



**T.C.
SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ŞİZOFRENİ HASTALARINDA TEDAVİ UYUMUNUN
ANTİPSİKOTİK İLAÇ YAN ETKİLERİ VE
CİNSEL İŞLEV SORUNLARI İLE İLİŞKİSİ**

DENİZ KURTARAN

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
RUH SAĞLIĞI VE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ
ANA BİLİM DALI**

SIVAS-2019

**T.C.
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ŞİZOFRENİ HASTALARINDA TEDAVİ UYUMUNUN
ANTİPSİKOTİK İLAÇ YAN ETKİLERİ VE
CİNSEL İŞLEV SORUNLARI İLE İLİŞKİSİ**


DENİZ KURTARAN

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
RUH SAĞLIĞI VE PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ
ANA BİLİM DALI**


**TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. MERAL KELLEÇİ
SİVAS-2019**

“Şizofreni Hastalarında Tedavi Uyumunun Antipsikotik İlaç Yan Etkileri ve Cinsel İşlev Sorunları ile İlişkisi” adlı Yüksek Lisans Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği** Ana Bilim Dalında **Yüksek Lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.


Başkan

Prof. Dr. Ayhan TEL 

Üye


Doç. Dr. Figen İNÇİ 

Üye

Prof. Dr. Meral KELLEÇİ 

Üye

Üye (Danışman)

Prof. Dr. Meral KELLEÇİ 

ONAY

Bu tez çalışması, 14/01/19 tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Zübeyda AKIN POLAT
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
MÜDÜRÜ

Bu tez, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 18.02.2015 tarihli ve 4/4 sayılı kararı ile kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna göre hazırlanmıştır.

ÖZET

ŞİZOFRENİ HASTALARINDA TEDAVİ UYUMUNUN ANTİPSİKOTİK İLAÇ YAN ETKİLERİ VE CİNSEL İŞLEV SORUNLARI İLE İLİŞKİSİ

Deniz Kurtaran

Yüksek Lisans Tezi

Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı

Danışman: Prof. Dr. Meral Kelleci

2019, 104 sayfa

Bu çalışma, Sivas ilinde ayaktan takip edilen, antipsikotik tedavi alan şizofreni hastalarında tedavi uyumunun antipsikotik ilaç yan etkileri ve cinsel işlev sorunları ile ilişkisinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırma, tanımlayıcı ve kesitsel özellikte bir çalışmadır.

Araştırma Sivas İl Sağlık Müdürlüğü Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde, Sivas İl Sağlık Müdürlüğü Numune Hastanesi Psikiyatri Polikliniğinde, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniğinde ayaktan tedavi alan, evli olan power analizine göre belirlenen 70 şizofreni hastasıyla yapıldı. Araştırmanın verileri Kişisel Bilgi Formu, Morinsky Tedaviye Uyum Ölçeği, Liverpool Üniversitesi Antipsikotiklerin Yan Etkilerini Değerlendirme Ölçeği, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği ile toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde Frekans, Yüzde, Ki-kare analizi, korelasyon analizi, Durbin Watson testi, Lineer Regresyon analizi, t Testi, Kruskal Wallis H testi, Dunnet T3 Post Hoc testi, Mann Whitney U testleri kullanıldı

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre, hastaların tümü en az bir yan etki yaşamaktadır ve %52,9' u yan etki yaşama durumunda doktora ilettiklerini ifade etmiştir. En fazla yaşanan yan etkiler psikolojik yan etkiler, ekstrapiramidal yan etkiler, redherring etkiler ve hormonal yan etkilerdir. Hastaların %54,3' ünün yan etki yaşama şiddeti orta düzeydedir. Hastaların %64,3' ünün tedaviye uyumu orta

düzeyde, %27.1'inin ise düşük düzeydedir. Hem kadın hem erkek hastalarda cinsel işlev sorunları saptanmıştır. Kadın hastaların cinsel işlev sorunları ile tedaviye uyum düzeyi arasında negatif yönde zayıf güçlülükte anlamlı bir ilişkinin olduğu saptanmıştır ($r=-.341$, $p<0.05$). Şizofreni hastalarının yaşadığı yan etkiler arttıkça tedavi uyumlarının azaldığı saptandı ($p<0.05$).

Antipsikotik kullanan şizofreni hastalarında yan etkiler ve cinsel işlev sorunlarının hastalarda tedaviye uyumu olumsuz yönde etkilediği söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Şizofreni, Antipsikotik İlaç, Yan Etki, Tedaviye Uyum, Cinsel İşlev Sorunları, Psikiyatri Hemşireliği



ABSTRACT

THE RELATIONSHIP OF MEDICATION ADHERENCE BETWEEN SIDE EFFECT OF ANTIPSYCHOTIC DRUGS AND SEXUAL FUNCTION PROBLEMS IN SCHIZOPHRENIA PATIENTS WITH ANTIPSYCHOTIC DRUG TREATMENT

Deniz Kurtaran

Master Thesis

Department of Mental Health and Psychiatric Nursing

Supervisor: Prof. Dr. Meral KELLEÇİ

2019, 104 pages

This study has been conducted in order to investigate the relationship of medication adherence to the side effects of antipsychotic drugs and sexual function problems on outpatient schizophrenia patients with antipsychotic drug treatment in Sivas. This is a descriptive and cross-sectional study.

The target population of the study has included outpatient, married, 70 schizophrenic patients determined with power analysis in Sivas Provincial Health Directorate Community Mental Health Centre, Psychiatric Polyclinic of Sivas Provincial Health Directorate Numune Hospital, Psychiatric Polyclinic of Sivas Cumhuriyet University Health Services Application and Research Hospital. The data of the study were obtained by Personal Information Form, The Morinsky Medication Adherence Scale, Liverpool University Neuroleptic Side Effect Rating Scale and Arizona Sexual Experiences Scale. During the evaluation of the data; Frequency, Percentage, Chi-Square Analysis, Correlation Analysis, Durbin Watson Test, Linear Regression Analysis, t-test, Kruskal-Wallis H Test, Dunnett T3 Post Hoc Test, and Mann Whitney U test were used.

According to the results obtained from the study, all patients experienced at least one side effect and 52.9% stated that they consult a doctor in case of experiencing the side effects. The most common side effects are psychological side effects, extrapyramidal side effects, red herring effects, and hormonal side effects.

The level of experiencing the side effects of 54.3% of the patients is at moderate level. The medication adherence level of 64.3% is moderate, and of 27.1% is low-level. Sexual function problems have been observed in both male and female patients. Between the sexual function problems and the adherence level of female patients, there has been found a significant relationship in a negative way with low potency ($r=-.341$, $p<0.05$). It has been determined that medication adherence decreases as schizophrenic patients experience more side effects ($p<0.05$).

It may be said that the side effects and sexual function problems affect medication adherence on patients adversely.

Keywords: Schizophrenia, Antipsychotic Drug, Side Effect, Medication Adherence, Sexual Function Problems, Psychiatric Nursing

TEŞEKKÜR

Akademik yaşamımda bilimsel gelişmeme sonsuz içtenliği ve sabrıyla rehberlik eden, tez çalışma s¼recimde bilgi ve değerli katkılarıyla bana yol g¼steren, sonsuz içtenliği ve sabrıyla desteğini esirgemeyip beni motive eden Sayın Prof. Dr. Meral KELLECI' ye,

Değerli katkılarından dolayı Sayın Doç. Dr. Figen İNCİ' ye, istatistiksel analizlerde katkı sağlayan Sayın Prof. Dr. Başaran GENçDOğAN' a,

Yaşamımın her s¼recinde yanımda olan, maddi ve manevi desteklerini daima hissettiğim, b¼y¼k bir içtenlik ve sevgiyle gelişimim için çabalayan, emeklerini ve ilgilerini esirgemeyen, sahip olduğum en değerli hazinem olan annem, babam ve kardeşlerime,

Bu s¼rete her zaman yanımda olan, benden desteklerini esirgemeyen sevgili arkadaşlarıma minnettarlığımı sunar, her Şey için çok teŐekk¼r ederim...

Arş. G¼r. Deniz KURTARAN

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

ÖZET.....	i
ABSTRACT	iii
TEŞEKKÜR	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar LİSTESİ.....	viii
KISALTMALAR / SİMGELER.....	ix
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	6
2. GENEL BİLGİLER.....	7
2.1. Şizofreni	7
2.1.1. Şizofreni Epidemiyolojisi.....	7
2.1.2. Şizofreni Etiyolojisi	8
2.1.2.1. Genetik Etkenler.....	9
2.1.2.2. Çevresel Etkenler	9
2.1.2.3. Stres Yatkınlık Modeli	9
2.1.2.4. Nörogelişim Hipotezi	10
2.1.2.5. Biyokimyasal Yaklaşım	10
2.1.2.6. Beyin Görüntüleme Bulguları	11
2.1.2.7. Psikanalitik Yaklaşım	11
2.1.3. Şizofreninin Tanı Ölçütleri	12
2.1.4. Şizofrenide Tedavi	13
2.1.4.1. Elektrokonvülsif Tedavi	13
2.1.4.2. Psikososyal Tedaviler.....	14
2.1.4.3. Antipsikotik İlaç Tedavisi	15
2.1.5. Antipsikotik Kullanımında Görülen Yan Etkiler	17
2.2. Tedaviye Uyum ve Uyumsuzluk.	24
2.2.1. Tedaviye Uyumsuzluk Nedenleri.	25
2.2.2. Tedaviye Uyumsuzluğun Sonuçları	26
2.3. Cinsellik.	27
2.3.1. Cinsellik ve Cinsellik İle İlgili Kavramlar	27
2.3.2. Cinsel İşlevlerin Fizyolojisi	28
2.3.3. Cinsel Yanıt Döngüsü	28

2.3.4. Cinsel Yaşamı Etkileyen Faktörler	29
2.3.5. Cinsel İşlev Bozuklukları	30
2.3.6. Şizofreni Hastalarında Cinsel Yaşam ve İlişkili Faktörler.....	31
2.4. Psikiyatri Hemşiresinin Tedavi Uyumunun Sağlanmasında Rolü	33
3. GEREÇ VE YÖNTEM	35
3.1. Araştırmanın Türü	35
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	35
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	35
3.4. Veri Toplama Araçları	36
3.5. Verilerin Toplanması Ve Uygulanması	38
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	38
3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri	38
4. BULGULAR	40
5. TARTIŞMA	57
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	65
6.1. Sonuçlar	65
6.2. Öneriler	67
7. KAYNAKLAR	68
8. EKLER.....	79
EK-1 Bilgilendirilmiş Olur Formu	79
EK-2 Kişisel Bilgi Formu	81
EK-3 Morisky Tedavi Uyum Ölçeği.....	82
EK-4 Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği.....	83
EK-5 Liverpool Üniversitesi Antipsikotiklerin Yan Etkilerini Değerlendirme Ölçeği ..	85
EK-6 Girişimsel Olmayan Klinik Uygulamalar Etik Karar Formu	87
EK-7 Kurum İzin Formu.....	89
EK-8 Özgeçmiş	91

TABLolar DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 1. Şizofreni Hastalarının Tanıtıcı Özellikleri.....	40
Tablo 2. Şizofreni Hastalarının Hastalıkla İlgili Özellikleri	41
Tablo 3. Ölçeklerden Alınan Puan Ortalamalarının Dağılımı	42
Tablo 4. Şizofreni Hastalarının Morisky Tedavi Uyum Ölçeği Tedavi Uyum Düzeyleri ve Yan Etkileri Yaşama Şiddeti	43
Tablo 5. Şizofreni Hastalarının, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği, Liverpool Üniversitesi Antipsikotiklerin Yan Etkilerini Değerlendirme Ölçeği ve Morisky Tedavi Uyum Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkiler.....	44
Tablo 6. Morisky Tedavi Uyum Ölçeği Puanlarının Yordanmasına İlişkin Lineer Regresyon Analizi Sonuçları.....	45
Tablo 7. Şizofreni Hastalarının Tanıtıcı Özelliklerine Göre Morisky Tedavi Uyum Ölçeği ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	46
Tablo 8. Şizofreni Hastalarının Hastalık Özelliklerine Göre Morisky Tedavi Uyum Ölçeği ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.	49
Tablo 9. Şizofreni Hastalarının Tanıtıcı Özelliklerine Göre Liverpool Üniversitesi Antipsikotiklerin Yan Etkilerini Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	51
Tablo 10. Şizofreni Hastalarının Hastalık Özelliklerine Göre Liverpool Üniversitesi Antipsikotiklerin Yan Etkilerini Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	54

KISALTMALAR/SİMGELER

EKT	Elektrokonvülsif Tedavi
EPS	Ekstrapiramidal Yan Etki
AP	Antipsikotik
TAP	Tipik Antipsikotik
AAP	Atipik Antipsikotik
EEG	Elektroensefalografi
TRSM	Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
APA	American Psychological Association
MTUÖ	Morisky Tedavi Uyum Ölçeği
ACYÖ	Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği
LÜAYEDÖ	Liverpool Üniversitesi Antipsikotiklerin Yan Etkilerini Değerlendirme Ölçeği

1.GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Kişilerin yaşam kalitesini düşüren, sık yinelemeler ile aile ve toplumu zorlayıcı olumsuz etkilere sebep olan şizofreni; klinik olarak düşünce ve algı bozuklukları, motor anomaliler, bilişsel bozulmalar, kısıtlı duygusal dışa vurum ve iletişimde güçlükleri kapsayan duyu ve belirti kümesi ile kendini göstermektedir (Öztürk, 2016; Townsend, 2017). Şizofreninin yaşam boyu sıklığının %1 ile %1.4 arasında olduğu bildirilmektedir. Nokta yaygınlığı yani herhangi bir zamanda şizofrenisi olan kişilerin genel toplumdaki oranı ise %0.21-0.7 arasında bildirilmektedir (WHO, 2018). Toplumda görülme sıklığı oldukça yüksek olan şizofreni, sadece hastalar için değil, aileler için de çeşitli güçlükler neden olan bir hastalıktır. Şizofreninin aileler üzerine genellikle sıkıntı yaratan ve yıkıcı bir etkisi vardır; aileye yüksek bakım yükü ve işlevsellikte bozulma etkileri bulunmaktadır (Koroğlu ve Hocoğlu, 2017; Townsend, 2017). Büyük çapta ise bir toplum sağlığı sorunu olarak şizofreni, toplumsal, ekonomik ve duygusal maliyeti çok ağır olan bir hastalıktır (Stuart, 2013; WHO, 2018).

Biyopsikososyal yönden bozulmayla seyreden ve %80 oranında yaşam boyu kronikleşen bir seyir izleyen şizofreninin tedavisi, bozulan alanlara yönelik ilaç sağaltımı, somatik sağaltım yöntemleri, tamamlayıcı ve psikososyal terapilerle yapılmaktadır (Kızılay, 2015; Öztürk, 2016). Tedavi programının başarıya ulaşması ve hastalığın sağaltımı için, tedaviye uyum gerekmektedir. Tedaviye uyum kavramı, kişinin davranışlarının tıbbi önerilerle (tedavi rejimine uymak vb.) tutarlı olması, hastanın sağlıkla ilgili önerileri kabul etmesi, bunlara uyma şeklinde tanımlanmaktadır. Bu doğrultuda "uyumsuzluk" kavramı ise, tedavi programına başlamama, tedavinin erken sonlandırılması, tedavi reçetelerini de kapsayacak şekilde yönergelere uymama olarak belirtilmektedir. Tedaviye uyumsuzluk relaps riskini 3.7 kat arttırmaktadır (Çobanoğlu ve ark., 2003; Kızılay, 2015; Tellis 2008).

Yapılan çalışmalara göre; psikiyatrik bozukluğu olan bireylerde tedaviye uyum, fiziksel bozukluğu olanlara göre daha düşüktür ve kronik tıbbi tedavi gören hastalarda tedaviye uyumsuzluk oranı %20-50 arasında değişmekte iken, psikotik bozukluklarda tedaviye uyumsuzluk oranı %70-80' e varmaktadır. Psikiyatrik hastalıklar arasında psikotik hasta grubunda uyumsuzluk oranı daha yüksektir (Compton et al., 2005; akır ve ark., 2010; Peluso et al., 2013). Dilbaz ve ark. (2006) psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreni hastalarında tedaviye uyumu ile ilgili yaptıkları bir çalışmada tedavi uyumsuzluk oranı uzun dönemde %25, akut dönemde ise %51 olarak bulunmuştur (Dilbaz ve ark., 2006). Halbuki uzun süre veya ömür boyu ilaç kullanılması gereken ciddi ruhsal bozukluklarda ilaç uyumu, hastalığın seyri açısından büyük önem taşır. Özellikle sürdürüm tedavisi sırasında sıklıca karşılaşılan tedavi uyumsuzluğun, hastalığın seyrinde erken alevlenmelere neden olduğu ve bu durumun tedavi maliyetlerini ve hastanın topluma uyumunu olumsuz yönde etkilediği, terapötik girişimin etkililiğini önemli derecede bozduğu; relapsların da ana nedenlerinden biri olduğu bilinmektedir (Bağ, 2011; Dilbaz ve ark., 2006; Yılmaz ve Buzlu, 2012). Terapötik girişimlerde tedaviye uyumsuzluk kavramının üzerinde durulması, nedenlerinin saptanıp engellenmesi, tedavinin sürdürülmesi ve başarıya ulaşma düzeyini arttıracaktır (Dilbaz ve ark., 2006; obanoğlu ve ark., 2003).

Psikotik bozukluğu olan bireylerde tedaviye uyumsuzluğa yol açan nedenler ile ilgili çalışmalarda ilaç uyumsuzluğu nedenleri, hastaya ve hastalığa özgü faktörler, hastalık belirtileri, i gr eksikliği, komorbid madde kullanım bozukluğunun olması, kültür ve inançlar, aile/hastanın hastalık ve tedaviye karşı tutumları, tedaviye özgü, klinik faktörler ve hastalar tarafından en rahatsız edici etken olarak belirtilen ilaç yan etkisidir (Bağ, 2011; Olfson et al., 2006; Peluso et al., 2013).

Antipsikotikler, şizofreninin tedavisinde ve hastaların yaşam kalitesinde belirgin iyileşmeye yol açmakla birlikte, hastaların yaşam kalitelerine etki eden ve hastayı çok rahatsız edebilen birçok yan etki oluşturduğu da bilinmektedir (Mazzilli et al., 2018; Nunes et al., 2012). Antipsikotiklerin extrapiramidal yan etkiler, Malign Nöroleptik Sendrom, sedasyon ve devinimde yavaşlama, epilepsi eşiğinin düşmesi,

otonomik yan etkiler, alerjik yan etkiler, dolaşım sistemi yan etkileri, psikolojik yan etkiler (uyku kalitesinde bozulma, gerginlik, depresyon), saç dökülmesi, idrar renginin koyulaşması, tırnak zayıflığı, ağız içinde yaralar, yüzde kızarma gibi yan etkiler, endokrin sistem yan etkiler (prolaktin seviyesinde yükselme, glukoz toleransında bozulma ve diabetes mellitus), hiponatremi, hipersalivasyon, deride pigmenter değişim, lökopeni, bilişsel alanda işlev kaybı gibi yan etkilere sebep olduğu belirtilmiştir. Bu yan etkiler hastanın biyolojik, psikolojik, cinsel ve sosyal işlevleri üzerine olumsuz etkiler oluşturabilmektedir (Kızılay, 2015; Kikuchi et al., 2012; Malik et al., 2011; Mazilli et al., 2018; Peluso et al., 2013; Sağlam ve ark., 2017).

Hastalar tarafından ilacın istenmeyen, olumsuz etkileri olarak tanımlanan ilaç yan etkileri; tedaviye uyumu büyük oranda etkilemektedir. Yılmaz ve Buzlu (2012)'nin ayaktan izlenen antipsikotik kullanan 117 psikiyatri hastasıyla yaptıkları çalışmada araştırma kapsamındaki hastaların hepsinde ilaç yan etkilerinden en az birinin görüldüğü, en sık yakındıkları yan etkilerin konsantrasyon güçlüğü, halsizlik ve hatırlamada güçlük olduğu belirlenmiştir (Yılmaz ve Buzlu, 2012). Gray ve ark. (2010)'nin antipsikotik kullanan hastalarda ilaç yan etkileri ve ilaç uyumu ilgili yaptıkları çalışmaya göre hastaların ekstrapiramidal yan etkiler, sedasyon, cinsel yan etkiler ve kilo almayı önemli bulduklarını belirtmişlerdir (Gray et al., 2010). Yine bir çalışmaya göre ekstrapiramidal yan etkiler, seksüel disfonksiyon ve psikolojik yan etkilerin kişinin iyi oluşunu etkilediğini ve bunun da tedavi uyumunu etkileyebileceği bildirilmiştir (Karow et al., 2007). Lambert ve ark. (2004)'nin tipik antipsikotiklerle tedavi edilen 213 şizofreni tanımlı hastanın yan etkilere ilişkin hissettiği rahatsızlığı araştırdıkları çalışmada katılımcılar, cinsel disfonksiyon, ekstrapiramidal yan etkiler ve psikolojik yan etkileri, sedasyon ve vejetatif yan etkilerden daha rahatsız edici bulduklarını bildirmişlerdir (Lambert et al., 2004).

Cinsellik; santral sinir sistemi, endokrin ve vasküler sistemler arasındaki kompleks etkileşimleri içeren, cinsel heyecan, ilişki ve memnuniyete neden olan bir aktivitedir. Cinselliğin yalnızca neslin devamı için yapılan biyolojik bir işlev olmadığı, bireyler arası duyguların iletişimine yarayan, zevk veren, başta merkezi ve periferik sinir sistemi, endokrin sistem, beş duyu ve genital organlar olmak üzere tüm

bedenin katıldığı, nörokimyasal, nörofizyolojik ve psikolojik süreçlerin karşılıklı etkileşimi ile yürütülen kompleks bir davranış paterni olduğu ortaya konulmuştur. Sağlıklı ve doyumlu bir cinsel yaşam bu süreçlerin tümünün tam olarak işlev görmesiyle mümkündür (Akan, 2015; Serretti and Chiesa, 2011; Tanrıöver, 2015).

Cinsel işlev, çeşitli psikolojik ve fizyolojik faktörlerden etkilenen karmaşık bir insan davranışdır (AFUD, 2011). Cinsel yanıt döngüsünün herhangi bir basamağında ki bozukluk, çeşitli patofizyolojik ve psikolojik mekanizmaların bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır ve cinsel işlev bozukluğuna neden olmaktadır (Akan, 2015; Kuloğlu ve Ekinci, 2015). Cinsel işlev bozukluklarının hem organik hem de psikolojik ve sosyal nedenleri bulunmaktadır. Çoğunlukla bozukluğun ortaya çıkmasında psikolojik ve organik nedenler birlikte rol almaktadır. Psikososyal ve kültürel etkenler, bedensel hastalıklar, kullanılan ilaç tedavileri ve yan etkileri, performans anksiyetesi, gebelik, laktasyon, menopoz, yaşlılık, eşte cinsel işlev bozukluğu, eş kaybı, eş sadakatsizliği, kişide ya da eşte psikiyatrik hastalıklar cinsel işlev bozukluğuna neden olan durumlar olarak sıralanabilmektedir (Akarsu ve Kızılkaya, 2016; Doğu ve ark., 2011; Hert et al., 2014; Kuloğlu ve Ekinci, 2015; Namlı ve ark., 2016; Park et al., 2012). Cinsel işlev bozuklukları, psikiyatri hastalarında düşük yaşam kalitesine ve ilaç uyumsuzluğuna neden olan ve sık karşılaşılan bir sorundur. Psikiyatri hastalarında en sık görülen cinsel işlev bozuklukları; erkek hastalarda cinsel isteksizlik, ereksiyon ve orgazm problemleri, kadın hastalarda azalmış cinsel istek ve amenore, galaktore gibi problemlerdir (Dell'osso et al., 2009; Doğan, 2011; Doğu ve ark., 2011; Mazza et al., 2011).

Antipsikotik ilaçların santral sinir sistemi (SSS) hücre reseptörleri üzerinde çok sayıda farklı etkileri vardır. Özellikle de prolaktini artırarak endokrin bozukluklara sebep olabilirler. Antipsikotiklerin neden olduğu cinsel işlev yan etkileri genellikle inhibitör doğada ve seksüel cevap döngüsünün tüm fazlarının etkilenmesine bağlıdır (Hert et al., 2014; Kuloğlu ve Ekinci, 2015; Yılmaz ve Güler, 2011). Klinik çalışmalar genel olarak yeni nesil antipsikotiklerin klasik antipsikotiklere göre daha düşük cinsel yan etki göstermelerine rağmen, kendi aralarında bile önemli farklılıkları bulunduğu işaret etmektedir. İlaç yan etkisine bağlı cinsel işlev bozukluğu mekanizması tam olarak bilinmemekle beraber, ilk

tahminler antipsikotiklerin dopamin reseptörlerini bloke edici etkisine dayanmaktadır (Hert et al., 2014; Montalvo et al., 2013; Serretti and Chiesa 2011; Torre et al., 2013). Antipsikotikler; kolinerjik, serotonerjik ve adrenerjik sistem üzerindeki etkileri ve tuberoinfundibular yolakta D2 dopamin reseptörlerinin antipsikotiklerle blokajı, ve prolaktin düzeyinde artışa yol açarak hiperprolaktinemiye sebep olurlar. Hiperprolaktinemi; antipsikotik sağaltımın en sık görülen yan etkilerinden biri olup, FSH (Folikül uyarıcı hormon) ve LH (Luteinleştirici hormon) salınımını inhibe ederek galaktore, amenore, libidoda azalma, orgazm olamama, ereksiyonu sürdürmemeye, cinsel işlevlerde değişime yol açabilmektedirler (Abadal et al. 2016; Hert et al. 2014; Namlı ve ark., 2016; Nunes et al., 2011; Just, 2015; Park et al., 2012; Schmidt et al., 2012; Torre et al., 2013).

