

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ



HEMŞİRELİK/RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

*HEM401-Şizofreni ve Diğer Psikotik
Bozukluklar*

Dr. Öğr. Üyesi Oya Sevcan ORAK

Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar

*HEM401-Ruh Sağlığı ve
Hastalıkları Hemşireliği*

Hafta-4



ŞİZOFRENİK BOZUKLUKLAR

- **TANIM**
- Birçok davranış ve düşünce bozukluğuna neden olan beynin yapısında, fizyolojisinde ve kimyasında önemli değişikliklerin olduğu çok sistemli psikiyatrik bozukluklardan biridir.





- Kişinin uyum ve işlev düzeyi ileri derecede etkilenmiştir.
- Gerçeği değerlendirme yetisi bozulmuştur.
- Kişi durumunun farkında değildir.

EPİDEMİYOLOJİ

- Şizofreni her toplumda görülebilen ruhsal bozukluklardan biri olmakla birlikte, sıklık ve yaygınlığına ilişkin veriler çeşitli nedenlerle oldukça değişik bir görünüm sergilemektedir.



- A.B.D.'de, şizofreninin bir yıllık yaygınlığı %1, yaşam boyu yaygınlığı %1.4 olarak saptanmıştır.
- Şizofreninin toplumda yaşam boyu yaygınlığı %1.4 olmasına rağmen, bu oran cezaevlerinde %6.7, bakım kurumlarında % 3.8, akıl hastanelerinde %20.4 olarak belirlenmiştir.



- Ülkemizde yapılan çalışmalar yaşam boyu hastalanma riskini (life time morbid risk) her iki cins için %1 olarak belirlemektedir.
- Hastalığın **ortalama başlama yaşı 15 ile 40 yaş** arasında değişmekle birlikte hastaların **%90'ı 15-25 yaş grubundadır.**



- **Kadın ve erkekte aynı oranda görülmektedir;** hastalığın başlaması ve gidişinde farklılıklar gözlenmektedir.
- Erkeklerde başlama yaşı 15-25, kadınlarda 25-35 dolayındadır.



- Şizofreni her toplumda ve her türlü sosyoekonomik ortamda görülmektedir.
- Gelişmiş toplumların düşük sosyoekonomik kesimlerinde daha sık olduğu görülmüş, ancak düşük sosyoekonomik düzeyin, hastalığın nedeni mi yoksa sonucu mu olduğu henüz aydınlatılmamıştır.



- Şizofreni tanısı almış kişiler arasında evlilerin oranı, toplum ortalamasının altındadır.
- Medeni durumla ilgili olarak iki görüş öne sürülmektedir. **Yalnız yaşamak şizofreniye yatkınlığı arttırıyor olabilir yada bu kişiler, hastalık nedeniyle aile kurmakta güçlük çekmekte ve daha sık boşanmaktadırlar.**



- Ani ve beklenmedik yaşam olayları, hastalığın ortaya çıkmasında tetikleyici etkenler arasında yer almaktadır.
- Büyük olasılıkla bu tür sorunlar yalnızca yatkınlığı olan kişilerde şizofreniye yol açmaktadır.



- Şizofreninin göçmen kişiler arasında daha sık görüldüğüne dair yayınlar vardır.
- Ancak göçmenliğin yarattığı sorunların doğrudan şizofreniye yol açtığı gösterilebilmiş değildir.



VINCENT VAN GOGH





ETİYOLOJİ



ETİYOLOJİ

- Bir çok otorite, tek bir teorinin bu bozukluğu tatmin edici bir şekilde açıklayamaması nedeniyle şizofreniye neden olan çoklu faktörü önerir.
- **Oluş nedenlerine yönelik araştırma ve varsayımlar şu başlıklar altında incelenebilir:**



KALITIMSAL NEDENLER

- Genetik yatkınlığın şizofrenide önemli bir rolü olduğu düşünülmektedir.
- Kalıtımla ilgili yapılan çalışmaların sonucuna göre **bir çok gene bağlı**, çok etmenli bir geçişin söz konusu olduğu düşünülmektedir.



Bu yöndeki çalışmalar dört ana başlık altında toplanabilir:

- (1) Aile araştırmaları,
- (2) İviz araştırmaları,
- (3) Evlat edinme araştırmaları,
- (4) Moleküler genetik araştırmaları .



1. Aile Araştırmaları

- Şizofreni tanısı almış kişilerin yakınlarında Şizofreni görülme oranı **5-10 kat** daha fazla yüksek bulunmuştur.
- Ancak Őizofrenideki bu ailesel yatkınlığın ne oranda genetik, ne oranda çevresel etkenler tarafından belirlendiği açık değildir.



2. İkiz Araştırmaları

- Eş hastalanma oranları,
 - tek yumurta ikizlerinde **%50**,
 - çift yumurta ikizlerinde **%15**'tir.



- **Şizofrenide genetik riskler incelendiğinde;**
- erkek veya kız kardeşlerin etkisi **%10**,
- bir ebeveynin etkisi **%15**,
- her iki ebeveynin etkisi **%35**,
- ikinci derece akrabasının etkisi **%2-3**,
- hiç ilişki olmaksızın etki **%1**'dir.



3. Evlat Edinme Araştırmaları

- Şizofreni tanısı almış kişilerin sağlıklı ailelerde yetişen çocuklarında da Şizofreni toplum ortalamasına göre daha sık görülmektedir.
- Şizofreni tanısı alan evlatlıkların biyolojik akrabalarında Şizofreni görülme oranı daha yüksektir.



4. Moleküler Genetik Araştırmaları

- ABD Harvard Tıp Okulu Genetik Bölümü araştırmacıları 30 ÷lke ve 65 bin insandan elde edilen genetik bilgiler ve fareler üzerinde yapmış oldukları deneysel çalışmalar ışığında, şizofreninin gelişmesinde ilgili olduğu düşün÷len ve tamamlayıcı bileşen 4 (c4) adı verilen geni «**şizofren risk geni**» olarak tanımlamışlardır.



- Yapılan alıřmalar sonucunda řizofrenide etkili olduėu dűřűnűlen 20 den fazla gen olduėu bildirilmiřtir.



ISAAC NEWTON



- ŞİZOFREN
- ASPERGER BOZUKLUĞU
- EPİLEPSİ
- KEKEME

BİYOLOJİK NEDENLER

- **Biyokimyasal Nedenler**
- Beyinde şizofreniye özgü biyokimyasal bir bozukluğun olup olmadığı üzerine sayısız araştırma yapılmıştır.
- Bu çalışmalardan önemli bulgular elde edilmiş ancak **öne sürülen varsayımların çoğu tam olarak doğrulanamamıştır.**



- Şizofrenide beyin biyokimyasını inceleyen çalışmalar nörotransmitterler üzerinde odaklanmaktadır.
- Nöronlar arasında veya bir nöron ile başka bir hücre arasında iletişimi sağlayan kimyasallara **nörotransmitter** denir. Sinir sistemi boyunca sinirsel sinyaller bu kimyasal taşıyıcılar yardımıyla iletilir.



- **Dopamin varsayımı:** Şizofreni belirtileri aşırı duyarlı dopamin reseptörlerine ya da artmış dopamin aktivitesine bağlanmaktadır.
- Şizofreni sağaltımında kullanılan **antipsikotik ilaçlar** dopamin tip2 reseptörlerine (D2) bağlanarak, **dopaminerjik etkinliği azaltmaktadır.** Dopamin'i artıran maddeler (kokain gibi) psikozu kötüleştirmekte ya da tetiklemektedir.

