



T.C.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**ŞİZOFRENİK HASTALARDA MÜZİK TERAPİNİN  
RUHSAL DURUM ÜZERİNE ETKİLERİ**

SUNA FINDIKOĞLU

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Sibel DOĞAN

İKİNCİ DANIŞMAN

Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK

İSTANBUL-2015

## **TEŞEKKÜR**

Tez çalışmamın her aşamasında yardımlarını, ilgisini ve desteğini benden esirgemeyen danışmanım Yrd. Doç. Dr. Sibel DOĞAN'a

Tezime yaptıkları katkılarından dolayı ikinci danışmanım Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK'e

Çalışmamın veri tabanını oluşturan hastalara ve verilerin toplanmasında desteklerini gördüğüm Fransız Lape Hastanesi hemşirelerine,

Bu süreçte hep yanımda olan Sayın Alis ONAR'a

Hayatımın her aşamasında beni destekleyen kardeşim Sıla ŞAHİN'e en içten duygularıyla teşekkür ederim.

**Saygılarımla**  
**Suna Fındıkoğlu**  
**İstanbul/2015**

<b>İÇİNDEKİLER</b>	<b>Sayfa</b>
TEZ ONAYI .....	ii
BEYAN.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
İÇİNDEKİLER.....	v
TABLolar DİZİNİ.....	viii
TANIMLAR VE KISALTMALAR .....	ix
ÖZET.....	1
ABSTRACT.....	3
<b>1.GİRİŞ VE AMAÇ.....</b>	<b>4</b>
<b>2.GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>6</b>
2.1.ŞİZOFRENİ.....	6
2.1.1.Şizofreni Nedir.....	6
2.1.2.Şizofreni Epidemiyolojisi.....	7
2.1.3.Şizofreni Etiyolojisi.....	8
2.1.3.1.Genetik Faktörler.....	8
2.1.3.2.Beyinde Yapısal Değişiklikler.....	10
2.1.3.3.Nörokimyasal Değişiklikler.....	11
2.1.3.4.Nörofizyolojik Değişiklikler.....	12
2.1.3.5.Endokrin Faktörler.....	12
2.1.3.6.Viral ve İmmün Faktörler.....	12
2.1.3.7.Psikodinamik Açından Şizofreni.....	13
2.1.4.Şizofreninin Belirtileri.....	13
2.1.5.Şizofreni Tipleri.....	17
2.1.5.1.Katatonik Şizofreni.....	17
2.1.5.2.Dezorganize Tip Şizofreni.....	17
2.1.5.3.Paranoid Tip Şizofreni.....	18
2.1.5.4.Rezidüel Tip Şizofreni.....	18
2.1.5.5.Farklılaşmış Tip Şizofreni.....	18
2.1.6.Şizofreninin Prognozu.....	18
2.1.7.Şizofreninin Birey ve Aile Üzerine Etkileri.....	20

2.1.8.Şizofrenide Tedavi.....	22
2.2.Şizofreni Tedavisinde Yardımcı Diğer Yöntemler.....	26
2.2.1.Psikososyal Tedaviler.....	26
2.2.1.1.Bilişsel –Davranışçı Terapi.....	26
2.2.1.2.Sosyal Beceri Eğitimi.....	26
2.2.1.3.Psikiyatrik Rehabilitasyon.....	27
2.2.1.4.Grup Tedavileri.....	27
2.2.1.5.Aile Terapisi.....	28
2.2.1.6.Dans Terapisi.....	28
2.3.Müzik Terapi.....	28
2.3.1. Müzik Terapi nedir?.....	28
2.3.2.Müzik Terapinin Ruhsal ve Fizyolojik Etkileri.....	31
2.3.3.Şizofreni ve Müzik Terapi.....	34
<b>3.GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>37</b>
3.1.Araştırmanın Tipi.....	37
3.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	37
3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	37
3.4.Araştırmanın Uygulanması.....	37
3.5.Araştırmanın Değişkenleri.....	37
3.6.Veri Toplama Araçları.....	38
3.7.Verilerin Değerlendirilmesi.....	40
3.8.Etik Kurulu Onayı.....	40
3.9.Araştırmanın Sınırlılıkları.....	40
<b>4.BULGULAR.....</b>	<b>41</b>
<b>5.TARTIŞMA.....</b>	<b>47</b>
<b>6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>52</b>
<b>7.KAYNAKLAR.....</b>	<b>54</b>
<b>8.EKLER.....</b>	<b>70</b>
Ek 1:Anket Formu.....	70
Ek-2:NBDÖ ve PBDÖ.....	71
Ek-3:PUKİ Ölçeği.....	78
Ek-4:Kısa Yorgunluk Ölçeği.....	80

Ek-5: Uygulama İzin Formu .....	81
Ek-6:Etik Kurulu Onayı.....	82
Ek-7:Özgeçmiş.....	84

## TABLULAR DİZİNİ

<b>Tablo No</b>	<b>Sayfa No</b>
<b>Tablo 2.1:</b> Genel Populasyonda Şizofreni Prevelansı.....	7
<b>Tablo 2.2:</b> Şizofreni Akrabalarında Şizofreni Olma Riski.....	9
<b>Tablo 2.3:</b> Şizofreni Hastasında Beyinde Önemli Ayırt Edici Bulgular....	10
<b>Tablo 2.4:</b> En Sık Görülen Negatif Semptomlar ve Tanımları.....	15
<b>Tablo 2.5:</b> DSM-IV'e göre Şizofreni Tanı Kriterleri.....	16
<b>Tablo 2.6:</b> Şizofrenide Prognoza Eşlik Eden Faktörler.....	20
<b>Tablo 2.7:</b> Stres, Aile ve İlaç Uyumu.....	22
<b>Tablo 4.1:</b> Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı.....	41
<b>Tablo 4.2:</b> Hastaların Yaş, Hastalık ve Tedavi Süreci ile İlgili Bazı Değişkenlerinin Ortalama Sürelerine Göre Dağılımı.....	42
<b>Tablo 4.3:</b> Müzik terapi Öncesi ve Sonrası Hastaların “Negatif Belirti” Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	43
<b>Tablo 4.4:</b> Müzik terapi Öncesi ve Sonrası Hastaların “Pozitif Belirti” Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	44
<b>Tablo 4.5:</b> Müzik terapi öncesi ve sonrası hastaların “uyku kalitesi” puan ortalamalarının dağılımı .....	45
<b>Tablo 4.6:</b> Müzik terapi Öncesi ve SonrasıHastaların “Yorgunluk” Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	46

## **TANIMLAR VE KISALTMALAR**

**DSM-IV**: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition

**EKT** : Elektrokonvülsif Tedavi

**KYE** : Kısa Yorgunluk Envanteri

**NBDÖ** : Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği

**NMDA** : N-methyl-D-aspartate receptor

**PBDÖ** : Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği

**PUKİ** : Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi

**SANS** : Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği

**SAPS** : Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği

## ÖZET

# ŞİZOFRENİK HASTALARDA MÜZİK TERAPİNİN RUHSAL DURUM ÜZERİNE ETKİLERİ

## The Effects of Music Therapy on Mood in Patients with Schizophrenia

Araştırma şizofrenik hastalarda müzik terapinin ruhsal durum üzerine etkilerini belirlemek amacı ile deneysel olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Fransız Lape hastanesinde şizofreni tanısı ile yatmakta olan hastalar, örneklemini ise bu hastalardan çalışma koşullarını taşıyan 22 şizofreni hastası oluşturmuştur. Hastalara, müzikterapi olarak Bûselik makamındaki eserler canlı olarak dinletilmiştir. Çalışmamızın verileri; hastaların sosyodemografik bazı özellikleri ile hastalıkla ilgili özelliklerini kapsayan 10 sorudan oluşan anket formu, müzik terapi öncesi ve sonrasında ruhsal durumlarının değerlendirilmesi için SANS ve SAPS değerlendirme ölçekleri, yorgunluk düzeylerini değerlendirmek için kısa yorgunluk ölçeği, uyku kalitesini değerlendirmek için ise Uyku kalitesi ölçeği (PUKİ) kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistik olarak yüzdellik, aritmetik ortalama, standart sapma değerleri, müzik terapi öncesi ve sonrası ölçüm değerlerinin karşılaştırmalarında Wilcoxon Signed Ranks Testi kullanılmıştır.

Çalışmamız sonucunda; hastaların kadın ve erkek hasta sayılarının eşit olduğu, %45.5'inin lise mezunu, %72.7'sinin bekâr ve %90.9'unun ilacını isteyerek aldığı saptanmıştır. Hastaların yaş ortalamasının  $58.40 \pm 09.35$  yıl, hastalık süresinin  $28.18 \pm 13.58$  yıl; hastanede kalış süresinin  $10.45 \pm 11.13$  yıl ve ilaç kullanım süresinin ise  $26.45 \pm 12.74$  yıl olduğu belirlenmiştir. Çalışmada, müzik terapi uygulamaları sonrasında hastaların negatif ve pozitif belirti puanlarında anlamlı düzeyde azalma saptanmıştır ( $p=0.00$ ). Hastaların uyku kalitesi ve yorgunluk puan ortalamalarına bakıldığında ise müzik terapi uygulamaları sonrasında uyku kalitesinde düzelmeyi ve yorgunluk hissinde azalmayı gösteren düşüşler olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ). Çalışmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda müzik terapi gibi tamamlayıcı tedavi yöntemlerinin şizofreni tanılı hastalarda standart hemşirelik uygulamaları içinde yer alması için girişimlerde bulunulması ve müzik terapinin yaygınlaştırılması, benzer çalışmaların daha geniş bir örneklem grubu içinde yapılması ve sonuçların karşılaştırılması önerilmiştir.



**Anahtar Kelimeler:** Negatif Belirti, M¼zik Terapi, Pozitif Belirti, Şizofreni, Uyku kalitesi, Yorgunluk, B¼selik makamı

## ABSTRACT

Research was carried out experimentally to determine the effects of music therapy on mood of patients with schizophrenia. The population of the study was formed with patients with schizophrenia who stayed in the French hospital Lape and the samples consisted of 22 patients with schizophrenia who have the working conditions of these patients. Patients listened Bûselik maqam music therapy with live instrument. Our study data was collected using some patients' socio demographics features of the disease and questionnaire which consists of features about patience with 10 questions, music therapy before and after the SANS and SAPS rating scale for evaluating the mental state, short fatigue scale to assess the level of fatigue, sleep to assess the quality of the sleep quality scale (PSQI). In evaluation of the data; Wilcoxon Signed Ranks Test was used in descriptive statistics as a percentage, standard deviation, arithmetic mean the comparison of the measurements before and after music therapy.

Based on our work; it was determined being equal number of male and female patients, 45.5% of high school graduates, 90.0% who take the drugs and 72.7% single. The mean age of  $58.40 \pm 09:35$  in patients with disease duration of  $28.18 \text{ years} \pm 13:58$ ;  $10:45 \pm 11:13$  The year of the duration of hospitalization and medication use was determined to be  $26.45 \pm 12.74$  years time. In the study, in scores of patients' negative and positive symptom after the application of music therapy were determined decreased significantly ( $p = 0.00$ ). When we look at the patients' mean score of sleeping quality and fatigue the improvement in the quality of sleep and fatigue after music therapy applications that show a reduction of the fall but was found not to be statistically significant ( $p > 0.05$ ). Complementary therapies for schizophrenia to be taken to be included in the standard nursing practice for patients such as music therapy, according to results obtained in the study and dissemination of music therapy, done in a larger sample group of similar studies and comparison of results were suggested.

**Key Words:** Fatigue, Music Therapy, Negative symptom, Positive symptom, Schizophrenia, Sleep quality, Bûselik Maqam

## 1.GİRİŞ ve AMAÇ

Şizofreni hastalığı dünyada ve ülkemizde en önemli ruh sağlığı sorunlarından biridir. Genç yaşta başlayan, kişinin duygu düşünce ve davranışlarında ortaya çıkan önemli bozukluklarla giden, işlevselliğin önemli derecede bozulduğu, etiyojisi tam olarak belirlenememiş, farklı klinik tabloları olan, kronik bir ruhsal hastalıktır (Öztürk ve Uluşahin, 2011; Işık, 1997; Sadock and Sadock, 2007; Weinberger and Harrison, 2011). Şizofreni, Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre 15-44 yaş arası kişilerde, hastalığının oluşturduğu yeti yitimiyle engelliğe en çok neden olan ilk 10 hastalık arasındadır (Satorius and Florez-Arbeloda, 2008). Şizofreni her toplum ve her coğrafi bölgede görülen bir bozukluktur. Şizofreninin yaşam boyu prevalansının ortalama %1 olduğu kabul edilmektedir (Kültür, 2007). Erkeklerde ve kadınlarda eşit yaygınlıkta görülmekle birlikte, iki cinsiyette hastalığın başlama yaşı ve gidişi farklıdır. En sık ortaya çıktığı yaş dönemi erkeklerde 15-25, kadınlarda ise 25-35 yaşlarıdır. Erkek hastalarda hastalık daha ağır seyretmektedir (Kaplan and Sadock, 2004).

Şizofreni klasik olarak alevlenme ve remisyonlarla giden bir hastalıktır. Hastaya tanı konduktan sonra ilk 5 yıl içerisindeki hastalık seyri genellikle hastalığın gidişinin nasıl olacağı hakkında fikir verir. Geçirilen her epizod hastanın işlevselliğinde daha fazla yıkıma neden olur (Ceylan ve Çetin, 2005; Kaplan and Sadock 2004). Uzun süreli izlem çalışmaları şizofreni hastalarının küçük bir oranının tamamen düzeldiğini büyük çoğunluğunun ise yıllarca bilişsel yetersizlikler ve psikososyal sorunlarla karşılaşmayı sürdürdüklerini göstermektedir (Sönmez, 2009). Şizofreni tedavisinin temelini oluşturan antipsikotik ilaçların, hastalığın başlangıç, alevlenme ve koruyucu tedavi aşamalarındaki etkinliği açıklanmakta ve uzun süre kullanımlarında alevlenme riskini azalttığı belirtilmektedir (Aker ve Yazıcı, 2000; Sofuoğlu, 2000). Ancak hastalarda ekstrapramidal yan etkilere yol açmaları ve yaşam kalitelerini olumsuz etkilemeleri, hastaların ilaç kullanımlarını sınırlandırmaktadır (Gülseren ve Erol, 2000).

Şizofreni hastalarında farmakolojik ve psikososyal tedavinin birlikte kullanıldığı yaklaşımlardan yararlanılması ve psikososyal yaklaşımların dikkatli bir

şekilde ilaç tedavisiyle bütünleştirilip, hastaların desteklendiği tedavi programları günümüzde giderek önem kazanmaktadır (Yıldız, 2000; Sayıl, 2000). Psikososyal yaklaşımlar hastaların yaşam kalitesi, kişiler arası ilişkileri, tedavi uyumsuzluğu, işlev bozukluğu gibi sorunların düzelmesinde yardım sağlamaktadır. Şizofreni hastalarının tedavisinde kullanılan psikososyal yaklaşımlar, aile terapisi, grup terapisi, bilişsel davranışçı terapi, sosyal beceri geliştirme terapisi, müzik terapi ve psikoeğitimden oluşmaktadır (Heinssen et al. 2000).

Dünya Müzik Terapi Federasyonu, müzik terapiyi ‘Bir kişi veya grubun fiziksel, duygusal, sosyal ve kognitif ihtiyaçlarını karşılamak üzere gereksindiği iletişim, ilişki, öğrenme, ifade, mobilizasyon, organizasyon ve diğer ilgili terapötik öğeleri geliştirmek ve artırmak için müziğin ve/ veya müzikal elemanların (ses, ritm, melodi ve harmoni) eğitilmiş bir müzik terapisti tarafından tasarlanarak kullanılması’ olarak tanımlar (Birkan, 2014). Dünyada hem ruhsal hem de fizyolojik rahatsızlıkların tedavisinde bir araç olarak müzik terapinin önemi uzun yıllardır kabul görmektedir. Müziğin psikolojik rahatsızlıklar üzerindeki tedavi edici etkisi ilk çağlardan bu yana bilinmesine rağmen bunu ortaya koyan kanıta dayalı çalışmalar oldukça sınırlıdır. Bu çalışma şizofreni hastalarında müzik terapinin ruhsal durum üzerine etkilerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

## **2.GENEL BİLGİLER**

### **2.1.ŞİZOFRENİ**

#### **2.1.1.ŞİZOFRENİ NEDİR?**

Şizofreniyi ilmi şekilde inceleyen ilk bilim adamı Alman psikiyatristi E. Kraepelin (1896) olmuştur (Veague, 2007; Ebert et al. 2003). O Fransız alimi M. Morel'in 'Erken akıl zayıflığı' (1852), E. Hekker'in 'Hebefreniya' (1871), K. Kalbaum'un 'Katatoniya' (1890) ve M. Manyan'ın 'Kronik sanrılama Psikozları' (1891) adları ile tanımladıkları ruh hastalık formlarını 'Erken Akıl Zayıflığı' adı altında birleştirerek şimdiki şizofreni hastalığının gidişinin esas seyrini ortaya koymuştur (İsmailov ve Özakkaş, 1998; Frese et al. 2009). Şizofreni kelimesi karmaşık bir beyin hastalığıdır, kelime anlamı olarak bölünme veya çoğul kişilik anlamına gelmektedir (Veague, 2007; Carlson, 2002; Pastorino and Doyle, 2011).

Şizofreni genç yaşta başlayan, insanın kişiler arası ilişkilerden ve gerçeklerden uzaklaşarak, kendine has bir içe-kapanım dünyasında yaşadığı, düşünüş, duyuş ve davranışlarda önemli bozukluklarla belirli bir psikozdur (Saygılı, 2011). Şizofreni her kültürden, yaşamın her kesiminden gelen insanlarda görülebilir ve karakteristik belirtileri uzun süre önce saptanmıştır. Bu bozukluğun özellikleri çeşitli belirtiler içerir ve algılama, düşünme hareket, benlik duygusu ve başkalarıyla ilişkilerde aşırı tuhaflıklar da bunlara dahildir (Butcher et al.2011). Bir toplum sorunu olarak şizofreni, toplumsal, ekonomik ve duygusal maliyeti çok ağır olan bir hastalıktır (Soygür, 2003). Şizofreni bireysel, ailesel, toplumsal ve ülke ekonomisini ilgilendiren boyutlarda yaygın etkisi olan, dolayısıyla tedavisinde mutlaka titiz ve aceleci davranılması gereken ciddi bir hastalık olarak görülmelidir (Candansayar, 2005). Şizofreni, genel toplumdaki yaşam boyu düşük yaygınlığına rağmen önemli yeti yitimine yol açmaktadır. Türkiye'de yaşam yılına uyarlanmış yeti kaybına yol açan hastalıklar arasında erkeklerde 9. ve kadınlarda 11. sırada yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2006).

## 2.1.2.ŞİZOFRENİ EPİDEMİYOLOJİSİ

Genellikle şizofreni kendini ilk defa, kadın ve erkekte aynı oranda olmak üzere, 15 ila 35 yaşları arasında yani genç yetişkinlik çağında gösterir. Şizofreninin başladığı ortalama yaş (genellikle başlangıç yaşı olarak gösterilir) 25'tir. Erkeklerde ortalama olarak kadınlardan biraz daha genç yaşta başlar (Işık ve ark. 2008). Bazen daha erken (10 yaşında), bazen de daha geç (60 yaşında) başlayabilir (Jones and Buckley, 2006). Her 200 kişiden birinde şizofreni oluşur (Wundarink and Kaymaz, 2002). Erkeklerde duygusal belirtiler hariç daha sık görüldüğü tutarlı bir bilgidir Yaşam boyu yaygınlığı kadın ve erkekte her iki cinsiyette de %1'dir. Dünyanın pek çok yerinde görülmektedir. Hastalığın başlangıcı; genç adölesan/erken yetişkinlik dönemidir. (Jones and Buckley, 2006; Mcgrath et al. 2004; Aleman et al 2003).

İlk hastaneye yatıştaki ortalama yaş:

-Kadınlarda 15-24 yaş

-Erkeklerde 25-34 yaş

**Tablo 2.1. Genel Popülasyonda Şizofreni Prevelansı** (Sadock and Sadock, 2011; Pastorino and Doyle, 2011; Compton, 2009).