Antipsikotik ilaçlara bağlı prolaktin artışına karşı tolerans gelişip gelişmediği de bilinmemektedir. Ancak bir çok olguda prolaktin yüksekliği yıllarca devam etmektedir ve ilacın kesilmesi ile prolaktin düzeyi 2-4 günde normale dönmektedir (Cookson et al., 2012; Just, 2015). 3 ay boyunca risperdol ile tedavi edilen 11 psikotik tanılı hasta ile yapılan çalışmada, hastalarda hiperprolaktinemi görüldüğü ve cinsel işlev bozukluğu geliştiği belirlenmiştir (Montalvo et al., 2013). Knegetering ve ark. (2008)'nin yaptığı çalışmaya göre cinsel işlev bozukluğu sorunu yaşayan şizofreni hastalarının %40'ında hiperprolaktinemi görülmektedir (Knegetering et al., 2008). Psikiyatri hastalarında cinsel yaşam ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla ayaktan takip edilen 200 hastayla yapılan bir çalışmaya göre hastaların %57,5'i hastalık öncesine göre cinsel istekte azalma olduğunu, %39'u ise tedavinin cinsel istekte azalmaya etkisi olduğunu ifade etmişlerdir (İncedere, 2015). Hastalarda libido kaybı, erektil empotans, retrograd ejakülasyon, anorgazmi gibi cinsel işlev sorunları görülmektedir ve bu cinsel disfonksiyon yan etkisinin diğer extrapramidal veya sedatif yan etkilerden daha çok rahatsız ettiği belirlenmiştir (Lambert et al., 2004; Serretti and Chiesa, 2010; Yılmaz ve Buzlu, 2012).

Cinsel işlev sorunlarının değerlendirilmesi ile tedavide yapılacak değişimlerle tedaviye uyum arttırılabilir ve relapslar, hastaneye yatışlar önlenir, hastanın bu soruna sekonder yaşayacağı psikososyal sorunlar da ortadan kaldırılabilir ve tedavi maliyeti azaltılabilir. Antipsikotik tedavi uygulanan bireylerde cinsel işlev sorunları

sağlık profesyonelleri tarafından eksik sorgulanmakta ve göz ardı edilmektedir. Hastalar tarafından da en çok rahatsız eden yan etki olarak tanımlanmasına rağmen, yine hastalar da cinsel alana yönelik konuşmaktan kaçınmaktadırlar (Namlı, et al. 2016; Yılmaz ve Güler, 2011; Torre et al., 2013). Çoğunluğu yurtdışında olmak üzere Türkiye’de de antipsikotik tedavi alan hastalarda cinsel işlev sorunlarıyla ilgili çalışmalar sınırlı da olsa mevcuttur (Abadal et al., 2016; Cookson et al., 2012; Doğu ve ark., 2011). Bununla birlikte antipsikotik tedavi uygulanan hastalarda ilaç yan etkileri ve tedavi uyumuyla ilgili çalışmalar yapılmaktadır (Bağ, 2011; Çakır ve ark., 2010; Dilbaz ve ark., 2006; Gray et al., 2010; Karow et al., 2007). Oysa şizofrenik bozukluğu olan bireylerin tedavi uyumunun antipsikotik ilaç yan etkileri ve cinsel işlev sorunları ile ilişkisinin belirlenmesi ile, hastalarda tedaviye uyumun artırılması ve relapların önlenmesi konusunda daha etkili programlar geliştirilebilir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı şizofreni hastalarında tedavi uyumunun antipsikotik ilaç yan etkileri ve cinsel işlev sorunları ile ilişkisini incelemektir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Şizofreni

Kişilerin yaşam kalitesini düşüren, sık yinelemeler ile aile ve toplumu zorlayıcı olumsuz etkilere sebep olan şizofreni; klinik olarak düşünce ve algı bozuklukları, motor anomaliler, bilişsel bozulmalar, kısıtlı duygusal dışa vurum ve iletişimde güçlükleri kapsayan duygu ve belirti kümesi ile kendini göstermektedir (Stuart, 2013; Yüksel, 2014).

2.1.1. Şizofreni Epidemiyolojisi

DSÖ tarafından en çok küresel yük oluşturan 10 hastalıktan biri olarak belirlenen şizofreni, bütün toplumlarda ve sosyoekonomik düzeylerde görülebilen bir ruhsal bozukluktur. Şizofreninin yaşam boyu sıklığı %1 ile %1.4 arasında olduğu bildirilmektedir. Nokta yaygınlığı yani herhangi bir zamanda şizofrenisi olan kişilerin genel toplumda ki oranı ise %0.21-0.7 arasında bildirilmektedir (WHO, 2018).

Yaşam boyu yaygınlığının ırklara göre farklılık göstermese de; bölgesel, cinsiyet veya yaşa göre farklılıklar gösterdiği belirlenen şizofreninin yaygınlığı için yapılan çalışmaların ortancası, binde 4 olarak verilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre Avrupa ve Asya'da şizofreninin sıklığı %0,85'tir (WHO, 2018). Hastalığın ortalama başlama yaşı 15 ile 40 yaş arasında değişmekle birlikte hastaların %90'ı 15-25 yaş grubundadır. 15 yaş üstü nüfus için sıklık %0,3- 1,20 arasındadır (Charlson et al., 2019; Mellsop, 2019).

Şizofreni sıklığı erkek ve kadınlar arasında farklılık gösterir ve erkek/kadın oranı 1/4 olarak bildirilmiştir (Öztürk, 2016). Şizofreni erkeklerde 25-35 yaş arasında en yüksek düzeyde görülürken, kadınlarda 40 yaşından sonra görülme sıklığı artar. Kadınlarda 55-64 yaşlarında ikinci bir yükselme daha görülmektedir. Hastalık belirtileri erkek hastaların %61,6'sında, kadın hastaların %47'sinde, 25 yaşından önce ortaya çıkar ve erkek hastaların yarısından çoğu, kadın hastaların ise üçte biri 25 yaşından önce, en az 1 kere psikiyatri kliniğine yatırılmış olmaktadır. Görülme sıklığı farkları dışında erkeklerde negatif belirtilerin daha fazla olduğu,

kadınlarda sosyal işlevlerin ve sonlanımlarının daha iyi olduğu düşünülmektedir (Karakuş ve ark., 2017; Mellsop et al., 2019; Summakoğlu ve Ertuğrul, 2018).

Farklı etkenlerden etkilenen ve farklı etkenlerle sonuçlanan şizofreni, sosyoekonomik düzeyi düşük olan gruplarda daha fazla görülür. Bu toplumlarda stres faktörleri daha fazladır ve de hastalanan kişilerin sosyoekonomik düzeylerin düşmesiyle de ilgili olabilmektedir (Karakuş ve ark., 2017; Mellsop et al., 2019). Şizofreni hastalarının kentleşmiş ve bozuk sosyal yapıya bölgelerde yaşadıkları, daha yüksek ekonomik düzeyde kişilerin yaşadığı bölgelerde şizofreninin daha az görüldüğü bilinmektedir. Bunun yanı sıra şehirde doğmanın ve büyümenin psikotik bozukluk ve psikotik bulgular açısından anlamlı bir çevresel risk etmeni olduğu, şehirde yetişen kişilerde şizofreni gelişme riskinin 2 ila 4 kat arttığı belirlenmiştir (Charlson et al., 2019; Souza et al., 2006). Sonlanım açısından bakıldığında ise az gelişmiş ülkelerde beklenti düzeylerinin düşük olması nedeniyle hastalar topluma daha kolay kaynaşır (Charlson et al., 2019; Souza et al., 2006).

Ani kültürel değişiklikleri olan göç toplumlarında hastalık daha sık görülmektedir. Göçmenlik şizofreni riskini 2-13 kat arttırmaktadır ve aile öyküsünden sonra şizofreni etiolojisindeki en önemli risk faktörlerindedir (Souza et al., 2006; Stuart, 2013).

Şizofreni, hastaların ve ailelerin sosyal yaşamını da büyük oranda olumsuz olarak etkilemektedir. Şizofreni hastaları arasında evli olmayanların evlilere oranı 2.6 ile 7.6 arasında bildirilmiştir (Davies et al., 2001; Owen, 2016; Summakoğlu ve Ertuğrul, 2018). Şizofreni hastaları arasında işsizlik oranı %80-90'lara ulaşmaktadır ve yine şizofreni hastalarının beklenen yaşam süreleri normal topluma göre 10-20 yıl daha kısadır (Owen et al., 2016; Karakuş ve ark., 2017).

2.1.2. Şizofreni Etiyolojisi

Şizofreninin bir çok etkenin bir araya gelmesiyle oluşan bir hastalık olduğu konusunda fikir birliğine varılmıştır, yine de kesin nedenleri ile ilgili çalışmalar günümüzde hala devam etmektedir. Bu bağlamda bir çok etmen ortaya konmuştur (Öztürk, 2016; Stuart, 2013).

2.1.2.1.Genetik Etkenler

Şizofreni genetik yatkınlıkla meydana gelen bir hastalıktır. Tek yumurta ikizlerinde şizofrenik bozuklukların birlikte görülme oranı %33-%50 arasında, çift yumurta ikizlerinde ise %0,28-%10 arasındadır. Her iki ebeveynde de şizofrenik bozukluk görülen bireylerin hastalığa yakalanma oranı %40 civarındadır. Evlat edinme çalışmalarında ise şizofrenisi olan hastaların çocuklarında, sağlıklı ailelerde yetişmiş olsalar bile, hastalanma oranı diğer popülasyona göre yüksek bulunmuştur (Öztürk, 2016; Stuart, 2013). Bu çalışmalar şizofreni etiyojisinde genetik yatkınlık düşüncesini güçlendirmiştir.

2.1.2.2.Çevresel Etkenler

Obstetrik komplikasyonlar, madde kullanımı, sosyoekonomik stresörler, olumsuz aile ve anne yaklaşımı ve kış doğumları gibi çevresel etmenlerin de şizofrenide rol aldığı düşünülmektedir. Düşük sosyoekonomik durum şizofreni oluşumuyla ilişkili bulunmuştur. Buna göre ya düşük sosyoekonomik durum gibi stresli yaşam olayları hastalığı tetiklemektedir ya da hastalık işlevselliği bozarak düşük sosyoekonomik duruma yol açmaktadır. Şizofreni genellikle kış sonu ve ilkbahar başında doğanlarda daha sık görülmüştür. Bu durumun enfeksiyonların bu dönemlerde sık görülmesine bağlı olarak geliştiği düşünülmektedir (Karakuş ve ark., 2017; Towsend, 2017).

2.1.2.3. Stres Yatkınlık Modeli

Stres yatkınlık modeli, psiko-sosyal etkenler, çevresel etkenler ve biyolojik etkenlerin birbirleriyle etkileşimine dayanmaktadır. Şizofreni hastalığı olan kişilerde kortizol düzeyleri sağlıklı kişilere göre gün boyu yüksek seyretmekte ve kortizol düzeyi yüksekliği hipotalamo pitüiter aks (HPA) yoluyla dopamin düzeyini de etkilemektedir. Sağlıksız yüksek duygu dışı vurumu; aile bireyleri arasındaki ilişkiler, aile bireylerinin kişilik özellikleri gibi etkenlerdeki olumsuzluklarla ilişkili olan yüksek duygu dışı vurumunun şizofrenide bir sebep değil, olası nöksler açısından risk etkeni olabileceği düşünülmektedir (Towsend, 2017)

2.1.2.4.Nörogelişim Hipotezi

Bu görüşe göre, şizofreninin etiolojisinde, intrauterin ve perinatal dönemde beyin gelişiminde meydana gelen yapısal ve fonksiyonel değişiklikler rol almaktadır. Klinik belirtiler ortaya çıkmadan veya ilk ataktan önce, çeşitli genetik ve çevresel etkenlere bağlı olarak nörogelişimsel süreçte anormallikler meydana gelmektedir (Sadock ve Kaplan, 2007). Nörogelişim sürecinde; fetal yaşamın yaklaşık 15. gününde, embriyo yüzeyindeki ektodermal hücreler, nöral plak dokusunu yapmak üzere çoğalırlar. Sonrasında nöral tüp boğumlanarak prozonsefalon, mezensefalon ve rombonsefalonu oluştururlar ve bunlardan da talamus, subtalamus, epitalamus, ve hipotalamus gelişir. Hücre göçü ve sinaps oluşumu ile aksonal bağlantıların temel yapılanması başlamış olur. Göç sonrası hücreler hedeflerine vardıklarında, diğer nöronlar ile bağlantılarını sağlayacak uzantılar oluşturmaya başlarlar. Bu süreçte gelişebilecek herhangi bir sorun, bağlantılardaki başarısızlıkla sonuçlanır (Öztürk, 2016; Sadock ve Kaplan, 2007; Kochunov and Hong, 2014).

Şizofrenide hipokampus sıklıkla etkilenen bölgelerden biridir ve beyinde hipoksiye en duyarlı bölgedir, obstetrik komplikasyonlar ise bebekte hipoksi riskini arttırdığından şizofreni ile ilişkilendirilmiştir (Kochunov and Hong, 2014; Sadock ve Kaplan, 2007; Yavuz, 2008).

2.1.2.5.Biyokimyasal Yaklaşım

Şizofrenide biyokimyasal araştırmalar nörotransmitter aktiviteleri üzerine yoğunlaşmıştır. Biyokimyasal araştırmalarda ulaşılan bu nörotransmitterler; Dopamin, Serotonin, Noradrenalin, Glutamat ve GABA'dır (Kaplan ve Sadock, 2007; Kochunov and Hong, 2014).

Mezolimbik yolakta artmış dopamin aktivitesinin özellikle şizofreninin pozitif semptomlarının altında yatan neden olduğu düşünülmektedir. Pozitif semptomların tedavisinde etkin olan antipsikotiklerin dopamin antagonisti etkileri ve amfetamin, metilfenidat gibi dopamin aktivitesini arttıran maddelerin psikotik semptomlara yol açması bu hipotezi güçlendiren bulgulardır (Kaplan ve Sadock, 2007; Kochunov and Hong, 2014).

Mezolimfik yolakta D2 reseptör aktivitesinin artması şizofreninin pozitif semptomları ile ilişkilendirilirken, prefrontal kortekste D1 reseptör hipofonksiyonu ve azalmış dopamin aktivitesi ise şizofrenideki negatif ve kognitif semptomlarla ilişkilendirilmiştir (Stuart, 2013; Yüksel, 2014).

Dopamin dışında noradrenalinin diğer nörotransmitter sistemleri ile birlikte şizofrenide rol aldığı düşünölmektedir. EEG çalışmalarında, çoğunlukla paranoid belirtileri yüksek olan hastaların bir kısmında, beynin omurilik sıvısında noradrenalin düzeyi yüksek bulunmuştur (Yüksel, 2014). Yine şizofreni hastalarının serebrospinal sıvılarında ve postmortem beyin dokularında kynurenik asit miktarının arttığını da gözlemlenmiştir (Erdhart, 2009).

2.1.2.6.Beyin Görüntüleme Bulguları

Şizofreni, çeşitli nöral sistemlerin hücre-yapısal, biyokimyasal, veya elektrofizyolojik özelliklerindeki bozulmalara bağlı olarak; bazı beyin bölgelerinin ya da nöral döngülerin etkilenmesi ve fizyolojik bilgi işlem değişikliklerinin sonucunda ortaya çıkmaktadır (Kochunov and Hong, 2014; Yavuz, 2008)

Yapısal ve fonksiyonel görüntüleme yöntemleri, şizofren hastalarının, normal kontrollere kıyasla daha geniş ve artmış ventriköl hacmine, daha geniş sulkuslara sahip olduklarını göstermektedir. Bu sonuçlar şizofreni hastalarının göreceli olarak daha az beyin dokusuna sahip olduğunu düşündürmektedir ve bu durum üretim eksikliğinden veya doku kaybından kaynaklanıyor olabilmektedir (Kochunov and Hong, 2014; Townsend, 2017). Şizofreni hastalarında prefrontal ve temporal kortekslerde kortikal gri madde azalması; serebral beyaz cevher yolu değişimleri; amigdala, hipokampus, ve entorhinal korteks ile talamus gibi limbik sistem yapılarında hacim azalması ve bazal ganglion çekirdeklerinde hacim artışı olduğu saptanmıştır (Kochunov and Hong, 2014; Yavuz, 2008).

2.1.1.7.Psikanalitik Yaklaşım

Psikanalitik görüşe göre, şizofrenide temel güven duygusu ve ego gelişimi yetersiz kaldığından ileride ruhsal travmalarla karşılaşıldığında ego regresyona uğrar. Diğer bir yaklaşımda ise ikincil narsizmden bahsedilmektedir. Yani bu bireylerde,

sonradan gelişen nesne libidosu tekrardan benliğe geri çekilirken, hastanın dış dünya ile ilişkisi kesilir, içe kapanma ve otizm gelişir (Öztürk,2016; Stuart, 2013).

Çift çıkmaz kuramına göre, çocuk uzun yıllar aile içinde bireylerin birbirine verdiği çelişkili iletiler ile karşılaşmakta, bu iletilerden hangisine göre davranacağını bilememekte ve bir çıkmaza girmektedir. Tutarsız mesajlar alan çocuk anormal ve tutarsız anlayış ve davranış biçimi geliştirmekte ve öğrenmektedir (Öztürk, 2016).

2.1.3.Şizofreninin Tanı Ölçütleri

DSM V-R' ye göre şizofreni tanı kriterleri;

A. Aşağıdaki belirtilerden ikisi ya da daha fazlasının her biri, bir aylık (ya da tedavi edilmişse bir aydan kısa) bir sürenin önemli bir bölümünde bulunur. Bunlardan en az bir belirtinin (1), (2) ya da (3) olması gerekir.

1.Sanrı

2.Varsanı

3.Dezorganize konuşma

4.İleri derecede dezorganize davranış veya katatoni davranışı.

5.Negatif belirtiler (Duygusal küntlük, düşünce içeriğinde fakirleşme ve istenç yitimi).

B.Bozukluğun başlangıcından beri geçen zamanın önemli bir bölümünde iş, kişilerarası ilişkiler ya da özbakım gibi, bir ya da birden çok alanda işlevsellik düzeyinde azalma

C.Bozukluğun bulguları en az 6 ay sürer. Bu 6 aylık evre A tanı ölçütünü karşılayan, en az bir aylık (tedavi edilmişse daha kısa süreli) belirtileri kapsamalıdır ve prodromal ve rezidüel belirti evrelerini kapsayabilir.

D. Şizoaffektif bozukluk ya da psikoz özellikleri gösteren depresif bozukluk ya da bipolar bozukluk tanıları dahil edilmez.

E.Bozukluk bir maddeye (örn. ilaç veya madde kötüye kullanımı) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojisiyle ilgili faktörlerle ilişkili değildir.

F. Otizm ya da çocuklukta başlayan bir iletişim bozukluğu öyküsü varsa, diğer belirtilerin yanı sıra belirgin sanrı ya da varsanılar da en az bir aylık (tedavi edilmişse daha kısa süreli) süreyle mevcutsa ayrıca şizofreni tanısı konulur (Koroğlu, 2013).

2.1.4. Şizofrenide Tedavi

Biyopsikososyal yönden bozulmayla seyreden ve %80 oranında yaşam boyu devam eden bir seyir izleyen şizofreninin tedavisi, bozulan alanlara yönelik ilaç sağaltımı, somatik sağaltım yöntemleri, Elektrokonvülsif tedavi, tamamlayıcı ve psikososyal terapilerle yapılmaktadır. Farmakolojik tedavinin esas yapıtaşını oluşturan antipsikotikler, şizofreninin tedavisinde ve hastaların yaşam kalitesinde belirgin iyileşmeye yol açmakla birlikte, hastaların yaşam kalitelerine etki eden ve hastayı çok rahatsız edebilen birçok yan etki oluşturduğu da bilinmektedir (Kikuchi et al., 2012; Peluso et al., 2013).

Şizofreni tedavisinde tek yaklaşım yerine birden fazla yaklaşımın daha etkili olduğu düşünülmektedir. Bu tedavilerde genel amaç öncelikle belirtileri gidermek ardından hastalığı tamamen tedavi etmektir. Şizofreni tedavisinde genel olarak üç ana hedef üzerinde durulmaktadır. Bunlar ;

1-Şizofreni klinik belirtilerinden yakınan kişinin yaşadığı belirtileri azaltmak veya ortadan kaldırmak

2-Şizofrenik bireyin psikososyal işlevselliğini ve yaşam kalitesini maksimum düzeye çıkarmak

3-Bireyin kişisel yaşam hedefleri kazanmasına yardımcı olacak şekilde iyileşmesinin desteklenmesidir (Kikuchi et al., 2012; Peluso et al., 2013).

2.1.4.1. Elektrokonvülsif Tedavi

İlaç tedavisinin yanında, kafa derisinden elektrotlar yardımıyla elektrik akımı gönderilerek uygulanan tedavidir. EKT genellikle ilaç tedavisine dirençli ya da ilaç

tedavisini yan etkilerden ötürü bırakan hastalarda kullanılmaktadır (Kikuchi et al., 2012). Tedavi seçeneklerinden biri olarak kabul edilen EKT, farmakolojik tedaviye cevap vermeyen ağır depresyonların dışında, mani, afektif bozukluklarla seyreden şizofreni, katatoni, Parkinson hastalığı, nöroleptik malign sendromu (NMS) gibi bazı psikiyatrik hastalıkların tedavisinde etkin olarak kullanılmaktadır. Etki mekanizması hâlâ kesin olarak bilinmemekle birlikte temeli, dışarıdan verilen elektriksel uyarı yoluyla beyinde tipik grand mal epilepsi nöbeti oluşturulması esasına dayanan, yaygın kullanılan, psikiyatrideki ilk biyolojik sağaltım yöntemlerinden birisidir (Kikuchi et al., 2012; Sayar ve ark., 2014).

2.1.4.2. Psikososyal Tedaviler

Şizofreni klinik seyrinin yanı sıra, hastaların iletişimlerini, becerilerini, uyumlarını, davranışlarını da olumsuz etkilemektedir. Hastalara uygulanan ilaç tedavisi dışında hasta ve ailesinin beceri artırma, hastalığı anlama, başa çıkma gibi psikososyal tedavilerden de yararlanması gerekmektedir. Psikososyal tedaviler süreçte relapsı önleme, baş etme becerileri, daha iyi toplumsal ve mesleki işlevsellik, bağımsız işlev görme gibi alanlarda olumlu etkiler sağlayabilir (Öztürk, 2016; Stuart, 2013; Townsend, 2017)

Tedavi içeriğinde psikososyal beceri eğitimi, bilişsel davranışçı tedavi, grup tedavisi, aile tedavisi, rol oynama, model alma, sosyal pekiştirme, stresle baş etme becerilerini artırma gibi yöntemleri kullanan psikososyal yaklaşımlar; aile psikoeğitimi, bireysel psikoterapi, grup psikoterapisi, destekleyici tedavi, ortam tedavisi gibi yöntemleri kapsamaktadır (Davison et al., 2004; Townsend, 2017).

Psikososyal tedavilerin amaçları şu şekilde sıralanabilir:

- Şizofreninin belirtileri, prognozu, sonlanması ve ilaçların etkileri, yan etkileri hakkında eğitim vermek.
- Belirtilerin şiddetini ve birlikte görülme düzeyini azaltma, yaşanan belirtilerle baş etmeyi becerisini kazandırmak.

- Aile içi ve kişilerarası ilişkileri geliştirecek iletişim kurma ve sürdürme becerileri, sorun çözme becerileri, özgüven arttırma, atılgan olma, toplumsal faaliyetlere katılma gibi eğitimler vermek.
- Aşırı duygu dışavurumunu azaltmak için öfke yönetimi, stresle baş etme yöntemlerini öğretmek.
- Erken tanı ve tedavinin önemini benimsetmek.
- Relapsı önleme veya azaltmak.
- Toplumsal işlevselliği üst düzeye çıkarmak, toplumsal ve bireysel yeterliliği sağlamak.
- Gerçekçi hedefler oluşturma, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmeyi sağlamak.
- Hasta ve ailesinin yaşam kalitesini arttırmak
- Şizofreni hastalarında kalıcı olabilen negatif belirtilerin üstesinden gelebilmeyi sağlamak.
- Relapsların uyarıcı işaretlerinin tanınmasını ve başedilmesini sağlamak.
- Nüks ve yatış sayısını azaltıp, taburculuk süresini azaltmak.
- İçgörüyü arttırmak.
- Aileye eğitim vermenin yanı sıra, ailede oluşabilecek psikolojik sorunları önlemek, baş etmelerini güçlendirmek (Davison et al., 2004; Sadock ve Kaplan, 2007; Townsend, 2017).