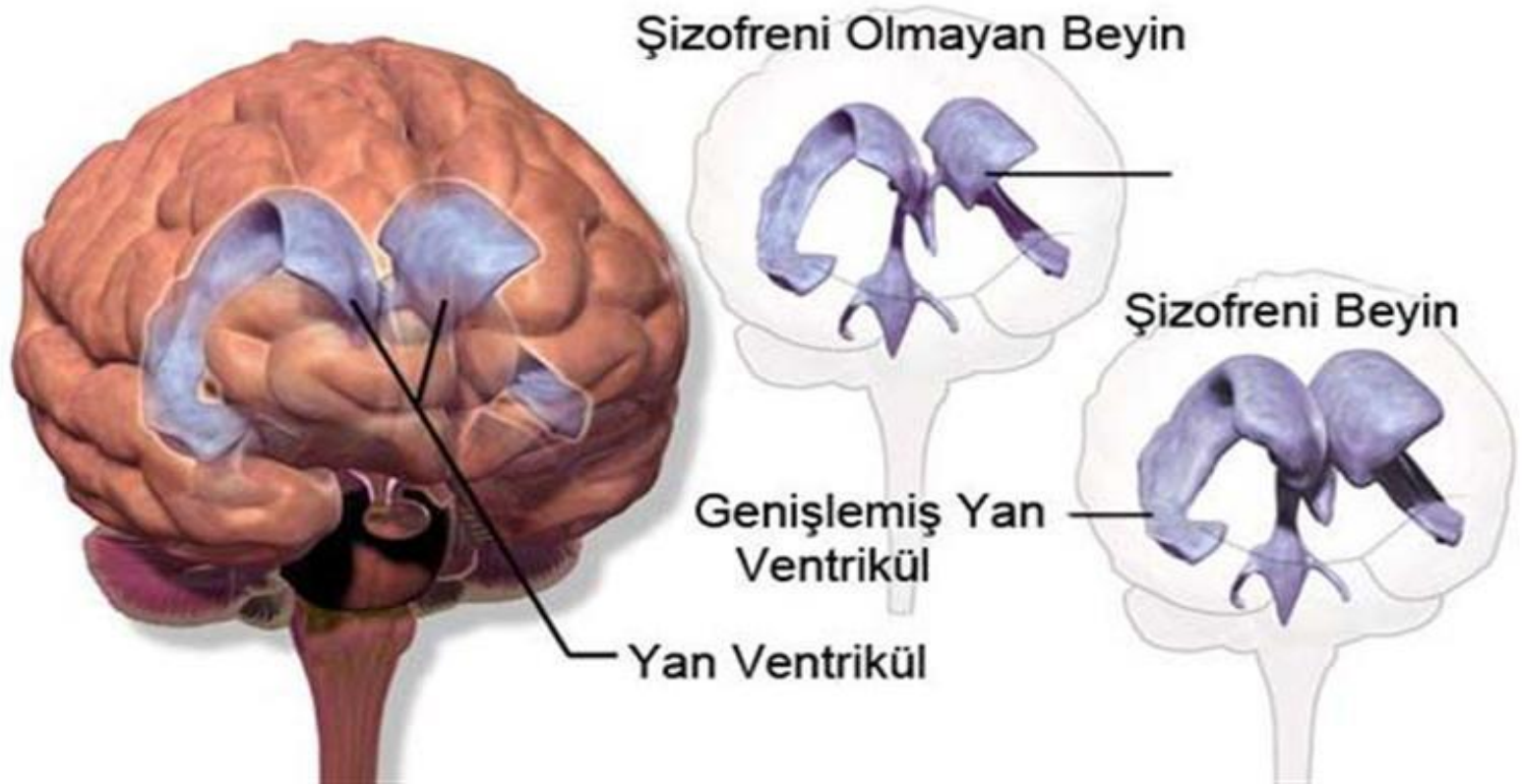


- **Beyin Görüntüleme Çalışmaları**
- **Beynin Yapısal Özellikleri**
- Bu araştırmalar bilgisayarlı beyin tomografisi ve manyetik rezonans görüntülemesini kullanarak sürdürölmüştür.



- Elde edilen sonuçlar arasında en ısrarlı bulgu şizofrenik kişilerde **yan ventriküllerin genişlemiş olmasıdır.**

Şizofreni



- Ventriküllerdeki genişlemenin tedaviye verilen zayıf yanıt, negatif belirtiler ve bilişsel bozuklukla ilgili olduğunu gösteren çok önemli kanıtlar bulunmaktadır.
- MR ile yapılan incelemelerde **beyin ve kafatası ölçütlerinde azalma** olduğu görülmektedir.



- **Beynin İşlevsel Özellikleri**
- Şizofrenide frontal bölge kan akımında ve glikoz metabolizmasında **azalma söz konusudur.**
 - **FRONTAL LOB:** Muhakeme, planlama, cinsel dürtüler, davranış, problem çözme, yargılama, konuşma parçalarını ve motor becerileri organize etme görevi vardır.



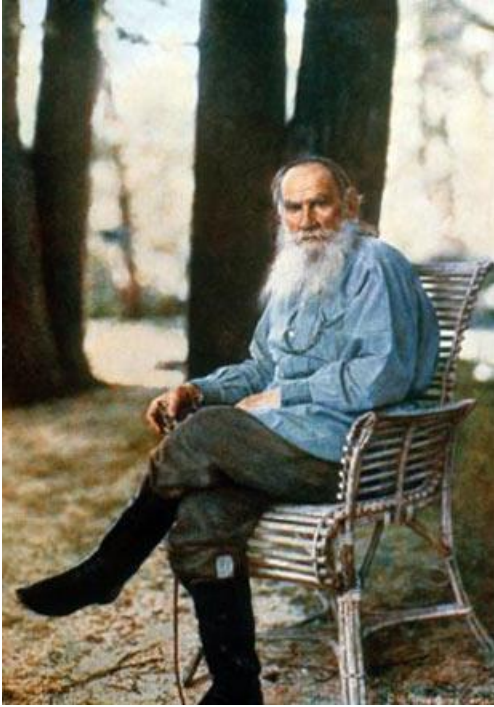
- **Psikofizyoloji Çalışmaları**
- Psikofizyoloji çalışmaları, göz hareketlerindeki işlev bozukluğu ve EEG bulguları üzerinde odaklanmaktadır.
- Hareket halindeki bir sarkacı gözle izlemedeki bozukluklar şizofrenik hastalarda ilaç ve klinik durumdan bağımsız bir özellik olarak görülmüştür.



- **Bu durumun hastaların birinci derece yakınlarında da görülmesi dikkati çekmiştir.**
- Bu güne kadar şizofreniye özgü bir EEG bulgusu saptanmamıştır.



LEO TOLSTOY



- **Şizofren (Tolstoy'un hastalığından ötürü sürekli intiharı düşündüğü söylenir.)**

KLİNİK BELİRTİLER VE BULGULAR

Genel Görünüm ve Davranış

- Şizofreniye özgü tipik bir görünüm yoksa da **tuhaf görünüm ve davranış sık rastlanan belirtidir.**
- Hastaların çoğunda belirgin bir vurdumduymazlık, ilgisizlik, donukluk ve çekingen bir görünüm vardır.



- En sık görülen ve en önemli olan belirti **ağır ilgisizlik, eylem azlığı ve toplumdan geri çekilmedir.**



- Garip yüz, göz hareketleri (manyerizm), kalıplaşmış yineleyici el, kol, beden hareketleri (stereotipi), hareket yankılanması (ekopraksi), belli bir durumda donmuş gibi kalma (katatoni) görülebilir.





- Beklenmedik biçimde saldırgan ve ajite davranabilirler.
- Davranışları genellikle toplumsal normlara uymaz.



- **Bilinç ve Yönelim**
- **Bilinç açık, zaman, yer ve kişiye yönelim tamdır.**
- **Ancak ağır yıkım gösteren olgularda yönelim ve bellek bozuklukları varmış izlenimi alınır. Fakat bu bulgular hastanın ilgi azlığına ve dikkat dağınıklığına bağlıdır.**



- **Dikkat ve Bellek**
- Dikkatin yoğunlaştırılmasında yetersizlik görülebilir.
- ***Dikkat çabuk dağılır.***
- İlgil azlığı ve dikkat yetersizliğinden kaynaklanan bir bellek bozukluğu ortaya çıkabilir.



