



**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ
ENSTİTÜSÜ**

**PSİKİYATRİ KLİNİĞİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELER İÇİN
KANITA DAYALI İLAÇ YÖNETİMİ REHBERİ İLE İLAÇ
UYGULAMA-TAKİP ÇİZELGESİ GELİŞTİRİLMESİ VE
KULLANIMLARININ NİTEL ARAŞTIRMA YÖNTEMİ İLE
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Melisa BULUT

**Danışmanı
Doç.Dr. Çiğdem YÜKSEL**

**Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
Psikiyatri Hemşireliği Programı**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

MAYIS/2021

TEZ KABUL ONAYI

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalında Programında Melisa BULUT tarafından hazırlanan "Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşireler İçin Kanıta Dayalı İlaç Yönetimi Rehberi ile İlaç Uygulama - Takip Çizelgesi Geliştirilmesi ve Kullanımlarının Nitel Araştırma Yöntemi ile Değerlendirilmesi" Başlıklı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ / OY ÇOKLUGU ile YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Başkan: Doç. Dr. Duygu HIÇDURMAZ

Hacettepe Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı

Bu tezin Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum.

Uye (Danışman): Doç. Dr. Çiğdem YUKSEL

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Hemşirelik Fakültesi
Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı

Bu tezin Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum.

Uye: Doç. Dr. Emine OKSUZ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Hemşirelik Fakültesi
Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı

Bu tezin Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum.

Tez Savunma Sınavı Tarihi: 20/05/2021

Jüri üyeleri tarafından YÜKSEK LİSANS tezi olarak uygun görülmüş olan bu tez Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Tezin Teslim Edildiği Tarih: / /

BEYAN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Mevcut tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu,
- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Mevcut tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Melisa BULUT

20.05.2021

ÖZET

Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşireler İçin Kanıta Dayalı İlaç Yönetimi Rehberi ile İlaç Uygulama-Takip Çizelgesi Geliştirilmesi ve Kullanımlarının Nitel Araştırma Yöntemi ile Değerlendirilmesi

Amaç: İlaç yönetimi; ilacın satın alımı ile başlayıp, ilacın hastada oluşturduğu etkinin ve sonuçların değerlendirilmesine kadar geçen süreçte güvenli, etkili, etik, maliyet etkin ve hasta merkezli bir bakım yaklaşımıdır. Psikiyatrik tedavi ve bakımda önemli bir yere sahip olan psikotrop ilaç yönetimi sürecinde, psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin; hastanın değerlendirilmesi, tedavi yöntemlerinin koordinasyonu, ilaçların uygulanması, ilaç etkilerinin izlenmesi, ilaç eğitimi ve klinik ilaç araştırma çalışmalarında yer alma sorumlulukları vardır. Hemşirelerin psikotrop ilaç yönetimindeki sorumluluklarını yerine getirebilmeleri için en etkin yöntem kanıta dayalı stratejilerin klinik kullanımıdır. Psikiyatri kliniğinde hemşirelerin ilaç yönetimine etkin katılabilmeleri, güvenli ve kaliteli ilaç yönetiminin gerçekleştirilmesi için kanıta dayalı ilaç yönetimi rehberi ile ilaç uygulama-takip çizelgesinin geliştirilmesi ve kullanımlarının değerlendirici nitel durum araştırması ile değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Kanıta Dayalı Rehber Geliştirme Süreci esas alınarak psikiyatri kliniğinde çalışan hemşireler için Kanıta Dayalı İlaç Yönetimi Rehberi (KDİYR) ve İlaç Uygulama-Takip Çizelgesi (İUTÇ) geliştirilmiştir. Geliştirilen araçlar Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'nde kullanılmış; kullanımları Kasım 2020 ile Ocak 2021 tarihleri arasında klinikte çalışmakta olan on hemşirenin (n=10) katılımıyla değerlendirici nitel durum çalışması ile değerlendirilmiştir. Veri toplama aracı olarak Bireysel Veri Toplama Formu, Görüşme Formu, dokümanlara dair verilere ulaşmak için Kanıta Dayalı İlaç Yönetimi Rehberi (KDİYR) ve İlaç Uygulama Takip Çizelgesi (İUTÇ), gözleme dair verilere ulaşmak için araştırmacının gözlem notları kullanılmıştır. Görüşme, doküman ve araştırmacının gözlem notlarından elde

edilen verilerin analizinde Merriam'ın durum analizi yönteminden faydalanılmıştır.

Bulgular: Verilerin analizi sonucunda üç tema: (i) başlangıç aşaması, (ii) uygulama aşaması, (iii) sonlanma aşaması ve devam ettiriciler; on iki alt tema elde edilmiştir.

Sonuç: Hemşireler geliştirilmiş olan araçların bilgi eksikliğini gidermede, etkin ve güvenli bir ilaç yönetimi süreci oluşturmada, hemşirelik bakımının kalitesini yükseltmede ve devamlılığını sağlamada, hasta sonuçlarını yükseltmede etkisinin olduğunu ifade etmişlerdir. Hemşireler tarafından araçların klinikte rutin kullanımına devam edilmesi istenmiş, bunun için birtakım öneriler sunulmuştur. Dünya'da ve ülkemizde ilk kez psikiyatri hemşirelerinin ilaç yönetiminde kullanabilecekleri bir kanıta dayalı ilaç yönetimi rehberi ve ilaç uygulama-takip çizelgesi geliştirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Kanıta Dayalı Uygulama, Kanıta Dayalı Hemşirelik, Klinik Rehber, İlaç Tedavisi Yönetimi, Psikotrop İlaç, Psikiyatri Hemşireliği

ABSTRACT

Development of Evidence-Based Medication Management Guideline and Medication Application-Follow-up Chart for Nurses Working in Psychiatry Clinics and Evaluation of Their Use with Qualitative Research Method

Objective: Medication management is a safe, effective, ethical, cost-effective and patient-centered care approach in the process starting with the purchase of the drug and continuing with evaluate the effect and results of the drug on the patient. In the process of psychotropic medication management, which has an important place in psychiatric treatment and care, nurses working in psychiatry clinics have responsibilities for evaluating the patient, coordination of treatment methods, administration of drugs, monitoring drug effects, drug education and taking part in clinical drug research studies. Clinical use of evidence-based strategies is the most effective method for nurses to fulfill their responsibilities in psychotropic medication management. In psychiatry clinic, it was aimed to develop evidence-based medication management guideline and medication application-follow-up chart and to evaluate their use with an evaluative qualitative case study in order to enable nurses to participate effectively in medication management and to achieve safe and quality medication management.

Materials and Methods: The Evidence-Based Medication Management Guideline (EBMMG) and the Medication Application-Follow-up Chart (MAFC) were developed based on the NICE (National Institute for Health and Care Excellence) Evidence-Based Guideline Development Process, for nurses working in the psychiatry clinic. The developed tools were used in Gulhane Training and Research Hospital Mental Health and Diseases Clinic; their use was evaluated in an evaluative qualitative case study with the participation of ten nurses (n = 10) who were working in the clinic between November 2020 and January 2021. As data collection tools, Individual Data Collection Form, Interview Form, Evidence-Based Medication Management Guideline (EBMMG) and Medication Application-Follow-up Chart (MAFC) for access the data about the documents, and the observation notes of the researcher to reach the data about the observation were used. Merriam's

situation analysis method was used in the analysis of the data obtained from the interviews, documents and observation notes of the researcher.

Findings: As a result of the analysis of the data, three themes: (i) initial phase, (ii) implementation phase, (iii) termination phase and continuers; and twelve sub-themes were obtained.

Conclusion: It has been revealed that the developed tools eliminate the lack of knowledge of nurses, create an effective and safe medication management process, increase the quality and continuity of nursing care, and increase patient outcomes. The nurses asked to continue the routine use of the tools in the clinic, and some suggestions were made for this. For the first time in the world and in our country, an evidence-based medication management guideline and medication application-follow-up chart have been developed that psychiatric nurses can use in medication management.

Key Words: Evidence-Based Practice, Evidence-Based Nursing, Clinical Guidelines, Medication Therapy Management, Psychotropic Drug, Psychiatric Nursing

TEŞEKKÜR

Eğitimim süresince hiçbir destekten çekinmeden sabır ve özveriyle beni yetiştiren, bilgisiyle yarımlarıma ışık tutan değerli danışmanım Doç. Dr. Çiğdem YÜKSEL'e,

Yüksek lisans eğitimimde emekleri geçen Gülhane Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalının kıymetli öğretim üyeleri Doç. Dr. Emine ÖKSÜZ ve Dr. Öğr. Üyesi Gamze SARIKOÇ'a,

Tez sürecim boyunca bilgi, tecrübe ve yardımlarıyla yanımda olan kıymetli hocam, meslektaşım Uzm. Hem. Reyhan DOĞAN'a,

Bu süreçte değerli bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan Dr. Öğr. Üyesi Neşe MERCAN'a, Dr. Öğr. Üyesi Didem AYHAN'a, Araş. Gör. Günay HAZIR'a, araştırmamın örneklemine katılmaya gönüllü olan değerli meslektaşlarım Gülhane Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Kliniği'nin hemşirelerine çok teşekkür ederim.

Yaşamım boyunca beni destekleyen, tüm emeklerini beni ülkeme faydalı bir evlat olarak yetiştirmek için harcayan, elini hep omzumda hissettiğim canım babam Reşat BULUT'a,

Sevgisiyle yolumu aydınlatıp zorlukları kolay eden, bugünlere gelmem için fedakarlıkla beni yetiştiren ilk öğretmenim canım annem Aygül BULUT'a,

En iyi arkadaşım, geleceğin başarılı bir hekimi olacağından hiç şüphe duymadığım can parçam kardeşim Çağatay BULUT'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Melisa BULUT

ANKARA 2021

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	vi
TEŞEKKÜR.....	viii
İÇİNDEKİLER.....	ix
TABLO LİSTESİ.....	xii
ŞEKİL LİSTESİ.....	xiii
KISALTMALAR.....	xiv
GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Soruları.....	2
GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. İlaç Yönetimi.....	3
2.1.1. İlaç Yönetiminin Tanımı.....	3
2.1.2. İlaç Yönetimi Süreci.....	3
2.1.2.1. İlacın tedarik edilmesi ve depolanması.....	3
2.1.2.2. İlacın reçete edilmesi ve transferi.....	3
2.1.2.3. İlacın kullanım alanında depolanması ve hazırlanması.....	4
2.1.2.4. İlacın uygulanması ve uygulama sonrası gözlem.....	4
2.1.3 Güvenli İlaç Yönetimi ve Gereklere.....	4
2.2. Psikiyatride İlaç Yönetimi.....	5
2.2.1. Psikofarmakolojik İlaçların Tarihçesi.....	5
2.2.2. Psikofarmakolojik İlaçların Tanımı.....	6
2.2.2.1. Antipsikotikler.....	6
2.2.2.2. Antidepresanlar.....	6
2.2.2.3. Anksiyolitikler.....	6
2.2.2.4. Duygudurum düzenleyiciler.....	7
2.2.2.5. Uyarıcılar.....	7
2.2.3. Psikotrop İlaç Kullanımının Yaygınlığı.....	7
2.2.4. Psikiyatride İlaç Yönetiminin Bileşenleri.....	10
2.2.4.1. Psikotrop İlaç Tedavisi Öncesi Değerlendirme.....	10

2.2.4.2. Psikotrop İlaçlar İçin Karar Verme.....	11
2.2.4.3. Reçeteyi Gözden Geçirme.....	11
2.2.4.4. İlaçları Depolama ve Dağıtma.....	12
2.2.4.5. İlaçları Hazırlama ve Uygulama.....	12
2.2.4.6. İlaç Sonuçlarını İzleme.....	13
2.2.4.7. Psikotrop İlaçları Kayıt Altına Alma ve Bilgileri Aktarma.....	14
2.2.4.8. İlaç Hatalarını ve Beklenmeyen İlaç Reaksiyonlarını Raporlama	14
2.2.4.9. Psikotrop İlaç Kullanımına Yönelik Psikoeğitim.....	14
2.2.4.10. Bireysel İlaç Yönetimi.....	15
2.2.4.11. Konsültasyon.....	16
2.2.4.12. Personel Eğitimi.....	16
2.2.5. Psikiyatride İlaç Yönetimindeki Zorluklar ve Bu Zorluklarla Baş Etme Stratejileri	17
2.2.5.1. İlaç uyumsuzluğu.....	17
2.2.5.2. Psikotrop ilaç hataları.....	21
2.2.6. İlaç Yönetimi Sürecinde Kullanılan Araçlar ve Etkileri.....	29
2.2.6.1. Teknoloji odaklı ilaç yönetimi araçları.....	29
2.2.6.2. Teknoloji odaklı olmayan ilaç yönetimi araçları.....	31
2.3. İlaç Yönetiminde Hemşirenin Sorumlulukları.....	34
2.3.1. Hemşirenin İlaç Yönetimindeki Sorumluluklarının Yasa ve Yönetmeliklerdeki Yeri.....	34
2.3.2. Psikiyatride İlaç Yönetiminde Hemşirenin Sorumlulukları.....	34
2.3.2.1. Hastanın değerlendirilmesi.....	35
2.3.2.2. Tedavi Yöntemlerinin Koordinasyonu.....	35
2.3.2.3. İlaçların Uygulanması.....	36
2.3.2.4. İlaç Etkilerinin İzlenmesi.....	37
2.3.2.5. İlaç Eğitimi.....	38
2.3.2.6. Klinik İlaç Araştırma Çalışmaları.....	38
2.3.3. Hemşirelik Eğitiminde Psikofarmakoloji ve Psikotrop İlaç Yönetimi	40
GEREÇ VE YÖNTEM.....	42

3.1. Araştırmanın Türü.....	42
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	43
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	44
3.3.1. Araştırmaya Dâhil Olma Kriterleri.....	45
3.3.2. Araştırmaya Dâhil Olmama Kriterleri.....	45
3.4. Veri Toplama Araçları.....	45
3.4.1. Bireysel Veri Toplama Formu.....	46
3.4.2. Görüşme Formu.....	46
3.4.3. Dokümanlar.....	47
3.4.4. Araştırmacının Gözlem Notları.....	47
3.5. Verilerin Toplanması.....	47
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	49
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	49
3.8. Araştırma İzni.....	51
3.8.1. Araştırmanın Etik Yönü.....	51
3.8.2. Araştırmanın Geçerlik ve Güvenirliği.....	51
BULGULAR.....	52
4.1. Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşireler İçin Kanıta Dayalı İlaç Yönetimi Rehberi Geliştirilmesine İlişkin Bulgular.....	52
4.2. Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşireler İçin İlaç Uygulama-Takip Çizelgesi Geliştirilmesine İlişkin Bulgular.....	66
4.3. Hemşirelerin İlaç Yönetimi Rehberi ve İlaç Uygulama-Takip Çizelgesi Kullanımlarının Nitel Araştırma Yöntemi ile Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular.....	67
4.3.1. Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Bulgular.....	67
4.3.2. Gözlem, Görüşme ve Dokümanların İncelenmesi Sonucunda Elde Edilen Bulgular.....	69
TARTIŞMA.....	84
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	93
KAYNAKLAR.....	96
EKLER.....	109
ÖZGEÇMİŞ VE İLETİŞİM BİLGİLERİ.....	211

TABLO LİSTESİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 4.1.1. Kapsam Araştırması Tablosu.....	55
Tablo 4.1.2. İnceleme Soruları PICO Formatı.....	57
Tablo 4.1.3. Kaynak ve Arama Stratejileri PICO Formatı.....	58
Tablo 4.3.1.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	69
Tablo 4.3.1.2. Katılımcıların Tanımlayıcı Sorulara Verdikleri Cevapların Dağılımı	69



ŞEKİL LİSTESİ

<u>Şekil No</u>	<u>Sayfa No</u>
Şekil 3.5.1. Araştırma Akış Şeması.....	48
Şekil 4.1.1. NICE Kanıta Dayalı Rehber Geliştirme Süreci.....	53
Şekil 4.1.2. PRISMA Kriterleri Doğrultusunda Hazırlanan Akış Şeması.....	62
Şekil 4.3.2.1. Kod Bulutu.....	70
Şekil 4.3.2.2. Bulgulardan Elde Edilen Tema ve Alt Temalar.....	71



KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
COREQ	: Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research
HUÇEP	: Hemşirelik Ulusal Çekirdek Eğitim Programı
İUTÇ	: İlaç Uygulama - Takip Çizelgesi
KDİYR	: Kanıta Dayalı İlaç Yönetimi Rehberi
MeSH	: Medical Subject Headings
NICE	: National Institute for Health and Care Excellence
PICO	: Population, Intervention, Comparison, Outcomes
PRISMA	: Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
RPS	: Royal Pharmaceutical Society
SSRI	: Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörü)
TUEK	: Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurulu

1. GİRİŞ

1.1. PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ

Psikofarmakolojik tedavi, psikiyatrik tedavi ve bakımın önemli bir bileşenidir. Psikofarmakoloji alanındaki gelişmelerin klinik uygulamaya aktarılması ile birlikte, psikiyatri kliniğinde hemşireler yeni sorumluluklar üstlenmişlerdir. Hemşireler psikofarmakolojik tedaviye; ilaç hazırlama, ilaç uygulama, ilaca verilen yanıtı izleme ve değerlendirme, değerlendirmelerini ekip ile paylaşma, hastalar ve ailelerine kullanılan ilaçlar ile ilgili psikoeğitim planlama, uygulama ve etkinliğini değerlendirme girişimleri ile katılmaktadırlar (1-4). Psikiyatri kliniğinde hemşirelerin psikofarmakolojik tedavi planında yer almaları hemşirelik bakımını planlarken hastayı değerlendirebilme, karar alabilme ve uygulayabilme, hastanın ailesi ile iş birliği yapabilme, tedavi planında rol alan psikiyatri ekibi ile birlikte çalışabilme gibi bilişsel ve etkileşimli bir sürece girmelerini sağlamaktadır (5,6). Psikiyatrik bakımda yer alan tüm bu hemşirelik uygulamaları, hemşirelerin ilaç yönetiminde etkin rol üstlenmelerini gerekli kılmıştır. İlaç yönetimi güvenli, etkili, etik, maliyet etkin ve hasta merkezli bir bakım yaklaşımıdır (6,7). İlaç yönetimi, psikiyatri pratiğinin ayrılmaz bir parçası olup; içerisinde birçok bileşeni barındırmaktadır (4,8-10).

Psikiyatride ilaç yönetimi psikofarmakolojik ilaçların kullanımındaki birtakım zorluklar nedeniyle klinik uygulamada önemli bir yer tutmaktadır. Bu zorluklar; psikiyatrik hastalıkların çoğunlukla kronik olmaları ve uzun süreli ilaç tedavisini gerektirmeleri, psikiyatrik hastalıkların doğası nedeniyle hasta bireylerin klinikte bireysel ilaç yönetimini üstlenme güçlüğü yaşamaları, içgörü eksikliği ve ilaç kullanımıyla ilgili gerçekdışı düşünceler sebebiyle taburculuk sonrası ilaca uyumsuzluğun görülmesi, psikiyatrik ilaçların yan etki profillerinin yüksek olması, yan etkilerin ilaca uyumu olumsuz etkilemesi, ilaç-ilaç/besin etkileşimlerinin sık olması, çoklu ilaç kullanımının yaygın olması, psikiyatri kliniğinde ilaç uygulama hatalarının sık görülmesi olarak belirtilmektedir (6,11-14). Psikiyatrik bakımda en büyük paya sahip olan hemşirelerin güvenli ve iyi planlanmış bir ilaç yönetimini hemşirelik bakımına bütünleştirmesiyle bu zorlukların azaltılabilmesi mümkün olabilmektedir. Hemşirelerin ilaç yönetimine katılabilmeleri için en etkin strateji kanıta dayalı klinik rehberler ve uygulama çizelgelerinin kullanılmasıdır (8,15,16).

Bu bilgilerin ışığında; psikiyatri kliniğinde çalışan hemşireler için kanıta dayalı ilaç yönetimi rehberi ve ilaç uygulama-takip çizelgesi geliştirilmesi; nitel durum çalışmasıyla klinikte kullanımlarının değerlendirilmesi hedeflenmektedir. Bu araçların kullanımı ile psikiyatri kliniğinde hemşirelerin ilaç yönetimine etkin katılabilmeleri, güvenli ve kaliteli ilaç yönetiminin gerçekleştirilmesi, ilaç uygulama hatalarının azalması ve hasta güvenliğinin sağlanabilmesi, hemşirelik bakımının standardize edilmesi, bakım ve hasta sonuçlarının iyileştirilmesi, hasta bakım yükü ve maliyetlerin azaltılabilmesi, psikiyatri ekibinde ilaç yönetimi işbirliğinin ve iletişimin güçlenebilmesi, hastalar ve aileleri ile işbirliğinin sağlanarak tedaviye uyumun arttırılması, hemşirelerin meslek içi eğitimlerine katkı sağlanabilmesi amaçlanmaktadır.

1.2. ARAŞTIRMANIN SORULARI

Nitel araştırmalarda kavram, hipotez veya kuramın ispatlanması veya test edilmesi amaçlanmaz. Nicel araştırmalarda hipotez kurma ve bunu test etme varken; nitel araştırmalarda bu “araştırma problemi” olarak ifade edilmektedir (17).

Araştırma Problemi

Bir psikiyatri kliniğinde hemşirelerin ilaç yönetimi sürecinde kanıta dayalı bir rehber ve uygulama-takip çizelgesi kullanması nasıl bir süreç olmuştur?

Alt Problemler ve Araştırma Soruları

Geliştirilmiş olan “Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşireler İçin Kanıta Dayalı İlaç Yönetimi Rehberi (KDİYR) ile İlaç Uygulama-Takip Çizelgesi (İUTÇ)” nin kullanımının psikiyatri kliniğinde ilaç yönetimine etkileri neler olmuştur?

Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşireler bu süreçte neler deneyimlemişlerdir?

Kanıta Dayalı İlaç Yönetimi Rehberi ile İUTÇ kullanımını etkileyen faktörler nelerdir?

Kanıta Dayalı İlaç Yönetimi Rehberi ile İUTÇ kullanımının klinikte etkilediği durumlar nelerdir?

2.GENEL BİLGİLER

2.1.İLAÇ YÖNETİMİ

2.1.1. İlaç Yönetiminin Tanımı

İlaç yönetimi ilacın satın alımı ile başlayıp, hastada oluşturduğu etkinin ve sonuçların değerlendirilmesine kadar geçen süreçte güvenli, etkili, etik, maliyet etkin ve hasta merkezli bir bakım yaklaşımıdır (6,7). Hastaların kullandıkları ilaçtan en üst düzeyde fayda görebildiği, bununla birlikte ilaç kullanımından kaynaklanan olası zararların en aza indirildiği güvenli ilaç kullanımı sürecidir (18). İlaç yönetimi; kurumu, kurum politikalarını, tüm sağlık ekibi üyelerini ve sağlık hizmeti alan bireyler ile ailelerini içine alan sistemsel bir yaklaşımdır. Sağlık ekibi üyelerinin her birinin ilaç yönetimi sürecinde farklı rol ve sorumlulukları bulunmakla birlikte, sürecin merkezinde ilacı kullanan bireyler yer almaktadır (10).

2.1.2. İlaç Yönetimi Süreci

İlaç yönetimi karmaşık ve çok bileşenli bir süreçtir. Bu süreci temel olarak dört aşamayla ele almak mümkündür (8,19).

2.1.2.1.İlacın tedarik edilmesi ve depolanması: Bu aşama ilacın sağlık kuruluşuna alınması ile başlamaktadır. Doktorun ve eczanenin talebi doğrultusunda ilaçların tedariki yapılmaktadır. Ardından sağlık kuruluşuna alınan ilaçların kullanımlarına kadar bekletildiği eczane deposunda depolanma işlemi gerçekleştirilmektedir. İlaçların uygun koşullarda depolanması, ilaçların stok ve son kullanma tarihlerinin denetiminin yapılması, depolama alanlarının güvenliğinin sağlanması ve uygulamaların kayıt altına alınması bu aşamadaki ilaç yönetimi bileşenleri olarak sıralanmaktadır (4,8-10,20,21).

2.1.2.2. İlacın reçete edilmesi ve transferi: İlacın doktor tarafından reçete edilmesi veya klinik stoklarının yenilenmesi talebi ile birlikte, eczane deposunda bekletilmekte olan ilaçların kullanılmak üzere ilgili birime transferi başlatılmaktadır. İlaç istemlerinin açıklayıcı ve kurum politikasına uygun olarak yapılması, istemlerin kayıt altına alınması, eczane deposundan gönderilecek ilaçların hasta ve ilaç bilgilerini içerecek şekilde paketlenmesi, ilacın hazırlanması veya transferi esnasında

kullanılacak olan özel ekipmanların hazırlanması, ilacın güvenli transferi için taşıma önlemlerin alınması bu aşamadaki ilaç yönetimi bileşenleri olarak sıralanmaktadır (4,8-10,20,21).

2.1.2.3. İlacın kullanım alanında depolanması ve hazırlanması: İlaçların kullanılacağı klinik veya birime gelmesi ile başlayan süreçtir. İlaçların hastaya uygulanmadan önceki muhafaza koşullarının düzenlenmesi, teslim alınan ve kullanılan ilaçların kayıt altına alınması, özel muhafaza koşullarının ve risklerinin belirlenmesi, ısı ve nem takiplerinin yapılması, doktor istemi ve tedavi planına göre ilaçların uygulamaya hazırlanması bu aşamadaki ilaç yönetimi bileşenleri olarak sıralanmaktadır (4,8-10,20,21).

2.1.2.4. İlacın uygulanması ve uygulama sonrası gözlem: İlaçların hastaya uygulandığı ve uygulama sonrası ilacın etki, yan etki ve istenmeyen reaksiyonlarının gözlemlendiği aşamadır. İlacı uygulayan sağlık personelinin eğitilmiş ve yetkin olması, ilaç uygulanacak hastanın kimlik kontrolünün yapılması, uygulanan ilacın ismi, dozu, uygulama yolu, zamanı ve süresinin teyit edilmesi ve tüm bunların ilacı uygulayan kişinin adıyla birlikte kayıt altına alınması, ilaç uygulaması sonrasında hastanın etki, yan etki ve beklenmeyen reaksiyonlar yönünden klinik gözleminin yapılması, ortaya çıkan yan etkilerle baş edilmesi, istenmeyen reaksiyonlar meydana gelmişse bunların rapor edilmesi bu aşamadaki ilaç yönetimi bileşenleri olarak sıralanmaktadır (4,8-10,20,21).

2.1.3. Güvenli İlaç Yönetimi ve Gereklere

İlaçların tedarik edilmesinden hastaya uygulanması ve sonuçlarının değerlendirilmesine kadar olan bu sürecin etkili, maliyet etkin ve güvenli yürütülebilmesi için birtakım gereksinimler bulunmaktadır. Bu gereksinimler; sağlık kuruluşunun, sağlık personelinin ve sağlık hizmeti alan bireyler ile ailelerinin sorumluluğundadır (4,8-10,21).

Sağlık kuruluşu güvenli bir ilaç yönetimi sistemi kurmaktan sorumludur. Bu sistem kurumun ilaç yönetimi politika ve prosedürlerini içermektedir. Kurum; ilaç yönetimi sürecini tanımlayan, yönetim ve çalışanların sorumluluklarını belirten, ilaç yönetimi sürecinin basamaklarına rehberlik eden bireysel ilaç yönetimi politikasını

oluşturmalıdır. Tüm kurumda uygulanacak olan ilaç yönetimi ile ilgili kuralları belirlemelidir. İlaç yönetiminde yer alan “ilaç uygulama hatalarının bildirilmesi” ve “istenmeyen ilaç reaksiyonlarının bildirilmesi” basamakları için kayıt sistemleri oluşturmalıdır. Ayrıca yönetim, çalışanların ilaç yönetimi eğitimi ve ilaç yönetimi sürecinin denetiminden de sorumlu olmaktadır (4,8-10,21).

Sağlık personeli ilaç yönetimi sisteminin bir uygulayıcısıdır. Kurumun ilaç yönetimi politikalarına uymakla sorumludur. İlaç yönetiminin her basamağında hastanın güvenliğini sağlamak öncelikleridir. Bu amaçla sağlık personeli; ilacın tedarik süreci, depolanması, reçetelenmesi ve uygulanmasının hatasız olması, ilaç yönetiminin kayıt altına alınması, risk değerlendirmesinin yapılması, ilaç hataları ve istenmeyen ilaç reaksiyonlarının bildirilmesi, sağlık ekibi içinde etkili bir iletişimin sağlanması görevleri ile ilaç yönetimine katılmaktadır. Ayrıca sağlık personeli ilaç yönetiminde hasta ve ailesiyle iş birliği yapmak, hastaları bireysel ilaç yönetimlerinde bağımsız olabilmeleri için desteklemek, güvenli ilaç yönetimi ile ilgili destek ve eğitim sağlamakla sorumlu bulunmaktadır (4,8-10,21).

İlaç yönetiminin merkezinde yer alan hasta bireyler, aksi bir klinik görüş olmadıkça bireysel ilaç yönetimlerinin sorumluluğunu alma konusunda yetkin olmaktadır. İlacı kullanan kişi ilacın, ilaçla ilgili bakımın ve ilaç yönetiminin basamaklarının tümüyle ilişkilidir. Bu süreçte aileleri birincil destek sağlayıcıları olarak bulunabilmekte; özel durumlarda hasta birey adına ilaç yönetiminde karar alma yetkisine sahip olabilmektedirler (4,7,9,10,20).

2.2. PSİKİYATRİDE İLAÇ YÖNETİMİ

2.2.1. Psikofarmakolojik İlaçların Tarihçesi

Psikofarmakolojik ilaçların uygun kullanımlarının keşfinin çoğunlukla deneme-yanılma veya tesadüf eseri olduğunu görmek mümkündür. Bu anlamda en önemli gelişme olan “antipsikotiklerin keşfi” ile yeni bir çağır açılan psikiyatrik ilaç tedavisi, zamanla psikofarmakoloji alanındaki gelişmeler ile birlikte psikiyatrik tedavi ve bakımın merkezi haline gelmiştir. 1949’da lityumun, 1950’de reserpinin, 1950’lerin başında monoaminoksidad enzim inhibitörlerinin ve 1950’lerin sonunda

trisiklik antidepresanların, 1952’de klorpromazinin kullanılmaya başlanması ile psikofarmakolojik tedavide ilk adımlar atılmıştır (22-27). Daha sonra farmakoloji, fizyoloji, nöroloji ve nöropsikiyatri gibi psikofarmakolojiye yön veren alanlardaki gelişmelere paralel olarak 1960’larda yeni ilaçların keşfi hızla artmış; 1985 sonrasında ise yeni nesil psikofarmakolojik ilaçlar kullanılmaya başlanmıştır (22-27).

2.2.2. Psikofarmakolojik İlaçların Tanımı

Psikiyatrik hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçlar doğrudan merkezi sinir sistemine etki etmektedir (28-30). Bu yol ile düşünce, duygulanım ve davranış üzerine etkileri olan bu ilaçlar “psikotrop ilaçlar” olarak adlandırılmaktadır. Psikotrop ilaçlar böylece düşünce, davranış ve duygudurum bozukluklarının tedavisi için kullanılan önemli bir terapi stratejisini oluşturmaktadır (28-30). Psikotrop ilaçlar etki mekanizmaları ve kullanım alanlarına göre temel olarak beş gruba ayrılmaktadır. Bunlar; antipsikotikler, antidepresanlar, anksiyolitikler, duygudurum düzenleyiciler ve uyarıcılar olarak sıralanabilmektedir (31-34).

2.2.2.1. Antipsikotikler: Nöroleptikler veya majör trankilizanlar olarak da adlandırılmaktadır. Antipsikotikler esas olarak şizofreni ve diğer psikotik bozuklukların tedavisinde kullanılan ilaç grubudur. Ayrıca bipolar bozukluğun mani ve depresif dönemlerinde duygudurum düzenleyici olarak; tedaviye dirençli depresyonda antidepresanların etkisini artırıcı olarak ve Alzheimer, demans, otizmde davranış bozukluklarının; uyku-uyanıklık bozukluklarının; saldırganlığın ve tedaviye dirençli anksiyete bozukluklarının tedavisinde kullanılmaktadır. Antipsikotikler tipik (geleneksel) ve atipik (yeni nesil) olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır (33).

2.2.2.2. Antidepresanlar: Depresif bozukluklar başta olmak üzere anksiyete bozuklukları, obsesif-kompulsif bozukluk, travma ve stresörle ilişkili bozukluklar, yeme bozuklukları, uyku-uyanıklık bozuklukları ve migren tedavisinde kullanılan ilaç grubudur. Antidepresanlar monoaminler üzerine etkilerine göre üç gruba ayrılmaktadır. Bu gruplar; enzim inhibitörleri, gerilim inhibitörleri, reseptör blokerleri olarak sıralanabilmektedir (33-35).

2.2.2.3. Anksiyolitikler: Trankilizanlar olarak da adlandırılmaktadır. Anksiyete ve anksiyete ile ilişkili bozuklukların semptomatik tedavisinde kullanılan

ilaç grubudur. Yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, sosyal anksiyete bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk, fobiler ve travma sonrası stres bozukluğu tedavisinde kullanılmaktadır. Anksiyolitikler; benzodiazepin türevleri, propandioldikarbamat türevleri, difenilmetan türevleri, siklopirolon türevleri ve değişik yapıdaki türevler (azapironlar(buspiron), alpidem, tofisopam, klometiyazol) olarak sınıflandırılmaktadır (33, 36).

2.2.2.4. Duygudurum düzenleyiciler: Temel olarak bipolar bozuklukta maninin tedavisinde ve maninin nükslerinin önlenmesinde kullanılan ilaç grubudur. Bununla birlikte bipolar bozukluğun mani döneminde duygudurumu yukarıdan azaltarak dengeleyen; depresif döneminde duygurumu aşağıdan artırarak dengeleyen ilaçlar da bu grupta yer alabilmektedir (33). Antimanikler (lityum), antikönvülzanlar, kalsiyum kanal blokerleri, atipik antipsikotikler ve benzodiazepinler duygudurum düzenleyicileri olarak kullanılmaktadır (37).

2.2.2.5. Uyarıcılar: Öncelikle çocuk, adolesan ve yetişkinlerde görülen dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tedavisinde kullanılan ilaç grubudur. Ayrıca Parkinson hastalığı, narkolepsi, uyarıcı kötüye kullanımı, alkol bağımlılığı ve depresyon tedavisinde kullanılabilmektedir (38). Uyarıcı ilaçlar; metilfenidat ve türevleri, amfetamin ve türevleri ile atomoksetin olarak sıralanabilmektedir (33,39,40).

2.2.3. Psikotrop İlaç Kullanımının Yaygınlığı

Psikotrop ilaç tedavisi ile hastalık semptomlarını yönetmek veya ortadan kaldırmak, nüksleri önlemek, bireyin işlevselliğini ve yaşam kalitesini artırmak amaçlanmaktadır. Genellikle kronik olabilen ve uzun süreli tedavi ve bakım gerektiren psikiyatrik hastalıklarda ilaç tedavisi, tedavi planının en önemli bileşeni olmakta; ilaç kullanımı uzun süreli ve hatta yaşam boyu devam edebilmektedir (22).

Literatür incelendiğinde, Dünya genelinde psikotrop ilaç kullanımının çok yaygın olduğu görülmektedir. Psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların ilaç kullanmaya başlama yüzdeleri 1985'te %46 iken, 1997'de bu oran %73'e yükselmiştir (22,41,42). 1999 yılına gelindiğinde ise, psikiyatrik hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçlar, tüm polikliniklerde reçete edilen ilaçların %11'ini

oluşturmuştur. Sadece depresyon ve anksiyete tedavisi için reçete edilen antidepresanların, ayaktan tedavi için reçete edilen tüm ilaçların %3'ünü oluşturduğu görülmüştür (22,42). 2002'ye kadar antidepresanlar, Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde steroid olmayan antiinflamatuvar ilaçlardan sonra en çok kullanılan ikinci ilaç grubu olarak kullanımlarını devam ettirmiştir (43).

2012-2014 yılları arasında psikiyatri sevislerine başvuran hastaların psikotrop ilaç kullanma yaygınlığını değerlendiren bir çalışmada, ayaktan tedavi gören hastaların psikotrop ilaç kullanma oranı %89,9 olarak bulunmuştur. Bu oran yatarak tedavi gören psikiyatri hastalarında %93,8'e çıkmaktadır. Ayrıca, sırayla en çok reçete edilen psikotrop ilaçlar %76,6 oranında antipsikotikler, %41,4 oranında antidepresanlar, %27,9 oranında duygudurum düzenleyiciler ve %6,2 oranında anksiyolitik ilaçlar olarak belirlenmiştir (23).

2005 yılında Kanada'da yapılan ve toplum genelinde psikotrop ilaç kullanımı yaygınlığını değerlendiren bir çalışma ile toplumda psikotrop ilaç kullanım yaygınlığı %7,2 olarak belirlenmiştir. Yaşam boyu herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı almış olan insanlarda psikotrop ilaç kullanımı oranı %19,3 olarak belirlenirken; herhangi bir hastalık tanısı almaksızın ilaç kullanım oranı %4,1 olarak belirlenmiştir. Antidepresanlardan seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI'lar) ise en çok reçete edilen ilaç olmuştur (44).

2013 yılında ABD'de yapılan ve toplum genelinde psikotrop ilaç kullanımı yaygınlığını değerlendiren bir çalışma ile, bir yıl içinde 242 milyon Amerikalının %16,7'sine bir veya daha çok kez psikotrop ilaç reçete edildiği belirlenmiştir. Bu durum her altı Amerikalıdan birinin psikotrop ilaç kullandığını ifade etmektedir. En çok reçete edilen ilaç grupları sırası ile antidepresanlar, anksiyolitikler, yatıştırıcılar, hipnotikler ve antipsikotikler olarak saptanmıştır (45).

Avustralya'da toplum genelinde psikotrop ilaç kullanımını değerlendiren bir çalışmada 2013-2014 yıllarında ülke genelinde reçete edilen tüm ilaçların %12'sini psikotrop ilaçların oluşturduğu saptanmıştır (46).

Türkiye'de toplum genelinde psikotrop ilaç kullanımını değerlendiren bir raporda, 2003 yılında antidepresan kullanımı 14,24 milyon kutu iken; bu sayının

2012 yılında %162 artış göstererek 37,35 milyon kutuya çıktığı ifade edilmiştir. Antipsikotik ilaç kullanımı 2007-2012 yılları arasında %71 artış gösterirken; antidepresan kullanımının bu beş yıl içerisinde %50 artış gösterdiği belirlenmiştir (47).

Toplumdaki özel gruplarda psikotrop ilaç kullanımını değerlendiren çalışma sonuçları ise aşağıda yer almaktadır.

Yaşlı popülasyonda psikotrop ilaç kullanımı yaygınlığını değerlendiren çalışmalar incelendiğinde; Avrupa'da yaşlılarda psikotrop ilaç kullanım oranının %20,5 ile %29,8 arasında değiştiği (48-50), Kuzey Amerika'da yaşlılarda psikotrop ilaç kullanım oranının %14,9 ile %19 arasında değiştiği (51), Brezilya'da yaşlılarda psikotrop ilaç kullanım oranının %12,2 ile %13,4 arasında değiştiği görülmüştür (30).

Çocuk ve adölesanlarda psikotrop ilaç kullanımı yaygınlığını değerlendiren çalışmalar incelendiğinde; ABD'de 1991-1995 yılları arasında okul öncesi çocuklarda uyarıcı kullanımının 28,2 ile üç kat; antidepresan kullanımının 2,2 kat arttığı belirlenmiştir. Çocuk ve adölesanlarda en çok kullanılan psikotrop ilaçların sırası ile uyarıcılar, antidepresanlar ve antipsikotikler olduğu belirtilmiştir (52).

2000 yılında gençlerin psikotrop ilaç kullanım yaygınlığını değerlendiren bir çalışmada, herhangi bir psikotrop ilacın yıl içinde kullanım oranı ABD'de %6,7; Hollanda'da %2,9 ve Almanya'da %2 olarak belirlenmiştir (53).

Yine çocuk ve adölesanlarda psikotrop ilaç kullanım yaygınlığını inceleyen başka bir çalışmada, ABD'de 1996-2007 yılları arasında gençlerin %8,8'ine bir psikotrop ilaç reçete edildiği belirlenmiştir. 1996-1999 yılları arasında tek bir psikotrop ilaç kullanımının oranı %6 iken; 2004-2007 yılları arasında bu oranın %10,6'ya yükseldiği saptanmıştır. Aynı çalışmada çocuk ve adölesanlarda psikotrop ilaçlarda polifarmasi değerlendirilmiş; çoklu psikotrop ilaç kullanımı yaygınlığının 1996-1999 yılları arasında %22,2 olduğu, 2004-2007 yılları arasında %32,2'ye yükseldiği belirlenmiştir. En çok reçete edilen ilaçlar antidepresanlar, uyarıcılar ve antipsikotikler olarak sıralanmıştır (54).

Türkiye’de çocuk ve adölesanlarda psikotrop ilaç kullanımını değerlendiren çalışmalar incelendiğinde; 1992-2012 yılları arasında çocuk ve adölesanlarda psikotrop ilaç kullanım yaygınlığının %33,4-%34 arasında bir artış gösterdiği görülmüştür. Türkiye’de polikliniğe başvuran çocuk ve adölesanların %70,4’üne en az bir kez psikotrop ilaç reçete edildiği belirlenmiştir. Ayrıca Türkiye’de çocuk ve adölesanlara en çok reçete edilen ilaçların sırası ile antipsikotikler ve uyarıcı ilaçlar olduğu belirtilmiştir (55).

Toplumda psikotrop ilaç kullanımının yaygın oluşu, psikotrop ilaç kullanımı ile ilgili bakım ve ilaç yönetimi müdahalelerine olan ihtiyacı artırmaktadır.

2.2.4. Psikiyatride İlaç Yönetiminin Bileşenleri

Psikiyatrik hastalıkların ve psikotrop ilaçların özellikleri, psikotrop ilaç kullanımının toplumda yaygınlığı nedenleriyle psikiyatride ilaç yönetimi diğer uygulama alanlarından farklı bir öneme sahip olmaktadır. İlaç yönetimi bileşenleri ve içeriği kullanıldığı ortam, sağlık profesyonelleri ve hastanın katılımı ve uyumuna göre değişiklik gösterebilmektedir. Psikiyatride ilaç yönetimi, ilaç yönetiminin temel bileşenlerine sahip olmakla birlikte, bir takım özel bileşenler de içermektedir (46).

Psikiyatride ilaç yönetimi “psikotrop ilaç tedavisi öncesi değerlendirme, psikotrop ilaçlar için karar verme, reçeteyi gözden geçirme, ilaçları depolama ve dağıtma, ilaçları hazırlama ve uygulama, ilaç sonuçlarını izleme, psikotrop ilaçları kayıt altına alma ve bilgileri aktarma, ilaç hataları ve istenmeyen reaksiyonları raporlama, ilaç kullanımına yönelik psikoeğitim, bireysel ilaç yönetimi, konsültasyon, personel eğitimi” bileşenlerini içermektedir. Her bir bileşenin kapsamı ve içeriği bu bölümde detaylıca ele alınmaktadır.

2.2.4.1. Psikotrop ilaç tedavisi öncesi değerlendirme: Psikofarmakolojik tedavi oldukça karmaşık bir süreç olabilmektedir. Bu sebeple bireyin tedavi planı yapılmadan önce kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesi gerekmektedir. Değerlendirme çok yönlü olmaktadır ve bireyin biyolojik, psikolojik, sosyal, kültürel ve spiritüel özelliklerini kapsamaktadır. Bu değerlendirme; semptomları tanımaya, tanı koymaya, tedavi planını oluşturmaya, birey ve ailesi ile terapötik bir ilişki kurmaya, tedavi sürecinde ortaya çıkabilecek problemleri öngörmeye, bireyin

bireysel ilaç yönetimini üstlenip üstlenemeyeceğini belirlemeye olanak sağlamaktadır. Ayrıca psikofarmakolojik tedavi için önemli bir nokta olan hastalık geçmişi ve geçmiş tedavileri öğrenme, şu anda kullanılmakta olan ilaçları öğrenme açısından bir fırsat sunmaktadır. Değerlendirme aşaması psikiyatri ekibi içinde yer alan tüm profesyonellerce yapılabilmekte; tedavi planına her profesyonel kendi mesleği kapsamında dâhil olabilmektedir (40,56).

2.2.4.2. Psikotrop ilaçlar için karar verme: Bireyin mevcut semptomları ve karar verilen tanıya yönelik en uygun psikotrop ilacın seçilmesi gerekmektedir. İlaça karar verme ve reçeleme görevi psikiyatrist doktorun sorumluluğunda olmaktadır. Psikotrop ilaç için karar verme süreci hasta için en az riskli olan, en iyi kanıt sunan, hasta tarafından kabul edilebilir ve uygulanabilir olan, şu anda kullanılan ilaçlar ile etkileşimi bulunmayan, en üst düzey terapötik etkiyi sağlayacağı düşünülen ilacın seçilmesi sürecidir. Bu süreçte hastanın var olan alerjileri ve eşlik eden tıbbi durumu, geçmişte kullanılan ilaçlara verdiği tepkileri, hastanın yaşı, vücut büyüklüğü gibi farmakokinetiği etkileyecek belirteçler göz önüne alınmaktadır. Bununla birlikte, hastanın en iyi uyumu sağlayacağı düşünülen, hastanın kültürel özellikleri ile çakışmayan, hastanın maliyetini karşılamakta zorlanmayacağı ve kolay ulaşabileceği bir ilaç grubuna karar verilmektedir. Seçilecek ilacın risk ve yararları tartışılmaktadır. Bunu yapabilmek için ilaçların farmakokinetik ve farmakodinamiklerinin, ilaç etkinliği ile ilgili kanıtlarının, yan etkiler ile beklenmedik ilaç reaksiyonları ve bunların yönetiminin, ilaç etkileşimlerinin, uygun doz aralıklarının, toksisite risklerinin ve belirtilerinin iyi bilinmesi gerekmektedir. Karar verilen ilaç için psikiyatrist doktor tarafından reçete yazılmaktadır. Bu reçeteleme el ile veya elektronik reçete şeklinde olabilmektedir. Reçetenin açık, anlaşılır ve düzgün yazılmış olması; tedavi planının ve reçetelerin kayıt altına alınması gerekmektedir (56-58,60-63).

2.2.4.3. Reçeteyi gözden geçirme: Reçete edilen ilacın ikinci veya üçüncü kişilerce gözden geçirilmesi ve uygunluğunun değerlendirilmesi aşamasıdır. Bu aşama hem ilacı reçete eden hem de kullanan kişi için güvenliğin sağlanması, reçeteleme aşamasında oluşabilecek hataların önüne geçilebilmesi için önem taşımaktadır. Genelde kliniğe istenilen ilaçların gözden geçirmesi eczacılar tarafından; klinikte uygulama öncesi ise hemşireler tarafından yapılmaktadır.

Reçetenin yasalara, uygulama prosedürlerine ve klinik uygulamaya uygunluğu değerlendirilmektedir. Reçetenin olası ilaç etkileşimlerine yol açabilme ihtimali, hatalı doz planlaması içermesi, hastanın güncel klinik durumunun reçete edilen ilacı kullanmak için güvensizlik oluşturması gibi durumlar değerlendirilip; ilaç henüz uygulanmadan düzeltilebilmektedir. Sorun tespit edilir ise reçete yazan doktor bilgilendirilmekte, endişeler paylaşılmakta, konu değerlendirilmekte ve bu bilgilendirme belgelenerek kayıt altına alınmaktadır (58).

2.2.4.4. İlaçları depolama ve dağıtma: Reçete edilen ilacın gözden geçirilip onaylanmasının ardından, ilacın uygulanacağı birime dağıtımı aşamasıdır. Psikiyatri klinikleri için psikotrop ilaçların “Narkotik ve Psikotrop İlaçların Yönetimi Talimatı”na göre dağıtımı ve depolanmasının yapılması gerekmektedir. Bu talimatlara göre narkotik ve psikotrop ilaçların dağıtımına çıkana kadar depolandıkları birimlerde kilitli ve duvara sabitlenmiş dolaplarda saklanması, dolap anahtarlarının eczacıların denetiminde olması, anahtarların yedeklerinin olmaması gerekmektedir. Psikotrop ve narkotik ilaçların dağıtımlarının diğer ilaçlarla karışmayacak şekilde gerçekleşmesi gerekmektedir. Dağıtımları yapılan servis ve birimlere geldiğinde ise ilgili sağlık personeline teslim edilmesi, teslim alındığının personel tarafından kaydedilmesi, bu kayıtlarda tarih, ilacın adının, miktarının, ilacı teslim eden ve teslim alan kişilerin isimlerinin ve imzalarının yer alması sağlanmalıdır. İlacı teslim alan personelin istem edilen ilacın maksimum doz sınırlarını geçip geçmediğini kontrol etmesi gerekmektedir. Birim ve servislere alınan ilaçların yine servis içinde kilitli dolaplarda saklanması, gerekli ise soğuk zincire uyulması, uygulama yapıldığında harcanan ve kalan ilaçların kayıt altına alınması, bu kayıta reçeteyi yazan doktorun adı ve imzası, hastanın adı, kullanılan ilaç miktarı, uygulama tarihi ve uygulanan ilaç dozunun bulunması şarttır (56,58,64).

2.2.4.5. İlaçları hazırlama ve uygulama: İlaçların bakımın verileceği ve ilacın uygulanacağı ortamdaki yönetim aşamasıdır. Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirenin bireysel ilaç hazırlama ve uygulama adımlarını içermektedir. Bu aşama ilk olarak reçeteyi yeniden gözden geçirmeyi ve değerlendirmeyi; değerlendirme yaparken reçete edilen ilacın uygun olup olmadığının, reçete edilen dozun uygun doz sınırları içinde olup olmadığının sorgulanmasını gerektirmektedir. İlaç uygulayıcısı olarak hemşire tarafından ilacın güvenle hazırlanıp uygulanabilmesi için diğer

ilaçların yönetiminde de yer alan on doğru ilkesi geçerli olmaktadır. Bu ilkeler: doğru ilaç, doğru ilaç dozu, doğru hasta, doğru uygulama zamanı, doğru uygulama yolu, doğru ilaç formu, doğru yanıt, doğru kayıt, doğru bilgilendirme ve ilaç reddini doğrulama olarak sıralanmaktadır. Ayrıca hemşirenin, ilacın uygulanması ile ilgili özel durumlar var ise bunlara uyması gerekmektedir. Bunlar; ilacın özellikle aç-tok verilmesi gerekliliği, kan basıncının değerlendirilmesi gerekliliği, laboratuvar sonuçlarının değerlendirilmesi gerekliliği olabilmektedir. Bunlara ek olarak hemşirenin bu aşamada hasta tercihlerini değerlendirmesi ve dikkat etmesi önem teşkil etmektedir. İlaç uygulama saatleri hastanın özellikle uyku ve dinlenme saati ile çakışıyor mu, hastanın yemek yeme saatleri ilaç uygulama zamanları ile uyumlu mu, hastanın kültürel özellikleri reçete edilen ilacı uygulamayla ilgili engeller sunuyor mu gibi değerlendirmeler yapılmaktadır (58,63).

2.2.4.6. İlaç sonuçlarını izleme: Öncelikli amaç hastanın ilaca verdiği yanıtın izlenmesidir. İstendik etkinin gözlemlenebilmesi için gereken sürenin dikkate alınması önemli olmaktadır. İlaça verilen yanıtın değerlendirilebilmesi için hastanın uygulanan ilacı istendik zaman ve dozlarda aldığından emin olunması gerekmektedir. Bu sebeple ilaç uygulamasının doğru bir şekilde kayıt altına alınmış olması önem taşımaktadır. Bu kayıtlar ilaca verilen yanıtı değerlendirmek; bu yanıt doğrultusunda ilacın değiştirilmesi veya doz ayarlamasının yapılması yolları ile tedaviye yön vermek için kullanılmaktadır (6,7,58,63).

Psikotrop ilaçlar terapötik doz, maksimum doz ve toksik dozlarının birbirine yakın olması sebebiyle çoğunlukla yüksek riskli ilaçlar kategorisinde yer almaktadır. Bu sebeple hastanın ilaca verdiği olumlu yanıtlar, semptomların azalması, istendik hedef etkinin oluşması ile birlikte; oluşabilecek yan etkiler, beklenmedik ilaç reaksiyonları, alerjik reaksiyonlar dikkatle değerlendirilmektedir. Değerlendirme için klinik gözlem, laboratuvar sonuçları ile birlikte özellikle hastanın kendisinden ve ailesinden veri toplanmakta, kullanılan psikotrop ilacın etkileri ile ilgili geri bildirim alınmaktadır. Ayrıca, hastanın bireysel karar alabilirlik ve bireysel ilaç yönetimini üstlenebilirlik düzeyi, ilaca karşı tolerans geliştirme riski, ilacı güvenli kullanımı ve ilaca uyumunun değerlendirilmesi önerilmektedir (6,7,58,63).

2.2.4.7. Psikotrop ilaçları kayıt altına alma ve bilgileri aktarma: Kayıt ve bilgi aktarımı bakım ve tedavinin sürekliliğini, bakım ve tedavinin kalitesinin artmasını, psikiyatri ekibi içinde iletişimin güçlenmesini sağlamaktadır. Kayıt altına alma ve bilgileri aktarma, kayıtlardan ve geri bildirimlerden doğacak ilaç hatalarının önüne geçmek için etkili olmaktadır. Temel amaç, tedavinin etkinliğini değerlendirmek ve gelecek tedavi stratejisi için yol haritası oluşturmaktır. Bu amaçla tedavi süresince kullanılan ilaçlar, kullanım dozları, etki ve yan etkileri, görülmüş ise alerjiler ve beklenmedik ilaç reaksiyonları, ilacı bırakma durumu olmuşsa veya arada kesintiler meydana gelmişse bunlar kayıt altına alınmakta; gelecek stratejiler için psikiyatri ekibi ile paylaşılmaktadır. Tedavi planının yenilenmesi, kullanılacak ilaçların değişimi, doz ayarlanması için karar vericilere bilgi sağlamaktadır. İlaç miktarının, ilaç türünün, ilacı kullanım sırasında yaşanan güçlüklerin ve çözüm önerilerinin, hastanın ilaç kullanım tutumlarının, hastanın ilaç uyumunun değerlendirilmesi ve bunların aktarılması ile gelecek tedaviye yön verilmektedir (58,63).

