



T.C.

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ANTİPSİKOTİK KULLANAN HASTALARDA İLAÇ YAN ETKİLERİNİN
TEDAVİYE UYUM ÜZERİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Elvan SAĞLAM

Yüksek Lisans Tezi

Düzce Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Fatma EKER

Düzce
2011

KABUL VE ONAY

**Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı Çerçevesinde yürütülmüş olan
“Antipsikotik Kullanan Hastalarda İlaç Yan Etkilerinin Tedaviye Uyum Üzerine Etkisinin
Değerlendirilmesi”**

adlı çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

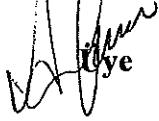
Tarihi: 09 / 09 / 2011

TEZ SINAV JÜRİSİ



Yrd.Doç.Dr.Fatma EKER
Düzce Üniversitesi
Başkan

DoçDr.Adnan ÖZÇETİN
Düzce Üniversitesi



Üye

Yrd.Doç.Dr.Celalettin İÇMELİ
Düzce Üniversitesi

Üye



Yukarıdaki Tez, Yönetim Kurulunun 22 / 09 / 2011 tarih ve 47 sayılı kararı ile kabul edilmiştir.



Yrd.Doç.Dr.Talat BAHÇEBAŞI
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince her türlü yardım ve desteği esirgemeyen, tecrübesi ve bilgisi ile bana daima yol gösteren, tez danışmanı olarak beni yönlendiren değerli hocam Yrd.Doç.Dr. Fatma Eker'e saygı ve şükranlarımı sunarım. Tezimin hazırlanması ve düzenlenmesi aşamasında destek olan ve birlikte çalışmaktan her zaman kıvanç duyduğum Abant İzzet Baysal Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalındaki değerli hocalarıma ve ekip arkadaşlarıma ayrıca çalışmamdaki katkılarından dolayı İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde çalışan hemşire arkadaşlarıma teşekkür ederim. Araştırmaya katılan bireylere çalışmaya gösterdikleri duyarlılıktan dolayı teşekkür ederim. Yüksek lisans eğitimim boyunca her türlü sıkıntımı paylaşan, üzüldüğümde benimle üzülen, sevdiğimde benimle sevinen aileme ve desteğini her zaman yanımda hissettiğim sevgili eşime teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

ANTİPSİKOTİK KULLANAN HASTALARDA İLAÇ YAN ETKİLERİNİN TEDAVİYE UYUM ÜZERİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Elvan Sağlam

Yüksek Lisans Bitirme Tezi, Hemşirelik Anabilim Dalı

Tez Danışmanı Yrd. Doç. Dr. Fatma EKER

Ağustos 2011, 92 sayfa

Bu çalışma antipsikotik kullanan hastalarda ilaç yan etkilerinin tedaviye uyum üzerine etkisinin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı ve analitik olarak yapıldı. Araştırmanın evrenini Bolu il sınırları içinde yaşayan, şizofrenik bozukluk ve bipolar affektif bozukluk tanısı ile ayaktan takip edilen 507 hasta, örneklemini basit rastgele örnekleme yöntemiyle seçilen 120 hasta oluşturdu. Antipsikotiklere bağlı yan etkiler Liverpool Üniversitesi Nöroleptiklerin Yan Etkilerini Değerlendirme Ölçeği (LÜNYED) ile, hastaların tedaviye uyumu Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği, McEvoy Tedavi İzlem Formu, Nöroleptik Tedaviye Katılım Ölçeği, ilaç dozunu kendiliğinden değiştirme ve ilacı kendiliğinden bırakma durumundan oluşan beş alt kategoriden oluşan değerlendirme şeması ile değerlendirildi. Verilerin istatistiksel analizinde ki kare, student t testi, Mann-Whitney U, ANOVA, korelasyon katsayısı ve lojistik regresyon analizi kullanıldı.

Araştırma sonucunda; hastaların ilaç yan etkileri ve ilaç yan etkilerinin yönetimi konusunda eğitilmediği, ilaç yan etkisi nedeniyle ilaç dozunu azaltanların oranının %36.9, ilaçlarını tamamen bırakanların ise %24.3 oranında olduğu belirlendi. Kadın hastalarda hormonal, depo form ilaç kullanmayanlarda otonomik yan etkiler daha fazlaydı. Hastaların %75.0'inin tedaviye uyumsuz olduğu, LÜNYED Ölçeğine göre çoğunluğunun (%45.8) yan etkileri orta şiddette yaşamakta oldukları, bazı yan etkilerin tedaviye uyumsuzluğu arttırdığı görüldü. Tedaviye uyumsuzluğun bağımlı değişken olarak alındığı lojistik regresyon analizinde ağız kuruluğu olanlarda olmayanlara göre 13.9 kat, aşırı uyuma yan etkisi yaşayanlarda yaşamayanlara göre 9.4 kat tedaviye uyumsuzluk riskinin fazla olduğu belirlendi. Araştırmada elde edilen bulgular doğrultusunda antipsikotik kullanan hastaların ilaç yan etkileri konusunda eğitilmesi, ilaç yan etkilerinin yönetimi konusunda verilecek eğitime hastayla birlikte ailenin de dahil edilmesi, ağız kuruluğu ve aşırı uyuma yan etkilerini yaşayan hastaların tedaviye uyumsuzluk açısından yakından takip edilmesi, hastaların yan etkiler nedeniyle ilaç dozunu kendiliğinden azaltıp azaltmadıklarının ya da ilaçları bırakıp bırakmadıklarının

araştırılması, kadın hastaların hormon takiplerinin dzenli yapılması ve oluşabilecek değişiklikler konusunda bilgilendirilmesi ve ilaç yan etkilerinin yonetimi konusunda prosedürlerin oluşturulması önerildi.

Anahtar Kelimeler: Antipsikotikler, hemşirelik, ila yan etkileri, tedaviye uyumsuzluk.

ABSTRACT

EVALUATION OF DRUG SIDE EFFECTS ON MEDICATION ADHERENCE IN PATIENTS USING ANTIPSYCHOTICS

Elvan Sağlam

Master Thesis, Department of Nursing

Supervisor Assist. Prof. Fatma Eker

August 2011, 92 pages

This study has been done to evaluate the drug side effects onto the adherence in patients using antipsychotic medication. Study has been designed as descriptive and analytic manner. The population of the study was constituted of 507 outpatient with schizophrenia or bipolar affective disorder who live in Bolu province, the sample of study was composed of 120 patients who selected using simple random sampling method. Side effects related to antipsychotics were assessed with Liverpool University Neuroleptic Side Effect Rating Scale (LUNSERS), patient adherence to medication was assessed with a evaluation scheme with five subcategories including; Medication Adherence Rating Scale (MARS), McEvoy Treatment Observation Form, Adherence to Neuroleptic Treatment Scale (ANT), changing medication dose by oneself and stopping medication by oneself. The statistical analyze of datas were performed with chi-square test, student t-test, Mann-Whitney U test, ANOVA, correlation coefficient and logistic regression.

As results of study, it was determined that patients have not been educated about drug side effects and management of these side effects. The ratio of the patients who were reduced the medication dose because of the side effects was %36,9 while the ratio of the patients who stopped medication was %24.3. Hormonal side effects were more common in women and autonomic side effects were more common in patients who were not using depot medication. It was observed that %75.0 of the patients were non-adherent to medication, %45.8 of patients were having problem due to side effects according to LUNSERS, some side effects caused non-adherence to medication. In logistic regression analysis, non-adherence risk was 13.9 times higher in patients with mouth dryness and 9.4 times higher in patients with hypersomnia when compared to patients without. It was concluded that, patients should have an education about drug side effects, patients' family along with patient should have been include to the education about management of side effects, It was recommended that close follow up of the patients with mouth

dryness and hipersomnia, investigation of reducing the dose or stopping medication because of the side effects by themselves, regular hormonal follow up of women patients and education about inevitable effects and create procedures about management of side effects.

Key Words: Antipsychotics, drug side effects, non-adherence, nursing.

İÇİNDEKİLER

SİMGELER VE KISALTMALAR	ix
TABLolar LİSTESİ	X
1. GİRİŞ 1	
1.1. PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ.....	1
1.2.ARAŞTIRMANIN AMACI	4
2.GENEL BİLGİLER 5	
2.1.TEDAVİYE UYUM/UYUMSUZLUK.....	5
2.1.1. Tanım	5
2.1.2. Tedaviye Uyumun Ölçülmesi.....	6
2.1.3. Tedaviye Uyumsuzluğun Nedenleri.....	7
2.1.3.1.Hastaya İlişkin Faktörler	7
2.1.3.2.Hastalığa Bağlı Etkiler	7
2.1.3.3.Tedavi Ekibi İle İlgili Faktörler.....	9
2.1.3.4.Tedaviye İlişkin Faktörler	9
2.2.Antipsikotik İlaçların Yan Etkileri	9
2.2.1.Nöropsikiyatrik Yan Etkiler.....	10
2.2.1.1Ekstraprimidal Yan Etkiler(EPS)	10
2.2.1.1.1.Akut distoni	10
2.2.1.1.2.Akatizi.....	10
2.2.1.1.3.Parkinsonizm	11
2.2.1.1.4. Geç (tardiv) Diskinezi (TD)	11
2.2.1.1.5.Tavşan Sendromu.....	11
2.2.1.1.6.Geç Distoni:	12
2.2.1.2.Malign Nöroleptik Sendrom:.....	12
2.2.1.3. Sedasyon ve Devinimde Yavaşlama.....	13
2.2.1.4.Epilepsi Eşiğinin Düşmesi.....	13
2.2.2.Antikolinerjik Yan Etkiler	13
2.2.2.1.Çevresel antikolinerjik etkiler	13
2.2.2.2.Merkezi antikolinerjik etkiler	14
2.2.3.Dolaşım Sistemi Yan Etkileri.....	14
2.2.3.1.Ortostatik Hipotansiyon	14
2.2.3.2.Aritmi	14
2.2.3.3.Hiperlipidemi	14
2.2.4.Endokrin Sistem Yan Etkileri	14
2.2.4.1.Prolaktin Yükselmesi.....	14
2.2.4.2.Glukoz Tolerans Testinde Bozulma ve Diabetes Mellitus	15
2.2.5.Cinsel İşlev Bozukluğu	15
2.2.6.Hiponatremi	15
2.2.7.Hipersalivasyon	15
2.2.8.Diğer Yan Etkiler.....	16
2.3. ANTİPSİKOTİK KULLANAN HASTALARIN HEMŞİRELİK BAKIMI	16
2.3.1.Hemşirelik Süreci.....	18

2.3.1.1. Veri Toplama	18
2.3.1.2. Tanılama	19
2.3.1.3. Planlama	20
2.3.1.4. Uygulama.....	20
2.3.1.5. Değerlendirme.....	21
3. GEREÇ VE YÖNTEM 23	
3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ	23
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER	23
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ	23
3.4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ	24
3.5. ARAŞTIRMANIN SORULARI	25
3.6. VERİLERİN TOPLANMASI.....	25
3.6.1. Veri Toplama Araçları	25
3.6.1.1. Hastanın Tanıtım Formu	25
3.6.1.2. Nöroleptik Tedaviye Katılım Ölçeği (ANT).....	25
3.6.1.3. Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği (MARS)	25
3.6.1.4. McEvoy Tedavi İzlem Formu.....	26
3.6.1.5. Liverpool Üniversitesi Nöroleptiklerin Yan Etkilerini Değerlendirme Ölçeği	26
3.6.2. Araştırmanın Uygulanması	27
3.7. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ	28
3.8. VERİLERİN ANALİZİ.....	28
3.9. ARAŞTIRMANIN ETİĞİ	29
4. BULGULAR 30	
4.1. HASTALARIN DEMOGRAFİK VE HASTALIKLA İLGİLİ ÖZELLİKLERİ	30
4.2. ARAŞTIRMAYA KATILAN HASTALARIN TEDAVİYE UYUMLARI.....	35
4.3. ANTİPSİKOTİK KULLANAN HASTALARDA İLAÇ YAN ETKİLERİ	38
4.4. ANTİPSİKOTİKLERE BAĞLI GELİŞEN YAN ETKİLERİN TEDAVİYE UYUM ÜZERİNE ETKİSİ	49
5. TARTIŞMA 52	
5.1. HASTALARIN DEMOGRAFİK VE HASTALIKLA İLGİLİ ÖZELLİKLERİ	52
5.2. ARAŞTIRMAYA KATILAN HASTALARIN TEDAVİYE UYUMLARI.....	53
5.3. ANTİPSİKOTİK İLAÇLARIN YAN ETKİLERİ.....	55
5.4. ANTİPSİKOTİKLERE BAĞLI GELİŞEN YAN ETKİLERİN TEDAVİYE UYUM ÜZERİNE ETKİSİ.....	56
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER 60	
6.1. SONUÇLAR	60
6.2. ÖNERİLER	60
7. KAYNAKLAR 62	
EKLER 71	
EK I_BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU	71
EK II_SOSYODEMOGRAFİK SORU FORMU.....	73
EK III_TIBBİ TEDAVİYE UYUM ORANI ÖLÇEĞİ (MARS)	78
EK IV_MCEVOY TEDAVİ İZLEM FORMU	79
EK V_NÖROLEPTİK TEDAVİYE KATILIM ÖLÇEĞİ (ANT).....	80

EK VI LİVERPOOL ÜNİVERSİTESİ NÖROLEPTİKLERİN YAN ETKİLERİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ	86
EK VII ARAŞTIRMA İZİN YAZILARI	89
EK VIII ETİK KURUL ONAYI	90

SİMGELER VE KISALTMALAR

ANT : Nöroleptik Tedaviye Katılım Ölçeği

BAB : Bipolar Affektif Bozukluk

DAI: Drug Attitude Inventory

EKG: Elektrokardiyografi

LÜNYEDÖ: Liverpool Üniversitesi Nöroleptiklerin Yan Etkilerini Değerlendirme Ölçeği

n : Olgu Sayısı

MARS : Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği

p : Anlamlılık Düzeyi

R: Korelasyon katsayısı

sd: Serbestlik derecesi

SS : Standart Sapma

t : T Testi

TD: Tardiv Diskinezi

UKU:Yan etki değerlendirme ölçeği(Udvalg for Kliniske Undersagelser)

WHO : Dünya Sağlık Örgütü

x²: Ki kare testi

\bar{X} : Ortalama

% : Yüzde işaret

TABLolar LİSTESİ

TABLO 3.1. LİVERPOOL ÜNİVERSİTESİ NÖROLEPTİKLERİN YAN ETKİLERİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİNDE CRONBACH ALPHA(A)SONUÇLARI	27
TABLO 4.1.1. ARAŞTIRMAYA KATILAN BİREYLERİN TANITICI ÖZELLİKLERİ	30
TABLO 4.1.2. ARAŞTIRMAYA KATILAN HASTALARIN TANILARI VE KULLANILAN İLAÇLAR	31
TABLO 4.1.3. HASTALARIN HASTALIK VE TEDAVİLERİ İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİ	32
TABLO 4.1.4. HASTALARIN İLAÇLAR HAKKINDA ALDIKLARI EĞİTİMİ İLİŞKİN ÖZELLİKLER	33
TABLO 4.1.5. SAĞLIK PERSONELİ TARAFINDAN İLAÇ TEDAVİSİ İLE İLGİLİ BİLGİ VERİLEN KONULAR	34
TABLO 4.2.1.ARAŞTIRMAYA KATILAN HASTALARIN TEDAVİYE UYUMLARI İLE İLGİLİ BAZI ÖZELLİKLERİ 35	
TABLO 4.2.2.ARAŞTIRMAYA KATILAN HASTALARIN TEDAVİYİ KENDİLİĞİNDEN BIRAKMA NEDENLERİ 36	
TABLO 4.2.3 KENDİLİĞİNDEN İLAÇ DOZUNU AZALTAN HASTALARIN İLAÇ DOZUNU AZALTMA NEDENLERİ	37
TABLO 4.2.4.ARAŞTIRMAYA KATILAN HASTALARIN TEDAVİYE UYUM DURUMLARI	37
TABLO 4.3.1.ARAŞTIRMAYA KATILAN HASTALARIN LÜNYED ÖLÇEĞİ ALT GRUP DAĞILIMLARI	38
TABLO 4.3.2 LÜNYED ÖLÇEĞİ ALT BOYUTLARINA GÖRE YAN ETKİ ŞİDDETİ.....	39
TABLO 4.3.3. ARAŞTIRMAYA KATILAN HASTALARIN SON BİR AY İÇİNDE YAŞADIKLARI YAN ETKİ ŞİDDETİNE GÖRE DAĞILIMI	42
4.3.4. ARAŞTIRMAYA KATILAN HASTALARIN CİNSİYETİNE GÖRE LÜNYED ÖLÇEĞİ TOPLAM- ALT ÖLÇEK PUANLARI KARŞILAŞTIRILMASI	43
TABLO 4.3.5. KLASİK ANTİPSİKOTİK KULLANMA DURUMUNA GÖRE LÜNYED ÖLÇEĞİ TOPLAM- ALT ÖLÇEK PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI	44
TABLO 4.3.6. ATİPİK ANTİPSİKOTİK KULLANMA DURUMUNA GÖRE LÜNYED ÖLÇEĞİ TOPLAM- ALT ÖLÇEK PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI	45
TABLO 4.3.7. DEPO FORM İLAÇ KULLANMA DURUMUNA GÖRE LÜNYED ÖLÇEĞİ TOPLAM- ALT ÖLÇEK PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI	46
TABLO 4.3.8. EĞİTİM ALMA DURUMUNA GÖRE LÜNYED ÖLÇEĞİ TOPLAM- ALT ÖLÇEK PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI	47
TABLO 4.3.9. LÜNYED ÖLÇEĞİ TOPLAM PUANI İLE YAŞ, HASTALIK SÜRESİ, HASTANEYE YATIŞ SAYISI, İLAÇ KULLANMA SÜRESİ VE GÜNDE ALINAN İLAÇ SAYISI ARASINDAKİ İLİŞKİ.....	48
TABLO 4.4.1 ARAŞTIRMAYA KATILAN HASTALARDA GÖRÜLEN YAN ETKİLERE GÖRE UYUM DURUMUNUN KARŞILAŞTIRILMASI.....	49
TABLO 4.4.2.TEDAVİYE UYUMUN BAĞIMLI DEĞİŞKEN OLARAK ALINDIĞI LOJİSTİK REGRESYON ANALİZİ	51

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Ruh sağlığı, kişinin kendisiyle, çevresini oluşturan kişilerle ve toplumla barış içinde olması, sürekli denge, düzen ve uyum sağlayabilmek için gerekli çabayı sürdürmesi olarak tanımlanabilir^{1,2}. Ruhsal bozukluk ise, bireyin kendisine ve toplumun beklentilerine cevap verme yeteneğinin kaybolduğu, ruhsal dengesinin bozulduğu bir durumdur ve kısaca “yaşama kötü uyum” olarak tanımlanmaktadır^{3,4}.

Ruhsal bozukluk yaş, cinsiyet, ırk ayrımı gözetmeksizin bütün toplumlarda görülebilmektedir. Ruh sağlığı ile ilgili sorunlar sık görülmeleri, yeti yitimi ile sonuçlanabilmeleri ve ekonomik kayıplara neden olabilmeleri nedeniyle toplumsal açıdan büyük bir öneme sahiptir. Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) göre küresel düzeyde hastalık yükünün %12.3'ünü ruh sağlığı ile ilgili sorunlar oluşturmaktadır⁵. WHO'nun 2001 Dünya Ruh Sağlığı Raporu verilerine göre 450 milyon kişi ruhsal, nörolojik bozukluklar, alkol ve madde kötüye kullanımına bağlı psikososyal problemler yaşamaktadırlar. Her dört kişiden biri ruhsal ya da nörolojik hastalık geçirme riski ile karşı karşıyadır. Birçok ülkede yapılan toplum taramaları incelendiğinde, psikiyatrik hastalıkların sanılandan çok daha yaygın olduğu görülmektedir⁶.

Türkiye Ruh Sağlığı Profili sonuçlarına göre, ruhsal hastalıklar toplumun % 17.2'sinde görülmektedir^{2,7}. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2005 yılında 15 ülke verileri ile yaptığı bir çalışmada da Türkiye'de psikiyatrik rahatsızlıkların toplumun %16.4'ünde görüldüğü saptanmıştır. Ülkemizde şizofreni gibi ağır ruhsal hastalığı olan 500.000'den fazla kronik ruhsal hastanın olduğu, en az 5-6 milyon bireyin de tedavi gerektiren orta derecede ruhsal bozukluğu olduğu tahmin edilmektedir^{3,6}.

Kronik ruhsal hastalıklarda ilaç tedavisine uyumsuzluk, çoğu zaman sağlık kurumlarına zaman ve enerji kaybı, aileye ve topluma da ekonomik yük olarak yansımaktadır. Psikiyatri hastalarının sağlık kurumlarını tekrarlı kullanmaları ve tedavinin getirdiği ekonomik yük yadsınamaz büyüklüktedir. Bu nedenle ilaç tedavisine uyumsuzluk aynı zamanda bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir. İlaç tedavisine uyumun sağlanması kayıpları azaltacağı gibi, hastaların yaşam kalitesinin de artmasını sağlayacaktır⁸.

İlaç tedavisindeki gelişme ve ilerlemelere rağmen bu ilerlemenin pratiğe her zaman aynı oranda yansımadağı görülebilmektedir. Bunun önde gelen nedenlerinden birisi

hastanın önerilen tedaviyi sürdürmedeki uyumsuzluğudur. Tedaviye uyumsuzluk, ilacın doktor tarafından önerilen dozda kullanılmaması, ilacın kullanım zamanlarına uyulmaması ya da tedavinin erken kesilmesi nedeniyle ortaya çıkan bir durumdur. İlaç uygulaması şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarda tedavinin temel unsurudur. Genel olarak psikiyatri hastalarının tedaviye uyumuna ilişkin çalışmalarda bu oranın düşük olduğu ve hastaların önerilen tedaviye uyma oranlarının yaklaşık %40-%65 arasında değişmekte olduğu bildirilmektedir^{9,11}.

Psikiyatrik hasta gruplarında tedaviyi sürdürmeme psikotik hastalarda %70- 80'e kadar çıkabilmektedir^{12,13}. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarda, olguların üçte ikisi tedaviye tam ya da kısmi uyumsuzluk nedeniyle hastaneye yeniden yatmak zorunda kalmaktadır^{14,15}. 12 yıllık bir izlem çalışmasında, şizofreni hastalarında hasta başına ortalama 10 yatış saptanmıştır^{16,17}. İlk yatıştan sonraki 1 yıl içinde, tedaviye uyumsuzluk sebebiyle % 40 oranında alevlenme görülmüştür^{14,15}. Türkiye'de yapılan çalışmalarda da tedaviye uyumsuzluğun, şizofrenide alevlenmenin belirleyicilerinden biri olduğu ortaya konmuştur^{18,19}.

Psikotik bozukluklarda ataktan sonra düzenlenecek olan idame tedavisinin nüks riskini azalttığı bilinmektedir. Genellikle idame tedavisi sırasında daha sık karşılaşılan uyum sorunu, hastalığın seyrinde erken dönemde alevlenmelere neden olarak prognozu olumsuz yönde etkilemektedir. Buna rağmen tedaviye uyumsuzluk klinik uygulamalarda çok sık karşılaşılan ve hastanın tekrar yatırılmasını gerektirebilen önemli bir sorundur²⁰. İlaç tedavisine uyumsuzluğun nedenleri arasında, kişinin hastalığa karşı içgörüsünün olmaması veya yetersiz olması, hastanın psikotik düzeydeki psikopatolojisi, ilaç kullanımına karşı hastanın yaşadığı şüpheli tavır ve korkular, hastalığın seyri gibi doğrudan kişinin mevcut hastalığına özgü durumlar sayılabilir. Ayrıca ilaçlara bağlı ortaya çıkan yan etkiler, tedavi rejimine uymada yaşanan sorunlar, sosyal ve çevresel desteğin yetersiz olması, ekonomik güçlükler, tedaviye karşı yetersiz bilgilendirme veya tedaviyi yanlış yorumlama, bölgenin ve hastanenin şartları, hastanın ve çevresinin ilaç tedavisine ve ruhsal hastalığa karşı tutumu, ilaç kullanımının toplumsal hayatta yarattığı düşünülen güçlükler, kültürel inançlar, tedavi konusunda görülen baskı gibi etkenler de tedaviye uyumda belirleyici rol oynamaktadır^{20,21}. İlaçlara bağlı gelişen yan etkilerin tedaviye uyumdaki etkisi göz ardı edilmemelidir.