POPULASYON	PREVELANS
Genel popülasyon	%1
İkiz olmayan şizofreni hastaları	%8
Anne-baba herhangi biri şizofreni ise	%12
Çift yumurta ikizlerinde	%12
Ebeveynlerin her ikisi de şizofreni ise	%40
Tek yumurta ikizlerinde	%47

### 2.1.3.ŞİZOFRENİNİN ETİYOLOJİSİ

Şizofreninin birkaç risk faktörü bulunmasına rağmen henüz tam nedeni belirlenmemiştir. Genetik sebepler için kuvvetli deliller bulunmaktadır. Stresli hayat olaylarının hastalığın ortaya çıkmasında rol oynadığı kanaati yaygındır. Bazı şizofrenik hastaların beyinlerinde özellikle temporal loblarda strüktürel değişiklikler bulunmuş ama bunun hastalığın oluşumunda yeterli olmadığı görülmüştür (Yavuz, 2008; Wundarink and Kaymaz, 2002; Davidson, 2012; Diyatev, 2006).

Şizofreni ile ilgili araştırmalardan elde edilen bulguların değişkenliği dikkat çeken bir özelliktir. Bu değişkenlik sıklıkla, şizofreninin etiyojisi, belirtileri ve seyri bakımından heterojen bir hastalık olmasına bağlanır. Ancak hastalığın ve tedavinin değişik aşamalarında incelenen hastalardan elde edilen bulguları genellemek neredeyse olanaksızdır. Son yıllarda giderek önem kazanan, ilk psikotik epizodu geçirmekte olan ya da ilk kez hastaneye yatan şizofren hastalarla ilgili çalışmalar bu tür sorunlara yanıt aramaktadır (Üçok, 2008).

Şizofreni etiyojisi ile ilişkili faktörler şunlardır:

- 1.Genetik faktörler
- 2.Beynin yapısal değişiklikleri
- 3.Nörokimyasal değişiklikler
- 4.Nörofizyolojik değişiklikler
- 5.Endokrin faktörler
- 6.Viral ve İmmün Faktörler (Jacobsan, 2006; Allen et al.2011).

#### 2.1.3.1.Genetik Faktörler

Şizofreninin genetik etiyojisini araştıran başlangıçtaki çalışmalar aile, ikiz ve evlat edinme çalışmalarına dayanıyordu. Yapılan bu çalışmalarla kalıtımın şizofreni etiyojisindeki rolü bir risk etkeni olarak kesinlik kazanmıştır. Ayrıntılı araştırma sonuçlarına göre, şizofreni etiyojisinde genetik %81'lik kalıtlabilirlik oranı ile ana role sahipken, çevre etkisinin %11 civarında olduğu bildirilmiştir (Acar ve Kartalcı, 2014). Klasik aile, ikiz, evlat edinme çalışmalarının yanı sıra son yıllarda şizofreni konusunda moleküler genetik çalışmaları oldukça artmıştır (Ulaş ve ark.

2008). Şizofreninin bağlantı noktaları olarak birkaç kromozom bölgesi üzerinde odaklanılmaya başlanmıştır (Abay ve Tekin, 2004). Bu zamana kadarki genetik çalışmalar şizofrenide kromozom 5, 6, 8, 10, 13 ve 15'in ilişkili olduğunu göstermiştir. Bu tür veriler şizofrenide genetiğin rolünü desteklemesine rağmen, aynı zamanda kimin şizofreni geliştirip geliştirmemesinin kararında başka faktörlerinde rol oynadığını net olarak göstermektedir (Jacobsan, 2006).

Tek yumurta ikizlerinde şizofreni konkordans oranlarının çift yumurta ikizleri ve sıradan kardeşlere oranla kayda değer oranda yüksek olduğu rutin olarak ve birçok çalışmada görülmüştür (Butcher et al. 2011).

**Tablo 2.2. Şizofreni Akrabalarında Şizofreni Olma Riski** (Ceylan, 2009).

<b>Akrabalık derecesi</b>	(Risk %)
<b>Birinci derece akrabalar</b>	
Anne-Baba	4.4
Kardeşler	8.5
Anne ve Babanın sağlam olduğu durum	8.2
Anne ya da Babadan birinin hasta olduğu durum	13.8
Çift yumurta İkizi (Aynı Cinsiyetten)	12.0
Çift yumurta İkizi (Karşı Cinsiyetten)	5.6
Tek yumurta İkizi	57.7
Çocuklar	12.3
Anne ve babanın her ikisi de şizofren	36.6
<b>İkinci derece akrabalar</b>	
Amca, Dayı, Teyze, Hala	2.0
Kardeşin çocukları	2.2
Torun	2.8
Üvey Kardeş (Anne ya da Baba bir)	3.2
<b>Üçüncü derece akrabalar</b>	
İlk kuzenler	2.9
Genel popülasyon	0.86



### 2.1.3.2.Beyinde Yapısal Değişiklikler

Yapısal beyin görüntüleme, işlevsel görüntüleme ve histopatolojik çalışma bulguları, beyinde en çok etkilenen bölgelerin frontal ve temporal loblar olduğunu işaret etmektedir (Ertuğrul, 2005). Ventriküllerde genişleme bulgusu; son yıllarda hastalık öncesi uyumu bozuk olan, nöroleptiklere iyi yanıt vermeyen, pozitif belirtileri az, negatif belirtileri çok, nöropsikolojik test anormallikleri gösteren ve kötü prognozlu şizofreniklerde yan ventriküllerde genişleme ve kortikal atrofi olduğunu gösteren veriler artmıştır (Öztürk ve Uluşahin, 2011).

**Tablo 2.3. Şizofreni Hastasında Beyinde Önemli Ayırt Edici Bulgular** (Mueser and Jeste, 2011).

<b>BEYİN BÖLGESİ</b>	<b>BULGULAR</b>
Genel	Beyin hacminde küçülme
	Ventriküler hacimde artma
Kortikal	Frontal lobda küçülme (özellikle dorsolateral prefrontal korteks ve orbitofrontal ve dorsomedial bölgede)
	Frontal lob sinir hücrelerinde artma
	Temporal lob hacminde artma (özellikle medial temporal lob ve süperior temporal lob bölgesinde)
	Temporal planum asimetrisinde azalma
	Paryetal lobda potansiyel hacim azalması
	Serebellar bulgularda tutarsızlık
Subkortikal	Talamik hacimde azalma
	Talamakortikal arasında ileti azalması
	Tipik antipsikotik ilaç tedavisi ile bazal ganglio hacminde artma
	Bazal ganglio hacminde özellikle tedavi öncesi azalma
Beyaz Cevher	Oblingodendrosit sayısında azalma
	Çeşitli beyin bölgelerinde beyaz cevherde azalma, (temporal, frontal ve korpus kallozum)

### **2.1.3.3.Nörokimyasal Değişiklikler**

#### **Dopamin Hipotezi**

Dopamin hipotezi 1950' lerde fenotiyazinler ve klorpromazin gibi antipsikotik ilaçların etkileri gözlemlendiğinde beyinde dopamin metabolizmasının etkilendiği görüldükten sonra ortaya atılmıştır (Lemke and Williams, 2012). Şizofrenide dopamin hipotezi bugüne kadar ortaya atılmış, biyolojik alandaki en tutarlı hipotezdir (Ceylan, 2009). Carlsson ve Lindqvist'in 1963 yılında yayınladıkları yazı dopamin hipotezinin çıkış noktası olarak kabul edilmektedir. Dopaminle ilgili çalışmaların sonuçları incelendiğinde şizofrenide özet olarak şu dört değişikliğin meydana geldiğini görmekteyiz.

- Dopamin ve metabolitlerin düzeyleri son derece değişkenlik göstermektedir.
- Normal kontrollerle karşılaştırıldıklarında kronik ve tedaviye direnç gösteren hastalarda dopamin turnoverinin azaldığı izlenimi edilmektedir.
- Dopamin turnoveri akut semptomatolojiyle pozitif, kronikleşme belirtileriyle ise negatif korelasyon göstermektedir.
- Santral dopamin düzeyleri ise artmaktadır.

Yani şizofrenide dopamin turnoveri hem yavaşlamış hem de düzensizleşmiştir. Yavaşlama esas olarak dopamin salınımındaki azalmadan, düzensizleşme ise geri besleme mekanizmalarındaki bozukluktan ileri gelmektedir (Önder ve Küçükada, 1999; Davidson, 2012). Korteks altı özellikle basal ganglionlar, dopamin kuramı bağlamında önemlidir (Arkonaç, 1996).

#### **Nörepinefrin**

Norepinefrinin doğrudan şizofreni ile bağlantılı olduğuna dair bir kanıt yoktur, ancak norepinefrinin stres ve anksiyetede rolü düşünülerek, nüksün erken belirleyicisi olması mümkündür (Henry and Donald, 2002).

#### **Serotonin**

Serotonin, çeşitli beyin bölgelerinde farklı etkiler ortaya çıkararak dopamin nöronları üzerinde düzenleyici bir etki göstermektedir. Bu etki teorik olarak bir taraftan ekstrapiramidal yan etki riskinin azalmasına yol açarken, diğer taraftan da

atipik antipsikotiklerin negatif belirtilere etkisini düzenlemektedir (Davis and Janicak, 1996; Pilowski et al. 1996).

### **GABA İnhibitörleri**

GABA inhibitörleri beyin ve şizofreni patofizyolojisinde gittikçe ilgi odağı olmaya başlamıştır. GABA internöronlarının şizofreni hastalığında azaldığı görülmez. (Janicak, 2014).

### **2.1.3.4.Nörofizyolojik Değişiklikler**

Belli davranış şekilleri ile belli beyin bölgeleri veya sistemleri arasında bir ilişki olduğu varsayımları, şizofreninin klinik özellikleri ile beyin işlevleri, sistemleri arasında ilişki kurma çalışmalarında yol göstermektedir. Soyutlama, sözel akılcılık, zihinsel esneklik, kavramlaştırma bozuklukları gibi süregiden negatif, eksiklik belirtileri frontal lob işlev bozukluğu ile ilişkilidir ve şizofreni kadar frontal lob yaralanmalarının sekellerinde de gözükür. Sanrılar, varsanılar gibi pozitif belirtiler temporal-limbik sisteme bağlanmıştır (Arkonaç, 1996).

### **2.1.3.5.Endokrin Faktörler**

Şizofrenide endokrin sistem anomalileri belirtilmiştir. Örneğin şizofrenik hastalara uygulanan deksametazon testinde, normale göre daha yüksek oranda nonsupresyon ortaya çıkmaktadır. Bunun kötü prognoz ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Luteinizan hormon ve folikül uyarıcı hormon düzeylerinde azalma olduğu, tirotropin salgılatıcı hormon ya da gonodotropin salgılatıcı hormon ile yapılan uyarılmaya karşı prolaktin ve büyüme hormonu yanıtlarının küntleştiği, aynı zamanda apomorfine büyüme hormonu yanıtının da küntleştiği bulunmuştur. Bu bulgular şizofreninin negatif belirtilerinin varlığıyla ilişkili bulunmuştur (Köroğlu ve Güleç 2000).

### **2.1.3.6.Viral ve İmmün Faktörler**

Şizofreninin olası nedenleri arasında viral enfeksiyonlara da yer verilmektedir. Gebeliğin son dönemlerinde viral enfeksiyon geçiren annelerin

çocuklarında şizofreni görülme riski olduğu teorisi ortaya atılmıştır fakat bununla ilgili henüz güçlü bir kanıt yoktur (Yıldız, 2005). Şehirlerde, kırsal bölgelere göre şizofreninin daha yaygın görülmesinin, viral enfeksiyonların kalabalık ortamlarda daha hızlı yayılmasına bağlı olabileceği ileri sürülmektedir. Şizofreni etiolojisinde suçlanan bazı virüsler sitomegalovirüs ve herpes simplex ailesinde yer alan DNA virüsleridir (Köroğlu ve Güleç, 2000).

### **2.1.3.7.Psikodinamik Açıdan Şizofreni**

Psikodinamik açıdan şizofreni egonun parçalanması olarak görülür. Ego, id (dürtü kontrolü yapar) ve süper ego (ahlaki değerleri belirtir) arasında denge kurar. Freud'a göre aile tarafından anormal yetişen bireylerde id istekleri sınırlı kalır ve zayıf, kırılabilir bir ego gelişir. Bu egonun dağılmasına ve id'in yaşantıdaki genel kontrolünü kaybetmesine yol açar. Ego parçalandığı için kişi artık gerçeklik ve diğer arzu ve fantezileri ile ilgili gerçeklik algısını kaybeder. Bireyde bir bebeğin talepkar davranışları gibi kendini önemseyen hezeyanlar vardır. Halüsinasyonlar ve hezeyanlar ortaya çıkar, ego gerçeklik duygusunu kazanmak için çalışır. Bu teori 1950 ve 1960'lardan sonra çeşitli nedenlerden dolayı kabul edilmemektedir (Gençtan, 2011).

### **2.1.4.ŞİZOFRENİNİN BELİRTİLERİ**

Şizofreni birkaç hafta hatta birkaç gün içinde ortaya çıkan ani değişikliklerle ortaya çıkabilir. Şizofren hastaların belirtileri; düşünce, algı ve dikkat, motor davranışlar, duygular gibi çeşitli temel alanlardaki bozuklukları kapsar. Şizofren olarak tanı alan bireylerin sorunları yaygındır. Ancak tanı alan kişilerde genellikle yalnızca bazı belirtiler vardır (Davison and Neale, 2014).

Şizofreni hastalarının değerlendirilmesinde iki ana odak noktası şunlardır:

- 1.Akut psikotik özellikler (genelde pozitif semptomlar olarak nitelendirilirler).
- 2.Bilişsel duygusal ve psikososyal işlevsellikte uzun süreli kalıcı bozulmalar (bunlar 'negatif' ya da 'deficit' sendrom olarak adlandırılırlar) (Ceyhun, 2000).

### *Pozitif Belirtiler:*

- 1-Konuşmada düzensizlik, stereotipiler, aşırı konuşmadan hiç konuşamamaya varan değişiklikler.
- 2-Duygulanımda uygunsuzluk, taşkınlıklar çocuksuluk.
- 3-Bilinç açık iken görme ve işitme varsanıları, yanılısamalar (halüsinasyonlar, illüzyonlar).
- 4-Düşüncede ağrışım bozukluğu: Kopukluklar, kaymalar mantıksal zincirin bozulması, düşünce dağılması, acayip çağrışımlar, anlaşılması güç bağlantılar.
- 5-Düşüncede somutlaştırmaya eğilim.
- 6-Düşünce içeriğinde acayip, gerçeklikten çok uzak, tutarsız sanrılar.
- 7-Düşüncelerin ve davranışların dışarıdan gizli bir yolla etkilenmesi.
- 8-Hareketlerde acayip yinelemeler, dona kalım durgunluğu, ya da taşkınlığı, garip regresif davranışlar (Ceylan ve etin, 2005; Meser and Jeste, 2011).

### *Negatif Belirtiler*

- 1-Aşırı içe kapanma, toplumdandan ekilme.
- 2-İlgi ve dikkat azalması.
- 3-Duygulanımda azalma, küntleşme, vurdumduymazlık.
- 4-Konuşmada, düşüncede fakirleşme.
- 5-İstek ve istenç azalması.
- 6-Kendine bakma ve sorumluluk almada azalma.
- 7-Hareket ve eylemde azalma, yavaşlama (ztrk ve Uluşahin 2011; Ceylan ve etin, 2005; Kültür, 2007; Mueser and Jeste, 2011) .

**Tablo 2.4. En Sık Görülen Negatif Semptomlar ve Tanımları**

Semptom	Tanım
Aloji	Konuşmada belirgin yoksulluk veya konuşma içeriğinde yoksulluk
Duygulanımda düzleşme	Duygusal anlamada azalma
Anhedoni	Zevk almama
Asosyallik	Sosyal ilişkilerde ilgisizlik
Avolisyon	Motivasyon eksikliği
Apati	Genel ilgisizlik

(Weinberger ve Harrison 2011).

*Bilişsel Semptomlar;*

- 1-Konsantrasyon zorluğu.
- 2-Hafıza problemleri.
- 3-Problem çözmede zorluk.

*Duygusal Semptomlar;*

- 1-Depresyon.
- 2-Duygudurumda dalgalanmalar.
- 3-Suisid düşüncesi (Davidson, 2012; Basavanthappa, 2011).

## Tablo 2.5. DSM-IV'E GÖRE ŞİZOFRENİ TANI KRİTERLERİ

(Amerikan Psikiyatri Birliği, 2007; Koroğlu, 2004; Comptont, 2009; Saygılı, 2011).

A-Karakteristik belirtiler: Bir aylık dönem boyunca (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa süre), bu sürenin önemli bir kesiminde aşağıdakilerden ikisinin ya da daha fazlasının) bulunması:
1-Hezeyanlar (Sanrılar)
2-Hallüsinasyonlar (varsanılar)
3-Dezorganize (karmakarışık) konuşma (mesela, çağrışımlarda dağınıklık, sık sık konu dışı sapmalar gösterme veya koherans)
4- İleri derecede dezorganize ya da katatonik davranış
5-Negatif semptomlar, yani affektif donukluk (tekdüzelik), aloji (konuşamazlık) ya da avolasyon
NOT:Hezeyanlar bizar (saçma, mantıkdışı)ise veya hallüsinasyonlar kişinin davranış ya da düşünceleri üzerine sürekli yorum yapmakta olan seslerden veya iki veyahut daha fazla sesin birbiriyle/birbirleriyle konuşmasından oluşuyorsa. A teşhis kriterinden sadece bu belirtinin bulunması yeterlidir.
B. Toplumsal/mesleki fonksiyon bozukluğu: İş, kişilerarası ilişkiler veya kendine bakım gibi önemli işlevsellik alanlarından bir ya da birden fazlası, bu bozukluğun başlangıcından beri geçen sürenin önemli bir kesiminde, bu bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altında kalmıştır. (başlangıcı çocukluk veya ergenlik dönemine uzanıyorsa, kişilerarası ilişkilerde, eğitimle ilgili ya da mesleki başarıda beklenen düzeye erişilememiştir.
C. Süre: Bu bozukluğu süregiden belirtileri en az 6 ay süreyle kalıcı olur. Bu 6 aylık süre, en az bir ay süreyle (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre) A teşhis kriterini karşılayan belirtileri kapsamalıdır: prodromal ya da rezidüel dönemlerde, sadece negatif semptomlarla ya da A tanı ölçütünde sıralanan iki veya daha fazla belirtinin daha hafif biçimleriyle (örn. Acayip inanışlar, olağandışı algısal yaşantılar) kendilerini gösterebilir.
D. Şizoaffektif bozukluğun ve duygudurum bozukluğunun dışlanması: şizoaffektif bozukluk ve pskiotik özellikler gösteren duygudurum bozukluğu dışlanmıştır,

çünkü yağ (1) aktif-evre belirtileri ile birlikte aynı zamanda majör depresif, manik ya da mikst nöbetler ortaya çıkmamıştır veya (2) aktif-evre belirtileri sırasında duygudurum epizotları ortaya çıkmışsa bile bunların toplam süresi aktif ve rezidüel dönemlerin süresine göre daha kısa olmuştur.

E. Madde kullanımının / genel tıbbi durumun dışlanması: bu bozukluk bir maddenin (mesela kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) doğrudan fizyolojik etkilerine ya da genel tıbbi bir duruma bağlı olarak ortaya çıkmamıştır.

F. bir yaygın gelişimsel bozuklukla olan ilişkisi: otistik bozukluk veya diğer bir yaygın gelişimsel bozukluk öyküsü varsa, ancak en az bir ay süre ile (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre) belirgin hezeyan veya halüsinasyonlarda varsa şizofreni ek tanısı konabilir.

## **2.1.5.ŞİZOFRENİ TİPLERİ**

### **2.1.5.1.Katatonik Şizofreni**

Katatonik şizofreni şizofreninin sık rastlanılmayan bir alt tipi olup; katalepsi veya stupor, istemli hareketlerde postür alma, aşırı negativizm, mutizm, manyerizm, ekolali ve ekopraksi gibi stereotipik hareketler şeklinde klinik belirtiler gösterir. Atipik antipsikotikler, benzodiazepinler, EKT ve NMDA antagonistlerinin katatonik şizofreninin tedavisinde etkili olduğu bildirilse de, halen katatonik şizofreninin etkin tedavisi hakkındaki bilgiler yetersizdir (Köroğlu, 2004; Öztürk ve Uluşahin, 2011.)