2.2.4.8. İlaç hatalarını ve beklenmeyen ilaç reaksiyonlarını raporlama: Psikiyatride ilaç hataları ve beklenmeyen ilaç reaksiyonları önemli bir sorun teşkil etmektedir. Bu durumlarla ilgili veri toplama ve değerlendirme için sistematik bir süreç başlatılmalıdır. İlaç hatalarının önüne geçmek ve istenmeyen ilaç reaksiyonlarını önleyebilmek için her kurumun bir raporlama sistemine ihtiyacı vardır. Bu raporlama sistemi ulusal çapta olmalı, raporlamalar değerlendirilmeli ve geribildirimlerle sistem iyileştirilmelidir. Raporlama sisteminin kullanılabilmesi için multidisipliner bir ekip oluşturulmalıdır. Ekip ile aylık toplantılar planlanmalıdır. Kurumda meydana gelen ilaç hataları ve istenmeyen reaksiyonlar birlikte değerlendirilmelidir (15,58,63).

2.2.4.9. Psikotrop ilaç kullanımına yönelik psikoeğitim: İlaç yönetiminde ilacı kullanan birey ile iletişim oldukça önemlidir. İlacı reçete eden, ilacı uygulayan ve değerlendiren tüm psikiyatri profesyonelleri hasta ile iletişimde olmalıdır. Bireyin kullanacağı ilaçların etki ve yan etkileri ile alternatif ilaç ve tedavi seçenekleri hakkında bilgi sahibi olması, hedef semptomların neler olduğu ve ilacın nasıl etki edeceğinin anlatılması gerekmektedir. Psikoeğitime aile dâhil edilmelidir. Hasta ve ailesinin ilaca yönelik tutum ve endişeleri dinlenmeli, değerlendirilmelidir. Hasta ve

ailesi ile tedaviye yönelik gerçekçi beklentiler ve hedefler konulmalıdır. Psikoeğitimde hastanın ilacı nasıl ve ne zaman kullanacağı, tedavi planı, ilacı ne kadar süre kullanmaya devam edeceği, ilaç-ilaç, ilaç-besin, ilaç- durum etkileşimleri gibi noktalar aydınlatılmalıdır. Hasta ayaktan tedaviye devam edecekse düzenli olarak yaptırması gereken tahlil ve rutin kontroller belirtilmeli, bunlar not halinde hastaya verilmelidir. Bu bilgilendirmeler hasta ve ailesini psikofarmakolojik tedaviye hazırlamaktadır. Psikoeğitim ilaca uyumu, ilaç kullanımına bağlı kalmayı, hastanın yan etkilerle baş edebilmesini, hasta ile sağlık profesyonelleri arasında etkili bir iletişim ve güven ilişkisi kurulmasını sağlamaya yardımcı olmaktadır (58,59,61,62).

2.2.4.10. Bireysel ilaç yönetimi: Bailey ve arkadaşları bireysel ilaç yönetimini “ilaçları sadece doğru doz, sıklık ve aralıkta kullanmak değil, aynı zamanda ilaçların sürekli ve güvenli kullanımı da dâhil olmak üzere, bir hastanın ilacı reçetelendiği şekliyle kullanabilmesi" olarak tanımlamışlardır (65). Bireysel ilaç yönetimi süreci; hastaya ilacın reçete edilmesi, hastanın ilacın nasıl kullanılacağını öğrenmesi, ilaç kullanımını günlük hayatının içine entegre etmesi, ilaçları rutin olarak eksiksiz alması, ilaç etki ve yan etkilerinin farkında olarak süreci takip edebilmesi, ilaç kullanımını doktorlarının tedavi planları doğrultusunda devam ettirmesi ve aksi söylenmedikçe bırakmaması bileşenlerini içermektedir. Bireyler kendi ilaç yönetimi süreçlerinin hem uygulayıcısı hem uzmanları olmaktadır. Bireysel ilaç yönetimi öz bakım faaliyetlerinden birisi olarak tanımlanabilmektedir. Bireysel ilaç yönetimi klinikte yatan hastalardan ziyade taburcu olmuş veya ayaktan tedavi gören hastalar için daha çok önem teşkil etmektedir. Klinikte sağlık profesyonelleri ilaç yönetimini üstlenseler dahi, bu süreçle ilgili bireyin sorumlulukları da devam etmektedir. Fakat bu durum bireylerin karar alabilme ve uygulayabilme yetisi, riskleri değerlendirebilme ve yargılama yetisi, sağlık okuryazarlığı durumlarından etkilenebilmektedir. Psikotrop ilaçların kullanımı için bireysel ilaç yönetimi oldukça önemli olmasına rağmen; psikiyatrik hastalıkların doğasının karar alabilme, uygulayabilme, riskleri değerlendirebilme ve yargılama yetisini olumsuz etkileyebilmesi nedenleri ile bireysel ilaç yönetimi etkilenebilmektedir. Bu zorluklara rağmen verilecek olan eğitimlerle bireysel ilaç yönetiminin iyileştirilmesi ve bireylerin ilaç yönetimi yeteneklerinin artırılması mümkün olmaktadır (65,66).

2.2.4.11. Konsültasyon: Psikiyatri kliniklerinde hastanın değerlendirilmesi, tanı konulması, psikotrop ilaçlar için karar verilmesi, risk veya güvenlik endişelerinin değerlendirilmesi için diğer uzmanlardan görüş alınması ve birlikte karar verilmesi süreci konsültasyonu oluşturmaktadır. Psikiyatrik konsültasyon ayrıca genel tıbbi tanılara eşlik eden psikiyatrik bozukluklarda istenmekte; bu durumda genel tıpta reçete edilecek psikotrop ilaçların belirlenmesinde kullanılabilmektedir. Psikiyatride ilaç yönetiminde ilaç güvenliğini artırabilmek, hataları önleyebilmek için konsültasyon önemli bir aşama olmaktadır (57,67,68).

2.2.4.12. Personel eğitimi: Psikiyatristler, psikofarmakolojik tedavilerin klinik uygulamalarında psikiyatri ekibi içindeki en uzman meslek üyeleri olarak yer almaktadır. Bu uzmanlık, tıp eğitiminin bileşenlerinden olan nöroloji, farmakoloji, psikiyatri dersleri almaları ile klinik psikiyatri stajı sırasında psikotrop ilaç yönetimine katılmaları sayesinde başlamaktadır. Fakat psikotrop ilaçların güvenli ve etkin kullanımları sadece psikiyatristlerin uzman ve iyi eğitilmiş olmaları ile mükemmel ulaşamamaktadır. Psikiyatristlerin, psikiyatri asistanlarının, hemşirelerin, eczacıların ve onların lisans eğitimleri ile klinikte devam eden mesleki eğitimlerinin de psikiyatrik bozuklukları anlamalarına, psikotrop ilaçları güvenli ve etkili bir şekilde kullanmalarına, bunun için yeterlilik kazanmalarına olanak verecek şekilde olması gerekmektedir. Mesleki yeterlilik ancak yaşam boyu öğrenme ile mümkün olmaktadır. İlaç yönetiminin güncel ve kanıta dayalı bilgiyi esas alabilmesi, sistematik ve kapsamlı olabilmesi için psikiyatri ekibindeki tüm profesyonellerin ve yardımcı personelin eğitiminin sürekliliğine ihtiyaç vardır. En iyi değerlendirme, en iyi ilacın seçimi, en iyi ilaç hazırlama ve uygulama, en iyi gözlem ve değerlendirme, hasta ve ailesi ile iş birliği yapabilme ve iletişim becerileri kazanabilmek için personelin psikofarmakolojik bilgi ve becerisi ile ilaç yönetimi sürecini yürütebilme becerilerinin iyileştirilmesi gerekmektedir. Psikiyatri ekibinin eğitimi ile sağlık profesyonelleri ile ilişkili olabilen ilaç hataları azaltılabilmektedir. Ayrıca psikiyatri ekibi; ilaç tedavisi ile ilgili yasa ve mevzuatları, bireysel hak ve sorumluluklarını, hasta haklarını, kurumun ilaç yönetimi politika ve prosedürlerini, ilaç hatalarını ve beklenmeyen ilaç reaksiyonları ile alerjileri raporlama prosedürlerini bilmekle yükümlü olmaktadır. Bu durum ancak personelin kurum içi ve sürekli mesleki eğitimi ile mümkün olmaktadır. Bu sebeple kurumlar personelin eğitimini

desteklemeli; ilaç yönetimi sürecine personel eğitimlerini entegre etmelidir. Bu eğitimler; uygulamaya dayalı öğrenme, kanıtları değerlendirebilme, kanıta dayalı bilgiye ulaşma ve motivasyon yolları ile sağlanmalıdır (63,69,70).

2.2.5. Psikiyatride İlaç Yönetimindeki Zorluklar ve Bu Zorluklarla Baş Etme Stratejileri

Psikiyatrik hastalıklar tüm Dünya’da olduğu gibi ülkemizde de birçok kişinin etkilendiği, kronik olabilen, yaşam boyu tedavi ve bakım gerektirebilen hastalıklardır. Hastalıkların doğasının karmaşıklığı tanı ve tedavinin zorlaşmasına neden olabildiği gibi hem hastalıkların doğası hem de toplumda psikiyatrik hastalıklara karşı bilgi eksikliği, korku ve stigmaların olması nedenleriyle hastaların tedaviye başvurmalarının ve tedaviye bağlılıklarının etkilenmesi bu süreci daha zor hale getirebilmektedir. Psikiyatrik hastalıkların tedavisinde uzun yıllardır en etkili kullanılan tedavi stratejisi psikofarmakolojik tedavi olmasına rağmen bu tedavi stratejisinin tamamen masum olmadığı; ilaçlar, hasta bireyler ve sistemden kaynaklanan sorunlar ile zorlaşabildiği görülmektedir (22,71). Tüm bu problemler psikotrop ilaçların yönetimini diğer alanlara kıyasla karmaşık ve içinde birtakım kendine özgü zorluklar barındıran bir hale getirmektedir. Bu bölümde, psikotrop ilaçların yönetiminde karşılaşılan zorluklar “ilaç uyumsuzluğu ve psikotrop ilaç hataları” olarak iki temel başlıkta ele alınmakta; zaman içinde bu zorluklarla başedebilmek için geliştirilen stratejiler yer almaktadır.

2.2.5.1. İlaç uyumsuzluğu: İlaç tedavisine uyum, tedavinin başarısını etkileyen en önemli unsurlardan biri olmaktadır. İlaç tedavisine uyumsuzluk ilaç tedavisine hiç başlamama, tedaviyi tamamen bırakma, reçete edilen ilaç dozuna veya sıklığına bağlı kalmama, ilacı eksik dozlarla kullanma olarak farklı şekillerde ortaya çıkabilmektedir. Psikiyatride ilaç tedavisine uyumsuzluk oranları diğer alanlara göre daha yüksek olmaktadır. Psikiyatrik tanı fark etmeksizin hastaların yarısı veya üçte ikisinden fazlası tedavinin ilk iki-üç ayında ilacı tamamen bırakmaktadır (22). Başka bir çalışmaya göre psikotrop ilaç tedavisi gören hastaların sadece %19,6’sı ilaçlara tam uyum göstermektedir (72). İlaç uyumsuzluğu hastalık semptomlarının şiddetlenmesine, nükslere, saldırganlığın artmasına, erken ölümlere ve intihar girişimlerinin artmasına neden olabilmektedir (12,73-76).

Psikiyatride ilaç uyumsuzluğunun psikotrop ilaçların profillerine, ilacı kullanan bireylere ve sağlık ekibine özgü nedenleri bulunmaktadır:

İlaçtan kaynaklanan faktörlerin başında psikotrop ilaçlardan istenilen terapötik etkinin istendik düzeyde alınamaması ve bununla birlikte ciddi yan etkilerin görülmesi gelmektedir. Ayrıca psikotrop ilaçların ilaç-ilaç, ilaç- besin, ilaç-durum etkileşim profilleri ve beklenmeyen ilaç reaksiyonlarına neden olabilme durumları psikotrop ilaçların eksi yönleri olarak görülmektedir. Psikofarmakolojideki önemli gelişmelere rağmen hastalıkların tedavi düzeyi ve remisyon oranları beklenen seviyede olmamaktadır. Psikotrop ilaç ile tedavi edilen hastaların %35-45'i tedaviye yanıt verip günlük yaşama dönebilirken, %30-50'si tedaviye yanıt vermemekte veya günlük yaşamın akışını bozacak şiddette yan etkilere maruz kalmaktadır (77,78). Bu durum uzun süreli ilaç tedavisine ihtiyaçları olmasına rağmen, bireylerin ilaç tedavisine olan uyumlarını olumsuz etkilemektedir. Psikiyatri hastalarında bu nedenlere bağlı olan ilaç uyumsuzluğunun %50'den fazla hastayı etkilediği düşünülmektedir (79). Sonucunda bireyler ilaç tedavisini bırakmakta, hastalık semptomları şiddetlenmekte, acil servis veya kliniklere başvurular artmakta, nüksler ve yeniden yatışlar ortaya çıkmaktadır. (6,12-14). Psikotrop ilaçların etki ve yan etki profillerinden, etkileşim ve beklenmeyen ilaç reaksiyonlarından kaynaklanan ilaç uyumsuzluğu ile baş edebilmek için en etkin strateji deneme yanılma yolu ile ilaç seçiminden uzaklaşılması ve farmakogenetiğin psikiyatrik ilaç tedavisini belirlemede kullanılması ile bireye özgü tedavi yaklaşımının benimsenmesidir. Böylelikle bireye özgü psikofarmakoterapi ile en doğru ilacın en doğru terapötik dozda uygulanması, tedavinin etkinliğinin artırılması, yan etkilerin ve ilaç etkileşimlerinin şiddetinin saptanması ve olası beklenmeyen ilaç reaksiyonlarının öngörülebilmesi ve en aza indirilmesi sağlanabilmektedir (77,80). Ayrıca, hastaların farmakogenetik profillerini belirleyecek bazı testlerin kullanılması da yine psikotrop ilaçlardan kaynaklanan sorunları en aza indirmeyi sağlamaktadır. Bu testler; ilaç kan düzeyi monitorizasyonu, genetik testler (fenotipleme ve genotipleme) olarak sıralanabilmektedir (77,80,81).

Bireyden kaynaklanan faktörler incelendiğinde, psikotrop ilaç kullanan hastaların bireysel ilaç uyumsuzluğu gösterme nedenleri; alınan tanının özellikleri (şüphencilik gibi), içgörü eksikliği, kendilerini iyi hissetmeleri ve ilaca ihtiyaçları

olmadığını düşünmeleri, motivasyon eksikliği, ilaçlar ile ilgili yanlış inanışlara sahip olmaları, bilgi eksikliği, gerçekçi olmayan beklentileri, kontrol randevularına gelmemeleri, hızlı iyileşme göstermeleri, ilaç kullanımıyla ilgili olumsuz kültürel özellikleri, yakın çevrenin ilaç kullanımıyla ilgili olumsuz tutumlara sahip olması, evsizlik, düşük sosyoekonomik durum, madde bağımlılığı olarak sıralanabilmektedir (12,22,79,82,83). Bireyden kaynaklanan ilaç uyumsuzluğunu en aza indirebilmek için benimsenmesi gereken ilk strateji hastayı tanımaktır. Uyumsuzluğu ortadan kaldırmak için kullanılacak tüm stratejiler ise bireye özgü olarak tasarlanmalıdır. Hasta ve ailesi ile iyi bir iletişim kurmak, iyi bir klinik değerlendirme yapmak, hastayı, ailesini, çevresini, kültürel özelliklerini ve bunların ilaç kullanımına olası etkilerini değerlendirmek, var ise psikotrop ilaç kullanımı hakkında sahip olunan yanlış inanışları belirlemek, yüzyüze ve telefonla destek vermek, bilgi eksikliklerini gidermek ve psiko eğitim müdahaleleri ile bireyden kaynaklanan ilaç uyumsuzluğunu azaltmak mümkün olabilmektedir (12,22,79,82,83).

Hastaların psikotrop ilaç tedavisine uyumlarını etkileyen bir diğer durum ise kurumdan kaynaklanan faktörler olmaktadır. Bunlar kurumun ilaç yönetimi politikaları, psikiyatri ekibinde yer alan meslek profesyonellerinin hastaya yaklaşım ve tutumları olarak sıralanmaktadır (22). Hastaların kendilerini güvende, saygı duyulan, duygularına özen gösterilen, değer verilen ve dinlenen hissettikleri kurumlarda kontrol randevularına daha bağlı kaldıkları belirtilmektedir (22). Hastaların sağlık kuruluşuna ulaşip ilaç kontrolü randevularını alabilmeleri de hasta memnuniyetini artırmakta; sonucunda hastaların ilaç tedavisi uyumları olumlu etkilenmektedir (84).

Hastalara psikotrop ilaç kullanımı ile ilgili psiko eğitim vermek psikiyatri ekibi üyelerinin sorumluluğunda olmasına rağmen hastaların %13,8'i bu eğitimi almadıklarını belirtmektedir (85). Yine hastalar ilaçların yan etkilerinden kendilerine bahsedilmediğini, ilacı neden aldığını bilmediğini, tedavisiyle ilgili kendi düşüncelerinin sorulmadığını, tedavi ve ilaç seçenekleri sunulmadığını söylemektedir (86). Tüm bunlar hastanın psikotrop ilaç tedavisine uyumunu etkilemekte; hastayla iş birliği ve iletişim kurmanın hastanın ilaç uyumunu artırdığına dikkat çekmektedir (73). İş birliği ve iletişim için anahtar nokta hastanın hastalık deneyimlerine odaklanmak ve onu anlayabilmektir. Hastanın etkin ve empati ile dinlenmesi,

endişelerinin giderilmesi, gerçekçi beklentiler oluşturulması ve böylece hayal kırıklıklarının önlenmesi önem taşımaktadır. Hastanın bilgi eksikliğini gidermek için ilaç yönetimi süreci ile ilgili bilgilendirilmesi, tedaviyi neden aldığı, tedavinin ne kadar süreceği ve nasıl etki edeceği konusunda bilgilendirilmesi gerekmektedir. Yine tüm bunları yaparken hastayı uyumu etkileyecek faktörler yönünden değerlendirmeyi gerektirmektedir. Bu değerlendirme; hostilite, paranoya, sanrılar, hezeyanları ve bunların ilaç uyumuna etkisini değerlendirmeyi, ikincil kazançların var olup olmadığını değerlendirmeyi içermektedir. Hastanın bu sürece etkin katılabilmesi, ilaç yönetiminde sorumluluk alabilmesi ve özbakım sorumluluklarını yerine getirebilmesi için psikiyatri profesyonellerince desteklenmesi gerekmektedir (22,79).

Diğer bir nokta psikiyatri profesyonellerince seçilen psikotrop ilaç tedavisinin özellikleridir. Psikotrop ilaçların özellikleri ilaç uyumunu destekleyecek nitelikte olmalıdır. Davranış değişiklikleri içeren bir ilaç tedavisi programı uyumu olumsuz etkilemektedir. Bu yüzden daha kolay uygulanabilir, hastanın günlük rutini ile uyumlu, hastanın yemeyi tercih ettiği yiyecek içecek, uyku uyanıklık saatleri, öğün saatleri ile uyumlu bir ilaç programının yapılması gerekmektedir (22). Yan etkilerin az olması uyumu artırmaktadır. Bu sebeple yan etki profili iyi bir ilaç seçmek ve görülen yan etkileri yönetebilmek gerekmektedir. Bunun için ilk ve en önemli strateji yan etkiyi farketmek, yan etkinin varlığını kabul etmek, onaylamak, hastayı dinlemek ve empati kurmaktır (22,79).

Hastanın çevresi ilaca uyumu etkileyebilmektedir. Bu yüzden hastanın ailesinin, çevresinin, akranlarının ilaç tedavisine tutumları değerlendirilmelidir.

Özetle, psikiyatri profesyonellerinin hastanın ilaca uyumunu artırabilmeleri için aşağıda sıralanan stratejileri uygulamaları gerekmektedir:

- Hasta merkezli bir ilaç yönetimi planlamak.
- İlaç yönetiminin sonuçlarını değerlendirmek ve bunun için araçlar geliştirmek.
- Hastaların bilgi düzeylerini artırmak.
- Çevre ve akran desteğini uyumu artırmak için bir araç olarak kullanmak.
- Hastayı yargılamadan, empati kurarak dinlemek ve terapötik bir ittifak kurmak.

- Umut verici olmak.
- Açık ve anlaşılır talimatlar vermek.
- Jargon kullanımından kaçınmak.
- Tedavide aynı ekip ile devamlılık sağlamak (12,79,87).

2.2.5.2. Psikotrop ilaç hataları: İlacın edinilme, hazırlanma, uygulanma aşamalarından herhangi birinde olabilen hatalar ilaç hatası olarak tanımlanmaktadır. İlaç hataları en sık karşılaşılan tıbbi malpraktis konusu olmaktadır. İlaç hataları önemli bir güvenlik ve kalite problemidir. Psikiyatri ilaç hatalarının yaygın görüldüğü bir alandır. İlaç hatalarının raporlanmasındaki eksiklik göz önüne alındığında, gerçekte olan yaygınlığın daha fazla olduğu tahmin edilmektedir. Psikiyatri alanında ilaç hatalarının görülme sıklığının fazla oluşu psikotrop ilaç kullanımının yaygın olması, hastaların uzun süreli psikotrop ilaç tedavisi görüyor olması, hastaların bireysel ilaç yönetimlerine güvenli bir şekilde katılamıyor olması olarak sıralanabilmektedir (11). İlaç hatalarının zarar verme potansiyelleri yüksek veya düşük olabilmekte; hastaya uygulandıktan sonra veya uygulanmadan önce fark edilebilmektedir. Psikiyatri alanındaki ilaç hatalarının çoğu ölümcül olmayan ve ciddi zarar vermeyen hatalar olmaktadır (88).

İlaç hataları yanlış reçete yazma, yanlış hastaya, yanlış ilacın, yanlış dozda, yanlış zamanda, yanlış uygulama yolundan, yanlış teknik ile uygulanması, ihmal hataları, ilacın hiç verilmemesi ve kayıt etme hataları olarak sıralanabilmektedir (89).

İlaç hataları ile ilgili araştırmalar incelendiğinde ulaşılan sayısal veriler ilaç hatalarının yaygınlıklarını ve ilaç güvenliğine oluşturdukları tehdidi gözler önüne sermektedir. Dünya genelinde yatarak tedavi gören hastaların %4-16'sı ilaç hatasına maruz kalmakta; bu hataların yarısı önlenabilir hatalar olmaktadır (90). İlaç hataları maliyet artışına, hastanın acı çekmesine ve tekrarlı yatışlara neden olmaktadır. ABD'de her yıl 1,5 milyon kişi ilaç hatası nedeniyle acı çekmektedir (90). ABD'de ilaç hataları hastaneye yatış ve tedavi maliyeti, işgücü kaybı ile birlikte 29 milyar dolarlık bir kayba neden olmaktadır (90, 91).

İto ve Yamazumi'nin psikiyatri kliniklerinde yaptıkları araştırmada, bildirilen 221 ilaç hatasından 12'sinin yanlış bireysel ilaç yönetimi, 11'inin klinikte aynı

isimden farklı hastalar olması, 44'ünün ilacın yanlış zamanda uygulanması, 35'inin eksik dozda ilaç uygulanması, 30'unun yanlış dozda ilaç uygulanması nedenleriyle ortaya çıktığı görülmektedir. Bu hataların hepsinin ilaç yönetimi ve ilaç uygulama sürecinden kaynaklanan hatalar olduğu belirtilmektedir. Saptanan ilaç hatalarının %75,1'i hastaya ilaç uygulaması yapıldıktan sonra fark edilmiştir. Hastaya verilmeden yakalanan ilaç hatalarının %85'ini ise hemşireler fark etmişlerdir (11).

Lykkegaard ve ark. yaptıkları araştırmada psikotrop ilaç tedavisinde 1082 ilaç hatasını tespit ettiklerini belirtmişlerdir. Bu hatalardan 189'u hastaya zarar verebilecek hatalar olarak sınıflandırılmıştır. Tespit edilen hataların 10'u reçeteleme, 18'i dağıtım, 142'si uygulama aşamasında meydana gelen hatalar olarak belirlenmiştir. En sık rastlanan hataların sırası ile kimlik kontrolünün eksikliğinden kaynaklanan ve reçete edilen ilaç dozuyla uygun olmayan dozda ilaç uygulanmasından kaynaklanan hatalar olduğu söylenmektedir. En çok hata yapılan ilaç grubunun ise antipsikotik ilaçlar olduğu saptanmıştır (88).

Yorston ve Pinney yaptıkları araştırmada, 258 hastadan 30'unun kanıta dayalı kılavuzlarda önerilen ilaç dozunun çok üstünde antipsikotik ilaç kullandığını saptamışlardır (92).

Paton ve Banham ilaç hataları ile ilgili yaptıkları araştırmada reçete yazım hatalarının %88 oran ile ilaca karar verme hatalarından daha yaygın olduğunu belirlemişlerdir (93).

İlaç hatalarını inceleyen çalışmalara bakıldığında ilaç hatalarının çoğunlukla önlenabilir nitelikte olduğu görülmektedir. İlaç hatalarını önlemek ve ilaç güvenliğini sağlamak kurumun, doktorun, hemşirenin, eczacının ve yardımcı personelin sorumluluğundadır.

İlaç uygulama hatalarının nedenleri “hastayla ilişkili faktörler, sağlık profesyonelleriyle ilişkili faktörler, sistemle ilişkili faktörler” şeklinde sınıflandırılmaktadır.

Hastayla ilişkili faktörler:

a) Uyumsuzluk: İlaç kullanımına uyumsuzluk hataların belirleyicisi olabilmekte ve başlı başına ilaç hatasına yol açabilmektedir. Hastaların ilacı reçete

edildiği şekilde doğru kullanmaları ilaç hatalarını azaltmakta; fazla kullanıma bağlı toksisite oluşması riskinin önüne geçmektedir. Ayrıca, ilacı uyumsuz kullanmanın yaratacağı nüksler ve şiddetlenen semptomlar da hata riskini artırmaktadır. Bu durumun önlenmesi için hastanın bilgi eksikliğinin giderilmesi, ilaç kullanımı ile ilgili sürekli eğitim verilmesi, ilaca uyumunu artıracak günlük yaşam alışkanlıklarının ilaç ile uyumlu olarak düzenlenmesi gerekmektedir (94).

b) Hastalık semptomları: Hastalık semptomları ilaç güvenliğini sağlamada bireysel sorumluluk almayı engelleyebileceği gibi, ortaya çıkan semptomların yanlış ilaçtan kaynaklandığını ayırt etmekte de zorluk oluşturabilmektedir. Ayrıca sanrılar, halüsinasyonlar, ilaç almayla ilişkili hatalı düşünceler, ilaç almaya ihtiyacın olmadığı düşüncesi hatalı ilaç kullanımına neden olabilmektedir. Bu durumda hastanın iyi değerlendirilmesi, semptomların değerlendirilmesi, hasta ve yakınları ile iletişimin iyi olması ve bilgi alınması önemlidir (11,94).

Sağlık profesyonelleriyle ilişkili faktörler:

a) Reçeteleme hataları: İlacın reçetelenmesi ile ilgili olan hatalar yazının okunaksızlığı, belirsiz bir ilaç yazımı, eksik ilaç yazımı, aynı isim veya benzer isimdeki ilaçların yanlış yazımı, kontrendike ilaç yazımı, etkileşimli ilaçların birlikte yazımı, reçeteyi yazan kişinin imzasının olamaması, ilacın dozu, süresi, sıklığı ile ilgili reçeteleme hatası olabilmektedir. İlacın reçetelenmesi ile ilgili hataların nedenleri dikkatsizlik, farmakolojik bilgi eksikliği, personelin deneyimsizliği, iş yükü, acil durumlar, reçeteleme prosedürüne uymama, reçete yazım sistemine aşına olmama olarak sıralanabilmektedir (89,95). Reçeteleme ile ilgili hatalar incelendiğinde, yatan hastaların %20'sine fazla doz ilaç reçete edildiği görülmektedir (96). ABD'de ilaç reçeteleme hatalarının %15'i benzer isimdeki ilaçların yanlış reçetelenmesi nedeniyle olmaktadır (97).

Reçeteleme hatalarını önleyebilmek için elektronik reçete yazım sistemleri kullanılabilir. Ayrıca reçete yazan sağlık profesyonellerine reçete yazımı ile ilgili eğitimler düzenlenebilir. Reçeteleme hatalarını önlemek için özellikle benzer isimdeki ilaçları yazarken hem ticari hem jenerik isimlerinin yazılması önerilmektedir (89,95).

b) Reçetenin aktarıma ve kaydedilme hatası: Reçetenin aktarılması ve kaydedilmesi ile ilgili hatalar tüm ilaç hatalarının %23'ünü oluşturmaktadır (94). Reçete aktarımında karşılaşılan hatalar en fazla sözel ilaç siparişleri nedeniyle meydana gelmektedir. Buna ek olarak reçetenin elle yazılması ve kâğıtla aktarılması, yazılan reçetenin hemen işleme koyulmaması bu tür ilaç hatalarına neden olabilmektedir (94).

c) Dağıtım hataları: İlaç dağıtım hataları ilaçların eczaneden, ilacın uygulanacağı ortama gönderilmesi sırasında meydana gelen hatalar olarak tanımlanmaktadır. Bu hatalar tüm ilaç hatalarının %1'ini oluşturmaktadır (94). İlaç dağıtım hatalarının nedenleri; eczanede yanlış ilaç formu doldurma, ilaçları yanlış paketleme, ilaç ve hasta bilgilerinin yanlış yazımı, ilaç saklama ve ilaç dağıtım sisteminde hata olması, ilaç dağıtım prosedürlerinin takip edilmemesi, ilaç dağıtımının kayıt altına alınmaması veya bu kaydın hatalı yapılması, bilgi eksikliği veya deneyimsiz personelin dağıtımda rol alması, hastane eczanesinin 24 saat çalışmaması olarak sıralanabilmektedir (89,94).

d) İlaç uygulama hataları: İlaç uygulama süreci çoğunlukla hemşireler tarafından yönetilen bir süreç olduğu için, bu süreçte karşılaşılan hatalar daha çok hemşireler tarafından yapılan hatalar olmaktadır. Ayrıca hemşirelik alanında yapılan hataların başında da ilaç hataları gelmektedir (89,98). Bu hatalar hemşirenin reçeteyi gözden geçirmesi, değerlendirmesi, kaydetmesi, doğru bir şekilde hastaya ilacı uygulaması, ilacın etkinlik ve yan etkilerini gözlemlemesi aşamalarında meydana gelmektedir. İlaç uygulama hatalarının çoğu %31 oranı ile yanlış ilaç dozu vermekten kaynaklanmaktadır (99). Bunun sonucunda ilaç uygulama hataları çoğunlukla hastada istenmeyen etkilerin ortaya çıkmasıyla karakterize olmaktadır.

Hemşirelerin ilaç hatalarını en çok ilacın hazırlanması, hastaya iletimi ve yatak başında uygulanması aşamalarında yaptıkları belirtilmektedir (98,100). Bu hataların nedenleri ise dikkat dağıtıcı faktörler ve ilaç uygulama sürecinin kesintiye uğraması olmaktadır. İlacın hazırlanması aşamasında ilaç uygulama ile ilgisi olmayan başka hemşirelerin dikkat dağıtmaları ilaç hatasına neden olabilmektedir. İlacın hastaya ulaştırılması aşamasında ilaç vermek için hasta odasına gitmekte olan hemşireye ek görevler verilmesi veya başka bir görev için başka bir personel

tarafından sürecin bölünmesi dikkati dağıtarak ve süreci kesintiye uğratarak ilaç hatasına neden olabilmektedir. İlacın hastaya uygulanması aşamasında ise hasta veya ailesinin eğitime ihtiyaç duyması, sorular sorması, hastanın tuvalet yardımı istemesi, hasta odasında sağlık ekibinin diğer üyeleriyle aynı anda yapılacak olan uygulamaların olması yine dikkat dağıtıcı ve süreci kesintiye uğratan olaylar olarak sıralanabilmektedir (98,100).

Ayrıca, yoğun çalışma koşulları, çalışma ortamındaki gürültü ve çalışma saatleri uygulama hatalarının ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. İlaç uygulama hatalarının önlenmesi için öncelikle hemşirelerin psikotrop ilaçlarla ilgili bilgilerinin artırılması, ilaç hazırlama ve uygulama ortamlarının iyileştirilmesi gerekmektedir (89,98).

Hemşirelerin psikotrop ilaçlarla ilgili bilgilerinin artırılması için sürekli mesleki eğitimin verilmesi, ilaç uygulama prosedürlerini takip edebilmeleri için rehberlerin geliştirilmesi, psikiyatri ekip üyeleri ile birlikte ilaç uygulama prosedürlerinin oluşturulması, uygulamalarda başka bir personel ile çift ilaç kontrolünün yapılması ve psikiyatri ekibi içinde iletişimin artırılması gerekmektedir (20,89).

İlaç hazırlama ve uygulama ortamlarının iyileştirilmesi için hemşirelerin ilaç alımında teknolojiye faydalanarak ilaç alımı ve uygulama sistemleri kullanmaları, ilaç hazırlanan alanın dikkat dağıtıcı ve süreci kesintiye uğratan faktörleri içermeyen bir alan olarak hazırlanması, bu alanın diğer alanlardan uyarılar ile ayrılması, telefon görüşmelerinin ilaç hazırlama sürecinde yapılmaması, hasta başında ilaç uygulaması sırasında hastanın diğer dikkat dağıtıcı taleplerinin önceden giderilmiş olması gerekmektedir (20,98).

e) İzleme hataları: Hastaya verilen ilacın etki ve yan etkilerinin gözlemlenme sürecinden kaynaklanan sorunlar izleme hataları olarak tanımlanabilmektedir (95). Psikotrop ilaçların beklenen terapötik etkilerinin ve ortaya çıkabilecek güçlü yan etkilerinin değerlendirilmemesi; ilaç değişikliğine gidilmemesine ve yan etkilerin etkin bir şekilde yönetilememesine neden olmaktadır. Ayrıca, bazı ilaçlar için gerekli olan özel izlemlerin yapılmaması, kan plazma düzeyinin takip edilmemesi gibi eksiklikler sonucunda hastada toksisite veya beklenmeyen ilaç reaksiyonları ortaya

çıkabilmektedir. İzleme hatalarının önlenmesi, ilaç etki ve yan etkilerinin etkin bir şekilde gözlemlenebilmesi için öncelikle psikiyatri profesyonellerinin beklenen ve beklenmeyen ilaç etkilerini tanımlayıp ayırt edebilecek ve bunları değerlendirebilecek bilgi düzeyine sahip olması gerekmektedir. Ek olarak, elektronik izleme sistemleri geliştirilmeli ve kullanılmalı, anormal laboratuvar sonuçlarının ve hastanın klinik durumundaki değişikliklerin ilaçtan kaynaklı olabileceği gözardı edilmemelidir (95).

Sistemle ilişkili faktörler:

a) Bakımın sürekli olmaması: Psikiyatrik bakım ve ilaç takibi süreklilik istemektedir. Bu bakım ve takip sadece klinikle sınırlı kalmamakta; evde bakım ve toplum tabanlı hizmetlere de ihtiyaç duyulmaktadır. Birincil, ikincil, üçüncül sağlık hizmeti sunan kurumlar arasındaki iletişim eksikliği, hastanın transfer ve gözlemindeki süreksizlik, reçeteler arasındaki tutarsızlık, reçetelerin aktarılmaması bakımın sürekli olmayışından kaynaklanan eksiklikler olmakta ve ilaç hatalarına yol açabilmektedir. Ayrıca genel tıbbi hastalık nedenleriyle bakım ve tedaviye başvurulması sırasında psikotrop ilaç kullanımının sorgulanmaması ile ilaç etkileşimleri ve beklenmeyen ilaç reaksiyonları ortaya çıkabilmektedir (94,95).

b) Yetersiz hastane eczanesi hizmetleri: Reçete ve dağıtım hatalarının önüne geçilmesi için yeterli bir eczane hizmetinin sunulması gereklidir. Hastanelerde eczane altyapısının olmaması, eczane çalışanlarının bilgi eksikliği, eczanelerin ilaçları güvenli olmayan koşullarda saklamaları ve uygun olmayan transferlerini yapmaları, eczacı sayısının az olması ve eczacıların bilgi, tecrübe düzeylerinin yetersiz olması ilaç hatalarına yol açabilmektedir. Eczane hizmetlerinden kaynaklanan ilaç hatalarını önlemek için eczacı sayısını artırmak, fiziki koşulları iyileştirmek, reçeteleme ve transfer protokolleri geliştirmek, eczacıların mesleki eğitiminin devamını sağlamak gerekmektedir (95).

c) Yetersiz ilaç hatası raporlama sistemi: Gerçekleşen ilaç hataları raporlanan ilaç hatalarından fazla olmaktadır. Bu durum raporlama sistemlerinin yetersizliğini göstermektedir. Çalışanlar bireysel hataları sisteme bildirmekte zorluk yaşamaktadır. Bunun en büyük nedeni ceza alma korkusu olmaktadır. Raporlama sistemlerinin hatayı bireyselleştirmekten ziyade; ilaç hatasını raporlamayı “ilaç yönetimi

sürecindeki sistem hatası” temelli oluşturması gerekmektedir. Kurumların ilaç hatası raporlama sistemleri geliştirmeleri, bunun için bir multidisipliner ekip oluşturmaları, rutin toplantılar yaparak ilaç hatalarını değerlendirme ve çözümleri üretmeleri gerekmektedir (94).

İlaç hataları henüz meydana gelmeden önlenabilmekte, hasta güvenliği bu şekilde sağlanabilmektedir. İlaç hatalarını önlemek için iyi tasarlanmış, sistematik ve hasta güvenliği merkezli ilaç yönetimi stratejileri geliştirilmelidir. Bu stratejilerin güvenli, maliyet etkin ve uygulanabilir olması gerekmektedir. Hearkeanen ve ark. ilaç hataları ile ilgili yaptıkları araştırma sonucunda ilaç hatalarını önlemek için stratejileri üç kategoride toplamışlardır (101): sağlık profesyonellerinin bireysel stratejileri, sağlık ekibi ile ilişkili stratejiler, kurumsal stratejiler.

Bireysel stratejiler:

Doğruluk ve kesinlik: İlaç hatalarını önlemek için ilk yoldur. Sağlık profesyonellerinin hastanın kimliği, ilaç, ilaç dozu ve uygulama yolu, benzer ilaç isimleri, ilaç isim telafuzlarından emin olmaları ve dikkatli davranmaları anlamına gelmektedir. Doğruluk ve kesinlik gereksinimi ayrıca uygulama rehberleri ve prosedürlerine uyarken, uygulamaları kayıt altına alırken de gerekli olmaktadır (101).

Doğrulatma: İlacı uygulamadan önce ilacın uygulayıcı, diğer bir personel ve hasta tarafından doğrulanması işlemidir. İlacın reçete edilen doğru ilaç olduğundan emin olunması gerekmektedir. Ayrıca ilacı uygulamak için gerekli bir ekipman varsa çalışıp çalışmadığı, işlevsel olup olmadığı kontrol edilmelidir (101).

Yönergeleri, sorumlulukları ve tutumları takip etmek: Genel yönergeler başta olmak üzere, kurumun ve ekibin belirlediği yönergeleri takip etmek ilaç hatalarını önlemektedir. Ayrıca personelin uygulamayla ilgili sorumluluklarını bilmesi, bu sorumluluklardan açık ve net bir şekilde bahsedilmesi, bunların yönergelerde açık bir şekilde yer alması ve uygulanması önemlidir (101).

Sağlık ekibi ile ilişkili stratejiler:

İlaç bilgilerinin belgelenmesi: İlaç hatalarını önlemek için önemli bir yol reçete ve kayıt belgelerindeki netlik ve tutarlılıktır. Reçeteler ve ilaç kartları net, eksiksiz, anlaşılır, önemli noktalar ve devam edilen veya kesilen ilaçlar özellikle

belirtilmiş olmalıdır. Uygulama sonrası uygulamanın nasıl ve kim tarafından yapıldığının dökümantasyonu da yine önem taşımaktadır (11,101).

Bilgi akışı ve iş birliği: Sağlık ekibi içindeki bilgi akışı ve iş birliği ilaç hatalarını önlemede önemli bir noktadır. İyi ve açık bir iletişim, ekip üyelerinin ilaçla ilgili konularda birbirlerini bilgilendirmesi, sözlü veya telefonla reçetelerin yüksek sesle tekrar tekrar doğrulatilması gerekmektedir. Bu bilgi akışına hasta ve ailesi de dahil edilmelidir. Hasta ve ailesine ilaç değişiklikleri, ilaçları hakkındaki önemli bilgiler, ilaçların taburculuktaki kullanımları hakkında bilgi verilmelidir (101).

İş dağılımı: İlaçların uygulanması ve yönetimindeki sorumluluğun eşit ve net bir şekilde uygulayıcılar arasında dağıtılması gerekmektedir. Uygulayıcı, hemşire, her seferinde yalnızca bir kişinin ilaç uygulama sorumluluğunu almalıdır. İlaçların karışıklığı ve hataların önlenmesinde bu önemli bir noktadır (101).

Kurumsal stratejiler:

Çalışma alanı: Çalışma ortamı işlevsel ve huzurlu olmalıdır. İlaç yönetimi ile ilgili görevler yerine getirilirken ortamın sessiz ve sakin olması gerekmektedir. İş yükü dengeli ve acele etmeye veya dikkatin dağılmasına olanak vermeyecek şekilde dağıtılmış olmalıdır. İlaçların güvenli depolanma ve hazırlanması için özel bir alan oluşturulmalıdır (101).

Kaynaklar: İlaçları uygulamak için yeterli fiziksel kaynaklara sahip olmanın yanı sıra özellikle nitelikli personel kaynağının olması gerekmektedir. Yeterli hemşire ve yardımcı personel sayısının olması hataları önlemektedir. Hasta sayısına oranla hemşire sayısının artması ve hemşirenin her hasta için ayırdığı sürenin artması ilaç hatalarını azaltmaktadır; bu sebeple klinikteki hemşire sayısının artırılması gerekmektedir (11,101).

Eğitim: Yetkili personelin eğitilmiş olması, kurum içi eğitimlerinin devam etmesi, ilaç yönetimi ve güvenliği eğitimlerini almaları, reçeteleme ve raporlama sistemlerinin kullanımını öğrenmeleri gerekmektedir (11,101).

Kılavuzlar, rehberler: İlaç yönetimi ve uygulama süreçleri ile ilgili standarta ulaşmak, ilaç uygulama hatalarını en aza indirmek ve hasta güvenliğini sağlamak için rehberlerin kullanılması gerekmektedir. Bu rehberlerin kurumun her yerinde aynı

olması gerekir. Rehberler, bakanlıkça belirlenen yönergeler ile uyumlu olmalıdır. Rehberlerde süreç ve uygulamalar açık ve net bir şekilde anlatılmalıdır. İçerikleri personelin yasal sorumlulukları ile çatışmamalıdır (21,101).

İşin geliştirilmesi: İlaç uygulama görevleri, uygulama yolları, ilaç yönetimi süreci sürekli geliştirilebilir. Her zaman daha iyi bir yolun var olabileceği unutulmadan; kullanılan yönergeler, kılavuzlar, sistemler sürekli güncellenmeli ve en iyiye ulaşmak için geliştirilmelidir. Bunun için multidisipliner ekip ile çalışılması, ekip üyelerinin görüşlerinin alınması, literatürün takip edilmesi gerekmektedir (11,98,101,102)

2.2.6. İlaç Yönetimi Sürecinde Kullanılan Araçlar ve Etkileri

İlaç yönetimi sürecini güvenli hale getirmek, standardize etmek, kolay uygulanabilir ve sonuçlarını kolay değerlendirilebilir hale getirmek, sürecin etkinliğini ve maliyet etkinliğini artırmak için birtakım araçlardan faydalanılmaktadır. Bu araçlar hastalar ve sağlık profesyonellerinin ilaç yönetimindeki ihtiyaçlarından ortaya çıkmıştır.

İlaç yönetiminde kullanılan araçları temel olarak iki kategoride ele almak mümkündür. Bunlar; teknoloji odaklı araçlar ve teknoloji odaklı olmayan araçlardır.

2.2.6.1. Teknoloji odaklı ilaç yönetimi araçları: Teknoloji kullanımının hastane uygulamalarına entegre edilmesi ile birlikte ilaç yönetimi süreçlerinde değişim başlamıştır. Teknoloji odaklı araçlar ilaç yönetiminde elektronik reçeteleme, elektronik kayıt ve iletişim, ilaç dağıtım sistemleri, ilaç hazırlama ve uygulama sistemleri olarak yerini almıştır.

İlaç yönetimi sürecinde reçeteleme aşamasında birçok ilaç hatası ile karşılaşilmektedir (11,88,93-95). Elektronik reçeteleme sistemleri; reçetelemeden kaynaklanan hataları önlemek, ilaç uyumunu artırmak, hızlı ve kolay reçeteleme sağlamak, doğru ve eksiksiz kayıt tutmak, kurumlar arası reçete bilgisinin aktarımını ve erişimini sağlamak, hastanın geçmişteki reçete, randevu, teşhis, tetkik ve tedavi bilgilerine ulaşımı sağlamak için kullanılan önemli bir araçtır (103). Ayrıca elektronik reçete sistemleri ile sahte reçete, kayıt dışı ilaç kullanımı, ilaç kötüye kullanımı ve sahte raporların önüne geçilebilmektedir. Elektronik reçete sistemleri

başta reçete yazan profesyoneller olmak üzere tüm sağlık profesyonelleri ve hizmet alıcılarına bu yönleri ile büyük kolaylık sağlamaktadır (104). Türkiye’de 2013 yılı itibari ile ülke genelinde kullanımı süren elektronik reçeteleme sistemleri; ABD, Kanada, Avustralya ve Avrupa Birliği ülkelerinde de kullanılmaktadır. Yine Türkiye’de 2017 yılı itibari ile Renkli Reçete Sistemi kurulmuş; elektronik reçete sistemi bünyesine dâhil edilmiştir (105). Renkli Reçete Sistemi, ilk olarak psikotrop ilaçları içeren reçeteleri, daha sonra hemofili hastalarının kullandığı ilaç reçeteleri ile kan ürünlerini içeren reçeteleri kapsamıştır. Kırmızı, yeşil, turuncu, mor ve beyaz reçeteler ile hastanın elinde olan ilaç miktarının ve ilaçların bitiş tarihinin takibi yapılabilmekte; hastanın farklı kurumlardan reçete temin edebilmesi önlenebilmektedir (106,107).

İlaç yönetimi sürecinde kullanılan en yaygın teknoloji odaklı araçlardan bir diğeri barkod ilaç yönetim sistemleridir. Barkodlar hasta kimliği, hasta bilekliği ve ilaçların üzerinde yer alabilmektedir. Barkodlar ilaçların dağıtım, depolama, uygulama ve dokümantasyonu aşamalarında kullanılabilmektedir. Özellikle ilaç uygulamaları öncesinde hemşire tarafından barkodlar okutulmakta; bu bilgiler ayrıca barkod sistemi tarafından kayıt altına alınmaktadır. İlaç uygulamalarında hasta kimliğinin doğrulanmasını sağlayarak, hasta kimliğinden kaynaklanan ilaç hatalarını azaltmakta, doğru hasta ilkesine uyulmasını kolaylaştırmaktadır. Bunlara ek olarak barkod ilaç yönetimi sisteminin kullanılması ile ilaç dağıtım hatalarının, ilaç uygulama zamanı ile ilgili hataların, ilaç dozu ve uygulama yolu ile ilgili hataların, doz atlamalarının, yanlış ilacı uygulama oranlarının azaldığını belirten çalışmalar bulunmaktadır (108-110).

İlaç yönetimi sürecinde kullanılan teknoloji odaklı araçlardan biri otomatik ilaç dağıtım sistemleridir. İlaç dağıtım sistemleri ilaçların uygun koşullarda ve güvenli bir şekilde depolanması, kullanılacakları ortama güvenli ve hatasız transferleri, klinik içinde depolanma ve hazırlanma süreçlerini yönetmede kullanılmaktadır (111). Dağıtım sistemlerini daha çok ilaçların depolama ve dağıtım aşamalarında görev alan eczacılar ile ilaç yönetiminin anahtar noktası olan hemşireler kullanmaktadır. İlaç yönetiminde kullanılan birçok farklı dağıtım sistemi bulunmaktadır. Pyxis Medstation, Stockart Automated Medication Management System ve Automated Medication and Supply Management System, Wiegand

medication system, Diebold Medselect Systems, Busterpid/Busterpick/Busterweb, SP and CRS Robotic Dispensing Systems bunlara örnek olarak verilebilmektedir. Teknoloji odaklı ilaç dağıtım sistemlerinin kullanımını değerlendiren çalışmalar incelendiğinde; ilaç dağıtım sistemlerinin kullanılması ile insan kaynaklı ilaç hatalarının azaldığı, reçeteleme hatalarının azaldığı, kayıt, ilaç dağıtım ve uygulama hatalarının azaldığı, verilerin el ile girilmesinden kaynaklı hataların azaldığı ve böylece hasta güvenliğinin arttığı, ilaç tüketiminin azalması ile ilaç harcamalarında tasarruf sağlandığı, yan etki ve risklerin azalması ile ekonomik kaybın azaldığı, tedavi ve bakımın kalitesinin arttığı, mesai sürelerinin azalması ile ekonomik tasarruf sağlandığı, hemşire işyükünün azaldığı ve hemşirelerin zamandan tasarruf sağladığı belirlenmiştir (111,112).

İlaç yönetimi ve karar verme sürecinde kullanılan algoritmalar ve elektronik sistemler (113-115), hem sağlık profesyonelleri hem de ilaç kullanıcıları için geliştirilen mobil uygulamalar (116-118) ilaç yönetimi sürecinde kullanılan diğer teknoloji odaklı araçlardır. Bu araçların kullanımı ile hastaların bilgi eksikliklerinin azaldığı, hastaların ilaç uyumlarının arttığı ve ilaç hatalarının azaldığı saptanmıştır (114-118).

2.2.6.2. Teknoloji odaklı olmayan ilaç yönetimi araçları: Piktogramlar, ilaç hazırlama bankoları, ilaç dağıtım sistemleri (ilaç dispenserleri ve iyi tasarlanmış ilaç tepsileri, ilaç kapları ve kadehleri), etiketler (hasta adı, ilaç adı, ilaç günü ve saatini belirten etiketler), enjeksiyon tepsileri ve ilaç atık konteynerleri, ilaç yönetimi rehberleri, kanıta dayalı uygulama rehberleri, ilaç uygulama veya takip çizelgeleri teknoloji odaklı olmayan ilaç yönetimi araçları olarak sıralanabilmektedir.

Bir eşya, durum, obje veya kavramı resimler kullanarak ifade etmeye yarayan semboller piktogram olarak tanımlanmaktadır (119). Hastaneler ve klinik ortamlarda yer-yön belirtmek, uyarı oluşturmak için piktogramlar kullanılmaktadır. Piktogramlar ayrıca kullanımı düşük maliyetli ilaç yönetimi araçlarıdır. Vaillancourt ve ark. (119) güvenli ilaç yönetimine yardımcı olabilmesi için sağlık profesyonellerinin kullanabileceği piktogramlar geliştirmişlerdir. Bu piktogramlar; ek uyarı gerektiren ilaç konuları, yüksek riskli ilaç grupları, uygulamadan önce daima seyreltilmesi gereken ilaçlar, sadece bir yolla verilebilecek ilaçlar, çok parçalı ilaçlar (örneğin, aşı

ve seyreltici), uygulamadan önce hava yolu yönetimi gerektiren ilaçlar, benzer ilaç isimleri, telafuzu benzer ilaç isimleri, benzer görünümdeki ilaçlar ve özel ilaç grupları olarak sınıflandırılmıştır. Piktogramların ilaç yönetiminde kullanılması ile ilaç güvenliğinin artırılması, ilaç hatalarının azaltılması, riskli ilaçların kullanımlarının güvenliğinin artırılması, zamandan tasarruf sağlanması hedeflenmiştir (119). Piktogramlar ayrıca hastaların bilgi düzeylerinin artırılması için ilaçlar ile ilgili psikoeğitimlerinde ve bireysel ilaç yönetimlerinde materyal olarak kullanılmaktadır. Bu yol ile öğrenmenin kolaylaşması ve ilaç uyumlarının artması hedeflenmektedir (120).

İlaç hazırlama bankoları, ilaç dağıtım sistemleri (ilaç dispenserleri ve iyi tasarlanmış ilaç tepsileri, ilaç kapları ve kadehleri), etiketler (hasta adı, ilaç adı, ilaç günü ve saatini belirten etiketler), enjeksiyon tepsileri ve ilaç atık konteynerleri otomatik olmayan ilaç dağıtım, hazırlama ve uygulama araçlarıdır. Kliniğin kapasitesi ve ihtiyaçlarına göre bu araçların sayıları, tasarımları ve büyüklükleri değişiklik gösterebilmektedir. Ayrıca bazıları hastalar taburcu olduktan sonra bireysel ilaç yönetimlerini devam ettirmelerine yardımcı olmak için kullanılabilir. Bahsedilen araçların kullanımı ile ilaç yönetimi sürecinin kolaylaştırılması, ilaç hatalarının azaltılması, maliyet ve zamandan tasarruf sağlanması, ilaçların klinik içinde uygun koşullarda güvenle depolanması amaçlanmaktadır (121).

İlaç yönetimi rehberleri, ilaç kullanımının her aşamasında güvenliği, kaliteyi ve standardizasyonu sağlamaya yardımcı olmak amacıyla sağlık hizmeti sunumunda tüm çalışanların ilaç yönetimi ilkelerini bilmesine imkân sağlayan, en iyi uygulamayı hedef alan kanıta dayalı yazılı materyaller olarak tanımlanmaktadır (122,123). Rehberlerin içerik ve kapsamı uygulanacakları kliniğin, çalışanların ve hasta gruplarının ihtiyaçlarına göre değişiklik gösterebilmektedir.