Antipsikotik kullanan hastalar bazen yan etkilerin farkında olmayabilirler ve hatta geri dönüşümsüz (geç diskinezi gibi) yan etkiler gelişebilir. Hastada gelişen yan etkilerin erken tanınması sağlık personelinin özellikle de hemşirelerin sorumluluğundadır²². Gray çalışmasında antipsikotik ilaç alan hastalara bakım veren hemşirelerin ayda en az bir yan etki yaşayan hasta oranını %80 olarak belirlediğini, yine aynı çalışmada tipik antipsikotiklerle tedavi edilen hastaların %75'inden fazlasının ekstrapiramidal yan etkiler yaşadığını ve bunu ilaç uyumsuzluğunun ana nedenlerinden biri olarak bulduğunu bildirmiştir²³. Yan etkileri erken fark etmek ve uygun girişimlerde bulunmak, tedavinin beklenen yararları ve olası yan etkiler hakkında hastaya eğitim vermek ve hasta ile işbirliğine dayalı ilişki kurmak ilaç uyumunu arttırmak açısından önemli görülmektedir^{24,25}. Aker ve arkadaşlarının bir çalışmasında da yan etkiler nedeni ile görülen ilaç uyumsuzluğu yaklaşık %40 oranında ikinci sırada yer almıştır²¹.

Tedavinin erken dönemlerinde ortaya çıkan akut distoni, akatizi ve akinezi gibi yan etkiler tedaviye uyumu etkilemektedir. Ayrıca nöroleptiklerin yol açtığı defisit sendromu yaşayanlar uyumsuzluk için özel bir risk grubu oluşturmaktadır. Sedasyon bireyin yerine getirmesi gereken alanlardaki işlevselliğini bozması nedeni ile bireyde uyumsuzluğa yol açabilmektedir. Libido kaybı, erektil disfonksiyon, retrograd ejakülasyon, anorgazmi gibi cinsel işlev sorunları %80 oranında gözlenmekte, bireyin bu tür yan etkilere maruz kalması hem psikozunu alevlendirebilmekte, hem de bu sebepten dolayı ilacı bırakmasına neden olabilmektedir. Kilo alımı da uyumu olumsuz yönde etkileyen diğer bir nedendir^{20,26-28}.

Hemşireler çoğunlukla hasta, hasta ailesi ve tedavi ekibi arasında bir köprü durumundadır. Bu nedenle ilaç tedavisi konusundaki sorumlulukları ve rolleri artmaktadır. Psikofarmakolojik tedavilerde hemşirenin, tanılamaya yönelik veri toplama, hasta ve tedavi ekibi arasında işbirliği sağlayarak tedavi programını düzenleme, tedaviyi uygulama ve tedaviye devamı sağlama konularında sorumlu olduğu bu nedenle ilaç yan etkileri konusunda dikkatli olması gerektiği bildirilmektedir³⁰.

Psikiyatri hemşireliği alanında son yıllarda ülkemizde tedaviye uyum konusunda yapılan çalışmalarda artış görülmektedir. Yapılan çalışmaların daha çok tedaviye uyumu etkileyen bilişsel süreçler üzerine odaklandığı, verilen eğitimin tedaviye uyumu üzerine etkisinin incelendiği görülmektedir. Oysa tedaviye uyumu oldukça fazla etkilediği bildirilen ilaç yan etkileri konusunda sadece bir çalışmaya rastlanmıştır. İncelenen çalışma da yan etkiler kullanılan ölçeğin alt boyut puanlarıyla

değerlendirilmiş olup tedaviye uyum konusunda da tek bir ölçeğin puanı dikkate alınmıştır. Oysa uygulamada özellikle hangi yan etkinin tedaviyi olumsuz yönde etkilediğini, ne oranda etkilediğini bilmek tedaviyi programlamak açısından önemlidir.

Psikiyatri hemşiresinin psikotik bozukluğu olan bireylerle çalışırken kullanabileceği etkin model ve yöntemlerin gelişmesi açısından konunun incelenmeye ve araştırmalarla ele alınmasına gereksinim olduğu düşünülmektedir. Hasta ve aileleri ile birebir iletişim kuran hemşirelerin bu konu da duyarlılığının artırılması sonucunda bireye özelleşmiş bütüncül bakım sunabileceği düşünülmektedir.

1.2.Araştırmanın Amacı

Bu araştırma antipsikotik kullanan hastalarda ilaç yan etkilerinin tedaviye uyum üzerine etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Tedaviye Uyum/Uyumsuzluk

2.1.1. Tanım

Uyum, hastanın tedavisine katılımını gösteren ve pek çok faktörden etkilenen bir fenomendir³¹. Bu tanım; yalnızca reçete edilen ilaçların kullanımı şeklinde dar bir alanla sınırlı kalmayıp, hastanın klinisyenin tüm önerilerine davranış boyutunda uyum göstermesi şeklinde geniş bir alanı kapsamaktadır¹⁵. Tedaviye uyum (compliance) sözcük anlamı olarak “uyuma”, “itaat”, “rıza” anlamına gelmektedir ve hastanın kendisini tedavi eden hekimin klinik önerilerine uymasındır. Tedaviye uyuma eşdeğer olan katılım (adherence), sürdürüm (maintenance), işbirliği (partnership), kendini ayarlama (self regulation) gibi sözcüklere bakıldığında da tedaviye uyumun özellikleri ve doğası ortaya çıkmaktadır³².

Tedaviye uyum konusunda farklı birçok tanımlama yapılmıştır. Sofuoğlu ve ark.'ın çalışmalarında belirttiği gibi “tedaviye uyum” gözlenen davranış etkisinin, tedavinin beklenen standardına oranı olarak ifade edilir³³. Bu terim sadece farmakolojik tedaviye uyumu değil, tedaviye karışan bütün diğer faktörlere uyumu da içine alır. Bunlar; tedavinin başlatılmasına istekli olma, tedavi planına uyma, tedavi randevularına uymadır. Uyum, vücutta etki yapan, biyolojik bir faktör değildir; ancak uyum sağlanamazsa tedavinin başarısızlıkla sonuçlanmasına neden olan önemli bir etkidir. Bu açıdan, hastanın tedaviye uyumu, doğru tanı konması, tedavinin doğru ve zamanında başlanması kadar önem taşımaktadır³⁴.

Tedaviye uyumsuzluk; reçete edilen ilaçları kullanmamak ya da düzensiz kullanmak, reçete edilmeyen ilaçları kullanmak, randevuları kaçırmak, takiplere devam etmemek ve buna benzer diğer davranışlarda bulunmak şeklinde birçok boyutta karşımıza çıkmaktadır¹⁵. Tedaviye uyumsuzluk tanımı konusunda da farklı görüşler vardır. Cameron'un çalışmasında belirttiğine göre; Gordon uyumsuzluğu “başlangıçta uyum niyeti gösterdikten sonra, bakım planının yürütülmesinde başarısızlık” olarak tanımlar³⁵. Hussey ve Gilliland ise iki tip uyumsuzluk tanımlamışlardır:

- a. Mevcut durum ya da hastalığın yetersiz anlaşılması (bilinçsiz uyumsuzluk)
- b. Tedaviye uymamak ya da başka tedavi yöntemleri bulmak için hasta tarafından bilinçli seçim yapılması (bilinçli uyumsuzluk).

Genel olarak tedaviye uyumsuzluk; ilacın doktor tarafından önerilen dozda kullanılmaması, ilacın kullanım zamanlarına uyulmaması ya da tedavinin erken kesilmesi nedeniyle ortaya çıkan ve hastalığın prognozunu doğrudan etkileyen önemli bir durum olarak tanımlanmaktadır⁹.

2.1.2. Tedaviye Uyumun Ölçülmesi

Uyum oranlarının ölçümünde iki önemli sorunla karşılaşmaktadır. İlki "uyum" teriminin her çalışmada ortak tanımlanmış bir kavram olmayışı, ikincisi uyumu ölçmede geçerli bir yol olmamasıdır. Bu konuda yapılan çalışmalarda veri toplama yöntemleri, objektiflik, doğruluk, güvenilirlik ve duyarlılık açısından farklılıklar bulunmakta; bu da uyum problemlerinin karşılaştırılmasında sorun olmaktadır²³.

Hastaların ilaç tedavisine uyumunun değerlendirilebilmesi için birçok yöntem vardır. Bunlar, hasta ile görüşme sonucu hastadan alınan veriler, klinisyenin tutumu, tablet sayma, elektronik ilaç izleme, kan ve idrarda ilaç düzeyine bakma gibi yöntemlerdir. Hasta ile görüşmede klinisyenin değerlendirmesi, hastanın uyumunun olduğundan daha kötü düzeyde aşırı değerlendirmeye yol açabileceği önemle vurgulanmaktadır. Yapılan çalışmalarda da primer bakım vericilerin ya da doktorların uyum anlamında zayıf belirticiler olduğunu ve genel olarak konuyu olduğundan fazla tahmin ettiklerini ortaya koymaktadırlar³⁶. İlaç sayımları teknik olarak güçtür³⁷.

Laboratuvarlarda yapılan testler çoğu zaman tek basına yetersizdir. Bu nedenle hasta ile doğrudan yüz yüze görüşme yöntemi, tercih edilen bir yöntem olmaktadır^{38,39}. George ve arkadaşlarının, trisiklik antidepresan kullanan hastalarda uyumu ölçmede dört farklı yöntemi karşılaştırdıkları bir çalışmada, uyumu ölçmek için elektronik izlem ve hastanın öz bildirim sonuçlarının, ilaç sayma ve ilaç kan düzeyi ölçümü sonuçlarına göre uyumu ölçmede daha geçerli olduğunu bulmuşlardır³⁸.

Psikiyatrik araştırmalarda hastaların ilaç tedavisine uyumunu ölçmek için birçok ölçek geliştirilmiştir. Hogan ve ark. uyum üzerine yüksek tahmin edici değeri olduğu gösterilen Drug Attitude Inventory (DAI) adında davranış skalası geliştirmişlerdir⁴⁰. Kampman ve ark. tarafından Nöroleptik Tedaviye Katılım Ölçeği (ANT) oluşturulmuştur³¹. Thompson ve ark. ilaç uyumunu ölçen yeni Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Skalası (MARS) adında bir anket formu geliştirilmiş ve Koç ve ark. tarafından ülkemizde geçerlik güvenilirlik çalışması yapılmıştır^{39,36}. Uyumla ilgili bazı çalışmalarda ise hasta ilaçlarını önerilen reçetedeki gibi alıyorsa uyumlu, reçetedekinden az alıyorsa

ya da hiç almıyorsa uyumsuz olarak tanımlanmıştır^{41,36}.

2.1.3. Tedaviye Uyumsuzluğun Nedenleri

2.1.3.1.Hastaya İlişkin Faktörler

Yaş, cinsiyet, kişilik özellikleri ve mental kapasitesinin tedaviye uyumu etkilediği görülmektedir. Farabee ve ark. çalışmalarında hastaların yaşlarıyla tedavi uyumu arasında doğrusal bir ilişki olduğu, başka ifadeyle hastanın yaşı arttıkça tedaviye uyum olasılığının değiştiği, yaştaki her bir yıllık artışın uyumun %7 oranında artmaya neden olduğu, hatta bütün özellikleri denk olsa bile uyumu neredeyse iki kat arttırdığı belirlenmiştir⁴². Cinsiyet konusunda her ne kadar fark istatistiksel olarak belirgin değilse de kadınların erkeklere göre daha az uyumlu olduğunu gösteren çalışmalar vardır⁴¹.

Koç çalışmasında kadınları erkeklere göre daha az uyumlu bulduğu halde aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır³⁶. Medeni durumun tedaviye uyum üzerine etkisi hakkında literatürde çelişkili sonuçlar vardır³⁷. Bu sonuç Hans Rittmannsberger ve ark.'nın sonuçlarıyla uyumludur⁴¹.

Sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan hastaların tedaviye uyumlarının daha kötü olduğu, evsiz olanlarda ve madde kötüye kullanımında uyumsuzluk oranının daha yüksek olduğu, işsizlik, yalnız yaşama ve kötü barınma koşullarının tedaviye uyumsuzluk riskini arttırdığı bildirilmiştir^{31,36,37}. Ancak hastanın destekleyici aile ortamına sahip olmasının uyum üzerinde olumlu etkiye sahip olduğu aile üyelerinin hastanın hastalığının farkında olmalarının uyumu arttırmada etkili olabileceği vurgulanmaktadır³¹.

Tedaviye daha önceden uyum göstermemiş olmak, sonraki uyumsuzluğun en önemli göstergesidir. Bireyin, hastalık ve ilaçla ilgili inançları ve verilen önerilere uyumu kişilik özellikleri doğrultusunda olmaktadır. Özellikle narsistik ve paranoid kişilik özelliklerinin olması, uyumu olumsuz biçimde etkilemektedir²¹. Görme ve işitme problemleri olmak hastaya ilişkin diğer etkenler arasında sayılabilir^{43,15}.

2.1.3.2.Hastalığa Bağlı Etkenler

Sanrısız bozukluğu olan hastalar yan etkileri tehdit edici ya da invaziv olarak yorumlayabilirken, manik epizod sırasında hasta hastalığı yadsımakta ve tedaviye direnç göstermektedir. Özellikle grandiositenin tedavi uyumsuzluğunun yüksek oranlarıyla ilişkili olduğu bildirilmektedir. Psikoza eşlik eden depresif belirtiler de

uyumu azaltmaktadır³¹.

Şizofreni hastalarında antipsikotik tedaviye uyumsuzluk sık karşılaşılan bir durumdur¹⁹. Yapılan bazı çalışmalara göre hastaların %80'e yakın kısmının antipsikotik ilaç kullanımını birinci yılda bıraktığını göstermiştir^{15,44}. Hastalığın akut döneminde hostilite, hastalığın inkârı ve psikotik dağınıklık gibi semptomlar tedavi reddine neden olabilmektedir¹⁵. Yapılan çalışmalarda, hastalık süresinin uzun olması ve yatış sayısının fazlalığı ilaç uyumsuzluğu ile ilişkili bulunmuştur. Özellikle hastalık süresinin uzunluğu ve sık yatışlar hastalarda; hastalıklarının hiç düzelmeyeceği ve tedavi girişimlerinin etkili olamayacağı şeklindeki düşüncelerin gelişmesine neden olabilmektedir. Bu durum tedaviye olan inancı azaltmaktadır. Üstünsoy ve ark. çalışmalarında, hastaların, hastaneden çıktıktan sonraki ilk 10 gün içinde ilacı bıraktıklarını ve uyumsuzluğun başladığını bildirmiştir¹⁵. Bu dönemde çeşitli bilişsel yetersizlikler, nüksün risk ve sonuçlarını değerlendirme yetisinde azalma gibi etkenler, bazı hastaların uyumunu zorlaştırmaktadır^{15,20,21}.

Özellikle alkol ya da madde kullanımı eş tanıları tedavi uyumunu en fazla bozan iki tanı olarak belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda daha uyumlu hastaların daha fazla depresif belirtileri olduğu; ancak depresif belirtilerin şiddeti arttıkça ilaç uyumunun da giderek bozulduğu görülmüştür. Bunun nedeni olarak çaresizlik ve umutsuzluğun tedaviye olan inancı azaltması gösterilmiştir^{15,44,45}. Psikozlu hastalarda madde kullanımı özellikle erkeklerde tedavi uyumsuzluğu üzerinde önemli bir belirleyici olarak görülmekle birlikte, alkol ve madde kullanımı ile tedavi uyumsuzluğu arasındaki ilişkinin sebep mi, sonuç mu yoksa tesadüfi bir birliktelik mi olduğu halen tartışmalı bir konudur^{15,20,31}.

İçgörü eksikliği ve tedavi uyumsuzluğu yaygın bir şekilde birliktelik göstermekte ve sıklıkla hastalığın kötü sonuçlanmasına sebep olmaktadır^{15,44}. Şizofrenik bireylerin belirtilerini algılayışları, bunları nasıl tanımladıkları, hastalıklarının seyrinden ve tedaviden neler bekledikleri araştırılarak içgörünün düzeyi dolaylı olarak ölçülebilir. İçgörünün eksikliği ve tedaviye uyumda azalmanın nörokognitif defisitler ve şizofrenik hastaların sıklıkla kullandıkları savunma mekanizmaları olan inkar ve yansıtmanın davranışa yansımalarının sonucu olarak ortaya çıkabileceği şeklinde yorumlanmaktadır^{15,20,43,46}. Rittmannsberger ve ark.'nın çalışmasında tedaviye uyumsuz hastalarda içgörü eksikliğinin daha fazla olduğunu bulmuştur⁴¹. Zayıf içgörü tedaviye uyumsuzluğun bir nedeni ya da sonucu olabilir. İçgörüsü olan hastaların hastanede yatış süresinin zayıf içgörüsü olan hastalara oranla anlamlı şekilde az olduğu bulunmuştur.

Hastaneye yatırılma sırasında iyi içgörü ile taburcu olan hastaların zayıf iç görüşü olan hastalara oranla daha iyi prognoza sahip olduğu belirlenmiştir^{36,41}.

2.1.3.3.Tedavi Ekibi İle İlgili Faktörler

Olfson ve ark. çalışmalarında ilaç uyumsuzluğu olan hastaların hastanede yattıkları sürede tedavi ekibiyle terapötik uyumlarının zayıf olduğu belirlenmiştir²⁶. Tedavi ekibinin ilaçlar ve etkileri konusundaki bilgisi, hastaya empatik yaklaşımı ve terapötik ilişki kurabilme yeteneği ilaç uyumu üzerinde etkilidir⁴⁷.

Tedavide süreklilik kadar tedavi ekibinin sürekliliği de önemlidir. Genelde dünyanın hemen her yerinde aynı sorunla karşılaşmaktadır^{20,27}. Hastaların aynı tedavi ekibini her seferinde bulmaları zor olmaktadır. Oysa şizofreni gibi kronik bir hastalığın tedavisinde ve rehabilitasyonunda başarı önemli ölçüde tedavinin ve tedavi ekibinin sürekliliğine bağlıdır. Tedavi ekibindeki süreklilik, aynı ekiple tedaviyi sürdürme anlamını taşımaktadır. Bu durum hem hasta açısından hem de ekip açısından çok büyük yararlar taşır. Hastanın tedavi ekibine yakınlığı, onları tanınması, güvenmesi, onlardan kabul ve destek görmesi tedavinin etkinliğine güçlü bir katkı sağlar. Ayrıca aynı ekip üyelerinin hastayı ve yakınlarını bütün boyutlarıyla tanıyan olmaları da hastaya yardımın zamanında ve etkin bir şekilde ulaşmasını sağlar^{27,48}.

2.1.3.4.Tedaviye İlişkin Faktörler

İlacın kendisinden (etki mekanizması, uygulama şekli ve yan etkilerinden) kaynaklanan faktörlerdir. Etkilerini çabuk gösteren ilaçlar genellikle geç gösterenlere nazaran daha az uyum problemi oluştururlar. Parenteral uygulama, depo preparatlarda olduğu gibi, hastanın uyumunu sağlamada en garantili yol olarak gösterilmektedir³³.

Aker ve ark.'nın çalışmalarında, uyum ile yazılan ilaç sayısı ve alınma sıklığı arasında ters orantılı bir ilişki bulunmuştur²¹. Uyumsuzluk aynı zamanda bazı sıkıntı verici yan etkiler yüzünden öğrenilen bir şey de olabilir. İlaçların istenmeyen yan etkileri hastayı sıkıntıya sokar ve uyumsuzluğa neden olur. Misdrahi ve ark. yaptıkları bir çalışmada, hastaların tedaviyi bırakmalarının sebebinin nörolojik, endokrin, antikolinergik ve ekstrapiramidal sistem yan etkilerinin ortaya çıkması olduğunu göstermiştir⁴⁹.

2.2.Antipsikotik İlaçların Yan Etkileri

Psikotik belirtiler antipsikotik ilaçlarla başarılı biçimde tedavi edilmektedirler. Ancak bu ilaçların yan etkileri, özellikle de motor sistem ile ilgili olanları hastaları ciddi biçimde etkilemekte ve tedaviye uyumu bozmaktadır. Tedaviye uyumsuzluk hastalığın

prognozunu çoğu zaman olumsuz yönde etkilemektedir. Ortaya çıkan yan etkiler hepsinde hem motor hem de ruhsal belirtiler birarada izlenmektedir. Belirtiler bazen altta yatan psikoz ile karışmakta bazen de tabloyu karışık hale getirmektedir. Bu semptomları tanımak, psikotik belirtilerden ayırmak ve etkin biçimde tedavi etmek önem taşımaktadır²³.

2.2.1.Nöropsikiyatrik Yan Etkiler

2.2.1.1Ekstraprimidal Yan Etkiler(EPS)

Akut ekstrapiramidal belirtiler tedavinin ilk evrelerinde gelişir ve ilaç tedavisi devam ettiği sürece devam eder. Antipsikotik kullanan hastaların çoğunda ekstrapiramidal yan etkiler gelişebilmekte, bu da ciddi düzeyde zihinsel ve fiziksel işlev bozukluğuyla ve hastanın tedaviyi bırakmasıyla sonuçlanabilmektedir. Ekstraprimidal yan etkilerin çoğu aslında tehlikesiz ve geçici olsalar bile hastayı ve aileyi çok rahatsız etmekte, telaş yaratabilmektedirler⁵⁰.

2.2.1.1.1.Akut distoni

Tipik antipsikotik ilaç kullanan hastaların %10'unda tedavinin başlangıç dönemlerinde yada doz arttırılmasından sonra akut distoni gelişir. Dil, yüz göz, boyun, ense, sırt kaslarında kasılmalar olur. Ani başlangıçlı ve ağrılıdır. Hastanın boynu geriye doğru kasılarak opistotonus, yana doğru kasılarak tortikolis görünümü olabilir. Göz kasındaki kasılmalar ile gözler yana, yukarı doğru çekilebilir (okülojir kriz). Dil büyüyerek dışarıya doğru uzanabilir; laringospazm, çene kasılması olabilir. Hasta ve yakınlarını ürküten ilaç kullanmayı bırakmasına yol açabilen bir yan etkidir. Hastanın antipsikotik aldığı biliniyorsa tetani, tetanoz, histeri, epilepsi gibi durumlarla karıştırılmaz ve tanı koymada güçlük olmaz. Kas içi ya da damar yoluyla biperiden ya da diazepam uygulanması ile belirtiler hızla yatışır⁵¹. Distoninin gençlerde daha sık olduğu bildirilmektedir⁵².

2.2.1.1.2.Akatizi

En sık görülen ve en rahatsız edici ekstraprimidal yan etki akatizidir. Birinci kuşak antipsikotik kullanan hastaların %20-25'inde akatizi görülür. Akut akatizi ilaç başladıktan sonraki altı saat ile iki hafta arasında ortaya çıkabilir. Hasta tarafından subjektif bir huzursuzluk hissi olarak tanımlanır ve hastalar devamlı şekilde gezinirler, oturamazlar, hareketsiz kalamaz ve ayaklarını oturdukları yerde huzursuz şekilde hareket ettirirler. Bu tip belirtileri olan hastaya mutlaka ne tür ilaçlar aldığı sorulmalı,

psikoza bağlı ajitasyondan ayırt edilmelidir⁵¹.

Antikolinergik ilaçların akatiziye bir yararı olmamaktadır. Antihistaminikler, beta blokörler ve benzodiazepinler ile bu sıkıntı verici yan etki genellikle düzelir ya da azalır. Düzelme olmazsa başka bir ilaca geçmek gerekir⁵¹.

2.2.1.1.3.Parkinsonizm

Parkinson hastalığının tipik belirtileri antipsikotik ilaçların özellikle birinci kuşak antipsikotiklerin yan etkisi olarak bu ilaçları kullanan hastaların %20sinde görülür. Bunlar tremor, kas katılığı, devinim yavaşlığı maske yüz, deride yağlanma, tükürük artması, tek düze konuşma, öne doğru eğik yürüme gibi belirtilerdir. Belirtiler hastanın heyecan durumuna göre artabilir yada azalabilir. Yaşlı hastaların antipsikotik başlanmadan parkinsonizm belirtileri açısından muayene edilmeleri gerekir^{51,53}.

2.2.1.1.4. Geç (tardiv) Diskinezi (TD)

Tardiv diskinezi (TD) antipsikotiklerin gecikmiş bir etkisidir. Tipik antipsikotiklerin uzun süre kullanımı ile ortaya çıkar. Atipik antipsikotikler tipiklere göre daha az tardiv diskineziye neden olur⁵³. Tedavinin 6 ayına kadar gelişmesi nadirdir. Perioral hareketler en yaygın belirtilerdir. Dilin kıvrılma ve dışarı çıkma hareketleri, çiğneme ve lateral çene hareketleri, dudak şapırdatma, emme ve dudak büzüşürme ve yüz buruşurmalar içerir. Parmak hareketleri ve el sıkma da sıktır. Tipik olarak uyku sırasında görülmezler⁵¹. TD kadınlarda, 50 yaşın üzerinde olanlarda, beyin hasarı olan hastalarda ve affektif bozukluğu olanlarda daha fazla görülür. Geç diskinezi sıklıkla yaşla birlikte artar. Son yıllarda insüline bağlı olmayan diabetin de geç diskinezi için bir risk etkeni olduğu bulunmuştur⁵². Geriye dönüşü zor olabilen bu tablo için, antipsikotiklerin uygun kullanımı ve dozunun ayarlanması bakımından en önemli nokta, antipsikotik kullanan hastalarda geç diskinezi riskini azaltmaktır. Bu da ilaçların, en etkili olabilen en düşük dozlarda ve olabilecek en kısa sürede kullanılması demektir. Şizofreni gibi hastalıklarda antipsikotikler genellikle uzun süre kullanıldığından gereksiz yere yüksek dozlara devam edilmemeli ve geç diskinezinin öncü belirtileri yakından izlenmelidir. Olanaklar uygunsa ikinci kuşak antipsikotiklere geçmek denenebilir⁵¹.

