitim Programı

Psikoterapi, şizofreni tanılı bireylerin iyileşme yolculuğunda giderek daha önemli olarak kabul edilmektedir. İyileşme perspektifi, insanların ses duyma veya olağandışı inançlara sahip olma devam ederken anlamlı bir hayat yaşayabileceklerini ve yaşam hedeflerine ulaşabileceklerini kabul eder (Bellack ve ark., 2006). Psikotik bozukluklar için Bilişsel Davranışçı Terapi (BDTp) uygulamaları 1980'li yıllarda yaygınlaşmaya başlamıştır. Bu tarihten önce şizofreni sadece tıbbi bir hastalık olarak ele alınmakta ve psikolojik etmenler yok sayılmaktadır (Brockman ve ark., 2015). 'Zorlanma-yatkınlık' modelinin ortaya çıkması ile şizofreninin sadece biyolojik kökenli bir rahatsızlık olmadığı, biyolojik etmenler ile psikososyal etmenlerin etkileşimi ile ortaya çıktığı öne sürülmüştür (Zuhin ve ark., 1977). 'Zorlanma-yatkınlık' modelini takip eden süreçte 'psikotik sendrom' yerine 'psikotik belirtiler' e odaklanma benimsenmiş (Bentall ve ark., 1993) ve BDT modelleri oluşturulmuştur (Garety ve ark., 2001). Son yıllarda şizofrenide bilişsel yanlılıklarla ilgili çalışmalarda belirgin bir artış olmuştur. Biliş ve bilişsel önyargıların karmaşık etkileşimlerini ve stres ve anormal deneyimler gibi faktörleri bir araya getirme girişiminde, karmaşık ve test edilebilir psikoz oluşumu modelleri önerilmiştir (Moritz ve ark., 2010). Üst biliş, yaşam boyu devam eden kendini yansıtma, adaptasyon ve başkalarıyla iş birliğini destekleyen temel bir süreçtir. Üst bilişsel yeteneklerin veya kapasitelerin kişiler arasında farklılık gösterdiğinin farkına varılması, sanrılı inançların mantıksızlığının farkında olmama gibi şizofreni spektrum bozukluklarının belirli özelliklerini açıklama imkanı sunmuştur (Moritz ve ark., 2014). Alt bilişsel işlevselliğin şizofreni teşhisi konan kişilerde daha şiddetli olumsuz belirtiler, sosyal geri çekilme ve azalan mesleki işlevsellik ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Kukla, Whitesel ve Lysaker, 2016; Lysaker

ve diğerleri, 2010; McLeod, Gumley ve Schwannauer, 2014). Üst bilişteki gelişmeler, iyileşme, anlatı tutarlılığı ve karmaşıklık ile ilişkilendirilmiştir (Bargenquast ve Schweitzer, 2014; Lysaker, Buck ve Ringer, 2007). Bu itibarla, üstbiliş, bu popülasyon için psikoterapinin önemli bir hedefi olarak tanımlanmıştır (Lysaker ve Buck, 2010; Semerari, 1999).

2.7.2. Şizofrenide Üst Biliş Eğitim Programı ve İyileşme

Üst biliş odaklı terapilerin şizofreni tanılı bireylerde iyileşme desteğine sahip olduğuna dair ilk kanıtlar olsa da terapötik kazanımların ardından zaman içinde bu iyileşme potansiyelinin korunup korunmadığını değerlendirmek için uzun vadeli takip çalışmaları yapılmamıştır. Şizofreni teşhisi konan kişiler için bireysel terapinin uzun vadeli (12 ay veya daha fazla) takip çalışmaları, yalnızca iki yönelimden tanımlanmıştır – bilişsel davranışçı terapi (BDT) ve psikodinamik terapi. Psikodinamik terapide 3 yıllık (Alanen, Rakkolainen, Rasimus, Laakso ve Kaljonen, 1985) ve 10 yıllık, BDT için ise ve 12 aylık takip sonucu pozitif ve negatif belirtilerde azalmaların sürdürüldüğü gösterilmiştir (Tarrier ve ark., 1999). Psikodinamik terapilerde 24 aylık takipte negatif belirtilerde azalmanın devam ettiği, BDT için 24 aydan daha uzun takiplerde gösterilmiştir, ancak pozitif semptomlar için böyle bir devamlılık söz konusu değildir (Durham ve diğerleri, 2005; Turkington ve diğerleri, 2008). Tespit edilen çalışmaların hiçbiri iyileşmeyi bir sonuç ölçütü olarak kullanmamıştır; bu, şizofreni tanılı birçok kişi için öznel iyileşmenin önemi göz önüne alındığında, araştırmanın önemli bir sınırlılığıdır. Üst biliş Eğitim Programının, deneyimlerini anlamlandırmalarına, kişilerarası zorlukları çözmelerine ve zorluklarla daha iyi başa çıkmak için psikolojik bilgileri kullanmayı öğrenmelerine yardımcı olarak iyileşmeye katkıda bulunduğu gösterilmiştir ve bunların tümü üst bilişsel beceriler tarafından desteklenmektedir (Dickerson ve Lehman, 2011; Hillis ve diğerleri, 2015; Lysaker ve Buck, 2010). Şizofreni hastaları için üst biliş eğitimi (ÜEP), şizofreninin patogenezinde varsayılan olarak yer alan bilişsel önyargıları (örn. sonuçlara atlama, hatalara aşırı güvenme) hedefleyen yeni bir psikolojik grup tedavisidir. Sekiz modülü birçok dilde çevrimiçi olarak ücretsiz olarak mevcuttur. Üst biliş eğitimin amacı, hastaların bu bilişsel önyargılar konusundaki farkındalığını keskinleştirmek ve bu bilgiyi günlük hayata uygulama için aktarmaktır. Ön veriler, Üst biliş eğitimin bağımsız bir program olarak faydasını desteklemektedir, ancak bu etkilerin uzun vadeli bakımı (örneğin, daha fazla uyum ve klinik fayda) henüz belirlenmemiştir. Şizofrenide bilişsel müdahalenin olumlu etkilerine ilişkin uygulanabilirlik ve artan kanıtlar ve nöroleptik ilaç tedavisi altında yüksek relaps ve uyumsuzluk oranları göz önüne alındığında, bilişsel teknikler şizofreni için standart tedavi programlarına giderek daha fazla dahil edilmektedir (Candida M. Ve ark., 2016).

2.7.3. Şizofrenide Online Üst biliş Eğitim Programı

Teknoloji ve interneti modern sağlık hizmetlerinin faydasına dönüştüren bir diğer alan mobil sağlıktır. Kişi kullanıcıdır ve kendisi için özelleştirilmiş cihazlar kullanarak iletişim ağında bilgi edinme, sağlık kayıtlarına erişebilme, tıbbi uygulamalar kullanma, mobil cihazlara sahip olma (telefon, tablet, bilgisayar) rollerini taşırken; web servisleri ise uzaktan izleme servisleri, sağlık çalışanının kullanıcı ara yüzü olması ve acil müdahale rollerini üstlenmektedir (Silva ve ark., 2015). İnternet kullanıcısı olan şizofreni, depresyon, nevroz, stres ilişkili bozukluklar ve somatik bozukluk tanılı psikiyatri hastalarının ruh sağlığı profesyonelleri ve servislerini çevrimiçi arama oranlarında anlamlı bir farklılık görülmüştür (Kalckreuth, Trefflich ve Rummel-Kluge, 2014). İnternet kullanımına bağlı oluşan e- sağlık psikiyatri alanında da yaygın kullanım alanına sahiptir ve e-sağlığın psikiyatride kullanılan bu alt dalına e-psikiyatri adı verilmiştir. İnternetin kullanılmaya başlanmasının ardından e-psikiyatri çevrimiçi (online) sistemin ilk ortaya çıktığı dönemlerde, hastaların e-posta aracılığı ile uzmanlarına erişimlerini sağlama ihtiyacından doğarak ortaya çıkmış bir terimdir (Seeman ve Seeman, 1999). Bu etkiletişimle birlikte uygulanan online müdahale programların hastalar üzerinde olumlu ve tedavi noktasında etkili sonuçlar ortaya konmuştur (Gay, 2016). Üst biliş programlarının etkinliğinin yanında online uygulanan ÜEP kişilerin endişe düzeyinde ve olumsuz inançlar üzerinde etkili olmuştur (Wahlund, 2021).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3. 1. Araştırmanın Tipi

Çalışma, şizofrenide online üst biliş eğitimin hastalık belirtileri üzerine etkisini amaçlayan bir olgu-kontrol çalışmasıdır.

3. 2. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Planı

Çalışma, Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğinde yürütüldü. Çalışmaya Ocak 2021-Eylül 2021 tarihleri arasında hasta alımı yapıldı.

Tablo 2: Araştırma Planı

Temmuz – Ekim 2020	Literatür Taraması
	Tez Önerisi Hazırlanması
Ekim – Aralık 2020	Tez Önerisinin Kabul Edilmesi
	Etik Kurul Onayı
Ocak 2021	Ön Deneme Uygulaması
Ocak – Eylül 2021	Ölçeklerin Uygulanması
	Verilerin Toplanması
Eylül – Kasım 2021	Verilerin Analizi
	Tez Yazım Aşaması
Kasım – Aralık 2021	Raporun Tamamlanması
	Tez Sunumu

3. 3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi/Çalışma Grupları

Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar Polikliniği'ne başvuran DSM-V tanı ölçütlerine göre şizofreni tanısı almış çalışma örneklemini oluşturması planlanan 48 hasta muayene olmak için hastaneye geldikleri gün görüşmeye alınmıştır. COVID-19 pandemisi nedeniyle 4'ü (% 8,3) çalışmaya katılmayı kabul etmemiştir. 1 (% 2,1) hasta çalışmaya alındıktan sonra COVID-19 pozitif tanısı aldığı için devam edememiştir. 4 hasta (%8,3) mental retardasyon eş tanısı olması, 2 (%4,2) hasta 60 yaşın üstünde olması nedeniyle dahil edilme kriterlerine uygun olmadıkları ve 8 (%16,7) hasta görüşme ve testlere koopere olmakta zorlandıkları için çalışmadan dışlanmıştır. Sonuç olarak, hedeflenen örneklemin %50'si olan 24 hasta çalışmaya dahil edilmiştir.

Psikoz Polikliniğine başvuran dahil olma kriterlerine uygun hastalara bilgilendirme yapıldı ve ön testleri yapıldı. Örneklemin oluşturulması aşamasından analizlerin tamamlanmasına kadar olan tüm adımlarda araştırmacılara hangi hastanın hangi grupta olduğu bildirilmedi. Bu açıdan çalışmaya alınan kişileri değerlendirecek olan araştırmacılar çalışma kişilerine kör olmuş oldu.

Hastalar ön testlerinin ardından haftada 1 gün olmak üzere 8 haftalık süre boyunca 8 kez online görüşmelere katıldı. Müdahale grubu Üst biliş Eğitimi almış olmakla birlikte, kontrol grubuna yapılandırılmış klinik görüşme uygulandı.

Çalışmada kullanılan örneklem sayısını belirlemek amacıyla, PubMed tabanından benzer çalışmalar tarandı. Örneklem sayısı, literatürde psikotik bozukluklar ve üst biliş eğitim programını değerlendirmiş araştırmalar taranarak, PANSS ölçeklerinin mean ve standart sapma değerleri göz önünde bulundurulup hesaplandı (Hutton ve ark., 2014)

G*Power 3.1 (Gpower, Heinrich-Heine Üniversitesi, Düseldorf, Almanya; Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) programı kullanılarak etki büyüklüğü 0.68833985, alfa hata 0.05 olarak hesaplandı. Yapılacak çalışmada %25 hasta kaybı düşünülerek 24 hasta, 24 kontrol-hasta olmak üzere 48 hasta alınması planlandı. Örneklem büyüklüğünde planlanan sayıya pandemi koşulları nedeniyle ulaşılamadı, çalışmaya 12 hasta, 12 kontrol-hasta olmak üzere 24 katılımcı alındı.

Dahil Olma Kriterleri

1. DSM-V tanı ölçütlerine göre şizofreni tanısı almış olmak,
2. Son 12 haftada stabil dozda aynı antipsikotik ilacı kullanıyor olmak
3. 18-60 yaşları arasında olmak,
4. Okuryazar olmak
5. Son 6 ayda EKT tedavisi almamış olmak

Dışlama Kriterleri

1. Mental retardasyon olması,
2. Suisid riski olması,
3. Eksitasyon veya saldırganlık riskinin olması,
4. Klinik olarak işlevselliğini etkileyen ciddi bedensel veya nörolojik hastalık tanısı almış olmak,
5. Alkol veya madde bağımlısı olmak,
6. Kafa travması öyküsü olması,
7. Son 6 ay içinde Elektro Konvülsif Tedavi almış olmak

Hastaların tedavi yanıtının değerlendirilmesi:

Tedavi başlangıcından itibaren PANSS 8. hafta sonunda %20 ve üzeri düşme gözlenmesi tedavi yanıtı olarak değerlendirildi.

Hastalarda üst biliş eğitim sonrası değerlendirilmesi:

Bilindiği gibi PANSS, 3 alt değerlendirme bölümünden oluşur. Bunlar; pozitif belirtiler, negatif belirtiler ve genel psikopatoloji altında toplanmıştır. PANSS üzerine yapılan faktör analizi çalışmalarıyla yapılan daraltmalarla 3 veya 5 boyut elde edilmiştir. Bunlar; pozitif, negatif ve genel psikopatoloji veya dezorganizasyon şeklinde 3 boyut ya da; pozitif, negatif ve genel psikopatoloji veya dezorganizasyon, anksiyete/depresyon, eksitasyon/düşmanca tutum şeklinde 5 boyutta değerlendirilir.

3. 4. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkeni online üst biliş eğitim programına verilen yanıt, bağımlı değişkeni ise hastalık belirti şiddeti ve bilişsel işlev düzeyleridir.

3. 5. Veri Toplama Araçları

1.Veri Kayıt Formu: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar Polikliniği bilgi formu kullanılarak şizofreni hastalarının yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu gibi sosyodemografik özellikleri ile ilgili veriler toplanacaktır.

2.Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS): Şizofrenide pozitif ve negatif belirtiler ile genel psikopatolojiyi değerlendirmek için Kay ve arkadaşları (1987) tarafından geliştirilmiştir. Toplam 30 madde ve üç alt ölçekten oluşmaktadır. Her bir madde belirtinin ağırlığına göre 1 (yok) - 7 (çok ağır) arasında değişen bir şiddet değerlendirmesi içermektedir. Kostakoğlu ve arkadaşları (1999) tarafından Türk örneklemine uyarlanmıştır. İç tutarlılığı incelendiğinde Cronbach alpha katsayıları orijinal çalışmadakine benzerdir (sırasıyla .75, .77 ve .71). Görüşmeciler arası güvenilirlik korelasyon katsayıları sırasıyla alt ölçekler için .97, .96 ve .91'dir.

PANSS Pozitif Belirtiler Ölçeği: P1 Sanrılar, P2 Düşünce Dağınıklığı, P3 Varsanılar, P4 Taşkınlık, P5 Büyüklük Duyguları, P6 Şüphecilik ve Kötülük Görme, P7 Düşmanca Tutum;

PANSS Negatif Belirtiler Ölçeği: N1 Duygulanımda Küntleşme, N2 Duygusal İçe Çekilme, N3 İlişki Kurmada Güçlük, N4 Pasif Biçimde Kendini Toplumdan Çekme, N5 Soyut Düşünme Güçlüğü, N6 Konuşmanın Kendiliğinden ve Akıcılığının Kaybı, N7 Stereotipik Düşünme;

PANSS Genel Psikopatoloji Ölçeği: G1 Bedensel Kaygı, G2 Anksiyete, G3 Suçluluk Duyguları, G4 Gerginlik, G5 Manyerizm, G6 Depresyon, G7 Motor Yavaşlama, G8 İşbirliği Kuramama, G9 Olağandışı Düşünce İçeriği, G10 Yönelim Bozukluğu, G11 Dikkat Azalması, G12 Yargılama ve İçgörü Eksikliği, G13 İrade Bozukluğu, G14 Dürtü Kontrolsüzlüğü, G15 Zihinsel Aşırı Uğraş, G16 Aktif Biçimde Sosyal Kaçınma maddelerini içermektedir.