2.1.4.3. Antipsikotik İlaç Tedavisi

Klorpromazinin 1952’de Delay ve Deniker tarafından antipsikotik özelliğinin keşfinden beri, AP’ler şizofreni ve diğer psikotik bozuklukların tedavisindeki etki mekanizmaları derinlemesine incelenen bir tedavi türü haline gelmiştir. Sonrasında

klozapinin keşfi ve klinik kullanımıyla birlikte “atipik” AP’ler de tedaviye katılmaya başlamıştır (Öztürk, 2016; Leweke, 2018). Tipik AP’lere göre düşük ekstrapiramidal sistem (EPS) yan etki riski taşımaları nedeniyle “atipik” olarak adlandırılan “yeni” kuşak AP’ler, 1990 başlarından itibaren keşfedilen yeni formlarıyla şizofreni tedavisini güçlendirmiştir. Dopamin ve seratonin blokajı yaparak etkinlik gösteren antipsikotikler, Mezolimbik yolda blokaj yaparak pozitif belirtilere; Mezokortikal yolda blokaj yaparak ve seratonin blokajı yaparak negatif belirtilere etki ederler. Ayrıca, kolinerjik, alfa adrenerjik, histaminerjik ve serotonerjik reseptörleri de etkilerler (Kızılay, 2015; Leweke et al., 2018; Nunes et al., 2012; Uğur, 2008).

Farklı sınıflama formları olsa da özetle AP’ler,

I)Tipik/İlk Kuşak Antipsikotikler Dopamin reseptör antagonistleri

II) Atipik/Yeni Kuşak Antipsikotikler İkinci kuşak: Serotonin dopamin antagonistleri şeklinde sınıflandırılabilir (Erhardt, 2009; Öztürk, 2016).

a.)Tipik antipsikotikler

Tipik antipsikotikler şizofrenide özellikle pozitif belirtilerin tedavisinde etkin olan dopamin reseptör antagonistleridir. Etki düzenekleri birbirine benzeyen klasik antipsikotiklerin, beyinde orta beyin, limbik sistem ve temporo- frontal kortekste bulunan D2 dopaminerjik reseptörleri bloke ederek normalleştirici etkilerini gösterdikleridüşünülmektedir (Leweke et al., 2018). TAP’lar dopaminerjik iletimi azaltıcı etkileri nedeni ile dahaçok pozitif belirtiler üzerinde etkilidirler, negatif belirtilerde etkileri sınırlıdır. Etki mekanizmalarında tek başına dopamin kuramı klasik antipsikotiklerin etki mekanizmasını açıklamakta yetersiz olabilir. Bu mekanizmada serotonerjik, histaminerjik, adrenerjik, muskarinik, GABAerjik, glutamaterjik reseptörler gibi diğer nörotransmitter reseptörlerine de değişik derecelerde affiniteleri olduğu düşünülmektedir (Leweke et al., 2018; Malik et al., 2011).

b.)Atipik/Yeni Kuşak Antipsikotikler

TAP'lerden farklı olarak daha az yan etkiye yol açarlar ve negatif belirtiler üzerine etkileri daha fazladır. Bu sayede tedaviye dirençli hastalar, yan etkiler nedeni ile ulaşılamayan hastalar, tipik antipsikotiklere yanıt vermeyen hastalar için etkili bir alternatif olmuşlardır (Nunes et al., 2012; Uğur, 2008).

AAP'lerin TAP'ler gibi etkilerini açıklayan tek bir mekanizmadan bahsetmek güçtür,ancak tedavi edici etki için belirli düzeyde D2 reseptör antagonizması yine bu ilaçlar için de ilk koşuldur. Bu grup ilaçların serotonin (5-hidroksi triptamin/5-HT) üzerindeönemli etkileri olmakla birlikte, 5-HT2 reseptörlerine affiniteleri D2 reseptörlerine olanaffinitelerinden daha fazladır. Ayrıca atipik antipsikotiklerin mezolimbik seçicilik özelliği de göstermektedirler (Kikuchi et al., 2012; Uğur, 2008).

2.1.5.Antipsikotik İlaç Kullanımında Görülen Yan Etkiler

Antipsikotik ilaçlar, normalleştirici etkilerinin yanı sıra, hastanın biyolojik, psikolojik, cinsel ve sosyal işlevleri üzerine olumsuz etkiler oluşturabilen birçok yan etkiye neden olmaktadır. Yan etki oluştuğunda doz azaltılması, özgül ilaç kullanımı, farklı bir ilacın kullanılması gibi yöntemlerle mümkün olduğu kadar erken dönemde tedavi edilmesinin tedaviye uyumu artıracığına inanılmaktadır. Bu nedenle yan etkilerin saptanması ve baş edilmesi tedavi sürecinde oldukça önemli bir etkeni oluşturmaktadır (Mazilli et al., 2018; Nunes et al., 2012).

2.1.5.1.Nörolojik Yan Etkiler

Psikotrop ilaç kullanımının başlaması ile birlikte nörolojik komplikasyonların da builaçların kullanımı sırasında farklı zamanlarda ortaya çıktığı gözlenmiştir. Bu yan etkiler; ekstrapiramidal sendrom, Nöroleptik Malign Sendrom (NMS), perioral tremor, konvülsiyonlar, sedasyon gibi yan etkilerden oluşmaktadır (Lindstrom et al., 2001; Öztürk, 2016; Yüksel, 2014).

a.Ekstrapiramidal Sendrom (EPS)

Ekstrapiramidal Sendrom hastanın motor fonksiyonunu bozduğu kadar affektini de etkilemekte, bazen de psikotik semptomlara benzer semptomlar oluşturmaktadır. Bu yan etkiler, tedavinin ilk günlerinde ya da haftaları içinde ortaya çıkan “akut etkiler” ve uzun süre boyunca ilaçları aldıktan sonra ortaya çıkan “kronik etkiler” şekilde ayrılırlar. EPS etkilerinin az olması ya da hiç olmaması tedaviye uyumu arttırmakta ve uzun dönem kullanımda tardiv diskinezi riski azalmaktadır (etin, 2008; Malik et al., 2011; ztrk, 2016; Peluso et al., 2013).

Antiparkinson ilaçlar, antihistaminikler, betablokerler ve benzodiazepinler ile bu sıkıntı verici yan etki genellikle düzelir ya da azalır. Düzelme olmazsa başka bir nroleptiğe geçmek gerekebilir (etin, 2008; Malik et al., 2011; ztrk, 2016; Peluso et al., 2013).

Antipsikotiklerin EPS Yan Etkileri:

A) Akut ekstrapremidal sendromlar

1- Akatizi

2- Akut distoni

3- Parkinsonizm

4- Akinezi .

B) Kronik ekstrapiramidal sendromlar

1- Geç (Tardiv) diskinezi

2- Postural tremordur (Stuart, 2013; Townsend, 2017; Yüksel, 2014)

Akatizi: En sık görülen ve en rahatsız edici ekstrapiramidal yan etkidir. Hasta tarafından subjektif bir huzursuzluk hissi olarak tanımlanmaktadır. Akatizinin sözlük anlamı Yunanca’da“yerinde duramama”, “oturur durumda kalamama” dır. Klinik olarak subjektif ve objektif belirtiler olarak iki bileşenli bir sendrom olarak görülür.

Subjektif belirtiler; iç huzursuzluk, anksiyete, ayakları hareket ettirme isteği ve yürümede bozukluk; objektif belirtiler ise dışarıdan gözlenen sallanma, otururken bacak sallama, bacak bacak üstüne atıp-indirme, ayakta iken volta atma ya da yerinde sayma gibi yarı istemli kompleks motor hareketlerdir (Çetin, 2008; Öztürk, 2016).

Akut Distoni: İlk ortaya çıkan EPS yan etki olan akut distoni (24-48 saat), olağandışı duruş biçimi ile sonuçlanan, kısa ya da uzun süreli kas kasılmaları olarak tanımlanmaktadır. İstem dışı kasılmalar, alışılmadık postür, kasılmadan kaynaklanan ağrılar nedeniyle hastalar ıstıraplı ve sıkıntılı bir durum yaşarlar. Alt ekstremitelerde kaslarının tutulması durumunda hasta ayakta duramaz, gövde, sırt ve boyun kaslarının da kasılması ile yerde adeta bir tirbuşon görünümünü alır. Akut distoni her iki cinsten ve yaşta görülmesine karşın genç erkeklerde görülme oranı daha sıktır. Distoni tablosu ortaya çıkar çıkmaz, antiparkinson ilaçların IV veya IM uygulanması sonucu hastanın rahatladığı saptanmıştır. Çok şiddetli kasılma durumunda ilacın intravenöz yoldan çok dikkatli verilmesi ile hastanın katılığı birden yumuşayıp çözülmektedir (Malik et al., 2011; Kikuchi et al., 2012; Sadock ve Kaplan, 2007).

Parkinsonizm: Akut distonik ve diskinezik belirtilerinden daha az dramatik olan, en kolay anlaşılan yan etki parkinsonizm tablosudur. Parkinsonizm tablosunda temel belirtiler akatizi (hareketlilik), bradikenizi (hareketlerde yavaşlama), maske yüz, tremor (titreme), postür bozukluğu, disartri, hipofoni ve kas rijiditesidir (kas sertliği). Parkinsonizmi olan hastalar öne doğru eğik durumda ve giderek artan hızla, küçük küçük adımlarla yürürler. Tremorun daha az olması dışında diğer belirtiler idiyopatik Parkinson hastalığı ile benzerlik göstermektedir. Genellikle antipsikotik tedavinin ilk 5-30 günü sırasında ortaya çıkmaktadır (Öztürk, 2016; Yüksel, 2014).

Akinezi: Antipsikotiklerin oluşturduğu ekstrapiramidal işlev bozukluğudur. Hareketsizlik (küçük adımlarla yürüme, rijid postür, kol hareketinde azalma) anlamı taşır ve genellikle parkinsonizm hastalığının ilerlemiş olduğu dönemlerde ortaya çıkar. Bu durumdaki Parkinson hastaları uzun süre izlendiğinde, gözle görülür bir hareket yapma yeteneğini yitirdikleri görülür: göz kırpması, doğal yüz ifadesini oluşturan hareketler (mimikler), oturuşu düzeltmek gibi yardımcı hareketler

gözlenmez. Böyle hastalar sadece kıpırdamadan oturur ve sabit bir bakışla bakarlar (Towsend, 2017; Öztürk, 2016).

Postural Tremor: Tremor, saniyede birden fazla titreşimli ritmik hareketler olarak tanımlanmaktadır. Tipik olarak istirahat halinde ve relaksasyon anında azalır, anksiyete durumunda artış göstermektedir (Malik et al, 2011; Yüksel, 2014).

Geç (Tardiv) Diskinezi: Özellikle yüzde, dilde, çenede ortaya çıkan anormal, istemsiz, düzensiz hareketlerden oluşmaktadır. Baş, boyun, gövde ve alt ekstremitelerde de görülebilmektedir. Çiğneme, yalama, emme, şapırdanma, yanakları şişirme, dilde titremeler ve solucanvari oynamalar, göz kırpması, kol ve bacaklarda sallanmalar, dans benzeri hareketler, ritmik oynamalar ya da gövdeyi tutan geniş, sıçrayıcı, ani ve kaba hareketler ile karakterizedir. Antipsikotik tedavinin uzun süreli kullanımında, ilerleyen aylarda veya yıllarda ortaya çıkmaktadır (Kikuchi et al., 2012; Çetin, 2008).

Konvülsiyonlar (Epilepsi Riski): Özellikle güçlü nöroleptikler ve yeni kuşak antipsikotiklerin farklı dozlarda epilepsi eşiğini düşürebildikleri saptanmıştır (Sadock ve Kaplan, 2007; Stuart, 2013).

Sedasyon: AP alan hastalarda parkinsonizm etkilerine bağlı olmayan bir devinim yavaşlaması, istek ve enerji azlığı, miskinlik tembellik, uykuya eğilim görülebilmektedir. Bu sedasyon durumu genel olarak birkaç gün ya da hafta içinde azalarak kaybolmaktadır. Sıklıkla bir bitkinliğin eşlik ettiği sedasyon durumu, sağaltımın erken dönemlerinde faydalı olabilmektedir. Sedasyon durumunun ne kadarının hastalığın negatif belirtileri, ne kadarının nöroleptik yan etkisi olduğunu ayırt etmek güç olabilmektedir (Kikuchi et al., 2011; Lindstrom et al., 2001).

b. Malign Nöroleptik Sendrom (MNS)

Malign nöroleptik sendrom, nöroleptik ilaç (özellikle yüksek etki gücüne sahip antipsikotikler) kullanan hastaların bir kısmında (%0.1-2,5) görülen, çok sık rastlanmayan, ama tehlikeli ve ölümcül bir sendromdur. 41-42 C ye kadar yükselen ateş, ağır parkinsoniyen kas rijiditesi, karaciğer enzimlerinde yükselme, kanda kreatinin fosfokinaz düzeylerinde ve lökosit sayısında artış ile karakterize bir

durumdur. Genellikle bilinç değişikliği ortaya çıkar, hasta künt veya ajite olabilmektedir (Malik, 2011; Öztürk, 2016). Distoni ve rijidite durumu yürüme ve konuşmayı zorlaştıracak veya hemen fonksiyon kaybına yol açacak kadar ağır da olabilmektedir. Nabız sayısı yükselirken, diastolik hipertansiyon meydana gelmekle beraber tansiyon düşüklüğü de olabilmektedir. Plazma myoglobini ilerleyerek böbrek yetmezliğine neden olabilir. Aşırı terleme de oldukça sık görülür. Bu ağır yan etkiler kümesi akut başlayabilir, hemen tanısı konamayabilir ve tedaviye en kısa sürede başlanamazsa olguların % 5-20'si ölümlerle sonuçlanabilmektedir (Öztürk, 2016; Stuart, 2013).

2.1.5.2. Antikolinergik Yan Etkiler

Antipsikotikler, muskarinik estilkolin reseptörlerini bloke ederken aynı zamanda merkezi periferik antikolinergik yan etkilere sebep olmaktadır. Antipsikotik ilaçlar antikolinergik etkili diğer ilaçlarla (antiparkinsoniyel ve trisiklik ilaçlar gibi) kullanıldıklarında deliryum tablosu veya bağırsak stazı (ileus) meydana gelebilmektedir. Etki hafif düzeyde kaldığında ise genelde konstipasyon gelişmektedir (Stuart, 2013; Towsend, 2017).

Antipsikotik ilaçların antikolinergik yan etkileri geniş bir yelpazede görülebilmektedir: ağız, boğaz kuruluğu, midriazisten dolayı bulanık görme ve idrar retansiyonu, kabızlık, ejakülasyon gecikmesi ya da olmaması, sertleşme (ereksiyon) güçlüğü, retrograd ejakülasyon, empotans, dar açılı glom, beden ısısı düzenlenmesinde bozukluk (Çetin, 2008; Yüksel, 2014).

2.1.5.3. Kardiyovasküler Sistem Yan Etkileri

Antipsikotik ilaçların kardiyovasküler sistem üzerine gecikmiş ventriküler repolarizasyon (uzamış QT aralığı) ve aritmi oluşumu, ileti bozuklukları, sol ventrikül işlev bozukluğu, sinüs nodu anormallikleri, reseptör blokajı, miyokardit, kardiyomiyopati ve postural hipotansiyon gibi etkileri olabilmektedir. Bu etkilerin en önemlilerinden biri olan gecikmiş ventriküler repolarizasyon ve bunun elektrokardiyogramdaki izdüflümü olan QT aralığının belirgin olarak uzaması,

ventriküler taşiaritmi ve böylece ani kardiyak ölüm riskini artırabilmektedir (Çetin, 2008; Öztürk, 2016).

2.1.5.4. Oküler Yan Etkiler

Uzun süreli ve düşük etki gücüne sahip antipsikotiklerin kullanımı sonucu epitelyal keratopati, lentiküler pigmantasyon, korneal ve lens lezyonları, retinitis pigmentosa (pigmenter retinopati), korneada beyaz-sarı-kahverengi granüller toplanması görülebilmektedir. Bu durumda görsel keskinlikte azalma (ilaç kesilince bazen geri döner) ve körlük ortaya çıkabilmektedir. Lentiküler pigmantasyon da uzun süreli nöroleptik kullanımı ile ilişkilidir ve genellikle görme bozulmaz; ilaç kesilince geriye dönmektedir. Çoğunlukla nöroleptiklerin yol açtığı deri pigmentasyonu ya da fotosensitivite reaksiyonları olan hastalarda görülmektedir (Çetin, 2008; Yüksel, 2014).

2.1.5.5. Metabolik ve Endokrin Yan Etkiler

a.Endokrin Etkiler: Antipsikotik ilaçlar, iştah değişiklikleri, kilo alma, sıvı tutulumu, göğüslerde büyüme ve dolgunluk, galaktore ve amenore, jinekomasti, hiperglisemi libidoda azalma ve erkeklerde ejakülatuar yetersizlik ve kadınlarda ovulasyonda gecikmeye sebep olabilmektedir (Akan, 2015; Serretti and Chiesa, 2011).

Cinsel Yan Etkiler: Antipsikotik ilaçların santral sinir sistemi (SSS) hücre reseptörleri üzerine oldukça farklı etkileri vardır. Özellikle de doğrudan etkiyle kan prolaktin seviyesini artırarak endokrin bozukluklara sebep olabilmektedirler. Antipsikotiklerin neden olduğu cinsel işlev yan etkileri genellikle inhibitör doğada ve seksüel cevap döngüsünün tüm fazlarında bozukluğun ortaya çıkabilmesiyle karakterizedir (Just, 2015; Kuloğlu ve Ekinci, 2015). İlaç yan etkisine bağlı cinsel işlev bozukluğu mekanizması tam olarak bilinmemekle beraber, ilk tahminler antipsikotiklerin dopamin reseptörlerini bloke edici etkisine dayanmaktadır (Hert et al., 2014; Montalvo et al., 2012; Serretti and Chiesa, 2011; Torre et al., 2013). Antipsikotikler; kolinerjik, serotonerjik ve adrenerjik sistem üzerindeki etkileri ve tuberoinfundibular yolakta D2 dopamin reseptörlerinin antipsikotiklerle blokajı, ve

prolaktin düzeyinde artışa yol açarak hiperprolaktinemiye sebep olmaktadır. Hiperprolaktinemi; antipsikotik sağaltımın en sık görülen yan etkilerinden biri olup, FSH (Folikül uyarıcı hormon) ve LH (Luteinleştirici hormon) salınımını inhibe ederek galaktore, amenore, libidoda azalma, orgazm olamama, ereksiyonu sürdürmemeye, cinsel işlevlerde değişime yol açabilmektedir (Abadal et al., 2016; Hert et al., 2014; Namlı ve ark., 2016; Just, 2015; Torre ve ark., 2013).

b.Kilo Artışı ve Diyabet : Antipsikotik ilaç alan tüm hastaların yaklaşık %50'sinde klinik olarak belirgin kilo alımı ortaya çıkmaktadır. Bunun iştah artmasına mı yoksa, aktivite azalmasına mı bağlı olduğu kesin olarak saptanmasa da, hipotalamik etki ile iştah ve kilo artmasına neden olabilmektedirler. (Stuart, 2013). Kan glikozunun merkezi düzenlenmesi hipotalamus ile kontrol edilir ve bazı antipsikotikler tarafından hipotalamik dopamin antagonizması, kan glikoz seviyelerinin düzenlenmesinde diyabet gibi bozukluklara öncülük edebilmektedir (Stuart, 2013; Saka ve ark., 2005).

c. Isı Regülasyonu: Antipsikotik kullanan hastalarda hipotalamik kontrol bölgesinin inhibisyonuna bağlı olarak vücut ısısı ve nem değişikliklerine olan tepki gösterme yetisinde bozukluklar ortaya çıkabilmektedir. Hasta hipotermik veya hipertermik olabilmektedir (Stuart, 2013).

2.1.5.6. Dermatolojik Yan Etkiler

Tüm ilaçların kullanımında olduğu gibi antipsikotik ilaçların kullanımı sırasında da alerjik deri döküntüleri ortaya çıkabilmektedir. Tedavinin ilk haftaları sırasında görülen deri ile ilgili reaksiyonlar, ürtiker, makulopapular, peteşiel ve ödematöz reaksiyonlarını içermektedir. Bu reaksiyonlar genellikle ilaç kullanımı kesildiğinde düzelirken, bazen ilaç kullanımı devam ettiğinde bile görülmemektedir. Düşük potensli dopamin reseptör antagonistlerini (özellikle klorpromozin) alan hastalar, ciddi güneş yanığı ya da döküntüden ibaret olan ışığa duyarlılık reaksiyonları (fotosensitivite) geliştirebilmektedir. Bu hastalara güneş kremi kullanmaları ve yazın fazla güneşte kalmamaları önerilebilir (Çetin, 2008; Stuart, 2013; Yüksel, 2014).

2.1.5.7. Diğer Yan Etkiler

a. Hematolojik Yan Etkiler: Düşük etki gücüne sahip antipsikotikler alınırken geçici lökopeni ve çok nadir olarak agranülositoz görülmüştür. Bu grup antipsikotik ilaçların kemik iliğinin bazı elementlerine hafif toksik etkisi de olabilmektedir (Çetin, 2008; Öztürk, 2016).

b. Hepatik Yan Etkiler: Genellikle ilaca başlandıktan sonraki ilk aylarda seyrek olarak kolestatik ve obstrüktif türden ikteri veya prodromal belirtiler gösterebilmektedir. Prodromal belirtiler ateş, titreme, bulantı, epigastrik veya sağ kadranda abdominal ağrı, yorgunluk ve döküntüyü kapsamaktadır. İlaç kesildikten sonra belirtiler 2-8 hafta içinde tamamen düzelebilmektedir (Çetin, 2008; Öztürk, 2016).

2.2. Tedaviye Uyum ve Uyumsuzluk

Tedaviye uyum kavramı, kişinin davranışlarının tıbbi önerilerle (tedavi rejimine uymak vb.) tutarlı olması, hastanın sağlıkla ilgili önerileri kabul etmesi, bunlara uyma şeklinde tanımlanmaktadır. Bu doğrultuda "uyumsuzluk" kavramı ise, tedavi programına başlamama, tedavinin erken sonlandırılması, tedavi reçetelerini de kapsayacak şekilde yönergelere uymama olarak belirtilmektedir. Tedaviye uyumda hastanın verilen ilaçları eksiksiz, zamanında ve önerilen biçimde kullanması veya iyileştiğini varsayarak ilaçlarını önerilen zamandan önce bırakmaması, yapması ve yapmaması önerilen davranışlara uygun davranması beklenir (Gray et al., 2010; Tellis, 2008). Tedaviye uyumsuzluk, reçete edilen ilaçları kullanmamak ya da düzensiz kullanmak, randevuları kaçırmak, takiplere devam etmemek ve buna benzer diğer davranışlarda bulunmak şeklinde birçok boyutta karşımıza çıkmaktadır. Hastalıklarda tedavinin etkili olabilmesi ve hastalık sürecinin olumlu yönde ilerlemesi hastaların uygulanan tedaviye uyumlu ve bağlı olmaları ile doğrudan ilişkilidir (Çobanoğlu ve ark., 2003; Nose et al., 2003; Tellis 2008).

Psikiyatrik bozukluğu olan hastaların ortalama üçte ikisi tedavinin bir döneminde ilaç tedavisini bırakmaktadır ve bu durum hastalık kronikleştikçe artmaktadır. Özellikle tedavinin ilk 6 ayından sonra tedaviyi bırakma isteği

artmaktadır (Demirkol ve Tamam., 2016; Nose et al., 2003). Bu süreçte meydana gelen tedaviyi bırakma davranışı ise sıklıkla yeni bir alevlenme, yineleme ya da hastaneye yatışla sonlanmaktadır. Bu durum da hasta aile ve toplum açısından olumsuz sonuçlar doğurmakta, yüksek maliyete ve tekrarlı ataklara ve yeniden yatışların artmasına neden olmaktadır. Bu yönüyle ilaç uyumsuzluğu, psikiyatrik hastalıkların tedavisinin önündeki en önemli engeli oluşturmaktadır (Peluso et al., 2013; Ünal ve ark., 2006; Demirkol ve Tamam., 2016; Tellis 2008).

2.2.1.Tedaviye Uyumsuzluk Nedenleri

Terapotik girişimlerde tedaviye uyumsuzluk kavramının üzerinde durulması, nedenlerinin saptanıp engellenmesi, tedavinin sürdürülmesi ve başarıya ulaşma düzeyini arttıracaktır. Psikotik bozukluğu olan bireylerde tedaviye uyumsuzluğa yol açan nedenler ile ilgili çalışmalar incelendiğinde aşağıda belirtilen nedenler dikkati çekmektedir (Compton et al., 2005; Demirkol ve Tamam., 2016; Nose et al., 2003; Olfson et al., 2006).

- Hastaya ve hastalığa ait faktörler (yaş, eğitim, gelir/sosyal güvence durumu, toplumsal sınıf, cinsiyet, düşük sosyoekonomik düzey, kültür ve inançlar, iç görü eksikliği)
- Hastalık belirtileri (psikoz durumuna bağlı gelişen bilişsel defektler, pozitif/negatif semptomlar sonucu tedavi rejimini anlama kapasitesinde azalma/kayıplar, oryantasyon güçlüğü, motivasyon eksikliği, gerçek dışı düşüncelere (hezeyanlar) bağlı tedaviden zarar göreceği algılamaları, grandiyözite, hostilite vb.) (Compton et al., 2005; Dilbaz ve ark., 2006; Nose et al., 2003; Peluso et al., 2013; Ünal ve ark., 2006).
- Komorbid madde kullanım bozukluğunun olması
- Aile/hastanın hastalık ve tedaviye karşı tutumları, sosyal destek sistemleri olmayışı
- Tedaviye özgü faktörler (tedavi rejiminin kompleks oluşu, maliyet, önceki tedavi başarısızlıkları öyküsü, tedavinin erken döneminde olma, tedavinin

uzaması, Anlaşılması güç tedavi planı, birçok ilaç formunun birlikte kullanımı, ilacın bölünerek kullanımı, günlük değişen dozlarda kullanımı İlacın terapötik etkisinin ortaya çıkış süresinin geç olması İlacı kestikten sonra olumsuz etkilerin ortaya hemen çıkmaması ilaç yan etkisi (Compton et al., 2005; Olfson et al., 2006; Dilbaz, 2006; Peluso et al., 2013; Tel ve ark., 2010; Ünal ve ark., 2006)

- Klinik faktörler (klinisyen (doktor/hemşire)- hasta ilişkisi-terapötik bağın zayıf olması, klinisyenin hastalığı ve prognozunu algılayışı, tedavi sürecini izleme durumu
- Sağlık sisteminin karmaşıklığı veya karmaşık bulunması, sağlık merkezine ulaşımın zor olması (Compton et al., 2005; Olfson et al., 2006; Dilbaz, 2006; Peluso et al., 2013; Tel ve ark., 2010; Ünal ve ark., 2006).