- **Konuşma ve İlişki Kurma**
- Konuşmada düzensizlik, dağınıklık, hızlanma, yavaşlama, yoksullaşma, kalıplaşmış yinelemeler (stereotipi), konuşma yankılanması (ekolali), hiç konuşmama (mutizm), yeni sözcükler uydurma (neolojizm), abuk sabuk anlamsız konuşmalar (sözcük salatası) çağrışım çözüklüğüne bağlı dağınık, anlamsız konuşma gibi çok değişik belirtiler görülebilir.



- Ses tonu genellikle tek düzedir ve duygulanımı belli etmez.
- Kişi kısa, somut ve ayrıntısız yanıtlar vermeye yatkındır.
- Bu hastalarla ilişki kurmak çok zordur.



- **Düşünce**
- ***Çağrışımlar (Düşünce Biçimi ve Akımı)***
- Düşünceyi oluşturan sözcükler ve simgeler arasındaki **mantıksal zincir kopmuştur. Düşüncenin akışında durmalar (blok)**, bir düşünceden bir başkasına kaymalar, sapmalar, düşüncelerin çok yoğun olarak zihne üşüşmesi, düşünce sıkışması görülür.



- Hasta düşüncece anlamdan çok sözcüklerin akımına, ahengine, uyağına kendini kaptırabilir (klang çağrışım).
- Düşünce soyutluktan çıkararak somutlaşır. Düşünce çocuklaşır (regresif düşünce).



- **Duygulanım**
- Duyguların dışavurumunda ve duygusal tepki vermede bir yetersizlik söz konusudur.
- Duygulanım düz, künt, uyumsuz ve uygunsuzdur.
- Hastaların sıklıkla soğuk, ilişki kurulması güç kişiler olduğu görülür. **Ancak bu belirtiler hastaların duygusuz olduğunu ve acı çekmediklerini göstermez.**



- **Algılama**
- **Şizofrenide bilişsel işlevlerin bozulduğu en önemli alan algılamadır.**
- Niteliksel olarak önemli algı bozuklukları varsanılar (hallüsinasyon) ve yanılsamalardır (illüzyon).



- **En sık işitme varsanıları görülür.** Bunlar genellikle korkutan, hor gören, aşağılayan olumsuz sözler, küfürler, emir veren komutlar, yaptığı eylemleri tanımlatıcı seslerdir.
- **Somatik, dokunma, koku, tat ve görme varsanıları şizofrenide daha az sıklıkta görülür.**



- **Soyut Düşünme Yetisi**
- Soyut düşünme yetisi genellikle bozulmuştur. Soyut kavramlar somut bir biçimde yorumlanır.
- Farklılık ve benzerlikleri kavrama yeteneği yitirilebilir.



- ***Gerçeği Değerlendirme Yetisi***
- Nesnel dış dñnyada olup bitenle, kişinin i dñnyasında meydana gelenleri birbirinden ayırt edebilme yetisi genellikle bozulmuştur.



- **Motor Etkinlik**
- Enerji ve dürtü kaybı görülebilir.
- Hareketi başlatma ve sürdürmede bir yetersizlik vardır.
- Bu nedenle bu kişiler kendine bakım ve temizlikle ilgili işlevleri yerine getirmemekte, düzenli bir iş yada okul yaşamını sürdürmekte güçlük çekmektedirler.



- ***Dürtüsellik ve Öz kiyım***
- Şizofreniklerde dürtü denetimi son derece zordur.
- Birden ortaya çıkan öz kiyım girişimleri olabilir.



- Şizofrenik bozukluğu olan hastalarla yapılan 1yıldan 40 yıla kadar değişen zaman aralıklarını içeren izleme çalışmalarında, şizofrenide **ölümle sonuçlanan intihar oranları %10-13 oranında bulunmuştur.**
- İntihar girişiminde bulunan hastaların oranı ise **%40'tır.**



- **Somatik Belirtiler**
- **Şizofreniye özgü somatik bir belirti yoktur. Hastalığın başlangıç döneminde halsizlik ve hazımsızlık gibi yakınmalar, akut alevlenme dönemlerinde uyku bozuklukları, iştahsızlık, terleme, taşikardi, kan basıncı yükselmesi gibi belirtiler ortaya çıkabilir.**



- Bazı hastalarda aşırı yeme, kilo alma, bazılarında yememe ve zayıflama olabilir.
- Ayrıca silik nörolojik bulgular saptanabilir.



- **Şizofreni ve Depresyon**
- Şizofreni hastalarının %25'inde herhangi bir dönemde depresif belirtiler ortaya çıkmaktadır.
- Bu belirtiler akut alevlenme ve psikozdan çıkış dönemlerinde daha sık görülmektedir.



TANI VE SINIFLANDIRMA

- Şizofrenik bozukluklar M.Ö. 1400'lerden bu yana tanınmasına karşın, tablonun standart bir şekilde tanımlanması ve sınıflandırılması konusundaki güçlükler henüz çözümlenmemiş, bu alandaki çalışmalar halen sürmektedir.



ŞİZOFRENİ İÇİN DSM-5 KRİTERLERİ

A- Karakteristik Semptomlar:

Aşağıdakilerden **en az ikisi** bir aylık sürenin önemli bir kesiminde bulunmalı

- Sanrılar
- Varsanılar
- Dezorganize konuşma



- İleri derecede dezorganize yada katatonik davranışlar
- Negatif semptomlar; duygulanımda düzleşme, konuşamazlık, içe yönelme ve istemsizlik



B- Toplumsal/ Mesleki İşlev Bozukluğu:
Çalışma, kişilerarası ve kendine bakım gibi önemli işlevsellik alanlarında bir yada birden fazlasında bozulma veya düzeyine göre gerileme.



C- Süre:

Bu bozukluğun süreleri **en az altı ay süre ile kalıcı olur.**

D- Şizoaffektif bozukluğun ve duygudurum bozukluğun dışlanması



E- Madde kullanımının/ genel tıbbi durumun dışlanması

F- Bir yaygın gelişimsel bozuklukla ilişkisi:

Otistik bozukluk yada yaygın gelişimsel bozukluk öyküsü varsa ancak en az 1 ay süreyle belirgin sanrı yada varsanılar da varsa **şizofreni ek tanısı konabilir.**



DSM V

- DSM IV'de 1 tane bizar sanrının olması veya 2 ya da daha fazla kişinin sesini duyma şeklinde işitsel halusinasyonun tek başına olması tanıyı koymak için yeterli olurken, DSM-5'de bu durum; işitsel halüsinasyonlarla ilgili semptomun spesifik olmaması ve bizar non bizar sanrının ayrımının düşük güvenilirliğinin olması nedeniyle kaldırılmıştır.



Sanrılar (Hezeyanlar) NEDİR?

Aksinin
kanıtlanmasına
karşın kişinin
doğruluğunda ısrar
ettiği yanlış inançlar,
inatçı fikirlerdir.