2.2.1.1.5.Tavşan Sendromu

Antipsikotik kullanımına bağlı geç çıkan ama çok sık görülmeyen yan etkilerden biri de dudaklarda hızlı tremor ile kendini gösteren 'tavşan sendromu'dur. Geç diskinezi ile karışabilir ama farklıdır. Tavşan sendromun da belirtiler uyku sırasında sürerken geç

diskineziye belirtiler uykuda kaybolur. Dilde tremor yoktur. Diğer geç sendromlardan farklı olarak antikolinergiklere iyi yanıt verir ve antipsikotik kesilmesiyle düzelir^{51,53}.

2.2.1.1.6. Geç Distoni:

Geç distoni geç diskineziye gibi uzun süre antipsikotik kullanan hastalarda ilaç alırken ya da kesince ortaya çıkan distonik belirtilerdir. Kol, bacak, boyun ve bedende istemsiz, hızlı ya da yavaş anormal hareketler görülebilir. Çok şiddetli değilse kısa süreliğine durdurulabilir. Geç diskineziye göre daha hızlı gelişir, ağrılıdır ve sıkıntı verir. Gençler, erkekler, zeka geriliği ve duyu durumu bozukluğu olan kişilerde daha sık görülür. Genellikle ilk belirti yüz ve sırtta birkaç saat ya da birkaç gün içinde kasılmalar ortaya çıkar. En sık olarak boyunda retrokollis (boynun arkaya doğru bükülmesi), tortikollis (boynun yana doğru bükülmesi) olur. Ayrıca opistotonus (kaslarının gerilmesi sonucu gövdenin yay biçimi alarak kasılmış hali), okülojer kriz (gözlerin yukarı doğru kayması) solunum sıkıntısına yol açan laringospazm görülebilir⁵¹.

2.2.1.2. Malign Nöroleptik Sendrom:

Antipsikotik kullanımı sırasında nadir görülen, ancak yaşamsal önemi olan bir durumdur. Birinci kuşak antipsikotik kullananlarda yaygınlık oranı %0.2-0.5 arasında bildirilmiştir. Fakat bir antipsikotik yan etkisi olduğu kesin kanıtlanmış değildir. Yüksek ateş, kaslarda katılık ve otonomik sinir dizgesi etkinliğinde artma (yüksek kan basıncı, taşikardi), bunların yanı sıra bilinç bulanıklığı, şiddetli terleme, tremor, enkontinans, yüksek serum kreatinin fosfokinaz düzeyi ve lökositoz görülür. Karaciğer işlev testleri bozuk olabilir. Daha seyrek olarak dizatri (konuşma bozukluğu), disfaji (yutma güçlüğü), mutizm (konuşmama), babinski refleksi, derin tendon reflekslerinde artma, salya artması, opistotonus ve konvülsiyonlar görülebilir⁵¹.

Bu ağır belirti kümesi birden başlayabilir. Hemen tanısı konamaz ve sağaltım en kısa sürede başlanmazsa hastaların %5-20'si ölebilir. Risk etmenleri arasında yüksek güçlü antipsikotiklerin kas içi kullanılması, antipsikotik sağaltım sırasında bedensel başka bir hastalığın ya da nörolojik bir sendromun bulunması, genç yaş ve erkek olma sayılmaktadır. Dehidratasyon, tecritte ya da gömlekte uzun süre kalmak da riski artırmaktadır⁵¹⁻⁵³.

Genel önlemler arasında ilaçların hemen kesilmesi, hastanın sıvı elektrolit dengesi ve beslenmesinin düzenlenmesi, ateşin düşürülmesi, yaşamsal işlevlerin yakından izlenmesi gerekmektedir. Sağaltım sırasında hidrasyona, oda ısısının düşük olmasına

dikkat edilmeli, vücut ısısı ve diğer yaşam bulguları düzenli izlenmeli, kreatin fosfokinaz ve lökosit izlemi yapılmalıdır. Ayrıca elden geldiğince yüksek potensli antipsikotiklerle lityum ve başka antipsikotiklerin uzun süre birlikte kullanılmaması önerilir⁵¹.

2.2.1.3. Sedasyon ve Devinimde Yavaşlama

Antipsikotik alan hastalarda parkinsonizm etkilerine bağlı olmayan bir devinim yavaşlaması, istek ve enerji azlığı, miskinlik, tembellik, uykuya eğilim görülebilir. Bu etkiler düşük potensli antipsikotikler ile daha belirgindir. Uykulu durum genel olarak birkaç gün ya da hafta içinde azalarak kaybolur. Miskinlik, tembellik ve uykuya eğilim durumunun ne kadarının hastalığın negatif belirtileri, ne kadarının antipsikotik yan etkisi olduğunu ayırt etmek güç olabilir. Gerekiyorsa ilacın gündüz dozu azaltılır, geceye kaydırılır ya da ilaç değiştirilebilir. Uykululuk ve halsizlik ikinci kuşak antipsikotik ilaçların kullanımında da önemli yan etkilerden biridir^{51,53}.

2.2.1.4. Epilepsi Eşiğinin Düşmesi

Öncelikle düşük potensli antipsikotikler (klorpromazin gibi) ve ikinci kuşak antipsikotiklerden klozapin epilepsi eşiğini düşürler. Klozapin kullanımında epileptik nöbet geçirme riski dozla artış gösterir. Bölünmüş dozlarda risk daha azdır. Hastalar epilepsi bakımından yakından izlenmeli, hafif bile olsa kas atmaları, ani irkilmeler görülürse ilaç dozu azaltılmalı ya da başka ilaca geçilmelidir^{51,53}.

2.2.2. Antikolinergik Yan Etkiler

Düşük potensli birinci kuşak antipsikotiklerde daha çok görülür. Antikolinergik yan etkileri en fazla olan birinci kuşak antipsikotik ilaç klorpromazindir. Antikolinergik yan etkiler ilk 1-4 hafta içinde azalır, ancak ilaç kullanıldığı sürece tam olarak geçmez⁵¹.

2.2.2.1. Çevresel antikolinergik etkiler

Ağız, boğaz kuruluğu, midriyazis (göz bebeğinin genişlemesi), görme bulanıklığı, taşikardi, kabızlık, işeme zorluğu, ejakülasyon gecikmesi ya da olmaması, sertleşme güçlüğü olabilir. Prostat büyümesi olanlarda çok dikkatli kullanılmalıdır. Kimi hastalarda beden ısısının düzenlenmesinde bozukluğa yol açarak, özellikle sıcak havalarda beden ısısında yükselmeye neden olabilir⁵¹.

2.2.2.2.Merkezi antikolinerjik etkiler

Antipsikotik ilaçlar, özellikle başka antikolinerjik ilaçlarla, trisiklik antidepresanlarla birlikte kullanıldığında seyrek de olsa bellek bozukluğu, konfüzyon ve deliryum görülebilir⁵¹.

2.2.3.Dolaşım Sistemi Yan Etkileri

2.2.3.1.Ortostatik Hipotansiyon

Klozapin ve düşük potensli antipsikotiklerden klorpromazin kullanıldığında daha sık görülmektedir. Özellikle klorpromazin kas yoluyla verilince kan basıncı kontrolü sık yapılmalıdır. Koroner ve beyin damar hastalarında, yaşlılarda önemli risk oluşturabilir. Hafif ortostatik hipotansiyon, hastaların birden ayağa kalkmamaları bir süre uzanmaları ile giderilebilir⁵¹.

2.2.3.2.Aritmi

Bazı antipsikotik ilaçlar aritmi yönünden yüksek risk taşırlar, özellikle bu durum QT aralığı üzerindeki etkileri ile ilişkilidir. İlaçlara bağlı olarak EKG’de atrial fibrilasyon, dev P dalgaları, T dalgası değişiklikleri ve kalp blokları görülebilir. Klozapin ve düşük güçlü birinci kuşak antipsikotik ilaçlara bağlı taşikardi görülebilir⁵¹.

2.2.3.3.Hiperlipidemi

Antipsikotik tedavisi sırasında ortaya çıkan metabolik yan etkilerden biri de hiperlipidemidir. Bu yan etki atipik antipsikotik kullanımında daha sık gözlenmektedir. Antipsikotik kullanan hastalarının izlenmesinde şu noktaların dikkate alınması önerilir: hastanın sigara içme durumu; kendisindeki ve ailesindeki kalp damar hastalıkları, hiperlipidemi ve glukoz intoleransı değerlendirilmelidir. Ayrıca kilo, bel çevresi, kan basıncı, açlık kan şekeri ölçülmelidir⁵¹.

2.2.4.Endokrin Sistem Yan Etkileri

2.2.4.1.Prolaktin Yükselmesi

Prolaktin salınımı dopaminin önleyici denetimi altında olduğu için antipsikotik kullanımı sırasında prolaktin salınımında artış (hiperprolaktinemi) sıklıkla görülür. Hiperprolaktineminin kadınlardaki en önemli etkileri normal siklik over işlevlerinin bozulması, amenore, galaktore(her iki memeden süt gelmesi), libido kaybı, seyrek olarak hirsutizm (aşırı kıllanma); erkeklerde ise libido kaybı, cinsel işlev bozukluğu, jinekomasti (erkeklerde göğüslerin büyümesi) ve hipospermatogenezdir (sperm yapımında azlık). Ayrıca uzun süreli yüksek prolaktin düzeyleri osteoporoz,

kardiyovasküler hastalıklar ve meme kanseri ile ilişkilendirilmektedir⁵⁰.

2.2.4.2.Glukoz Tolerans Testinde Bozulma ve Diabetes Mellitus

Antipsikotiklerle tedavi sırasında gelişen kan glukoz düzeyi değişikliklerinin olası nedenleriyle ilgili birçok görüş ileri sürülmektedir. Bunlar arasında dopamin reseptör antagonizması, beden ağırlığı artışı, pankreas ve insülin üzerine etkileri, leptin üzerine etkileri ve sedasyona bağlı düşük fiziksel aktivite yer almaktadır Antipsikotikler kilo alımına ve bunun sonucunda insülin direncine yol açarak hiperglisemi ve diyabet gelişimine sebep olurlar. Kilo alımı yağ dokusunda genel bir artışa sebep olur ve bu da azalan insülin duyarlılığı, glukoz intoleransı ve hatta diyabet ile sonuçlanır⁵⁰.

2.2.5.Cinsel İşlev Bozukluğu

Psikotik hastalarda çoğu zaman ilaçların cinsel yan etkilerinin sorgulanması önemsenmemektedir. Oysa cinsel alandaki yan etkiler tedaviye uyumu en çok etkileyen nedenlerdendir. Bu nedenle tedavi sırasında cinsel yan etkilerin çıkıp çıkmadığı araştırılmalı ve hastayı rahatsız edecek ölçüde olanların giderilmesine çalışılmalıdır⁵⁴. Antipsikotik ilaçların hemen hepsi, libido azalması(cinsel isteksizlik), isteksizlik, erkekte sertleşme bozukluğu, boşalamama, geç boşalma, geriye boşalma ve orgazm olamama gibi cinsel işlevlerde bozukluklara neden olabilir. Bu gibi durumlarda doz azaltılması ya da prolaktin yüksekliğine neden olmayan bir ilaca geçilmesi denenebilir^{51,54}.

2.2.6.Hiponatremi

Nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte şizofreni hastalarında aşırı su içme ve buna bağlı gelişen hiponatremi sık görülen ve önemli bir sorundur. Hafif ya da orta şiddetteki hiponatremi konfüzyon, bulantı, baş ağrısı, halsizlik gibi belirtilere yol açmaktadır. Sodyum düzeyinin daha fazla düştüğü durumlarda deliryum, epileptik nöbetler ve koma görülebilir^{51,54}.

2.2.7.Hipersalivasyon

Klozapin kullanımı sırasında hipersalivasyon da sedasyon gibi sık rastlanan ve daha çok tedavinin ilk günlerinde belirgin olan bir yan etkidir. Hipersalivasyon daha çok uykuda olur ve miktar olarak çok büyük hacimlere ulaşabilir. Bu nedenle bu yan etkinin şiddetli görüldüğü hastalara yastıklarının üzerine havlu ya da bez parçası koymaları önerilebilir. Tedaviye devam eden hastalarda bu yan etkinin yıllar boyunca devam etmesi mümkündür⁵⁴.

2.2.8.Diğer Yan Etkiler

Antipsikotiklerin uzun süreli kullanımı deride ve gözde pigmenter değişikliklere neden olabilir. Klorpromazin kullanan hastalarda güneş ışınlarına karşı hassasiyet ve bunun sonucunda güneş gören vücut bölgelerinde ciddi yanıklar olabilir⁵⁴.

Düşük potensli antipsikotikler alınırken geçici lökopeni olabilir. Çok nadir olarak agranülositoz görülmüştür. Klozapin ile agranülositoz riski daha fazla olduğundan sık lökosit sayımı yapılamayan durumlarda verilmemelidir⁵¹. Genel olarak hastaların önceki antipsikotik kullanımları sırasında lökopeni gelişmesinin, mevcut tedavilerinde de benzer bir yan etkinin görülebileceğine dair uyarıcı olması gerektiği düşünülmektedir⁵⁵. Klorpromazin kullananlarda seyrek olarak kolestatik türden sarılık görülür. Bu, genellikle, ilaca başladıktan sonraki ilk ayda belirir. Birlikte ateş, bulantı, kaşıntı olabilir. İlaç kesilince kaybolur⁵¹.

Yan etkileri erken fark etmek ve uygun girişimlerde bulunmak, tedavinin beklenen yararları ve olası yan etkiler hakkında hastaya eğitim vermek ve hasta ile işbirliğine dayalı ilişki kurmak ilaç uyumunu arttırmada önemlidir²³.

2.3. Antipsikotik Kullanan Hastaların Hemşirelik Bakımı

Psikiyatri hemşireleri; ruhsal bozukluklar ve fiziksel problemlerin tanı, tedavi ve rehabilitasyonunda sorumluluk alır⁵⁶. Ruhsal hastalığı olan bireylerin iyileşmesinde, her bir sağlık disiplinine ayrı ayrı görev düşmektedir. Bu bağlamda, hastanın tedaviye uyumunda hemşirelerin sorumluluğu kaçınılmazdır⁵⁷. Hemşire ilk olarak hastanın tedaviye uyumunu etkileyebilecek durumları saptamaya çalışmalı, bunları hastanın uyumunu arttıracak yönde kullanmalı ve uyumsuzluğa neden olabilecek olumsuz etkileri ortadan kaldırmaya çalışmalıdır. Hastalarla sözel ya da sözel olmayan iletişimlerinde duyarlı davranarak, hastanın duygularını anlamaya yönelik çalışmalı ve bakımda memnuniyeti sağlamak kadar uyumu da sağlamalıdır⁹.

Amerikan Hemşireler Birliği'nin psikiyatri hemşireleri için psikofarmakoloji rehberinde; tedavilerde hemşirenin ilaç sınıflandırmalarını bilme, ilacın beklenen ve beklenmeyen etkilerini bilme, ilacın etki, yan etki, toksisite semptomlarını bilme-gözlemleme, hasta ve ailesini tedavi planına dahil etme, hastanın geçmişteki ilaç kullanımına dair veri toplama, tedavinin yarar ve zararlarını bilme gibi sorumlulukları bulunduğu belirtilmiştir⁹.

Hemşireler çalışma alanlarında psikotrop ilaçlara karşı yan etki deneyimi olan hastalarla karşılaşabilirler. Celia ve Boritz'in belirttiğine göre, yaklaşık 937 hastanın yer aldığı bir

çalışmada major depresif bozukluk, panik bozukluk, alkol bağımlılığı, yaygın anksiyete bozukluğu ve obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan hastaların çoğunun, psikotrop ilaç kullanma ve yan etkiler konusunda bilgi eksikliğine sahip olduğu saptanmıştır⁵⁸. Psikotrop ilaçlar konusunda hemşirenin bilgi sahibi olması, hastaların ilaç tedavilerini daha iyi yönetmelerini ve daha fazla bilgi sahibi olarak ilaçları kullanmalarını sağlamaktadır^{57,59}.

Hemşirenin sağlıklı ya da hasta bireyin bakım gereksinimlerini karşılayan uygulayıcı rolü, bağımsız ve yarı bağımlı hemşirelik işlevlerinden oluşmaktadır. Her profesyonel disiplinde olduğu gibi, hemşirelikte de, kuramsal bilgi ve beceriyi içeren uygulamalar bilimsel bir temele oturtulmalıdır. Bakım verirken bilimsel ve planlı yaklaşım 'Hemşirelik Süreci' modeli ile sağlanmaktadır. Hemşire ilaç verme sorumluluğunu yerine getirirken, hemşirelik süreci sistemini kullanmalı ve ilaç tedavisini uygularken belirli bir plan kullanılmalıdır. Bu nedenle hemşirenin uygulama öncesi hazırlık aşaması, uygulama sırası ve sonrası işlevlerini planlı bir şekilde yerine getirmesi önemlidir^{57,59}.

İlaçları hazırlamak, uygulamak ve etkilerini gözlemek hemşirenin sorumlulukları içinde önemli bir yer tutmaktadır. Bu nedenle ilaç uygulamalarının değerlendirilmesi önemlidir. Psikiyatri kliniklerinde, hastaların ilaç kullanımına tepkileri ve ilaçların özellikleri, bazı problemleri ortaya çıkarır. Hastalar ilaç kullanımını reddedebilir, ilacını aldığını unutup ısrarla ilaç isteyebilir, ilaçlardan kuşkulabilir, ilacını saklayabilir, kendini diğer hastalarla kıyaslayarak, diğer hastalara verilen ilaçların kendine verilmesi gerektiğini savunabilir⁶⁰. Çünkü hasta bazı korku ve endişelerinden veya bilgi eksikliğinden dolayı ilacı almak istemeyebilir. Hastaların anlama düzeyini, destek alma durumunu, başatme davranışlarını değerlendirmek, yanlış bilgi ve yorumlarını fark edebilmek, ilaç tedavisine uyumunu sağlamak için gereklidir^{56,57,60-62}.

Kemppainen ve ark.'nın, hastanın ilaç tedavisine uyumunu sağlamada hemşirenin rolünü belirlemeye yönelik yaptıkları çalışmada, hastanın ilaç tedavisine uyumunu sağlamak için hemşirelerin klinik farmakoloji konusunda kendilerini geliştirmeleri ve psikiyatride ilaç uygulamalarını içeren eğitim almaları bir gereklilik olarak ortaya çıkmıştır⁶⁴. Hemşire hasta ve ailenin kaygısını azaltmak, işbirliğini ve hasta güvenliğini sağlamak için ilaç ve tedavi programı konusunda hastaya ve aile bireylerine eğitim yapmalıdır. Hasta ve aileyi ilaçlar konusunda ve yan etki geliştiğinde tedavi ekibine başvurmanın önemi konusunda bilgilendirmelidir^{56,57,60-62}.

Sağlık hizmeti sunulan alanların genişlemesine karşın, hemşirelerin büyük bir çoğunluğu halen tedavi edici kurumlarda çalışmaktadır. Hastaların tedavi ve bakımının

gerçekleştirilmesinde etkin rol oynayan ilaçların verilmesi ise hemşirenin sorumluluğundadır. Ayrıca oral ilaçların her an kullanıma hazır olması nedeniyle kötüye kullanılma, tedavi dışı amaçlarla kullanma (intihar, bağımlılık vb.) riski fazladır bu nedenle hemşire tedavi odası ve hasta güvenliğinden de sorumludur. Bu yönüyle hemşirenin ilaç tedavisine ilişkin bilgi ve uygulamalarının değerlendirilmesi, gereksinimlerin saptanması ve bu konuda güncelliğin sağlanması son derece önemlidir⁵⁷.

2.3.1.Hemşirelik Süreci

2.3.1.1.Veri Toplama

Psikiyatri hemşiresi psikofarmakolojik ajanlar konusunda hastadan veri toplama bilgi beceri ve yeteneğine sahip olmalıdır. Veri toplama, fiziksel, nöropsikiyatrik, psikososyal ve farmakolojik parametreleri içerir. İlaç öyküsü, ilaç tedavisi kullanma ile ilişkili bazı uygulamaların temelini oluşturmaktadır. Kapsamlı veri toplama hasta ile ilk karşılaşmada başlar ve sonraki karşılaşmalarda daha fazla odaklanarak devam etmelidir. Örneğin, veri toplamada hasta ile ilk karşılaşma sırasında ilaç öyküsü alınmalıdır. Psikotropik ilaç alan hastalar duygusal desteğe ihtiyaç duyarlar. Buna rağmen veri toplama ve değerlendirme sürecinde fiziksel ihtiyaçlar da gözardı edilmemelidir. Beslenme, dinlenme, uygun aktivite, sıvı, oksijen, ısı dengesi, giyinme, barınma ve cinsel gereksinimler gibi temel gereksinimler de psikolojik gereksinimler gibi dikkate alınmalıdır^{57,64}.

Bazı psikotropik ilaçlar bireyin fizyolojik sürecini etkileyebilir. Bu nedenle hemşire hastanın normal fizyolojik sürecini bilmelidir. Hemşire hipersensitivite reaksiyonu gelişmesindeki risk faktörlerini bilmeli ve gözlemlemeli, hastanın endikasyonlara yanıtını değerlendirmelidir. Risk faktörleri, önceki ilaca karşı alerjik reaksiyonları, ailede alerji öyküsü ve alınan mevcut parenteral tedaviyi içerir. Hastanın bulantı, kusma, kaşıntı, kabızlık ve ishali içeren anaflaktik şikayetler yönünden değerlendirmesi yapılmalıdır. Bu belirti ve bulguları hipotansiyon, bronkospazm, ürtiker, eritem ve laringeal ödem takip edebilir. Aynı zamanda seçilen ilacın dozu bu faktörlerden etkilenebilir^{57,65,66}.

Hastaların geçmiş deneyimleri ve psikotropik maddelere yönelik oryantasyon durumları ilaçları kullanmalarını etkilemektedir. Bazı hastalar ilacı almaya isteklidirler ve aldıkları ilaçların bütün problemlerine yanıt vereceğini düşünürler. Bazı hastalar ise kontrolü kaybetmekten korktukları için ilacı almayı reddedebilirler^{57,66}.

İlaça verilen psikolojik yanıt fizyolojik yanıtı etkiler. İlaç etkisi, tolere edilmesi, sıcaklık, gebelik, hastalık, ilaç dozu ve veriliş yolu fizyolojik faktörleri etkiler ve psikolojik yanıt bütün bu faktörlerden etkilenebilir. Farmakodinamik etkinin psikolojik yanıt ile birleşmesi ilacın etkinliğini etkileyerek yan etki gelişmesine neden olur ve hasta ilacı reddedebilir. Bu durum aynı ilacın, aynı dozda, iki farklı hastaya aynı yolla verildiğinde aynı reaksiyonu göstermeme nedenini açıklamaktadır. Bu nedenle hemşire ilaç tedavisine başlamadan önce, hastanın ilaç tedavisine karşı tutum ve davranışını değerlendirmelidir^{57,67,68}.

2.3.1.2. Tanılama

Psikiyatri hemşiresi ruhsal bozukluğa sahip hastanın psikofarmakolojik tedavisini yönetebilmek için hemşirelik ve tıbbi tanılama sınıflandırma sistemlerini uygun kullanabilme bilgi, beceri ve yeteneğine sahip olmalıdır^{57,69}. Tanılama, toplanan bilgilerin analiz edilmesini ve tanı oluşturmayı içerir. İlaç tedavisi alan hastaya bakımda tanılama fizyolojik fonksiyonlardaki değişikliği içerir. Örneğin, kalbin inefektif çalışmasına bağlı olarak kardiyak output'un azalması, hastalık veya tedavi hakkında bilgi verebilir. Tanılama cümlesi uygun müdahalenin tanımlanmasına yardım eder⁶⁵.

Örnek hemşirelik tanıları,

- Mental hastalık nedeniyle mental değişimle ilgili anksiyete
- Terapötik rejimi ineffectif yönetme
- Rahatta değişim: Antipsikotik ilaca bağlı postüral hipotansiyon
- Travma riski: Antipsikotik kullanmaya bağlı postüral hipotansiyon
- Rahatta değişim: Antipsikotik ilaç rejimine bağlı peristaltizmin azalması nedeniyle abdominal distansiyon
- Bilgi defisiti: Antipsikotik ve ilaç rejimine bağlı
- Seksüel örüntüde değişim: Antipsikotik ilaç rejimine bağlı
- Tedaviye uyumsuzluk: İlaç yan etkilerine ve anksiyetenin artmasına bağlı ilaç dozunu almama^{57,70-72}.
- Düşünce süreçlerinde değişim
- Hastalığa ve ilacın oluşturduğu sedasyona bağlı öz bakım yetersizliği
- Sedasyona bağlı azalmış fiziksel hareket
- Hipotansiyona bağlı doku perfuzyonunda değişiklik(kanlanması)
- Aşırı sedasyona ve hareket zorluğuna bağlı travma riski
- Şiddet riski(Kendisine ve başkalarına yönelik)

2.3.1.3. Planlama

Planlama, hastanın ilaca yönelik gereksinimlerine, ilaç tedavisinden beklenen sonuçlar için, ekip ile birlikte tartışarak ilacı uygulamada uygun programa karar verme gibi aktiviteleri içerir. Hemşire bakım hedeflerini formüle etmeli ve hasta eğitim programını bireylerin ilaçlarını kendilerinin alması amacına yönelik olarak düzenlemelidir⁶⁵.