İlaç uygulama ve takip çizelgeleri, ilaç uygulama aşamasında ortaya çıkabilecek uygulama hatalarını önlemek, yan etkilerin ve beklenmeyen etkilerin takibini yapabilmek, ilaç uygulamalarını doğru ve eksiksiz bir şekilde kayıt altına alabilmek, sağlık ekibi arasındaki bilgi alışverişini sağlayabilmek, ilaç yönetimi ve uygulamasını kolaylaştırmak amaçlarıyla kliniklerin özel gereksinimlerine göre

tasarlanmış yazılı ve görsel materyaller olarak tanımlanmaktadır (21,122,123). Bu çizelgeler, ilaç uygulama ve kayıt sürecinin basitleştirilmesini sağlamak için sağlık profesyonellerine çizelge üzerinde işaretleme ve yazı yazma olanakları sağlamaktadır.

Kanıtı dayalı klinik rehberler hemşirelik uygulamalarında önemli bir yere sahiptir. Kanıtı dayalı rehber oluşturulması çok yönlü bir araştırma yapmayı gerektiren ve multidisipliner ekip üyelerinin her birinin katkısı olan zorlu, kapsamlı bir süreçtir. Rehberler oluşturulurken ekip üyelerinin yanı sıra ilaç yönetimi ve bakımda merkezde olan hasta ve ailesinin ihtiyaçları ve düşünceleri de göz önüne alınmaktadır (124). İlaç yönetiminde kullanılan rehber ve çizelgeler diğer teknoloji odaklı araçlara kıyasla edinimi ve uygulanması kolay ve daha maliyet etkindir.

İlaç yönetimini temel alan rehber ve çizelgelerin etkinliğini değerlendiren çalışmalar incelendiğinde, ilaç yönetimi rehberi ve çizelge kullanımıyla birlikte; ilaç yönetimi sürecinin kolaylaştığı, ilaç yönetimi sürecinin doğru ve eksiksiz kayıt altına alındığı, ilaç yönetiminin sağlık profesyonelleri ve hastalar için güvenli bir süreç haline geldiği, ilaç uygulamalarında standardizasyonunun sağlandığı, ilaç dozu, sıklığı ve kaydından kaynaklanan uygulama hatalarının azaldığı, hastanın alerjisi olan ilaçların yeniden reçetelenmesinde azalma sağlandığı görülmektedir (15,122,123,125-127).

İlaç yönetimi rehberi ve uygulama çizelgeleri kullanımıyla ilgili hemşirelerin görüşlerini değerlendiren çalışmalar incelendiğinde; hemşirelerin uygulama rehberi ve uygulama çizelgesi kullanmanın ilaç hatalarını azaltacağını, ekip içindeki iletişimi olumlu etkileyeceğini ve ilaç yönetimini kolaylaştıracağını ifade ederek iyi hazırlanmış bir uygulama çizelgesine ihtiyaç duyduklarını belirttikleri görülmektedir (128). Ayrıca, ilaç uygulama çizelgesi kullanımını deneyimleyen doktor, hemşire ve eczacılardan oluşan sağlık profesyonellerinin %87'si çizelgenin ilaç yönetiminde değerli bir kaynak olduğunu belirtmiş; %60'ı çizelge kullanmaya devam etmek istediklerini söylemişlerdir (123,127).

2.3. İLAÇ YÖNETİMİNDE HEMŞİRENİN SORUMLULUKLARI

2.3.1. Hemşirenin İlaç Yönetimindeki Sorumluluklarının Yasa ve Yönetmeliklerdeki Yeri

Hemşirelerin ilaç yönetimindeki sorumlulukları yasalarda belirtilmektedir. Hemşirenin ilaç yönetimindeki sorumluluğu Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun'da doktor tarafından yazılı olarak verilen tedavileri uygulamak ve Hemşirelik Yönetmeliği'nde sadece ilaçların güvenli bir şekilde depolanması ve doktorun reçete ettiği ilacı uygulama üzerine iken; Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik ile reçete edilen ilacın uygunluğunu değerlendirme ve sorgulama, ilaç uygulamasını neden ve nasıl yapması gerektiğiyle ilgili bilgi sahibi olma sorumluluğu olarak genişletilmiştir (1). Hemşirenin mesleğiyle ilgili yasa ve yönetmelikleri bilmesi ise kendi sorumluluğundadır. Bunları bilmemesinden kaynaklanan ilaç uygulama hataları malpraktis olarak değerlendirilmektedir (129).

Hemşirelik yönetmeliğinde yer alan hemşirelik girişimleri listesinde “ilaç yönetimi” başlığı yer almaktadır. İlaç yönetimindeki girişimler; hemşirelik kararı ile uygulanabilen, hekim kararı ile uygulanabilen ve hekim-hemşire birlikte uygulanabilen girişimler olarak detaylandırılmıştır (1).

2.3.2. Psikiyatride İlaç Yönetiminde Hemşirenin Sorumlulukları

1950'li yılların öncesinde hemşirelik sadece hastaya fiziksel bakım vermek ile sınırlıyken; psikofarmakolojik gelişmeler, terapötik iletişim tekniklerindeki gelişmeler, terapi yöntemlerinin ilerlemesi, psikiyatrik hastalıkların tedavisi ve rahabilitasyonundaki gelişmeler ile psikiyatri hemşireliği de gelişim göstermiş ve yeni roller üstlenmiştir (130). Psikiyatrik hastalıklarda hemşirelerin üstlendiği başlıca yeni roller; aile müdahaleleri oluşturmak, fiziksel sağlığı korumak ve geliştirmek, eş tanımlar almış hastalarla çalışmak, hezeyan ve halüsinasyonlar için terapi vermek ve ilaç yönetimi olarak sıralanabilmektedir (131).

Psikiyatri kliniklerinde tedavi bilişsel, davranışsal, psikososyal, kişilerarası, psikodinamik, tamamlayıcı ve alternatif müdahaleler ile birlikte psikofarmakolojik tedavi stratejilerinin bir bütünü olarak sağlanmaktadır (5). Aynı şekilde psikiyatri hastalarına sunulan hemşirelik bakımı da çok yönlü olmakta; diğer tüm hemşirelik

bakım ilkelerini içermekle birlikte, psikofarmakolojik ilaç yönetimini kapsamaktadır. Psikiyatrik tedavinin önemli bir bileşeni olan psikofarmakolojik tedavi, kliniklerdeki en önemli güç olan hemşirelerin hemşirelik bakımına entegre edilmeyi gerektirmektedir. Bu sebeplerle psikiyatri kliniğinde hemşirelerin ilaç yönetimindeki sorumlulukları gözardı edilmemelidir.

Psikotrop ilaçların yönetiminde hemşirenin sorumlulukları “hastanın değerlendirilmesi, tedavi yöntemlerinin koordinasyonu, ilaçların uygulanması, ilaç etkilerinin izlenmesi, ilaç eğitimi, klinik ilaç araştırma çalışmaları” olarak sıralanabilmektedir (2,5).

2.3.2.1. Hastanın değerlendirilmesi: İlaç tedavisine karar verilmeden ve ilaç seçimi yapılmadan önce hastanın kapsamlı değerlendirilmesini içermektedir. Bu aşama psikiyatri ekibi tarafından, her bir üyenin mesleki sorumlulukları doğrultusunda yapılmaktadır. Hemşire hastayı psikiyatrik değerlendirme ile birlikte; biyolojik, psikolojik, sosyal, kültürel özellikleri yönüyle de değerlendirmektedir. Tüm bu değerlendirme bileşenleri hastanın ilaca vereceği yanıtı ve ilaç ile ilgili tutumlarını etkileyebileceği için hemşireye psikofarmakolojik bakımını planlarken önemli veriler sunmaktadır (2). Ayrıca hemşire hasta ve yakınlarından detaylı bir ilaç öyküsü almaktadır. Bu öykü; daha önce kullanılan psikotrop ilaçların adını, kim tarafından ve neden reçete edildiğini ne zaman ve ne süre ile kullanıldığını, görülen etki ve yan etkilerini, ilacın neden ve kim tarafından bırakıldığını içermektedir. Hemşire hastanın birinci derecede akrabalarının da benzer şekilde psikotrop ilaç öyküsünü almaktadır. Bunlara ek olarak, hemşire hastanın psikotrop ilaç kullanımına etki edebilecek diğer tıbbi ilaçlar, alkol, tütün ve türevleri, uyuşturucu madde, reçetesiz ilaç veya tamamlayıcı uygulamalar kullanıyor ise bunların bilgisini almaktadır. Hastanın değerlendirilmesi ile birlikte, psikofarmakolojik tedavi planı ve hedefler oluşturulmaktadır (2,5).

2.3.2.2. Tedavi yöntemlerinin koordinasyonu: Hemşire, psikiyatri ekibinin bir üyesi olarak tedavi planlamasına katılmakta; terapötik iş birliğinin bir parçası olmaktadır. Hasta için en iyi ve uygun tedavinin seçilmesine, bu tedavinin bireyselleştirilmesine ve hemşirelik bakımına entegre edilmesine katkı sağlamaktadır. Hemşire bu aşamada psikotrop ilaç seçimine katkı sağlayarak karar

verici rolünün; psikiyatri ekibi ile iletişim ve iş birliği sağlayarak iletişim ve koordinatörlük rolünün; planlanan psikotrop ilaçlar ile ilgili bilgisini kullanarak bakımına yön vermesi ile bakım verici rolünün gerekliliklerini yerine getirmektedir (132).

Tedavinin merkezinde hasta yer aldığı için, tedavi stratejilerini belirlerken hasta ile iş birliği yapmak önemlidir. Psikotrop ilaç tedavisi riskli olabilmektedir ve hastanın bu riskleri, alternatif tedavileri ve mevcut seçeneklerini bilmesi gerekmektedir. Hem hastayı hem de kurumu korumak adına bu bilgilendirmenin resmiyete dökülmesi ve hastanın onamının alınması gerekmektedir. Hastanın bilgilendirilmesi ve onamının alınması hastayı tedavi planına dahil etmekte, kendi ilaç yönetimi için sorumluluk almasını sağlamakta ve ilaca uyumunu artırmaktadır (83).

İlaç yönetimi konusunda ekibin (eczacı, doktor, hemşire) kendi içindeki koordinasyonu ve hasta ile koordinasyonun yanı sıra hemşireler, ilacın tedarik aşamasından uygulanmasındaki sağlık politikasına kadar geniş bir yelpazede tüm birimler ile koordineli bir şekilde çalışmaktadır. Bu koordinasyonu sağlarken bakanlığın belirlediği politikalar çerçevesinde şekillenen hastanenin ilaç yönetimi prosedürlerini dikkate almaktadır (21).

2.3.2.3. İlaçların uygulanması: Hemşire, hastaya psikotrop ilaç uygulanmasında kilit noktadadır. Hemşire reçete edilen ilacı hazırlamak ve hastaya uygulamaktan sorumludur. Amaç, hastanın belirlenen ilaçtan en iyi faydayı almasıdır (6). Bunun için ilacın güvenli bir şekilde, uygun olan koşullar ve yollardan uygulanması gerekmektedir. Bu sorumluluk hemşirenin psikotrop ilaçlarla ilgili farmakoloji bilgisinin iyi düzeyde olmasını, psikotrop ilaç tedavisinin terapötik etkilerini en üst düzeye çıkarmak ve yan etkilerini en aza indirmek için gerekli stratejileri bilmesini gerekli kılmaktadır (5). Ayrıca ilaç uygulaması hasta ile bire bir etkileşimde olmayı ve iş birliği yapmayı gerektiren bir süreçtir. Bu sebeple hemşirenin hastanın ilaçla ilgili tutumlarını ve ilaç uygulaması ile ilgili tercihlerini bilmesi, ilaç uygulamalarında hastayı çok yönlü değerlendirmesi ve ilaç uygulamasına etki edebilecek hastayla ilgili faktörleri gözlemlemesi gerekmektedir.

Hemşirenin bu değerlendirmeleri ilaç etkilerini izlemeye ve hastanın ilaç uyumunu artırmaya yardımcı olmaktadır (5,133).

İlaç uygulamasında ilk adım hemşirenin reçete edilen ilacı kontrol etmesidir. Bu kontrol reçetenin doğru hastaya yazıldığını, doğru ilacı içerdiğini, uygun doz aralığında olduğunu, reçeteyi yazan doktorun bilgilerinin yer alıp almadığını içermektedir (133). Ayrıca hemşirenin kendi bilgi birikimi ile, reçete edilen ilacın hastanın klinik durumuna, hayati bulgularına, yaş ve kilosuna, tetkik ve tahlil sonuçlarına, hastanın tercihlerine uygunluğunu değerlendirmesi gerekmektedir. İlaç uygulama sırasında oluşabilecek reaksiyonları öngörmeyi, geçmiş reaksiyonları değerlendirmeyi, uygulanacak ilacın hastanın yaşam tarzı ve alışkanlıkları ile ters düşecek sonuçları olup olmadığını değerlendirmeyi kapsamaktadır. Hemşirenin hastanın kendisine uygulanacak ilaç hakkında bilgi sahibi olup olmadığını değerlendirmesi ve ilaçla ilgili açıklamaları yapması, gerekli durumlarda onamını alması ilaç uygulaması aşamasındaki sorumlulukları arasında yer almaktadır. Hemşire tüm bunları yaparken ilaç uygulamasıyla ilgili kliniğinde kullanılan ilaç uygulama prosedürlerini takip etmelidir. Hemşirenin yaptığı ilaç uygulamalarını kayıt altına alması yine bu basamaktaki önemli bir husus olmaktadır. Hemşire mevcut en iyi ilaç uygulama stratejileri ve bilgilerine ulaşmakta ise bireysel olarak sorumludur. Bu durum hemşirenin araştırmacı yönünü temsil etmektedir (133).

2.3.2.4. İlaç etkilerinin izlenmesi: Psikiyatri kliniğinde hemşireler, hastalar ile birlikte geçirilen zaman ve paylaşılan ortak alanlar açısından hastalarla ilgili gözlem yapma konusunda en avantajlı meslek üyeleri konumundadır. Bu durum hemşirelere psikotrop ilaçların etkilerini takip edebilmeleri açısından büyük bir olanak sağlamaktadır. Bu gözlem ilaçlardan beklenen terapötik etkinin, olası yan etkilerin, beklenmeyen ilaç reaksiyonlarının, alerjik reaksiyonların, ilaç etkileşimlerinin izlenmesidir. Hemşirenin bu izlemi amacına uygun ve kaliteli yapabilmesi, hastada ortaya çıkan değişimleri anlamlandırabilmesi için psikotrop ilaçların sıralanan etkilerini ve oluşturdukları belirtileri iyi bilmesi gerekmektedir. Hemşirenin ilaçların yan etki profillerini ve bu yan etkilerle baş etme stratejilerini bilmesi gerekmektedir. Hemşire gözlemlediği psikotrop ilaçların etkilerini ekip üyeleri ile paylaşmakta; var ise takip edilen tedavi planı ile ilgili endişelerini dile getirmelidir. İlaç etkilerinin izlenmesi ve ekiple paylaşılması ile uygun ilacın ve

terapötik dozun belirlenmesi, tedavi planına yön verilmesi, yan etkiler ve beklenmedik reaksiyonlar ile başedilmesi kolaylaşmaktadır (133,134).

2.3.2.5. İlaç eğitimi: Hemşire, planlanan psikotrop ilaç tedavisi ile ilgili hasta ve ailesini bilgilendirmekten sorumludur (1,2). İlaç eğitimindeki temel amaç hasta ve ailesini bu süreçte nelerin beklediğiyle ilgili aydınlatmaktır. Hasta ve ailesi ile birlikte ilaç tedavisinde gerçekçi hedefler oluşturmak önemli olmaktadır. Hemşire, hasta ve ailesine kullanılan ilaçların erken ve uzun vadeli etkileri, ilacı ne kadar süre ile hangi doz ve aralıklarla kullanacağı, ilacın olası yan etkileri ve bunlarla baş etme stratejileri, ilaç-ilaç, ilaç-besin, ilaç-durum etkileşimleri, ilaç kullanımı sırasında dikkat edilecek önemli noktalar, beklenmeyen bir durumla karşılaştığında nereye başvuracağı gibi konularda psikoeğitim vermelidir. Hasta taburcu olacağı zaman belirli ilaçlar için rutin tetkikler yaptırması gerekiyor ise bunların sıklığı söylenmelidir. Yine ilaç tedavisi rutin kontrolleri ve sıklığı hakkında bilgi verilmelidir. Hasta ve ailesine hastalığın nüks ve semptomları anlatılmalı; bunların yakın habercileri ve nasıl tanıyabileceği hakkında bilgi verilmelidir. İlaç tedavisine bağlılığın nüksleri önleme üzerindeki etkisinden mutlaka bahsedilmelidir. Hastaya olası riskler ve alternatif tedavi seçenekleri dürüstçe anlatılmalıdır. Hastaya seçim yapması ve soru sorması için fırsat verilmelidir. Bu süreçte hasta ve ailesinden öğrenmeyle ilgili geri bildirim alınmalı; mümkünse öğrenmeyi ve hatırlamayı desteklemek için materyaller kullanılmalıdır. Hastanın sağlık okuryazarlık düzeyini yükseltmek hedeflenmelidir. Mümkünse taburculuk sonrası için takip planları yapılmalı; hastanın ilaca uyumu takip edilmelidir (135). Psikotrop ilaçlar ile ilgili psikoeğitim hastanın bilgi düzeyini ve ilaç uyumunu artırmakta, hastanın bireysel ilaç yönetimini ve psikotrop ilaçların güvenli kullanımlarını desteklemektedir (6,83).

2.3.2.6. Klinik ilaç araştırma çalışmaları: Hemşire klinik araştırma ekibinin bir üyesidir. Klinik ilaç araştırmalarının her aşamasına katılabilmekte; araştırma sonuçlarını hemşirelik bakımını iyileştirmek için kullanabilmektedir. Ayrıca hemşireler, etik dışı ilaç araştırmalarına onay vermemek ve bu araştırmalara dâhil olmamak, hastaları klinik ilaç araştırmaları hakkında bilgilendirmek, hastaların ilaç araştırmaları ile ilgili onamlarını almakla sorumludur. Hemşirelerin klinik ilaç araştırmalarına katılmaları hemşirenin araştırmacı rolünün gerekliliklerinden biridir (132).

Psikiyatri alanında çalışan hemşirelerin ilaç yönetimindeki sorumlulukları, ülkemizde ilk defa hemşirelik mesleğini alt disiplinleri ile değerlendirerek bir görev tanımlamasının yapıldığı yönetmelik olan 19/04/2011 tarihli ve 27910 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik’te yer almaktadır (1). Bu yönetmelikte ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği içerisinde hemşirenin genel görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra ilaç yönetimindeki sorumlulukları şu şekilde sıralanmaktadır:

Hemşirelik bakımı rolü: Psikiyatri kliniğinde; beslenme, kilo takibi, uyku takibi, konversiyon takibi, deliryum takibi, ilaç yan etki takibi, pnömoni takibi, hipomani takibi ve istisnaları önleme takibi yapar. Alkol ve madde bağımlılığı merkezinde; hemşirelik tanılarına ilişkin hasta/ailesine yönelik bakım girişimlerini planlar ve uygular (bağımlılığı açıklama, inkar üzerinde çalışma, etkin baş etme stratejilerini geliştirme, anksiyete yönetimi, destek sistemlerini harekete geçirme, duyguların ifade edilmesini kolaylaştırma, danışmanlık ve eğitim, rol modeli olma, psikoterapi, hasta takibi, psikofarmakolojik ilaçların etki ve yan etkilerini değerlendirme, psikiyatristle işbirliği, eğitim ve araştırma), bakımın etkinliğini değerlendirir (1).

Eğitim ve danışmanlık rolü: Psikiyatri kliniğinde; hasta ve ailesine, ilaçların etki ve yan etkileri konusunda gerekli eğitimleri planlar, uygular, eğitimin etkinliğini değerlendirir. Çocuk ve adölesan psikiyatrisi kliniğinde; çocuk/ergen ve ailesine; ilaçların etki ve yan etkileri konusunda gerekli eğitimleri planlar, uygular, eğitimin etkinliğini değerlendirir. Toplum ruh sağlığı merkezinde; toplumdaki bireylerin, kullandığı ilaçlar, bitkiler, alternatif tedaviler, vitaminler veya besinsel destekleri gibi alternatif tıp uygulamalarını değerlendirir. Hastanın, tıbbi tedavisine uyumunu, ilaçların etkilerini ve yan etkilerini takip eder, yan etkilerle başa çıkmada yardımcı olur (1).

Literatür incelendiğinde, hemşirelerin ilaç yönetiminde etkin bir rol üstlenmeleriyle birlikte, ilaç uygulama hatalarının azaldığı (11,88); psikofarmakolojik tedaviye bağlılık ve ilaç uyumunun arttığı (134,136,137); hasta bireyler ve ailelerine uygulanan ilaç yönetimi ve bunun bir parçası olan psikoeğitim

müdahaleleri ile bakım sonuçlarının yükseldiği, bilgi düzeylerinin arttığı, tedaviye uyumun artarak nüks ve tekrarlı yatışların azaldığı (138-145) görülmüştür.

2.3.3. Hemşirelik Eğitiminde Psikofarmakoloji ve Psikotrop İlaç Yönetimi

Hemşirelik eğitiminin amacı; birey, aile, toplumun sağlığını ilgilendiren her konuya duyarlı olabilen, sağlıklı veya hasta bireylerin ve onların yakınlarının hemşirelik bakımı ihtiyaçlarını karşılayabilen, hemşirelik bakımını verirken mesleki standart, etik ve yasal sorumluluklarını göz önüne alarak bakımını planlayabilen, uygulayabilen ve değerlendirebilen, sağlık ekibinin aktif bir üyesi olarak rol alabilen, hemşirelik mesleğinin eğitim, yönetim ve araştırma aşamalarında görev alabilen ve bireysel mesleki eğitimini yaşam boyu devam ettirmeyi hedef alabilen hemşire profesyoneller yetiştirmektir (146).

Kurumların hemşirelik lisans eğitimlerini planlarken esas alacakları ve Avrupa Birliği hemşirelik eğitimi kriterlerine uygun olarak hazırlanmış, hemşirelik eğitiminin standartlaştırılması için oluşturulmuş bir çerçeve program olan Hemşirelik Ulusal Çekirdek Eğitim Programı'nda (HUÇEP) (2014) temel hemşirelik uygulamaları ve ilgili beceriler listesinde yer alan hemşirelerin lisans eğitiminde edindiği “ilaç uygulama becerileri” yer almaktadır. Buna göre hemşireler ilaçları uygun koşullarda saklayabilme, ilaçları hazırlayabilme, ilaç dozu hesaplayabilme; ilaç tedavisinin izlemine yapabilmeye; oral, burun, kulak, deri, göz, rektum, vajinal, ven içi, kas içi, deri içi ve altına enjeksiyon, inhalasyon, kateter, nazogastrik, perkütan endoskopik gastrotomi yolları ile ilaç uygulayabilme; ilaç uygulama yollarının takip ve bakımını yapabilmeye becerilerini edinmektedirler (146).

Meslek derslerine ilişkin konular, içerik ve hedefler/öğrenme kazanımları olarak değerlendirildiğinde, hemşirelik eğitiminde yer alan “ilaç uygulamaları” eğitiminin içeriği; ilaç ekibi, güvenli ilaç uygulamaları, ilaç uygulamalarında yenilikler olarak yer almaktadır. Bu eğitimin sonucunda hemşirelerden güvenli ilaç uygulayabilme, uyguladığı ilacın etkilerini değerlendirebilme becerilerini kazanmaları beklenmektedir (146)

YÖK Sağlık Programlarının Asgari Eğitim Koşullarının Belirlenmesine Dair Yönetmelik'te (2008) yer alan Hemşirelik Programında Okutulması Gereken Konular altında “Ruh Sağlığı ve Psikiyatri” teorik ve klinik eğitimi, “Farmakoloji” temel bilimler eğitimi yer almaktadır (147). Ruh Sağlığı ve Psikiyatri eğitiminin içeriği; risk faktörleri ve erken tanılama, ruh sağlığına ilişkin temel kavramlar, koruyucu ruh sağlığı hemşireliği, klinik psikiyatri hemşireliği, konsültasyon-liyezon psikiyatrisi hemşireliği, özel durumlarda psikiyatri hemşireliği olarak belirlenmiştir. Bu eğitimin sonucunda hemşirelerden koruyucu ruh sağlığına yönelik hemşirelik bakımı verebilme, psikiyatrik hastalıklarda hemşirelik bakımı verebilme, kronik ya da ölümcül hastalığı olan bireylerin ruh sağlığını koruyucu hemşirelik bakımı verebilme, kronik ya da ölümcül hastalığı olan bireylerin ruh sağlığını geliştirici hemşirelik bakımı verebilme, özel durumlara yönelik hemşirelik bakımı verebilme becerilerini kazanmaları beklenmektedir (147).

Farmakoloji eğitiminin içeriği; farmakoloji ve toksikolojiye giriş, farmakokinetik, farmakodinami, ilaçların toksik etkileri, otonom sinir sistemi ilaçları, kardiyovasküler sistem ilaçları, santral sinir sistemi ilaçları, solunum sistemi ilaçları, gastrointestinal sistem ilaçları, antibiyotikler, antiviral, antifungal ilaçlar, kemoterapötikler, steroidler, analjezikler ve antienflamatuarlar, antidepresanlar, sedatif – hipnotikler, antipsikotikler, anksiyolitikler, duygu durum düzenleyiciler, antidiyabetik ilaçlar, anestezipler, otakoidler, ilaç suistimali ve bağımlılığı olarak belirlenmiştir (146,147). Bu eğitimin sonucunda hemşirelerden; farmakoloji ile ilgili temel kavramları ve farmakokinetik ve farmakodinamik terimlerini açıklayabilme, farmakokinetik ve farmakodinamik ilaç etkileşimlerini karşılaştırabilme, ilaçların farmasötik şekillerini tanımlayabilme, ilaç uygulama yollarını açıklayabilme, ilaçların emilimini açıklayabilme, ilaçların dağılımını açıklayabilme, ilaçların metabolizmasını tanımlayabilme, ilaçların atılımını açıklayabilme, ilaçların etkisini tanımlayabilme, ilaçların yan etkisini tanımlayabilme, ilaçlar arası etkileşimi tanımlayabilme, ilaçların toksikasyonunu açıklayabilme, ilaç ve madde bağımlılığını değerlendirebilme, bağımlılık tiplerini karşılaştırabilme becerilerini kazanmaları beklenmektedir (146,147).

Bunlarla birlikte hemşirelik eğitimi anatomi, biyokimya, fizyoloji, histoloji, mikrobiyoloji, patoloji temel tıp bilimleri dersleri ile sosyoloji ve psikoloji derslerini

de içermektedir. Bu eğitim içeriği hemşirelerin hemşirelik bakımını bütüncül ve kanıta dayalı vermelerinin yanı sıra; ilaç yönetiminde rol üstlenirken farmakolojik bilgi birikimlerini diğer alanlar ile birleştirerek ilaçların farmakokinetik ve farmakodinamiklerini anlamalarına yardımcı olmaktadır (146,147). Ayrıca, hemşirelik eğitiminde farmakoloji ve ilaç yönetimi eğitimlerinin verilmesinde temel beceri laboratuvarları, maketler ve simülasyon merkezleri kullanılmaktadır (148).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ

Bu araştırmanın türü nitel araştırma deseniyle tasarlanmış değerlendirici durum çalışması (An Evaluative Case Study) dır. Aşağıda detaylıca açıklandığı üzere bu araştırmayı yapabilmek için gerekli doküman kanıta dayalı uygulama rehberi ve çizelge geliştirme süreci yolu ile elde edilmiştir.

Bu maksatla bu araştırma;

- Kanıta Dayalı Uygulama Rehberi ve Çizelge Geliştirme Süreci
- Nitel Araştırma Deseni ile Tasarlanmış Değerlendirici Durum Çalışması (An Evaluative Case Study) olmak üzere iki aşamadan oluşmaktadır.

Araştırmanın birinci aşaması kanıta dayalı uygulama rehberi ve ilaç uygulama – takip çizelgesi geliştirme sürecini içermektedir. Kanıta dayalı rehber geliştirme süreciyle ilgili birden fazla yaklaşım bulunmaktadır. Konuyla ilgili ilk kez ve baştan bir rehber geliştirilebileceği gibi, geliştirilmiş olan bir rehberin dil, kültür veya kuruma göre uyarlanması da yapılabilmektedir. Bu çalışmada daha önce ilaç yönetimiyle ilgili birçok rehber geliştirmiş olan National Institute for Health and Care Excellence (NICE) kanıta dayalı rehber geliştirme süreci ve basamakları kullanılarak yeni bir rehber geliştirilmiştir (16).

Araştırmanın ikinci aşaması, geliştirilmiş olan kanıta dayalı uygulama rehberi ve ilaç uygulama – takip çizelgesinin kullanımının değerlendirilmesi aşamasıdır. Bu aşama bir nitel araştırma yöntemi olan durum çalışması ve durum çalışmasının bir tipi olan “değerlendirici durum çalışması” olarak tasarlanmıştır. Nitel durum

çalışmaları, belirli bir zaman aralığında, sınırlı bir sistemdeki belirli bir kişi, kurum, grup, olay, program, proje, uygulama ya da olguya odaklanarak, bu sınırlı sistemin pek çok kaynaktan toplanan verilerle ayrıntılı ve derinlemesine tanımlanması, analiz edilmesi ve durumla ilgili temaların raporlanmasıdır (149). Duruma yönelik derinlemesine inceleme yapılabilmesi için pek çok kaynaktan (görüşmeler, gözlemler, dokümanlar, raporlar, görsel-işitsel malzemeler) veri toplamak mümkündür.

Nitel durum çalışmalarında üç önemli araştırmacı ve onların yaklaşımları söz konusudur. Bunlar Robert Stake (150), Robert Yin (151) ve Sharran B. Merriam'ın (149) yaklaşımlarıdır. Bu çalışmada Sharran B. Merriam'ın nitel durum çalışması tasarımı, veri toplama yöntemleri ve analiz yöntemi için belirlediği methodlardan faydalanılmıştır. Merriam durum çalışmasının durumu tanımlamak, yorumlamak ve değerlendirmek amaçlarıyla yapıldığını belirtmektedir. Merriam durum çalışmasının beş adımda tasarlandığını belirtmektedir. Bunlar; literatür taraması yapmak, çalışmaya teorik bir çerçeve oluşturmak, araştırma problemini belirlemek, araştırma sorularını hazırlamak ve örnekleme seçmek olarak sıralanmaktadır. Ayrıca durum çalışmasının betimleyici, değerlendirici, tekli, çoklu, tarihsel, gözlemsel, içsel ve araçsal durum çalışması olarak türleri olduğunu belirtmiştir (149). Değerlendirici durum çalışması bir programın, projenin, geliştirme faaliyetinin belirli bir örneğinin veya yönünün derinlemesine tanımlanmasını ve analizini içermektedir. Bu sebeple bu çalışmada geliştirilmiş olan kanıta dayalı uygulama rehberi ve ilaç uygulama – takip çizelgesinin kullanımının değerlendirilmesi için “değerlendirici durum çalışması” tasarımı kullanılmıştır. Merriam'ın tanımladığı araştırma basamaklarına uyulmuş ve onun belirttiği örneklem seçimi yöntemi, veri toplama yöntemleri ve analiz yöntemi için belirlediği methodlardan faydalanılmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ

Bu araştırma Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'nde yapılmıştır. Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Gülhane Askeri Tıp Akademisinin bir kliniği olarak 1955 yılından itibaren hizmet vermektedir. Hastane, 2016 yılında Gülhane Tıp Fakültesi'nin Sağlık Bilimleri Üniversitesine bağlanmasıyla birlikte Sağlık

Bakanlığı'na bağlanmış olup, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi bünyesinde eğitim ve sağlık hizmeti sunumuna halen devam etmektedir. Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, ayrı bir binası olan, giriş katında bekleme salonu ve polikliniklerin, uyku merkezinin, üst katında öğretim üyesi odalarının, asistan odasının, kütüphanenin, alt katlarında ise A, B, C ve D yataklı kliniklerinin, personel yemekhanesinin ve bahçesinin olduğu bir yerleşkedir. Dört ayrı yataklı klinikte toplam hasta kapasitesi 123'tür. 17 hemşire çalışmaktadır. Bir hemşire sorumlu hemşire olarak görev yapmaktadır.

Klinikte hemşirelerin kullanabileceği psikotrop ilaç yönetimine özgü herhangi bir rehber veya çizelge bulunmamaktadır. Hemşireler uyguladıkları psikotrop ilacı rutin hasta takip formuna diğer parametrelerle birlikte (hayati bulgular, kan şekeri gibi) kaydetmektedir. İlaçların kliniğe alımı, depolanması ve dağıtımı konusunda ise bakanlıkça belirlenen talimatlara uyulmaktadır.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın ilk basamağı kanıta dayalı uygulama rehberi ve çizelge geliştirme sürecini içerdiğinden, sadece ikinci aşaması olan nitel araştırma deseni ile tasarlanmış durum çalışmasında geliştirilen araçların deneyimlenmesi için bir örneklem gereksinimi mevcuttur. Nitel araştırmalarda nicel araştırmalardan farklı olarak, örneklemin niceliği değil, niteliği önemlidir (152). Nitel araştırmalarda büyük gruplar yerine, araştırmanın amaçlarını karşılayan, zengin ve derinleşebilen veri durumlarına imkân veren örneklemelerin belirlenmesi gereklidir (153-155). Nitel araştırmalar için kullanılması önerilen, kabul görmüş bir örneklem büyüklüğü belirleme formülü bulunmamaktadır (152).

Nitel araştırmaların bir türü olan nitel durum çalışmalarında, odak nokta belirli bir durum (vaka) veya durumlar olduğu için, tıpkı nitel araştırmaların genelinde olduğu gibi araştırma sonuçlarını topluma genelleme kaygısı güdülmemektedir. Tüm bu sebeplerle nitel durum çalışmalarında örneklem sayısı durum kapsamında belirlenmemekte; sınırlı bir sistem içerisinde incelenen duruma göre bireylerden veri alınabilmekte ve nitel araştırmaların doğasında olduğu gibi veri doygunluğuna ulaşıldığı an çalışma tamamlanmaktadır (149).

Nitel durum çalışmalarının tamamında veri toplama sınırlı bir sistem içerisinde gerçekleşir. Bu sınırlı sistem içerisinde çalışılan durum kapsamında tüm insanlarla görüşüp, tüm etkinlikler ve dokümanlar incelenip analiz edilebileceği gibi, belirli bir örneklem seçimi yapmak da mümkündür. Bu tez çalışmasında, araştırılmak istenen tek bir durumun sınırlı sistemini Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği ve burada çalışmakta olan hemşireler (n=16) oluşturmaktadır. Bu araştırmalarda her ne kadar örneklem büyüklüğünü hesaplayan bir formül bulunmasa da tıpkı diğer araştırma türlerinde olduğu gibi örneklemin nasıl seçildiğinin belirtilmesi gerekir. Araştırmada yer alan katılımcıların belirlenebilmesi için amaçlı örnekleme yöntemi olan ölçüt tabanlı örnekleme kullanılmıştır. Ölçüt tabanlı örnekleme için gerekli olan ölçütler araştırmanın dâhil olma ve dâhil olmama kriterleridir. Bu doğrultuda araştırmanın katılımcılarını, Kasım 2020 ile Ocak 2021 tarihleri arasında Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'nde çalışmakta olan hemşirelerden araştırmanın dâhil olma kriterlerini karşılayan on hemşire (n=10) oluşturmaktadır. Araştırmada yer almayan hemşirelerden (n=7) biri izinli olduğu, diğer altısı çalışmaya katılmak için gönüllü olmadıkları için araştırma kapsamı dışında tutulmuşlardır.

3.3.1. Araştırmaya Dâhil Olma Kriterleri

- Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği klinik hemşiresi olmak,
- Toplamda altı aydan daha uzun süredir ruh sağlığı ve hastalıkları kliniği klinik hemşiresi olmak,
- Çalışmaya katılmak için gönüllü olmak.

3.3.1. Araştırmaya Dâhil Olmama Kriterleri

- İlaç yönetimi rehberi ve uygulama-takip çizelgesinin uygulandığı tarihler arasında Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'nde bulunmamak,
- İlaç yönetimi rehberi ve uygulama-takip çizelgesi kullanımının değerlendirildiği tarihler arasında Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'nde bulunmamak.

3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada, nitel durum çalışmasında kullanılan veri toplama yöntemlerinden görüşme, gözlem ve dokümanlardan faydalanılmıştır. Veri toplama sırasında görüşmeye dair veriler Bireysel Veri Toplama Formu, Görüşme Formu ile, dokümanlara dair veriler İlaç Uygulama Takip Çizelgesi (İUTÇ) ile, gözleme dair veriler ise araştırmacının gözlem notları ile toplanmıştır.

3.4.1. Bireysel Veri Toplama Formu

Araştırmacılar tarafından literatür taraması sonucu oluşturulan “Bireysel Veri Toplama Formu” toplam 12 sorudan oluşmaktadır (Bkz. EK 1). Bu form bazı demografik verileri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu vb.) ve literatür taraması sonucu ilaç yönetimi ile ilgili olabilecek deneyimleri (mezun olunan okul, mesleki çalışma süresi, psikiyatri kliniğinde çalışma süresi, daha önceki ilaç yönetimi rehberi kullanma deneyimi, daha önceki ilaç uygulama veya takip çizelgesi kullanma deneyimi, psikotrop ilaçlar ile ilgili mesleki eğitim geçmişi, ilaç yönetimi süresince herhangi bir hata ile karşılaşma deneyimi) içermektedir.

3.4.2. Görüşme Formu

Yarı yapılandırılmış görüşme formu, araştırmacılar tarafından yapılan literatür taraması sonucu oluşturulmuştur. Bu form, dört adet açık uçlu ve sondalı soru içerecek şekilde hazırlanmış ve bu yolla derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Sondalı sorular, sorulan temel sorulara paralel olarak, görüşülmekte olan bireyin davranış, tutum ve görüşlerini derinlemesine araştırmak ve öğrenmek için sorulan ilerletici sorulardır. Kullanılan açık uçlu sorular; ilaç yönetimindeki sorumluluklara ilişkin, ilaç yönetimi rehberi kullanımına ilişkin, ilaç uygulama-takip çizelgesi kullanımına ilişkin, ilaç yönetimi rehberi ve ilaç uygulama-takip çizelgesinin olası rutin kullanımının hastalar üzerine etkisinin öngörülmesine ilişkin sorulardır:

1. Sorumluluklara ilişkin;

- İlaç yönetimi sürecinde hemşire olarak sorumluluklarınızı nasıl tanımlarsınız?
2. İlaç yönetimi rehberi kullanımına ilişkin;
 - İlaç yönetimi rehberi kullanımıyla ilgili deneyimlerinizi aktarınız.
 3. İlaç uygulama-takip çizelgesi kullanımına ilişkin;
 - İlaç uygulama-takip çizelgesi kullanımıyla ilgili deneyimlerinizi aktarınız.
 4. İlaç yönetimi rehberi ve ilaç uygulama-takip çizelgesinin olası rutin kullanımının hastalar üzerine etkisinin öngörülmesine ilişkin;
 - Deneyimlemiş olduğunuz ilaç yönetimi rehberi ve ilaç uygulama-takip çizelgesinin, eğer gelecekte hastalarınız ile rutin kullanımı olsaydı hastalarınıza olası etkilerinin neler olmasını beklerdiniz?

3.4.3. Dokümanlar

Geliştirilmiş bir doküman olan İUTÇ çalışmanın nitel araştırma aşaması için veri toplama aracı görevi görmektedir. İUTÇ, psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin ilaç uygulamaları ve ilaç etkilerini takip etmeleri için geliştirilmiş olan ve hemşirelerin üzerine işaretlemeler yapabileceği, notlar alabileceği bir araçtır. Hemşirelerin İUTÇ üzerine almış oldukları notlar ve yaptıkları işaretlemeler durum çalışması süreciyle ilgili veri sağlamaktadır.

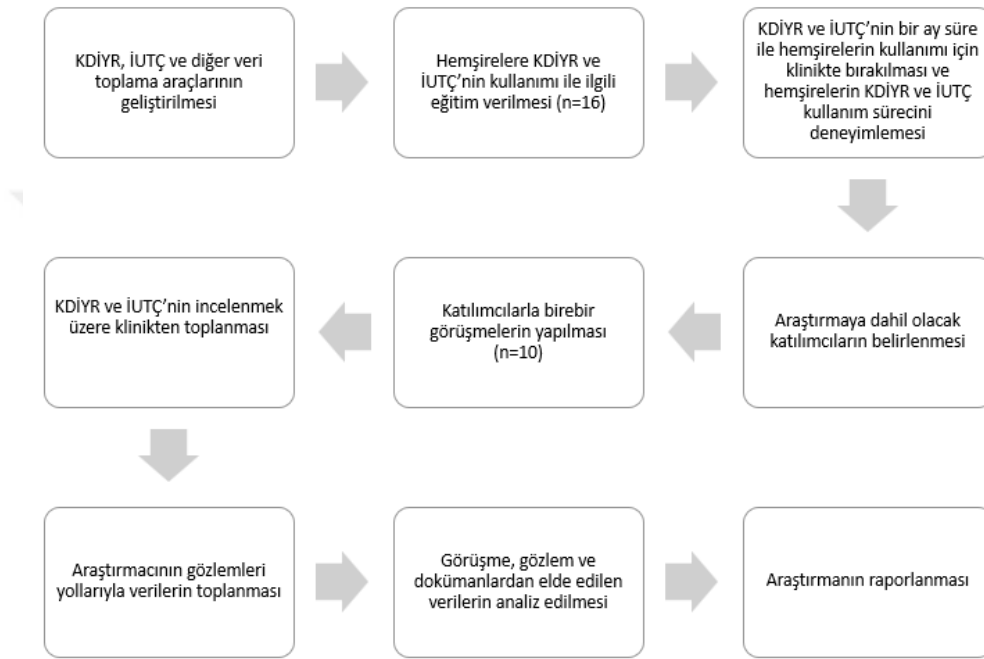
3.4.4. Araştırmacının Gözlem Notları

Araştırmacının KDİYR ve İUTÇ'nin kullanımı sürecinde klinikte yapmış olduğu gözlemler ve bu gözlemlerden elde edilen notlar bir veri toplama aracı görevi görmektedir.

3.5. VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırma sürecinde geliştirilmiş olan KDİYR ve İUTÇ'nin kullanımı ile ilgili Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'nde çalışmakta olan hemşirelere (n=16) bir saatlik oturumla eğitim verilmiştir. Eğitimde 1) KDİYR'nin içinde de yer aldığı şekliyle rehberin amacı, kapsamı, kullanıcı sorumlulukları; 2) İUTÇ'nin kullanım yönergesi;

3) nitel araştırma ile değerlendirme süreci hakkında bilgiler paylaşılmıştır. Hemşirelere eğitim sonunda KDİYR ile İUTÇ'nin kullanımı ile ilgili soru sormaları için imkân sağlanmıştır. Kullanılması için eğitim sonunda ilgili rehber ve çizelge klinik hemşirelerine verilmiştir. KDİYR ve İUTÇ'nin bir ay süre ile hemşirelerin kullanımı için klinikte yer alması, hemşirelerin ilaç yönetimi sürecinde bu araçlardan yararlanmaları, gerektiğinde araştırmacıya ulaşabilmeleri sağlanmıştır.



Şekil 3.5.1. Araştırma Akış Şeması

Araştırmada nitel durum çalışmalarında önerilen üç tür veri toplama yöntemi kullanılmıştır. Bu yöntemler görüşme, gözlem ve doküman incelenmesi olarak sıralanmıştır.

Görüşme yöntemiyle veri toplama aşaması KDİYR ve İUTÇ'nin bir aylık kullanımı sonunda hemşirelerin deneyimlerini öğrenebilmek için gerçekleştirilmiştir. Bireysel görüşmeler, nitel araştırma konusunda deneyimi olan araştırmacı tarafından klinik içerisinde görüşme ve ses kaydı yapmaya uygun olan bir görüşme odasında gerçekleştirilmiştir. Bu yüz yüze görüşmelerde, araştırmacılar tarafından oluşturulan bireysel veri toplama formu ve yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Sorular araştırmacı tarafından her katılımcıya aynı sıra ile, aynı veya benzer kelimeler kullanılarak, aynı ses tonu ve tonlamalar ile sorulmuştur. Görüşmeler ses

kayıt cihazı ile kayıt altına alınmış, görüşme sırasında araştırmacı yazılı not tutma tekniğinden de faydalanmıştır. Görüşmeler yaklaşık 20-25 dakika sürmüştür. Araştırmacı her katılımcı ile yaptığı görüşmeye ait bireysel gözlemlerini yazı ile not almıştır. Görüşmelerin ardından görüşme ses kayıtları araştırmacı tarafından görüşmenin yapıldığı 24 saat içerisinde Microsoft Office Word 2019 programı kullanılarak yazıya geçirilmiştir.

Gözlem yöntemiyle veri toplama aşamasında araştırmacı, KDİYR ve İUTÇ'nin kullanıldığı klinik ortamı, kullanan hemşireleri ve kliniğin doğal yapısını gözlemlemiştir. Araştırmacı gözlem yapabilmek için belirli zaman aralıklarıyla klinikte bulunmuştur. Araştırmacı “gözlemci katılımcı” bakış açısı ile (araştırmacının gözlemci faaliyetlerinin grup tarafından bilinmesi) ile gözlem yapmıştır. Araştırmacı; fiziksel ortamı, katılımcıları, faaliyetler ve etkileşimleri, konuşmaları, ayrıntıları ve gözlemci etkisini gözlemlemiştir (149). Araştırmacı gözlem esnasında notlar almış; daha sonra bu gözlemleri ayrıntılı olarak kayda geçirmiştir.

Dokümanlar yoluyla veri toplama aşamasında kullanılan doküman araştırmacı tarafından geliştirilmiş İUTÇ'dir, o nedenle “araştırmacının ürettiği doküman” niteliği taşımaktadır (149). İUTÇ'ler çalışmanın uygulama aşamasının sonunda incelenmek için klinikten toplanmıştır. İUTÇ'ler üzerine alınan notlar ve yapılan işaretlemeler, gözlem ve görüşmelerden elde edilen verilerle aynı şekilde kullanılmıştır.

3.6. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırmanın örneklemi, gönüllü katılımı sağlayan, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'nde çalışmakta olan hemşireler ile sınırlıdır. Araştırmada geliştirilmiş olan araçların kullanım süresi bir ay ile sınırlıdır. Araştırma nitel durum çalışması olarak gerçekleştirilmiştir ve tek bir durum incelenmiştir. Her durum çalışması benzersiz ve tektir, bu yüzden araştırma sonuçları benzer durumlara aktarılabilir fakat genellenemez niteliktedir. Çalışma yorumsamacı ve yapılandırmacı paradigma ile yapılmıştır ve sonuçlar tüm nitel araştırmalarda olduğu gibi araştırmacının geçmiş deneyimlerinden, bilgisinden, sosyokültürel çevresinden etkilenebilmektedir. Çünkü veri toplama ve veri analizindeki ilk araç araştırmacının kendisidir. Araştırmacı

araştırma sırasında kendi içgüdü ve yeteneklerine güvenmek zorundadır. Durum çalışması araştırmacının duyarlılığı ve bütünlüğüyle de sınırlanmaktadır.

3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Nitel araştırmaların tasarlanması ve verilerin analizinde çalışılan konuya, seçilen nitel araştırma tasarımına, cevap aranan araştırma sorularına göre değişiklik gösteren farklı yöntemler kullanılmaktadır. Bu çalışmada Sharran B. Merriam'ın analiz yöntemi için belirlediği metodlardan faydalanılmıştır. Merriam veri analizi sürecini; katılımcıların söylediklerini, araştırmacının gözlemlerini ve okuduklarını pekiştirmeyi, azaltmayı ve yorumlamayı içeren anlam çıkarma ve anlam oluşturma süreci olarak tanımlamaktadır (149). Bu sürecin tümevarımsal ve sürekli karşılaştırmalı bir metot olduğunu belirtmektedir. Veri analizi süreci verileri analitik kodlama, kategori (tema) oluşturma, kategori ve verilerin sınıflandırılması, kategorilerin adlandırılması, daha teorik hale getirilmesi aşamalarını içermektedir. Durum çalışmalarında ise özel olarak “durum analizi” ve “çapraz durum analizi” aşamaları bulunmaktadır. Çapraz durum analizi birden çok durumun (çoklu durumlar) incelendiği araştırmalarda kullanıldığı için bu çalışmada yer verilmemiştir. Durum çalışması için ayrıca belirlenen durum analizinde ise, durumun kronolojik olarak ele alınması ve durumun kendi içinde kapsamlı olarak analiz edilmesi gerekmektedir. Bu yöntemler ile durum analizinde incelenen durum kapsamlıca değerlendirilir, çeşitli yollarla (görüşme, gözlem, dokümanlar) toplanan veriler analiz edilir, araştırmacı durum üzerine etki edebilecek değişkenleri ortaya koymaya çalışır (149).

Bu çalışmada görüşmeler, gözlem ve doküman incelemesi sonucunda yazıya geçirilen veriler araştırmacılar tarafından birbirinden bağımsız olarak birkaç kez okunmuştur. Veriler anlam ifade eden ve kullanışlı olabilecek veri parçalarına ayrılıp kodlanmıştır. Araştırmacılar birbirinden bağımsız olarak tüm verileri kodladıktan sonra tekrar başa dönüp veri setini incelemişlerdir. Ardından araştırmacılar kodları ve bunlara yönelik yorumlarını bir araya getirerek ilgili olanları bir arada gruplandırmaya başlamışlardır. Yapmış oldukları gruplandırmaları birbirleriyle paylaşarak benzer ve farklı noktaları tekrar tekrar incelemişlerdir. Birbiriyle ilişkili olan grupları sınıflandırmışlardır. Bu sınıflandırmaları kapsayıcı temalar altında

toplamışlardır. Ardından temaları önce tümevarımsal olarak incelemiş, sonra alt temaları ve kodlarıyla yeniden ilişkilerini inceleyip onaylayarak tündengelsel bir yol izlemişlerdir. Daha sonra temaları, alt temalar ve veri kodlarıyla ilişkili olarak adlandırmışlardır. Son olarak temaların birbirleriyle ilişkisini açıklayan, incelenen durumu kronolojik olarak gösteren bir sıra ile görselleştirilmesi sağlanmıştır. İlâveten, ortaya çıkan kodların sıklığı, online Word.art programı kullanılarak (<https://wordart.com/create>) kod bulutu ile gösterilmiştir (Şekil 4.3.2.1.).

Araştırmanın her adımı nitel araştırmaların raporlanmasında kullanılmak üzere geliştirilmiş olan Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) kontrol listesi kullanılarak yazılmıştır (157) (Bkz. EK 2). Ayrıca Stake'in durum çalışmaları raporunun kalitesini değerlendirmek için geliştirdiği kontrol listesi kullanılmıştır (150) (Bkz. EK 3).

3.8. ARAŞTIRMA İZNİ

3.8.1. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmayı yapmak için Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği Eğitim ve İdari Sorumlusu'ndan yazılı izin alınmıştır (Bkz. EK 4). Ardından Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 46418926 sayılı ve 30.06.2020 tarihli toplantıda 2020-149 proje/karar numarası ile araştırma için gerekli yazılı izin ve onay alınmıştır (Bkz. EK 5). Etik kurul iznini takiben Ankara İl Sağlık Müdürlüğü, Sağlık Hizmetleri Müdürlüğü, Sağlığın Geliştirilmesi Birimi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurulu (TUEK)'ndan yazılı izin alınmıştır (Bkz. EK 6).

3.8.2. Araştırmanın Geçerlik ve Güvenirliği

Çalışmanın geçerlik ve güvenirliliğinin temin edilmesinde nitel araştırmalarda benimsenen birkaç yöntemden faydalanılmıştır (149).

Çalışmanın iç geçerliğinin (inanırlılık) ve güvenirliliğinin (tutarlılık) sağlanması için “üçgenleme” ve “yansıtıcılık” teknikleri kullanılmıştır. Üçgenleme tekniğinde bulguların doğruluk ve gerçekliklerinin kontrolü için çoklu veri

kaynağından, çoklu veri toplama yöntemi kullanılarak veriler toplanmış; verilerin değerlendirilmesi iki araştırmacı tarafından yapılmıştır. Yansıtıcılık tekniğinde, araştırmacılar herhangi bir şekilde incelemeyi etkileme olasılığı bulunan kendi kişisel varsayımları, dünya görüşleri, ön yargıları ve kuramsal pozisyonları ile ilgili olarak kendileri hakkında eleştirel bir muhasebe yapmışlardır (149).

Çalışmanın dış geçerliğinin (nakledilebilirlik) sağlanması için “zengin ve yoğun tanımlama yapma” tekniği kullanılmıştır. Bu teknikte maksat, araştırmayı okuyanların, kendi durumları ile araştırılan durumun birbiri ile ne derece örtüştüğünü görebilmelerini sağlamak ve araştırma bulgularını farklı durumlara nakledebilirlik derecelerini görmek amacıyla gereken detaylı tanımlamalar yapmaktadır (149). Bu araştırmada da, durumun mümkün olduğu ölçüde net bir tanımlama yapılmış, kişilerin durumu karşılaştırmak için ihtiyaç duyabilecekleri tüm bilgilerin yer alması sağlanmıştır.

4. BULGULAR

Çalışmanın bu bölümünde KDİYR ve İUTÇ’nin geliştirilme sürecine ilişkin bulgular, KDİYR ve İUTÇ’nin hemşireler tarafından kullanımına ilişkin nitel araştırma verileri ve uygulanan analiz yöntemleri sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır.

4.1. PSİKİYATRİ KLİNİĞİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELER İÇİN KANITA DAYALI İLAÇ YÖNETİMİ REHBERİ GELİŞTİRİLMESİNE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde KDİYR geliştirilme süreci ve bu sürece ait bulgular yer almaktadır.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) klinik veya farklı ortamlardaki ilaçların yönetimi, bakım, destek ve müdahaleleri açıklamaya yönelik “rehber geliştirme süreci”nin amacını, mevcut en iyi kanıta dayalı önerileri dikkate alarak, sağlığı yükseltmeyi, sağlık hizmeti sunumunun kalitesini artırmayı ve entegre bakımı teşvik etmeyi sağlamak şeklinde tanımlar (16).