### **2.1.5.2.Dezorganize tip şizofreni**

Şizofreninin bu alt tipi genellikle 25 yaşından önce ortaya çıkar. Hasta genelde aktiftir ancak amaçsız yapısal olmayan şekilde davranır. Düşünce bozukluğu belirgindir, gerçeklik ile temas kötüdür (Sadock and Sadock, 2011). Konuşma dağınıktır ya da konuşulanların takibi güçtür. Hasta aynı sözcüklerle ya da tutarsızca konuşabilir, bazen kahkaha atabilir. Duygulanım düz ya da çok değişkendir, anlaşılmayan gülme ya da ağlama nöbetleri görülür. Hastanın



davranışları tümüyle çok düzensizdir (Davison and Neale, 2014; Köroğlu, 2004; Öztürk ve Uluşahin, 2011). Kişisel hijyenleri eksiktir (Davidson, 2012).

### **2.1.5.3.Paranoid tip şizofreni**

Şizofreninin en sık görülen türü olan paranoid şizofreni bazı dönemlerden geçerek gelişir. İnsan ilişkilerinde ortaya çıkan güçlükler ve artan bir kuşkuculuk eğilimi çoğu kez ilk belirtilerdir (Gençtan, 2011). Şizofreninin paranoid tipi bir ya da daha fazla hezeyan ya da işitsel halüsinasyonlarla karakterizedir. Klasik olarak grandiyöz ve perseküsyon sanrıları mevcuttur (Sadock and Sadock, 2011). Paranoid alt tipindeki hastaların genel işlevleri daha üst düzeyde, bilişsel becerileri de daha sağlam olma eğilimindedir, yine de aradaki fark çok büyük değildir ve bütün bilişsel alanlarda tutarlı değildir. Paranoid tip şizofreni hastalarının prognozu genellikle diğer alt tiplere oranla daha iyidir (Butcher et al. 2011).

### **2.1.5.4.Rezidüel tip şizofreni**

Daha önce geçirilmiş bir ya da daha fazla sayıda şizofrenik dönemin kalıntı belirtilerini tanımlar (Gençtan, 2011). Şizofreninin rezidüel alt tipi duygusal körleşme, sosyal çekilme, ekzantirik davranış, mantıksız düşünce ile karakterizedir (Sadock and Sadock, 2011; Allen et al. 2011).

### **2.1.5.5.Farklılaşmamış Tip Şizofreni**

Şizofreninin bu alt tipi genel tanı ölçütlerini (sanrılar, halüsinasyonlar, dağınık düşünceler ve tuhaf davranışlar) karşılar, ancak paranoid, dezorganize, katotonik ve rezidüel tiplerin hiç birini karşılamayan belirtilerle karakterizedir (Allen et al. 2011; Butcher et al. 2011).

## **2.1.6.ŞİZOFRENİNİN PROGNOZU**

1950'lerden önce şizofreni prognozu karamsardı. Tedavi seçenekleri çok kısıtlıydı. Ajite hastalara deli gömleği giydirilir ya da elektrokonvülfif 'şok' tedavisi

uygulanırdı. Çoğu hiçbir zaman çıkmamak üzere uzak ve yasaklı kurumlarda yaşardı. 1950'lerde 'antipsikotik' olarak adlandırılan bir ilaç sınıfı ortaya çıktığında dramatik bir ilerleme yaşandı. Farmakoterapi (ilaçla tedavi) ruh ve sinir hastalıkları hastanelerindeki ortamı hızla değiştirdi (Butcher et al. 2011). Şizofreni hastalığının klinik görünümünün rengarenkliği, seyirinin değişikliği, etiopatogenezinin tam öğrenilmemesi, hastalığın bütüncül olarak sistemleştirilip ortaya konmasını bugüne kadar engellemiştir. Birçok durumda sakin gidişli şizofreni belirgin belirtilerle, şiddetli nöbetler ise belirtilerin ortadan kaybolması ile ortaya çıkabilir. Bazen hastalığın klinik seyri ek etkenlerin (Enfeksiyon, Psikik travma, somatik ve nörolojik hastalıklar) tesiri altında değişebilir (İsmailov ve Özakkaş, 1998). Klinik sonuçlar üzerine yürütülen çalışmalar şizofreninin ortaya çıkmasından 15 ila 20 yıl sonra hastaların yaklaşık %38'inde genel olarak istenir sonuçlara ulaşıldığını ve bu hastaların iyileşmiş olarak kabul edilebileceğini gösteriyor (Harrison et al. 2001). Uzun süreli izlem çalışmaları şizofreni hastalarının küçük bir oranının tamamen düzeldiğini büyük çoğunluğunun ise yıllarca semptomlar, bilişsel yetersizlikler ve psikososyal sorunlarla karşılaşmayı sürdürdüklerini göstermektedir (Sönmez, 2009).

-Tamamen iyileşen akut hastalar	%20
-Tekrarlayan akut hastalar	%20
-Akut olarak başlayan kronik hastalar	%20
-Gizli (sinsi) başlayıp kronikleşen hastalar	%20
-Suisid (intihar) ile kaybedilen hastalar	%10-15

Tekrarlayan akut epizodlu hastalar sıklıkla önceki seviyede iyileşemezler. Her relapstan sonra yavaş yavaş ağırlaşır. Suicid riski, genç hastalarda hastalığın ilk dönemlerinde, iç görü bozukluğunda, umutsuzluk ve hastalık etkilerinin ciddi devamında yüksektir (Yavuz, 2008). TC Sağlık Bakanlığının 2011 yılında hazırlamış olduğu Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planında özürlelikle kaybedilen yaşam yıllarının ilk 20 nedeni arasında şizofreni erkeklerde %55.9, kadınlarda ise %54.8 olarak belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2011).

**Tablo 2.6. Şizofrenide prognoza eşlik eden faktörler**

Şizofrenide iyi prognoza eşlik eden faktörler şunlardır:	Şizofrenide kötü prognoza eşlik eden belirtiler
<ul style="list-style-type: none"><li>-Premorbid fonksiyonların iyi olması, geç başlangıç, kadın cinsiyet, net olarak presipite edici olaylar, akut başlangıç</li><li>-Duygudurum bozuklukları, kısa aktif faz, epizodlar arası dönemde fonksiyonellik, evlilik, rezidüel semptomlarda azalma, daha az kronik negatif semptomlar</li><li>-Yapısal beyin anomalilerinde azalma, normal nörolojik işlevsellik</li><li>-Duygudurum bozukluğu ve ya negatif şizofreni için pozitif aile öyküsü</li><li>-Paranoid ve katatonik belirtiler</li><li>- Aile içinde eleştirici ortamın olmayışı</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Başlangıcın sinsi olması</li><li>-Sosyal geri çekilme otizm</li><li>-Genç yaşta başlama</li><li>-Ayrılmamış ve dezorganize tip şizofreni</li><li>-Bekarlık, boşanmışlık, dul olma</li><li>-Ailede şizofreni öyküsü</li><li>-Destek sistemlerin kötü oluşu</li><li>-Süreğen seyir</li><li>-Negatif belirtiler, kısıtlı ve künt affekt</li><li>-Ortaya çıkarıcı bir olayın olmayışı</li><li>-Hastalık öncesi sosyal, cinsel ve iş işlevselliğinin kötü olması</li><li>-Nörolojik belirti, ve bulguların olması</li><li>-Perinatal travma öyküsü olması</li><li>-Duygu dışavurumunun yüksek oluşu, eleştirici aile ortamı</li><li>-Psikotik saldırganlığın oluşu</li><li>-Yinelemelerin sık oluşu</li></ul>

(Yüksel, 2001; Dülgerler, 2014; Köroğlu, 2004; Uçanay ve Sönmez, 2008; Jacobsan, 2006).

### **2.1.7.ŞİZOFRENİNİN BİREY VE AİLE ÜZERİNE ETKİLERİ**

Şizofreni hastalığı bireyin duygulanım, düşünce, algılama ve davranışlarını olumsuz yönde etkilediğinden hastalar rollerini yerine getirmede zorluk yaşamakta ve sürekli ailenin bakım ve desteğini almak zorunda kalmaktadırlar (Bademli ve Duman, 2011). Aileler ve arkadaşlar şizofreni hastasının görünümünden ve duygu durumundan büyük ölçüde etkilenirler (Carlson, 2002). Hastanın saldırgan olduğu

ve etrafına zarar verebileceği düşünülduğünde toplumdan tecrit edilebilmektedir. Böyle olduğunda, tedavi için gelinen adres doğru olsa bile, hastalığa bakış açısı ve tutumlar tedaviye yanıtı ve hastalığın gidişini olumsuz etkiler. Bu durum hastalığın yinelenmesine sebep olurken, toplumsal baskı da aile bireyleri üzerinde ruhsal yönden olumsuz etkilere neden olmaktadır (Orhan, 2002).

Antipsikotik kullanımı ve yeni kuşak antipsikotiklerin bulunması ile sağlık hizmetlerinin yaygınlaşması nedeniyle artık hospitalizasyon eskisi kadar sık değildir. Aileler bu hastalık hakkında bilgilenmeye başladıklarından beri yakınlarına kendileri bakmayı tercih etmektedirler (Balcıoğlu ve Başer, 2008). Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin ailelerinin bakım verme sürecinde aile işlevselliğini sürdürmek için kullandıkları baş etme stratejilerinin yetersiz olduğu ve bakım verenlerin baş etmelerini geliştirmek için profesyonel desteğe ihtiyaç duydukları belirtilmektedir (Lui et al. 2007). Şizofrenide ilaç tedavisine karşın yinelemenin olması, yinelemelerle ilişkili olabilecek kişisel ve çevresel etkenlerin tedaviye dâhil edilmesini zorunlu kılmaktadır. Özellikle hastane tedavisi sonrasında toplumsal destek kaynakları olmadığında, hastalar çevrelerine uyum sağlayamamakta, gelişme gösterememekte, hastalar ve aileler için zor bir dönem başlamakta, aile üyelerinin bakımla ilgili sorumluluğu artmaktadır. Şizofreni hastalarına ve ailelerine uygulanan sosyal beceri eğitim programları ve psikoeğitim programları orta düzeyde yapılanmış problem çözme gruplarından yüksek düzeyde yapılanmış programlara kadar değişir (Duman ve ark. 2007). Şizofreni toplumdan uzaklaşmaya, yalnız başına yaşamaya yol açabileceği gibi bazıları rahatsızlıklarına rağmen toplumsal ilişkilerini bir ölçüde koruyabilir, mesleklerini sürdürebilirler. Rahatsızlığı olan insanların yakınları utanç ya da suçluluk duyguları yaşayabilirler. Aile ortamında her yaptıklarına karışılan, sürekli öfke dolu davranışlara, eleştirilere maruz bırakılan insanların ilaçlarını düzenli olarak kullansalar bile sık sık rahatsızlandıkları görülmektedir (Saka, 2005). Şizofreni hastalarının aileleriyle yapılan çalışmalarda, aile üyelerinin bazılarının şizofreni hakkında yeterli bilgisinin olmadığı, hastalarına karşı aşırı eleştirel ve koruyucu olabildikleri, bu davranışların nüksetme oranlarını artırdığı belirtilmiştir (Orhan, 2002). Şizofreni hastasını yönetmede son yıllarda önemli gelişmeler olmuştur (Carlson, 2002). Aile davranışçı terapileri ya da psikoedükasyonunun da

kullanıldığı vakalarda relaps oranı %25 iken, sadece ilaç tedavisi kullananlar bu oran %65 tir (Balcıoğlu ve Başer, 2008).

**Tablo 2.7. Stres, aile ve ilaç uyumu** (Balcıoğlu ve Başer, 2008)

İlaç alımı	Aile ile ilişki	Taburculuktan sonraki 9 aylık relaps oranı (%)
Var	Duygudurum az dışavurumu	12
Var	Duygudurumun artmış dışavurumu, Haftada 35 saatten az ilişki	42
Yok	Duygudurumun artmış dışavurumu, Haftada 35 saatten fazla ilişki	92

### 2.1.8.ŞİZOFRENİDE TEDAVİ

Özel haller dışında antipsikotikler temel tedavidir. Ancak ilaçla birlikte psikoterapötik ve çevresel yaklaşımların ortak kullanımı tedavinin etkinliğini artırmaktadır. Sanrılar, varsanılar ve bizar davranışlar büyük ölçüde antipsikotiklerle kontrol edilebilirler. Bu ilaçlar emosyonel küntlük ve sosyal geri çekilmeyi düzeltmezler (Üçok, 2008; Wundarink and Kaymaz, 2002). İlaç tedavisine uyumsuzluk şizofreni hastalarında sık karşılaşılan bir sorundur. İlaç tedavisine uyumsuzluğun nedenleri arasında, kişinin hastalığa karşı iç görüşünün olmaması veya yetersiz olması, hastanın psikotik düzeydeki psikopatolojisi, ilaç kullanımına karşı hastanın yaşadığı kuruntu ve korkular, hastalığın seyri gibi doğrudan kişinin mevcut psikiyatrik durumuyla ilgili nedenler sayılabileceği gibi; ilaçlara bağlı ortaya çıkan yan etkiler, ilaç rejimine uymada yaşanan sorunlar, sosyal ve çevresel desteğin yetersiz olması, ekonomik güçlükler, tedaviye karşı yetersiz bilgilendirme veya tedaviyi yanlış yorumlama, bölgenin ve hastanenin şartları, hastanın ve çevresinin ilaç tedavisine ve ruhsal hastalığa karşı tutumu, ilaç kullanımının toplumsal hayatta yarattığı düşünülen güçlükler, kültürel inançlar (özellikle toplumumuzda sıkça

görülen medyum, şifacı, hoca gibi insanlardan yardım beklentileri), tedavi konusunda görülen baskı gibi etkenler de belirleyici rol oynamaktadır (Çobanoğlu, 2003). İlaç uygulaması şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarda tedavinin temel unsurudur (Çobanoğlu, 2003; Sadock and Sadock, 2007; Müeser and Jeste, 2011).

#### *Antipsikotik İlaçlar:*

Yeni kuşak antipsikotikleri de kapsayan antipsikotik ilaç tedavileri pozitif semptomları belirgin ölçüde, negatif semptomları ılımlı ölçüde düzeltmektedir; ancak bilişsel yetersizlik ve psikososyal işlevsellik üzerine etkileri çok azdır. Hastaların büyük çoğunluğunda antipsikotik ilaçlarla tedavi semptom kontrolüne yardımcı olur, ancak premorbid işlevsellik düzeyine ulaşma ya da beklenen rol performansını geliştirme üzerine pek etkisi yoktur. Ayrıca şizofrenik hastaların %20 ya da daha fazlasında antipsikotik tedaviye yanıt vermeyen psikotik semptomlar bulunur, daha da fazla oranda hastada rezidüel bulgular mevcuttur. Günümüzde hangi şizofreni hastasında hangi antipsikotiğin öncelikle yararlı olacağını öngörebilmek henüz mümkün değildir (Yağcıoğlu, 2007; Sönmez, 2009; Yüksel, 1998).

Antipsikotik ilaçların gelişim öyküsü, klorpromazinin bulunmasıyla başlar. Klorpromazinden sonra birçok yeni antipsikotik geliştirilerek kullanıma sunulmuştur. Antipsikotikler şizofreni sağaltımının temelini oluşturmaktadırlar ve günümüzde şizofreni sağaltımında antipsikotiklere önceliği olan başka bir somatik sağaltım yöntemi yoktur. Şizofreni tanısı konduktan sonra bir an önce sağaltıma başlanması gerekmektedir. Dolayısıyla, sağaltımın başlangıç aşamasında antipsikotiklerin kullanılıp kullanılmama kararından çok hangi ilacın ne dozda kullanılacağı kararının verilmesi uygun olacaktır (Gülseren ve Erol, 2000; Soykan, 2000).

Tam etki mekanizmaları bilinmemektedir.

1.Önemli farmakolojik özellikleri şunlardır:

-Antipsikotik etkinlik.

-Yüksek dozlarda (toksik olamayan) kullanılmaları durumunda derin koma ya da anestezi ortaya çıkmaz

-Fiziksel ya da psikik bağımlılık geliştirmez.

2.Şizofreninin, düşünce bozukluğu, halüsinasyonlar, sanrısız düşüncelerle uğraşma, duygulanım değişiklikleri, otizm, etkilenme düşünceleri ve referans düşünceleri gibi belirtilerini baskılar.

3.Negatif semptomlar (Anhedoni, motivasyon yokluğu, düşünce yoksulluğu, bilişsel bozukluklar gibi) atipik nöroleptiklere ya da pimozide daha iyi yanıt verirler (Yağcıoğlu, 2007).

#### *Klasik (tipik) antipsikotik ilaçlar*

Klasik antipsikotik ilaçlar şizofrenide özellikle pozitif belirtilerin sağaltımında etkin olan dopamin reseptör antagonistleridir (Gülseren ve Erol, 2000).

Klasik antipsikotikler, benzer etki mekanizmalarına sahiptir ve etki güçleri D2 reseptörünü bloke etme oranına göre belirlenir. Böylece, bu antipsikotiklerin hastalara göre secimi, farklı farmakodinamik mekanizmalardan çok, yan etki profillerine göre yapılır (Özalmete, 2006). Bir çok yan etki gelişicidir; süregiden yan etkilerin bir çoğu ilaçlarla düzeltilebilir, ancak en iyisi dozun ya da ilacın değiştirilmesidir (Köroğlu, 2004).

#### *Klorpromazin*

İlk antipsikotik ilaçtır. Fransa'da Delay ve Deniker (1952) tarafından tesadüfen bulunmuştur. Etki mekanizması dopamin reseptör blokajı olduğu gösterilmiştir. Hasta yanıtı canlı ve yaygın olmuştur; birkaç hafta içinde giderek artan bir iyileşme olmuştur. Yan etkileri arasında parkinsonizm ve akatizi gibi motor etkiler ve de hipotansiyon, sedasyon ve amenore yer alır (Gabbard, 2009; Bosch and Moritz, 2009). Şizofrenik hastaların, akıl hastanelerinde yatan hasta konumuna geçmeleri konvansiyonel antipsikotikler sayesinde gerçekleşmiştir. Bugün bu hastaların %95'inden fazlası relaps geçirirler veya rezidüel semptomları olsa bile hastane dışında yaşayabilmektedirler. Hastanın hissettiği rahatsızlığı ölçmek her ne

kadar zor ise de, antipsikotiklerin yan etkileri bütün olarak değerlendirildiğinde, bunlar gribal enfeksiyonla birlikte olan semptomlarınkinden daha fazla değildir (Sofuoğlu, 2000).

#### *EKT (Elektrokonvülsif Tedavi)*

Şizofrenide ilk sıra tedavi antipsikotiklerdir, yine EKT de bir tedavi seçeneği olabilir. Psikotik belirtilerde EKT'ye iyi yanıt gösteren çalışmalarda, genellikle EKT ve standart antipsikotikler birlikte kullanılmıştır. Yalnız ilaç tedavisine kısmi yanıt gösteren şizofreni hastalarında EKT kullanımını destekleyen sınırlı çalışma vardır. Bu çalışmalarda da EKT antipsikotiklerle birlikte kullanılmıştır. Şizofrenide EKT'nin etkinliğinin atipik antipsikotiklerle kıyaslandığı herhangi bir çalışma yoktur. Şizofrenide EKT'nin etkinliği ile ilgili kanıtların en güçlü olduğu hastalar, hastalık süresi daha kısa, akut başlangıçlı, daha yoğun affektif belirtileri olan hastalardır. Bir çalışmada EKT'nin ilk atak şizofrenide özellikle kısa erimde etkili olduğu bildirilmiştir (Tomruk, 2007; Atagün ve ark. 2012).

Halüsinasyonlar, sanrılar ve çok tuhaf davranışları olan akut hastalarda EKT'nin geçici faydaları olabilir. Normalde şizofrenik hastaların EKT'ye yanıtı kısıtlı olduğundan bir yakının kaybı ve ya yaşanan ortamdan ayrılma gibi zaman sınırlı bir stresör varlığında EKT kullanmak daha uygun olacaktır (Jacobsan, 2006). Hastaların bazıları birkaç EKT ile süratli bir şekilde düzelme gösterirse de tedaviye devam edilmesi ve en az 7 seanslık bir kürün tamamlanması tavsiye edilmektedir. Dirençli vakalarda sayı arttırılabilir ve tedaviye cevap alınıncaya kadar EKT'ye devam edilebilir (Tosun, 2010).



## **2.2.ŞİZOFRENİ TEDAVİSİNDE YARDIMCI DİĞER YÖNTEMLER**

### **2.2.1.PSİKOSOSYAL TEDAVİLER**

#### **2.2.1.1.BİLİŞSEL-DAVRANIŞÇI TERAPİ**

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) hem bilişsel hem de davranışçı tedavilerin yaklaşımlarını birleştirir. İlkeleri ilk kez Beck ve arkadaşları tarafından depresyona yönelik bir tedavi el kitabında belirlenmiştir (Jacobsan, 2006).