Hasta;

- Tedaviye başlandıktan sonra birkaç saat içinde daha az ajite ve 1-3 hafta içinde daha az psikotik yapıda olacaktır.
- İlacın sedasyon etkisi ile güvende olacaktır.
- Beslenme, temizlik, egzersiz ve sosyal ilişkiler için hemşire tarafından desteklenecektir.
- Öz bakım aktivitelerinde daha iyi katılımı olacaktır.
- Önlenebilir ilaç yan etkilerinden korunacaktır.
- Reçete edilen ilacın kullanımında yardım görecektir ve takipler için randevulara çağrılacaktır.

2.3.1.4. Uygulama

İlaçların Hazırlanması: Hekim tarafından istemin verilmesi gibi hemşirenin de bu istemi alması hastane politikasına uygun olarak gerçekleştirilir. İlaçları hazırlamadan önce ilaç kartları kontrol edilmelidir. İlaç kartları ve kadehleri özel bir tepsi içine yerleştirilir. Hemşire ilaçları hazırlarken ya da hazırladıktan sonra tepsiyi açıkta bırakıp gitmemelidir. Eğer gitmek zorunda kalırsa kilitli bir dolaba kaldırmalıdır. Hemşire ilaçları dağıtırken tepsiyi daima gözlem altında tutmalıdır. Çünkü aceleci bir hasta kendi ilacını almaya çalışabilir ya da tepsideki ilaçlar ve kartlar karışabilir^{57,73}.

İlaçların Hastaya Uygulanması: Uygulama, mevcut bütün ilaçların verilmesi ve kaydedilmesini içerir⁶⁵. Psikiyatri kliniğinde ilaç uygulamasında ilacı hastaya vermek diğer kliniklerden daha farklıdır. Psikiyatri kliniğinde yatan hastalar dolaşabilirler. Bu nedenle hemşire ilacı uygun bir yerden örneğin, tedavi odasından koridora açılan bir pencereden dağıtmak gibi birtakım önlemler almalıdır. Bazı hastalar intihar girişiminde bulunmak için ilaç çalmaya çalışabilirler, ilaçlarını saklayabilirler. Bu nedenle psikiyatri hastasına ilaç uygulamak özel dikkat gerektirmektedir^{57,66}. Bazı hastalar korkabilir veya ilacı almaktan şüphe duyabilir. Bazı hastalar da ilaçların yan etkilerinden dolayı rahatsız olabilir. Bu tür hastalar terapötik yarar görmedikçe veya yan etkilerden kurtulmadıkça ilaçlarını almak istemezler⁷⁴. Psikiyatri hastalarına ilaç uygularken hemşire, hasta için

ilaç kullanmanın ne anlama geldiğini anlamalıdır. İlaç hastaya verirken hastayı yan etki ve beklenmeyen etki yönünden gözlemelidir. Hemşirenin hastanın ilacını alması için, hasta ile güven verici ilişki geliştirmesi gerekmektedir. Hemşire ilacını almayı reddeden hastaya ilacı vermeden önce, hastanın ilacı almak istememe nedenini araştırmalıdır ve hastaya ilacı neden alması gerektiğini açıklamalıdır⁵⁷.

İlaç uygulamasında dikkat edilecek noktalar aşağıda özetlenmiştir^{57,60,64,66,72,74}:

- Hastanın ilacını reçete edildiği şekilde alması sağlanmalıdır,
- Hasta doktora danışmadan ilacını değiştirmemesi konusunda uyarılmalıdır,
- Hasta ilacını birdenbire kesmemesi için uyarılmalıdır,
- Hastaya motor koordinasyon gerektiren faaliyetler konusunda alması gereken önlemler anlatılmalıdır,
- Anksiyetesi yüksek hastalarla birlikte kalınmalıdır,
- Sedatif etkiler dikkatle gözlenmelidir,
- Hipersensitivite yönünden dikkatli olunmalıdır
- Hastanın diyeti ve sıvı yönünden değerlendirilmelidir,
- Hasta uykusuzluk yönünden değerlendirilmeli, uyku örüntüsü takip edilmeli ve düzenli kaydedilmelidir.
- Uykulu, yaşlı ve postural hipotansiyonu olan hastalar da düşme sonucu sakatlanmayı engellemek için gezintiler gözlem altında yapılmalıdır,
- Hastaya önerilen dozu azaltmamasının önemi anlatılmalıdır,
- Lohusa anneye bebeğini emzirmemesi ve nedeni anlatılmalıdır,
- Hastaların intihar riski yönünden gözlenmelidir,
- Ağız kuruluğu gelişirse hastaya sert seker, buz parçası, sakız veya sık sık az miktarda sıvı tüketmesi önerilmelidir.
- Hastaya ilaç tedavisi eğitimi sağlanmalıdır.
- Hastalarla iletişimin düzgün olması için periyodik ve düzenli görüşmeler yapılmalıdır.
- Hemşire hastada görülen yan etkileri takip edebilmesi açısından kontrol listesi ve yan etki profili düzenlemelidir.

2.3.1.5.Değerlendirme

Değerlendirme, hastalığın belirti ve bulgularını azaltmada ilacın etkinliğini değerlendirmeyi içerir. İlaç kullanımı sonucunda meydana gelen beklenmeyen reaksiyonları ve hastanın ilacını kendisinin almasını içerir^{57,74}. İlaç tedavisine başladığında hastanın fizyolojik ve psikolojik yanıtını izlemek, hemşirenin

sorumluluğundadır. Bu nedenle hemşire ilaçların etkisini ve yan etkilerini bilmelidir. Hemşire hastayı dikkatli değerlendirmeli ve dinlemelidir^{57,66}.

Psikiyatri hastasının bakımında hemşire ilaç uygulamalarının etkinliğini ekip üyeleri ile birlikte, hastalığın ve tedavinin hasta ve aile yönünden anlamı, hastanın sağlık durumu, yaşam bulguları, anksiyete düzeyi, konfüzyon, delüzyon, halüsinasyon, intihar girişimi, başatme mekanizmalarını kullanması ve sağlığı, ailenin ve hastanın iletişimi, hastanın kullandığı diğer ilaçlar, hastanın hastalık ve tedavi konusundaki bilgisi ve öz bakım yeteneğini değerlendirmelidir^{57,74}.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Şekli

Bu çalışma; antipsikotik kullanan hastalarda ilaç yan etkilerinin tedaviye uyum üzerine etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmış tanımlayıcı ve analitik bir çalışmadır.

3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma Abant İzzet Baysal Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı Polikliniğinde, Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Psikiyatri Polikliniğinde ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Polikliniğinde yapılmıştır.

Abant İzzet Baysal Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde bir profesör, üç yardımcı doçent, sekiz araştırma görevlisi ve iki psikolog görev yapmaktadır. Üç tane psikiyatri polikliniği ve bir tane çocuk psikiyatrisi polikliniği bulunmaktadır. Yataklı serviste toplam beş hemşire görev yapmaktadır. Poliklinikte hemşire bulunmamaktadır.

Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde on psikiyatrist, bir çocuk psikiyatristi, iki pratisyen doktor, beş psikolog, bir sosyal hizmet uzmanı ve otuz yedi hemşire ve on üç sağlık memuru görev yapmaktadır. Poliklinikte beş hemşire görevlidir ve hasta kayıtları yapmaktadır. Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde ise bir psikiyatrist, bir psikolog, dört hemşire görev yapmaktadır. Hemşireler, psikolog ve psikiyatrist ile birlikte psikoeğitim grupları oluşturmakta hastalara eğitim vermektedirler.

3.3.Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini; Abant İzzet Baysal Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı Polikliniğine, Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Polikliniğine başvuran ayaktan takip edilen, Bolu ili sınırları içerisinde yaşayan hastalar oluşturmuştur. Bolu ili sınırları içerisinde yaşayan ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezi tarafından taramaları yapılan toplam 413 şizofrenik bozukluk, 94 bipolar affektif bozukluk tanısı alan hasta oluşturmuştur.

3.4.Araştırmanın Örneklemi

Araştırma örneklemini psikiyatri polikliniklerinde ayaktan tedavi gören ve araştırmacı tarafından belirlenen kriterleri karşılayan, şizofrenik bozukluk ve bipolar affektif bozukluk tanısı ile ayaktan takip edilen 507 hastadan, basit rastgele örnekleme yöntemiyle seçilen 120 hasta oluşturdu.

Araştırmaya alınma kriterleri şu şekilde belirlenmiştir:

- 1.Çalışmaya katılmayı kabul etmek
- 3.18 yaşından büyük olmak
- 4.En az üç aydır antipsikotik ilaç kullanmak
5. Ayaktan tedavi görmek
6. Bolu ili sınırları içerisinde yaşamak

Araştırmadan dışlama kriterleri şu şekilde belirlenmiştir.

1. Anlama ve anlaşmayı zorlaştıracak ölçüde işitme ya da görme kusuru olmak
2. Mental retardasyonu olmak
3. Akut atak döneminde olmak

Örneklem evreni %1 şizofreni görülme sıklığı ile, %95 güven aralığında, %0,5'lik yanılma payı ile evreni bilinen örneklem formülüne ($n = \frac{Nt^2pq}{d^2 (N-1) + t^2pq}$) göre hesaplanmıştır. Bu formül hesaplanırken aşağıdaki değerler kullanılmıştır.

n= Örneklem alınacak birey sayısı

N= 507

t=1.96 (%5 anlamlılık düzeyinde)

p=%1 (şizofreni hastalığının toplumda görülme sıklığı)

q=%99 (1-p)

d= 0.05 (p değeri için öngörülen yanılma payı)

Formülde değerler yerine konduğunda, n: 50 birey sonucu çıkmaktadır. Araştırmanın yapıldığı tarihlerde (01.11.2010-30.03.2011) araştırmaya alınma ölçütlerini karşılayan ve araştırmayı kabul eden 120 hasta ile araştırma tamamlanmıştır.

3.5.Araştırmanın Soruları

- Antipsikotik kullanan hastalarda ilaçların yan etkilerinin görülme oranı nedir?
- Antipsikotik kullanan hastaların tedaviye uyumları hangi düzeydedir?
- Antipsikotik kullanan hastalarda gelişen yan etkilerle tedaviye uyum arasında bir ilişki varmıdır?
- Demografik özellikler (Yaş, cinsiyet, medeni durum eğitim, çalışma durumu, sosyal güvencesi gelir durumu)ile ilaç yan etkileri ve tedaviye uyumu arasında bir ilişki var mıdır?
- Tanı-tedaviyle ilgili özellikler (tanı, tedavi süresi, kullandığı ilaçlar, ilaç hakkındaki bilgisi) ile ilaç yan etkileri ve tedaviye uyumu arasında ilişki var mıdır?

3.6.Verilerin Toplanması

3.6.1.Veri Toplama Araçları

3.6.1.1.Hastanın Tanıtım Formu

Hasta tanıtım formu; hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, medeni durumu, tıbbi tanısı, hastalık süresini, aldığı tedavi, tedavisi hakkındaki düşünceleri, ilaçlarını düzenli kullanıp kullanmadığı, daha önce tedavisini bırakıp bırakmadığı, bıraktıysa nedenlerini içeren, hastanın sağlık personeli tarafından eğitim alıp almadığını sorgulayan 35 açık uçlu ve çoktan seçmeli sorudan oluşan anket formudur. Formu yanıtlama süresi ortalama 10 dakika olup; yüz yüze görüşme tekniği ile doldurulmuştur. Hastaların belirttiği tanılar ve aldıkları ilaçlar araştırmacı tarafından sağlık karnelerindeki reçeteleri ve hastane otomasyon sisteminden kontrol edilerek doğrulanmıştır.

3.6.1.2.Nöroleptik Tedaviye Katılım Ölçeği (ANT)

ANT Kampman tarafından geliştirilmiştir³¹. Her biri 0-100 puan arasında değerlendirilen 10 alt birimden oluşan 12 soru içerir. 4, 7, 10, 11, 12 numaralı sorular subjektiviteyi gösterir. Bunlar hastaların kendi subjektif durumları hakkındaki beklentilerini ölçer. 1, 2, 3, 5, 6 numaralı sorular ise genel tavrı ölçer³¹.

3.6.1.3.Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği (MARS)

MARS, psikiyatrik hastalarda tedaviye katılımı ölçmek için kullanılmak amacıyla geliştirilmiştir. 'Evet-Hayır' şeklinde cevap verilecek olan 10 soru içeren hızlı ve basit bir testtir. Düşük değerler (0-7 puan) zayıf, yüksek değerler (8-10 puan) yüksek uyumu

gösterir³⁹. Koç tarafından, Türkiye’de geçerlik güvenilirlik çalışması yapılmıştır³⁶. MARS, katılımı ölçmek anlamında geçerli ve güvenilir görünmektedir. Psikiyatrik hastalarda tedavi katılımını ölçmek için kullanılan DAI’ dan (Drug Attitude Inventory) daha fazla geçerliliğe sahip olduğu belirtilmektedir³⁶.

3.6.1.4.McEvoy Tedavi İzlem Formu

McEvoy ve arkadaşlarının 1989 yılında yaptıkları çalışmada kullandıkları, hastaların ilaca uyum davranışlarını değerlendiren dört maddeden oluşan bir formdur. İlaç tedavisine aktif uyum, pasif uyum, direnç ve açıkça reddetme maddelerini içerir⁷⁵. Aktif uyum 4 puan, açıkça reddetme 1 puan olarak değerlendirilmektedir. Mcevoy hasta yakınlarına ve hastanın hekimine sorularak değerlendirilmiştir⁷⁵.

3.6.1.5.Liverpool Üniversitesi Nöroleptiklerin Yan Etkilerini Değerlendirme Ölçeği (LÜNYEDÖ)

LÜNYEDÖ Day ve ark. tarafından geliştirilmiş ve yine Day ve ark. tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır^{76,77}.Ülkemizde geçerlilik güvenilirlik çalışmasını ise Yılmaz tarafından yapılmıştır²⁴. LÜNYEDÖ geliştirilirken, nöroleptik yan etkileri değerlendirmede en kapsamlı ölçeklerden biri olan ve ülkemizde de klinik uygulamalarda sık kullanılan The UKU (Ugvalg for Kliniske Undersgelser) Side Effect Rating Scale – UKU Yan Etki Derecelendirme Ölçeği’nden yararlanılmıştır. LÜNYEDÖ hastanın kendisinin doldurduğu, geçen ay içinde listede belirtilen yan etkileri ne yoğunlukta yaşadığını değerlendirmeyi amaçlayan beşli likert tipi (0:Hiç yok 1: Çok az 2: Az 3: Oldukça 4: Çok fazla) bir ölçektir. Ölçek içinde yer alan 51 madde, ekstrapiramidal, antikolinergik, otonomik, genel, psikolojik, alerjik, hormonal yan etkiler ve nöroleptik yan etkisi olarak bilinmeyen dikkati başka yöne çeken (red herring) etkileri içeren sekiz alt gurubu kapsayacak şekilde tasarlanmıştır. Toplam yan etki puanının hesaplanmasında araştırmacının isteğine göre dikkati başka yöne çeken maddeler ayrı veya birlikte hesaplanabilmektedir. 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 üzeri çok şiddetli olarak değerlendirilmektedir. 51 maddede toplam puan kadınlar için 0-204, erkekler için 0-196 puan arasındadır^{24,77}.

Bu çalışmada yapılan güvenilirlik çalışmasında Cronbach alpha güvenilirlik katsayısı alt gruplarda 0,25-0,71 arasında ölçekte ise LÜNYEDÖ-41 madde için 0,87, LÜNYEDÖ -

51 madde için 0,87 olarak saptanmıştır.

Tablo3.1. Liverpool Üniversitesi Nöroleptiklerin Yan Etkilerini Değerlendirme Ölçeğinde Cronbach Alpha(α)Sonuçları (n:120)

Alt Ölçekler	Cronbach (α)
Ekstrapiramidal yan etkiler	0,63
Antikolinergik yan etkiler	0,63
Otonomik yan etkiler	0,58
Alerjik yan etkiler	0,49
Psikolojik yan etkiler	0,71
Hormonal yan etkiler	0,55
Genel yan etkiler	0,25
Dikkati başka yöne çeken yan etkiler	0,69
LÜNYEDÖ 41madde	0,87
LÜNYEDÖ 51 madde	0,87

3.6.2.Araştırmanın Uygulanması

Gerekli izinler alındıktan sonra, hastalara araştırmanın amacı açıklanıp, Bilgilendirilmiş Olur Formu ile bilgilendirilmiş, Çalışmaya Katılma Onayı onaylayan hastalar çalışmaya alınmıştır. Hasta ile yüz yüze görüşülerek Hasta Tanıtım Formu doldurulmuştur.

Nöroleptik Tedaviye Katılım Ölçeği (ANT), Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği (MARS),Liverpool Üniversitesi Nöroleptiklerin Yan Etkilerini Değerlendirme Ölçeği hastalara nasıl doldurulacağı hakkında bilgi verildikten sonra kendilerinden doldurulması istenmiştir. McEvoy Tedavi İzlem Formu hasta yakınından alınan bilgiler doğrultusunda doldurulmuştur.

Hastaların tedaviye uyumunu belirlemek için beş alt kategoriden oluşan bir değerlendirme seması oluşturulmuş ve kullanılmıştır.

a. İlaç tedavisine aktif uyum, pasif uyum, direnç ve açıkça reddetme maddelerini içeren McEvoy Tedavi İzlem Formu hastanın yakınından alınan bilgilerle doldurulmuştur.

İstatiksel analiz için aktif uyum maddesi uyumlu, diğer maddeler uyumsuz olarak değerlendirilmiştir.

b. Hastalardan evet-hayır şeklinde cevap verilecek olan 10 soru içeren MARS'ı doldurmaları istenmiştir. Düşük değerler zayıf, yüksek değerler yüksek uyumu göstermektedir. İstatiksel analiz için 1-7 puan arasında alanlar uyumsuz, 8-10 puan arasında alanlar uyumlu olmak üzere sınıflandırılmıştır.

c. Hastalardan her biri 0-100 puan arasında değerlendirilen 10 alt birimden oluşan 12 soru içeren ANT'ı doldurmaları istenmiştir. İstatiksel analiz için uyum oranları; uyumlu ($>75\%$) veya uyumsuz ($\leq 75\%$) olmak üzere sınıflandırılmıştır.

d. Hasta Tanıtıcı Veri Toplama Formunda bulunan "Kullandığınız ilaçları doktorun önerisi dışında dozunu azalttığınız/artırdığınız oluyor mu?" sorusuna evet cevabını verenler uyumsuz, hayır cevabını verenler uyumlu olarak değerlendirilmiştir.

Uyumla ilgili bu 5 alt kategoride elde edilen veriler bilgisayarda istatistik programında uyumlu hastalar '1', uyumsuz hastalar '0' olarak girilerek değerlendirilmiştir. Beş kategorinin dördünde de uyumlu olarak belirlenen hastalar 'tedaviye uyumlu' olarak değerlendirilmiştir. Hastalar, beş alt kategorinin en az ikisinde uyumsuz ise 'tedaviye uyumsuz' olarak tanımlanmıştır^{36,78}.

3.7.Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı değişkenler

- Tedaviye uyum durumu
- LÜNYEDÖ puanları

Bağımsız Değişkenler

- Cinsiyet
- Atipik antipsikotik kullanma durumu
- Klasik antipsikotik kullanma durumu
- Kullanılan ilaç türü
- Depo form kullanma durumu
- Antipsikotiklerin yan etkileri

3.8.Verilerin Analizi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS paket programında bilgisayara girilmiş, verilerin analizinde ki kare ve student t testi, Mann-Whitney U ANOVA, korelasyon katsayısı ve

lojistik regresyon analizi kullanılmıştır.

3.9.Araştırmanın Etiği

Araştırmanın uygulanabilmesi için Abant İzzet Baysal Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Etik Kurulundan Sayı:2010/28 22.09.2010 tarihli etik kurul onayı, hastalardan Bilgilendirilmiş Onam Formu ile kurumlardan yazılı olarak izinler alınmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Hastaların Demografik ve Hastalıkla İlgili Özellikleri

Tablo 4.1.1 de araştırmaya katılan hastaların tanıtıcı özellikleri verilmiştir. Tablo incelendiğinde hastaların; %58.3'ü erkek, %41.7'si kadındır. Hastaların %55'i 41 yaş ve üstü grubunda olup yaş ortalamaları 41.78 ± 12.38 (min:19-max:65) dir. Hastaların %54.2'si bekar, dul ya da boşanmıştır. Hastaların %45.8'i ilkokul mezunudur ve %88.3'ü ise herhangi bir işte çalışmamaktadır. Hastaların %51.7'si kendini orta sosyoekonomik düzeyde algılamaktadır

Tablo 4.1.1. Araştırmaya Katılan Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri

ÖZELLİKLER	Sayı	%
Yaş X: 41.78 ± 12.38 (min:19-max:65)		
<u>Cinsiyet</u>		
Kadın	50	41.7
Erkek	70	58.3
<u>Yaş</u>		
40 yaş ve altı	54	45.0
41 yaş ve üstü	66	55.0
<u>Medeni Durum</u>		
Evli	55	45.8
Bekar/Boşanmış/Dul	65	54.2
<u>Öğrenim Durumu</u>		
Okur yazar	6	5.0
İlkokul mezunu	55	45.8
Ortaokul mezunu	20	16.7
Lise mezunu	28	23.3
Üniversite mezunu	11	9.2
<u>Çalışma Durumu</u>		
Çalışan	14	11.7
Çalışmayan	106	88.3
<u>Algılanan Sosyoekonomik Düzey</u>		
Düşük (Gelir giderden az)	54	45.0
Orta (Gelir gider eşit)	62	51.7
Yüksek (Gelir giderden fazla)	4	3.3

Tablo 4.1.2'de araştırmaya katılan hastaların tanıları verilmiştir. Tabloya göre tanısı Şizofrenik Bozukluk olan hastalar %50.8 ile ilk sırayı aldıkları görülmüştür. Bipolar Affektif Bozukluk ise %34.2 ile ikinci sıradadır. Tabloya göre hastaların çoğunluğu atipik antipsikotik ilaç kullanmaktadır(%71.7).

Tablo 4.1.2. Araştırmaya Katılan Hastaların Tanıları ve Kullanılan İlaçlar (n:120)

TANILAR	Sayı	%
Şizofrenik bozukluk	61	50.8
Bipolar affektif bozukluk	41	34.2
Sanrılı bozukluk	16	13.3
Şizoaffektif bozukluk	2	1.7
TOPLAM	120	100.0
Klasik antipsikotik	8	6.7
Atipik antipsikotik	86	71.7
Atipik+Klasik antipsikotik	9	7.5
Atipik+antimanik	17	14.1
TOPLAM	120	100.0

Tablo 4.1.3'te, hastaların hastalık ve tedavileri ile ilgili özellikleri verilmiştir. Tablo'da görüldüğü gibi hastalar uzun süredir hastalıkla birlikte yaşamaktadır ($\bar{X} : 14.77 \pm 11.10$) ve ilaç kullanım süresi oldukça uzundur ($\bar{X} : 10.46 \pm 9.13$). Hastaların ortalama günde aldıkları ilaç sayısı ($\bar{X} : 2.85 \pm 1.58$) dir. Son bir haftada içmeleri gereken ortalama sayı ($\bar{X} : 19.90 \pm 11.11$) iken, alınan ilaç sayısı ($\bar{X} : 17.88 \pm 11.00$) dir. Son bir hafta içinde alınan ilaç sayısı alınması gereken ilaç sayısından düşüktür.

Tablo 4.1.3. Hastaların Hastalık ve Tedavileri İle İlgili Özellikleri (n:120)

ÖZELLİKLER	$\bar{X} \pm SS$	Min	Max
Hastalık süresi (yıl)	14.77±11.10	1	45
İlaç Kullanma süresi (yıl)	10.46±9.13	1	42
Günlük alınan ilaç sayısı (adet)	2.85±1.58	1	8
Son bir hafta içinde alınması gereken ilaç sayısı (adet)	19.90±11.11	7	56
Son bir hafta içinde alınan ilaç sayısı (adet)	17.88±11.00	0	56

Tablo 4.1.4'te hastaların ilaçlar hakkında eğitim alma ve aldığı eğitimi yeterli bulma durumu verilmiştir. Hastaların %45.0 ilaçlar hakkında bilgilendirildiğini bildirmiştir. Hastalara en fazla eğitim veren kişinin doktor (%55.6) olduğu, ikinci sırada (%38.6) hemşire, psikolog ve doktorun bulunduğu ekip gelmektedir. Hastaların yarısına (%50.0) poliklinikte, %38.6'sına Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde eğitim verilmiştir. %11.1'nin ise taburcu olurken eğitim aldığı ve eğitim verilen hastaların %83.3'ü aldığı eğitimi yeterli bulduğu görülmüştür.