3.Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (CŞDÖ): Şizofreni hastalarını depresyon yönünden değerlendirme, depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçme amaçlı kullanılır. Dörtlü likert tipi ölçek ve 9 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe formunun geçerliliği ve güvenilirliği Aydemir ve arkadaşları (2000) tarafından yapılmıştır.

4.Coronovirus Anxiety Scale: Şizofreni hastalarının Koronavirüs Süreci Anksiyete Belirtileri ile ilgili değerlendirme başlıkları olan bir ölçektir. Amerika Birleşik Devletleri'nde ikamet eden yetişkinlerdeki bağımsız çalışmalar, CAS'ın sağlam faktöryel (tek-faktör; sosyodemografikler arasında değişmezlik) ve yapısal (kaygı, depresyon, intihar düşüncesi ve madde/alkolle başa çıkma ile korele) geçerliliği olan güvenilir bir ölçektir (> .90) (Sherman,2020).

5.Digit Span: Wechsler Yetişkin Zeka Testi'nin (WAIS) bir alt ölçeğidir (Wechsler, 1987). Genel entellektüel işlevi ölçmeyi hedefleyen bir testtir. Katılımcıdan, söylenen sayıları baştan sona ve daha sonra sondan başa doğru sıralaması istenir (Spreen and Strauss, 1998).

6.Kontrollü Kelime Çağrışım Testi: Bu test verilen bir harfle başlayan sözcüklerin öngörülen zaman içinde geri çağrılmasını değerlendirmektir. En sık F,A,S kelimeleri kullanılır, ülkemizde yapılan standardizasyon çalışmasında K,A,S kelimeleri kullanılmıştır (Umaç, 1997). Bu çalışmada toplam hatırlanan sözcük sayısı değerlendirilmeye alınmıştır.

7.Kategori Akıcılık Testi: Yürütücü işlevleri ve semantik belleği ölçen bir testtir. Katılımcıdan bir dakika süresince olabildiğince çok sayıda hayvan ismi söylemesi istenir (Spreen ve Strauss, 1998).

Online Üst biliş Eğitim Programı Modeli

Metakognisyon (üst biliş) bilişin bilişidir. Yani bilişsel işlevleri kapsayan üst bilişi tanımlamakta ve bilişlerin oluşmasını içermektedir. Mevcut Üst biliş Eğitim Programı, şizofreninin bilişsel-davranışsal modelinin teorik temellerine dayanmaktadır, Üst biliş Eğitim Programının ana amacı, hezeyan ve hezeyanlı düşüncelerin "bilişsel altyapısını" değiştirmektir., şizofrenide yaygın bilişsel hataları ve problem çözme önyargılarını hedef alan sekiz temel modülden oluşur. Bu hatalar ve önyargılar, kendi başlarına veya sinerji içerisinde, hezeyanlar noktasına varan yanlış inanışların oluşmasına yol açar (Freeman, 2007; Garety & Freeman, 2013; Moritz & Woodward, 2007; Moritz, Vitzthum, Randjbar, Veckenstedt, & Woodward, 2010). Seansların amacı, katılımcıların bu bozulmalarla ilgili farkındalığını artırmak ve mevcut problem çözme becerisi repertuarlarını eleştirel bir gözle düşünmek, tamamlamak veya değiştirmek konusunda katılımcıları teşvik etmektir.

Bu araştırmada katılımcılara çalışmanın kısa bir tanıtımı gönderildikten sonra, katılmayı kabul eden kişilere çalışmanın daha ayrıntılı olarak açıklandığı web sitesi bağlantısı gönderildi. Bilgilendirilmiş onamın tamamlanmasının ardından, potansiyel katılımcılar otomatik olarak birkaç anketten oluşan temel değerlendirmeye yönlendirildi. Temel değerlendirme sırasında kişiler aynı zamanda araştırmacı ile iletişim halinde oldu. Tüm anket ve ölçekler doldurulduktan sonra, katılımcılara Online Üst biliş Eğitim'in gerçekleştirileceği platformun detaylı bilgileri gönderildi ve çalışma koordinatörü deneme çalışması yaptı. Bu bilgilerle, Online Üst biliş Eğitime giriş yapabildiler. Her hafta yeni bir modül işlendi. Katılımcılar programa bir haftadan uzun süre katılmadıklarında, hatırlatmalar yapıldı. Katılımcılar araştırmacıya eğitim süresince soru sorabildi.Her modül psikoeğitimle başlıyordu ve "normalleştirme"ye odaklanıyordu.İkinci adımda, her bilişsel önyargının patolojik aşırı uçları vurgulandı. Katılımcılara, (normal) düşünsel önyargıların abartılmasının gündelik hayatta nasıl problemlere yol açtığı ve hatta bazen nasıl hezeyanlara varabileceği gösterildi. Bu, psikozlu kişilerin vaka örnekleriyle gösterildi ve grup katılımcılarının eğer isterlerse kendi deneyimlerini paylaşmasına imkân sağlandı. Bu yolla, hastalar "bilişsel tuzakları" saptamayı ve etkisizleştirmeyi öğrendi. İşlevsiz baş etme stratejilerine de (örn: kaçınma, düşünceyi bastırma) odaklanıldı ve bunların yerine daha faydalı stratejiler kullanma yöntemleri sunuldu.

Hezeyanların geliştirilmesi ve korunmasına katkıda bulunan potansiyel bilişsel unsurlar; sonuca atlama (modül 1), anlamadan hüküm verme yanlılığı (modül 2 ve 7), boşa çıkaran kanıta karşı önyargı (modül 3), empati duyma yeteneğinde eksikler (modül 4 ve 6), bellek hatalarında aşırı güven (modül 5) ve depresif bilişsel örüntülerdir (modül 8).

Üst biliş eğitim programı aşağıdaki materyallerden oluşur:

- PDF formatında 16 PowerPoint sunumu (her biri 8 modülden oluşan iki paralel seri)
- Online Internet Erişimi
- Durum Belirleyici Görseller
- Video klipler

Modüller tanıtılmadan önce, bazı temel önkoşullara değinmek gerekir:

Modüllerin sayısı ve seansların sıklığı:

Program, her biri sekiz modülü içeren iki paralel seriden oluşur (temel modülleri tamamlamak veya bunların yerine geçmek üzere damga ve özsaygıyla ilgili iki ek modül kullanılabilir). Haftada iki modülü içeren bir uygulama sıklığı önerilir (her seans için bir modül).

Seansların süresi

Her seans 40 ila 60 dakika sürmelidir.

ÜST BİLİŞ EĞİTİM PROGRAMI MODÜLLERİ

Modül 1: Sonuca Ulaşma

Hedeflenen etki alanı: Başarısızlık durumunda dışsal-kişisel yükleme yapma

Temel işlev: İlk etapta katılımcılar öncelikle işlevsiz yükleme biçimleri ve olası sosyal sonuçları ile karşılaştırılır. Modüldeki her senaryo için katılımcılardan daha objektif ve dengeli açıklamalar yapmaları istenir. İkinci bölümde ise, katılımcılar senaryoda kısaca tanımlanan olaylar için neden belirtmek zorundadırlar. Bu nedenler oluşturulurken durumsal ve kişisel etkenler dikkate alınmalıdır.

Modülün amacı: Katılımcıların 3 olası kaynağı (içsel, dışsal ve durumsal faktörler) göz önünde tutarak farklı durumlara yönelik açıklamalar üretebilmeleridir. Burada esas amaç katılımcıların kesin bir yargıya varmaları değildir. Bunun yerine işlevsel olmayan yükleme biçimlerini değiştirmeye yardımcı olacak farklı olasılıkların düşünülmesine teşvik edilir. Yükleme biçimlerindeki işlevsel olmayan alanların altı çizilir. Bu modülün esas amacı aynı olaya birden fazla etkenin yol açabileceğine işaret etmektir.

Modül 2: Hemen Sonuca Varma I

Hedeflenen etki alanı: Hemen sonuca varma hatası, düzeltilmezlik hatası

Temel işlev: Modülün başlangıcında hemen sonuca varma hatasından kaynaklanan olası sonuçlar örnekler ile tasvir edilir. Hemen sonuca varılan inanç hakkında ve bu inanca karşı olan fikirler akla yatkınlıkları açısından toplanılır, değiştirilir ve değerlendirilir. Şüpheli bulunan kanıtların hezeyanların oluşumunda benzerlik açısından iyi bir model olduğu vurgulanır. Bu aşamada yapılan egzersizlerde her defasında bir parçası eklenmek üzere sekiz aşamada nesne tamamlanıncaya kadar eklenir. Katılımcılardan resim tamamlanıncaya kadar olan süreçte belirttikleri fikirleri değerlendirmeleri istenir. Katılımcılardan fikirlerinden emin olduklarında kararlarını söylemeleri, yeterli delil topladıktan sonra karar vermeleri beklenir. Daha zor olan ikinci aşamada ise resim bulmacaları gösterilerek farklı bakış açıları ile baktıklarında en az iki farklı nesne/sahneyi görmeleri istenir. Katılımcılardan öncelikle ilk izlenimlerini belirtmeleri sonrasında alternatif olan resmi ifade etmeleri istenir.

Modülün amacı: İlk görev setinde katılımcıların hepsi kendi düşüncelerini belirtmek zorundalar. Belirtilen düşüncelerin tahtaya yazılması ve grubun bu fikri tartışması esastır. Ikinci bölümde ise her katılımcının farklı resimleri keşfetmesi beklenir. Bir hasta her iki resmi göremediğinde, başka bir katılımcı ipuçları ile işaret ederek farketmesine yardımcı olabilir.

Modül 3: İnançları Değiştirme

Hedeflenen etki alanı: Düzeltilmezlik hatası, hemen sonuca varma hatası

Temel işlev: Sunulan kategorik nesneler (çiçek, meyve türleri) aracılığı ile katılımcıların tüm nesneleri kapsayacak bir üst düzey kategoriyi (canlılar, yemekler) düşünmeleri istenir. Sunulan kategorik nesnelere ek olarak tek tek yeni nesneler sunulur ve tahmin edilen üst kategori ile uygunluğu tartışılır. Yeni sunulan nesneler üst kategori için çeldirici niteliğindedir. Bu sebeple çoğu kimse alternatif bir hipotez üretmek yerine kendi düşündüğü kategoriye odaklanarak cevap vermeyi sürdürür. Düzeltilmezlik hatası, kişilerin önceden mevcut görüş ve tutumlarıyla uyuşmayan bilgi kaynaklarını görmezden gelmeleri durumunda ortaya çıkan güçlü bir tepkidir. Bazı grup üyeleri egzersizlere doğru yanıtları verseler bile tüm grubun önerileri ile çalışmaya devam etmek için hemen onaylanmamalıdır. Ana egzersiz ters sırada gösterilen üç resimden oluşur ve baştaki iki resimde olayın nasıl gelişmiş olabileceği katılımcıların önerisine sunulur ve akla yatkınlığı grup içinde tartışılır. Doğru yorumlar her deneme sonunda vurgulanır.

Modülün amacı: Hemen sonuca varma modülüne (modül 2) benzer şekilde kişilerin ilk izlenimlerine sadık olma eğilimi gösterdiklerinde yanlış karar alınabileceği hakkında bireyin farkındalığının sağlanmasıdır.

Modül 4: Empati I

Hedeflenen etki alanı: Zihin kuramı ve duygu algılama

Temel işlev: Başlangıçta farklı resimler gösterilerek tahtaya yazılan temel duygulardan hangisinin resimleri tanımladığı istenir. Sonrasında farklı kişilere ait yüz ifadelerini içeren resimler gösterilerek kişilerin karakterleri ya da meslekleri ile ilgili sonuç çıkarmaları istenir. Sunulan resimler aracılığı ile farklı kültürlerde farklı anlamlar ifade edebilecek jestleri tanımlamaları istenir. İkinci bölümde resimlerden sunulan küçük kesitler aracılığı ile resimdeki kişinin ne düşündüğü ya da yaptığı anlaşılmaya çalışılır. Bu sayede yüz ifadeleri ve jestlerin her zaman açık olmadığı ya da bazı durum ve hastalıkların duyguların yüz ifadesinde görülmesini engellediği ve böyle durumlarda karar verirken elde ne kadar bilginin bulunduğu katılımcılar ile tartışılır. Yani empati kurabilmenin temel varsayımları üzerine çalışılır.

Modülün amacı: Katılımcıların karşılarındaki kişinin ruhsal durumunu ya da duygularını anlayabilmeleri için yalnızca yüz ifadelerini değil başka kaynaklardan edinilecek diğer bilgileri de kullanarak doğru karara varabilmelerine odaklanır.

Modül 5: Bellek

Hedeflenen etki alanı: Aşırı güven hatası

Temel işlev: Gerçek anılar ile sahte anıların birbirinden ayırt edilmesi ve çevre ile ilişkide gerçekçi bir bakış açısı oluşturmada bellek hatalarının düzeltilmesidir. Sanrılar esnasında gerçek anılara olan güvenin azalmasına odaklanarak, çevrenin ve olayların yanlış yorumlanabileceğine vurgu yapılır. Katılımcılardan özellikle kendileri için önemli olan olayları gerçekten canlı bir şekilde hatırlayamadıklarında ek bilgi arayışında olmaları gerektiği öğretilir. Egzersizler ile gösterilen karmaşık resimlerden ne kadar detay hatırladıkları ve hatırladıklarına ne kadar güvendikleri üzerine çalışılır. Sonrasında belirli bir süre gösterilen resimler kapatıldığında listenen nesnelerden hangisinin o resimde olmadığı tahmin edilmeye çalışılır.

Modülün amacı: Katılımcıların insan belleğinin yanılma payı olduğunu anlamalarını ve kendi bellekleri hakkında şüpheci olmalarını amaçlar.

Modül 6: Empati II

Hedeflenen etki alanı: Sosyal biliş/zihin kuramı, kapatma ihtiyacı hatası

Temel işlev: Bir kişi hakkında karar vermeye yardımcı olan ipuçlarının (ör. Dil, jest) güçlü ve zayıf yönleri tartışılır. Sunulan karikatür dizileri aracılığı ile katılımcıların başkahramanlardan birinin perspektifini alması ve karakterin başka bir kişi ya da olay hakkında ne düşünebileceğini anlaması gerekir.

Modülün amacı: Başkalarının aklındakini yanlış tahmin etmeden kaynaklanan yanlış anlamaları ve çatışmaları önlemek. Karmaşık sosyal durumların içerisindeyken mevcut olan tüm bilgileri acele etmeden dikkate alarak değerlendirme yapıp yerinde bir yargıya varmak.

Modül 7: Hemen Sonuca Varma II

Hedeflenen etki alanı: Hemen sonuca varma hatası

Temel işlev: Katılımcılara gösterilen bir dizi resim için uygun başlığın verilen seçenekler arasından seçilmesi istenir. Bazı resimler için sonuç kolay tahmin edilebilirken, bazıları için ayrıntılı düşünmek gerekir. Düşünmeden varılan hızlı kararların sanrıların oluşumu için iyi bir model olduğu vurgulanır.

Modülün amacı: Katılımcıların, karmaşık sorunların çözümü için yeterli vakit ayırmanın önemli olduğunu öğrenmesidir.