2.2.2.Tedaviye Uyumsuzluğun Sonuçları

Şizofreni hastalarında büyük bir sorun olmaya devam eden tedaviye uyumsuzluğun sonuçları şu şekilde özetlenebilir:

- İyileşmeyen ve kötüleşerek süregiden psikotik semptomlar
- Kendine ve başkalarına karşı artmış şiddet, yıkıcı davranış kullanımı
- Kötüleşen hastalık prognozu
- Artmış, tekrarlı hastaneye yatış sayısı ve süresi
- Yinelenmesi artan intihar sıklığı
- Mesleki ve ailesel ve sosyal sorunlar
- Düşük yaşam kalitesi ve sosyoekonomik durum
- Bireysel ve toplumsal düzeyde artmış tedavi maliyeti
- İşlevsellikte azalma ve bozulma

- İş gücü kaybı ve işsizlik
- Aileye, topluma ekonomik ve sosyal yük
- Sağlık kurumları için zaman ve enerji ve maliyet kaybı olarak nitelendirilebilir (Çakır ve ark., 2010; Çobanoğlu ve ark., 2003; Demirkol ve Tamam., 2016; Dilbaz ve ark., 2006; Tel ve ark., 2010; Compton et al., 2005; Olfson et al., 2006).

2.3.Cinsellik

2.3.1.Cinsellik ve Cinsellik ile İlgili Kavramlar

Cinsellik; santral sinir sistemi, endokrin ve vasküler sistemler arasındaki kompleks etkileşimleri içeren, cinsel heyecan, ilişki ve memnuniyete neden olan bir aktivitedir. Cinsellik, bir kişinin diğerine çekici gelmesini de içerecek şekilde, cinsel haz alma ve üremeye ilgili bütün düşünce, duygu ve davranışları kapsar. İnsan yaşamının en önemli parçalarından biri olan cinsellik, biyopsikososyal bir olay ve yaşamın ölüme karşı çıkış şekli olarak da tanımlanabilmektedir ve ilişkilerin derinleşmesi, kendini kanıtlama ve canlı hissetme ile birlikte hayatın kalitesini artırmaktadır (Doğu ve ark., 2011; Serretti and Chiesa, 2011; Laurent and Simons, 2009).

Cinselliğin yalnızca neslin devamı için yapılan biyolojik bir işlev olmadığı, bireyler arası duyguların iletişimine yarayan, zevk veren, başta merkezi ve periferik sinir sistemi, endokrin sistem, beş duyu ve genital organlar olmak üzere tüm bedenin katıldığı, nörokimyasal, nörofizyolojik ve psikolojik süreçlerin karşılıklı etkileşimi ile yürütülen kompleks bir davranış paterni olduğu ortaya konulmuştur. Sağlıklı ve doyumlu bir cinsel yaşam bu süreçlerin tümünün tam olarak işlev görmesiyle mümkündür (Doğu ve ark., 2011; Serretti and Chiesa, 2011; Laurent and Simons, 2009).

Cinsel döngü cinsel istek, uyarılma, orgazm, çözülme evreleri şeklinde ele alınmaktadır (AFUD, 2001). Cinsel işlev, çeşitli psikolojik ve fizyolojik faktörlerden etkilenen karmaşık bir insan davranışdır.Cinsel yanıt döngüsünün herhangi bir basamağında ki bozukluk, çeşitli patofizyolojik ve psikolojik mekanizmaların bir

sonucu olarak ortaya çıkmaktadır ve cinsel disfonksiyona neden olmaktadır (Doğan 2011; Mazza et al., 2011). Cinsel disfonksiyon Amerikan Psikiyatri Birliği'nin DSM-5 tanı kılavuzuna göre; en az 6 ay süreli olarak cinsel ilişkilerin tümünde veya neredeyse tümünde cinsel etkinlik sonuçlanana kadar sertleşmeyi sağlayamama ve sürdürememe veya yetersiz sertleşmenin olması; bu bozukluğun belirgin bir sıkıntıya ya da kişilerarası ilişkilerde zorluklara neden olması şeklinde tanımlanmıştır (APA, 2013). Cinsel işlev bozuklukları, psikiyatri hastalarında düşük yaşam kalitesine ve ilaç uyumsuzluğuna neden olan ve sık karşılaşılan bir sorundur. Psikiyatri hastalarında en sık görülen cinsel işlev bozuklukları; erkek hastalarda cinsel isteksizlik, ereksiyon ve orgazm problemleri, kadın hastalarda azalmış cinsel istek ve problemleridir (Dell'osso et al., 2009; Doğan 2011; Doğu ve ark., 2012; Mazza et al., 2011; Yelboğa ve Korgalı, 2015).

2.3.2. Cinsel İşlevlerin Fizyolojisi

Cinsel yanıt döngüsü Uyarılma evresi, Plato evresi, Orgazm evresi, Çözülme Evresi'nden meydana gelmektedir (Laurent and Simons, 2009; Serretti and Chiesa, 2011).

Cinsel terapilerin en önemli kurucularından biri olan Helen Singer Kaplan, 1974 yılında yayımladığı "The New Sex Therapy" isimli kitabında şöyle demiştir: "Cinsel yanıt, gerçekte tek ve bağımsız bir bütün olmaktan çok, birbirlerinden görece bağımsız iki ayrı bölümden oluşmaktadır. Bunlar:

- 1) Erkeklerde ereksiyonu, kadında ise vajinal lubrikasyonu ve kabarmayı sağlayan genital vazokonjeksiyon yanıtı,
- 2) Orgazmı sağlayan refleks klonik kas kontraksiyonları"

İlk bölüm uyarılma ve plato evrelerini içermekte ve parasempatik sistem tarafından innerve edilmekte, ikinci bölüm ise orgazm evresini içermekte ve sempatik sistem tarafından innerve edilmektedir (Laurent and Simons, 2009; Serretti and Chiesa, 2011).

2.3.3.Cinsel Yanıt Döngüsü

İstek evresi; uyarılma öncesi dönemde, cinsel fanteziler ve cinsel aktiviteye karşı duyulan arzu ya da cinsel işlev için gerekli motivasyon ve eğilim şeklinde

tanımlanmaktadır. Cinsel isteğin varlığı; biyolojik dürtü, yeterli kendilik saygısı, cinsellikle ilgili daha önceki olumlu deneyimler, uygun bir cinsel eşin varlığı, cinsel olmayan alanlarda da cinsel eşle iyi bir ilişkinin olması gibi etkenlere bağlıdır. Diğer evrelerden farklı olarak doğrudan fiziksel uyarılmaya ihtiyaç duymayan, psikolojik durum, geçmiş cinsel yaşantılar, sosyal ve kültürel etkenler tarafından etkilenmektedir ve diğer evreleri doğrudan ya da dolaylı olarak etkileyebilmektedir (Akarsu ve Kızılkaya., 2016; Atkaya, 2016; İncesu, 2004).

Uyarılma evresi; uyarılmaya hazır ya da açık olunması durumunda, psikolojik uyarın (fantezi ya da aşk nesnesinin varlığı), fizyolojik uyarın (okşama ya da öpme) veya her ikisiyle başlayan tetiklenmedir. Uyarılma evresi, santral sinir sistemi ile periferik sinir sisteminin birlikte çalışması ile gerçekleşmektedir. Hipotalamus ve limbik sistem olmak üzere santral bölgeler harekete geçerek cinsel yanıtı başlatmaktadır (Uyarılmanın merkezi ya da öznel aşaması). Uyarılmanın kadında nesnel belirtisi lubrikasyon ve cinsel organda kabarma, erkekte ise ereksiyondur (Akarsu ve Kızılkaya., 2016; Atkaya, 2016; Doğu ve ark., 2012; İncesu, 2004).

Orgazm evresi; cinsel gerilimin rahatlamasıyla ve perineal kaslar ile pelvik üreme organlarının ritmik kasılmalarıyla cinsel hazzın doruğa çıktığı evre olarak tanımlanmaktadır . Hafif bir bilinç bulanıklığının da gözlenebildiği orgazm evresi, öznel olarak pelviste duyumsanır ama esasen tüm bedenın yanıtıdır. Kadında orgazm sırasında uterusu, fundustan serviksine doğru inen güçlü ve devamlı kasılmalar ile vajinanın dış 1/3'lük kısmındaki kaslarında ritmik kasılmalar meydana gelir ve bu kasılmaların şiddeti sayısı kişiden kişiye değişmektedir. Başlangıçta çok güçlü ve kısa aralıklarla olan bu kasılmaların gittikçe şiddeti azalır ve aralık süresi uzayarak devam eder ve erkekte bu evrede ejakülasyon gerçekleşir. (Akarsu ve Kızılkaya., 2016; Atkaya, 2016; Doğu ve ark., 2012; İncesu, 2004).

Çözülme evresi; orgazm evresini ya da orgazmın gerçekleşmediği durumlarda plato evresini takiben tüm bedende önceki evrelerde oluşmuş olan fizyolojik değişikliklerin dakikalar içinde aynı sırayı takip ederek uyarı öncesi istirahat durumuna döndüğü gevşeme dönemi olarak tanımlanmaktadır. Çözülme evresinin süresi cinsiyete, orgazmın yaşanıp yaşanmadığına ya da hangi yoğunlukta

yaşandığına, cinsel uyarının sürüp sürmediğine göre değişmektedir . Eğer orgazm gerçekleştiyse çözülme hızlıdır; eğer gerçekleşmediyse saatler sürebilmektedir ve irritabilite de evreye eşlik edebilmektedir (Akarsu ve Kızılkaya., 2016; Atkaya, 2016; Doğu ve ark., 2012; İncesu, 2004).

2.3.4.Cinsel Yaşamı Etkileyen Faktörler

Cinsel işlev sorunlarının organik, psikolojik ve sosyal nedenleri bulunmaktadır. Genelde bozukluğun ortaya çıkmasında psikolojik ve organik nedenler birlikte rol almaktadır. Psikososyal ve kültürel etkenler, bireyin yaşı, genel sağlık durumu, öğrenim düzeyi, ekonomik durum, bedensel hastalıklar, kullanılan ilaç tedavileri, performans anksiyetesi, gebelik ve laktasyon, menopoz, yaşlılık, genetik yapı, hormonal dengesi, cinsel yaşamı etkilemektedirler (Doğu ve ark., 2012; İncesu, 2004; Pehlivan, 2006). Bunlarla birlikte eşte cinsel işlev bozukluğu, eş kaybı, eş sadakatsizliği, kişide ya da eşte psikiyatrik hastalıklar, psikoseksüel gelişimi, geçmiş cinsel deneyimleri, cinsel tacize maruz kalma, toplumsal değer yargıları, cinsiyete özgü rol ve beklentileri, cinsel inanışları, kullanılan ilaçlar cinsel işlev sorunlarına neden olan durumlar olarak tanımlanabilmektedir (Çayan ve ark., 2004; Doğu ve ark., 2012; İncesu, 2004; Namlı ve ark., 2016; Pehlivan, 2006).

Cinsel işlevi etkileyen ilaçlar antihipertansifler, psikotropikler, antidepresanlar, lipid düşürücü ajanlar, antiülseratif ilaçlar, antihistaminikler, antikolinerjikler, kemoterapik ajanlar, merkezi sinir sistemine etkili ilaçlar, antikonvülsanlar, antiöstrojenler (tamoxifen), antiandrojenler (spironolactone), oral kontraseptifler, barbitüratlar, narkotikler, sedatifler olarak saptanmıştır (Doğu ve ark., 2012; Hert et al., 2014; Namlı ve ark., 2016; Park et al., 2012; Yelboğa ve Korgalı, 2015) .

Antipsikotik ilaçların santral sinir sistemi (SSS) hücre reseptörleri üzerinde çok sayıda farklı etkileri vardır. Özellikle de prolaktin artırarak endokrin bozukluklara sebep olmaktadır. Antipsikotiklerin neden olduğu cinsel işlev yan etkileri genellikle inhibitör doğada ve seksüel cevap döngüsünün tüm fazlarının etkilenmesine bağlıdır. Antipsikotiklerin yan etkileri ve ruhsal hastalıklar nedeniyle etkilenen yaşam kalitesi de cinsel işlev bozukluğundan sorumlu etkenler olarak belirlenmiştir (Kuloğlu ve Ekinci, 2015; Hert et al., 2014; Yelboğa ve Korgalı, 2015)

2.3.5.Cinsel İşlev Bozuklukları

Cinsel işlev bozukluğu, cinsel yanıt döngüsünü oluşturan evrelerden bir veya birkaçında, anatomik, fizyolojik veya psikolojik nedenlerle kişisel haz ve zevki engelleyerek kişiler arası güçlükler ve strese neden olacak düzeyde bozulma olması ya da kişinin nesnel performansında düşüş olarak tanımlanmaktadır (Atkaya, 2016; Doğu, 2012). Cinsel yanıt evrelerinde herhangi birinde oluşan bir aksama diğer evreleri de olumsuz yönde etkileyerek adeta zincirleme bir reaksiyon oluşturabilmektedir (Akarsu ve Kızılkaya., 2016; Atkaya, 2016; Doğu ve ark., 2012)

Farklı kültürlere ait cinsel işlev bozukluğu yaygınlığının incelendiği çalışmalara göre, cinsel işlev bozukluklarının yaşam boyu yaygınlığının %30-50 arasında değiştiğini, genel olarak kadınlarda daha sık ortaya çıktığını, en sık rastlanan cinsel işlev bozukluğunun kadınlarda cinsel istek azlığı, erkeklerde ise erken boşalma olduğunu, erkeklerde sertleşme bozuklukları ve cinsel istek azlığı ile kadınlarda orgazm bozuklukları ve cinsel ağrı bozukluklarının da sık rastlanan diğer bozukluklar olduğunu ortaya koymuştur (Akarsu ve Kızılkaya., 2016; Atkaya, 2016; Doğu ve ark., 2012; Hert et al., 2014; Namlı ve ark., 2016; Park et al., 2012) .

(DSM V- R)' ye göre cinsel işlev bozukluklarının sınıflandırılması :

- 1-Kadınlarda Cinsel İlgi/Uyarılma Bozukluğu
- 2-Erkeklerde Azalmış Cinsel İstek Bozukluğu
- 3-Sertleşme Bozukluğu
- 4-Kadınlarda Orgazm Bozukluğu
- 5-Erken Boşalma
- 6-Geç Boşalma
- 7-Genitopelvik Ağrı/İç Girme (Birleşme) Bozukluğu
- 8- Maddenin/İlacın Yol Açtığı Cinsel İşlev Bozuklukları
- 9- Tanımlanmış Diğer Bir Cinsel İşlev Bozukluğu
- 10-Tanımlanmamış Cinsel İşlev Bozukluğu (Köroğlu, 2013).

Bozukluklar tek başına ya da diğerleriyle birlikte görülebilmektedir. Her bir bozukluk cinsel işlevselliğin başlamasından bu yana (birincil) veya bir dönem olağan

cinsel işlevsellikten sonra (edinilmiş, ikincil) olarak da görülebilmektedir (Çayan ve ark., 2004; Hert et al., 2014; İncesu, 2004).

2.3.6.Şizofreni Hastalarında Cinsel Yaşam ve İlişkili Faktörler

Şizofrenide cinsel işlev bozuklukları günümüze kadar ihmal edilmiş olsa da oldukça yaygındır. Bu alanda yapılmış ilk çalışmalar hastalığın etiyojisinde cinselliği suçlarken, günümüzde şizofrenisi olan hastalarda ortaya çıkan nöroendokrinolojik farklılıklara ve kullanılan antipsikotik ilaçların cinsel işlevlere olumsuz etkilerine odaklanılmıştır. Eş zamanlı olarak antikolinergik ya da beta blokerlerin kullanımı cinsel işlev bozukluğunu daha da kötüleştirmektedir (Baggaley, 2008; Deanna and Robert, 2004). Diğer bir ifade ile şizofrenide cinsel işlev sorunları hastalığın hem doğası, hem de tedavisiyle alakalıdır. Şizofreni hastalarının genel olarak künt ve aseksüel olduklarına inanılsa da, araştırmalar, şizofrenili kadın ve erkeklerin cinselliğe karşı ilgili olduklarını, kendilerini normal olarak tanımladıklarını, fakat duygularını nasıl ifade edeceklerini bilemediklerini göstermektedir (Bella and Shamloul, 2013; Çakmak ve ark., 2010; Tümüklü ve ark., 2009). Erkek şizofreni hastalarının %45-80'inin ve kadın şizofreni hastalarının %30-80'inin cinsel işlev bozukluklarından etkilendiği bildirilmiştir (Baggaley, 2008; Doğu ve ark., 2012; Hert et al., 2014).

Şizofren hastalarda en çok görülen cinsel fonksiyon bozuklukları genel olarak libido eksikliği, iktidarsızlık/cinsel bozukluktur. Cinsel işlevin istek, uyarılma, orgazm evrelerinden biri veya daha fazlasında sorun yaşanabilmektedir. Hastalığın doğasında veya etkisinden kaynaklı olan bu durum, yaşam kalitesinin bozulması, ilaç uyumunun bozulması, altta yatan psikiyatrik bozukluğun kötüleşmesi, tedavi uyumsuzluğuna ve kalıcı cinsel işlev bozukluğuna sebep olabilmektedir (Baggaley, 2008; Compton et al., 2003; Doğu ve ark., 2012; Olfson et al., 2006; Tümüklü ve ark., 2009).

Psikotik hastaların bir kısmı düşünce bozukluğu, tecavüz, para, uyuşturucu madde ve kalacak yer karşılığında cinsel ilişkide bulunma gibi nedenlerden dolayı isteyerek veya istem dışı pek çok partnerlerle cinsel ilişkiye girebilmektedir. Bu da hastaları cinsel istismar, cinsel şiddet, veneryal hastalıklar ve AİDS açısından yüksek risk altındaki grubuna sokmaktadır Cinsel yolla bulaşan hastalıklarla ilgili bilgi düzeyleri daha düşüktür (Baggaley, 2008; Berkman et al., 2006). Şizofreni

hastalarının cinsel yolla bulaşan hastalıklar ile ilgili bilgilerinin yetersiz olduğu, korumasız cinsel ilişkiye girdikleri, sosyal yeti yitimine bağlı ilişkilerini sürdüremedikleri için tek gecelik veya geçici cinsel birliktelikler yaşadıkları, cinsel istismara daha fazla maruz kaldıkları saptanmıştır (Baggaley, 2008; Berkman et al., 2006; Döngel ve ark., 2017). Plansız, istenmeyen gebeliklerin ve düşük sıklığının arttığı, gebelikte daha fazla şiddete maruz kaldıkları ve dünyaya gelen çocukların bakımını üstlenemedikleri, gereksinimlerini karşılayamadıkları belirlenmiştir (Baggaley, 2008; Berkman et al., 2006; Döngel ve ark., 2017; Just et al., 2015; Bella and Shamloul, 2013; Pehlivan 2006).

2.4. Psikiyatri Hemşiresinin Tedavi Uyumunun Sağlanmasında Rolü

Ruh sağlığı ekibinde önemli bir yere sahip olan hemşirelerin tedaviye uyum konusunda oldukça önemli sorumlulukları vardır. Tedavi sürecinde hemşire, hastanın tedaviye uyumunu etkileyebilecek durumları belirleme, hastanın durumundaki değişimleri izleme, tedavi uyumsuzluğuna sebep olabilecek nedenleri saptama, hasta ve ailesinin ilaç yönetimini değerlendirme ve geliştirmeye yönelik eğitim ve danışmanlık yapma gibi önemli işlevlerde rol almaktadır (Çobanoğlu ve ark., 2003; Kikkert et al., 2006).

Tedaviye uyum sürecinde hemşirelik bakımının amacı semptomların kontrol altına alınması ve yan etkilerle baş etmede hastaya yardımcı olmaktır. Hastanın tedaviye uyumunu sağlamak için, hastalık belirtileri ile baş etme, hastalığı yönetme, hasta, aile ve bakım verici ekip arasında işbirliği sağlayarak tedavi programının düzenlenmesine yardım etme, tedaviyi izleme, hastanın klinikte kaldığı süre içerisinde hastalığı yönetme konusunda güçlendirme, tedaviye uyumsuz olan hastaları belirleyip, konuyla ilgili planlama yaparak hedeflenen uyum davranışını değerlendirme gibi uygulamalar hastanın tedaviye uyumunu arttıracaktır (Masand and Narasimhan, 2006; Mitchell ve Selmes, 2007; Yıldız ve Yüksel, 2006). Tüm bu uygulamalara rağmen daha önceki bölümlerde de ifade edildiği gibi tedaviye uyum şizofreni hastaları için önemli bir sorun olmaya devam etmektedir.

Hemşirelik sürecinin tüm aşamalarında olduğu gibi, tedaviyi yönetme aşamasında da Kuzey Amerikan Hemşirelik Tanımları Birliği'nin (NANDA) tanı sınıflama sistemi hemşirelere rehberlik edebilir. Hemşireler, 'Terapotik Rejimi

Etkisiz Yönetme' hemşirelik tanısını temel alarak bakımlarını sürdürebilirler. Bu aşamada hemşire tedavi rejimine yönelik veri toplamak, ilaçların etki ve yan etkilerini gözlemlemek, kaydetmek, veriler ışığında bakımı planlamak, uygulamak ve değerlendirmek, hasta ve aileyi eğitmek ve taburculuk sonrası ilacını kullanmaya devam etmesi konusunda terapotik işbirliğini sağlamaktan sorumludur (Çobanoğlu ve ark., 2003; Kikkert et al., 2006; Tel ve ark., 2010).

Hastaların tedavi uyumunu arttırmak için bazı stratejiler ele alınmaktadır. Bu stratejiler temel iletişimde, terapötik ilişki ve güveni sağlamak, hastanın kaygılarını belirlemek, hastanın tercihlerini de alınan kararlara dahil etmek ve tedavi seçeneklerini, tedavinin yarar ve olası tüm yan etkilerini hastaya anlatmak, tedavi saatini ve dozunu hastanın yaşamını en az etkileyecek biçimde ayarlamak, yan etkileri en düşük, etkililiği yüksek seviyede tutmak, tedavi sürecini takip etmek, hastaları ve aileleri ilaç tedavisinin pozitif yönlerine odaklamak, ilaçların hastalık semptomlarını hafifletme ve nüksü önleme konusundaki yararına ilişkin hastada olumlu algı geliştirmek, ilaç yan etkilerini de kapsayan ilaç eğitimleri vermek, tedavi sürecine aileyi de dahil ederek hastaların içgörülerini geliştirmek ve aile içinde sağlıklı bir ilişki kurmalarını sağlamak tedaviye uyumu geliştirmek yönünden önemlidir (Kikkert et al., 2006; Masand and Narasimhan, 2006; Mitchell ve Selmes, 2007).

Hasta ve ailenin tedavi süreci ile ilgili bilgi eksikliğini giderilip, tedavinin uzun süreceği ile ilgili bilgilerin verilmesi ve hasta ve ailesinin bu konudaki olumsuz duygu ve düşüncelerini ele alıp desteklemek, başetmelerini güçlendirmek ve uyumlarını arttırmak için psikoeğitim planlamak önemli görevlerdendir (Masand and Narasimhan, 2006; Mitchell ve Selmes, 2007; Tel ve ark; 2010).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, tanımlayıcı ve kesitsel özellikte bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Sivas İl Sağlık Müdürlüğü Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde, Sivas İl Sağlık Müdürlüğü Numune Hastanesi Psikiyatri Polikliniğinde, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniğinde ayaktan tedavi alan şizofreni hastalarıyla, kurumlarda belirlenmiş görüşme odalarında, 15.02.2019-15.04.2019 tarihlerinde yapılmıştır. Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde 5 hemşire, 1 psikolog, 1 fizyoterapist, 1 sosyal çalışmacı, 5 iş uğraş eğitmeni, 1 sekreter ve 5 yardımcı personel görev yapmaktadır. Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde 4 uğraş odası, 1 aletli jimnastik odası, 1 masa tenisi odası, 1 bilgisayar odası, 1 yemekhane ve beceri eğitimi mutfağı, 1 görüşme odası, 1 tedavi odası, 1 grup terapi odası ve hastaların gün boyu vakit geçirebilecekleri dinlenme alanı bulunmaktadır. Sivas Numune Hastanesi'nde 3 psikiyatrist ve 3 psikiyatri polikliniği bulunmaktadır. Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde günlük ortalama 50 hasta tedavi almaktadır. Poliklinlerde günlük ortalama 300 psikiyatri hastası muayene olmaktadır. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniğinde 1 Prof. Dr., 1 Doç. Dr., 1 Dr. Öğr. Üyesi, 10 Arş. Gör. görev yapmaktadır ve günlük ortalama 60 hasta muayene olmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Sivas İl Sağlık Müdürlüğü Toplum Ruh Sağlığı Merkezi, Sivas İl Sağlık Müdürlüğü Numune Hastanesi Psikiyatri Polikliniği ve Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine bir yılda başvuru yapılan 1055 şizofreni tanılı hasta kaydı oluşturmaktadır. Daha önce yapılmış çalışmalardan faydalanılarak power analizi yapılarak, ana kütlenin standart sapması 0,35 ve etki büyüklüğü de (effect size, difference) 0,15 olarak tahmin edilmiştir. Yapılan analize göre (%5 önem

seviyesinde) gücün $1-\beta=0,947996$ (%94) olabilmesi için örneklem büyüklüğü 70 hasta olarak belirlenmiştir.