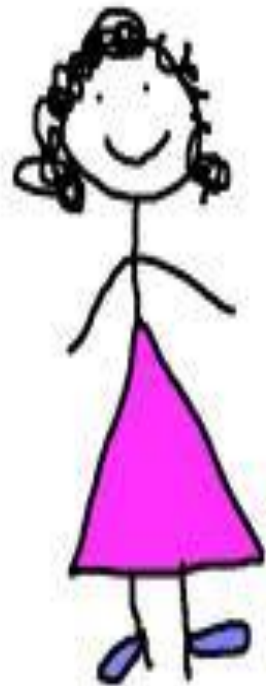


Sanrılar / Hezeyanlar

- Perseküsyon (Kötülük görme)
- Referans (Alınma)
- Kıskançlık
- Erotomanik (Aşk)
- Mistik (Dinsel)
- Büyüklük (Grandiyöz)
- Küçüklük (Değersizlik)
- Suçluluk
- Nihilistik (Hiçlik / Yokluk)
- Somatik (Bedensel/Hipokondriyak)
- Kontrol edilme
- Düşünce okunması
- Düşünce sokulması
- Düşünce yayılması
- Düşünce çalınması



SANRILAR



This person is:

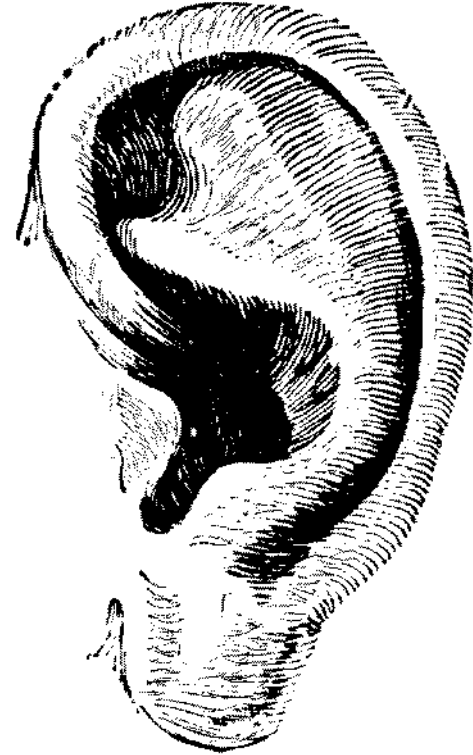
A. Your Mom

B. A person impersonating your Mom

C. A stick figure impersonating a person impersonating your Mom.

Varsanılar / Halüsinasyonlar

Bir uyarana
olmaksızın
gerçekleşen
algılamalardır.



- **İşitsel varsanılar**

- Kendi aralarında konuşan sesler
- Yorum yapan sesler
- Emreden sesler

- **Görsel varsanılar**
- **Temas varsanıları**
- **Koku varsanılar**
- **Tat varsanıları**
- **Senestezik varsanılar (dokunma)**
- **Kinestetik varsanıları**



- Şizofrenik bozukluk değerlendirilirken **negatif ve pozitif belirtiler kavramlarına da önem verilmiştir.**



- *N. Andreasen'in sınıflamasına göre:*
- **Negatif Belirtili Şizofreni:**
- Doğal işlevlerde eksiklik yada yokluk belirtileri negatif belirtilerdir.
- **Duygulanımda küntlük, konuşma ve düşünce içeriğinde yoksullaşma, ilgi ve isteğin azalması, zevk alamama, sosyal geri çekilme, kendine bakımın bozulması gibi belirtilerin önde olduğu tiptir.**



- **Pozitif Belirtili Şizofreni:**
- Doğal işlevlerde fazlalık, aşırılık ve sapmalar pozitif belirtilerdir.
- **Sanrı, varsanı, bizar davranış, çağrışım çözüklüğü, enkoherans gibi belirtilerin önde olduğu tiptir.**



Pozitif Belirtiler



Negatif Belirtiler



- Şizofreni çok değişik gidiş ve sonlanım gösteren, genellikle süreğen ve yeti yitimine yol açan bir hastalıktır.
- Hasta gruplarının uzun süreli izlenmesiyle hastaların %60 'ının belirgin düzeyde iyileştiği,
- **geriye kalan bölümünün ise anlamlı bir düzelme göstermediği bildirilmektedir.**



- Şizofreni öz kıyım, fizik hastalık ve erken ölüm riskinin artmasına yol açar.
- Hastaların yaşam ortalaması 10 yıl kadar azalmıştır.
- Buna karşın hastalık sürekli kötüleşmemekte, 5 yıl kadar sonra bir plato çizmektedir.



İYİ SONLANIM BELİRTİLERİ

- Geç başlangıç
- Açık tetikleyici etkenlerin varlığı
- Hastalık öncesi uyumun iyi olması
- Evli olma
- Sosyal destek sistemlerinin iyi oluşu
- Pozitif belirtiler



- Hayatta bir amaç veya yön olduğu duygusu: İş veya hobiler
- Ailede şizofreni öyküsünün olmaması
- Dengeli yaşam koşulları
- Güvenli ve yapılandırılmış bir çevre
- Fiziksel iyilik hali
- Gerçekçi beklentiler, gelecekte umutlu olma.



- **Kötü Sonlanım Belirtileri**
- Erken başlangıç
- Tetikleyici etkenlerin yokluğu
- Hastalık öncesi uyumun kötü oluşu
- Sinsi başlangıç
- Bekar veya dul olma



- Ailede şizofreni öyküsü
- Destek sistemlerinin iyi olmaması
- Negatif belirtiler
- Nörolojik belirti ve bulgular
- Perinatal travma öyküsü



- 3 yıl içinde düzelme olmaması
- Nüksler, özellikle pozitif semptomların yeniden ortaya çıkışıyla giden sık nüksler
- Saldırganlık öyküsü
- Madde kötüye kullanımı
- Aşırı stres



- Şizofreninin tedavisinde çok yönlü yaklaşımların daha etkili olduğu düşünülmektedir.
- Şizofrenik hastalıkların tedavisinde ilaç (antipsikotik) tedavisi ve psikososyal tedavi yöntemleri (davranış, aile, grup, bireysel, sosyal yeti ve rehabilitasyon terapisi) kullanılmaktadır.



- Şizofreninin gidiş ve prognozu ile ilgili araştırmalarda, ilaç tedavisi ile psikososyal yöntemlerin birlikte kullanıldığı gruplarda alınan sonuçlar, herhangi birinin tek başına uygulandığı gruplara göre daha iyidir.



- Günümüzde Şizofren hastaların kendi aile ve toplumsal ortamları içinde tedavi edilmelerinin çok daha önemli olduğu, bunun tersine hastaların uzun süre hastanede tutulmalarının hastalığın doğasından ötürü, kiŐide oluŐturduėu toplumsal izolasyonu daha da arttırıp, çevreyle iliŐkilerini ve bağlarını git gide koparmasına yol açtığı **anlaŐılmıŐtır.**



- Çoğu gelişmiş ülkede, büyük kapasiteli akıl hastaneleri yerine, hastalığın akut dönemlerinde girişim yapabilecek, hasta ve ailesinin kolayca ulaşabileceği küçük tedavi birimleri ve merkezleri kurma yoluna gidilmektedir.



- Bu merkezlerde kısa süreli yatırılan hastalar, tedavi konusunda işbirliği sağlayacak duruma geldiğinde tekrar kendi ortamlarına gönderilip, tedavisine ayaktan devam etmesi sağlanmaktadır



- Bu tür yaklaşımların hem hastalığın prognozu hem de ekonomik yönden hastaya ve tedavi kurumlarına yarar sağladığı , nüksleri azalttığı, ilaç kullanımı ve kendilerine bakım davranışlarını olumlu yönde etkilediği izlenmektedir.



- Temel ilaçlar dopamin reseptör antagonistisi olan klasik antipsikotiklerdir (haloperidol, klorpromazin).
- İlaçlara yanıt ve duyarlılık bireyden bireye büyük farklılıklar göstermektedir.



- Etkin dozda ve düzenli olarak 4-6 haftalık kullanımdan sonra, ilaca olan yanıt değerlendirilmelidir.



- **Klasik antipsikotikler daha çok pozitif belirtiler üzerinde etkili ilaçlardır.**
- **Ancak negatif belirtiler üzerine etkileri azdır.**
- Hastaların %30'unda bu ilaçlara karşı direnç gelişebilir.



- Son yıllarda klasik antipsikotiklere yanıt vermeyen yada ağır ekstrapramidal yan etkileri nedeniyle bu ilaçları kullanamayan hastalarda seratonin-dopamin reseptör antagonistleri (klozapin, sülpirid, risperidon vb.) kullanılmaya başlanmıştır.