Modül 8: Benlik Saygısı ve Ruh Hali

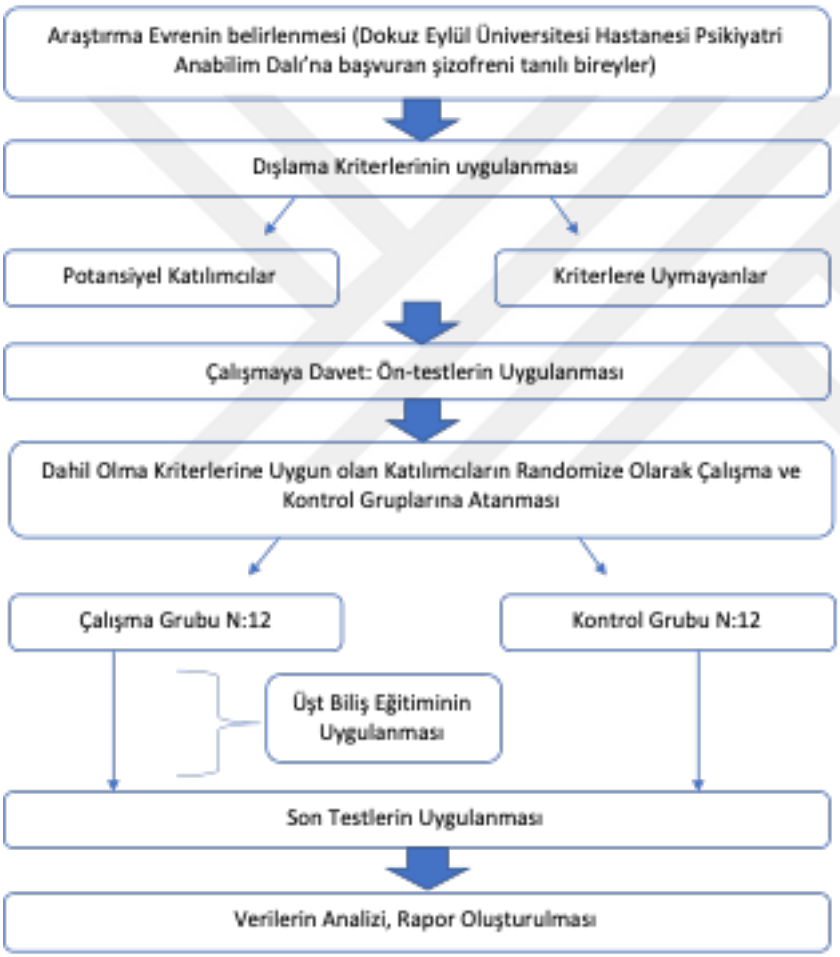
Hedeflenen etki alanı: Olumsuz bilişsel şemalar ve düşük benlik saygısı

Temel işlev: Katılımcılar öncelikle depresyon belirtilerini listelerler. Psikozun ruh hali üzerindeki etkilerini tanımlamaları ve psikoz ile depresyon ilişkisi üzerine tartışmaları istenir. Depresyonda ve düşük özsaygılı kişilerin düşünme biçimlerini ifade eden olumsuz şemalar üzerine tartışılır. Modülde aynı zamanda işlevsel olmayan başetme becerileri yerine daha işlevsel olanlar ile değişim hedeflenir. Düzenli olarak kullanıldığında olumsuz benlik

şemalarının değişmesi ve kişinin ruh halini yükseltmeye yardımcı olan bazı tekniklerin öğrenilmesi sağlanır.

Modülün amacı: Katılımcılar, depresyon ve düşük benlik saygısının oluşumunda ve sürmesinde katkıda bulunabilecek işlevsel olmayan düşünme biçimlerine yönlendirilir. Düzenli eğitimle bu bilişsel becerilerin düzeltilebileceği vurgulanır.

Şekil 1: Çalışma Akış Şeması



3. 6. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel analizleri için Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 22 paket programı kullanılacaktır. Sayım değerleri % olarak, ölçüm değerleri en az, en çok, ortalama, ortanca ve standard sapmalarıyla (S.S.) verildi. Sosyodemografik ve klinik verilerin analizinde, Ki-kare testi ve Bağımsız t-testi kullanıldı. Müdahale ve Kontrol gruplarında PANSS ön-son test değerleri arasındaki ilişki ANOVA testi kullanılarak belirlendi. Hastaların PANSS toplam puanları ile nöropsikolojik testler arasında ilişki korelasyon analizi ile araştırıldı. Uygulanan nöropsikolojik testlerin ve Calgary Şizofrenide Depresyon ölçeğinin tekrarlayan ölçümleri değerlendirmek amacıyla Friedman testi uygulandı.

3. 7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma Ocak 2021 – Eylül 2021 ayları arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Psikoz Polikliniği'ne başvuran hastalarla sınırlıdır ve Çalışma örneklemimiz tümüyle ayaktan hasta popülasyonundan oluşmaktadır Çalışmamızda planlanan 48 hastaya ulaşılamamıştır. Pandemi koşulları ile gerçekleşen kısıtlamalar çalışmamızın süre olarak aksaklıklar yaşamasına sebep olmuştur. Hastaların sağlık hizmetlerine ulaşım sıklığında azalmaların olması çalışmamıza aldığımız hasta sayısının düşük olmasına sebep olmuştur. Çalışmada hastalık öyküsü, soy geçmiş ile ilgili klinik verilerin hastaların beyanına dayanıyor olması, elde edilen verilerin eksik ya da yanlış olabilmesi, katılımcıların çoğunun erkek olmasından kaynaklı, sonuçların kadın hastalara genellenemeyecek olması, kontrol grubunda ÜEP gibi hedef odaklı bir girişim programının kullanılmamış olması, sonuçları etkileyebilir.

3. 8. Etik Kurul Onayı

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 04.01.2021 tarih ve 2021/01-05 karar numarası ile onay alındı.

4. BULGULAR

4.1 Örneklem

Çalışma örneklemini oluşturması planlanan 48 hasta muayene olmak için hastaneye geldikleri gün görüşmeye alındı. COVID-19 pandemisi nedeniyle 4'ü (%8,3) çalışmaya katılmayı kabul etmedi. 1 (% 2,1) hasta çalışmaya alındıktan sonra COVID-19 pozitif tanısı aldığı için devam edemedi. 4 hasta (%8,3) mental retardasyon eş tanısı olması, 2 (%4,2) hasta 60 yaşın üstünde olması nedeniyle dahil edilme kriterlerine uygun olmadıkları ve 8 (%16,7) hasta görüşme ve testlerde işbirliği yapmakta zorlandıkları için çalışmadan dışlandı. Sonuç olarak, pandemi koşulları nedeniyle hedeflenen örneklemin %50'si olan 24 hasta çalışmaya dahil edildi.

4.2. Demografik ve Klinik Özellikler

Sosyodemografik Özellikler

Çalışmaya 24 şizofreni tanılı hasta alındı. Örneklem 12 Üst biliş Eğitim Programı uygulanan grup ve 12 kontrol grubu olmak üzere 2 gruba ayrıldı. Tablo 3-4'te Üst biliş Eğitim Programı uygulanan ve kontrol şizofreni tanısı almış hastaların demografik ve klinik özelliklerine ilişkin dağılımlar ve ki-kare analizi bulguları görülmektedir. Tabloda p değeri olarak gösterilen harfler hasta gruplarına göre dağılımların $p<.05$ düzeyinde anlamlı olup olmadığına işaret etmektedir.

Tablo 3: Üst biliş Eğitim Programı Uygulanan ve Kontrol Hastalarının Demografik Dağılımları

Sosyodemografik Veriler			**ÜEP Uygulanan Grup (N=12)**	**Kontrol Grubu (N=12)**	**Toplam (N=24)**	**χ 2**	**p**
Cinsiyet	Kadın	n	9	9	18	.00	**1.00**
		%	75.0	75.0	75.0		
	Erkek	n	3	3	6		
		%	25.0	25.0	25.0		
Eğitim Durumu	İlkokul	n	1	2	3	3.167	**.06**
		%	8.3	16.6	12.5		
	Ortaokul	n	1	3	4		
		%	8.3	25.0	16.6		
	Lise	n	4	6	10		
		%	41.6	50.0	41.6		
	Yüksekokul	n	3	1	4		
		%	25.0	8.3	16.6		
	Üniversite	n	2		2		
		%	16.6		8.3		
Medeni Durumu	Evli	n	6	1	7	5.042	**.03***
		%	50.0	9	29.1		
	Bekar	n	6	11	17		
		%	50.0	91	70.8		
Çalışma Durumu (son 6 ay)	Çalışıyor	n	3	1	4	1.222	**.01***
		%	25.0	8.3	16.6		
	Çalışmıyor	n	8	10	18		
		%	66.7	83.3	75.0		
	İş arıyor	n	1	1	2		
		%	8.3	8.3	8.3		

Ailesel Özellik	Var	n	4	4	8	.00	**1.00**
		%	33.3	33.3	33.3		
	Yok	n	8	8	16		
		%	66.7	66.7	66.7		

*p<.05

ÜEP: Üst biliş Eğitim Programı N: Hasta sayısı, χ 2: Pearson Chi-Square, p: Anlamlılık düzeyi

ÜEP uygulanan grubun 3'ü kadın (%25), 9'u erkek (%75) idi. Kontrol grubunun 3'ü kadın (%25), 9'u erkek (%75) idi. Gruplar arası cinsiyet [$\chi 2$ (1) =000; p=1.00] dağılımlarında anlamlı bir farklılık saptanmadı.

ÜEP uygulanan grubun 6'sı evli (%50), 6'sı bekar (%50) olarak belirlendi. Kontrol grubunun 1'i evli (%9), 11'i bekar (%91) olarak belirlendi. Gruplar arası medeni durum [$\chi 2$ (1) =5.042; p<.05] dağılımlarına göre anlamlı fark bulundu.

Eğitim durumlarına göre ÜEP uygulanan şizofreni hastalarının 1'inin ilkokul mezunu (%8.3), 1'inin ortaokul mezunu (%8.3), 5'inin lise mezunu (%41.6), 3'ünün yüksekokul mezunu (%25), 2'sinin üniversite mezunu (%16.6) olduğu saptandı. Öğrenim durumlarına göre kontrol hasta grubunun 2'sinin ilkokul mezunu (%16.6), 3'ünün ortaokul mezunu (%25), 6'sının yüksekokul mezunu (%50), 1'inin üniversite mezunu (%8.3) olduğu saptandı. Hastaların 4'ünde ailesel özellik (1. Derece akrabalarda şizofreni tanısı varlığı) görülürken (%33,3), 8'inde ailesel özellik bulunmadığı (%66,67) saptandı.

Tablo 4: Üst biliş Eğitim Programı Uygulanan ve Kontrol Hastalarının Klinik Özellikleri

Sosyodemografik Veriler		**ÜEP Uygulanan Grup (N=12)**	**Kontrol Grubu (N=12)**	**t**	**p**
Yaş	Ort. S.S	38.69 ± 3.32	40.33 ±11.36	-.304	**.76**
Hastalık Başlangıç Yaşı	Ort. S.S	22.25 ± 7.05	22.17 ±5.29	1.21	**.97**
Hastalık Süresi	Ort. S.S	13.75 ±7.01	18.17 ±10.73	2.667	**1.03**
TPS	Ort. S.S.	13.22 ±7.23	12.09 ±6.40	4.232	**.99**
*p<.05					

ÜEP: Üst biliş Eğitim Programı SS: Standart sapma, Ort.: Ortalama, N: Hasta sayısı,
TPS: Tedavisiz Geçen Psikoz Süresi, t: t-Test, p: Anlamlılık düzeyi

Üst biliş Eğitim Programı uygulanan şizofreni hastalarının yaş ortalamasının 38 (±3.32) olduğu belirlendi. Gruplardan kontrol grubunun yaş ortalamasının 40 (±11.36) olduğu belirlendi. Bağımsız örneklem t testi sonucu, ÜEP uygulanan grup ve kontrol grubu arasında yaş dağılımlarına göre anlamlı fark bulunmamıştır (t=-.304, p=.76).

ÜEP uygulanan şizofreni hastalarının ortalama hastalık başlangıç yaşı 25,25 olarak belirlendi. Ortalama hastalık süresi 13.75±7,01 yıl, ortalama tedavisiz geçen süre 13,22 ay olarak değerlendirildi. Hastaların 4'ünde ailesel özellik (1. Derece akrabalarda şizofreni tanısı varlığı) görülürken (%33,3), 8'inde ailesel özellik bulunmadığı (%66,67) saptandı.

Kontrol grubunun ortalama hastalık başlangıç yaşı 22,17 olarak belirlendi. Ortalama hastalık süresi 18.17±10,73 yıl, ortalama tedavisiz geçen süre 12,09 ay olarak değerlendirildi. Çalışmaya katılan ÜEP uygulanan şizofreni hastaları ile kontrol grubu hastalarının tedavisiz psikoz süreleri (TPS), hastalık başlangıç yaşları ve toplam hastalık süreleri, toplam eğitim yılı dağılımları arasında anlamlı bir fark saptanmadı (Tablo 4).

Klinik Özellikler

PANSS pozitif belirtiler ilk ortalama puanı Üst biliş Eğitim Programı uygulanan grup için $\bar{X}$=10.50 (*SS*=1.98), kontrol grubu için $\bar{X}$=11.67 (*SS*=2.19) bulundu. PANSS pozitif belirtiler son ortalama puanı Üst biliş Eğitim Programı uygulanan grup için $\bar{X}$=10.25 (*SS*=1.87), kontrol grubu için $\bar{X}$=10.67 (*SS*=2.10) bulundu. Bağımsız t test sonucu, grupların PANSS pozitif ilk puanları arasında (*t*=-1.370, *p* =.18) ve PANSS pozitif son puanları arasında (*t*=-512, *p* =.61) anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı.

PANSS negatif belirtiler ilk ortalama puanı Üst biliş Eğitim Programı uygulanan grup için $\bar{X}$=12.42 (*SS*=2.35), kontrol grubu için $\bar{X}$=11.83 (*SS*=3.71) bulundu. PANSS negatif belirtiler son ortalama puanı Üst biliş Eğitim Programı uygulanan grup için $\bar{X}$=10.25 (*SS*=2.63), kontrol grubu için $\bar{X}$=11.33 (*SS*=3.82) bulundu. Bağımsız t test sonucu, grupların PANSS negatif ilk puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı (*t*=.460, *p* =.65). Ancak PANSS negatif son puanları arasında anlamlı farklılık saptandı (*t*=-.925, *p* =.04).

PANSS genel psikopatoloji ilk ortalama puanı Üst biliş Eğitim Programı uygulanan grup için $\bar{X}$=24.00 (*SS*=2.63), kontrol grubu için $\bar{X}$=26.42 (*SS*=6.68) bulundu. PANSS genel psikopatoloji son ortalama puanı Üst biliş Eğitim Programı uygulanan grup için $\bar{X}$=22.25 (*SS*=2.01), kontrol grubu için $\bar{X}$=25.25 (*SS*=6.97) bulundu. Bağımsız t test sonucu, grupların PANSS pozitif ilk puanları arasında (*t*=-1.166, *p* =.26) ve grupların PANSS pozitif son puanları arasında (*t*=-1.433, *p* =.17) anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı.

PANSS toplam ilk ortalama puanı Üst biliş Eğitim Programı uygulanan grup için $\bar{X}$=46.92 (*SS*=3.85), kontrol grubu için $\bar{X}$=49.92 (*SS*=11.12) bulundu. PANSS toplam son ortalama puanı Üst biliş Eğitim Programı uygulanan grup için $\bar{X}$=42.75 (*SS*=3.33), kontrol grubu için $\bar{X}$=47.35 (*SS*=11.77) bulundu. Bağımsız t test sonucu, grupların PANSS pozitif ilk puanları arasında (*t*=-883, *p* =.39) ve grupların PANSS pozitif son puanları arasında (*t*=-1.274, *p* =.22) anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı.