$N=1055$, $\alpha = 0,05$, $\sigma = 0,35$, $Z_{0,05/2} = 1,96$ $d = 0,15$

$$n = \frac{N \cdot \sigma^2 \cdot Z_{\alpha/2}^2}{d^2(N-1) + \sigma^2 \cdot Z_{\alpha/2}^2} = \frac{1055 \cdot (0,35)^2 \cdot (1,96)^2}{(0,15)^2(1055-1) + (0,35)^2 \cdot (1,96)^2} \cong 70$$

Araştırmanın yapıldığı süre içerisinde işleme kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 70 hastaya ulaşılmış, çalışmanın örneklemini 70 hasta oluşturmuştur.

İçleme Kriterleri:

- 1.Çalışmaya katılım için gönüllü olmak
2. 18-65 yaş aralığında olmak
3. DSM-V-R ölçütlerine göre şizofren tanısı almak.
4. Okur- yazar olmak.
5. Hastalığın remisyon sürecinde olmak.
- 6.Evli olmak

Dışlama Kriterleri:

1. Komorbid ruhsal ve fiziksel hastalığı bulunanlar
2. Görüşme için rıza göstermeyen hastalar
- 3-Duyusal, bilişsel engeli olan ve iletişim kurulamayan hastalar

3.4. Veri Toplama Araçları

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek-2): Form, hasta ile ilgili demografik bilgiler, hastalığı ve tedaviye uyumu ile ilgili sorulardan oluşmaktadır. Formda, hastaların yaşı, cinsiyeti, çocuk sayısı, eğitim durumu, çalışma durumu, ekonomik durumu, aile tipi, birlikte yaşanan kişiler, hastalık geçmişi, kullanılan ilaçlar, yan etki yaşama durumları ve yan etkiye verilen tepkiler olmak üzere 16 soru bulunmaktadır.

3.4.2. Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği (Ek-3): Ölçek, Donald E. Morisky tarafından geliştirilmiştir ve 1986 'da Morisky DE, Green LW, Levine DM tarafından geçerlilik çalışması yapılmıştır. Ölçeğin geçerlilik çalışması ve Türkçeye uyarlanması Yılmaz tarafından yapılmıştır (Yılmaz, 2004). Ölçeğin, Cronbach alpha değeri 0.63' tür. Ölçek, iki seçenekli (evet/hayır) 4 adet kapalı uçlu sorudan oluşmaktadır. Bu soruların ardında yatan teori bağılıktan kopmanın unutkanlık, dikkatsizlik, kendini daha iyi hissedince ilacı bırakma veya ters bir olay yaşamaya bağlı olabileceği savıdır. Soruların tümüne “hayır” denmişse ilaç uyumu yüksek (4 puan), bir veya iki soruya “evet” denmişse ilaç uyumu orta (2-3 puan), üç veya dört soruya evet denmişse ilaç uyumu düşük (0-1 pn) olarak değerlendirilir (Yılmaz, 2004). Ölçek bu çalışmada hastaların tedavi uyumunu ölçmek için kullanılmıştır.

3.4.3. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (Ek-4): Hastaların cinsel alanda yaşadıkları sorunları kısa, kolay biçimde tarama ve saptama amacıyla 2000 yılında Mc Gahuey CA ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Ölçek, altılı likert tipinde değerlendirme yapmayı sağlayan, 5 maddeden oluşmakta ve kadın ve erkek için ayrı formları bulunmaktadır. Türkiye' de 2004 yılında Atilla Soykan tarafından Türkçe formunun güvenilirliğinde, Cronbach alfa iç tutarlılık hesaplanmasında 0,89 ve 0,90 olarak bulunmuş ve test yeniden test güvenilirliği 0,88 olarak elde edilmiştir. Türkçe formunun geçerliliği örtüştürücü geçerlilikte korelasyon katsayısı 0,53 olarak bulunmuş ve ROC analizinde 11 kesme puanının iyi düzeyde ayırt edici özelliğe sahip olduğu ve ölçüt geçerliliğini sağladığı bulunmuştur (Soykan, 2004). Yapılan bu çalışmada Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Cronbach alpha güvenilirlik katsayısı erkek formu için ,87 kadın formu için .88 olarak bulunmuştur.

3.4.4. Liverpool Üniversitesi Antipiskotiklerin Yan Etkilerini Değerlendirme Ölçeği (Ek- 5): Ölçek, 1995 yılında Day, Wood, Dewey ve Bentall tarafından geliştirilmiştir. Day, Kinderman ve Bentall tarafından geçerlilik, güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Cronbach a değeri ilk testte 89, ikinci testte .89; bir hafta sonra yapılan güvenilirlik çalışmasında test-tekrar test güvenilirlik katsayısı $r = .58$ (ranj: .26-.83) olarak bulunmuştur. Ölçek; otonomik yan etkiler (15, 16, 20, 27, 36), ekstrapiramidal yan etkiler (19, 29, 34, 37, 40, 43, 48), antikolinergic yan etkiler (6, 10, 32, 38, 51), allerjik yan etkiler (1, 35, 47, 49), psikolojik yan etkiler (2, 4, 9, 14, 18, 21, 23, 26, 31, 41), hormonal yan etkiler (7, 13, 17, 24, 46, 50), genel yan etkiler

(5, 22, 39, 44), dikkati başka yöne çeken yan etkiler (3, 8, 11, 12, 25, 28, 30, 33, 42, 45) olmak üzere 8 alt boyut ve 51 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınacak toplam puan kadınlar için 0-164, erkekler için 0-156 arasındadır. Ölçekten alınan toplam puanlara göre hastaların yan etkileri ne şiddette yaşadığı bulunmaktadır. Bu sınıflandırmaya göre 0-7 puan arası çok hafif, 8-27 puan arası hafif, 28-58 puan arası orta, 59-80 puan arası şiddetli, 80 puan üstü çok şiddetli olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirliği Yılmaz ve Buzlu tarafından 2006 yılında yapılmıştır (Yılmaz ve Buzlu, 2006). Bu çalışmada Liverpool Üniversitesi Antipiskotiklerin Yan Etkilerini Değerlendirme Ölçeği Cronbach alpha güvenilirlik katsayısı .89 olarak bulunmuştur.

3.5. Verilerin Toplanması ve Uygulanması

Araştırmanın verileri, yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Hasta ile tanışıp araştırmanın amacı açıklandıktan sonra yazılı onam alınmıştır. Öncelikle Kişisel Bilgi Formu, Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği, Liverpool Üniversitesi Antipiskotiklerin Yan Etkilerini Değerlendirme Ölçeği; daha sonra cinsel alanla ilgili sorulara geçilerek Arizona Cinsel yaşantılar ölçeği uygulanmıştır. Belirlenen sağlık kurumlarında sabit bir görüşme odasında, ayaktan takibi yapılan, işleme kriterlerine uyan şizofreni hastalarıyla yapılan görüşmelerin her biri ortalama 40-45 dakika sürmüştür. Liverpool Üniversitesi Antipiskotiklerin Yan Etkilerini Değerlendirme Ölçeği uygulanırken, yan etkilerle baş edemediği belirlenen, sıkıntı yaşayan veya ölçek puanı 59 puan üzeri olan hastalar, tıbbi yardım almaları amacıyla kurumda ki psikiyatriste yönlendirilmiştir.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Toplanan veriler bilgisayar ortamına aktarılarak SPSS for Windows 22.00 istatistik paket programı aracılığıyla bir istatistik uzmanı ile değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde Frekans, Yüzde, Ki-kare analizi, korelasyon analizi, Durbin Watson testi, Lineer Regresyon analizi, t Testi, Kruskal Wallis H testi, Dunnet T3 Post Hoc testi, Mann Whitney U testleri kullanılmıştır.

3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırma için Cumhuriyet Üniversitesi Etik Kurul Komitesinden 02.01.2019 tarih ve 2019-01/36 karar nolu Etik Kurul İzni (Ek-6) ve verilerin toplanacağı

kurumlardan yazılı resmi izinler (Ek-7) alınmıştır. Araştırmaya katılan hastalara bilgilendirme yapılarak yazılı onamları alınmıştır (Ek-1)



4. BULGULAR

Tablo 1. Şizofreni Hastalarının Tanıtıcı Özellikleri (n=70)

Tanıtıcı Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	34	48,6
Erkek	36	51,4
Yaş		
25 yaş ve altı	16	22,8
26-30 yaş	27	38,6
31-35 yaş	21	30,0
41 yaş ve üzere	6	8,6
Eğitim Durumu		
Okuryazar	5	7,1
İlköğretim	17	24,3
Lise	39	55,7
Üniversite	9	12,9
Evlilik süresi		
1-5 yıl	23	32,9
6-10 yıl	18	25,7
11-15 yıl	11	15,7
16- 27	18	25,7
Çocuk Sayısı		
Yok	19	27,2
1 çocuk	18	25,7
2 çocuk	12	17,1
3 çocuk	9	12,9
4 çocuk	12	17,1
Çalışma Durumu		
Çalışmıyor	54	77,1
Çalışıyor	16	22,9
Gelir Durumu		
Gelir gidere eşit	40	57,1
Gelir giderden az	24	34,3
Gelir giderden fazla	6	8,6
Yaş ort:37.31±8.72 Evlilik Süresi ort:10.95±7.66 Çocuk Sayısı ort:1.75±1.65		

Tablo 1’de hastaların tanıtıcı özellikleri verilmiştir. Tablo incelendiğinde araştırmaya alınan şizofreni hastalarının % 51.4’ü erkek, % 38.6’ sı 26-30 yaş grubunda olup, yaş ortalaması 37.31±8.72’dir. Hastaların % 55.7’ si lise mezunu, % 2.9’ u 1-5 yıllık evli, % 27.1’i çocuk sahibi olmadığını, % 77.1’i çalışmadığını, % 57.1’ i gelirinin giderine eşit olduğunu ifade etmiştir. Hastaların tamamının aile tipi çekirdek ailedir.

Tablo 2. Şizofreni Hastalarının Hastalıkla İlgili Özellikleri (n=70)

Tanıtcı Özellikler	n	%
Tanı Süresi		
10 yıl ve altı	37	52,9
10 yıl üstü	33	47,1
Son Bir Yılda Hastaneye Yatış Sayısı		
1 kez	47	67,1
2 kez	19	27,1
3 kez	2	2,9
4 kez	2	2,9
İlaç Kullanım Süresi		
10 yıl ve altı	37	58,6
10 yıl üstü	33	41,4
Yan Etki Yaşama		
Evet	70	100
Hayır	0	-
Yan Etkiye Verilen Tepki (Hasta İfadesi)		
Doktora iletme	37	52,9
İlaç kullanmaya devam etme	17	24,3
İlacı kullanmayı bırakma	16	22,8
Tanı süresi ort:11.81±7.49		
İlaç Kullanım Süresi ort:10.98± 7.71		

Tablo incelendiğinde araştırmaya alınan şizofreni hastalarının % 52.9' unun 10 yıl ve daha az süre hastalık tanısı bulunduğu görülmektedir. Hastaların % 67.1'i son bir yılda hastanede bir kez yattığını, % 58.6'sı 10 yıl ve altı süredir ilaç kullandığını, tamamı yan etki yaşadığını belirtmiştir. Yan etki yaşadığında hastaların % 52.9'u yan etkiyi doktora ilettiğini, % 24.3'ü yan etkiye rağmen ilaçları kullanmaya devam ettiğini ve % 22.9'u yan etkiden dolayı ilaçları bıraktığını ifade etmiştir.

Tablo 3. Ölçeklerden Alınan Puan Ortalamalarının Dağılımı

	Min	Max	Aritmetik ortalama	SD
Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Kadın	15	30	20,88	5,63
Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Erkek	11	27	16,19	4,57
Liverpool Üniversitesi Antipsikotiklerin Yan Etkilerini Değerlendirme Ölçeği Toplam	13	104	52,20	23,41
Ekstrapiramidal Yan Etkiler Alt Boyut	7	24	13,67	4,05
Antikolinerjik Yan Etkiler Alt Boyut	0	10	3,53	2,56
Otonomik Yan Etkiler Alt Boyut	0	12	3,97	3,66
Alerjik Yan Etkiler Alt Boyut	0	9	1,93	2,40
Psikolojik Yan Etkiler Alt Boyut	3	27	17,56	6,33
Hormonal Yan Etkiler Alt Boyut	0	20	7,07	5,58
Genel Yan Etki Alt Boyut	0	9	4,00	2,38
Redherring Etkiler Alt Boyut	0	23	7,47	6,14
Morisky Tedavi Uyum Ölçeği Toplam	0	4	2,33	10,10

Tablo incelendiğinde Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Kadın puan ortalamasının 20.88 ± 5.63 , Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Erkek puan ortalamasının ise 16.19 ± 4.57 olduğu ve 11 kesme puanının üzerinde oldukları görülmektedir. Psikolojik yan etkiler alt boyut puan ortalamasının 17.56 ± 6.33 , ekstrapiramidal yan etkiler toplam puan ortalamasının 13.67 ± 4.05 , redherring etkiler alt boyut puan ortalamasının 7.47 ± 6.14 hormonal yan etkiler alt boyut puan ortalamasının 7.07 ± 5.58 olduğu belirlenmiştir. Liverpool Üniversitesi Yan Etkiler Ölçeği toplam puan ortalaması 52.20 ± 23.41 olup, bu puan ortalaması hastaların orta şiddette yan etki yaşadıklarını göstermektedir. Morisky Tedavi Uyum Ölçeği puan ortalaması ise 2.33 ± 10.10 olup, orta düzeyde tedavi uyumsuzluğunu ifade etmektedir.

Tablo 4. Şizofreni Hastalarının Morisky Tedavi Uyum Ölçeği Tedavi Uyum Düzeyleri ve Yan Etkileri Yaşama Şiddeti

	n	%
Tedavi Uyum Düzeyi		
Tedavi uyumu yüksek	6	8,6
Tedavi uyumu orta	45	64,3
Tedavi uyumu düşük	19	27,1
Yan Etkileri Yaşama Şiddeti		
0-7 puan arası çok hafif	0	0,0
8-27 puan arası hafif	11	15,7
28-58 puan arası orta	38	54,3
59-80 puan arası şiddetli	12	17,1
80 puan üstü çok şiddetli	9	12,9

Tablo 4 incelendiğinde, araştırmaya alınan şizofreni hastalarının % 64.3'ünün tedavi uyumu orta düzeyde, % 27.1'inin ise tedavi uyumu düşük düzeydedir. Hastaların % 54.3'ü yan etkileri orta düzeyde, % 17.1'inin yan etkileri şiddetli düzeyde yaşadığı görülmektedir.

Tablo 5. Şizofreni Hastalarının, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği, Liverpool Üniversitesi Antipsikotiklerin Yan Etkilerini Değerlendirme Ölçeği ve Morisky Tedavi Uyum Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkiler

		Morisky	Arizona Kadın	Arizona Erkek
Arizona Kadın	r	-,341*		
	p	,048		
Arizona Erkek	r	-,055		
	p	,750		
Ekstrapiramidal	r	,029	,353*	,148
	p	,810	,040	,389
Antikolinergik	r	-,047	,545**	-,023
	p	,697	,001	,893
Otonomik	r	,033	,363*	,204
	p	,785	,035	,233
Alerjik	r	,031	-,153	-,213
	p	,800	,388	,213
Psikolojik	r	-,070	,185	,134
	p	,564	,296	,436
Hormonal	r	-,183	,752**	,214
	p	,129	,000	,210
Genel Yan Etki	r	,018	-,262	,251
	p	,882	,135	,140
Redherring Etkiler	r	,027	,347*	,022
	p	,826	,044	,899
Yan Etki Ölçeği Toplam	r	-,045	,439**	,173
	p	,708	,009	,312

(*) p<0.05 (**) p<0.001

Tablo 5’de Şizofreni hastalarının, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği, Liverpool Üniversitesi Antipsikotiklerin Yan Etkilerini Değerlendirme Ölçeği ve Morisky Tedavi Uyum Ölçeği puanları arasındaki ilişki verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi, MTUÖ puanları ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Kadın formu puanları arasında zayıf güçlülükte, negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmaktadır ($r=-.341$, $p=0.048$).

EPS, antikolinergic yan etkiler, otonomik yan etkiler, hormonal yan etkiler, redherring etkiler ve LÜAYEDÖ toplam puanları ile ACYÖ Kadın formu puanı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 6. Morisky Tedavi Uyum Ölçeği Puanlarının Yordanmasına İlişkin Lineer Regresyon Analizi Sonuçları

Değişken	B	Standart Hata	Beta	T	P
Sabit	6,229	1,349		4,616	,000
Arizona Kadın	-,067	,069	-,361	-,969	,342
Arizona Erkek	,012	,037	,055	,321	,750
Ekstrapiramidal	-,215	,068	-,970	-3,167	,004
Antikolinergic	-,038	,132	-,105	-,292	,773
Otonomik	,562	,245	2,259	2,288	,031
Alerjik	-,125	,173	-,238	-,721	,478
Psikolojik	,148	,073	1,141	2,038	,053
Hormonal	,088	,192	,485	,458	,651
Genel Yan etki	-,087	,230	-,140	-,378	,709
Redherring etkiler	,008	,024	,055	,310	,759
Yan Etkiler Ölçeği Toplam	-,088	,086	-,639	-1,021	,317
R=,798 R ² =,637					
F _(9,24) =4,688 p=,001					

Tablo incelendiğinde Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Kadın formu ve Liverpool Üniversitesi Antipsikotiklerin Yan Etkilerini Değerlendirme Ölçeği puan değişkenleri, Morisky Tedavi Uyum Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($R=.798$, $R^2=.637$, $p<0.05$). Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Kadın formu ve Liverpool Üniversitesi Antipsikotiklerin Yan Etkilerini Değerlendirme Ölçeği şizofreni hastalarının Morisky Tedavi Uyum Ölçeği puanlarının toplam varyansının % 63'ünü açıklamaktadır. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t testi sonuçları incelendiğinde ekstrapiramidal yan etkiler ve otonomik yan etkiler tedavi uyumunu yüksek düzeyde etkilemektedir.

Tablo 7. Şizofreni Hastalarının Tanıtıcı Özelliklerine Göre Morisky Tedavi Uyum Ölçeği ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		Morisky Tedavi Uyum Ölçeği	Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Kadın	Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Erkek
		X± SD	X± SD	X±SD
Cinsiyet	Kadın	2,21±1,038	20,88±5,634	-
	Erkek	2,25±,996	-	16,19±4,566
	TEST	t=,181 p=,857	*	*
Yaş	25 yaş ve altı	2,81±1,223	21,33±7,506	14,85±3,132
	26-30 yaş	2,19±,879	20,24±6,250	16,10±4,977
	31-35 yaş	1,71±,784	22,50±4,629	17,62±5,316
	41 yaş ve üzeri	2,67±,816	20,33±5,086	-
	TEST	KW=14,511 p=,002	KW=3,025 p=,388	KW=,910 p=,635
	Fark	1>3	-	-
Evlilik Süresi	1-5 yıl	2,70±1,020	17,38±2,326	14,87±2,900
	6-10 yıl	1,83±1,150	30,00±,000	15,79±3,867
	11-15 yıl	2,18±,874	25,50±2,887	19,86±7,010
	16-27 yıl	2,06±,725	19,39±5,019	-
	TEST	KW=10,639 p=,014	KW=14,845 p=,002	KW=2,751 p=,253
	Fark	1>2-4	2-3>1 2>4	-
Çocuk Sayısı	Yok	2,63±1,116	17,38±2,326	13,91±2,343
	1 çocuk	2,00±,907	-	17,50±5,555
	2 çocuk	2,25±1,138	23,88±7,396	14,50±3,000
	3 çocuk	2,67±,500	19,11±5,085	-
	4 çocuk ve üstü	1,58±,793	23,11±4,702	19,00±,000
	TEST	KW=7,954 p=,047	KW=2,181 p=,336	KW=1,238 p=,538
	Fark	1>2-5 4>5	-	-
Eğitim Durumu	Okuryazar	1,80±1,095	22,00±8,485	16,67±4,933
	İlköğretim	1,76±,903	19,82±5,247	-
	Lise	2,64±,903	22,85±5,886	16,00±4,841
	Üniversite	1,56±,882	16,00±,000	16,71±3,904
	TEST	KW=14,731 p=,002	KW=2,806 p=,423	KW=,119 p=,942
	Fark	3>2-4	-	-

* Kadınlar ve erkekler için ayrı formlar olduğundan cinsiyete göre karşılaştırma yapılmamıştır.

Tablo 7. Şizofreni Hastalarının Tanıtıcı Özelliklerine Göre Morisky Tedavi Uyum Ölçeği ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması(devamı)

		Morisky Tedavi Uyum Ölçeği	Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Kadın	Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Erkek
		X± SD	X± SD	X± SD
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	2,20±,979	22,00±5,785	16,81±4,740
	Çalışıyor	2,31±1,138	16,57±1,512	14,33±3,60
	TEST	U=416,500 p=,821	U=48,000 p=,044	U=78,000 p=,106
Gelir Durumu	Gelir gidere eşit	2,33±1,207	21,76±6,428	18,52±4,144
	Gelir giderden az	2,13±,680	20,18±4,956	12,08±,760
	Gelir giderden fazla	2,00±,632	19,67±4,761	-
	TEST	KW=1,415 p=,493	KW=1,316 p=,518	U=6,000 p=,000
	Fark	-	-	1>2

Şizofreni hastalarının yaşlarına göre, Morisky Tedavi Uyum Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Farkın hangi yaşlardaki hastalardan kaynaklandığını anlamak amacıyla Dunnet T3 Post Hoc testi uygulanmıştır. Dunnet T3 Post Hoc testi sonucuna göre, 31-35 yaşındaki hastalarda MTUÖ puanı daha düşüktür.

Hastaların evlilik süresine göre, Morisky Tedavi Uyum Ölçeği ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Kadın puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Dunnet T3 Post Hoc testi sonucuna göre, evlilik süresi 1-5 yıl olan hastalarda MTUÖ puanı daha düşüktür ve ACYÖ Kadın puanı daha yüksek düzeyde görülmektedir.

Şizofreni hastalarının çocuk sayılarına göre, Morisky Tedavi Uyum Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Dunnet T3 Post Hoc testi sonucu, 4 ve daha fazla çocuğu olan hastalarda MTUÖ puanı diğer hastalara göre daha düşüktür.

Hastaların eğitim durumlarına göre, Morisky Tedavi Uyum Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Dunnet T3 Post

Hoc testi sonucu, lise mezunu olan hastalarda olan hastalarda MTUÖ puanı daha yüksektir.

Şizofreni hastalarının çalışma durumlarına göre, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Kadın puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Dunnet T3 Post Hoc testi sonucu, çalışmayan hastalarda ACYÖ Kadın puanları daha yüksektir.

Şizofreni hastalarının gelir durumlarına göre, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Erkek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Geliri giderine eşit olan hastalarda ACYÖ Erkek puanları daha yüksektir.



Tablo 8. Şizofreni Hastalarının Hastalık Özelliklerine Göre Morisky Tedavi Uyum Ölçeği ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		Morisky Tedavi Uyum Ölçeği	Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Kadın	Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Erkek
		X± SD	X± SD	X± SD
Tanı Süresi	10 yıl ve altı	2,41±1,117	20,55±5,449	13,73±2,219
	10 yıl üstü	2,03±,847	21,50±6,157	17,95±5,025
	TEST	t=1,568 p=,122	t=,466 p=,644	t=3,038 p=,005
Son Bir Yılda Yatış Sayısı	1 kez	2,45±,951	19,88±6,294	15,63±4,817
	2 kez	1,84±1,068	21,85±4,432	19,00±,000
	3 kez	1,00±,000	28,00±,000	-
	4 kez	2,00±,000	16,00±,000	-
	TEST	KW=9,334 p=,025	KW=6,013 p=,111	U=3,766 p=,052
	Fark	1>2-3	-	-
İlaç Kullanım Süresi	10 yıl ve altı	2,32±1,128	20,76±5,485	15,15±3,167
	10 yıl üstü	2,10±,817	21,08±6,089	17,50±5,715
	TEST	t=,870 p=,387	t=,156 p=,877	t=1,566 p=,127
Yan Etkiye Verilen Tepki	Doktora iletme	2,62±,924	21,59±6,829	13,80±2,648
	İlaç kullanmaya devam etme	2,12±1,111	19,45±1,214	23,50±3,834
	İlaç kullanmayı bırakma	1,44±,512	21,50±7,120	16,60±3,098
	TEST	KW=16,694 P=,000	KW=,386 P=,825	KW=18,984 P=,000
	Fark	1-2>3		2>1-3

Tablo 8 incelendiğinde, şizofreni hastalarının tanı süresine göre, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Erkek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Şizofreni hastalarının son bir yılda yatış sayısına göre, Morisky Tedavi Uyum Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Dunnett T3 Post Hoc testi sonucu yatış sayısı 1 kez olan hastaların, yatış sayısı 2 ve 3 kez olan hastalara göre MTUÖ puanları daha yüksek bulunmuştur.