- Atipik antipsikotik olarak nitelendirilen bu ilaçlar şizofreni sağaltımında yeni ufuklar açmıştır.



- Hastalığın akut alevli dönemlerinde, ilaç tedavisinin düzenlenmesi ve destek sağaltımın verilebilmesi için hastalar hastaneye yatırılabilir.
- Ancak 4-6 haftalık süreden daha fazla yatışa gerek olmadığı düşünülmektedir.



- Daha sonra uzun dönemde ilaç tedavisine ek olarak uygulanan psikososyal yaklaşımlar hastalığın sonlanımını ve sürecini olumlu yönde etkilemektedir.



- **Elektrokonvülsif Tedavi**
- Sık kullanılan bir yöntem değildir.
- İlaçlara dirençli, ağır eksitasyon gösteren yada katatonik hastalarda semptomatik yatıştırma için uygulanmaktadır.



- **Psikososyal Tedavi Yöntemleri**
- Son yıllarda şizofrenik bozukluklarda psikososyal yaklaşımların uygulanmasında ve bunların etkisiyle ilgili araştırmalarda hızlı bir artış vardır.
- Yeni teknikler geliştirilmekte, kontrollü çalışmalarla etkinlikleri araştırılmaktadır.



- Psikososyal yaklaşımlar tek başına şizofrenik bozuklukların tedavisinde etkili olmamakla birlikte, kapsamlı bir tedavi yaklaşımının bir parçası olarak psikofarmakolojik bir tedaviyle birlikte şizofreninin gidişini iyileştirebilir.



- **Bu yaklaşımlar nüksleri önleme, baş etme becerileri, daha iyi toplumsal ve mesleksel işlevsellik, bağımsız işlev görme gibi alanlarda ek yarar sağlayabilir.**



- Şizofrenik bozuklukların tedavisinde kullanılan psikososyal yaklaşımların arasında **aile psikoeğitimi, bireysel psikoterapi, grup psikoterapisi, uyumlandırma tedavileri (sosyal beceri eğitimi, işe uyumlandırma, bilişsel davranışçı tedaviler) vardır.**



Bireysel Psikoterapi

- Bireysel psikoterapi ciddi bir psikiyatrik bozuklukta hastaların uyum sağlamasına yönelir. Yadsıma, cesaretsizlik, tedaviye uyum, kişisel ilişkiler, kendine güven gibi sorunlara çözüm sağlamak için hastanın inançları, tutumlarını, umutlarını ve yaşıantılarını anlamaya odaklanır.



Grup Terapisi

- Grup terapisi özellikle bir veya birden fazla epizodu olan hastalar için yararlıdır. Özellikle o gün yaşanan sorunların ele alınması, ilgili konuların paylaşımı, dinlemenin öğrenilmesi, soru sorma ve ana konuya odaklanmanın sağlanması açısından en yararlı yöntemdir.





- Psikososyal yaklaşımlar arasında en çok uygulananlar **aile psikoeğitimi ve uyumlandırma tedavileridir.**



Bunların amaçları genel olarak Őunlardır.

- Şizofreninin belirtileri, tedavisi, gidiŐi, sonlanması ve ilaçlar hakkında eğitim
- Belirtilerin Őiddetini ve komorbiditeyi azaltma,
- Aile içi ve kişilerarası iliŐkileri geliŐtirme,
- AŞırı duygu dıŐavurumunu azaltma,

- Erken tanı ve tedavi,
- Nüksleri önleme yada azaltma,
- Toplumsal işlevselliği artırma,
- Toplumda özerk davranmayı ve toplumsal yeterliliği sağlama, bağımsız yaşamayı artırma,



- Gerçekçi beklentiler oluşturma, günlük yaşam etkinliklerini yerine getirmeyi sağlama,
- Yaşam kalitesini artırma



- Çalışmalar, aile üyelerinin bazılarının şizofrenik bozukluklar hakkında yeterli bilgisinin olmadıklarını, hastalarına karşı aşırı eleştirel ve koruyucu olabildiklerini, bu davranışların da hastalığın tekrarlama oranlarını artırdığını göstermiştir.



- Uyarının çok olması pozitif belirtileri, az olması negatif belirtileri kötüleştirebilir.



ŞİZOFRENİDE HEMŞİRELİK BAKIMI

- Hasta ile kurulan ilişkide hemşirelik mesleğinin yoğunlaştığı nokta “hasta ve onun gereksinimleridir”.
 - ***Şizofrenik Hasta ile İlişki Kurma***
- Bir psikiyatri hemşiresi öncelikle hasta ile yakın bir tedavi edici ilişki geliştirmelidir. Şizofreni tanısı konmuş bir hasta ile ilişki kurmak hasta- hemşire işbirliğindeki en önemli evredir.



- Şizofrenik birey, kişiler arası ilişki kurmakta güçlük çeker.
- **Şizofrenik bir hastanın başkalarıyla ilişki kurabilmesi için bir çok kişinin gereksinimi olandan daha fazla zamana gereksinimi vardır.**
- Hemşire, bu hastaların duygularını küçümsenme korkusu olmadan ifade edebileceği bir ortam oluşturmmalıdır.



ŞİZOFRENİ HASTASI İLE ETKİLEŞİMDE ÖNEMLİ NOKTALAR

- Hastanın halüsinasyon ve sanrıları desteklenmez, hasta ile kurulan iletişimlerde “**duyduğunuz sesler ya da gördüğünüz görüntüler**” gibi ifadeler kullanılır.
- Hastanın yanlış düşünceleri üzerine tartışmaya girilmez.
- Hastanın mümkün olduğunca sosyal aktivitelere yoğunlaşması sağlanır.



- Hasta ve çevresi için **güvenli bir ortam sağlanır, kendine ya da başkalarına zarar vermesi engellenir.**
- Hastanın tedavisi ve ilaç kullanma durumu sürekli gözlenir.
- Aile bu konuda bilinçlendirilir.



- Hasta ile iletişim kurarken **kısa, açık ve net cümleler kullanılır.**
- **Anlayıp anlamadığı mutlaka kontrol edilir.**
- **Hastayla konuşurken sakin olunur, anksiyete bulaşıcıdır.**



- **Verilen sözler tutulur.**
- **Tutarlı olunur.**
- **Dürüst davranılır.**
- **Haber vermeden hastaya dokunulmaz.**
- **Olumlu davranışlar pekiştirilir.**
- **Hastayı utandırmaktan kaçınılır.**
- **İçe kapanık hastalarla birebir iletişime girilir.**



ETKİLEŞİM RAPORU ÖRNEĞİ



VAKA

- Bayan M.S. 35 yaşında lise mezunu bayan evli ve bir çocuk sahibi bir hastadır. Eşi ve çocuğu ile birlikte Samsun da yaşamaktadır. Hastanın 17 yıllık hastalık öyküsü vardır. 3 kez yatarak tedavi görmüş. İlk olarak 18 yaşında karşılıksız olarak birini sevdiği için suicid girişiminde bulunmuş. Hastaneye yatırılmış. 2010 yılında depresif epizoda iken Lityum içerek suicid girişiminde bulunmuş. Babasının ölümü, kardeşi ile anlaşmazlıklar ve oğluna bakamaması ve görememesi yüzünden. Şu anda 23 09 2019 tarihinde ilaçla suicid girişiminde bulunmuş. Eşi tarafından getirilmiş ve yatışı yapılmış. Hastanın hastaneye yatmadan önce bir aydır suicid düşünceleri, homocid riski yaşamak istemediğini ifade etmesi, işitsel halüsinasyonlar (yönlendirici sesler), kıskançlık hezeyanları, perseküsyon hezeyanları, anhedoni, hipersomnia
- Eşinin ifadesine göre, ölmek istemesi, ev işlerini yapmaması, yengeme zarar vermek istemesi, beni kıskanması, gününü çoğunu uyuyarak geçirmesi
- Anne sağ bilinen bir hastalık öyküsü yok. Baba 2007 yılında vefat etmiş. Kalp krizi nedeniyle. Kardeşlerde hastalık öyküsü yok. Eşi sch tanısı almış.