Tablo 4.1.4. Hastaların İlaçlar Hakkında Aldıkları Eğitimi İlişkin Özellikler (n:120)

EĞİTİM ALMA DURUMU	Sayı	%
<u>İlaç Hakkında Bilgilendirme</u>		
Bilgilendirilen	54	45.0
Bilgilendirilmeyen	66	55.0
<u>Eğitim Veren*</u>		
Doktor	30	55.6
Hemşire+psikolog+doktor	21	38.9
Psikolog	3	5.6
<u>Eğitim Verilen Yer*</u>		
Poliklinik	27	50.0
Toplum ruh sağlığı merkezi	21	38.9
Taburcu olurken	6	11.1
<u>Alınan Bilgiyi Yeterli Bulma*</u>		
Yeterli Bulan	45	83.3
Yeterli Bulmayan	9	16.7
TOPLAM	120	100

*n katlanmıştır.

Tablo 4.1.5'te sağlık personeli tarafından ilaç tedavisi ile ilgili anlatılan konular verilmiştir. Hastalara en çok (%88.9) ilacın kullanım şekli anlatılmıştır. İlacın adı ve dozu (%74.0), ilacın sürekli kullanılması gerektiği (%72.2) hastalara en çok verilen bilgiler arasındadır. İlaç yan etkileri konusunda ise hastaların yarısından az bölümüne (%42.5) bilgi verildiği grlmştir.

Tablo 4.1.5.Sağlık Personeli Tarafından İlaç Tedavisi İle İlgili Bilgi Verilen Konular (n:54)

KONULAR	Sayı	%*
İlacın kullanım şekli	48	88.9
İlacın adı	40	74.0
İlacın dozu	40	74.0
İlacın sürekli kullanılması gerektiği	39	72.2
İlaç yan etkileri	23	42.5
İlaç ilaç etkileşimi	20	37.0
İlaç gıda etkileşimi	20	37.0

*Yüzdelikler n:54 üzerinden ayrı ayrı hesaplanmıştır.

4.2.Araştırmaya Katılan Hastaların Tedaviye Uyumları

Tablo 4.2.1'de hastaların tedaviye uyumları ile ilgili bazı özellikleri verilmiştir. Tablo'da görüldüğü gibi hastaların %71.7 ilaç dozunun yeterli olduğunu belirtmiştir. İlaç dozlarını kendiliğinden arttırma oranı %3.3 iken azaltma daha fazladır (%45.0). Hastaların %60.0'nın daha önce tedavisini bıraktığı görülmektedir.

Tablo 4.2.1.Araştırmaya Katılan Hastaların Tedaviye Uyumları İle İlgili Bazı Özellikleri (n:120)

ÖZELLİKLER	Sayı	%
<u>Dozu Yeterli Bulma Durumu</u>		
Yeterli Bulan	86	71.7
Yetersiz Bulan	34	28.3
<u>Dozu Kendiliğinden Arttırma</u>		
Arttıran	4	3.3
Arttırmayan	116	96.7
<u>Dozu Kendiliğinden Azaltma</u>		
Azaltan	54	45.0
Azaltmayan	66	55.0
<u>Tedaviyi Bırakma Öyküsü</u>		
Olan	72	60.0
Olmayan	48	40.0

Tablo 4.2.2’de araştırmaya katılan hastaların tedaviyi kendiliğinden bırakma nedenleri gösterilmiştir. Tedavilerini bırakanların %45.9’u ilaçsız başarabileceklerini düşünerek tedaviyi bırakmışlardır. Hastaların %24.3’ü ise ilaç yan etkilerin olması nedeniyle tedaviyi bıraktıklarını belirtmişlerdir. Tedavinin işe yaramadığını düşünerek tedaviyi bırakanların oranı ise %13.5’tir.

Tablo 4.2.2.Araştırmaya Katılan Hastaların Tedaviyi Kendiliğinden Bırakma Nedenleri (n:72)

NEDENLER	Sayı	%
İlaçsız başarabilirim düşüncesi	34	45.9
Yan etkilerin olması	18	24.3
Tedavinin işe yaramadığı düşüncesi	10	13.5
İlacı temin etmede zorluk	6	8.1
Unutkanlık	3	4.1
Hamile kalmak için	2	2.7
Bağımlılık yapmasından korkma	1	1.4
TOPLAM*	74	100.0

*n katlanmıştır.

Tablo 4.2.3'de araştırmaya katılan hastaların ilaç dozlarını azaltma nedenleri gösterilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi hastaların %36.9'u ilaç yan etkileri nedeni ilaç dozunu değiştirmişlerdir.

Tablo 4.2.3 Kendiliğinden İlaç Dozunu Azaltan Hastaların İlaç Dozunu Azaltma Nedenleri (n:54).

NEDENLER	Sayı	%
Yan etkilerin artması	21	36.9
şikayetlerin azalması	19	33.3
Unutkanlık	9	15.8
İlaçsız başarabilirim düşüncesi	5	8.7
şikayetlerin artması	3	5.3
TOPLAM*	57	100.0

*n katlanmıştır.

Tablo 4.2.4'de araştırmaya katılan hastaların tedaviye uyum durumları verilmiştir. Tablo'da görüldüğü gibi hastaların çoğunluğu (%75.0) tedaviye uyumsuz olarak değerlendirilmiştir.

Tablo 4.2.4. Araştırmaya Katılan Hastaların Tedaviye Uyum Durumları (n:120)

UYUM DURUMU	Sayı	%
Uyumlu	30	25.0
Uyumsuz	90	75.0

4.3. Antipsikotik Kullanan Hastalarda İlaç Yan Etkileri

Tablo 4.3.1.'de hastaların LÜNYED ölçeği puan ortalamalarına bakıldığında hastaların alt grup ve toplam puanlarının çok yüksek olmadığı görülmektedir.

Tablo 4.3.1. Araştırmaya Katılan Hastaların LÜNYED Ölçeği Alt Grup Dağılımları (n:120)

Alt Gruplar	X±SS	Minimum	Maksimum
Ekstrapiramidal yan etkiler	6.98±5.44	0.00	27.00
Antikolinergic yan etkiler	5.01±3.64	0.00	17.00
Otonomik yan etkiler	3.92±3.50	0.00	14.00
Genel yan etkiler	1.90±2.29	0.00	13.00
Dikkati başka yöne çeken etkiler	13.53±7.72	0.00	36.00
Alerjik yan etkiler	3.27±3.95	0.00	16.00
Psikolojik yan etkiler	3.42±2.60	0.00	12.00
Hormonal yan etkiler	6.31±5.45	0.00	20.00
Toplam yan etkiler (51 madde)	38.06±21.28	0.00	97.00
Toplam yan etkiler (41 madde)	44.38±25.58	0.00	111.00

Tablo 4.3.2’de alt boyutlarda en fazla yaşanan belirtilerin ortalamaları görülmektedir. Tabloda görüldüğü gibi ekstrapiramidal yan etkilerden hareketlerde yavaşlama, salya artışı ve huzursuzluk en fazla görülen yan etkidir. Antikolinerjik yan etkilerden ağız kuruluğu, otonomik yan etkilerden terlemede artış, alerjik yan etkilerden güneş ışığına hassasiyet, hormonal yan etkilerden seks dürtüsünde azalma, genel yan etkilerden kilo alma alt boyutlara göre en fazla yaşanan yan etkilerdir. Psikolojik yan etkiler belirti sayısının diğer alanlara göre daha fazla olduğu görülmüştür. Bu alt boyutta gün içinde uyku hali, konsantrasyon güçlüğü, gerginlik, halsizlik, hatırlamada güçlük, depresyon, aşırı uyuma ve uykuya dalmada güçlük belirtilerinin ortalaması 1.00’in üzerindedir. Antipsikotiklerle ilişkisi tam olarak belirlenemeyen dikkati başka yöne çeken etkiler incelendiğinde ciltte yağlanmanın öne çıktığı görülmektedir.

Tablo 4.3.2 LÜNYED Ölçeği Alt Boyutlarına Göre Yan Etki Şiddeti (n:120)

YAN ETKİLER	\bar{X} ±SS
Ekstrapiramidal yan etkiler	
Kaslarda sertleşme	0.65± 1.11
Hareketlerde yavaşlama	1.52± 1.24
Kaslarda kasılma	0.97± 2.12
Salya artışı	1.02± 1.31
Huzursuzluk	1.23± 1.38
Titreme	0.97± 1.19
Vücutta istem dışı hareketler	0.60± 1.04
Antikolinerjik yan etkiler	
Ağız kuruluğu	1.57± 1.36
Kabızlık	0.85± 1.19
İdrar yapmada zorluk	0.40± 0.91
Bulanık görme	0.85± 1.20
Fazla idrar yapma	1.32± 1.52

Tablo 4.3.2 LÜNYED Ölçeği Alt Boyutlarına Göre Yan Etki Şiddeti (n:120)
(devamı)

YAN ETKİLER	$\bar{x} \pm SS$
Otonomik yan etkiler	
Baş dönmesi	0.90± 1.20
Bulantı hissi	0.75± 1.11
Çarpıntı	0.77± 1.18
Terlemede artış	1.02± 1.28
İshal	0.47± 0.89
Alerjik yan etkiler	
Deride kırmızı lekeler	0.10± 0.43
Güneş ışığına hassasiyet	0.99± 1.28
Olağan dışı veya yeni oluşan cilt lekeleri	0.20± 0.65
Ciltte kaşıntı	0.61± 1.03
Psikolojik yan etkiler	
Gün içinde uyku hali	1.52± 1.30
Rüya görmeye artış	0.98± 1.28
Konsantrasyon güçlüğü	1.41± 1.34
Gerginlik	1.21± 1.38
Halsizlik	1.68± 2.15
Hatırlamada güçlük	1.54± 1.41
Duygusal algılarda eksilme	0.82± 1.24
Depresyon	1.57± 1.54
Aşırı uyuma	1.49± 1.40
Uykuya dalmada güçlük	1.27± 1.36
Hormonal yan etkiler	
Göğüste şişkinlik ya da hassasiyet	0.39± 0.94
Adet sorunları	0.52± 1.18
Seks dürtüsünde azalma	0.32± 0.95
Cinsel doyuma (orgazma) ulaşmada zorluk	0.71± 1.31
Seks dürtüsünde azalma	0.82± 1.44
Adet sıklığında azalma	0.49± 1.18

Tablo 4.3.2 LÜNYED Ölçeği Alt Boyutlarına Göre Yan Etki Şiddeti (n:120)
(devamı)

YAN ETKİLER	\bar{x} ±SS
Genel yan etkiler	
Baş ağrıları	0.83± 1.08
Kilo kaybı	0.50± 1.02
Kilo alma	1.37± 1.46
İğne batması ya da karıncalanma hissi	0.70± 1.04
Dikkati başka yöne çeken (Red-herring) etkiler	
Burun akıntısı	0.53± 0.99
Uçlarda (el, ayak, kulak, burun gibi) kızarma ve morarma	0.13± 0.57
Saç dökülmesi	0.92± 1.23
İdrar renginin koyulaşması	0.70± 1.11
Tırnak zayıflığı	0.45± 1.01
Ağız içinde yaralar	0.32± 0.82
Ciltte yağlanma	1.00± 1.29
Yüzde kızarma	0.35± 0.83
Boyun kaslarında ağrı	0.88± 1.20
Eklemlerde ağrı	0.99± 1.21

Tablo 4.3.3'de hastaların son bir ay içinde yaşadıkları yan etki şiddetine göre dağılımı incelendiğinde hastaların çoğunluğunun yan etkilerini orta şiddette (%45.8) yaşadıkları; çok şiddetli yaşayanların oranının %11.7 olduğu görülmüştür.

Tablo 4.3.3. Araştırmaya Katılan Hastaların Son Bir Ay İçinde Yaşadıkları Yan Etki Şiddetine Göre Dağılımı

Yan Etki Şiddeti	Sayı	%
Çok hafif (0-7)	3	2.5
Hafif (8-27)	29	24.2
Orta (28-58)	55	45.8
Şiddetli (59-80)	19	15.8
Çok şiddetli >80	14	11.7

Tablo 4.3.4'de cinsiyete göre LÜNYED ölçeği Toplam- Alt ölçek puanlarının karşılaştırılması görülmektedir. Hormonal yan etkiler alt boyutunda gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($t=2,46$, $p=0,01$). Genel toplam yan etki puanı kadınlar da ($X:49,44\pm 25,94$) erkeklere göre daha yüksek olmakla birlikte ($X:40,77\pm 24,87$), gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($t=1,84$, $p>0,05$).

4.3.4. Araştırmaya Katılan Hastaların Cinsiyetine Göre LÜYED Ölçeği Toplam- Alt ölçek puanları karşılaştırılması (n:120)

Alt Boyutlar	Kadın (n:50) X ±SS	Erkek (n:70) X±SS	t	p
Ekstrapiramidal yan etkiler	7.02±5.14	6.95± 5.66	0.06	p>0.05
Antikolinergik yan etkiler	5.44± 3.64	4.71± 3.64	1.07	p>0.05
Otonomik yan etkiler	4.40± 3.32	3.58± 3.60	1.25	p>0.05
Alerjik yan etkiler	1.82± 2.02	1,97± 2.48	0.35	p>0.05
Psikolojik yan etkiler	14.98± 7.78	12.50± 7.56	1.74	p>0.05
Hormonal yan etkiler	4.36± 4.56	2.50± 3.26	2.46	p<0.05
Genel yan etkiler	3.52± 2.55	3.35± 2.64	0.33	p>0.05
Red-herring etkiler	7.90± 5.57	5.18± 5.10	2.76	p>0.05
Toplam yan etki (41 madde)	41.54± 21.56	35.58± 20.88	1.51	p>0.05
Toplam yan etki (51 madde)	49.44± 25.94	40.77± 24.87	1.84	p>0.05

Tablo 4.3.5'de Klasik antipsikotik kullanma durumuna göre LÜNYED Ölçeği Toplam-Alt ölçek puanlarının karşılaştırılması verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi klasik antipsikotik alan hastalarda LÜNYED ölçeği toplam yan etki puan ortalaması ($X:47.00\pm23.42$) kullanmayanlara göre daha yüksek olmakla beraber yan etkiler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Tablo 4.3.5. Klasik Antipsikotik Kullanma Durumuna Göre LÜNYED Ölçeği Toplam- Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması (n:120)

Alt Boyutlar	Kullanmayan (n:103) $X \pm SS$	Kullanan (n:17) $X \pm SS$	t	p
Ekstrapiramidal yan etkiler	6.81± 5.51	8.00±5.01	0.83	p>0.05
Antikolinergic yan etkiler	4.81±3.56	6.23±4.02	1.49	p>0.05
Otonomik yan etkiler	3.87±3.42	4.23±4.07	0.39	p>0.05
Alerjik yan etkiler	1.90±2.26	1.94±2.58	0.06	p>0.05
Psikolojik yan etkiler	13.36±7.84	14.52±7.08	0.57	p>0.05
Hormonal yan etkiler	3.34±4.07	2.82±3.14	0.50	p>0.05
Genel yan etkiler	3.41±2.70	3.47±1.94	0.07	p>0.05
Red-herring etkiler	6.40±5.46	5.76±5.49	0.44	p>0.05
Toplam yan etki (41 madde)	37.54±21.46	41.23±20.48	0.66	p>0.05
Toplam yan etki (51 madde)	43.95±26.00	47.00±23.42	0.45	p>0.05

Tablo 4.3.6'da Atipik antipsikotik kullanma durumuna göre LÜNYED ölçeği Toplam-Alt ölçek puanlarının karşılaştırılması verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi atipik antipsikotik alıp almamanın ilaç yan etkileri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Tablo 4.3.6. Atipik Antipsikotik Kullanma Durumuna Göre LÜNYED Ölçeği Toplam- Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması (n:120)

Atipik antipsikotik	Kullanmayan(n:8) $\bar{X} \pm SS$	Kullanan(n:112) $\bar{X} \pm SS$	t	p
Ekstrapiramidal yan etkiler	7.12± 4.91	6.97± 5.49	0.07	p>0.05
Antikolinergik yan etkiler	7.25± 5.03	4.85± 3.50	1.80	p>0.05
Otonomik yan etkiler	3.87±4.05	3.92± 3.48	0.42	p>0.05
Alerjik yan etkiler	2.75± 3.41	1.84± 2.20	0.03	p>0.05
Psikolojik yan etkiler	13.75± 7.49	13.51± 7.77	0.08	p>0.05
Hormonal yan etkiler	3.37± 3.70	3.26± 3.98	0.07	p>0.05
Genel yan etkiler	3.12± 1.72	3.44± 2.65	0.33	p>0.05
Red-herring etkiler	6.25± 4.62	6.32± 5.52	0.03	p>0.05
Toplam yan etki (41 madde)	41.25± 23.02	37.83± 21.25	0.43	p>0.05
Toplam yan etki (51 madde)	47.50± 24.52	44.16± 25.74	0.35	p>0.05

Tablo 4.3.7’de depo form ilaç kullanma durumuna göre LÜNYED ölçeği Toplam- Alt ölçek puanlarının karşılaştırılması verilmiştir. Otonomik yan etkilerin depo form kullanmayanlarda (\bar{X} :4.30±3.61) daha fazla olduğu gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (t:2.74, p<0.05). Diğer boyutlarda ise depo form kullanımının ilaç yan etkileri açısından anlamlı bir fark oluşturmadığı görülmüştür(p>0.05).

Tablo 4.3.7. Depo form ilaç kullanma durumuna göre LÜNYED ölçeği Toplam- Alt ölçek puanlarının karşılaştırılması (n:120)

Alt Boyutlar	Kullanmayan (n:94) $\bar{X} \pm SS$	Kullanan (n:26) $\bar{X} \pm SS$	t	P
Ekstrapiramidal yan etkiler	7.20±5.46	6.1±5.38	0.83	p>0.05
Antikolinergik yan etkiler	5.15±3.74	4.50±3.30	0.81	p>0.05
Otonomik yan etkiler	4.30±3.61	2.53±2.68	2.74	p<0.01
Alerjik yan etkiler	1.84±2.10	2.15±2.93	0.61	p>0.05
Psikolojik yan etkiler	13.74±8.19	12.76±5.78	0.56	p>0.05
Hormonal yan etkiler	3.36±3.94	2.96±4.05	0.45	p>0.05
Genel yan etkiler	3.46±2.59	3.26±2.67	0.34	p>0.05
Dikkati başka yöne çeken etkiler	6.68±5.41	5.00±5.47	1.39	p>0.05
Toplam yan etki (41 madde)	39.08±21,79	34.38±19.30	0.99	p>0.05
Toplam yan etki (51 madde)	45.76±25.99	39.38±23.81	1.12	p>0.05

Tablo 4.3.8'da eğitim alma durumuna göre LÜNYED ölçeği Toplam- Alt ölçek puanlarının karşılaştırılması verilmiştir. Tabloya göre ilaçlar konusunda eğitim alanlarda yan etki yaşama oranı daha az olmakla (X:41.09±23.00) birlikte gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.3.8. Eğitim alma durumuna göre LÜNYED ölçeği Toplam- Alt ölçek puanlarının karşılaştırılması (n:120)

Alt Boyutlar	Eğitim alan(n:54)	Eğitim almayan(n:66)	t
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	
Ekstrapiramidal yan etkiler	6.14±4.25	7.66±6.17	1.530
Antikolinergik yan etkiler	4.38±3.14	5.53±3.96	1.759
Otonomik yan etkiler	3.50±3.42	4.32±3.55	1.204
Alerjik yan etkiler	2.01±2.54	1.81±2.08	0.474
Psikolojik yan etkiler	17.74±7.19	14.18±8.12	1.017
Hormonal yan etkiler	3.20±3.58	3.33±4.25	0.178
Genel yan etkiler	3.24±2.56	3.57±2.64	0.700
Red-herring etkiler	5.85±5.24	6.69±5.62	0.844
Toplam yan etki (41 madde)	35.24±19.02	40.37±22.86	1.319
Toplam yan etki (51 madde)	41.09±23.00	47.07±27.39	1.278

Tablo 4.3.9’da LÜNYED ölçeği toplam puanı ile yaş, hastalık süresi, hastaneye yatış sayısı, ilaç kullanma süresi ve günde alınan ilaç sayısı arasındaki ilişki verilmiştir. Tabloya göre yaş arttıkça yan etkilerin azaldığı (r:-0,001), Hastalık süresi arttıkça yan etkilerin arttığı (r:0.094), hastaneye yatma sayısı arttıkça yan etkilerin azaldığı(r:0.035), ilaç kullanma süresi arttıkça yan etkilerin arttığı (r:0.014) ve günde alınan ilaç sayısı arttıkça (r:0.046) yan etkilerin arttığı görülmüştür. Bulgular istatistiksel açıdan anlamlı değildir (p<0.05).

Tablo 4.3.9. LÜNYED ölçeği toplam puanı ile yaş, hastalık süresi, hastaneye yatış sayısı, ilaç kullanma süresi ve günde alınan ilaç sayısı arasındaki ilişki

Değişkenler	r	p
Yaş	-0.001	p<0.05
Hastalık süresi	0.094	p<0.05
Hastaneye yatma sayısı	-0.035	p<0.05
İlaç kullanma süresi	0.014	p<0.05
Günde alınan ilaç sayısı	0.046	p<0.05

r: korelasyon katsayısı

4.4. Antipsikotiklere Bağlı Gelişen Yan Etkilerin Tedaviye Uyum Üzerine Etkisi

Tablo 4.4.1'e göre araştırmaya katılan hastalarda görülen yan etkilere uyum durumu verilmiştir. Tabloya göre seks dürtüsünde azalma olan hastaların %91.3'ünün, idrar renginde koyulaşma olan hastaların %100.0'ünün, huzursuzluk olan hastaların %88.9'unun, hareketlerinde yavaşlama olanların %92.6'sının, halsizliği olanların %90'nın, ağız kurluğu olan hastaların %96.6'sının, depresyonu olan hastaların %87.8'inin, ciltte yağlanması olan hastaların %98.7'sinin Bulantı hissi olan hastaların %100.0'ünün ve aşırı uyuması olan hastaların %94.6'sının tedaviye uyumsuz oldukları görülmüştür.

Tablo 4.4.1 Araştırmaya katılan hastalarda görülen yan etkilere göre uyum durumunun karşılaştırılması (n:120)

YAN ETKİLER		UYUM DURUMU				X ²	sd	p
		UYUMLU		UYUMSUZ				
		Sayı	%	Sayı	%			
Seks dürtüsünün azalması	Olan	2	8.7	21	91.3	4.034	1	p<0.05
	Olmayan	28	28.9	69	71.1			
İdrar renginde koyulaşma	Olan	0	0.0	10	100.0	3.636	1	p<0.05
	Olmayan	30	27.3	80	72.7			
Huzursuzluk	Olan	3	11.1	24	88.9	4.070	1	p<0.05
	Olmayan	27	29.0	66	71.0			
Hareketlerde yavaşlama	Olan	2	7.4	25	92.6	5.751	1	p<0.05
	Olmayan	28	30.1	65	69.9			
Halsizlik	Olan	3	10.0	27	90.0	4.800	1	p<0.05
	Olmayan	27	30.0	63	70.0			

Tablo 4.4.1 Araştırmaya katılan hastalarda görülen yan etkilere göre uyum durumunun karşılaştırılması (n:120) (devamı)

YAN ETKİLER		UYUM DURUMU				X ²	sd	p
		UYUMLU		UYUMSUZ				
		Sayı						
Ağız kuruluğu	Olan	1	3.4	28	96.6	9.473	1	p<0.01
	Olmayan	29	31.9	62	68.1			
Depresyon	Olan	5	12.2	36	87.8	5.446	1	p<0.05
	Olmayan	25	31.6	54	68.4			
Ciltte yağlanma	Olan	1	4.3	22	95.7	6.472	1	p<0.05
	Olmayan	29	29.9	68	70.1			
Bulantı Hissi	Olan	0	0.0	11	100.0	4.037	1	p<0.05
	Olmayan	30	27.5	79	72.5			
Aşırı uyuma	Olan	2	5.4	35	94.6	10.954	1	p<0.01
	Olmayan	28	33.7	55	66.3			

Tablo 4.4.2'de Tedaviye Uyumun Bağımlı Değişken Olarak Alındığı Lojistik Regresyon Analizi verilmiştir. Tabloya göre hastalarda görülen yan etkilerden olan ağız kuruluğunun olmayanlara göre 13 kat daha fazla aşırı uyuma olanların olmayanlara göre ise 9 kat tedaviye uyumsuz oldukları belirlenmiştir.

