



**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**PSİKIYATRİ HASTALARININ VE AİLELERİNİN
İLAÇ YAN ETKİLERİNİ BİLME VE BUNLARLA
BAŞETME DURUMLARI**

FEYZA MÜGE ÖZTÜRK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

PROF. DR. SEVİM BUZLU

İSTANBUL – 2008

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Hemşirelik programı Yüksek Lisans Öğrencisi F. Müge ÖZTÜRK tarafından hazırlanan "Psikiyatri Hastalarının ve Ailelerinin İlaç Yan Etkilerini Bilme ve Bunlarla Başetme Durumları" konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi :30.10.2008

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

Jüri Üyesi : Prof.Dr.Sevim BUZLU
: İst.Üni. Florance Nigh. HYO
(Danışmanı)



Jüri Üyesi : Prof.Dr.Adnan İŞGÖR
: Haliç Üniversitesi / Hemş. YO.



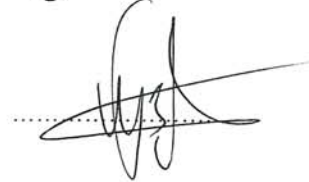
Jüri Üyesi : Prof.Dr.Necmiye SABUNCU
: Haliç Üniversitesi / Hemş. YO.



Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Özlem İŞİL
: Maltepe Üni/ Hemş. Yük.



Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr. Makbule BATMAZ
: Haliç Üniversitesi / Hemş. YO.



Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.

Prof.Dr.Tayyip ÇALIŞLAR
Sağ. Bilim. Ens. Müdür V.



I. TEŞEKKÜR

Çalışmamda değerli bilgi ve önerileri ile bana ışık tutan, her zaman örnek aldığım tez danışmanım, sevgili hocam Prof. Dr. Sevim BUZLU'ya,

Yardımlarını eksik etmeyen hocalarımız Prof. Dr. Necmiye SABUNCU'ya, Yrd. Doç. Dr. Makbule BATMAZ'a, Öğr. Gör. Fatma ÖZHAN' a ve diğer öğretim elemanlarına,

Çalışmama yardımlarıyla katkıda bulunan Selime YILMAZ ve tüm arkadaşlarıma,

Hayatımda olduğu kadar çalışmamda da yardım ve desteğini eksik etmeyerek beni mutlu kılan Özgür ÇERÇİ'ye,

Beni her zaman destekleyen ve her daim yanımda olan aileme,

SONSUZ TEŞEKKÜRLER.

II. İÇİNDEKİLER

SAYFA

I. TEŞEKÜR.....	I
II. İÇİNDEKİLER	II
III. KISALTMALAR	V
IV. TABLOLAR LİSTESİ	VI
1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	5
4.1. ANTİPSİKOTİKLER	5
4.1.1. Antipsikotiklerin Etki Gücüne Göre Sınıflandırılması	6
4.1.2. Endikasyonları	7
4.1.3. Etki Mekanizması	8
4.1.4. Tipik / İlk Kuşak Antipsikotikler	9
4.1.5. Atipik / Yeni Kuşak Antipsikotikler	9
4.1.6. Farmakokinetik Etkileşim	10
4.1.7. Klinik Kullanımı	11
4.1.8. Nöroleptiklerin Klinik Uygulaması	12
4.1.9. Akut Tedavi Dönemi	13
4.1.10. İdame ve Profilaktik Tedavi	13
4.1.11. Önlem ve Uyarılar	14
4.1.12. Toksikite	16
4.1.13. İlaç Etkileşimleri	16
4.2. ANTİPSİKOTİKLERİN YAN ETKİLERİ.....	17
4.2.1. Nörolojik Yan Etkiler	17
4.2.1.1. Ekstrapramidal Sendrom	17
4.2.1.2. Konvülsiyonlar (Epilepsi Riski)	23
4.2.1.3. Sedasyon	23

4.2.1.4. Malign Nöroleptik Sendrom.....	23
4.2.2. Antikolinergik Yan Etkiler	24
4.2.3. Kardiyovasküler Sistem Yan Etkileri	25
4.2.3.1. EKG Üzerine Etkileri	25
4.2.3.2. Postural (Ortostatik) Hipotansiyon	26
4.2.4. Oküler Yan Etkileri	26
4.2.5. Metabolik ve Endokrin Yan Etkiler	27
4.2.5.1. Endokrin Yan Etkiler	27
4.2.5.2. Cinsel Yan Etkiler	27
4.2.5.3. Kilo Artışı ve Diyabet	27
4.2.5.4. Isı Regülasyonu	28
4.2.6. Dermatolojik Yan Etkiler	28
4.2.7. Diğer Yan Etkiler	29
4.2.7.1. Hematolojik Yan Etkiler	29
4.2.7.2. Hepatik Yan Etkiler	29
4.3. ANTİPSİKOTİK TEDAVİDE YAN ETKİLERİ BİLME VE BAŞETME	30
4.4. ANTİPSİKOTİK TEDAVİDE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI	34
4.4.1. Akut Dönemde Hemşirelik Bakımı	37
4.4.1.1. Tanılama.....	37
4.4.1.2. Amaç Oluşturma ve Planlama	38
4.4.1.3. Uygulama	39
4.4.1.4. Değerlendirme	39
4.4.2. Uzun Süreli Hemşirelik Bakımı	40
4.4.2.1. Tanılama.....	40
4.4.2.2. Amaç Oluşturma ve Planlama	41
4.4.2.3. Uygulama	41
4.4.2.4. Değerlendirme	43
5. GEREÇ VE YÖNTEM	44
5.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ	44
5.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	44
5.2.1. Örneklem Alınma Kriterleri	44

5.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	44
5.3.1. Bilgi Formu	44
5.3.2. Liverpool Üniversitesi Antipsikotiklerin Yan Etkilerini Değerlendirme Ölçeği (LÜAYEDÖ).....	44
5.4. VERİLERİN TOPLANMASI.....	46
5.5. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ	47
5.6. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	47
5.7. ARAŞTIRMANIN ETİK SORUNLARI	47
6. BULGULAR	48
6.1. DEMOGRAFİK VE TANI-TEDAVİ İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER.....	48
6.2. LÜAYEDÖ İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER	55
6.3. DEMOGRAFİK, TANI-TEDAVİ İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERLE LÜAYEDÖ PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI.....	57
7. TARTIŞMA	61
7.1. DEMOGRAFİK VE TANI-TEDAVİ İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİN TARTIŞILMASI	61
7.2. LÜAYEDÖ İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİN TARTIŞILMASI.....	66
7.3. DEMOGRAFİK, TANI-TEDAVİ İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERLE LÜAYEDÖ PUANLARININ TARTIŞILMASI.....	67
8. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	73
9. EKLER.....	75
10. KAYNAKLAR.....	82
11. ÖZGEÇMİŞ.....	90

III. KISALTMALAR

AAP: Atipik Antipsikotik

TAP: Tipik Antipsikotik

MNS: Malign Nöroleptik Sendrom

EPS: Ekstrapiramidal Sendrom

MSS: Merkezi Sinir Sistemi

EKG:Elektrokardiyo Grafi

SSRI: Selektif Serotonin Reuptake İnhibitörü

SNRI: Serotonin Nonadrenalin Reuptake İnhibitörü

LÜAYEDÖ: Liverpool Üniversitesi Antipsikotiklerin Yan Etkilerini Değerlendirme Ölçeği

LUNSERS: Liverpool University Neuroleptic Side Effect Rating Scale

IM: İntramüsküler

IV: İntra Venöz

IV. TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1 : Etki Gücüne Göre Antipsikotikler	7
Tablo 2 : Liverpool Üniversitesi Antipsikotiklerin Yan Etkilerini Değerlendirme Ölçeğinin Güvenirlik Analiz Tablosu	46
Tablo 3 : Hastaların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	48
Tablo 4 : Hastaların Tanı ve Tedavi Özelliklerine Göre Dağılımı	49
Tablo 5 : Hastaların İlaçları Kullanım Özelliklerine Göre Dağılımı	50
Tablo 6 : Hasta Yakınlarının Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	51
Tablo 7 : Hasta Yakınlarının Hastaların Tedavi Özelliklerini Bilme Durumuna Göre Dağılımı	53
Tablo 8 : Hastaların Yaşadıkları Yan Etkilerin Dağılımı	55
Tablo 9 : Hasta Yakınlarına Göre Hastaların Yaşadıkları Yan Etkilerin Dağılımı	56
Tablo 10 : Hastaların Çalışma Durumu ile LÜAYEDÖ Toplam – Alt Grup Puanlarının Karşılaştırılması	57
Tablo 11 : Hastaların Sağlık Güvencesi ile LÜAYEDÖ Toplam – Alt Grup Puanlarının Karşılaştırılması	58
Tablo 12 : Hastaların Tedaviye İnanma Durumu ile LÜAYEDÖ Toplam – Alt Grup Puanlarının Karşılaştırılması	59
Tablo 13 : Hasta Yakınlarının Medeni Durumu ile LÜAYEDÖ Toplam – Alt Grup Puanlarının Karşılaştırılması	60

ÖZET

Araştırma, psikiyatri hastalarının ve ailelerinin ilaç yan etkileri ile ilgili bilgi düzeylerini ve yan etkiler ile baş etme durumlarını belirlemek amacı ile tanımlayıcı ve ilişki arayıcı bir çalışma olarak planlandı ve gerçekleştirildi.

Araştırmanın evrenini Özel Esen Psikiyatri Dal Merkezinde ayaktan izlenen hastalar ve aileleri oluşturdu. Araştırmanın örneklemini evrende açıklanan grup içinden araştırmaya alınma kriterlerine uygun (en az bir nöroleptik kullanan, psikiyatri hastasının birinci derecede yakını olan, okuma-yazma bilen, akut durumda olmayan, iletişim kurabilen, çalışmayı kabul eden) 110 hasta ve 74 hasta ailesi oluşturdu. Araştırmada veriler, Bilgi Formu ve Liverpool Üniversitesi Antipsikotiklerin Yan Etkilerini Değerlendirme Ölçeği ile toplandı.

Araştırma kapsamına alınan hastaların büyük çoğunluğunun ilaçların bağımlılık yapabileceği düşüncesinde olmadığı ve tedavinin yararına inandığı, tamamına yakınının da ilaçlar hakkında bilgi edinmek için doktoru tercih ettiği saptandı. Hastaların hepsinde ilaç yan etkilerinden en az birinin görüldüğü ve en sık yaşanan yan etkilerin halsizlik, ağız kuruluğu, dikkati toplamada güçlük ve hatırlamada güçlük olduğu belirlendi.

Araştırma kapsamına alınan hasta yakınlarının hastaları ile ilgili olarak verdiği yanıtlara göre yarısından fazlasının yan etkilerle baş etmede doktora başvurmayı tercih ettiği, tamamına yakınının tedavinin yararına inandığı ve yarısına yakınının da ilaçların bağımlılık yapabileceği düşüncesinde olmadığı saptandı. Hasta yakınlarının hastalarında en sık yaşadıkları yan etkileri aşırı uyuma, halsizlik, konsantrasyon güçlüğü, kilo alma olduğu dikkati toplamada güçlük, gün içinde uyku hali, gerginlik, hatırlamada güçlük, depresyon, halsizlik, duygusal algılarda eksilme ve ağız kuruluğu olarak belirttikleri saptandı.

Hastaların büyük çoğunluğunun yan etkilere maruz kaldığı ve yarıdan fazlasının antipsikotik ilaçlarla diğer psikotrop ilaçları kombine kullandığı belirlendi.

Araştırma doğrultusunda hasta ve hasta yakınlarının ilaç tedavisi ve yan etkilerle baş etme konularında daha fazla destek ve eğitime ihtiyaç duydukları, ölçeğin klinikte kullanımının uygun olacağı ve bu çalışmanın geniş bir örnekleme yapılmasının faydalı olacağı söylenebilir.

Anahtar kelime: Psikiyatri Hastası, Hasta Yakınları, Antipsikotik / Nöroleptik, İlaç Yan Etkisi, Yan Etkiyle baş etme

2. SUMMARY

The Psychiatric Patients' and Their Parents' Knowledge About The Medications and Their Side Effects.

The study was organised as a defining and relation subject to find out the medication side effect of psychiatric patients and their families and the way they deal with these terms.

The study was based on the patients who are observed in the Özel Esen Psycihiarty Center and together with their families. The group included 110 patients and 74 patient relatives who were at least using one noroleptik and who were relatives of the pschiatric patients, who are also able to read and write, able to communicate, and accept to have relationship.

The information form of the defining the illness and the ways to deal with that and the demographic conception of the study is determined by the Liverpool University Neuroleptic Side Effect Rating Scale.

In the evaluation, it was determined that patients have experience at least one medication side effect and they have experience frequently he difficulty in concentrating, tiredness and diffuiculty in remembering things, problems in their mouth and depression. Half of the patients tell that they consult their doctors about the side effects of the medicine but the other 50 percent say that they try to deal with the side effects themselves or do nothing.

According to the answers of the patient relatives who tok part in the research half of the patients prefer to see a doctor about the medication side effect, majority of them believe in the benefit of the treatment and half of them do not think that medicine usage would not cause an addiction. The close relatives of the patients believe that mostly observed side effects are; difficulty in concentration, sleepy mood continuing all day long, tiredness and difficulty in remembering things and depression.

According to the research also patients and the patient relatives need to be informed in detail about to deal with medication side effects and its negative impacts.

Key Words: Psychiatric Patient, Patient Relatives, Anthipcychoctic or Norolepthic, Side effect of the medicine, Coping with the drug side effect.

3. GİRİŞ ve AMAÇ

İnsan davranışlarını etkilemek için çeşitli maddelerin kullanılması insanlık tarihi kadar eskidir. Çok eski çağlardan beri çeşitli bitki ve maddelerden elde edilen karışımlar hastalıklara karşı ilaç olarak kullanıldığı gibi alkol, tütün, afyon, esrar, kokain, peyote gibi bugün psikoaktif madde olarak bilinen maddelerde insan psikolojisini çeşitli amaçlarla etkilemek, acıyı dindirmek ya da keyif vermek amacı ile kullanılmıştır (81).

19. yüzyılın sonlarından bu döneme dek ruhsal bozuklukların tedavisinde daha çok afyon türevleri, bromürler, kloral hidrat, pahaldehit, barbitüratlar kullanılmıştır. Modern psikofarmakolojinin, Avustralya'da Cade'in 1949'da taşkın hastalarda lityumu kullanması ve 1950'de Fransa'da Denikel ve Delay'in klorpromazini şizofrenide denemeleri ile başladığı öne sürülmektedir. 20. yüzyılın başında, hastaları toplumdan uzaklaştıran ve yabancılaştıran büyük akıl hastanesi örneği Avrupa ve ABD'nde çok yaygınlaşmış ve bu örnek başka ülkelerde de yayılmıştır. 20. yüzyılın ikinci yarısına doğru bu hastanelere karşı tepkiler artmaya başlamış, bu sırada başlayan psikososyal yöntemler (ortam ve grup psikoterapileri) ile birlikte somatik ve psikofarmakolojik yöntemlerin gelişmesi hastane kapılarının açılmasına, yatak sayısının azalmasına ve hastalara daha iyi bakım verilmesine yol açmıştır (81).

Psikiyatrik bozuklukların tedavisi için psikotrop ilaçların kullanımı ile psikiyatride yeni bir çağ başlamıştır (16). Günümüzde psikotrop ilaçların ruhsal bozuklukların tedavisinde sayısız yararları olmakla beraber hastaların yaşam kalitelerine etki eden ve hastayı çok rahatsız edebilen bir çok yan etki oluşturduğu da bilinmektedir (111). Bu yan etkilerin sık görülen şekli, nöroleptik ya da antipsikotik olarak alınan dopamin reseptör antagonistlerinin neden olduğu hareket bozukluklarıdır. Antipsikotik ilaçların çoğu nörolojik yan etkilere neden olduğundan, bunlar “nöroleptikler” olarak da bilinirler. “Nöroleptik” terimi çoğu zaman “antipsikotik” terimi ile eş anlamlı olarak kullanılmaktadır (57). Ancak her antipsikotik ilacı nöroleptikler başlığı altında sıralayamayız (81).

1967 de klozapinin keşfiyle birlikte, bir grup antipsikotik ilacın ekstrapiramidal yan etki göstermediği görülmüş ve bunlar atipik antipsikotik olarak isimlendirilmişlerdir (8). Atipik antipsikotiklerin, haloperidol gibi tipik antipsikotiklerle karşılaştırıldığında özellikle şizofreninin negatif belirtilerinin tedavisinde daha etkili olduğu ve tedavinin tüm fazlarında yarar/zarar oranlarının daha yüksek olduğu, hastaların daha iyi sonuçlar aldığı gözlenmiştir (32).

İlaç yan etkisi, tedavi edici özellikte olmayan, istenmeyen ve ciddi zararlar oluşturan reaksiyonlar olarak tanımlanabilir (112). Psikiyatristler yan etkilerden çok belirti ve bulguların kontrolü ile ilgili görünmektedirler. Oysa hasta için kendini nasıl hissettiği önemlidir ve ilaçla ilgili istenmeyen etkilere maruz kaldığında bunları tedavi ekibine bildirmeksizin ilacı kesmeyi tercih edebilir. Bu durum hastaneye yatma, iyileşme, tekrar hastaneye yatma.... şeklinde bir kısır döngüye yol açabilir (2).

Psikiyatride kullanılan ilaçların çoğunun hastayı ve ailesini korkutan, fakat genellikle önlenilebilir ya da geçici olan yan etkileri vardır. Bu sık görülen yan etkiler ve alınabilecek önlemler hastayı ve ailesini korkutmayacak biçimde açıklanmalıdır. Kolaylıkla önlenilebilir ya da geçecek bir yan etki yüzünden hastalar ve aileler ilaca karşı büyük tepki geliştirebilir ve sonuç olarak ilacı bırakabilirler (81).

Hastalar iyileşme olur olmaz ilacı kesme eğilimi gösterebilirler. Hekim ve hemşire iyileşme olsa bile, ilaç dozunun sürdürülmesi, azaltılması ve kesilebilmesi için uygun aralıklarla kontrol görüşmelerine gelmeleri gerektiğini açıklamalıdır (81).

Hastaya sistematik biçimde yardımcı olma sürecinde, hem aile üyelerine hem de ruh sağlığı çalışanlarına önemli görevler düşmektedir. Tedavi programının işlerliği için hasta-aile ve tedavi ekibinin işbirliği şarttır. İlaçlar ve diğer yöntemlerle ilgili olarak hasta ve aile üyeleri aydınlatılmalıdır. Uygulanan tedavi planı çok yakından izlenmeli, tedavinin hastada istenilen değişimi ne ölçüde sağladığı düzenli olarak değerlendirilmelidir ((8).

Araştırmanın amacı:

Araştırma, psikiyatri hastalarının ve ailelerinin ilaç yan etkileri ile ilgili bilgi düzeylerini ve yan etkiler ile baş etme durumlarını belirlemek amacı ile planlandı.

4. GENEL BİLGİLER

Psikiyatrik bozuklukların tedavisini düzenlemek amacıyla kullanılan kimyasal ve sentetik maddelere “psikotropik ilaçlar” adı verilir. Bu kavram kelime olarak psikolojik bir değişim, etki ve yönelim sağlayan ilaçlar anlamında kullanılır.

Psikotropik ilaçların gelişimi 1950’ li yıllardan itibaren tedaviye girmesi ile hızlı bir ivme kazanmıştır. İlaç kullanımının artması, ilaçların etki mekanizmalarının anlaşılmasına yol açarken, bu konuda araştırma ve deneyimlerin artması da akut hastalık tedavisinin yanı sıra koruyucu tedavi ilkelerinin benimsenmesine ve tedavide optimum doz ve sürelerin saptanmasına yol açmıştır.

İlaçların temel iyileştirici etkileri kadar kısa ve uzun sürelerde ortaya çıkan yan etkilerinin de bilinmesi zorunludur. Psikiyatrik hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçlar; antipsikotikler, antidepresanlar, anksiyolitikler, duygudurum düzenleyicileri olarak sıralanabilir.

Bu bölümde sadece antipsikotik ilaçlar ele alınacaktır.

4.1. ANTİPSİKOTİKLER

Antipsikotik ilaçların klinik olarak belirgin terapötik etkileri, bir çok hastanın geleneksel uzun süreli bakım altında kalmaktan kurtulmasını sağlamış ve akıl hastanelerinin sürekli misafirleri durumunda kalacak olan şizofreni tanısı almış olan hastaların geleceğini belirgin bir şekilde değiştirmiştir (24). Modern psikofarmakolojinin başlangıç tarihi 1952 olarak kabul edilir. Fakat şüphesiz ki tüm buluşlar bir anda olmamıştır. Aslında bu devrimi meydana getiren ilk adımlar, 1946’da prometazinin kullanılır hale geldiği zamana rastlar. Fransa’daki Rhone Poulenc tesislerindeki kimyagerler, prometazinler ailesinde, antihistaminik maddeler ararken, bu maddelerin, antihistaminik özelliklerinin yanı sıra, hipnotik, analjezik, antiparkinsonyen gibi geniş özelliklerinin de farkına vardılar. Böylece prometazin, nörolog ve psikiyatristler tarafından hemen kullanılmaya başlanmıştır. 1950’de Paris’li kimyagerler klorpromazini incelemeye başlamışlar ve bu maddenin diğer fenotiyazinlerden daha geniş etkisi olduğunu fark etmişlerdir. Delay ve Deniker ilk olarak düzenli biçimde klorpromazin kullanarak, ilacın akıl hastaları üzerindeki etkilerini incelemişlerdir. Böylece, 1950 yılında klorpromazinin sentezi ve 1952’de tedavi alanına girmesi ile biyolojik psikiyatrinin altın çağı başlamıştır (101). 1955’te Delay, bu ilacın etkilerini ifade etmek üzere “nöroleptik”

sözcüğünü ortaya atmıştır. “Leptik” eki, Yunanca “leptomini”den (yakalamak ya da tutmak) türetilerek, şizofrenik belirtileri “tutma” ya da denetim altın almak anlamında kullanılmıştır (24). “Nöroleptik” terimi çoğu zaman “antipsikotik” terimi ile eş anlamlı olarak kullanılmaktadır. Ancak her antipsikotik ilaç nöroleptikler başlığı altında sıralanamaz. Örneğin lityum, valpoat antimanik ilaçlardır, fakat “nöroleptik” değildirler (81). Bu ilaçların farmakolojik özellikleri öncelikli olarak düşünüldüğünde, “nöroleptik” sözcüğünün; klinik endikasyonlar öncelikli düşünüldüğünde ise, “antipsikotik” sözcüğünün kullanıldığı bildirilmektedir (24).

Klorpromozin ve benzeri ilaçlar şizofreninin pozitif bulguları üzerinde negatif belirtilere oranla daha fazla etkilidirler, oysa şizofrenide görülen psikososyal ve mesleki yeti yitiminin önemli bir kısmı negatif bulgulardan kaynaklanmaktadır (60). Bu ilaçlar parkinsonizm, akatizi, distoni ve geç diskinezi gibi hastada sıkıntı uyandıran bir dizi yan etkiye yol açabilmektedir (11). Bu bağlamda, ilk ‘atipik’ antipsikotik olan klozapin 1960 yılında kullanıma girdiğinde ‘nöroleptiklere özgü yan etkileri meydana getirmediğinden, ilk başlarda bir antipsikotik olamayacağı kanısına varıldı ve işte bu yüzden klozapin ‘anomalili’ veya ‘atipik’ bir nöroleptik olarak adlandırıldı (69). Klorpromazin ve benzeri ilaçlar, sonradan sentezlenen klozapin ve takipçisi ilaçlardan ayırt edilmeleri amacıyla "klasik = tipik veya birinci kuşak antipsikotikler" olarak adlandırılmışlardır. 1960’da klozapinin tedaviye girmesinden sonra ‘atipik antipsikotik’ kavramı gelişmeye başlamıştır (29).

4.1.1. Atipik antipsikotiklerin Etki Gücüne Göre Sınıflandırılması

Günümüzde antipsikotik ilaçlar, iki ana grup halinde değerlendirilebilir. Birinci grup, "klasik" ya da "tipik" olarak da tanımlanan geleneksel antipsikotik ilaçlardır. İkinci grup ise "atipik" olarak da tanımlanan yeni antipsikotik ilaçlardır (10). Bu grup ilaçlar antipsikotik güçleri ve yan etki spektrumları bakımından farklılıklar gösterebilirler, tedavi edici etkinlik bakımından birinin diğerlerinden üstün olduğunu gösteren bir kanıt bulunmamıştır (24). Klorpromazine eşdeğer dozları üzerinden belirlenen antipsikotik güçlerine bağlı olarak düşük, orta ve yüksek güçlü (potans) olarak üç grup altında sınıflandırılabilirler (46,115). İlaç seçerken yan etki profili önem taşır. Yüksek potanslı ilaçların göreceli olarak sedatif etkileri daha azdır, ancak ekstrapiramidal sistem belirtileri daha fazla olur. Kan düzeyinin ölçülebilirliği, depo biçimlerinin olması ilaç seçiminde göz önüne alınacak diğer parametrelerdir. Ortostatik hipotansiyon potansı düşük antipsikotik ilaçlarda daha önemlidir. Negatif belirtiler üzerindeki etkinlik de klinik açıdan özel önem arzeder. Yeni antipsikotiklerin klasik ilaçlara göre negatif

belirtileri üzerindeki etkileri açısından üstün oldukları kabul edilir. Fiziksel hastalıkların yan etkilere karşı duyarlılığı arttıracığı unutulmamalıdır (93).

Tablo 1. Etki Gücüne Göre Antipsikotikler

Antipsikotik	Etki Gücü (potansı)	Ticari İsmi	Günlük Doz (Yetişkin)
Fenotiyazinler			
Klorpromozin	Düşük güçlü	Largactil	150-200 mg
Tiyoridazin	Düşük güçlü	Melleril	50-800 mg
Trifluoperazin	Yüksek güçlü	Sitilizan,	5-60 mg
Asetofenazin	Orta güçlü	Tindol	20-100mg
Flufenazin	Yüksek güçlü	Moditen, Prolixin	2,5-20 mg
Mezoridazin	Orta güçlü	Lidonil	10-400 mg
Butirofenonlar			
Haloperidol	Yüksek güçlü	Nörodol	1-15 mg
Melperon	Yüksek güçlü	Buronon	50 mg
Tiyoksanterler			
Zuklopentiksol	Yüksek güçlü	Clopixol	10mg
Flupentiksol	Yüksek güçlü	Fluanxol	8mg
Benzomidler			
Pimozid	Yüksek güçlü	Orap, Nörofen	2-20 mg
Sülpürid	Düşük güçlü	Dogmatil, Sülprid	50 mg
Dibenzoksazepinler			
Loksapin	Orta güçlü	Loxitane	25-250 mg
Dihidroindolonlar			
Molinden	Orta güçlü	Moban	40-225 mg

(44,67,81,115)

4.1.2. Endikasyonları

Antipsikotikler temelde psikotik belirtilerle giden ruhsal ve organik hastalıkların sağaltımında kullanılan ilaçlardır (55). Bu ilaçların psikotik belirtileri (sanrılar, varsanılar gibi) iyileştirici veya azaltıcı etkisi vardır. Aynı anda psikoz beraberinde mevcut olabilen korku, kaygı ve heyecan, hiperaktivite, negativizm, düşmancıl duygu ve düşünceler, uykusuzluk, kendine bakım yetersizliği, varsanılar, sanrılar, yeme bozukluğu ve yalnız kalma eğilimi gibi belirtiler üzerinde tedavide yarar sağlanır. Böylece kişi gerçekte daha iyi bağlantı kurabilir. Antipsikotik ilaçlar yeniden psikozu girmeyi önlemek için de uygulanır (81,82).

Bu ilaçların ana kullanım alanları, akut şizofrenik epizodlar ve tedaviye dirençli şizofrenik bozukluktur. Manik epizod, otistik bozukluk, mental retardasyon, Gilles de la Tourette Bozukluğu, başka yolla durdurulamayan aşırı saldırganlığın önlenmesi (mani nöbetleri), majör depresyondaki ajitasyon, obsesif-kompulsif bozukluk, inatçı hıçkırık, bulantı ve kusma, bazı egzama türleri diğer kullanım alanlarını oluşturmaktadır (81,100,102,115). Özellikle zeka geriliği olan kişilerde de sıklıkla antipsikotik ilaçların kullanıldığı bilinmektedir. Zeka geriliği olan kişilerde sıklıkla eksitasyon tablosuna rastlanmaktadır. İşte bu eksitasyon tablosunun ortadan kaldırılması için antipsikotiklerin yatıştırıcı etkilerinden yararlanmak üzere hastalarda nöroleptiklerden faydalanılmaktadır. Mental özürlü kişilerde eksitasyon dışında, nöroleptik kullanmanın en önemli nedeni, hastaların kendi kendilerini yaralamaları ve stereotipik davranıştır. Ancak nöroleptiklerin bu davranışlar üzerinde spesifik etkileri yoktur. Yalnızca genel bir bastırma hali söz konusudur (30).

4.1.3 Etki Mekanizması

Nöroleptikler genel etkileri açısından insan ve deney hayvanlarında genellikle aşırı bir sedasyon hali meydana getirmeksizin spontan hareketlerde yavaşlama, çevreye karşı ilgisizlik, çevreden gelen uyarılara cevap vermeye karşı isteksizlik, yavaşlama, heyecansızlık, inisiyatifte ve merakta azalma oluştururlar. Be belirtilere rağmen motor fonksiyonlarda bir bozukluk veya bilişsel yeteneklerde belirgin bir değişme yaratmazlar. Nöroleptikler bilinç bulanıklığı meydana getirmezler. Bazen hastalarda bir uyuklama durumu oluşsa bile, çevreden gelen hafif uyarılara dahi cevap verirler. İlaçlara bağlı olarak gelişen bu psikişik tabloya nöroleptik sendrom, psikomotor yavaşlama veya affektif aldırılmazlık gibi adlar verilir. Nöroleptikler bilinci bozmadan agresifliği azaltırlar (90).