Bilişsel yaklaşım; duygusal bozuklukların kavranmasını ve tedavisini hastanın günlük deneyimlerine yaklaştırır. Hasta için bir anlam ifade edecektir, çünkü bir şekilde hastanın daha önceki öğrenme deneyimleri ile ilgilidir ve acı dolu semptomlara neden olan hali hazırdaki yanlış kavramsallaştırmalarıyla nasıl etkin bir biçimde başa çıkacağını öğrenmekte yararlanabileceği kişisel kapasitesine yönelik özgüvenini harekete geçirebilir. Bilişsel-davranışçı terapi yaklaşımları ruh durumu ve kaygı bozukluklarının yanı sıra diğer bir çok durumda yaygın olarak kullanılan bir tedavi biçimidir (Beck, 2005).

Bilişsel terapistler hastanın ‘otomatik düşüncelerine’ ve ya ‘bilişsel’ çarpıtmalarına, yani olumsuz duygudurumla bağdaşan bilinçli ve kendiliğinden düşüncelerine odaklanır (Leahy, 2007). BDT tedavisinde değişimi kolaylaştırmak için davranışçı teknikler sürece entegre edilmiştir. Hastanın kontrol edebildiği ve zevk aldığı deneyimleri artırabilmek için düşünce durdurma, gevşeme ve dürtü kontrolü gibi özel egzersizler günlük aktiviteleri gözleme ve ayarlama gibi kombine edilebilir. Kademeli görevler verme ve sistematik kademeli maruz bırakma yöntemleri de kullanılabilir (Jacobsan, 2006).

#### **2.2.1.2.SOSYAL BECERİ EĞİTİMİ**

Şizofreni hastaları, semptomları kontrol altına alındığında bile, arkadaşlık kurmada, bir iş bulup sürdürmede ve bağımsız yaşama konusunda genellikle sorunlar yaşar. Şizofreni hastalarında işlevsel sonuçları iyileştirme yollarından biri sosyal beceri eğitimidir. Sosyal beceri eğitimi, hastanın gündelik hayatında daha iyi bir

işleyiş göstermek için tasarlanmıştır. Bunlar iş becerileri, ilişki becerileri, kişisel bakım becerileri ve ilaçları ya da semptomları yönetme becerileridir. Sosyal beceri eğitimi alan hastalarda nüksetme ve hastane tedavisi görme eğilimi daha düşüktür (Butcher et al. 2011; Lehman et al. 2004).

### **2.2.1.3. PSİKİYATRİK REHABİLİTASYON**

Psikiyatrik rehabilitasyon şizofreni tedavisinin temel bileşenlerinden biri haline gelmiştir. Psikiyatrik rehabilitasyon rol performansına ilişkin girişimleri kapsar. Geleneksel olarak rehabilitasyon, semptom ya da hastalık kontrolünden çok işlevsel performansın iyileştirilmesine odaklanmasıyla tedaviden ayrılır. Farmakoterapi ile birlikte destekleyici psikoterapinin birçok yönden daha üstün olduğu kanıtlanmış görünmektedir. Yalnızca ilaç tedavisi gören hastalarda bir yıl içinde nüks ve yeniden hastaneye yatma olasılığı %40 dolayındadır. İlaç tedavisine ek olarak hasta ve ailesine yönelik destekleyici psikoterapi ve eğitim uygulandığında bu oran %20'ye düşmektedir (Sönmez, 2009).

### **2.2.1.4. GRUP TEDAVİLERİ**

Grup terapi, özgün olarak öz-saygıyı arttırmak, destekleyici toplumsal duygular ve grup üyeleri tarafından olumlu yansıtılan övgülerle tutum ve davranışları değiştirmek üzere geliştirilmiştir. İletişim, toplumsal ilişkiler ve sorun çözme alanında yetileri geliştirir. Birçok klinikte şizofreni tanısı alan hastaların ayaktan bakımında daha çok grup tedavisi tercih edilmektedir. Gruplar, klinisyene zaman kazandıran ve yalıtılmış hastalar için toplumsal etkileşim sağlayan bir yöntem olduğu için kullanılır. Grup tedavileri şizofrenik hastalarda özellikle bilişsel işlemlerde, toplumsal yetiler ve sözlü iletişimdeki işlevsellikte iyileşme sağlar. Grup tedavileri ayrıca aktarım, direnç ve motivasyon gibi bilinç dışı süreçlere iç görü gelişmesini, gerçeklik duygusunun gelişmesini, öz kontrol konusunda etkin stratejiler geliştirerek psikotik yaşantıların kontrol edilmesini, hastalık ve tedavisi ile uygun toplumsal kaynaklar konusunda eğitimi sağlar. Akut evredeki şizofrenik hastalar toplumsal aşırı

uyarılmalara oldukça duyarlı oldukları için grup terapisi hastalığın bu evresi için uygun değildir (Leahy, 2007; Lehman et al. 2004; Sevinçok, 2000).

#### **2.2.1.5. AİLE TERAPİSİ:**

Aile terapisi, bireysel olarak terapi gören hastaların iyileşmelerinde aile yapısının önemini fark edilmesi ile ortaya çıkan psikoterapi şeklidir.

Şizofreni hastalarında, nüksetme ile duygu dışavurumu düzeyleri yüksek aileler arasında bağlantı kuran çalışmalar çeşitli araştırmacıları aile müdahale programları geliştirmeye yöneltti. Burada düşünce, duygu dışavurumu yapısının merkezinde görülen hasta-akraba ilişkisinin bu yönlerini değiştirerek şizofrenideki nüksetmeyi azaltmaktı. Bunun için, uygulama düzeyinde, genellikle şizofreni hakkında eğitmek, başa çıkma ve sorun çözme becerilerini geliştirmelerine yardımcı olmak ve iletişim becerilerini, özellikle de aile içi iletişim açıklığını geliştirmek için hastalarla ve aileleleri ile çalışılır (Minuchin and Fishman, 2009; Sevinçok, 2000).

#### **2.2.1.6. DANS TERAPİSİ**

Dans hareket terapisinin psikoterapötik uygulaması kişinin duygusal, bilişsel, sosyal ve fiziksel iyi olmasını sağlar. Kişinin hareketleri prensip olarak duygu ve düşüncelerini yansıtan bir modeldir. Dans terapisinin süreci tam olarak hasta ve terapistin elindedir. Terapi seanslarında önemli olan hastanın anksiyete yaşamadan dansın keyfini çıkarmasına izin verilmesidir. Xia ve Grand (2012) tarafından belirtilen bir raporda katılımcıların %20'sinin üzerinde negatif belirtilerde azalma olduğu bildirilmiştir (Silber, 2014).

### **2.3. MÜZİKTERAPİ**

#### **2.3.1.MÜZİKTERAPİ NEDİR?**

Müzik, duygu ve düşünceleri yansıtan en güçlü sanat türüdür. Tarih boyunca insanlar arasında birliği ve kardeşliği yaratmakta yardımcı olma, insanların ruh sağlığını olumlu olarak etkileme ve psikolojik sorunları gidermede yardımcı araç olarak kullanılmıştır. Amerikan Müzik Terapi Birliği'nin 1997'de yaptığı tanımlamaya göre Müzik terapi; bireylerin fiziksel, psikolojik, sosyal ve zihinsel

ihtiyaçlarını karşılamada müziği ve müzik aktivitelerini kullanan uzmanlık dalıdır (İmseytoğlu ve Yıldız, 2012; Genel, 2006; Güner, 2007).

Dünya Müzik Terapi Federasyonu, müzikle tedaviyi ‘Bir kişi veya grubun fiziksel, duygusal, sosyal ve kognitif ihtiyaçlarını karşılamak üzere gereksindiği iletişim, ilişki, oğrenme, ifade, mobilizasyon, organizasyon ve diğer ilgili terapötik oğeleri geliştirmek ve artırmak için müziğin ve/ veya müzikal elemanların (ses, ritm, melodi ve harmoni) eğitimli bir müzik terapisti tarafından tasarlanarak kullanılması’ olarak tanımlar (Birkan, 2014). Müzik terapi yalnızca müziğin kullanımı değil, daha çok müzikal deneyimlerin kullanımı olarak da ifade edilebilir. Burada kastedilen terapi sürecinde, müziğin hastanın dışında gerçekleşen bir durum olmadığı daha da öte, hastayı içine alan bir deneyim olduğudur. Terapi içerisinde terapist ve hastanın müziği deneyimleme şekli düşünüldüğünde ise müzik terapinin uygulanışında bazı farklı yollar ortaya çıkarmaktadır. Müzik terapi hastaların tedaviye katılım durumuna göre;

1-Bireysel müzik terapi

2-Grup müzik terapisi olarak,

Çalışmanın niteliği açısından müziğin nasıl kullanıldığına bakıldığında ise,

1-Aktif (retici)

2-Pasif (alıcı) müzik terapi olarak ayrılır.

### **Bireysel müzik terapi;**

Hasta ve müzik terapisti birebir çalışmayı yürütür. Bu terapi birebir ilişki ve hastaya daha fazla zaman ayırma imkanı sağlar. Terapist hastayı bireysel olarak gözlemler ve değerlendirir. Bireysel terapi, grup çalışmalarına katılabilmek için gerekli ön koşul becerilere ve sosyal davranışlara sahip olmayan bireyler için, tek kabul edilebilir seçenektir.

*Aktif bireysel müzik terapi:*

Hasta, müzik terapistin ona yönelik ve onunla yaptığı müzik ile birlikte etkileşim içinde olmaya ve bu etkileşim sonucu bir doğaçlama üretime ve yaratıcılığa odaklanır.

*Pasif bireysel müzik terapi:*

Terapist, alıcı konumundaki hasta için makamsal veya modal müzikler yapar ve yapılan bu müzik aracılığıyla hastanın ruhsal durumunda değişiklik meydana getirmeyi hedefler.

### **Grup müzik Terapisi;**

Bireysel terapidenden daha az detaylı bir planlama gerektirir. Terapist, detaylı bir bireyselleştirilmiş planın aksine, benzer ihtiyaçlara sahip grup üyelerine hitap eden bir oturum organize eder. Grup terapi bireysel terapiye göre daha esnekler.

*Aktif grup müzik terapi;*

Etkileşim yalnızca terapist ve hastanın birbiriyle etkileşimiyle sınırlı kalmaz hastaların birbiri ile etkileşimi de ilişki fırsatları arasına girer.

*Pasif grup müzik terapi;*

Bir veya birden fazla müzisyen-müzik topluluğu, bir grup alıcı konumdaki hasta için yine farklı makam ve modlarda müzik yaparak onlarda ruh durumu değişikliği yaratarak iyileştirmeyi hedefler.

Müzik terapi türleri ile ilgili literatürde bir başka gruplama daha karşımıza çıkmaktadır. Bu gruplamanın temelinde “deneyimleme” yer almaktadır. Müzik terapinin içinde geçen çeşitli müzikal deneyimler göz önüne alındığında müzik terapidde 4 ana yöntemden bahsedilebilir;

1-Doğaçlamaya dayalı deneyimler

- 2-Uygulamaya dayalı deneyimler,
- 3-Yaratıma dayalı deneyimler,
- 4-Dinlemeye dayalı deneyimler (Eren, 2013).

### **2.3.2.MÜZİK TERAPİNİN RUHSAL VE FİZYOLOJİK ETKİLERİ**

Dünyada hem ruhsal hem de fizyolojik rahatsızlıkların tedavisinde bir araç olarak müzik terapinin önemi uzun yıllardır kabul görmektedir. Ülkemizde ise müzik terapinin önemi son yıllarda tekrar keşfedilmiştir. Müzik terapi, konuşarak geliştirilemeyen ilişkilerde ilişki kurmaya yardımcı olmaktadır. Müzik akıl, vücut ve ruh arasında bir denge oluşturmaktadır. Yapılan bir çok çalışmada, ses ve müziğin ağrı duygusu ve anksiyete hali üzerinde olumlu değişikliklere yol açtığını gösterilmiştir (Karamızrak, 2014; Erer ve Atıcı, 2010).

İlkel kabilelerdeki sihirbaz doktorlar, hastanın veya onun bedenindeki kötü ruhun ses ve şarkısını bularak onu iyi etmeye çalışırlardı. Afrika'da bazı kabileler bugün dahi müzikle terapi geleneğini devam ettirmektedirler (Uçaner ve Öztürk, 2009). Müziğin insanlar üzerinde psikolojik bir etkisinin olduğu sürekli olarak vurgulanmakta, hatta bu etkinin sadece insanlar üzerinde olmadığı diğer canlı türleri üzerinde de olduğu birçok bilimsel çalışmada anlatılmaktadır. Müziğin bu yönü onun bazen bilim adamları tarafından insanlardaki psikolojik bir hastalığın tedavisinde kullanılmasına, bazen de diğer canlılardan (özellikle hayvanlardan) daha iyi verim almak amacıyla kullanılmasına yol açmıştır (Sezer, 2011). Müzik terapinin etkililiğine ilişkin yapılan çalışmalarda, insanların EEG'leri incelenmiştir. Üzüntü, endişe, mutluluk ve korku gibi duygular EEG'de farklı dalgalanmalar yaratır. Değişik müzik türlerini dinleyen insanların EEG'lerinde de dalgalanmaların farklı olduğu görülmüştür.

Terapötik müzik, endorfin salgısını ve olumlu duyguları artırıp, korkuyu ve kaygıyı azaltır; kalp ritmini düzenler, kan basıncını düşürür, terlemeyi azaltır, kasları gevşetir, nefesi dengeler, bağışık sistemini güçlendirir, hiper aktiviteyi sakinleştirir.

Müzik, hareket reflekslerimizi uyarak uyumlu hareket etmemizi sağlar (Akkuş, 2007). Müzik, konuşmanın bozulduğu durumlarda konuşmanın akıcılığını ve anlaşılabilirliğini düzeltmede etkili olmaktadır (Haneishi, 2001). İster eğitim amaçlı, ister tedavi amaçlı kullanılsın, müziğin kullanımı bireyler üzerinde olumlu sonuçları da beraberinde getirmektedir. Özellikle içerisinde farklı disiplinleri barındıran ve bu disiplinleri bütünleyici şekilde kullanan, bireylerin gereksinimlerine uygun, gerekli indirgemeleri ve düzenlemeleri yapabilmeye müsait; her bireyin kendini yeterliliği ve ihtiyaçları doğrultusunda ifade ettiği bir müzik ve hareket eğitimi yaklaşımıyla yürütülürse etkili sonuçlara ulaşılabilir (Eren, 2013). Müzik dikkatin odaklaştırılması ve sürdürülmesine yardımcı olmakta, işlek bellek, dikkat, anlamlandırma ve hedefe yönelme gibi zihinsel işlevlerde artma görülmektedir (Janata et al. 2002). Farklı yetenekleri ve engelleri olan insanların ortak bir yaşantıda buluşmasını sağlayan iletişim ortamlarının ne kadar sınırlı olduğu düşünülürse, müzik terapi çalışmalarının değeri daha iyi anlaşılabilir (Schumacher, 2003).

Müzik, bireyin çevresi, ailesi ve sağlık bakım ekibiyle iletişimine destek sağlar.

- Kronik ağrılı hastalarda, mobilitiyi arttırmak, pozitif düşünme ve yaşama anlam kazandırma amacıyla kullanılır.
- Bireyin iyi olma duygusunu destekleyerek hastane ortamının daha olumlu görülmesini sağlar.
- Duyusal ve entelektüel uyarımı sağlar.
- Derin gevşeme oluşturma yeteneği sayesinde müzik, uykusuzluğu hafifletmede kullanılır.
- Hastaların kendi bakımlarına katılmaları ve kendi kontrollerini elde tutmalarına olanak sağlayarak, bireylere otonomi kazandırır.
- Tüm bireylerde fiziksel ve emosyonel cevaplar oluşturmalarının yanı sıra bazı bireylerde mistik duygular da oluşturabilmekte, bu durum da hastaların bilinç durumlarını etkileyerek kavramalarını kolaylaştırır.
- Özellikle yavaş ritimli müzikler bireyin gevşemesini sağlar.
- Beynin sağ hemisferi ile ilgili olan hissetme, imgeleme, rüyalar ve bilinçsizlik müzikle aktive edilebilmektedir.

- Müzik, işitsel olarak (özellikle ritmik çalgılarda ve nefesli çalgılarda) titreşimiyle yapısında bir etkileycilik taşır. Ritm sırasında; ben duygusunu, farkındalığı ve basit düzeyde de olsa yaratıcılık duygusunu öne çıkarır.
- Müzik, el becerilerinin gelişmesini, iki eli koordineli kullanmayı, el ve göz koordinasyonunu geliştirir.
- Seslerle ve şarkı söylerken; sesleri ve cümlenin organizasyonunu bireyi yormadan doğal seyrinde kullanmasına yardımcı olur.
- Müzik terapisti ile veya grup çalışmalarında, paylaşım ve sosyalleşmeyi arttırır.
- Dans ile birleştirilmiş müzik terapi uygulamalarında olumlu bir enerji boşalımı ve duygusal boşalma sağlanır.
- Bireysel eğitimdeki uygulamalarda destekleyici müzik ile keyifli bir destek eğitim süreci yaşanır (İşkey, 2008).

Büyük İslam âlimlerinden Farabi Türk musikisindeki her bir makamının ruha farklı şekilde etki ettiğini belirtmiş ve hangi makamın günün hangi zamanında ne şekilde etki ettiğini şu şekilde açıklamıştır;

1. Râst makamı: İnsana sefâ (neşe-huzur) verir.
2. Rehâvî makamı: İnsana bekâ (sonsuzluk fikri) verir.
3. Kûçek makamı: İnsana hüçün ve elem verir.
4. Büzürk makamı: İnsana havf (korku) verir.
5. Isfahan makamı: İnsana hareket kabiliyeti, güven hissi verir.
6. Nevâ makamı: İnsana lezzet ve ferahlık verir.
7. Uşşâk makamı: İnsana gülme hissi verir.
8. Zirgüle makamı: İnsana uyku verir.
9. Sabâ makamı: İnsana cesaret, kuvvet verir.
10. Bûselik makamı: İnsana kuvvet verir.
11. Hüseyinî makamı: İnsana sükûnet, rahatlık verir.



12. Hicaz makamı: İnsana tevâzû (alçakgönüllülük) verir (Somakçı, 2003; Ak, 2006).

Genelde dünyada bu konuda yapılan çalışmalarda, müziğin uygun desibel ve ritimle ve natürel enstrümanlarla emprovizasyon tarzıyla uygulanmasıyla; beyinde limbik sistemin etkilendiği ve duyguların değiştiği, hormon değişiklikleri olduğu, psiko galvanomik reflekslerin değiştiği ve anksiyetenin değiştiği gözlemlenmiştir (Güvenç, 2013).

### 2.3.3. ŞİZOFRENİ VE MÜZİK TERAPİ

Müziğin psikolojik rahatsızlıklar üzerindeki tedavi edici etkisi ilk çağlardan bu yana bilinmektedir. Müzikle tedavi Osmanlılarda en parlak dönemlerinden birini yaşamıştı. Orta çağda ve batılı ülkelerde ruhlarına şeytan girdi diye akıl hastaları, insanlık dışı ağır işkencelere maruz bırakılırken Sultan 2. Bayezit Edirne'de, 1488'de mimar Hayrettin'e inşa ettirdiği külliye'nin darüşşifa (akıl hastanesi) bölümünde hastaları müzikle tedavi ettiriyordu (Hatunoğlu, 2014). Müzik terapi, psikiyatri temelli hastalıklarda 1950'lerden bu yana etkin olarak kullanılıyor. Farabi, Razi, İbn-i Sina ve Gevrekzâde Hasan Efendi gibi Türk âlimleri bu alanda çok önemli çalışmalara imza atmışlardır (Çoban, 2005).