Tablo 4.4.2.Tedaviye Uyumun Bağımlı Değişken Olarak Alındığı Lojistik Regresyon Analizi

DEĞİŞKEN	REGRESYON KATSAYISI	STANDART HATA	p	OLASILIK ORANI	%95 GÜVEN ARALIĞI
Ağız Kuruluğu	2.639	1.053	P<0.05	13.994	1.778-110.167
Aşırı Uyuma	2.244	0.774	P<0.01	9.434	2.070-43.002

5. TARTIŞMA

Bu araştırma antipsikotik kullanan hastalarda ilaç yan etkilerinin tedaviye uyum üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla planlanmış ve gerçekleştirilmiştir.

5.1. Hastaların Demografik ve Hastalıkla İlgili Özellikleri

Hastaların hastalık ve tedavileri ile ilgili özelliklerine bakıldığında hastaların uzun süredir hastalıkla birlikte yaşamakta olduğu ($X \pm SS$: 14.77±11.10 yıl) görülmektedir. Hastalık süresinin uzun olması, ilaç kullanma süresi ve yatış sayısının fazlalığı ilaç yan etkileri ile ilişkili olabilir. Özellikle geç distoni ve geç diskinezi gibi yan etkiler ilaçların uzun süre kullanımı sonucu ortaya çıkmaktadır⁴. Hastalık süresinin uzunluğu ve sık yatışlar, hastalarda hastalıklarının hiç düzelmeyeceği ve tedavi girişimlerinin etkili olamayacağı şeklindeki düşüncelerin gelişmesine neden olarak tedavi uyumlarını da bozmaktadır¹⁵. Araştırmada hastaların 10.46±9.13 yıl ilaç kullandıkları görülmüştür. Literatürde tüm kronik hastalıklarda tedaviye uyumsuzluğun tedavi süresi ile ilişkili olduğu belirtilmiştir^{9,19,36}. Uzun süreli kullanımda uyum sorunları hastalık kaynaklı olabileceği gibi (sanrılar, ilacın durumunu kötüleştirdiği düşüncesi, hastalığını yadsıma, damgalanma) ilaç kaynaklı (yan etkiler) da olabilmektedir. Dilbaz ve ark'nın şizofreni hastalarında tedaviye uyumu değerlendirdikleri bir çalışmalarında, uzun süreli ilaç kullanan şizofreni hastalarının tedaviye uyumsuzluk nedenlerinden biri olarak (%13,5) ilacın daha önceki kullanımlarında yaşamış oldukları yan etkilerden olduğunu bulmuşlardır¹⁹.

Hastaların aldığı ilaç sayısı günde 1-8 arasında değişmektedir. Yapılan bazı çalışmalar, antipsikotiklerin çoklu kullanımının şizofreni hastalarının tedavisinde avantaj sağladığı yönündedir. Bu çalışmalara göre, antipsikotik polifarmasi uygulaması ile ilaçların yan etki insidansı azalmakta, hastaneye yatış süresi kısalmakta ve hastalığın gidişatı olumlu olarak etkilenmektedir⁷⁹. Diğer taraftan, bazı çalışmalarda çoklu antipsikotik kullanımının, ilaç etkileşimleri yönünden tehlikesiz kabul edilemeyeceği ve şizofreni hastalarındaki mortalite oranını artırdığı yönündedir⁸⁰. Günde tek doz uygulanan uzatılmış salımlı ajanların, tedavi uyumsuzluğu sorununun çözümünü kolaylaştırabileceği bildirilmiştir¹⁹.

Son bir hafta içinde alınan ilaç sayısı (17.88±11.00) alması gereken ilaç sayısından (19.90±11.11) düşük olduğu görülmüştür. Bu durum hastaların alması gereken ilaç

dozunu atladıkları ya da azalttıkları yani ilaca uyumsuz oldukları şeklinde yorumlanmıştır. Aker ve ark.'nın psikotik bozukluğu olan 37 hastayla yaptıkları bir çalışmada, hastaların, hastaneden çıktıktan sonraki ilk 10 gün içinde ilacı bıraktıkları ve uyumsuzluğun başladığı belirlenmiştir²¹. Bu dönemde çeşitli bilişsel yetersizlikler, nüksün risk ve sonuçlarını değerlendirme yetisinde azalma gibi etkenlerin hastalarda uyumu zorlaştırdığı belirtilmiştir. Dilbaz ve ark.'nın çalışmasında da benzer şekilde hastaların yarısından fazlasının bir aydan fazla bir süredir düzenli ilaç kullanmadığı kaydedilmiş olup, akut döneme benzer şekilde uzun dönem uyumsuzlukta hastalığın yadsınması (%46.7) ve ilacın sedasyon, uyuşukluk, sersemlik etkileri (%36.4), ilacın ekstrapiramidal etkilerinin (%36.4) neden olabileceği bildirilmiştir¹⁹.

Hasta tedavinin başlangıcında ilaç hakkında mutlaka bilgilendirilmeli ve "risk/kazanç oranı" kendisi ile tartışılmalıdır³⁴. Araştırmada hastaların %45.0'i ilaçlar hakkında bilgilendirildiğini belirtmiştir. Sağlık personeli tarafından ilaç tedavisi ile ilgili %88.9 oranında ilacın kullanım şekli anlatılmıştır. İlaç yan etkileri konusunda ise %42.5 oranında bilgi verildiği bildirilmiştir. Hastalara ilaçların etkileri ve yan etkileri hakkında yeterli ve uygun bilgiyi vermek sağlık personelinin sorumluluğudur. Babacan şizofreni hastaları ve aileleriyle yaptığı çalışmasında hasta ve ailelerin eksiklik duyduğu konuların şizofreni hastalarının yasal hakları, şizofreninin tekrarlama durumu ortaya çıkan belirtiler, ilgi ve dikkat azalması ile başatma, şizofreni tedavisinde kullanılan ilaçların yan etkileri, şizofrenide uygulanan diğer (psikososyal) tedavi yöntemleri olduğunu bulmuştur⁸¹. Bu bulgular özellikle hastalığın erken uyarıcı belirtileri ve ilaçların yan etkileri başta olmak üzere daha önceki araştırma bulguları ile tutarlılık göstermektedir⁸².

5.2.Araştırmaya Katılan Hastaların Tedaviye Uyumluları

Tedaviye uyum konusunda beş boyuttan oluşan şemaya göre hastaların %75'i tedaviye uyumsuz olarak değerlendirilmiştir. Bu oran oldukça yüksektir. Antipsikotik ilaçlara uyumsuzluk oranı %11-80 arasında değişmektedir ve klinik pratikte önemli sonuçları görülen ciddi bir sorundur⁵⁰.Uzun ve ark. şizofren hastalarında tedaviye uyuma baktıkları 3 yıllık doğal izlemde hastaların uyumsuzluk oranının %40.4 olduğunu bildirmişlerdir⁸³. Ekstrapiramidal yan etkiler görülen bir hasta grubunda tedaviye uyum %20 iken, ekstrapiramidal yan etkileri olmayanlarda %80'in üzerinde olduğu bildirilmiştir⁸⁴. Tedaviye uyumun olmaması artan nüks oranlarına, hastane yatışlarına, sık acil başvurularına ve yüksek tedavi maliyetine yol açmaktadır. Kumar ve ark.'nın

yaptıkları çalışmada, tedaviye uyumlu olan ve uyumlu olmayan hastalar arasında cinsiyet açısından anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir¹¹. Ervatan ve ark.'nın çalışmalarında kadın hastaların tedaviye uyum oranı %79.7, erkek hastaların %54.5 olarak belirlenmiş ve aralarında anlamlı bir fark tespit edilmistir¹⁰. Cinsiyet konusunda uzlaşma görülmemiştir. Tunca ve Hancıoğlu şizofrenik bozukluk, somatizasyon bozukluğu ve distimik bozukluk gibi süregen hastalığı olan hastaların sağaltıma uyumunun daha bozuk olduğunu belirtmişlerdir⁸⁵. Hastanın yaşı, medeni durumu ve eğitim durumlarını içeren sosyodemografik özelliklerin tedaviye uyum ile doğrudan ilişkili olmadığını gösteren çalışmalar mevcut olmakla birlikte; ilişki gösteren çalışmalar da mevcuttur^{9-11,34}. Bu nedenle demografik özelliklerin tedaviye uyum konusunda farklılıklar gösterdiği ve belirleyici faktör olarak ele alınmasının göreceli olabileceği düşünülmektedir.

Hastaların %60.0'nın daha önce tedavisini bıraktığı görülmektedir. Bu durum tedaviye uyumsuzluk açısından önemli bir risk faktörü olarak değerlendirilmelidir. İlaç yan etkisi nedeniyle ilaçları tamamen bırakanların oranı %24.3 iken ilaç dozunu azaltanların oranı %36.9. Aker ve ark. çalışmasında da yan etkiler nedeniyle görülen ilaç uyumsuzluğu yaklaşık %40 oranında ikinci sırada yer almıştır²². Tedavinin erken dönemlerinde ortaya çıkan akut distoni, akatizi ve akinezi gibi yan etkiler tedaviye uyumu etkilediği bildirilmiştir. Misdrahi ve ark. yaptıkları bir araştırmada hastaların tedaviyi bırakmalarının nörolojik, endokrin, antikolinergik ve ekstrapiramidal sistem yan etkilerin ortaya çıkması sebebiyle olduğunu göstermiştir⁵⁰. Hastanın yerine getirmesi gereken alanlardaki işlevselliğini bozması nedeniyle sedasyon, libido kaybı, kilo alımı da tedaviye uyumu olumsuz yönde etkileyen yan etkilerdendir.

Tedavi hakkındaki düşünceler, tedaviye uyum bakımından önemlidir. Hastaların %71.7'si ilaç dozunun yeterli bulunduğunu belirtmiştir. İlaç dozlarını kendiliğinden artırma oranı %3.3 iken, azaltma daha fazladır (%45.0). Kullanılan ilaç dozunu azaltma hastalarda sık görülen bir uyumsuzluk davranışdır⁹. Aktaran ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada en sık görülen uyumsuzluk şeklinin doz atlamak olduğu gözlenmiştir¹⁵. Çalışmada hastaların ilaç dozunu azalttıkları belirlenmiş olup; literatürle paralellik göstermektedir.

5.3. Antipsikotik İlaçların Yan Etkileri

Antipsikotik kullanan hastalarda son bir ayda en fazla yaşanan yan etkiler incelendiğinde, gün içinde uyku hali (%58.5), ağız kuruluğu (%57.4), konsantrasyon güçlüğü (%55.0), halsizlik (58.3), hatırlamada güçlük (%54.1), depresyon (%52.5) ve hareketlerde yavaşlamanın (%57.5) hastalar tarafından “fazla-çok fazla” yaşandığının ifade edildiği görülmüştür. Morrison’un, LÜNYED Ölçeğini kullanarak yaptığı çalışmada, hastaların en sık yaşadığı yan etkiler sırasıyla konstrasyon güçlüğü, hatırlamada güçlük, halsizlik, huzursuzluk, gerginlik, ağız kuruluğu, fazla idrar yapma, gün içinde uyku hali, ve depresyon olduğunu bildirmesi araştırmanın bulgularıyla benzerlik göstermektedir⁸⁶.

Hastalara LÜNYED Ölçeği alt boyutlarına göre yaşadıkları yan etkilere bakıldığında ekstrapiramidal yan etkilerden hareketlerde yavaşlama, salya artışı ve huzursuzluk en fazla görülen yan etkidir. Antikolinergik yan etkilerden ağız kuruluğu, otonomik yan etkilerden terlemede artış, alerjik yan etkilerden güneş ışığına hassasiyet, hormonal yan etkilerden seks dürtüsünde azalma, genel yan etkilerden kilo alma alt boyutlara göre en fazla yaşanan yan etkilerdir. Yılmaz araştırmasında LÜNYED Ölçeği sonuçlarına göre hastaların yan etki alt boyutlarına göre ekstrapiramidal yan etkilerde hareketlerde yavaşlama, psikolojik yan etkilerde konsantrasyon güçlüğü, genel yan etkilerden kilo alma, hormonal yan etkilerden seks dürtüsünde azalma, alerjik yan etkilerden güneş ışığına hassasiyet, dikkati başka yöne çeken etkilerde idrar renginin koyulaşması, otonomik yan etkilerden terlemede artış yaşadığı belirlenmiş olup çalışmamıza benzer bulgulardır²⁵.

Hastaların çoğunluğu yan etkileri hafif (%24.2) ve orta şiddette(%45.8) yaşamaktadır. Morrison çalışmasında hastaların %50’sinin hafif, %41’inin orta, %9’unun yan etkileri şiddetli yaşadığını belirtmiştir⁸⁶. Benzer bulgularımız olmasına rağmen hastaların büyük çoğunluğunun atipik antipsikotik kullanmasına bağlı olarak daha az yan etki yaşamalarına bağlı olabileceği düşünülmektedir.

Cinsiyete göre yan etkiler değerlendirildiğinde kadınlarda hormonal yan etkilerin daha çok yaşandığı, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu(p=0.01), genel yan etkilerin de erkeklere göre daha yüksek fakat istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür. Tipik antipsikotik ilaçlar sıklıkla hiperprolaktinemi ve buna bağlı olarak gelişen seksüel disfonksiyon oluşturmaktadır. Bu durumun altında yatan neden ise tipik

antipsikotik ilaçların dopamin blokajına bağlı olarak gelişen aşırı prolaktin salgılanması ve gonadal fonksiyon üzerindeki ikincil etkilerdir. Bu antipsikotik kaynaklı seksüel disfonksiyon hastalar açısından kabul edilememekte ve tedaviye uyumsuzlukla ilişkili olduğu bildirilmektedir. Bu durum prolaktin salınımını etkilemeyen atipik antipsikotik ilaçların geliştirilmesi ile uzun süre antipsikotik tedavi alması gereken hastalar için tedaviye uyum açısından önemli bir gelişme olduğu bildirilmektedir⁸⁷. Yılmaz'ın çalışmasında ise ekstrapirimal yan etkilerin, otonomik, genel yan etkilerin ve dikkati başka yöne çeken yan etkileri daha çok yaşadığı görülmüştür²⁵.

Tedavi uyumunun sağlanamadığı hastalarda kas içi uzun etkili antipsikotik uygulanması en sık başvuru olan tedavi seçeneklerindedir. Depo antipsikotik uygulanması, her ne kadar veriler çelişkili olsa da, ekstrapirimal yan etkilerin ortaya çıkmasına neden olabilmekte ve uyumu bozabilmektedir^{34,88,89}. Bu araştırmada hastalarda otonomik yan etkilerin depo form kullanmayanlarda daha fazla olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Hastaların depo antipsikotiklerle ilgili düşüncelerini değerlendiren çalışmalar, hastaların depo antipsikotik kullanımı ile ilgili olumlu görüş bildirdiklerini ve depo antipsikotiklere oral antipsikotiklere göre daha iyi uyum sağladıklarını göstermiştir^{89,90}. Depo antipsikotiklerin ekstrapirimal yan etki, tardiv diskinezi ve hiperprolaktinemi ile ilişkili semptomları arttırdığı bildirilmektedir. Tüm depo antipsikotiklerin sık olmayan uygulama ve hastanın uyumuna ya da en azından uyumsuzluğunun tespitine olanak sağlamaktadır⁹¹.

İlaç tedavisi hakkında bilgilendirilen hastaların yan etki yaşama oranı daha az olmaktadır. İlaç tedavisi hakkında bilgilendirme ve yorumlama düzeyi artıkça psikopatolojinin şiddeti azalmaktadır. Araştırmada ilaçlar konusunda eğitim alanlarda yan etki yaşama oranı daha az olduğu görülmüştür. İlaçlar hakkında bilgilendirme, içgörüyü olumlu yönde etkileyerek; tedaviye uyumun artmasıyla remisyon sürelerinin uzamasını ve psikopatolojinin şiddetinin azalmasını sağlayabilir⁹².

5.4. Antipsikotiklere Bağlı Gelişen Yan Etkilerin Tedaviye Uyum Üzerine Etkisi

Hastalarda görülen yan etkilerin tedaviye uyumu etkilediği görülmüştür. Hastalarda görülen yan etkilerden seks dürtüsünde azalma olan hastaların %91.3'ünün tedaviye uyumsuz olduğu görülmüştür. Libido kaybı, erektil disfonksiyon, retrograd ejakulasyon, anorgazmi gibi cinsel işlev sorunları % 80 oranında gözlenir, bireyin bu tür yan etkilere

maruz kalması hem psikozunu alevlendirebilir, hem de bu sebepten dolayı ilacı bırakmasına neden olmaktadır¹⁵. Cinsel işlev bozukluğu hasta tarafından çoğu zaman ifade edilmesinden kaçınılan sıkıntı yaratan, uyumu bozan sağlık personeli tarafından eksik sorgulanan yada göz ardı edilen tedavide güçlük oluşturmasının yanı sıra zorlayıcı bir sorun olduğu bildirilmektedir⁹³.

Aşırı uyuması olan hastaların %94.6'sının, hareketlerinde yavaşlama olanların %92.6'sının, halsizliği olanların %90'nun, tedaviye uyumsuz oldukları görülmüştür. Bu etkiler düşük potensli antipsikotikler ile daha belirgin görülmektedir. Aşırı uyuma genel olarak birkaç gün ya da hafta içinde azalarak kaybolmaktadır. Uyku halinin ne kadarı hastalığı belirtisi ne kadarı antipsikotik ilaçları yan etkisi olduğunu ayırt etmek güç olabilmektedir. Antipsikotiklere bağlı aşırı uyuma ve hareketlerde yavaşlama şizofreni hastalarında sık görülen ilgi eylem azlığına eklenince tedaviye uyumuda güçlük ortaya çıkabilmektedir⁵².

Şizofrenik süreçte gözlenen depresyon ile şizofrenin duygulanımında düzleşme, anhedoni gibi negatif belirtiler birbiriyle örtüşmektedir. Ayrıca, şizofrenik hastaların tedavisinde kullanılan antipsikotik ilaçlar; dopamin blokajı yoluyla akinezi, maske yüz, apati, halsizlik ve disfori gibi belirtilerden oluşan parkinsonizm tablosuna veya yerinde duramama ile birlikte bireyi özkıyım girişimlerine zorlayacak şekilde derin bir sıkıntı ve huzursuzluk durumu gibi belirtilerden oluşan akatizi tablosuna neden olabilirler. Bu tablonun şizofreni sürecinde gözlenebilen depresyon hareketlerde yavaşlama, anhedoni, konsantrasyon güçlüğü, özkıyım düşünceleri ve anksiyete gibi belirtilerinden ayrımı güç olmaktadır. Araştırmamızda depresyonu olan hastaların %87.8'inin tedaviye uyumsuz olduğu görülmüştür. Klasik antipsikotiklerin şizofren hastaların %60-%65'inde depresyon yapıcı etkilerinin olduğu bildirilmektedir⁹⁴. Sağlık personelinin bu konuda dikkatli olması ve sıkı gözlem yapması gerekmektedir⁹⁵.

Tedaviye uyumun bağımlı değişken olarak alındığı lojistik regresyon analizinde ağız kuruluğu olanlarda tedaviye uyumsuzluk riskinin olmayanlara göre 13.9 kat fazla olduğu belirlenmiştir. Ağız kuruluğu antipsikotik ilaçların antikolinergik yan etkilerinden kaynaklanmaktadır. Mintzer ve Burns yaptıkları çalışmada antikolinergik yan etkilerden kaynaklanan ağız kuruluğu problemlerini hafif, orta ve ağır olarak sınıflamışlardır. Ağır yan etkiler arasında belirttikleri yutma zorluğu ve çiğneme güçlüğü hastaların ilaç alımını zorlaştırmaktadır. Yan etkilerden kaynaklanan bu zorluklar tedavi sonucunu kötü etkilemekte ve tedaviye uyumsuzluğun ana sebeplerinden biri haline gelmektedir⁹⁶.

Antipsikotik ilaçlar ağız kuruluşuna, oral pigmentasyona, ciddi extrapiramidal belirtilere ve disfajiye neden olabilirler⁹⁷. Düşük potensli klasik antipsikotik ilaçlar, özellikle klorpromazin ve tiyridazin, tükürük bezlerinin parasempatik uyarımını bloke ederek bu hastalarda derin bir hiposalivasyona neden olabilir. Bu etkinin sıklığı ve şiddeti antikolinergik antiparkinson ilaçların eş zamanlı olarak verilmesiyle artar. Oluşan hiposalivasyon, ağız ortamındaki istenmeyen değişimlere bağlı olarak periodontal hastalığın şiddetlenmesine ve hızlı çürük oluşumuna sebep olmaktadır⁹⁷⁻⁹⁹. Ağız kuruluşu, mukozal dokuların mekanik travmalara karşı direncinde azalmaya neden olmaktadır. Normal miktarda tükürük olmaması hareketli protez kullanan hastalarda büyük zorluklar yaşanmasına neden olmaktadır. Bu tablo hastanın sadece beslenme durumunu değil ayrıca psikolojik durumunu da olumsuz etkiler^{97,100}. Bu olumsuz etkiler, klinikte konuşma, çiğneme, yutkunma zorluğu, ağız ve dudak köşelerinde çatlaklara ve diş protesileriyle ilgili sorunlar ve protez travması olarak ortaya çıkabilmektedir^{97,101}.

Ağız kuruluşu dil papillalarında atrofiye de neden olur. Ayrıca, tükürük bileşiminde ilaçların etkileriyle oluşabilecek biyokimyasal, immünolojik veya mikrobiyolojik değişimler tükürüğün kalitesini azaltıp enfeksiyon riskini artırdığı ve tükürüğün mekanik temizleme ve nemlendirici etkisi azaldığı için enfeksiyonlar görüldüğü bildirilmektedir^{97,101}. Ağız kuruluşu ilerleyen süreçte neden olduğu başlıca sorunlar; diş çürükleri, periodontal hastalıklar, glossit ve stomatit gibi ağız içi enfeksiyonlar ve bazı ileri vakalarda tükürük bezlerinin akut enflamasyonudur^{97,101}.

Yüksek çürük riski nedeniyle ağızkuruluşu olan hastalarda beslenmenin kontrolü özellikle önemlidir. Alınan besinlerin fiziksel özellikleri de bakteriyel plak birikimini etkiler. Ayrıca, hastalar öğünler arasında şeker kullanmamaları gerektiği konusunda uyarılmalıdır. % 0.5 sodyum florid ağız gargaraları, özel kaşıklar içinde florid jelleri veya %1.1 sodyum floridli diş macununun günlük kullanımı diş minesinin remineralizasyonunu kolaylaştırır ve diş çürüğü sıklığını azaltıldığı bildirilmektedir^{97,101}. Likit veya jel formunda tükürük ürünleri dişli hastalarda ve tam protez kullanan dişsiz hastalarda belirtilerin geçici olarak hafiflemesini sağlamaktadır. Alkollü ve kafeinli içeceklerden kaçınılması, ağız kuruluşu şiddetini de azaltacağı bildirilmektedir. Gün boyunca sık su içilmesi ve şekersiz sakız kullanımı tükürük akışını uyarak belirtilerin hafiflemesini sağlayabilir^{97,99,101,102}.

Araştırma sonucunda elde ettiğimiz verilere göre tedaviye uyumsuzluğu etkileyen diğer

bir yan etkide aşırı uyumadır. Aşırı uyuma yan etkisi yaşayanlarda yaşamayanlara göre tedaviye uyumsuzluk riskinin 9,4 kat fazla olduğu belirlenmiştir. Antipsikotik ilaçların uyku üzerine karakteristik bir etkisi olmadığını ancak birçoğunun uyanıklık periyodlarını azalttığını ve tedavi dozunda kullanıldığında yavaş dalga uykusunu arttırdığını bildirmişlerdir. REM uykusunun süresi doz bağlı olarak artabilir. Ayrıca paranoid hastalarda klorpromazin gibi sedasyon etkisi yüksek ilaçların kullanılması da önerilmektedir¹⁰³.

Tandon ve arkadaşları 40 şizofrenik hastada yaptıkları çalışmada, psikotik olmayan kontrol grubuna göre daha uzun uyku dönemini, uyku sırasında daha fazla uyanma sayısı ve bunun sonucu olarak daha düşük uyku etkililiği saptamışlardır. Tipik antipsikotiklerde daha sık görülen uyku bozuklukları şizofreninin negatif semptomları olan isteksizlik, motivasyon kaybı, asosyalite, anhedoni ile karışabilmektedir. Tüm bunlar hastayı olumsuz etkilediğinden dolayı yaşam kalitesini ve tedaviye uyumunu bozmaktadır^{104,105}.