Tablo 5: Üst biliş Eğitim Programı Uygulanan ve Kontrol Hastalarının Ölçeklerden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Klinik Veriler			**ÜEP Uygulanan Grup (N=12)**	**Kontrol Grubu (N=12)**	**t**	**p**
PANSS Pozitif	İlk	Ort.	10.50	11.67	-1.370	**.18**
		S.S	±1.98	±2.19		
	Son	Ort.	10.25	10.67	-.512	**.61**
		S.S	±1.87	±2.10		
PANSS Negatif	İlk	Ort.	12.42	11.83	.460	**.65**
		S.S	±2.35	±3.71		
	Son	Ort.	10.25	11.33	-.925	**.04***
		S.S	±1.36	±3.82		
PANSS Genel Psikopatoloji	İlk	Ort.	24.00	26.42	-1.166	**.26**
		S.S	±2.63	±6.68		
	Son	Ort.	22.25	25.25	-1.433	**.17**
		S.S	±2.01	±6.97		
PANSS Toplam	İlk	Ort.	46.92	49.92	-.883	**.39**
		S.S	±3.85	±11.12		
	Son	Ort.	42.75	47.35	-1.274	**.22**
		S.S	±3.33	±11.77		
Calgary Depresyon Ölçeği	İlk	Ort.	5.08	7.17	-1.866	**.08**
		S.S	±1.62	±3.52		
	Son	Ort.	3.00	6.25	-3.429	**.03***
		S.S	±1.27	±2.90		
Covid Kaygı Ölçeği	İlk	Ort.	3.67	3.25	.395	**.70**
		S.S	±2.74	±2.42		
	Son	Ort.	2.00	1.83	.252	**.80**
		S.S	±1.71	±1.53		

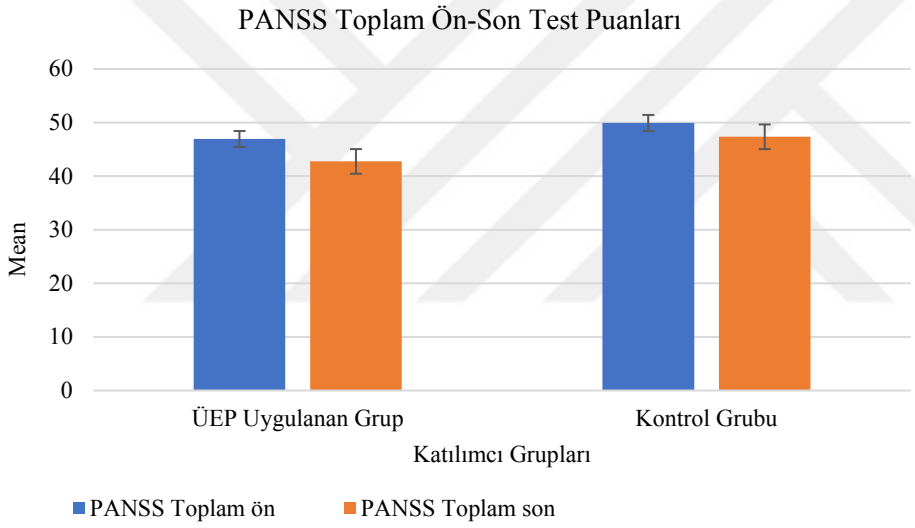
*p<.05

Ort.: Ortalama, SS: Standart sapma, N: Hasta sayısı, ÜEP: Üst biliş Eğitim Programı

4.3. PANSS, Calgary Depresyon Ölçeğinin ve Covid Kaygı Ölçeği Görüşmeler Süresince Değişimi

Yapılan ölçümlerde grup içi PANSS Ön-Son toplam değerlerinde anlamlı bir fark bulundu ($p<.05$). Grup ana etkisi anlamlı bir fark saptanmadı ($p> .05$). Üst biliş Eğitim Programı uygulanan grup ve kontrol grubunun ortalama PANSS toplam puanlarına ilişkin oranları göstermektedir (Şekil 2).

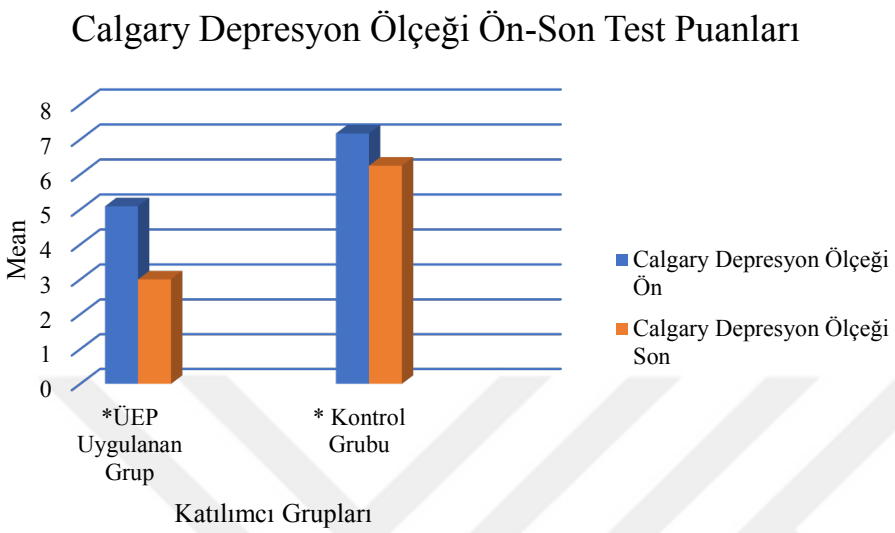
Şekil 2: Üst biliş Eğitim Programı Uygulanan Grup ve Kontrol Grubu PANSS Toplam Değerleri Ön-Son Test Ortalamalarının Karşılaştırılması



$p<.05$

Calgary Şizofreni Depresyon Ölçeği Ön-Son Test değerlerinde ÜEP uygulanan grup ve kontrol grupları içinde anlamlı bir fark bulundu ($p<.05$). Yapılan ölçümlerde Üst Biliş Eğitim Programı etkisiyle gruplar arası Calgary Şizofreni Depresyon Ölçeği Ön-Son Test değerlerinde anlamlı fark saptandı ($p<.05$). Şizofreni hastaları ve kontrol grubunun ortalama Calgary Şizofreni Depresyon Ölçeği toplam puanlarına ilişkin oranları göstermektedir (Şekil 3).

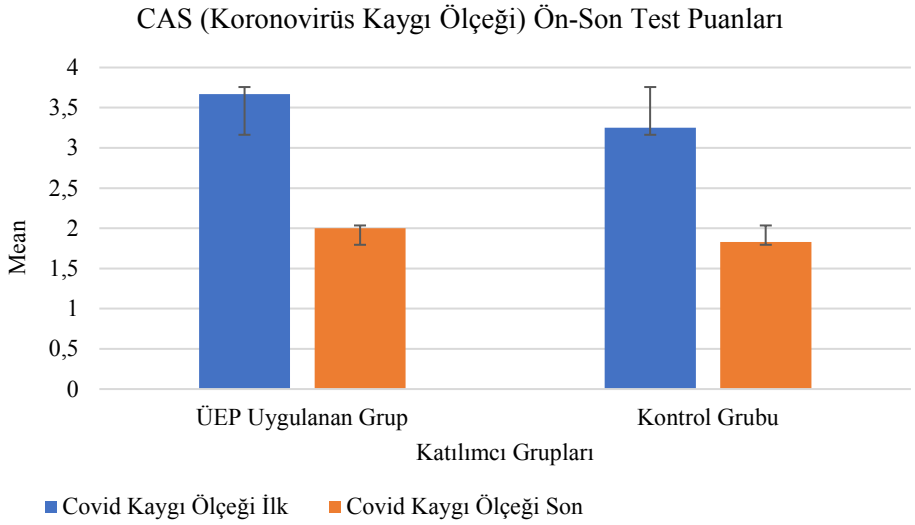
Şekil 3: Üst biliş Eğitim Programı Uygulanan Grup ve Kontrol Grubu Ortalama Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği Toplam Değerleri Ön-Son Test Ortalamalarının Karşılaştırılması



**p<.05*

Yapılan ölçümlerde grup içi Koronovirüs Kaygı Ölçeği Ön-Son Test değerlerinde anlamlı bir fark saptanmadı. Grup ana etkisinde anlamlı bir fark saptanmadı (p> .05). Üst biliş Eğitim Programı uygulanan grup ve kontrol grubunun Koronovirüs Kaygı Ölçeği ortalama puanlarına ilişkin oranları göstermektedir (Şekil 4).

Şekil 4: Üst biliş Eğitim Programı Uygulanan Grup ve Kontrol Grubu Ortalama Koronavirüs Kaygı Ölçeği Toplam Değerleri Ön-Son Test Ortalamalarının Karşılaştırılması



4.4. Üst Biliş Eğitim Etkisinin PANSS ile Değerlendirilmesi

4.4.1. Normal Dağılım Varsayımı

Verilerin dağılımı basıklık- çarpıklık (skewness-kurtosis) değerleriyle incelenmiştir. Araştırmada kullanılacak olan 2x2 Tekrarlı Ölçümlerde Karma Desen Varyans Analizi, Bağımsız Örneklem T test parametrik testler kategorisinde yer alarak gruplarda normallik varsayımının karşılanmasını gerektirmektedir. Basıklık-çarpıklık değerlerinin, Üst biliş Eğitim Programı uygulanan grup ve kontrol grubundaki analizleri Tablo 6 da gösterilmektedir.

Tablo 6: Grupların Basıklık-Çarpıklık Değerlerine İlişkin Bulgular

Ölçek	Grup	Zaman	$\bar{X}$	*SS*	Basıklık	Çarpıklık
PANSS Pozitif	ÜEP Uygulanan Grup	Ön test	10.50	1.98	-.169	-.272
		Son test	10.25	1.87	1.382	1.482
	Kontrol Grubu	Ön test	11.67	2.19	.012	-.925
		Son test	10.67	2.10	-.245	-.736
PANSS Negatif	ÜEP Uygulanan Grup	Ön test	12.42	2.35	.301	-1.756
		Son test	10.25	1.36	.508	.511
	Kontrol Grubu	Ön test	11.83	3.71	1.855	1.897
		Son test	11.33	3.82	1.011	1.726
PANSS Genel Psikopatoloji	ÜEP Uygulanan Grup	Ön test	24.00	2.63	.252	-.257
		Son test	22.25	2.01	.238	-.423
	Kontrol Grubu	Ön test	26.42	6.68	1.366	1.775
		Son test	25.25	6.97	1.659	1.824
PANSS Toplam	ÜEP Uygulanan Grup	Ön test	44.47	3.85	-1.704	1.443
		Son test	42.75	3.33	1.339	1.784
	Kontrol Grubu	Ön test	42.85	11.12	1.876	1.902
		Son test	47.25	11.77	1.115	1.810

ÜEP: Üst biliş Eğitim Programı SS: Standart sapma, . X̄: Ortalama, N: Hasta sayısı, TPS: Tedavisiz Geçen Psikoz Süresi, t: t-Test, p: Anlamlılık düzeyi

Çalışma örneklemi küçük örnekleme sahiptir (n<50). Küçük örnekleme sahip ve basıklık ve çarpıklık değerleri -1.96 ile 1.96 arasında yer alan veriler, normal dağılım göstermektedir (Kim ve ark.,2013). Üst biliş eğitim programı uygulanan grup ve kontrol grubunun PANSS pozitif, PANSS negatif, PANSS genel psikopatoloji ve PANSS toplam ölçeklerindeki ön test ve son test basıklık ve çarpıklık değerleri önerilen aralıkta olduğu için, verilerimiz normal dağılım göstermektedir. Parametrik testler uygulanabilmektedir.

4.4.2. Üst biliş Eğitim Programının Etkinliğine İlişkin Analizler

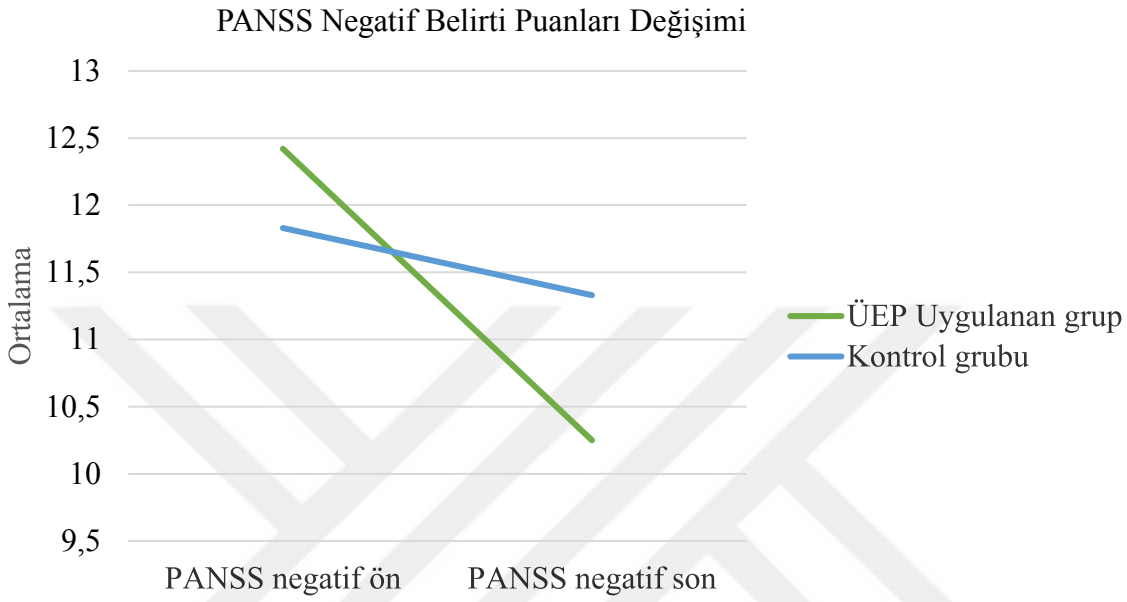
Üst biliş Eğitim Programının şizofreni hastalarının hastalık belirtilerine etkisini incelemek amacıyla 2x2 Tekrarlı Ölçümlerde Karma Desenli Varyans Analizi (ANOVA) kullanıldı. Katılımcı-arası (denekler arası) faktör/değişken olarak, hasta müdahale ve kontrol grupları kullanıldı. Katılımcı-içi (denekler içi) faktör/değişken olarak ise, ölçüm yapılan zaman ön test ve son test kullanıldı. Bu analiz ile grupların (Üst biliş eğitim programı uygulanan ve kontrol) zamana bağlı (ön test ve son test) olarak hastalık belirtilerindeki değişimin farklılık gösterip göstermediği test edildi, yani kısaca ortak etki (interaction effect) incelendi. Daha sonra grup içi ve gruplar arası anlamlı farklılıkların olup olmadığını test etmek amacıyla bağımlı örneklem t testi ve bağımsız örneklem t testi uygulandı.

Hastaların PANSS pozitif belirti şiddetinde grup ve zamana bağlı bir farklılaşma olup olmadığını test etmek için 2 (Müdahale x Kontrol) X 2 (Ön test x Son test) Karma ANOVA uygulandı. Yapılan tekrarlı ölçümlerde ANOVA testinin sonucuna göre 2 farklı zamanda ölçülen PANSS pozitif belirti alt ölçeği puanının Üst Biliş Eğitimi Programı müdahale etkisi istatiksel olarak anlamlı bulunmadı [$F_{(1,22)} = .97$, $p=.34$, $\eta 2=.42$]. Zaman*grup etkileşim etkisi [$F_{(1,22)} = 3.06$, $p = .09$, $\eta 2=.12$] saptanmadı. Diğer bir ifadeyle, Üst biliş eğitim programı uygulanan grup ve kontrol grubunun PANSS pozitif belirti alt ölçeği puanı ön testten son teste değişimleri arasında iki grup arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı.

Üst biliş eğitim programı uygulanan grup PANSS negatif ön test ortalaması $\bar{X}$=12.42 (*SS*=2.35) iken, son test ortalaması $\bar{X}$=10.25 (*SS*=1.36) bulundu. Kontrol grubu PANSS negatif ön test ortalaması $\bar{X}$=11.83 (*SS*=3.71) iken, son test ortalaması $\bar{X}$=11.33 (*SS*=3.82) bulundu. Yapılan tekrarlı ölçümlerde ANOVA testinin sonucuna göre 2 farklı zamanda ölçülen PANSS negatif belirti alt ölçeği puanının Üst biliş Eğitimi Programı grup ana etkisi istatistiksel olarak anlamlı saptandı [$F_{(1,22)} = 367.60$, $p<.001$, $\eta 2=.94$]. Ayrıca ÜEP katılımcı ana etkisi anlamlı bulundu [$F_{(1,22)} = 28.74$, $p < .01$, $\eta 2=.57$].