Atipik (AAP) bir antipsikotik olmanın tipik antipsikotik (TAP)'lere göre üstün yönleri, etki mekanizmaları bağlamında, laboratuvar çalışmalarında güçlü bir biçimde desteklenmektedir (90). Günümüzde oldukça çeşitlenmiş olan antipsikotiklerin etki mekanizmaları, farklı gruplar altında incelendiğinde, şu şekilde bir sınıflama uygun olabilir:

- I) Tipik/İlk Kuşak Antipsikotikler: Dopamin reseptör antagonistleri
- II) Atipik/Yeni Kuşak Antipsikotikler: Serotonin dopamin antagonistleri; Benzamidler

4.1.4. Tipik/İlk Kuşak Antipsikotikler

Klasik antipsikotik ilaçlar şizofrenide özellikle pozitif belirtilerin tedavisinde etkin olan dopamin reseptör antagonistleridir. Etki düzenekleri birbirine benzeyen klasik antipsikotiklerin, beyinde orta beyin, limbik sistem ve temporo- frontal kortekste bulunan D₂ tipi dopaminerjik reseptörleri bloke ederken antipsikotik etkilerini gösterdikleri düşünülmektedir. Klasik antipsikotikler dopaminerjik iletimi azaltıcı etkileri nedeni ile daha çok pozitif belirtiler üzerinde etkilidirler (45,46,50). Ancak tek başına dopamin kuramı klasik antipsikotiklerin etki mekanizmasını açıklamakta yetersiz olabilir. Bu bileşiklerin serotonerjik, histaminerjik, adrenerjik, muskarinik, GABAerjik, glutamaterjik reseptörler gibi diğer nörotransmitter reseptörlerine de değişik derecelerde affiniteleri vardır (19).

Antipsikotikler mesolimbik, mezokortikal, nigrostriatal ve tubuloindübüler sistemler üzerine etki etmektedir. Antipsikotik etkileri mezolimbik ve mezokortikal sistemler ile ilişkili iken, nigrostriatal sistemdeki etkileri ekstrapiramidal sistem yan etkilerinden, tubuloindübüler sistemdeki etkileri prolaktin salınımının artmasına bağlı yan etkilerden sorumludur. Hipotalamus üzerindeki etkilerine bağlı olarak büyüme hormonu salınımını da inhibe edebilirler. Düşük potanslı antipsikotikler antikolinerjik, antihistaminik ve antimuskarinik etkilerine bağlı olarak postürel hipotansiyon, sedasyon, kilo alımı yol açarlar. Uzun süreli kullanımı sonunda oluşan denervasyon süpersensitivitesi denilen bir hiperaktivite tardiv diskineziden sorumludur. Antipsikotiklerin pozitif semptomları giderici etkisinin özellikle beyin limbik bölgelerindeki (nükleus accumbens, hippocampus, entorhinal cortex, ve frontal lob) hiperdopaminerjik durumu engelliyerek meydana geldiği düşünülmektedir. Klasik antipsikotikler aynı zamanda striatum (kaudat nükleus ve putamen) daki D₂ reseptörlerini de bloke ederler ve ekstrapiramidal sistem (EPS) bulgularına yol açarlar (30,45).

4.1.5. Atipik/Yeni Kuşak Antipsikotikler

AAP'lerin TAP'ler gibi etkilerini açıklayan tek bir mekanizmadan bahsetmek güçtür, ancak AP etki için belirli düzeyde D₂ reseptör antagonizması yine bu ilaçlar için de ilk koşuldur (109). Bu grup ilaçların serotonin (5-hidroksi triptamin/5-HT) üzerindeki etkileri önemli olmakla birlikte 5-HT₂ reseptörlerine affiniteleri D₂ reseptörlerine olan affinitelerinden daha fazladır. Atipik antipsikotiklerin önemli özelliği mezolimbik seçicilik göstermeleridir. Nigrostriatal nöronlardan çok mezolimbik nöronlarda daha etkilidirler (49,74,108,111).

Serotonerjik sistem ortabeyin ve ön beyin alanlarında dopamini etkileyerek dopaminerjik sistemi inhibe eder. Serotonerjik antagonistler bu inhibisyona bağlı olarak dopamin salımına neden olurlar. Striatumdaki bu inhibisyon nöroleptiklere bağlı ekstrapiramidal belirtileri azaltır. Prefrontal korteksdeki aynı inhibisyon negatif belirtileri düzeltir. Ancak bu etki bu grup ilaçlarda düşük doz aralığında geçerlidir. Yüksek dozlarda bu etki kaybolabilmektedir. Şizofrenide kanda serotonin düzeyi ölçülerek yapılan çalışmalar çelişkili sonuçlar vermektedir. Serotonin düzeyinde yükseklik olduğunu ileri sürenler olduğu gibi fark olmadığını ileri sürenler de vardır. Bazı bilim adamları bu farklılıkların şizofreninin klinik alt tipleri ile ilgili olduğunu ileri sürmektedirler (106).

4.1.6. Farmakokinetik Etkileşim

Farmakokinetik olarak bütün antipsikotik ajanlar benzerdir, terapötik durumlar iyi kontrol edilerek verilirler. Oral alımdan sonra, her ne kadar klinik etkileri ilk 30-60 dakika içinde gözlemlense de en üst plazma düzeyleri 2-6 saatte oluşur. Bu ajanların parenteral verilmesi oral preparatlardan daha hızlı etkinin başladığı yüksek plazma düzeylerini sağlar (30).

Proteinlere bağlanma, lipofilite ve büyük dağılım hacmi bütün antipsikotikler için toksisite tedavisinde diyalizi ineffectif kılmaktadır (30). Büyük ölçüde hepatik mikrozomal enzimler aracılığıyla oksidatif yolla metabolize edilirler. Genel olarak ileri derecede lipofiliktirler ve MSS'ne geçmeleri bu özellikleri ile bağlantılıdır. Plazma proteinlerine yüksek oranda bağlanırlar. Çoğunun atılım yarı ömrü 10-30 saat civarındadır. Yağ, akciğer, beyin gibi dokularda fazla miktarlarda depolanırlar. Hastanın yaşı metabolizma ve atılım hızlarının önemli bir belirleyicisidir. Kas içi verilen antipsikotikler ağız yoluyla uygulama sonrası ortaya çıkan mide bağırsak kanalı ve karaciğerden ilk-geçiş metabolizmasından etkilenmedikleri için, etkileri daha çabuk başlar. Antiasitler, kafein, gıdalar, sigara kullanımı antipsikotiklerin gastro intestinal sistemden emilimini etkilemekte, parenteral yoldan kullanıldıklarında biyo yararlanımları daha fazla olmaktadır (75,116).

Antipsikotik ilaçlar genellikle uzun yarılanma zamanına sahiptirler. Örneğin klorpromazin verildiği tek dozdan 4 gün sonra bile idrarda çıkmaya devam eder. Halbuki tek doz klorpromazinin klinik etkisi ancak 8-24 saat kadar sürer. Bu ilaçlarla metabolitleri, bir doyma hali ve dengesi oluşana kadar dokularda toplanır. Bu doyuma ve kararlı kan düzeyine ulaştıktan sonra, dokular yavaş yavaş ilacı tekrar kana bırakmaya başlarlar. Örneğin uzun süreli fenotiyazin kullanımından sonra ilacın kendisinin ve metabolitlerinin, ilaç kesileli 2-3 ay geçtiği halde idrarda eser miktarda çıktığı gözlenir. Uzun süreli etki nedeniyle bu ilaçların

spansül ya da kronotablar halinde uzun etkili preparatlarını yapmak anlamsız kalmaktadır (30).

Ajite ve ilaç reddi olan hastalara ilk tedavinin parenteral yoldan uygulanması gerekir. Ancak oral ve parenteral tedaviler ilaç kan düzeyleri açısından önemli bir farklılık oluşturmamaktadır. Yalnızca intramuskuler tedavide haloperidol kanda 34 dakika sonra tepe noktasına ulaşırken oral uygulamada ancak 100 dakika sonra ulaşır. O nedenle ilk dozun parenteral verilmesi uygun olacaktır (30).

Gebelikte antipsikotik ilaç kullanımı konusunda çok dikkatli olunmalıdır; plesantaya geçiş fetal dolaşıma karışır ve süt yoluyla da bebeğe taşınır. Emzirme bu ilaçların kullanımı için bir kontrendikasyon oluşturur (112).

Antipsikotik ilaçların güvenlik sınırı genellikle geniştir. Çok uzun süre yıllarca kullanılabilir. Öz kıyım amacı ile kullanıldıklarında, büyük risk oluşturmazlar. Bu ilaçlar bağımlılık yapmazlar. Fakat, uzun süre kullananlarda birden bırakılınca bulantı, kusma, baş dönmesi gibi geri tepme (rebound) olabileceği için ilaç azaltılarak kesilmelidir. Bu ilaçlar yağ ve dokularda uzun süre tutulduğundan vücuttan tam atılımı için haftalar, bazen aylar gerekir (81). Antipsikotiklerin yan etkilerine karşı zaman içinde tolerans gelişebilmesine karşın, terapötik etkilerine karşı tolerans ya gelişmez ya da 3-4 sene gibi çok uzun bir zaman dilimi içinde kısmen gelişebilir (55).

4.1.7. Klinik Kullanımı

Nöroleptikler arasındaki plazma proteinlerine farklı bağlanma oranları klinik yanıt üzerinde önemli değişikliklere yol açar. Çoğu nöroleptiğin birçok metaboliti vardır. Bu metabolitlerden de bir kısmının nöroleptik etkisi bulunmaktadır. Bu durum, “toplam nöroleptik plazma düzeyi” ölçümlerini etkilemektedir (30).

Nöroleptiklerin pekçoğu için “terapötik pencere” varlığı söz konusudur. Özellikle haloperidol için terapötik pencere varlığı birçok çalışmada kesin olarak gösterilmiştir. Terapötik pencerenin üst sınırını EPS yan etkilerini ortaya çıkışı belirlemektedir (30).

Hangi klinik değişkene göre hangi nöroleptik ilacın kullanılması gerektiği konusunda klinisyenler arasında uzun tartışmalar olmuşsa da tam olarak çözümlenmiş değildir. Bu konuda temel iki görüş öne sürülmüş olup görüşüne göre; nöroleptiklerin etkinlik yönünden farklılık göstermedikleri, Liege okulu görüşüne göre de; klinik etkinlik yönünden farklı oldukları vurgulanmıştır. Günümüzde Amerikan ekolünün daha geçerli olduğu bilinmekle birlikte, hastaya göre ilaç seçiminde başvurulacak yöntemlerden birinin karşılaştırılması olası

yan etkilerden kaçınma ilkesine göre özgül ilaç seçimi olduğu düşünülmektedir. Örneğin yaşlı ve kardiyak sorunları olan hastalarda, okul çağı çocuklarında mesleği gereği tehlikeli işlerde çalışanlarda düşük potanslı ilaçlardan kaçınılması gerekirken, ajite saldırgan, manik veya uykusuzluğu olan hastalarda bu tür nöroleptiklerin kullanılması tercih edilmektedir. Yüksek potanslı ilaçlar ise nörolojik yan etkilerinden dolayı kızgınlık duyabilecek, özellikle genç erişkin, erkek paranoid hastalarda iyi karşılanmayabilmektedir. Ancak bu hastalarda düşük potanslı ilaçların kullanılması da libido azalması ve ejakulasyon inhibisyonu gibi işlev bozuklukları meydana getirebileceğinden yine rahatsızlık duyabilmesi söz konusu olabilmektedir (24).

Genel olarak ayaktan tedavi bir hastada akut distoni reaksiyon ortaya çıkma olasılığının yüksek olması nedeniyle, yüksek potanslı bir ilacın kullanılmasından kaçınılması nöroleptik kullanım sırasında, uykunun sağlanması için sedatif hipnotik bir ilacın düzenli olarak tedaviye eklenmesi (özellikle de barbitürat ve benzadiyazepin olmayan diğer grupların eklenmesi) nöroleptiklerin metabolizmasında değişim meydana getirebileceğinden bunun yerine ek bir antipsikotik verilmesinin yeterli ve etkin olabileceği düşünülmektedir. Nöroleptik ilaçların kombine kullanımları ile ilgili olarak karşıt görüşler bildirilmekte olup, Amerikan ekolü, nöroleptiklerin birbirleriyle kombinasyonunun pek fazla yarar sağlamadığını belirtirken, karşıt araştırmacılar, potent bir nöroleptik ile zayıf bir nöroleptik ilacın kombine edildiğinde güçlü antipsikotik etkileriyle birlikte daha hafif EPS ve psikomotor inhibisyon ile daha az anksiyete görülebileceği şeklinde fikir belirtmişlerdir. Ancak bu görüşlerin yanı sıra, ilaç kombinasyonlarının eğer uzun süreli kullanımları düşünülüyorsa, NMS (nöroleptik malign sendrom) gibi yan etkilere yol açabileceğinin unutulmaması gerektiği de önemli olarak bildirilmektedir (24).

4.1.8. Nöroleptiklerin Klinik Uygulaması

Nöroleptiklerin tedavisinden hastanın ne ölçüde yararlanabileceği başlangıçta kesin bir şekilde bilinmemekle beraber hangi hasta olursa olsun uygulanan tedaviye 4-6 haftadan önce tam bir cevabın alınamayacağı belirtilmektedir (24).

Nöroleptiklerle tedavi sürecinde uygulanım farklılığı açısından 2 ayrı dönem söz konusudur: Akut tedavi dönemi ve idame ve profilaktik tedavi dönemi:

4.1.9. Akut Tedavi Dönemi

Akut dönemde yapılan nöroleptik tedavi şekli olarak son zamanlarda “hızlı nöroleptizasyon yöntemi” tercih edilen bir tedavi biçimi olmuştur (24). Bu uygulamada klorpromazin kadar ve hatta ondan daha öncelikli olarak haloperidol kullanılabilir. Uygulamada ilaçlar her yarım saatte bir intramuskuler olarak yapılır ve hastanın primer semptomları kontrol edilene ya da hasta tedaviye cevapsız bulunana kadar uygulama devam eder. Her yarım saatte bir klorpromazin için 25-50 mg, haloperidol için 2-5 mg lık doz uygulanır. Genellikle 5 uygulamadan (2,5saat) sonra hastaların sedasyonu sağlanabilmektedir. Bu uygulamada haloperidol klorpromazine göre ortostatik hipotansiyon yapmaması nedeniyle daha avantajlıdır (30). "Hızlı nöroleptik uygulaması"nda haloperidol için maksimum dozun saatte 30 mgr'ı günde ise 100-120 mgr'dan fazla olmaması gerektiği de bildirilmiştir. Sedasyon bu şekilde sağlandıktan sonra o ana kadar uygulanan toplam dozun iki katı günlük oral doz olarak uygulanır (24).

Ajite ve ilaç reddi olan hastalara ilk tedavinin parenteral yoldan uygulanması gerekir. Ancak oral ve parenteral tedaviler ilaç kan düzeyleri açısından önemli bir farklılık oluşturmamaktadır. Yalnızca intramuskuler tedavide haloperidol kanda 34 dakika sonra tepe noktasına ulaşırken oral uygulamada ancak 100 dakika sonra ulaşır. O nedenle ilk dozun parenteral verilmesi uygun olacaktır (30).

Oral hızlı nöroleptik uygulaması bazı yerlerde "oral yükleme tedavisi" olarak geçmektedir. Bu uygulama çeşitli biçimlerde yapılabilir. Örneğin 20 mg/gün olarak başlanan tedavi her 48 saatte bir 20 mg arttırımla 80 mg/gün düzeyine çıkartılır. Bunun 20 mg ile başlanıp günde 10 mg arttırılarak 100 mg/gün seviyesine çıkılan şeklide vardır. Araştırmacılar bu tedavi şekillerinden birisinin ötekine üstünlük sağlamadığı şeklinde bir yanılığa sahiptirler (30).

Öte yandan hızlı parenteral ve oral nöroleptik uygulamalarını karşılaştıran çalışmalar iki grup tedavi arasında klinik etkinlik açısından anlamlı fark bulamazken, parenteral uygulamaların daha fazla etki riski taşıdığını göstermiştir (30).

4.1.10. İdame ve Profilaktik Tedavi

İdame tedavi, akut tedavi sırasında ulaşılan en üst düzey iyilik halinin ortaya çıkışından sonra 3-6 aylık dönemi kapsamakta olup bu evre sürdürüm tedavisi olarak adlandırılmaktadır.

İdame tedavisinden sonra daha düşük dozlarda devam edilen, eski epizodun yeniden ortaya çıkmasını engellemekten çok yeni bir epizodun oluşmasını engelleyen, seneleri alabilen ve bu dönemde tedavi bırakılsa dahi semptomlardaki yatışma stabil hale geldiğinden relapsın hemen görülmeyeceği tedavi şekline ise “profilaktik tedavi” denilir (24).

Hastaların farklı klinik tablolar içinde bulunmaları ile birlikte ilaca verilen yanıttan başka prognozu etkileyen bir dizi özelliğin varlığı, profilaktik tedavinin şeklini belirleme konusundaki kararsızlığı arttırabilmektedir. Yapılan çalışmalar şizofrenik hastaların yaklaşık yarısının nöroleptik kullanıyor olsun veya olmasın alevlenme gösterebileceğini, yaklaşık dörtte birinin ise nöroleptik kullanımı ile alevlenme gösterdiklerini ortaya koymuştur.

Nöroleptiklerin profilaksisinin hangi dozlarda yapılacağına dair çalışmalar, farklı sonuçlar vermekle birlikte fazla miktarlarda nöroleptik kullanımı azaltma ve uzun dönemli tedavisi sırasında etkili olabilen en düşük dozu saptama gibi konular artık ağırlık kazanmıştır. Geçmişteki akut alevlenmelerin şiddeti ve ciddi suid ve homicid gibi girişimler göz önüne alınarak bazı hastalarda doz azaltma durumu uygun olamayabilir. Hatta bu şekildeki hastalar için nöroleptiklerin belirsiz uzun bir süre kullanımları da önerilmektedir. Dozun yüksek tutulması, hastaları düşük dozlara göre bir ölçüde daha iyi korumakla birlikte aynı etki nedeniyle pek çok problemle karşılaşılmasına neden olmaktadır.

Multiepisodik hastalarda idame ve profilaktik tedavi için genel olarak 4-5 yıl süre öngörülmekte olup sık atak geçirenlerde, homisid ve suisid riski olabilen hastalarda bu sürenin bir ömür boyu bile sürebileceği bildirilmektedir (24).

4.1.11. Önlem ve Uyarılar

Özellikle şizofreni ve mani sağaltımında önemli büyük yeri olan nöroleptiklerin gelişigüzel ve denetimsiz kullanılmasının birçok zararları olabilir. Örneğin mani nöbeti sırasında nöroleptik ile sağaltım görmüş olan hastalar arasında mani nöbeti yatıştıktan bir süre sonra depresyona giren ve hala nöroleptik almayı sürdüren bipolar hastaların: uzun süre hekim görmeden nöroleptik kullanan ve ağır yan etkiler gösteren hastaların olduğu görülmektedir (81). Düşük potanslı nöroleptiklerin ortostatik hipotansiyon yapıcı etkileri daha belirgindir (güçlü antikolinergik etki nedeniyle). Yine bu ilaçlar ötekilere göre daha sedatiftirler (30). Kısa sürede etkileyen ilaçların intramüsküler uygulaması sırasında hasta yatar durumda olmalıdır ve en az yarım saat süreyle yatar ya da oturur durumda kalmalıdır. Her intramüsküler uygulamadan önce kan basıncı ölçülmeli ve enjeksiyonlar çok yavaş yapılmalıdır (112).

Klozapin, kardiyovasküler yan etkileri açısından farklı bir ilaç olarak, diğer atipik antipsikotiklerden ayrı değerlendirilmelidir. QTc uzaması ve taşiaritmi riski nedeniyle daha dikkatli olunmalıdır. Klozapin tedavisi planlanan hastalarda tedavi öncesi kardiyovasküler değerlendirme (özellikle EKG) ayrıntılı bir şekilde yapılmalı ve tekrarlanmalıdır (70).

Hastanın yaşı, antipsikotiklerin katabolizma ve atılım hızının önemli bir belirleyicisidir. Fetus, infant ve yaşlıların bu ilaçları metabolize ve elimine etme yeterlilikleri daha azdır. Öte yandan çocuklar, bu ilaçları erişkinlere göre daha hızlı metabolize ederler. Bunun sonucunda yaşlılarda genelde daha düşük dozda kullanılması gerekirken çocuklarda çok daha düşük dozlarda kullanılması gerekmez (24).

Tüm psikotrop ajanlar bir ölçüde plasenta yoluyla fetal dolaşıma geçebilirler. Genellikle ilaç, anne fetus arasında eşit oranda dağılır. Bu nedenle gebelikte psikotrop ilaç kullanırken fetal fizyoloji de göz önüne alınmalıdır. Herhangi bir ilacın teratojen olup olmadığını kesin olarak söylemek mümkün olmamakla birlikte, fetal deformite oluşturabileceği varsayılarak kullanımından genel olarak kaçınılmaktadır. Antipsikotikler, özellikle de fenotiazinler gebelik sırasında kullanıldığında konjenital anomalilere yol açabilmektedir (5). Psikotrop ilaçların çoğunluğu ve antipsikotik ilaçların tümü anne sütüne salgılanır. Bu nedenle emziren hastalarda ya başka yöntemler kullanılmalı ya da bebek süttten kesilmelidir (81).

Mutlak kontrendikasyonlar olmamakla birlikte uygulamada dikkat edilmesi gereken diğer durum ve hastalıklar şunlardır; nöroleptiklere karşı alerjik durumlar ve ağır enfeksiyonlar, ağır karaciğer ve böbrek rahatsızlıkları, toksik komalarda ve diğer sedatif hipnotiklerle olan zehirlenmeler, nöropeni ve toksik agranülositoz geçmişi olanlar, feokromasitoma (özellikle sülpirid ile oluşabilecek hipertansif krizler açısından) dikkatli olunmalıdır. Ayrıca alkol yoksunluğu sırasında özellikle fenotiyazinler olmak üzere nöroleptikler deliryum tablosunun ve konvülziyonların oluşum riskini azaltıracağından ilk ilaç olarak kontrendikedirler. Epilepsi mutlak bir kontrendikasyon oluşturmazlar, fakat düşük potanslı ilaçların konvülsif eşiği daha fazla düşürdüklerinin bilinmesi, bu nedenle de yüksek potanslı nöroleptiklerin kullanılması önerilmelidir (24).

Hastalığı kabul etmeyen ya da psikiyatrik hastalıklara karşı olumsuz tepki geliştirmiş hastaların ilacı reddetmesi ya da kısa sürede bırakması sık görülür. Bu nedenle hastaya ve aileye ilaçların yararlarını, sınırlarını, yan etkilerini yeterli biçimde açıklamak zorunluluğu vardır (81).

4.1.12. Toksikite

Toksikite semptomlaro sık görülen yan etkilerin uzantılarıdır. Kardiyotoksikite oluşturan tiyridazin dışındakilerin yüksek doz toksisiteleri genellikle öldürücü değildir. Hipotansiyon oluşabilir, ancak sıvı tedavisine cevap verir. Antikolinergik, ekstrapiramidal belirtiler, merkezi sinir sistemi (MSS) depresyonun ardından MSS stimülasyonu, postral hipotansiyon, ardından şok, koma, kardiyovasküler yetmezlik, miyokard enfarktüsü ve aritmi komplikasyonları ortaya çıkarabilir. Konvülsiyon geç ortaya çıkar (66,97).

4.1.13. İlaç Etkileşimleri

Nöroleptiklerin diğer ilaçlarla birlikte kullanımları esnasında, etkinliklerinde artma ve azalma şeklinde fiziko-kimyasal bazı değişiklikler meydana gelebilir. Nöroleptikler özellikle de fenotiyazinler ve bütirifenonların antikolinergik ilaçlarla birlikte kullanımları sonucu emilimleri azalır. Aynı etki nöroleptiklerin lityum tuzları ile birlikte alımları sırasında da gerçekleşir. Yine nöroleptiklerin birtakım içeceklerle beraber alınmaları da (meyve suları, sütü içecekler, çay kahve gibi) asitalkali etkileşimine bağlı olarak emilim düzeylerinde değişim meydana getirebileceğinden alımları arasında 2 saatlik bir fark olması önerilmektedir (24).

Bu ilaçlar sıklıkla antiparkinson ve antidepresan ilaçlarla birlikte verilmektedir. Böyle durumlarda ağız kuruluğu, kabızlık, taşikardi, aritmi gibi antikolinergik; sedasyon gibi antihistamik etkiler artar. Bunlar yüksek dozlarla birlikte verildiğinde antikolinergik sendrom riskide çoğalır (81). Bütün nöroleptiklerin opiatlar, sedatifler, tranklizanlar, hipnotikler, antihistaminler, alkol, lokal ve genel anesteziyle birlikte kullanımları sonucunda ise santral depressan etkileri ortaya çıkabilir. Fenotiyazinlerin ayrıca insülin ve oral antidiyabetlerle kullanımları sonucunda hipoglisemik etkide azalma görülür (24).

Tipik bir antipsikotik, atipik bir antipsikotikle birlikte kullanılması sırasında görülen akut ekstrapiramidal yan etkilerin, yalnız olarak kullanımından daha yüksek oranda görüldüğü bildirilmektedir (71). Örneğin; Haloperidol tedavisine eklenen olanzapinin, haloperidolün plazma seviyelerini yükselttiği ve parkinsonizm belirtilerinde önemli derecede artış olduğu bilinmektedir. Bu durumun, haloperidol metabolizmasının kompetitif inhibisyonuna bağlı olduğu düşünülmektedir (114).

4.2. ANTİPSİKOTİKLERİN YAN ETKİLERİ

Psikotik rahatsızlarda, farmakolojik tedavilerin yan etkilerinin uyumu bozan en önemli faktörlerden olduğu görülmektedir. Yan etkilerin doz azaltılması, özgül ilaç kullanımı, antipsikotiğin değiştirilmesi gibi yöntemlerle mümkün olduğu kadar erken dönemde tedavi edilmesinin tedaviye uyumu artıracağına inanılmaktadır (79).

Antipsikotik alan hastalarda belirli aralıklarla, belki de birkaç ayda bir metabolik testlerin gözden geçirilmesi, kan şekeri ve şeker metabolizmasının, trigliseridlerin ve kolesterol düzeyinin gözden geçirilmesi önerilir (24).

Antipsikotik ilaçların yan etkileri nedeniyle hastaların ilaçları almayı bırakmaları ya da almayı sürdürmeye karşı çok direnmeleri sık görülmektedir (81). Bu nedenle yan etkilerin ve olasılıkların hastalarla ve ailelerle olduğu gibi paylaşılması, ileride gelişebilecek sorunların önlenmesine yardımcı olacaktır. İlaçların kullanılması veya kullanılmamasının olumlu ve olumsuz yönlerinin, gerçek bilgilerimizin ışığında hastaların ve ailelerinin anlayacağı dilde açıklanması ve gerekirse yazılı olarak verilmesi bilgi artışında ve sorumluluk paylaşılmasında çok yararlı olabilir (66).

4.2.1. Nörolojik Yan Etkiler

Psikotrop ilaç kullanımının başlaması ile birlikte nörolojik komplikasyonların da bu ilaçların kullanımı sırasında ortaya çıktığı gözlenmiştir. Bu yan etkiler; ekstrapiramidal sendrom, nöroleptik malign sendrom (NMS), konvülsiyonlar, perioral tremor, sedasyon gibi yan etkilerden oluşmaktadır (16,57).

4.2.1.1. Ekstrapiramidal Sendrom (EPS)

EPS hastanın motor fonksiyonunu bozduğu kadar affektini de etkilemekte, bazen de psikotik semptomlara benzer semptomlar oluşturmaktadır (22). Bu yan etkiler, tedavinin ilk günlerinde ya da haftaları içinde ortaya çıkan “akut etkiler” ve aylar ya da yıllar boyunca ilaçları aldıktan sonra ortaya çıkan “kronik etkiler” şeklinde ayrılırlar. Dopamin Reseptör Antagonistlerinin Nörolojik Yan Etkileri:

A) Akut ekstrapremidal sendromlar

- 1- Akatizi
- 2- Akut distoni

3- Parkinsonizm

4- Akinezi (35).

B) Kronik ekstrapiramidal sendromlar

1- Geç (Tardiv) diskinezi

2- Postural tremordur (40,117).

Atipik antipsikotikler etkileri yönünden klasik nöroleptiklerin kullanıldığı her durumda etkili biçimde kullanılabilmesi yanı sıra yan etkileri yönünden klasiklere göre oldukça avantajlıdır. Ekstrapiramidal yan etkilerinin az olması ya da hiç olmaması tedaviye uyumu arttırmakta ve uzun dönem kullanımda tardiv diskinezi riski azalmaktadır (94). Klozapinin antidopaminerjik etkinliği striatal dopaminerjik reseptörlerden çok limbik dopaminerjik reseptörler üzerinedir. Düşük ekstrapiramidal yan etkilerin bununla ilişkili olabileceği düşünülmüştür (100). Ekstrapiramidal yan etkilerin, özellikle akatizinin antipsikotik ilaç alımını engelleyen anlamlı bir faktör olduğu birçok çalışma ile gösterilmiştir (92).

Ekstrapiramidal yan etkilerin çoğu aslında tehlikesiz ve geçici yan etkilerse de hastayı ve aileyi çok rahatsız edici olabilirler. Bu nedenle hasta ve ailesine sık görülen yan etkiler hakkında bilgiler verilmelidir (81).

Akatizi: En sık görülen ve en rahatsız edici ekstrapiramidal yan etkidir ve hasta tarafından subjektif bir huzursuzluk hissi olarak tanımlanır (35). Akatizinin sözlük anlamı Yunanca'da "yerinde duramama", "oturma durumunda kalamama" dır. Klinik olarak subjektif ve objektif olarak iki bileşenli bir sendrom olarak görülür. Subjektif belirtiler, iç huzursuzluk, anksiyete, ayakları hareket ettirme isteği ve yürüme komplikasyonu; objektif belirtiler ise dışarıdan gözlenen sallanma, otururken bacak sallama, bacak bacak üstüne atıp-çözme, ayakta iken volta atma ya da yerinde sayma gibi yarı istemli kompleks motor hareketlerdir (67). Bazen ciddi akatizi, agresif ve intihara yönelik davranışlarla sonuçlanabilir (35).

Yapılan çalışmalar, nöroleptik kullanan hastalarda %15-50 ya da daha sık olarak akatizi geliştiğini göstermektedir. Akatizinin ortaya ortaya çıkan olasılığı için yaş ve cinsiyeti ile ilgili bir ayırım yoktur (54).