Amerikan Müzik Terapi Derneği'nin yaptığı bir çalışmada; hastaların negatif semptomlarında müzik terapisi ile önemli ölçüde azalma olduğu, sosyal izolasyonlarının azaldığı, başkaları ile sohbet etme kabiliyetlerinin arttığı, dış olaylara ilgi düzeylerinin arttığı belirtilmiştir (Tang et al. 1994). De Souza öncülüğünde yürütülen çalışmada da müzik terapinin kronik şizofreni hastalığının ilerleyen belirtileri üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Deney grubu olan 18-60 yaş şizofren hastalarına toplam 1 ay boyunca her gün 30 dakika Hint Klasik Müziği dinletilmiştir. Diğer gruptaki şizofren hastalarına ise müzik terapi uygulanmamıştır. Hint Klasik Müziği dinleyen grup gözleri açık veya kapalı bir şekilde, çeşitli sözel bilgilendirme desteği ile enstrümental müzik dinlemişlerdir. Araştırmanın sonuçlarına bakıldığında, müzik terapi alan ve almayan gruplar arasında belirli alanlarda önemli farklılıklar görülmüştür. Terapiyi alan hastaların 1 ay sonunda depresyon ve enerji eksikliğinin azaldığı; etkin olma alanında ilerleme

kaydettikleri görülmüştür. Özellikle depresyon seviyelerinde görülen önemli farklılıklar, müzik terapinin şizofreni hastalığının depresif özelliklerini azaltıcı etkisini göstermiştir. Böylece yapılan bu çalışma, diğer hastalıkların tedavisinde olduğu gibi kronik şizofreni hastalığının tedavisinde de müzik terapinin önemini vurgulamıştır (De Sousa and De Sousa, 2010; Uçan ve Ovayolu, 2006).

Bireysel çalışmalar müzik terapinin künt affekt, konuşma bozuklukları, anhedonia gibi negatif semptomlarda düzelme, artan konuşma yeteneği, azalan sosyal izolasyon ve dış olaylara artan ilgi gibi sosyal semptomlarda da iyileşme sağladığını göstermektedir (Birkan, 2014). Yatan şizofreni hastalarında rastgele denemelerle müzik terapinin uygulanabilirliğini incelemek ve akıl ve ruh sağlığı üzerindeki etkisini keşfetmek için yapılan bir çalışmada, 12 hafta boyunca standart tedaviye müzik terapinin eklenmesiyle sadece standart tedavi uygulama arasındaki fark araştırılmıştır ve müzik terapinin yatan, akut dönem şizofreni hastalarında uygulanabilir olduğu görülmüştür (Talwar et al. 2006).

Psikiyatri hemşireleri şizofreni tanısı alan hastalarla, günlük uygulamalarında hastalığın doğası gereği sürekli olarak karşılaşılır. Tedavi ve bakım sürecinde gerekli uygulamaların yeterli sürede ve dozunda yapılması, hemşirenin kendisini yaptığı uygulamalar konusunda yeterli hissetmesi, sonradan ortaya çıkabilecek sorunlar karşısında tedavi ekibinin sorumluluğunu azaltacaktır. Hasta yakınları hastayı birçok zorlukları aşarak tedavi kurumuna getirirler. Bundan sonrası tedavi ekibinin ehliyetine kalmış bir iştir. Psikiyatri hemşireliği uygulamaları, burada ciddi önem kazanmaktadır (Dülgerler, 2014). Şizofreni hastasının ilk atağında hemşirenin ilk hedefi hemşirelik bakımını uygulamaktır. İlk atakta belirtilerin yatışması, iyileşmenin sağlanması %70-%80 oranında gerçekleşen bir hastalık için ikincil hedef tedavinin sürekliliğinin sağlanması ve çok uyanık davranıp alevlenme ve yinelenmelerin önlenmesi olmalıdır. Ruh sağlığı hizmetlerinde psikiyatri hemşireleri; psikofarmakolojik uygulamalarda, psikoterapi ve bilişsel davranışçı tedavilerde rol alabilmektedirler (Kamışlı ve Daştan, 2008).

Şizofreni hastalarının bakımında 'biyo-psiko-sosyal yaklaşım' modelini uygulamak, bakıma bütüncül yaklaşım açısından önemlidir. Şizofreni hastasının hastalarında farmakolojik tedavi yöntemlerinin yanı sıra psikososyal tedaviler de

hastalar için çok önemli ihtiyaçtır. Şizofreni hastalarıyla çalışan hemşirelerin bütüncül hemşirelik bakımı vermesi, bağımsız rollerini daha fazla kullanabildiği psikososyal tedaviler konusunda kendini geliştirmesi oldukça önemlidir.

### **3.GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1 Araştırmanın Tipi**

Araştırma, şizofreni hastalarında müzik terapinin ruhsal durum üzerine etkilerinin belirlenmesi amacıyla deneysel olarak yapılmıştır.

#### **3.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Araştırma; Fransız Lape hastanesinde, Eylül 2014/Ekim 2014 tarihleri arasında yapılmıştır.

#### **3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın örneklemini, Fransız Lape hastanesinde şizofreni tanısı ile yatmakta olan hastalar oluşturmuştur. Araştırma kapsamına;

- Bu hastanede yatan kronik şizofreni tanılı,
- Organik mental bozukluğu olmayan,
- Nörolojik sorunu bulunmayan,
- İşitme, dinleme ve konuşma problemi olmayan 22 şizofreni hastası alınmıştır.

#### **3.4.Araştırmanın Uygulanması**

Fransız Lape Hastanesi içerisinde müzik terapi için ayrılmış özel alanda, 13.00-14.30 saatleri arasında, hastalara 3 gün arayla 5 seans ve her seansta 30 dakika boyunca; uzman öğretim üyeleri tarafından, enstrümanlarla canlı bir şekilde “Bûselik makamında eserlerden oluşan müzik terapi uygulaması yapılmıştır. Bûselik makamının seçilme nedeni şizofreni hastalarında da sıklıkla görülen, düşünce yoğunluğu, çağrışım bozukluğu gibi, düşünme ile ilgili sorunları azaltmasıdır (Somakçı, 2003; Ak, 2006).

#### **3.5.Araştırma Değişkenleri**

Araştırmanın bağımlı değişkenleri, hastaların pozitif, negatif belirtileri, uyku ve yorgunluk düzeyleridir.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri ise hastaların yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durumudur.

### 3.6. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada veri toplama aracı olarak;

- Hastaların sosyo demografik bazı özellikleri ile hastalıkla ilgili özelliklerini kapsayan 10 sorudan oluşan Kişisel Bilgi Formu (EK 1),
- Hastaların ruhsal durumunu değerlendirmek için; her müzik terapi uygulaması öncesi ve sonrasında; şizofrenide pozitif ve negatif belirtileri değerlendirme ölçekleri (SANS ve PBDÖ) (EK 2),
- 1. Müzik terapi seansı öncesi ve 5. müzik terapi seansı sonrasında ise hastalara aynı zamanda uyku kalitesi (PUKİ) ölçeği (EK 3), kısa yorgunluk ölçeği (EK 4) uygulanmıştır.

**(SAPS/PBDÖ) Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği;** Ölçek Nancy C. Andreasen tarafından geliştirilmiştir. Türk örneğine Erkoç, Arkonaç, Ataklı ve Özmen (1991a) tarafından uyarlanmıştır. Toplam 34 maddeden ve Varsanılar (1-7 arasındaki maddeler), Hezeyanlar (8-20 arasındaki maddeler), Bazaar Davranış (21-25 arasındaki maddeler), Pozitif Formal Düşünce Bozukluğu (26-43 arasındaki maddeler) olmak üzere 4 alt başlıktan oluşmaktadır. Her bir maddenin puanlaması 0 (Yok), 1 (Şüpheli), 2 (Hafif), 3 (Orta), 4 (Belirgin), 5 (Şiddetli) olarak yapılmaktadır. Ölçekte elde edilen en yüksek toplam puan; Varsanılar 35, Hezeyanlar 65, Bazaar Davranış 25, Pozitif Formal Düşünce Bozukluğu 45 olmak üzere 170'dir (Erkoç ve arkadaşları. 1991a, Mortan Sevi, 2014).

**(SANS/NBDÖ) Negatif belirtileri Değerlendirme Ölçeği;** Ölçek Nancy C. Andreasen tarafından geliştirilmiştir. Türk örneğine Erkoç, Arkonaç, Ataklı ve Özmen (1991b) tarafından uyarlanmıştır. Toplam 25 maddeden ve 5 alt ölçekten oluşmaktadır. Alt ölçekler, duygulanımsal düzleşme (1-8 arasındaki maddeler), aloji (9-13 arasındaki maddeler), avölüsyon (14-17 arasındaki maddeler), anhedoni (18-22 arasındaki maddeler) ve dikkat eksikliğidir (23-25 arasındaki maddeler). Her bir maddenin puanlaması 0 (Yok), 1 (Şüpheli) , 2 (Hafif), 3 (Orta), 4 (Belirgin), 5 (Şiddetli) olarak yapılmaktadır. Ölçekten alınan toplam puanın yükselmesi, negatif belirtilerin artması anlamına gelmektedir. Her bir alt ölçekten alınan puanın

yükselmesi de, ilgili alandaki negatif belirtilerin artması olarak yorumlanmaktadır. (Erkoç ve ark. 1991b; Mortan Sevi, 2014).

**Uyku kalitesi (PUKİ) ölçeği:** Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi: PUKİ, Buysse ve ark.(1989) tarafından geliştirilmiş, Ağargün ve ark.(1996) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır (Ağargün, 1996). son bir ay içerisindeki uyku kalitesi ve uyku bozukluğunun tipi ve şiddeti konusunda bilgi sağlayan bir ölçektir. Toplam 24 sorudan oluşan ölçekte 19 soru kişi tarafından cevaplanırken, 5 soru kişinin yatak arkadaşı tarafından doldurulmaktadır. Kişi tarafından cevaplanan sorular değerlendirmeye alınırken yatak arkadaşı tarafından cevaplanan sorular değerlendirmeye alınmamaktadır. Kişi tarafından cevaplanan 19 soru öznel uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı, gündüz işlev bozukluğu olmak üzere 7 alt bileşenden oluşmaktadır. Her bir bileşen 0- 3 puan üzerinden değerlendirilir. 7 bileşenin toplam puanı, ölçek toplam puanını verir. Toplam puan 0-21 arasında değişir. Toplam puanın 5'ten büyük olması "kötü uyku kalitesini" gösterir (Saygılı ve ark. 2011).

**Kısa yorgunluk ölçeği:** Yorgunluk düzeyini belirlemek için, Anderson Kanser merkezi tarafından geliştirilen Kısa Yorgunluk Formunun (Brief Fatigue Inventory) (KYE), Çınar ve arkadaşları tarafından Türk toplumuna uygunluğu saptanmıştır. KYE; genel yorgunluk düzeyini (sorgulamanın yapıldığı anda hissedilen yorgunluk, son 24 saat içinde yaşanan genel yorgunluk ve son 24 saat içinde yaşanan en kötü yorgunluk) ve son 24 saat içinde günlük faaliyetlerin (genel aktivite, ruh durumu, yürüme becerisi, iş yaşamı, diğer kişilerle ilişkiler, yaşam sevinci) etkilenme düzeylerini içermektedir. Puanlama "0" ila "10"arası olup, "0" hiç etkilenmemesi, "10" en üst düzeyde etkilenmeyi göstermektedir. Genel yorgunluk puanı 1, 2 ve 3. Madde toplam puanı 3'e bölünerek ve yorgunluğun günlük yaşam aktiviteleri üzerindeki etki puanı 4a, 4b, 4c, 4d, 4e ve 4f madde toplam puanı 6'ya bölünerek hesaplanmaktadır. KYE'den elde edilen "0" puan hiç yorgunluk olmadığını, "1-3" yorgunluğun az düzeyde, "4-6" yorgunluğun orta düzeyde, "7-9" yorgunluğun fazla düzeyde, "10" en üst düzeyde olduğunu göstermektedir (Çınar ve ark, 2000; Mendoza et al. 1999).

### **3.7. Verilerin Değerlendirilmesi**

Veriler bilgisayar ortamında SPSS 20.0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Sayısal değişkenlerin normal dağılım gösterip göstermediğine Shapiro-Wilk testi ile bakılmıştır.

- Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistik olarak yüzdelik, aritmetik ortalama, standart sapma değerleri,
- Müzik terapi öncesi ve sonrası ölçüm değerlerinin karşılaştırmalarında ise Wilcoxon Signed Ranks Testi kullanılmıştır.
- Karşılaştırmalarda  $p < 0.05$  değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

### **3.8. Etik Kurulu Onayı**

Araştırmanın yapılabilmesi için araştırmanın yapıldığı kurumdan yazılı izin (EK 5) ve İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik kurulu'ndan etik kurulu onayı alınmıştır (EK 6). Hastaların çalışmaya katılmaları konusunda, çalışmaya kapsamına alınan hastaların büyük çoğunluğunun ailesine ulaşamadığı ve uzun yıllardır kurumda kalmalarından dolayı, hastaların sorumlu hekimlerinden yazılı onam alınmıştır. Aynı zamanda, çalışmaya organik mental bozukluğu olmayan, nörolojik sorunu bulunmayan, işitme, dinleme, konuşma problemi olmayan ve karar verme yetisine sahip şizofreni hastaları alındığından, hastalardan da çalışmaya katılmaları konusunda sözel onam alınmıştır.

### **3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Bu araştırma sadece Fransız Lape hastanesinde ki şizofreni tanısı ile yatmakta olan hastaları kapsadığından sonuçlar, Türkiye'deki bütün şizofreni tanısı olan hastalara genellenemez.

## 4.BULGULAR

“Şizofrenik hastalarda müzik terapinin ruhsal durum üzerine etkisi” ni belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bu araştırmada hastalardan elde edilen bulgular şeklinde aşağıda yer almaktadır.

**Tablo 4.1. Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı**

Özellikler		Sayı	Yüzde
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	11	50.0
	Erkek	11	50.0
<b>Eğitim durumu</b>	Okuma-Yazma bilmiyor	2	9.1
	İlköğretim	6	27.3
	Lise	10	45.5
	Lisans	4	18.2
<b>Medeni durum</b>	Bekar	16	72.7
	Evli	2	9.1
	Dul	4	18.2
<b>Tedaviye uyum</b>	İlacını isteyerek alıyor	20	90.9
	İlacını destekle alıyor	2	9.1
<b>Toplam</b>		<b>22</b>	<b>100.0</b>

Tablo 4.1’de Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı görülmektedir. Çalışmada kadın ve erkek hasta sayılarının eşit olduğu, %45.5’inin lise mezunu, %72.7 sinin bekar ve %90.9’unun ilacını isteyerek aldığı saptanmıştır.



**Tablo 4.2. Hastaların yaş, hastalık ve tedavi süreciyle ilgili bazı değişkenlerinin ortalama sürelerine göre dağılımı**

<b>Özellikler (n=22)</b>	<b>Ort ± SS</b>	<b>(Min-max)</b>
<b>Yaş</b>	58.40±09.35	(41-80 yıl)
<b>Hastalık süresi (yıl)</b>	28.18±13.58	(1-54 yıl)
<b>Hastanede kalış süresi (yıl)</b>	10.45±11.13	(1-41 yıl )
<b>İlaç kullanım süresi (yıl)</b>	26.45±12.74	(1-54 yıl)

Tablo 4.2’de Hastaların yaş, hastalık ve tedavi süreciyle ilgili bazı değişkenlerinin ortalama sürelerine göre dağılımı yer almaktadır. Hastaların yaş ortalamasının 58.40±09.35’olduğu, Hastalık süresinin 28.18±13.58 yıl; Hastanede kalış süresinin 10.45±11.13 yıl ve İlaç kullanım süresinin ise 26.45±12.74 yıl olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 4.3. Müzik terapi öncesi ve sonrası hastaların “negatif belirti” puan ortalamalarının dağılımı**

<b>Belirtiler</b>	<b>Ort ± SS</b>	<b>P</b>
Müzik terapi öncesi “negatif belirtiler” toplam puanı	46,78 ± 20.01	p=0.00
Müzik terapi sonrası “negatif belirtiler” toplam puanı	36,64 ± 18,19	

\* Wilcoxon Signed Ranks Testi

Tablo 4.3’te müzik terapi öncesi ve sonrası hastaların “negatif belirti” puan ortalamalarının dağılımına bakıldığında, negatif belirti puanlarında anlamlı düzeyde azalma saptanmıştır (p=0.00).

**Tablo 4.4. Müzik terapi öncesi ve sonrası hastaların “pozitif belirti” puan ortalamalarının dağılımı**

<b>Belirtiler</b>	<b>Ort ± SS</b>	<b>P</b>
Müzik terapi öncesi “Pozitif belirtiler” toplam puanı	21.15 ± 16.87	p=0.00
Müzik terapi sonrası “Pozitif belirtiler” toplam puanı	18.10 ± 16.2	

\* Wilcoxon Signed Ranks Testi

Tablo 4.4’te müzik terapi öncesi ve sonrası hastaların “pozitif belirti” puan ortalamalarının dağılımına bakıldığında, pozitif belirti puanlarında anlamlı düzeyde azalma saptanmıştır (p=0.00).

**Tablo 4.5. Müzik terapi öncesi ve sonrası hastaların “uyku kalitesi” puan ortalamalarının dağılımı**

<b>Belirtiler</b>	<b>Ort ± SS</b>	<b>P</b>
Müzik terapi öncesi <b>UYKU KALİTESİ</b> toplam puanı	2.74 ± 1.43	p=0.07
Müzik terapi sonrası <b>UYKU KALİTESİ</b> toplam puanı	2.20 ± 1.63	

\* Wilcoxon Signed Ranks Testi

Tablo 4.5’te müzik terapi öncesi ve sonrası hastaların “uyku kalitesi” puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde, uyku kalitesinde düzelme olduğu uyku kalitesindeki sorunları gösteren bu puanlarındaki bu düşüşün istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.6. Müzik terapi öncesi ve sonrası hastaların “yorgunluk” puan ortalamalarının dağılımı**

<b>Belirtiler</b>	<b>Ort ± SS</b>	<b>P</b>
Müzik terapi öncesi <b>“YORGUNLUK”</b> toplam puanı	4.71 ± 4.61	p=0.57
Müzik terapi sonrası <b>“YORGUNLUK”</b> toplam puanı	4.66 ± 4.22	

\* Wilcoxon Signed Ranks Testi

Tablo 4.6’da müzik terapi öncesi ve sonrası hastaların “yorgunluk” puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde, yorgunluk puan ortalamalarında azalma olduğu ancak bu azalmanın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ).

## 5.TARTIŞMA

Bireysel çalışmalar müzik terapinin künt affekt, konuşma bozuklukları, anhedoni gibi negatif semptomlarda düzelme, artan konuşma yeteneği, azalan sosyal izolasyon ve dış olaylara artan ilgi gibi sosyal semptomlarda da iyileşme sağladığını göstermektedir (Birkan, 2014).

Çalışmada hastaların %50'si erkek, %50 si kadın olduğu belirlenmiştir. Tel ve Terakye (2000) çalışmasında, şizofreni hastalarının %70'inin kadın olduğu, Dikeç'in (2014) çalışmasında şizofreni hastalarının çoğunluğunun erkek; Uykur (2013) çalışmasında %69.1'nin erkek, Harmancı (2013) çalışmasında %51.9'unun, Tel ve ark (2010) çalışmasında da %54.8'inin kadın olduğu saptanmıştır. Şizofreni kadın ve erkekte aynı oranda olmak üzere, yaşam boyu yaygınlığı her iki cinsiyette de %1'dir. Aleman ve ark. 2003 yılında yapmış olduğu şizofreni gelişme riskinde cinsiyetin etkisiyle ilgili meta-analiz çalışmasında; 49 çalışma incelemiştir ve sonuç olarak şizofreni riskinin kadın ve erkekte aynı oranda olduğunu ancak erkeklerde hastalık daha erken başladığı ve hastalık prognozunun daha ağır seyretmesinden dolayı, daha kolay tanı konulduğunu, kadınlarda daha hafif seyrettiğinden dolayı da tedavi arayışının az olduğunu ve tanının gözden kaçmasından dolayı erkeklerde şizofreni riskinin ve görülme sıklığının daha yüksek olduğu izleniminin ortaya çıktığını vurgulamıştır (Aleman et al. 2003; Uykur, 2013; Tel ve Terakye, 2000; Dikeç, 2014; Harmancı, 2013; Tel ve ark, 2010).

Çalışmada şizofreni hastalarının %45.5'inin lise mezunu olduğu saptanmıştır. Ancak azımsanmayacak bir kısmının da (%18,2) üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. Dikeç'in (2014) çalışmasında şizofreni hastalarının çoğunluğunun lise mezunu olduğu, benzer şekilde Harmancı (2013) çalışmasında da hastaların %36.5 'inin lise mezunu olduğu, Tel ve ark (2010) çalışmasında ise %61.6'sının ilköğretim mezunu olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçlar; şizofreni başlangıç yaşının ergenlik ve erken yetişkinlik dönemi olmasından dolayı ve hastalığın yarattığı yeti yitimleri sebebiyle, hastaların eğitim yaşantılarını sürdürmelerinin sekteye uğramasından kaynaklanmaktadır (Dikeç, 2014; Harmancı, 2013; Tel ve ark, 2010).