Zaman*grup etkileşim etkisi [$F_{(1,22)} = 11.23$, $p < .01$, $\eta 2 = .34$] saptandı. Dolayısıyla, Üst biliş eğitim programı uygulanan grup ve kontrol grubunun PANSS negatif belirti alt ölçeği puanı ön testten son teste değişimleri arasında anlamlı bir farklılık bulundu.

Şekil 5: Grupların PANSS Negatif Puanlarında Değişimi Gösteren Çizgi Grafiği



ÜEP uygulanan grup ve kontrol grubunun PANSS negatif alt ölçeği puanlarının zamana bağlı değişimlerinin görüldüğü grafik, grupların puanlarında azalma eğilimi olduğunu ortaya koymaktadır. ÜEP uygulanan grubun PANSS negatif alt ölçek puanlarında daha keskin bir azalma olduğu desteklenmektedir.

Tablo 7: PANSS Negatif Belirtiler Grup İçi Gruplar Arası Etkileşim Etkisi

	df	**F**	**p**	***kısmi η2***
Gruplar arası				
ÜEP	1	367.60	<.001	.94
zaman*grup	1	11,23	.003	.34
Gruplar içi				
Ön-Son Test	1	28.74	<.001	.57

PANSS Negatif Belirti alt ölçek maddelerinden N4 (Pasif Biçimde Kendini Toplumdan Çekme) [$F_{(1,22)} = 4.40$, $p = .04$, $\eta 2 = .17$] ve N5 (Soyut Düşünme Güçlüğü) [$F_{(1,22)} = 4.66$, $p = .04$, $\eta 2 = .18$] ÜEP müdahale etkisiyle ön-son test ölçümlerinde anlamlı bir farklılık bulundu. PANSS Negatif Belirti Alt Ölçeği maddelerinden N4 ve N5 dışındaki diğer maddelerinde anlamlı bir fark saptanmadı ($p > .05$) (Tablo 8).

Tablo 8: PANSS Negatif Belirtiler Alt Ölçek Maddelerinin Gruplar Arası Karşılaştırılması

PANSS Negatif Belirti Maddeleri		**ÜEP Uygulanan Grup** *(Ort. SS)*	**Kontrol grubu** *(Ort. SS)*	**F**	**P**
N1	Ön	1.83±.72	2.00±.74	1.02	**.33**
	Son	1.83±.72	1.83±.94		
N2	Ön	2.50±.67	1.67±.49	2.68	**.12**
	Son	2.17±.84	1.83±.84		
N3	Ön	1.75±.87	1.67±.49	1.80	**.19**
	Son	1.33±.84	1.50±.67		
N4	Ön	2.08±.52	1.58±.67	1.73	**.04***
	Son	1.42±.52	1.33±.65		
N5	Ön	1.67±.65	1.92±.90	4.40	**.04***
	Son	1.50±.52	2.08±1.17		

	Ön	3.08±5.68	1.42±.90		
N6				1.34	**.26**
	Son	1.17±.39	1.42±.90		
	Ön	1.17±.39	1.42±.52		
N7				1.02	**.33**
	Son	1.17±.39	1.33±.40		

SS: Standart sapma, N: Hasta sayısı *p<.05

TPS: Tedavisi Geçen Psikoz Süresi

Hastaların PANSS genel psikopatoloji belirti şiddetinde grup ve zamana bağlı bir farklılaşma olup olmadığını test etmek için 2 (Müdahale x Kontrol) X 2 (Ön test x Son test) Karma ANOVA uygulandı. Yapılan tekrarlı ölçümlerde ANOVA testinin sonucuna göre 2 farklı zamanda ölçülen PANSS genel psikopatoloji belirti alt ölçeği puanının Üst Biliş Eğitimi Programı müdahale etkisi istatiksel olarak anlamlı bulunmadı [$F_{(1,22)}$ = .97, p=.34, η2=.42]. Diğer bir deyişle, Üst biliş eğitim programı uygulanan grup ve kontrol grubunun PANSS genel psikopatoloji belirti alt ölçeği puanı ön testten son teste değişimleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı (p>.05). Yapılan tekrarlı ölçümlerde ANOVA testinin sonucuna göre 2 farklı zamanda ölçülen PANSS toplam puanlarında grup ve zaman ortak etkileri istatiksel olarak anlamlı bulunmadı [$F_{(1,22)}$ = .95 , p =.34, η2=04]. Dolayısıyla Üst biliş eğitim programı uygulanan grup ve kontrol grubunun PANSS toplam puanlarının ön testten son teste değişimleri arasında anlamlı farklılık saptanmadı (p>.05).

4.5. Nöropsikolojik Testlerin PANSS ile Değerlendirilmesi

Tekrarlı ölçümlerde ANOVA testinin sonucuna göre nöropsikolojik testlerin Digit Span, KAS, Kategori Akıcılık Testi Üst Biliş Programı Eğitimi grup ana etkisi ve katılımcı ana etkisi anlamlı değildi. Diğer bir deyişle Üst biliş eğitim programı uygulanan grup ve kontrol grubunun Digit Span, KAS, Kategori Akıcılık Testi ön testten son teste değişimleri arasında anlamlı farklılık saptanmadı (p>.05).

Bağımsız örneklem t testi ile Üst biliş eğitim programı uygulanan grup ve kontrol grubunun Digit Span son test puanlarının karşılaştırması yapıldı. Analiz ÜEP uygulanan grup ($\bar{X}$ = 11.58,

SS = 2.4) ve kontrol grubunun ($\bar{X}$ = 10.33, *SS* = 2.4) son test puanlarının birbirinden anlamlı düzeyde farklılaşmadığını ortaya koydu (t = 1.29, p = .21).

Bağımsız örneklem t testi ile Üst biliş eğitim programı uygulanan grup ve kontrol grubunun Kategori Akıcılık son test puanlarının karşılaştırması yapıldı. Analiz ÜEP uygulanan grup ($\bar{X}$ = 19.25, *SS* = 5.8) ve kontrol grubunun ($\bar{X}$ = 15.75, *SS* = 5.2) son test puanlarının birbirinden anlamlı düzeyde farklılaşmadığını ortaya koydu (t = 1.56, p = .13). Bağımsız örneklem t testi ile Üst biliş eğitim programı uygulanan grup ve kontrol grubunun KAS son test puanlarının karşılaştırması yapıldı. Analiz ÜEP uygulanan grup ($\bar{X}$ = 22.33, *SS* = 7.7) ve kontrol grubunun ($\bar{X}$ = 20.83, *SS* = 7.7) son test puanlarının birbirinden anlamlı düzeyde farklılaşmadığını ortaya koydu (t = .476, p = .64).

Tablo 9: Grupların Nöropsikolojik Test Puanlarının Karşılaştırılması

Nöropsikolojik Testler			**ÜEP Uygulanan Grup (N=12)**	**Kontrol Grubu (N=12)**	**t**	**P**
Digit Span Testi	İlk	Ort.	11.83	9.42	2.022	**.06**
		S.S	±3.30	±2.50		
	Son	Ort.	11.58	10.33	1.292	**.21**
		S.S	±2.35	±2.39		
Kategori Akıcılık Testi	İlk	Ort.	18.75	15.50	1.371	**.18**
		S.S	±4.92	±6.57		
	Son	Ort.	19.25	15.75	1.562	**.13**
		S.S	±5.80	±5.15		
KAS Testi	İlk	Ort.	23.25	21.25	.592	**.56**
		S.S	±8.95	±7.56		
	Son	Ort.	22.33	20.83	.476	**.64**
		S.S	±7.72	±7.73		

*p<.05

Ort.: Ortalama, SS: Standart sapma, N: Hasta sayısı, ÜEP: Üst biliş Eğitim Programı t: t-Testi

5.TARTIŞMA

Bu çalışma üst biliş eğitim müdahale programı araştırmalarından yola çıkılarak Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikoz Polikliniği'ne başvuran şizofreni tanısı almış hastalarda online Üst biliş eğitim programının (ÜEP) hastalık belirtileri üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapıldı. Literatürde şizofrenide ilaç tedavisinin yanı sıra psikososyal müdahalelerin kullanımı uzun yıllardır mevcut olup son dönemde de üst bilişi merkeze alan yaklaşımlar dikkat çekmektedir. ÜEP ile bireylerin yaşamış oldukları olayları anlama, algılama, yorumlama ve anlam yükleme biçimlerden yola çıkarak ruhsal durumunu olumsuz etkileyen çarpıtılmış ve işlevsel olmayan düşüncelerinin; bilişsel ve davranışçı tekniklerle daha gerçekçi ve işlevsel olanlarıyla değiştirilmesi öğretilmektedir (Lee ve ark.,2016). ÜEP ile şizofreni tanısı alan bireylerin olumsuz düşünce ve duygularının değiştirilmesi, olaylara bakış açılarının normalleştirilerek kendini tanımanın sağlanması, damgalanmaya karşı baş etme yöntemlerinin geliştirilmesi, sanrı ve varsanılar gibi psikotik belirtilerin sıklık ve şiddetinin azaltılması sağlanmaktadır (İlgar ve ark., 2019). Böylece bu bireylerin yaşam doyumu, psikolojik iyi oluş, işlevsel iyileşme, umut ve damgalanmayla baş etme etkinliği gibi olumlu duyguları arttırmakta; negatif ve pozitif belirtilerin sıklığı ve şiddeti azalarak şizofreniye eşlik edebilecek anksiyete, depresyon ve stres düzeyinde azalma meydana gelmektedir (Dellazizzo ve ark., 2018).

Bu çalışma randomize deneysel tasarım tipinde, dünyada şizofrenide özellikle hezeyanlar, sosyal işlevsellik üzerinde etkisi test edilerek tedavide etkinliği kanıtlanmış Üst biliş Eğitim Programı (ÜEP)'nın online kullanılması açısından ön plana çıkmaktadır. Online ÜEP'nin hastalık belirtileri üzerine etkisini ve nöropsikolojik testlerle etkileşimini inceleyen Türkiye'deki ilk çalışma olma özelliğini taşımaktadır. Araştırma, hastalığın doğası gereği, sosyal iletişim becerilerinde, bilişsel becerilerde bozulmalar, problem çözme becerilerinin azalması, psikososyal işlevsellik kaybı, duygusal içe çekilmeler yaşaması sebebiyle toplumda yer edinmekte zorlanan şizofreni hastalarının Covid-19 pandemisi koşullarında online erişilebilir ÜEP nin etkinliğini incelemeye odaklandı. Çalışmada, DSM – V tanı ölçütlerine göre 24 şizofreni hastaya ait veriler değerlendirildi. Hastalara PANSS, Calgary Depresyon Ölçeği, Coronavirüs Anksiyete Ölçeği ve Nöropsikolojik testler (Digit Span, KAS, Kategori Akıcılık) uygulandı. Şizofreni hastalarına uygulanan online Üst biliş eğitim programın hastalık belirtileri üzerine etkisi araştırıldı. Elde edilen sonuçlar kontrol grubu ile karşılaştırıldı.

Demografik bilgiler açısından ÜEP uygulanan grup ve kontrol grupları arasında medeni durum ve çalışma durumları dışında anlamlı fark yoktu. ÜEP uygulanan grubun 6'sı evli (%50), 6'sı bekar (%50) olarak belirlendi. Kontrol grubunun 1'i evli (%9), 11'i bekar (%91) olarak belirlendi. Gruplar arası medeni durum dağılımlarına göre anlamlı fark bulunmuştur. ÜEP uygulanan grup ve kontrol grubu yaş ortalaması katılımcıların yetişkinlik döneminde olduğunu (ÜEP uygulanan grup: 38.69±3,32 Kontrol: 40.33±11.36) göstermektedir. Literatür incelendiğinde yaş, cinsiyet, eğitim, açısından şizofreni hastalarının profillleri bu çalışma ile benzerdi (Kleinlein 2010; Briki ve ark. 2014; Aghotor ve ark. 2010; Moritz ve ark. 2011; Tas ve ark. 2012). Literatürde ÜEP'nin kullanıldığı çalışmalarda hastalığın erken evrelerinde üst biliş girişimlerin uygulanmasının iyi sonuç alma ve düzelmede etkili olduğu belirtilmektedir (Ussorio ve ark. 2016; Balzan ve ark. 2013). Araştırmaların randomize kontrollü, deneysel tasarım tipinde planlanmasını ve hastalık süresi ile semptom şiddeti açısından grupların eş hale getirilmesi önerilmiştir. Hastaların ortalama yaşları ve hastalık ile geçen yaşam süreleri incelendiğinde, şizofreni hastalığının başlangıç yaşı açısından literatür ile uyumlu sonuçlar görülmektedir (Üçok 2008).

ÜEP uygulanan grup ve kontrol grubundaki hastaların hastalık belirtilerini değerlendirmeye yönelik PANSS Ölçeğinde, Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeğinde ön test puan ortalamalarında gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo 5). Bu durum çalışmanın başlangıcında ÜEP uygulana grup ve kontrol grubunun hastalık belirtiler homojen olduğunu göstermektedir. Literatürde şizofreni hastalarında depresyon ölçeği kullanımına rastlanmamıştır ancak depresyon hastalarında ÜEP etkili olduğu saptanmıştır (Wells ve ark., 2009). Buna bağlı olarak ÜEP uygulanan ve kontrol grubundaki katılımcıların Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği ön test ve son test puanları grup içi ve gruplararası karşılaştırıldığında anlamlı fark saptandı ($p<.05$) (Şekil 3).

PANSS pozitif ön test, son test ve izlem testi puanları gruplararası karşılaştırıldığında anlamlı bir fark görülmemektedir. Üstbiliş ve pozitif semptomlar arasındaki ilişki eksikliği, Varese ve Bentall'ın meta analizi ile tutarlıdır (2011), duygusal sıkıntı ve diğer semptomları kontrol ettikten sonra halüsinasyona eğilimin artık üst bilişle önemli ölçüde ilişkili olmadığını bulmuştur. Bu, şizofrenide üst biliş rolünün pozitif belirtiye özgü değil, birden fazla psikopatoloji biçimiyle ilişkili bir faktör olarak daha iyi anlaşılabileceğini göstermektedir (Goldstone, Farhall, Thomas, & Ong, 2013).

Diğer taraftan literatürde PANSS pozitif belirtilerin ÜEP etkisi ile anlamlı olarak %25 azalma olduğu gözlemlenmiştir (Hutton ve ark.,2013). PANSS pozitif belirtilerin (sanrısal inançların) etkisini azaltmak ve üstbilişsel işleyişi geliştirmek için Üst Biliş Eğitim'in etkililiğini gösteren vaka çalışmalarından elde edilen kanıtlar giderek artmaktadır (Buck ve Lysaker 2009; Hillis ve diğerleri 2015; Bargenquast ve ark. .2015). Bu çalışmalarla tutarlı olarak, çalışmamızda PANSS pozitif belirtiler yoğunluğu ve sıklığı önemli ölçüde gerilemese de terapi sırasında üstbilişsel yeteneklerde artma gözlemlenmiştir.