Görüşmenin Amacı. Günaydın sohbeti yapmak

- -Günaydın M. Hanım ben öğrenci hemşire Dilek. OMÜ hemşirelik bölümü öğrencisiyim. Sizde burada olduğunuz sürece Çarşamba ve Perşembe günleri sizin hemşireniz olacağım.
- ---Günaydın
- -Nasılsınız, kendinizi nasıl hissediyorsunuz
- ---İyiyim



Etkileşimin Değerlendirilmesi

Hastayla ilk etkileşime geçtiğinde yatağının kenarında oturuyordu. İlk görüşme burada gerçekleştirildi. Hasta sürekli ileri geri sallanarak hareket ediyordu. Bacaklarını şiddetli bir şekilde sallıyordu ve elleri titriyordu. Hastanın yüz ifadesi de oldukça gergin olduğunu gösterir şekilde ve gözleri ağlamaklı idi.

Üstünde mevsime, hava koşullarına ve hastaneye uygun, temiz bir pijama takımını vardı. Fakat saçları oldukça dağınık ve kirli görünüyordu. Aynı şekilde el ayak tırnakları da temiz değildi ve tırnakları çok uzamıştı.

HT: Öz bakım Eksikliği



-M hanım ne oldu da buraya geldiniz anlatmak ister misiniz açık uçlu soru sorma

---İntihar etmek istedim

-İntihar etmek istediniz. Peki ne oldu

geri bildirim verme, soru sorma, açıklığa kavuşturma

---Çok bunalmıştım artık gerçekten ölmek istiyordum. Hayattan hiç zevk alamıyordum. Oğlumdan ayrırım, annem getirmiyor ben de gidemiyorum



-Oğlunuzdan ayrı kalmanız sizin için büyük sıkıntı olmuş. Nasıl hissetiniz kendinizi.

Duygulara yoğunlaşma,

---Çok kötü ve çaresiz . Bir de sesler vardı kulağıma gelen , hep bir şeyler yapmama söylüyordu.

-Sesler duyuyordunuz. Peki ne söylüyordu sesler.

---Bazen kalk kendini öldür, bazen eltine zarar ver diyordu. Eşimi kıskanıyorum aralarında bir şeyler olduğunu düşünüyorum
bazen

•



-Ne zamandır duyuyorsunuz

---Hastaneye geldiğim ilk zamanlarda duymuştum.

-Peki hala duyuyor musunuz sesleri

şimdi ve burada ilkesi

---Aslında bunlar ilaçlarımı düzenli kullandığım için oldu. Hatta son 2 ay hiç kullanmamıştım ondan olmuştu.



-Hıhı. Peki sizce hastanede duymamanızın sebebi ne olabilir. Aktif dinleme,

---Aslında bunlar ilaçlarımı düzenli kullandığım için oldu. Hatta son 2 ay hiç kullanmamıştım ondan olmuştu.

-İlaçlarını faydalarını fark etmeniz çok güzel

olumlu pekiştireç verme

---Sizden böyle şeyler duymak beni çok mutlu ediyor teşekkür ederim. Eltimi kıskanıyordum. Hastalıktan böyle sesler duyuyorum biliyorum. O sesler gerçek değildi.



Etkileşimin Değerlendirilmesi

Hasta hastalığı konusunda tam bir iç görüye sahip. Hastalığın onda yarattığı sıkıntıların farkında ve kendisini çok iyi ifade ediyor.



-Müge hanım kendinizi çok çaresiz ve üzgün hissettiğiniz anlar olmuş ve birkaç kez intihar girişiminde bulunmuşsunuz. Bu sesleri duyduğunuzda ve intihar düşüncesi aklınıza geldiğinde bizden yardım istemenizi yapmanızı istiyorum olur mu

Sözleşme yapma



DİĞER PSİKOTİK BOZUKLUKLAR

- ŞİZOFRENİFORM BOZUKLUKLAR
- ŞİZOAFFEKTİF BOZUKLUK
- SANRISAL BOZUKLUK
- KISA PSİKOTİK BOZUKLUK



ŞİZOFRENİFORM BOZUKLUK

- Şizofreniform bozukluk, **bulgularının en az bir ay en fazla altı ay sürmesi** dışında bütün yönleriyle şizofreniye benzemektedir.
- Şizofreniform bozukluğu olan hastalar hastalık düzeldikten sonra hastalık öncesi işlevsellik düzeyine geri dönerler.



ŞİZOAFFEKTİF BOZUKLUK

- Terimden de anlaşıldığı gibi şizoaffektif bozuklukta hem şizofreni hem de affektif bozukluk (duygudurum bozukluğu) özellikleri vardır.
- Major bir duygu durum bozukluğunun, aralıksız süre giden bir hastalık döneminin büyük bir kısmında yer almasıdır.



SANRISAL BOZUKLUK

- Sanrısals bozukluk önde gelen semptomların sanrılar olduğu bir psikiyatrik bozukluk olarak tanımlanmaktadır.
- Sanrısals bozukluk önceleri paranoya veya paranoid bozukluk olarak adlandırılırdı.
- Bu terimler doğru olmayan bir şekilde hezeyanların genellikle kötülük görme içerikli olduğunu ima eder fakat o şekilde değildir.



- Sanrısıl bozukluktaeki hezeyanlar birincil olarak **büyüklük, erotik, kıskançlık, somatik ve karışık** içerikli olabilir.



- **Sanrısıl bozuklu hastalarda ayrıca şizofrenide görülen belirgin hallüsinasyonlar, affektif düzleşme ve düşünce bozukluğunun ek semptomları görülmez.**
- Semptomlar OKB ya da beden dismorfik bozukluk ile daha iyi açıklanamaz.



KISA PSİKOTİK BOZUKLUK

- Hastalık en az bir gün olmakla birlikte bir aydan kısa sürmekte; belirtiler şizofreni tanı ölçütlerini genellikle karşılayabilmekte fakat bazen tam olarak karşılayamamaktadır.



- Hemşirelik sürecinin daha anlaşılır hale gelmesi açısından, bir vaka çalışması aşağıda gösterilmiştir.



Kırsal bir kasabada yaşayan 25 yaşındaki Hasan isimli genç, yol kenarında kendi kendine yüksek sesle konuşurken jandarma tarafından fark edilip hastaneye getirilir. Psikiyatri kliniği acil birimine getirilen Hasan beyin üstü başı perişan, bakımsız ve kirli görünmektedir. Hasan “Allah, Allah. Allah vatanımızı, milletimizi korusun!” şeklinde bağıarak konuşmakta ve zaman zaman da Allah ile şeytan arasındaki konuşmaları duyduğunu ve bu konuşmalardan çok korktuğunu söylemektedir.

İlk karşılaşmada klinik çalışanlarına karşı hostile davranışlar gösteren Hasan bey,

-“ Duyuyor musunuz? İşte bakın şeytanla Allah tartışıyorlar. Allah Allah vatanımızı milletimizi korusun Ya Rabbi!” şeklinde konuşmalarını sürdürmektedir.

Hasan beyin acil biriminde hibernasyon uygulanması ile sakinleşmesi sağlandıktan sonra, kapalı erkek servisine yatışı uygun görülür. Hasan bey, yatıştıktan sonra bir süre sağlık ekibine kendisiyle ilgili doğru bilgiler vermemiş, servisteki diğer hastalarla iletişim kuramamış, yapılan aktivitelere katılamamış ve kendisine ve çevresine yönelik hostile davranışlarını da devam ettirmiştir.