Çalışmada şizofreni hastalarının %72.7'inin bekar olduğu bulunmuştur. Şizofreni hastalarıyla yapılan diğer çalışmalarda; Tel ve Terakye (2000) hastaların %56.7'sinin bekar, Harmancı (2013) %51.9'unun bekar olduğunu saptamıştır. Lane ve ark. (1995), 5.158 psikiyatri hastasında yaptıkları çalışmada, toplam evlilik oranının % 61 olduğunu tespit etmişlerdir. Şizofreni gibi ergenlik ve erken erişkinlik döneminde başlayabilen majör psikiyatrik bozukluklar, bireylerin evlilik ve aile kurma/ ebeveyn olma davranışlarını büyük ölçüde etkilemektedir. Essen-Möller (1977) çalışmalarında, şizofrenlerde evlilik oranının normallerden düşük olduğunu saptamış, hastalığın erken yaşta başlaması ve sık hastane yatışları nedenleriyle evlilik şanslarının azaldığını belirtmiştir. Çalışma sonucumuz literatürle uyumludur (Tel ve Terakye, 2000; Harmancı, 2013; Lane et al, 1995; Möller, 1977).

Çalışmada şizofreni hastalarının %90.9'unun ilacını isteyerek aldığı ve tedavisine uyum gösterdiği belirlenmiştir. Literatüre baktığımızda; Olfson ve ark. 1993- 1996 yılları arasında yapmış oldukları çalışmada, şizofreni hastalarının hastaneden taburcu olduktan sonra %50 sinin kısmi, %20'sinin ise tam olarak tedaviye uyumsuzluk gösterdiğini, Coldham ve ark. (2002), 186 psikoz hastasıyla yaptığı çalışmada, hastaların %40.9'unun ilaç tedavisine uyumlu, %39.9'unun uyumsuz ve %19.9'unun uyumunun yetersiz olduğunu bildirmişlerdir. Kelleci ve Ata (2010)'nın Psikiyatri Kliniği'nde Yatan Hastaların İlaç Uyumluları ve Sosyal Destekle İlişkisini karşılaştırdıkları çalışmada, hastaların çoğunluğunun ilaç uyumlarının yetersiz olduğu saptanmıştır. Tel ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında şizofreni hastalarının %67.1'inin ilaçlarını düzensiz aldığı belirlenmiştir. Şizofreni hastalarında tedavi uyumsuzluğu sık karşılaşılan bir problem olmasına rağmen, çalışma kapsamına alınan hastalar psikiyatri hastanesinde uzun süreden beri yatmakta olan hastalar olduğu için, tedavi uyumluları tedavi ekibinin takip ve desteğiyle devam etmekte olduğundan, yüksek düzeyde (%90.9) tedavi uyumu göstermiş olmaları beklenen bir sonuçtur. Çalışma sonucumuz bu nedenle literatürle uyumlu değildir (Olfson et al. 2000; Coldham et al, 2002; Kelleci ve Ata, 2011; Tel ve ark. 2010).

Çalışmada şizofreni hastalarının genel yaş ortalamasının  $58.40 \pm 09.35$  olduğu belirlenmiştir. Şizofreni hastalığının başlangıç yaşı kadınlarda en sık 25-35

erkeklerde ise 10-25 yaş arasındadır. Tel ve Terakye (2000) hastaların %73'ünün 20- 29 yaş grubunda ve %33.3'ünün 9-10 yıllık hastalık öyküsü olduğunu, Tel ve ark (2010) kronik psikiyatrik bozukluğu olan hastaların %39.8'inin 34-41 yaş aralığında ve %32.9'unun hastalık süresinin 5 yıl olduğunu, Harmancı (2013) çalışmasında hastaların %42.3'ünün 20-30 yaş grubunda yer aldığını, Dikeç (2014) çalışmasında deney grubundaki şizofreni hastalarının yaş ortalamasının 39, kontrol grubunda 41 olduğunu, hastaların hastalık süresinin deney grubunda ortalama 16 yıl, kontrol grubundaki hastalarda ise ortalama 18 yıl olduğunu saptamışlardır. Şizofreni, erken yaşta başlayan kronik bir hastalık olduğu için, aynı zamanda çalışma kapsamına alınan hastaların hastalık süresinin  $28.18 \pm 13.58$  yıl, hastanede kalış süresinin  $10.45 \pm 11.13$  yıl ve ilaç kullanım süresinin ise  $26.45 \pm 12.74$  yıl olmasından dolayı yaş ortalamasının yüksek çıkması, bu koşullar dahilinde beklenen bir sonuçtur (Ertan, 2008; Tel ve Terakye, 2000; Tel ve ark. 2010; Harmancı, 2013; Dikeç, 2014).

Çalışmada şizofreni hastalarına müzik terapi öncesi ve sonrasında negatif belirtileri değerlendirme ölçeği (SANS) ve pozitif belirtileri değerlendirme ölçeği (PANS) uygulanmıştır. Müzik terapi öncesi SANS puan ortalaması  $46.78 \pm 20.01$  iken, müzik terapisi sonrasında SANS puanı  $36.64 \pm 18,19$  olduğu yani müzik terapinin hastaların negatif belirtilerini azalttığı belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ). Pozitif belirtileri değerlendirme ölçeği puan ortalamasına bakıldığında ise müzik terapi öncesi PANS puan ortalaması  $21.15 \pm 16.87$  iken, müzik terapi sonrasında PANS puanının  $18.10 \pm 16.2$  olduğu görülmüş ( $p < 0.05$ ), Müzik terapinin hastaların pozitif belirtilerini de azalttığı tespit edilmiştir. Çalışmada müzik terapinin şizofreni hastalarının hem negatif ve hem de pozitif belirtilerini azalttığını görmekteyiz. Gold ve ark. 2005 yılında yapmış olduğu Şizofreni ya da şizofreni benzeri hastalıklarda müzik terapi çalışmasında, müzik terapinin şizofreni hastalarında genel durumun iyileşmesinde etkili olduğu sonucu saptanmıştır (Gold ve ark. 2005). Ertekin Pınar'ın 2013 yılında yapmış olduğu Rast makamında dinletilen müziğin şizofrenik hastalarda işitsel halüsinasyon ve yaşam kalitesi üzerine etkisi çalışmasında, müzik terapinin şizofreni hastalarının pozitif belirtilerinde anlamlı bir değişikliğe yol açtığı saptanmıştır (Ertekin, 2013). Amerikan müzik terapi derneğinin yaptığı bir çalışmada; hastaların negatif semptomlarında müzik terapi ile önemli ölçüde azalma



olduğu, sosyal izolasyonlarının azaldığı, başkaları ile sohbet etme kabiliyetlerinin arttığı, dış olaylara ilgi düzeylerinin arttığı sonuç olarak belirtilmiştir (Tang et al. 1994). De Souza öncülüğünde yürütölen başka bir çalışmada da müzik terapinin kronik şizofreni hastalığının ilerleyen belirtileri üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Müzik terapi yapılan hastaların 1 ay sonunda depresyon ve enerji eksikliğinin azaldığı; müzik terapinin şizofreni hastalığının depresif özelliklerini azaltıcı etkisinin olduğu tespit edilmiştir (De Sousa and De Sousa, 2010). Talwar ve ark. 2006 yılında Yatan şizofreni hastalarında müzik terapinin uygulanırlığını incelemek ve akıl ve ruh sağlığı üzerindeki etkisini araştırmak için yapmış olduğu çalışmada, 12 hafta boyunca standart tedaviye müzik terapinin eklenmesiyle sadece standart tedavi uygulama arasındaki fark araştırılmıştır ve müzik terapinin yatan, akut dönem şizofreni hastalarında uygulanabilir olduğu görölmüştür (Talwar et al, 2006). Literatüre baktığımızda çalışma sonuçlarımızın literatürle uyumlu olduğunu görmekteyiz.

Çalışmamızda müzik terapinin şizofreni hastalarının uyku kalitesi ve yorgunluk üzerine etkisi de incelenmiştir. Müzik terapi öncesi şizofreni hastalarının uyku kalitesi toplam puanı  $2.74 \pm 1.43$  iken, müzik terapi sonrası  $2.20 \pm 1.63$  bulunmuştur. Çalışmamızda müzik terapinin uyku kalitesine anlamlı bir etkisi bulunmasa da bir iyileşmeye yol açtığı görölmüştür. Altan (2011) çalışmasında pasif müzik terapinin uyku kalitesine etkisini incelemiş ve yaşlılara dinletilen müziğin uyku kalitesi üzerinde etkili olduğunu saptamıştır (Altan, 2011). Demirbağ (2011) pasif müzik terapiyi kullandığı çalışmasında, uyku kalitesinde artış olduğunu tespit etmiştir (Demirbağ, 2011). Ancak literatürde müzik terapinin uyku kalitesi ile ilişkini incelemek adına yapılan bütün çalışmalarda müzik terapi uyku saatinden önce uygulanmaktadır, bizim çalışmamızda ise müzik terapi seansları öğleden sonra uygulandığı için, müzik terapinin uyku kalitesine etkisini etkin bir şekilde değerlendiremedik. Bununla ilgili çalışma sonucumuz da anlamlı çıkmamıştır.

Müzik terapi öncesi yorgunluk toplam puanı  $4.71 \pm 4.61$  iken müzik terapi sonrası  $4.66 \pm 4.22$  bulunmuştur. Toplam puanlara bakıldığında puan ortalamalarında azalma olduğu ancak bu azalmanın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır

( $p>0.05$ ). Literatürde müzik terapinin şizofreni hastalarının yorgunluk düzeyi üzerine etkisinin araştırıldığı bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Yorgunluk fizyolojik kökenli olabildiği gibi psikolojik kökenli de olabilen ve çoğu zaman sübjektif olan, kişinin ruhsal durumundan da etkilenebilen bir durumdur. Kişinin ruhsal açıdan kendini iyi hissetmesine yönelik yapılan müzik terapi gibi müdahalelerin, dolaylı olarak yorgunluk hissi üzerinde de olumlu etkiye yol açtığını düşünmekteyiz.

## 6.SONUÇ ve ÖNERİLER

### SONUÇLAR

Araştırma şizofrenik hastalarda müzik terapinin ruhsal durum üzerine etkilerini belirlemek amacı ile deneysel olarak yapılmış olup Fransız Lape hastanesindeki kronik şizofreni tanılı hastaların katılımı ile sağlanmıştır. Araştırmaya toplam 22 hasta alınmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların %50'si (n:11) kadın, %50'si (n:11) erkektir.

Hastalara müzik terapi öncesi uygulanan SANS ölçeği puanı  $46,78 \pm 20,01$ , müzik terapisi sonrası uygulanan SANS ölçeği puanı  $36,64 \pm 18,19$  bulunmuştur ( $p=0,00$ ). Ortalama puana bakıldığında hastaların negatif belirtilerinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalma olduğu belirlenmiştir.

Müzik terapi öncesi SAPS ölçeği puanı  $21,15 \pm 16,87$ , müzik terapi sonrası SAPS ölçeği puanı  $18,10 \pm 16,2$  bulunmuştur ( $p=0,00$ ). Müzik terapi sonrası hastaların pozitif belirtilerinin anlamlı düzeyde azaldığı ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.

Hastaların müzik terapi öncesi uyku kalitesi toplam puanı  $2,74 \pm 1,43$ , müzik terapisi sonrası uyku kalitesi toplam puanı  $2,20 \pm 1,63$  olarak bulunmuştur ( $p>0,05$ ). Ortalama puana bakıldığında müzik terapinin hastaların uyku kalitesinde istatistiksel olarak anlamlı olmasada uyku kalitesini iyileştirici etkisinin olduğu söylenebilir.

Yorgunluk ölçeği değerlendirmesi, müzik terapi öncesinde yapıldığında ortalama puan  $4,71 \pm 4,61$ , müzik terapi sonrasında  $4,66 \pm 4,22$  bulunmuştur ( $p>0,05$ ). Müzik terapi öncesi ve sonrası hastaların “yorgunluk” puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde, yorgunluk puan ortalamalarında azalma olduğu ancak bu azalmanın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır.

## ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesi sonucunda ;

- Müzik terapi gibi tamamlayıcı tedavi yöntemlerinin şizofreni tanılı hastalarda standart hemşirelik uygulamaları içinde yer alması için girişimlerde bulunulması ve müzik terapinin yaygınlaştırılması,
- Benzer çalışmaların daha geniş bir örneklem grubu içinde yapılması ve sonuçların karşılaştırılması,
- Müzik terapinin hemşirelik bakımına dahil edilebilmesi için hemşirelerin bu konuda eğitim programlarına katılmalarının desteklenmesi,
- Müzik terapinin, alanında ilgili yeterliliğe sahip bir ekip tarafından uygulanması,
- Çalışmamızda da uygulandığı gibi müzik terapinin gerektiğinde enstrümanlarla canlı olarak icra edilmesi,
- Müzik terapinin uyku kalitesi üzerine etkisini araştırmak için, uygulamaların hastaların uyku saatine yakın bir zamanda gerçekleştirilmesi önerilebilir.

## 7.KAYNAKLAR

- 1) Abay E, Tekin S. Geçmişten günümüze şizofreni genetiği. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi;12(2);21-30, 2004
- 2) Acar C, Kartalcı Ş. Şizofreninin Etyopatogenezinde Katekol- O- Metiltransferaz (COMT) Geninin Rolü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar; 6;217-226, 2014
- 3) Ağargun MY, Kara H, Anlar O. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'nin Gecerliliği ve Güvenirliği. Turk Psikiyatri Dergisi;7;107-11, 1996
- 4) Ak S. Müzikle Tedavi, Özener Yayıncılık. Ankara, 2006.
- 5) Aker T, Yazıcı A. Şizofrenide bilişsel-davranışçı terapi yöntemleri ve rehabilitasyon uygulamaları. 3P Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi; 8(4);21-29, 2000
- 6) Akkuş Ü. Müziğin İnsan Sağlığı Üzerindeki Yeri ve Önemi. Sosyal Bilgiler Araştırmaları Dergisi;1;98-103, 2007
- 7) Aleman A, Kahn RS, Selten JP. Sex Differences In The Risk Of Schizophrenia: Evidence From Meta-Analysis. Archives General Psychiatry; 60;71-565, 2003
- 8) Allen R, Springer DW, Trawver K. Psychosocial Treatment of Schizophrenia. John Wiley & Sons:2011.
- 9) Altan N, Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Pasif Müzikoterapinin Uyku Kalitesine Etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2011.

- 10) Amerikan Psikiyatri Birliği. Psikiyatrik Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması. Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR), çeviren: Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2007.
- 11) Arkonaç O. Psikotik Bozukluklar Ve Tedavileri, Nobel Tıp Yayınevi. İstanbul, 1996.
- 12) Atagün Mİ, Yıldırım MS, Canbek Ö. Elektrokonvülf Tedavi:Psikiyatride Güncel yaklaşımlar;4(3);350-370, 2012
- 13) Bademli K, Duman ZÇ. Şizofreni Hastalarının Bakım Verenlerine Uygulanan Aileden Aileye Destek Programları: Sistemik Derleme. Türk Psikiyatri Dergisi; 22;1-11, 2011
- 14) Balcıoğlu İ, Başer SZ. Şizofreni ve Aile, Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri; Sempozyum Dizisi;62;355-358, 2008
- 15) Basavanthappa BT. Essential’s of mental health nursing, 1th ed, JP Medical Ltd, 2011.
- 16) Beck AT. Bilişsel Terapi Ve Duygusal Bozukluklar. Çeviren: Öztürk V, Türkcan A. Litra Yayıncılık. (orijinal baskı tarih1976). İstanbul, 2005.
- 17) Birkan Zİ. Müzikle Tedavi, Tarihi Gelişimi ve Uygulamaları. Ankara Akupunktur ve Tamamlayıcı Tıp Dergisi;2 (1);37-50, 2014.
- 18) Bosch P, Moritz W. Schizophrenia Sleep Acupuncture. Hogrefe Publishing;2009.
- 19) Butcher J, Mineka S, Hooley J. Anormal Psikoloji. Kaknüs Yayınları: 2011.

- 20) Candansayar S. Şizofreni Tedavisinde Genel İlkeler: Neden, Nasıl Tedavi, Peday Yayınları. Ankara, 2005.
- 21) Carlson RW. Schizophrenia Huh? Stories for Children. iUniverse, 2002.
- 22) Ceyhun B. Şizofrenin Değerlendirilmesi, Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Şizofren Daizisi;1;20-30, 2000
- 23) Ceylan E, Çetin M. Şizofreni – I, Yerküre Tanıtım ve Yayıncılık. İstanbul, 2005.
- 24) Ceylan ME. Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri Şizofreni, Yazarı tarafından Bastırılmış. İstanbul, 2009.
- 25) Coldham EL, Addington J, Addington D. Medication adherence of individuals with a first episode of psychosis. Acta Psychiatr Scand;106;286-90, 2002
- 26) Comptont MT. Clinical Manual of Prevention in Mental Health, American Psychiatric pub. 2009.
- 27) Çınar S, Sezerli M, Sarsmaz N, Menteş AÖ. Hemodiyaliz Akut Yorgunluk Sendromuna Neden Olabilir mi? Hemşirelik Forumu Dergisi; 3(3);28-33, 2000
- 28) Çoban A. Müzik Terapi, Ruh Sağlığı İçin Müzikle Tedavi, Timaş Yayınları. İstanbul, 2005

- 29) Çobanoğlu SÜ, Aker T, Çobanoğlu N. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluğu Olan Hastalarda Tedaviye Uyum Sorunları. *Düşünen Adam*;16;211-218, 2003
- 30) Davidson MR. *A Nurse's Guide to Women's Mental Health*, Springer Publishing Company. 2012.
- 31) Davis JM, Janicak PG. Risperidone: a new, novel (and better?) antipsychotic. *Psychiatr Ann*;26;78-87, 1996
- 32) Davison G, Neale, J. *Anormal Psikolojisi*, Türk Psikologlar Derneği Yayınları. Ankara, 2014.
- 33) Demirbağ BC, Müzik ve Aroma Terapi Eşliğinde Yapılan Uyku ve Dokunmanın Fibromiyalji Hastalarında Fibromiyaljinin Etki Düzeyi ile Yorgunluk ve Uyku Kalitesine Etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Erzurum, 2011.
- 34) De Sousa A, De Sousa J. Music Therapy In Chronic Schizophrenia. *Journal Of Pakistan Psychiatric Society*;7;3-17, 2010
- 35) Dikeç G, Kronik Şizofreni Hastalarında Tedaviye Uyum Programının Etkinliği. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 2014
- 36) Dityatev A, El-Husseini A. *Molecular Mechanisms of Synaptogenesis*. Springer Science&Business Media:2006.