Bu araştırmada ÜEP uygulanan ve kontrol grubundaki hastaların PANSS negatif ön test, son test ve izlem testi puanları gruplar arası karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlılık gösteren bir farklılık saptandı. Şizofreni hastalarında ÜEP'nin etkisine ilişkin literatürle uyumlu olarak (Peters ve ark. 2010), tedavi sırasında dikkate alınan PANSS negatif alanlarda önemli gelişmeler bulundu. ÜEP uygulanan şizofreni hastalarının toplam PANSS negatif belirti puanları kontrol grubuna göre anlamlı olarak azaldı. Bu farklılık PANSS Negatif Belirtiler alt ölçek N4(Pasif Biçimde Kendini Toplumdan Çekme) ve N5(Soyut Düşünme Güçlüğü) alt itemlerde de belirgindi. Diğer bir deyişle, PANSS Negatif Belirti alt ölçek maddelerinden N4 (Pasif Biçimde Kendini Toplumdan Çekme)] ve N5 (Soyut Düşünme Güçlüğü) ÜEP müdahale etkisiyle ön-son test ölçümlerinde anlamlı bir farklılık bulundu (Tablo 8). Bu sonuçlar literatürde üst biliş ve negatif belirtiler arasında ilişki olduğunu gösteren önceki araştırmaların genişletilmesine katkıda bulunabilir (Lysaker ve ark.,2005; Hamm ve ark.,2012; Nicola ve ark.,2012). ÜEP etkisiyle negatif belirti itemlerinden özellik N4 (Pasif Biçimde Kendini Toplumdan Geçme) azalma görülmesi eğitim sırasında hastalarla kurulan terapötik ilişkinin destekleyici etkisi olabilir. Eğitimin özellikle her hafta düzenli olarak yapılmış olması ve hastaların takip aşamalarının kontrollü ilerlemesi hasta araştırmacı ilişkisini güçlendirmiş olabilir. Negatif belirti itemlerinden N5(Soyut Düşünme Güçlüğü) ÜEP etkisinin anlamlı bulunması uygulanan modül içeriklerinde farklı alternatif düşünceler geliştirme temelli olması, bellek ve bilişsel süreçler ile ilgili bilgi aktarımlarının olması hastaların soyut düşünme güçlüğünde azalmaya sebep verebilir. Şizofreni hastalarında negatif belirtilerin artmasındaki önemli nedenleri hastaların kendini diğerlerinden farklı görmesi, hastaların kendindeki olumsuzluklara fazla odaklanması ve çevresindekilerinin hasta üzerindeki olumsuzluklara odaklanması ile ilgili görüşler bildirilmektedir (Halari ve ark., 2009).

Çalışmamızın sonuçlarında ÜEP etkisiyle negatif belirtilerde anlamlı farklılık olması hastaların olayları kendisiyle ilgisiz olarak algılamada artışın, kendini gizleme davranışındaki azalmanın etkisiyle ilişkisinden söz edilebilir.

Literatürde PANSS genel psikopatoloji alt ölçeğindeki depreyon maddeleri ve PANSS negatif belirtiler genel puanlar (sosyal biliş) pozitif korelasyon gözlemlenmektedir (Moneste´s ve ark. 2010). Şizofreni hastalarının işlevsel kazanımlarını en üst düzeye çıkarmak ve toplumla optimal, sürekli ve anlamlı bütünleşmelerine yardımcı olmak için, bilişsel yönelimli yaklaşımların sosyal bilişe ait faktörleri de tam olarak anlamaya odaklanması gerektiği belirtilmektedir (Gard ve ark. 2009). Belirtilenden farklı bir sonuç olarak PANSS genel psikopatoloji alt ölçeğinde ÜEP etkisi anlamlı bulunmadı. İzlem süresinin kısa oluşu sonuçlar üzerinde olumsuz bir etki yaratmış olabilir.

Üst biliş eğitim programı uygulanan grup ve kontrol grubunun PANSS toplam puanlarının ön testten son teste değişimleri arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p>.05$). Ancak sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı çıkmasa da ortalamalarda gözlenen değişimler dikkate değerdi (Tablo 5). Sonuçlar grup içi ele alındığında, ÜEP uygulanan grubun PANSS toplam son test puan ortalamalarında ön test sonuçlarına göre azalma olduğu görüldü. Bu duruma bağlı olarak ÜEP'nin hastaların hastalık belirtileri üzerinde azalma etkisi yarattığı söylenebilir. Bu sonuçları bağlam içinde ayarlamak da önemlidir. Uzun süreli izlem çalışmalarında ve takipli hastalarında PANSS toplam puanlarında azalma gözlemlenebilir. Araştırmalar ÜEP'nin hastalık semptomlarında en az %50'lik bir iyileşme göstermiştir. Özel olmayan faktörlerin (örneğin sosyal etkileşim, soyut düşünme) değerlendirilmesi, doğal iyileşme, zaman etkileşimi ve diğer değişkenlerin (örneğin değerlendirici yanlılığı) yönetilmesi durumunda mevcut tedavilerin etkinliğine büyük ölçüde katkıda bulunduğu görülmektedir (Sensky ve ark., 2000).

Üst biliş eğitim programı uygulanan grup ve kontrol grubunun Digit Span, KAS, Kategori Akıcılık Testi ön testten son teste değişimleri arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p>.05$). Literatürdeki diğer bulgularda bilişsel müdahale programlarının depresyonda ve nöropsikolojik işlevsellik üzerindeki etkileri incelendi (Bastos ve ark.,2016). Genç yetişkinler üzerinde yapılan büyük bir çalışma ($n = 272$), antipsikotik kombinasyonuna kıyasla 24 aylık ÜEP sonrası yürütücü işlevler, semantik bellek ve işlem hızı ölçümlerinde daha fazla gelişme olduğunu bildirdi (Linden ve ark., 2006).

Bu psikoterapinin (belirli bilişsel iyileştirme stratejileri olmasa bile) bilişi iyileştirebileceğini ve ilaçtan daha büyük ölçüde iyileştirebileceğini düşündürmektedir. Bu bağlamda çalışmamızda online ÜEP'nin nöropsikolojik işlevsellik özellikle işlem hızı, yürütücü işlevler ve semantik bellek süreçlerinde etkisinin anlamlı saptanmaması eğitim süresinin 8 haftalık sürenin kısa zamanlasından kaynaklı olabilir.

Çalışmamız bilişsel işlevselliğin şizofreni teşhisi konan kişilerde daha şiddetli olumsuz belirtiler, sosyal geri çekilme ve azalan mesleki işlevsellik ile ilişkili olduğu gösterilmesiyle bağlantılı olarak ÜEP'nin PANSS negatif belirtilerde etkili olması müdahalenin önemine vurgu yapmaktadır (Kukla, 2016). Bu çalışmada hastaların yaygın olarak telefon, tablet ve bilgisayar kullanması nedeniyle online Üst biliş programının uygulanabildiği görüldü. ÜEP'nin online uygulanmasının yanı sıra uygulanan ölçek ve testlerin yüz yüze olması pandemi koşulları nedeniyle istenilen hasta örneklemine ulaşılmasını engelledi. Bu bağlamda örneklemin COVID-19 pandemi koşullarından kaynaklı istenilen sayıya ulaşamaması sonuç üzerinde hastaların hastalık belirtileri şiddetinde beklenen azalmanın gözlemlenememesine sebep olabilir. ÜEP şizofreni hastalarının genel hastalık şiddetinin azalmasında etkili olmazken negatif belirtiler üzerinde etkili olması hastalarla kurulan etkileşimli ilişkinin hastanın harekete geçme, problem çözme ve sosyal biliş üzerine etkisini ortaya koyabilir. Hastalara uygulanacak online müdahale programlarının ulaşılabilir olması açısından yaygınlığının artması öngörülmektedir.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Moritz ve arkadaşları tarafından oluşturulan Üst biliş Eğitim Programı (ÜEP) modeli başka toplumlarda/kültürlerde ve ülkemizde uygulanmış, sonuçları gösterilmiştir. Bu araştırma ile ÜEP programı Türk toplumunda ilk kez online olarak ve nörobilişsel etkileşimi incelendi. Bu çalışmada ÜEP'nin tüm modülleri uygulanmış olup, hastalık belirtilerine destek sağlayacak bütünleyici bir yaklaşım kullanıldı. Bu durumun hastalar açısından hastalık belirtileri üzerinde iyileştirilip/geliştirilmesi açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

Araştırmanın başlangıcında yapılan ölçüm sonuçlarına göre 2 grup arasında hastalık belirtileri ön testlerde farklılık yoktur. Farklılık olmaması nedeniyle ÜEP etkisi gözlemlenebilmektedir. Üst biliş eğitim programının şizofreni hastaları negatif belirtiler şiddetini azaltmada etkili bir programdır. Üst biliş eğitim programının şizofreni hastalarının pozitif belirtiler, genel psikopatoloji ve genel hastalık belirtileri şiddetini azaltmada etkisi tartışmalı olabilir. Örneklem

sayısının ve örneklemin psikotik belirti şiddetinin az olması bu sonucu olumsuz etkilemiş olabilir. ÜEP hastalarda nörobilişsel işlevler üzerinde etkili değildir. ÜEP şizofreni hastalarının genel hastalık şiddetinin azalmasında etkili olmazken negatif belirtiler üzerinde etkili olması hastalarla kurulan etkileşimli ilişkinin hastanın harekete geçme, problem çözme ve sosyal biliş üzerine etkisini ortaya koyabilir. Online ÜEP şizofreni hastaları depresyon belirtilerinde etkili olabilir.

Hastaların yaygın olarak telefon, tablet ve bilgisayar kullanması nedeniyle uygulanan eğitim ve müdahale programlarının online uygulanabildiği ortaya konmuştur. Daha büyük bir örneklem ve yapılandırılmış takip çalışmaları ile sonuçlar üzerinde olumlu çıktılar sağlanabilir. Gelecek çalışmalarda ÜEP uygulanan, ÜEP dışında kısa görüşmeler yapılan ve hiçbir müdahale uygulanmayan 3 grup üzerinden sonuçlar çıkarılması hastalık belirtileri üzerindeki etkisini daha güçlü verilerle ortaya koyabilir. Ruh sağlığı çalışanlarının etkinliği kanıtlanmış olan online programları günlük çalışma programlarına dahil etmeleri hastalarda iyileşmeyi güçlendirecek olumlu çıktılarda etkili olabilir.

Sonuç olarak şizofreni hastalarına uygulanacak online müdahale programlarının ulaşılabilir olması ve hastalık negatif belirtileri üzerinde etkili olabilmesi nedeniyle daha yaygın kullanılması şizofreni hastaları için yararlı olabilir.

7.KAYNAKLAR

Açıkgöz DG. Bellek ve dikkat fonksiyonlarını ölçen nöropsikolojik testlerin faktör yapısının görgül ve istatiksel yollardan değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 1995, Ankara.

Aghotor J. Evaluation of a metacognitive training program for schizophrenia studies: a feasibility study [in German]. Heidelberg, Germany: University of Heidelberg; 2007.

Agid O, Kapur S., Arenovich T., Zipursky R. Delayed-Onset Hypotesis Of Antipsychotic Action. Arch Gen Psychiatry 2003; 60:1228-1235.

Ahadieh S., Liu J., Banerjee A., ve ark. Model based meta-analysis of positive and negative syndrome scale in stable chronic schizophrenic patients for monotherapy and adjunct therapies 2010;02.749.

Akdede BB, Alptekin K. Şizofrenide bilişsel işlev bozuklukları ve antipsikotik tedavi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 2004;14(3): 178-84.

Amerikan Psikiyatri Birliği Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci baskı (DSM-5) (Çev. ed.: E Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, 2015, Ankara.

Andreasen, N. C., Grove, W.M. Thought, language and communication in schizophrenia: Diagnosis and prognosis. Schizophrenia Bulletin, 1986;12(3):348-359.

Andreasen, N.C., Carpenter, W.T., Jr., Kane, J.M., Lasser, R.A., Marder, S.R., Weinberger, D.R. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. Am J Psychiatry, 2005;162: 441-449.

Anıl EA, Kıvırcık BB, Batur S ve ark. The Turkish version of the Auditory Consonant Trigram Test as a measure of working memory: a normative study. Clin Neuropsychol 2003; 17: 159-169.

Ascher-Svanum H., Stensland M., Zhao Z., Kinon B. Acute weight gain,gender, and therapeutic response to antipsychotics in the treatment of patients with schizophrenia. BMC Psychiatry 2005; 5:3.

Aydemir Ö., Danacı A., Deveci A., İçelli İ. Calgary Şizofrenide depresyon ölçeğinin

Türkçe versiyonunun duyarlılığı ve özgüllüğü. Nöropsikiyatri Arşivi 2000; 37: 210-213.

Bacon, E., Danion, J. M., Kauffmann-Muller, F., & Bruant, A. Consciousness in schizophrenia: A metacog- nitive approach to semantic memory. Consciousness and Cognition 2001; 10, 473–484.

Beck, A. T. Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. New York: International Universities Press 1976.

Beck, A. T., Epstein, N. and Brown, G. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1988; *56*, 897.

Beck, A. T., Steer, R. A. and Brown, G. K. Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation 1996.

Bobes J., Ciudad A., Alvarez E., ve ark. Recovery from Schizophrenia. Results from a 1 year follow-up observational study of patients in symptomatic remission. Schizophrenia Research 2009; 115:58-66.

Bouman, T. K. and Meijer, K. J. A preliminary study of worry and metacognitions in hypochondriasis. Clinical Psychology and Psychotherapy, 1999; *6*, 96–101.

Bastos AG, Guimaraes LS, Trentini CM. Neurocognitive changes in depressed patients in psychodynamic psychotherapy, therapy with fluoxetine and combination therapy. J Affect Disorders 2013;151(3):1066-75.

Bowie R.C., Harvey P.D. Communication abnormalities predict functional outcomes in chronic schizophrenia: Differential associations with social and adaptive functions. Schizophrenia Research 2008;103, 240-247.

Boyd JH, Pulver AE, Stewart W, Season of birth: Schizophrenia and bipolar disorder. Schizophr Bull 1986; 12:173-185.

Burlingame, G. M., Svien, H., Hoppe, L., Hunt, I., & Rosendahl, J. Group therapy for schizophrenia: A meta-analysis. Psychotherapy 2020; 57(2), 219–236.

Cangöz B, Karakoç E, Selekler K. İz Sürme Testi'nin 50 yaş üzeri Türk yetişkin ve yaşlı örneklemi için standardizasyon çalışması. Turkish Journal of Geriatrics 2007; 10(2): 73-82.

Cangöz, B., Karakoç, E. & Selekler, K. Trail Making Test: Normative data for Turkish Elderlys by Age, Sex and Education. Journal of the Neurological Sciences 2009;283, 73-78.

Ceylan, M. E., Çetin, M. Genel Bilgiler. Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri Şizofreni: p83-125, 2009, İstanbul.

Clark, D. M., and Wells, A. A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg and M. R. Liebowitz (Eds.), Social Phobia: diagnosis, assessment, and treatment: (pp. 69–93), 2010, New York: Guilford Press.

Correl C.U., Malhotra Anıl K., Kaushik S., ve ark. Early Prediction of Antipsychotic Response in Schizophrenia. Am J Psychiatry, 2003;160:2063-2065.

Csernansky JG, Schindler MK, Splinter NR, Wang L, Gado M, Selemon LD, ve ark. Abnormalities of thalamic volume and shape in schizophrenia. American Journal of Psychiatry 2004; 161:896-902.

Cuijpers P, Cristea IA, Karyotaki E, Reijnders M, Huibers MJ. How effective are Cognitive Behavior Therapies for major depression and anxietydisorders? A meta– analytic update of the evidence. World Psychiatr 2016, 15(3): 245–58.

Delisi E.L. Speech Disorder in Schizophrenia: Review of the Literature and exploration of Its relation to the Uniquely Human Capacity for Language. Schizophrenia Bulletin 2001; 481-496.

Dellazizzo L, Potvin S, Connor K, Dumais A. A randomized controlled trial comparing virtual reality therapy to cognitive behavioral therapy in schizophrenia with treatment refractory hallucinations: preliminary results. Schizophr Bull 2018, 44(1): 346.

Docherty N.M., McCleery A., Divilbiss M., ve ark. Effect of Social Cognitive Impairment on Speech Disorder in Schizophrenia. Schizophrenia Bulletin 2013; 608-616

Dosani, S., Harding, C., & Wilson, S. Online groups and patient forums. Current psychiatry reports 2014; 16.11: 507.

Doze, S. ve Sımpson,J.. Evaluation of a telepsychiatry pilot project. Alberta Heritage Foundation for Medical Research 1997.

Duggal, H. S., Jagadheesan, K., & Nizamie, H. S. 'Internet Delusion'responsive to cognitive therapy. Indian journal of psychiatry, 2002; 44.3: 293.

Durham, R. C., Guthrie, M., Morton, R. V., Reid, D. A., Treliving, L. R., Fowler, D., et al. Tayside-Fife clinical trial of cognitive-behavioural therapy for medication-resistant psychotic symptoms: results to 3-month follow-up. British Journal of Psychiatry, 2003; 182, 303–311.