Hasan bey ile etkin iletişim kuramayan sağlık ekibi üyeleri, ilerleyen günlerde Jandarmanın yardımıyla Hasan beyin ailesiyle iletişim kurmayı başarır. Ekip üyeleri tarafından Hasan beyin ailesiyle yapılan görüşmede, Hasan beyin üniversite son sınıf öğrencisi olduğu, son bir yıldır okul başarısında belirgin bir düşme yaşandığı ve dört yıldır birlikte olduğu nişanlısı Neşe’den ayrıldığı öğrenilir. Aile üyeleri Hasan bey’in kaybolmadan bir hafta öncesinde bir takım sesler duymaya başladığını, kendi kendine konuştuğunu, kendisine ve çevresine karşı saldırgan davranışları olduğunu belirterek, bir gün habersizce evden çıkıp gittiğini ve geri dönmediğini belirtirler. Hasan beyin çaresiz ve perişan olduğunu gören ailesi tüm problemlerinin nişanlısından ayrıldıktan sonra başladığına inanmaktadır.



Hemşirelik Tanısı	Kısa vadeli hedef	Uzun vadeli hedef	Girişimler
<p>Öz Bakım Eksikliği</p> <p>Etyoloji: Öz bakım gereksinimlerine yönelik ilgiyi kaybetme, farkındalığının azalması</p> <p>Tanımlayıcı bulgu: Hastaneye geldiğinde hastanın kıyafetleri ve görünümünün bakımsız ve kirli olması</p>	<p>Bireyin yeterli öz bakımı sağlık personeli eşliğinde gerçekleştirmesi</p>	<p>Bireyin yeterli öz bakımını bağımsız olarak sağlaması ve sürdürmesi</p>	<ul style="list-style-type: none">• Bireyin günlük hijyen gereksinimleri (el yüz yıkama, diş fırçalama, tıraş olma vb) karşılmasına destek olunacak.• Uygun davranışları pekiştirilecek.• Her bir özbakım aktivitesine katılabilme yeteneği değerlendirilecek.• En üst düzeyde katılımı geliştirilecek.• Özbakım aktiviteleri sırasında, seçenekler sunulacak ve tercihleri sorulacak



Hemşirelik Tanısı	Kısa vadeli hedef	Uzun vadeli hedef	Girişimler
<p>Kendisine ve çevresine zarar verme riski</p> <p>Etyoloji: Servise oryante olamaması, Duyusal algısal bozulma</p> <p>Tanımlayıcı bulgu: Saldırgan davranışlar göstermesi</p>	Hastanın saldırgan davranışlarını sağlık personeli eşliğinde iki gün içerisinde kontrol edebilmesi	Hastanın kendisine ve çevresine zarar vermemesi	<ul style="list-style-type: none">Güvenilir sakin bir ortam hazırlanacak.Rutin işler konusunda açıklama yapılacak.Hastanın davranışları 15dk aralıklarla hastaya hissettirilmeden kontrol edilecek.Hastanın gerilimini azaltacak fiziksel aktivitelere yer verilecek.Tüm personelin hastaya sakin ve anlayışlı davranması sağlanacak.Serviste güvenlik için yeterli personel bulundurulacak.İlaç sonrası yan etkiler dikkatle izlenecek.



Hemşirelik Tanısı	Kısa vadeli hedef	Uzun vadeli hedef	Girişimler
<p>Sosyal Etkileşimde Bozulma</p> <p>Etyoloji:</p> <p>Duyusal algısal bozulmaya bağlı insanlardan ve çevreden korkması veya şizofreniye bağlı çevreyle ilişki kurmaya yönelik ilginin kaybolması, sosyal içe kapanma</p> <p>Tanımlayıcı bulgu:</p> <p>Diğer hastalarla iletişime girmemesi ve yapılan aktivitelere katılmaması</p>	Hastanın bire bir sağlık personeli ile iletişim kurabilmesi	Bireyin diğer hastalar ile, sağlık personeli ile kendiliğinden iletişime girmesi ve devam ettirmesi	<ul style="list-style-type: none"> Hasta için zaman ayrılacak ona kabul edildiği gösterilecek. Teke tek ilişkiyle başlayıp giderek grup etkinliklerine yönlendirilecek. Grup aktivitelerinde birlikte olunacak Dürüst olunacak yapılmayacak şeyler konusunda sözler verilmeyecek. Anksiyete ve başa çıkma konusunda eğitilmesi sağlanacak.



Hemşirelik Tanısı	Kısa vadeli hedef	Uzun vadeli hedef	Girişimler
Duyusal Algısal Bozulma Etyoloji: Şizofreni Tanımlayıcı Bulgu: İşitme halüsinasyonunun olması	Hastanın halüsinasyonun içeriği hakkında bilgi vermesi	İşitme halüsinasyonun ortadan kalkması ve devamlılığının sağlanması	<ul style="list-style-type: none">• Aşırı gürültü ve ışık gibi uyaranlar azaltılacak.• Sesleri nasıl algıladığı paylaşması için kişi cesaretlendirilecek.• Üç alanda (kişi, yer ve zaman) oryante edilecek.• Sesler ifade edilerek endişe ve korkular azaltılmaya çalışacak.

Hemşirelik Tanısı	Kısa vadeli hedef	Uzun vadeli hedef	Girişimler
Bireysel Baş Etmede Yetersizlik Etyoloji: Düşük öz saygı Tanımlayıcı bulgu: Bastırılmış korku ve hostile davranışlar.	Hastanın öz saygısını kazanması Kendi değerini fark etmesi	Durumunu kabullenmesi ve tedaviye uyum sağlaması	<ul style="list-style-type: none">Hastaya sürekli aynı personelin bakması sağlanacak.Hastaya fiziksel temastan kaçınılacak.Sessizce konuşma/fısıldaşmalardan kaçınılacak.Basit öz cümleler kullanılacak.Beslenmesine dikkat edilecek.İlaçlarını alıp almadığı kontrol edilecek.



Hemşirelik Tanısı	Kısa vadeli hedef	Uzun vadeli hedef	Girişimler
<p>Aile Sürecinde Değişim</p> <p>Etyoloji: Aniden ortaya çıkan şizofreni belirtileri</p> <p>Tanımlayıcı bulgu: Ailenin hasta ve hastalığa bakış açısındaki farklılar</p>	Hastanın aile sürecinde yaşadığı güçlüklerle başa çıkmada sağlık personelinin destek alması	Aile sürecine uyum sağlaması	<ul style="list-style-type: none">• Aileye bireyin hastalığı hakkında bilgi verilecek.• Ailenin bireye destek olması sağlanacak.• Ailede başka benzer hastalıklar var mı? Araştırılacak.• Bireyin aile içi süreçlerde olabildiğince rol alması sağlanacak.• Ailenin hastalık durumu ile başa çıkmasına yardımcı olunacak.