Bu süreç sekiz aşamadan oluşmaktadır: konu seçimi, kapsam ve amaç, rehber geliştirme, konsültasyon, revizyon, kalite değerlendirmesi ve çıkış, basım ve kullanım, güncelleme (Şekil 4.1.1.).



Şekil 4.1.1. NICE Kanıta Dayalı Rehber Geliştirme Süreci

a) Konu Seçimi

Bu aşamada, geliştirilmesi planlanan rehberin kullanımına ihtiyaç olup olmadığı, sağlık ve bakım yüküne, bakım sonuçlarına olumlu etkisinin olup olmayacağı, yaşam kalitesini iyileştirme potansiyelinin olup olmayacağı değerlendirilmektedir. Rehberin hizmet sunan kuruluşlar, profesyoneller, hizmeti kullanacak kişiler, onların aileleri ve bakım verenleri için öncelik arz eden bir konuda olması gerekmektedir. (16).

NICE'nin konu seçimi basamağı için önerdiği bu hususlar Genel bilgiler kısmında detaylıca ele alınmıştır (Bkz. Genel Bilgiler). Psikiyatri servislerinde yaşanan ilaç yönetimi ile ilgili zorlukları ortadan kaldırmak, psikotrop ilaç hatalarını önlemek, psikotrop ilaç tedavisine uyum sorunlarıyla baş etmek, hemşirelerin mesleki eğitim ihtiyaçlarını karşılamak, hasta ve ailelerinin ilaç yönetimine ilişkin bilgi ve psikoeğitim ihtiyaçlarını karşılamak maksadı ile

“Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşireler İçin KDİYR ile İUTÇ Geliştirilmesi” ne karar verilmiştir.

b) Kapsam

Rehberi geliştirmenin en önemli aşamasıdır. Rehberin sınırlarının çizildiği aşama olarak tanımlanmaktadır (16). Bu aşamada, rehberin hangi ortam ve kimler için hazırlandığı, hangi konuları ele alacağı ve almayacağı, rehberin çözüm bulmaya çalıştığı sorunların açıklanması gerekmektedir. Ayrıca kapsam, rehberin konusunun kısa bir açıklamasını, rehberin esas aldığı politika veya uygulama prosedürlerini, rehberi geliştirirken hangi standartların esas alındığını içermelidir. Kapsam belirlenirken paydaşlardan görüş alınmalıdır. Bu aşamada alınan geribildirimler doğrultusunda kapsamın uygunluğu, kapsama dahil edilecek veya dışlanacak konular yeniden gözden geçirilmelidir (16).

Bu doğrultuda, rehberin kapsamını belirlemek için bir kapsam incelemesi yapılmıştır. İncelemede, konuyla benzer nitelikteki rehberler, ilaç yönetiminde rehber kullanımının hizmeti sağlayan profesyoneller, hizmeti alan bireyler ve aileleri üzerine etkilerini ele alan çalışmalar incelenmiştir (15,122,125-128). Psikiyatri kliniklerinde ilaç yönetimi ile ilgili kapsamlı bir literatür taraması yapılmış, rehber ne için ihtiyaç duyulduğunun gerekçeleri belirlenmiştir (Bkz. Genel Bilgiler). İlaç yönetimini ele alan politika ve mevzuatlar incelenmiştir (1,8). Kapsam belirlenirken uzmanların (uzman psikiyatrist, uzman psikiyatri hemşiresi, psikiyatri kliniği hemşiresi, klinik eczacı, ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği akademisyenleri) görüşleri alınmıştır.

Yukarıda bahsi geçen değerlendirmeler sonucunda rehberin kapsamı belirlenmiştir (Tablo 4.1.1.).

Tablo 4.1.1. Kapsam Araştırması Tablosu

Kapsam araştırmasında kullanılan kaynaklar (Web kaynakları)	• NICE Guidance • NICE Evidence • NICE Pathways • CRD Database • Cochrane Database • Comet Initiative Database • Scopus/Elsevier/ClinicalKey
Kapsam araştırmasında başvuru alan paydaşlar	• Uzmanlar
Rehberin uygulanacağı yer	• Psikiyatri kliniği
Rehberi uygulayacak kişiler	• Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşireler
Rehberden faydalanacak olan kişiler	• Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşireler
Rehberin kapsayacağı konular	• Psikiyatri kliniğinde en çok kullanılan psikotrop ilaçlar • Psikotrop ilaç gruplarına ait genel bilgiler • Psikotrop ilaçların etki mekanizmaları • Psikotrop ilaçların ticari isimleri ve etken maddeleri • Psikotrop ilaçların mevcut formları, şekilleri, uygulama yolları • Psikotrop ilaçların beklendiği etki ve olası yan etkileri • Psikotrop ilaçların ilaç-ilac, ilaç- besin, ilaç-durum etkileşimleri • Psikotrop ilaçların alerji belirtileri • Psikofarmakolojik psikoeğitim ve taburculuk eğitimi
Rehberin kapsamayacağı konular	• Somatik tedavi yöntemleri ve psikotrop ilaçlar ile birlikte kullanımları
Rehberin sonuç kriterleri	• İlaç yönetiminde hemşireler daha etkin rol alabilecek. • Hemşirelerin psikotrop ilaçların yönetimi ile ilgili bilgi ve becerileri artacak. • Hemşireler psikotrop ilaçların yan etki, beklenmeyen reaksiyon ve alerjilerini tanıyabilecek. • Hemşireler psikotrop ilaçların yan etki, beklenmeyen reaksiyon ve alerjileri ile hemşirelik müdahaleleri ile baş edebilecek. • İlaç yönetimi süreci sistematik ve standart bir süreç haline gelecek. • İlaç yönetiminden kaynaklı ilaç hataları azalacak. • Hastaların ilaç uyumu artacak. • Hastaların bireysel ilaç yönetim becerileri gelişecek.

Tablo 4.1.1.(devam) Kapsam Araştırması Tablosu

Rehberin etkinliğinin değerlendirilmesi	Nitel araştırma deseni ile tasarlanmış değerlendirici durum çalışması kullanılarak değerlendirilecektir.
---	--

c) Rehber Geliştirme

Bu aşama aşağıdaki basamakları içermektedir (16):

- inceleme sorularını oluşturma,
- kanıt incelemesini planlanma,
- kaynakları ve arama stratejilerini belirleme,
- literatür tarama,
- araştırma kanıtlarını gözden geçirme ve en iyi kanıtları seçme,
- kanıtları özetleme
- taslak rehberi oluşturma

İnceleme sorularını oluşturma: NICE’a göre inceleme soruları, kapsam aşamasında belirlenmiş olan konulardan türetilir. Bu sorular, literatür taramasında kullanılacak anahtar kelimelerin belirlenmesi ve kanıtların incelenmesi için yol göstericidir. Oluşturulacak sorular population, intervention, comparison, outcomes (PICO/popülasyon, müdahale, karşılaştırma, çıktılar) formatında yapılandırılmalıdır. PICO formatının maksadı, araştırmacının incelediği alanın popülasyon, müdahale, karşılaştırma ve çıktılar açısından sınırlarının tanımlanmasıdır (16). Bu araştırmada PICO formatının amacı, ilaç müdahalelerinin etkinliğini değerlendirirken seçilecek popülasyonun, yapılacak müdahalenin, yapılacak karşılaştırmanın ve beklenen çıktılardan ne olacağına ilişkin soruları literatüre dayanarak cevaplamaktır (Tablo 4.1.2.).

Tablo 4.1.2. İnceleme Soruları PICO Formatı

Popülasyon	Psikiyatrik hastalık tanısı almış, psikotrop ilaç kullanan bireyler Psikotrop ilaç yönetiminde rol alan hemşireler
Müdahale	Belirlenen psikotrop ilaç gruplarıyla ilaç tedavisi uygulanması Psikotrop ilaç yönetimindeki hemşirelik müdahaleleri
Karşılaştırma	Plasebo Alternatif diğer psikotrop ilaçlar Alternatif somatik tedavi seçenekleri
Çıktılar	Semptomların azalması Nükslerin azalması Yan etki profilinin iyi olması Etkileşim profillerinin iyi olması İlaça uyumun iyi olması İşlevselliği olumlu etkilemesi Tedaviye uyum

Kanıt incelemesini planlama: Bu aşamada NICE, inceleme protokolü tablosunu kullanmayı önerir. Bu tablo arka plan, hedefler, kanıt incelerken kullanmak için planlanan yöntemleri de içeren 25 soruluk protokoldür (Bkz. EK 7) (16).

Bu aşamada, NICE tarafından hazırlanan çalışma protokolü esas alınarak, araştırmamıza özgü bir çalışma protokolü oluşturulmuştur (Bkz. EK 7). Oluşturulan protokolde inceleme soruları ve çalışmanın amacı açıklanmış, literatür taramasının yapılacağı dokuz ayrı kaynak belirlenmiştir. Ayrıca, çalışmanın etki alanı, aranan çalışmalardaki popülasyon ve müdahalelerin ne olacağı, dâhil etme ve dışlama kriterleri, ulaşılan araştırmaların önyargı riskini değerlendirme stratejileri açıklanmıştır. Aynı şekilde hazırlanan çalışma protokolünde, kaynakları aramak için literatür taramasına hangi tarihlerde başlanmasının planlandığı ve bu plana göre hangi tarihlerde kaynakların incelendiği gösterilmiştir.

Kaynakları ve arama stratejilerini belirleme: Bu aşamada NICE, çalışma protokolünde belirlenen dâhil etme kriterleri, çalışmaların uygunluğu ve inceleme

soruları çerçevesinde literatürün nasıl taranacağını belirlenmesini önermektedir. Bu bağlamda, literatür taramasında kullanılacak anahtar kelimeler, aranacak çalışmaların tarih aralıkları, öncelikli aranacak çalışma tasarımları gibi arama filtreleme kriterlerinin belirlenmesi gerekmektedir. NICE, farmakolojik müdahalenin etkinliği hakkında bir inceleme sorusu için kaynak ve arama stratejisini diğer çalışmalara kıyasla daha az sayıda kaynağı araştırmayı ve yukarıda oluşturduğumuz gibi PICO çerçevesini kullanarak sistematik bir arama stratejisi geliştirmeyi önermektedir (16). Ayrıca literatür taramasının nasıl yapıldığını belgelemek için bir araç kullanılması gerekmektedir.

Bu doğrultuda, çalışma protokolü esas alınarak, kullanılacak kaynaklar ve arama stratejisini belirlenmiş; dâhil etme kriterleri, çalışmaların uygunluğu ve inceleme soruları çerçevesinde anahtar kelimeler oluşturulmuştur (Tablo 4.1.3.). NICE'in önerdiği gibi öncelikle sistematik derlemeler ve meta-analizler aratılarak zamandan tasarruf ve kaynaklara ulaşabilme açısından kolaylık sağlanması hedeflenmiştir (16). Bu bir rehber geliştirme çalışması olduğu için, revizyon çalışmalarının aksine, aranacak kaynakların tarihlerinde filtrelemeye gidilmemiştir. Bununla birlikte kaynaklar güncel olanlardan başlanarak incelenmiştir. Literatür taramasının nasıl yapıldığını belgelemek için Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) (158) listesi kullanılmıştır. Literatür taramasında kullanılacak anahtar kelimeler ABD Ulusal Tıp Kütüphanesi (National Library of Medicine, MeSH) kullanılarak seçilmiştir (159). Bu seçimde, eş anlamlı ve ilgili kelimelerin de dahil edilmesine özen gösterilmiştir.

Tablo 4.1.3. Kaynak ve Arama Stratejileri PICO Formatı

	Popülasyon	Müdahaleler	Çıktılar
Farmakolojik Müdahale Çalışmaları İçin	psychotic symptoms psychotic behavior schizophrenia	antipsychotics antipsychotic agents major tranquilizers neuroleptic agents neuroleptic drugs neuroleptics tranquilizing agents, major dopamine antagonists administration& dosage (ad) metabolism (me) pharmacokinetics (pk) standards (st) supply & distribution (sd) therapeutic use (tu)	antipsychotic effect antipsychotic effects adverse effects (ae) poisoning (po) toxicity (to) neurological side effects

Tablo 4.1.3.(devam) Kaynak ve Arama Stratejileri PICO Formatı

	depression affective disorders	antidepressants antidepressive agents antidepressant drugs thymoanaleptics thymoleptics tranquilizing agents monoamine oxidase inhibitors (antidepressive agents, tricyclic) (antidepressive agents, second-generation) administration & dosage (ad) metabolism (me) pharmacokinetics (pk) standards (st) supply & distribution (sd) therapeutic use (tu)	serotonergic systems catecholamine systems effect effects adverse effects (ae) poisoning (po) toxicity (to) neurological side effects
	anxiety anxiety disorders	anxiolytics anti-anxiety drugs anxiolytic agents anxiolytic effect anxiolytic effects tranquilizing agents, minor tranquillizing agents, minor administration & dosage (ad) metabolism (me) pharmacokinetics (pk) standards (st) supply & distribution (sd) therapeutic use (tu)	anti-anxiety effect anti-anxiety effects adverse effects (ae) poisoning (po) toxicity (to) neurological side effects
	bipolar disorders mania affective disorders	antimanics antimanic drugs antimanic agents anticonvulsant drugs anticonvulsive agents anticonvulsive drugs antiepileptic agents antiepileptic drugs antiepileptics administration & dosage (ad) metabolism (me) pharmacokinetics (pk) standards (st) supply & distribution (sd) therapeutic use (tu)	antimanic effect antimanic effects effects adverse effects (ae) poisoning (po) toxicity (to) neurological side effects

Tablo 4.1.3.(devam) Kaynak ve Arama Stratejileri PICO Formatı

	attention deficit disorder narcolepsy	central nervous system stimulants dopamine uptake inhibitors methylphenidate dexamethylphenidate hydrochloride. centredrin concerta daytrana equasym metadate methylin methylphenidate hydrochloride phenidylate ritalin ritalin-sr ritaline tsentedrin amfetamine amphetamine sulfate amphetamine sulfate centramina desoxynorephedrin fenamine levoamphetamine mydrial phenamine phenopromin thyramine l-amphetamine levo-amphetamine sympathomimetics dopamine agents adrenergic agents adrenergic uptake inhibitors atomoxetine atomoxetine hydrochloride n-methyl-gamma-(2-methylphenoxy)benzenepropanamine hydrochloride strattera tomoxetine tomoxetine hydrochloride administration & dosage (ad) metabolism (me) pharmacokinetics (pk) standards (st) supply & distribution (sd) therapeutic use (tu)	central nervous system activity effects adverse effects (ae) poisoning (po) toxicity (to) neurological side effects
Hemşirelik Müdahaleleri İçin	mental disorders behavior disorders diagnosis psychiatric mental disorders severe psychiatric diagnosis psychiatric diseases psychiatric disorders psychiatric illness patients inpatients outpatients	medication therapy management drug therapy management nurse nursing psychiatric nursing mental health nursing nursing interventions patient care nursing care nursing, patient-centered patient-centered nursing patient-focused care patient-centered care patient education psychotropic drugs psychoactive agents clinical trial internet-based intervention internet intervention online intervention web-based intervention education (ed) organization&	

Literatür tarama: Bu aşamada, oluşturulacak rehberde esas alınacak çalışmalara ulaşmak için, daha önce belirlenen kaynaklar ve arama stratejileri kullanılarak literatür taraması yapılmıştır. Literatür taraması sonucunda ulaşılabilen araştırmalar, çalışmaya dâhil edilme ve dışlanma süreçleri PRISMA kriterleri doğrultusunda hazırlanan akış şeması ile belirtilmiştir (159) (Şekil 4.1.1.).

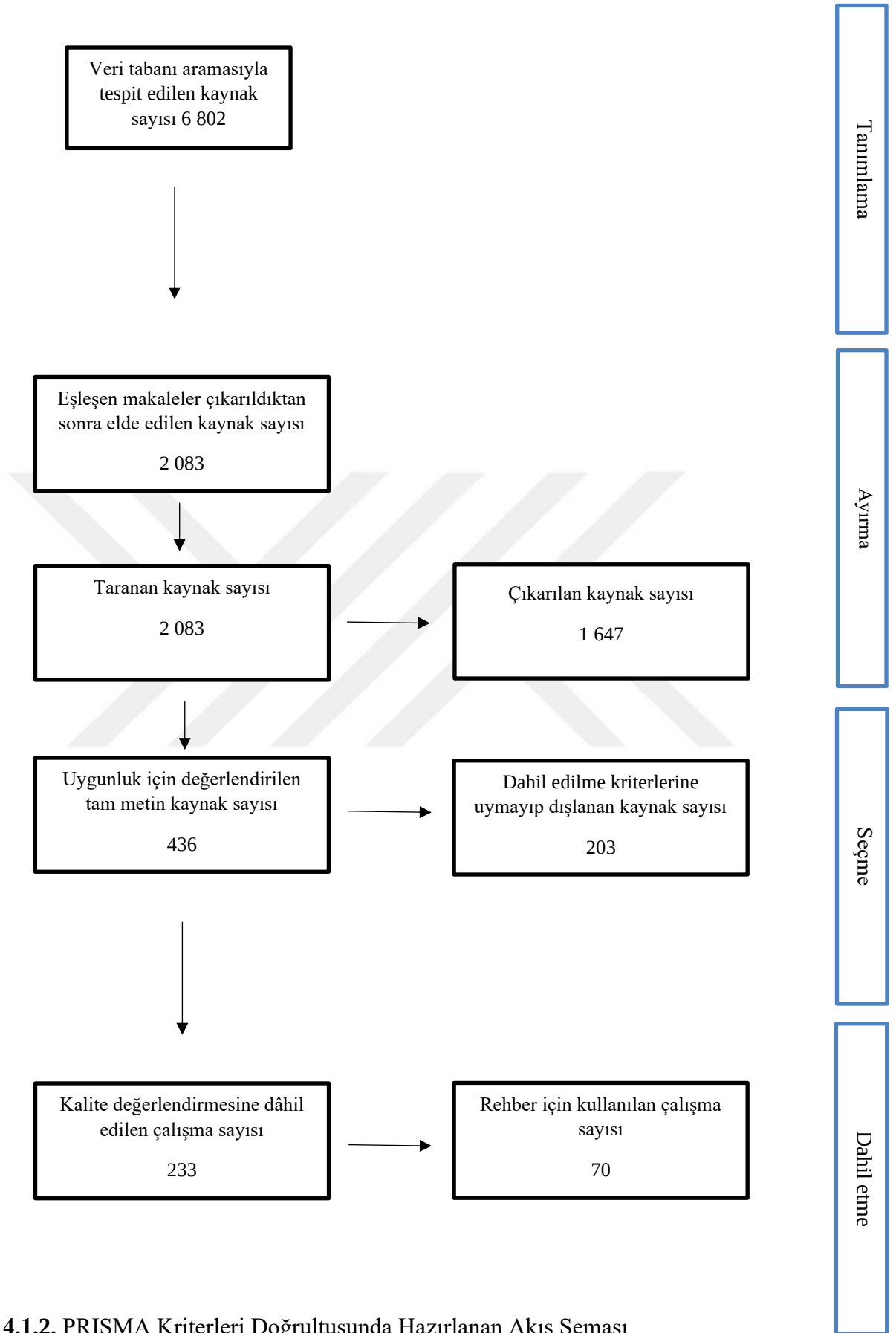
Literatür taraması sonucunda psikiyatrik bozuklukların tedavisinde kullanılan psikotrop ilaçların bir listesi hazırlanmıştır. Bu liste esas alınarak, çalışmanın yürütüldüğü klinikte en çok reçete edilen ve kullanılan ilaçlar belirlenmiş, çalışmaların daha sonraki seçimi ve kanıtların değerlendirilmesinde bu listenin dışına çıkılmamaya çalışılmıştır.

Literatür taramasında çalışma protokolünde belirtilen veritabanları ve arama kriterleri doğrultusunda toplam 6 802 çalışmaya ulaşılmıştır. Farklı veritabanlarında aynı anda yer alıp birbirleri ile eşleşen çalışmalar çıkarıldıktan sonra 2 083 çalışma elde edilmiştir. Elde edilen bu çalışmaların özetleri, dahil etme ve dışlama kriterleri göz önüne alınarak değerlendirilmiştir.

Kriterleri karşılamayan 1 647 çalışma çıkarıldıktan sonra 436 çalışmanın tam metnine ulaşıp değerlendirilmeye alınmıştır. Tam metinler incelendiğinde, dahil etme ve dışlama kriterlerini karşılamayan 203 çalışma dışlanmış, geri kalan 233 çalışma kanıt değerlendirilmesine alınmıştır (Şekil 4.1.1.).

Araştırma kanıtlarını gözden geçirme ve en iyi kanıtları seçme: Bu aşamada NICE'a göre, rehberde kullanılacak olan çalışmaların kanıt düzeyleri değerlendirilmekte, rehberde ele alınan konular kapsamında en iyi kanıt düzeyine sahip çalışmalar seçilmektedir (16).

Bu doğrultuda yapılan değerlendirmede, çalışmaların kanıt düzeyini ve yanlılık riskini değerlendirmek için çalışma protokolünde gösterdiğimiz bir takım araçlar kullanılmış, kanıtları gözden geçirme sonucunda en iyi kanıtlar seçilerek 70 çalışma rehberi oluşturmak için belirlenmiştir (Bkz. EK 7).



Şekil 4.1.2. PRISMA Kriterleri Doğrultusunda Hazırlanan Akış Şeması

Kanıtları özetleme: NICE’a göre bu aşamada, rehberde kullanılmasına karar verilen çalışmaların kanıtlarının özetlenmesi ve çalışma sonuçlarının rehberde yer verilecek hale getirilmesi hedeflenmektedir (16). Bu hedefe uygun olarak, rehberde yer alması için belirlenen çalışmaların kanıtları özetlenmiş, her bir ilaç grubu ve hemşirelik müdahalesi için bu kanıt özetleri kullanılmıştır.

Taslak rehberi oluşturma: NICE’a göre bu aşama, elde edilen kanıt özetleri ile rehberin bir taslağının oluşturulması aşamasıdır. Bu taslak daha sonra paydaş görüşleri doğrultusunda rehberde değişiklikler oluşturmak için kullanılacaktır (16). Bu sebeple çalışmamızda, elde edilen kanıt özetleri ile rehberin bir taslağı oluşturulmuştur. Bu taslak aynı zamanda Kraliyet Eczacılık Kurumu (Royal Pharmaceutical Society, RPS) tarafından hazırlanan profesyonel standartlar, kılavuz ve çerçeve geliştirme kontrol listesi ile de değerlendirilmiştir (160) (Bkz. EK 8).

d) Konsültasyon

Paydaşlara danışılması yani konsültasyon, rehber geliştirme sürecinde kalite değerlendirmenin bir parçasıdır. Hazırlanmış olan rehber taslağı, kullanılan kaynaklar, kaynak seçme yöntemleri ve kanıt değerlendirmeleri paydaşlar ile paylaşılmalıdır. Bu basamaktaki temel amaç paydaşların geliştirilen taslak rehber hakkında yorumlarının alınması, rehberin uygunluğu, kullanılabilirliği ve anlaşılabilirliğinin değerlendirilmesidir. Bu sebeplerle taslak rehberin sadece konunun uzmanları ile değil; aynı zamanda rehberi kullanacak hedef kitleyi temsil eden kişilerle de paylaşılması önemlidir. Bu nedenle, olası kullanıcıların rehberin anlaşılır ve uygulanabilir olup olmadığını belirtmesi istenmektedir (16).

Bu doğrultuda KDİYR, görüşlerinin alınması amacıyla paydaşlara gönderilmiştir. Paydaşların seçimi, literatür taraması ışığında araştırmacıların belirlediği kriterler doğrultusunda gerçekleştirilmiştir ve psikiyatristler, uzman psikiyatri hemşireleri, psikiyatri kliniğinde çalışmakta olan hemşireler, psikiyatri hemşireliği alanında görev yapmakta olan akademisyenler ve eczacılardan oluşmasına karar verilmiştir. Paydaşların her biri KDİYR’yi kullanılan kaynaklar, kaynak seçme yöntemleri, kanıt değerlendirmeleri, uygunluğu, kullanılabilirliği ve

anlaşılabilirliği açısından değerlendirmiş, uygun olduğu konusunda ittifak etmişlerdir.

e) Revizyon

NICE'a göre bu basamakta, bir önceki aşamada paydaşlardan alınan geribildirimler doğrultusunda rehberin yeniden düzenlenmesi yapılmalıdır. Alınan geribildirimlerin her birinin geliştiriciler tarafından yanıtlanması gerekmektedir. Bu doğrultuda geribildirimlere istinaden rehberde nelerin eklendiği, rehberde nelerin değiştirildiği veya geribildirimlere rağmen değiştirilmeyen noktalar ve bunların sebeplerinin paydaşa açıklanması beklenmektedir. Yapılan değişiklikler doğrultusunda rehber geliştiriciler eğer ikinci bir konsültasyona ihtiyaç duyarlarsa tekrar paydaşlara danışabilmektedirler (16).

Bu basamakta, paydaşlardan alınan geribildirimler doğrultusunda taslağı oluşturulan KDİYR revize edilmiştir. Her bir paydaşın geribildirimi dikkate alınmıştır. Verilen geribildirimler KDİYR'nin şekli özelliklerine ilişkin geribildirimler olup, okunabilirlik kolaylığı açısından tablolarda yer alan yazı tipi boyutunun büyütülmesi, şekillerde yer alan yazı rengi seçiminin belirgin hale getirilmesi gibi özellikler taşımaktadır. Verilen tüm geribildirimler dikkate alınmış, yapılan değişiklikler paydaşlara sunularak onayları alınmıştır.

f) Kalite değerlendirmesi ve çıkış

NICE'a göre kalite değerlendirme ve çıkış basamağında paydaşların geribildirimlerinin değerlendirilmesi ve rehberin son halinin başlangıçtaki hedeflerle örtüşüp örtüşmediği değerlendirmesi yapılmalıdır. Paydaşların geribildirimlerinin değerlendirilmesi; rehberin geliştirilme sürecinde paydaş yorumları ile yapılan değişiklikler, bu değişikliklerin rehberin kanıt kalitesine etki edip etmediğine ilişkin kanıt ve uygunluk değerlendirmesini içerir. Rehberin son halinin başlangıçtaki hedefler ile örtüşüp örtüşmediğini değerlendirmek için ise rehberin en başta belirlenen kapsamda yer alan tüm sorunları ele alıp almadığı, kanıtların tutarlı olup olmadığı, başta belirlenen süreç ve yöntemlerin kullanılıp kullanılmadığı, başta belirlenen hedeflere ulaşmak için uygun olup olmadığı değerlendirilmektedir (16).

Bizim çalışmamızda kalite değerlendirme ve çıkış basamağında paydaşların geribildirimlerinin değerlendirilmesi, bu geribildirimlerin KDİYR'nin kanıt kalitesini etkileyip etkilemediği üzerine temellenmiştir. Verilen geribildirimlerin şekli özelliklere ilişkin geribildirimler olması nedeniyle rehberin kanıt kalitesini etkilemediği değerlendirilmiştir. Bu değerlendirme sonucu paydaşlara da danışılmış ve onayları alınmıştır.

Rehberin son halinin başlangıçtaki hedeflerle örtüşüp örtüşmediğinin değerlendirilmesi ise çalışma protokolü gözden geçirilerek belirlenen kapsama, hedeflere, araştırma yöntemine uyulup uyulmadığının değerlendirilmesi yolu ile gerçekleştirilmiştir. Değerlendirme sonrasında rehberin basım ve kullanım için hazır olduğu sonucuna varılmıştır.

g) Basım ve kullanım

NICE'a göre bu aşama, rehberin fiziksel ve görsel özelliklerinin belirlenmesi, basımının yapılması, tanıtılması ve kullanıma hazır hale getirilmesini içermektedir. Rehberin son halinin birer kopyasının paydaşlara da gönderilmesi önerilmektedir (16). Ayrıca, zorunlu olmamakla beraber, rehberin kullanımının etki, maliyet ve kaynaklara etkisi değerlendirilecekse bunun hangi yolla yapılacağının planlanması gerekmektedir. Bu planın kuruluş ile paylaşılması ve rehberin kullanıma başlanması ile değerlendirmenin de başlaması sağlanmalıdır. Bu rehberin değerlendirilmesini sağladığı gibi güncelleme için veri vermektedir (16).

Bu doğrultuda çalışmamızda gerçekleştirilen rehberin fiziksel ve görsel özelliklerinin belirlenmesi ve basımının yapılması, paydaşlara gönderilmesi, tanıtılması, kullanılması ve değerlendirilmesi basamakları aşağıda sırasıyla verilmiştir:

İlk olarak rehberin fiziksel ve görsel özellikleri, renklendirilmesi, okunabilirliği, dikkat çekiciliği açısından örnek rehber tasarımları incelenerek belirlenmiştir. Rehberin son hali basılmış ve NICE'ın önerdiği gibi, rehber geliştirme sürecinde görüş alınan paydaşlara rehberin birer örneği gönderilmiştir (Bkz. EK 9). İkinci adımda rehberin tanıtımı ve kullanımı gerçekleştirilmiştir. Araştırma tasarımı da belirtildiği gibi rehberin kullanılacağı ortam Gülhane Eğitim ve

Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'dir. Bu sebeple rehberin tanıtımı ve kullanım eğitimi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'nde çalışmakta olan hemşirelerle yapılmıştır. Eğitimde, rehberin amaç ve hedefleri, kapsamı, içeriği ve kullanımı anlatılmıştır. Üçüncü adımda ise, rehberin etkinliğinin değerlendirilmesi planlanmış, rehberin kullanıcıları olan hemşireler ile nitel araştırma yapılması tasarlanmıştır. Araştırma ile rehber kullanım süreci, hemşirelerin deneyimleri, rehberin kullanımının uygunluğu, etkinliği, gelecek hedefleri ve olası sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Rehberin etkinliğinin değerlendirilmesi için yapılan bu araştırmanın sonuçları, bir sonraki güncellenmesinde ve daha büyük popülasyonlarda kullanımına karar verilmesinde kullanılacaktır.

h) Güncelleme

Kanıtı dayalı rehberlerin değişen ve güncel araştırma bulgularına sahip olabilmesi için belirli aralıklarla güncellenmesi gerekmektedir. Literatürde kesin olarak belirtilemese de, sık kullanılan rehberler incelendiğinde ve NICE'ın önerisi göz önüne alındığında bu aralığın dört veya beş yıl olduğu görülmektedir (16). Geliştirmiş olduğumuz rehber için güncelleme tarihi beş yıl sonrası olarak belirlenmiştir.

4.2. PSİKİYATRİ KLİNİĞİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELER İÇİN İLAÇ UYGULAMA-TAKİP ÇİZELGESİ GELİŞTİRİLMESİNE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde, çalışma kapsamında geliştirilmiş olan İUTÇ'nin geliştirilme süreci ve bu sürece ait bulgular yer almaktadır.

İUTÇ psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin psikotrop ilaç yönetiminde kullanmaları için KDİYR esas alınarak geliştirilmiştir. İUTÇ'nin hedefi, ilaç yönetiminde hemşirenin sorumluluğunda olan basamakların eksiksiz, kanıtı dayalı ve kayıt altına alınabilir olarak uygulanmasını; ilaç uygulama hatalarını önlemeyi, hastaların ilaç uyumunu artırarak ilaç yönetimi ve hemşirelik bakımının sonuçlarını yükseltmeyi hedeflenmektedir.

Çizelge, rehberde yer alan beş psikotrop ilaç grubunu (antipsikotikler, antidepresanlar, anksiyolitikler, duygudurum düzenleyiciler ve uyarıcılar) içerecek şekilde hazırlanmıştır. Psikotrop ilaç kullanan her hasta için ayrı kullanılması gerekmektedir. Her bir ilaç grubu hemşireler tarafından daha kolay ayırt edilebilmesi için çizelgede farklı bir renkle gösterilmiştir. Her ilaç grubunun içerisinde yer alan ilaçlar etki mekanizmaları, içerdikleri madde ve türevlerine göre alt gruplara ayrılmıştır. İlaç gruplarının içerisinde yer alan psikotrop ilaçların her biri için ayrı bir bölme oluşturulmuştur. Her bir ilacın etken maddesi, piyasada var olan farklı ticari isimleri, piyasada yer alan farklı ilaç formları, diğer ilaçlarla, besinlerle ve hastada var olabilecek özel durumlarla etkileşimleri yazılmıştır. Ayrıca her bir ilaç grubu için görülebilecek yan etkiler ve bunlara yönelik yapılabilecek hemşirelik müdahaleleri ile hastaya verilebilecek psikoğitimin içeriği yazılmıştır. Çizelgeyi kullanan hemşirelerin hastalarına bu doğrultuda yaptıkları müdahaleler ve psikoğitimi belirtebilmeleri için hemşirelik girişimlerinin yanına işaretleme kutucukları eklenmiştir. Bununla birlikte hemşirelerin hastaya hangi ilacı ve bu ilacın hangi formunu uyguladıklarını işaretleyebilecekleri alanlar bulunmaktadır. Hemşirelerin hastaya uyguladıkları psikotrop ilaç sonrasında gözlemledikleri herhangi bir yan etki, advers etki ve alerjik reaksiyonu işaretleyebilecekleri alanlar oluşturulmuştur. Bu alanlar kullanım kolaylığı sağlamaları ve dikkat çekici olmaları açısından farklı renklerle belirtilmiştir. Bunlara ek olarak çizelgede, hemşirelerin ilaç uygulama ve ilaç sonuçlarını takip süreçlerinde belirtmek istedikleri veya gözlemledikleri herhangi bir durumu yazabilmeleri için “hemşire notu” bölümü bulunmaktadır. Bu bölüm hemşirelerin kendi yazıları ile not almalarına imkân veren boş sütunlar olarak tasarlanmıştır. Çizelge psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin, hastalarının kullandıkları psikotrop ilaçları ilaç güvenliği çerçevesinde uygulayabilmeleri ve ilaçların sonuçlarını takip edebilmeleri için kolay uygulanabilir ve etkin bir araç olarak hazırlanmıştır (Bkz. EK 10).

4.3. HEMŞİRELERİN İLAÇ YÖNETİMİ REHBERİ VE İLAÇ UYGULAMA-TAKİP ÇİZELGESİ KULLANIMLARININ NİTEL ARAŞTIRMA YÖNTEMİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİNE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde, çalışmanın nitel araştırma aşamasında elde edilen bulgular yer almaktadır. Bu bulgular katılımcıların sosyodemografik özelliklerini, araştırmacının çalışmanın gerçekleştiği süre boyunca yaptığı gözlemlerden, araştırmada kullanılan dokümanlardan ve katılımcılarla yapılan görüşmelerden elde edilen bulguları içermektedir ve nitel araştırmaların raporlanmasında kullanılmak üzere geliştirilmiş olan COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research) kontrol listesi esas alınarak yazılmıştır (157) (Bkz. EK 2).

4.3.1. Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Bulgular

Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri Tablo 4.3.1.1.'de verilmiştir (Tablo 4.3.1.1.). Çalışmaya 10 hemşire katılmıştır (n=10). Katılımcıların hepsi kadın cinsiyetindedir. Katılımcıların yaş ortalamaları $40,8 \pm 6,61$ (27-50) yıldır. Katılımcıların üçü evli, yedisi bekaardır. Katılımcıların mesleki çalışma süresi ortalama $20,4 \pm 8,2$ (4-31) yıldır. Katılımcıların psikiyatri kliniğinde çalışma süreleri ortalama $4,94 \pm 3,14$ (11 ay-11 yıl) yıldır. Katılımcıların dördü GATA Sağlık Meslek Yüksek Okulu, dördü Atatürk Üniversitesi, biri Hacettepe Üniversitesi, biri Celal Bayar Üniversitesi mezunudur.

Katılımcıların görüşme öncesinde veri toplama formunda yer alan tanımlayıcı sorulara verdikleri cevaplar Tablo 4.3.1.2.'de yer almaktadır (Tablo 4.3.1.2.). Buna göre katılımcıların %90'ı daha önce kliniklerinde ilaç yönetimi ile ilgili herhangi bir rehber kullanmamıştır. Katılımcıların %80'i daha önce kliniklerinde bir ilaç uygulama veya ilaç takip çizelgesi kullanmamıştır. Katılımcıların %60'ı mezun olduktan sonra "psikiyatri kliniğinde kullanılan ilaçlar" ile ilgili herhangi bir eğitim, seminer veya sempozyuma katılmadığını ifade etmiştir. Katılımcılara psikiyatri kliniğinde çalıştıkları süre boyunca herhangi bir ilaç uygulama hatası ile karşılaşp karşılaşmadıkları sorulduğunda, %60'ı karşılaştığını ifade etmiştir. Herhangi bir ilaç uygulama hatası ile karşılaştığını belirten katılımcılar sırasıyla en sık yanlış dozda ilacın uygulanması (%35,7), yanlış ilacın uygulanması (%28,5) ve ilacın yanlış hastaya uygulanması (%14,2) hataları ile karşılaştıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 4.3.1.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Katılımcı numarası	Yaş (yıl)	Cinsiyet	Medeni durum	Mesleki çalışma süresi	Psikiyatri kliniğinde çalışma süresi	Mezun olunan okul
K1	45	Kadın	Bekar	26 yıl	8,5 yıl	Atatürk Üniversitesi
K2	42	Kadın	Evli	22 yıl	6 yıl	Atatürk Üniversitesi
K3	44	Kadın	Bekar	25 yıl	4 yıl	Hacettepe Üniversitesi
K4	50	Kadın	Bekar	31 yıl	2 yıl	Atatürk Üniversitesi
K5	43	Kadın	Bekar	20 yıl	3 yıl	Atatürk Üniversitesi
K6	27	Kadın	Bekar	4 yıl	11 ay	Celal Bayar Üniversitesi
K7	44	Kadın	Bekar	26 yıl	3 yıl	GATA Sağlık Meslek Yüksek Okulu
K8	43	Kadın	Bekar	25 yıl	7 yıl	GATA Sağlık Meslek Yüksek Okulu
K9	34	Kadın	Evli	11 yıl	4 yıl	GATA Sağlık Meslek Yüksek Okulu
K10	36	Kadın	Evli	14 yıl	11 yıl	GATA Sağlık Meslek Yüksek Okulu

Tablo 4.3.1.2. Katılımcıların Tanımlayıcı Sorulara Verdikleri Cevapların Dağılımı

	Evet (n / %)	Hayır (n / %)
Daha önce ilaç yönetimi ile ilgili herhangi bir rehber kullanma durumu	1 / %10	9 / %90
Daha önce ilaç uygulama veya ilaç takip çizelgesi kullanma durumu	2 / %20	8 / %80
Mezun olduktan sonra “Psikiyatri kliniğinde kullanılan ilaçlar” ile ilgili herhangi bir eğitim, seminer veya sempozyuma katılma durumu	4 / %40	6 / %60
Psikiyatri kliniğinde çalıştığı süre boyunca herhangi bir ilaç uygulama hatası ile karşılaşma durumu	6 / %60	4 / %40
* Psikiyatri kliniğinde çalıştığı süre boyunca herhangi bir ilaç uygulama hatası ile karşılaşan katılımcıların, karşılaştıkları hata/hataların ilaç yönetiminin hangi basamağında olduğu		
Yanlış doz	5 / %35,7	
Yanlış ilaç	4 / %28,5	
Yanlış hasta	2 / %14,2	
Yanlış uygulama yolu	1 / %7,1	
Yanlış zaman	1 / %7,1	
Etkileşimli ilaçların aynı anda uygulanması	1 / 7,1	

* n katlanmıştır.

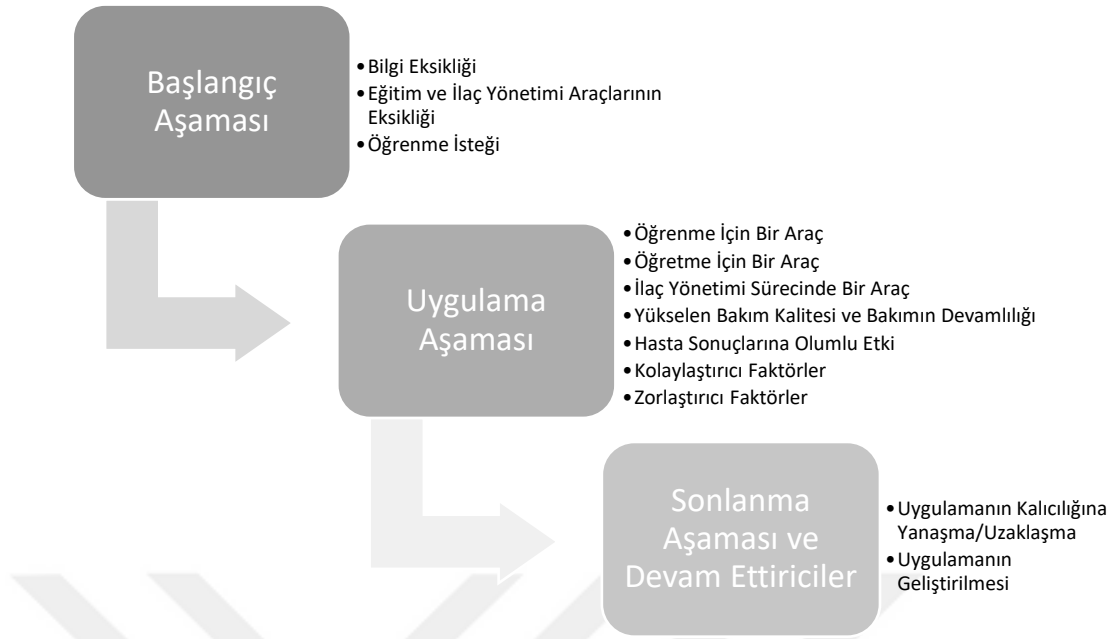
4.3.2. Gözlem, Görüşme ve Dokümanların İncelenmesi Sonucunda Elde Edilen Bulgular

Katılımcılarla yapılan derinlemesine görüşmelerden, araştırmacının gözlemlerinden ve incelenen dokümanlardan elde edilen veriler, verilerin değerlendirilmesi bölümünde detaylıca anlatıldığı üzere Sharran B. Merriam’ın veri analiz yöntemi yoluyla analiz edilmiş ve aşağıda dokümante edilmiştir (149). Bu analiz yöntemi ile ortaya çıkan kodların sıklığı, online Word.art programı kullanılarak (<https://wordart.com/create>) kod bulutu ile gösterilmiştir (Şekil 4.3.2.1.).

Verilerin analizi sonucunda üç tema elde edilmiştir: (i) başlangıç aşaması, (ii) uygulama aşaması, (iii) sonlanma aşaması ve devam ettiriciler. Bu bölümde veri analizinden elde edilen temalar, alt temalar ve katılımcıların temaları destekleyici ifadeleri yer almaktadır. Temalar ve alt temalar durum çalışmasına özgü olarak kronolojik, kapsamlı ve araştırılan durumun ilişkili faktörleri derinlemesine ele alınarak sunulmuştur (Şekil 4.3.2.2.).



Şekil 4.3.2.1. Kod Bulutu



Şekil 4.3.2.2. Bulgulardan Elde Edilen Tema ve Alt Temalar

Tema 1. Başlangıç Aşaması

Veri analizi sonucunda katılımcıların KDİYR ve İUTÇ kullanımı sürecinde bir başlangıç aşaması geçirdikleri ortaya çıkmıştır. Bu aşamada katılımcılar “bilgi eksiklikleri”nin olduğunu; kliniklerinde rutin bir “eğitim ve ilaç yönetimi aracının eksikliği”ni hissettiklerini, bu eksikliklerin farkına vararak sürece “öğrenme isteği” ile başladıklarını ifade etmişlerdir.

Alt Tema 1.1. Bilgi Eksikliği

Bilgi eksikliği alt temasında katılımcılar, hemşire olarak ilaç yönetimine ilişkin sorumlulukları konusunda, ilaç yönetimi süreci konusunda ve kliniklerinde sık kullanılan psikotrop ilaçlar konusunda bilgi eksiklikleri olduğunu ifade etmişlerdir.

Hemşirelerin ilaç yönetimine ilişkin sorumluluklarından (“hastanın değerlendirilmesi, tedavi yöntemlerinin koordinasyonu, ilaçların uygulanması, ilaç etkilerinin izlenmesi, ilaç eğitimi, klinik ilaç araştırma çalışmaları”) katılımcıların çoğunun “ilaçların uygulanması” konusunda bilgi sahibi oldukları, az sayıda katılımcının “ilaçların etkilerinin izlenmesi” ve “tedavi yöntemlerinin

koordinasyonu” hakkında bilgi sahibi olduğu, diğerk sorumlulukları konusunda bilgi eksikliklerinin olduğu saptanmıştır.

İlaçların uygulanması konusunda bilgi sahibi olan katılımcıların, ilaç uygulamasındaki sorumluluklarını tedaviyi uygulayan ekip üyesi olmakla sınırladıkları ve ilaç yönetimini doktor merkezli gerçekleşen bir süreç olarak gördükleri saptanmıştır.

“Yani zaten sonuçta tedaviyi planlayan doktor. Ben bunu uyguluyorum. Uygulayıcıyım sadece” (K7).

“Hekim ilaçları order ediyor, biz uyguluyoruz. Yani daha çok ilaçların yönetimi konusunda hekimlerin rolü büyük diyebilirim. Çünkü ilaçlara onlar karar veriyor, onlar order ediyor. Biz daha çok uygulayıcı olarak yer alıyoruz” (K8).

Az sayıdaki (n=2) hemşire ilaç yönetimindeki önemli buldukları sorumluluğun ilaçların etkilerinin izlenmesi olduğunu ifade etmiştir.

“Yan etkilerini falan çok iyi bilmek gerekiyor. Bazı hastada yüksek doz hiçbir yan etkiye sebep olmayabiliyor, bazı hastada yeni başladığınız işte çok küçük doz da olsa yani pek çok yan etkiyi görebiliyorsunuz. Bu anlamda psikiyatri hemşiresinin gözleminin çok önemli olduğunu düşünüyorum. Akatizi, distoni vs pek çok açıdan yani gözlemlemeli” (K3).

Hemşirelerden birinin tedavi yöntemlerinin koordinasyonu sorumluluğu hakkındaki ifadesi şöyledir:

“İlaç yönetiminde hastanenin kendi prosedürleri var, Sağlık Bakanlığı'nın çerçevesini belirlediği. Biz ona göre ilaç yönetimini ayarlıyoruz” (K2).

Katılımcıların ilaç yönetimi süreci konusunda da bilgi eksikliklerinin olduğu ortaya çıkmıştır. Katılımcıların rehber kullanım süreci sonunda öğrendiklerini ifade ettikleri 12 maddeden oluşan “psikiyatride ilaç yönetiminin bileşenleri”nden yalnızca “ilaçları hazırlama ve uygulama” ve “ilaç sonuçlarını izleme” basamaklarına ilişkin bigilere sahip oldukları, bu bilgilerin ise güncel bilgi ve standartlarla örtüşmeyen içerikte olduğu görülmüştür. Hemşireler doğru ilaç uygulama ilkelerinin standartlarını net bir şekilde tanımlamakta güçlük çekmektedirler.

“Burada her klinikte olduğu gibi 5 doğru çok önemli, yani doğru hasta, doğru ilaç, doğru doz, doğru zaman, doğru uygulama şeklinde” (K3).

“Hemşire olarak biz aslında doktorun yazdığı orderı uyguluyoruz. Ama tabi bunu yaparken bizim işte 5 doğrumuz var galiba sonra o artmıştı 8 doğru olmuştu. Pardon. Ona uyararak yapıyoruz yani hasta doğru mu bunun kimlik kontrolünü yapıyoruz, işte doktorun verdiği ilaç doğru mu bunun kontrolünü yapıyoruz, hangi yoldan verilecek bu ilaç buna bakıyoruz, öyle uyguluyoruz. Tabii sonra ilaca anormal bir etki oluştu mu, hastada daha önce görülmeyen bir şey oldu mu buna da yine dikkat ediyoruz. Ama öncelikli olarak görevimiz bu” (K5).

Hemşirelerin kliniklerinde sık kullanılan psikotrop ilaçlar konusunda bilgi eksikliklerinin olduğu; bu bilgi eksikliğinin sıklıkla psikotrop ilaçların etkileşimlerine ve psikotrop ilaçlarla ilgili güncel bilgiye yönelik olduğu saptanmıştır.

“Bu rehberde yer alan birçok şeyi bilmediğimi fark ettim şimdi. Örneğin besin ve diğer ilaçlarla olan etkileşimlerin yazdığı kısım” (K2).

“Eksik olan bilgilerimi gördüm. Evet sık kullandığımız ilaçları biliyorum ama her gün yeni bir bilgi ekleniyor. İlaç etkileşimlerini, besin etkileşimlerini o kadar da bilmediğimi fark ettim” (K9).

Alt Tema 1.2. Eğitim ve İlaç Yönetimi Araçlarının Eksikliği

Eğitim ve ilaç yönetimi araçlarının eksikliği alt temasında, hemşirelerin psikotrop ilaçlara yönelik bilgi eksikliklerinin, kliniklerinde psikotrop ilaçlara yönelik bir eğitim almamaları ve psikotrop ilaçların yönetimiyle ilgili herhangi bir araç kullanmamaları nedeniyle olduğu belirlenmiştir.

Katılımcılar, psikotrop ilaçlara yönelik mezuniyet sonrası bir eğitim almadıklarını ve klinikte psikotrop ilaçlara yönelik bir hizmet içi eğitimin ve kullanılacak bir ilaç yönetimi aracının bulunmadığını, bu sebeple ilaç yönetimi sürecinde sıklıkla internet, ilaç prospektüsleri ve kitaplardan yararlandıklarını ifade etmişlerdir.

“Benim bunları uygulayabilmem için bana psikiyatri ilaçlarıyla ilgili çok ciddi böyle profesyonel bir eğitim verilmesi lazım. Ben hiçbir eğitim almadığım için ilaç yönetimi uygulamalarını doktorla koordine olarak yapıyorum. 3 yıldır burada çalışıyorum, çalışmaya başladığım gün bile ben nasıl ilaç hazırlayacağım dediğimde order üzerinden bana karşısı boş olanlar aktif ilaç, karşısında yazı yazan stop değişti arttı azaldı yazanlar uygulanmayacak, karşısı boş olanları hazırla dediler bana gittiler. Yani ben ilk bir sene neredeyse 15 dakikada ya da yarım saatte hazırlanan ilaçları üç saatte hazırlayabiliyordum. Orderda yazan farklı, bazen etken maddesi yazıyor orderda, bazen firma adı yazıyor. Yani hakikaten öyle ince ince tek tek bularak dozlarını ayarlayarak çok zorlanmıştım. Çünkü ilaçları bilmiyorum, etken maddeleri bilmiyorum, muadillerini bilmiyorum. Eskiden ilaç rehberi vardı şöyle kalın kalın büyük, böyle şu uzunlukta hatta kalınlıkta, ondan bakardık ilaçlara etken maddelere. Şimdi tek tek cep telefonumdan Google’den arıyorum buluyorum.” (K7).

“Ben mezun olduğumda ya da benim öğrendiğimdeki olan bilgiyle şimdiki bilgi tabi ki aynı değil. Biz böyle sürekli bir hizmet içi eğitim vesaire almıyoruz. Bu yenilenen bilgileri güncel bilgileri bu eğitimler yoluyla görmüyoruz” (K8).

Alt Tema 1.3. Öğrenme İsteği

Katılımcıların, KDİYR ve İUTÇ kullanımı sürecine merak, ilgi ve heyecan ile bir öğrenme isteği taşıyarak başladıkları görülmüştür. Henüz materyallerin kullanımı ile ilgili eğitim aşamasında iken bir an önce deneyimlemeye başlamak için sabırsızlandıkları göze çarpmıştır. Hemşirelerin bilgi eksikliklerinin ve kliniklerinde bir ilaç yönetimi aracı eksikliğinin olduğunu fark etmeleriyle KDİYR ve İUTÇ’yi deneyimlemeye istekli oldukları ve kullanım sürecine başlarken motive oldukları belirlenmiştir.

“Verdiğiniz eğitimden sonra başta bir heveslendim galiba çok beğenince, her gün kullanayım diye bir karar aldım. İlk başta buradaki yazan ilaçları öğrenmek için çok motiveydim. Tamam burada sık kullandığımız ilaçları genel hatlarıyla biliyoruz, dozlarına alışkınız sürekli yazılan orderlardan çoğunun yan etkilerini biliyoruz. Ama çizelgeye bakınca bundan daha fazlası olduğunu gördüm. Bilmem gereken daha çok şey olduğunu gördüm. Özellikle besin etkileşimleri, diğer ilaçlarla etkileşimlerini

daha az bildiğimi gördüm. Önce onları okuyup öğrenmeye çalıştım. Özellikle sık kullandığımız ilaçların bu etkileşimlerini öğrenmeye çalıştım” (K9).

Tema 2. Uygulama Aşaması

Katılımcıların KDIYR ve İUTÇ kullanımı sürecine bilgi ve materyal eksikliklerini fark edip, öğrenme isteğiyle başlamalarının ardından KDIYR ve İUTÇ kullanımını tam zamanlı olarak gerçekleştirdikleri bir uygulama aşaması olduğu belirlenmiştir. Bu temanın altında aşağıda birbiriyle ilişkisi tanımlanan yedi tane alt tema oluşmuştur. Katılımcılar KDIYR ve İUTÇ’den “öğrenme için bir araç”, “öğretme için bir araç” ve “ilaç yönetimi sürecinde bir araç” olarak yararlandıklarını; KDIYR ve İUTÇ’nin “yükselen bakım kalitesi ve bakımın devamlılığı” ve “hasta sonuçlarına olumlu etki” alanlarına etki ettiğini; ayrıca, KDIYR ve İUTÇ’yi deneyimleme süreçlerinin bir takım “kolaylaştırıcı” ve “zorlaştırıcı” faktörleri olduğunu ifade etmişlerdir.