Şizofreni hastalarının yan etkiye verdiği tepkiye göre, Morisky Tedavi Uyum Ölçeği ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Erkek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Dunnet T3 Post Hoc testi sonucu yan etki karşısında doktora iletildiğini ve ilacı kullanmaya devam ettiğini ifade eden hastaların, yan etki karşısında ilacı kullanmayı bırakan hastalara göre MTUÖ puanları daha yüksek; yan etki karşısında ilacı kullanmaya devam ettiğini ifade eden hastaların, yan etki karşısında doktora giden ve ilacı kullanmayı bırakan hastalara göre ACYÖ Erkek puanları ise daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).



Tablo 9.Şizofreni Hastalarının Tanıtıcı Özelliklerine Göre Liverpool Üniversitesi Antipsikotiklerin Yan Etkilerini Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		Ekstrapiramidal Yan Etkiler	Antikolinergik Yan Etkiler	Otonomik Yan Etkiler	Alerjik Yan Etkiler	Psikolojik Yan Etkiler	Hormonal Yan Etkiler	Genel Yan Etki	Redherring Etkiler	Yan Etkiler Toplamı
		X± SD	X± SD	X± SD	X± SD	X± SD	X± SD	X± SD	X± SD	X± SD
Cinsiyet	Kadın	15,06±4,677	4,26±2,821	4,71±4,174	1,68±1,981	18,35±8,000	10,15±5,737	4,41±1,672	8,59±7,540	60,21±28,157
	Erkek	12,36±2,850	2,83±2,104	3,28±2,982	2,17±2,741	16,81±4,174	4,17±3,534	3,61±2,861	6,42±4,285	44,64±14,559
	TEST	t=2,894 p=,005	t=2,415 p=,018	t=1,639 p=,107	t=-,861 p=,392	t=1,006 p=,319	t=5,215 p=,000	t=1,439 p=,156	t=1,470 p=,148	t=2,880 p=,006
Yaş	25 yaş ve altı	11,88±4,097	2,13±2,872	3,13±4,080	1,06±1,692	18,44±4,676	4,19±4,622	3,31±2,549	7,25±4,313	44,38±19,990
	26-30 yaş	15,33±4,804	4,37±2,498	5,04±4,024	2,41±2,515	18,59±7,271	7,85±6,632	4,89±2,651	7,04±7,896	58,52±29,404
	31-35 yaş	13,05±2,291	3,81±1,887	3,48±2,294	2,24±2,755	18,05±3,339	7,90±4,170	3,52±1,914	7,86±4,651	52,90±9,909
	41 yaş ve üzeri	13,17±2,858	2,50±2,739	3,17±4,355	1,00±1,549	8,83±8,183	8,33±5,715	3,50±,548	8,67±7,090	42,17±30,695
	TEST	KW=8,249 p=,041	KW=12,431 p=,006	KW=4,044 p=,257	KW=4,325 p=,228	KW=8,173 p=,043	KW=6,346 p=,096	KW=4,152 p=,246	KW=2,869 p=,412	KW=6,862 p=,076
	Fark	2>1-3	2-3>1	-	-	1-2-3>4	-	-	-	-

Tablo 9.Şizofreni Hastalarının Tanıtıcı Özelliklerine Göre Liverpool Üniversitesi Antipsikotiklerin Yan Etkilerini Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması(devamı)

		Ekstrapiramidal	Antikolinerjik	Otonomik	Alerjik Yan	Psikolojik	Hormonal	Genel Yan	Redherring	Yan Etkiler
		Yan Etkiler	Yan Etkiler	Yan Etkiler	Etkiler	Yan Etkiler	Yan Etkiler	Etkiler	Etkiler	Toplamı
		X± SD	X± SD	X± SD	X± SD	X± SD	X± SD	X± SD	X± SD	X± SD
Eğitim Durumu	Okuryazar	13,80±3,421	3,80±3,033	6,00±4,848	1,80±4,025	15,80±8,701	9,80±6,573	4,00±1,732	7,40±9,290	55,40±30,213
	İlköğretim	13,18±3,893	3,53±2,004	2,65±2,644	3,88±1,269	17,35±6,614	9,35±3,390	3,59±,939	5,76±4,829	49,29±16,151
	Lise	14,00±4,548	3,69±2,876	4,79±3,854	2,38±2,008	18,69±5,531	5,64±6,289	4,64±2,767	8,87±6,346	55,72±26,704
	Üniversite	13,11±2,421	2,67±1,936	1,78±1,986	2,00±3,969	14,00±7,228	7,44±3,206	2,00±1,500	4,67±4,416	40,67±11,303
	TEST	KW=1,546 p=,672	KW=1,917 p=,590	KW=7,957 p=,047	KW=8,408 p=,038	KW=3,914 p=,271	KW=11,534 p=,009	KW=12,112 p=,007	KW=4,523 p=,210	KW=3,213 p=,360
Fark	-	-	1-3>4 3>2	3>2	-	2>3	3>4	-	-	
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	14,24±4,265	3,57±2,772	4,44±3,750	1,56±1,880	19,15±5,075	7,54±5,853	4,17±2,633	8,19±6,115	55,85±23,341
	Çalışıyor	11,75±2,490	3,38±1,746	2,38±2,872	3,19±3,430	12,19±7,305	5,50±4,336	3,44±1,031	5,06±5,767	39,88±19,653
	TEST	t=2,927 p=,005	t=,271 p=,787	t=2,034 p=,046	t=-1,824 p=,085	t=3,565 p=,002	t=1,289 p=,202	t=1,652 p=,104	t=1,816 p=,074	t=2,486 p=,015

Tabloda görüldüğü gibi şizofreni hastalarının cinsiyetlere göre ekstrapiramidal yan etkiler, antikolinerjik yan etkiler, hormonal yan etkiler ve yan etkiler toplamı puanları arasında kadınlar aleyhine istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Şizofreni hastalarının yaşlarına göre, ekstraprimidial yan etkiler, antikolinerjik yan etkiler, psikolojik yan etkiler puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). 26-30 yaşındaki hastaların ekstraprimidial yan etkiler puanları daha yüksek, 26-30 yaşındaki ve 31-35 yaşındaki hastaların antikolinerjik yan etkiler puanı diğer yaş gruplarından daha yüksek, 41 yaş ve üzerindeki hastaların psikolojik yan etkiler puanları ise diğer yaş gruplarından daha düşük bulunmuştur ($p<0.05$).

Şizofreni hastalarının eğitim durumlarına göre, otonomik yan etkiler, alerjik yan etkiler, hormonal yan etkiler ve genel yan etki puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Bulgulara göre, okuryazar ve lise mezunu olan hastaların otonomik yan etkiler puanları, lise mezunu olan hastaların alerjik yan etkiler puanları, ilköğretim mezunu olan hastaların hormonal yan etkiler puanları, lise mezunu olan hastaların genel yan etkiler puanları diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Şizofreni hastalarının çalışma durumlarına göre, ekstraprimidial yan etkiler, otonomik yan etkiler, psikolojik yan etkiler ve yan etkiler toplamı puanları arasında, çalışmayanların aleyhine istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$).

Tablo 10. Şizofreni Hastalarının Hastalık Özelliklerine Göre Liverpool Üniversitesi Antipsikotiklerin Yan Etkilerini Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		Ekstrapiramidal Yan Etkiler	Antikolinergik Yan Etkiler	Otonomik Yan Etkiler	Alerjik Yan Etkiler	Psikolojik Yan Etkiler	Hormonal Yan Etkiler	Genel Yan Etki	Redherring Etkiler	Yan Etkiler Toplamı
		X± SD	X± SD	X± SD	X± SD	X± SD	X± SD	X± SD	X± SD	X± SD
Tanı Süresi	10 yıl ve altı	14,70±4,983	3,43±2,873	4,81±3,857	2,35±2,324	19,05±6,178	6,86±6,524	4,43±2,566	8,27±6,690	56,92±27,620
	10 yıl üstü	12,52±2,210	3,64±2,205	3,03±3,216	1,45±2,425	15,88±6,158	7,30±4,377	3,52±2,078	6,58±5,420	46,91±16,402
	TEST	t=2,417 p=,019	t=,330 p=,742	t=2,083 p=,041	t=1,579 p=,119	t=2,150 p=,035	t=,333 p=,740	t=1,631 p=,108	t=1,155 p=,252	t=1,866 p=,067
Son Bir Yılda Yatış Sayısı	1 kez	12,89±3,607	2,60±2,143	3,11±3,023	1,89±2,581	17,23±5,895	5,00±4,354	3,83±2,784	5,68±4,145	45,23±16,142
	2 kez	15,42±4,501	5,32±2,358	5,68±3,728	2,21±2,123	18,89±6,565	11,16±4,741	4,42±1,261	10,74±7,210	66,84±26,817
	3 kez	19,00±,000	8,00±,000	12,00±,000	,00±,000	24,00±,000	20,00±,000	4,00±,000	23,00±,000	103,00±,000
	4 kez	10,00±,000	4,00±,000	,00±,000	2,00±,000	6,00±,000	4,00±,000	4,00±,000	3,00±,000	26,00±,000
	TEST	KW=10,659 p=,014	KW=21,629 p=,000	KW=15,209 p=,002	KW=2,252 p=,522	KW=9,255 p=,026	KW=23,385 p=,000	KW=2,309 p=,511	KW=14,955 p=,002	KW=16,331 p=,001
	Fark	2-3>1	2-3>1	3>1-2-4	-	1-2-3>4	3>1-2-4	-	3>1-2-4	3>1-2-4 2>1-4

Tablo 10. Şizofreni Hastalarının Hastalık Özelliklerine Göre Liverpool Üniversitesi Antipsikotiklerin Yan Etkilerini Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (devamı)

İlaç Kullanım Süresi	10 yıl ve altı	14,63±4,742	3,56±2,775	4,98±3,850	2,20±2,294	19,07±5,676	6,71±6,258	4,51±2,511	7,93±6,582	56,59±26,167
	10 yıl üstü	12,31±2,254	3,48±2,278	2,55±2,861	1,55±2,530	15,41±6,674	7,59±4,508	3,28±1,998	6,83±5,504	46,00±17,452
	TEST	t=2,732 p=,008	t=,125 p=,901	t=2,873 p=,005	t=1,108 p=,272	t=2,470 p=,016	t=,646 p=,520	t=2,202 p=,031	t=,735 p=,465	t=1,898 p=,062
Yan Etkiye Verilen Tepki	Doktora iletme	12,62±4,329	2,95±2,687	2,38±2,871	2,19±2,644	15,46±6,838	5,59±5,346	3,32±2,799	5,16±4,113	42,68±21,198
	İlaç kullanmaya devam etme	14,24±3,474	3,00±2,121	6,35±3,605	2,29±2,418	22,29±2,845	9,18±4,876	5,71±1,448	10,88±5,656	66,94±19,090
	İlaç kullanmayı bırakma	15,50±3,327	5,44±1,750	5,13±3,704	,94±1,436	17,38±5,201	8,25±6,116	3,75±,683	9,19±8,320	58,56±23,258
	TEST	KW=10,587 p=,005	KW=14,919 p=,001	KW=16,778 p=,000	KW=3,790 p=,150	KW=12,946 p=,002	KW=6,677 p=,035	KW=15,539 p=,000	KW=9,958 p=,007	KW=20,079 p=,000
	Fark	3>1	3>1-2	2-3>1	-	2>1-3	2>1	2>1-3	2-3>1	2-3>1

Tablo incelendiğinde, şizofreni hastalarının tanı süresine göre, ekstrapiramidal yan etkiler, otonomik yan etkiler, psikolojik yan etkiler puanları arasında, 10 yıl ve daha az süredir tanı hastalar aleyhine istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Şizofreni hastalarının son bir yıldaki yatış sayısına göre, ekstrapiramidal yan etkiler, antikolinergik yan etkiler, otonomik yan etkiler, psikolojik yan etkiler, hormonal yan etkiler, redherring etkiler ve yan etkiler toplam puanları açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Son bir yıldaki yatış sayısı 2 ve 3 olan hastaların ekstrapiramidal yan etkiler, antikolinergik yan etkiler, otonomik yan etkiler, psikolojik yan etkiler, hormonal yan etkiler, redherring etkiler ve yan etkiler toplam puanları daha yüksektir.

Tabloya göre, hastalarının ilaç kullanım sürelerine göre ekstrapiramidal yan etkiler, otonomik yan etkiler, psikolojik yan etkiler ve genel yan etki puanları arasında 10 yıl ve daha az süredir ilaç kullanan hastalar aleyhine istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$).

Hastaların yan etkiye verilen tepkiye göre yan etkiler puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). İlaç kullanmayı bırakan ve ilacı kullanmaya devam eden hastalarda yan etki puanları, doktora bildiren hastalara göre daha yüksektir.

5.TARTIŞMA

Bu bölümde, çalışmaya alınan 70 şizofreni hastasının tedavi uyumlarının antipsikotik ilaç yan etkileri ve cinsel işlev sorunları ile ilişkisi tartışılmıştır.

Çalışmadaki hastaların yaş ortalaması 37,31 (± 8.72) iken, % 38, 6' sı 26-30 yaş aralığında hastalardan oluşmaktadır ve bu bulgular şizofreninin erken başlangıçlı bir hastalık olmasıyla uyumlu bir sonuç oluşturmaktadır. Hastaların %51,4' ü erkek hastalardan oluşmaktadır. Literatür tarandığında şizofreni ile ilgili yapılan birçok çalışmada da erkek hasta oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Öztürk, 2008; Sağlam, 2011; Yılmazve Buzlu, 2012). Şizofreni kadın ve erkeklerde eşit olarak görülse de, çalışmalarda erkek oranının daha yüksek olmasının nedeni hastalığın erkeklerde daha erken dönemde başlamasıyla ve kadınlarda seyrinin daha iyi olmasıyla açıklanabilir (Tablo 1).

Şizofreni hastalarıyla yapılan çalışmalarda hastaların çoğunlukla çalışmadığı, gelir durumlarının orta ve düşük seviyelerde olduğu saptanmıştır (Gevher, 2018; Kalı, 2018; Sağlam, 2011; Yılmaz ve Buzlu, 2012). Bu çalışmada hastaların %77,1' inin çalışmadığı, % 57,1'inin gelir durumunun orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu durum, hastaların yaşadıkları bölgelerde iş imkanlarının sınırlı olması, hasta yakınlarının hastaların bakımını üstlenmeleri, hastaların iyi ve rahat ilişkiler kuramamaları, hastalık veya tedavi nedeni ile oluşan yan etkilerden dolayı işlevsellik düzeyleri ile sosyal becerilerinin sınırlı olması ve eğitim düzeylerinin düşük olmasıyla açıklanabilir (Öztürk, 2008; Pehlivan, 2006) (Tablo 1).

Hastaların hastalık ve tedavi ile ilgili özelliklerine bakıldığında, hastaların uzun süredir (11.81 ± 7.49) hastalıklarının devam ettiği ve ilaç kullandıkları (10.98 ± 7.71) saptanmıştır. 10 yıldan uzun süre hastalık tanısı olan hasta oranı % 47,1 iken, ilaç kullanma oranı % 41,4 olarak saptanmıştır. Hastalık ve ilaç kullanma sürelerinin uzun olmasının sebebi hastalığın kronikleşme eğilimi, yan etkiler, sık yatışlar, hastalığın iyileşmeyeceğine olan inanç, tedavinin etkisiz olduğuna yönelik düşünce, tedaviye uyumsuzluktan kaynaklanıyor olabilir. Tedaviye uyumsuzluk hastaneye tekrarlı yatışı, morbidite ve mortaliteyi arttırmakta; mesleki ve ailesel sorunlara yol açmakta, bunlarla bağlantılı olarak hastanın yaşam kalitesi düşürmektedir (Malik et al., 2011; Peluso et al., 2013). Hastaların % 5,7 'si tedaviye tanılanmalarına rağmen

geç başlamıştır. Bu durum hastalık sürecini kabul ve uyum, stigma yaşama kaygısı, tedavi ile ilgili önyargılar ve bilgisizlikten kaynaklı olabilir (Tablo 2).

Bu çalışmada ise hastaların %64,3'ünün uyum düzeyi orta, %27,1'inin uyum düzeyinin düşük olduğu, tedaviye uyumsuzluk oranlarının diğer çalışmalarla benzerlik gösterdiği saptanmıştır (Tablo 4). Şizofreni hastalarında tedaviye uyum ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında; tedaviye uyumsuzluk oranlarının %80'e vardığı ve bu durumun hem klinik prognozu hem de hastanın günlük yaşamını olumsuz etkilediği saptanmıştır (Bağ, 2011; Boardman et al., 2014; Çetinkaya, 2003). Dikeç ve Kutlu'nun (2014) şizofreni hastalarında tedavi uyumuyla ilgili yaptıkları çalışmada tedaviye uyumsuzluk %85,1'i bulmaktadır (Dikeç ve Kutlu, 2014). Yılmaz ve Buzlu'nun ayaktan takibi yapılan antipsikotik kullanan 117 hasta ile yaptıkları çalışmada, çalışmaya katılan hastaların %43,6'sının uyum düzeyi orta olarak bulunmuştur (Yılmaz ve Buzlu, 2012). Yine Razali ve Mzam (2014)'ın ayaktan takibi yapılan şizofreni hastalarıyla yaptığı bir çalışmada hastaların %51'inin tedaviye uyumsuz olduğu saptanmıştır (Razali and Mzam, 2014). Çalışma sonuçlarındaki farklılığın nedeni ölçüm araçlarının farklı olması ve örneklem grubunun özellikleri olabilir.

Hastalar tarafından ilacın istenmeyen, olumsuz etkileri olarak tanımlanan ilaç yan etkileri; tedaviye uyumu büyük oranda etkilemektedir (Mahmood, et al 2010; Riley et l., 2009). Yılmaz ve Buzlu (2012)'nin ayaktan izlenen antipsikotik kullanan 117 psikiyatri hastasıyla yaptıkları çalışmada araştırma kapsamındaki hastaların hepsinde ilaç yan etkilerinden en az birinin görüldüğü, tedavi uyumuna en çok etki eden yan etkilerin konsantrasyon güçlüğü, halsizlik ve hatırlamada güçlük olduğu belirlenmiştir (Yılmaz ve Buzlu, 2012). Bu çalışmaya paralel olarak Sağlam'ın (2011) antipsikotik kullanan hastalarla yaptığı çalışmada tedavi uyumunu en çok etkileyen yan etkilerin aşırı uyuma, hareketlerde yavaşlama halsizlik, seks dürtüsünde azalma olduğu saptanmıştır (Sağlam, 2011). Gray ve ark.'larının (2010) antipsikotik kullanan hastalarda ilaç yan etkileri ve ilaç uyumu ilgili yaptıkları çalışmaya göre hastaların extrapiramidal yan etkiler, sedasyon, cinsel yan etkiler ve kilo almayı önemli bulduklarını belirtmişlerdir (Gray et al., 2010). Yine bir çalışmaya göre ekstrapiramidal yan etkiler, seksüel disfonksiyon ve psikolojik yan etkilerin kişinin iyi oluşunu etkilediğini ve bunun da tedavi uyumunu

etkileyebileceği bildirilmiştir (Karow et al., 2007). Bağ' ın (2011) antipsikotik kullanan hastalarda tedavi uyumu ile ilgili çalışmasına göre hastaların %81,25' i tedaviye uyumsuzdur ve bu uyumsuzluk özellikle EPS, kilo alımı, işlevselliğin azalması yan etkilerinden kaynaklanmaktadır (Bağ, 2011). Dilbaz ve ark' nın şizofreni hastalarında tedavi uyumu ile ilgili yaptıkları çalışmada uzun süreli ilaç kullanan hastaların tedaviye uyumsuzluk nedenlerinden biri, daha önceki kullanımlarda yaşanılan yan etkiler olarak saptanmıştır (Dilbaz ve ark., 2006). Literatürde yer alan çalışmalara paralel olarak, yapılan bu çalışmada hastaların %54,3' ünün yan etkileri orta şiddette; %17,1' inin şiddetli derecede yaşadıkları; yan etki yaşama şiddeti arttıka tedaviye uyumsuzluk düzeylerinin arttığı saptanmıştır. Yaşanan yan etkilerden özellikle ekstrapiramidal yan etkiler ve otonomik yan etkilerin, tedavi uyumunu önemli derecede etkilediği saptanmıştır. Yan etkiler hastaların iyilik halini, dolayısıyla tedaviye uyumlarını olumsuz etkilemektedir. Tedaviye uyumun bozulması da artan nks, relaps, tedavinin etkisizliğine, artan hastane maliyetlerine neden olmaktadır (Tablo 4-6).

Bu çalışmada 26-41 yaş aralığındaki hastalarda tedaviye uyum düzeyi daha düşük olarak saptanmıştır. Tedavi sürecinde görülen nörolojik, endokrin, antikolinergik, EPS ve diğer yan etkiler nedeniyle hastaların yerine getirmesi gereken alanlarda işlevselliğin bozulması nedeniyle ve bu yaş aralığında yan etkilere karşı daha az tolerans geliştirdikleri için tedaviye uyumsuzluğun daha düşük olduğu söylenebilir. Nitekim bu yaş gruplarında yan etkiler ölçek puanları anlamlı olarak daha yüksektir. Yılmaz ve Buzlu' nun çalışmasında da 25-40 yaş grubunda yan etki yaşama düzeyleri daha yüksek olarak saptanmıştır (Yılmaz ve Buzlu, 2012). Öztürk' n çalışmasında da benzer şekilde 26- 30 yaş aralığındaki hastaların yan etkilere karşı daha az tolerans geliştirdikleri saptanmıştır (ztrk, 2008). Mete ve ark' larının yaptıkları çalışmada eğitim düzeyi arttıka, nörolojik yan etkiler puanı azalırken, tedavi uyumlarının arttığı saptanmıştır (Mete ve ark., 2001). Bu çalışmada ise tedavi uyumu en düşük olan grup niversite mezunları, en yüksek olan grup lise mezunları olarak saptanmıştır. Tedaviye uyum sürecinde bireylerin eğitim durumunun yanı sıra hastalığı yönetme becerileri ve bireysel özellikleri de önemli bileşenleri oluşturmaktadır. Yıllık yatış sayısı ve LÜAYEDÖ puanları arasında da benzer

istatistiksel anlamlılıklar elde edilmiştir ve bu durum yan etkilerin tedaviye uyumu etkilemesi açısından anlamlıdır (Tablo 7).

Bu çalışmada son bir yılda hastaneye yapılan yatış sayısı ve tedaviye uyum arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Hastaneye yatış sayısı bir olan hastalarda tedaviye uyum daha yüksek olarak bulunmuş, 2 veya 3 kez yatış yapılmış hastalarda tedavi uyumu düşük olduğu için hastaneye yatışlar tekrarlanmıştır. Yatış sayısı 4 olan hastalarda da tedaviye uyum düzeyi 2 veya 3 olan hastalardan daha yüksek olarak saptanmıştır. Hastanede yatış süresinde hastaların tedavi uyumları sağlanıp taburcu edilmektedirler. Bu durum hastanede sağlanan tedavi uyumuyla ilişkili olabilir (Tablo 8). Dilbaz ve arkadaşlarının psikiyatri hastalarında tedavi uyumu ile ilgili yaptıkları çalışmada yan etki durumunda da hastaların ilaç kullanımına devam ettikleri saptanmıştır (Dilbaz ve ark., 2006). Öztürk 'ün psikiyatri hastalarında yan etki durumlarıyla ilgili yaptıkları çalışmada, iyi veya kötü hissettiklerinde yan etkilerle baş etmede, yarısının doktora başvurduğu, yarıya yakınının kendi yöntemleri ile baş ettiği veya hiçbir şey yapmadıkları ifade edilmiştir (Öztürk, 2008). Bu çalışmalara paralel olarak yapılan mevcut da, hastaların %52,9' u yan etki yaşadığında yan etkileri doktora ilettiğini, %24,3'ü ise ilacı kullanmaya devam ettiklerini ifade etmiştir. Bu ifadeler, MTUÖ uygulanmadan önceki hasta ifadelerine dayanmaktadır. Yan etki durumunda doktora ilettiğini ve ilacı kullanmaya devam ettiğini ifade eden hastaların tedavi uyumu daha yüksek olarak saptanmıştır. Hastaların bu ifadeleri tedavinin devamlılığı ve relapsları önlemek açısından önemlidir (Tablo 8).