Akatizi, nöroleptik tedavinin erken dönemlerinde ortaya çıkar. İlk nöroleptik dozundan sonra bile meydana gelebilir. Genellikle ilacın alınmasını izleyen ilk iki hafta içinde ortaya çıkar (66,91). Eğer akatizi antipsikotik tedavinin başında gözlenmişse, dozun azaltılması semptomların kaybolmasını sağlayabilir. Geç ortaya çıkan akatizi tablosu doz

indirimine süratli yanıt veremeyebilir (54). Belirtilerin oluş mekanizması tam olarak anlaşılmamış olmakla birlikte mezokortikal dopaminerjik reseptörlerin blokajı sonucu oluştuğu düşünülmektedir (67). Antiparkinson ilaçlar, antihistaminikler, betablokerler ve benzodiazepinler ile bu sıkıntı verici yan etki genellikle düzelir ya da azalır. Düzelme olmazsa başka bir nöroleptiğe geçmek gerekebilir (81).

Seyrek olmakla birlikte düzenli bacak titremeleri de antipsikotik sağaltımı görmekte olan hastalarda ortaya çıkan muhtemel bir akatizi çeşididir. Hastalar genellikle bu durumun farkında değildirler ve bu yüzden sıkıntı duymazlar. Akatizinin ayırıcı tanısı en iyi şekilde hastaya huzursuzluğunun “kaslarına” ait bir duygumu yoksa “başına” ait bir duygumu olduğunu sorarak yapılabilir. Kaslara ait ise akatiziye, başa ait ise anksiyeteye bağlıdır. Nöroleptik sağaltımında, aşırı dozda ilaç kullanımı çok yaygın olduğu için, ayırım yapılamayan durumlarda tablo akatizi olarak kabul edilmelidir.

Akut Distoni: Nöroleptik tedaviye başlandıktan sonra ortaya çıkan, olağandışı duruş biçimi oluşmasına neden olan kısa ya da uzun süreli kas kasılmaları distoni olarak adlandırılır (67). En erken ortaya çıkan ekstrapiramidal yan etkidir (91). Bazen tedavinin 24-48 saat sonrasında ortaya çıkar ve dramatik görünüm sergiler. Kısa yada istem dışı kasılmalar, alışılmadık postür almaları, kasılmadan kaynaklanan ağrılar nedeniyle hastalar ıstıraplı ve sıkıntılı bir durum yaşarlar. Boyun kaslarının kıvrılarak kasılması (tortikolis), ense ve sırt kaslarının kaskatı kesilmesi (opstotonus), göz kapağı kaslarının kasılması (blefarospazm), göz bebeklerinin yukarı kayması (okülojirik kriz), trismus ve yüzün mimik kaslarının kasılması, dilin dışarı sarkması hastanın çevresindekileri dehşete düşürür. Bu tabloya bazen disfaji ve göğüs kaslarının tutulması ile stridor da eşlik edebilir. Bel ve bacak kaslarının tutulması durumunda hasta ayakta duramaz, gövde, sırt ve boyun kaslarının da kasılması ile yerde adeta bir tirbuşon görünümünü alır. Bu tablo hastanın yakınlarında panik hali uyandırır. Antipsikotik tedaviye başlanacak olan hastanın yakınlarının bu tür yan etkiler konusunda bilgilendirilmeleri, hasta, hasta yakını ve sağlık ekibi arasında oluşacak bir güvenin doğmasını sağlar, tedavinin sürdürülme şansını uzatır (67).

Distoni tablosu profilaktik olarak antiparkinson ve antikolinergik ilaç kullanılmasıyla oldukça etkin bir biçimde iyileştirilebilmektedir (57,91). Bu iyileşme nadiren tiyoridazinle de sağlanabilmektedir. Distoni her iki cinste ve yaşta görülmesine karşın genç erkeklerde daha siktir. Distoni tablosu ortaya çıkar çıkmaz, antiparkinsoniyen ilaçlar ya intravenöz olarak (yalnızca difenhidramin ve biperidenin intravenöz formu vardır) ya da intramusküler yolla uygulanabilir (91). 2,5 mg biperidenin (Akineton) intramusküler olarak uygulanmasından bir

süre sonra hastanın rahatladığı görülür. Çok şiddetli kasılma durumunda ilacın intravenöz yoldan çok dikkatli verilmesi ile hastanın katılığı birden yumuşayıp çözülür (67).

Ardı ardına enjeksiyonlarla depo flufenazin sağaltımı uygulanan hastalarda distoni nöksleri görülebilir (91). Tablo yineleyici olursa oran 2-6 mg/gün benztropin, 4-15 mg triheksifenidil ya da 50-300 mg difendidramin (Benadryl) kullanımına iyi yanıt alınır. 1 günlük tedaviden sonra antikolinergik ya da antiparkinson tedaviler kesilip izlenir. Bu yan etkiye karşı çoğu kez tolerans gelişmekle birlikte, antipsikotik değişiminin bu reaksiyonları yeniden ortaya çıkarabilmesi ve bu tür yan etkilerin, akatizi ve parkinsonizm gibi yan etkilerin habercisi olabilmesi nedeni ile yakından izlemi gerekebilir (54).

Parkinsonizm: Antipsikotiklerin akut distonik ve diksnezik belirtilerinden daha az dramatik olan en kolay anlaşılan yan etkileri parkinsonizm tablosudur. Parkinsonizmde temel belirtiler akatizi (hareketlilik), bradikenizi (hareketlerde yavaşlama), maske yüz, tremor (titreme), postür bozukluğu, disartri, hipofoni ve kas rijiditesidir (kas sertliği). Parkinsonizmi olan hastalar öne doğru eğik durumda ve giderek artan hızla küçük küçük adımlarla yürürler. Tremorun daha az olması dışında diğer belirtiler idiyopatik Parkinson hastalığı ile benzerlik gösterir (81,115,116). Genellikle antipsikotik tedavinin ilk 5-30 günü sırasında ortaya çıkar (35). Yapılan çalışmalarda önceleri Parkinson bulguları %15,4 olarak bulunurken, yüksek potansli ilaçların yaygın kullanımı ile ilacın cinsine bağlı olarak %60 hatta %90'a varan oranlar bildirilmektedir (93). Çocuklarda ve ileri yaşlarda ortaya çıkma olasılığı fazladır. Bu etkiye karşı bir miktar tolerans gelişebilir ve bazen 2-3 ay içerisinde belirtiler azalır. Olguların %75'inde belirtilerin ilk ayda ortaya çıktığı söylenmektedir (93).

Antipsikotikleri kesildikten sonra birkaç hafta ya da birkaç ay içinde belirtilerin gerilemesi beklenir. Ancak birkaç yıl devam eden belirtiler olduğu da söylenmektedir. Geç ortaya çıkan, ağız çevresinde ve dudakta tremor olan tabloya rabbit sendromu (tavşan sendromu) denmektedir (94).

İlaçların yol açtığı parkinsonizm tedavisinde ilk yapılması gereken nöroleptik ilacın dozunu azaltarak ya da ilacı keserek dopaminerjik blokajın kalkmasını sağlamaktır. Eğer hastanın psikotik semptomları, antipsikotik tedaviyi sürdürmeyi zorunlu kılıyorsa, ikinci adım daha düşük etkili bir antipsikotik ilaçla tedavinin sürdürülmesi olmalıdır. Eğer bu yaklaşımdan da yarar görülmezse biperidon, benztropin gibi antikolinergik-antiparkinson ilaçlar ya da dopamin nörotransmisyonunu arttırıcı ilaçlar (amantadin gibi) kullanılabilir (67).

Akinezi: Antipsikotiklerin oluşturduğu ekstrapiramidal işlev bozukluğudur. Hareketsizlik (küçük adımlarla yürüme, rijid postür, kol hareketinde azalma) anlamı taşır ve genellikle parkinsonizm hastalığının ilerlemiş olduğu dönemlerde ortaya çıkar. Bu durumdaki parkinson hastaları uzun süre izlendiğinde, gözle görülür bir hareket yapma yeteneğini yitirdikleri görülür: göz kırpma, doğal yüz ifadesini oluşturan hareketler (mimikler), oturuşu düzeltmek gibi yardımcı hareketler gözlenmez. Böyle hastalar sadece kıpırdamadan oturur ve sabit bir bakışla bakarlar (57,103).

Akinezi, ekstrapiramidal bozukluğun diğer belirtilerinin olmaması nedeni ile depresyon ile karışabilir. Bu nedenle depresyon olarak değerlendirilip antidepresan tedavi başladığında tabloda bir miktar düzelme olabilir ancak bu sırada psikotik belirtilerde artma izlenir. Tercih edilen tedavi stratejisi iki evrelidir: Antipsikotik dozunun hasta için uygun en az doza indirilmesi ve Trihexyphenidyl, benztropin gibi (Artane 2 mg, Cogentine 0,5 mg) antiparkinson tedavi eklenmesidir (15).

Postural Tremor: Tremor, saniyede birden fazla titreşimli ritmik hareketler olarak tanımlanır. Tipik olarak istirahat halinde ve uykuda azalır, sinirsel gerginliklerde, kızgınlıklarda artar. Özellikle lityum, antidepresan ve valproat gibi psikiyatrik ilaçların tremor yaptıkları gözlenmiştir. Lityum tuzlarının oluşturduğu tremorun tedavisinde antiparkinson tedavi uygun değildir. Ya lityum tuzu ayarlanabilir ya da ek olarak beta-blokörler verilebilir. Beta blokörler içinde en iyi gelen propranolodür (57,66).

Tremorun tedavisinde genelde dört aşama vardır. Birinci aşama olabildiğince düşük doz psikiyatrik ilaç kullanılmama zorunluluğudur. İkinci aşama, hastaların kafein alımlarının en aza indirilmesidir. Üçüncü aşama ise gündüz vakti ortaya çıkan tremoru ortadan kaldırmak için antipsikotik ilaç alımının gece yatış saatinde olmasıdır. Son aşama da, ilaçların yaptığı tremoru tedavi etmek için beta adrenerjik reseptör antagonistlerinin verilmesidir (67).

Geç (Tardiv) Diskinezi: Geleneksel antipsikotik kullanımı ile ilgili kaygıların çoğu geç diskinezi gelişmesi riskinden kaynaklanmaktadır. Özellikle yüzde, dilde, çenede ortaya çıkan anormal, istemsiz, düzensiz, koreiform ve atetoid hareketlerden oluşur. Baş, boyun, gövde ve alt ekstremitelerde de görülebilir. Çiğneme, emme, yalanma, şapırdanma, yanakları şişirme, dilde titremeler ve solucanvari oynamalar, göz kırıştırma, kol ve bacaklarda sallanmalar, dans benzeri hareketler, ritmik oynamalar ya da gövdeyi tutan geniş, sıçrayıcı, ani ve kaba hareketler ortaya çıkabilir. Antipsikotik tedavinin ilerleyen ayları veya yıllarında gelişir. Genellikle tedavinin ilk 6 ayında böyle bir tablonun oluşmadığı kabul edilmektedir. Üç aydan

uzun bir süredir antipsikotik kullanmakta olan hastaların %25'inde görülür. Bunların yarısında geç diskinezi irreversibl bir gidiş gösterir. Olguların %3 kadarı toplumsal ya da işlevsel sorun yaratacak düzeyde etkilenir. Yaşlı kadın hastalar, affektif bozukluk tanısı olanlar, geç diskinezi için en büyük risk grubunu oluşturur (93).

Kadınlarda ve beyinde diffüz patoloji gösterenlerde daha sık rastlanır. Yaşlı grubundaki rastlanma oranı %70'e kadar çıkar. Ayrıca bu duygudurum bozukluğunun, bilişsel bir bozukluğun varlığı da risk faktörleri içinde sayılır (67).

Tardiv diskinezinin ortaya çıkma nedeninin nigrostriatal dopamin reseptörlerinin uzun süreli blokajının olduğu bildirilmektedir. Dopamin reseptör duyarlılığında artma varsayımı da tardiv diskinezinin sık söz edilen nedenlerinden biridir (67). Uzun süreli nöroleptik alanlarda, ilacın birden kesilmesi ile tardiv diskinezi belirtilerine benzer bir sendrom ortaya çıkabilir. Bu belirtiler geçicidir ve "kesilme diskinezisi" olarak adlandırılır. Eğer belirtiler bir aydan uzun süre sürerse ve tedaviye de direnç gösteriyorsa tardiv diskinezi sayılır (67).

Geç diskinezi ortaya çıktığında klinisyenler klasik bir ikileme karşı karşıya kalırlar. Antipsikotik dozunun arttırılması, geç diskinezi belirtilerini azaltmakta, ancak uzun dönemde altta yatan ve geç diskineziye neden olan fizyopatolojik düzeneği körüklemektedir. Dozun azaltılması ise, nüks riskini arttırmakta ve geç diskinezi belirtilerini geçici de olsa kötüleştirmektedir. Geç diskinezinin önlenmesinde en önemli etken, gereksiz antipsikotik kullanımından kaçınmak ve mümkün olan en düşük dozu kullanmaktır. Uzun süreli antipsikotik kullanan hastalarda, geç diskinezinin erken belirtilerine karşı uyanık olmak ve bunlarla karşılaşıldığında ilacı azaltarak kesmek, ikincil önlemeyi oluşturur. Geç diskinezi tedavisinde, antikolinergikler kesilir. Antipsikotikler mümkün olan en az doza indirilir. Bu işlem başlangıçta belirtileri arttırsa da uzun dönemde belirtilerin kaybolma olasılığını arttırır. Geç diskinezi tedavisinde; benzodiazepinler, kalsiyum kanal blokerleri, baklofen, propranololun yararlı olduğunu bildiren yayınlar varsa da sonuçlar çelişkili ve yetersizdir (93). Son zamanlarda yüksek doz E vitamininin (400 IU;3-4 defa/gün) tardiv diskinezi semptomlarını azalttığı gösterilmiştir. Bu etki özellikle gençlerde ve belirtilerin hafif seyrettiği vakalarda gözlenmiştir. Sonuç olarak tardiv diskinezi belirtileri görüldüğünde, kullanılmakta olan antipsikotik ilacın azaltılarak kesilmesi ve yerine yeni antipsikotik ilaçlardan biriyle (örn; klozapin, risperidon) tedavinin sürdürülmesi uygundur (67).

4.2.1.2. Konvülsiyonlar (Epilepsi Riski).

Özellikle düşük güçlü nöroleptikler (klozapin, tiyoridazin gibi) ve yeni antipsikotiklerden klozapin epilepsi eşiğini düşürürler. Yüksek güçlerde bu etki çok daha azdır. Bu nedenle epileptik hastalarda sedatif-hipnotik ilaçların bırakılması durumlarında, deliryum tremens, organik beyin bozukluğu gibi epilepsi eşiğini düşüren bozukluklarda haloperidol, olanzapin, risperidon, yeğlenmelidir. Hastalar yakından epilepsi göstergeleri bakımından izlenmeli, hafif gibi görünen kas atmalarının, ani irkilmelerin olduğu görülünce ilaç dozu azaltılmalı ya da başka ilaca geçilmelidir (81).

4.2.1.3. Sedasyon

Sıklıkla bir bitkinliğin eşlik ettiği sedasyon durumu, sağaltımın erken dönemlerinde faydalı olabilir. Tüm antipsikotik ilaçların değişik dozlarda sedatif etkisi olmasına karşın, genel olarak sedatif etkisi en fazla olan düşük güçlü klorpromazin ve tiyoridazindir (81,91). Nöroleptik alan hastalarda parkinsonizm etkilerine bağlı olmayan bir devinim yavaşlaması, istek ve enerji azlığı, miskinlik tembellik, uykuya eğilim görülebilir. Uykululuk (sedasyon) genel olarak birkaç gün ya da hafta içinde azalarak kaybolur. Miskinlik, tembellik ve uykuya eğilim durumunun ne kadarının hastalığın negatif belirtileri, ne kadarının nöroleptik yan etkisi olduğunu ayırt etmek güç olabilir (91).

Tiyoridazin, klorpromazin ve loksapin de, az da olsa sedatif etkiye sahiptirler. Diğer güçlü antipsikotik ilaçların sedatif etkileri daha azdır. Bir kısmının ise sedatif etkisi hiç yoktur. Akut psikoz durumlarında antipsikotik ilaç dozu, psikoz kontrol altına alınmaya kadar arttırılabilir. Ancak hastada sedasyon görüldüğü anda doz azaltılmalıdır. Antipsikotik ilaçlar parenteral olarak kullanıldıklarında sedatif etkileri, antipsikotik etkilerine göre daha ön plana çıkar (91).

4.2.1.4. Malign Nöroleptik Sendrom (MNS)

Malign nöroleptik sendrom, nöroleptik ilaç (özellikle yüksek etkinlikte antipsikotikler) kullanan hastaların bir kısmında (%0.1-2,5) görülen, çok sık rastlanmayan ağır ve tehlikeli bir bozukluktur (67). 41-42 C ye kadar yükselen ateş, ağır parkinsoniyen kas rijiditesi, kanda kreatinin fosfokinaz düzeylerinde ve lökosit sayısında artış ile karakterizedir. Genellikle bilinç değişikliği ortaya çıkar. Hasta künt veya ajite olabilir. Distoni ve rijidite yürüme ve

konuşmayı zorlaştıracak veya hemen fonksiyon kaybına yol açacak kadar ağır olabilir. Nabız sayısı yükselmiştir. Özellikle diastolik hipertansiyon meydana gelmekle beraber tansiyon düşüklüğü de olabilir. Karaciğer enzimleri genellikle yükselir. Palzma myoglobini böbrek yetmezliğine neden olabilir. Aşırı terleme oldukça sıktır (91).

Bu ağır yan etkiler kümesi daha önce kestirilemeden birden başlayabilir, hemen tanısı konamayabilir ve tedaviye en kısa sürede başlanamazsa olguların % 5-20'si ölümlerle sonuçlanabilir. Risk etkenleri arasında yüksek güçlü antipsikotiklerin kas içi kullanımı, antipsikotik sağaltım sırasında bedensel başka bir hastalığın ya da nörolojik bir sendromun bulunması, genç yaş ve erkek olma sayılmaktadır (81).

Tedavide, önce destekleyici ve semptomatik önlemler alınması önerilmektedir. Önce nöroleptik ilaç derhal kesilmeli, sıvı tedavisine geçilerek hasta rehidrate edilmeli, antipiretik ilaçlar ve soğuk uygulanarak ateş düşürülmeye çalışılırken, araya girebilecek enfeksiyonlar için önlem alınmalı ve hastanın sükuneti sağlanmalıdır (67). Bromokriptin, dantrolen, antikolinerjikler ve parenteral benzodizepin uygulamasının yararlı olduğunu bildiren yayınlar vardır. Benzodiyazepinler hastayı sakinleştirirler ve kas rijiditesine etki ederler. Tedavide elektrokonvulsif tedavinin de yararlı olabileceği bildirilmiştir. Klinik tablonun sonlanması günler, haftalar sürebilir. Hasta iyileştikten sonra, bir durum değerlendirmesi yapılarak antipsikotik ilaç alıp almamasına karar verilmelidir. Mutlaka gerekiyorsa, hastanın iyileşmesinden en az 2 hafta sonra yeniden düşük etkili antipsikotik ilaçlar seçilerek tedaviye başlanmalıdır (11,66).

Malign nöroleptik sendromlu hastalarda sağaltımın dikkatli bir şekilde düzenlenmesi ve hastanın dört-beş hafta kadar izlenmesi gerekmektedir. Bunun nedeni sendromun nöroleptik kesildikten haftalar sonra bile yeniden ortaya çıkabilmesidir (91).

4.2.2. Antikolinerjik Yan Etkiler

Antipsikotikler, muskarinik estilkolin reseptörlerini bloke ederken merkezi periferik antikolinerjik yan etkilere sebep olurlar (35). Düşük güçlü klorpromozin ve tiyordazin ile daha çok görülür. Yüksek güçlülerin özellikle haloperidalün yan etkisi azdır. Yeni antipsikotiklerden klozapin, olanzapin, risperidon ve ketiapinin antikolinerjik etkileri düşüktür (81).

Antipsikotik ilaçlar antikolinerjik etkili diğer ilaçlarla (antiparkinsoniyel ve trisiklik ilaçlar gibi) kullanıldıklarında deliryum tablosu veya bağırsak stazı (ileus) meydana gelebilir. Etki hafif düzeyde kaldığında ise konstipasyon gelişir (91).

Antipsikotik ilaçların antikolinergik yan etkileri iki ana kümede sıralanmıştır. Periferik antikolinergik etkiler: ağız, boğaz kuruluğu, midriazisten dolayı bulanık görme ve idrar retansiyonu, kabızlık, ejakülasyon gecikmesi ya da olmaması, sertleşme (ereksiyon) güçlüğü olabilir. Retrograd ejakülasyon, tiyoridazinin oldukça sık görülen bir etkisi olup aynı sınıftan diğer ilaçlara bağlı olarak da meydana gelebilir. Emptansa kadar varabilen bir etkidir. Hastalar görüşmelerde bu konudan bahsetmek istemezler. Ancak oldukça önemli bir konudur. Dar açılı glokomu olan hastalar, hastalığın kötüleşmesini yaşayabilirler. İdrar yapma zorluğu özellikle yaşlılarda prostat büyümesi (hipertofisi) olanlarda çok görülür ve bu nedenle bu hastalarda çok dikkatli kullanılmalıdır. Kimi hastalarda beden ısısının düzenlenmesinde bozukluğa yol açarak, özellikle sıcak havalarda, beden ısısında yükselmeye (hipotermi) neden olabilir (40,81). Merkezi antikolinergik etkiler: terapötik dozlarda tek başına kullanılan antipsikotik ile nadiren de olsa ortaya çıkabilmektedir. Özellikle başka antikolinergik ilaçlarla, trisiklik antidepresanlarla birlikte kullanıldıklarında seyrekte olsa, bellek bozukluğu, konfüzyon, görülebilir. Merkezi antikolinergik toksisite deliryuma yol açabilir. Toksik sendrom, ajitasyon ve şuur bulanıklaşması, taşikardi, idrar retansiyonu, ateş, midriazisle karakterizedir. Tedavi için IM (intramüsküler) veya IV (intra venöz) fizostigmin salisilat verilir (40,66,81,91).

4.2.3. Kardiyovasküler Sistem Yan Etkileri

Antipsikotik ilaçların kardiyovasküler sistem üzerine olan etkileri, gecikmiş ventriküler repolarizasyon (uzamış QT aralığı) ve aritmi oluşumu, ileti bozuklukları, sol ventrikül işlev bozukluğu, sinüs nodu anormallikleri, reseptör blokajı, miyokardit, kardiyomiyopati ve postural hipotansiyondur. Bu etkilerin en önemlilerinden biri olan gecikmiş ventriküler repolarizasyon ve bunun elektrokardiyogramdaki izdüflümü olan QT aralığının belirgin olarak uzaması, özellikle Torsade de Pointes (özellikle mesoridazin, tiyoridazin ve pimozidle) olmak üzere, ventriküler taşiaritmi ve böylece ani kardiyak ölüm riskini artırabilir (19,66,83).

4.2.3.1. EKG Üzerine Etkileri: Antipsikotik kullanımı sırasında QT uzaması temel kaygılardan biridir. Çünkü, epidemiyolojik veriler ve vaka kontrol çalışmaları antipsikotik ilaç alan hastalarda ani ölüm oranlarının arttığını göstermektedir. Antipsikotik ilaçlar kalp üzerinde, hem antiaritmik hem de anritmojenik etki gösterirler. Hipotalamustaki sempatik aktiviteyi antagonize etmeleri ve lokal anestetik özellik göstermeleri nedeni ile kalp hücre zarını stabilize ederler, bu şekilde antiaritmik etki gösterirler. Klorpromozin ve tiyoridazin

gibi düşük potansli antipsikotik ilaçlar QT aralığında artma ve PR aralığında uzama T dalgası düzleşmesi, küntleşmesi, tersine dönmesi, genişlemesi, derinleşmesi ve ST segment çökmesi, U dalgalarının ortaya çıkması gibi EKG anormaliteleri meydana getirebilirler. (QT=0,44 sn üzerinde ventriküler taşikardi ve ani ölüm riski) QT aralığı, EKG’de QRS kompleksinin başlangıcı ile T dalgasının sonu arasındaki zamanı gösterir ve ventriküler repolarizasyon zamanını temsil eder. QT zamanının uzunluğu, artan kalp hızıyla azaldığı için QT değerlendirmelerinde kalp hızı değişiklikleri mutlaka göz önüne alınmalı ve kalp hızına göre düzeltilmiş QT değeri (QT corrected: QTc) belirlenmelidir (33,34,115).

4.2.3.2. Postural (Ortostatik) Hipotansiyon: Düşük potansli dopamin reseptör antagonistleri sık ortostatik hipotansiyona sebep olabilirler. Alfa-adrenalin blokajdan dolayı ortaya çıkar. Bu yan etki, baygınlık ve düşmeler ile sonuçlandığından tehlikeli olabilirler. Özellikle klorpromazinin IM enjeksiyonlarında dikkatli olunmalı, kan basıncı denetimi sık yapılmalıdır. Hem yaşlı hastalar hem de denge bozukluğu olan kişilerde bu açıdan dikkatli olunmalıdır. Ayrıca, koroner ve beyin damar hastalarında önemli risk oluşturabilirler. Ortostatik hipotansiyon ilk birkaç günde çok şiddetli olabilir ve genellikle bu etkiye tolerans gelişir. Hastalar bu yan etkiler açısından uyarılmalı ve uyandıklarında yatak üzerinde oturmaları, birkaç dakika beklemeleri, sonra yavaşça ayağa kalkmaları ve baygınlık hissederseniz oturmaları ya da uzanmaları anlatılmalıdır (40,81).

4.2.4. Oküler Yan Etkiler

Korneada beyaz-sarı-kahverengi granüller toplanır. Uzun süre ve düşük güçlü antipsikotiklerin kullanımı sonucu epitelyal keratopati, lentiküler pigmentasyon, korneal ve lens lezyonları, retinitis pigmentosa (pigmenter retinopati) görülür. Tiyoridazin ya da klorpromazinin kullanımında pigmenter retinopati sık görülür. Bu durumda görsel keskinlikte azalma (ilaç kesilince bazen geri döner) ve körlük ortaya çıkabilir. Lentiküler pigmentasyon da uzun süreli nöroleptik kullanımı ile ilişkilidir (özellikle klorpromazin). Genellikle görme bozulmaz; ilaç kesilince geriye dönüşlüdür, çoğunlukla nöroleptiklerin yol açtığı deri pigmentasyonu ya da fotosensitivite reaksiyonları olan hastalarda görülür (10,66,115,117).

4.2.5. Metabolik ve Endokrin Yan Etkiler

4.2.5.1. Endokrin Etkiler: Antipsikotik ilaçlar doğrudan etkiyle kan prolaktin düzeylerinde artışa neden olurlar. Prolaktin düzeylerinin ölçülmesi, antipsikotiklerin kan düzeylerini direkt olarak belirleme yöntemlerinden biri olarak kabul edilmektedir. Ancak hastaneye yatırılarak sağaltımına başlanacak hastada gerekli dozu saptamak için prolaktin düzeylerinin belirlenmesinin yararı tam olarak açıklığa kavuşmamıştır. Bununla beraber, sağaltımın sonrasında prolaktin düzeyleri düşük olan hastalarda nüks olasılığının, prolaktin düzeyleri yüksek olanlara göre daha fazla olduğunu ileri süren bir çalışma yapılmıştır (91).

Antipsikotik ilaçlar, iştah değişiklikleri, kilo alma, sıvı tutulumu, göğüslerde büyüme ve dolgunluk, galaktore ve amenore, jinekomasti, hiperglisemi libidoda azalma ve erkeklerde ejakülatuar yetersizlik ve kadınlarda ovulasyonda gecikmeye sebep olabilirler (114).

4.2.5.2. Cinsel Yan Etkiler: Antipsikotikler hem erkeklerde hem de kadınlarda seksüel fonksiyon üzerinde önemli etkilere sahip olabilirler (35). Sıklıkla cinsel davranışlarda ve işlevlerde bozukluk olur. Bu bozukluklar libido azlığı, orgazm olamama, ereksiyonu sürdürmemeye, vaginal salgıda azalma ve retrograd ejakülasyon şeklindedir. Cinsel işlev bozukluklarının sıklığı tiyoridazin, mezoridazin ve klorpromazin ile daha yüksektir. Parasempatik sistem ereksiyondan sorumludur. Bu sistemde işlev bozukluğu cinsel uyarılmada inhibisyona neden olabilir. Antipsikotik alan erkeklerin %23-54'ünde sertleşme bozukluğunun olabileceği bildirilmiştir ve bu durum erkeklerde ilaç uyumsuzluğunun önemli bir sebebi olabilir. Sempatik sistem ejakülasyondan sorumludur, bu sistemle ilgili işlevsel bozukluklar inhibe erkek orgazmı veya prematür orgazma neden olabilir. Antipsikotiklerin bu sistemler üzerinde meydana getirdiği etkiler cinsel işlev bozukluklarının sebebidir. Bu gibi durumlarda doz azaltılması ya da başka bir ilaca geçilmesi denenebilir. Antipsikotik alan kadın hastalarda ön hipofizden prolaktin salgısının artması ile libido azalması, anorgazmi ve kayganlık (lubrication) azalması, süt gelmesi (galaktore), adet düzensizlikleri yaşayabilirler (40,81,117).

4.2.5.3. Kilo Artışı ve Diyabet : Tüm antipsikotik ilaçların kullanımı sırasında genellikle kilo artışı olur. Bunun iştah artmasına mı yoksa, aktivite azalmasına mı bağlı olduğu açık değildir (91). Bu ilaçlar hipotalamik etki ile iştah ve kilo artmasına neden olabilirler. Antipsikotik ilaç alan tüm hastaların %50'sinde klinik olarak belirgin kilo alımı ortaya çıkar. Fakat yeni kuşak antipsikotik ilaçların klasik antipsikotik ilaçlara göre daha fazla kilo alımına neden

olduğu gösterilmiştir. Allison ve arkadaşları (4) değişik atipik antipsikotiklerin oluşturduğu kilo farklarını karşılaştırmış ve en çok kilo artışını klozapin ile olanzapinin, orta derecede kilo artışını risperidon ile sertindolün, ılımlı kilo artışını ketiapinin ve en az kilo artışını ise ziprasidonun yaptığını saptamışlardır. Kilo artışı pekçok durumda morbidite ve mortalitede artışa neden olur. Bu durumlar arasında hipertansiyon, koroner kalp hastalığı, serebrovasküler hastalık, tip 2 diyabet, çeşitli kanserler, uyku apnesi ve solunum problemleri yer alır (29).