Alt Tema 2.1. Öğrenme İçin Bir Araç

Katılımcıların uygulama sürecinde en öne çıkan deneyimlerinin KDIYR ve İUTÇ’yi öğrenme için bir araç olarak kullanmak olduğu ifade edilmiştir. Hemşireler ilaç yönetimi sürecinde KDIYR ve İUTÇ’nin, psikotrop ilaçlara ve psikotrop ilaçların yönetimindeki hemşirelik müdahalelerine yönelik bilgi eksikliklerinin giderilmesine yardımcı olduğunu belirtmişlerdir.

“Ben bu rehberi çok beğendim. Pek çok kere nöbetlerimde de baktım, kullandım. Özellikle mesela şu besin etkileşimlerinden faydalandım. Koymuşsunuz ya mesela onlar çok önemli” (K3).

“Mesela ben buraya başlayalı 10-11 ay oldu. Daha önce yoğun bakımda çalışıyordum, ilk defa psikiyatri alanına geldim. Hani internetten bakıyorsun kaynaklardan bakıyorsun ama bir şekilde yeterli olmayabiliyor. En azından kendi meslektaşımızın yazdığı bir kaynak olduğu için bizim kendi dilimizden olan bir şey olduğu için daha anlaşılır, öğretici oldu” (K6).

“Birincisi bizim eğitimimiz için. Sizin getirdiğiniz bu rehberde ya da çizelge olsun bunlar çok yeni bilgiler içeriyordu. Benim öğrendiklerimin üzerine çok yeni şey konmuştu. O yüzden bazı şeyleri bilmediğimi, kaçırdığımı, fark etmediğimi de

gösterdi bana. Çoğunlukla biliyorum çok böyle standart gördüğümüz yan etkiler standart etkiler olabiliyor, ama rehberde gördüm ki daha farklıları da varmış. Yani bunlar olasılık sonuçta onlar da ortaya çıkabiliyor. O yüzden onları bilmem de faydalıdır diye düşündüm. O yüzden hastada olabilecek şeylere de baktım. En çok ilgimi ama bu etkileşim, besinler ve hemşirenin bunlara neler yapabileceğinin yer aldığı kısım çekti yani biz hemşire olarak bu etkilerle aslında baş edebiliyoruz dedim. Bu açıdan öğretici de bir süreç oldu yani bilmediğim şeyleri de öğrendiğim bir süreç oldu” (K8).

“Uygulayacağım bir ilacın hangi ilaç grubunda yer aldığını rahatlıkla görebilmemi sağladı. Hatta bu kadar grup ve alt grup olduğunu bilmiyordum. Bir bakışta bunları görebilmemi sağladı, öğrenmemi sağladı, yani kullandıkça öğrendiğimi düşünüyorum artık” (K9).

Alt Tema 2.2. Öğretme İçin Bir Araç

Katılımcılar, KDİYR ve İUTÇ’nin öğretme için bir araç olarak kullanılabileceğini, örneğin psikiyatri kliniğinde ilk kez çalışmaya başlayan hemşirelerin klinik eğitiminde etkili olduğunu ifade etmişlerdir. Psikiyatri kliniğinde uzun yıllar çalışan hemşireler, yeni başlayan hemşirelere ilaç yönetimi ve psikotrop ilaçlara yönelik bir eğitim vermek için bu araçları kullandıklarını belirtmişlerdir.

“Yeni başlayan arkadaşlarımız oluyor ya da bize buraya desteğe gelenler oluyor. Evet ben yıllardır burada çalışıyorum fakat onlar psikiyatriye daha yabancılar. Onlar buraya geldikleri zaman burada en sık hangi ilaçlar kullanılıyor ya da burada bu ilaçları kullanırken neye dikkat etmeleri gerekiyor bunu gösterebileceğimiz elimizde yazılı bir şey vardı. Yani onlara bakın burada böyle bir şey var buradan bakabilirsiniz diye rehberi gösterdim, ben kullandım açıkçası. O yüzden yeni hemşirelerin eğitimi için de bence güzel olabilir” (K8).

“Bir de yeni başlayan arkadaşlar oldu kliniğe, onların eğitiminde de kullandım. Daha önce hiç psikiyatri deneyimleri olmadığı için ilaçlara yabancıları. Onları yanıma alıp bakın böyle bir rehber var buradan öğrenebilirsiniz, işinizi kolaylaştırır dedim. Onlar da kullandılar. Buradan öğrendiler” (K10).

Alt Tema 2.3. İlaç Yönetimi Sürecinde Bir Araç

Katılımcıların KDİYR ve İUTÇ'ni ilaç yönetiminin basamaklarını gerçekleştirirken kullandıkları belirlenmiştir. Hemşireler sıklıkla ilaç hazırlama, ilaç uygulama ve ilaç etkilerini gözlemleme basamaklarında rehberliğe ihtiyaç duyup KDİYR ve İUTÇ'yi kullandıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcılar KDİYR ve İUTÇ'den ilaç yönetimi sürecinde en çok psikotrop ilaçların yan etkileri, ilaç-ilaç, ilaç-besin, ilaç-durum etkileşimleri ve ilaç yönetimindeki hemşirelik müdahaleleri konularından yararlanmışlardır.

“İlaçları hazırlıyorsam rehberi ve çizelgeleri yanıma aldım mutlaka onları açtım ve ilaçları öyle hazırladım” (K4).

“Hem öğrenme sürecim için kullandım hem de en sık ilaç hazırlarken yanımda bulundurup yararlandım. Tam anlamıyla ilaç hazırlamama, uygulamama ve sonrasında etkisine bakmama rehberlik etti” (K9).

“Rehberi daha çok ilaç hazırlarken kullandım, çizelgeyi uygulama yapınca ya da ilacın etkilerini gözlemleyince kullandım. İşaretlemeler yaptım. Özellikle şu her ilaçta hangi formlar var kutulara ayrılması güzeldi. İlacın hangi şeklini verdiğimizi işaretlemek açısından iyiydi. Bir de yan etkilerin neler olabileceğinin yazması, o yan etkilerden birini görünce işaretleme yapabilmek iyiydi. Etkin kullanmaya çalıştım. Notlar yazdım hastalarda en sık neleri gördüm bu ilacı uygulayınca diye. Zaten deskte durunca verdiğiniz ilacı hemen işaretleyebiliyorsunuz. Sonra tabi yan etki vs hemen çıkmıyor. İlerleyen zamanda yan etkilerin çıktığını görünce işaretledim” (K10).

Alt Tema 2.4. Yükselen Bakım Kalitesi ve Bakımın Devamlılığı

Katılımcılar KDİYR ve İUTÇ'nin anlaşılır olması, ortak bir dil kullanımına izin vermesi, ilaç yönetiminde aynı araçların kullanılmasına izin vererek tüm hemşireler için ilaç yönetiminde bir standart oluşturduğunu ifade etmişler ve tüm bunların bakım kalitesini yükselttiğini dile getirmişlerdir.

“Biz diğer hemşirelerle ara ara toplanıp da baktık rehber çizelgeye. Sadece tek başımıza kullanmadık yani. Üzerinde tartıştık, değerlendirdik, inceledik. Bakıma ne kadar katkı sağladığı hakkında uzlaştık” (K1).

“Benim için ilaç formlarından tutun hepsine kadar yazmışsınız işte tablet formu, şurup vs, yani çok açıklayıcı olmuş. Yani sıfır birisi, hiç psikiyatri ile ilgili deneyimi yok, örneğin ilaçlarla ilgili bir şey verecek, yani hemşire olarak standart önemlidir benim için. Şunu açtığında ben o kişinin ne anladığını, bana ilettiğinde biz o kişiyle ortak noktada buluşabiliyorsak evet tamam. Bunu sağlamış. Standart yakalamak için önemli. Bunun için hazırlanış şeklini de beğendim yani, amaca uygun. Formsal bir şey tuttuğunuzda istatistiki bir şey tutmak gibi. Hani anladınız mı istatistik gibi olduğu için, istatistiki bilgilerden yola çıkılarak da her salon için değişebilir mi evet değişebilir, ama kayıt altına alındığında sonuçların daha iyi değerlendirilebileceğini düşünüyorum. Yani iyileştirme anlamında çok iyi şeyler çıkar diye düşünüyorum” (K3).

Katılımcılar aynı zamanda KDIYR ve İUTÇ’nin ilaç yönetimi sürecindeki uygulamaları ve gözlemleri kaydetmeye imkân vererek hemşireler arası bir iletişim aracı görevi gördüğünü, hemşirelik müdahalelerini kayıt altına alarak yazılı bir belge ve ileriye dönük bir veri kaynağı sağladığını ve bu yolla da bakımın devamlılığına izin verdiğini ifade etmişler.

“Hani şöyle bu ilaçta kullanıldığında görülen yan etkileri buradan daha önceki işaretlemiş arkadaşlarımlıkilerden, ben verdiğimde olan yan etkiyi sorgulamak için açıp bakabilirim, daha önceki hastada da şu olmuş bu olmuş diye bakabilirim” (K7).

“Bu çizelge yazılı bir belge oluşturuyor. Yaptığımız ilaç uygulamasını detaylı bir şekilde kaydetmemizi sağlıyor. Ne yaptık, sonucunda ne gördük bunların hepsi önemli veriler de sağlayacaktır sonuç olarak. İlerde dönülüp bakılabilir örneğin hangi ilaçta ne görülmüş gibi. Ya da ben kullandım mesela diğer hemşire arkadaşım da kullanırken açıp benim notlarıma bakabilir. Bu da birbirimizin ne yaptığından haberdar olmamızı sağlar. Bu da uzun vadede hastaya olumlu sonuç verir. Ona bakım veren tüm hemşireler tüm sürece hâkim olmuş olur aynı belgeyi takip ettikleri için. Bir standart yani, bir protokol gibi olur ilaç uygulama sürecimizde” (K9).

“Bir de çizelgeler deskte duruyor, bir hemşirenin yaptığı işaretlemeyi başkası da görebilir, buradan da bir çıkarım yapabilir. O uyguladığı zaman ne görülmüş diye bakıp ona göre hazırlıklı olabilirim” (K10).

Alt Tema 2.5. Hasta Sonuçlarına Olumlu Etki

Katılımcılar KDİYR ve İUTÇ'yi kullanmanın ilaç yönetimi sürecinde öğrenme, öğretme ve ilaç yönetimi süreci için bir araç olarak kullanıldığı, bakım kalitesini yükseltip devamlılığını sağladığı, bu yolla da hasta sonuçlarına olumlu etki ettiğini dile getirmişlerdir. Hemşirelerin bu etkinin KDİYR ve İUTÇ'nin birebir hasta gözlemine imkân tanınması, ilaç yönetimi sürecindeki hataların önlenmesine yardımcı olması, psikotrop ilaç tedavisine yönelik hasta eğitimi ve taburculuk eğitimiyle tedaviye uyumu artırması, ilaç yan etkilerinin, ilaç etkileşimlerinin ve ilaç intoksikasyonlarının önlenmesi veya bu belirtilerin erken tanınarak müdahale edilmesi yoluyla gerçekleştiğini ifade etmişlerdir.

“Mesela hastaların çoğu besin etkileşimlerini bilmiyorlar. En azından kullandığı ilaca yönelik besin yönetimine kendisi evde de taburcu olduktan sonra devam edebilir. Sonrasında ilaç yan etkileri ile karşılaşma durumu, ilaca uyum sürecini, hani bunların hepsini hastaların bilmesi gerekiyor. Yeni başlayan hemşire açısından ya da bizim gözden kaçırabileceğimiz şeyler açısından elimizin altında bir rehber olması tabi hem bizim için hem hasta için çok güzel” (K2).

“Hastalara da etkisi oluyor aslında. Yani bize yardımcı olması için tasarlanmış bir rehber ama bizim yaptığımız şeylerin sonucunda hastaya da faydası oluyor. Nasıl oluyor mesela karışıklığı önüyor, kime ne yapıldı bunu bir arada görüyoruz, böylece hatalar da önleniyor, çünkü yanlış ilacı yapmak ya da etkileşimli bir ilaç yapmak önleniyor. Çünkü içinde bunların hepsi yer alıyor. Hastaya ilacı vermeden önce hangi ilaç bu, nasıl vereceğim, peki bu ilaçla birlikte ne vermeyeceğim gibi bakınca aslında bu hataların da önüne geçiyorum. Yani hasta sonucu tabi ki etkilenir” (K5).

“Hasta sonuçlarına yararı oluyor sonuçta. Hangi ilacı neden verdiğimiz ve verdikten sonra hangi etkiyi görebileceğimizi bu rehberden görebiliyoruz. O yüzden de hangi ilacı verdikten sonra hangi etkiyi görebileceğimi bu rehberde görebiliyorum” (K6).

“Hemşirenin görev ve sorumlulukları var, bunları bizim en iyi şekilde yerine getirmemiz demek hastanın zaten iyiliği için önemli. Yani ben doğru ilacı

vereceksem, o ilacın yan etkisini bileceksem bunun hastaya çok iyi bir geri dönüşü oluyor yani hastanın hayatı bundan etkileniyor ya da hastanın ilaç kullanırkenki iyilik durumu bundan etkileniyor. Çünkü ben bilinçli bir şekilde ilaç uyguluyorum, ona göre hastada görülen etkileşim azalmış oluyor, yan etki azalmış oluyor ya da ben müdahale ediyorum hasta daha az etkileniyor bunlardan. O yüzden bunların sonuçları olarak hastanın sonucunun da iyi etkileneceğini düşünüyorum. O yüzden kullanılmaya devam edilmeli, hasta sonuçlarına iyi geliyor. Bir de formda da ben doldurmuştum ilaç hatası diye. İlaç hataları evet görmüyor muyuz görüyoruz. Bazen kendimiz yapmış oluyoruz, bazen son anda verilmeden farkediyoruz. Bazen meslektaşlarımızın yaptığını görüyoruz. Böyle dozla alakalı olabiliyor, yanlış ilaç ismiyle alakalı olabiliyor. Bunlar da hata sonuçta olmaması gerekir. Dediğim gibi eğer hemşire ilaç hazırlarken daha yani bu ilaç hazırlama masasında eğer yanında bu rehber olup bu şekilde ilaç hazırlayıp ilaç uygularken de bunları göz önüne alırsa bu hatalar da azalacaktır yani yanlış ilaç ismidir, yanlış ilaç dozudur, birbiriyle etkileşen ilaçtır bunlar verilmeyecektir. Ee bu durum yine hasta sonucunu etkilemez mi tabi ki etkiler. Tabii ki hasta yanlış ilacı almaz, hatalı dozu almaz, bir de bunların etkisiyle hastalanmaz. Bunların yüzünden istenmeyen etkiye maruz kalmaz. Bu şekilde hataların önüne geçebilir diye düşünüyorum” (K8).

“Yani şöyle en başta hemşire olarak onlara bakım veren bizlerin bilgi düzeyinin artması hastalar için olumlu bir durum. Bu bile tek başına hasta sonuçlarını etkiledi. İlaç uygularken bilgili bir hemşireden ilaçlarını alması, yan etkiyi hemen farketmemiz, ya da bunları önlememiz bile hastayı koruyucu bir durumdur” (K9).

“Bizim bu rehberde yer alanları öğrenmemiz demek ilaç uygulamasını doğru ve hatasız yapmamız demek, ilaç sonuçlarını iyi gözlemlememiz demek, ona göre müdahale edebilmemiz demek. Yani hastada ilaca bağlı herhangi olumsuz bir durumun ortaya çıkmasını en aza düşürmeye yarar, ortaya çıkarsa erken farketmemize ve müdahale etmemize yarar. Sonucunda bunlar hep hastanın faydasına olan şeyler. Hasta olumlu etkilenir. Daha az ilaç etkileşimi olur, etkileşim sonucu intoksikasyon vs olmaz, daha az yan etki olur ya da sonuçları ağır olmaz. Hem ilaç hataları da önlenabilir. Bilerek, rehberden ya da çizelgeden bakarak hazırladığım ilacın adına, ticari isimlerine bakıyorum sonuçta. Bu isim hataları

yüzünden yanlış ilacın verilmesi böylece önlenir. Deneyimli hemşireler için de bu geçerli ama özellikle psikiyatride yeni çalışanlar için öğretici demiştim ya aynı nedenle de hasta sonuçları olumlu etkilenir. Onların hata yapma ihtimali daha yüksek olabilir, onu önler” (K10).

Alt Tema 2.6. Kolaylaştırıcı Faktörler

Katılımcılar deneyimledikleri KDİYR ve İUTÇ kullanım sürecine yönelik bir takım kolaylaştırıcı faktörler tanımlamışlardır. Ortaya çıkan bu faktörlerin tamamının geliştirilmiş olan araçların nitelikleriyle ilgili olduğu, yani araçların bütünüyle kolaylaştırıcı bir faktör olarak tanımlandığı belirlenmiştir. Hemşireler KDİYR ve İUTÇ’yi klinikte kullandıkları diğer formlarla veya ilaç yönetimi sürecinde faydalandıkları kaynaklarla kıyaslayarak daha kısa ve öz bilgiyi içermesiyle ince ve pratik, hemşirelere özgü oluşuyla anlaşılır, her an klinikte olmasıyla kolay ulaşılabilir, iyi tasarlanmış oluşuyla kullanışlı, faydalı ve etkin kullanılabilir olduğunu ifade etmişlerdir.

“Yani prosedürler talimatı koca dosya, hastanenin kendisinin olan. Onların arasından bunlara bakmak zor. Ya ilaç kullanımı başlı başına çok önemli bir şey zaten burada. Yani hatta en önemli işlemlerden birisi. Bu tarz el rehberi gibi bir şeyin kullanımının kolay olması, ulaşılabilirliğinin rahat kolay olması işimizi çok kolaylaştırdı diye düşünüyorum. Yani pek çok şeyi çok güzel bir şekilde sığdırmışsınız buraya. Yani ben koca dosyayı alıp elime karıştıracağım yerde bunu kullanırım” (K3).

“Açıp bakmak için burada bir şeyin olması daha kolay geldi. Yani açıp bakabileceğimi bilmek bana daha rahat hissettirdi. Nasılsa internete yazmayacağım ya da prospektüse bakmayacağım diye direkt açıp rehberden bakacağımı düşünmek ve bunun daha ince ve kısa oluşu bana daha rahat hissettirdi. Yani bu burada olduğu sürece ben elimin altında bir şey var deyip rahat hissettim. O açıdan güzeldi” (K5).

“Çizelge zaten üzerine işte bizim bir şeyler yazmamız için vardı ya da ne yaptığımızı göstermek için vardı. Bence kullanışlıydı, kullanışlı olacak şekilde tasarlanmış, kolay bir kullanımı var. Kullandığımız diğer formları düşününce çünkü biz burada kaliteden vs gelen birçok form dolduruyoruz aslında kağıt olarak çok

şeyle uğraşıyoruz, fakat onlarla kıyasladığım zaman çizelgenin daha kullanışlı olduğunu söyleyebilirim. Hiç değilse bir şeyleri ne yaptığımızı işaretlerken yani bu ilaç süreciyle ilgili, bir şeyleri de yine öğrenebileceğimiz bir çizelge olmuş. Yani boş yere sadece işaretleme yaptığımız tik attığımız bir form değil, bunları yaparken aynı zamanda oradan bilgi öğrenebileceğimiz de bir çizelge olmuştu bence. Kullanımı kolaydı, okuması, kullanması zevkliydi” (K8).

“Özellikle hemşirelere yönelik olması çok hoşuma gitti. Hemşireler için adım adım hazırlanmış bir rehber. Bizim anlayabileceğimiz şekilde anlatımı” (K10).

Alt Tema 2.7. Zorlaştırıcı Faktörler

Katılımcılar deneyimledikleri KDİYR ve İUTÇ kullanım sürecinde bir takım zorlaştırıcı faktörler de tanımlamışlardır. Bu faktörlerin tamamının klinik ortamından, çalışma koşullarından ve çalışanlardan kaynaklandığı, geliştirilen araçlara ilişkin hiçbir zorlaştırıcı faktörün katılımcılar tarafından dile getirilmediği belirlenmiştir. Hemşireler KDİYR ve İUTÇ kullanım sürecini zorlaştıran faktörleri hemşire-hasta sayısındaki orantısızlık nedeniyle iş yükü, evrak işi ve kullanılan diğer formların fazlalığı, sürekli rotasyonlar ve aynı klinikte kalıcı olamama sorunu nedeniyle aynı hastayı takibin zorlaşması, tüm bu sebeplerle bireysel bakım ve klinikte ilaç yönetimiyle ilgili bir araca ayıracak zamanın kısıtlı olması olarak belirtmişlerdir.

“Yani rehberde yazıyor ama bizde 34 hasta için her hasta, 34 hastanın kullandığı her kalem için ayrı ayrı gözlem mümkün değil, rehber doğru söylüyor, iş yükümüz çok” (K2).

“Ama zaman yine en büyük problem. Kliniğimizde çok gereksiz form var doldurulacak. Ne kadar kullanmaya çalışsam da zaman bulma açısından zorlandım” (K4).

“Mesela klinikteki diğer formlar bu kadar fazla olmasaydı bence bu rehberdeki formlar daha iyi olurdu. Tabi bunun etkin kullanımı için bizim sürekli aynı hastalarla birlikte çalışıyor olmamız lazım, yani kliniğimizin değişmemesi lazım, hastaya aşına olmamız lazım. Çünkü ben o hasta için o çizelgeyi açacağım, o

taburcu olana kadar o çizelgeyi devam ettireceğim. Fakat bizim sürekli kliniğimiz değişiyor ” (K5).

“Fakat siz de biliyorsunuz ki biz burada çok fazla şeyle uğraşıyoruz yani hastalarla ilgilenmek evet büyük bir zamanımızın kısmını zaten bu oluşturmali ama inanin ki bazen formlardan ya da kâğıt işinden hastaya vakit ayırıyor muyuz diye soruyorum yani kendime. Keşke kâğıt işi daha az olsa ve hastalara daha fazla zaman ayırsak. Çünkü orada o kadar güzel müdahaleler eğitimler var ki yani sadece ilaç için bile neler anlatabiliriz neler eğitim verebiliriz. Fakat zaman bu açıdan kısıtlı. Çünkü doldurduğumuz çok fazla evrak işi var. Eğer bunlar daha az olsaydı çizelgeyi daha iyi kullanabilirdim” (K8).

“Hemşire olarak sayımız çok az. Bazen nöbette bir hemşire oluyoruz. Şimdi hastaya ilacı verirken nasıl her seferinde kullanayım bu şartlar altında? Bir de başka formlar var, bilgisayarda doldurduklarımız var. Burada her işe biz bakıyoruz, koşturuyoruz resmen yoğunluktan” (K9).

Ayrıca psikiyatri kliniğinde daha uzun süreli deneyim sahibi olan hemşireler yeni bilgilere açık olmakta ve klinikte yeni bir araç kullanmakta zorlandıklarını dile getirmişlerdir. Bu nedenle deneyim de zorlaştırıcı bir faktör olarak ortaya çıkmıştır.

“Hemşire olarak 26 yıllık eski kafa, pratik, ezber, teorik, hepsinin harmanı ile bu olaya bakınca, bir de bu saatten sonra da böyle ben hakikaten yani uzun uzun okumaya şeye kafa yormak istemiyorum” (K7).

“Şöyle ki ben psikiyatride sekiz buçuk yıldır buradayım ve ilaçları fazlası ile tanıyorum. İyi tanıyorum artık. Hani gözümlü kapalı ilaçları hazırlayabiliyorum falan. Ama hani böyle bir rehber yeni başlayan hemşireler için falan daha fazla gerekli olabilir” (K1).

Tema 3. Sonlanma Aşaması ve Devam Ettiriciler

Katılımcıların psikiyatri kliniğinde KDİYR ve İUTÇ’yi kullanım sürecinin tamamlamasını takiben uygulamanın sonlanma aşamasına geçilmiştir. Bu temanın altında aşağıda birbiriyle ilişkisi tanımlanan iki tane alt tema oluşmuştur. Bunlar “uygulamanın kalıcılığına yanaşma/uzaklaşma” ve “uygulamanın geliştirilmesi”dir.

Alt Tema 3.1. Uygulamanın Kalıcılığına Yanaşma/Uzaklaşma

Katılımcılar kliniklerinde KDİYR ve İUTÇ'nin hem devamlı olarak kullanılmasını, hem de iş yoğunlukları nedeniyle kullanmaya ilişkin duydukları endişeyi dile getirmişler; yanaşma/uzaklaşma davranışı sergilemişlerdir.

Hemşireler uygulama aşamasında açığa çıkan eğitim, ilaç yönetimi, bakımın kalitesi ve devamlılığı, hasta sonuçlarına olumlu etki ve kolaylaştırıcı faktörler alt temaları nedenleriyle sonlanma aşamasında araçların kullanımına devam etmek istemişlerdir. Rutin şekilde KDİYR ve İUTÇ'nin uygulanmasına yanaşan katılımcıların ifadeleri şöyledir:

“Şöyle düşünüyorum bu rehber klinikte kalsın tabi ki isterim. Yani şu anda da devamlı olarak kullanılmalı bence” (K8).

“Bu materyaller kalsın isterim başta onu söyleyeyim. Tabi ki olumlu sonuçları olur” (10).

Hemşireler uygulama aşamasında açığa çıkan zorlaştırıcı faktörler (iş yükü, evrak işi ve kullanılan diğer formların fazlalığı, sürekli rotasyonlar ve aynı klinikte kalıcı olamama sorunu nedeniyle aynı hastayı takibin zorlaşması, bireysel bakım ve klinikte ilaç yönetimiyle ilgili bir araca ayıracak zamanın kısıtlı olması) nedeniyle sonlanma aşamasında araçların kullanımına devam etmekte endişe yaşamışlardır. Rutin şekilde KDİYR ve İUTÇ'nin uygulanmasından uzaklaşan katılımcıların ifadeleri şöyledir:

“Kalmaları güzel olurdu ama bu sefer de yani o kadar çok form yapıyoruz ki, bu seferde o iş yükü fazla artardı. Örneğin yan etkileri yönetmede ya da ilaç uygulama hatalarını önlemede bir faydası olurdu tabi. Ama iş yükümüzü artırırda biraz da” (K4).

“Bence kalmalı, bence kullanılmalı ama yine de dediğim gibi bunun kalabilmesi için diğer yüklerin azaltılması lazım diğer formların azaltılması lazım. Ya hasta sayısının da az olması lazım aslında biz burada çok az kişi fazla sayıda hastaya bakıyoruz. Ya bizim sayımız artmalı ya hasta sayısı azalmalı ki bunlara da fırsat kalsın, zaman kalsın, yoksa çok etkili olamayabilir yani. Ama bunlar olursa kullanılmasının faydalı olacağını tabi ki düşünüyorum” (K5).

Alt Tema 3.2. Uygulamanın Geliştirilmesi

Katılımcıların KDİYR ve İUTÇ'nin klinik kullanımının devam etmesine yönelik birtakım önerileri olmuştur. Katılımcılar geliştirilen araçların daha kısa formlarının olmasıyla, kliniklerinde rutin olarak kullandıkları diğer formlara entegre edilmesiyle veya araçların online / bilgisayar tabanlı kullanımlarının olmasıyla daha kolay ve kullanılabilir hale geleceğini ifade etmişlerdir.

“Eğer uzun olacaksa, tabi ki kısa, bir iki maddeden oluşursa güzel olur, kısa olacaksa. Ama form doldurmak işimiz çok fazla bizim. O işi artıracaktır. Ama dediğim gibi yani bir iki madde olursa, kısa olursa olabilir tabi kullanılır” (K4).

“Bizim gözlemlerle ilgili bilgisayara da yazdığımız bir bölüm var. Bir de hemşirelik formlarımız var bizim kendinize ait. Bunun sadece böyle uygulamaya geçirilecek kısımlarını böyle pratik hale getirmeyle ilgili bir çalışma yapılabilir. Hani bu tarz değil de örneğin kullandığımız formlarla entegre edilerek” (K3).

5. TARTIŞMA

Araştırmada psikiyatri kliniğinde çalışan hemşireler için KDİYR ve İUTÇ geliştirilmiş ve psikiyatri kliniğindeki kullanımları nitel durum araştırmasıyla değerlendirilmiştir. Bu bölümde araştırma bulgularının tartışması üç başlık altında sunulmuştur.

5.1. PSİKİYATRİ KLİNİĞİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELER İÇİN KANITA DAYALI İLAÇ YÖNETİMİ REHBERİ GELİŞTİRİLMESİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşireler için KDİYR geliştirme süreci sekiz ay sürmüştür. Rehber 70 araştırma sonucunu ve kanıtlarını; ayrıca gerekli tanımlamaları yapmak için 27 farklı kaynağın (kitap, makale vb.) özetini içerecek şekilde toplamda 97 kaynaktan faydalanılarak oluşturulmuştur (Bkz. EK 9). Kullanılan her bir araştırmanın kanıt düzeyi rehberin son sayfasında okuyucuya sunulmuştur. Rehber tasarlanırken olabildiğince sade, anlaşılır, kolay okunabilir ve renkli sunumuyla dikkat çekici bir şekilde hazırlanmıştır. Rehber geliştirme sürecinin tüm basamaklarının tamamlanması ve uzman görüşlerinin ardından gerekli revizyonların

yapılmasıyla rehber yazılı bir materyal olarak basılmıştır. Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde çalışan hemşirelere geliştirilen araçlarla ilgili bir oturumluk eğitim verilmiştir. Ardından bir aylık kullanım sürecinin gerçekleştirilmesi için rehber ve çizelgeler kliniklere bırakılmıştır. Araçların bir aylık kullanımlarının sonucunda araştırmanın nitel veri toplama aşamasına geçilmiştir.

Literatür incelendiğinde, daha önce psikiyatri kliniğinde çalışan hemşireler için herhangi bir kanıta dayalı ilaç yönetimi rehberinin geliştirilmediği görülmektedir. Geliştirilmiş olan KDIYR bu anlamda bir ilk olma özelliği taşımaktadır. Bununla birlikte hemşirelik alanında geliştirilen ve kullanılan birçok rehber bulunmaktadır. Spoon ve ark. hemşirelik alanında kullanılan rehberleri inceledikleri sistematik derlemelerinde hemşirelik alanında geliştirilen ve kullanılan rehberlerin sırasıyla en çok cilt bakımı, enfeksiyon önleme, ajitasyon, deliryum, ağrı, düşmeyi önleme, beslenme, ağız bakımı, astım, emzirme, palyatif bakım, sigara bırakma alanlarında olduğunu belirtmişlerdir (161). Ayrıca ülkemizde yapılan tez çalışmaları incelendiğinde sadece iç hastalıkları hemşireliği alanında yapılmış olan iki tez çalışmasında hemşirelik bakımında kullanılabilecek kanıta dayalı rehberlerin geliştirildiği belirlenmiştir. Bu çalışmalarda geliştirilen rehberlerin ise inme sonrası disfaji yönetimi (162) ve ventilatörle ilişkili pnömoniye önleme (163) üzerine olduğu görülmüştür.

Spoon ve arkadaşları hemşirelik alanında kullanılan rehberleri inceledikleri sistematik derlemede 53 farklı rehber uygulama çalışmasını değerlendirmişlerdir (161). Tüm rehber çalışmalarının çeşitli uygulama stratejileri kullandıkları, ölçümlerin süresinin, kullanılan stratejilerin yoğunluğunun ve detaylarının derecesinin çalışmalar arasında farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Çalışmaların 21'i hem hastayla ilişkili hemşirelik sonuçlarını hem de kılavuz uyumunu ölçmek üzere tasarlanmıştır. Çalışmaların 38'inde öncesi-sonrası testler şeklinde ölçümler yapılmıştır. 38 çalışmada rehber kullanıcılarına bir eğitim materyali, 43'ünde toplantı, 10'unda destek programı veya meslekler arası eğitim stratejileri kullanılmıştır. Rehberlerin uygulanma süresi birkaç haftadan birkaç yıla kadar değişiklik göstermiştir. Yukarıdaki sistematik derlemenin değerlendirme kriterleri açısından araştırmamız incelendiğinde, rehberimizin eğitim materyali olarak kullanılarak katılımcılara uygulama öncesinde eğitim verilmesi, rehberin uygulanma

süresinin bir ay olması, rehberin kullanım sonuçlarının nitel araştırma yöntemi ile değerlendirilmesi özelliklerini taşıdığı görülmektedir.

5.2. PSİKİYATRİ KLİNİĞİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELER İÇİN İLAÇ UYGULAMA-TAKİP ÇİZELGESİ GELİŞTİRİLMESİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşireler için İUTÇ geliştirme süreci KDİYR geliştirilmesini takiben bir ay sürmüştür. İUTÇ, KDİYR esas alınarak geliştirilmiştir. İUTÇ toplam 31 sayfadan oluşmakta; beş farklı psikotrop ilaç grubu ve bunların alt gruplarında yer alan psikotrop ilaçlara yönelik etken madde/ticari isim, ilaç formu, ilaç/besin/durum etkileşimleri, hemşirelik müdahaleleri ve psikoeğitim konularını içermektedir. Ayrıca ilaçlara yönelik görülebilecek yan etki, alerjik reaksiyon veya advers etkilerin işaretlenebileceği, hemşire notlarının yazılabileceği bölümler bulunmaktadır. İUTÇ özellikle ilaç yönetiminde rol alan hemşirelerin kolay kullanabilecekleri şekilde tasarlanmış; yazı yazmaktan çok işaretlemelerin yapılmasına imkân tanıyan bir formda oluşturulmuştur.

Literatür incelendiğinde, daha önce psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin ilaç uygulama veya ilaç takibinde kullanabilecekleri herhangi bir kanıt temelli ilaç uygulama veya takip çizelgesinin geliştirilmediği görülmektedir. Geliştirilmiş olan İUTÇ bu anlamda bir ilk olma özelliği taşımaktadır. Kliniklerde kanıta dayalı uygulama araçlarının kullanımının ilaç hatalarını azalttığı (164), hasta güvenliğini sağladığı, bakımının kalitesini ve hasta sonuçlarını yükselttiği bilinmektedir (165 - 171).

5.3. HEMŞİRELERİN İLAÇ YÖNETİMİ REHBERİ VE İLAÇ UYGULAMA-TAKİP ÇİZELGESİ KULLANIMLARININ NİTEL ARAŞTIRMA YÖNTEMİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Araştırmamızda, geliştirilmiş olan KDİYR ve İUTÇ'nin psikiyatri kliniğindeki kullanımları “değerlendirici nitel durum çalışması” ile değerlendirilmiştir. Araştırmanın bulguları, hemşirelerin KDİYR ve İUTÇ'yi deneyimleme süreçlerinin başlangıç, uygulama ve sonlanma aşamalarından geçtiğini,

KDİYR ve İUTÇ'nin klinik kullanımına yönelik birtakım devam ettirici unsurların oluştuğunu göstermektedir.

Kanıtı Dayalı İlaç Yönetimi Rehberi ve İUTÇ kullanımının başlangıç aşamasında bilgi eksikliği, eğitim ve ilaç yönetimi araçlarının eksikliği, öğrenme isteği alt temaları açığa çıkmıştır.

Başlangıç aşamasında hemşirelerin “bilgi eksiklikleri”nin olduğunu; kliniklerinde rutin bir “ilaç yönetimi aracının eksikliği”ni hissettiklerini, bu eksikliklerin farkına vararak sürece “öğrenme isteği” ile başladıkları belirlenmiştir.

Hemşirelerin ilaç yönetiminde hemşire olarak sorumluluklarına, ilaç yönetimi sürecine ve kliniklerinde sık kullanılan psikotrop ilaçlara ilişkin bilgi eksikliklerinin olduğu görülmüştür. Literatürde yer alan psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin sorumluluklarına ilişkin görüşlerinin değerlendirildiği çalışma sonuçlarına benzer şekilde, çalışmamızda yer alan hemşirelerin, psikiyatri kliniğinde farmakolojik tedaviye katılımı temel sorumlulukları olarak gördükleri belirlenmiştir (172-174). Fakat araştırmamızda, hemşirelerin çoğunlukla ilaçların uygulanması konusundaki sorumluluklarının farkında olduğu, öte yandan farmakolojik tedavinin hasta üzerindeki etkisini izleme ve tedavi yöntemlerinin koordinasyonu sorumluluklarının farkında olan hemşire sayısının oldukça az olduğu saptanmıştır. Yine literatürde çalışma bulgularımızla benzer şekilde, hemşirelerin farmakolojik tedavideki görevlerini sıklıkla ilaç hazırlama ve uygulama olarak benimsedikleri görülmüş; ilaç etkilerinin gözlemi ve hasta eğitiminin ise gelişmekte olan sorumluluklar olduğu belirtilmiştir (172, 173).

Araştırmamızda hemşirelerin ilaç yönetimi sürecine ilişkin bilgileri “ilaçları hazırlama ve uygulama” ve “ilaç sonuçlarını izleme” basamakları üzerine temellenmişken; bilgi eksikliklerinin “psikotrop ilaç tedavisi öncesi değerlendirme, psikotrop ilaçlar için karar verme, reçeteyi gözden geçirme, ilaçları depolama ve dağıtma, psikotrop ilaçları kayıt altına alma ve bilgileri aktarma, ilaç hataları ve istenmeyen reaksiyonları raporlama, ilaç kullanımına yönelik psikoeğitim, bireysel ilaç yönetimi, konsültasyon, personel eğitimi” basamaklarında toplandığı gözlenmektedir. Hemşirelerin psikiyatri kliniğindeki ilaç yönetimi sürecine yönelik sorumluluklarını tam anlamıyla bilmemeleri ve ilaç yönetimini sadece hekimin sorumluluğunda yürütülen bir süreç olarak görmelerinin, ilaç yönetimi sürecini

benimsememelerine ve bu süreçle ilgili bilgi edinmemelerine neden olduğu düşünülmüştür.

Araştırmamızda hemşirelerin kliniklerinde kullanılan psikotrop ilaçlara yönelik bilgi eksikliklerinin olduğu gösterilmiştir. Öte yandan KDİYR ve İUTC'nin geliştirilmesinde içerik, araştırmanın yapıldığı klinikte en sık kullanılan psikotrop ilaçların saptanması ile oluşturulmuştur. En sık kullanılan ilaçlar seçilmiş olmasına rağmen hemşirelerin psikotrop ilaçların etkileşimlerine ve psikotrop ilaçlarla ilgili güncel bilgiye yönelik bilgi eksikliklerinin olduğunu dile getirmeleri oldukça düşündürücüdür. Bununla beraber hemşirelerin farmakolojik bilgi düzeylerini değerlendiren çalışmalar incelendiğinde, hemşirelerin bilgi eksikliklerinin olduğu, klinikteki farmakolojik kavramları anlamada zorluk yaşadıkları saptanmıştır (175-178). Çalışmaların sonuçları, araştırmamızda ortaya çıkan hemşirelerin ilaç yönetimi sürecine ve psikotrop ilaçlara yönelik bilgi eksiklikleri bulgularımızla benzerdir. Araştırmamızda yer alan hemşirelerin %60'ı mezun olduktan sonra "psikiyatri kliniğinde kullanılan ilaçlar" ile ilgili herhangi bir eğitim, seminer veya sempozyuma katılmamışlardır. Hemşirelerin %90'ı ise daha önce kliniklerinde ilaç yönetimi ile ilgili herhangi bir rehber kullanmamış; %80'i de daha önce kliniklerinde bir ilaç uygulama veya ilaç takip çizelgesi kullanmamıştır. Bu sebeple araştırmamızda yer alan hemşirelerin ilaç yönetimine ilişkin sorumluluklarına, ilaç yönetimi sürecine ve psikotrop ilaçlara yönelik bilgi eksikliklerinin nedeni mezuniyet sonrası herhangi bir eğitim almamaları, kliniklerinde hizmet içi eğitim verilmemesi ve kliniklerinde herhangi bir ilaç yönetimi aracının kullanılmaması ile güncel bilgiye ulaşamamaları olarak belirlenmiştir. Hemşirelerin bu eğitim ve ilaç yönetimi araçlarının eksikliğini internet ve kitaplardan faydalanarak gidermeye çalıştıkları görülmüştür. Literatürde hemşirelerin farmakoloji alanındaki bilgi eksikliklerinin başlıca nedeni araştırma sonuçlarımızla benzer şekilde, hemşirelerin mezuniyet sonrası eğitim almalarında yetersizlik olarak ele alınmıştır (178-180). Latter ve ark. hemşirelerin öğrenciyken aldıkları farmakoloji eğitiminin yetersiz olduğunu belirlemişlerdir (179). Courtenay ise hemşirelik öğrencileri ve öğretim elemanlarının sadece %10'unun farmakoloji bilgilerinin yeterli olduğunu saptamıştır (180). Ives ve ark. hemşirelerin %60'ının mezuniyet sonrasında herhangi bir farmakoloji eğitimi almadıklarını belirleyerek

hemşirelerin farmakolojik bilgi eksikliklerinin mezuniyet sonrası eğitim almamalarından kaynaklandığını belirtmişlerdir (178).

Araştırmamızda hemşirelerin tüm bu bilgi eksikliklerine rağmen KDİYR ve İUTÇ kullanımı sürecine merak, ilgi ve heyecan ile olumlu bir tutum sergileyerek başladıkları görülmüştür. Hemşirelerin bilgi eksikliklerinin ve kliniklerinde bir ilaç yönetimi aracı eksikliğinin farkında oldukları belirlenmiştir. Bu farkındalığın KDİYR ve İUTÇ kullanımı sürecine öğrenme isteği ile yaklaşımlarını sağladığı tespit edilmiştir. Araştırma bulgularımızdan farklı olarak Darawad hemşirelerin klinik rehber kullanımına uyum sağlama ve olumlu tutum sergilemelerinin bilgi düzeyleri ile pozitif ilişkili olduğunu, hemşirelerin bilgi düzeyleri arttıkça klinik rehber kullanma isteklerinin arttığını belirlemiştir (181). Hemşirelerin kanıta dayalı uygulama ve klinik rehberlere karşı tutumlarının incelendiği diğer çalışmalara bakıldığında, hemşirelerin klinik rehber kullanımına karşı olumlu bir tutum sergiledikleri, rehberleri sıklıkla ve rutin olarak kullanmayı istedikleri (182-184), rehberleri klinik kullanım için güvenilir buldukları belirlenmiştir (185). Öte yandan Kalies ve ark. hemşirelerin rehberlerin kalitesine karşı şüphe beslediklerini, rehber yazarlarının bağımsızlıklarını sorgulama eğiliminde olduklarını ve rehber kullanımının bakımın esnekliğini kısıtladığını düşündüklerini bulmuştur (186).

Kanıta Dayalı İlaç Yönetimi Rehberi ve İUTÇ kullanımının uygulama aşamasında öğrenme için bir araç, öğretme için bir araç, ilaç yönetimi sürecinde bir araç, yükselen bakım kalitesi ve bakımın devamlılığı, hasta sonuçlarına olumlu etki, kolaylaştırıcı faktörler ve zorlaştırıcı faktörler alt temaları ortaya çıkmıştır.

Bu aşamada hemşirelerin KDİYR ve İUTÇ'yi öncelikle kendileri için bir öğrenme aracı, sonra yeni başlayan hemşirelerin klinik oryantasyonunu sağlamak için bir öğretme aracı olarak gördükleri belirlenmiştir. Hemşireler KDİYR ve İUTÇ kullanım sürecini bir eğitim süreci olarak deneyimlemişlerdir. Geliştirilmiş olan KDİYR ve İUTÇ'nin hemşirelerin psikotrop ilaçların yönetimindeki sorumluluklarına, ilaç yönetimi sürecine, psikotrop ilaçlara ve hemşirelik müdahalelerine yönelik bilgi kazanımlarına katkı sağladığı belirlenmiştir. Ayrıca bu araçların hemşirelerin psikotrop ilaç yönetimiyle ilgili güncel bilgiyi yakalamalarında bir rolü olduğu ortaya çıkmıştır. Kanıta dayalı rehberlerin klinik kullanım sonuçlarını değerlendiren çalışmalar incelendiğinde, araştırma

bulgularımıza benzer şekilde, rehber kullanımının hemşirelerin bilgi düzeylerini artırdığı görülmüştür (187, 188). Küçük'ün çalışmasında hemşireler deneyimledikleri kanıta dayalı rehberi, kanıt temelli bilgiye ulaşmalarında bir kaynak olarak tanımlamışlardır (162).

Araştırmamızda yer alan hemşirelerin KDİYR ve İUTÇ'yi ilaç yönetimi sürecini geliştirme amacına yönelik bir araç olarak kullandıkları belirlenmiştir. Hemşireler KDİYR ve İUTÇ'yi benimsedikleri ilaç yönetimi sorumlulukları kapsamında özellikle ilaçları hazırlama ve uygulama, ilaç sonuçlarını izleme basamaklarında kullanmışlardır. Bu durum, hemşirelerin ilaç yönetimine yönelik benimsedikleri sorumlulukların, ilaç yönetimi sürecine katılımlarında etkin rol oynadığını göstermiştir. Hemşirelerin ilaç yönetimine yönelik benimsedikleri sorumluluklar beraberinde ilaç yönetiminde üstlenecekleri sorumlulukları getirmiş; böylece hemşireler benimsemedikleri sorumluluğa karşılık gelen ilaç yönetimi süreci basamağında yer almamışlardır.

Araştırmamızda yer alan hemşireler, geliştirilmiş olan KDİYR ve İUTÇ'nin hemşirelik bakımına ve hasta sonuçlarına olumlu etkisi olduğunu ifade etmişlerdir. KDİYR ve İUTÇ'nin klinik kullanımının hemşirelerin bilgi düzeyine katkı sağlaması, hemşireler arası ortak bir dil ve bilgi paylaşımı oluşturması, standart ve kaliteli bakıma yardımcı olması yönleri ile hemşirelik bakımının kalitesini yükselttiği ifade edilmiştir. Ayrıca, KDİYR ve İUTÇ'nin ilaç yönetimi sürecini kayıt altına alma, hemşireler arası bir iletişim aracı görevi görme, hemşirelik müdahalelerine yönelik yazılı bir belge ve veri kaynağı sağlayarak bakımın devamlılığına katkı sağladığı belirlenmiştir.

Araştırmamızda yer alan hemşireler, KDİYR ve İUTÇ'nin hemşirelerin bilgi eksikliklerini gidererek ilaç yönetimi sürecini iyileştirmesi ve güvenli hale getirmesi, hemşirelik bakımının kalitesini yükselterek ve devamlılığını sağlayarak hasta sonuçlarını iyileştirdiğini belirtmişlerdir. Kanıta dayalı rehberlerin klinik kullanım sonuçlarını değerlendiren diğer çalışmalar incelendiğinde araştırma bulgularımıza benzer şekilde rehber kullanımı ile hemşirelik bakımının ve hasta sonuçlarının iyileştiği (165, 187, 189), hasta bakımının daha güvenli hale geldiği (188) ortaya çıkmıştır. İlaç çizelgesi kullanımını değerlendiren çalışmalarda yine bulgularımızla benzer şekilde klinikte ilaç çizelgesi kullanımının ilaç hatalarını azalttığı, ilaç

yönetimi sürecinin güvenliğini artırdığı ortaya çıkmıştır (165, 190, 191). İlâveten bu çalışmalarda kanıta dayalı rehberlerin klinik kullanımı ile hemşirelerde algılanan profesyonel özerklikte ve kendilerine güvenlerinde artış olduğu (188,192), hastaların hastaneye yatış oranları ve kalma sürelerinde azalma olduğu, hastanelerin kaynak kullanımı ve maliyetlerinde azalma olduğu belirlenmiştir (165).

Araştırmamızda yer alan hemşireler KDIYR ve İUTÇ kullanımını deneyimledikleri süre boyunca bir takım kolaylaştırıcı ve zorlaştırıcı faktörler tanımlamışlardır. KDIYR ve İUTÇ kullanımı sürecinde ortaya çıkan kolaylaştırıcı faktörler tamamen geliştirilmiş olan araçların özellikleriyle ilgili faktörler olmuştur. Kolaylaştırıcılar aynı zamanda geliştirilen araçların güçlü yönlerini de ifade etmektedir. Ortam veya kliniğin bu araçları kullanmayı kolaylaştıracak bir yönü ortaya çıkmamıştır. Kolaylaştırıcı faktörler geliştirilen araçların kısa, öz, ince, anlaşılır, kolay ulaşılabilir, iyi tasarlanmış, pratik, faydalı ve etkin kullanılabilir oluşu olarak belirlenmiştir. Araştırma bulgularımızla benzer şekilde literatürde yer alan çalışma sonuçları, kanıta dayalı klinik rehberlerin kullanımlarını kolaylaştıran faktörleri rehberlerin kullanışlı ve kolay erişilebilir olmaları (185), rehberlerin kullanımlarının pratik olması (186) olarak belirtmişlerdir. İlâveten rehber kullanımı öncesinde eğitim toplantılarının yapılması ve eğitim materyallerinin kullanılması (193), tüm personelin rehber uygulama sürecine dahil edilmesi, rehber kullanımıyla ilgili değerlendirmelerin ve geri bildirimlerin düzenli olarak yapılmasının (188) da kolaylaştırıcı faktörler olduğu belirlenmiştir.

Kolaylaştırıcı faktörlerin aksine KDIYR ve İUTÇ kullanımını engelleyen ve bu süreci zorlaştıran faktörler daha çok klinik ortamıyla ve çalışanlarla ilgili olan faktörler olmuştur. Araştırmamızda KDIYR ve İUTÇ kullanım sürecini zorlaştıran faktörler hemşire-hasta sayısındaki orantısızlık, evrak ve formların fazlalığı nedenleriyle iş yükü, sürekli rotasyonlar ve aynı klinikte kalıcı olamama sorunu nedeniyle aynı hastayı takibin zorlaşması, tüm bu sebeplerle bireysel bakım ve klinikte ilaç yönetimiyle ilgili bir araca ayıracak zamanın kısıtlı olması olmuştur. Araştırma bulgularımızla benzer şekilde kanıta dayalı rehberlerin klinik kullanımlarını zorlaştıran faktörler literatürde, klinikteki zaman kısıtlılığı (184, 194), hemşire-hasta sayısının orantısızlığı ve iş yükü (195) olarak belirtilmektedir. Ayrıca rehberlerin klinikteki rutin tavsiyelerle uyuşmaması (182), klinikteki rutinleri

değiştirmenin zorluğu ve rehberlerin karmaşık olması (186) da hemşirelerin rehber kullanımını zor bulma sebepleri olarak bildirilmiştir. Araştırmamızın dikkat çeken sonuçlarından biri ise hemşirelerin deneyim sahibi olmalarının güncel bilgiye açık olmada ve klinikte yeni bir araç kullanmada bir engel oluşturması nedeniyle zorlaştırıcı bir faktör olarak karşımıza çıkmasıdır. Literatür incelendiğinde, bireyin bir bilgi eksikliği veya yeni bilgi öğrenme gereksinimi hissederek öğrenme sürecine girdiği görülmektedir (196). Ayrıca deneyim de bir öğrenme yolu olarak tanımlanmaktadır (197). Araştırma sonucumuz bu bilgiler ışığında incelendiğinde, deneyim sahibi olan hemşirelerin bilginin yerine tecrübelerini koymuş olmaları, bu sebeple kendilerinde bilgi eksikliği hissetmemeleri ve yeni bilgiye gereksinim duymamış olabilecekleri görülmektedir. Ayrıca deneyimli hemşirelerin yeni bilgi edinmeye ve yeni uygulamalara açık olmamaları psikiyatri hemşireliği alanı için potansiyel bir risk faktörü olabilir. Kliniklerde deneyimli hemşirelerin, öğrenci hemşirelerin ve mesleğine yeni başlamış hemşirelerin eğitiminde ve yetiştirilmesinde rol aldıkları bilinmektedir. Deneyimli hemşirelerin yeni bilgi edinmeye ve yeni uygulamalara açık olmamaları hem yetiştirdikleri hemşireler için olumsuz bir rol model teşkil etme, hem de verdikleri eğitimin güncel bilgiyi yakalamasına engel olabilme ihtimalini taşımaktadır. Aynı zamanda deneyimli hemşirelerin yönetici pozisyonlarında yer alma potansiyelleri yüksek olabilmektedir. Bu durumda, yeni bilgi edinmeye ve yeni uygulamalara açık olmayan yönetici hemşirelerin; yenilik için öncü bir lider olma, kurumlarında yeniliğe açık bir kültür oluşturma ve sürdürme ihtimali düşük olacaktır.

Kanuta Dayalı İlaç Yönetimi Rehberi ve İUTÇ kullanımının sonlanma aşamasında uygulamanın kalıcılığına yanaşma/uzaklaşma ve uygulamanın geliştirilmesi alt temaları ortaya çıkmıştır.

Geliştirilmiş olan KDİYR ve İUTÇ kullanımının sonlanma aşamasında hemşirelerin uygulamayı tamamlamaları ve geliştirilmiş araçlar ile ilgili ileriye dönük görüşleri ortaya çıkmıştır. Hemşirelerin KDİYR ve İUTÇ kullanımına kliniklerinde rutin bir uygulama olarak devam edilmesini istedikleri fakat bununla ilgili zorlaştırıcı faktörler nedeniyle endişe duydukları belirlenmiştir. Hemşirelerin bu KDİYR ve İUTÇ kullanımının sağlayacağı “kaliteli ve devamlı hemşirelik bakımı” ve “olumlu hasta sonuçlarının sağlayacağı avantajlar” ile bu araçların sağlayacağı

“çalışma ortamlarından kaynaklanan iş yükünün artması” ve “zaman kısıtlılığından kaynaklanan dezavantajlar” arasında kaldıkları görülmüştür. Bu durum hemşirelerin uygulamanın kalıcılığına yönelik yavaşma ve uzaklaşma çatışması yaşadıklarını, sonucunda ise endişe duyduklarını ortaya çıkarmıştır. Yavaşma-uzaklaşma çatışması, aynı eylem veya durumun, olumlu ve cezbeden özellikler taşımasıyla teşvik edici olması; olumsuz ve istenmeyen özellikler taşıması nedeniyle tehdit edici olması durumunda ortaya çıkmaktadır. Yavaşma/uzaklaşma çatışması ile karşı karşıya kalan birey, harekete geçme, potansiyel sonuçları ve seçenekleri değerlendirme konusunda zorluk yaşamaktadır. Yaşanılan bu zorluk ise bireyde endişe yaratmaktadır (198, 199).