Dwyer, T. F. Telepsychiatry: psychiatric consultation by interactive television. American Journal of Psychiatry, 1973; 865-869.

Emul M., Uğur M. Prodrom Şizofreni, Güncel Gelişmeler ve Sorunlar. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2006; 16:252-262.

Fisher, P. L. and Wells, A. Experimental modification of beliefs in obsessive-compulsive

disorder: a test of the metacognitive model. Behaviour Research and Therapy, 2005; 43, 821–829.

Fisher, P. L. and Wells, A. Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: a case series. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 2008; 39, 117–132.

Frias A., Palma C., Nuria F., ve ark. Pychopathology ang quality of life among patients with comorbidity between schizophrenia and obsessive-compulsive disorder: no evidence for a "schizo-obsessive" subtype. Comprehensive Psychiatry 2014; 55:1165-1173.

Gay, K., Torous, J., Joseph, A., Pandya, A., Ve ark. Digital technology use among individuals with schizophrenia: results of an online survey. JMIR mental health, 2016; 3.2.

Genç-Açıkgöz D, Karakaş S. Bellek ve dikkat fonksiyonlarını ölçen nöropsikolojik testlerin faktör yapısı. 9. Ulusal Psikoloji Kongresi. Türk Psikologlar Derneği: 591- 596, 1996, Ankara.

Goldapple K, Segal Z, Garson C, et al. Modulation of cortical-limbic pathways in majör depression: treatment-specific effects of cognitive behavior therapy. Arch Gen Psychiat. 2015.

Goldner EM., Hsu L., Waraich P., Somers JM. Canadian Journal of Psychiatry, Prevalence and incidence studies of schizophrenic disorders: a systematic review of the literature. 2002; 47 (9): 833–43.

Goldstein R.Z., Giovanetti T., Schullery M., ve ark Neurocognitive Corrolates of Response to Treatment in Formal Thought Disorder in Patients with First-Episode Schizophrenia. Neuropsychiatry, Neuropsychology, and Behavioral Neurology Vol. 2002; 88-98.

Harris EC, Barraclough B., Excess mortality of mental disorder. Br J Psychiatry,1998;173:11 53.

Hatta K., Ito H. Strategies for early Non-Response to Antipsychotic Drugs in the Treatment of Acute-phase Schizophrenia. Clinical psychopharmacology and Neuroscience 2014;12(1):1-7.

Hultman CM, Öhnes A. Prenatal and neonatal risk factors for schizophrenia. Br J Psychiatr 1997; 170:128-133.

Hutton, P., Morrison, A. P., Wardle M., and Wells, A. Metacognitivee therapy in treatment resistans psychosis: a multiple-baseline study. Behav. Cogn. Psychother 2014; 42, 166 185.

İlgar MZ, Coşgun İS. Bilişsel davranış değiştirme ve motivasyonel görüşme. Eğitimde Kuram ve Uygulama 2019, 15(1): 47-73.

Jäger M., Riedel M., Obermeier M., ve ark. Time course of antipsychotic treatment response in Schizophrenia: Results from a naturalistic study in 280 patients. Schizophrenia Research 2010;118, 183-188.

Kane J., Honigfeld G., Singer J, Meltzer HY Clozapine fort he treatment resistant schizophrenia: a double blind comparison with chlorpromazine. Arch. Gen. Psychiatry 1988;45, 789-796.

Kao Y.C, Liu Y.P. Effects of age of onset on clinical characteristics in schizophrenia spectrum disorders. BMC Psychiatry 2010; 10:63. 1-11.

Kay S.R., Fiszbein A., Opler L.A. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. Schizophr Bull. 1987; 13(2): 261-76.

Kelly, J., Murray, R.M., van Os, J. The outcome of psychotic illness. In J.A. Lieberman, R.M. Murray (Eds.), Comprehensive care of schizophrenia (pp.37-58) 2001, London.

Kim, H. Y. (2013). Statistical Notes for Clinical Researchers: Assessing Normal Distribution Using Skewness and Kurtosis.Restorative Dentistry & Endodontics, 38(1), 52-54.

Kim, Y. J., & Lee, C. S. (2014). The Mediating Effect of Hope Between Stress and Suicidal İdeation of Adolescents. Journal of Digital Convergence, 12(6), 539-547.

Kostakoğlu AE, Batur S, Tiryaki A ve ark. Pozitif ve negatif sendrom ölçeğinin (PANSS) Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. Türk Psikoloji Dergisi, 1999;14: 23 32.

Kozielska M., Reddy P.V., Johnson M., ve ark. Sensitivity of individual items of the PANSS and items subgroups to differentiate between placebo and drug treatment in schizophrenia. Schizophrenia Reserch 2013;146: 53-58.

Kuperberg G.R. Language in Schizophrenia Part 1: an Introduction . Lang Linguist Compass. August 2010; 4(8): 576-589.

Law H., Morrison A.P. Recovery in Psychosis: A Delphi Study With Experts by Experience. Schizophr Bull 2014.

Lee YS, Cho Y. The Effect of Korean-Group Cognitive Behavioural Therapy Among Patients with Panic Disorder in Clinic Settings. J Psychiatr Ment Health Nurs 2016, 24(1): 28-40.

Leucht S. Measurement of Response, Remission and Recovery in Schizophrenia and Examples for Their Clinical Application. J Clin Psychiatry. 2014; 8-14.

Leucht S., Busch R., Kissling W., Kane J.M. Early Prediction of Antipsychotic Nonresponse Among Patients With Schizophrenia. J Clin Psychiatry 2007; 68(3)352-360.

Leucht S., J.M. Davis ve ark. Definitions of response and remission in schizophrenia: recommendations for their use and their presentations. Acta Psychiatr Scand Suppl 2009;(438):7-14.

Liddle, P. F., Ngan, E.T. C., Caissie, S. L., Anderson, C. M., Bates A. T., Quested, D. J., White, R., Weg, R. Thought and Language Index: an instrument for assesing thought and language in schizophrenia. British Journal of Psychiatry, 2002; 181:326-330.

Linden D. How psychotherapy changes the brain–the contribution of functional neuroimaging. Mol Psychiatr 2006;11(6):528-38.

Lysaker, P. H., Hamm, J. A., Vohs, J., Kukla, M., Pattison, M., Leonhardt, B., & Lysaker, J. T. Understand- ing the course of self-disorders and alterations in self-experience in schizophrenia: Implications from research on metacognition. Current Psychiatry Reviews 2008.

Marques T.R., Levine S.Z., Reichenberg A., ve ark. How antipsychotics impact the different dimensions of Schizophrenia: A test of competing hypotheses. European Neuropychopharmacology 2014.

M Villatte, JL Monestès, L McHugh, EF i Baqué, G Loas. Journal of behavior therapy and experimental psychiatry 2010;41 (2), 125-134.

Moritz, S., Andreou, C., Schneider, B. C., Wittekind, C. E., Menon, M., Balzan, R. P., & Woodward, T. S. Sowing the seeds of doubt: A narrative review on meta- cognitive training in schizophrenia. Clinical Psychology Review 2014;34, 358–366.

Niznikiewicz A.M., Kubicki M., Mulert C., Condray R. Schizophrenia as a Disorder of Communication. Schizophrenia Reserch and Treatment 2013: 1-4.

Rabinowitz J., Werbeloff N., Caers I., ve ark. deeterminations of Antipsychotic Response in Schizophrenia. Implications for Practice and Future Clinical Trials. J Clin Psychiatry 2014; 75:308-316.

Reitan RM. Trail Making Test. Manual for Administration and Scoring. Reitan Neuropsychological Laboratory. South Tucson, AZ. 1992.

Soygür H., Alptekin K., atbaşoğlu C., Herken H. 1.baskı TPD yayınları 2007.

Stauffer V., Case M., Kollack-Walker S., Ascher-Svanum H. Trajectories of response to treatment with atypical antipsychotic medication in patients with schizophrenia pooled from 6 double-blind, randomized clinical trials. Schizophrenia Research. Aug. 2001; (1-3) :1-9.

Ventura J., Nuechterlein K.H., Gren M.F., ve ark.The timing of negative symptom exacerbations in relationship to positive symptom exacerbations in the early course of schizophrenia. Schizophrenia Research 2004; 69,333-342.

Wahlund, T., Hesser H., Perrin S., Johansson S., Huhn V. Therapist-guided online metacognitive intervention for excessive worry: a randomized controlled trial with mediation analysis, 2021.

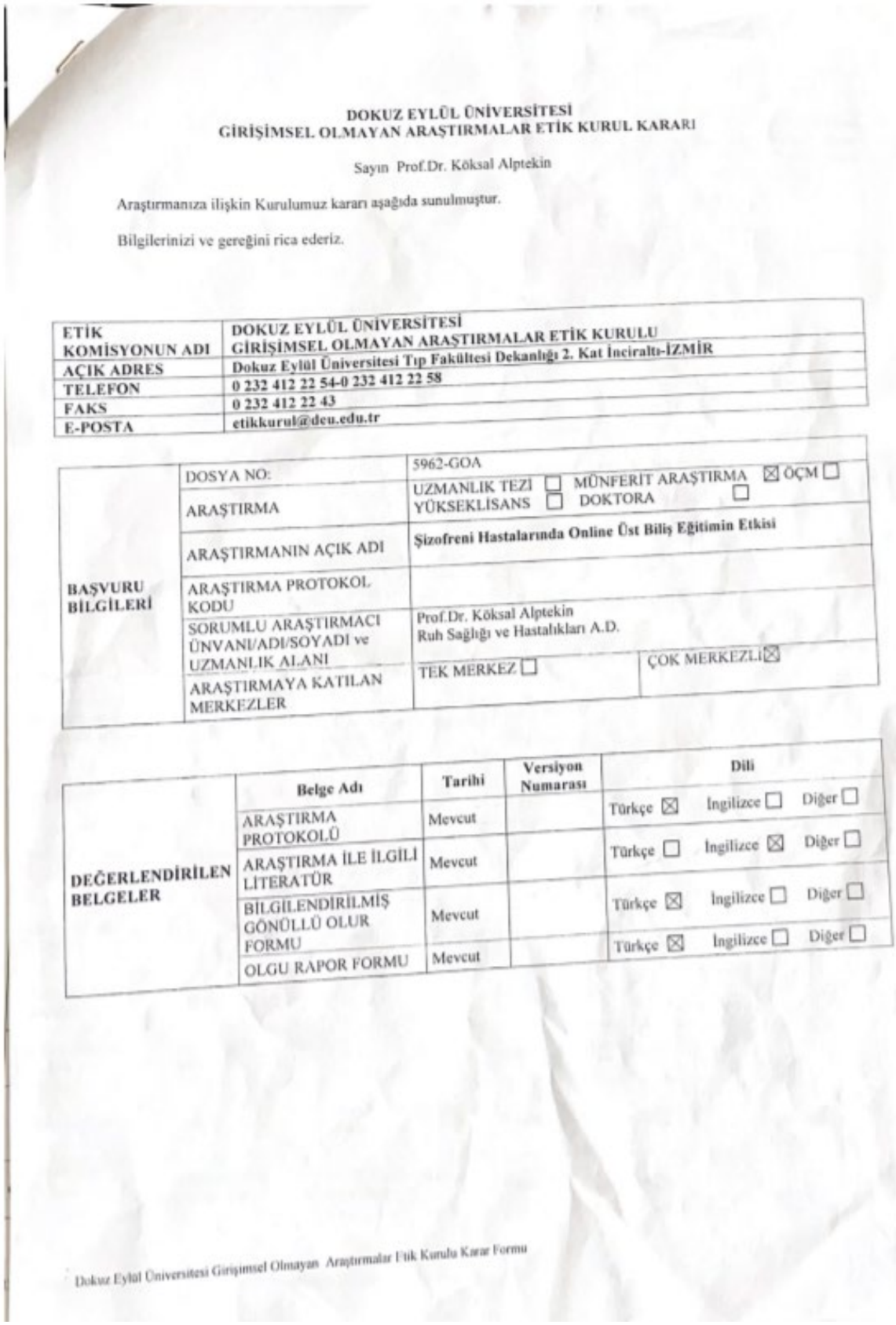
Wechsler D. Wechsler adult intelligence scale-III. New York: Psychological Corporation. 1997.

Wechsler D. Wechsler Memory Scale-Revised. San Antonio. TX: The Psychological Corporation. 1987.

Weinberger DR The biological basis of schizophrenia. J Clin Psychiatry 1997; 58 :22-27.

8.EKLER

EK 1



DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Sayın Prof.Dr. Köksal Alptekin

Araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederiz.

ETİK KOMİSYONUN ADI	**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**
AÇIK ADRES	**Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR**
TELEFON	**0 232 412 22 54-0 232 412 22 58**
FAKS	**0 232 412 22 43**
E-POSTA	**etikkurul@deu.edu.tr**

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	5962-GOA	
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ MÜNFERİT ARAŞTIRMA ☒ ÖÇM ☐ YÜKSEKLİSANS ☐ DOKTORA ☐	
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	**Şizofreni Hastalarında Online Üst Biliş Eğitimin Etkisi**	
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU		
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Prof.Dr. Köksal Alptekin Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☐	ÇOK MERKEZLİ ☒

	Belge Adı	**Tarihi**	**Versiyon Numarası**	**Dili**
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐ İngilizce ☒ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

EK 1

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2021/01-05	Tarih:04.01.2021
	Prof.Dr. Köksal Alptekin'in sorumlusu olduğu **"Şizofreni Hastalarında Online Üst Biliş Eğitimin Etkisi"** isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu

ETİK KURUL ÜYELERİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Sadık Kıvanç METİN (Başkan)	Kalp ve Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Sermin ÖZKAL (Başkan Yardımcısı)	Tıbbi Patoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Serkan YENER	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Pınar TUNCEL	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Murat BEKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEU Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Nil Hocaoğlu AKSAY	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Seher Özyürek	Muskuloskeletal Fizyoterapi - Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Tufan ÇANKAYA	Tıbbi Genetik	Tıbbi Genetik Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Ayfer DAYI	Davranış Fizyolojisi	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Korcan DEMİR	Pediatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Mahmut Cem ERGON	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr. Aylin Özgen Alpaydın	Göğüs Hastalıkları	DEU Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Öğr.Gör.Dr.Kıvanç YÜKSEL	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Bilişim A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
Av.Esra FIRTINA	Avukat	DEU Rektörlüğü Hukuk Müşavirliği	Kadın	E ☐	H ☒	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒	

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

EK 2

VERİ KAYIT FORMU

TARİH:

CİNSİYET: 1. Erkek ( ) 2. Kadın ( )

YAŞ:

ADRES:

TELEFON1:

TELEFON2:

YAKININ ADRES VE TELEFONU:

MEDENİ DURUM:1- Evli ( ) 2- Bekar ( ) 3- Boşanmış ( ) 4- Dul ( )

MESLEK:

İŞ: Son 6 aydır 1- Çalışıyor ( ) 2- Çalışmıyor ( )

ÖĞRENİM DURUMU: 1- İlköğretim ( ) 2- Lise ( ) 3- Yüksekokul ( ) 4- Lisans ( )

TOPLAM EĞİTİM YILI: ..... yıl

BAŞLANGIÇ YAŞI:

HASTALIK SÜRESİ:

TEDAVİYE BAŞLAMAK İÇİN GEÇEN SÜRE: ( ) ay

(Hastalığın başlangıcından ilk ilacı alana dek geçen süre)

HASTANE YATIŞ SAYISI: ( )

ADLİ ÖYKÜ: 1- Var ( ) 2- Yok: ( )

SUİSİD: 1- Var ( ) 2- Yok ( )

OBSESYON/KOMPULSİYON: 1- Var ( ) 2- Yok ( )

PANİK ATAK: 1- Var ( ) 2- Yok ( )

PANİK BOZUKLUK (DSM-IV) TANISI: 1- Var ( ) 2- Yok ( )

ALIŞKANLIKLAR: Sigara Paket/Gün: .....