Kilo alma ile diyabet arasında bir ilişki bulunmakla birlikte, kilo alma ile diyabete neden olma işlevleri arasında direkt bir ilişki bulunmayabilir. Her iki olayla ilgili çalışmalar sürmektedir (4). Kan glikozunun merkezi düzenlenmesi hipotalamus ile kontrol edilir ve bazı antipsikotikler tarafından hipotalamik dopamin antagonizması, kan glikoz seviyelerinin düzenlenmesinde bozukluklara öncülük edebilir (103). Yeni kuşak antipsikotik ilaçların glikoz ve lipid seviyeleri üzerine etkilerini inceleyen yeni kuşak antipsikotiklerden klozapini, olanzapini, risperidonu ve ketiapini, klasik antipsikotiklerden haloperidolu ve flufenazinim içeren bir çalışmada; klozapinin ve olanzapinin trigliserid düzeylerini belirgin olarak artırdığı, bunun yanında, çalışmaya dahil edilen herhangi bir yeni kuşak antipsikotik ilaçla tedavi edilen hastaların üçte birinde klinik olarak anlamlı düzeyde trigliserid yükseklikleri saptandığı bildirilmiştir (108). Yeni kuşak antipsikotik ilaçları reçete eden tüm klinisyenler, kilo alımı dışında diğer tip II diyabet için risk etkenleri olan; ailede diyabet öyküsü olmak, 45 ve üstü yaş grubundan olmak, etnik özellik, gestasyonel diyabet, hipertansiyon, dislipidemi ve geçmişte bozulmuş açlık glikozu veya bozuk glikoz toleransı öyküsü olmak gibi etkenler konusunda da dikkatli olmalıdırlar (103).

4.2.5.4. Isı Regülasyonu: (Vücut Isısı Değişiklikleri): Antipsikotik kullanan hastalarda vücut ısısı ve nem değişikliklerine olan tepki gösterme yetisinde bozukluklar ortaya çıkabilir. Hipotalamik kontrol bölgesinin inhibisyonuna bağlı olarak hasta hipertermik ya da hipotermik olabilir. Genellikle tedavinin ilk üç haftası içerisinde, klozapinle tedavi gören hastaların %50'ye kadar varan bir oranında gelip geçici ısı yükselmesi ortaya çıkabilir (67).

4.2.6. Dermatolojik Yan Etkiler

Tüm ilaçların kullanımında olduğu gibi antipsikotik ilaçların kullanımı sırasında da alerjik deri döküntüleri ortaya çıkabilir. Bu etki en sık klorpromozin kullanımı sırasında görülür (91). Tedavinin ilk haftaları sırasında görülen deri ile ilgili reaksiyonlar, ürtiker, makulopapular, peteşiel ve ödömatöz reaksiyonları içerir. Bu reaksiyonlar genellikle ilaç

kullanımı kesildiğinde düzelir ve bazen ilaç kullanımı devam ettiğinde bile görülmez. Düşük potensli dopamin reseptör antagonistlerini (özellikle klorpromozin) alan hastalar, ciddi güneş yanığı ya da döküntüden ibaret olan ışığa duyarlılık reaksiyonları (fotosensitivite) geliştirebilirler. Düşük potensli antipsikotikler, yüz , boyun gibi güneş ışığına maruz kalan deri alanlarında mavi-gri, metalik renk geliştirirler (35). Bu hastalara güneş kremi kullanmaları ve yazın fazla güneşte kalmaması önerilir. Hastanın güneş ışığına duyarlı olup olmadığı, en iyi şekilde giderek artan sürelerle güneş ışığına maruz kalmakla saptanabilir (81,91).

4.2.7. Diğer Yan Etkiler:

4.2.7.1. Hematolojik Yan Etkiler:

Düşük güçlü antipsikotikler alınırken geçici lökopeni ve çok nadir olarak agranülositoz görülmüştür. Bu grup antipsikotik ilaçların kemik iliğinin bazı elementlerine hafif toksik etkisi vardır. Çoğu nöroleptikle, tedavinin ilk oniki haftası ortaya çıkar. Ancak sıklığı oldukça düşük olup, sağaltım gören her 3000-4000 hastanın ancak birinde agranülositoz meydana gelmektedir. Klozapin ile agranülositoz riski daha fazla olduğundan sık lökosit sayımı yapılamayan durumlarda verilmemelidir (81,91,115). Klozapine bağlı agranülositoz gelişim riski kadınlarda, erkeklerden daha fazladır ve yaşla birlikte artmaktadır (63). Agranülositozun bulguları arasında boğaz ağrısı, ateş, bitkinlik, ağızda görülen yaralar vardır (67). Klozapin tedavisi gören hastada, lökosit sayısı 2000 hücre/mm³, gronülositoz sayısı 1500 hücre/mm³'den düşük ise klozapin kesilir, enfeksiyondan korunacak şekilde hasta izole edilir, kemik iliği bakılır, hematoloji ve diğer gerekli konsültasyonlar yapılır, agranülositozise sekonder gelişebilecek komplikasyonların tedavisi yapılır (63).

4.2.7.2. Hepatik Yan Etkiler:

Düşük güçlü nöroleptikler seyrek olarak kolestatik ve obstrüktif türden sarılık yapabilirler. Klorpromazin ile daha sık görülür. Sıklığı % 2-3 tür. Genellikle ilaca başladıktan sonraki ilk aylarda görülür. Prodromal belirtiler gösterebilir. Prodromal belirtiler arasında ateş, titreme, bulantı, epigastrik veya sağ kadranda abdominal ağrı, yorgunluk ve döküntü vardır. Komplikasyonlar hepatik nekroza veya kalıcı bir karaciğer hasarına yol açmayan hafif ve

geçici koplikasyonlardır. İlaç kesildikten sonra belirtiler 2-8 hafta içinde tamamen düzelir (40,81,91,115).

4.3. ANTİPSİKOTİK TEDAVİDE YAN ETKİLERİ BİLME VE BAŞETME

Hastalar psikofarmakolojik tedavinin başlangıcında ilaç hakkında mutlaka bilgilendirilmeli ve “risk/kazanç oranı” kendisi ile tartışılmalıdır (92). Antipsikotik ilaçlar tedavi alanına girdikleri 50 yıldan beri ekstrapiramidal yan etkiler bu ilaçları alan hastalarda en fazla görülen uyumsuzluk sebebidir. EPS hastanın motor fonksiyonunu bozduğu kadar affektini de etkilemekte, bazen de psikotik semptomlara benzer semptomlar oluşturmaktadır (7,24). Ekstrapiramidal yan etkilerin, özellikle akatizinin antipsikotik ilaç alımını engelleyen anlamlı bir faktör olduğu birçok çalışma ile gösterilmiştir (92). Fakat yan etkilerin doz azaltılması, özgül ilaç kullanımı, antipsikotiğin değiştirilmesi gibi yöntemlerle mümkün olduğu kadar erken dönemde tedavi edilmesinin tedaviye desteği artıracığına inanılmaktadır (42).

Son yıllarda “tedaviye uyum” (compliance) kavramının yerini “tedaviyi destekleme” (adherence) kavramının alması gerektiği de ileri sürülmektedir (92). Gözlenen davranış etkisinin, tedavinin beklenen standardına oranı tedaviye uyum olarak ifade edilir. Bu terim sadece farmakolojik tedaviye uyumu değil, tedaviye karışan bütün diğer faktörlere uyumu da içine alır. Tedavinin başlatılmasına istekli olma, tedavi planına uyma, tedavi randevularına uyma v.s. (42). Hekimler ve tüm sağlık ekibi hastalarına ilaçların etkileri ve yan etkileri hakkında da yeterli bilgi vermelidirler. Hastanın hastalığı ve tedavisi hakkında eğitilmesinin tedaviye uyumu artırdığı gösterilmiştir (20). Mesela, bazı antipsikotiklerin sedasyon yapıcı yan etkilerini bilmeyen bir hasta, ilaçların kendisini kötüleştirdiğini düşünerek tedaviyi kesebilir. Tedaviye uyumsuzluğun sebeplerinin erken ortaya çıkarılmasının ve giderilmesinin hastanın prognozunu ve tedavi maliyetini önemli oranda etkileyeceğini göstermektedir (92).

Yaşlılığa bağlı olarak gelişen farmakokinetik ve farmakodinamik değişiklikler ilaç seçimini, dozajını, temel süresini belirlemektedir (68). İlacın etkinliği, tolere edilebilirliği, güvenilirliği ve olası etkileşimleri gibi ilaca ait özellikler dikkate alınarak, risk/yarar oranı gözetilerek tedavi başlatılmalıdır. Tek ilaç tercih edilmeli, yaşlıların psikotrop ilaçların yan etkilerine duyarlı oldukları düşünülerek düşük dozla tedavi başlanıp, yavaşça doz arttırılarak uygun doza ulaşılmalıdır. Yaşlılar sıklıkla başka hastalıkları için de ilaç kullanıyor olduklarından, antipsikotiklerin bu ilaçlarla etkileşimi göz önünde bulundurulmalıdır. Yaşlılarda ilaç metabolizması ve eliminasyonu ile reseptör işlevindeki değişmelerin yanısıra

baroreseptör duyarlılığı, susama, volüm regülasyonu ve elektrolit kontrolündeki değişimler bilişsel işlevleri azaltabilir ve motor koordinasyonu zayıflatabilir (88). Yaşlı hastaların ilaçları metabolize etme kapasiteleri azalmış, ilaç yan etkilerine hassasiyetleri ise artmıştır. Hipotansiyon, baş dönmesi gibi yan etkiler düşmeye ve kalça kırılması gibi ciddi komplikasyonlara neden olabilir. Yaşlılığın getirdiği tıbbi hastalıklar nedeniyle kullanılan polifarmasi ve ilaç etkileşimleri kaçınılmazdır. Yine yaşlılığın getirdiği günlük işlerini görmede yetersizlik gibi psikososyal problemler de tedaviyi güçleştirir. Tüm bu nedenlerle yaşlılarda ilaç kullanımı komplike hale gelebilir (104). Atipik antipsikotik ilaçlar ekstrapiramidal sistem (EPS) yan etkilerinin daha az olmasından dolayı; yaşlı hasta grubunda avantajlıdır, ancak hiç biri ideal değildir. Zira yaşlı popülasyonunda klozapin her ne kadar bazı hastalarda düşük dozlarda kullanımı tolere edilebilirse de agranülozitoz riski, yaşla ilişkili deliryum, kardiyak etkiler, sedasyon ve antikolinergik etkiler nedeniyle yaygın kullanımı sınırlıdır. Yaşlılar gençlere göre, atipik antipsikotik ilaçların yan etkileri açısından daha büyük bir risk altındadır (102).

Çocuklarda atipik antipsikotikler başta duygudurum ve psikotik bozukluklar olmak üzere anksiyete bozuklukları, yaygın gelişimsel bozukluklar, deliryum, yeme bozuklukları, hareket bozuklukları ve agresyon tedavisinde kullanılır. Yetişkinlere göre çocukların karaciğeri beden kitle indeksine nisbeten daha büyüktür, yağ dokusu kitlesi ve ilacın proteine bağlanma oranı daha azdır. Bu nedenlerle de çocuklar yetişkinlere göre aynı dozu daha çabuk metabolize ederler ve yine bu nedenle daha yüksek dozlar gerekebilir, hem etki hem de yan etkiler açısından biyoaktivite artar. Yetişkin ve çocuk-ergen arasında psikotrop ilaçların farmakokinetik özellikleri bazı farklılıklar arzeder, bu nedenle etki ve yan etkileri de değişir (102).

Psikiyatrik hastalar uzun süreli bir tedavi sürecine maruz kalabileceklerinden, ilaç kullanmanın gerekçelerini çok iyi öğrenmek durumundadırlar. Algılama, dağınık düşünce ve davranışlar, yineleyici davranışlar, sıkıntı, çöküntü, uykusuzluk, yanlış düşünceler gibi belirtilerin ilaçlarla geçtiği anlatılmalıdır. Tedaviye yanıt durumu, yanıt alınmadığında yapılacak denemeler, her şeye rağmen tedavi şansının ne olduğu gibi konular açıkça konuşulmalıdır. İlaç yan etkileri oluştuğunda neler yapılabileceği de açıklanmalıdır. Bunun için gerekirse açıklayıcı notlar verilebilir. Çünkü ağız kuruluğu, kabızlık, güneş allerjisi gibi bazı küçük yan etkiler için hastaların kendi kendilerine alabilecekleri önlemler vardır. Israr eden ve kişiyi rahatsız eden yan etkiler konusunda bilgilendirerek en azından yanlış yönlendirmeler önlenmelidir. Değişik ilaç denemeleri ve birlikte ilaç kullanımları, elektrokonvulsif tedavi eklenmesi gibi her türlü tedavi girişimine rağmen geçmeyen bazı belirtiler

olabilir. Bunlar inatçı belirtiler olarak adlandırılır. Bir gün geçebileceği, bazen şiddetinin azalabileceği, bazen de artabileceği, belki de hiç geçmeyeceği açıklanır. İnatçı belirtiler hastanın davranış örüntüsü içerisinde yer alabilmekte ve hastaların yarıya yakınında bu belirtiler kalıcı olabilmektedir. Belki tedaviye yeni giren ilaçlar sayesinde bu oran azalabilir, fakat inatçı belirtiler varsa artık bunlarla yaşamayı öğrenmek ve onlarla başetmek için neler yapılabileceğini hastaya öğretmek gerekmektedir. Görüşmelerde bunların eğitimi verilmelidir. En sık karşılaşılan inatçı belirtiler beklendiği gibi yoksunluk belirtileridir. Ama taşkınlık belirtileri de aynı şiddette ya da şiddeti azalmış olarak devam ediyor olabilir. Bundan korkmamak gerekir. Tedavi sürecinde hastanın hastalığını anlaması, belirtilerine karşı içgörü geliştirmesi inatçı belirtileri kabullenerek ve etkisinde kalmayarak yaşamasına yardım edebilir. Hastaların seslerin ya da düşüncelerin beynin bir ürünü olduğunu anlamaları, o seslerin ve düşüncelerin varlığına rağmen yaşamlarını sürdürmek durumunda kaldıklarını hissetmeleri onlarla başa çıkmak için çeşitli yöntemler geliştirmelerine yol açar. Örneğin, kulağına ses gelen bir hasta sürekli kulaklıkla müzik dinleyerek işitsel varsanların etkisini azaltabilmektedir. Ya da mırıldanarak şarkı söylemek, film izlemek, arkadaşıyla konuşmak, kendisini meşgul etmek, seslerle konuşmak ve onlara yanıtlar vermek, onların gitmelerini istemek, onların bir süre sonra geçeceklerini düşünmek, kuşku düşünceleri varsa güvendiği insanlara sorarak yanlışlığı hakkında onay almak gibi teknikler başetme yöntemleri olarak kullanılabilir. Birisinden yarar görmediğinde başka teknikler denenebilir. Hiçbir şekilde geçmezlerse de onlarla barışık halde yaşamının gereği anlaşılabilir (98).

Hastalık değişik zamanlarda tekrarlamış ve her tekrarlayışından önce de bazı belirgin belirtiler yaşanmış olabilir. Hastalık hemen başlamadan önce öncül belirtiler olarak ortaya çıkan belirtiler “uyarıcı işaretler” olarak değerlendirilir. Eğer daha önceden, örneğin hastalık ortaya çıkmadan hemen önceki günler ya da haftalarda sıkıntı hissinde artma, çöküntü hissi, uykusuzluk, sinirlilik ve gerginlik, çabuk öfkelenme, dalgınlık, yoğunlaşma güçlükleri gibi belirtilerden bazıları ortaya çıkmışsa iyilik dönemlerini takip eden bir zaman diliminde bunların tekrar görülmesi yeni bir epizodun gelmekte olduğu hakkında uyarıcı olabilir. Hastaların iyileşmeyi izleyen dönemde uyarıcı işaretleri yaşaması ya da ilaç almayı bırakması yeniden hastalanma riskini haber vermelidir. Bu noktada hastaların ve ailelerin bilgilendirilmesi önemlidir. Burada önemli olan yeni bir epizot ortaya çıktığında ailelerin neler yapmaları gerektiğini bilmeleridir. Hastaların da hastalığın tekrarlayabileceği riskini göze almaları ve yeniden hastalanmamak için yollarındaki tehlikelerden (alkol almak, ilacı bırakmak, uykusuz kalmak, yoğun baskılara maruz kalmak) uzak durmaları öğretilmelidir (98).

Şizofreni hastalarında tedaviye uyum en ciddi sorunlardan birisidir. Hastaların yarısının ilk tedavilerinden sonraki bir yıl içerisinde ilaç tedavisini bıraktıkları bilinmektedir. İlk tedaviden sonraki 2-5 yıl içerisinde de hastaların %80'inde hastalık yinelemektedir. Kendiliğinden düzenli ilaç tedavisi uygulayan hasta oranı %24'tür. Diğer %24'ü tedaviye uyumsuz, geri kalan %52'si de ailenin yardımıyla tedavisini düzenli olarak sürdürebilmektedir. Yani anlaşılan odur ki, aile ya da bir yakının yardımı olmasa hastaların çoğu ilaç tedavisini bırakma eğilimindedirler. Unutkanlık, dalgınlık gibi bilişsel sorunlar, uzun süreli ilaç kullanma düzenine uymanın doğal zorluğu ve içgörü azlığı gibi ciddi sorunlar nedeniyle tedaviye uyumsuzluk yaşanabilmektedir. Bu durumun kaçınılmaz sonucu da hastalığın yeniden alevlenmesidir. Hastaların çoğu aile desteğinde ve sosyal güvenceleri olmasına rağmen (yani ilaç alma sorunu bulunmamaktadır) düzenli olarak tedavilerini sürdürmekte zorlanmaktadır. Ancak ilaç yan etkileri, destek sistemlerinin yetersizliği, hekim-hasta ilişkisindeki sorunlar, hastalığın damgalanma riskinin yüksek olması gibi etkenler de uyumsuzluk nedenleri arasında sayılmaktadır. Hastaların ve ailelerin bu bağlamda uzun süreli bir ilişki içerisinde ruhsal tedaviye gereksinimleri vardır. Psikotik belirtileri geçiren, ama yan etkisi olmayan ilaçlar henüz keşfedilmemiştir. Hangi ilacı kullanırsa kullansın hastaların ve ailelerin bazı ilaç yan etkileri ile başa çıkmaları için eğitime gereksinimleri vardır (98).

Hastalığın geçmeyen belirtileriyle yaşamak durumunda kalmak hem hastada hem de ailede umutsuzluk duygularını doğurur. Hekimlerden yeterince yarar göremediklerini düşünerek başka tedavi arayışlarına girebilirler. Psikiyatrik hastalarda ilaç tedavisine eklenen ruhsal ve toplumsal tedavi girişimlerinin hem belirtiler üzerinde, hem de toplumsal işlevsellik ve yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkilerinin olduğu birçok araştırmada gösterilmiştir. Hastaların daha az epizot yaşamaları ve hastaneye daha az yatmak zorunda kalmaları hem hasta, hem aile, hem de toplum açısından çok büyük kazanımlar olacaktır.

Hiçbir iletişim çabası göstermeden doğrudan “psikotik hastaya ilaç tedavisi” uygulamasına geçilmesi hasta üzerinde sonradan onarılması güç izler bırakabilir. Ağızdan ilaç alabiliyorsa ağızdan alması gerektiği, aksi takdirde (almıyor-reddediyorsa) enjeksiyon yapmak durumunda kalınacağı açıklanmalıdır. Enjeksiyon yapmak için zor kullanılabileceği bildirilmelidir. Aşırı derecede taşkın olan hastalar için daha hızlı davranılması gerekebilir. İlaçlarla ilk müdahaleden sonra hastalığın bizzat kendisi hakkında olmasa bile sonuçları hakkında konuşulmalıdır. Son zamanlarda yaşanan gerginlik, uykusuzluk, insan ilişkilerindeki bozulma, sıkıntı, isteksizlik, alınganlık, ağrılar, kendisinin çevreye ya da çevrenin kendisine olan tepkileri üzerinde konuşulabilir. Bunların kişi için ele alınması ve giderilmesi gereken

sorunlar olduğu anlatılmalıdır. Daha sonraları hastalık belirtilerinin yansımaları olduğu açıklanmalıdır (98).

Yakınları ile gelmiş olan bir hastanın kendisi dinlenmeden sadece eşlik eden kişilerin görüşleri dinlenerek hastalık ve tedavi hakkında karar verilmesi güven ilişkisini zedeleyici olabilir. Önce hastanın dinlenmesi ve arkasından da izniyle (ya da bilgilendirilerek) yakınlarının dinlenmesi uygun bir yaklaşım olur. Tedavi için zorla ya da ikna edilerek getirilmiş olan hastanın hekim tarafından dikkate alınması ve dinlenmesi, kendisi için sorun alanlarının saptanmaya çalışılıyor olması hasta açısından oldukça güven verici bir yaklaşım olacaktır. Psikotik yaşantısı olan bir hasta için hekimden ya da tedavi ekibinden beklenen en önemli davranış güven hissinin doğurulmasıdır (98).

Gece gündüz hastalarının her türlü sorunuyla birlikte yaşayan ailelerin de kuşkusuz yardıma gereksinimleri vardır. Aynı zamanda aileler hastalarının tedavisine katkıda bulunacak önemli elemanlar olabilirler. Ailelere hastalık hakkında bilgi vermek, tedaviyi öğretmek, kriz durumlarında neler yapılacağını öğretmek, inatçı belirtilerin neler olduğunu ve hastaların bunlarla başa çıkmakta onların nasıl yardımcı olabileceğini öğretmek, hastalıktan kaynaklanan bazı belirtilere karşı hoşgörölü olmalarını sağlamak tedaviye önemli derecede katkı sağlayacaktır. İlaçların nasıl kullanılacağı, ilaç almak istemeyen hastaya nasıl davranılacağı, yan etkilerin ortaya çıkması durumunda nelerin yapılacağı ailelere kolayca öğretilebilecek bilgilerdendir. Ailelerin hastalık, tedavi ve sonuçları hakkında kafalarına takılan her türlü sorunun cevaplandırılması gerekmektedir. Çok iyi bir bilgilendirme ve deneyimlerden sonra hekime ulaşamaları bile alevlenme belirtilerini saptayan ailelerin ilacın dozunu biraz artırarak hastalığın yinelemesini önleyebildikleri görülmektedir. Kendi hastalarının tedavisinde rol almaları için ailelere şans tanınmalıdır. İlaçların cinsel isteği azaltıcı ya da işlevi bozucu yan etkileri sadece hastalarda değil, ailelerde de ilaçların kısırlık yapabileceği korkusunu doğurmaktadır. Hem de uzun süreli kullanılacak olan bu ilaçlara hastanın ve ailenin sıcak bakabilmesi için onlar hakkındaki olumsuz düşüncelerin giderilmesi gerekmektedir. Katlanılması gereken yan etkilere nasıl katlanılacağı öğretilerek. İlaç tedavisine uyumun sağlanması için sadece hastaların değil, ailelerin de aklında da çözülmemiş soru kalmamalıdır (98).

4.4. ANTİPSİKOTİK TEDAVİDE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI

Ruhsal bozukluklarda önceleri ilaçla tedavi ve somatik tedavilerden yararlanılmış, ancak zamanla bireyin bir biyopsikososyal varlık olduğu üzerinde durularak bu tedaviler

psikoterapi ve psikososyal yaklaşımlarla desteklenmiştir. Çağdaş anlamda psikofarmakoloji 1950’li yılların ortasında başlamış ve bugün oldukça ilerlemiştir. İçinde yaşadığımız yirminci yüzyılın ikinci yarısında ise gerek hastanelerde gerekse toplum içinde bakım modelleri geliştirilmiştir (37).

Psikiyatri kliniğindeki ilaç uygulamalarında; doğru ilaç, doğru hasta, doğru zaman, doğru doz, doğru kayıt kuralları geçerlidir. İlaç uygulamaları; hemşirenin kişilerarası ilişki kurma becerilerini, karar verme gücünü, yardım etme, planlama, problem çözme, eğitim sorumluluğunu kapsayan önemli bir “güç” alanıdır. İlaç uygulamalarında açık-kesin denetim gücü öğeleri bulunur. Psikiyatri kliniklerinde hastaların ilaç kullanımına tepkileri, ilaçların özellikleri, diğer kliniklerde görülmeyen bazı problemleri ortaya çıkarır. Hastalar ilaç kullanımını reddedebilir., ilacını aldığını unutup ısrarla ilaç isteyebilir, ilaçlarından kuşkulabilir, ilacını saklayabilir, kendini diğer hastalarla kıyaslayarak diğer hastalara verilen ilaçların kendine verilmesi gerektiğini savunabilir (68,84,85,89).

Hemşireler, ilaçlarla ilgili olarak hasta ve ekip ile iletişim kurar, gerekli verileri toplar, planlama-girişim ve değerlendirme yapar. Hastaların ilaçları konusunda konuşabilmeye, öğrenmeye, duygularını ifade etmeye gereksinimleri olabilir, geçici antikolinerjik yan etkileri nedeni ile ilacını kullanmak istemeyebilir, belirtileri ortadan kalkar kalkmaz ilacını kullanmaktan vazgeçebilir. Bu nedenlerle hemşire, hastanede ve taburcu olduktan sonra evinde, hastanın ilaç kullanımında işbirliğini sağlamaktan sorumludur (68).

Akut psikotik hasta, genellikle agresif (saldırgan) ve negativisttir ve delir (hezeyan), hallüsinasyon, enkoherans, referans düşünceleri gibi bulguların birkaç gün ya da haftalık olması gerekir. Uykusuzluk, anksiyete, psikomotor ajitasyon, hiperaktivite, emosyonel labilite veya elasyon gibi affektif değişiklikler eşlik eder. Davranış olarak da suicide (intihar), kendine zarar verici eylemler ya da saldırganlık ile tablo gelişir. Eksite ve ağır bir psikotik hastaya, hekim oldukça dikkatli soru sormalı ve dolaysız, açık ve basit bir şekilde açıklama yapmalıdır. Hastayı aşırı uyarmaktan kaçınılmalı, kızmadan ve sakin bir şekilde açıklama yapılmalıdır. İlaç uygularken veya başka girişimler sırasında hastaya açık ve kısa bir şekilde ne yapılacağı anlatılmalı, uzun tartışmalara girilmemelidir (110).

Antipsikotik ilacın yan etkilerinden kaynaklanan rahatsızlığın en aza indirilmesinde gerekli bazı girişimler: Hasta baş dönmesinden yakınıyorsa; hastanın kan basıncı otururken ve yatarken ölçülür ve kaydedilir, hastanın bacakları yükseltılarak yatırılır, hastayı yatırma olanağı yok ise hasta oturtulur ve bacaklarını açıp başını bacaklarının arasından sarkıtması önerilir, hastaya ani pozisyon değiştirmemesi öğretilir, tutunabileceği şekilde yürümesi öğretilir, baş dönmesi yakınmasının sıklık ve süresi kaydedilir, baş dönmesi olan hastaya

enjeksiyon uygulamasından sonraki 1-1,5 saat rekümbent pozisyonda kalması öğretilir. Hasta ağız kuruluşundan yakınıyorsa; sık sık ağzını çalkalaması, suyu sık sık ancak birkaç yudum içmesi, şekersiz sakız çiğnemesi, emmesi için sert limonlu şekerler ya da buz önerilir, hastanın dudaklarının çatlaması önlenir. Hasta dengersiz, sallanarak yürüyorsa; hastaya yavaş yürümesi önerilir, ayağını destekleyen ayakkabı giymesi sağlanır ve terlik ile yürümemesi söylenir, parmaklık-trabzan-duvar ve benzeri yerlerden destek alarak yürüyebileceği hatırlatılır, gerekiyorsa hastaya yüreteç sağlanır, dik yürümesi hatırlatılır, dengeleme ve destekleme amacı ile kollarını nasıl kullanabileceği öğretilir, hasta bir yerden başka bir yere gidişinde gözlenir ve yardım edilir. Hasta kilo almışsa; hergün tartılır ve kaydedilir, hasta ile birlikte düşük kalorili besinlerden oluşan yeme planları yapılır, ara öğünlerinde yüksek kalorili gıdaları atıştırması sınırlandırılır, güvenli ve düzenli egzersiz yapması sağlanır, gün boyu yatma eğilimi varsa yatış süresi uzatılmaya çalışılır. Hasta kendini sürekli uykulu hissediyorsa; hastanın olabildiği kadar uyanık kalması sağlanır, hastanın ilacını aldıktan sonraki kısa dönemde yapması zorunlu olan ancak uykusu olduğu için yapamadığı etkinlikler hasta ile birlikte listelenir ve listede dinlenme için ayrılan zamanlar da yer alır, hastanın bu listedeki etkinlikleri gerçekleştirebilmesi için plan yapılır. Hasta ağız kuruluşu vb. nedenlerle ağzında lafları geveleyerek konuşuyorsa; hastaya rahat konuşamadığı için telaşlanmaması ve anlaşılmayacağı korkusu ile acele etmemesi öğretilir, hastanın anlatmaya çalıştıkları dikkatlice ve sabırla dinlenir, anlaşılmadığı durumda söylediklerini tekrarlaması söylenir. Hasta bulanık görmeden yakınıyorsa; yeterli ışık sağlanır, iri yazılı kitap, gazete ya da büyüteç sağlanır, okurken ışığın omuz üzerinde gelmesi sağlanır, göz muayenesi önerilir/sağlanır. Hasta güneş ışığından etkileniyor ve cildi aniden kızarıyorsa; doğrudan güneş ışığından korunması sağlanır, cildi güneşten koruyan kremler ve giysiler önerilir. Ciltte kızarıklık, kaşıntı, döküntü varsa; doktora/hemşireye bildirilir, kaşıntıyı önleyici losyonlar sürülür. Bulantı, kusma ve benzeri gastrointestinal sistem sıkıntıları varsa; yağ ve karbonhidrattan zengin besinler almaması önerilir, az ve sık beslenmesi önerilir. Hasta konstipasyondan yakınıyorsa; boşaltım sıklığı ve kıvamı belirlenir, bol sıvı alması sağlanır, egzersiz yapılması ve posalı diyet alınması önerilir. Yüz kaslarında çekilme, seyirme, ağızda salyalanma, dilin kontrolsüz şekilde dışarı fırlaması gözleniyorsa; hemen doktora haber verilir, bol sıvı yüklenir, solunum yolları açılır, oksijen verilir, doktor müdahale edinceye kadar hasta yakından gözlenir. Hasta ilacını yutmuyorsa; ilacı almama nedeni öğrenilir, ağız kuruluşu gibi yutmayı engelleyen bir durum söz konusu ise ilaç bol sıvı ile verilir, ilaçla ilgili sorununu çözümlemesine yardım edilir, ilacın verilmiş yolu değiştirilebilir. Hasta evde ilaç kullanacaksa; ilacın kullanımında önerilen plana uymanın önemi vurgulanır ve hastaya yazılı

bilgi verilir, ilaçların istenmeyen önemli yan etkileri görüldüğünde hemen danışması için telefon numarası verilir (68).