6.SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1.Sonuçlar

Araştırmaya katılan hastaların çoğunluğunun erkek, 41 yaş ve üzerinde, bekar/boşanmış yada dul ve ilkokul mezunu olduğu,%88.3'ünün çalışmadığı ve kendilerini orta gelir düzeyinde algıladıkları belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hastaların yarısından çoğunun tanısı şizofrenik bozukluk olup en fazla kullanılan ilaç türü ise atipik antipsikotiktir. Hastaların çoğu ilaçlar hakkında bilgilendirilmemiş ve bilgilendirilen hastalarda ise ilaç yan etkilerinin anlatılma oranının düşük olduğu görülmüştür (%42.5). Hastaların %75.0'i tedaviye uyumsuz olarak değerlendirilmiştir. İlaç yan etkisi nedeniyle ilaç dozunu azaltanların oranı %36.9, ilaçları tamamen bırakanların oranı ise %24.3'tür. Son bir ayda en fazla yaşanan yan etkiler incelendiğinde uyku hali, ağız kuruluğu, konsantrasyon güçlüğü, halsizlik, hatırlamada güçlük, depresyon ve hareketlerde yavaşlamanın yoğun şekilde hastaların çoğunluğu tarafından yaşandığı görülmüştür. Genel olarak incelendiğinde LÜNYED ölçeğine göre orta şiddette (%45.8) yan etkileri yaşamaktadır. Kadınlarda hormonal yan etkilerin daha çok olduğu, depo form ilaç kullananlarda otonomik yan etkilerin daha az olduğu görülmüştür. İlaçlar konusunda eğitim alanlarda yan etki yaşama oranı daha az olmakla birlikte gruplar arasındaki farkın anlamsız olduğu belirlenmiştir. İlaç yan etkilerinden seks dürtüsünün azalması, idrar renginde koyulaşma, huzursuzluk, hareketlerde yavaşlama, halsizlik, ağız kuruluğu, depresyon, ciltte yağlanma, bulantı hissi ve aşırı uyuma yaşayanların tedaviye uyumsuzluk oranlarının yaşamayanlara göre yüksek olduğu, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Tedaviye uyumun bağımlı değişken olarak alındığı lojistik regresyon analizinde ağız kuruluğu olanlarda tedaviye uyumsuzluk riskinin olmayanlara göre 13.9 kat fazla olduğu belirlenmiştir. Aşırı uyuma yan etkisi yaşayanlarda yaşamayanlara göre tedaviye uyumsuzluk riskinin 9.4 kat fazla olduğu belirlenmiştir.

6.2.Öneriler

Ayaktan yada hastanede yatarak antipsikotik ilaçlarla tedavi edilen hastaların ilaç yan etkileri konusunda eğitilmesi, ilaç yan etkilerinin yönetilmesi konusunda verilecek eğitime hastayla birlikte ailenin dahil edilmesi, hayatı tehdit edebilecek ekstraprimidal yan etkiler konusunda hastaların ve ailelerin uyarılması, ağız kuruluğu ve aşırı uyuma yan etkilerini yaşayan hastaların yaşamayanlara göre tedaviye uyumsuzluk açısından

daha fazla risk altında olduğu bilinerek bu hastaların yakından takip edilmesi gerekmektedir. Ayrıca psikiyatri hemşirelerinin eğitim programına ağız hijyeni bilgileri ve uygulamalarını dahil edilmelidir. Ruh sağığı çalışanlarına, özellikle hemşirelere yönelik ağız sağığı teşvik ve eğitim programı, hastalara yönelik olan programlar kadar önemli sayılmalıdır. Kronik psikiyatri hastalarının ağız sağığını etkileyen çevresel faktörlerin ayrıntılı incelenmesi, ağız-diş sağığı ekibi işgücü sorunları ve bu hastaların zayıf ağız sağığına katkıda bulunabilen tıbbi sorunların detaylı bir şekilde incelenmesine daha fazla önem verilmelidir. Ayrıca hemşire uyku düzeni hakkında bilgi sahibi olmalı, hasta ve ailesiyle uyku periyodlarını düzenlenmesi konusunda destek olmalıdır. Hastaların kontrole geldiklerinde yan etkiler nedeniyle ilaç dozunu kendi kendine azaltıp azaltmadıklarını ya da ilaçları doktora danışmadan kesip kesmediklerinin araştırılması, kadın hastaların hormonal takiplerinin düzenli olarak yapılması ve oluşabilecek değışiklikler konusunda bilgilendirilmesi, ilaç yan etkilerinin yönetimi konusunda kurumlarda standart prosedürlerin oluşturulması önerilmektedir.

7.KAYNAKLAR

1. Öz F. Sağlık Alanında Temel Kavramlar. Ankara: İmaj İç Ve Dış Ticaret A.Ş. 2004.
2. Pektaş İ, Bilge A, Ersoy MA. Toplum ruh sağlığı hizmetlerinde epidemiyolojik çalışmalar ve toplum ruh sağlığı hemşireliğinin rolü. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2006;7:43-487.
3. Anlar L. Psikiyatri Hastalarının Taburculuk Sonrası Ruhsal Durumları, İşlev Görme Düzeyleri Ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Yüksek lisans tezi, Sivas, 2002.
4. Öztürk MO. Duygulanım Bozuklukları. İçinde: Öztürk MO (Ed). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 8. Basım. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri; 2001: s.291-342.
5. Ocaktan ME, Özdemir O, Akdur R. Birinci basamakta ruh sağlığı hizmetleri. Kriz Dergisi, 2004;2(2): 63-73.
6. Erginöz E. Halk Sağlığı ve Mental Hastalıklar. İ.Ü Cerrahpaşa Fakültesi Sürekli Tıp Etkinlikleri. Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi No:62, Mart 2008, s:31-40
7. Dünya Sağlık Örgütü. Ruh Sağlığı: Yeni Anlayış - Yeni Ümit. Dünya Ruh Sağlığı Raporu. Cenevre, 2001.
8. Demirkıran F, Terakye G. Depresif hastaların ilaç tedavisine uyumları ve destekleyici hemşirelik uygulamalarının uyum düzeyine etkisi, Kriz Dergisi. 2001; 9 (2): 29-39.
9. Meriç M. Anksiyolitik ve Antidepresan Kullanan Bireylerin Tedaviye Uyumlarının İncelenmesi, , Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans tezi, Ankara, 2006, 68.
10. Ervatan S, Özel A, Türkçapar H, Atasoy N. Depresif hastalarda tedaviye uyum: Doğal izlem çalışması. Klinik Psikiyatri. 2003;6:5-11.
11. Kumar K, Sedgwick P. Non-compliance to psychotropic medication in Eastern India: Clients’ perspective part II, Journal of Mental Health. 2001;10(3);279-284.
12. Breen R, Thornhill JT. Noncompliance with medication for psychiatric disorders. Reasons and remedies. CNS Drugs, 1998;9:457-471.
13. Ünal S, Çakıl G, Elyas Z. Taburculuk sonrası tedaviye gelmeyen psikotik hastaların özellikleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2006;7:69-75.

14. Mcglashan TH, Carpenter WT. Does attitude toward psychosis related to outcome? *Am. J. Psyc*, 1981;138:797-801.
15. Üstünsoy-Çobanoğlu S, Aker T, Çobanoğlu, N. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum sorunları. *Düşünen Adam*, 2003;16:211-218.
16. Meissel TH. Problems of compliance of schizophrenic patients. *Soc. Psihijat*, 1988;26: 161-165.
17. Martić-Biocina S, Baric V. Factors important for compliance among croatian patients suffering from schizophrenia - how to improve psychiatric servicesin croatia? *Psychiatr Danub*. 2005;17:36-41.
18. Üçok A, Polat A, Çakır S, Genç A. One year outcome in first episodeschizophrenia. predictors of relapse. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci*, 2006;256:37-43.
19. Dilbaz N, Karamustafalıoğlu O, Oral T, Önder E, Çetin M. Psikiyatri poliklinigine basvuran sizofrenihastalarında tedaviye uyumun ve uyumu etkileyen faktörlerin degerlendirilmesi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 2006;16:223-232.
20. Çakır F, İlnem İ, Yener F. Kronik psikotik hastalarda taburculuk sonrası takip ve tedaviye uyum. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2010;23:50-59.
21. Aker T, Üstünsoy S, Kuğu N, Yazıcı A. Psikotik bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum ve ilaç tedavisine uyumsuzluğu değerlendirme ölçeği. 36. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı, 2000.
22. Göğüş AK. Psikotrop İlaçlar ve Klinik Kullanımları. İçinde: Sayıl I. (Ed.) *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*, 2.Baskı, Ankara: Öncü Basımevi, 2000:435-539.
23. Yılmaz S, Buzlu, S. Liverpool üniversitesi antipsikotiklerin yan etkilerini değerlendirme ölçeğinin Türkçe formunun güvenilirliği. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 2006;16:147-154.
24. Yılmaz S. *Psikiyatri Hastalarında İlaç Yan Etkileri ve İlaç Uyumu*, Yüksek Lisans Tezi.2004.İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.İstanbul,2004.s:142.
25. Marland G.R. Atypical neuroleptics: Autonomy and compliance? *Journal of Advanced Nursing*, 1999;29(3):615-622.
26. Olfson M, Mechanic D, Hansell S, Boyer CA, Walkup J, Weiden PJ. Predicting medication noncompliance after hospital discharge among patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2000; 51:216- 222.
27. Lindstrom E, Bingerfors K. Patient compliance with drug therapy in schizophrenia. *Economic and clinical issues. Pharmacoeconomics* 2000; 18:106-124.

28. Janicak PG, Davis JM, Preskorn SH, Ayd FJ (Eds). Compliance; Principles and Practice of Psychopharmacotherapy. Third Ed. Philadelphia:Lippincot Williams and Wilkins; 2001; p.43-44.
29. Sin J, Gamble C. Managing side effects to the optimum: Valuing a client's experience, J Psychiatr Ment Health Nurs. 2003;10:147-153.
30. McCann TV, Clarke E, Lu S. Subjective side effects of antipsychotics and medication adherence in people with shizophrenia. Journal of Advanced Nursing. 2009;65(3):534-543.
31. Kampman O. Compliance in Psychotic Disorders, University of Tampere, Medical School Tampere University Hospital, Department of Psychiatry. Finland .2003.
32. Oral ET, Şahin S, Akman B, Verimli A. İki uçlu duygudurum bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum: "Farz edelim ki, şeker hastasısn." demek yeterli mi?. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2002; 3:212-222.
33. Sofuoğlu S, Turan T, Antipsikotik ilaç tedavisinde uyum problemleri: bunların ekstrapiramidal yan etkilerle ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2000; 1(2):100-106
34. Akıncı F, Öz F. HIV/AIDS'li hastaların tedaviye uyumunu etkileyen psikososyal faktörler. HIV/AIDS Dergisi, Ekim-Kasım-Aralık, 2003.
35. Cameron C. Patient compliance: recognition of factors involved and suggestions for promoting compliance with therapeutic regimens. Journal of Advanced Nursing, 1996; 24, 244-250.
36. Koç A. Kronik Psikoz Hastalarında Tedavi Uyumunun ve Tedavi Uyumu İle İlişkili Etkenlerin Değerlendirilmesi. Tıpta uzmanlık tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara, 2006
37. Kemp RA, Anthony S. Patient Compliance David Comprehensive Care of Schizophrenia, 2001;269-280.
38. George C. F, Peveler R. C, Heiliger S, Thompson C. Compliance With Tricyclic Antidepressants: The Value Of Four Different Methods Of Assessment, Clinical Pharmacology, 50, 166-171, 2000
39. Thompson C, Peveler R.C, Stephenson D, McKendrick J. Compliance With Antidepressant Medication in the Treatment of Major Depressive Disorder in Primary Care: A Randomized Comparison of Fluoxetine and a Tricyclic Antidepressant, American Journal Psychiatry, 157, 338-343, 2000

40. Hogan T.P, Awad A.G, Eastwood R.A. self Report Scale Predictive of drug compliance in schioprenic:reliability and discrimnative validity.Psychological Medicine.13:177-183.
41. Hans Rittermannsberger, M.D.Thomas Pachinger, M.D, PhD.Peter Keppelmüller, M.S.Johannes Wancata, M.D(2004) Medication Adherence AmongPsychotic Patients Before Admission to Inpatient Tractment February Vol.55.No.2
42. Farabee D, Shen H, Sanchez S. Program-Level Predictors Of Antipsychotic Medication Adherence Among Paroless International Journal of Offender Therapy and Cornparative Criminology,48(5)2004 561-571
43. Rusch N, Corrigan PW: Motivational interviewing to improve insight and treatment adherence in schizophrenia.Psychiatr Rehabil J 26(1):23-32, 2002.
44. Lacro JP, Dunn LB, Dolder CR, Leckband SG, Jeste DV: Prevalance of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature:Am Psychiatry 63(101:892-909, 2002.
45. Perkins O Diana: Adherence to Antipsychotic Medications; JClin Psychiatry 60:25-30, 1999.
46. Holzinger A, Loffler W, Muller P, Priebe S, Angermeyer MC. Subjective illness theory and antipsychotic medication complianceby patients with schizophrenia. J Nerv Ment Dis 190(9):597-603,2002.
47. Yurtsever Ü.E, Kutlar T, Tarlacı N ve ark. Ruh hastalıkları tedavisinde psikososyal bir boyut: Psikoeğitimsel bir model. Düstünen Adam, 2001; 14(1): 33-40.
48. Happell B, Manias E, Pinikahama J. The Role Of The inpatient Mental Health Nurse in Facilitating Patient Adherence To Medication Regimes, Internrnational Journal Of Mental Health Nursing, 11, 251-259, 2002.
49. Misdrahi D, Llorca PM, Lancon C, Bayle FJ: Compliance in schizophrenia: predictive factors, therapeutical considerations and research implications. Encephale 2002; 28:266-72.
50. Sönmez M.B. Şizofreni ve şizoaffektif bozukluk akut alevlenmesi olan hastalarda risperidon ile ziprasidonun kardiyak ekstrapiramidal ve metabolik yan etkilerinin karşılaştırması. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı.Uzmanlık Tezi Edirne .2007.
51. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 11. Baskı. Ankara, Tuna Matbaacılık, 2008.

52. Balcıoğlu İ. Antipsikotiklerin Yan Etkileri, İÜ Cerrahpaşa Sürekli Tıp Etkinlikleri, Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu,2-3 Aralık,1999,İstanbul,157-168.
53. Duran A.Psikiyatride İlaçla Tedavi. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakóltesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri 275 Türkiye’de sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıklar Sempozyum Dizisi 2008; 62:275-302
54. Gögüş AK. Psikotropik ilaçlar ve klinik kullanımları. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. Editör: Sayıl I. Ankara, Öncü Basımevi, 2000 s.435-541.
55. Erdoğan S. Atipik Antipsikotik İlaçların Hematolojik Yan Etkileri Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2009; 1:255-279
56. Isaac A, Shieves LR. Basic Concepts of Psychiatric Mental Health Nursing(5th.ed)New York:Lippincott Company, 4,18-43.
57. Demirbaş K.Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Oral İlaç Uygulamalarının Değerlendirilmesi. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı.Antalya, 2005.
58. Celia J, Boritz W. Nursing Management of Psychotropic Drug Reactions, Nursing Clinics of North America .2001.35(2):218-231.
59. Coşkun A, Dağ H, Çetinbağ H, Keskin A.Uygulayıcı Rol Üstlenen Hemşirelerin Hizmetlerinde Yer Alması Gereken Hemşirelik İşlevleri Hakkındaki Bilgi Durumları ve Uygulama Biçimlerinin Araştırılması Hemşirelik Bülteni.1999 .7(29):55-63.
60. Terakye G. (2000). Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı. Psikiyatri Kliniğinde İlaç Uygulamaları (Üçüncü Basım), Ed:N. Kum. İstanbul, Birlik Ofset, S: 154-214
61. Varcarolis E.M. (1998). Foundation of Psychiatric Mental Health Nursing (3rd ed.). New York: W.B. Saunders Company, pp: 65-77, 149-161, 174
62. Videbeck S.S. (2001). Psychiatric Mental Health Nursing (1st ed.). New York: Lippincott Company, pp: 18-43
63. Kempainen J, Buffum M, Wike G, & Michare K.(2003).Psychiatric Nursing&Medication Adherence. Journal of Psychosocial Nursing&Mental Health Services. 41(2): 38-52
64. Townsend M.C. (2003). Psychiatric Mental Health Nursing Concepts of Care (4th ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company, pp: 291-313
65. Perry A.G, & Potter P.A, (2004). Clinical Nursing Skills & Techniques (5th ed.). Missouri: Mosby Year Book, pp : 3-13, 613-668

66. Taylor M.C. (1994). Essentials of Psychiatric Nursing (Fourteenth ed.). St. Louis: Mosby Year Book, R.R. Donnelley&Sons Company, pp: 136-137, 139-160
67. Baer C.L, & Williams B.R.(1992). Clinical Pharmacology and Nursing (2nd ed.). Pennsylvania: Springhouse Corporation, pp: 72-105, 396-450
68. Smith, F.S, & Duell D.J. (1992). Clinical Nursing Skills (3rd ed.). USA: Prentice –Hall International Inc., pp: 317-338
69. Pelletier R.L, Poster C.E, Stuart G.W, & Verhey P.M.(1999). Advaced Practice Nursing in Psychiatric and Mental Health Care. American Psychiatric Nurses Association (1st ed.). Philadelphia: Mosby, pp: 297-313
70. Birol L.(1997). Hemsirelik Süreci (3. Baskı). İzmir:Etki Matbaacılık, ss: 92-133
Birsöz, S., Turgay, A.(1994). Psikiyatride İlaç Tedavisi (1.Basım). Ankara: Medikomat Basım Yayın Sanayi ve Tic. Ltd. Sti., ss: 10-16
71. Carpenito, L.J. (1999). Hemsirelik Tanıları El Kitabı (7. Basım). Çev: F. Erdemir. İstanbul:Nobel Tıp Kitabevi, ss: 312-331
72. Tood, S.R., Nichols, W.L., Lipkin, B.G., Sabo, M.H.,&West, M.F. (1989).Clinical Pharmacology and Nursing Management (3rd ed.). Philadelphia:Lippincott Company, pp: 45-98
73. Ulusoy, M.F.,& Görgülü, R.S. (1996). Hemsirelik Esasları (Cilt:I, _kinci Baskı). Ankara: TDFO Ltd.Sti., ss: 1-15,183-200
74. Boyd, M.A. (2001). Psychiatric Nursing Contemporary Practice (2nd ed.). Philadelphia: Lippincott, pp: 128-178
75. Mc evoy 1989Mc Evoy JP, Apperson LJ, Appelbaum PS:Insight in schizophrenia: its relationship toacute psychopathology. J Nerv Ment Dis 1989; 177:43-47.
76. Day, J. C., Wood, G., Dewey, M. & Bentall, R. (1995). A self-rating scale for measuring neuroleptic side effects. Validation in a group of schizophrenic patients. British Journal of Psychiatry 166, 650–653.
77. Day J, Kinderman P and (Bentall RP) (1998) A comparison of patients' and prescribers' beliefs about neuroleptic side-effects: prevalence, distress and causation. Acta Psychiatrica Scandinavica vol 97 pp 93-97).
78. Harkin Ş. Bipolar affektif bozukluğu olan hastaların Tedaviye uyumlarının artırılmasında Psikoegitimsel modelin etkinliğinin Degerlendirilmesi.Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.Yüksek Lisans Tezi.2009.

79. Mccue RE, Waheed R, Urcuyo L. Polypharmacy inpatients with schizophrenia. *Journal of Clinic Psychiatry*. 2003;64:984-989.
80. Waddington J, Youssef HA. Cognitive dysfunction in chronic schizophrenia followed respectively over 10 years and its longitudinal relationship to emergence of tardive dyskinesia. *Psychol Med*. 1996;26:681-688.
81. Babacan Gümüş A. Şizofreni hastalarının ve yakınlarının sağlık eğitimi gereksinimleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2006;7:33-42.
82. Chien WT, Chan SW, Morrissey J. The perceived burden among Chinese family caregivers of people with schizophrenia. *J Clin Nurs*. 2007;16:1151-1161.
83. Uzun Ö, Hamurcu U, Cansever A, Anıl L. Şizofreni Olgularında Tedaviye Uyum: Üç Yıllık Doğal İzlemede Olanzapin, Risperidon ve Klasik Antipsikotiklerin Karşılaştırılması. *Güncel Psikiyatri ve Psikonörofarmakoloji*. 2011;1(2):5-9.
84. Güven FM, Birsöz S. Klozapin ve şizofreni sağaltımındaki yeri. *Klinik Psikiyatri*. 2001;4:124-128.
85. Tunca Z, Hancıoğlu M. Hastaların Psikiyatriste devamını etkileyen etkenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1993;1(4),219-224,
86. Morrison P, Gaskill D, Meehan T, Lunney P, Lawrence G, Collings P. The use of the Liverpool University neuroleptic side-effect rating scale (LUNSERS) in clinical practice *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*. 2000; 9,166-176.
87. Shubulade S. *Psychournal of Clinical Psychopharmacology*. 2003; 23:27-32.
88. Altamura AC, Sassella F, Santini A, Montresor C, Fumagalli S, Mundo E. Intramuscular preparations of antipsychotics: uses and relevance in clinical practice. *Intramuscular Drugs*. 2003;63:493-512.
89. Saygın Eker S, Akkaya C, Cangür F, Sarandöl A, Deniz G, Kırılı S. Oral Antipsikotik Kullanımına Eklenmiş Depo Antipsikotik Tedavisinin Şizofreni Hastalarının Tedaviye Uyumluluğu Üzerine Etkisi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*:2009;19:273-278.
90. Walburn J, Gray R, Gournay K, Quraishi S, David AS. Systematic review of patient and nurse attitudes to depot antipsychotic medication. *Br J*

Psychiatry.2001;179:300-307.

91. Taylor D. Psychopharmacology and adverse effects of antipsychotic long-acting injections: a review.Br J Psychiatry Suppl.2009;Nov;52:S13-9.

92. Rusch N, Corrigan PW. (Motivational interviewing to improve insight and treatment adherence in schizophrenia. Psychiatr. Rehabil. J. 2002;26: 23-32.

93. Kuloğlu M, Okan E.Yeni nesil Antipsikotikler ve Cinsel İşlev Bozukluğu,Klinik Psikiyatri.2008;11:191-199.

94. Çetin M, Turgay A. Modern Psikofarmakolojinin Ellinci Yılında Klorpromazinden Günümüze Antipsikotik Tedavinin Dünü, Bugünü. Klinik Psikofarmakoloji Bulteni.2002;Cilt: 12, Sayı: 4.

95. İlhan ESLEK, Cem İLNEM, Ferhan YENER Kronik Şizofren Hastalarda Ortaya Çıkabilen Depresyonun Parkinsonizm ve Negatif Belirtilerden Ayırılması.Düşünen Adam.1998;11(2)9.

96. Mintzer J. Burns A. Anticholinergic side-effects of drugs in elderly people. Journal of the Royal Society of Medicine 2000;83.

97. Gürbüz Ö., Altınbaş K., Kurt E. Psikiyatrik hastalarda ağız sağlığı. Psikiyatriye Güncel Yaklaşımlar. 2011; 3(4):628-64.

98. Arnaiz A, Zumárraga M, Díez-Altuna I, Uriarte JJ, Moro J, Pérez-Ansorena MA. Oral health and the symptoms of schizophrenia. Psychiatry Res 2011; 188:24-28.

99. Friedlander AH, Friedlander IK, Marder SR. Bipolar I disorder: Psychopathology, medical management and dental implications. J Am Dent Assoc 2002; 133:1209-1217.

100. Clark DC. Dental care for the patient with schizophrenia. Canadian Journal of Dental Hygiene 2008; 42:17-24.

101. Nordenram G, Ronnberg L, Winblad B. The perceived importance of appearance and oral function, comfort and health for severely demented persons by relatives, nursing staff and hospital dentists Gerodontology 1994; 11:18-24.

102. Friedlander AH, Marder SR. The psychopathology, medical management and dental implications of schizophrenia. J Am Dent Assoc 2002; 133:603-610.

103. Eisen JL, Beer DA, Pato MI. (Obsessive-compulsive disorder in patients with

schizophrenia or schizoaffective disorder. *Am J Psychiatry*.1997;154: 271-273.

104. Tandon R, Shipley JE, Taylor S, et al. Electroencephalographic sleep abnormalities in schizophrenia: relationship to positive/negative symptoms and prior neuroleptic treatment. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:185-194

105. Miller, D.D. Atypical antipsychotics:Sleep, sedation and efficacy. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2004;6:3-7.

EKLER

EK I

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

“Antipsikotik Kullanan Hastalarda İlaç Yan Etkilerinin Tedaviye Uyum Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi”

Katılmanızı önerdiğimiz bu çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı; **“Antipsikotik Kullanan Hastalarda İlaç Yan Etkilerinin Tedaviye Uyum Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi”dir.**

Bu araştırmanın amacı antipsikotik ilaçların yan etkilerinin tedaviye uyum üzerine etkisini değerlendirmektir. Bu çalışmada kullandığımız ilaçlar değerlendirilecektir. Vereceğiniz bilgilerin doğruluğu araştırmanızın geçerliliği ve size gelecekte verilecek hizmetlerin planlanması açısından önem taşımaktadır. Bu araştırma ile ilgili olarak sizden sorulara uygun ve durumunuzu tam yansıtan yanıtlar vermeniz beklenmektedir. Bu çalışmada sizin için herhangi bir risk yoktur. Bu amaçla çalışma süresinde hastalara anket ve ölçekler yapılacaktır. Hasta ve ailesine yapılacak anket ve ölçekler hakkında bilgi verilecektir. Bu çalışmada yer almanızda öngörülen süre 30 dk olup, çalışmada yer alacak gönüllülerin sayısı 120 ‘dir. Bu çalışmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Çalışmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada çalışmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Çalışmanın 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 yayınlansa 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.

Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 0(374)2534656-3340 no.lu telefondan Hem. Elvan Sağlam’a başvurabilirsiniz.

Araştırma Sorumluları:
Yrd. Doç. Dr. Fatma Eker
Hemşire Elvan Sağlam

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 veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün, Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin,

Adı-Soyadı:

Adı-Soyadı:

Adresi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı: Elvan Sağlam

Görevi: Hemşire

Adresi: A.İ.B.Ü Tıp Fakültesi Psikiyatri Servisi

Tel.-Faks:03742534656-3340

Tarih ve İmza:

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

Adı-Soyadı:

Görüşme Tarihi:

Adresi:

Görüşmenin yeri:

Görevi:

Saati:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

EK 2

SOSYODEMOGRAFİK SORU FORMU

A)HASTAYA AİT FAKTÖRLER

1. Yaşınız:...

2. Cinsiyetiniz:

1 () Kadın

2 () Erkek

3. Öğrenim durumunuz:

0 () Okuryazar olmayan

1 () Okuryazar

2 () İlkokul mezunu

3 () Ortaokul mezunu

4 () Lise mezunu

5 () Üniversite mezunu

4. Medeni durumunuz:

1 () Evli

2 () Bekâr

3 () Dul

4 () Boşanmış

5 () Ayrı yaşıyor

5. Çalışma durumunuz:

1 () Çalışıyorum

2 () Çalışmıyorum(8.Soruya geçiniz)

6. Eve gelir getiren bir işte çalışıyorsanız mesleğiniz nedir?

1 () Memur

2 () İşçi

3 () Esnaf

4 () Serbest meslek

7. 6. soruya cevabınız serbest meslek ise açıklayınız?.....

8. Çalışmıyorsanız nedeni nedir?

1 () Öğrenci

2 () Ev hanımı

3 () Emekli

4 () Diğer.....

9. Evde kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?

- 1 () Yalnız yaşıyorum
- 2 () Anne ve babamla birlikte yaşıyorum
- 3 () Eşim ve çocuklarımla birlikte yaşıyorum.
- 4 () Akrabalarımla birlikte yaşıyorum
- 5 () Annem, babam, eşim ve çocuklarımla birlikte yaşıyorum
- 6 () Kurumda yaşıyorum
- 7 () Evsiz

10. Size göre gelir düzeyiniz nasıldır?

- 1 () Düşük (gelir giderden az)
- 2 () Orta (gelir gidere eşit)
- 3 () Yüksek (gelir giderden fazla)

11. Sosyal güvenceniz var mı?

- 1 () Var (Açıklayınız.....)
- 2 () Yok

B)HASTALIĞA AİT FAKTÖLER

12. Hastalığınızın adı nedir?

- 1 () Şizofrenik Bozukluk
- 2 () Şizoaffektif Bozukluk
- 3 () Bipolar Affektif Bozukluk
- 4 () Şizofreniform Bozukluk
- 5 () Paranoid Şizofreni
- 6 () Diğer....

13. Hastalığınız kaç yaşında başladı?.....

14. Kaç yıldır bu hastalıkla yaşıyorsunuz?:.....

15. Kaç defa hastaneye yattınız?.....

16. En son hastaneye yatış nedeniniz neydi?

- 1 () İlaç Yan etkileri
- 2 () Hastalık belirtilerinin ortaya çıkması
- 3 () Ailenin zorla getirmesi
- 4 () Çevrenin zorla göndermesi

17. Hastalığınızla ilgili olarak genelde karşılaştığınız sorunlar nelerdir?

- 1 () Ulaşım ile ilgili sorunlar
- 2 () Hastane masrafları ile ilgili sorunlar
- 3 () Bürokratik işlemlerle ilgili sorunlar
- 4 () Hekimin yeterince bilgi vermemesi
- 5 () Hekimin yeterince zaman ayırmaması
- 6 () Hekimin ilgisiz davranması
- 7 () Çevrenin deli muamelesi yapması
- 8 () Hastalık nedeniyle her zaman kontrol edilmeye çalışma
- 9 () Çevredekilerin hastalıkla ilgili yorumları

C- TEDAVİYE AİT FAKTÖRLER

18. Kullandığınız ilaçlar nelerdir?

- 1 () Klorpromazin
- 2 () Haloperidol
- 3 () Klozapin
- 4 () Olanzapin
- 5 () Ketyapin
- 6 () Risperidon
- 7 () Ziprasidon
- 8 () Aripiprazol
- 9 () Sertindol

19. Kaç yıldır ilaç kullanıyorsunuz?....

20. Kullanılan ilaç formu:

- 1 () Oral
- 2 () Depo form +oral form
- 3 () Ağızda eriyen +oral form
- 4 () Depo form

21. Günde alınan ilaç sayısı:.....

22. Son bir hafta içinde içmeniz gereken toplam ilaç sayısı.....

23. Son bir hafta içinde içtiğiniz ilaç sayısı?.....

24. Kullanılan ilaçların dozlarının yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?

- 1 () Evet
- 2 () Hayır
- 3 () Kısmen

25. Kullandığınız ilaçları doktorun önerdiği dışında dozunu azalttığınız oluyor mu?

- 1 () Evet
- 2 () Hayır
- 3 () Kısmen

26. Kullandığınız ilaçları doktorun önerdiği dışında dozunu arttırdığınız oluyor mu?

- 1 () Evet
- 2 () Hayır
- 3 () Kısmen

27. İlaç dozunu değiştirme nedeniniz nedir?

- 1 () Şikâyetlerimin artması nedeniyle arttırdım
- 2 () Şikâyetlerimin azalması nedeniyle azalttım
- 3 () Yan etkilerin artması
- 4 () İlaçsız başarabilirim düşüncesi
- 5 () Unutkanlık
- 6 () Diğer.....

28. Daha önce ilaçlarınızı almayı bıraktınız mı?

- 1 () Evet
- 2 () Hayır (30.Soruya geçiniz)

29. İlaçlarınızı bıraktıysanız bırakma nedeniniz nedir?

- 1 () Yan etkilerinin olması
- 2 () Tedavinin işe yaramadığı düşüncesi
- 3 () İlaçsız başarabilirim düşüncesi
- 4 () Unutkanlık
- 5 () Bağımlılık yapmasından korkma
- 6 () İlacı temin etmede zorluk
- 7 () Diğer.....

30. Sağlık personeli tarafından ilaç kullanımı ve yan etkileri konusunda bilgi aldınız mı?

- 1 () Evet
- 2 () Hayır

31. Kim tarafından eğitim verildi?

- 1 () Doktor
2 () Hemşire
3 () Psikolog
4 () Diğer.....

32. Nerede anlatıldı?

- 1 () Poliklinik
2 () Taburcu olurken
3 () Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde
4 () Poliklinik ve taburcu olurken

33. Size verilen eğitimde neler anlatıldı?

- 1 () İlacın adı
2 () İlacın dozu
3 () İlacın kullanım şekli
4 () İlaç yan etkileri
5 () İlaç-ilaç etkileşimi
6 () İlaç-gıda etkileşimi
7 () İlacın sürekli kullanılması gerektiği

34. Eğitimin süresi (saat).....

35. Verilen eğitimi yeterli buluyor musunuz?

- 1 () Evet
2 () Hayır

Hastanın kullandığı ilaç miktarı/kullanması gereken ilaç miktarı×100=%.....

ANT puanı:.....

MARS puanı:.....

EK III

TIBBİ TEDAVİYE UYUM ORANI ÖLÇEĞİ (MARS)

Lütfen aşağıdaki soruları geçen hafta içindeki ilaç kullanım davranışınızı en iyi tanımlayacak şekilde cevaplandırınız.

	EVET	HAYIR
1. Hiç ilaçlarınızı almayı unuttunuz mu?		
2. İlaçlarınızı zamanında almak konusunda dikkatsiz misiniz?		
3. Kendinizi iyi hissettiğinizde bazen ilaç almayı bıraktığınız oluyor mu?		
4. Kendinizi kötü hissettiğinizde bazen ilaç almayı bıraktığınız oluyor mu?		
5. İlaçları sadece hasta olduğumda alıyorum.		
6. Vücudumun ve aklımın ilaç kullanımı ile kontrol edilmesi doğal değil.		
7. İlaçlarımı aldığımda düşüncelerim daha net oluyor.		
8. İlaç kullanmaya devam ederek hastalanmaktan korunabilirim		
9. İlaçları aldığımda kendimi yasayan bir ölü gibi garip hissediyorum.		
10. İlaç almak beni yorgun ve tembel yapıyor.		

EK IV

MCEVOY TEDAVİ İZLEM FORMU

Aktif Uyum: Hasta ilacı kendiliğinden alıyor

Pasif uyum: Uyarıldığında isteksizce alıyor, ancak aldığı yutuyor

Direnç: Verilen ilacı alıyor ancak yutmuyor, dilinin altında saklıyor, üstelendiğinde yutuyor.

Açıkça Reddetme: İlacı zorla içirmek mümkün oluyor ya da enjeksiyon gerekiyor.

EK V

NÖROLEPTİK TEDAVİYE KATILIM ÖLÇEĞİ(ANT)

Bu sorular psikiyatrik ilaç kullanımı ile ilgili görüşlerinizi (yargılarınızı) değerlendiriyor. Her soru için sizin su andaki durumunuzu en iyi anlatan seçeneği işaretleyiniz.

1. Psikiyatrik ilaç kullanımının önemi hakkındaki düşünceleriniz

- 100 İlaç kullanımı olmadan iyileşmek mümkün değildir.
- 90 İlaç kullanımı iyileşmede ileri derecede önemlidir.
- 80 İlaç kullanımı iyileşmede çok önemlidir.
- 70 İlaç kullanımı iyileşmede önemlidir.
- 60 İlaç kullanımı iyileşmede biraz önemlidir.
- 50 İyileşmede ilaç kullanımı bazı yönlerden önemli, bazı yönlerden önemli değildir.
- 40 İlaç kullanımı iyileşmede pek önemli değildir.
- 30 İlaç kullanımı iyileşmede önemli değildir.
- 20 İlaç kullanımı iyileşmede hiçte önemli değildir.
- 10 İlaç kullanımı iyileşmede tamamen önemli değildir.
- 0 İlaç kullanımı iyileşmede hiçbir katkısı yoktur.

2. İlaç kullanımı ile psikososyal tedavinin karşılaştırılması (bireysel ve grup görüşmeleri, aile görüşmeleri)

- 100 İlaç kullanımı tek uygun tedavidir ve psikososyal tedavi anlamlı değildir.
- 90 İlaç kullanımı ileri derece önemlidir ve psikososyal tedavi onu gerçekten çok az destekler.
- 80 İlaç kullanımı çok önemlidir ve psikososyal tedavi onu gerçekten çok az destekler.
- 70 İlaç kullanımı önemlidir ve psikososyal tedavi onu az destekler.
- 60 İlaç kullanımı biraz önemlidir ve psikososyal tedavi onu bir ölçüde destekler.
- 50 İlaç kullanımı ve psikososyal tedavi eşit derecede önemli tedavilerdir.
- 40 Psikososyal tedavi biraz önemlidir ve ilaç kullanımı onu bir ölçüde destekler.
- 30 Psikososyal tedavi önemlidir ve ilaç kullanımı onu az destekler.

- 20 Psikososyal tedavi çok önemlidir ve ilaç kullanımını onu çok az destekler.
10 Psikososyal tedavi son derece önemlidir ve ilaç kullanımını onu gerçekten çok az destekler.
0 Psikososyal tedavi tek uygun tedavidir ve ilaç kullanımını önemli değildir.

3. Belirtiler kaybolduktan sonra ilaç tedavisini ne kadar devam ettirmek gerektiği hakkındaki tahminleriniz

- 100 İlaç kullanımını hayatın geri kalanında devam ettirmek gereklidir.
90 İlaç kullanımını ileri derecede uzun bir süre (8yıl) devam ettirmek gereklidir.
80 İlaç kullanımını çok uzun bir süre (4yıl) devam ettirmek gereklidir.
70 İlaç kullanımını uzun bir süre (2yıl) devam ettirmek gereklidir.
60 İlaç kullanımını biraz uzun bir süre (2yıl) devam ettirmek gereklidir.
50 İlaç kullanımı bir süre (6ay) devam ettirmek gereklidir.
40 İlaç kullanımı oldukça kısa bir süre (4ay) sonra kesilebilir.
30 İlaç kullanımı kısa bir süre (2ay) sonra kesilebilir.
20 İlaç kullanımı çok kısa bir süre (1ay) sonra kesilebilir.
10 İlaç kullanımı son derece kısa bir süre (2hafta) sonra kesilebilir.
0 İlaç kullanımı hemen kesilebilir ve sadece belirtiler tekrar ortaya çıkınca kullanılabilir.

4. İlaç kullanımı kişiliğinizi nasıl etkileyeceğine dair düşünceleriniz

- 100 İlaç kullanımı kişiliğimi etkilemeyecek.
90 İlaç kullanımı kişiliğimi ileri derece az etkileyecek.
80 İlaç kullanımı kişiliğimi çok az etkileyecek.
70 İlaç kullanımı kişiliğimi az etkileyecek.
60 İlaç kullanımı kişiliğimi hafifçe etkileyecek.
50 İlaç kullanımı kişiliğimi biraz etkileyecek.
40 İlaç kullanımı kişiliğimi oldukça etkileyecek.
30 İlaç kullanımı kişiliğimi çok etkileyecek.
20 İlaç kullanımı kişiliğimi çok fazla etkileyecek.
10 İlaç kullanımı kişiliğimi ileri derecede etkileyecek.
0 İlaç kullanımı kişiliğimi tamamen tanınmaz hale çevirecek.

5. İlaç kullanımına ne kadar hazır olduğunuz ile ilgili düşünceleriniz

100 İlacı sadece kendi isteğim ile alıyorum ve ilaç kullanımının benim için ileri derecede önemli olduğunu düşünüyorum

90 İlacı kendi isteğim ile alıyorum ve ilaç kullanımının benim için en önemli şeylerden biri olduğunu düşünüyorum

80 İlacı kendi isteğim ile alıyorum ve ilaç kullanımının benim için çok önemli olduğunu düşünüyorum.

70 İlacı kendi isteğim ile alıyorum ve ilaç kullanımının benim için önemli olduğunu düşünüyorum.

60 İlacı sadece kendi isteğim ile alıyorum ve ilaç kullanımının benim için biraz önemli olduğunu düşünüyorum.

50 İlaç tedavisini alıyorum

40 İlacı kendi isteğim dışında alıyorum ve ilaç kullanımının benim için önemli olduğunu düşünüyorum.

30 İlacı kendi isteğim dışında alıyorum ve ilaç kullanımının benim için yararsız olduğunu düşünüyorum.

20 İlacı kendi isteğim dışında alıyorum ve ilaç kullanımının benim için zararlı olabileceğini düşünüyorum.

10 İlacı kendi isteğim dışında alıyorum ve ilaç kullanımının benim için daha çok zararlı olabileceğini düşünüyorum.

0 İlacı kendi isteğim dışında alıyorum ve ilaç kullanımının benim için sadece zararlı olduğunu düşünüyorum.

6. İlacın olası yan etkileri ile nasıl basa çıkacağınıza ilişkin düşünceleriniz

100 Yan etkilere rağmen ilaçları normal dozlarda almaya devam ederim.

90 İlaçlarımı aynı dozda almaya devam ederim, ama yan etkiler hakkında doktorumu bilgilendiririm.

80 İlaçlarımı aynı dozda almaya devam ederim, ama dozunun azaltılacağını ümit ederim.

70 İlaçlarımı aynı dozda almaya devam ederim, ama dozunun azaltılmasını isterim.

60 İlaçlarımı aynı dozda almaya devam ederim, ama dozunun azaltılmasında ısrar

ederim.

50 İlaçlarımı aynı dozda almaya devam etsem de, gerekli dozuna karşı çıkarım.

40 İlaç dozunu çok az azaltırım.

30 İlaç dozunu biraz azaltırım.

20 İlaç dozunu oldukça azaltırım.

10 İlaç dozunu çok azaltırım.

0 Yan etkilerden dolayı ilaç tedavisi almayı tamamen keserim.

7. İlaç kullanımının duygularınızı nasıl etkileyeceği ile ilgili düşünceleriniz

100 İlaç kullanımı beni tamamen iyileştirecek.

90 İlaç kullanımı durumumu ileri derece olumlu etkileyecek.

80 İlaç kullanımı ruhsal durumumu çok iyi etkileyecek.

70 İlaç kullanımı ruhsal durumumu iyi etkileyecek.

60 İlaç kullanımı ruhsal durumumu oldukça iyi yönde etkileyecek.

50 İlaç kullanımı ruhsal durumumu etkilemeyecek.

40 İlaç kullanımı ruhsal durumumu biraz kötü etkileyecek.

30 İlaç kullanımı ruhsal durumumu kötü etkileyecek

20 ilaç kullanımı ruhsal durumumu çok kötü etkileyecek.

10 İlaç kullanımı ruhsal durumumu ileri derece kötü etkileyecek.

0 İlaç kullanımı ruhsal durumumu tamamen mahvedecek.

8.Şu andaki ruhsal problemleriniz ile ilgili düşünceleriniz

100 Dayanılmaz derecede ruhsal problemlerim var.

90 Çok fazla ruhsal problemlerim var.

80 Fazla ruhsal problemlerim var.

70 Oldukça fazla ruhsal problemlerim var.

60 Biraz fazla ruhsal problemlerim var.

50 Bazı ruhsal problemlerim var.

40 Az ruhsal problemlerim var.

30 Oldukça az ruhsal problemlerim var.

20 Çok az ruhsal problemlerim var.

10 Çok çok az ruhsal problemlerim var.

0 Hiç ruhsal problemlerim yok.

9. Őu anda yardıma ihtiyacınız ile ilgili dűŐünceleriniz

100 Alabileceđim her tűrlű yardıma ihtiyacım var.

90 Çok fazla yardıma ihtiyacım var.

80 Yardıma çok ihtiyacım var.

70 Yardıma oldukça çok ihtiyacım var.

60 Biraz yardıma ihtiyacım var.

50 Bazı yardımlara ihtiyacım var.

40 Yardıma az ihtiyacım var.

30 Yardıma oldukça az ihtiyacım var.

20 Çok az yardıma ihtiyacım var.

10 Çok çok az yardıma ihtiyacım var.

0 Hiç yardıma ihtiyacım yok.

10. İlaç kullanımı dűŐünce yeteneđinizi nasıl etkileyeceđine ilişkin dűŐünceleriniz

100 İlaç kullanımının etkilerine bađlı olarak tamamen normal dűŐünebileceđim ve dűŐüncelerim çok daha net olacak.

90 İlaç kullanımı dűŐünce yeteneđimi önemli ölçűde iyileŐtirecek ve dűŐüncelerimi çok daha net yapacak.

80 İlaç kullanımı dűŐünce yeteneđimi çok fazla iyileŐtirecek ve dűŐüncelerimi oldukça net yapacak.

70 İlaç kullanımı dűŐünce yeteneđimi fazlaca iyileŐtirecek ve dűŐüncelerimi daha net yapacak.

60 İlaç kullanımı dűŐünce yeteneđimi biraz iyileŐtirecek ve dűŐüncelerimi bir miktar daha net yapacak.

50 İlaç kullanımı dűŐünce yeteneđimi ya da dűŐüncelerimin netliđini etkilemeyecek.

40 İlaç kullanımı dűŐünce yeteneđimi biraz kötüleŐtirecek ve dűŐüncelerimi bir miktar karıŐtıracak.

30 İlaç kullanımı dűŐünce yeteneđimi daha fazla kötüleŐtirecek ve dűŐüncelerimi oldukça fazla karıŐtıracak.

20 İlaç kullanımı dűŐünce yeteneđimi çok fazla kötüleŐtirecek ve dűŐüncelerimi önemli ölçűde karıŐtıracak.

10 İlaç kullanımı dűŐünce yeteneđimi ileri derecede kötüleŐtirecek ve dűŐüncelerimi çok daha fazla karıŐtıracak.

0 İlaç kullanımı düşünce yeteneğimi mahvedecek ve düşüncelerimi tamamen karıştıracak.

11. İlaç kullanımının özerkliğinizi (kişisel kontrolünüzü-bağımsızlığınızı) nasıl etkileyeceği ile ilgili düşünceleriniz

100 İlaç kullanımı bağımsızlığımı ileri derecede artıracak.

90 İlaç kullanımı bağımsızlığımı çok fazla artıracak.

80 İlaç kullanımı bağımsızlığımı fazlaca artıracak.

70 İlaç kullanımı bağımsızlığımı oldukça artıracak.

60 İlaç kullanımı bağımsızlığımı bir miktar artıracak.

50 İlaç kullanımı bağımsızlığımı etkilemeyecek.

40 İlaç kullanımı bağımsızlığımı bir miktar azaltacak.

30 İlaç kullanımı bağımsızlığımı oldukça azaltacak.

20 İlaç kullanımı bağımsızlığımı fazlaca azaltacak.

10 İlaç kullanımı bağımsızlığımı çok fazla azaltacak.

0 İlaç kullanımı bağımsızlığımı ileri derecede azaltacak.

12. İlaç kullanımının gelecekte iş yapma yeteneğinizi nasıl etkileyeceği ile ilgili düşünceleriniz

0 İlaç kullanımı gelecekte iş yapma yeteneğimi tamamen mahvedecek ve başkalarının yardımı olmadan çalışmaz olacağım.

10 İlaç kullanımı gelecekte iş yapma yeteneğimi çok daha fazla kötüleştirecek.

20 İlaç kullanımı gelecekte iş yapma yeteneğimi çok fazla kötüleştirecek.

30 İlaç kullanımı gelecekte iş yapma yeteneğimi oldukça kötüleştirecek.

40 İlaç kullanımı gelecekte iş yapma yeteneğimi biraz kötüleştirecek.

50 İlaç kullanımı gelecekte iş yapma yeteneğimi etkilemeyecek.

60 İlaç kullanımı gelecekte iş yapma yeteneğimi biraz artıracak.

70 İlaç kullanımı gelecekte iş yapma yeteneğimi oldukça artıracak.

80 İlaç kullanımı gelecekte iş yapma yeteneğimi çok fazla artıracak.

90 İlaç kullanımı gelecekte iş yapma yeteneğimi çok daha fazla artıracak.

100 İlaç kullanımı etkilerine bağlı olarak gelecekte işlerimi tamamen bağımsız yapabileceği

EK VI

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 görmede 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 VII ARAŞTIRMA İZİN YAZILARI

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Baştabipliği

SAYI : B.10.4.ISM.4.14.00.47/2371
BİRİMİ : Özlük.
KONU : Tez Çalışması

BOLU

18 Ağustos 2011

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığı' na

İlgi : 08/11/2010 tarih ve B30.2.DZC.0.42.00.06/302.14-19 sayılı yazınız.

Tez çalışması yapmak için hastanemize müracaat eden Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi Elvan SAĞLAM' ın hastanemizde hasta mahremiyetine özen göstererek ve hasta adı geçmeyecek şekilde çalışma yapması uygundur.

Bilgilerinize arz ederim.

Dr. Çenk YAMANER
Başhekim V.



ADRES :

Ağaççılar Köyü Mevkii – BOLU
e-posta : boludhs7@saglik.gov.tr
elektronik ağ : <http://www.boluruhsagligi.gov.tr/>

FAKS : 0 (374) 275 24 23
Ayrıntılı bilgi için : S.ÇAKAL
Tel : 0 (374) 275 25 25

“Sağlıklı nesiller için ilk 6 ay sadece anne sütü”

EK VIII ETİK KURUL ONAYI



T.C.

**ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
TIBBİ ARAŞTIRMA ETİK KOMİSYONU BAŞKANLIĞI
BOLU**


Sayı: 2010/ 28
Konu: Sonuç

22.09/2010

Sayın Yrd.Doç.Dr. Fatma EKER
Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü
Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

AİBÜ Tıbbi Araştırma Etik Komisyonu tarafından değerlendirilen 2010/40 no.lu
“Antipsikotik kullanan hastalarda ilaç yan etkileri ve tedaviye uyumunun değerlendirilmesi”
isimli çalışmanız etik olarak uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize sunulur. Saygılarımla.


Prof Dr. Nimet KABAKUŞ
Tıbbi Araştırma Etik Komisyonu Başkanı

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

15.08.2011

Elvan SAĞLAM

ÖZGEÇMİŞ

1983 yılında Ankara'da doğdu. İlköğretim ve liseyi Bolu'da tamamladıktan sonra 2002 yılında Abant İzzet Baysal Üniversitesi Bolu Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik bölümünü kazandı. 2006 yılında Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesinde hemşire olarak göreve başladı. 2008 yılında Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programına başladı. 2009 yılından beri Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Servisinde Sorumlu Hemşire olarak çalışmaya devam etmektedir.

Tel: 0 374 253 46 56 - 3340

e-posta: elvanatalan@gmail.com