Cinsel işlev bozuklukları, psikiyatri hastalarında düşük yaşam kalitesine ve tedavi uyumsuzluğuna neden olan yan etkileri oluşturmaktadır. (Hert et al., 2014; İncedere, 2015; Kirino et al, 2017; Saka ve ark., 2005; Schmidt et al., 2012; Yelboğa ve Korgalı, 2015; Torre et al., 2013). Psikiyatri hastalarında en sık görülen cinsel işlev bozuklukları; erkek hastalarda cinsel isteksizlik, ereksiyon ve orgazm problemleri, kadın hastalarda azalmış cinsel istek ve amenore, galaktore gibi problemlerdir (Dell'osso et al., 2009; Doğan, 2011; Doğu ve ark., 2011; İncedere, 2015; Mazza et al., 2011). Şizofreni hastalarında kullanılan antipsikotiklerin hiperprolaktemiye sebep olarak cinsel işlev sorunlarına sebep olduğu ile ilgili birçok

çalışma yapılmıştır (Kumar, 2015; Mazilli et al., 2018; Montalvo et al., 2013; Potkin et al., 2017). Konu ile ilgili yapılmış dataların incelenmesiyle yapılmış bir çalışmada, antipsikotik kullanımı hiperprolektemi ve cinsel işlev sorunları birbirleriyle ilişkili bulunmuştur (Nunes et al., 2011). Literatür tarandığında şizofreni hastalarında %30-80 aralığında cinsel işlev sorunlarının olduğu görülmektedir (Baggaley, 2008; Compton et al., 2005; Doğu ve ark., 2012; Olfson et al., 2006; Öztürk, 2016). Çakmak ve ark. (2010) tarafından yapılan şizofreni hastalarında cinsel işlev sorunları ile ilgili çalışmada, cinsel işlev sorunlarının daha çok erkek hastalarda görüldüğü saptanmıştır (Çakmak ve ark., 2010). Bu çalışmaya paralel olarak antipsikotik alan hastalarda görülen cinsel işlev sorunlarıyla ilgili bir çalışmada da erkek hastalarda işlev sorunlarının daha fazla görüldüğü saptanmıştır (Tümöklü, 2009). Abadal ve ark' nın 101 hasta üzerinde çalıştıkları antipsikotik tedavinin cinsel fonksiyon bozukluklarına etkisi ile ilgili çalışmada cinsel işlev sorunlarının AP' lerin yan etkisi olarak ortaya çıktığı ve kadın- erkek hastalarda aynı oranda görüldüğü saptanmıştır (Abadal ve ark., 2016). Hou ve ark. (2015) 607 şizofreni hastası ile yaptıkları cinsel işlev sorunlarının yaşam koşullarına etkisi ile ilgili çalışmada, kadın hastaların yüzde %80.6, erkek hastaların %60.7 olmak üzere tüm hastaların %69.9' unda görüldüğü saptanmıştır (Hou et al., 2015). Antipsikotik kullanan şizofreni hastalarında görülen cinsel işlev sorunlarının kadın hastalardaki oranının daha yüksek olduğu ile ilgili çalışmalar da mevcuttur (Doğu ve ark., 2012; Kikuchi et al., 2012). Tüm bu bulgulara paralel olarak, mevcut çalışmada Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğine göre 11 kesme puanında kadın ve erkek hastalarda cinsel işlev sorunlarının yaşandığı, kadınlarda cinsel işlev sorunlarının daha yüksek düzeyde görüldüğü saptanmıştır. Doğu ve ark. (2011) çalışmasında kadın hastalarda antipsikotiklerin prolaktin seviyesini erkek hastalara göre daha fazla arttırdığı bulgusu, kadınlarda cinsel işlev sorunlarının erkek hastalara göre daha yüksek olmasıyla ilişkili olabilir (Doğu ve ark., 2011) (Tablo 3).

Antipsikotik kullanan hastalarda görülen yan etkilerle ilgili yapılmış bir çalışmada seksüel problemler kadın hastalarda daha yüksek bulunmuş, seks dürtüsü düşük olan hastaların %91,3' ünün tedaviye uyumsuz olduğu saptanmıştır (Sağlam, 2011). Bu çalışmada MTUÖ ve ACYÖ kadın formu puanları arasındaki kolerasyon değeri negatif yönde anlamlı bulunmuştur. Kadınlarda cinsel işlev sorunları görülme

düzeyi arttıkça, tedaviye uyum azalmaktadır. Yine kadınlarda ACYÖ ve hormonal, EPS, antikolinerjik, redherring, yan etkiler ölçeği toplam puanları istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Seksüel ve fiziksel semptomlarla karakterize bu yan etkilerin, kadınların bedenleri ile ilgili etkilere odaklanmaları ile ilgili olduğu, cinsel işlev sorunlarının kadınların bedenleri ile ilgili semptomlara daha çok odaklanmalarına sebep omluğu düşünülebilir (Tablo 5).

Evlilik süresi ele alındığında, kadın hastalarda istatistiksel olarak anlamlı olmakla birlikte, tedavi uyumunun düşük bulunduğu 6-10 yıl evlilik süresinde ACYÖ puanları yüksek bulunmuştur (Tablo 7).

Kadın hastalarda ACYÖ puanı ile çalışma durumu karşılaştırıldığında, çalışmama durumu cinsel işlev sorunları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Cinsel işlev sorunlarının alt sosyoekonomik grup koşulları ve stresörleriyle daha yoğun şekilde yaşandığı, sosyal işlevselliği etkilediği savunulabilir. Benzer bir çalışmada bu bileşenler arasındaki ilişki anlamsız bulunmuştur (Çakmak ve ark., 2010) (Tablo 7).

Erkek hastalarda ACYÖ puanı ile tanı süresi karşılaştırıldığında, tanı süresi 10 yıldan fazla olan hastalar arasında istatistik olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu durum literatür ile uyuşmamaktadır. Literatürde göre akut dönemde ACYÖ puanının daha yüksek, yaşam kalitesinin daha düşük olduğu belirtilmektedir. (Mesa et al., 2013; Montalvo et al., 2013). Tanı süresi arttıkça cinsel işlev sorunlarının artması, hastalık sürecinin işlevselliği bozmasıyla açıklanabilir. Ayrıca birçok olguda tedavi süresince prolaktin yüksekliği yıllarca devam etmektedir, ilaç kullanımı devam ettikçe tolerans gelişmemektedir (Cookson et al., 2012; Just, 2015). Erkek hastalarda ACYÖ puanı ile yan etkiye verilen tepki karşılaştırıldığında, ilacı kullanmaya devam eden hastalarda ACYÖ puanları daha yüksek bulunmuştur. Bu durum doktora ileten hastalarda sorunun ele alınması, ilacı kullanmayı bırakan hastalarda ise yan etkinin ortadan kalkması ile ilişkili olabilir (Tablo 8).

Lambert ve ark. (2004)'nın tipik antipsikotiklerle tedavi edilen 213 şizofreni tanıli hastanın yan etkilere ilişkin hissettiği rahatsızlığı araştırdıkları çalışmada katılımcılar, cinsel disfonksiyon, ekstrapiramidal yan etkiler ve psikolojik yan etkileri, sedasyon ve vejetatif yan etkilerden daha rahatsız edici bulduklarını bildirmişlerdir (Lambert et al., 2004). Antipsikotik kullanan hastalarda görülen yan

etkilerle ilgili yapılan başka bir çalışmaya göre ise en çok yakınılan yan etkilerin uyku hali, ağız kuruluğu, konsantrasyonun güçlüğü, halsizlik, depresyon olduğu saptanmıştır (Sağlam, 2011). Peluso ve ark' nın şizofreni hastalarında yan etkilerle ilgili yaptıkları randomize kontrollü çalışmada, hastalarda kardiyovasküler, cinsel fonksiyon, antikolinergik yan etkilerden ekilendikler saptanmıştır (Peluso et al., 2013). Öztürk' ün çalışmasında ise hastalar en sık psikolojik yan etki, daha sonrasında antikolinergik yan etkilerden yakınmaktadırlar (Öztürk, 2008). Tüm bu bulgulara paralel olarak bu çalışmada hastaların tümünün en az bir yan etki yaşadığı, en fazla yaşanan yan etkilerin psikolojik yan etkiler, ekstrapiramidal yan etkiler, redherring etkiler ve hormonal yan etkiler olduğu saptanmıştır (Tablo 3).

Öztürk' ün çalışmasında yan etkiler ve cinsiyet arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Öztürk, 2008). Sağlam' ın çalışmasında ise hormonal yan etki düzeyleri kadınlarda daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı, genel yan etkiler ise istatistiksel olarak anlamlı olmasa da erkeklerde daha yüksek düzeyde bulunmuştur (Sağlam, 2011). Benzer bir çalışmada ise kadınların ekstrapiramidal, otonomik, genel yan etkiler, dikkati başka yöne çeken etki ve toplam yan etki puanlarının erkeklere oranla daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Yılmaz ve Buzlu, 2012). Bu bulgulara paralel olarak mevcut çalışmada kadın cinsiyeti ile LÜAYEDÖ toplam-alt grup puanlarının karşılaştırılmasında EPS, antikolinergik yan etkiler, hormonal yan etkiler ve yan etki ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur. Kadınlarda fiziksel semptomların daha ön planda olması, kadınların bedenleri ile ilgili semptomlara daha ilgili olması ve de odaklanması ile ilgili olabilir (Mete ve ark., 2001; Yılmaz ve Buzlu, 2012) (Tablo 9).

Çalışma durumu ile LÜAYEDÖ toplam-alt grup puanları karşılaştırıldığında, çalışmayanlarda ortalama puanların çalışanlara göre daha yüksek olduğu saptandı. Bu bulgu, literatürle de uyumlu bulunmuştur (Mete ve ark., 2001; Öztürk, 2008; Sağlam, 2011; Yılmaz ve Buzlu, 2012). Yan etki puan ortalamalarının çalışmayan grupta daha fazla olması, bu kişilerin bir işte çalışmamalarında hareket yeteneklerini, işlevselliklerini ve sosyal kabullerini azaltan yan etkilerin de etkili olduğu düşünülebilir (Tablo 9).

Hastaların tanı süresi ve ilaç kullanma süresi ile LÜAYEDÖ toplam-alt grup puanlarının karşılaştırılmasında, tanı süresi ve ilaç kullanma süresi 10 yıl ve altı olan

hastalar aleyhine istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Yan etkilerle ilgili yapılan benzer çalışmalarda anlamlı bir ilişki saptanmasa da, ilaç kullanım süresi arttıkça yan etkilerin azaldığı saptanmıştır (Öztürk, 2008; Sağlam, 2011). Hastalıkla yaşama süresi ve ilaç kullanım süresi arttıkça sürece uyum ve yan etkilere karşı tolerans geliştiği düşünülebilir (Stuart, 2013; Yüksel, 2014) (Tablo 10).

Yan etkilere verilen tepki ve LÜAYEDÖ toplam-alt grup puanlarının karşılaştırıldığında, ilacı kullanmaya devam eden ve ilacı kullanmayı bırakan hastalarda yan etki puanları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Yan etki puanlarının doktora bildiren hastalarda düşük çıkması, bu hasta grubunun tedavi uyumlarının yüksek olmasıyla paralellik göstermektedir. Bu bulgular doktora ileten hastalarda tedavi veya ilaç dozlarının yan etkilere göre düzenlenmesinden, yan etkilere yönelik girişimlerin uygulanmasından kaynaklı olduğu düşünülebilir (Tablo 10).

6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Araştırmada elde edilen sonuçlar şunlardır:

1. Hastaların %51,4' ü kadın, %38,6' sı 26-30 yaş aralığı, %32,9' u evlilik süresi 1-5 yıl, %27,1' i çocuğu olmayan, %55,4' ü lise mezunu, %77,1' i çalışmayan hastalardan, %40' ı ev hanımı, %57,1' i geliri gidere eşit olan hastalardan oluştuğu saptanmıştır.
2. Hastaların %52,9' u 10 yıl ve daha az süredir tanıli hastalardan oluşuyorken, %67,1' nin son yıldaki yatış sayısı 1, %58,6' sının 10 yıl ve daha az süredir ilaç kullanıyor olduğu saptanmıştır. Hastaların tümü yan etki yaşadığını, %52,9' u yan etki yaşama durumunda doktora ilettiklerini ifade etmiştir.
3. ACYÖ 11 kesme puanına göre hem kadın (20,88±5,63) hem erkek (16,19±4,57) hastaların cinsel işlev sorunu yaşadıkları saptanmıştır.
4. Hastaların tümü en az bir yan etki yaşamaktadır ve en fazla görülen yan etkiler psikolojik yan etkiler, ekstrapirimidial yan etkiler, redherring etkiler, hormonal yan etkiler olarak saptanmış, LÜAYEDÖ' e göre hastaların %54,3' ü yan etkileri orta düzeyde yaşamaktadır.
5. MTUÖ' ne göre hastaların %64,3' ünün tedavi uyumu orta düzeyde, %27,1' inin tedavi uyumu düşük düzeydedir.
6. Şizofreni hastalarının yaşadıkları yan etkiler arttıkça tedavi uyumlarının azaldığı saptanmıştır.
7. Kadın hastalarda cinsel işlev sorunlarının tedavi uyumunu azalttığı saptanmıştır.
8. Ekstrapirimidial yan etkiler ve otonomik yan etkiler, tedavi uyumunu yüksek düzeyde etkilemektedir.
9. Tedaviye uyum 25 yaş ve altı hastalarda, evlilik süresi 1-5 yıl olan hastalarda, lise mezunu, çocuğu olmayan, son bir yıldır hastaneye bir kez yatış yapmış hastalarda, yan etki yaşadığında doktora ileten veya kullanmaya devam eden hastalarda daha yüksek bulunmuştur.
10. Evlilik süresi 6-10 yıl arası olan ve çalışmayan kadın hastalarda ACYÖ puanı anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

11. Memur veya işçi, geliri giderine eşit, 10 yıldan daha fazla süredir tanılı, yan etki yaşadığında ilacını kullanmaya devam eden erkek hastalarda ACYÖ puanı anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.
12. Kadınlarda, 26-30 yaş aralığındaki hastalarda, 6-15 yıl evlilik süresi olan hastalarda, 2 çocuğu olan hastalarda, lise mezunu, çalışmayan, geliri giderinden az olan, 10 yıl ve daha az süredir tanılı olan, 10 yıl ve daha az süredir ilaç kullanan, son bir yılda yatış sayısı 2 veya 3 olan, yan etki yaşadığında ilaç kullanımını bırakan veya doktora bildirmeyerek kullanmaya devam eden hastalarda yan etkiler daha fazla görülmektedir.



6.1. Öneriler

1. İlaç uyumsuzluğu şizofrenik bozukluğu olan hastalarda önemli bir sorun olmaya devam etmektedir. Uyumsuzluğun nedenleri arasında ilaç yan etkileri ve cinsel işlev sorunları yer almaktadır. Bu hastalarla çalışan sağlık profesyonelleri ve hemşirelerin ilaç yan etkileri ve cinsel işlev sorunları açısından hastaları değerlendirmeleri,
2. Bakım verilen hastalardan özellikle 6-10 yıl süredir evli olan, çalışmayan, hastalık süresi 10 yıldan uzun olan, yaşanan yan etkileri bakım vericiye bildirmeyen hastaların özellikle cinsel işlev sorunları yönünden değerlendirilmesi,
3. Hastaların cinsel yaşam yönünden değerlendirirken mutlaka eşlerinde ele alındığı müdahaleli çalışmaların yapılması,
4. Tedavi uyumunu arttırmak için hastaların cinsel işlev sorunları ve ilaç yan etkileri bakımından değerlendirilmesi ve sorunun eğitici ve danışmanlık rolleriyle ele alınması,
5. Ayaktan takibi yapılan hastalarda yüksek düzeyde cinsel işlev sorunları saptanmıştır. Bu hastaların tespit edilmesi, psikoeğitim programlarının uygulanması için polikliniklerde bu konuda eğitilmiş psikiyatri hemşirelerinin görev yapması,
6. Şizofreni hastalarında cinsel işlev sorunları ve çözümüne yönelik nitel ve deneysel çalışmaların yapılması,
7. Kurumlarda hastaların cinsel işlev sorunlarını belirlemek için hizmet içi eğitim programları düzenlemesi önerilir.

7. KAYNAKLAR

1. Abadal, E. Del Cacho, N., Saenz-Navarrete, G., Arranz, B., Cambra, RM. (2016). How hyperprolactinemia affects sexual function in patients under antipsychotic treatment. *J Clin Psychopharmacol*, 36(5), 422-428.
2. Akan, H. (2015). Birinci basamakta cinsel işlev bozukluklarına genel yaklaşım: Öykü alma. *Turkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics*, 6(2), 32-9.
3. Akarsu, R., Kızılkaya, N. (2016). Kadın cinsel fonksiyon bozuklukları sınıflandırılmasında DSM-V kapsamında yapılan değişiklikler. *Androloji Bülteni*, 18(65),134–137.
4. American Foundation for Urologic Disease (AFUD). (2001). Report of the American Foundation for Urologic Disease (AFUD) Thought Leader Panel for evaluation and treatment of priapism. *International Journal of Impotence Research*, 13(5), 39–43.
5. APA. Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Elkitabı. (Çeviren: Ertuğrul Köroğlu). Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
6. Atkaya, N. (2016). Antipsikotiklerle Farmakoterapide Cinsel İşlev Bozukluklarının Gen Varyansı Prolaktin Düzeyi ve Hastalıkla İlişkisi. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Denizli.
7. Baggaley, M. (2008). Sexual dysfunction in schizophrenia: focus on recent evidence. *Hum Psychopharmacol Clin Exp*, 23:201-209.
8. Bağ, N. (2011). Psikotik hastaların antipsikotik ilaç tedavisine uyumsuzluk hakkında görüşleri. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
9. Bella, A., Shamloul, R. (2013). Psychotropics and sexual dysfunction. *Cent Eur J Urol*, 66, 466-471.
10. Berkman, A., Cerwonka, E., Sohler, N., Susser, E. (2006). A randomized trial of a brief hiv risk reduction intervention for men with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 57,407–409.

11. Boardman, G., McCann, T., Kerr, D. (2014). A peer support programme for enhancing adherence to oral antipsychotic medication in consumers with schizophrenia. *J Adv Nurs*; 70(10),2293–2302.
12. Charlson, F., Ommeren, M., Flaxman, A., Cornett, J. (2019). New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* ,394, 240–48.
13. Compton, MT., Rudisch, BE., Weiss, PS., West, JC., Kaslow, NJ. (2005). Predictors of psychiatrist reported treatment- compliance problems among patients in routine U.S. psychiatric care. *Psychiatric Research*, 137,29-36.
14. Cookson, J., Hodgons, R., Wildgust, HJ. (2012). Prolactin, hyperprolactinaemia and antipsychotic treatment: A review and lessons for treatment of early psychosis. *Journal of Psychopharmacology*, 26(5),42-5.
15. Coombs, T., Deane, FP., Lambert, G., Griffiths, R. (2003). What influences patients' medication adherence? Mental health nurse perspectives and a need for education and training. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12, 148-152.
16. Çakır, F., İnem, C., Yener, F. (2010). Kronik psikotik hastalarda taburculuk sonrası takip ve tedaviye uyum. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23,50-59.
17. Çakmak, S., Karakuş, G., Evlice, Y. (2010). Şizofrenide cinsel işlev bozuklukları: Kesitsel bir değerlendirme. *Klinik Psikiyatri*, 13, 55-64.
18. Çayan, S., Akbay, E., Bozlu, M., Canpolat ,B., Acar, D., Ulusoy, E. (2004). The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in turkish women. *Urologia International*, 72 (1), 52-57.
19. Çobanoğlu, ZS., Aker, T., Çobanoğlu, N. (2003). Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluğu Olan Hastalarda Tedaviye Uyum Sorunları. *Düşünen Adam*.16(4), 211-218.
20. Çetin, M. (2008). Antipsikotik tedavinin hormonal yan etkileri. *İÜ. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi*, 66, 61-71.

21. Çetinkaya , Z. (2003). Şizofreni tanılı bireylere ve ailelerine topluma yeniden katılım programı uygulaması ve izleme çalışması. Dergi Park, 7(1), 61-72.
22. Davies, DC., Wardell, AMJ., Woolsey, R., et al. (2001). Enlargement of the fornix in early-onset schizophrenia: a quantitative MRI study. Neuroscience Letters, 301(3),163-166.
23. Davison, GC., Neale, JM., Dağ, İ. (2004). Anormal Psikolojisi. Türk Psikologlar Derneği yayımları, Ankara.
24. Deanna, LK., Robert, RC. (2004.) Sexuality and schizophrenia: a review. Schizophr. Bull, 30:767-779.
25. Dell'osso, L., Carmassi, C., Carlini et. al. (2009). Sexual dysfunctions and suicidality in patients with bipolar disorder and unipolar depression. The Journal of Sexual Medicine, 6(11), 3063-3070.
26. Demirkol, M. Tamam L. (2016). Psikiyatrik bozukluklarda tedavi uyumu. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry, 8(1),85-93.
27. Dikeç, G., Kutlu, Y. (2014). Bir grup şizofreni hastasında tedaviye uyum ve etkileyen etmenlerin belirlenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 5(3), 143-148.
28. Dilbaz, N., Karamustafaoğlu, D., Oral, T., Önder, E., Çetin, M. (2006). Psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreni hastalarında tedaviye uyumu ve uyumu etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 16, 223-232
29. Doğan, S.(2011). Cinsel işlev bozuklukları, depresyon ve antidepresanlar. Journal of Mood Disorders, 1(2), 81-6.
30. Doğu, B., Kocabıyık, A., Karson, F., Çıtak, S., İncesu, C. (2011). Antipsikotik tedavi uygulanan şizofreni hastalarında prolaktin düzeyleri ve cinsel işlevlerin cinsiyetlere göre karşılaştırılması. Nöropsikiyatri Arşivi, 48(1), 35-38.
31. Doğu, B., Güler, J., Çıtak, S., Altunkaynak, Y., Alpay, N. (2012). şizofreni hastalarının cinsel yaşama ilişkin öznel düşüncelerinin cinsiyetler arası karşılaştırılması. Klinik Psikiyatri, 15,238-247.

32. Döngel, B., Tamam, L., Kır, G. (2017). Şizofrenide görülen tıbbi durumlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 9(3), 363-378.
33. Erhardt, S., Olsson, S.K., Engberg, G. (2009). Pharmacological manipulation of kynurenic acid. *CNS Drugs*, 23, 91-101.
34. Gevher, E.E. (2018). Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde Ve Poliklinikte Takip Edilen Remisyondaki Şizofreni Hastalarının İçselleştirilmiş Damgalanma Ve Çocukluk Çağı Travması Açısından Değerlendirildiği Karşılaştırmalı Bir Çalışma. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, İzmir.
35. Gray, R., White, J., Schulz, M., Abderhalden, C. (2010). Enhancing medication adherence in people with schizophrenia: An international programme of research. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19: 36-4.
36. Hert, M., Detraux, J., Peuskens, J. (2014). Second-generation and newly approved antipsychotics, serum prolactin levels and sexual dysfunctions: a critical literature review. *MD PhD*, 605-624.
37. Hou, CL., Zang, Y., Rosen, RC., et al. (2016). Sexual dysfunction and its impact on quality of life in Chinese patients with schizophrenia treated in primary care. *Comprehensive Psychiatry*, 65 ,116–121.
38. İncedere, A. (2015). Psikiyatri Hastalarında Cinsel Yaşam ve İlişkili Faktörler. İstanbul Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
39. İncesu, C. (2004). Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları. *Klinik Psikiyatri*, 3, 3-13.
40. Just, JM. (2015). The influence of atypical antipsychotic drugs on sexual function. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11,1655-1661.
41. Kalı, A. (2018). Pozitif ve Negatif Belirtilerle Seyreden Şizofreni Hastalarında Tedavi Uyumu ve Yaşam Kalitesi. Gaziantep Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı Ruh Sağlığına Destek ve Koruma Programı Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep.
42. Karakuş, G., Kocal, Y., Sert, D. (2017). Şizofreni: Etyoloji, Klinik Özellikler ve Tedavi. *Dergi Park*, 26(2).

43. Karow, A., Czekalla, J., Dittmann, RW., Schacht, A. (2007). Association of subjective well-being, symptoms, and side effects with compliance after 12 months of treatment in schizophrenia. *J Clin Psychiatry*, 68, 75-80.
44. Kılınç, G. (2015). Psikiyatri hastalarının tedaviye uyumunda sosyal desteğin etkisi. İnönü üniversitesi sağlık bilimleri enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.
45. Kızılay, P. (2015). Ağır ruhsal bozukluğu olan ve antipsikotik monoterapi ya da polifarmasi uygulanan ayaktan hastalarda metabolik sendrom sıklığı. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Trabzon.
46. Kikkert, MJ., Schene, AH., Koeter, MW., Robson, D., Born, A., Helm, H., Nose, M., Goss C, Thornicroft, G., Gray RJ. (2006). Medication adherence in schizophrenia: exploring patients', carers' and professionals' views. *Schizophr Bull.* 32,786–794.
47. Kikuchi, T., Iwamoto, K., Sasada, K., Aleksic, B., Yoshida, K., Ozaki, N. (2012). Sexual dysfunction and hyperprolactinemia in Japanese schizophrenic patients taking antipsychotics. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 37, 26–32.
48. Kirino, E. (2017). Serum prolactin levels and sexual dysfunction in patients with schizophrenia treated with antipsychotics: comparison between aripiprazole and other atypical antipsychotics. *Annals of General Psychiatry*, 16,43.
49. Knegtering, H., Bosch, R., Castelein, S., et al. (2008). Are sexual side effects of prolactin-raising antipsychotics reducible to serum prolactin? *Psychoneuroendocrinology*, 33, 711–717.
50. Kochunov, P., Hong, LE. (2014). Neurodevelopmental and neurodegenerative models of schizophrenia: white matter at the center stage. *Schizophrenia Bulletin*, 40(4),721-728.
51. Köroğlu, A., Hocaoğlu, Ç. (2017). Şizofreninin aile üzerine olan etkisi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(3), 170-175.
52. Kuloğlu, M., Ekinci, O. (2015). Yeni nesil antipsikotikler ve cinsel işlev bozukluğu. *Klinik Psikiyatri*,11,191-199.