4.4.1. Akut Dönemde Hemşirelik Bakımı

Akut dönemde tedavide ilaç seçimi, doz ayarlaması, ek olarak kullanılacak diğer yöntemler ve ilaçlar önem taşımaktadır. Tedavide temel ilkelerden biri her hastanın tedavi açısından farklı nitelikleri olabileceğidir. Hastalık öncesi kişilik, tıbbi durum, psikososyal stres etkenleri ile hastalık öncesi ve hastalık seyri sırasındaki uyum ayrıntılı olarak değerlendirilmelidir (93).

4.4.1.1. Tanılama

Yeterli tanılama yapılmadan hastaya nöroleptik ilaç uygulaması yapılmamalıdır. Antipsikotik tedavi alması gereken hastanın tanılanmasına öykü almayla başlanır. Psikiyatrik öykü hastanın doğumundan bugüne yaşamının kronolojik hikayesidir. Psikiyatrik öykü; kimlik bilgileri, başlıca yakınmalar, şimdiki hastalık öyküsü, önceki psikiyatrik ve tıbbi bozukluklar, kişisel öykü, cinsel öykü ve aile öyküsü gibi başlıklardan oluşmaktadır. Eğer akut hastada bilinç kaybı, konuşma kaybı ya da yaşı veya hastalığı nedeniyle konuşma sorunu, varsanı, sanrı, künt duygulanım ya da duygulanımda dalgalanma gibi sorunlar varsa, bu durumda öykü için kaynak kişi, aile bireylerinden veya yakın arkadaşlarından biri olabilir (1,85,86,115). Hemşireler veri toplarlarken şu soruları mutlaka sormalıdırlar;

- Daha önce böyle bir tablo olmuş mudur ve olduysa ne kadar sürmüştür?
- Kişi daha önce psikiyatrik bir tedavi görmüş müdür?
- Belirtiler ne kadar sürede gelişmiştir?
- Bu belirtiler hastanın yaşamını ne kadar etkiliyor?
- Uyku, iştah, motor davranışları nasıldır?
- Hasta bu duygular ve davranışlarla baş etmek için ne yapmış ve sonucu ne olmuştur?
- Hasta ve ailesinden başka birisi antipsikotik kullanıyor mu? Kullanıyorsa ilaca yanıtı nasıl olmuş ve ilaca bağlı bir sorun olmuş mu?
- Hastanın önceki duygusal durumu nedir? (85,115).

Antipsikotik ilaçların kullanımı, psikiyatrik hastalarda akut episodların tedavisinde kaçınılmazdır. Antipsikotik tedavi öncesi laboratuvar, elektrofizyolojik ve radyolojik tetkikler

yapılmalıdır. Antipsikotik ilaç seçimi, hastaların daha önceki antipsikotik tedavileri, semptom yanıtı, yan etki profili ve hastanın tercihi (kullanım şekli de dahil olmak üzere) göz önünde bulundurularak yapılır (78).

Akut fazda antipsikotiklerin başlangıç yanıtı için 2-4 hafta kadar beklenmelidir (30). Optimal veya tam yanıt için 6 ay veya daha uzun süre beklenmelidir. Seçilen antipsikotığın en etkili ve en az yan etkiye neden olan optimal dozu belirlenmelidir. Çünkü yan etkiler, uzun vadede kompliyans sorununa neden olabilir. Sedasyon, postural hipotansiyon, akut distoni veya mide bulantısı gibi yan etkiler geçicidir ve hastalar başatme konusunda cesaretlendirilmelidir. Antipsikotiklerle MSS depresanların birlikte kullanımı kardiyak ya da respiratuar areste yok açabileceğinden, hemşire hastanın son birkaç gün içinde alkol veya MSS depresyonu yapan bir ilaç alıp almadığını öğrenmelidir (78,115).

Laboratuvar değerlendirmesinde; Beyaz küre (akyuvar) sayımı (özellikle klozapin verildiğinde), karaciğer, böbrek, tiroid fonksiyon testleri yapılmalı, ayrıca konvülsiyon ve polidipsi olursa elektrolitlere bakılmalıdır. İlk aşamada hastanın, ateş, tansiyon, nabız, solunum fonksiyonu gibi vital fonksiyonları incelemelidir. Ayrıca kardiyak aritmiler açısından bir EKG alınmalıdır. Nörolojik durum değerlendirmesinde motor güç, kafa travması veya yaralanması, kafa içi basıncının artması üzerinde durulmalıdır (66,70,85,115).

Hasta ve ailesinin ilaçlarla ilgili bilgilendirilmesi, onların hakları olduğu kadar, hastalığın tekrarından korunulması ve tedaviden zarar görülmesini önlemek için de gereklidir. Psikiyatri hemşiresi tarafından hasta ve ailesini bilgilendirmede hazırlanmış kartlar verilir, kartlardaki bilgiler okunur, sorular cevaplandırılabilir (68).

Bu tanılara yönelik girişimler, hastanın gereksinimlerine, tanıya karar verdiren verilere, etyolojik faktörlere göre değişiklik gösterir. İlaçların etkileri dikkate alınarak toplanan verilerle her hastanın bakımında bu tanılardan birkaçı belirlenebilir (68,115).

4.4.1.2. Amaç Oluşturma ve Planlama

Akut psikotiklerde, hastanın başkalarına ve kendine zarar verme ihtimali olabilir. Sağlık ekibinin amacı hastanın güvenliğini sağlamak olmalıdır. Akut dönemde psikotik kullanan hastanın hemşirelik bakımının amacı;

- Akut belirtilerin düzeltilmesi
- Yan etkiler yönünden izlenerek ilaçların yaratacağı olumsuz sonuçların önlenmesi
- İlaçların hızlı ve güvenli bir şekilde uygulanması

- MNS gelişimi yönünden izlenmesi (68,85,115).

4.4.1.3. Uygulama

Akut hastalar için hastaya etkin tedavide, duruma göre parenteral veya oral ilaç tedavisi başlanır. Psikotik hastalarda görülen akut ataklarda belirtilerin hızla kontrol altına alınması gerekmektedir. Akut atak geçiren psikotik hastalarda sıklıkla oral alımı reddetmeleri, hızlı ve uzun süreli bir etki sağlanması zorunluluğu nöroleptiklerin parenteral uygulanması gerekliliği sonucunu doğurmuştur (56).

Özellikle yüksek dozlar kullanıldığında, daha parenteral kullanımda olmak üzere hipotansiyon ortaya çıkar; kısa sürede etkiyen ilaçların I.M uygulaması sırasında hasta yatar durumda olmalıdır ve en az yarım saat süreyle yatar ya da oturur durumda kalmalıdır. Her I.M uygulamadan önce ve sonra kan basıncı ölçülmelidir. Antipsikotik ilaçlar kas içine uygulandığında enjeksiyon uygulamaları çok yavaş yapılmalıdır; kan perfüzyonu daha iyi olduğu için enjeksiyon deltoid kasa yapılırsa ilacın absorpsiyonu daha hızlı olur. Antipsikotikler kas içine uygulandığında cilt altına nodüller oluşturma olasılığı yüksektir. Bu nedenle derin enjekte edilmesine özen gösterir. Kontakt dermatitten korunmak için ilaç solüsyonunun hastanın cildine, giysilerine ve enjeksiyonu yapan kişinin eline dökülmesinden sakınılmalıdır (66,68).

Hasta ilaç uygulamalarından sonra postural hipotansiyon, mide bulantısı, alerjik yanıtlar ve aşırı sedasyonu yönünden gözlenmelidir. Hayati bulgular, hastanın davranışları ve bilinç düzeyleri ve ilaç uygulamaları kaydedilir. Ayrıca ilaçların görülebilecek yan etkileri konusunda hasta ve hasta yakınlarını uyarıp bilgilendirmek gerekir (66,68,115).

4.4.1.4. Değerlendirme

Hastalar, psikotik ilaçların açık ve gizli yan etkileri, bilinç düzeyleri ve psikotik semptomlarındaki değişiklikler açısından hekim ve hemşire tarafından dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi gerekir. Akut tedavi tamamlanıp hasta stabilize olduktan sonra hemşire, hasta ve ailesi/yakınları ile birlikte uzun süreli bakım planına başlayabilir (91,115).

4.4.2. Uzun Süreli Hemşirelik Bakımı

4.4.2.1. Tanılama

Hemşire hastanın potansiyel gereksinimlerini değerlendirmesini bir süreç içinde yapar. Akut tedavi tamamlanıp hasta stabilize olduktan sonra uzun süreli tedavi planını yapabilmek için daha fazla veriye gereksinim olacaktır. Hemşire hastanın uzun süre ilaç kullanma konusundaki görüş ve tutumunu öğrenmelidir. Yan etkilerin ve olasılıkların hastalarla ve ailelerle olduğu gibi paylaşılması, ileride gelişebilecek sorunların önlenmesine yardımcı olacaktır. İlaçların kullanılması veya kullanılmamasının olumlu ve olumsuz yönlerinin, gerçek bilgiler ışığında hastaların ve ailelerinin anlayacağı dilde açıklanması ve gerekirse yazılı olarak verilmesi bilgi artışında ve sorumluluk paylaşılmasında çok yararlı olabilir (1,25).

Bazı hastaların belli bir grup antipsikotiğe karşı bireysel tolerabilitesi farklıdır. Bu yüzden hastalara en uygun tedavi rejiminin (en az yan etki oluşturan, semptomları en iyi kontrol altına alan dozda) belirlenmesinde hemşirenin gözlemi ve değerlendirmeleri önem taşır (25,94). Hastanın sağaltıma yanıt vermesi geniş bir kavramdır, bunu değerlendirirken psikopatoloji dışında, bilişsel işlevler, EPS, sosyal işlevsellik, hastanın yaşamını başkalarına bağımlı olmadan sürdürebilmesi, yaşam kalitesi, ailenin yükü, hastalığın maliyeti, sağaltıma uyum gibi birden fazla etmen gözönünde bulundurulmalı ve hastanın önceki işlevselliği de dikkate alınmalıdır (44).

İlaç uygulamaları ile ilgili bakımı planlamada karşılaşılabilecek olası hemşirelik tanıları:

- Sağlığı sürdürmede değişim (Önerileri uygulamama, zehirlenme olasılığı, sağlığın sürekliliğini sağlayamama, kaza olasılığı)
- Boşaltım düzeninde değişim (Konstipasyon, diyare, üriner retansiyon)
- Beslenme ve metabolik değişimler (Sıvı volumünde değişim, ağız mukozasında değişim, vücut ısısında değişim, vücudun gereksiniminden az-fazla beslenme)
- Kardiyak outputta değişiklik; aritmi ve hipotansiyona bağlı kardiyak outputta azalma (olası)
- Aktivite ve egzersiz ile ilgili değişimler (İstemsiz kas hareketleri, hareketlerde yavaşlama-hızlanma, baş dönmesi vb. hareket ve aktivite sınırlılığı)
- Kendine bakım yetersizliği
- Psikotik epizod sırasında artmış metabolik hız ve diaforeze bağlı sıvı volüm eksikliği (olası)

- İlacın oluşturduğu hipotansiyona bağlı doku perfizyonunda değişiklik (olası)
- Uyku alışkanlığında bozulma
- Rol ve ilişkilerde değişim
- Cinsel yaşamda değişim
- Etkisiz bireysel baş etme
- Değer ve inançlarda değişim

4.4.2.2. Amaç Oluşturma ve Planlama

Hemşirelik bakımının amacı;

- Hastanın işlevselliğinin yeniden kazandırılması ve destek sistemlerinin kurulması
- Etkili ve güvenli bir ilaç rejiminin sağlanması
- Hasta ve yakınlarının tedavi hakkında bilgilendirilmesi ve iş birliğinin yapılması
- İlaçların etkileri ve yan etkileri hakkında bilgilendirilmesi
- Hastaya yan etkileri izleme, yönetme ve doğru bir şekilde kayıt etmesinin öğretilmesi

4.4.2.3. Uygulama

Bir hastaya antipsikotik tedavi uygulaması kararı verilince, hastaya ve ailesine bu yönetimin ne olduğu, ne kadar süreceği, etki süresi, yan etkileri ve riskleri açıklanmalıdır. Bazı antipsikotiklerin sedasyon yapıcı yan etkilerini bilmeyen bir hasta, ilaçların kendisini kötüleştirdiğini düşünerek tedaviyi kesebilir. Bu nedenle hasta tedavinin başlangıcında ilaç hakkında mutlaka bilgilendirilmeli ve “risk/kazanç oranı” kendisi ile tartışılmalıdır. Hastaların çoğu ilaçlarla ilgili açıklamaları kolayca unuturlar. Özellikle kullanım ile ilgili açıklamaları reçetenin dışında bir kağıda okunaklı bir biçimde yazmakta büyük yarar vardır.

Hastalar iyileşme olur olmaz ilacı kesme eğilimi gösterebilirler. Hastaya iyileşme olsa bile ilaç dozunun sürdürülmesi, azaltılması ve kesilebilmesi için uygun aralıklarla yeniden kontrol muayenelerinin yapılması gerektiği açıklanmalıdır. Antipsikotik ilaçlar kombine kullanılacaksa ilaç etkileşimi açısından çok dikkatli olunmalıdır. Bu ilaçlar tehlikeli olmaktan çok sıkıntı yaratan bir çok yan etki oluşturmaktadır. Hemşire hastayı yan etkiler bakımından gözlemlemeli ve yan etki oluştuğunda hekime rapor etmelidir (50,66,81,94,115).

Ekstrapiramidal yan etkilerin çoğu aslında tehlikesiz ve geçici yan etkilerse de hastayı ve aileyi çok rahatsız edici olabilirler. Örneğin; geç diskinezide, ağız, dudak, dil kaslarında,

geç distonide ise daha seyrek olmak üzere kol, bacak, boyun ve bedende istemsiz, hızlı ve yavaş anormal hareketler oluşabilir. Hasta bu belirtiler yönünden dikkatli bir şekilde izlenmelidir. Antipsikotik tedavisi sırasında nadir görülen, ancak önemli olan bir diğer durum malign nöroleptik sendromdur. Yüksek ateş, kaslarda katılık (rijidite) ve yüksek kan basıncı ile birlikte taşikardinin bulunduğu otonomik denge bozuklukları görülür. Bu durumda hastaya acilen gerekli işlemlerde bulunulur. Hekime haber vererek hastanın sıvı-elektrolit dengesi ve beslenmesinin düzenlenmesi, ateşin düşürülmesi, yaşamsal işlevlerini yakından izlenmesi gereklidir.

Düşük etkili antipsikotik ilaçların kemik iliğinin bazı elementlerine hafif toksik etkisi vardır. Bunun sonucunda da nadiren agranülositoz görülür. Çoğu antipsikotikle, tedavinin ilk dört haftası içinde ortaya çıkar. Boğaz ağrısı, ateş, bitkinlik, ağızda görülen yaralar ilk belirtileridir. Tedavisi ciddidir, ilaç kesilmez ve tedaviye başlanmaz ise mortilitesi yüksektir. Bu reaksiyon gelişen hastalara aynı antipsikotik ajan bir daha verilmemelidir (66,115).

Antipsikotik tedavisinde güneş ışığına duyarlılık (photosensitivity) artması nedeniyle deride aşırı kızartılar görülebilir. Bu nedenle hastanın yazın güneşte fazla kalmaması, koruyucu krem ve giysiler kullanması önerilir. Gözde özellikle korneanın arkasında, lensin ön kısmında pigment toplanmasına yol açabilir. Bu durum görme fonksiyonunu asla etkilemez. Bu pigment toplanmaları genellikle yalnızca klorpromozin sağaltımı sırasında ortaya çıkmasına karşın, diğer ilaçlara bağlı olarak da meydana gelmesi muhtemeldir.

Antipsikotiklerin yüksek dozlarda kullanılması ya da antikolinerjik ilaçlarla kullanılmaları merkezi ve periferik etkileri olan bir antikolinerjik toksisite ile sonuçlanabilir. Antikolinerjik toksisitenin etkileri yönelim bozukluğu, konfüzyon, bellek kaybı, ateş ve taşikardi gibi etkilerdir. Hastalar ilaç etkileşimleri ve belirtiler yönünden izlenmelidir (66,81,91).

Konstipasyonu önlemek amacıyla diyetle dikkat edilmesi, sıvı alımının artırılması ve hastanın egzersiz yapması için teşvik edilmesi gerekir. İdrar retansiyonu yönünden hastanın uyarılması böyle bir durum olduğu zaman hemşire ve doktoruna bildirmesi belirtilmelidir. Ağız kuruluğunu gidermek için sıvı alınması, ağız çalkalanması ve şekersiz sakız çiğnemesi önerilebilir.

Antipsikotik ilaçlar seksüel disfonksiyona sebep olabilirler. Hasta bu konuyu konuşmaktan rahatsız olabilir ve ilacı bırakabilir. Bu gibi bir durumda doz azaltılması ya da başka bir ilaca geçilmesi denenebilir (81,115).

Antipsikotik ilaçların kullanımı sırasında kilo artışı görülebilir. Hastanın kilo artışının kontrolünün yapılması, diyetinin düzenlenmesi, bir diyetisyen ile görüşmesi ve egzersiz yapması konusunda cesaretlendirilmelidir (81,84).

Hastanın ve ailesinin tutumu, eski tecrübeleri ve dini inançları tedavi açısından önemlidir. Bu bakımdan hasta ve aileleri bilgilendirilmeli ve izlenmelidir. Tedavi programının işlerliği için hasta-aile ve tedavi ekibinin işbirliği şarttır. İyi bir ilişki çerçevesinde, hasta, hasta ailesi ve ruh sağlığı hizmeti verenler gereksinimlerin belirlenmesi ve uygun müdahalenin seçiminde ortaklaşa çalışmalıdırlar. Aileye bilgi vermek ve sorunla başa çıkma konusunda beceriler kazandırmak yanısıra iyileşebilirliği konusunda iyimser ancak gerçekçi beklentilerin aktarılması son derece önemlidir. Hasta ve ailesini bilgilendirmede hazırlanmış kartlar verilir, kartlardaki bilgiler okunur, sorular cevaplandırılır (95,96).

4.4.2.4. Değerlendirme

Hemşirelik sürecinde girişimlerin etkinliğini değerlendirirken, planlanan amaçlara ulaşıp ulaşılmadığı üzerinde durulur. Bu amaçlar belirtilerin azaltılması, kontrol kaybının önlenmesi ve eğitimidir. Eğer hasta antipsikotik tedaviye olumlu yanıt vermemişse, hemşire ve hekim iki olasılık düşünmelidir. Birinci olasılık hastanın ilacını keserek başka bir ilaca geçmektir. İkinci olasılık hastanın tedaviye dirençli olup olmadığını anlayabilmek için ilacı en az iki hafta kullanmaktır. Hastanın ilaca yanıtının değerlendirilmesi aynı zamanda olası yan etkilerin sürekli değerlendirilemesini de kapsar (112).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı araştırma tipine göre planlandı.

5.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Özel Esen Psikiyatri Dal Merkezinde ayaktan izlenen hastalar ve aileleri oluşturdu.

Araştırmanın örneklemini evrende açıklanan grup içinden araştırmaya alınma kriterlerine uygun olan 110 hasta ve 74 hasta ailesi oluşturdu.

5.2.1. Örnekleme Alınma Kriterleri:

- En az bir nöroleptik kullanma
- En az bir aydır nöroleptik alma
- Psikiyatri hastasının birinci derecede yakını olma
- Okuma- yazma bilme
- Akut durumda olmama (stabil olan)
- İletişim kurabilme
- Çalışmaya katılmayı kabul etme

5.3. Veri Toplama Araçları

5.3.1. Bilgi Formu: Araştırmacılar tarafından literatür bilgisinden yararlanarak hazırlanmış olan bilgi formu, hasta ve ailesi ile ilgili bireysel özellikleri ve hastanın tanı tedavisi ile ilgili bilgileri araştırmayı açıklamaktadır. (4,9,12,32,75,89) (Ek 1) (Ek 2).

5.3.2. Liverpool Üniversitesi Antipsikotiklerin Yan Etkilerini Değerlendirme Ölçeği (LÜAYEDÖ): Ölçek, 1995 yılında Day, Wood, Dewey ve Bentall tarafından geliştirilmiştir. Day, Kinderman ve Bentall tarafından geçerlik, güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Cronbach alpha (α) değeri ilk testte 0.889, ikinci testte 0.886; bir hafta sonra yapılan güvenilirlik çalışmasında test-tekrar test güvenilirlik katsayısı $r = 0.881$ (ranj: .26-.83) olarak bulunmuştur.

Morrison ve ark. (2) yaptıkları çalışmada, Liverpool University Neuroleptic Side Effect Rating Scale (LUNSERS) Cronbach (a) değerini ilk testte 0.93, ikinci testte 0.90 olarak bulduklarını ve LUNSERS'in test-tekrar test uygulamasında total yan etki puanları arasında güçlü bir ilişki olduğunu ($r = 0.67$, $P 0.01$) bildirmişlerdir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması 2006'da Yılmaz S ve Buzlu S tarafından yapılmıştır. LUNSERS hastanın 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 içindeki 51 madde ekstrapiramidal, antikolinerjik, otonomik, genel, psikolojik, allerjik, hormonal yan etkiler ve nöroleptik yan etkisi olarak bilinmeyen dikkati başka yöne çeken (red herring) etkileri içeren sekiz alt boyutu kapsayacak şekilde tasarlanmıştır. Ölçekteki 41 madde yan etkileri ölçen ifadelerden oluşmakta; diğer 10 madde ise, nöroleptik yan etkisi olarak bilinmeyen ifadelerden oluşmaktadır. Toplam yan etki puanlarının 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 üstü çok şiddetli olarak değerlendirilmektedir. Ölçekten (51 maddelik) alınacak toplam puan kadınlar için 0 – 204, erkekler için 0 - 196 arasındadır. Ölçeğin doldurulması kolaydır ve ortalama 20 dakika içinde doldurulmaktadır (111) (Ek 3).

Liverpool Üniversitesi Antipsikotiklerin Yan Etkilerini Değerlendirme Ölçeğinin Güvenirlik Analizi

Tablo 2. Güvenirlik Tablosu

Yan etki alt grupları	Cronbach Alpha Hasta (N=110)	Cronbach Alpha Hasta yakını (N=74)
Ekstrapiramidal yan etkiler	0,78	0,73
Antikolinergik yan etkiler	0,58	0,50
Otonomik yan etkiler	0,75	0,73
Allerjik yan etkiler	0,53	0,62
Psikolojik yan etkiler	0,60	0,55
Hormonel yan etkiler	0,69	0,75
Genel yan etkiler	0,20	0,01
Dikkati başka yöne çeken yan etkiler	0,70	0,71
LÜAYEDÖ Toplam 51 madde	0,91	0,85

LÜAYEDÖ-51'in Cronbach alpha kat sayısı bu çalışmada hastalar için 0,91, hasta yakınları için 0,85 bulunmuş olup, ölçek güvenilirdir. Bu ölçeğe ait alt grupların Cronbach alpha katsayıları hastalar için 0,20 ile 0,78 arasında, hasta yakınları için 0,01 ile 0,75 arasında değişmektedir.

5.4. Verilerin Toplanması

Araştırmacı, araştırma verilerini Balıkesir'in Bandırma ilinde, Özel Esen Psikiyatri Dal Merkezinde 01 Ekim 2007 – 31 Mart 2008 tarihleri arasında her hafta 6 gün (Pazartesi, Salı, Çarşamba, Perşembe, Cuma, Cumartesi), 08.00 – 18.00 saatleri arası psikiyatri merkezine gelen örnekleme alınma kriterlerine uygun hasta ve aileleri ile yüz yüze görüşerek, çalışmaya katılmayı kabul eden kişilerden elde etti

Hastalara ve ailelerine, araştırmanın amacı açıklanarak bilgi formu ve yan etki ölçeğini nasıl dolduracakları hakkında bilgi verildi. Hasta ve hasta yakınları anket formlarını ortalama 20 dakika içerisinde cevaplandırdı.

5.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen veriler, bilgisayar ortamında SPSS paket programı ile bilgisayarda değerlendirildi. Hasta yakınlarında, bağımsız gruplarda t test ve Kruskal Wallis, One Way Anova test ve ki-kare test kullanıldı. Hastalarda ortalama ve standart sapma ile tek yönlü varyans analizi kullanıldı.

5.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma tek kurumda gerçekleştirildiğinden genellenebilirlik yönünden sınırlılık taşımaktadır.

5.7. Araştırmanın Etik Sorunları

Araştırmanın gerçekleştirildiği psikiyatri merkezi yetkililerinden gerekli izin alındı (Ek 4). Araştırmaya alınma kriterine uygun hasta ve ailelerine çalışmanın amacı açıklanarak sözlü onamları alındı.

6. BULGULAR

Araştırmadan elde edilen bulgular dört ana başlıkta incelendi:

- 1) Demografik ve tanı-tedaviyle ilgili özellikler,
- 2) Liverpool Üniversitesi Antipsikotiklerin Yan Etkilerini Değerlendirme Ölçeği ile ilgili özellikler,
- 3) Demografik, tanı-tedavi ile ilgili özelliklerle LÜAYEDÖ puanlarının karşılaştırılması.

6.1. DEMOGRAFİK VE TANI-TEDAVİSİ İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER

Tablo 3. Hastaların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (N=110)

DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER	n	%
Yaş		
18-25	18	16,36
26-30	17	15,45
31-35	13	11,82
36-40	11	10,00
41 ve üzeri	51	46,36
Cinsiyet		
Kadın	81	73,64
Erkek	29	26,36
Medeni Durum		
Evli	65	59,09
Bekar	30	27,27
Dul	15	13,64
Eğitim Durumu		
İlköğretim	63	57,27
Ortaöğretim	29	26,36
Yükseköğretim	18	16,36
Çalışma Durumu		
Çalışmıyor	74	67,27
Çalışıyor	36	32,73
Sağlık Güvencesi		
Var	94	85,45
Yok	16	14,55
Gelir Durumu		
İyi	20	18,18
Orta	77	70,00
Kötü	13	11,82

Tablo 3’de hastaların demografik özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde; grubun %46,36’sı 41 yaş ve üzeri grubunda, %16,36’sı 18-25 yaş grubunda yer almaktadır. Araştırmaya katılan hastaların %73,64’ü kadın, %26,36’sı erkek ve %59,09’u evlidir. Grubun %57,27’si ilköğretim, %26,36’sı ortaöğretim mezunudur.

Hastaların büyük çoğunluğu (%67,27; n=74) herhangi bir işte çalışmamakta ve %70'i (n=77) gelir durumunu orta olarak değerlendirmektedir. Hastaların büyük çoğunluğunun (%85,45; n=94) sağlık güvencesi olduğu görülmektedir.

Tablo 4. Hastaların Tanı ve Tedavi Özelliklerine Göre Dağılımı (N=110)

TANI ve TEDAVİYE İLİŞKİN ÖZELLİKLER	n	%
Tanı		
Psikotik Bozukluk	13	11,82
Duygudurum Bozukluğu	73	66,36
Diğer (Davranım, kişilik, anksiyete bozukluğu)	24	21,82
Kullandığı İlaç Grubu		
Sadece antipsikotik	32	29,09
Antipsikotik + antikolinerjik	10	9,09
Antipsikotik + diğer psikotrop ilaçlar	68	61,82
Yan Etki Deneyimi		
Var	77	70,00
Yok	33	30,00
Yan Etkilerle Baş Etme Biçimi		
Doktora gitme	42	50,00
İlacı bırakma	3	3,57
Kendi yöntemleriyle baş etme / hiçbir şey yapmama	39	46,43
İlaçların Hastalığını iyileştireceğine Yönelik İnanç		
İnanıyor	97	88,18
İnanmıyor	13	11,82
İlaç Hakkında Bilgi		
Var	52	47,27
Yok	58	52,73
İlacını Kullanma Durumu		
Kendisi alıyor	88	80,00
Yardımla alıyor	19	17,27
Almıyor	3	2,73
İlaç Kullanma Süresi		
1ay-36ay	76	69,09
37ay-72ay	8	7,27
73ay ve üzeri	26	23,64

Tablo 4’de hastaların tanı ve tedavi özelliklerine bakıldığında hastaların büyük çoğunluğunu (%66,36; n=73) duygudurum bozukluğu, %21,82’sini (n=24) diğer (anksiyete, davranım, kişilik bozukluğu), %11,82’sini (n=13) psikotik bozukluk tanısı almış kişiler oluşturmaktadır. Araştırmaya katılan gurubun tümü antipsikotik ilaç kullanmaktadır. Hastaların %29,09’u (n=32) sadece antipsikotik ilaç, %61, 82’si (n=68) antipsikotik+diğer psikotrop ilaçlar (antidepresan, duygudurum düzenleyici, anksiyolitik, beta bloker), %9,09’u (n=10) antipsikotik+antikolinerjik ilaçları kombine almaktadır. Antipsikotik kullanmaya başladıktan bugüne kadar geçen sürede %70’i (n=77) yan etki yaşadığını, %30’u (n=33) yan etki yaşamadıklarını, yan etki yaşadıklarında %50’si doktora/hastaneye başvurduğunu,

%46,43'ü yan etkilere yönelik hiçbir şey yapmadığını ya da kendi yöntemleriyle baş etmeye çalıştıklarını, %3,57'si (n=3) ise ilacı bıraktığını belirtti.

Hastaların tedavi ile ilgili bilgilerine yönelik dağılıma göre, grubun büyük çoğunluğu (n=97; %88,18) kullandığı ilaçların rahatsızlığını iyileştireceğine inandıklarını, %52,73'ü (n=58) kullandıkları ilaçlar hakkında bilgisinin olmadığını belirtti ve hastaların %80'i (n=88) ilacını kendisinin aldığını, %69,09'u (n=76) ilaçlarını 3 yıl süre ile kullandıklarını belirttiği görüldü.