Şizofreni hastalarına bakım verenlerin bakım yüklerinin yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi

Investigation of the effect between care burden and quality of life in caregivers of schizophrenia patients

Hakan Karaağaç¹, Esra Çalık Var²

¹Sosyal Hizmet Uzmanı, Kayseri Şehir Hastanesi, Kayseri, Türkiye <https://orcid.org/0000-0002-6586-5940>

²Doç. Dr., Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sosyal Hizmet Ana Bilim Dalı, Ankara, Türkiye <https://orcid.org/0000-0002-6025-0576>

ÖZET

Amaç: Bu çalışma Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi TRSM ve Ruh Sağlığı Kliniğinde tedavi edilen şizofreni hastalarına bakım verenlerin algıladıkları bakım yüklerinin yaşam kaliteleri üzerindeki etkilerinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirildi. **Yöntem:** Örneklem seçiminde amaçsal örnekleme yöntemi kullanılmış ve 146 kişi çalışmaya dahil edilmiştir. Verilerin toplanmasında; Sosyodemografik Bilgi Formu, Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği ve DSO Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Türkçe Formu kullanılmıştır. Elde edilen veriler SPSS 23 programında sayı, yüzde, frekans, t testi, ANOVA, pearson korelasyon analizi ve çoklu regresyon analizi ile test edilmiştir. **Bulgular:** Bakım verenlerin; yaş ortalamasının 45 olduğu, hastalarına ortalama 8.5 yıl bakım verdikleri ve % 54.8'inin kadın olduğu tespit edilmiştir. Yaşam kalitesi fiziksel sağlık boyutunu; bakım yükü toplam puanı, sosyal ilişkilerde bozulma ve ekonomik yük alt boyutlarının olumsuz etkilediği bulunmuştur. Ruhsal gerginlik, ekonomik yük ve bakım yükü toplam puanının ise yaşam kalitesinin psikolojik alt boyutunu olumsuz etkilediği tespit edilmiştir. Yaşam kalitesi sosyal ilişkiler alt boyutunu bakım yükü ruhsal gerginlik ve toplumsal ilişkilerde bozulma alt boyutları olumsuz yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Yaşam kalitesi çevre boyutunu ise sadece ekonomik yük etkilemektedir. **Sonuç:** Ruh sağlığı hastalıkları sadece hastanın değil hasta yakınlarının da yaşamlarını etkilemekte, hasta yakınları bu süreçte desteğe ihtiyaç duyabilmektedir. Şizofren hastalarına yönelik geliştirilecek ve var olan programlar değerlendirilirken onlara bakım verenlerin de dikkate alınması şizofreni hastalarının aile sistemi içinde desteklenebilmesini ve hastalığa bütüncül yaklaşımını destekleyebilir.

Anahtar Sözcükler: Bakım yükü, sosyal hizmet, şizofreni, yaşam kalitesi

SUMMARY

Objective: This study was conducted to investigate the effect between care burden and quality of life of caregivers of schizophrenia patients treated at Kayseri Education and Research Hospital Community Mental Health Center and Psychiatry Clinic. **Method:** In the selection of samples, purposive sampling method was used and 146 persons were included in the study. In the collection of data; Sociodemographic Information Form, Zarit Care Burden Scale and WHOQOL-BREF-TR were used. The obtained data were tested in SPSS 23 program by number, percentage, frequency, t test, ANOVA, Pearson correlation analysis and multiple regression analysis. **Results:** Caregivers; mean age was 45, the patients were given care a mean of 8.5 years and 54.8% were women. The quality of life physical health subscale; burden of care total score, deterioration in social relations and economic burden were negatively affected. It was determined that the total score of spiritual tension, economic burden and burden of care total score negatively affected the psychological sub-dimension of quality of life. It was concluded that the social relations sub-dimension of quality of life negatively affected the sub-dimensions of care burden, mental stress and deterioration in social relations. The quality of life environmental subscale are affected only economic burden. **Discussion:** Mental health diseases affect the lives of not only the patients but also the patients' relatives, and caregivers may need support in this process. Consideration of the caregivers of schizophrenic patients as well as their caregivers, when existing programs are being assessed, may support schizophrenia patients within the family system and promote holistic approach to the disease.

Key Words: Caregiver burden, social work, schizophrenia, quality of life

|ARAŞTIRMA / RESEARCH

Şizofreni tanılı hastalarda yaşanan sorunlar, işitsel varsanılar ve algılanan sosyal destek

Experienced problems, auditory hallucinations and perceived social support in patients with schizophrenia

Feride Ercan¹ , Satı Demir¹ ¹Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara, Turkey*Cukurova Medical Journal 2019;44(1):7-17***Abstract****Purpose:** The purpose of this study is to determine the experienced problems, auditory hallucinations, and perceived social support in patients with schizophrenia followed up in Community Mental Health Center (CMHC) and outpatient clinics.**Materials and Methods:** This comparative-descriptive study was carried out between January-June 2017 in an adult psychiatry outpatient clinic of a university hospital and two CMHCs. The sample consisted of 66 patients, followed up in CMHC (n=33) and outpatient clinic (n=33). The data of the study were collected using Patient Information Form and Multidimensional Scale of Perceived Social Support.**Results:** The average age, gender, educational status, marital status of the patients in CMHC and outpatient clinic group, the people living with them, and the presence of another individual with a mental disorder in the family were similarities in terms of the characteristics of the disorder and treatment. Most of the patients explained the cause of the disease as "I don't know/I don't remember/black magic/destiny given by God". Most of the patients in the outpatient clinic group (78.6%) and patients slightly more than half of CMHC group (51.5%) explained the cause of the hallucinations as "I don't know/gins/black magic/surrounding evils". The difference between these rates were found to be statistically significant.**Conclusion:** Patients followed up in CMHC and patients followed up in the outpatient clinic exhibited similarity in terms of problems experienced due to the disease and coping characteristics.**Keywords:** Schizophrenia, auditory hallucination, coping characteristics, social support**Öz****Amaç:** Bu çalışmanın amacı, Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM) ve poliklinikte takip edilen şizofreni tanılı hastalarda yaşanan sorunlar, işitsel varsanılar ve sosyal destek algısının belirlenmesidir.**Gereç ve Yöntem:** Karşılaştırmalı-tanımlayıcı tipte olan bu araştırma, iki TRSM ve bir üniversite hastanesi yetişkin psikiyatri polikliniğinde Ocak-Haziran 2017 tarihleri arasında yürütülmüştür. TRSM'de (n=33) ve poliklinikte (n=33) takip edilen toplam 66 hasta örneklemini oluşturmuştur. Araştırmanın verileri Hasta Bilgi Formu ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile toplanmıştır.**Bulgular:** TRSM ve poliklinik grubundaki hastalar yaş ortalaması, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, evde birlikte yaşanan kişiler, ailede ruhsal hastalığı olan başka bir bireyin bulunması, hastalık ve tedavi ile ilgili özellikler açısından benzerdir. Hastaların çoğu hastalığın nedenini "bilmiyorum / hatırlamıyorum/ büyüler/ Allah tarafından oldu" şeklinde açıklamıştır. Poliklinik grubundaki hastaların çoğu (%78.6), TRSM grubundaki hastaların ise yarıdan biraz fazlası (%51.5) işitsel varsanıların nedenini "bilmiyorum / cinler/ büyüler/ çevredeki kötülükler" şeklinde açıklamıştır. Bu oranlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.**Sonuç:** TRSM'de takip edilen hastalar ile poliklinikten takip edilen hastalar, hastalığa bağlı yaşanan sorunlar ve baş etme özellikleri yönünden benzerlik göstermektedir.**Anahtar kelimeler:** Şizofreni, işitsel varsanı, baş etme özellikleri, sosyal destek

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Hem. Feride Ercan, Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara, Turkey, E-mail: feride-ercan@hotmail.com

Geliş tarihi/Received: 21.06.2018 Kabul tarihi/Accepted: 19.09.2018 Çevrimiçi yayın/Published online: 12.10.2018

TEŞEKKÜRLER

© 2009 Pixar Animation
All production rights reserved. Pixar
and the characters therein are
TM & © 2009 Disney.



"On the other hand, there's always
the possibility that you really are
Napoleon, and I'm just some nut
who thinks he's a psychiatrist."

KAYNAKÇA

- Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı
Çam ve Engin Nobel Tıp Kitapevi. 2014
- Ruh sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri, çev.
ed. Celale Tangül Özcan, Nermin Gürhan, Akademisyen
Tıp Kitabevi, Ankara, 2015
- Psikiyatri, Davranış Bilimleri-Klinik Psikiyatri Kaplan &
Sadock Çev: Ali Bozkurt Güneş Tıp Kitapevi, 2016
- DSM 5 Tanı Odaklı Klinik Psikiyatri Ertuğrul Köroğlu .
Boylam Psikiyatri Enstitüsü Hekimler Yayın Birliği