- 37) Duman ZÇ, Aştı N, Üçok A, Kuşçu MK. Şizofreni Hastalarına ve Ailelerine 'Bağımsız ve Sosyal Yaşam Becerileri Topluma Yeniden Katılım Programı' Uygulaması, İzlenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi; 8;91-101, 2007
- 38) Dülgerler Ş. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı: Engin E, Editör. Şizofrenik Bozukluklar. İstanbul Tıp Kitabevi:sayfa 411-446, 2014.
- 39) Ebert MH, Loosen PT, Nurcombe B. Current psikiyatri tanı ve tedavi. 2. Baskı, Çeviren:Birsöz S, Karaman T, Güneş Kitabevi, Ankara, 2003.
- 40) Eren B. Müzik Terapiye Genel Bir Bakış. The Science And Education At The Beginning Of The 21th Century in Turkey, St Kliments Ohridski Universty Press; 1049-1058, 2013
- 41) Erer S, Atıcı E. Selçuklu ve Osmanlılarda Müzikle Tedavi Yapılan Hastaneler. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi;36(1);29-32, 2010
- 42) Erkoç Ş, Arkonaç O, Ataklı C, Özmen E. Pozitif belirtileri değerlendirme ölçeğinin güvenilirliği ve geçerliliği. Düşünen Adam;2;20-24, (1991a)
- 43) Erkoç Ş, Arkonaç O, Ataklı C, Özmen E. Negatif belirtileri değerlendirme ölçeğinin güvenilirliği ve geçerliliği. Düşünen Adam;2;16-18, (1991b)
- 44) Ertan T. Psikiyatrik bozuklukların epidemiyolojisi. Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi;62;25-30, 2008

- 45) Ertekin P, Rast makamında dinletilen müziğin şizofrenik hastalarda işitsel halusinasyon ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. Erciyes Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Enstitüsü / Hemşirelik Anabilim Dalı / Ruh Sağlığı ve Hast. Hemşireliği Bilim Dalı. Doktora Tezi, 2013.
- 46) Ertuğrul A. Şizofreni etiyolojisi. Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi; 1(12);6-14, 2005
- 47) Freese FJ, Knight EL, Saks E. Recovery from schizophrenia: With views of psychiatrists, psychologists, and others diagnosed with this disorder. Schizophrenia Bulletin; 35(2); 370-380, 2009
- 48) Gabbard OG. Gabbard's Treatments Of Psychiatric Disorders. Çeviren: Alptekin K, Rota Tıp Yayınevleri, Ankara, 2009.
- 49) Gençel Ö. Müzikle Tedavi. Kastamonu Eğitim Dergisi; 2(14); 697-706, 2006
- 50) Gençtan E. Psikodinamik Psikiyatri Ve Normal Dışı Davranışlar, Metis Yayıncılık. İstanbul, 2011.
- 51) Gold Christian, Haldal TO, Dahle T, Wigram T. Music therapy for schizophrenia or schizofrenia-like illnesses. The Cochrane Library; 2005.
- 52) Gülseren L, Erol A. Şizofrenide İlaç Sağaltımı. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni; 10; 213-227, 2000
- 53) Güner SS. Müziğin Tedavideki Yeri ve Şekli. Karadeniz Araştırmaları; 12; 99-112, 2007

- 54) Güvenç RO. Doğu'da ve Batı'da Müzik Terapinin Kısa Tarihi, Türk Müzikini Araştırma ve Tanıtma Grubu, Tümeta Yayınları. İstanbul, 2013.
- 55) Haneishi E, Effects Of A Music Therapy Voice Protocol On Speech Intelligibility, Vocal Acoustic Measures, And Mood Of Individuals With Parkinson's Disease, Journal Music Therapy. University Of Kansas, 2001
- 56) Harmancı P, Şizofreni Hastasına Bakım Verenlerin Yüklerinin Ruhsal Sağlık Durumlarına Etkisinin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2013.
- 57) Harrison G, Hopper K, Croog T. Recovery From Psychotic İllness: A 15 And 25 Year International Follow-up Study. The British Journal Of Psychiatry;178(6);2001.
- 58) Hatunoğlu A. Türk İslam Hekimlerinin Psikoloji Biliminin Gelişimine Katkıları ve Psikolojik Hastalıklarla Tedavi Yöntemleri. Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi; 2(5);255-263, 2014
- 59) Heinssen RK, Liberman RP, Kopelowicz A. Psychosocial skills training for schizophrenia: Lessons from the laboratory. Schizophr Bull;26;21-46, 2000
- 60) Henry AN, Donald JM. Hand-books in Health Care: Contemporary Diagnosis and Menagement of The Patient with Schizophrenia. USA.:Comp:2002.
- 61) Işık E. Şizofreni, 2. Baskı, Kent Matbaacılık. Ankara, 1997.
- 62) Işık E, Taner E, Işık U. Güncel Klinik Psikiyatri. Organon Yayınevi;2008.

- 63) İmseytoğlu D, Yıldız S. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Müzik Terapi. İ.Ü.F.N. Hem. Dergisi;20(2);160-165, 2012.
- 64) İsmailov NV, Özakkaş T. Azerbaycan Tıp Eğitiminde Psikiyatri. Özak Yayınevi: 1998.
- 65) İşkey M. Anjiografi İşlemi Öncesi ve İşlem Sırasında Müzik Dinlemenin Bireylerin Anksiyete Düzeyi ve Yaşam Bulgularına Etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, 2008.
- 66) Jacobsan JL. Psikiyatri Sırları, Nobel Kitapevleri. İstanbul, 2006.
- 67) Janata P, Tillmann B, Bharucha J. Listening To Polyphonic Music Recruits Domain-General Attention And Working Memory Circuits. Department Of Psychological And Brain Sciences Dartmouth College, 2002
- 68) Janicak PG. Schizophrenia: Recent Advances in Diagnosis and Treatment, Springer Science & Business. 2014.
- 69) Jones BP, Buckley P. Schizophrenia: İn Clinical Practice Series. Elsevier Health Sciences:2006.
- 70) Kamışlı S, Daştan L. Bir Psikiyatri Kliniğinde Hemşirelik Uygulamaları ve Bu uygulamalara Yönelik Hasta Görüşleri. C.Ü Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi;12(1);45-52, 2008
- 71) Karamızrak N. Ses ve Müziğin Organları İyileştirici Etkisi. Koşuyolu Heart Journal;17(1);54-57, 2014

- 72) Kaplan HI, Sadock BJ. Klinik Psikiyatri. 1. Baskı, Abay E, editör. Nöbel Kitabevleri, İstanbul;2004.
- 73) Kelleci ME, Ata E. Psikiyatri Kliniği'nde Yatan Hastaların İlaç Uyumları ve Sosyal Destekle İlişkisi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi;2(3);105-110, 2011
- 74) Köroğlu E, Güleç C. Psikiyatri Temel Kitabı. Hekim yayınları birliği Yayıncılık:2000.
- 75) Köroğlu E. Psikonozoloji:Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri, Hekim Yayınları Birliği. Ankara,2004.
- 76) Kültür S. Şizofreni, Psikiyatri Temel Kitabı, Hekimler Yayın Birliği. Ankara, 2007.
- 77) Lane A, Byrne M, Mulvany F, Kinsella A, Waddington JL, Walsh D, Larkin C, O'Callaghan E. Reproductive behaviour in schizophrenia relative to other mental disorders: evidence for increased fertility in men despite decreased marital rate. Acta Psychiatr Scand;91;222-228, 1995
- 78) Leahy RL. Bilişsel Terapi ve Uygulamaları, Litera Yayıncılık. İstanbul, 2007.
- 79) Lehman AF, Lieberman JA, Dixon LB, McGlashan HT, Miller AL, Perkins DO, Kreyenbuhl J. Treatment of Patients With Schizophrenia. 2th. Ed. American Psychiatric Association:2004.
- 80) Lemke TL, Williams DA. Foye's Principles of Medicinal Chemistry. 7th ed. Lippincott Williams & Wilkins: 2012.

- 81) Lui M, Lamberty CE, Lambert VA. Caregiver Burden And Coping Patterns Of Chinese Parents Of A Child With A Mental Illness. *International Journal Of Mental Health Nursing*;16;86-95, 2007
- 82) Mcgrath J, Saha S, Welham J. A Systematic Review Of The Incidence Of Schizophrenia: The Distribution Of Rates And The Influence Of Sex, Urbanicity, Migrant, Status And Methodology. *BMC Medicine*;2-13, 2004
- 83) Mendoza TR, Wang XS, Cleeland CS, Morrissey M, Johnson BA, Wendt JK et al. The Rapid Assessment of Fatigue Severity in Cancer Patients. *Cancer*;85(5);1186-1196, 1999
- 84) Minuchin S, Fishman HC. *Family Therapy Techniques*. Harvard University Press:2009.
- 85) Mortan Sevi O, Şizofrenide grup psikoterapisi:Bilişsel ve Davranışçı Tekniklerin Karşılaştırılması. Ege Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik (uygulamalı) Psikoloji Anabilim Dalı, .Doktora Tezi, İzmir, 2014.
- 86) Möller E. Evidence for Polygenic Inheritance in Schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*;55(3);202-7, 1977
- 87) Mueser KT, Jeste DV. *Clinical Handbook of Schizophrenia*. Guildford press: 2011.
- 88) Olfson M, Mechanic D, Hansell S, Boyer CA, Walkup J, Weiden PJ. Predicting medication noncompliance after hospital discharge among patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv*;51(2);216-22, 2000

- 89) Orhan D. Şizofrenide Psikososyal Yaklaşımlar. Anadolu Psikiyatri Dergisi;13;240-248, 2002
- 90) Önder E, Küçükada K. Şizofreni ve Dopamin. Ankara Numune Hastanesi Psikiyatri Kliniği. Şizofreni Dizisi;2;45-57, 1999
- 91) Özalmete EÖ, Şizofreni Hastalarının Tedavisinde Antipsikotik Polifarmasi Uygulamasının Değerlendirilmesi. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Baştabipliği, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2006.
- 92) Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Nobel Kitapevleri: 2011.
- 93) Pastorino E, Doyle Portillo S. What is Psychology. Cengage Learning:2011.
- 94) Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins:2011.
- 95) Sadock BJ, Sadock V. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8.baskı, çeviren: Aydın H, Bozkurt A, Güneş kitabevi Ltd. Şti., Ankara, 2007.
- 96) Sağlık Bakanlığı Türkiye hastalık yükü çalışması 2004. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara.2006
- 97) Saka F. Yeterki Sen İste Psikoterapi Öyküleri, Selis Kitaplar. İstanbul, 2005.

- 98) Sartorius N, Arboleda Florez J, editör. The WPA global programme against stigma and discrimination because of schizophrenia. Understanding the stigma of mental illness, John Wiley & Sons:2008.
- 99) Saygılı S. Ruh Hastalıkları ve Korunma Yolları, Tür-Dev Yayınları. İstanbul, 2011.
- 100) Saygılı S, Akıncı AÇ, Arıkan H, Dereli E. Üniversite Öğrencilerinde Uyku Kalitesi ve Yorgunluk. EJOVOC: Electronic Journal of Vocational Colleges;1(1), 2011
- 101) Sayıl I. Ruh sağlığı ve hastalıkları. Sizofreni, 2. Baskı, Antıp A.S.Yayımları. Ankara, 2000.
- 102) Schumacher, K. Müziği araç olarak kullanan sosyal pedagoji ve entegrasyon pedagojisi ile müzik terapisi açısından Orff-Schulwerk'in anlamı. Orff Info ;4;4, 2003
- 103) Sevinçok L. Şizofrenide Psikososyal Tedaviler. Şizofreni Dizisi;1;72-20, 2000
- 104) Sezer F. Öfke ve Psikolojik Belirtiler Üzerine Müziğin Etkisi. Uluslar arası İnsan Bilimleri Dergisi;8(1);1-16, 2011
- 105) Silber K. Schizophrenia: Palgrave Insights in Psychology series. Palgrave Macmillan:2014.
- 106) Sofuoğlu S. Şizofrenide Klasik Antipsikotiklerle Tedavi. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Şizofreni Dizisi;1;45-57, 2000



- 107) Somakçı P. Türklerde Müzikle Tedavi. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi;15;131-140, 2003
- 108) Soygür H. Şizofreni ve Yaşam Niteliği. Klinik Psikiyatri dergisi;14;1-9, 2003.
- 109) Soykan A. Atipik Antipsikotiklere Genel Bir Bakış. Klinik psikiyatri Dergisi;1;13-21, 2000
- 110) Sönmez S, Şizofreni Hastalarında Psikoeğitim Grup Çalışmasının Pozitif ve Negatif Belirtiler, Sağlık, sosyal İşlevsellik, Yeti Yitimi, İçgörü ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkilerinin Araştırılması. Bakırköy Prof. Dr. Mahzar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi 2. Psikiyatri Birimi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2009.
- 111) Talwar N, Crawford NJ, Maratos A, Nur U, Mcdermott O, Prosters S. Music Therapy For İn-Patients With Schizophrenia: Exploratory Randomised Controlled Trial. British Journal of Psychiatry;9;405, 2006
- 112) Tang W, Yao X, Zheng Z. Rehabilitative effect of music therapy for residual schizophrenia: A one-month randomised controlled trial in Shanghai. British Journal of Psychiatry;165(24);38–44, 1994
- 113) T.C. Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı. Ankara, 2011.
- 114) Tel H, Doğan S, Özkan B, Çoban S. Hasta Yakınlarına Göre Kronik Psikiyatrik Bozukluğu Olan Hastaların Tedaviye Uyumu. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi; ;1(1); 7-12, 2010

- 115) Tel H, Terakye G. Şizofrenik hasta ailelerine yönelik bir psikoegitimsel yaklaşım uygulaması denemesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi;1(3);133-142, 2000
- 116) Tomruk NB, Oral T. Elektrokonvülsif Tedavinin Klinik Kullanımı. Anadolu Psikiyatri Dergisi; 8;302-309, 2007
- 117) Tosun M. Depresyon Tedavisinde Elektrokonvülsif Terapinin Yeri. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli tıp Eğitim Etkinlikleri. Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu; S:107-120, 1999
- 118) Turan N, Öztürk A, Kaya N. Hemşirelikte Yeni Bir Sorumluluk Alanı: Tamamlayıcı Terapi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi;3(1);104-108, 2010
- 119) Uçanay Sönmez E, Şizofreni hastalarında dönerkapı fenomeni değişkenlerinin incelenmesi, Bakırköy Prof. Dr. Mahzar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık tezi, İstanbul, 2008.
- 120) Uçan Ö, Ovayolu N. Müzik ve Tıpta Kullanımı. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi;3(1);14-22, 2006
- 121) Uçaner B, Öztürk B. Türkiye’de ve Dünyada Müzikle Tedavi Uygulamaları, 1. Uluslar arası Eğitim Araştırma Kongresi, Çanakkale 18 Mart Üniversitesi, 1-3 Mayıs.2009

- 122) Üçok A. Psikoz İçin Risk Altındaki Bireyler, Tanıma, Önleme ve Tedavi Konusunda Nerdeyiz. Klinik Psikiyatri Dergisi;11;9-14, 2008
- 123) Ulaş H, Taşlıca S, Alptekin K. Şizofrenide Nörofizyolojik ve Nörokognitif Genetik Belirleyicilerin (Endofenotip) Yeri. Klinik Psikiyatri;11;12-19, 2008
- 124) Uykur B. Şizofreni Hastalarında İhtiyaç Analizi. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Hafsa Sultan Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Manisa, 2013
- 125) Veague HB. Schizophrenia: Psychological disorders. Collins C, editör. Infobase publishing:2007.
- 126) Weinberger DR, Harrison P. Schizophrenia. John Wiley & Sons;2011.
- 127) Wundarink A, Kaymaz N. Şizofreni. Inmerc publishing:2002.
- 128) Yağcıoğlu EA. Antipsikotik İlaçların Etki Mekanizmaları: Şizofreni Tedavisinde Antipsikotik kullanımı bir Lüks mü? Türk Psikiyatri Dergisi;18(4);364-374, 2007
- 129) Yavuz R. Türkiye’de sık karşılaşılan Psikiyatrik hastalıklar. İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimleri Etkinlikleri, S:49-58, İstanbul, 2008.
- 130) Yıldız M. Psikiyatrik rehabilitasyonun felsefesi. 3P Dergisi;8 (4);11-15, 2000

- 131) Yıldız M. Şizofreni. Hastalığı anlamak ve onunla yaşamayı öğrenmek, Okuyanus Yayınları. İstanbul, 2005.
- 132) Yüksel N. Ruhsal hastalıklar, 2.basım, Çizgi Tıp Yayınevi. Ankara, 2001.
- 133) Yüksel N. Antipsikotik ilaçlar. Psikofarmakoloji içinde Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi, 1998: 58-121.

## EK-1 ANKET FORMU

### KİŞİSEL BİLGİ FORMU

**Anket no:**

**Ad soyad kısaltması (Adın ve soyadın ilk harfinin kısaltılması şeklinde gösterilecektir.) :**

**Cinsiyeti** : 1. Kadın 2. Erkek

**Yaş** :

**Eğitim Durumu** :

1. Okuma yazma bilmiyor 2. İlköğretim 3.lise 4. Önlisans 5.Lisans 6. Lisans üstü

**Medeni Durumu** :

1. Bekar 2. Evli 3. Boşanmış/Eşi ölmüş

**Hastalık süresi** :

**Hastanede kalış süresi** :

**İlaç kullanım süresi** :

**İlaç kullanım uyumu** :

1. İlacını isteyerek alıyor 2.ilacını destek/teşvikle alıyor 3.İlacını zorla alıyor

## EK-2-NBDÖ VE PBDÖ

### ( SANS/ NBDÖ) NEGATİF BELİRTİLERİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Hasta adı:

Tarih:

0= Yok 1 = Şüpheli 2 = Hafif 3=Orta 4= Belirgin 5= Şiddetli

#### DUYGULANIMSAL DÜZLEŞME VEYA KÜNTLEŞME

##### 1. *Değişmeyen Yüz İfadesi*

0 1 2 3 4 5

Hastanın yüzü cansız görünür ve konuşmasının duygusal içeriğine bağlı olarak beklenenden daha az değişir.

##### 2. *Kendiliğinden Hareketlerde Azalma*

0 1 2 3 4 5

Hastanın kendiliğinden hareketleri çok azalmıştır veya hiç yoktur. Konumunu değiştirmez, ekstremitelerini oynatmaz.

##### 3. *Anlamlı jestlerin Yokluğu veya Azalması*

0 1 2 3 4 5

Hasta fikirlerini ifade etmede bir yardımcı olarak vücut konumunu değiştirmez ve el jestlerini kullanmaz.

##### 4. *Zayıf Göz ilişkisi*

0 1 2 3 4 5

Hasta göz ilişkisinden kaçınır ve konuşması esnasında bile boşluğa dalgın dalgın bakar.

##### 5. *Duygulanımsal Yanıtsızlık*

0 1 2 3 4 5

Hasta uyarıldığında gülmez veya gülümsemez.

##### 6. *Uygunsuz Duygulanım*

0 1 2 3 4 5

Hastanın duygulanımı basit bir biçimde düz veya küntleşmiş olmaktan daha çok uygunsuz veya uyumsuzdur.

##### 7. *Sesteki Esnekliğin Eksikliği*

0 1 2 3 4 5

Hasta normal sesle ilgili vurgu kalıplarını kullanmada başarısızdır ve genellikle monoton bir biçimde konuşur.

##### 8. *Duygulanımsal Düzleşmenin Bütünsel Derecelendirilmesi*

0 1 2 3 4 5

Bu derecelendirme, özellikle yanıtsızlık, göz ilişkisi, yüz ifadesi ve sesteki esneklik başta olmak üzere belirtilerin ayrıntılı şiddeti üstüne yoğunlaşmalıdır.

#### ALOGiA (Düşünce/Fikir Yoksulluğu)

##### 9. *Konuşma Yoksulluğu*

0 1 2 3 4 5

Hastanın sorulara yanıtları miktar olarak kısıtlıdır; kısa, somut ve özensiz olma eğilimi gösterir.

**10. Konuşma İçerisinin Yoksulluğu** 0 1 2 3 4 5  
Hastanın yanıtları miktar olarak yeterlidir; fakat muğlak, aşırı somut veya aşırı genelleme eğilimindedir ve çok az bilgi aktarır.

**11. Blokaj** 0 1 2 3 4 5  
Hasta, kendiliğinden veya konustuğu konu hatırlatıldığında, düşünce dizisinin kesintiye uğradığını ifade eder.

**12. Yanıt Süresinde Uzama** 0 1 2 3 4 5  
Hasta soruları yanıtlamak için fazla zamana gereksinime duyar. Bu konu hatırlatıldığında, hastanın sorunun farkında olduğu görülür.

**13. Alogiyanın Bütünsel Derecelendirilmesi** 0 1 2 3 4 5  
Alogiyanın çekirdek özellikleri, konuşma ve düşünce içeriğinin yoksulluğudur.

#### **AVOLUTION-APATI/ İRADESİZLİK-İLGİSİZLİK** İnsiyatif veya Hedefin Olmaması

**14. Öz bakımı ve Temizlik** 0 1 2 3 4 5  
Hastanın elbiseleri dökük saçık yada kirli olabilir, saçları yağlanmış, kendisi temizlenmemeye bağlı kokuyor olabilir.

**15. İş veya Okulda Sebatsızlık** 0 1 2 3 4 5  
Hastanın iş arama ve sürdürmede, okul ödevlerini tamamlamada, evi temizlemede güçlükleri vardır. Eğer hasta hastanede yatıyorsa, örneğin toplu oyun oynama gibi koğuş etkinliklerini sürdüremez.

**16. Fiziksel Anergia (Hareketsizlik)** 0 1 2 3 4 5  
Hasta fiziksel olarak hareketsiz olma eğilimindedir. Saatlerce oturabilir ve hiçbir kendiliğinden hareket göstermez.

**17. İradesizlik/İlgisizliğin Bütünsel Derecelendirilmesi** 0 1 2 3 4 5  
Eğer özellikle belirgin ise, asıl ağırlık bir veya iki önemli belirtiyeye verilmelidir.