Tablo 5. Hastaların İlaçlarını Kullanım Özelliklerine Göre Dağılımı (N=110)

İLAÇ KULLANIM ÖZELLİKLERİ	n	%
İlaçlar Hakkında Bilgi Alınmak İstenen Kişi		
Doktor	104	94,55
Hemşire	2	1,82
Bilgi almak istemem	2	1,82
Diğer	2	1,82
İlacını Almayı Unutma		
Evet	36	32,73
Hayır	74	67,27
İlacını Zamanında Almayı Unutma		
Evet	44	40,74
Hayır	64	59,26
Kendini İyi Hissettiğinde İlacı Bırakma		
Evet	23	20,91
Hayır	87	79,09
Kendini Kötü Hissettiğinde İlacı Bırakma		
Evet	30	27,27
Hayır	80	72,73
İlaçların Bağımlılık Yapabileceğini Düşünme		
Evet	33	30,00
Hayır	77	70,00
Maddi Yetersizlik Nedeni ile İlaç Alamama ya da Bırakma		
Evet	19	17,27
Hayır	91	82,73

Hastaların ilaçlarını kullanma durumu ve özelliklerine göre dağılımına bakıldığında (Tablo 5) grubun büyük çoğunluğu (n=104; %94,55) kullandıkları ilaçlar hakkında bilgi almak istedikleri kişinin doktor olduğunu, %67,27'si (n=74) ilaç almayı unutmadıklarını, %59,26'sı (n=64) ilaçlarını zamanında aldıklarını belirtti.

Hastaların büyük çoğunluğu kendilerini iyi hissettiklerinde dahi ilaçlarını kullanmayı bırakmayacaklarını (n=87; %79,09), %72,73'ü (n=80) kendilerini kötü hissetseler dahi ilaç kullanmayı bırakmayacaklarını, %70'i (n=77) kullandıkları ilaçların bağımlılık yapabileceğini düşünmediklerini ve hastaların %17,27'si (n=19) maddi yetersizlik nedeni ile ilaç

kullanamadıklarını ya da bıraktıklarını, %82,73'ü maddi yetersizlik nedeni ile ilaç almama ya da bırakma durumunda kalmadıklarını ifade etti.

Tablo 6. Hasta Yakınlarının Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (N=74)

DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER	n	%
Yaş		
18-25	4	5,41
26-30	4	5,41
31-35	6	8,11
36-40	13	17,57
41 ve üzeri	47	63,51
Cinsiyet		
Kadın	44	59,46
Erkek	30	40,54
Medeni Durum		
Evli	65	87,84
Bekar	4	5,41
Dul	4	5,41
Diğer	1	1,35
Eğitim Durumu		
İlköğretim	42	56,76
Ortaöğretim	25	33,78
Yükseköğretim	7	9,46
Çalışma Durumu		
Çalışmıyor	48	64,86
Çalışıyor	22	29,73
Emekli	4	5,41
Meslek		
Memur	6	8,11
Serbest Meslek	31	41,89
İşçi	37	50,00
Sağlık Güvencesi		
Var	60	81,08
Yok	14	18,92
Gelir Durumu		
İyi	11	14,86
Orta	58	78,38
Kötü	5	6,76
Hastaya Yakınlık Derecesi		
Anne	26	35,14
Baba	1	1,35
Eş	31	41,89
Kız çocuk	8	10,81
Erkek çocuk	8	10,81
Hastayla Birlikte Geçirilen Yaşam Süresi		
Sürekli birlikte	64	86,49
Saat/hafta	3	4,05
Gün/hafta	7	9,46

Tablo 6'da hasta yakınlarının demografik özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde; grubun %17,57'si 36-40 yaş grubunda, %8,11'i 31-35 yaş grubunda ve %63,51'i 41 yaş ve üzeri yaş grubunda yer almaktadır. Araştırmaya katılan hasta yakınlarının

%59,46'sı kadın, %40,59'u erkek ve büyük çoğunluğu (%87,84) evlidir. Grubun %56,76'sı ilköğretim, %33,78'i ortaöğretim, %9,46'sı yükseköğretim mezunudur.

Hasta yakınlarının %64,86'sı çalışmamakta, %29,73'ü çalışmaktadır. %78,38'inin gelir durumu orta düzeydedir. Hasta yakınlarının büyük çoğunluğunun (%81,01; n=60) sağlık güvencesi vardır.

Yakınlık derecesi açısından %35,14'unu anneler, %41,89'unu eşler oluşturmaktadır. Araştırmaya katılan hasta yakınlarının büyük çoğunluğu (%86,49) hastaları ile sürekli birlikte yaşamaktadır.

Tablo 7. Hasta Yakınlarının Hastaların Tedavi Özelliklerini Bilme Durumuna Göre Dağılımları (N=74)

TEDAVİ ÖZELLİKLERİ	n	%
Yan Etki Deneyimi		
Var	46	62,16
Yok	28	37,84
Yan Etkilerle Baş Etme Biçimi		
Doktora gitme	28	62,22
İlacı bırakma	3	6,67
Kendi yöntemleriyle baş etme / hiçbir şey yapmama	14	31,11
İlaçların Hastanızı iyileştireceğine Yönelik İnanç Durumu		
İnanıyor	72	97,30
İnanmıyor	2	2,70
İlaç Hakkında Bilgi		
Var	40	54,05
Yok	34	45,95
İlacını Vermeyi Unutmak		
Evet	3	4,48
Hayır	52	77,61
Bazen	12	17,91
İlacını Zamanında Vermek		
Evet	49	69,01
Hayır	22	30,99
İlaç Hakkında Bilgi Alınan Kişi		
Doktor	74	100,00
Hemşire	0	0
Bilgi almak istemem	0	0
Diğer	0	0
Hastanız Kendini iyi Hissettiğinde İlacını Bırakmasına İzin Vermek		
Evet	6	8,22
Hayır	60	82,19
Bazen	7	9,59
Hastanız Kendini Kötü Hissettiğinde İlacını Bırakmasına İzin Vermek		
Evet	14	19,44
Hayır	46	63,89
Bazen	12	16,67
Kullandığı İlaçların Bağımlılık Yapacağını Düşünmek		
Evet	16	21,62
Hayır	36	48,65
Bazen	22	29,73

Hasta yakınlarının, hastalarının tedavi özelliklerini bilme durumlarına göre dağılımlarına bakıldığında (Tablo 7) hastalarının antipsikotik kullanmaya başlamasından bu güne kadar geçen sürede %62,16'sının yan etki yaşadıklarını, yan etki ile karşı karşıya kaldıklarında %62,22'sinin doktora başvurduklarını, %31,11'inin yan etkilere karşı hiçbir şey yapmadıklarını ya da kendi yöntemleriyle baş etmeye çalıştıklarını belirtti.

Hasta yakınlarının büyük çoğunluğu (%97,30; n=72) ilaçların hastayı iyileştireceklerine inandıkları %54,05'i hastalarının kullandıkları ilaçlar hakkında bilgi sahibi

olduklarını belirtti ve grubun büyük çoğunluğu (%77,61; n=52) ilacını kendisi alamayan hastasına ilacını vermeyi unutmadığını ifade etti. Hasta yakınlarının %69,01'i hastasına ilacı zamanında verdiğini bildirdi..

Hasta yakınlarının tamamının (%100; n=74) ilaç hakkında bilgi almak için doktora başvurmayı tercih ettikleri belirlendi. Gruba katılan hasta ailelerin %82,19'u (n=60) hastası kendisini iyi hissettiğinde ilacını bırakmasına izin vermeyeceğini; %63,89'u da (n=46) kendini kötü hissettiğinde ilacı bırakmasına izin vermeyeceğini belirtti. Araştırmaya katılan hasta yakınlarının %48,65'i (n=36) kullandığı ilaçların hastasına bağımlılık yapabileceği düşüncesinde olduğunu belirtti.

6.2. LİVERPOOL ÜNİVERSİTESİ ANTİPSİKOTİKLERİN YAN ETKİLERİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER

Tablo 8. Hastaların Yaşadıkları Yan Etkilerin Dağılımı (N=110)

Yan etkiler	Evet diyenler		Yan etkiler	Evet diyenler	
	n	%		n	%
Halsizlik	89	80,91	Uykuya dalmada güçlük	60	54,55
Ağız kuruluğu	87	79,09	Kas kasılmaları	58	52,73
Konsantrasyon güçlüğü	83	75,45	Eklemlerde ağrı	57	51,82
Hatırlamada güçlük	82	74,55	Bulanık görme	55	50,00
Gerginlik	79	71,82	Saç dökülmesi	53	48,18
Gün içinde uyku hali	77	70,00	Bulantı hissi	53	48,18
Baş ağrısı	75	68,82	İdrar renginde koyulaşma	51	46,36
Boyun kaslarında ağrı	75	68,18	Göğüste şişlik veya hassasiyet	46	41,82
Baş dönmesi	74	67,27	Güneş ışığına hassasiyet	45	40,91
Depresyon (ruhsal çöküntü)	72	65,45	Yerinde duramama	45	40,91
Hareketlerde yavaşlama	71	64,55	Cinsel istekte artış	43	39,09
Duygu algılarında eksilme	70	63,64	Vücutta istem dışı hareketler	43	39,09
Kabızlık	69	62,73	Yüzde kızarma	42	38,18
Çarpıntı	69	62,73	Ciltte kaşıntı	39	35,45
Rüya görmede artma	68	61,82	Kilo kaybı	38	34,55
Terlemede artış	67	61,72	Ciltte yağlanma	37	33,64
İğne batması veya karıncalanma hissi	66	60,00	Burun akıntısı	34	30,91
Adet problemleri	65	59,09	İdrar yapmada güçlük	33	30,00
Kasların sertliği	65	59,09	Ağızda yaralar	31	28,18
Adet sıklığının azalma	64	58,18	Uçlarda morarma yada kızarma	28	25,45
Aşırı uyuma	64	58,18	Ağızda tükrük artışı	27	24,55
Orgazm olmada güçlük	63	57,27	Deride sonradan oluşan lekeler	24	21,82
Kilo artışı	63	57,27	Tırnaklarda kırılma	23	20,91
Titreme	63	57,27	İshal	22	20,00
Fazla idrar yapma	63	57,27	Deri döküntüsü	16	14,55
Cinsel istekte azalma	62	56,36			

Yan etkiler en sık görüldenden en az görülene doğru sıralanmıştır.

Hastaların yaşadıkları yan etkilerin görülme sıklığına göre dağılımı Tablo 8'de görülmektedir. Hastaların antipsikotik yan etki yaşama sıklığına göre, en sık yaşadıkları yan etkilerin halsizlik %80,91 (n=89), ağız kuruluğu %79,09 (n=87), konsantrasyon güçlüğü %75,45 (n=83), hatırlamada güçlük %74,55 (n=82) ve gerginlik %71,82 (n=79) olduğu görüldü. Hastaların en az yaşadıkları yan etkilerin ağızda tükrük artışı %24,55 (n=27), deride sonradan oluşan lekeler %21,82 (n=24), tırnaklarda kırılma %20,91 (n=23), ishal %20 (n=22) ve deri döküntüsü %14,55 (n=16) olduğu görüldü.

Tablo 9. Hasta Yakınlarına Göre Hastaların Yaşadığı Yan Etkilerin Dağılımı (N=74)

Yan etkiler	Evet diyenler		Yan etkiler	Evet diyenler	
	n	%		n	%
Dikkati toplamada zorluk	69	93,2	Fazla idrar yapma	38	51,4
Gün içinde uyku hali	63	85,1	Kas kasılmaları	37	50,0
Gerginlik	63	85,1	Cinsel istekte artış	35	47,3
Hatırlamada güçlük	63	85,1	Göğüste şişlik veya hassasiyet	31	41,9
Depresyon (ruhsal çöküntü)	62	83,8	Saç dökülmesi	31	41,9
Halsizlik	61	82,4	Eklemelerde ağrı	31	41,9
Duygusal algılarda eksilme	61	82,4	Bulanık hissi	29	39,2
Ağız kuruluğu	60	81,4	İdrar yapmada güçlük	28	37,8
Aşırı uyma	58	78,4	Bulanık görme	28	37,8
Hareketlerde yavaşlama	57	77,0	Uykuya dalmada güçlük	26	35,1
Adet problemleri	56	75,7	Ciltte yağlanma	24	32,4
Baş ağrısı	53	71,6	Yüzde kızarma	23	31,1
Orgazım olmada güçlük	53	71,6	Vücutta istem dışı hareketler	21	28,4
Baş dönmesi	53	71,6	Yerinde duramama	20	27,0
Kabızlık	52	70,3	Ağızda yaralar	19	25,7
Rüya görmede artma	51	68,9	Uçlarda morarma veya kızarma	19	25,7
Adet sıklığının azalması	51	68,9	Kilo kaybı	18	24,3
Cinsel istekte azalma	50	67,6	Güneş ışığına hassasiyet	18	24,3
Çarpıntı	49	65,4	Ciltte kaşıntı	14	18,9
İdrar renginde koyulaşma	48	64,9	Burun akıntısı	14	18,9
Boyun kaslarında ağrı	47	63,5	Deri döküntüsü	12	16,2
Kilo artışı	45	60,8	Salya artışı	11	14,9
İğne batması veya karıncalanma hissi	44	59,5	Deride sonradan oluşan lekeler	11	14,9
Terlemede artış	44	59,5	Tırnaklarda kırılma	10	13,5
Kasların sertliği	43	58,1	İshal	5	6,8
Titreme	41	55,4			

Yan etkiler en sık görüldenden en az görülene doğru sıralanmıştır

Tablo 9’da hasta yakınlarına göre hastaların en sık yaşadıkları yan etkilerin dikkati toplamada güçlük %93,2 (n=69), gün içinde uyku hali, gerginlik ve hatırlamada güçlük %85,1 (n=63), depresyon %83,8 (n=62), duygusal algılarda eksilme ve halsizlik %82,4 (n=61), ağız kuruluğu %81,4 (n=60) olduğu görüldü. Hasta yakınlarına göre hastaların en az yaşadıkları yan etkilerin deri döküntüsü %16,2 (n=12), salya artışı ve deride sonradan oluşan lekeler %14,9 (n=11), tırnaklarda kırılma %13,5 (n=10), ishal %6,8 (n=5) olduğu görüldü.

6.3. DEMOGRAFİK, TANI-TEDAVİ İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERLE LÜAYEDÖ PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Hastaların demografik özellikleri ile ilaç yan etki ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; hastanın cinsiyeti, eğitim durumu, yaşı, gelir durumu ve medeni durumu ile ilaç yan etki ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı.

Hastaların tanı-tedavi özellikleri ile ilaç yan etki ölçeği puanları karşılaştırıldığında; hastaların ilaç hakkında bilgisi, hastalık tanısı, ilaç kullanma süresi, yan etkilerle baş etme ile yan etki ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

Tablo 10. Çalışma Durumu ile LÜAYEDÖ Toplam – Alt Grup Puanlarının Karşılaştırılması

Çalışma Durumu Yan Etkiler	Çalışmıyor (n=74)			Çalışıyor (n=36)			t	p
	Ortalama	Standart Sapma	SD	Ortalama	Standart Sapma	SD		
Ekstrapiramidal yan etkiler	15,30	6,67	108	13,25	4,22	108	1,68	0,095
Antikolinergik yan etkiler	12,04	4,16	108	9,58	2,97	108	3,17	0,002
Otonomik yan etkiler	11,16	4,63	108	9,56	3,96	108	1,79	0,077
Alerjik yan Etkiler	6,35	2,74	108	5,61	1,76	108	1,56	0,123
Psikolojik yan Etkiler	27,01	9,97	108	24,56	7,91	108	1,29	0,199
Hormonel yan Etkiler	11,78	4,40	108	11,14	4,20	108	0,73	0,465
Genel yan Etkiler	9,20	3,15	108	8,75	2,47	108	0,76	0,451
Dikkati başka yöne Çeken yan etkiler	18,93	6,85	108	16,28	5,05	108	2,07	0,041
Toplam yan etkiler (51 madde)	111,82	33,95	108	98,72	24,23	108	2,07	0,041

Çalışma durumuna göre LÜAYEDÖ toplam-alt grup puan ortalamaları, (Tablo10) antikolinergik yan etki, dikkati başka yöne çeken yan etki, toplam yan etki (51 madde) puan

ortalamları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Çalışmayanlarda ortalama puanların çalışanlara göre daha yüksek olduğu görüldü (Antikolinerjik yan etkiler: $p=0,002$; Dikkati başka yöne çeken yan etkiler: $p=0,04$).

Tablo 11. Sağlık Güvencesi ile LÜAYEDÖ Toplam – Alt Grup Puanlarının Karşılaştırılması

Sağlık Güvencesi Yan Etkiler	Var (n=94)		Yok (n=16)		t	SD	p
	Ortalama	Standart sapma	Ortalama	Standart sapma			
Ekstrapiramidal yan etkiler	14,40	5,85	15,94	7,10	0,94	108	0,350
Antikolinerjik yan etkiler	11,07	3,95	12,19	4,07	1,04	108	0,302
Otonomik yan etkiler	10,33	4,31	12,44	5,10	1,76	108	0,081
Alerjik yan etkiler	6,09	2,49	6,44	2,50	0,52	108	0,602
Psikolojik yan etkiler	26,03	9,44	27,25	9,23	0,48	108	0,633
Hormonel yan etkiler	11,65	4,38	11,13	4,08	0,45	108	0,656
Genel yan etkiler	8,81	2,84	10,50	3,16	2,16	108	0,033
Dikkati başka yöne çeken yan etkiler	17,69	6,30	20,25	6,90	1,48	108	0,141
Toplam yan etkiler (51 madde)	106,07	31,09	116,13	34,21	1,18	108	0,241

Sağlık güvencesine göre LÜAYEDÖ toplam-alt grup puanları (Tablo 11), sağlık güvencesi olmayanların genel yan etki puanlarının olanlara göre daha yüksek olduğu belirlendi ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (Genel yan etkiler: $p=0,033$).

Tablo 12. Tedaviye İnanma Durumu ile LÜAYEDÖ Toplam – Alt Grup Puanlarının Karşılaştırılması

Yan Etkiler	Tedaviye İnanma Durumu		İnanıyor (n=97)		İnanmıyor (n=13)		t	SD	p
	Ortalama	Standart sapma	Ortalama	Standart Sapma					
Ekstrapiramidal yan etkiler	14,36	5,88	16,62	7,01	1,27	108	0,207		
Antikolinergik yan etkiler	11,22	3,97	11,38	4,13	0,14	108	0,887		
Otonomik yan etkiler	10,56	4,55	11,23	3,90	0,51	108	0,612		
Alerjik yan etkiler	6,03	2,50	6,92	2,33	1,22	108	0,226		
Psikolojik yan etkiler	25,69	9,26	30,08	9,74	1,55	108	0,114		
Hormonel yan etkiler	11,60	4,14	11,38	5,69	0,17	108	0,868		
Genel yan etkiler	8,92	2,97	10,08	2,56	1,34	108	0,183		
Dikkati başka yöne çeken yan etkiler	17,63	6,29	21,31	6,69	1,97	108	0,052		
Toplam Yan Etkiler (51 madde)	106,00	30,96	119,00	35,23	1,40	108	0,165		

Tedaviye inanma durumu ile LÜAYEDÖ Toplam-alt grup puanlarının karşılaştırılması Tablo 12’de görülmektedir. Tedaviye inanma durumu ile LÜAYEDÖ toplam-alt grup puanları karşılaştırıldığında, kullandığı ilaçların rahatsızlığını iyileştireceğine inanmayanlarda dikkati başka yöne çekme puanları, ilaçların rahatsızlığını iyileştireceğine inanlara göre daha yüksek olduğu belirlendi. Tedaviye inanma durumları ve yan etki alt gruplarının karşılaştırılmasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmadı (Dikkati başka yöne çeken etkiler: $p=0,052$).

Hasta yakınlarının demografik özellikleri ile LÜAYEDÖ Toplam - alt grup puan ortalamaları karşılaştırıldığında; hasta yakınlarının cinsiyeti, eğitim durumu, yaşı, gelir durumu, mesleği, sağlık güvencesi, çalışma durumu ve hastayla birlikte geçirilen yaşam süresi ile ilaç yan etki ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı.

Hasta yakınlarının tedavi özelliklerini bilme durumları ile LÜAYEDÖ Toplam-alt grup puanları karşılaştırıldığında; hasta yakınlarının ilaç hakkında bilgi, yan etki deneyimi, yan

etkilerle baş etme, ilaçlara yönelik inanç durumu, ilaçların bağımlılık yapabileceği düşüncesi ile yan etki ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

Tablo 13. Medeni Durumu ile LÜAYEDÖ Toplam – Alt Grup Puanlarının Karşılaştırılması

Yan Etkiler / Medeni Durum	Evli (n=65)		Bekar (n=4)		Diğer (dul, boşanmış) (n=5)		Total (n=74)		X ² kw	p
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD		
Ekstrapiramidal yan etkiler	11,18	4,40	13,25	5,97	17,40	6,50	11,72	4,84	5,09	0,079
Antikolinergik yan etkiler	8,97	3,12	8,75	2,22	11,60	6,43	9,14	3,38	0,26	0,877
Otonomik yan etkiler	8,71	3,62	8,25	1,26	11,40	7,44	8,86	3,88	0,11	0,946
Alerjik yan etkiler	4,52	1,79	5,00	2,00	7,00	4,85	4,72	2,16	1,80	0,407
Psikolojik yan etkiler	24,22	5,82	26,75	1,26	38,00	15,28	25,28	7,40	6,99	0,030
Hormonel yan etkiler	5,85	4,42	7,50	5,45	7,60	7,44	6,05	4,66	0,61	0,736
Genel yan etkiler	8,40	3,54	8,50	1,91	10,00	4,74	8,51	3,54	1,56	0,459
Dikkati başka yöne çeken yan etkiler	12,86	4,48	14,00	5,94	18,80	6,76	13,32	4,88	3,96	0,138
Toplam Yan Etkiler (51 Madde)	85,80	21,60	92,00	24,04	121,80	47,97	88,56	25,20	3,11	0,211

Medeni durum ile LÜAYEDÖ toplam- alt grup puan ortalamaları karşılaştırılması Tablo 13’de görülmektedir. Medeni durum ile psikolojik yan etki alt grup puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (Psikolojik yan etkiler: $x^2=6,99$; $p=0,030$). Dul olanlarda psikolojik yan etki puanlarının evli ve bekar olanlara göre daha yüksek olduğu belirlendi.

7. TARTIŞMA

Bu bölümde hastaların ve ailelerinin demografik özellikleri, hastaların tanı ve tedavileriyle ilgili özellikleri ve ilaç yan etkileri ile ilgili bulgular literatür doğrultusunda tartışılacaktır.

7.1. DEMOGRAFİK VE TANI-TEDAVİ İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİN TARTIŞILMASI

Araştırma kapsamına alınan hastaların çoğunluğu (%73,64) kadın ve 41 yaş ve üzeridir (% 46,36) (Tablo 3).

Psikiyatrik hizmetleri kullanma üzerine yapılan çalışmalarda, başvuruların özellikle kadın olmasının önemli olduğu vurgulanmaktadır (7). Kadınların yüksek başvuru oranı, daha fazla psikiyatrik yardım arama davranışlarıyla açıklanabilir. Öyekçin'in (77) çalışmasında %67,4'ünün, Tümkaya ve arkadaşlarının (101) çalışmasında %68,1'inin kadın olması bulgularımızı desteklemektedir. Araştırmaya katılan hastaların yarıya yakını 41 yaş ve üzeri grubunda yer almaktadır. Bu çalışmadan ç farklı olarak Yılmaz'ın (112) ilaç yan etkileri ve uyumu üzerine yaptığı çalışmada araştırma kapsamına alınan hastaların yaş grubunun daha genç olduğu saptanmıştır.

Eğitim düzeylerine göre grubun %57,27'si ilköğretim mezunudur. (Tablo 3). Çalışmaya katılan hastaların çoğunluğunun ilköğretim mezunu olduğu belirlendi ve sonucun yapılan çalışmalarla benzer olduğu görüldü. Dilbaz ve arkadaşlarının (33) psikiyatri polikliniğe başvuran şizofreni hastalarında tedaviye uyumun ve uyumu etkileyen faktörleri değerlendirmek üzere yaptıkları bir çalışmada %35,6'sının ilköğretim, %27,6'sının ortaöğretim, %12,1'inin yükseköğretim mezunu olduğunu bulmuşlardır.

Araştırmaya katılan hastaların %59,09'u evlidir. Kaya ve Ünal'ın (62) çalışmasında %68'inin, Öyekçin'nin (77) çalışmasında %77,1'inin evli olması bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada işsizlik oranı %67,27'dir. Psikiyatrik hastaların iyi ve rahat ilişkiler kuramadıkları, tedavi nedeni ile oluşan yan etkiler ve işlevsellik düzeyleri düşük olması sebebi ile sosyal beceri gerektiren işlerde ve eğitim yaşamlarında güçlük yaşadıkları

düşünülmektedir. Aker ve arkadaşlarının (2) yaptıkları çalışmada, hastaların %59,5'inin işsiz olduğunu belirtmesi bulgularımızı desteklemektedir.

Çalışmaya katılan hastaların büyük çoğunluğunun (%85,45) sağlık güvencesinin olduğu, % 70'inin gelir durumlarını "orta" olarak belirttikleri görüldü. (Tablo 3). Hastaların büyük çoğununun sağlık güvencesinin olması, sosyal güvence imkanlarının bulunduğu hastane ve merkezlere başvurmaları ile açıklanabilir. Çalışmaya katılan hastaların çoğunluğunun gelir durumlarını orta olarak ifade etmesi araştırmanın yapıldığı bölgedeki hastaların ekonomik durumlarıyla ilişkilendirilebilir. Yılmaz'ın çalışmasında (112) hastaların % 80,3'ünün sağlık güvencesinin olması, %66,7'sinin de gelir durumlarını orta olarak belirtmesi bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

Çalışmaya katılan hastaların çoğunluğunun duygudurum bozukluğu tanısı aldıkları saptandı. Tümkaya ve arkadaşlarının (101) yaptıkları bir çalışmada hastaların, %40,9'unda duygudurum bozukluğu, %38,5'inde anksiyete, davranım ve kişilik bozuklukları olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların çoğunun antipsikotik+diğer psikotropik ilaçları (antidepresan, antianksiyete, duygudurum düzenleyici, beta bloker) kombine kullandıkları, %70'inin kullandıkları ilaçlara bağlı olarak yan etki yaşadıklarını belirttikleri saptandı. (Tablo 4). Elde edilen bulgular doğrultusunda hastalarda ilaçlara bağlı yan etki yaşama yüzdesinin yüksek bulunması, kullandıkları ilaçların sayısının ve çeşitliliğinin fazla olması ile ilişkilendirilebilir. Hastaların çoğunluğunun yan etki yaşaması literatür ile uyumludur (13,63).

Araştırmaya katılan hastaların yan etkilerle baş etmede, yarısının doktora başvurduğu, yarıya yakınının kendi yöntemleri ile baş ettiği veya hiç bir şey yapmadığı, belirlendi. Hastaların yarıya yakınının kendi yöntemleri ile baş etmesi veya hiçbirşey yapmaması bu konudaki eğitim gereksinimini göstermesi açısından önem taşımaktadır.

Hastaların tedavi ile ilgili bilgi ve tutumları incelendiğinde, %52,73'ünün ilaç hakkında bilgisinin olmadığı, büyük çoğunluğunun ilaçların hastalığını iyileştireceğine inandığı, genele yakınının ilacını kendisinin aldığı, %69,09'unun ilacını üç yıl süre ile kullandıkları saptandı.

Çalışmaya katılan hastaların yarısının ilaç hakkında bilgisinin olmadığı belirlendi. Sarandöl ve arkadaşlarının (89) yaptıkları bir çalışmada hastaların %67,4'ünün hastalık ve tedavi hakkında bilgi sahibi olmadığını belirlemesi, bununda tedaviye uyumu etkilediğini saptaması bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Uyum konusunda hastanın yeterince bilgilendirilmesi ve tedavi ilişkisinin iyi kurulması gerekmektedir (33). Katzung (61) çalışmasında, hastaların ilaç tedavi planına ilişkin bilgilendirilmelerinin uyumu artırdığını

vurgulamaktadır. Psikiyatri hastalarına hastalığı hakkında gerekli bilginin verilmesi, ilaçların görülebilecek yan etkileri hakkında hastaların önceden uyarılıp bilgilendirilmesi ve hastalara yönelik psikoeğitim programlarının düzenlenmesi gerektiği açıktır.

Çalışmaya katılan hastaların büyük çoğunluğunun ilaç tedavisinin hastalığını iyileştireceğine inandığı saptandı. Yılmaz'ın (112) yaptığı çalışmada hastaların çoğunluğunun (%69,2) ilaçların hastalığını iyileştireceğine inandıklarını belirtmeleri bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Bu araştırma kapsamında hastaların büyük çoğunluğunun tedaviye inancının yüksek olduğunun saptanması ve ilacını kendisinin aldığının belirlenmesi ilaç tedavisinin devamlılığının sağlanması açısından sevindiricidir.

Araştırmaya katılan hastaların çoğunluğunun ilaçlarını üç yıl süre ile kullandıkları saptandı. Araştırmaya katılan hastaların çoğunluğunun ilaç tedavisinin yakın bir geçmişte başladığı görüldü. Bu sonuç hastalığın başlangıcında hasta ve ailesinin iyileşme ümidi içinde olması ile ilişkilendirilebilir.

Çalışmaya katılan hastaların tamamına yakınının ilaçlar hakkında bilgi almak için doktora başvurmayı tercih ettiklerini belirtmeleri ilaç tedavisine olan inançlarının yüksek olması ve hekime duydukları güven ile açıklanabilir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların çoğunluğu ilacını almayı unutmadığını, ilaç tedavisine yönelik kendilerini iyi veya kötü hissettiklerinde ilacı bırakmayacaklarını, yarıdan fazlası da ilacını zamanında almayı unutmadıklarını belirtti. Dilbaz ve arkadaşlarının (33) yaptığı çalışmada hastaların çoğunluğunun ilacını düzenli olarak aldıklarını belirtmesi bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Belli ve arkadaşlarının (14) yaptığı çalışmada ise hastaların büyük çoğunluğunun ilaçlarını düzenli kullanmadıkları belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hastaların çoğunluğu ilacını almayı unutmadığını ve ilaç kullanımıyla ilgili olarak kendini iyi ya da kötü hissettiğinde ilacı kesmeyeceğini ifade etmesi tedavinin devamlılığı ve relapları önlemek açısından önemlidir.