Hemşireler geliştirilmiş olan araçların ileride daha kısa hale getirilmesinin, kliniklerde rutin olarak kullanılan formlara entegre edilmesinin veya bilgisayar tabanlı bir sistem üzerinden sunulmasının daha kullanışlı olacağını belirtmişlerdir. Bu bulgular, hemşirelerin klinikte kullanılan rehberlerin daha net, anlaşılır ve daha kısa olmalarını istediklerini belirten çalışma sonuçlarıyla benzerdir (184, 186). Bu durum geliştirilmiş olan KDİYR ve İUTÇ’nin revizyon çalışmalarında daha kısa hale getirilmeleri, online veya bilgisayar tabanlı bir sistem üzerinden sunulması fikrini vermiş ve uygulamanın gelecek hedefleri arasına girmiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

- Dünya’da ve ülkemizde ilk kez psikiyatri hemşirelerinin ilaç yönetiminde kullanabilecekleri bir kanıta dayalı ilaç yönetimi rehberi ve ilaç uygulama-takip çizelgesi geliştirilmiştir.
- Katılımcıların KDİYR ve İUTÇ kullanımı başlangıç aşamasında, “bilgi eksiklikleri”nin olduğu; kliniklerinde rutin bir “ilaç yönetimi aracının eksikliği”ni hissettikleri, bu eksikliklerin farkına vararak sürece “öğrenme isteği” ile başladıkları belirlenmiştir.
- Katılımcıların KDİYR ve İUTÇ araçlarından uygulama aşamasında, “öğrenme için bir araç”, “öğretme için bir araç” ve “ilaç yönetimi sürecinde bir araç” olarak yararlandıkları; KDİYR ve İUTÇ’nin “yükselen bakım kalitesi ve bakımın

devamlılığı” ve “hasta sonuçlarına olumlu etki” alanlarına etki ettiği; ayrıca, katılımcıların KDİYR ve İUTÇ’yi deneyimleme süreçlerinin bir takım “kolaylaştırıcı” ve “zorlaştırıcı” faktörleri olduğu saptanmıştır.

- Geliştirilmiş olan KDİYR ve İUTÇ’nin hemşireler tarafından bir öğrenme aracı, yeni başlayan hemşirelerin klinik oryantasyonunu sağlamak için bir öğretme aracı olarak kullanılabildiği ve bu yolla bilgi eksikliklerini giderdiği dile getirilmiştir.
- Araştırmamızda yer alan hemşireler KDİYR ve İUTÇ’nin psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin ilaç yönetimi sürecinde aktif rol oynamalarına, hemşireler arasında ortak bir dil sağlayarak iletişimi artırmaya, ilaç yönetimi sürecini güvenli hale getirmeye, hemşirelik bakımında standart oluşturmaya, hemşirelik bakımının kalitesini yükseltmeye ve devamlılığını sağlamaya katkı sağladığını ifade etmişlerdir.
- Hemşirelerin ifadeleri ile, KDİYR ve İUTÇ kullanımının hasta gözlemine imkân tanıdığı, ilaç hatalarının önlenmesine yardımcı olduğu, hasta eğitimi ve taburculuk eğitimiyle tedaviye uyumu artırdığı, psikotrop ilaç kullanımını güvenli hale getirdiği ve hasta sonuçlarına olumlu etki ettiği belirlenmiştir.
- Hemşirelerin KDİYR ve İUTÇ kullanımı deneyimlerinde rehber ve çizelgenin kısa, öz, ince, anlaşılır, kolay ulaşılabilir, iyi tasarlanmış, pratik, faydalı ve etkin kullanılabılır olmasını kolaylaştırıcı faktör olarak gördükleri belirlenmiştir.
- Hemşirelerin KDİYR ve İUTÇ kullanımı deneyimlerinde hemşire-hasta sayısındaki orantısızlık, evrak ve form fazlalığı, iş yükü, sürekli rotasyonlar ve aynı klinikte kalıcı olamama sorunu nedeniyle aynı hastayı takibin zorlaşması, tüm bu sebeplerle bireysel bakım ve klinikte ilaç yönetimiyle ilgili bir araca ayıracak zamanın kısıtlı olmasını rehber ve çizelge kullanımını zorlaştırıcı faktörler olarak gördükleri belirlenmiştir.
- Katılımcıların KDİYR ve İUTÇ kullanımı sonlanma aşamasında uygulamanın kalıcı olması konusunda “yanaşma/uzaklaşma” çatışması yaşadıkları ve “uygulamanın geliştirilmesi”ne yönelik öneriler verdikleri belirlenmiştir.

6.2. ÖNERİLER

Araştırma sonuçlarımıza göre;

- Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin ilaç yönetimine kanıta dayalı müdahalelerle etkin bir şekilde katılabilmeleri, hemşirelik bakımı ve hasta sonuçlarının yükseltilmesi için geliştirilmiş olan KDIYR ve İUTÇ'nin kullanılması,
- Geliştirilmiş olan KDIYR ve İUTÇ'nin daha kısa bir forumunun oluşturulması veya bakım paketi haline getirilme çalışmalarının yapılması, online veya bilgisayar tabanlı bir sistem üzerinden sunulması,
- Geliştirilmiş olan KDIYR ve İUTÇ'nin tüm hastaneler ve üniversite hastanelerinde kullanımlarının sağlanması,
- KDIYR ve İUTÇ'nin etkinliğini belirleyecek ölçüm araçlarının geliştirilmesi,
- KDIYR ve İUTÇ'nin daha geniş örneklerde kullanılması ve uzun süreli takibini yapacak çalışmaların planlanması ile hemşirelik bakımına ve hasta sonuçlarına etkisinin değerlendirilmesi önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 19 Nisan 2011 Salı, Resmi Gazete, Sayı : 27910
2. American Nurses Association, American Psychiatric Nurses Association, & International Society of Psychiatric-Mental Health Nurses. (2014). Scope and standards psychiatric mental health nursing (2nd ed.). Silver Spring, MD: American Nurses Publisher.
3. Kane, C.F. (2015). The 2014 Scope and Standards of Practice for Psychiatric Mental Health Nursing: Key Updates. *Online J Issues Nurs.* 31;20(1):1. PMID: 26824259.
4. College and Association of Registered Nurses of Alberta (CARNA). (2019). Medication Guidelines. Provincial Council, 1-59.
5. Donald, L., & Taylor, S. (2014). Chapter 26 Psychopharmacology. In: Principles and Practice of Psychiatric Nursing, (10th ed.). (Ed. Stuart, G.W.) 523-556. Elsevier Health Sciences.
6. Hemingway, S. (2015). Preparing mental health nurses for their medicines management role: An evaluation of a novel training approach. Doctoral Thesis, University of Huddersfield. [Internet]. [cited 2019 Oct 27] [about 1-59 p]. Available from: <http://eprints.hud.ac.uk/id/eprint/25021/>.
7. Canadian Patient Safety Institute. (2019). Medication Management. [Internet]. [cited 2019 Oct 27] Available from: <https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/topic/pages/medication-management.aspx>.
8. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. (2015). İlaç Güvenliği Rehberi Versiyon 2.0, Revizyon 00 (İkinci Baskı). Ankara.
9. Royal Pharmaceutical Society. (2019). Professional Guidance on the Administration of Medicines in Healthcare Settings. 1-8.
10. Wellington:Ministry of Health. (2013). Medicines Management Guide for Community Residential and Facility-based Respite Services – Disability, Mental Health and Addiction. 1-37. Wellington 6145, New Zealand: Ministry of Health, ISBN: 978-0-478-40262-9.
11. Ito, H., & Yamazumi, S. (2003). Common types of medication errors on long-term psychiatric care units. *International Journal for Quality in Health Care*, 15(3), 207–212. 10.1093/intqhc/mzg038.
12. Velligan, D.I., Weiden, P.J., Sajatovic, M., Scott, J., Carpenter, D., Ross, R., & Docherty, J.P. (2010). Strategies for addressing adherence problems in patients with serious and persistent mental illness: Recommendations from the expert consensus guidelines. *J Psychiatr Pract*, 16, 306-324. 10.1097/01.pra.0000388626.98662.a0.
13. Lacro, J.P., Dunn, L.B., Dolder, C.R., Leckband, S.G., & Jeste, D.V. (2002). Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: A comprehensive review of recent literature. *J Clin Psychiatry*, 63, 892-909. 10.4088/JCP.v63n1007.

14. Lim, R.H., & Sharmeen, T. (2018). Medicines management issues in dementia and coping strategies used by people living with dementia and family carers: A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(12), 1562-1581.
15. Medicines Management Social Care Support Team, NHS Yorkshire, Humber Commissioning Support. (2015). Good Practice Guidance: Medication Administration Records (MAR) in care homes and domiciliary care. 1-5.
16. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2018). Developing NICE guidelines: the manual. Process and methods [PMG20], Published date: October 2014 Last updated: October 2018.
17. Yıldırım, A., & Şimşek, H. (2011). 3. Bölüm: Nitel araştırma desenleri. İçinde Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. 68-78. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
18. Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency. (2004). Medicines Management. London: MRHA.
19. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2017). Managing medicines for adults receiving social care in the community. NICE guideline [NG67], Published date: 30 March 2017.
20. Galek, J., Zukrowski, M., Grov, E.K. (2018). How to ensure safe and appropriate medication management. *Sykepleien Forskning*, 13(74117)(e-74117) DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.74117>.
21. Australian Commission On Safety and Quality in Health Care. (2019). Pharmaceutical Benefits Scheme Hospital Medication Chart: National Evaluation. Published by the Australian Commission on Safety and Quality in Health Care Level 5, 255 Elizabeth Street, Sydney NSW 2000.
22. Brashers, D.E., & Goldsmith, D.J. (2009). Communicating to Manage Health and Illness. (1st ed.) Routledge 270 Madison Ave, New York, NY 10016. Routledge is an imprint of the Taylor & Francis Group, an informa business.
23. Alosaimi, F., Alhabbad, A., Abalhassan, M., Fallata, E., Alzain, N., Alassiry, M.Z., & Haddad, B. (2016). Patterns of psychotropic medication use in inpatient and outpatient psychiatric settings in Saudi Arabia. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 12, 897-907. <https://doi.org/10.2147/NDT.S100405>
24. Ünal, A., Çöpoğlu, Ü.S., Bülbül, F., Vırt, O., & Savaş, H.A. (2013). Lityumun kırk yıldır sorunsuz kullanımı: Olgu sunumu. *Journal of Mood Disorders*, 3(2), 70-3. DOI: 10.5455/jmood.20130301045900
25. Yağcıoğlu, A.E. (2007). Antipsikotik ilaçların etki mekanizmaları: Şizofreni tedavisinde “atipiklik” bir üstünlük mü?. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(4), 364-374.
26. Townsend, M. (2016). Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri. Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi
27. Nur, S., & Adams, C.E. (2016). Chlorpromazine versus reserpine for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD012122. DOI: 10.1002/14651858.CD012122.pub2.
28. American Psychological Association (APA). (2019). Clinical Psychopharmacology. [Internet]. [cited 2019 Dec 10] Available from: <https://www.apa.org/ed/graduate/specialize/psychopharmacology>.

29. American Society of Clinical Psychopharmacology. (2019). [Internet]. [cited 2019 Dec 10] Available from: <https://ascpp.org/resources/information-for-patients/what-is-psychopharmacology/>.
30. Abi-Ackel, M.M., Lima-Costa, M.F., Castro-Costa, E., & de Loyola Filho, A. (2019). Psychotropic drug use among older adults: prevalence and associated factors. *Rev Bras Epidemiol* JAN-MAR, 20(1), 57-69. DOI: 10.1590/1980-5497201700010005.
31. Larue, J.N. (2014). Building A Psychotopic Medication Education Program for Newly Hired Nurses in Behavioral Health. [Masters dissertation], Montana State University Bozeman, Montana.
32. Demiralp, M. (2016). Psikofarmakolojik tedavilerde psikiyatri hemşireliği uygulamaları. *Türkiye Klinikleri J Psikiyatr Nurs-Special Topics*, 2(3),87-99.
33. Stahl, S.M. (2012) (Ed. Uzbay, İ.T.), Stahl'ın Temel Psikofarmakolojisi Nörobilimsel ve Klinik Uygulamalar. İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevi.
34. Yılmaz, S. (2016). Yaşlı bireylerde psikiyatrik ilaç uygulamaları ve yönetimi. *Türkiye Klinikleri J Psikiyatr Nurs-Special Topics*, 2(1),40-8
35. Özpoyraz, N., Tamam, L., Özerdem, A. (2008). Antidepresanların Etki Düzenekleri ve Önemi, İçinde: Depresyon Sağaltım Klavuzu ve Kaynak Kitabı. (s. 325-335)
36. Imai, H., Tajika, A., Chen, P., Pompoli, A., Guaiana, G., Castellazzi, M., et al. (2014). Azapirones versus placebo for panic disorder in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9, Art. No.: CD010828. DOI: 10.1002/14651858.CD010828.pub2.
37. McGirr, A., & Bond, D.J. (2014). Comprehensive pharmacologic management of bipolar depression. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 1,263–277. DOI 10.1007/s40501-014-0017-2.
38. Tombul, T., Çilingir, V. (2010). Psikostimulanlar. *Türkiye Klinikleri J Neurol-Special Topics*, 3(1),128-38.
39. Barkley, R.A. (2014). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook For Diagnosis And Treatment, (3rd ed). New York, Guilford Publications.
40. Öztürk, O., & Uluşahin, A. (2008). Çocukluk ve ergenlik döneminde sık görülen ruhsal bozukluklar. İçinde: *Ruh Sağlığı Ve Bozuklukları*, (11th ed.). (s. 925-926). Ankara, Nobel Tıp Kitapevleri.
41. Olfson, M. (1992). Psychiatric outpatient practice: Patterns and policies. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1492–1498.
42. Woodwell, D.A. (1997). National ambulatory medical care survey: 1996 summary. US National Center for Health Statistics. *Advance Data from Vital and Health Statistics*, 305, 1–28.
43. Woodwell, D.A., & Cherry, D.K. (2004). National ambulatory medical care survey: 2002 summary. *Advance Data from Vital and Health Statistics*. [Internet]. [cited 2019 Dec 10] Available from: <http://www.cdc.gov/nchs/data/ad/ad346.pdf>
44. Beck, C.A., Williams, J.A., Wang, J.L., Kassam, A., El-Guebaly, N., Currie, S.R., et al. (2005). Psychotropic medication use in Canada. *Can J Psychiatry*, 50(10), 605-613.
45. Moore, T.J., & Mattison, D.R. (2017). Adult utilization of psychiatric drugs and differences by sex, age, and race. *JAMA internal medicine*, 177(2), 274–275.
46. Australian Commission On Safety and Quality in Health Care. (2017). Medication safety in mental health. Published by the Australian Commission on Safety and Quality in Health Care Level 5,

255 Elizabeth Street, Sydney NSW 2000. Roughead L, Procter N, Westaway K, Sluggett J, Alderman C. Medication Safety in Mental Health. Sydney: ACSQHC.

47. Aydın, N., Çetin, M., Kurt, E., Savaş, H., Açıkel, C., Kılıç, S., et al. (2013). Psikofarmakoloji derneği Türkiye’de psikotrop ilaç tüketimi ve mevcut uygulamaların tıbbi, etik ve ekonomik sonuçları raporu. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 23(4), 390-402.

48. Linden, M., Bär, T., Helmchen, H. (2004). Prevalence and appropriateness of psychotropic drugs use in old age: Results from the Berlin Aging Study (BASE). *Int Psychogeriatr*, 16(4), 461-480.

49. Linjakumpu, T., Hartikainen, S., Klaukka, T., Koponen, H., Kivelä, S.L., Isoaho, R. (2002). Psychotropics among the home-dwelling elderly - increasing trends. *Int J Geriatr Psychiatry*, 17(9), 874-83.

50. Carrasco-Garrido, P., Hernández-Barrera, V., Jiménez-Trujillo, I., Esteban-Hernández, J., Álvaro-Meca, A., López-de Andrés, A., et al. (2016). Time trend in psychotropic medication use in Spain: a nationwide population-based study. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 13(12), 1177. doi:10.3390/ijerph13121177. S.1-10

51. Aparasu, R.R., Mort, J.R., Brandt, H. (2003). Psychotropic prescription use by community-dwelling elderly in the United States. *J Am Geriatr Soc*, 51(5), 671-677.

52. Zito, J.M., Safer, D.J., dosReis, S., Gardner, J.F., Boles, M., Lynch, F. (2000). Trends in the prescribing of psychotropic medications to preschoolers. *JAMA*, 283(8),1025–1030. doi:<https://doi.org/10.1001/jama.283.8.1025>

53. Zito J.M., Safer, D.J., de Jong-van den Berg, L.T.W., Janhsen, K., Fegert, J.M., Gardner, J.F., et al. (2008). A three-country comparison of psychotropic medication prevalence in youth. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 2(26),1-8. doi: 10.1186/1753-2000-2-26.

54. Comer, J. S., Olfson, M., & Mojtabai, R. (2010). National trends in child and adolescent psychotropic polypharmacy in office-based practice, 1996-2007. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(10), 1001-1010. doi: 10.1016/j.jaac.2010.07.007.

55. Usta, M.B., Gumus, Y.Y., Aral, A., Say, G.N., Karabekiroglu, K. (2018). Psychotropic medication use in children and adolescents: Review of outpatient treatments. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 31:72-78. <https://doi.org/10.5350/DAJPN2018310107>

56. Centre for Policy on Ageing. (2011). Managing and administering medication in care homes for older people a report for the project: ‘Working together to develop practical solutions: an integrated approach to medication in care homes’. 1-34.

57. Morant, N., Kaminskiy, E., Ramon, S. (2016). Shared decision making for psychiatric medication management: Beyond the micro-social. *Health Expect*, 19, 1002-1014. <https://doi.org/10.1111/hex.12392>

58. Stowasser, D.A., Allinson, Y.M., O’Leary, K.M. (2004). Understanding the medicines management pathway. *Journal of Pharmacy Practice and Research*, 34(4), doi:10.1002/jppr2004344293.

59. Johnson, K., & Vanderhoef, D. (2016). *Psychiatric-Mental Health Nurse Practitioner Review and Resource Manual*, (4th ed.). Georgia, Silver Spring. ISBN 1935213792

60. Leahy, L. G. (2017). Medication safety: What nurses should know about black box warnings. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 55(6), 11-15. doi:10.3928/02793695-20170519-01

61. Walkup, J., & Work Group on Quality Issues. (2009). Practice parameter on the use of psychotropic medication in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 48(9),961-973. doi: 10.1097/CHI.0b013e3181ae0a08. PMID: 19692857.
62. Behavioral Helath Care Services. (2017). Clinical Psychiatric Pharmacist Scope Of Practice For Medication Therapy Management. Policy No: 501-1-1. (pp. 1-6).
63. Gardner, D.M. (2014). Competent psychopharmacology . *Can J Psychiatry*,59(8),406–411.
64. T.C. Balıkesir Valiliği Balıkesir İl sağlık Müdürlüğü Narkotik ve Psikotrop İlaçların Yönetimi Talimatı. Doküman Kodu: İY.TL.03. Yayın Tarihi: 27.07.2016. Revizyon Tarihi/No: 30.05.2018 / 01 (s. 1-3).
65. Bailey, S.C., Oramasionwu, C.U., Wolf, M.S. (2013). Rethinking adherence: a health literacy-informed model of medication self-management. *J Health Commun*, 18(1), 20-30. doi: 10.1080/10810730.2013.825672. PMID: 24093342; PMCID: PMC3814610.
66. Hayward, P., Chan, N., Kemp, R., Youle, S., David, A. (1995). Medication self-management: A preliminary report on an intervention to improve medication compliance. *Journal of Mental Health*, 4, 511-517.
67. Onur, E., Yemez, B., Polat, S., Gürz, N.Y., Cimilli, C. (2007). Konsültasyon liyezon psikiyatrisi uygulamaları ve farmakoterapi tercihlerindeki değişim. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 17,167-173.
68. Hoyle, L., & Streltzer, J. (2016). Konsültasyon-Liyezon Danışma-Dayanışma Psikiyatrisi. (Çev.ed. Karşıdağ, Ç., Güleç, H., Ünübol, H., Yalçın, M.), (s.1-420). Ankara: Nobel Tıp Kitap Evi.
69. Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador and College of Licensed Practical Nurses of Newfoundland and Labrador. (2019). Medication Management. (pp.1-15).
70. Hines, S., Ramsbotham, J., Coyer, F. (2015). The effectiveness of interventions for improving the research literacy of nurses: A systematic review. *Worldviews Evid Based Nurs*, 12(5),265-72. doi: 10.1111/wvn.12106.
71. Dügerler, Ş. (2015). Psikofarmakoloji ve Bakım. *Türkiye Klinikleri J Psychiatr Nurs-Special Topics*, 1(1),105-12.
72. Alene, M., Wiese, M.D., Angamo, M.T., Bajorek, B. V., Yesuf, E. A., Wabe, N.T. (2012). Adherence to medication for the treatment of psychosis: rates and risk factors in an Ethiopian population. *BMC Clinical Pharmacology*, 12, 10. <https://doi.org/10.1186/1472-6904-12-10>.
73. Thompson, L., & McCabe, R. (2012). The effect of clinician-patient alliance and communication on treatment adherence in mental health care: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 12,87. <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/12/87>
74. Witt, K., van Dorn, R., Fazel, S. (2013). Risk factors for violence in psychosis: systematic review and meta-regression analysis of 110 studies. *PLoS One*, 8:e55942.
75. Levin, J.B., Krivenko, A., Howland, M., Schlachet, R., Sajatovic M. (2016). Medication adherence in patients with bipolar disorder: a comprehensive review. *CNS Drugs*, 30, 819-835. <https://doi.org/10.1007/s40263-016-0368-x>.
76. Ruengorn, C., Sanichwankul, K., Niwatananun, W., Mahatnirunkul, S., Pumpaisalchai, W., Patumanond, J. (2012). A risk-scoring scheme for suicide attempts among patients with bipolar disorder in a Thai patient cohort. *Psychology research and behavior management*, 5, 37–45. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S30878>.

77. Sayar, G., Eryılmaz, G., Özten, E., Göğceğöz, I., Ceylan, M.E. (2014). Psikiyatride sitokrom P450 fenotiplemesinin kullanımı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 15, 358-364.
78. Kirchheiner, J., Nickchen, K., Bauer, M., Wong, M.L., Licinio, J., Roots, I., et al. (2004). Pharmacogenetics of antidepressants and antipsychotics: the contribution of allelic variations to the phenotype of drug response. *Mol Psychiatry*, 9, 442-473.
79. Amdur, M.A. (1979). Medication compliance in outpatient psychiatry. *Comprehensive Psychiatry*, 20(4), 339-346.
80. Arıcıoğlu, F., Çetin, M. (2010). Psikiyatride bireye özgü tedavi: belki biraz eski veya biraz yeni, ama geleceğin tedavisi. ISSN: 1017-7833 (Print) 1302-9657. [Internet]. [cited 2019 Oct 30] Available from: <https://www.tandfonline.com/loi/tbcp20>
81. Linder, M.W., & Keck, P.E.(1998). Standards of laboratory practice: antidepressant drug monitoring. *Clin Chem*, 44, 1073-1084.
82. Chapman, S. C., & Horne, R. (2013). Medication nonadherence and psychiatry. *Current opinion in psychiatry*, 26(5), 446–452. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283642da4>
83. Finkelman, A.W. (2000). Psychopharmacology: an update for psychiatric home care. *Home Care Provider*, 170-179 . Test ID: HCP1000.
84. Sparr, L.F., Moffitt, M.C., Ward, M.F. (1993). Missed psychiatric appointments: who returns and who stays away. *The American journal of psychiatry*, 150(5), 801–805. <https://doi.org/10.1176/ajp.150.5.801>
85. Howard, P.B., El-Mallakh, P., Kay Rayens, M., Clark, J.J. (2003). Consumer perspectives on quality of inpatient mental health services. *Archives of Psychiatric Nursing*, 17, 205–217.
86. Johansson, H., & Eklund, M. (2003). Patients' opinion on what constitutes good psychiatric care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17, 339–346.
87. McMullen, C.K., Safford, M.M., Bosworth, H.B., Phansalkar, S., Leong, A. et al. (2015) Patient-centered priorities for improving medication management and adherence. *Patient Education and Counseling*, 98, 102–110.
88. Lykkegaard Soerensen, A., Lisby, M., Nielsen, L.P., Poulsen, B.K., Mainz, J. (2013). The medication process in a psychiatric hospital: are errors a potential threat to patient safety? *Risk Management and Healthcare Policy*, 6, 23–31.
89. Aygin, D., & Cengiz, H. (2011). İlaç uygulama hataları ve hemşirenin sorumluluğu. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45(3), 110 - 114.
90. Agboji, A.O. (2012). Implementing best practice in medication management in a nursing home [Masters dissertation]. Dublin: Royal College of Surgeons in Ireland.
91. Aspden, P., Wolcott, J., Bootman J.L., Cronenwett L.R. (2006). Preventing Medication Errors. Washington: National Academy Press.
92. Yorston, G., & Pinney, A. (2000). Chlorpromazine equivalents and percentage of British national formulary maximum recommended dose in-patients receiving high-dose antipsychotics. *Psychiatr Bull*, 24, 130-132.
93. Paton, C., & Gill-Banham, S. (2003). Prescribing errors in psychiatry. *Psychiatr Bull*, 27, 208-210.

94. Procyshyn, R.M., Barr, A.M., Brickell, T., Honer, W.G. (2010). Medication errors in psychiatry a comprehensive review. *CNS Drugs*, 24(7), 595-609. 1172-7047/10/0007-0595/\$49.95/0
95. Mann, K., Rothschild, J.M., Keohane, C.A., Chu, J.A., Bates, D.W. (2008). Adverse drug events and medication errors in psychiatry: methodological issues regarding identification and classification. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 9(1), 2433.
96. Fugh-Berman, A. (2003). Herb-drug interactions. *Lancet*, 355, 134-8.
97. Aronson, J.K. (2004). Medication errors resulting from the confusion of drug names. *Expert opinion on drug safety*, 3(3), 167-172.
98. Bravo, K., Cochran, G., Barrett, R. (2016). Nursing strategies to increase medication safety in inpatient settings. *J Nurs Care Qual*, 31(4), 335–341.
99. Haw, C. M., Dickens, G., Stubbs, J. (2005). A review of medication administration errors reported in a large psychiatric hospital in the United Kingdom. *Psychiatric Services*, 56(12), 1610-1613.
100. Pape, T.M., Guerra, D.M., Muzquiz, M., Bryant, J.B., Ingram, M. et al. (2005). Innovative approaches to reducing nurses' distractions during medication administration. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 36(3), 108-116.
101. Härkänen, M., Ahonen, J., Kervinen, M., Turunen, H., Vehviläinen-Julkunen, K. (2015). The factors associated with medication errors in adult medical and surgical inpatients: a direct observation approach with medication record reviews. *Scand J Caring Sci*, 29, 297– 306.
102. European Medicines Agency. (2015). Good practice guide on recording, coding, reporting and assessment of medication errors. Pharmacovigilance Risk Assessment Committee (PRAC). (pp. 1-42).
103. Stürzlinger, H., Hiebinger, C., Pertl, D., Traurig, P. (2009). Computerized physician order entry - effectiveness and efficiency of electronic medication ordering with decision support systems. *GMS health technology assessment*, 5, Doc07. doi:10.3205/hta000069.
104. Vermeulen, K.M., van Doormaal, J.E., Zaal, R.J., Mol, P.G., Lenderink, A.W., Haaijer-Ruskamp, F.M., Kosterink, J.G., van den Bemt, P.M. (2014). Cost-effectiveness of an electronic medication ordering system (CPOE/CDSS) in hospitalized patients. *Int J Med Inform*, 83(8), 572-580. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2014.05.003.
105. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu. Reçetem Sistemi. [Internet]. [cited 2019 Nov 16] Available from: <https://www.titck.gov.tr/faaliyetalanlari/ilac/15>
106. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu. Elektronik Reçete Sistemi. [Internet]. [cited 2019 Nov 16] Available from: <https://www.titck.gov.tr/haber/elektronik-recete-sistemi-12112019175049>
107. Akıcı, A., & Altun, R. (2013). Elektronik e-reçete uygulaması ve akılcı ilaç kullanımına katkısı. *Türk Aile Hek Derg*, 17(3), 125-133. doi:10.2399/tahd.13.00003
108. Shah, K., Lo, C., Babich, M., Tsao, N. W., Bansback, N.J. (2016). Bar code medication administration technology: a systematic review of impact on patient safety when used with computerized prescriber order entry and automated dispensing devices. *The Canadian Journal of Hospital Pharmacy*, 69(5), 394–402. doi:10.4212/cjhp.v69i5.1594

109. Al Mustafa, S.A., Khan, M., Hussain, M. (2018). Implementing barcode medication administration systems in public sector medical units. *International Journal of Decision Support System Technology (IJDSST)*, 10(2), 23-39. doi: 10.4018/IJDSST.2018040102.
110. Naidu, M., & Alicia, Y.L.Y. (2019) Impact of bar-code medication administration and electronic medication administration record system in clinical practice for an effective medication administration process. *Health*, 11, 511-526. <https://doi.org/10.4236/health.2019.115044>
111. Eraydın, C., Tezcan, B, Koç, Z . (2019). İlaç yönetiminde bir sistem: Pyxis otomasyon sisteminin hemşirelerin ilaç uygulamalarına etkisi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi* , 6(2), 100-104 .
112. Yiğit, A., & Oral Kara, N. (2019). Hastanelerde otomatik ilaç dağıtım sistemi kullanımı üzerine bir araştırma. *Selçuk Ün. Sos. Bil. Ens. Der.*, (42), 66-74.
113. Wisdom, J.P., Bielavitz, S., Mcfarland, B., Collins, J.C., Hamer A., et al. (2008). Preparing to implement medication algorithms: staff perspectives and system infrastructure. *Journal of Psychiatric Practice*, 14(4), 209-215.
114. Westbrook, J. I., & Baysari, M. T. (2019). Nudging hospitals towards evidence-based decision support for medication management. *Med J Austr*, 210 (6), 22-4. doi: 10.5694/mja2.50028. S.522-524.
115. Varshney, U. (2013). Smart medication management system and multiple interventions for medication adherence. *Decision Support Systems*, 55, 538–551. <http://dx.doi.org/10.1016/j.dss.2012.10.011>
116. Tabi, K., Randhawa, A.S., Choi, F., Mithani, Z., Albers, F. et al. (2019). Mobile apps for medication management: review and analysis. *JMIR Mhealth Uhealth*, 7(9), e13608, 1-15.
117. Svendsen, M.T., Andersen, F., Andersen, K.H., Pottegård, A., Johannessen, H. et al. (2018). A smartphone application supporting patients with psoriasis improves adherence to topical treatment: a randomized controlled trial. *British Journal of Dermatology*, 179(5), 1062-1071. doi:10.1111/bjd.16667
118. Andrade, A.Q., & Roughead, E.E. (2019). Consumer-directed technologies to improve medication management and safety. *Medical Journal of Australia*, 210, 24-27. doi: 10.5694/mja2.50029. S.524-527
119. Vaillancourt, R., Pouliot, A., Streitenberger, K., Hyland, S., Thabet, P. (2016). Pictograms for safer medication management by health care workers. *Can J Hosp Pharm*, 69(4),286-93.
120. Montagne, M. (2013). Pharmaceutical pictograms: a model for development and testing for comprehension and utility. *Res Social Adm Pharm*, 9(5), 609-20. doi: 10.1016 / j.sapharm.2013.04.003.
121. Almghairbi, D.S., Sharp, L., Griffiths, R., Evley, R., Gupta, S., Moppett, I.K. (2018). An observational feasibility study of a new anaesthesia drug storage tray. *Anaesthesia*, 73(3), 356-364. doi:10.1111/anae.14187.
122. Leach, H. (2006). National Inpatient Medication Chart Implementation. *Journal of Pharmacy Practice and Research*, 36:1, 1-2.
123. The Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (2016). PBS Hospital Medication Chart (PBS HMC) Project: development, trial and evaluation of the PBS HMC in public and private hospitals: phase 1 summary evaluation report. 1-11.

124. Yakışan, R.Ş., & Set, T. (2013). Klinik uygulama rehberleri. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care (TJFMPC)*, 7(2).
125. Health Quality & Safety Commission New Zealand. (2018). Aged residential care (ARC) medication chart implementation and training guide (version 1.1). 9, 1-61.
126. Xu, C., Li, G., Ye, N., Lu, Y. (2014). An intervention to improve inpatient medication management: a before and after study. *Journal of Nursing Management*, 22, 286–294.
127. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (2012). Safety and Quality Improvement Guide Standard 4: Medication Safety Sydney. ACSQHC, Commonwealth of Australia.
128. Pirinen, H., Kauhanen, L., Danielsson-Ojala, R., Lilius, J., Tuominen, I. et al. (2015). Registered nurses' experiences with the medication administration process. *Corporation Advances in Nursing*, 1-11. ID 941589, <https://doi.org/10.1155/2015/941589>
129. Bulut, M., Mercan, N., Yüksel, Ç. (2020). Psikiyatride malpraktis. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 12 (2), 1-1 .
130. Yılmaz, M., & Özcan, A. (2016). Psikiyatri hemşireliğinin geleceği. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilim Dergisi*, 201, 53-59.
131. Gournay, K. (2005). The changing face of psychiatric nursing; revisiting mental health nursing. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11, 6-11.<http://dx.doi.org/10.1192/apt.11.1.6>.
132. Gedük, E.A. (2018). Hemşirelik mesleğinin gelişen rolleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(2), 253-258. DOI: 10.17681/hsp.358458.
133. The Nurses Association of New Brunswick. (2016). Practice Standard: Medication Administration Revised November. 2(18). ISBN 1 895613-60-4. 165. Regent Street Fredericton, Canada.
134. Sin, J., & Gamble, C. (2003). Managing side-effects to the optimum: valuing a client's experience . *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* , 10, 147–153.
135. Criddle, D.T., & Jayasuriya, P.H. (2015). Medication management post discharge: whose job is it anyway? *Journal of Pharmacy Practice and Research*, 45, 208–210. doi: 10.1002/jppr.1102.
136. Gray, R., Spilling, R., Burgess, D., Newey, T. (2009). Antipsychotic long-acting injections in clinical practice: medication management and patient choice. *The British Journal of Psychiatry*, 195 (52), 51-56. doi: 10.1192 / bjp.195.52.s51.
137. Zugai, J.S., Stein-Parbury, J., Roche, M. (2015). Therapeutic alliance in mental health nursing: An evolutionary concept analysis. *Issues in Mental Health Nursing*, 36(4), 249-257. doi:10.3109/01612840.2014.969795.
138. Girón, M., Fernández-Yañez, A., Mañá-Alvarenga, S., Molina-Habas, A., Nolasco, A., Gómez-Beneyto, M. (2010). Efficacy and effectiveness of individual family intervention on social and clinical functioning and family burden in severe schizophrenia: a 2- year randomized controlled study. *Psychological Medicine*, 40, 73-84.
139. Pilling, S., Bebbington, P., Kuipers, E., Garety, P., Geddes, J., Orbach, G., Morgan, C. (2002). Psychological treatments in schizophrenia: I. meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychological medicine*, 32(5), 763-782.

140. Pitschel-Walz, G., Baüml, J., Bender, W., Engel, R., Wagner, M., Kissling, W. (2006). Psychoeducation and compliance in the treatment of schizophrenia: results of the Munich Psychosis Information Project Study. *J Clin Psychiatry*, 67, 443–452.
141. Tatar Yüksel, Ç., & Oflaz, F. (2012) Antipsikotik ilaç kullanan bir grup yatan hastada ilaç yönetimi eğitiminin değerlendirilmesi. *Journal of Psychiatric Nursing*, 3(2), 67-74.
142. Olfson, M., Mechanic, D., Hansell, S., Boyer, C.A. et al. (2000) Predicting medication noncompliance after hospital discharge among patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv*, 51, 216-22.
143. Govinder Thimmajja, S., & Lazarus Rathinasamy, E.V. (2019). Effectiveness of psycho-education on knowledge regarding schizophrenia and caregivers' burden among caregivers of patients with schizophrenia – a randomized controlled trial. *Fam Med Prim Care Rev*, 21(2), 104–111. doi: <https://doi.org/10.5114/fmpcr.2019.84552>.
144. Al-HadiHasan, A., Callaghan, P., Lymn, J.S. (2017). Qualitative process evaluation of a psychoeducational intervention targeted at people diagnosed with schizophrenia and their primary caregivers in Jordan. *BMC Psychiatry*, 17(68), 2-17. DOI 10.1186/s12888-017-1225-2.
145. Prost, E., Musisi, S., Okello, E.S., Hopman, W.M. (2013). The role of psycho-education in improving outcome at a general hospital psychiatry clinic in Uganda. *Afr J Psychiatry*, 16(4), 264-70. doi: <http://dx.doi.org/10.4314/ajpsy.v16i4.35>.
146. Hemşirelik Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (HUÇEP), Yükseköğretim Kurulu Üniversitelerarası Kurul Tıp-Sağlık Eğitim Bilimleri Konseyi. Kabul Tarihi: 21.12.2014. Sayı: 11-2, Yükseköğretim Kurulu Toplantısı Kabul Tarihi: 03.02.2016, Ankara.
147. Yükseköğretim Kurulu Başkanlığından: Doktorluk, Hemşirelik, Ebelik, Diş Hekimliği, Veterinerlik, Eczacılık Ve Mimarlık Eğitim Programlarının Asgari Eğitim Koşullarının Belirlenmesine Dair Yönetmelik. 2 Şubat 2008 Cumartesi. Resmî Gazete Sayı : 26775.
148. Abram, M. D., & Forbes, M. O. (2019). High-fidelity simulation: an application to psychopharmacological training for the psychiatric nurse practitioner student. *Issues in mental health nursing*, 40(3), 260-267. DOI: 10.1080/01612840.2018.1519621
149. Merriam, S.B. (2018). *Qualitative Research: A guide to design and implementation*. (3th ed.). Jossey-Bass Pres. ISBN: 987-605-133-250-5.
150. Stake, R.E. (1995). *The art of case study research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
151. Yin, R.K. (2008). *Case study research: Design and methods* (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
152. Morgan, D.L. (2014). *Integrating qualitative and quantitative methods: a pragmatic approach*. SAGE publication, USA. (pp. 1-269).
153. Trotter, R.T. (2012). Qualitative research sample design and sample size: resolving and unresolved issues and inferential imperatives. *Prev Med*. 55(5), 398-400. doi: 10.1016/j.ypmed.2012.07.003.
154. Baltacı, A. (2018). Nitel araştırmalarda örnekleme yöntemleri ve örnek hacmi sorunsalı üzerine kavramsal bir inceleme. *Bitlis Eren Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 7(1), 231-274.
155. Coyne, I.T. (1997). Sampling in qualitative research. Purposeful and theoretical sampling; merging or clear boundaries?. *Journal of Advanced Nursing*, 26(3), 623-630.

156. Miles, M.B., & Huberman, A.M. (1994). *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*. (2nd ed). Thousand Oaks, CA: Sage.
157. Tong, A., Sainsbury, P., Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349 – 357.
158. Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G., The PRISMA Group. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6(7): e1000097.
159. U.S. National Library of Medicine Medical Subject Headings. <https://meshb.nlm.nih.gov/search>
160. Royal Pharmaceutical Society. (2016). *Professional standards, guidance and frameworks process development manual*. The Royal Pharmaceutical Society. (pp 1-16).
161. Spoon, D., Rietbergen, T., Huis, A., Heinen, M., van Dijk, M., van Bodegom-Vos, L., Ista, E. (2020). Implementation strategies used to implement nursing guidelines in daily practice: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 111, 103748. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103748>
162. Küçük, E.Ö. (2018). *İnmeli Hastalarda Disfajinin Yönetiminde Geliştirilen Kanıta Dayalı Rehberin Hasta Çıktılarına Etkisi*. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İç Hastalıkları Hemşireliği Doktora Tezi. Ankara.
163. Sungur, G. (2011). *Kanıta Dayalı Rehber Kullanımında Personel Eğitiminin Dahiliye Yoğun Bakım Ünitesinde Ventilatorle İlişkili Pnömoniyi Önlemeye Etkisi*. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Doktora Tezi. Kayseri.
164. Wong, E., Taylor, Z., Thompson, J. et al. (2009). A simplified gentamicin dosing chart is quicker and more accurate for nurse verification than the BNFC. *Archives of Disease in Childhood*, 94, 542-545.
165. Bahtsevani, C., Udén, G., Willman, A. (2004). Outcomes of evidence-based clinical practice guidelines: a systematic review. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 20 (04), 427-433.
166. Kitson A. (2000). Towards evidence-based quality improvement: perspectives from nursing practice. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care*, 12(6), 459–464. <https://doi.org/10.1093/intqhc/12.6.459>
167. Goode, C. J., Tanaka, D. J., Krugman, M., O'Connor, P. A., Bailey, C., Deutchman, M., Stolpman, N. M. (2000). Outcomes from use of an evidence-based practice guideline. *Nursing economic*, 18(4), 202–207.
168. Zurmehly, J. (2018). Implementing a nurse-driven protocol to reduce catheter-associated urinary tract infections in a long-term acute care hospital. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 49(8), 372-377.
169. Campbell, C., Nowell, A., Karagheusian, K., Giroux, J., Kiteley, C., Martelli, L., McQuestion, M., Quinn, M., Rowe Samadhin, Y. P., Touw, M., Moody, L. (2020). Practical innovation: Advanced practice nurses in cancer care. *Canadian oncology nursing journal = Revue canadienne de nursing oncologique*, 30(1), 9–15. <https://doi.org/10.5737/23688076301915>.

170. Melnyk, B. M. (2015). Important information about clinical practice guidelines: key tools for improving quality of care and patient outcomes. *Worldviews on evidence-based nursing*, 12(1), 1–2. <https://doi.org/10.1111/wvn.12079>.
171. Liu, D. S., Lee, M. M., Spelman, T., MacIsaac, C., Cade, J., Harley, N., Wolff, A. (2012). Medication chart intervention improves inpatient thromboembolism prophylaxis. *Chest*, 141(3), 632-641.
172. Schoppmann, S., & Lüthi, R. (2009). Insights from inside: the duties and activities of nurses at the psychiatric clinic Münsterlingen (CH). a qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(7), 606-620. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01420.x>.
173. Cowman, S., Farrelly, M., Gilheany, P. (2001). An examination of the role and function of psychiatric nurses in clinical practice in Ireland. *Journal of Advanced Nursing*, 34(6), 745-753. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01804.x>.
174. Ünsal, G., Karaca, S., Arnik, M., Öz, Y. C., Aşık, E. et al. (2014). Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin psikiyatri hemşiresinin rollerine ilişkin görüşleri. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 4(2), 90-95.
175. Manias, E., Bullock, S. (2002). The educational preparation of undergraduate nursing students in pharmacology: clinical nurses' perceptions and experiences of graduate nurses' medication knowledge. *International Journal of Nursing Studies*, 39(8), 773-784. [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(02\)00008-1](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(02)00008-1).
176. Boggs, P., Brown-Molnar, C.S., DeLapp, T.D. (1988). Nurses' drug knowledge. *Western Journal of Nursing Research*, 10(1), 84-93. <https://doi.org/10.1177/019394598801000108>.
177. Bray, M., Ghose, K. (1993). Nurses' attitudes to and knowledge of medicines. *Nursing praxis in New Zealand*, 8(3), 19-23.
178. Ives, G., Hodge, K., Bullock, S., Marriott, J. (1996). First year RNs' actual and self-rated pharmacology knowledge. *The Australian journal of advanced nursing: a quarterly publication of the Royal Australian Nursing Federation*, 14(1), 13-19.
179. Latter, S., Rycroft-Malone, J., Yerrell, P., Shaw, D. (2000). Evaluating educational preparation for a health education role in practice: the case of medication education. *Journal of Advanced Nursing*, 32(5), 1282-1290. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01599.x>.
180. Courtenay, M. (1991). A study of the teaching and learning of the biological sciences in nurse education. *Journal of Advanced Nursing*, 16(9), 1110-1116. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1991.tb03372.x>.
181. Darawad, M.W., Sa'aleek, M.A., Shawashi, T. (2018). Evidence-based guidelines for prevention of ventilator-associated pneumonia: evaluation of intensive care unit nurses' adherence. *American Journal of Infection Control*, 46(6), 711-713. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2017.11.020>.
182. Sinuff, T., Eva, K.W., Meade, M., Dodek, P., Heyland, D., Cook, D. (2007). Clinical practice guidelines in the intensive care unit: a survey of Canadian clinicians' attitudes. *Canadian Journal of Anaesthesia*, 54(9), 728-736. <https://doi.org/10.1007/BF03026869>.
183. Quiros, D., Lin, S., Larson, E.L. (2007). Attitudes toward practice guidelines among intensive care unit personnel: a cross-sectional anonymous survey. *Heart & Lung: The Journal of Critical Care*, 36(4), 287-297. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2006.08.005>.
184. Veeramah, V. (2016). The use of evidenced-based information by nurses and midwives to inform practice. *Journal of Clinical Nursing*, 25(3-4), 340-350. <https://doi.org/10.1111/jocn.13054>.

185. Alanen, S., Kaila, M., Välimäki, M., ECCE Study Group. (2009). Attitudes toward guidelines in Finnish primary care nursing: a questionnaire survey. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 6(4), 229-236. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2009.00167.x>.
186. Kalies, H., Schöttmer, R., Simon, S. T., Voltz, R., Crispin, A., Bausewein, C. (2017). Critical attitudes and beliefs towards guidelines amongst palliative care professionals—Results from a national survey. *BMC Palliative Care*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-017-0187-y>.
187. Ryu, Y.S., & Park, J.S. (2019). Development and effect of evidence-based nursing practice guidelines for pain management in patients with dementia. *Korean Journal of Adult Nursing*, 31(2), 176-189. <https://doi.org/10.7475/kjan.2019.31.2.176>.
188. Bahtsevani, C., Willman, A., Stoltz, P., Östman, M. (2010). Experiences of the implementation of clinical practice guidelines – interviews with nurse managers and nurses in hospital care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(3), 514-522. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00743.x>.
189. Meerwijk, E.L., Van Meijel, B., Van Den Bout, J., Kerkhof, A., De Vogel, W., Grypdonck, M. (2010). Development and evaluation of a guideline for nursing care of suicidal patients with schizophrenia. *Perspectives in Psychiatric Care*, 46(1), 65-73. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2009.00239.x>.
190. Coombes, I.D., Stowasser, D.A., Reid, C., Mitchell, C.A. (2009). Impact of a standard medication chart on prescribing errors: A before-and-after audit. *Quality and Safety in Health Care*, 18(6), 478-485. <https://doi.org/10.1136/qshc.2007.025296>.
191. Millar, J.A., Silla, R.C., Lee, G.E., Berwick, A. (2008). The national inpatient medication chart: Critical audit of design and performance at a tertiary hospital. *Medical Journal of Australia*, 188(2), 95-99. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2008.tb01530.x>.
192. Verkaik, R., Francke, A.L., van Meijel, B., Spreeuwenberg, P.M.M., Ribbe, M.W., Bensing, J.M. (2011). The introduction of a nursing guideline on depression at psychogeriatric nursing home wards: effects on Certified Nurse Assistants. *International Journal of Nursing Studies*, 48(6), 710-719. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.06.007>.
193. Dogherty, E.J., Harrison, M., Graham, I., Keeping-Burke, L. (2014). Examining the use of facilitation within guideline dissemination and implementation studies in nursing. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 12(2), 105-127. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000008>.
194. Kinnunen-Amoroso, M. (2013). How occupational health care professionals experience evidence-based guidelines in Finland: a qualitative study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 19(4), 612-616. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2012.01850.x>.
195. Aloush, S.M. (2017). Does educating nurses with ventilator-associated pneumonia prevention guidelines improve their compliance? *American Journal of Infection Control*, 45(9), 969-973. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2017.04.009>.
196. Yılmaz, M. (2009). Öğrenme ve bilgi ilişkisi. *GÜ, Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 29(1), 173-191.
197. Mert, G. (2018). Örgütsel Öğrenme. Mutlu Basım Yayın: Ankara. ISBN 978-605-9273-90-9.
198. Aupperle, R. L., Sullivan, S., Melrose, A. J., Paulus, M. P., Stein, M. B. (2011). A reverse translational approach to quantify approach-avoidance conflict in humans. *Behavioural Brain Research*, 225(2), 455-463. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2011.08.003>.

199. Corr, P. J., & Krupić, D. (2017). Chapter Two - Motivating Personality: Approach, Avoidance, and Their Conflict. İçinde A. J. Elliot (Ed.), *Advances in Motivation Science* (C. 4, ss. 39-90). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/bs.adms.2017.02.003>



8.EKLER

EK 1: Bireysel Veri Toplama Formu

EK 2: COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research) Kontrol Listesi

EK 3: Stake'in Bir Vaka Çalışması Raporunun Kalitesini Değerlendirmek İçin Kontrol Listesi

EK 4: Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği Eğitim ve İdari Sorumlusu İzni

EK 5: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurul Onayı

EK 6: Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurulu (TUEK) İzni

EK 7: Çalışma Protokü

EK 8: Kraliyet Eczacılık Kurumu (Royal Pharmaceutical Society, RPS) Profesyonel Standartlar, Kılavuz ve Çerçeve Geliştirme Kontrol Listesi

EK 9: Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşireler İçin Kanıta Dayalı İlaç Yönetimi Rehberi (KDİYR)

EK 10: Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşireler İçin Psikotrop İlaç Uygulama-Takip Çizelgesi (İUTÇ)

EK 1: Bireysel Veri Toplama Formu

BİREYSEL VERİ TOPLAMA FORMU

Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşireler İçin Kanıta Dayalı İlaç Yönetimi Rehberi ile İlaç Uygulama-Takip Çizelgesi Geliştirilmesi ve Kullanımlarının Nitel Araştırma Yöntemi ile Değerlendirilmesi

Sayın katılımcı;

“Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşireler İçin Kanıta Dayalı İlaç Yönetimi Rehberi ile İlaç Uygulama-Takip Çizelgesi Geliştirilmesi ve Kullanımlarının Nitel Araştırma Yöntemi ile Değerlendirilmesi” adlı tez çalışmasına katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu araştırmada yer almayı kabul etmeden önce, araştırmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme çerçevesinde özgürce vermeniz gerekmektedir. Aşağıdaki bilgileri lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınız olursa sorunuz ve açık yanıtlar isteyiniz.

Bu araştırma Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsüne bağlı, bilimsel bir araştırma olarak yürütülmektedir. Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşireler için kanıta dayalı ilaç yönetimi rehberi ile ilaç uygulama-takip çizelgesi geliştirilmesi ve kullanımının değerlendirilmesi amacı ile Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'nde çalışan hemşireler ile yapılmaktadır. Sizlerin katılımları ile bu araştırmanın sonucunda psikiyatri kliniğinde çalışan hemşireler için kanıta dayalı ilaç yönetimi rehberi ve ilaç uygulama-takip çizelgesi geliştirip, klinik uygulamada kullanımlarını değerlendirmiş olacağız .

Bu çalışma kapsamında bilgilerinizin gizliliği korunacaktır, hiçbir kurum veya kuruluş ile paylaşılmayacaktır. Bu araştırmada yer almak tümüyle sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da başladıktan sonra yarıda bırakabilirsiniz. Bu araştırmanın sonuçları bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırmadan çekilmeniz halinde sizinle ilgili veriler kullanılmayacaktır. Ancak veriler bir kez anonimleştikten sonra araştırmadan çekilmeniz mümkün olmayacaktır. Çalışmanın seyri hakkında bilgi almak isterseniz formun üstüne eposta adresinizi yazmanız yeterli olacaktır. Formu doldurmanız yaklaşık olarak 10 dakikanızı alacaktır. İçten katılımınız ve sabrınız için teşekkürler.

Ar. Gör. Melisa BULUT

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllülere verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum (ya da sözlü olarak dinledim). Eksik kaldığını düşündüğüm konularda sorularımı araştırmacılara sordum ve doyurucu yanıtlar aldım. Yazılı ve sözlü olarak tarafıma sunulan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anladığımı kanımsaydım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğim konusunda karar vermem için yeterince zaman tanındı. Bu koşullar altında, araştırma kapsamında elde edilen şahsıma ait bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasını, gizlilik kurallarına uyulmak kaydıyla sunulmasını ve yayınlanmasını, hiçbir baskı ve zorlama altında kalmaksızın, kendi özgür irademle kabul ettiğimi beyan ederim.

İmza/Tarih

İmza/Tarih
Ar. Gör. Melisa Bulut

İLETİŞİM BİLGİLERİ:

ADRES: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi

TELEFON:

Araştırmaya katılmayı kabul ediyor musunuz?

Evet ☐ (Lütfen "Kişisel Veri Toplama Soruları"na geçiniz.)

Hayır ☐ (Lütfen alttaki soruya geçiniz)

Araştırmaya katılmama nedeniniz nedir?

Zamanım yok ☐ Ankete güvenmiyorum ☐ İlgimi çekmedi ☐ Diğer ☐

VERİ TOPLAMA SORULARI

1. Cinsiyetiniz:

Kadın ☐

Erkek ☐

2. Doğum Tarihiniz (Gün/Ay/Yıl) :/...../.....

3. Medeni Durumunuz:

Evli ☐

Bekar ☐

4. Mesleğiniz:

5. Mezun Olduğunuz Okul:

6. Mesleki Çalışma Süreniz:

7. Psikiyatri Kliniğinde Çalışma Süreniz:

8. Daha önce ilaç yönetimi ile ilgili herhangi bir rehber kullandınız mı? (ilaç yönetimi rehberi, ilaç kullanımının her aşamasında güvenliği, kaliteyi ve standardizasyonu sağlamaya yardımcı olmak amacıyla sağlık hizmeti sunumunda tüm çalışanların ilaç yönetimi ilkelerini bilmesine imkan sağlayan, en iyi uygulamayı hedef alan yol gösterici yazılı materyaller olarak tanımlanmaktadır)

9. Daha önce ilaç uygulama veya ilaç takip çizelgesi kullandınız mı? (ilaç uygulama veya ilaç takip çizelgesi, ilaç uygulama aşamasında ortaya çıkabilecek uygulama hatalarını önlemek, yan etkilerin ve beklenmeyen etkilerin takibini yapabilmek, ilaç uygulamalarını doğru ve eksiksiz bir şekilde kayıt altına alabilmek, sağlık ekibi arasındaki bilgi alışverişini sağlayabilmek, ilaç yönetimi ve uygulamasını kolaylaştırmak amaçlarıyla kliniklerin özel gereksinimlerine göre tasarlanmış yazılı ve görsel materyaller olarak tanımlanmaktadır)

10. Mezun olduktan sonra “Psikiyatri kliniğinde kullanılan ilaçlar” ile ilgili herhangi bir eğitim, seminer veya sempozyuma katıldınız mı?