**ANHEDONİ -ASOSYALLİK/ZEVK ALAMAMA  
TOPLUMSAL İLİŞKİ KURAMAMA**

**18. Oyalanıcı İlgi ve Etkinlikler**

0 1 2 3 4 5

Hastanın ilgileri çok az veya hiç yoktur.  
Bu ilgilerin hem niteliği hem de niceliği  
dikkate alınmalıdır.

**19. Cinsel İlgi ve Etkinlik**

0 1 2 3 4 5

Hasta cinsel ilgi ve etkinlikte bir azalma  
gösterebilir veya etkin olduğunda da zevk  
almada bir azalma vardır.

**20. Yakınlık ve Dostluk Kurma Yeteneği**

0 1 2 3 4 5

Hasta, özellikle karşı cins ve ailesiyle basta  
olmak üzere yakın veya dostça ilişkiler kurmada  
bir yetersizlik sergiler.

**21. Arkadaş ve Akranlar İle İlişkiler**

0 1 2 3 4 5

Hastanın çok az arkadaşı vardır veya hiç yoktur.  
Bütün zamanını yalnız geçirmeyi tercih eder.

**22. Anhedoni - Asosyalitenin Bütünsel  
Derecelendirilmesi**

0 1 2 3 4 5

Bu derecelendirme hastanın yaşı, aile durumu vb.  
durumları da hesaba katarak ayrıntılı şiddeti  
yansıtmalıdır.

**DİKKAT**

**23. Sosyal Dikkatsizlik**

0 1 2 3 4 5

Hasta ilgisiz görünür. Uyuşturucu madde  
etkisindeymişçesine bir görünüm içindedir.

**24. Zihinsel Durum Testleri Esnasında**

0 1 2 3 4 5

**Dikkatsizlik** 7(yedi) rakamıyla yapılan seri  
testleri (en az beş çıkarma işlemi olmalı) ve  
'Dünya' kelimesini geriye doğru harf  
harf okuma testi

**25. Dikkatin Bütünsel Derecelendirilmesi**

0 1 2 3 4 5

Bu derecelendirme, klinik olarak ve testler  
açısından hastanın ayrıntılı yoğunlaşmasını  
değerlendirilmelidir.

**ANLAMA( Duygulanımsal düzleşme/ Küntleşme) :**

**ALOGİA:**

**AVOLUTION/ APATİ:**



**ANHEDONİ/ ASOSYALLİK:**

**DiKKAT:**

**TOPLAM PUAN:**

**( SANS/ PBDÖ) POZİTİF BELİRTİLERİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ**

Hasta adı:

Tarih:

**0= Yok 1 = Şüpheli 2= Hafif 3= Orta 4= Belirgin 5= Şiddetli**

**VARSANILAR**

**1. İsteme Varsanıları**

0 1 2 3 4 5

Hasta başkalarının duymadığı sesler, gürültüler veya başka sesler duyduğunu bildirir.

**2. Yorumlayıcı Sesler**

0 1 2 3 4 5

Hasta, davranış ve düşüncelerini yorumlayan sesler duyduğunu bildirir.

**3. Kendi Aralarında Konuşan Sesler**

0 1 2 3 4 5

Hasta iki veya daha fazla kişinin aralarında konuştuklarını duyduğunu bildirir.

**4. Somatik veya Dokunma Varsanıları**

0 1 2 3 4 5

Hasta, vücudunda acayip fizik duyumsamalar olduğunu bildirir.

**5. Koku Varsanıları**

0 1 2 3 4 5

Hasta, başkalarının fark etmediği olağan dışı kokular duyduğunu bildirir.

**6. Görme Varsanıları**

0 1 2 3 4 5

Hasta, gerçekte var olmayan şekil veya insanlar görür.

**7. Varsanuların Bütünsel Derecelendirilmesi**

0 1 2 3 4 5

Bu derecelendirme varsanının süresi, şiddeti ve hastanın yaşamına olan etkisi göz önüne alınarak yapılmalıdır.

**HEZEYANLAR**

**8. Kötülük Görme Hezeyanları**

0 1 2 3 4 5

Hasta, kendine yönelik komplo hazırlandığına ve ya bir yolunun bulunup kendine kötülük yapılacağına inanır.

**9. Kıskançlık Hezeyanları**

0 1 2 3 4 5

Hasta eşinin bir başkası ile ilişkisi olduğuna inanır.

- 10. Suçluluk ve Günahkarlık Hezeyanları** 0 1 2 3 4 5  
Hasta bazı kötü günahlar veya affedilemez suçlar işlediğine inanır.
- 11 . Büyüklük Hezeyanları** 0 1 2 3 4 5  
Hasta, özel güç veya yeteneklerinin varlığına inanır.
- 12. Dinsel Hezeyanlar** 0 1 2 3 4 5  
Hasta, dinsel nitelikli yanlış inançları ile aşırı uğraşır.
- 13. Somatik Hezeyanlar** 0 1 2 3 4 5  
Hasta, her nasılsa vücudunun hasta, anormal veya değişmiş olduğuna inanır.
- 14. Alınma Düşünceleri ve Hezeyanları** 0 1 2 3 4 5  
Hasta, önemsiz işaret veya olayları üzerine alınır veya özel anlamlar çıkarır.
- 15. Kontrol Edilme Hezeyanları** 0 1 2 3 4 5  
Hasta, duygularının ve karakterinin bazı dış güçlerce kontrol edildiğini hisseder.
- 16. Düşünce Okunması Hezeyanları** 0 1 2 3 4 5  
Hasta insanların düşüncelerini okuyabildiği veya düşüncelerini bildiğini hisseder.
- 17. Düşünce Yayınlanması** 0 1 2 3 4 5  
Hasta, düşüncelerinin yayınlandığını hisseder, böylece kendisi veya diğerleri bunları duyabilir.
- 18. Düşünce Sokulması** 0 1 2 3 4 5  
Hasta, düşüncelerinin kendisine ait olmadığını, dışarıdan aklına sokulduğuna inanır
- 19. Düşünce Çekilmesi** 0 1 2 3 4 5  
Hasta, düşüncelerinin kafasından alındığına inanır.
- 20. Hezeyanların Bütünsel Derecelendirilmesi** 0 1 2 3 4 5  
Bu derecelendirilme hezeyanların süresi, ısrarlılığı Ve hastanın yaşamına olan etkisi göz önüne alınarak yapılmalıdır.

## **GARİP (BİZAR) DAVRANIŞ**

### **21. Giyim ve Görünüş**

0 1 2 3 4 5

Hasta olağandışı tarzda giyinir veya diğer garip şeylerle görünüşünü değiştirir.

### **22. Sosyal ve Cinsel Davranış**

0 1 2 3 4 5

Hasta, olağan sosyal normlara göre, uygunsuz şeyler yapabilir. Örn. Ortalıkta mastürbasyon yapma

### **23. Saldırgan ve Taşkın Davranış**

0 1 2 3 4 5

Hasta, sıklıkla önceden tahmin edilemeyen saldırgan ve taşkın davranışlar gösterebilir.

### **24. Tekrarlayıcı veya Basmakalıp (Stereotipik) Davranış**

0 1 2 3 4 5

Hasta, tekrar tekrar yapmak zorunda olduğu tekrarlayıcı hareketler veya merasimler geliştirebilir.

### **25. Garip Davranışın Bütünsel Derecelendirilmesi**

0 1 2 3 4 5

Bu derecelendirme, davranış tipi ve sosyal normlardan sapma miktarının yansıtmalıdır.

## **POZİTİF FORMAL DÜŞÜNCE BOZUKLUĞU**

### **Düşüncenin Raydan Çıkması (Derailment)**

0 1 2 3 4 5

Fikirlerin bir diziden diğerine dolaylı bağlantılı veya bağlantısız olarak kayıp gittiği konuşma şekli.

### **27. Teğetleme (Tangentiality)**

0 1 2 3 4 5

Dolaylı veya konu dışı tarzda sorulara yanıt verme.

### **28. Dikişsizlik**

0 1 2 3 4 5

#### **(Kelime Salatısı, şizofazi)**

Zaman zaman esas olarak anlaşılmayan konuşma şekli.

### **29. Mantık Dışılık**

0 1 2 3 4 5

Mantıklı olarak izlenemeyen sonuçlar çıkarılan konuşma şekli

- 30. Çevresel Konuşma** 0 1 2 3 4 5  
(*Circumstantiality*)  
Hedef düşünceye ulaşması çok dolambaçlı olan ve geciken konuşma şekli.
- 31. Basınçlı Konuşma** 0 1 2 3 4 5  
Hastanın konuşması hızlı ve durdurulması güçtür. Konuşma miktarı normalden çok fazladır
- 32. Çelinebilir Konuşma** 0 1 2 3 4 5  
(*Distractible Speech*)  
Hasta konuşma akımını kesintiye uğratan yakın uyaranlarca çelinebilir.
- 33. Klang Çağrışım** 0 1 2 3 4 5  
Kelime seçimine anlamsal ilişkilerden çok seslerin yön verdiği konuşma şekli.
- 34. Pozitif Formal Düşünce** 0 1 2 3 4 5  
*Bozukluğunun Bütünsel Derecelendirilmesi*  
Bu bütünsel derecelendirme, anormalliği ve kişinin ilişki kurma yeteneği etkileme derecesini yansıtmalıdır.

**VARSANILAR: HEZEYANLAR:**  
**GARİP ( BİZAR) DAVRANIŞ:**  
**POZİTİF FORMAL DÜŞÜNCE BOZUKLUĞU: TOPLAM**  
**PUAN:**

## EK-3 PUKİ ÖLÇEĞİ

### PİTTSBURG UYKU KALİTESİ İNDEKSİ

İsim:

Tarih:

Yaş:

#### Açıklamalar:

Aşağıdaki sorular yalnızca geçen ayki mutad uyku alışkanlıklarımızla ilgilidir. Cevaplarınız geçen ay içindeki gün ve gecelerin çoğuna uyan, en doğru karşılığı belirlemelidir. Lütfen tüm soruları cevaplandırınız.

#### 1-Geçen ay geceleri genellikle ne zaman yattınız?

MUTAD YATIŞ SAATİ:.....

#### 2-Geçen ay, geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (dakika olarak) aldı?

.....DAKİKA

#### 3-Geçen ay, sabahları genellikle zaman kalktınız?

MUTAD KALKIŞ SAATİ:.....

#### 4-Geçen ay, geceleri kaç saat gerçekten uyudunuz? (Bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir).

BİR GECEDEKİ UYKU SÜRESİ:.....SAAT

Aşağıdaki soruların her biri için en uygun cevabı seçiniz. Lütfen tüm soruları cevaplandırınız.

#### 5-Geçen ay aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne kadar sıklıkla yaşadınız?

a) 30 dakika içinde uykuya dalamadınız?

Geçen ay	haftada	haftada bir	haftada üç
Boyunca hiç	birden az	veya daha fazla	veya daha fazla

b) Gece yarısı veya sabah erken uyandınız

Geçen ay	haftada	haftada bir	haftada üç
Boyunca hiç	birden az	veya daha fazla	veya daha fazla

c) Banyo yapmak üzere kalkmak zorunda kaldınız?

Geçen ay	haftada	haftada bir	haftada üç
Boyunca hiç	birden az	veya daha fazla	veya daha fazla

d) Rahat bir şekilde nefes alı veremediniz?

Geçen ay	haftada	haftada bir	haftada üç
Boyunca hiç	birden az	veya daha fazla	veya daha fazla

e) Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız?

Geçen ay	haftada	haftada bir	haftada üç
Boyunca hiç	birden az	veya daha fazla	veya daha fazla

f) Aşırı derecede üşüdünüz

Geçen ay	haftada	haftada bir	haftada üç
Boyunca hiç	birden az	veya daha fazla	veya daha fazla

g) Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz

Geçen ay	haftada	haftada bir	haftada üç
Boyunca hiç	birden az	veya daha fazla	veya daha fazla

h) Kötü rüyalar gördünüz

Geçen ay	haftada	haftada bir	haftada üç
Boyunca hiç	birden az	veya daha fazla	veya daha fazla

i) Ağrı duydunuz

Geçen ay	haftada	haftada bir	haftada üç
Boyunca hiç	birden az	veya daha fazla	veya daha fazla

j) Diğer neden (ler) lütfen belirtiniz

**Geçen ay bu neden (ler) den dolayı ne kadar sıklıkta uyku problemi yaşadınız?**

Geçen ay	haftada	haftada bir	haftada üç
Boyunca hiç	birden az	veya daha fazla	veya daha fazla

**6-Geçen ay uyku kalitenizi bütünüyle nasıl değerlendirirsiniz?**

Çok iyi.....  
Oldukça iyi.....  
Oldukça kötü.....  
Çok kötü.....

**7-Geçen ay uyumanıza yardımcı olması için ne kadar sıklıkla uyku ilacı (reçeteli veya reçetesiz) aldınız?**

Geçen ay	haftada	haftada bir	haftada üç
Boyunca hiç	birden az	veya daha fazla	veya daha fazla

**8-Geçen ay, araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?**

Geçen ay	haftada	haftada bir	haftada üç
Boyunca hiç	birden az	veya daha fazla	veya daha fazla

**9-Geçen ay, bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derece problem oluşturdu?**

Hiç problem oluşturmadı  
Yalnızca çok az bir problem oluşturdu  
Bir dereceye kadar problem oluşturdu  
Çok büyük bir problem oluşturdu

**10-Bir yatak partneriniz veya oda arkadaşınız var mı?**

Bir yatak partneri ya da oda arkadaşı yok  
Diğer odada bir yatak partneri ya da oda arkadaşı var  
Partner aynı odada fakat aynı yatakta değil  
Partner aynı yatakta

**Eğer bir oda arkadaşınız veya yatak partneriniz varsa ona geçen ay aşağıdaki durumları ne kadar sıklıkta yaşadığınızı sorun.....**

a) Gürültülü horlama

Geçen ay	haftada	haftada bir	haftada üç
Boyunca hiç	birden az	veya daha fazla	veya daha fazla

b) uykuda iken nefes alıp vermeler arasında uzun aralıklar

Geçen ay	haftada	haftada bir	haftada üç
Boyunca hiç	birden az	veya daha fazla	veya daha fazla

c) Uykuda iken bacaklarda seyirme veya sıçrama

Geçen ay	haftada	haftada bir	haftada üç
Boyunca hiç	birden az	veya daha fazla	veya daha fazla

d) Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık

Geçen ay	haftada	haftada bir	haftada üç
Boyunca hiç	birden az	veya daha fazla	veya daha fazla

e) Uyurken olan diğer huzursuzluklarınız, lütfen belirtiniz.

Geçen ay	haftada	haftada bir	haftada üç
Boyunca hiç	birden az	veya daha fazla	veya daha fazla

## EK-4 KISA YORGUNLUK ÖLÇEĞİ

### EK-4 KISA YORGUNLUK FORMU

Yaşamımız boyunca, çoğumuzun aşırı yorgunluk veya bitkinlik hissettiğimiz zamanlar olmuştur. Geçen hafta içerisinde, her zamankinden farklı (olağan dışı) yorgunluk ya da halsizlik hissettiniz mi?

Evet

Hayır

(Aşağıda yorgunluğunuzun şiddetini belirlemek için puanlama yapılmıştır. 0 = Yorgunluk yok, 10 = hayal edebildiğiniz en şiddetli yorgunluk olarak tanımlanmaktadır.)

**1.Lütfen, şu anda yaşadığınız yorgunluk (halsizlik, bitkinlik) düzeyinizi en iyi tanımlayan numarayı yuvarlak içine alınız.**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**2.Lütfen, son 24 saat içinde yaşadığınız genel yorgunluk düzeyinizi en iyi tanımlayan numarayı yuvarlak içine alınız.**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**3.Lütfen, son 24 saat içinde yaşadığınız en kötü yorgunluk düzeyinizi en iyi tanımlayan numarayı yuvarlak içine alınız.**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**4.Son 24 saat içinde, yorgunluk nedeni ile aşağıda belirtilen faaliyetlerinizin ne derece etkilendiğini numaraları yuvarlak içine alarak belirtiniz. ( 0 = yaşantınızı engellememekte, 10 = yaşantınızı tamamen engellemekte )**

**A. Genel aktiviteniz**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**B. Ruh haliniz**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**C. Yürüme beceriniz**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**D. Normal çalışmanız (ev dışındaki iş ve günlük ev işleri)**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**E. Diğer kişilerle ilişkileriniz**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**F. Yaşama sevinciniz**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

## EK-5-UYGULAMA İZİN FORMU

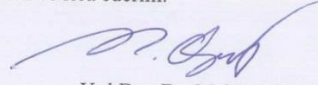
T.C.  
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Sayı : 31034136 / 302.08.01 - 158  
Konu: Suna FINDIKOĞLU-Tez Çalışması

12.08.2014

### FRANSIZ LAPE HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Suna FINDIKOĞLU'nun, Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı tarafından da onaylanmış olan "*Şizofrenik Hastalarda Müzik Terapinin Ruhsal Durum Üzerine Etkisi*" isimli tez çalışması kapsamındaki uygulamalarını Hastaneniz bünyesinde yapmaları konusunda müsaadelerinizi arz ve rica ederim.



Yrd.Doç.Dr. Mehmet OZANSOY  
Müdür Yardımcısı  
Müdür V.

ÖZEL FRANSIZ LAPE HASTANESİ  
DR. M. F. ATABAY  
DIP. TESCİL NO: 115174  
PSIKİYATRİ UZMANI

FRANSIZ LAPE HASTANESİ  
Başhekimlik  
ÖZEL FRANSIZ LAPE HASTANESİ  
Dr. Memnune Funda ATABAY  
MESUL MÜDÜR  
Dip. No: 8051  
Dip. Tescil No: 83031

Uygundur.

Tel: (0212) 453 49 10  
Faks: (0212) 531 75 55  
Web: www.medipol.edu.tr  
Bilgi için: gerbatu@medipol.edu.tr

Adres: Atatürk Bulvarı, No:27, 34083  
Unkapanı/İSTANBUL



## EK-6-ETİK KURULU ONAYI

T.C.  
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı : 10840098 – 178  
Konu: Etik Kurulu Kararı

18/07/2014

Sayın Yrd. Doç. Dr. Sibel DOĞAN

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz “Şizofrenik Hastalarda Müzik Terapinin Ruhsal Durum Üzerine Etkisi” isimli başvurunuz incelenmiş olup, etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

  
Doç. Dr. Haneli ÖZBEK  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar  
Etik Kurulu Başkanı

EK:  
-Karar Formu (2 sayfa)

Tel: (0216)681 51 37  
Faks:(0212)531 75 55  
E-mail: [ilknurfil@medipol.edu.tr](mailto:ilknurfil@medipol.edu.tr)

Adres: Kavacık Mah. Ekinciler Cad.No:19,34810  
Kavacık/BEYKOZ

**İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU**

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	15.07.2014		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	15.07.2014		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
Karar Bilgileri	Karar No: 163	Tarih: 18.07.2014		
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.			

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI	Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Tangül MÜDOK	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Berna EREN	Halk Sağlığı	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Emir YÜZBAŞIOĞLU	Protetik Diş Tedavisi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. İlknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Op. Dr. Muhammed Fatih EVCİMİK	Kulak-Burun Boğaz	Özel Nisa Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

\* :Toplantıda Bulunma

## EK 7. ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

<b>Adı:</b>	Suna	<b>Soyadı:</b>	Fındıkoğlu
<b>Doğum Yeri:</b>	Düzce	<b>Doğum tarihi:</b>	24.01.1984
<b>Uyruğu:</b>	T.C	<b>TC Kimlik No:</b>	18035122338
<b>E-mail:</b>	s_shn_22@hotmail.com	<b>Tel:</b>	05426407805

### Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurum Adı	Mezuniyet Yılı
<b>Lisans</b>	Zonguldak Karaelmas Üniversitesi	2008
<b>Lise</b>	Düzce Lisesi (Yabancı Dil Ağırlıklı Bölüm)	2002

### İş Deneyimi (sondan geçmişe doğru sıralayın)

Görevi	Kurum	Süre/Yıl
Başhemşire Yardımcısı	Fransız Lape Hastanesi	3 Yıl
Servis Hemşiresi	Dünya Göz Hastanesi Etiler	2 Yıl
Yoğun Bakım Sorumlu Hemşireliği	Düzce Özel Hayri Sivrikaya Hastanesi	2,5 Yıl

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	Orta	Orta	Orta

\* Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
<b>ALES Puanı</b>	68,45772	68,12315	62,14691

### Bilgisayar Bilgisi

\*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

Program	Kullanma becerisi
OfficeProgramları	Çok iyi

Uluslararası ve Ulusal Yayınları/Bildirileri/Sertifikaları/Ödülleri/Diğer