Bu çalışmada hastaların %70'i ilaçların bağımlılık yapmamağını belirtti. Bu bulguya göre hastaların çoğunluğunun ilaçların bağımlılık yapmayacağını düşünmesi sevindirici olsada geri kalan hasta grubunun ilaçlar hakkında daha fazla bilgilendirmeye ihtiyacı olduğunu göstermektedir.

Çalışmaya katılan hastaların genele yakını maddi yetersizlik nedeni ile ilaç almama yada bırakma durumunda olmadıklarını belirtti. Hastaların çoğunun sağlık güvencesinin olması ilaçlarını temin etmelerinde önemli bir etken olarak düşünülebilir.

Araştırma kapsamına alınan hasta yakınlarının %63,51'i 41 yaş ve üzeri yaş grubunda, %59,46' sını kadın ve büyük çoğunluğu (%87,84) evlidir (Tablo 6).

Çalışmaya katılan hasta yakınlarının çoğunun evli ve 41 yaş üzeri yaş grubunda olması bu kişilerin çalışma, sosyal durum ve aile içi rollerine bağlı olarak hastalarına gerekli ilgiyi daha fazla gösterebilmeleri ile ilişkilendirilebilir. Doğan ve arkadaşlarının (34) yaptığı çalışmada hasta yakınlarının %78,3'ünü kadın, yaş ortalamasını 45,6 ve büyük çoğunluğunun (%82,6) evli olarak belirtmesi bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

Eğitim düzeylerine göre grubun %56,67'si ilköğretim mezunudur (Tablo 6). Sağduyu ve arkadaşlarının (86) şizofrenisi olan hastaların yakınlarının şizofreniye yönelik tutumları üzerine yaptıkları çalışmada, hasta yakınlarının yarıdan fazlasının ilköğretim mezunu (%56,6) olduğunun belirlenmesi bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

Çalışmaya katılan hasta yakınlarının çoğunluğunun herhangi bir işte çalışmadığı belirlendi. Doğan ve arkadaşlarının (34) şizofrenide psikososyal yaklaşımlar ve aileler üzerine yaptıkları çalışmada hasta yakınlarının %82,6'sının bir işte çalışmadığını; Sağduyu ve arkadaşlarının (87) çalışmasında hasta yakınlarının %56,1'inin işsiz olduğunu belirtmesi bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Bu araştırmada hasta yakınlarının işsizlik oranının yüksek bulunması eğitim düzeyinin düşük olmasına, araştırmanın yapıldığı bölgenin iş imkanlarının sınırlı olmasına veya hasta yakınlarının hastasının bakımını üstlendiği için bir işte çalışamamasına bağlanabilir.

Hasta yakınlarının büyük çoğunluğunun sağlık güvencesinin olduğu saptandı. Bu araştırmada elde edilen bulgulara göre hasta yakınlarının yarıya yakının eşlerden oluştuğunun belirlenmesi sebebi ile birbirlerinin sağlık güvencelerinden yaralandıkları düşünülebilir.

Çalışmaya katılan hasta yakınlarının çoğunun gelir durumunu orta düzeyde olarak ifade etmesi araştırmanın yapıldığı bölgenin ekonomik durumuyla ilişkilendirilebilir. Altın'ın (6) çalışmasında majör depresyon tanılı hastaya sahip hasta yakınlarının %70'inin gelir durumunu orta düzeyde olduğunun belirlenmesi bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan hasta yakınları, hastaya yakınlık derecesi açısından incelendiğinde %41,89'unu eşlerin oluşturduğu, büyük çoğunluğunun hastaları ile sürekli birlikte yaşadıkları belirlendi (Tablo 6). Ebrinç ve arkadaşlarının (36) yaptıkları çalışmada hasta yakınlarının % 28,6'sını annelerin, % 40,4'ünü babaların oluşturduğu belirlenmiştir. Çalışmalar arasındaki bu farklılığın aile yapısından ve aile içi rollerin kültürel farklılığından kaynaklandığı ifade edilebilir. Psikiyatri hastalarının büyük çoğunluğunun hasta yakınlarıyla sürekli beraber yaşaması, bakım ve desteğe ihtiyaç duymaları ile ilişkilendirilebilir.

Çalışmaya katılan hasta yakınları, hastalarının %62,16'sının antipsikotik kullanmaya bağlı yan etki yaşadıklarını belirtti. Bu çalışmada hasta yakınlarının çoğunun, hastasının ilaç yan etkilerinden kaynaklanan sıkıntılar yaşadıklarını belirtmesi, hastalarını ilaç yan etkileri

yönünden izlemeleri açısından önemlidir. Mueser ve arkadaşları (76) hasta yakınlarının en çok ilgilendikleri konuların ilaç tedavisi ve ilaç tedavisinin yan etkileri olduğunu belirtmiştir. Chien ve Norman (25) hasta yakınlarının en çok önem verdikleri konular arasında ilaç tedavisinin yan etkileri olduğunu saptamıştır.

Çalışmaya katılan hasta yakınlarının çoğunun hastaları yan etki ile karşı karşıya kaldıklarında doktora başvurmaları tedavide hekim ile işbirliği içerisinde olması açısından sevindiricidir. Geri kalan hasta yakınlarının yan etkilerle kendi yöntemleriyle başa çıkmaya çalışması ya da hiçbir şey yapmaması, ilaç tedavisinin yan etkileri ile baş etmeye yönelik eğitim programlarının hasta ailelerine yönelik olarak düzenlenmesine gereksinim olduğunu göstermesi açısından önemlidir.

Hasta yakınlarının tedavi ile ilgili bilgi ve tutumlarına yönelik dağılıma göre; (Tablo 7) grubun büyük çoğunluğu (%97,30) ilacın hastalarındaki rahatsızlığı iyileştireceğine inandıklarını, yarısı da hastalarının kullandıkları ilaçlar hakkında bilgi sahibi olduklarını belirtti.

Ebrinç ve arkadaşlarının (36) yapmış olduğu çalışmada hasta yakınlarının %35,3'ü tedavinin kısmen faydalı olacağına, % 47,1'i ise tedavinin faydalı olacağına inandıklarını belirtmişlerdir. Çalışmaya katılan hasta yakınlarının ilaca karşı tutumlarının olumlu olması, hastalarının ilaç tedavisini sürdürmelerini ve kontrollere düzenli gitmelerini desteklemeleri açısından önemlidir.

Çalışmaya katılan hasta yakınlarından yarıya yakınının (%45,95) ilaçlar hakkında bilgi sahibi olmadıklarını belirtmesi, hasta yakınlarının tedavi ve ilaçlarla ilgili yeterli bilgi alamadıklarını düşündürmektedir. İlaçlarla ilgili bilgi düzeylerini arttırmak için psikiyatri hastaları ile birlikte hasta yakınlarına da ilaçların etki ve yan etkileriyle ilgili eğitim programlarının düzenlenmesinin faydalı olacağı söylenebilir. .

Çalışmaya katılan hasta yakınlarının çoğunluğu ilacını kendisi alamayan hastasına ilacını vermeyi unutmadığını, %69,01'i hastasına ilacını zamanında verdiğini bildirdi. Tel ve Terakye'nin (99) şizofrenik hasta ailelerine yönelik yaptıkları çalışmada hasta yakınlarının hasta taburcu olurken (% 83,3) ve aylık kontrollerde (%100), hastanın ilaç kullanım sıklığını ve ilacın günlük dozunu bildikleri belirlenmiştir. Hasta yakınlarının büyük çoğunluğunun, ilacını kendisi alamayan hastasına ilacını vermeyi unutmadığını ve zamanında verdiğini belirtmesi, tedaviyle işbirliği içerisinde olduklarını düşündürmektedir.

Hasta yakınlarının tamamı ilaç hakkında bilgi almak için doktora baş vurmaya tercih ettiklerini belirtti. Hasta yakınlarının tamamının doktora başvurmayı tercih etmeleri bu konuda hekime olan güvenlerinin göstergesi olarak değerlendirilebilir.

Gruba katılan hasta ailelerinin büyük çoğunluğu hastası kendisini iyi hissettiğinde ilacını bırakmasına izin vermeyeceğini; çoğunluğu da hastası kendini kötü hissettiğinde ilacı bırakmasına izin vermeyeceğini belirtti. Kolaylıkla önlenebilecek ya da geçecek bir yan etki yüzünden hasta yakınları hastalarının ilaçlarını bırakabilecekleri gibi, hastaları kendini iyi hissettiklerinde ilacı bıraktırma eğilimi de gösterebilirler (81). Araştırmada elde edilen bulgular hasta yakınlarının ilaç tedavisini desteklemeleri ve hastalarına ilaçlarını bıraktırmamaları açısından sevindiricidir.

Araştırmaya katılan hasta yakınlarının yarıya yakını (%48,65) kullandığı ilaçların hastasına bağımlılık yapacağını düşündüğünü belirtti. Sağduyu ve arkadaşlarının (86) yaptıkları çalışmada araştırmaya alınan hasta yakınlarının %45'inin tedavide kullanılan ilaçların bağımlılık yapabileceğini belirtmeleri bulgularımızla paralellik göstermektedir. Elde edilen bulgular doğrultusunda, sağlık çalışanlarının hasta yakınlarını ilaç tedavisinin yan etkileri riskleri yönünden daha dikkatli ele almaları ve eğitmeleri gerektiği düşünülebilir.

7.2. LİVERPOOL ÜNİVERSİTESİ ANTİPSİKOTİKLERİN YAN ETKİLERİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİN TARTIŞILMASI

Hastalar, yaşadıkları yan etkilerin sırasıyla, halsizlik (%80,91), ağız kuruluğu (%79,09), dikkati toplamada güçlük (%75,45), hatırlamada güçlük (%74,55), gerginlik (%71,82) olduğunu ifade etti. Hastalar en sık psikolojik yan etki, daha sonrasında antikolinerjik yan etki yaşamaktadır. Yan etki alt gruplarına göre hastaların en sık, psikolojik yan etkilerde halsizlik, genel yan etkilerde baş ağrısı, ekstrapiramidal yan etkilerde hareketlerde yavaşlama, antikolinerjik yan etkilerde ağız kuruluğu, hormonal yan etkilerde adet problemleri, alerjik yan etkilerde güneş ışığına hassasiyet, dikkati başka yöne çeken yan etkilerde boyun kaslarında ağrı, otonomik yan etkilerde baş dönmesi yaşadıkları saptandı.

Psikiyatri hastalarında ilaç yan etkileri ve ilaç uyumuyla ilgili yaptığı çalışmada Yılmaz (112), konsantrasyon güçlüğü (%74,35), halsizlik (%73,50), hatırlamada güçlük (%69,23), ağız kuruluğu (%61,53), gerginlik (%55,55) olduğunu bildirmesi; Yılmaz'ın (112) çalışmasında Morrison'un, LUNSERS'ı kullanarak yaptığı çalışmada, hastaların en sık yaşadığı yan etkilerin sırasıyla konsantrasyon güçlüğü (%86), hatırlamada güçlük (%84), halsizlik (%82), gerginlik (%74), ağız kuruluğu (%70) olduğunu bildirmesi bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

Kostakoğlu ve arkadaşlarının (65) şizofrenik hastalarda olanzapin ve klorpromazin in etki ve güvenliğini karşılaştırdıkları çalışmada, olanzapin uygulanan olgularda en sık

kaydedilen yan etkiler, kilo artışı (%88,9), halsizlik (%83,3), gerginlik (%83,3), depresyon (%72,2), uyku hali (%66,7); klorpromazin grubunda ise, uyku hali (%100), azalmış salivasyon (%100), gerginlik (%88,9), kilo artışı (%88,9), depresyon (%77,8) olduğu belirlenmiştir. Psikotrop ilaçların yan etkileriyle başa çıkmada hemşirelik bakımının etkinliğiyle ilgili yaptığı çalışmada Özeren (80), hastalarda sıkıntı-huzursuzluk (%56,7), gündüz uykusu (%55,44), yorgunluk-halsizlik (%50) gözlendiğini belirtmiştir. Ülkemizde daha çok nöroleptiklerin yan etkileriyle ilgili çalışmaların, belli bir ilacın başka bir ilaçla karşılaştırılarak veya karşılaştırılmadan ilacın etkinlik ve yan etki profilini belirlemeye yönelik olduğu görülmektedir. Bu araştırmada olduğu gibi, antipsikotiklerin yan etkileri üzerine yapılan diğer çalışmalarda da, psikolojik yan etkilerin daha fazla yaşandığının belirlenmesi bulgularımızla paralellik göstermektedir.

Hasta yakınlarının, psikiyatri hastası olan yakınlarında yaşadıkları yan etkileri belirtme durumuna göre yan etki sıklıkları; dikkati toplamada güçlük (%93,2), gün içinde uyku hali, gerginlik ve hatırlamada güçlük (%85,1), depresyon (%83,8), halsizlik ve duygusal algılarda eksilme (%82,4), ağız kuruluğu (%81,4) olarak belirlendi. Hastalarının en sık psikolojik yan etki yaşadıklarını ifade ettikleri belirlendi. Yan etki alt gruplarına göre hastalarının, psikolojik yan etkilerde dikkati toplamada güçlük, antikolinerjik yan etkilerde ağız kuruluğu, genel yan etkilerde baş ağrısı, ekstrapiramidal yan etkilerde hareketlerde yavaşlama, hormonal yan etkilerde adet problemleri, allerjik yan etkilerde güneş ışığına hassasiyet, dikkati başka yöne çeken yan etkilerde idrar renginde koyulaşma, otonomik yan etkilerde baş dönmesi yaşadıklarını belirttikleri saptandı.

Bu araştırmada hastaların yaşadıkları yan etkiler ile, hasta yakınlarının psikiyatri hastası olan yakınlarında yaşanan yan etkileri belirtme durumları birbirleriyle paralellik göstermektedir.

7.3. DEMOGRAFİK, TANI-TEDAVİ İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERLE LÜAYEDÖ PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASININ TARTIŞILMASI

Bu çalışmada yaşa göre LÜAYEDÖ puanlarının karşılaştırılması incelendiğinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmedi. İstatistiksel olarak anlamlı olmamasına rağmen, 26-30 yaş arası psikolojik yan etki puanlarının daha yüksek olduğu ve hastaların bu yaş aralığında yan etkilere karşı daha az tolerans geliştirdikleri görüldü. Mete ve arkadaşlarının (75) yaptıkları çok merkezli bir çalışmada, yaş ile yan etki puanları arasında anlamlı fark bulunmaması bulgularımızla paralellik göstermektedir.

Cinsiyet ile LÜAYEDÖ toplam–alt grup puanlarının karşılaştırılmasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadı. Yılmaz'ın (112) yaptığı çalışmada kadınların ekstrapiramidal, otonomik, genel yan etkiler, dikkati başka yöne çeken etki ve toplam yan etki puanlarının erkeklere oranla daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Medeni durum ile LÜAYEDÖ toplam-alt grup puanlarının karşılaştırılmasında anlamlı bir fark bulunmadı. Bu çalışmada evli ya da bekar olmanın yan etkiler üzerinde etkili olmadığı söylenebilir.

Eğitim durumu ile ilaç LÜAYEDÖ toplam-alt grup puanlarının karşılaştırılmasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmadı. Mete ve arkadaşlarının (75), eğitim süresiyle nörolojik yan etki puanları arasında negatif, cinsel yan etkiler arasında pozitif korelasyon olduğunu belirtmişlerdir. Eğitim süresinin nörolojik yan etki puanlarıyla ters orantılı bulunmasını eğitilmiş kişilerin tedaviye uyumunun daha yüksek olmasına, cinsel yan etkilerle doğru orantılı bulunmasını ise söz konusu sorunları daha rahat biçimde ifade etmelerine bağlı olabileceğini belirtmişlerdir. Yılmaz'ın (112), psikiyatri hastalarında ilaç yan etkileri ve ilaç uyumu üzerine yaptığı çalışmada eğitim durum ile ilaç yan etkileri arasında ilişki saptanmaması bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

Çalışma durumu ile LÜAYEDÖ toplam-alt grup puanları karşılaştırıldığında, antikolinergik yan etki, dikkati başka yöne çeken yan etki, toplam yan etki (51 madde) puanları istatistiksel açıdan anlamlı bulundu. (Antikolinergik yan etkiler: $t= 3,17$; $p= 0,002$ /dikkati başka yöne çeken yan etki: $t=2,07$; $p= 0,041$ /toplam yan etki: $t=2,07$; $p= 0,041$). Çalışmayanlarda ortalama puanların çalışanlara göre daha yüksek olduğu saptandı. Yan etki puan ortalamalarının çalışmayan grupta daha fazla olması, bu kişilerin bir işte çalışmamalarında yan etkilerin de etkili olabileceğini düşündürmektedir.

Juncos (59), ekstrapiramidal sendrom tedavisinde atipik antipsikotiklerin yeri konulu çalışmada, tedaviye bağlı gelişen, hareket bozukluklarının kişiler için bir sosyal reddedilme, yük, rehabilitasyonun engellenmesi ve iş bulma ihtimalinin azalması ile sonuçlanabileceğini bildirmiştir.

Sağlık güvencesi ile LÜAYEDÖ toplam-alt grup puanları karşılaştırıldığında, sağlık güvencesi olmayanların genel yan etki puanlarının olanlara göre daha yüksek olduğu belirlendi ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (Genel yan etkiler: $t= 2,16$; $p= 0,003$).

Sağlık güvencesi olmayanların daha fazla yan etki yaşadıklarını ifade etmeleri, sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamamaları ve bu nedenle yan etkileri tolere etmede yetersiz

kalmaları ile açıklanabilir. Sağlık güvencesi olanların olmayanlara göre daha fazla yan etki yaşadıklarını ifade eden çalışmaya da rastlanmıştır (112).

Gelir durumu ile LÜAYEDÖ toplam-alt grup puanları karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmedi.

Bu çalışmada gelir durumu ile ilaç yan etki puanlarının karşılaştırılmasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamasına rağmen, gelir durumunu kötü olarak ifade edenlerin yan etki puan ortalamalarının daha yüksek olması sağlık hizmetlerinden ve diğer kaynaklardan yeteri kadar yararlanamadıklarını düşündürmektedir.

Tanı ile LÜAYEDÖ toplam-alt grup puanlarının karşılaştırması incelendiğinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmadı. İstatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmemesine rağmen davranım, kişilik ve anksiyete bozukluğu tanısı almış kişilerin ekstrapiramidal, allerjik, psikolojik, dikkati başka yöne çeken ve toplam yan etki-51 puanlarının psikotik ve duygudurum bozukluğu tanısı almış kişilere göre, duygudurum bozukluğu tanısı almış kişilerin antikolinerjik, otonomik ve hormonal yan etki puanlarının psikotik bozukluk ve davranım, kişilik ve anksiyete bozukluğu tanısı almış kişilere göre daha yüksek olduğu belirlendi. Ayrıca psikotik bozukluk tanısı almış kişilerin genel yan etki puanlarının, duygudurum bozukluğu ve davranım, kişilik ve anksiyete bozukluğu tanısı almış kişilerden daha yüksek olduğu saptandı.

İlaçların etki ettiği sistemlere bağlı olarak hastalar üzerinde değişik yan etkiler görüldüğünü belirten çalışmaya rastlanmıştır (59). Tanı grubuna göre kullanılan ilaçların farklı sayıda ve çeşitlilikte olması, ilaç yan etkilerinin hastalar üzerinde farklı şekillerde hissedilmesinde etken olarak gösterilebilir.

Hastaların **ilaç kullanma süresi** ile LÜAYEDÖ toplam-alt grup puanlarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Hastaların çoğunluğunun en az altı aydır ilaç kullandıkları dikkate alınır, literatürde belirtildiği gibi yan etkilere karşı tolerans geliştiği düşünülebilir (1,115, 116).

Kullandığı ilaç ile LÜAYEDÖ toplam-alt grup puanlarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmemesine karşın antipsikotik+diğer psikotrop ilaç kullananların antipsikotik+antikolinerjik ve sadece antipsikotik kullananlara göre yan etki puanlarının daha yüksek olduğu belirlendi. İlaç sayısının ve çeşitliliğinin fazla olması hastaların yan etkileri daha fazla hissetmelerinde bir etken olarak düşünülebilir.

Yan etkilerle baş etme biçimi ile LÜAYEDÖ toplam-alt grup puanlarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmasa da, bu çalışmada hastaların ilaçların yan etkileriyle baş etmelerinde daha fazla eğitime ihtiyaçları olduğu belirlendi.

Tedaviye inanma durumu ile LÜAYEDÖ toplam-alt grup puanlarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamasına rağmen dikkati başka yöne çeken yan etkilerde anlamlılığa yakın bir fark bulundu (Dikkati başka yöne çeken etkiler: $p= 0,052$). Kullandığı ilaçların hastalığını iyileştireceğine inanmayanlarda dikkati başka yöne çekmen yan etki puanlarının, ilaçların hastalığını iyileştireceğine inanlara göre daha yüksek olduğu belirlendi Bu bulgu tedaviye inanmayan hastaların kullandığı ilaçların yan etkilerini belirlemeye yönelik farkındalıklarının da yeterli olmadığını düşündürmektedir.

İlaçlarla ilgili bilgi sahibi olma durumu ile LÜAYEDÖ toplam-alt grup puanlarının karşılaştırılmasında, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmadı. İstatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmemesine rağmen, ilaçlar hakkında bilgi sahibi olmayan hastaların yan etki puanlarının bilgi sahibi olanlara göre daha yüksek olması ilaçlar hakkında yeterli bilgiye sahip olmamalarına ve olumsuz yan etkilere karşı tolerans göstermemelerine bağlanabilir.

Hastaların tedavi hakkında bilgilendirilmesinin, ilaç yan etkileriyle baş etmede faydalı olacağı söylenebilir. Dilbaz ve arkadaşlarının (33) yaptıkları çalışmaya göre, araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubu hastaların çoğunluğu ilk muayene sonrasında hekimlerinden ilaçlarına ilişkin bilgi aldıklarını bildirmişlerdir. İlaçlara ilişkin bilgilerin hastalara poliklinik ortamında ve bir kez verilmesinin hastaların anlayabilmesinde ve yan etkilerle baş etmesinde yeterli olmadığını belirlenmesi bulgularımızı desteklemektedir.

Hastaların **ilacını alma ve kendini iyi yada kötü hissettiğinde ilacı bırakma** durumları ile LÜAYEDÖ toplam-alt grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark elde edilmedi. Bu bulgu, hastaların çoğunluğunun ilaçların hastalığını iyileştireceğine inanması ile açıklanabilir.

Hastaların **maddi yetersizlik nedeni ile ilaç alamama ya da bırakma** durumları ile LÜAYEDÖ toplam-alt grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Bu bulgu hastaların genele yakınının sağlık güvencesinin olması ile ilişkilendirilebilir.

Psikiyatri hastası bulunan ailelerin ilaç yan etkilerini bilme ve bunlarla baş etme üzerine yapılan çalışmaların sınırlı olması sebebiyle konuyla ilgili kısıtlı literatür bilgisine ulaşılabilmektedir.

Hasta yakınlarının **yaşı ve cinsiyetine** göre LÜAYEDÖ toplam-alt grup puanlarının karşılaştırılması incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı.

Hasta yakınlarının **medeni durumu** ile LÜAYEDÖ toplam-alt grup puanlarının karşılaştırılmasında, dul ve boşanmış olan hasta yakınlarının psikolojik yan etki puanlarının

bekar ve evli olanlara göre daha yüksek olduğu belirlendi ve istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptandı (X^2 KW= 6,99; P=0,03).

Gümüş'ün (46) şizofreni hastalarının ve yakınlarının sağlık eğitim gereksinimleri üzerine yapmış olduğu çalışmada, boşanmış veya dul olan hasta yakınlarının psikolojik yan etki ortalama puanı, bekar ve evli olanlardan daha yüksek olduğunun saptanması bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Dul olan hasta yakınlarının hastalarında psikolojik yan etkilerinin daha yüksek olduğunun görülmesi ilaç yan etkileri ve özellikle psikolojik yönden baş etmede desteğe ve eğitime ihtiyaçları olduklarını düşündürmektedir.

Hasta yakınlarının **çalışma durumları** ile LÜAYEDÖ toplam-alt grup puanlarının karşılaştırılmasında anlamlı bir fark saptanmadı.

Hasta yakınlarının **eğitim durumları** ile LÜAYEDÖ toplam-alt grup puanlarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Bu bulgu, hasta yakınlarının tedavi ekibiyle işbirliği içerisinde olması ile ilişkilendirilebilir. Gümüş (46) yaptığı çalışmada ise bu çalışmamızdan farklı olarak şizofreni hastasına sahip hasta yakınlarının en çok ilgilendikleri konular arasında ilaç tedavisi ve ilaç tedavisinin yan etkileri olduğunu belirlemiş ve eğitim düzeyi okur-yazar/ilkokul olan hasta yakınlarının bu konularda eğitime daha fazla ihtiyaç duyduklarını saptamıştır.

Sağlık güvencesi ile LÜAYEDÖ toplam-alt grup puanlarının karşılaştırılmasında anlamlı bir fark belirlenmedi.

Hastaya yakınlık derecesi ile LÜAYEDÖ toplam-alt grup puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamasına rağmen aile içi roller, hastalarının yaşadıkları sıkıntılar, üstlendikleri sorumluluklar sebebi ile etkilendiklerini belirten bilgi mevcuttur (99).

Hasta yakınlarının **yan etki deneyimi** ve **ilaçların bağımlılık yapacağı inancı** ile LÜAYEDÖ toplam-alt grup puanlarının karşılaştırılmasında anlamlı bir fark bulunmasada; hastalarının daha önce yan etki deneyimi yaşadığını belirten hasta yakınlarının ortalama puanları, yaşamadıklarını belirtenlere göre daha yüksek olduğu belirlendi. Yan etkiler üzerine deneyim yaşamış hasta yakınlarına ilaç tedavisi hakkında bilgilendirme ve yan etkilerin tolere edilmesinde destek ve eğitim verilmesinin yararlı olacağı söylenebilir.

Sağduyu ve arkadaşlarının (86) şizofreni hastasına sahip hasta yakınları ile yaptıkları çalışmada, hasta yakınları, hastalarının yaşadıkları sıkıntılarının ilaçların yan etkilerinden olabileceğini ve ilaçların bağımlılık yapabileceğini belirtmişlerdir.

Hasta yakınlarının **yan etkilerle baş etme** yolları ile LÜAYEDÖ toplam-alt grup puanlarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Sağduyu ve arkadaşlarının (86) yaptıkları araştırmada şizofreni hastasına sahip hasta yakınlarının tedaviye

ilişkin inanç özelliklerine bakıldığında hasta yakınlarının büyük çoğunluğunun tedavi amaçlı doktora gitmeyi tercih ettiği belirlenmiştir.

Hasta yakınlarının **ilaç hakkındaki bilgileri** ile LÜAYEDÖ toplam-alt grup puanları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. Çalışmaya katılan hasta yakınlarının ilaç tedavisi ve ilaçların yan etkileri üzerine daha fazla bilgi sahibi olmaları ilaç yan etkileri hakkında farkındalıklarını arttıracığından bu konuda hastalarına daha fazla destek olabilecekleri söylenebilir.

Hasta yakınlarının ilacını kendisi alamayan hastasına, **ilacını verme** ve **hastası kendini iyi ya da kötü hissettiğinde ilacını bıraktırma durumları** ile LÜAYEDÖ toplam-alt grup puanları arasında anlamlı fark saptanmadı.

8. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Özel Esen Psikiyatri Dal Merkezinde ayaktan izlenen, psikiyatri hastalarının ve ailelerinin ilaç yan etkileri ile ilgili bilgi düzeylerini ve yan etkiler ile baş etme durumlarını belirlemek amacı ile tanımlayıcı ve ilişki arayıcı bir çalışma olarak planlanan ve gerçekleştirilen bu araştırmada;

Hastaların, %46,36'sı 41 yaş ve üzeri grubunda, %73,64'ü kadın, % 59,09'u evli, %57,27'si ilköğretim mezunu, %67,27'si işsiz, % 70'nin gelir durumunun orta düzeyde olduğu, %85,45'inin sağlık güvencesinin bulunduğu, %66,36'sının tanısının duygudurum bozukluğu olduğu, %61,82'sinin antipsikotik+diğer psikotrop ilaçları kombine kullandığı, %88,18'inin tedavinin yararına inandığı, %52,73'ünün ilaçla ilgili bilgisinin olmadığı, %94,55'inin ilaçlar hakkında bilgi edinmek için doktoru tercih ettiği, %70'inin ilaçların bağımlılık yapabileceği düşüncesinde olmadığı saptandı.

Hasta yakınlarının, %63,51'i 40 yaş ve üzeri yaş grubunda, %59,46'sı kadın, %87,84 evli, 56,76'sı ilköğretim mezunu, %64,86'sı işsiz, %78,38'inin gelir durumunun orta düzeyde olduğu, %81,01'inin sağlık güvencesinin olduğu, %41,89'unun eşlerden oluştuğu, %86,49'unun hastaları ile sürekli birlikte yaşadığı, %54,05'inin ilaçlar hakkında bilgisi olduğunu belirttiği, %62,22'sinin yan etkilerle baş etmede doktora başvurmayı tercih ettikleri, %97,30'unun ilaçların hastasını iyileştireceğine inandıkları, %48,65'inin ilaçların bağımlılık yapabileceği düşüncesinde olmadığı belirlendi

Araştırma kapsamındaki hastaların hepsinde ilaç yan etkilerinden en az birinin görüldüğü, en sık yaşanan yan etkilerin halsizlik, ağız kuruluğu, dikkati toplamada güçlük, hatırlamada güçlük olduğu; yan etki alt gruplarına göre hastaların, psikolojik yan etkilerde *halsizlik*, genel yan etkilerde *baş ağrısı*, antikolinergik yan etkilerde *ağız kuruluğu*, ekstrapiramidal yan etkilerde *hareketlerde yavaşlama*, dikkati başka yöne çeken yan etkilerde *boyun kaslarında ağrı*, otonomik yan etkilerde *baş dönmesi*, hormonal yan etkilerde *adet problemleri*, allerjik yan etkilerde *güneş ışığına hassasiyet* yaşadığı belirlendi.