.....

11. Psikiyatri kliniğinde çalıştığınız süre boyunca herhangi bir ilaç uygulama hatası ile karşılaştınız mı?

.....

12. 11.soruya vermiş olduğunuz yanıt “Evet” ise, karşılaştığınız hata/hatalar ilaç yönetiminin hangi basamağı ile ilgiliydi? (örneğin; reçeteleme, ilaçların tedariki, ilaçların depolanması, kayıt edilmesi, hastanın kimliği, ilacın adı, formu, uygulama yolu, zamanı ve dozu ile ilgili hatalar vb.)

.....



EK 2: COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research) Kontrol Listesi

Başlık	Madde Numarası	Rehber Soruları / Açıklama	Rapor Edildiği Sayfa Numarası
Alan 1: Araştırma ekibi ve dönüşlülük			
<i>Kişisel özellikler</i>			
Görüşmeci / kolaylaştırıcı	1	Görüşmeyi veya odak grubunu hangi yazar / lar gerçekleştirdi?	48,49
Kimlik bilgileri	2	Araştırmacının kimlik bilgileri nelerdi? Örneğin. Doktora, vb.	48,48
Meslek	3	Çalışma sırasında mesleği neydi?	
Cinsiyet	4	Araştırmacı kadın mıydı erkek miydi?	
Deneyim ve eğitim	5	Araştırmacı ne tür bir deneyime veya eğitime sahipti?	48
<i>Katılımcılarla ilişki</i>			
İlişki kuruldu	6	Çalışmaya başlamadan önce bir ilişki kurulmuş muydu?	49
Görüşmeci hakkında katılımcı bilgisi ilişkisi kuruldu	7	Katılımcılar araştırmacı hakkında ne biliyordu? Örneğin. kişisel hedefler, araştırma yapmak için nedenler	49
Görüşmeci hakkında katılımcı bilgisi	8	Karşılıklı izleyici / kolaylaştırıcı hakkında hangi özellikler rapor edildi? Örneğin. Araştırma konusuna ilişkin önyargı, varsayımlar, nedenler ve ilgi alanları	49
Alan 2: Çalışma tasarımı			
<i>Teorik çerçeve</i>			
Metodolojik yönelim ve teori	9	Çalışmanın temelini oluşturan metodolojik yönelim nedir? Örneğin. gömülü teori, söylem analizi, etnografi, fenomenoloji, içerik analizi vb.	42,43
<i>Katılımcı seçimi</i>			
Örnekleme	10	Katılımcılar nasıl seçildi? Örneğin. amaçlı, ardışık, kartopu	43,44
Yaklaşım yöntemi	11	Katılımcılara nasıl ulaşıldı? Örneğin. yüz yüze, telefon, posta, e-posta.	43,44, 47-49
Örnek boyut	12	Çalışmada kaç katılımcı vardı?	44,45,67
Katılmama	13	Kaç kişi katılmayı reddetti veya çalışmayı bıraktı? Nedenler?	45
<i>Yöntem</i>			
Veri toplama yöntemi	14	Veriler nerede toplandı? Örneğin. ev, klinik, işyeri	43,44,48
Katılımcı olmayanların varlığı	15	Katılımcılar ve araştırmacılardan başka kimse var mıydı?	43,44,48
Katılımcıların açıklaması	16	Katılımcıların önemli özellikleri nelerdir? Örneğin. demografik veriler, tarih	67,68
<i>Veri toplama</i>			
İş görüşmesi	17	Yazarlar tarafından sağlanan sorular, yönlendirmeler, kılavuzlar var mıydı? Pilot olarak test edildi mi?	46-49
Röportajları tekrarlayın	18	Tekrarlanan görüşmeler yapıldı mı? Cevabınız evet ise kaç tane?	-
Görsel / işitsel kayıt	19	Araştırma, verileri toplamak için sesli veya görsel kayıt kullandı mı?	45-47
Alan notları	20	Görüşme veya odak grubu sırasında ve / veya sonrasında alan notları yapıldı mı?	45-47

Süresi	21	Ara görüşmelerin veya odak grubunun süresi ne kadardı?	48
Veri doygunluğu	22	Veri doygunluğu tartışıldı mı?	44
Transkriptler iade edildi	23	Transkriptler yorum ve / veya düzeltme için katılımcılara iade edildi mi?	51
Alan 3: Analiz ve Bulgular			
<i>Veri Analizi</i>			
Veri kodlayıcı sayısı	24	Verileri kaç tane veri kodlayıcı kodladı?	50,51
Kodlama ağacının açıklaması	25	Yazarlar kodlama ağacının bir açıklamasını sağladılar mı?	50,51,69
Temaların türetilmesi	26	Temalar önceden tanımlanmış mı yoksa verilerden mi türetilmiş?	50,51,
Yazılım	27	Verileri yönetmek için uygunsa hangi yazılım kullanıldı?	50,51
Katılımcı kontrolü	28	Katılımcılar bulgular hakkında geri bildirimde bulundu mu?	51
<i>Raporlama</i>			
Sunulan alıntılar	29	Temaları / bulguları açıklamak için katılımcı alıntıları sunuldu mu? Her teklif tanımlandı mı? Örneğin. katılımcı numarası	71-84
Veriler ve bulgular tutarlı	30	Sunulan veriler ile bulgular arasında tutarlılık var mıydı?	70-84
Ana temaların netliği	31	Bulgularda ana temalar açıkça sunuldu mu?	70-84
Küçük temaların netliği	32	Farklı vakaların bir açıklaması veya küçük konuların tartışılması var mı?	70-84

EK 3: Stake'in Bir Vaka Çalışması Raporunun Kalitesini Değerlendirmek İçin Kontrol Listesi

1	Bu raporun okunması kolay mı?	Evet
2	Her cümle bütüne katkıda bulunarak birbirine uyuyor mu?	Evet
3	Bu raporun kavramsal bir yapısı var mı (yani temalar veya sorunlar)?	Evet
4	Konuları seri ve bilimsel bir şekilde mi geliştiriyor?	Evet
5	Vaka yeterince tanımlanmış mı?	Evet
6	Sunumda bir hikâye duygusu var mı?	Evet
7	Okuyucuya bazı dolaylı deneyimler sunuldu mu?	Evet
8	Alıntılar etkili bir şekilde kullanılmış mı?	Evet
9	Başlıklar, şekiller, eserler, ekler, dizinler etkin bir şekilde kullanılıyor mu?	Evet
10	İyi düzenlenmiş mi yoksa son dakika cılasıyla mı yazılmış?	İyi düzenlenmiş
11	Yazar ne aşırı ne de yetersiz yorumlu olarak sağlam iddialarda bulundu mu?	Evet
12	Çeşitli bağlamlara yeterince dikkat edildi mi?	Evet
13	Yeterli ham veri sunuldu mu?	Evet
14	Veri kaynakları iyi seçilmiş ve yeterli sayıda mıydı?	Evet
15	Gözlemler ve yorumlara üçgenleme yapılmış gibi görünüyor mu?	Evet
16	Araştırmacının rolü ve bakış açısı güzel bir şekilde açık mı?	Evet
17	Hedeflenen kitlenin doğası açık mı?	Evet
18	Empati her taraf için gösteriliyor mu?	Evet
19	Kişisel niyetler inceleniyor mu?	Evet
20	Bireylerin risk altında olduğu görülüyor mu?	Hayır

EK 4: Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği Eğitim ve İdari Sorumlusu İzni

	SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ GÜLHANE GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	FORM 3
TARİH <i>26.12.2020</i>		
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ GÜLHANE GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BAŞKANLIĞINA		
Sorumlu araştırmacısı Doç. Dr. Çiğdem YÜKSEL olan Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşireler İçin Kanıta Dayalı İlaç Yönetimi Rehberi ile İlaç Uygulama-Takip Çizelgesi Geliştirilmesi ve Kullanımlarının Nitel Araştırma Yöntemi ile Değerlendirilmesi isimli projenin rehber ve uygulama-takip çizelgesinin uygulanması ile veri toplama yöntemlerini içeren kısmı kliniğimizde yapılacaktır.		
Bilgilerinize arz ederim.		
T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara İl Sağlık Müdürlüğü SBÜ Gülhane Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği Eğitim ve İdari Sorumlusu Prof. Dr. Kamil Nahit Özmenler		

EK 5: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurul Onayı



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 46418926

01.07.2020

Konu : Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul Kararları

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

TOPLANTI TARİHİ : 30 HAZİRAN 2020 SALI
TOPLANTI SAATİ : 13.00
TOPLANTI NO : 2020/13
PROJE/ KARAR NO : 2020-149 (Değerlendirilme Tarihi: 09.05.2020-30.06.2020)

Üniversitemiz Gülhane Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalında görevli Doç. Dr. Çiğdem YUKSEL'in sorumlu araştırmacı, Ar. Gör. Melisa BULUT'un yardımcı araştırmacı olduğu 2020/149 kayıt numaralı, "Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşireler İçin Kanıta Dayalı İlaç Yönetimi Rehberi ile İlaç Uygulama-Takip Çizelgesi Geliştirilmesi ve Kullanımlarının Nitel Araştırma Yöntemi ile Değerlendirilmesi" başlıklı yüksek lisans tezi proje önerisi, araştırmacının gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur. Rica ederim.

S.NO	AD SOYAD VE UZMANLIK ALANI	İMZA
1	Prof. Dr. Ahmet COŞAR (Anestezi AD Bşk. lığı) Etik Kurul Başkanı	
2	Prof. Dr. Alper GOZUBUYUK (Göğüs Cerr. AD Bşk. lığı) Etik Kurul Başkanı Yardımcısı	
3	Prof. Dr. Selahattin BEDİR (Uroloji AD Bşk. lığı)	
4	Prof. Dr. Levent KENAR (KBRN. Enstitüsü)	
5	Prof. Dr. Yusuf IZCI (Beyin ve Sinir Cerr. AD Bşk. lığı)	
6	Prof. Dr. Ali Kağan COŞKUN (Genel Cerr. AD Bşk. lığı)	
7	Prof. Dr. Suat DOĞANCI (Kalp Damar Cerr. AD Bşk. lığı)	
8	Prof. Dr. Fulya TOKSOY TOPÇU (Diş Hekimliği Fakültesi Restoratif Diş Tedavisi AD Bşk. lığı)	TOPLANTIYA KATILMADI
9	Prof. Dr. Ayten TURKKANI (Histoloji AD Bşk. lığı)	
10	Prof. Dr. Gülten GÜVENÇ (Hemşirelik Fakültesi)	
11	Prof. Dr. Dilek YILDIZ (Hemşirelik Fakültesi) Sekreter	
12	Doç. Dr. Cantürk TAŞÇI (Göğüs Hast. AD Bşk. lığı)	
13	Dr. Öğr. Üyesi Mustafa GÜNEY (Mikrobiyoloji AD Bşk. lığı)	

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu
Etik-Ankara Telefon: 0 (312) 304 6135

EK 6: Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurulu (TUEK) İzni



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ GÜLHANE SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ KURULU (TUEK) KARAR DEFTERİ

KARAR TARİHİ: 13.08.2020

KARAR NO: 11

13.08.2020 TARİHLİ 11. KURUL KARARININ DEVAMIDIR

23. GEAH Geriatri Kliniğinde görev yapmakta olan Prof.Dr. Mehmet İlkin NAHARCI'nın 23.07.2020 tarihli, SAYI: 50687469-604.02.12657 sayılı "Akademik Çalışma Hk" konulu dilekçesi ve "COVID-19 Enfeksiyonu Geçiren ve Geçirmeyen 65 Yaş Üstü Bireylerde Duygudurum ve Kognisyonlarının Karşılaştırılması" konulu bireysel araştırma proje çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile uygun görülmüştür.
24. GEAH Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinde görev yapmakta olan Dr. Bahar ÖZTELCAN GÜNDÜZ'ün 13.07.2020 tarihli, SAYI: 50687469.799.F.991 sayılı "Bahar ÖZTELCAN GÜNDÜZ / Bireysel Araştırma Projesi" konulu dilekçesi ve "Çocuk Acile Çoklu İntihar Etme Sebebiyle Başvuran Hastalardaki Eş Zamanlı Kronik Hastalık Bulunma Sıklığı" konulu bireysel araştırma proje çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile uygun görülmüştür.
25. GEAH Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinde görev yapmakta olan Dr. Mustafa DİNÇER'in 17.07.2020 tarihli, SAYI: 50687469.929.E.12420 sayılı "Araştırma İzni (Mustafa DİNÇER)" konulu dilekçesi ve "Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu'nda Hiperaktivite/Dürtüsellik Semptom Şiddeti İle Wechsler Çocukları İçin Zeka Ölçeği-4 (WISC-IV) Faktör Yapısı İlişkisinin İncelenmesi: Boyutsal Bir Yaklaşım" başlıklı tez çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile uygun görülmüştür.
26. Ankara Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nün 20.07.2020 tarihli, SAYI: 90739940.799.E.1018 sayılı ve "Prof.Dr. Gülten GÜVENÇ (Bireysel Araştırma Projesi)" konulu Prof.Dr. Gülten GÜVENÇ'in "Riskli Gebelerin COVID-19 Salgını Sürecinde Kaygı ve Baş Etme Yöntemlerine İlişkin Görüşleri: Kalitatif Çalışma" konulu bireysel araştırma proje çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile uygun görülmüştür.
27. Ankara Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nün 28.07.2020 tarihli, SAYI: 90739940.799.E.1072 sayılı ve "Melisa BULUT (Tez Çalışması)" konulu Melisa BULUT'un "Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşireler İçin Kanıta Dayalı İlaç Yönetimi Rehberi ile İlaç Uygulama-Takip Çizelgesi Geliştirilmesi ve Kullanımlarının Nitel Araştırma Yönetimi ile Değerlendirilmesi" başlıklı tez çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile uygun görülmüştür.
28. GEAH Genel Cerrahi Kliniğinde görev yapmakta olan Uzm.Dr. Salih CELEPLİ'nin 11.08.2020 tarihli, SAYI: 50687469.799.13459 sayılı "Uzm.Dr. Salih CELEPLİ (DR98968) Hk." konulu dilekçesi ve "Konya Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD'da İleri Laparoskopik Cerrahi Alanında 1 Yıl (12 Ay) Süre ile Eğitim Alma" ile ilgili talebi incelenmiş olup, bahse konu İleri Laparoskopik Cerrahi alanında eğitimin hastanemiz Genel Cerrahi Kliniğinde veriliyor olması nedeniyle eğitim alma izin talebi oybirliği ile uygun görülmemiştir.

EK 7: Çalışma Protokü

Numara	Alan	İçerik
1	Gözden Geçirme Başlığı	Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşireler İçin Kanıta Dayalı İlaç Yönetimi Rehberi Geliştirilmesi
2	İnceleme soruları	• Psikiyatrik hastalık tanısı almış, psikotrop ilaç kullanan bireylerin kullandıkları psikotrop ilacın plaseboya göre semptomları azaltma üzerine etkisi anlamlı mıdır? • Psikiyatrik hastalık tanısı almış, psikotrop ilaç kullanan bireylerin kullandıkları psikotrop ilacın alternatif diğer psikotrop ilaçlara göre yan etki profili nasıldır? • Psikiyatrik hastalık tanısı almış, psikotrop ilaç kullanan bireylerin kullandıkları psikotrop ilacın alternatif somatik tedavi seçeneklerine göre işlevselliğe etkisi olumlu mudur? • Ne tür hemşirelik müdahaleleri psikotrop ilaçların yan etkileri ile baş etme konusunda hasta ve ailesine yardımcı olmakta etkilidir? • Ne tür hemşirelik müdahaleleri hastaların psikotrop ilaç kullanımına uyumlarını olumlu etkilemektedir? • Ne tür hemşirelik müdahaleleri hastaların bireysel psikotrop ilaç yönetimini olumlu etkilemektedir? • Hangi psikoeğitim konuları psikotrop ilaç kullanan bireylerin bireysel ilaç yönetimi sonuçlarını ve bakım sonuçlarını olumlu etkilemektedir? • Psikotrop ilaç kullanan bireyler ve aileleri psikotrop ilaçlarla ilgili hangi psikoeğitim konularına ihtiyaç duymaktadır? • Psikotrop ilaç kullanan bireyler ve ailelerinin bilgi eksiklikleri hangi konularda olmaktadır? • Ne tür bir rehber kullanımı ilaç yönetimi ve maliyeti üzerine etkilidir? • Hemşirelerin ilaç yönetiminde rol almalarının psikofarmakolojik bakım ve hasta sonuçları üzerine etkileri nelerdir?
3	Amaç	• Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşireler için kanıta dayalı ilaç yönetimi rehberi geliştirilmesinde psikotrop ilaçlar ve ilaç yönetiminde hemşirelik müdahaleleri ile ilgili güncel ve en iyi kanıta ulaşmak, • İlaç uygulama hatalarını azaltmak, • Hasta ve ilaç güvenliğini sağlamak, • Hemşirelik bakımının kanıta dayalı ilaç uygulama, değerlendirme ve psikoeğitim müdahaleleri ile standartize etmek, • Bakım ve hasta sonuçlarını iyileştirmek,

		• Psikiyatri profesyonellerinden oluşan ekip arasındaki ilaç yönetimi iş birliğini ve iletişimi güçlendirmek, • Hastalar ve aileleri ile iş birliğinin sağlanarak tedaviye ve ilaç kullanımına uyumu artırmak, • Hemşirelerin sürekli mesleki eğitilmelerine katkı sağlamak amaçlanmaktadır.
4	Aramalar	• Cochrane Kontrollü Çalışmalar Merkezi Kayıt Defteri (CENTRAL) • Cochrane Sistematik İncelemeler Veritabanı (CDSR) • Medline • İlaç Güvenliği Bilgileri İçin İlaçlar ve Sağlık Ürünleri Düzenleme Kurumu (MHRA) • NICE Evidence • NICE Pathways • CRD Database • Comet Initiative Database • Scopus/Elsevier/ClinicalKey/ Embase
5	Koşul veya çalışmanın etki alanı	• Psikiyatrik hastalık tanısı almış, psikotrop ilaç kullanan bireyler ile yapılan psikotrop ilaç araştırmaları; • Psikotrop ilaç kullanan bireyler üzerinde hemşirelik müdahalelerinin uygulandığı araştırmaların aranması koşulu belirlenmiştir.
6	Popülasyon	• Araştırmaların popülasyonunu psikiyatrik hastalık tanısı almış, psikotrop ilaç kullanan yetişkinlerin veya psikotrop ilaç yönetiminde rol alan hemşirelerin oluşturması koşulu belirlenmiştir. • Çocuk ve adolesanların popülasyonu oluşturduğu ve hayvanlar üzerinde yürütülen psikotrop ilaç çalışmaları incelemeye dâhil edilmeyecektir.
7	Müdahale/ maruziyet/ test	• Psikotrop ilaç kullanımı müdahalesi, • Psikotrop ilaç kullanan bireylerde hemşirelik müdahaleleri
8	Referans standart/ karşılaştırma grubu/ karıştırıcı faktörler	• Plasebo, • Mevcut kullanılan standart psikotrop ilaç, • Psikotrop ilaç kullanmayan bireylerden oluşan kontrol grubu, • Maruziyeti test edilecek olan psikotrop ilaçtan farklı bir ilacı kullanan bireylerden oluşan kontrol grubu ile karşılaştırmaların yapıldığı çalışmalar incelenecektir.
9	Dâhil edilecek çalışma türleri	• Randomize kontrollü ilaç uygulama ve hemşirelik müdahalesi çalışmaları, • Randomize kontrollü ilaç uygulama ve hemşirelik müdahalesi çalışmalarından elde edilen sistematik derlemeler ve meta-analizler,

		- Kohort çalışmaları, vaka-kohort çalışmaları, iç içe geçmiş vaka kontrol çalışmaları veya klinik araştırmalardan elde edilen sistematik derlemeler ve meta-analizler, - Hemşirelik müdahalelerini veya ilaç uygulamalarında hemşire/hasta/ailesinin görüşlerini değerlendiren nitel araştırmalar dâhil edilecektir.		
10	Dâhil etmeme kriterleri	- Dâhil etme kriterlerini karşılamayan çalışma tasarımı ile yapılan çalışmalar, - Tamamlanmamış çalışmalar, - Ölçek geliştirme çalışmaları, - Araştırma protokolleri, - Hayvan araştırmaları, - Çocuk ve adolesanlar ile yürütülen çalışmalar, - Tam metnine erişilemeyen çalışmalar, - Yayın dili İngilizce olmayan / İngilizce çevirilerine erişilemeyen çalışmalar		
11	Bağlam	- Klinikte yürütülen ilaç araştırmaları, - Klinikte yürütülen hemşirelik müdahaleleri araştırmaları		
12	Önyargı riskini (kalite) değerlendirme	- Randomize kontrollü çalışmalardaki yanlılık riskini değerlendirmek için CRIBSHEET aracı kullanılacaktır. - Sistematik derleme ve meta-analizleri değerlendirmek için AMSTAR-2 aracı kullanılacaktır. - Nitel araştırmalardaki yanlılık riskini değerlendirmek için The Joanna Briggs Institute Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research aracı kullanılacaktır.		
13	Veri sentezi stratejisi	Tekrar veri sentezi yapılmayacaktır.		
14	Alt grupların analizi	Tekrar veri sentezi yapılmayacaktır.		
15	İnceleme türü ve yöntemi	Tekrar veri sentezi yapılmayacaktır.		
16	Dil	İngilizce		
17	Ülke	Farketmiyor.		
18	Beklenen veya gerçek başlangıç tarihi	20.10.2019		
19	Beklenen tamamlanma tarihi	30.06.2020		
20	İnceleme aşaması	İnceleme aşaması	Başlangıç	Tamamlanış
		Ön aramalar	20.10.2019	30.10.2019
		Arama sonuçlarının uygunluğuna göre resmi arama	10.11.2019	27.12.2019
		Veri çıkarma	30.12.2019	15.03.2020

		Önyargı riski(kalite)değerlendirme	16.03.2020	23.03.2020
		Kanıtları özetleme	23.03.2020	26.06.2020
21	Bağlantıda olunan kişi	Melisa Bulut		
22	Gözden geçirmede rol alan ekip üyeleri	Melisa Bulut Çiğdem Yüksel		
23	Fon kaynakları/sponsorlar	Fon kaynağı veya sponsor bulunmamaktadır.		
24	Çıkar çatışmaları	Çıkar çatışması bulunmamaktadır.		
25	Ortak çalışmalar	Konuyla ilgili ortak çalışma bulunmamaktadır.		

EK 8: Kraliyet Eczacılık Kurumu (Royal Pharmaceutical Society, RPS) Profesyonel Standartlar, Kılavuz ve Çerçeve Geliştirme Kontrol Listesi

Yazarların çıkar çatışmaları gözden geçirildi	☒
Kanıt arama tarihi, dahil etme ve dışlama kriterleri dahil olmak üzere arama kriterlerinin detayları nihai belgede veya destekleyici belgelerde / web kaynaklarında açıklanmıştır.	☒
Paydaşları bağımsız profesyonel standartlar yönlendirme grubuna katılmaya davet eden açık bir davet yapılmıştır.	☐
Hastalar veya hasta grupları, bağımsız profesyonel standartlar yönlendirme grubunda temsil edilir.	☒
Standartlar, rehber veya teorik çerçevenin temsili son kullanıcıları bağımsız profesyonel standartlar yönlendirme grubuna dahil edilir.	☒
Konu alanına bağlantıları olan kilit kuruluşun temsilcileri, bağımsız profesyonel standartlar yönlendirme grubuna dahil edilmiştir.	☐
Bağımsız profesyonel standartlar yönlendirme grubunun tüm üyeleri için çıkar beyanları toplanmış ve talep üzerine sağlanmıştır.	☐
Bağımsız profesyonel standartlar yönlendirme grubunun tüm üyeleri, referans şartları altında çalışmayı kabul etmişlerdir.	☐
Bağımsız profesyonel standartlar yönlendirme grubu, amaç, hedef kitle ve standartların ele alacağı soruları kabul etmiştir.	☒
Bağımsız profesyonel standart yönlendirme grubu, finansal ve organizasyonel faaliyetler de dahil olmak üzere tavsiyelerin engellerini ve istenmeyen sonuçlarını tartışmışlardır.	☒
İlgili taraflara açık bir kamuoyu görüşmesi yapıldı.	☐
Gelişmeyi bilgilendirmek için istişareye yeterli yanıt verildi.	☒
Profesyonel standartlar yönlendirme grubunun çözülmemiş muhalif görüşlerinin olduğu nadir durumlarda, bunlar nihai belgede kabul edilmek üzere değerlendirilmiştir.	☒
Belgede kullanılan dil hedeflenen hedef kitleye uygundur.	☒
Standartlar, yönergeler, teorik çerçeve açık ve nettir.	☒
Belgede, tavsiyelerin uygulama yoluyla nasıl destekleneceğini açıklayan belirli örnekler bulunmaktadır.	☒
Yayın, değişiklik ve inceleme tarihleri günceldir ve nihai belgede yayınlanmıştır.	☒

EK 9: Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşireler İçin Kanıta Dayalı İlaç Yönetimi Rehberi (KDİYR)



Sorumluluğunuz

“Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşireler İçin Kanıta Dayalı İlaç Yönetimi Rehberi” psikiyatri hemşireliği yüksek lisans programı tez çalışması kapsamında hazırlanmıştır. Bu rehber, psikiyatri kliniğinde çalışan hemşireler ile psikiyatri kliniğinde tedavi gören ve bakım alan bireylerin ihtiyaçları doğrultusunda psikotrop ilaç yönetimi süreci ile ilgili güncel kanıtları sunmaktadır. Rehberin içeriğini uygulamak, psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin bilgi ve becerileri doğrultusunda bireysel profesyonel sorumlulukları altındadır. Bu rehber Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen yönetmelikler ve uygulama prosedürleri ile kurumunuz tarafından belirlenen politika ve prosedürlerin üzerinde yer almamaktadır.

Sorumluluğumuz

Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşireler İçin Kanıta Dayalı İlaç Yönetimi Rehberi’ni geliştirme protokolü, kullanılan kanıtlar ve kanıt düzeylerinin değerlendirilme protokolü araştırmacı tarafından belgelenmektedir. Bu süreç, gerektiğinde paylaşılacak üzere araştırmacının sorumluluğunda bulunmaktadır. Rehberin belirlenen süre kapsamında revize edilmesi araştırmacının sorumluluğunda olup; revize çalışmalarında yürütülmekte olan tez sonuçlarının kullanılması planlanmaktadır.

İçindekiler Tablosu

Rehbere genel bakış	3
Kimin için.....	3
Tanımlar	4
Giriş	8
İlaç yönetimi nedir.....	8
İlaç yönetiminden kim sorumludur	8
Psikiyatride ilaç yönetimi süreci	8
Psikiyatride ilaç yönetiminde karşılaşılan zorluklar.....	9
Psikotrop ilaç yönetiminde hemşirenin sorumlulukları.....	10
Genel bilgiler	11
Psikotrop ilaçlar	11
Antipsikotikler	11
Antidepresanlar	16
Anksiyolitikler	27
Duygudurum düzenleyicileri	32
Uyarıcılar	37
Uyarılar	42
Referanslar	45

Rehbere Genel Bakış

Bu rehber psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin ilaç yönetimi sürecinde ihtiyaç duydukları “psikiyatri kliniğinde en çok kullanılan psikotrop ilaçlar, bu ilaç gruplarına ait genel bilgiler, etki mekanizmaları, ticari isimleri ve etken maddeleri, mevcut formları, şekilleri, uygulama yolları, beklendik etki ve olası yan etkileri, ilaç-ilaç, ilaç-besin, ilaç-durum etkileşimleri, alerji belirtileri, taburculuk eğitimi, psikofarmakolojik psikoeğitim” konularını kapsamaktadır. Rehberin kullanımı ile psikiyatri kliniğinde tedavi ve bakımda rol alan hemşirelerin ilaç yönetimi müdahalelerine etkin ve güvenli bir şekilde katılabilmeleri, ilaç yönetiminin güvenli, kaliteli ve kanıta dayalı ilkeler gerçekleşebilmesi, ilaç uygulama hatalarının azalması ve hasta güvenliğinin sağlanabilmesi, hemşirelik bakımının kanıta dayalı ilaç uygulama, değerlendirme ve psikoeğitim müdahaleleri ile standartize edilmesi, bakım ve hasta sonuçlarının iyileştirilmesi, hasta bakım yükü ve maliyetlerin azaltılabilmesi, psikiyatri profesyonellerinden oluşan ekip arasındaki ilaç yönetimi işbirliğinin ve iletişimin güçlenebilmesi, hastalar ve aileleri ile işbirliğinin sağlanarak tedaviye ve ilaç kullanımına uyumun artırılması, hemşirelerin sürekli mesleki eğitilmelerine katkı sağlanabilmesi amaçlanmaktadır.

Kimin için?

Psikiyatri kliniğinde bakım veren hemşire profesyoneller.

Psikiyatri kliniğinde tedavi gören ve psikotrop ilaç kullanan bireyler.

Tanımlar

Tanımlar PUBCHEM Explore Chemistry¹ (U.S. National Library of Medicine National Center for Biotechnology Information), FDA² (U.S. Food and Drug Administration) ve aşağıda atıfta bulunan çalışmalardan yapılmıştır.

Advers etki: İlacın uygun doz aralığında kullanımında meydana gelen beklenmedik ve önceden tahmin edilemeyen zararlı etki. Ölüm, konjenital anomali, yetilerde azalma, hastanede kalışın uzaması gibi ciddi sonuçları olabilmektedir.

Agonist: Hücre reseptörleri üzerinde uyarıcı etki oluşturan bileşik. Harekete geçirici. Bu etki kısmi, dolaylı veya doğrudan olabilmektedir.

Akatizi: Antipsikotik tedaviye bağlı olarak birkaç hafta-ay sonrasında gelişebilen, hastada aşırı motor hareketlilik, yerinde duramama, sürekli gezinme, uzun süre oturamama ile karakterize olan bir yan etkidir. Belirtilerin farkedilmesi önemlidir. Hastanın ilaç uyumunu olumsuz etkileyen ve ilacı bırakmasına neden olabilen bir yan etki olduğu için müdahale edilmelidir.

Akut distonik reaksiyon: Antipsikotik kullanımı ile birkaç gün veya hafta içinde ortaya çıkabilen ağız, yüz, göz, dil, sırt ve boyun kaslarında istemsiz kasılmalar ile karakterize bir ekstrapiramidal yan etkidir. Belirtiler farketmek önemlidir. İlaç dozunun azalması veya ilacın kesilmesi ile kendiliğinden geçebileceği gibi ek tedavilerle de semptomlarını azaltmak mümkündür.

Antagonist: Hücre reseptörleri üzerinde uyarıcı etki oluşmasını engelleyen bileşik.

Asetilkolin: Çoğunlukla uyarıcı etkisi olan ana bir nörotransmitter. Düz ve çizgili kasların sinirlerle uyarımından, öğrenme ve hafıza gibi bilişsel fonksiyonlarından sorumludur. Alzheimer hastalığında kolinerjik yollarda tutulum gerçekleştiği için asetilkolin miktarı azalmaktadır. Kolinerjik ileti depresyonda artmakta, manide azalmaktadır.

Biyoeşdeğerlilik: Eşdeğer olan iki ilacın, aynı dozda verilmesinden sonra biyoyararlanımlarının belirli kabul edilebilir sınırlar içerisinde aynı olmasıdır. Bu da her iki ilacın terapötik etki, etkinlik ve güvenlik bakımından benzer olmaları anlamına gelir ³.

Biyoyararlanım: Sistemik bir etki yapması için verilen ilaçtan, vücudun ne kadar yararlandığının bir göstergesidir. Etkin maddenin emilerek sistemik dolaşıma geçmesi; etki yeri, plazma ve serum düzeyinde var olma hızı ve derecesidir. Kısacası, ilacın uygulama yerinden, hedef bölgeye ulaşabilen miktarıdır. Biyoyararlanımı; ilacın emilim hızı ve miktarına etki eden uygulama şekli ve farmasötik formu (tablet, sıvı vb.), hammaddenin kaynağı, etkin maddenin partikül büyüklüğü, bireyin yaşı, cinsiyeti, beslenme durumu, hastalıkları, midesinin boşalma süresi, bağırsak hareketleri, GIS kanalının perfüzyonu, mide

bağırsak pH'ı ve bireyden bireye değişebilen ilaçların biyotransformasyonunda görev alan enzimatik basamaktaki küçük bir genetik farklılık etkiler ⁴.

Dağıtım: Uygulanan ilacın farklı miktarlarda çeşitli vücut dokularına ve hedef bölgeye taşınması.

Dinorfin: sirkadyen ritm, iştah, stres, bağımlılık üzerine etkili olan beynin doğal opioidlerinden bir peptid hormundur.

Dopamin: Beynin ekstrapiramidal sisteminde (kas hareketlerinden sorumlu olan sistem) rol alan önemli bir nörotransmitter. Hareket koordinasyonu, duygular, istemli karar verme, dikkat, öğrenme, hafızada rol oynar. Depresyonda, manide, şizofrenide, OKB, Parkinson, Alzheimer hastalığında dopamin miktarında değişim olabilmektedir⁵.

Eksitator: Proteinlere bağlanabilen ve aktivitesini azaltabilen bileşikler. Uyarıcı etkileri vardır.

Ekstrapiramidal yan etkiler: Dopamin 2 reseptörlerinin blokajı ile meydana gelebilen, motor fonksiyonlardan sorumlu ekstrapiramidal sistemin etkilendiği, özellikle tipik antipsikotiklerin kullanımıyla ortaya çıkan bir yan etki grubudur. Akut distonik reaksiyon, akatizi, Parkinsonizm, tardif diskinezi bu yan etkiler grubundadır.

Eliminasyon: İlacın ve ilacın metabolizması sonucunda oluşan yeni ürünlerinin belirli bir süre içinde vücuttan uzaklaştırılması. Genellikle böbrekler yolu ile idrardan uzaklaştırılmaktadır.

Emilim: İlacın uygulandığı bölgeden kan veya lenf dolaşımına taşınması.

Endorfin: Beynin doğal opioidlerinden olan endorfin genellikle inhibe edici bir hormondur. Mutluluk, heyecan, ağrı, haz durumları ile ilişkili olabilmektedir.

Enkefalin: Beynin doğal opioidlerinden olan enkefalin özellikle stres tepkisinde bazı nörotransmitterler ile birlikte salınan bir hormondur.

Farmakodinamik: Organizmada ilaçların yaptığı fizyolojik, biyokimyasal, patolojik etkileri inceler. Reseptörler, bir ilacın agonist ya da antagonist oluşu, ilacın enzimleri nasıl etkilediği ile ilgilenir^{1,2}. Kısacası ilacın vücuda ne yaptığıdır.

Farmakokinetik: İlaçların plazma konsantrasyonlarındaki değişimi inceleyen çalışmalardır. İlaçların emilim, dağılım,metabolizma ve atılım süreçleri ile ilgilidir ⁶. İlaçların emilim hızı, yarı ömürleri, kararlı konsantrasyonları, biyoyararlanım ve biyoeşdeğerlilikleri ile ilgilenir. Kısacası vücudun ilaca ne yaptığıdır.

GABA: Beyindeki temel engelleyici nörotransmitterdir. Nöronal plastisite, stres reaktivitesi, duyuşal işleme, hafıza oluşumu ve dikkat işlevlerinde rol oynamaktadır. Şizofreni, depresyon, otizm, anksiyete bozuklukları, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, bipolar bozukluk, alkol kullanım bozukluklarında GABA düzeylerinde normalden sapmalar görülebilmektedir ^{7,8}.

Glisin: Sinirsel iletimi engelleyici bir nörotransmitter.

Glutamate: beyindeki temel uyarıcı nörotransmitter. Öğrenme, hafıza ve konsantrasyon gibi bilişsel yeteneklerde rol almaktadır. Depresyon, demans, OKB ve şizofrenide glutamat düzeyinde değişimler olabilmektedir^{9,10,11,12}.

Hipersalivasyon: Tükürük salgılanmasında artış meydana gelmesi. Antipsikotik ilaç tedavisinin bir yan etkisi olarak ortaya çıkabilmektedir.

Histamin: Merkezi etkili bir nörotransmitter, gastrik sekresyon uyarıcısı, düz kas vazokondüktörü, vazodilatör.

İlaç etkileşimi: İlaçların birbirlerinin farmakokinetik ve/veya farmakodinamikleri üzerine etkilerinin olması durumu.

İlaç uyumu: Hastanın sağlık ekibi tarafından düzenlenen ilaç tedavisini kabul edip; belirlenen süre, doz ve durumlarca uygulamasıdır.

İnhibitör: Proteinlere bağlanabilen ve aktivitesini azaltabilen bileşikler. Bir nörotransmitter inhibitör, eksitator veya her ikisi özellikte olabilmektedir.

Kesilme/yoksunluk sendromu: Bazı ilaçları aniden bırakmanın sonucunda gelişen vücutta yoksunluk semptomlarının görülmesi durumudur. Sinirlilik, heyecan, artmış hareketlilik, bilinç bulanıklaşması, uyku bozuklukları, çarpıntı belirtileri ile karakterize olabilmektedir.

Metabolizma: İlacın genellikle karaciğer enzimleri tarafından kimyasal olarak başka maddelere değiştirilmesi. Psikotrop ilaçlar için bu süreçte çoğunlukla sitokrom p450 enzimleri görev almaktadır.

Noradrenalin: Noradrenerjik nöronlardan salınan bir nörotransmitter, norepinefrin. Kardiyovasküler işlevi, uyku-uyanıklık, uyarılma, dikkat, kaygı, algılama, motivasyon, haz ve duygudurum düzenlenmesinde rol almaktadır. Depresif bozukluklar, anksiyete bozuklukları, mani, uyku-uyanıklık bozukluklarında noradrenalin değişimleri görülebilmektedir.

Nöroleptik malign sendrom: Antipsikotiklerin, özellikle tipik antipsikotiklerin, kullanımı ile ortaya çıkabilen nadir görülen fakat ciddi bir yan etkidir. Bilinç bulanıklığı, kas spazmları, kaslarda rijidite, akinezi, hipertermi, nabız ve kan basıncı değişiklikleri ile karakterizedir. Belirtilerin erken farkedilmesi önemlidir. İlacın kesilmesi ve ek ilaç tedavisi ile semptomları hafifletilebilir.

Nöron: Sinir hücresi. Sinir sisteminde bilgi aktarımından sorumlu temel hücre.

Nörotransmitter: Nöronlardan salgılanan kimyasal madde. Nöronlar arasında ve sinir sisteminde bilgi aktarımına yardımcı olan kimyasal madde. Nörotransmitterler temel olarak dört gruba ayrılabilir. Bu gruplar; Aminoasitler (glutamate, GABA, glisin), Monoaminler (Dopamin, Serotonin, Noradrenalin, Histamin), Nöropeptidler (vazopressin, endorfinler, enkefalinler ve dinorfinler), Kolinerjikler (Asetilkolin).

Parkinsonizm: Antipsikotik tedaviye bağlı birkaç hafta-ay sonrasında gelişebilen; tremor, postürde bozulma, bradikinezi, hipersalivasyon ile karakterize bir yan etkidir.

Psikotrop ilaç: Doğrudan merkezi sinir sistemine etki ederek düşünce, duygulanım ve davranış üzerine etkileri olan ilaçlardır. Psikiyatrik hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçlar gruplarıdır.

Serotonin sendromu: Öldürücü olabilen bir komplikasyondur. Serotonin miktarına etki eden birden fazla ilaç kullanımı veya tek bir ilacın yüksek dozda kullanımı/metabolizmasının etkilenmesi ile ortaya çıkabilmektedir. Otonomik instabilite (taşikardi, hipertansiyon, terleme), devinsel sorunlar (titreme, tremor) , davranışsal bozukluklar(ajitasyon, huzursuzluk, deliryum, koma) ile karakterizedir.

Serotonin: Anksiyete, uyku-uyanıklık, mutluluk, üzüntü, irritabilite, düşünce, iştah, sirkadian ritimler, canlılık, yorgunluk, çökkünlük, beden ısısı, mevsimsel ritimler, ağrı duyumu, cinsel istek, metabolizma, cinsel fonksiyonlar üzerine etki eden nörotransmitter. Serotonin düzeyi kan şekeri, stres düzeyi, oksijen düzeyi, beslenmeden etkilenebilmektedir. Depresif bozukluklar, anksiyete bozukluklarında, anoreksiya nervozada serotonin düzeyi değişebilmektedir¹³.

SSRI kesilme sendromu: SSRI tedavisinin aniden bırakılmasına bağlı bir komplikasyondur. Bireyde yoksunluk belirtileri ile benzer belirtiler görülmektedir (başdönmesi, bulantı, bitkinlik, miyalji, insomnia, anksiyete, ajitasyon, ağlama nöbetleri, odaklanma güçlüğü).

Tardif diskinezi: Çoğunlukla tipik antipsikotik kullanımına bağlı uzun vadede ortaya çıkabilen; yüz, dil, dudak, boyun, gövde ve ekstremitelerdeki kaslarda tikler ve diskinezi, ağız şapırdatma, yalanma, istemsiz dil hareketleri ile karakterize bir yan etkidir. Belirtiler ilaç kesilse dahi veya ek tedaviye rağmen kalıcı olabilmektedir. Bu sebeple iyi gözlemlenmeli; hasta ve ailesine belirtiler anlatılmalıdır.

Toksik etki: İlacın uygun doz aralığında kullanılmaması sonucunda ortaya çıkan olumsuz ilaç etkileridir.

Vazopressin: su tutulumu, vazokonstriksiyon gibi sistemik etkileri olan bir hormon. Beyindeki rollerinin ise hafıza, saldırganlık ve vücut ısısı olduğu düşünülmekle birlikte daha çok çalışmaya ihtiyaç vardır. Şizofrenide vasopressin miktarında değişimlerin olduğu ile ilgili çalışmalar bulunmaktadır ¹⁴.

Yan etki: İlacın uygun doz aralığında kullanımında meydana gelen, istenen ve beklenen tedavi edici etkiye ilaveten ortaya çıkan, advers etkiye göre daha tahmin edilebilir olumsuz ilaç etkileridir.

Yarım ömür: İlacın vücuttaki miktarının yarısının atılması için geçmesi gereken süre. Plazma ilaç konsantrasyonunun kararlılığının sağlanması, uygun ilaç dozunun belirlenmesi, tedavinin kesildiği zaman ilaç etkilerinin görülmeye devam edebileceği süreyi belirleme gibi konularda ilaç yarı ömürlerinin bilinmesinden faydalanılmaktadır.

Giriş

İlaç yönetimi nedir?

İlaç yönetimi ilacın satın alımı ile başlayıp, ilacın hastada oluşturduğu etkinin ve sonuçların değerlendirilmesine kadar geçen süreçtir. Bu süreç güvenli, etkili, etik, maliyet etkin ve hasta merkezli bir bakım yaklaşımıdır ^{15,16}. İlaç yönetimi stratejisinin amacı hastaların kullandıkları ilaçtan en üst düzeyde fayda görebilmesi, ilaç kullanımından kaynaklanan olası zararların en aza indirilmesi ve güvenli ilaç kullanımının sağlanmasıdır.



İlaç yönetiminden kim sorumludur?

İlaç yönetimi; kurumu, kurum politikalarını, tüm sağlık ekibi üyelerini ve sağlık hizmeti alan bireyler ile ailelerini içine alan sistemsel bir yaklaşımdır. Sağlık ekibi üyelerinin her birinin ilaç yönetimi sürecinde farklı rol ve sorumlulukları bulunmaktadır. İlaç yönetimi sürecinin merkezinde ilacı kullanan bireyler yer almaktadır. Bu bireyler de bireysel ilaç yönetimlerinden sorumludur¹⁷.

Psikiyatride ilaç yönetimi süreci

Psikiyatride ilaç yönetimi süreci, ilaç yönetimi ile paralel olarak birçok bileşen içermektedir:

Psikotrop ilaç tedavisi öncesi değerlendirme	Psikotrop ilaçlar için karar verme	Reçeteyi gözden geçirme	İlaçları depolama ve dağıtma
İlaçları hazırlama ve uygulama	İlaç sonuçlarını izleme	Psikotrop ilaçları kayıt altına alma ve bilgileri aktırma	İlaç hatalarını ve istenmeyen reaksiyonları raporlama
İlaç kullanımına yönelik psikoeğitim	Bireysel ilaç yönetimi	Konsültasyon	Personel eğitimi

Psikiyatride ilaç yönetiminde karşılaşılan zorluklar

Psikiyatride ilaç yönetimi psikofarmakolojik ilaçların kullanımındaki bir takım zorluklar nedeniyle klinik uygulamada önemli bir yer tutmaktadır. Bu zorluklar temel olarak iki başlık altında incelenebilmektedir.

a) İlaç tedavisine uyumsuzluk

b) Psikotrop ilaç hataları

İlaçtan kaynaklanan faktörler	Bireyden kaynaklanan faktörler	Kurumdan kaynaklanan faktörler
- Psikotrop ilaçlardan istenilen terapötik etkinin istendik düzeyde alınamaması - Ciddi yan etkilerin görülmesi - Psikotrop ilaçların ilaç-ilaç, ilaç- besin, ilaç-durum etkileşim profilleri - Beklenmeyen ilaç reaksiyonlarına neden olabılme durumları	- Alınan tanının özellikleri (şüphencilik gibi) - İçgörü eksikliği - Kendilerini iyi hissetmeleri ve ilaca ihtiyaçları olmadığını düşünmeleri - Motivasyon eksikliği, - İlaçlar ile ilgili yanlış inanışlara sahip olmaları - Bilgi eksikliği - Gerçekçi olmayan beklentileri, - Kontrol randevularına gelmemeleri - Hastanın kültürel özelliklerinin uyumu olumsuz etkilemesi - Hastanın yakın çevresinin olumsuz tutumlara sahip olması - Evsizlik, düşük sosyoekonomik durum, madde bağımlılığı	- Kurumun eksik ilaç yönetimi politikası - Psikiyatri ekibinde yer alan sağlık profesyonellerinin hastaya yaklaşım ve tutumları - Hasta memnuniyetini - Kurumun ve sağlık profesyonellerinin ulaşılabilir olması - Psikoeğitim

Hasta ile ilişkili faktörler	Sağlık profesyonelleri ile ilişkili faktörler	Sistem ile ilişkili faktörler
• Uyumsuzluk • Hastalık semptomları	• Reçeteleme hataları • Reçetenin aktarılma ve kaydedilme hatası • Dağıtım hataları • İlaç uygulama hataları • İlaç sonuçlarını izleme hataları	• Bakımın sürekli olmaması • Yetersiz hastane eczanesi hizmetleri • Yetersiz ilaç hatası raporlama sistemi

Psikiyatri bakımında en büyük paya sahip olan hemşirelerin güvenli ve iyi planlanmış bir ilaç yönetimini hemşirelik bakımına entegre etmesiyle bu zorlukların azaltılabilmesi mümkün olabilmektedir!

Psikotrop ilaç yönetiminde hemşirenin sorumlulukları

Psikiyatri kliniklerinde tedavi bilişsel, davranışsal, psikososyal, kişilerarası, psikodinamik, tamamlayıcı ve alternatif müdahaleler ile birlikte psikofarmakolojik tedavi stratejilerinin bir bütünü olarak sağlanmaktadır. Aynı şekilde psikiyatri hastalarına sunulan hemşirelik bakımı da çok yönlü olmakta ve diğer tüm hemşirelik bakım ilkelerini içermekle birlikte, psikofarmakolojik ilaç yönetimini kapsamaktadır^{18,19}. Hemşirenin psikotrop ilaçların yönetiminde rol ve sorumluluklarını yerine getirebilmesi için psikotrop ilaçların yönetimi ile ilgili güncel bilgiyi yakalaması gerekmektedir. Psikotrop ilaç yönetimi ile ilgili güncel ve kanıta dayalı yaklaşımlar genel bilgiler bölümünde sunulmaktadır.



Genel bilgiler

Bu bölümde psikotrop ilaçlar, psikotrop ilaçların sınıflandırılmaları, tedavi ve bakım ilkeleri yer almaktadır.

Antipsikotikler

Antipsikotikler esas olarak şizofreni ve diğer psikotik bozuklukların tedavisinde kullanılan ilaç grubudur. Ayrıca mani, madde kullanımı veya yoksunluğu nedeniyle ortaya çıkabilen ajitasyon ve deliryum, tedaviye dirençli depresyon ve anksiyete, Alzheimer, demans, otizm ve bazı davranış bozukluklarında saldırganlığın azaltılmasında kullanılmaktadır. Antipsikotikler tipik (geleneksel) ve atipik (yeni nesil) olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır²⁰.

➤ Tipik antipsikotikler

Şizofreni ve psikotik bozuklukların tedavisinde ilk kullanılan antipsikotik ilaç grubudur. Tipik antipsikotikler dopamin (D2, D3) reseptörlerini bloke ederek antipsikotik etki oluşturmaktadırlar. Bu ilaçlar şizofreninin daha çok pozitif semptomları üzerine etki etmektedir. Tipik antipsikotiklerin etki ettikleri reseptör mekanizmaları nedeniyle bir takım yan etkileri bulunmaktadır. Bu yan etkiler nedeniyle hem tipik antipsikotiklerin kullanımı riskli bir ilaç grubu haline gelmekte, hem de ilacı kullanan bireylerin ilaç uyumları olumsuz etkilenmektedir²¹. Tipik antipsikotiklerin yan etkileri; ekstrapiramidal yan etkiler (akut distonik reaksiyon, akatizi, tartif diskinezi, Parkinsonizm) antikolinerjik yan etkiler (ağız kuruluğu, konstipasyon, görmede bulanıklaşma) sedasyon, ortostatik hipotansiyon, cinsel işlev bozuklukları, metabolik ve nöroendokrin yan etkiler (kilo artışı, amenore, libido kaybı, galaktore, ödem, erkeklerde meme dokusunda büyüme), nöroleptik malign sendrom, epilepsiye eğilim, ciltte koyu lekeler olarak sıralanabilmektedir^{22,23}.

➤ Atipik antipsikotikler

Tipik antipsikotiklerin yan etkilerinin fazla olması ve negatif semptomlar üzerine etki etmemeleri nedeniyle ortaya çıkan, daha güvenli kullanım imkanı sağlayan antipsikotik ilaç grubudur. Atipik antipsikotikler dopamin reseptörleri ile birlikte serotonerjik reseptör blokleri (D2, D3, D4, 5-HT2A, 5-HT2C) olarak etki ederek antipsikotik etki oluşturmaktadırlar. Bu ilaçlar şizofreninin pozitif semptomları ile birlikte negatif semptomlarına da etki etmektedirler. Tipik antipsikotiklere kıyasla ekstrapiramidal yan etki ve diğer ciddi yan etki ihtimallerinin düşük olması ile yan etki profili açısından avantajlıdırlar²⁴. Atipik antipsikotiklerin kullanımında sedasyon, hipotansiyon, cinsel işlev bozuklukları, agronülositoz ve nötrope (Klozapin), metabolik yan etkiler (kilo artışı), tükürük salgısında artış, burun tıkanıklığı, antikolinerjik yan etkiler (ağız kuruluğu, konstipasyon, baş dönmesi), ortostatik hipotansiyon, kardiyak toksisite yan etkileri görülebilmektedir^{25,26}. Bu yan etkiler ile ilaç yan etkilerinin erken farkedilmesi, ilaç dozunun azaltılması, ilaç değişikliği yapılması, çoklu ilaç kullanımından kaçınılması, tedaviye yan etkileri azaltabilecek ilaç grupları eklenmesi (benzodiazepinler, beta blokerler, antiparkinson ilaçlar, serotonin 2a reseptör antagonisti gibi), ilaç kullanan bireye yan etkilerle başa çıkma yollarının öğretilmesi ile başedilebilir^{23,27,28,29}.