53. Kumar, SV. (2015). Comparative study of sexual dysfunction and serum prolactin level associated with olanzapine, risperidone, and clozapine in patients with remitted schizophrenia. *Indian J Psychiatry*, 57:386-91.
54. Lambert, M., Conus, P., Eide, P., Mass, R., Karow, A. (2004). Impact of present and past antipsychotic side effects on attitude toward typical antipsychotic treatment and adherence. *Eur Psychiatry*, 19, 415- 422.
55. Laurent, SM., Simons, AD. (2009). Sexual dysfunction in depression and anxiety: conceptualizing sexual dysfunction as part of an internalizing dimension. *Clin Psychol Rev.* 29(7), 573-85.
56. Leweke, FM., Mueller, JM., Lange, B., et. al. (2018). Role of the endocannabinoid system in the pathophysiology of schizophrenia: implications for pharmacological intervention. *Springer International Publishing AG*, 32(7), 605-619.
57. Lindstrom, E., Lewander, T., Malm, U., Malt, UF., Lublin, H., Ahlfors, UG. (2001). Patient-rated versus clinician-rated side effects of drug treatment in schizophrenia. Clinical validation of a self-rating version of the UKU Side Effect Rating scale (UKU-SERS-Pat). *Nord J Psychiatry* 2001; 55 (Suppl. 44): 5-69.
58. Mahmoud, S.B., Zouari, L., Dammak, M., Thabet, J.B., Zouari, N., Maâlej, M. (2013). Evaluation Of Sexuality In 61 Subjects Suffering From Chronic Psychosis. *Sexologies*, 22, 59-63
59. Malik, P., Kemmler, G., Hummer, M., Riecher-Roessler, A., Kahn, RS., Fleischhacker, WW.(2011). Sexual dysfunction in first-episode schizophrenia patients: results from European First Episode Schizophrenia Trial. *J Clin Psychopharmacol.* 31(3),274-280.
60. Masand, P.S., Narasimhan, M. (2006). Improving adherence to antipsychotic pharmacotherapy. *Current Clinical Pharmacology*, 1, 47-56.
61. Mazilli, R., Angeletti, G., Olana, S. (2018). Erectile dysfunction in patients taking psychotropic drugs and treated with phosphodiesterase-5 inhibitors. *Archivio Italiano di Urologia e Andrologia*, 90(1), 44-48.

62. Mazza, M., Harnic, D., Catalano, V., Nicola, M., Bruschi, A., Bria, P., Daniele, A., Mazza, S. (2011). Sexual behavior in women with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 131(1), 364-367.
63. Mellsop, G., Tapsell, R., Menkes, DB. (2019). Testing a hypothesis arising from the epidemiology of schizophrenia in New Zealand. *Gen Psychiatr.*, 32(2).
64. Mesa, N., Oliva, J., Bagney, A., et al. (2013). Dopamine partial agonism in antipsychotic induced sexual dysfunction. *Actas Esp Psiquiatr.* 41(2).
65. Mete, L. ve ark. (2001). Şizofreni tanılı hastalarda bir yıllık çok merkezli izleme çalışması; İlaç tedavisinin yan etkileri. 37. Ulusal Psikiyatri Kongre Kitabı. İstanbul.
66. Mitchell, AJ., Selmes, T. (2007). Why don't patients take their medicine? Reasons and solutions in psychiatry. *Advances in Psychiatric Treatment*. vol. 13, 336–346.
67. Montalvo, I., Ortega, L., López, X., et al. (2013). Changes in prolactin levels and sexual function in young psychotic patients after switching from long-acting injectable risperidone to paliperidone palmitate. *Int Clin Psychopharmacol*, 28, 46–49.
68. Namlı, Z., Karakuş, G., Tamam, L. (2016). Bipolar bozuklukta cinsellik ve cinsel işlev bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(4),309-320.
69. Nose, M., Barbui, C., Tansella, M. (2003). How often do patients with psychosis fail to adhere to treatment programmes? A systematic review, *Psychological Medicine*, 33, 1149-1160.
70. Nunes, LVA., Moreira, HC., Razzouk, D., Nunes, SO., Mari, J. (2012). Strategies for the treatment of antipsychotic induced sexual dysfunction and/or hyperprolactinemia among patients of the schizophrenia spectrum: a review. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 38:3, 281-301.
71. Olfson, M., Marcus, SC., Wilk, J., West, JC. (2006). Awareness of illness and nonadherence to antipsychotic medications among persons with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 51(2).
72. Owen, MJ., Sawa, A., Mortensen, PB. (2016). Schizophrenia. *Lancet*. 388(10039), 86-97.

73. Özdiñ. C.D. (2018). Şizofreni Hastalarında Rasd1 Geni Mutasyonlarının Araştırılması. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara.
74. Öztürk, FM. (2008). Psikiyatri Hastalarının Ve Ailelerinin İlaç Yan Etkilerini Bilme Ve Bunlarla Başetme Durumları. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksekisans Tezi. İstanbul.
75. Öztürk O., Uluşahin, N.A. (2016). Ruh sağlığı ve bozuklukları (16. Baskı). Ankara: Bayt Yayın Hizmetleri.
76. Park, WY., Kim, Y., Lee, HL. (2012). Antipsychotic-induced sexual dysfunction and its management. *World J Mens Health*, 30(3), 153-159.
77. Pehlivan, K. (2006). Psikiyatrik Kadın hastalarda evlilik ve ebeveyn olma, bir gözden geçirme: *Düşünen Adam Dergisi*, 19 (3), 143-154.
78. Peluso, M.J., Lewis, SW., Barnes, T.R.E., Jones, P.B. (2013). Non-neurological and metabolic side effects in the cost utility of the latest antipsychotics in schizophrenia randomised controlled trial (CUtLASS-1). *Schizophrenia Research*, 144,80–86.
79. Potkin, SG., Loze, J.Y, Forray, C., Baker, RA. (2017). Reduced sexual dysfunction with aripiprazole once-monthly versus paliperidone palmitate: results from QUALIFY. *International Clinical Psychopharmacology*, 32,147–154.
80. Razali, SM., Mzam, Y. (2014). Adherence in schizophrenia: acomparison between outpatients and relapsecases. *East Asian Arch Psychiatry*, 24, 68-74.
81. Riley, W., Velligan, V., Sajatovic, M., Valenstein, M., Safren, S., Fernaídez, R., Weiden, P., Ogedegbe, O. (2009). Adherence to psychiatric treatments. *Psychiatry*, 20(4), 89 – 96.
82. Sadock. BJ., Sadock, AJ., Luiz, P., Kaplan, H. (2007). Sadock V. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8. ed., Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins, 1159-1199 .
83. Sağlam, D., Civil, F., Tiryaki, A., Özkorumak, E. (2017). İkinci kuşak antipsikotik kullanan hastalarda ilaç yan etkileri ve yaşam kalitesi: uzun etkili

- enjeksiyon ve ağızdan alınan tedavilerin karşılaştırılması. Türk Psikiyatri Dergisi, 28(1),11-16.
84. Sağlam, E. (2011). Antipsikotik Kullanan Hastalarda İlaç Yan Etkilerinin Tedaviye Uyum Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilimdalı Yüksek Lisans Tezi. Düzce.
85. Saka, M.C. ve ark. (2005). Antipsikotik ilaçların yan etkileri. Türkiye Klinikleri J. Int. Med. Sci,1(12),58-66.
86. Sayar, G. ve ark. (2014). Elektrokonvulzif tedavi üzerine güncel bir gözden geçirme. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 6(2), 107- 125.
87. Serretti, A., Chiesa, A. (2011). Sexual side effects of pharmacological treatment of psychiatric diseases. Nature Publishing Group, 89(1).
88. Schmidt, HM., Hagen, M., Kriston, L., Soares-Weiser, K., Maayan, N., Berner, MM. (2012). Management of sexual dysfunction due to antipsychotic drug therapy. Cochrane Database Syst Rev., Issue 11.
89. Souza, JA., Zuardi, AW., Busatto, GF., et al. (2006). Cavum septum pellucidum and adhesio interthalamica in schizophrenia: an MRI study. European Psychiatry, 21(5), 291-299.
90. Soykan, A. (2004). The reliability and validity of Arizona sexual experiences scale in Turkish ESRD patients undergoing hemodialysis. International Journal of Impotence Research, 16, 531–534.
91. Stuart, G.W. (2013). Principles and Practice of Psychiatric Nursing (10. Edt), 344-380.
92. Summakoğlu, D., Ertuğrul, B. (2018). Şizofreni ve tedavisi .DergiPark , 2(1), 43 – 61.
93. Tanrıöver, Ö. (2015). Cinsellik ve yaşam kalitesi. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics, 6(2), 1-5.
94. Tel, H., Doğan, S., Özkan, B., Çoban, S. (2010). Hasta yakınlarına göre kronik psikiyatrik bozukluğu olan hastaların tedaviye uyumu. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 1(1),7-12.
95. Tellis, P. (2008). Medication Non-adherence in Schizophrenia. Arizona: The University of Arizona. Master of Science.

96. Torre, A., Conca A., Duffy, D. (2013). Sexual dysfunction related to psychotropic drugs:a critical review part 11: antipsychotics. *Pharmacopsychiatry* ,46,201–208.
97. Townsend, M.C. (2017). Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinin temelleri kanıta dayalı uygulama bakım kavramları(6.Baskı). (Çev: C.T, Özcan, N. Gürhan). Ankara: Akademisyen Kitabevi.
98. Tümöklü, M., Ulaş, H., Akdede, B., Alptekin, K. (2009). Antipsikotik tedavi almakta olan şizofreni hastalarında görölen cinsel işlev bozuklukları. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* , 19(1), 27-31.
99. Uğur, M. (2008). Atipik Antipsikotik ilaçlar ve psikozlu hastalarda ortaya çıkan metabolik sendrom. İÜ. Cerrahpaşa Tıp Faköltesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi, 66, 51-60.
- 100.Ünal, S., Çakıl, G., Elyas, Z. (2006). Taburculuk sonrası tedaviye gelmeyen psikotik hastaların özellikleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7, 69-75.
- 101.Yavuz, R.(2008).Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar. Sempozyum Dizisi. İ.Ü.Cerrah Paşa Tıp Faköltesi, 62 ,49-58.
- 102.Yelboğa, Z., Korgalı, E. (2015). Psikofarmakoloji ve cinsel işlev. *Journalagent*, 18(62),189-193.
- 103.Yıldız, M., Yüksel, AG. (2006). Psikotik bozuklukların tedavisinde depo antipsikotik ilaç (Flufenazin Dekanoat) kullanımı neden hala önemlidir: Klinik sonuç açısından bir inceleme, *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 16, 98- 103.
- 104.Yılmaz, S. (2004). Antipsikotik kullanan hastalarda ilaç yan etkileri ve ilaç uyum. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilimdalı Yüksek Lisans Tezi . İstanbul.
- 105.Yılmaz S., Buzlu S. (2012). Antipsikotik kullanan hastalarda ilaç yan etkileri ve ilaç uyum. İ.Ü.F.N. Hem. Derg ., 20 (2), 93-103.
- 106.Yılmaz, S., Buzlu, S. (2006). Liverpool Üniversitesi antipsikotiklerin yan etki değerlendirme ölçeğinin Türkçe formunun güvenilirliği. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*,16(3):147-154.
- 107.Yılmazer, EE., Güler, J. (2011). Sexual side effects caused by psychotropic medications. *Archives of Neuropsychiatry*. 48(1).

- 108.Yüksel, N. (2014). Ruhsal Hastalıklar (4. Baskı). Akademisyen Yayınevi, Ankara.
- 109.Zygmunt, A., Olfson, M., Boyner, C.A., Mechanic, D. (2002). Interventions to improve medication adherence in schizophrenia. American Journal of Psychiatry, 159, 1653-1664.
- 110.WHO. (2018). World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs. WHO.



8- EKLER

EK-1 BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU



SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Sayın ...

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “**Şizofreni Hastalarında** Tedavi Uyumunun Antipsikotik İlaç Yan Etkileri Ve Cinsel İşlev Sorunları İle İlişkisidir.

Bu araştırmanın amacı, **şizofreni hastalarında** tedavi uyumunun antipsikotik ilaç yan etkileri ve cinsel işlev sorunları ile ilişkisini saptamaktır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırma ile ilgili olarak sizden beklenen ölçekleri doldurup, araştırmacının sorularına uygun ve doğru cevap vermektir.

Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Araştırmada size yönelik bir tedavi ve tedavinize engel olacak bir durum söz konusu değildir. Sizin için beklenen yararlar, yaşadığınız yan etkileri saptamak ve bunu tedaviye uyumunuza olan etkisini araştırmaktır. Bu araştırmada yer almanız için bir defa görüşmeye alınmanız yeterli olup, araştırmada yer alacak sizin gibi gönüllülerin sayısı 60’dır. Çalışma 6 ay sürecektir.

Bu araştırmada yer almanız için ‘Kişisel Bilgi Formu’, ‘Morinsky Tedaviye Uyum Ölçeği’, ‘Liverpool Üniversitesi Antipsikotiklerin Yan Etkilerini Değerlendirme Ölçeği’, ‘Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği’ni doldurmanız yeterli olacaktır. ‘Kişisel Bilgi Formu’ sizin tanıtıcı bilgilerinizi (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çocuk sayısı, gelir durumu, çalışma durumu, mesleğiniz, birlikte yaşadığınız kişiler, aile tipiniz) içeren 11 soru; ruhsal bozukluğunuza yönelik bilgileri (hastalık süreniz, hastaneye yatış sayınız, kullandığımız ilaçlar, yaşadığınız yan etkiler) içeren 7 soru olmak üzere toplam 18 sorudan oluşmaktadır. ‘Morinsky Tedaviye Uyum Ölçeği’ tedavi uyumunuzla ilgili 4 sorudan; ‘Liverpool Üniversitesi Antipsikotiklerin Yan Etkilerini Değerlendirme Ölçeği’ 51 sorudan; ‘Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği’ ise 5 sorudan oluşmaktadır. Bu ölçeklerin doldurulma süresi yaklaşık olarak 30 dakika sürecektir.

Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 05423316731 numaralı telefondan araştırmacı Deniz Kurtaran’a başvurabilirsiniz.

Bu çalışmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle sizi araştırmadan çıkarabilir.

Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır, çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlanırsa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyorum ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı: Deniz KURTARAN

Görevi: Araştırma Görevlisi

Adresi: C.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Tel.-Faks: 05423316731

Tarih ve İmza:

Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Ek-2 KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz: (1) Kadın (2) Erkek
3. Evli ise kaç yıldır evlisiniz
4. Kaç çocuğunuz var?
5. Eğitim Durumunuz: (1) Okur-yazar (2) İlköğretim (3) Lise (4) Üniversite
6. Çalışma Durumunuz: (1) Çalışmıyorum (2) Çalışıyorum
(5) Emekli
7. Sizce gelir durumunuz: (1) Gelirim giderimi karşılıyor
(2) Gelirim giderimi karşılamıyor
(3) Gelirim giderimden fazla
8. Birlikte yaşadığınız kişiler
9. Aile tipi: (1) Çekirdek aile (2) Geniş aile (3) Parçalanmış
10. Şizofreni tanı süresi
11. Son bir yılda hastaneye yatış sayısı
12. Kaç yıldır ilaç kullanıyorsunuz
13. İlaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz?
14. Şu anda kullanılan ilaçlar neler?
15. İlaçlara bağlı yan etki yaşadınız mı? (1) Evet (2) Hayır
16. Yan etki yaşadınız ise ne yaptınız?

EK-3 MORİSKY UYUM ÖLÇEĞİ (MQSRMA)

Uyum Anketi	EVET	HAYIR
1. İlacınızı almayı unutuyor musunuz?		
2. İlacınızı zamanında almayı unutur musunuz?		
3. Kendinizi iyi hissettiğinizde ilaç almayı bırakıyor musunuz?		
4. İlaç aldığınızda kendinizi kötü hissederseniz ilaç almayı bırakır mısınız?		

EK-4 ARIZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (ACYÖ)

I KADIN FORMU

Ad-Soyad:.....

Tarih:.....

.....

Lütfen her madde için BUGÜN de dahil GEÇEN HAFTAKİ durumunuzu işaretleyin

Cinsel acıdan ne derece isteklisiniz ?

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Oldukça istekli	Cok istekli	Biraz istekli	Biraz isteksiz	Cok isteksiz	Tamamen isteksiz

Cinsel acıdan ne kadar kolay uyarılırsınız (tahrik olursunuz) ?

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Oldukça kolay	Cok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Cok zor	Oldukça zor

Vajinanız/cinsel organınız ilişki sırasında ne kadar kolay ıslanır veya nemlenir ?

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Oldukça kolay	Cok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Cok zor	Asla olmaz

Ne kadar kolay orgazm olursunuz (doyuma ulaşırsınız)?

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Oldukça kolay	Cok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Cok zor	Asla boşalamam

Orgazmınız tatmin edici midir ?

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Oldukça tatmin edici	Cok tatmin edici	Biraz tatmin edici	Pek tatmin etmiyor	Cok tatmin etmiyor	Orgazma ulaşamam

ERKEK FORMU

Ad-Sovad:

Tarih:

Lütfen her madde için BUGÜN de dahil GEÇEN HAFTAKİ durumunuzu işaretleyin

Cinsel acıdan ne derece isteklisiniz ?

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Oldukça istekli	Çok istekli	Biraz istekli	Biraz isteksiz	Çok isteksiz	Tamamen isteksiz

Cinsel acıdan ne kadar kolay uyarılırsınız (tahrik olursunuz) ?

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Oldukça zor

Penisiniz/cinsel organınız kolayca sertleşir ve bu sertliğini sürdürür mü ?

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla olmaz

Ne kadar kolay boşalılırsınız ?

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla boşalamam

Boşalmanız tatmin edici midir ?

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Oldukça tatmin edici	Çok tatmin edici	Biraz tatmin edici	Pek tatmin etmiyor	Çok tatmin etmiyor	Hiç boşalamam

EK-5 LIVERPOOL ÜNİVERSİTESİ ANTİPİSKOTİKLERİN YAN ETKİLERİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

LİVERPOOL ÜNİVERSİTESİ NÖROLEPTİKLERİN YAN ETKİLERİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Yönerge: Lütfen aşağıdaki belirtileri inceleyiniz. Bu belirtilerden geçen ay içinde ne kadar yaşadınız? Bunları uygun kutuya işaretleyiniz.

		HİÇ	ÇOK AZ	AZ	FAZLA	ÇOK FAZLA
1	Deride kırmızı lekeler					
2	Gün içinde uyku hali					
3	Burun akıntısı					
4	Rüya görmeye artış					
5	Baş ağrıları					
6	Ağız kuruluğu					
7	Göğüste şişkinlik ya da hassasiyet					
8	Uçlarda (el, ayak, kulak, burun gibi) kızarma ve morarma					
9	Konsantrasyon güçlüğü					
10	Kabızlık					
11	Saç dökülmesi					
12	İdrar renginin koyulaşması					
13	Adet sorunları					
14	Gerginlik					
15	Baş dönmesi					
16	Bulantı hissi					
17	Seks dürtüsünün artması					
18	Halsizlik					
19	Kaslarda sertleşme					
20	Çarpıntı					
21	Hatırlamada güçlük					
22	Kilo kaybı					

		HİÇ	ÇOK AZ	AZ	FAZLA	ÇOK FAZLA
23	Duygusal algılarda eksilme					
24	Cinsel doyuma(orgazm)ulaşmada güçlük					
25	Tırnak zayıflığı					
26	Depresyon(ruhsal çöküntü)					
27	Terlemede artış					
28	Ağız içinde yaralar					
29	Hareketlerde yavaşlama					
30	Ciltte yağlanma					
31	Aşırı uyuma					
32	İdrar yapmada güçlük					
33	Yüzde kızarma					
34	Kaslarda kasılma					
35	Güneş ışığına hassasiyet					
36	İshal					
37	Salya artışı					
38	Bulanık görme					
39	Kilo alma					
40	Huzursuzluk					
41	Uykuya dalmada güçlük					
42	Boyun kaslarında ağrı					
43	Titreme					
44	İğne batması veya karıncalanma hissi					
45	Eklemlerde ağrı					
46	Seks dürtüsünün azalması					
47	Olağandışı ya da yeni cilt lekeleri					

		HİÇ	ÇOK AZ	AZ	FAZLA	ÇOK FAZLA
48	Vücutta istem dışı hareketler(Örn: ayağın yukarı aşağı hareket etmesi)					
49	Ciltte kaşıntı					
50	Adet sıklığında azalma					
51	Fazla idrar yapma					

EK-6 GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU



CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Şizofreni Hastalarında Tedavi Uyumunun Antipsikotik İlaç Yan Etkileri ve Cinsel İşlev Sorunları ile İlişkisi
-----------------------	--

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı TR-58140 Merkez/Sivas
	TELEFON	0 346 219 10 10 / Dahili: 2092
	FAKS	-
	E-POSTA	gokaek2014@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Meral Kelleci
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Psikiyatri Hemşireliği
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
	DESTEKLEYİCİ	-
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yüksek lisans tezi
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/> ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/> ULUSAL <input type="checkbox"/> ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Muhittin Sönmez
İmza:



CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Şizofreni Hastalarında Tedavi Uyumunun Antipsikotik İlaç Yan Etkileri ve Cinsel İşlev Sorunları ile İlişkisi
-----------------------	--

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
	DİĞER:	<input type="checkbox"/>		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2019-01/36	Tarih: 02.01.2019		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmacı/çalışmanın gereği, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmacı/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerden gerekli izin alınarak gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi, Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Muhittin Sönmez

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E	K	E	H	E	H	
Prof. Dr. Muhittin Sönmez	Anatomi	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	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"/>	<i>Muhittin Sönmez</i>
Prof. Dr. Yalçın Karagöz	Biyoistatistik	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	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"/>	<i>Yalçın Karagöz</i>
Doç. Dr. Hatice Özer	Patoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Hatice Özer</i>
Doç. Dr. Ercan Özdemir	Fizyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	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"/>	<i>Ercan Özdemir</i>
Doç. Dr. Gülay Yıldırım	Tıp Tarihi ve Etik	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	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"/>	<i>Gülay Yıldırım</i>
Doç. Dr. Binnur Bağcı	Beslenme ve Diyetetik	Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Binnur Bağcı</i>
Dr. Öğret. Üyesi Mehmet Ataş	Farmasötik Mikrobiyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi	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"/>	<i>Mehmet Ataş</i>
Dr. Öğret. Üyesi Engin Altınkaya	İç hastalıkları	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	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"/>	<i>Engin Altınkaya</i>
Dr. Öğret. Üyesi Melih Ülgey	Protetik Diş Tedavisi	Cumhuriyet Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi	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"/>	<i>Melih Ülgey</i>

*: Toplantıda bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Muhittin Sönmez
İmza:

EK-7 KURUM İZİN FORMU



T.C
SAĞLIK BAKANLIĞI
SİVAS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
SİVAS NUMUNE HASTANESİ

Sayı : 93848782/799
Konu : Anket Çalışması Talebi



Sayın; Deniz KURTARAN

Hastanemizde yapmayı planladığımız, 'Şizofreni Hastalarında Tedavi Uyumunun Antipsikotik İlaç Yan Etkileri ve Cinsel İşlev Sorunları İle İlişkisi' başlıklı anket çalışmasını 15.02.2019-15.04.2019 tarihleri arasında hastanemizde uygulamanız uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Op. Dr. Emin Ertan TEMİZÖZ

Başhekim

Evrak Tarih ve Sayısı: 13/02/2019-18121



T.C.
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi
Başhekimliği

Sayı : 93596471-010.99-E.18121
Konu : Anket Uygunluğu

13/02/2019

Sayın; Deniz KURTARAN-

İlgi : 08.02.2019 tarihli dilekçeniz.

İlgi tarihli dilekçenizde belirtilen hususlar değerlendirilmiş olup, "*Şizofreni Hastalarında Tedavi Uyumunun Antipsikotik İlaç Yan Etkileri ve Cinsel İşlev Sorunları İle İlişkisi*" konulu tez çalışmasının anketlerini belirtilen tarihler arasında hastanemiz Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanlığı bünyesinde anket yapılacak kişilerinde onayının alınması şartıyla yapılması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır

Prof.Dr. Ömer Tamer DOĞAN
Başhekim

Evrak Doğrulamak İçin : <http://193.140.145.81/en/Vision/Dogrula/843J5K9>

Adres : Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Kampüsü 58140 Sivas
Telefon : 0 346 2581326 Belgegeçer : 0 346 258 0024
e-Posta : hastaneyazisleri@cumhuriyet.edu.tr Elektronik Ağ :
www.cumhuriyet.edu.tr

Bilgi için : Elif KILIÇ
Unvanı :



EK-8 ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : Deniz KURTARAN
Doğum Tarihi : 10.02.1992
Doğum Yeri : Bingöl
Uyruğu : T.C.
Adres : Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü B/Blok Kat:3 Oda No:5
Tel : 05423316731
İş Tel : 03462191010/2940
E-mail : denizkurtaran@cumhuriyet.edu.tr

Eğitim ve Akademik Durum

Lise : Bingöl Karşıyaka (Anadolu) Lisesi (2007-2011)
Lisans : Malatya İnönü Üniversitesi S.B.F Hemşirelik Bölümü (2011-2015)
Yüksek Lisans : Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı (2016-2019)
Unvan : Araştırma Görevlisi

İş Deneyimi

Karlıova İlçe Devlet Hastanesi, Hemşire, 2015- 2016
Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Araştırma Görevlisi, 2016 -

Yabancı Dil Bilgisi

İngilizce : Orta Derece (YDS: 71,25- 2016 Sonbahar)