Alkol: 1- Abuse ( ) 2- Bağımlılık ( ) 3- Yok ( )

Esrar: 1- Var ( ) 2- Yok ( )

Diğer:

EK 3

POZİTİF VE NEGATİF SENDROM ÖLÇEĞİ (PANSS):

POZİTİF BELİRTİLER ÖLÇEĞİ (P):

P1. SANRILAR:

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

1 YOK: Tanımla ilgili bir özellik yoktur.

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

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

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

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

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

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

P2. DÜŞÜNCE DAĞINIKLIĞI:

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

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

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

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

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

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

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

P3. VARSANILAR:

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

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

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

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

EK 4

CALGARY ŞİZOFRENİDE DEPRESYON ÖLÇEĞİ

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

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

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

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

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

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

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

0. Yok
1. Hafif: Kişi zamanın yarısından azında kendini itham altında hisseder ama suçlu hissetmez

EK 5

DIGIT SPAN

Belirtilen sayılar söylendikten sonra sırasıyla hatırlanması istenir.

Forward: Baştan sona
Backward: Sonda başa

Forward digit span task		Backward digit span task	
(1)	5 · 8 · 2	(1)	2 · 4
	6 · 9 · 4		5 · 8
(2)	6 · 4 · 3 · 9	(2)	6 · 2 · 9
	7 · 2 · 8 · 6		4 · 1 · 5
(3)	4 · 2 · 7 · 3 · 1	(3)	3 · 2 · 7 · 9
	7 · 5 · 8 · 3 · 6		4 · 9 · 6 · 8
(4)	6 · 1 · 9 · 4 · 7 · 3	(4)	1 · 5 · 2 · 8 · 6
	3 · 9 · 2 · 4 · 8 · 7		6 · 1 · 8 · 4 · 3
(5)	5 · 9 · 1 · 7 · 4 · 2 · 8	(5)	5 · 3 · 9 · 4 · 1 · 8
	4 · 1 · 7 · 9 · 3 · 8 · 6		7 · 2 · 4 · 8 · 5 · 6
(6)	5 · 8 · 1 · 9 · 2 · 6 · 4 · 7	(6)	8 · 1 · 2 · 9 · 3 · 6 · 5
	3 · 8 · 2 · 9 · 5 · 1 · 7 · 4		4 · 7 · 3 · 9 · 1 · 2 · 8
(7)	2 · 7 · 5 · 8 · 6 · 2 · 5 · 8 · 4	(7)	9 · 4 · 3 · 7 · 6 · 2 · 5 · 8
	7 · 1 · 3 · 9 · 4 · 2 · 5 · 6 · 8		7 · 2 · 8 · 1 · 9 · 6 · 5 · 3

EK 6

KATEGORİ AKICILIK TESTİ

1 dakika içerisinde aklınıza gelebilecek denizde, karada, havada yaşayan tüm hayvan isimlerini sayması istenir.

1-
2-
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-
13-
14-
15-
16-
17-
18-
19-
20-
21-
22-
23-
24-
25-
26-
27-
28-
29-
30-
31-
32-
33-
34-
35-
36-
37-
38-
39-
40-
41-
42-

EK 7

KONTROLLÜ SÖZCÜK ÇAĞRIŞIM TESTİ (KAS)
(SÖZEL AKICILIK TESTİ)

"Bu test için sizden 60 saniye içinde vereceğim harfle başlayan olabildiğince çok sözcüğü sıralamanızı istiyorum. Size verdiğim harfle başlayan her türlü kelime olabilir, özel isimlerin (Ankara, Hasan gibi) veya aynı sözcüğün farklı eklerle sonlandırılması dışında (kim, kimi, kiminle gibi). Ben durmanızı söyleyene dek sözcükleri saymaya devam edin ."
"Sormak istediğiniz bir şey var mı? Eğer yoksa başlayacağız."
"Ben başlayın dediğimde 'K' harfi ile başlayan tüm sözcükleri sayın."
Hazır mısınız? Başlayın. (zamanı başlatın)
"Ben başlayın dediğimde 'A' harfi ile başlayan tüm sözcükleri sayın."
Hazır mısınız? Başlayın. (zamanı başlatın)
"Ben başlayın dediğimde 'S' harfi ile başlayan tüm sözcükleri sayın."
Hazır mısınız? Başlayın. (zamanı başlatın)

K	A	S

Toplam Sözcük sayısı **Perseverasyon** **İntrüzyon**

-11-

EK 8

CAS						
Son 2 hafta boyunca aşağıdaki durumları ne sıklıkta yaşadınız?		Hiç	*Nadir, bir veya iki günden az*	*Birkaç gün*	*7 günden fazla*	*Son 2 haftada neredeyse her gün*
1.	Koronavirüs ile ilgili haberleri okuduğumda veya dinlediğimde başım döndü, sersemlemiş veya baygın hissettim.		0	1	2	3	4
2.	Koronavirüs hakkında düşündüğüm için uykuya dalma veya uykuda kalma konusunda sorun yaşadım.		0	1	2	3	4
3.	Koronavirüs hakkında düşündüğümde veya bilgiye maruz kaldığımda felç olmuş veya donmuş gibi hissettim.		0	1	2	3	4
4.	Koronavirüs hakkında düşündüğümde veya bilgiye maruz kaldığımda yemek yemeye ilgimi kaybettim.		0	1	2	3	4
5.	Koronavirüs hakkında düşündüğümde veya bilgiye maruz kaldığımda mide bulantısı hissettim veya mide problemleri yaşadım.		0	1	2	3	4
	Sütun Toplamları		____ +	____ +	____ +	____ +	____ +
					Toplam Puan _____		

Temel bilgiler
Koronavirüs anksiyete ölçeği (CAS; coronavirus anxiety scale), koronavirüs kriziyle ilişkili işlevsel olmayan anksiyete için kendi bildirimli bir ruhsal sağlık tarama aracıdır. Önemli sayıda insan, bulaşıcı bir hastalık salgını sırasında klinik olarak önemli korku ve anksiyete yaşadığından, CAS, klinisyenlere ve araştırmacılara, koronavirüs ile ilgili anksiyete nedeniyle işlevselliği bozulmuş bireylerin etkili bir şekilde tanınmalarına yardımcı olmak için geliştirilmiştir.

Psikometrik özellikleri
Amerika Birleşik Devletleri'nde ikamet eden yetişkinlerdeki bağımsız çalışmalar, CAS'ın sağlam faktöryel (tek-faktör; sosyodemografikler arasında değişmezlik) ve yapısal (kaygı, depresyon, intihar düşüncesi ve madde/alkolle başa çıkma ile korele) geçerliliği olan güvenilir bir ölçektir (> .90). CAS'ın teşhis özellikleri (%90 duyarlılık ve %85 özgüllük), Genel Anksiyete Bozukluğu-7 gibi ilgili tarama araçlarıyla karşılaştırılabilir.

Puanlama ve yorumlama
CAS'ın her bir maddesi, son iki haftadaki deneyimlere dayanarak 0'dan (hiç değil) 4'e (neredeyse her gün) 5-puanlık bir ölçekte derecelendirilmiştir. Bu ölçeklendirme biçimi DSM-5'in kesişen belirti ölçeği ile tutarlıdır. CAS toplam puanı ≥ 9, olması koronavirüs ile ilişkili işlevsiz anksiyeteyi gösterir. Belirli bir madde üzerindeki yüksek puanlar veya yüksek toplam ölçek puanı (≥ 9), bireyin daha ileri değerlendirme ve / veya tedavi gerektirebilecek sorunlu belirtilerini gösterebilir. Klinik karar CAS sonuçlarının yorumlanmasına rehberlik etmelidir.

Kullanım
CAS, klinik değerlendirme ve araştırmalarda kullanımını teşvik etmek için kullanıma açıktır. Bu nedenle, uygun atıfın yapılmasının ötesinde, başkaları tarafından çoğaltılması ve kullanılması için resmi bir izin gerekmez:
Lee, S. A. (2020). Coronavirus Anxiety Scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety. *Death Studies 44:* 393-401. https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1748481

Evren, C., Evren, B., Dalbudak, E., Topcu, M., Kutlu, N. (2020). Measuring anxiety related to COVID-19: A Turkish validation study of the Coronavirus Anxiety Scale. Death Studies (In press) https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1774969

Translated by Assoc. Prof. Cuneyt Evren, M.D., Bakirkoy Training and Research Hospital for Psychiatry Neurology and Neurosurgery, Istanbul, Turkey.

EK 9

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Şizofreni Hastalarında Online Üst biliş Eğitimin Etkisi

Şizofreni, dil, düşünce, duygulanım ve davranışlarda bozulmaların olduğu ruhsal durumun hemen tüm alanlarında belirti ve bulgular gösteren, genellikle gençlik yıllarında başlayan, başlangıcı ve sonlanışı hastadan hastaya ve süreç içinde değişen ve önemli ölçüde yeti yitimine yol açan bir rahatsızlıktır. Genel popülasyonda yaşam boyu şizofreni geliştirme riski yaklaşık olarak %1'dir. Şizofreni yaklaşımlarında, özellikle de tedavisinde değişimler olmaya başlamıştır. Antipsikotik ilaçlarla ilaç tedavisi hâlâ birincil tedavi yaklaşımıdır. İlaç tedavisine yanıt vermeyen, ya da yan etkiler veya iç görü eksikliği nedeniyle tedaviyi bırakan hastaların sayısının yüksekliği göz önüne alınarak tamamlayıcı psikoterapötik ve bilişsel tedavi stratejileri üstüne yapılan araştırmalar önem kazanmaktadır. Özellikle bilişsel-davranışsal tedavinin, ilaç tedavisine ek olarak yararlı olduğu kanıtlanmıştır. Metakognitif tedavi uygulanan bilişsel-davranışsal terapilerin başında gelmektedir. Metakognisyon (üst biliş) bilişin bilişidir. Yani bilişsel işlevleri kapsayan üst bilişi tanımlamakta ve bilişlerin oluşmasını içermektedir. Mevcut Üst biliş Eğitim Programı, şizofreninin bilişsel-davranışsal modelinin teorik temellerine dayanmaktadır, fakat farklı bir tedavi yaklaşımı kullanmaktadır. Üst biliş Eğitim Programının (ÜEP) ana amacı, hezeyan ve hezeyanlı düşüncelerin "bilişsel altyapısını" değiştirmektir.

Bu çalışmanın amacı, şizofreni hastalarında online Üst biliş Eğitim Programının hastalık belirtilerine olan etkisini araştırmaktır. Bu çalışmaya 48 katılımcı alınması planlanmıştır. Hastaların kontrollerinde herhangi bir müdahale olmadan öncelikli PANSS, ÇŞDÖ değerlendirmeleri online sistem üzerinden yapılacaktır. Kişilere uygulanacak olan online üst biliş eğitim programı etkisini de belirleyebilmek adına Belirtilerin Şiddetini Belirleme Ölçeği kullanılacaktır. Bu süreçte bilişsel ilişkiye bakılabilmek amacıyla Belirtilerin Şiddetini Belirleme Ölçeği, Digit Span, Kontrollü Kelime Çağrışım Testi, Kategori Akıcılık Testi, başında ve sonunda uygulanacaktır. Çalışmaya katılanlarda hasta grubu ön testlerin tamamı uygulandıktan sonra 6 hafta süren online Üst biliş Eğitim Programına katılacaklardır. 6 hafta süresince haftada 1 gün, günde 40 dakika online Üst biliş eğitim verilecektir. Hastaların program öncesi, sonrası ve 3 aylık takip sonucunda hastalık belirtileri diğer parametreler ile birlikte izlenecektir.

Yapılan bu araştırma, uzun vadede elde edilebilecek sonuçlar etkilenmiş kişi ve ailelere tedavi yöntemleri ile ilgili detaylı bilgi ve koruyucu önlemlerin geliştirilmesi amaçlı yarar sağlayabilecektir. Bu araştırmanın sonuçları yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılacak, size ait bilgiler gizli tutulacaktır. Araştırma sonuçlarının bunun dışında başka bir amaç için kullanılması söz konusu değildir. Bu çalışma sırasında uygulanacak testlerin ve araştırma ile ilgili gerçekleştirilecek diğer işlemlerin masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir. Bu çalışmada yer aldığınız süre içerisinde sağlık kayıtlarınız da gizli kalacaktır. Bununla birlikte kayıtlarınız kurumun yerel etik kurul komitesine ve Sağlık Bakanlığı'na açık olacaktır. Hassas olabileceğiniz kişisel bilgileriniz yalnızca araştırma amacıyla toplanacak ve işlenecektir. Çalışma verileri herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacak ve veriler izlenerek size ulaşılmayacaktır.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğinize bağlıdır ve çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekme hakkına sahipsiniz.

Gönüllünün Beyanı

Gönüllü Ad Soyad:	*Tarih ve İmza:*
Telefon:	

Gönüllü Yakını Ad Soyad:	*Tarih ve İmza:*
Telefon:	

[1]Görüşme Tanığı Ad Soyad:	*Tarih ve İmza:*
Telefon:	

[2]Araştırmacı Ad Soyad:	*Tarih ve İmza:*
Telefon:	

**1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi*

2: Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi

ÖZGEÇMİŞ



SİMAY ERİNÇ KURULTAYOĞLU

Kişisel Bilgiler

Öğrenim Bilgileri

01 Ekim 2018 - Şu Anda (3 yıl 4 ay)
Ön Lisans, Açıköğretim, ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
AÇIKÖĞRETİM FAKÜLTESİ, ÇOCUK GELİŞİMİ PR. (AÇIKÖĞRETİM)

06 Ağustos 2018 - Şu Anda (3 yıl 5 ay)
Yüksek Lisans, Tezli Program, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ, KLİNİK SİNİR BİLİMLER (YL) (TEZLİ)
Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 3.93 / 4.0

05 Eylül 2013 - 18 Haziran 2018 (4 yıl 10 ay)
Lisans, Anadal/Normal Öğretim, İZMİR EKONOMİ ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
FEN-EDEBİYAT FAKÜLTESİ, PSİKOLOJİ PR. (İNGİLİZCE) (%25 BURSLU)
Diploma Numarası: U-0103-494-9277
Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 3.52 / 4.0

Yabancı Dil Bilgileri

İNGİLİZCE (Okuma: İyi, Yazma: Orta, Konuşma: İyi)

Ar-Ge Yetkinlik

Makaleler

S. ERİNÇ KURULTAYOĞLU, A REAL ENVIRONMENT BASED VIRTUAL REALITY APPLICATION TO IMPROVE PHYSICAL HEALTH OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA, SCHIZOPHRENIA BULLETIN, 2020, 0586-7614, 46, 46, 76-77.

S. ERİNÇ KURULTAYOĞLU, A REAL ENVIRONMENT BASED VIRTUAL REALITY PSYCHOSOCIAL TREATMENT MAY HELP PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA TO INCREASE SOCIAL FUNCTIONING: A PRELIMINARY STUDY, SCHIZOPHRENIA BULLETIN, 2020, 0586-7614, 46, 46, 315-316.

Sayfa 1 / 2

TÜBİTAK Burs ve Destekleri

Proje Bilgileri

116S399, Şizofrenide Sanal Gerçeklik Yoluyla Sigara Bırakma Tedavisi, 1001 - Araştırma, Bursiu, Sonuçlandı, ARDEB, SBAG - Sağlık Bilimleri Araştırma Destek Grubu, Projeye Katılma/Ayrılma Tarihleri: 15.01.2019 - 18.02.2020, Proje Başlangıç/Bitiş Tarihleri: 15.05.2017 - 15.05.2020.

BİDEB Destekleri

SİMAY ERİNÇ KURULTAYOĞLU, Etkinlik Destekleri ve Eğitim Burslan Müdürlüğü, 2210-A Genel Yurt İçi Yüksek Lisans Burs Programı, Başvurusu Reddedildi, 2019 - 2, 01.10.2019 - 30.09.2021.

Panelistlik/İzleyicilik/Raportörlük Sayısı

Hakemlik/Panelistlik/Dış Danışmanlık Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0
İzleyicilik/Danışmanlık Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0
Raportörlük Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0