Hasta yakınlarının, hastalarında en az bir yan etki görüldüğünü ifade ettikleri ve hastalarının en sık yaşadıkları yan etkilerin dikkati toplamada güçlük, gün içinde uyku hali, gerginlik, hatırlamada güçlük, depresyon, halsizlik, duygusal algılarda eksilme ve ağız kuruluğu; yan etki alt gruplarına göre hasta ailelerinin hastalarında, psikolojik yan etkilerde *konsantrasyon güçlüğü*, genel yan etkilerde *baş ağrısı*, antikolinergik yan etkilerde *ağız kuruluğu*, ekstrapiramidal yan etkilerde *hareketlerde yavaşlama*, dikkati başka yöne çeken

yan etkilerde *idrar renginde koyulaşma*, otonomik yan etkilerde *baş dönmesi*, hormonal yan etkilerde *adet problemleri*, alerjik yan etkilerde *güneş ışığına hassasiyet* yaşadıklarını belirttikleri saptandı.

Çalışmayan hastaların çalışanlara göre antikolinerjik, dikkati başka yöne çeken yan etkiler ve toplam yan etkileri daha çok yaşadığı, sağlık güvencesi olmayanların genel yan etkileri sağlık güvencesi olanlara göre daha fazla yaşadığı, kullandığı ilaçların hastalığını iyileştireceğine inanmayanlarda dikkati başka yöne çeken yan etkileri daha fazla yaşamasına karşın aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı görüldü.

Dul ve boşanmış olan hasta yakınları bekar ve evli olanlara göre hastalarında psikolojik yan etkilerin daha çok yaşandığını belirtti.

Bu Sonuçlar Doğrultusunda Öneriler;

- Liverpool Üniversitesi Antipsikotiklerin Yan Etkileri Değerlendirme Ölçeği'nin bir bütün olarak kolay anlaşılması, hasta ve psikiyatri hastasına sahip aileler tarafından doldurulabilmesi ve zaman yönünden ekonomik olması nedeniyle psikiyatri kliniklerinde antipsikotik ilaçların yan etkilerini izlemek amacıyla kullanılması.
- Yan etkileri bilme ve bu yan etkilerle baş etme durumlarını arttırmak için hasta ve hasta yakınlarına yönelik psikoeğitim programlarının yapılması.
- Benzer çalışmaların daha geniş örneklem grubunda uygulanması.

9. EKLER

EK 1. BİLGİ FORMU (HASTA)

1. Protokol No:

2. Yaşınız:

3. Cinsiyetiniz:

Kadın Erkek

4. Medeni durumunuz:

Evli Bekar Dul Diğer

5. Eğitim Durumunuz:

6. Mesleğiniz:

7. Çalışma Durumunuz:

Çalışmıyorum Çalışıyorum Diğer

8. Sağlık güvenceniz:

Var Yok

9. Sizce gelir durumunuz:

İyi Orta Kötü

10. Hastalık tanınız:

11. Ne zamandan beri psikotrop ilaç kullanıyorsunuz?ay / yıl

12. En son kullandığınız ilaç/ ilaçlar?

.....

13. İlaçların yan etkilerine bağlı sizi rahatsız eden durumlar yaşadınız mı?

Evet Hayır

14. Yan etki yaşadınız ise, ne yaptınız?

15. İlaçların hastalığını iyileştireceğine inanıyor musunuz?

Evet Hayır

16. Kullandığınız ilaçlar hakkında bilginiz var mı?

Evet Hayır

17. Cevabınız evet ise nereden / kimden bilgi aldınız ?

.....

18. Bu konuda kimden bilgi almak istersiniz?

Doktor Hemşire Bilgi almak istemem Diğer

19. İlaçlarınızı kullanırken:

Yardımsız alabiliyorum

Yardımla alabiliyorum

Almıyorum

20. İlacınızı almayı unutuyor musunuz?

Evet Hayır

21. İlacınızı zamanında almayı unutur musunuz?

Evet Hayır

22. Kendinizi iyi hissettiğinizde ilaç almayı bırakıyor musunuz?

Evet Hayır

23. İlaç aldığınızda kendinizi kötü hissederseniz, ilaç almayı bırakır mısınız?

Evet Hayır

24. Kullandığınız ilaçların bağımlılık yapacağını düşünüyor musunuz?

Evet Hayır

25. Maddi yetersizlik nedeniyle, ilaçlarınızı kullanmadığınız ya da düzensiz kullandığınız oluyor mu?

Evet Hayır

EK 2. BİLGİ FORMU (HASTA YAKINI)

1. Protokol No:

2. Yaşınız:

3. Cinsiyetiniz:

Kadın Erkek

4. Medeni durumunuz:

Evli Bekar Dul Diğer

5. Eğitim Durumunuz:

6. Mesleğiniz:

7. Çalışma Durumunuz:

Çalışmıyorum Çalışıyorum Diğer

8. Sağlık güvenceniz:

Var Yok

9. Sizce gelir durumunuz:

İyi Orta Kötü

10. Hastaya yakınlık dereceniz?

Anne Baba Eş

Kız çocuk Erkek çocuk

11. Hasta birey ile haftada ne kadar süre birlikte yaşıyorsunuz?

a. Sürekli birlikte yaşıyoruz

b. saat / hafta

c. gün / hafta

12. Hastanız ilaçların yan etkilerine bağlı rahatsız edici olaylar yaşadı mı?

Evet Hayır

13. Hasta yakını olarak, ilaç yan etkilerine karşı ne yaptınız / ne gibi önlemler aldınız?

14. Hasta yakını olarak, ilaçların hastanızın hastalığını iyileştireceğine inanıyor musunuz?

Evet Hayır

15. Hastanızın ilaçları ve ilaçların yan etkileri hakkında bilginiz var mı?

Evet Hayır

16. Cevabınız evet ise nereden / kimden bilgi aldınız ?

.....

17. Bu konuda kimden bilgi almak istersiniz?

Doktor Hemşire Bilgi almak istemem Diğer

18. Hastanızın ilaçları kullanmasına yardımcı oluyorsanız, ilaçları zamanında veriyor musunuz?

Evet Hayır

19. Hastanızın ilaçları kullanmasına yardımcı oluyorsanız, ilaç vermeyi unuttuğunuz oluyor mu?

Evet Hayır Bazen

20. Hastanız kendini iyi hissedip ilaç almayı bırakmak istediğini söylerse, ilaçları bırakmasına izin verir misiniz?

Evet Hayır Bazen

21. Hastanız ilaç aldığı anda kendini kötü hissederse, ilaç almasını bıraktırır mısınız?

Evet Hayır Bazen

22. Hastanızın kullandığı ilaçların bağımlılık yapabileceğini düşünüyor musuz?

Evet Hayır Bazen

EK 3**LÜAYEDÖ**

		HİÇ	ÇOKAZ	AZ	OLDUKÇA	ÇOK FAZLA
1.	Deri Döküntüsü					
2.	Gün İçinde Uyanık Kalmada Güçlük					
3.	Burun Akıntısı					
4.	Rüya Görmede Artma					
5.	Baş Ağrıları					
6.	Ağız Kuruluğu					
7.	Göğüsde Şişlik Veya Hassasiyet					
8.	Uçlarda (El, Ayak, Kulak, Burun gibi) Kızarma ve Morarma					
9.	Dikkatini Toplamada Zorluk					
10.	Kabızlık					
11.	Saç Dökülmesi					
12.	İdrar Renginin Alışılma Göre Koyulaşması					
13.	Adet Problemleri					
14.	Gerginlik					
15.	Baş Dönmesi - Sersemlik					
16.	Bulantı Hissi					
17.	Cinsel İstekte Artış					
18.	Yorgunluk					
19.	Kasların Sertliği					
20.	Çarpıntı					
21.	Hatırlamada Güçlük					
22.	Kilo Kaybı					
23.	Duygusal Algılarda Eksilme					
24.	Orgazm Olmada Güçlük					
25.	Tırnaklarda Kırılma					

26.	Depresyon (Ruhsal Çöküntü)					
27.	Terlemede Artış					
28.	Ağızda Yaralar					
29.	Hareketlerde Yavaşlama					
30.	Ciltte Yağlanma					
31.	Aşırı Uyuma					
32.	İdrar Yapmada Güçlük					
33.	Yüzde Kızarma					
34.	Kas Kasılmaları					
35.	Güneş Işınlarına Hassasiyet					
36.	İshal					
37.	Ağızda Aşırı Tükrük Olması / Salya Akması					
38.	Bulanık Görme					
39.	Kilo Artışı					
40.	Yerinde Duramama					
41.	Uykuya Dalmada Güçlük					
42.	Boyun Kaslarında Ağrı					
43.	Titreme					
44.	İğne Batması Hissi veya Karıncalanma Hissi					
45.	Eklem Ağrıları					
46.	Cinsel İstekte Azalma					
47.	Deride Yenide Oluşan ya da Alışılmamış Lekeler					
48.	Vücutta İstem Dışı Hareketler Örneğin Ayakların Aşağı Yukarı Hareket Etmesi					
49.	Ciltte Kaşıntı					
50.	Adet Sıklığının Azalması					
51.	Fazla İdrar Yapma					

TC
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
MÜDÜRLÜĞÜ

Sayı: B.30.2.HAL.0.82.00.00./100-

Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Müdürlüğüne;

Bilgi: 09/10/2007 tarihli yazımız ve ekleri.

Haliç Üniversitesi Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Feyza Müge ÖZTÜRK'ün Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı **"Psikiyatri Hastalarının Ve Ailelerinin İlaç Yan Etkilerini Bilme Ve Bunlarla Baş Etme Durumları"** konulu araştırmanın anketlerini kurumumuzda gerçekleştirmesi uygun görülmüştür.



Esen Psikiyatri Dal Merkezi Müdürü

ESEN PSIKIYATRI MERKEZİ
MESUL MÜDÜR
Psikiyatri Uzmanı Dr. Cengiz ESENDEMİR
Diyadin No: 30806/3164/11
İhsaniye Mh. Ş.M. Genç (SMG) Cd. No: 2 BANDIRMA
Bandırma V.D.: 185028/24344

10. KAYNAKLAR

1. Abay E. Klinik Psikiyatri El Kitabı. Nobel tıp Kitabevleri, İstanbul, 1999.
2. Aker AT, Özmen E, Arkonaç O. Şizofrenide idame antipsikotik tedavi. *Düşünen Adam* 1992; 5(1-2-3): 52-57.
3. Aker T, Üstünsoy S, Kuğu N, Yazıcı A. Psikotik Bozukluğu Olan Hastalarda Tedaviye Uyum ve İlaç Tedavisine Uyumsuzluğu Değerlendirme Ölçeği. 36. Psikiyatri kongresi, 3-7 Ekim 2000, Antalya.
4. Allison DB, Mentore JL, Heo M, Chamdler LP, Capelleri JC, Infante MC, Weiden PJ. Antipsychotic-induced weight gain: a comprehensive research analysis. *American Journal of Psychiatry* 1999;156:1686-1696.
5. Alpay N, Karşıdağ Ç. *Düşünen Adam* Gebelikte Elektrokonvulsiv Terapi: Bir Gözden Geçirme Aralık 2006. http://www.dusunenadam.com/2006/2006_12_04.html.
6. Altın M. Alzheimer Tipi Demans Hastalarına Bakım Verenlerde Tükenmişlik ve Anksiyete. Uzmanlık tezi İstanbul-2006.
7. Aslan H, Fettahlıoğlu M, Alparslan ZN, Ünal M. Ayaktan sağaltımda uyumu etkileyen hastayla ilgili etkenler. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 1997;22(2),127-131.
8. Aydemir Ö. İlaçların Psikiyatrik Yan Etkileri ve Genel Tıpta Psikofarmakoloji Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları 1997;2(2):223-244.
9. Balcıoğlu İ. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu 2-3 Aralık 1999, İstanbul, 157-168.
10. Balon R. Managing compliance. *Psychiatric Times*, 19(5), 2002. <http://www.psychiatry-in-practice.com/default.asp>.
11. Barnes TE, KaneMJ. Choosing between old and new anti-psychotics. *Current Opinion in Psychiatry* 1996;9:369-376.
12. Baymaster FP, Calligaro DO, Falcone JF ve ark. Radioreceptor binding profile of the atypical antipsychotic olanzapine. *Neuropsychopharmacology*, 1996;14:87- 96.
13. Beebe LH. Community nursing support for clients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing* 2001;15(5):214-222.
14. Belli H, Özçetin A, Ertem Ü, Alpay E, Bahçebaşı T, Kıran ÜK, Baykız AF, Bayık Y. Şizofreni hastalarında bazı sosyodemografik özellikler ve tedavi ile ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2007; 8:102-112.

15. Bernstein SG. Drug therapy in Psychiatry. Movement disorders and neurologic aspects of psychotropic drugs. Dnnolley and Sons company St. Iouls missouri, third ed, 1995; 298-325.
16. Birsöz S. Psikofarmakolojik tedavilerin tarihsel gelişimi. Ed: Birsöz S, Turgay A. Psikiyatride İlaç Tedavisi. Medikomat Basım Yayın, Ankara, 1994;11-15.
17. Böke Ö, Sarısoy G, Akbaş S, Aker S, Korkmaz S, Aker AA, Bahçe Z, Çelik C, Şahin AR. Yatan Hastalarda Çoklu Antipsikotik Kullanımı: Geriye Dönük bir Çalışma Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 2006; 16:167-173.
18. Buckley NA, Sanders N. Cardiovascular adverse effects of antipsychotic drugs. Drug Saf, 2000; 23:215-228.
19. Buckley PF, Meltzer HY. Treatment of schizophrenia. In:Textbook of Psychopharmacology: Schatzberg AF, Nemeroff CB eds, Washington:American Psychiatric Press, 1995:615-639.
20. Carrion PG, Swann A, Cecil HK ve ark: Compliance with clinic attendance by outpatients with schizophrenia. American Psychiatric Press, Inc., 1995.
21. Casey DE. Motor and mental aspects of extrapyramidal syndromes. Clin Psychopharmacol, 10(Suppl 3): 1995;105-114.
22. Casey DE. Motor and mental aspects of acute extrapyramidal syndromes. Acta Psychiatr Scand 1994; 89:14-20.
23. Casey DE. Neuroleptic-induced acute extrapyramidal syndromes and tardive dyskinesia. The Psychiatric Clinics of North America. Psychopharmacology I 1993; 16:589.
24. Ceylan ME, Erdiş F. Nöroleptikler. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 1996;6:(1-4):11-27.
25. Chien WT, Norman I. Educational needs of families caring for Chinese patients with schizophrenia. J Adv Nurs 2003; 44:490-498.
26. Chong SA, Mythily, Mahendran R. Cardiac Effects of Psychotropic Drugs. Ann Acad Med 2001;30:625-631.
27. Czekalla J, Beasley CM, Dellva MA, Berg PH, Grundy S. Analysis of the QTc Interval During Olanzapine Treatment of Patients With Schizophrenia and Psychosis. J. Clin. Psychiatry 2001;62:191-198.
28. Çetin M, Özçubukçuoğlu A, Başoğlu C, Semiz ÜB, Filiz M. Klasik Nöroleptiklerle Tedaviye Dirençli Psikozlarda Sülpürüd'in Etkinliği ve Emniyeti. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 1998; 8(18-24).

29. Çetin M, Turgay A. Modern Psikofarmakolojinin Ellinci Yılında Klorpromozinden Günümüze Antipsikotik Tedavinin Dünü, Bugünü. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 2002;12(4):201-210.
30. Çevik Y. Antipsikotik İlaç Zehirlenmeleri
<http://www.mustafayildiz.8m.com/konular/antipsikotikilaczehirlenmeleri.htm>.
31. Davidson MA. Antipsychotic medications. Ed: M Mathewson- Kunhn. Pharmacotherapeutics A Nursing Process Approach, Third Edition, FA Davis Company, Philadelphia, 1994.
32. Deveci A, Danacı AE. Ziprasidon: Yeni Bir Atipik Antipsikotik İlaç. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 2001;11:276-282.
33. Dilbaz N, Karamustafalıoğlu O, Oral T, Önder E, Çetin M. Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Şizofreni Hastalarında Tedaviye Uyumun ve Uyumu Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 2006;16:223-232.
34. Doğan O, Doğan S, Tel H, Çoker F, Polatöz Ö, Başeğmez FD. Şizofrenide psikososyal yaklaşımlar: Aileler. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2002; 3:133-139.
35. Duran A. Dopamin Reseptör Antagonistleri (Tipik Antipsikotik İlaçlar) Nöroleptikler.<http://www.ctf.edu.tr/anabilimdallari/pdf/377/BiyolojikTedaviler.pdf>.
36. Ebrinç S, Çetin M, Başoğlu C, Ağargün MY, Seçil M, Can S, Çobanoğlu M. Şizofren hasta ve ailelerinde aile işlevselliği, sosyal destek ve duygu dışı vurumunun incelenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2001;2(1):5-14.
37. Ebrinç S, Çetin M, Öner Ö. Özel Gruplarda Bipolar Bozukluk Tedavisinde Atipik Antipsikotikler Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 2004;14(4):236-250.
38. Ensari H, Ceylan ME, Kılınç E, Kenar J. Türkiye'deki ruh hastalıkları hastanelerindeki psikofarmakolojik tedavilerin kalite yönünden değerlendirilmesi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 2004; 14(2):68-78.
39. Ercan S. Otistik Bozukluktaki Komorbid Bozuklukların Tedavisi: Hangi Tedavi Rejimi Kim için Etkilidir? <http://www.gata.edu.tr/dahilibilimler./cocukruh./ygbz.htm>.
40. Ersoy MA. Nöroleptiklerin etki mekanizması
<http://www.terapistim.com/kitap/Nroleptiklerin etkimekanizmas.html>.
41. Evlice YE. Ruhsal Bozukluklarda Sağaltım. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Ders Notları.
42. Fleischhacker WW, Meise U, Günther V ve ark: Compliance with antipsychotic drug treatment: influence of side effects. Acta Psychiatr Scand 1994; 89 (suppl382):11-15.
43. Frangou S, Murray RM. Schizophrenia. London, 1996.

44. Gülseren L, Erol A. Şizofrenide İlaç Sağaltımı. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 2000;10:213-227.
45. Gülseren L. Şizofreni ve Aile: Güçlükler, Yükler, Duygular, Gereksinimler. Türk Psikiyatri Dergisi, 2002; 13(2):143-151.
46. Gümüş AB. Şizofreni hastalarının ve yakınlarının sağlık eğitimi gereksinimleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2006; 7:33-42.
47. Harding CM, Zahniser JH. Empirical correction of seven myths about schizophrenia with implications for treatment. Acta Psychiatry Scand, 90 (Suppl 384): 1994;140-146.
48. <http://www.birseoygren.com/hakkında/antipsikotik>
49. <http://www.crsn.net/prelinikcal.htm>
50. <http://www.gata.edu.tr/dahilibilimler/çocukruh/atipik.htm>
51. <http://www.ilacrehberi.com/cgi-bin/parkinson.asp>
52. <http://www.med.gazi.edu.tr/egitim/donem5/psikiatri/sizofrenbozuknyuksel.htm>
53. <http://www.stichtingpandora.nl/resources/stichtingpandora/download/turcmedicijnenpdf>
54. Işık E. Organik Psikiyatri. Ankara, 1999.
55. Işık E. Şizofreni. 2. Baskı, Kent Matbaacılık, Ankara, 1997;117-155.
56. Işık E. Şizofreni. Ankara;1994.
57. İçelli İ. Psikotrop İlaçların Yol Açtığı Hareket Bozuklukları ve Tedavi Yaklaşımları. Ed: Güleç C, Köroğlu E. Psikiyatri Temel Kitabı. Hekimler Yayın Birliği, Ankara 1998.
58. Jordan S, Tunnicliffe C, Sykes A. Minimizing side-effects: The clinical impact of nurse-administered 'side-effect' checklists. Journal of Advanced Nursing 2002; 37(2):155-165.
59. Juncos J. In discussion of: Impact of EPS on Patients. In:Tandon R, chair. The scourge of EPS: Have atypical antipsychotics solved the problem? (Academic Highlights), the Journal of Clinical psychiatry 2000;61(12):955-962.
60. Kane JM. Choosing Among Old and New Antipsychotics. J Clin Psychiatry 1996;57:427-438.
61. Katzung BG. Basic&Clinical Pharmacology. Connecticut, Prentice-Hall International Inc, Fifth Ed: 1992; 868-870.
62. Kaya Y, Ünal S. Psikotik bir hastalık durumunu açıklama ve çare arama davranışında cinsiyetin rolü. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2006; 7:197-203.
63. Kısa C, Yalçın ES, Göka E. Atipik Antipsikotiklerin Neden Olduğu Agranülositoz: Olgu Sunumu. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 2001; 11(3):183-186.
64. Kinon BJ, Lieberman JA. Mechanisms of action of atypical antipsychotic drugs: a critical analysis. Psychopharmacology, 1996; 124:2-34.

65. Kostakoğlu EA, Alptekin K, Kıvırcık BB, Kabacık E, Tunca Z, Göğüş A. Şizofrenik hastalarda olanzapin ve klorpromozinin etki ve güvenilirliğinin karşılaştırılması. Türk Psikiyatri Dergisi, 2001; 12(1):3-16.
66. Köknel Ö. Modern Psikofarmakolojinin ellinci yılında Türkiye'de ve Dünya'da psikofarmakoloji ve yine psikofarmakolojik araştırmaların tarihçesi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 2002;12(4):201-210.
67. Köroğlu E. Antipsikotik İlaçlar. Ed: C Güleç, E Köroğlu. Psikiyatri Temel Kitabı. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1998; 943-960.
68. Kum N. Vehbi Koç Vakfı Yayınları no:13 Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı. İstanbul, 1996.
69. Kupfer D, Sartorius N. The usefulness and use of second generation antipsychotic medications. Curr Op Psychiatry 2002;15(Supplement 1): S1-S27.
70. Kurt E, Akman B, Alataş G, Daşdelen S, Oral T. Şizofreni Tanılı Hastalarda Antipsikotik ilaçların Kardiyak Etkilerinin Karşılaştırılması. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 2007;17:155-161.
71. Lelliott P, Paton C, Harrington M, et al. The influence of patient variables on polypharmacy and combined high dose of antipsychotic drugs prescribed for in-patients, Psychiatr Bull, 26: 411-414,2002.
72. Malseed RT, Harrigan GS. Textbook of Phamacology Nursing Care "Using The Nursing Process" JB Lippincott Comp., Philadelphia, 1989; 487-512.
73. Marder SR, Van Kammen DP. Dopamine receptor antagonists In:Comprehensive Textbook of Psychiatry: Sadock BJ, Sadock VA eds, Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins, 2000:2356-2376.
74. Marder SR, Van Putten T. Antipsychotic Medications. In: Schatzberg AF, Nemeroff CB eds. Textbook of Psychopharmacology. American Psychiatric Press, Washington, 1995: 247-261.
75. Mete L, Alptekin K, Üçok A, Erkoç Ş, Çelikel B, Şentürk VB, Gül A. Şizofreni tanılı hastalarda bir yıllık çok merkezli izleme çalışması: İlaç tedavisinin yan etkileri. 37. Ulusal Psikiyatri Kongre Kitabı, İstanbul, 2001.
76. Mueser KT, Bellack AS, Wade JH, Sayers SL, Rosenthal CK. An assessment of the educational needs of chronic psychiatric patient and their relatives. Br J Psychiatry 1992; 160:674-680.

77. Öyekçin DG. Bir devlet hastanesi psikiyatri polikliniğine bir yıl içinde başvuran olguların sosyodemografik özellikleri ve psikiyatrik tanı dağılımı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2008; 9:39-43.
78. Özalmete EÖ. Şizofreni Hastalarının Tedavisinde Antipsikotik Polifarmasi Uygulamasının Değerlendirilmesi .Uzmanlık Tezi İstanbul 2006.
79. Özaltın G. Psikiyatri Hemşireliğinde Hasta ve Hasta Aileri. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1999; 3(1).
80. Özeren F. Psikotrop ilaç alan hastaların yaşadıkları yan etkilerle baş etmelerinde hemşirelik bakımının etkinliği. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi,1996.
81. Öztürk O. Ruhsal Bozukluklarda İlaç Sağaltımı. Ed: O Öztürk, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2001.
82. Passman R, Kadish A. Polymorphic ventricular tachycardia, long QT syndrome, and torsades de pointes. *Med Clin North Am*. 2001; 85: 321-341.
83. Pektekin Ç, Edt: Demir Y. Psikiyatri Hemşireliği. Anadolu Üniversitesi Yayınları No:268, Eskişehir, 1992.
84. Ruhi Y. Acil Baş Vurmuş Psikotik Hastaya Yaklaşım ve Tedavi, “ Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu”, İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, 2-3 Aralık 1999, İstanbul, 139-143.
85. Sabuncu N, Babadağ K, Taşocak G, Atabek T. Hemşirelik Esasları. Anadolu Üniversitesi Yayınları No: 496, Eskişehir, 1996.
86. Sağduyu A, Aker T, Özmen E, Uğuz Ş, Ögel K, Tmar D. Şizofrenisi Olan Hastaların Yakınlarının Şizofreniye Yönelik Tutumları *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2003; 14(3): 203-212.
87. Sağduyu A, Aker T, Özmen E. Halkın şizofreniye bakışı ve yaklaşımı üzerine bir epidemiyolojik araştırma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2001, 12: 99-110.
88. Sajatovic M. Treatment of bipolar disorder in older adults. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002; 17:865-873.
89. Sarandöl A, Akaya C, Cangür Ş, Mercan Ş, Pirinççi E, Kırılı S. Ayaktan Takip Edilen Şizofreni Hastalarının Takip Sürelerini Etkileyen Sosyodemografik, Hastalık ve Tedaviye Ait Özellikler. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 2007; 17(1):15-23.
90. Sayer K, Saygılı S. Yeni Antipsikotikler: Bir Gözden Geçirme. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 7: (1-4)(4-10), 1997.

91. Schazberg AF, Cole JO. Antipsikotikler. Ed: Saygılı R. Çevirmenler: Bayraktar E, Demet M, M. Özkan M. Pratik Klinik Psikofarmakoloji. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları:132. 1988-İzmir.
92. Sofuoğlu S, Turan T. Antipsikotik ilaç tedavisinde uyum problemleri: Bunların ekstrapiramidal yan etkilerle ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2000; 1(2):100-106.
93. Songür H. Şizofreni Tedavisine Genel Bir Bakış. Psikiyatri Dünyası, 1999;3: 83-90.
94. Sungur MZ. Şizofreni: Mitler ve Gerçekler. Klinik Psikiyatri Dergisi, 2000;3(Ek1):5-12.
95. Süzer Ö. Nöroleptik İlaçlar. Cerrah Paşa Tıp Fakültesi Farmakoloji ve Klinik Farmakoloji Anabilim Dalı.
http://www.ctf.edu.tr/farma/onersuzer/pdf/tr/10_Noroleptik_ilaclar.pdf.
96. Tariot PN, Salzman C, Yeung PP, Pultz J, Rak IW. Long-Term use of quetiapine in elderly patients with psychotic disorders. Clin Ther 2000; 22:1068-1084.
97. Tel H, Terakye G. Şizofrenik hasta ailelerine yönelik bir psikoöğitimsel yaklaşım uygulaması denemesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2000; 1(3):133-142.
98. Torney E. Prevalance Studies in Schizophrenia. Br J Psychiatry 1987; 150:598-608.
99. Trimble MR. Biological Psychiatry. John Willey and Sons, London, 1996.
100. Turgay A. Çocuk ve Gençlerde Antipsikotik İlaçların Kullanılmasında Son Yenilikler. Editörler: Birsöz S, Turgay A Psikiyatride İlaç Tedavisi. 2. basım, Ankara, Medikomat Basın Yayın Sanayi, 1994: 239-251.
101. Tümkaya S, Özdel O, Değirmenci T, Oğuzhanoglu NK. Bir üniversite hastanesi psikiyatri polikliniği hastalarında psikiyatrik tanı ve tedavi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2005; 6:36-40.
102. Usher K. Taking neuroleptic medication as the treatment for schizophrenia:A phenomenological study. Australian and New zealand Journal of Mental Health Nursing 2001;10(3):145-157.
103. Usta E, Metin Ö, Birsöz S. Şizofreni ve Diyabet: Yeni Kuşak Antipsikotiklerin Yol Açtığı Diyabet veya Metabolik Sendrom Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 2007; 17(4):203-206.
104. Ünal S, Kaya B. Yaşlı ve Depresyon-II Tedavi Yaklaşımları. Geriatri2(2): 83-89, 1999.
105. Weiden P, Aquila R, Standard J. Atypical antipsychotic drugs and long-term outcome in schizophrenia. J Clin Psychiatry, 1996; 57 (Suppl11):53-60.
106. Wieden P, Olfson M (1995) Cost of relapse in schizophrenia. Schizophr Bull, 21: 419-428.

107. Wilson HS, Kneist CR. Psychiatric Nursing. Third Edition, Addison Wesley Publishing Company. California, 1988.
108. Wirshing DA, Boyd JA, Meng LR, Ballon JS, Marder SR, Wirshing WC. The effects of novel antipsychotics on glucose and lipid levels, J. Clin Psychiatry, 2002; 63: 856-865.
109. Yağcıoğlu AEA. Antipsikotik İlaçların Etki Mekanizmaları: Şizofreni Tedavisinde “Atipiklik” Bir Üstünlük mü? Türk Psikiyatri Dergisi, 2007; 18(4):364-374.
110. Yılmaz M. Şizofrenli hastaların Ayaktan Tedavisinde Ruhsal ve Toplumsal Girişimler Neden gereklidir ve Nasıl Uygulanabilir. Neden Nasıl Şizofreni. Candansayar S (Editör). Ankara, PEDAY:237-268.
111. Yılmaz S, Buzlu S. Liverpool Üniversitesi Antipsikotiklerin Yan Etkilerini Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe Formunun Güvenirliği. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 2006;16:147-154.
112. Yılmaz S. Psikiyatri Hastalarında İlaç Yan Etkileri ve İlaç Uyumu. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2004.
113. Yüksel N. Antipsikotik ilaçlar. Psikofarmakoloji içinde Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi, 1998: 58-121.
114. Yüksel N. Psikofarmakoloji Antipsikotik ilaçlar. Çizgi Tıp, Ankara, 2003.
115. Zarate CA Jr, Narendran R, Tohen M, ve ark. (1998) Clinical predictors of acute response with olanzapine in psychotic mood disorders. J Clin Psychiatry, 59:24-28.

11. ÖZGEÇMİŞ

06.07.1982 yılında İstanbul'da doğan Feyza Müge ÖZTÜRK, ilk ve orta eğitimini İstanbul'da, lise eğitimini ise Bandırma'da tamamladı. 2005 yılında Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'ndan mezun oldu. 2007 yılında Bandırma'da Özel Esen Psikiyatri Dalı Merkezin'de psikiyatri hemşiresi olarak başladığı görevine halen devam etmektedir.