İlaç grubu	Etken madde/ ticari isim	İlaç formu	İlaç/besin/durum etkileşimleri	Hemşirelik müdahaleleri ve psikoeğitim konuları
Tipik Antipsikotik	Chlorpromazine (Thorazine, Largactile, Promopar, Sonazine)	Tablet Enjeksiyon Damla IV Konsantrasyon Fitol	Kafein, sarı kantaron, kava bitkisi, alkol, sigara ile birlikte kullanımlarının enzim sistemleri ve ilaç mekanizmaları üzerine etkilerini değerlendiren çalışmalar mevcuttur ^{30,31} . Alkol Bu gruptaki ilaçların birbirleri ile ve diğer birçok ilaç grubu ile etkileşimi bulunmaktadır ^{30,31} .	Hastaya antipsikotiklerin olası etki ve yan etkileri hakkında bilgi verilmelidir. Hastaya, kullandığı ilaç ile etkileşime girmesi olası olan maddeler hakkında bilgi verilmeli; tedavi süresince bu maddelerden uzak durması teşvik edilmelidir.
	Fluphenazine (Prolixin)	Enjeksiyon Tablet Damla		Olası yan etkilerin erken belirtileri gözlemlenmelidir. Yan etki belirtileri gözlemlenmişse psikiyatri ekibi ile paylaşılmalıdır. Ciddi yan etkiler gözlemlendiği zaman hekim kararı ile ilaç dozu azaltılmalı veya kesilmelidir.
	Haloperidol (Haldol, Norodol)	Tablet Enjeksiyon Damla Şurup İnhaler Kapsül		Olası geç belirtiler için hasta öncesinde uyarılmalıdır. Taburcu olduktan sonra ortaya çıkabilecek belirtiler için hastaneye başvurması gerektiği anlatılmalıdır. Hasta ve ailesine ciddi yan etkilerin belirtileri anlatılmalı; bu yan etkileri gözlediklerinde hastaneye başvurmaları gerektiği söylenmelidir.
	Loksapin (Adasuve, Loxitane)	Tablet Enjeksiyon Damla		Antipsikotiklerin gebelikte kullanımları orta/yüksek derecede risklidir. Bu nedenle hasta ile planlanan bir gebelik olup olmadığı konuşulmalı; aile planlaması yöntemleri kullanımı hakkında bilgi verilmelidir. Hasta mevcut durumda gebe ise psikiyatri ekibi ve hasta-ailesi ile birlikte tedavi seçenekleri değerlendirilmelidir.
	Mesoridazine (Serentil)	Tablet Damla Enjeksiyon		

	Molindon (Moban)	Kapsül Tablet Damla		Emzirme döneminde antipsikotik ilaçların kullanımları düşük/orta/yüksek derecede risklidir. Bu riskler hakkında hasta bilgilendirilmelidir. Sedasyon ve dikkatte dağılma yan etkilerinin zamanla azalacağı hastaya açıklanmalıdır. Şikayetler azalmıyor ise psikiyatri ekibi ile paylaşılmalı; ilaç değişikliği yapılabileceği değerlendirilmelidir. Hasta dikkat gerektiren ve tehlikeli işler yapmaması konusunda uyarılmalıdır. Cinsel işlev bozuklukları hakkında henüz ortaya çıkmadan hasta bilgilendirilmelidir. Cinsel işlev bozuklukları ile ilgili özel sorular sorulmalıdır. Eğer cinsel işlev bozukluğu yan etkisi ortaya çıkmış ise, neden olan faktörler tanımlamalı; bu durumun ilaçtan bağımsız psikojenik nedenlerle oluşabileceği ihtimali değerlendirilmelidir. Bu yan etki ile başedebilmek için yüksek kanıt derecesine sahip farmakolojik bir yaklaşım bulunmamaktadır. Bu sebeple hasta ile iletişim kurmak, duygularını ve düşüncelerini paylaşması için cesaretlendirmek, yan etkinin yaşamında yarattığı etkileri değerlendirmek önemlidir. Adet anormallikleri klinik değerlendirmenin rutini haline getirilmelidir^{32,33}. Kilo alımını önlemek için ilaç değişikliğine gidilebilmektedir. Bunun için hastanın kilo takibinin yapılması, bel çevresi ölçümünün yapılması; gerekiyor ise ekiple ilaç değişikliğinin değerlendirilmesi gerekmektedir. Hastanın beslenme düzeni değerlendirilmeli; kilo alımını önleme
	Pimozid (Orap)	Tablet		
	Trifluoperazin (Stelazine, Eskazinyl, Eskazine, Jatroneural)	Tablet Enjeksiyon Damla		
Atipik Antipsikotik	Aripiprazole (Abilify, Abilify Maintena Kit, Abilify Mycite Kit, Aristada Initio Kit)	Tablet Şurup Enjeksiyon		
	Azenapin (Saphris, Sycrest)	Tablet Transdermal bant		
	Clozapine (Clozaril, Leponex, Versacloz)	Tablet Damla		

	Ketiapin (Seroquel, Temprolide)	Tablet		gereksinimi doğrultusunda bir liste hazırlanması için diyetisyen ile irtibata geçilmelidir. Beslenme müdahalesi antipsikotik ilaç kullanımına bağlı kilo alımını önlemek için etkili bir yöntemdir. Bu müdahaleye ilaç kullanımı ile eş zamanlı başlanması daha iyi sonuç vermektedir³⁴. Hastanın klinik içi ve taburculuk sonrasında uygulayabileceği bir fiziksel aktivite kazandırılmalıdır. Şizofreni ve antipsikotik ilaç kullanımında yürüyüş, aerobik, fitness aktivitelerinin kolesterolün azalması, kalp sağlığı açısından olumlu etkilerinin olduğunu orta derece kanıt sunan çalışmalar vardır^{35,36}. Tardif diskinezi ortaya çıktığı zaman iyileşme oranları düşük olmaktadır. Ayrıca ilave ilaçlarla tedavisindeki kanıtlar düşük derecedir. Bu nedenle tedavinin en başında ilacın iyi seçilmesi, hastanın bilgilendirilmesi, yan etkilerin iyi gözlenmesi ve belirtiler görülünce ilacın kesilmesi gerekmektedir³⁷. İlaca bağlı konstipasyonu tedavi etmek için yüksek dereceli kanıt sunan bir farmakolojik tedavi yoktur. Bu nedenle hastayı konstipasyonu önlemek için nonfarmakolojik olan yöntemlere yönlendirmek gerektirmektedir. Hastanın genel sağlık durumu gözönüne alınarak gün içinde tükettiği su ve sıvı miktarını artırmak, posalı ve lifli gıdalarca beslenmesini sağlamak, fiziksel aktivite yapmaya teşvik etmek önleyici yaklaşımlar olarak sıralanabilmektedir³⁸. Ağız kuruluğu ile başedebilmek için sıvı ve su tüketimi artırılmalıdır. Ağıza buz parçaları almak, şekerli ve asitli yiyeceklerden kaçınmak, alkol içeren
	Olanzapine (Zyprexa)	Tablet Enjeksiyon Kapsül		
	Paliperidon (Invega, Xeplion)	Tablet Enjeksiyon		
	Risperidone (Risperdal)	Enjeksiyon Tablet Şurup		

				gargaralardan kaçınmak gerektiği hastaya anlatılmalıdır. Hastanın düzenli diş muayeneleri yaptırması önerilmektedir. Karaciğer, kardiyovasküler hastalıklar, glokom, epilepsi ve böbrek hastalıklarının varlığında antipsikotik kullanımı riskli olabilmektedir. Bu nedenle hastanın ilaç seçiminden önce değerlendirilmesi gerekmektedir. Risk değerlendirmesi yapılmalı; risk var ise ek tedavi seçenekleri değerlendirilmeli veya koruyucu ilaçlar antipsikotik ilaç tedavisine eklenmelidir. Atipik antipsikotik alan hastaların kilo, kan basıncı, kan lipit düzeyi ve kan şekerlerinin düzenli olarak izlenmesi gerekir. Klozapinin agranülositoza neden olma potansiyeli nedeniyle kullanımının izlenmesi gereksinimi vardır. Hastaların ilk 5 ay haftada bir; ardından iki haftada bir kan tahlili vermeleri gerekmektedir. Çocuk, ergen ve yaşlıların bu açıdan daha riskli olduğu unutulmamalıdır^{39,40}.
--	--	--	--	---

Antidepresanlar

Depresif bozukluklar başta olmak üzere anksiyete bozuklukları, obsesif-kompulsif bozukluk, travma ve stresörle ilişkili bozukluklar, uyku-uyanıklık bozuklukları ve migren tedavisinde kullanılan ilaç grubudur. Klinik uygulamada yeme bozukluklarında kullanılmaktadır fakat bununla ilgili iyi tasarlanmış araştırmalara ihtiyaç vardır^{41,42}.

Antidepresanlar monoaminler üzerine etkilerine göre üç gruba ayrılmaktadır. Bu gruplar; enzim inhibitörleri, gerilim inhibitörleri, reseptör blokerleri olarak sıralanabilmektedir⁴³⁻⁵⁰.

➤ **Enzim İnhibitörleri**

Monoamin Oksidaz İnhibitörleri (MAOI)

Monoamin oksidaz enzimi, monoamin grubundaki (norepinefrin, serotonin, dopamin) nörotransmitterlerini yeni amin sentezi için yıkan bir enzimdir. MAOI'lar ise, bu enzimi inhibe ederek norepinefrin, serotonin ve dopaminin yıkımını önlemektedir. Atipik depresyon, anksiyete, paniklerin eşlik ettiği depresyon tedavilerinde kullanılır. Güvenli kullanım açısından olumsuz özelliklerinin olması nedeniyle diğer antidepresanlardan sonra tercih edilmektedir. MAO enzimlerinin MAOI kullanımı ile bloke edilmesi, tiramin içeren besinlerin tüketimi ile vücutta tiramin birikmesine ve sonucunda hipertansif kriz ile ölümle sonuçlanabilen yan etkilerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu sebeple MAOI grubundan bir ilaç kullanan bireyin tiramin içeren besinleri tüketmemesi gerektiği ile ilgili bilgi sahibi olması sağlanmalıdır. Ayrıca kilo alımı, ödem, uyku sorunları, cinsel fonksiyon bozuklukları, gastrointestinal sistem şikayetleri, karaciğer fonksiyon bozuklukları diğer yan etkileri olabilmektedir^{1,2}.

➤ **Gerilim İnhibitörleri**

Trisiklik Antidepresanlar (TSA)

Noradrenalin ve serotonin için presinaptik gerilim düzeneklerinin kullanılmasını engelleyerek nörotransmitterlerin postsinaptik reseptörler için daha uzun süreli olarak ortamda kalmalarını sağlarlar. Depresif bozukluklar, OKB, panik bozukluk tedavilerinde kullanılırlar. Etkin antidepresanlardır fakat yan etkileri yeni nesil antidepresanlara göre daha fazladır. Antikolinerjik ve antihistaminik etkileri vardır. Sedasyon, antikolinerjik yan etkiler (ağız kuruluğu, konstipasyon, görmede bulanıklaşma), ortostatik hipotansiyon, taşikardi, aritmi, epilepsiye yatkınlık, konfüzyon, cinsel işlev bozuklukları, kilo artışı görülebilen yan etkileridir⁴⁸.

Seçici Serotonin Gerilim İnhibitörleri (SSRI)

Yeni nesil antidepresanlar olarak geçerler. Presinaptik geri alım düzeneğini engelleyerek serotoninin ortamdaki miktarını artırır. Nörondaki serotonin taşıyıcı pompayı seçici olarak inhibe ederler. Depresif bozukluklar, anksiyete bozuklukları, bazı yeme bozuklukları, migren, labilite tedavilerinde kullanılırlar. Yan etkileri trisiklik antidepresanlara göre hafiftir. Yan etkiler ortaya çıksa bile ilk iki hafta görülmekte; ardından azalmaktadır. Bulantı, diyare, sedasyon, baş ağrısı, anksiyete, seksüel işlev bozuklukları, kilo alma, uyku sorunları yan etkileri görülebilmektedir. Serotonin sendromu ile SSRI kesilme sendromu ortaya çıkabilecek komplikasyonlardır. SSRI'ların terapötik etkileri 2-4 haftada ortaya çıkmaktadır. Yüksek dozda etkileri değil, yan etkileri artmaktadır^{44,45}.

Serotonin ve Norepinefrin Geri Alım İnhibitörleri (SNRI)

Nöronda aynı anda hem serotonin hem norepinefrin taşıyıcılarını bloke ederek etki ederler. Trisikliklerden farklı olarak, muskarinik, histaminik ve alfa adrenerek reseptörlere bağlanmazlar, bu da daha az yan etki anlamına gelmektedir. Etkinlikleri trisiklikler kadar, güvenlikleri SSRI'lar kadardır. Depresif bozukluklar, anksiyetenin eşlik ettiği depresif bozukluklar, yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu tedavilerinde kullanılırlar. Bulantı, baş ağrısı, uykusuzluk, cinsel işlev bozuklukları, ağız kuruluğu, sersemlik, konstipasyon, terleme, yüksek dozlarda hipertansiyon yan etkileri görülebilmektedir. MAOI'lar kesildikten en az 14 gün sonra başlanmalıdır; aksi halde ilaç etkileşimi görülebilmektedir⁴⁶.

Norepinefrin ve Dopamin Geri Alım İnhibitörleri (NDRI)

Noradrenalin ve dopaminin geri alımını inhibe ederek etki göstermektedirler. Depresif bozukluklar, sigarayı bırakma, dikkat eksikliği, hiperaktivite bozukluğunda kullanılmaktadır. Ajitasyon, ağız kuruluğu, insomnia, bulantı, nöbet, kan basıncında yükselme, görme problemleri, halüsinasyon, davranış bozuklukları, taşikardi, konstipasyon yan etkileri görülebilmektedir⁵¹.

Norepinefrin Geri Alım İnhibitörleri (NRI)

Noradrenalin geri alımını seçici olarak inhibe ederek, noradrenalinin etkisini artırarak etki göstermektedirler. Depresif bozukluklar, panik bozukluk, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tedavisinde kullanılabilmektedirler. Yan etkileri diğer antidepresanlara kıyasla seyrek görülmektedir ve şiddetleri azdır. Ağız kuruluğu, konstipasyon, hipotansiyon görülebilir.

➤ Reseptör Blokerleri

Noradrenergik-Spesifik Serotonerjik Antidepresanlar (NaSSA)

Bu gruptaki ilaçların etki mekanizmaları birbirleri ile benzemekte fakat ufak farklılıklar barındırmaktadır. Temel olarak serotonin, noradrenalin, histamin reseptörlerini bloke ederek etki göstermektedirler. Bu gruptaki ilaçlar çoğunlukla

depresif bozukluklar, uyku bozuklukları, anksiyete bozukluklarının tedavisinde kullanılmaktadır. Yan etki profilleri diğer psikotrop ilaçlara kıyasla iyi düzeydedir. Uyuşukluk, sedasyon, iştah artışı ve kilo alımı ortak yan etkileri arasındadır⁴⁷.

Serotonin-2 Reseptör Antagonisti ve Gerialım İnhibitörleri (SARI)

Yapısal olarak antidepresan etki gösteren bir benzodiazepine benzerler. Presinaptik serotonin gerialımı inhibisyonu ve postsinaptik 5-HT₂ antagonizmi ile etki eder. Alfa-1 adrenerjik ve histaminerjik antanonzizm etkileri de vardır. Depresif bozuklukların tedavisinde kullanılmaktadırlar. Sedasyon, ortostatik hipotansiyon, aritmi, kilo artışı, görme problemleri yan etkileridir^{1,2}.



★★★★★★★★

UYARI Özellikle ilaç tedavisinin ilk birkaç ayında veya doz değişiklikleri zamanlarında klinik belirtilerde kötüleşme, alışılmadık davranış değişiklikleri ve intihar düşünceleri için uygun şekilde değerlendirilmeli ve yakından izlenmelidir.

★★★★★★★★

İlaç grubu	İlaç alt grubu	Etken madde/ ticari isim	İlaç formu	İlaç/besin/durum etkileşimleri	Hemşirelik müdahaleleri ve psikoeğitim konuları
Enzim İnhibitörleri	MAOI	Fenelzin (Nardil, Nardelzine)	Tablet	Bupropion Buspiron Nefazodon Trazodon Karbamazepin	Hipertansif reaksiyon gelişebileceği için hastaya tedavi süresince tiramin içeren yiyecekler tüketmemesi gerektiği söylenmelidir. Tiramin içeren yiyeceklerin neler olduğu açıklanmalı; hatırlanmasını kolaylaştırmak için hasta ve ailesine bir listesi verilmelidir. Hipertansif reaksiyon belirtileri hasta ve ailesine açıklanmalıdır. Bu belirtilerle karşılaştıkları zaman hastaneye başvurmaları gerektiği söylenmelidir. ^{52,53}
		İzokarboksazid (Marplan)	Tablet	Amfetaminler Metilen mavisi (metiltiyoninyum klorür)	
		Moclobemide (Aurorix, Manerix, Amira , Clobemix , Depnil)	Tablet	SSRI'lar SNRI'lar	

		Selegilin (Eldepryl, Zelapar, Emsam, Jumex)	Kapsül Transdermel bant Tablet	Sarı kantaron ^{30,31} Tiramin içeren gıdalar (bira, tütsülenmiş etler, salam, bekletilerek yenilen peynirler, sucuk, sosis, yoğurt, soya sosu, lahana turşusu, çikolata, aşırı kafein) ^{52,53}	
		Tranilsipromin (Parnate)	Tablet		
Gerialım İnhibitörleri	Trisiklik Antidepresanlar (TSA)	Amitriptilin (Elavil, Endep)	Tablet	Barbitüratlar Oral kontraseptifler	Hipotansiyon, taşikardi, ve aritmi yan etkilerinin varlığı hayati bulgular değerlendirilirken göz önüne alınmalıdır. Görmede bulanıklaşma ve sedasyon yan etkileri nedeniyle hastanın tehlikeli makine ve araç kullanmaması gerektiği konusunda uyarılması önemlidir. Sedasyonun zamanla azalacağı hastaya söylenmelidir. Ağız kuruluğu ve konstipasyon yan etkileri ortaya çıkmış ise
		Doksepin (Silenor, Zonalon, Adapin, Sinekuan)	Tablet Kapsül	Halloperidol Beta-blokerler Disülfiram Metilfenidat	
		İmipramin (Tofranil)	Tablet	Diltiazem	

		Klomipramin (Anafranil)	Kapsül	Antikolinerjikler Antihistaminikler	hastaya genel klinik durumu göz önüne alınarak yeterli sıvı ve su tüketimi önerilmelidir. Ağız kuruluğu ile başedebilmek için sıvı ve su tüketimi artırılmalıdır. Ağıza buz parçaları almak, şekerli ve asitli yiyeceklerden kaçınmak, alkol içeren gargaralardan kaçınmak gerektiği hastaya anlatılmalıdır. Hastanın düzenli diş muayeneleri yaptırması önerilmektedir. Konstipasyonu önlemek için hastanın genel sağlık durumu gözönüne alınarak posalı ve lifli gıdalarca beslenmesini sağlamak, fiziksel aktivite yapmaya teşvik etmek önleyici yaklaşımlar olarak sıralanabilmektedir. Hastanın epilepsi geçmişi değerlendirilmelidir. Nöbet riski açısından hasta gözlemlenmeli; hasta ve ailesine nöbet belirtileri anlatılmalıdır. Cinsel işlev bozuklukları hakkında henüz ortaya çıkmadan hasta bilgilendirilmelidir. Cinsel işlev bozuklukları ile ilgili özel sorular sorulmalıdır. Eğer cinsel işlev bozukluğu yan etkisi
		Nortriptilin (Pamelor, Aventyl)	Kapsül Şurup	Sempatomimetikler Metilen mavisi (metiltiyoninyum klorür)	
		Opi Pramol (Deprenil, Insidon)	Tablet	Alkol	
		Trimipramin (Surmontil)	Kapsül		

					ortaya çıkmış ise, neden olan faktörler tanımlamalı; bu durumun ilaçtan bağımsız psikojenik nedenlerle oluşabileceği ihtimali değerlendirilmelidir. Hastanın kilo takibi yapılmalı; kilo alımını kontrol altında tutmak için diyetisyenle işbirliği yapılarak uygun bir beslenme programı hazırlanmalıdır. Hasta yetenek ve ilgisi doğrultusunda bir fiziksel aktiviteye yönlendirilmelidir.
	Seçici Serotonin Gerilim İnhibitörleri (SSRI)	Essitalopram (Lexapro, Cipralex, Eslorex) Fluoksetin (Prozac, Fulsac, Florak, Sarafem, Symbyax) Fluvoksamin (Luvox, Faverin)	Tablet Emme tableti Efervesan tablet Tablet Kapsül Şurup Tablet	MAOI'leri Karbamazepin Valproat Fenobarbital Benzodiazepinler Varfarin Lityum Metilen mavisi (metiltiyoninyum)	Serotonin sendromu riski olması nedeniyle hasta belirtiler açısından gözlenmelidir. Serotonin sendromu ortaya çıkmış ise ilaç dozu veya değişikliği için durum hekime bildirilmelidir. Hasta ve ailesine serotonin sendromu belirtileri anlatılmalı; ortaya çıktığı zaman hastaneye başvurmaları gerektiği belirtilmelidir. Hasta çoklu ilaç kullanıyor ise serotonin sendromu riski artabileceği için ilaçlar bu yönden değerlendirilmelidir. Kesilme sendromu riski olabileceği için hasta ve ailesine hekimi ilacı bıraktırmadan ilaç kullanımını bırakmamaları

		Paroksetin (Paxil, Seroxat, Paxeve)	Tablet	klorür) Sarı kantaron ^{30,31} Alkol	gerektiği anlatılmalıdır. ilaç kullanımının hekim kontrolünde aşamalı olarak bırakılabileceği bilgisi verilmelidir. Hasta ve ailesine kesilme belirtileri anlatılmalıdır.
		Sertralin (Zoloft, Lustral)	Tablet Damla		Baş ağrısı ile başetmek için ilaç dozu ayarlanması veya alternatif ilaç kullanımı konusunda hastanın hekimine danışması önerilmelidir.
		Sitalopram (Celexa, Cipramil)	Tablet		Sessiz ve loş ışıklı bir odada dinlenmek baş ağrısını azaltmak ilaç dışı bir yöntem olarak hasta ve ailesine önerilmelidir.
					Mide bulantısı ile başedebilmek için hastaya gevşeme egzersizleri yaptırmak ve öğretmek yardımcı olabilmektedir. Öğünlerini sık sık ve az yemesi önerilmelidir. Sıvı tüketimini yavaş ve küçük yudumlarla yapması önerilmelidir. Kuru ekmek,kraker gibi yiyecekler önerilmeli; yağlı, aşırı baharatlı, kızarmış, kokulu,çok tatlı yiyeceklerden uzak durması önerilmelidir.
	Serotonin Norepinefrin	Desvenlafaksin (Pristiq)	Tablet	MAOI'leri	Serotonin sendromu riski olması nedeniyle hasta belirtiler açısından gözlenmelidir. Serotonin sendromu ortaya çıkmış

	Gerialım İnhibitörleri (SNRI)	Duloksetin (Duxalta, Cymbalta)	Kapsül	Lityum Simetidin	ise ilaç dozu veya değişikliği için durum hekime bildirilmelidir. Hasta ve ailesine serotonin sendromu belirtileri anlatılmalı; ortaya çıktığı zaman hastaneye başvurmaları gerektiği belirtilmelidir. Hasta çoklu ilaç kullanıyor ise serotonin sendromu riski artabileceği için ilaçlar bu yönden değerlendirilmelidir. Kesilme sendromu riski olabileceği için hasta ve ailesine hekimi ilacı bıraktırmadan ilaç kullanımını bırakmamaları gerektiği anlatılmalıdır. İlaç kullanımının hekim kontrolünde aşamalı olarak bırakılabileceği bilgisi verilmelidir. Hasta ve ailesine kesilme belirtileri anlatılmalıdır. Baş ağrısı ile başetmek için ilaç dozu ayarlanması veya alternatif ilaç kullanımı konusunda hastanın hekimine danışması önerilmelidir. Sessiz ve loş ışıklı bir odada dinlenmek baş ağrısını azaltmak ilaç dışı bir yöntem olarak hasta ve ailesine önerilmelidir.
		Venlafaksin (Effexor)	Kapsül	Metilen mavisi (metiltiyoninyum klorür)	

					Mide bulantısı ile başedebilmek için hastaya gevşeme egzersizleri yaptırmak ve öğretmek yardımcı olabilmektedir. Öğünlerini sık sık ve az yemesi önerilmelidir. Sıvı tüketimini yavaş ve küçük yudumlarla yapması önerilmelidir. Kuru ekmek,kraker gibi yiyecekler önerilmeli; yağlı, aşırı baharatlı, kızarmış, kokulu,çok tatlı yiyeceklerden uzak durması önerilmelidir.
	Norepinefrin Dopamin Gerialım İnhibitörleri (NDRI)	Bupropion (Wellbutrin)	Tablet	MAOI'lar Alkol	MAOI kullanımı bittikten en az 2 hafta sonra ilaç kullanımına başlanmalıdır. Aynı şekilde bu gruptaki ilaçların kullanımı bittikten en az 2 hafta sonra MAOI grubu bir ilaç kullanımına başlanabilinmektedir. Bu durum hasta ve ailesine anlatılmalı; reçetesiz ilaç kullanmamaları gerektiği söylenmelidir. Dikkat dağınıklığı ve sedasyon riski nedeniyle tehlikeli ve dikkat gerektiren işlerden uzak durması gerektiği hasta ve ailesine anlatılmalıdır. Bulantı yan etkisi ile başedebilmek için ilaçlar yemekle alınmalıdır. Ayrıca gevşeme egzersizleri yaptırmak ve öğretmek bulantıyı azaltmaya yardımcı olabilmektedir. Öğünlerini sık sık ve az yemesi önerilmelidir. Sıvı tüketimini

					yavaş ve küçük yudumlarla yapması önerilmelidir. Kuru ekmek,kraker gibi yiyecekler önerilmeli; yağlı, aşırı baharatlı, kızarmış, kokulu,çok tatlı yiyeceklerden uzak durması önerilmelidir. Uyku saatine yakın ilaç kullanımı uykusuzluk yapabileceği için ilaçlar uyku saatine yakın alınmamalı; gün içinde veya sabah kullanılmalıdır.
	Norepinefrin Geri Alım İnhibitörleri (NRI)	Reboxetine (Edronax)	Tablet	Etkileşim profilleri iyidir.	Genel antidepresan yan etkileri ile aynıdır fakat daha az sıklıkta ve daha şiddette görülebilmektedir.

Reseptör Blokörleri	Noradrenerjik- Spesifik Serotonerjik Antidepresanlar (NaSSA)	Mianserin (Tolvon)	Tablet		Diğer antidepresanlarda olduğu gibi intihar düşüncesinin ilaç kullanımıyla birlikte gün yüzüne çıkmasına dikkat edilmelidir. Hasta intihar düşünceleri ve intihar riski açısından değerlendirilmelidir. İntihar açık açık konuşulmalı; hastaya intiharı sormaktan çekinilmemelidir. Hastaya “Kendinize zarar verme düşünceniz var mı, hayatınızı devam ettirmekte zorlanıyor musunuz, intihar planınız var mı, var ise bunun için bir hazırlığınız bulunuyor mu” gibi sorular sorulabilmektedir. yine hastanın davranışsal olarak intihar düşüncesini belirten işaretler iyi değerlendirilmelidir. Eşyalarını başkalarına verme, vasiyet yazma gibi belirtilere dikkat edilmelidir. İlaç kullanımının tetikleyebileceği epilepsi nöbeti riski nedeniyle, hasta nöbet riski açısından gözlemlenmeli; hasta ve ailesine nöbet belirtileri anlatılmalıdır.
		Mirtazapin (Remeron, Miltaron, Minelza)	Tablet Efervesan tablet Emme tableti Şurup		
	Serotonin-2 Reseptör Antagonisti ve Gerialım İnhibitörleri (SARI)	Nefazodon (Dutonin, Nefadar, Serzone)	Tablet	MAOI’lar	İntihar düşüncesi açısından NaSSA’lar ile benzer nitelikler taşımaktadırlar. Karaciğer yetmezliği gelişebileceği için hasta bu belirtiler açısından rutin olarak değerlendirilmelidir.(sarılık, anoreksiya, gastrointestinal şikayetler, halsizlik ile belirgin). Taburculuk planında hasta ve ailesine bu belirtiler anlatılmalı; ortaya çıktığı zaman hastaneye başvurmaları gerektiği söylenmelidir. MAOI kullanımı bittikten en az 2 hafta sonra ilaç kullanımına başlanmalıdır. Aynı şekilde bu gruptaki ilaçların kullanımı
		Trazodon (Desyrel)	Tablet		

					bittikten en az 2 hafta sonra MAOI grubu bir ilaç kullanımına başlanabilmektedir. Bu durum hasta ve ailesine anlatılmalı; reçetesiz ilaç kullanmamaları gerektiği söylenmelidir.
--	--	--	--	--	--

Anksiyolitikler

Trankilizanlar olarak da adlandırılmaktadır. Anksiyete ve anksiyete ile ilişkili bozuklukların semptomatik tedavisinde kullanılan ilaç grubudur. Yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, sosyal anksiyete bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk, fobiler ve travma sonrası stres bozukluğu tedavisinde kullanılmaktadır. Anksiyolitikler; benzodiazepin türevleri, karbamat türevleri, difenilmetan türevleri, siklopirolon türevleri ve değişik yapıdaki türevler olarak sınıflandırılabilir^{1,2}.

➤ Benzodiazepin Türevleri

Anksiyete giderici özellikleri ile birlikte kas gevşetici ve hipnotik etkileri de bulunmaktadır. Temel olarak GABA reseptörleri üzerinden etki etmektedirler. Bununla birlikte artmış olan noradrenerjik aktiviteyi azaltarak ve adenozerjik aktiviteyi artırarak anksiyete üzerine etki etmektedirler. Anksiyete bozuklukları, uyku-uyanıklıkla ilgili bozukluklar, epilepsi nöbetlerinin akut tedavisinde kullanılmaktadır. Anksiyetenin bilişsel (felaket beklentisi, korku, endişe) ve fiziksel (sıcak-soğuk basması, ağız kuruluğu, terleme, bulantı, diyare, baş dönmesi, taşikardi, hiperventilasyon) belirtilerinin azaltılmasına yardımcı olmaktadır. Sedasyon, uyuşukluk, uykuya eğilim, sinirlilik, ataksi yan etkileri görülebilmektedir. Bununla birlikte uzun süreli ve yüksek dozlarda kullanım ile tolerans ve bağımlılık gelişme riski bulunmaktadır^{1,2,54}.

➤ Karbamat Türevleri

GABA reseptörleri üzerinden etki etmektedirler. Anksiyete bozukluklarının tedavisinde özellikle anksiyete semptomlarını azaltmak, uyku bozukluklarının tedavisi, yatıştırıcı, kas gevşetici, iskelet-kas ağrılarını ve spazmlarını gidermek için kullanılmaktadırlar. Uyuşukluk, baş dönmesi, hipotansiyon, dikkatte bozulma, diyare, baş ağrısı, baş dönmesi, ataksi, konfüzyon yan etkileri görülebilmektedir. Kötüye kullanım ve bağımlılık yaratabileceği ile ilgili endişeler mevcut olmakla birlikte yeterli kanıt bulunamamıştır^{55,56,57}.

➤ Difenilmetan Türevleri

Histamin reseptörlerine etki ederek tedavi yanıtı oluştururlar. Anksiyete semptomlarının tedavisi, cerrahi öncesi sedasyon sağlamak, bulantı ve kusmayı azaltmak, alkol yoksunluğu nedeniyle oluşan ajitasyonu gidermek için kullanılabilirler. Çabuk etki ederler. Uyuşukluk, ağız kuruluğu, baş dönmesi, baş ağrısı, ataksi, halsizlik, ajitasyon yan etkileri görülebilmektedir⁵⁸.

➤ Siklopirolon Türevleri

GABA reseptörleri üzerinden etki etmektedirler. Klinik etkileri benzodiazepinlere benzese dahi kimyasal olarak farklı özelliktedirler. Sakinleştirici, yatıştırıcı özellikleri ile uyku bozukluklarının tedavisinde kullanılabilmektedirler. Hızlı etki gösterirler. Sedasyon, sersemlik, baş dönmesi yan etkileri görülebilmektedir. Bu yan etkiler sıklık ve şiddet yönünden benzodiazepinlere göre daha azdır. Bağımlılık yapma riskleri olabilmektedir. Bu gruptaki ilaçlar ile ilgili klinik araştırmalar devam etmektedir^{59,60}.

➤ Değişik Yapıdaki Türevler

Azapironlar- Buspiron: etki mekanizmasının serotonin ve dopamin üzerinden etki ettiği tahmin edilmektedir. Anksiyete bozukluklarının tedavisinde, anksiyete semptomlarını hafifletmek ve ortadan kaldırmak için kullanılmaktadır. Anksiyete üzerine etki göstermesi için 2-5 hafta geçmesi gerekmektedir. Yan etki ve tolerans,bağımlılık gelişme riski bakımından benzodiazepinlere göre güvenli kullanım imkanı vardır. Bağımlılık tedavisinde kullanımları için az sayıda kanıt mevcuttur^{61,62,63}.

İlaç grubu	Etken madde/ ticari isim	İlaç formu	İlaç/besin/durum etkileşimleri	Hemşirelik müdahaleleri ve psikoeğitim konuları
Benzodiazepin Türevleri	Alprazolam (Xanax)	Tablet Şurup Damla	Alkol Antihistaminikler Barbitüratlar	Dikkatte azalma ve sedasyon yan etkileri nedeniyle hastanın tehlikeli makine ve araç kullanmaması gerektiği konusunda uyarılması önemlidir. Yaşlılarda uzun süre kullanımları yüksek risk taşımaktadır. Gebelerde ve emzirme döneminde orta/yüksek risk taşımaktadır. Karaciğer hastalığı olan bireylerde yüksek risk taşımaktadır. Bu riskler yönünden hasta değerlendirilmelidir. Ataksi, baş dönmesi, bayılma ve nöbet risklerine karşı hastanın çevresi güvenli hale getirilmeli ve düşmeler önlenmelidir. Ani duygu değişimleri, sinirlilik, öfke, sosyal izolasyon, amneziler yönünden hasta gözlenmelidir. Bu belirtiler var ise psikiyatri ekibi ile paylaşılmalıdır.
	Diazepam (Valium)	Tablet Kapsül Rektal fitil Enjeksiyon Şurup Damla Nazal sprey	Anestezikler Narkotikler Antikolinergikler Karbamazepin Kafein Sarı kantaron ^{30,31} TSA	
		Kapsül	Propranolol Teofilin	
		Tablet Çğneme	Opiyatlar	
	Flurazepam (Dalmane)	Kapsül		
	Klonazepam (Klonopin, Rivotril)	Tablet Çğneme		

		tableti	Lityum	Sonucunda ilaç dozunun azaltılması veya ilaç değişikliği yapılabilinmektedir.
	Klorazepat (Tranxene)	Tablet Kapsül		Tolerans, bağımlılık sonucunda kesilme belirtileri, uykusuzluk, kaygı görülebilmektedir. Bu sebeple kullanım süreci ve dozunun iyi yönetilmesi; hekim kontrolünde ilacın bırakılması gerekmektedir.
	Klordiazepoksit (Librium)	Tablet Kapsül Enjeksiyon		Mide bulantısını önlemek için ilaç yemeklerle birlikte alınabilmektedir. Ayrıca hastaya gevşeme egzersizleri yaptırmak ve öğretmek bulantıyı azaltmaya yardımcı olabilmektedir. Öğünlerini sık sık ve az yemesi önerilmelidir. Sıvı tüketimini yavaş ve küçük yudumlarla yapması önerilmelidir. Kuru ekmek,kraker gibi yiyecekler önerilmeli; yağlı, aşırı baharatlı, kızarmış, kokulu,çok tatlı yiyeceklerden uzak durması önerilmelidir.
	Lorazepam (Ativan, Loraz)	Tablet Enjeksiyon Damla		
	Temazepam (Restoril,Temaz)	Tablet Kapsül		Ağız kuruluğu ve konstipasyon yan etkileri ortaya çıkmış ise hastaya genel klinik durumu göz önüne alınarak yeterli sıvı ve su tüketimi önerilmelidir. Ağız kuruluğu ile başedebilmek için sıvı ve su tüketimi artırılmalıdır. Ağıza buz parçaları almak, şekerli ve asitli yiyeceklerden kaçınmak, alkol içeren gargaralardan kaçınmak gerektiği hastaya anlatılmalıdır..
	Triazolam (Halcion)	Tablet		
Karbamat Türevleri	Karizoprodol (Soma)	Tablet	Alkol	Dikkatte azalma, baş dönmesi ve sedasyon yan etkileri nedeniyle hastanın tehlikeli makine ve araç kullanmaması gerektiği konusunda uyarılması

	Meprobamat (Miltown, Equanil)	Tablet Kapsül Enjeksiyon	Warfarin Alprazolam	önemlidir. FDA kısa süreli (iki veya üç hafta) akut tedavi dönemleri için kullanımlarını önermektedir². Daha uzun süreli kullanım için öneri belirtmemektedir. Gebelikte, çocuklar ve ergenlerde kullanımları sınırlıdır. Bu gruptaki ilaçlar aniden bırakılmamalıdır. Sonucunda çekilme belirtileri olabilmektedir. hasta ve ailesine ilacın hekim kontrolünde aşamalı olarak bırakılması gerektiği anlatılmalıdır. Baş ağrısı ile baş etmek için ilaç dozu ayarlanması veya alternatif ilaç kullanımı konusunda hastanın hekimine danışması önerilmelidir. Sessiz ve loş ışıklı bir odada dinlenmek baş ağrısını azaltmak ilaç dışı bir yöntem olarak hasta ve ailesine önerilmelidir.
--	----------------------------------	--------------------------------	------------------------	--

Difenilmetan Türevleri	Hidroksizin HCL (Atarax, Validol)	Tablet Kapsül Enjeksiyon Şurup	Epinefrin Hidroksizin Opiatlar Barbitüratlar Alkol	Sersemlik, konsantrasyon bozukluğu ve sedasyon yan etkileri nedeniyle hastanın tehlikeli makine ve araç kullanmaması gerektiği konusunda uyarılması önemlidir. İlaçların IM enjeksiyon uygulamaları kangren, tromboz ve olumsuz lokal etki oluşma riskleri nedeniyle, ekstremitasyon, IM yerine yanlılıkla deri altı, IV veya arteriyel uygulamadan kaçınmak için dikkatle yapılmalıdır. Gebelikteki ve emzirme dönemindeki kullanımları hakkında kanıt sınırlıdır. Bu durum hakkında oluşabilecek riskler için hasta ve ailesi bilgilendirilmeli; koruyucu yöntemler hakkında danışmanlık verilmelidir. Baş ağrısı ile baş etmek için ilaç dozu ayarlanması veya alternatif ilaç kullanımı konusunda hastanın hekimine danışması önerilmelidir. Sessiz ve loş ışıklı bir odada dinlenmek baş ağrısını azaltmak ilaç dışı bir yöntem olarak hasta ve ailesine önerilmelidir.
Siklopirolon Türevleri	Eszopiclone - hypnotic (Lunesta)	Tablet IV solüsyon	Alkol Etanol	Alkol ve madde bağımlılığı öyküsü olan hastalarda dikkatli kullanılması önerilmektedir. Bu nedenle hastanın tedavi öncesi kapsamlı bir öyküsünün alınması ve değerlendirilmesi önemlidir.
	Pagoclone -	Tablet	Rifampisin	

	anxiolytic		Barbitüratlar	İlacın hızlı doz azalması veya aniden kesilmesi durumunda yoksunluk belirtileri görülebilmektedir. Bu nedenle ilacın hekim kontrolünde bırakılması gerektiği hasta ve ailesine açıklanmalıdır. Uykuya eğilim ve sedayon etkileri nedeniyle uykudan önce alınması önerilmektedir.
	Zopiklon -hypnotic (Imovane)	Tablet	Antipsikotikler	
Değişik Yapıdaki Türevler	Azapironlar- Buspiron (Buspar, Buspon)	Tablet Kapsül	Sertralin Tramadol Trazodon Paroksetin Fluoksetin Duloksetin Venlafaksin Alkol Böbrek veya karaciğer hastalıkları varlığı	İlaç kullanımının anksiyete semptomları üzerine etki etmesi için 2-5 hafta geçmesi gerekmektedir. Bu durum hasta ve ailesine anlatılmalı; belirtilerin geçmesini beklemeleri için aceleci davranmamaları gerektiği anlatılmalıdır. Bu bekleme süresinin izahı hastanın ilaçtan fayda göremediği nedeniyle bırakmaması için önemlidir.

Duygudurum düzenleyiciler

Temel olarak bipolar bozuklukta maninin tedavisinde ve maninin nükslerinin önlenmesinde kullanılan ilaç grubudur. Bununla birlikte bipolar bozukluğun mani döneminde duygudurumu yukarıdan azaltarak dengeleyen; depresif dönemde duygudurumu aşağıdan artırarak dengeleyen ilaçlar da bu grupta yer alabilmektedir. Antimanikler, antikonvülzanlar, atipik antipsikotikler ve benzodiazepinler duygudurum düzenleyicileri olarak kullanılabilmektedir^{64,65,66,67,68}.

➤ Antimanikler

Antimanik olarak en çok kullanılan ilaç lityumdur. Lityum yapı olarak bir tuzdur ve etki mekanizması, vücutta emilim ve atılımı tuz nitelikleri taşımaktadır. Akut mani ve ajitasyonda, bipolar bozukluğun süregelen tedavisinde, majör depresif bozukluğun tedavisinde antidepresan tedaviye ek olarak kullanılabilmektedir. Lityumun terapötik etkisinin ortaya çıkması 1-2 hafta sürebilmektedir. Lityumun güvenli doz aralığı oldukça dardır. Literatürde doz aralıkları ile ilgili farklı bilgiler mevcut olsa dahi en çok kabul edilen 1.5 mEq/L üzerinde toksik; 0.3 mEq/L üzerinde ise ölümcül olabildiğidir. Bu sebeple iyi bir doz takibi ve lityum plazma düzeyi takibi gerektirmektedir. Lityum kullanımının ağız kuruluğu, ciltte kuruluk ve döküntü, saç dökülmesi, tremor, ödem ve kilo alımı, bayılma, düzensiz nabız, sık idrara çıkma, yorgunluk veya halsizlik, kilo alma, Akne veya cilt döküntüsü yan etkileri görülebilmektedir^{69,70,71,72}.

➤ Antikonvülzanlar

Epilepsi tedavisinde kullanılan bu ilaç grubu aynı zamanda bipolar bozukluk, akut mani, hipomani, siklotimik bozukluk, şizoaffektif bozukluk, tardif diskinezi, migren ve nöropatik ağrı tedavilerinde kullanılmaktadır. Temel etki mekanizmalarını açıklayan varsayımlar nöronlar üzerindeki sodyum ve kalsiyum kanallarını inhibe etme, GABA aktivitesini artırma, glutamate aktivitesini azaltma, üzerine kuruludur. Bulantı, kusma, iştah azalma, uyuşukluk, sedasyon, baş dönmesi, baş ağrısı, soğuk terleme, ağız kuruluğu, görmede bulanıklaşma, sakarlık, dikkatte dağınıklık, konsantrasyonda azalma, anemi, kemik iliğinin baskılanması, cilt döküntüleri yan etkileri ortaya çıkabilmektedir^{68,73,76,77,78}.

★★★★★★★★

UYARI: Lityum kullanımında aşağıdaki belirtilerinden herhangi biri görülmesi halinde hastanın hemen acil bir yardım alması gerekmektedir. Bu belirtiler lityum doz aşımı belirtileridir:

Görmede bulanıklaşma, motor becerilerde azalma, nöbetler, ishal, kusma, uyuşukluk, idrar miktarında artma, iştah kaybı, kaslarda güçsüzlük, mide bulantısı, kulak çınlaması, konuşmada bozukluk, titreme.

★★★★★★★★

Duygudurum bozukluklarının tedavisinde alternatif diğer ilaç yaklaşımları bulunmakla birlikte bu rehberde ayrıca ele alınmayacaklardır.

İlaç grubu	Etken madde/ ticari isim	İlaç formu	İlaç/besin/durum etkileşimleri	Hemşirelik müdahaleleri ve psikoeğitim konuları
Antimanikler	Lityum (Lithuril, Eskalith, Litobid, Lithane)	Tablet Kapsül Şurup	Kafein Alkol Siyah meyan Naproksen (Aleve) Duloksetin (Duksalta) İbuprofen Esitalopram Sertralin Prozac Klonazepam Ketiapin	Kalp hastalığı, ishal, hipotiroidizm, böbrek yetmezliği, sodyum eksikliği, epilepsi varlığında lityum kullanımı kontrendike olabilmektedir. Hastanın detaylı bir öyküsünün alınması ve gerekli tahlillerin yapılarak tedaviye başlanması gerekmektedir. Lityumun çoğu yan etkisi genellikle müdahaleye ihtiyaç duyulmayan yan etkilerdir. Hafif yan etkilerin ilaca sağlanan uyum ile zamanla azalacağı hasta ve ailesine açıklanmalıdır. Yan etkiler nedeniyle ilaç bırakma lityum kullanımında çok sıktır. Lityumu bırakmak ise daha sonra başlanan lityum tedavilerinin terapötik etkisini olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle yan etkilerle baş etme stratejileri hasta ve ailesine anlatılmalıdır⁷⁷. Lityumun dar bir terapötik doz aralığı vardır. Bu durum bireyden bireye de değişiklik gösterebilmektedir. Bu nedenle her hasta için uygun dozun belirlenmesi için lityum kan seviyelerinin düzenli olarak takip edilmesi

			Alplazolam Lamotrijin	gerekmektedir⁷⁹. Lityumun gebelikte kullanımı fetüse zarar verebilmektedir. Bu nedenle hastanın korunma yöntemleri hakkında bilgilendirilmesi ve uygun kontrol yöntemlerini kullanılması için teşvik edilmesi önemlidir. Hasta var olan koşulda zaten gebe ise ya da ilaç kullanırken gebe kalmış ise ilacın fetüse zarar verme riski olduğundan haberdar edilmelidir. Görmede bulanıklaşma ve sedasyon yan etkileri nedeniyle hastanın tehlikeli makine ve araç kullanmaması gerektiği konusunda uyarılması önemlidir. Lityumun birikerek doz aşımını önlemek, ciltteki kuruluğu ve kaşıntıyı önlemek, ağız kuruluğunu gidermek için hastanın sıvı ve su tüketiminin artırılması gerekmektedir. Soğuk veya buzlu sıvılar, buz parçaları ağız kuruluğunu gidermek için faydalı olabilmektedir.
--	--	--	-------------------------------------	---

				Meyve, sebze ve çorba gibi sıvıdan zengin besinler diyetine eklenmelidir. Cildi düzenli olarak nemlendirmek, nemlendirici kullanmak önerilebilir. Lityum kullanımı sırasında hastanın vücut sodyum düzeyinin azalması, lityumun tutulmasına ve doz aşımına neden olabilmektedir. Bu nedenle hastanın genel sağlık durumu dikkate alınarak tuzdan kısıtlı diyet almaması gerekmektedir. Hastanın sıcak ve fazla aktivite yaptığı, çok terlediği günlerde daha çok su tüketimi yapması gerektiği bilgisi kendisi ve ailesine verilmelidir. Saç dökülmesini azaltabilmek için hastaya saçını tararken nazik olması, saçını aşırı şekillendirmekten kaçınması, uyurken saç filesi takması önerilmelidir.
Antikonvülzanlar	Gabapentin (Neurontin, Gbaron)	Tablet Kapsül	Alkol Sarı kantaron ^{30,31}	Antiepileptik ilaçlar, kullanan bireylerde depresyon ve intihar düşüncelerini, davranışlarını artırabilmektedir. Hastalar hem geçmiş hem de var olan depresyon, intihar düşünceleri, ruh hali değişimleri,

	Karbamazepin (Tegretol, Temporol, Teril, Neurotol)	Tablet	Greyfurt suyu, nar suyu ve yıldız meyve suyu ⁷⁴ Kafein Buprenorfin-Nalokson	davranış değişimleri yönünden izlenmelidir. Hastanın ailesine bu belirtiler anlatılmalı; belirtileri takip etmeleri sağlanmalıdır. Aile, belirti saptadıkları durumda hemen hastaneye başvurmalıdır. Antiepileptik ilaçların gebelikte kullanımı fetüse zarar verebilmektedir. Bu nedenle hastanın korunma yöntemleri hakkında bilgilendirilmesi ve uygun kontrol yöntemlerini kullanılması için teşvik edilmesi önemlidir. Hasta var olan koşulda zaten gebe ise ya da ilaç kullanırken gebe kalmış ise ilacın fetüse zarar verme riski olduğundan haberdar edilmelidir. Görmede bulanıklaşma, sedasyon ve konsantrasyonda azalma yan etkileri nedeniyle hastanın tehlikeli makine ve araç kullanmaması gerektiği konusunda uyarılması önemlidir. Ağız kuruluğu ve konstipasyon yan etkileri ortaya çıkmış ise hastaya genel klinik durumu göz önüne alınarak yeterli sıvı ve su tüketimi önerilmelidir. Ağız kuruluğu ile başedebilmek için sıvı ve su tüketimi artırılmalıdır. Ağıza buz parçaları almak, şekerli ve asitli yiyeceklerden kaçınmak, alkol içeren gargaralardan kaçınmak gerektiği hastaya anlatılmalıdır. Hastanın düzenli diş muayeneleri yaptırması
	Lamotrijin (Lamictal)	Tablet Çiğneme tableti	Asetaminofen Duloksetin	
	Levetiracetam (Keppra)	Tablet IV solüsyon Efervesan tablet	Zolpiem Siklobenzaprin Fluoksetin Ketipin	
	Oxkarbazepin (Trileptal)	Tablet	Klorpromazin Alprazolam	
	Pregabalin (Lyrica)	Tablet Kapsül	Sertralin	

	Topiramate (Topamax, Trokendi XR, Qudexy XR)	Tablet	Amitriptilin Diazepam Mirtazapin Aripirazol Eritromisin Oksikodon ⁷⁵	önerilmektedir. Baş ağrısı ile başetmek için ilaç dozu ayarlanması veya alternatif ilaç kullanımı konusunda hastanın hekimine danışması önerilmektedir. Sessiz ve loş ışıklı bir odada dinlenmek baş ağrısını azaltmak ilaç dışı bir yöntem olarak hasta ve ailesine önerilmektedir. Mide bulantısı ile başedebilmek için hastaya gevşeme egzersizleri yaptırmak ve öğretmek yardımcı olabilmektedir. Öğünlerini sık sık ve az yemesi önerilmektedir. Sıvı tüketimini yavaş ve küçük yudumlarla yapması önerilmektedir. Kuru ekmek,kraker gibi yiyecekler önerilmeli; yağlı, aşırı baharatlı, kızarmış, kokulu,çok tatlı yiyeceklerden uzak durması önerilmektedir.
	Valproik asit/Valproat (Convulex, Depakin, Depakote, Epilim, Stavzor)	Tablet IV solüsyon		

Uyarıcılar

Uyarıcılar; psikostimülanlar olarak da adlandırılmaktadırlar. Çocuk, ergen ve yetişkin dönem dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, narkolepsi, uyarıcı kötüye kullanımı, alkol ve madde bağımlılığı, depresyon tedavisinde kullanılabilmektedir. İştahta azalma, kilo kaybı, kan basıncı değişiklikleri, nabızda artış yan etkileri görülebilmektedir⁸⁰⁻⁸⁵.

➤ Metilfenidat ve Türevleri

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunda dürtü kontrolü ve hiperaktivitenin kontrol altına alınması, narkolepsi tedavilerinde kullanılmaktadır. Dopamin reseptörleri üzerinden etki göstermektedir. Anksiyete, sinirlilik, ruh hali değişimleri, terleme, iştahsızlık, kilo kaybı, baş ağrısı, mide bulantısı, ağız kuruluğu, aritmi, çarpıntı ve uykusuzluk yan etkileri görülebilmektedir. Psikozlarda ve tiklerde alevlenmeye neden olabilmektedir. Yüksek dozlarda ve uzun süre kullanımda tolerans gelişme riski bulunabilmektedir^{80,86}.

➤ Amfetamin ve Türevleri

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, narkolepsi tedavilerinde kullanılmaktadır. Dopamin reseptörleri ve adrenerjik reseptörler üzerine etki etmektedir. Kullanımında bağımlılık gelişme riski vardır. Sinirlilik, uykusuzluk, iştahsızlık, konuşkanlık, baş dönmesi, baş ağrısı, artmış motor aktivite, solgunluk veya kızarma, bulanık görme ve nöbet yan etkileri görülebilmektedir. Psikozlarda ve tiklerde alevlenmeye neden olabilmektedir⁸⁷.

➤ Atomoksetin

Dikkatte dağılma, mide bulantısı, kusma, konstipasyon, ağız kuruluğu, iştahsızlık ve kilo kaybı, ruh hali değişiklikleri, yorgunluk, baş dönmesi, cinsel işlev bozuklukları, dismenore, ruh hali değişimleri, intihar düşünceleri, psikoz alevlenmeleri yan etkileri görülebilmektedir^{83,85}.

İlaç grubu	Etken madde/ ticari isim	İlaç formu	İlaç/besin/durum etkileşimleri	Hemşirelik müdahaleleri ve psikoeğitim konuları
Metilfenidat ve Türevleri	Ritalin	Tablet	MAOI'ler	Son iki hafta içinde MAOI grubundan bir ilaç kullanılmış ise metilfenidat ve türevleri kullanılmamalıdır. Hastaya ilaç etkileşimleri riski nedeniyle reçetesiz ilaç kullanmaması gerektiği ve hastaneye yaptığı başvurularda kullandığı ilacı sağlık ekibi ile paylaşması gerektiği söylenmelidir. Tolerans ve bağımlılık gelişme riskleri olduğu için hastanın bağımlılık geçmişi değerlendirilmelidir. Olası yan etkiler hakkında hasta ve ailesi bilgilendirilmelidir. Hastaya ilaç etkileşimleri riski nedeniyle reçetesiz ilaç kullanmaması gerektiği ve hastaneye yaptığı başvurularda kullandığı ilacı sağlık ekibi ile paylaşması gerektiği söylenmelidir. Psikoz alevlenmelerine neden olabileceği için hastanın psikotik bozukluk geçmişi olup olmadığı değerlendirilmeli; alevlenme belirtileri açısından hasta gözlemlenmelidir.
	Adhansia	Tablet	Alkol	
	Aptensio	Tablet	Hipertansiyon Kalp hastalıkları	
	Concerta	Tablet	Karaciğer hastalığı	
	Cotempla	Tablet	Glokom	
	Daytrana	Tablet	Epilepsi	
	Focalin	Tablet	Madde bağımlılığı	
	Jornay	Tablet	Psikotik bozukluklar	
	Metadate	Tablet		
	Methlin	Tablet		
	QuilliChew	Tablet		
	Quillivant	Tablet		

				Ani kalp sorunlarında hastanın derhal hastaneye başvurması gerektiği söylenmelidir.
Amfetamin ve Türevleri	Adderall	Tablet Kapsül	Alprazolam Amantadin	Nöbet eşiğinin düşmesine neden olabileceği hastanın epilepsi geçmişi değerlendirilmelidir. Nöbet belirtileri gözlemlenmelidir. Tolerans ve bağımlılık gelişme riskleri olduğu için hastanın bağımlılık geçmişi değerlendirilmelidir. Bulanık görme, nöbet ve baş dönmesi yan etkileri riski olabileceği için hastanın dikkat gerektiren makine ve araç kullanımından uzak durması gerektiği anlatılmalıdır. Psikoz ve tik alevlenmelerine neden olabileceği için hastanın hastalık geçmişi değerlendirilmeli; alevlenme belirtileri açısından hasta gözlemlenmelidir.
	Adzenys	Tablet	Amitriptilin	
	Dexedrine	Tablet	Aripiprazol	
	Dyanavel	Tablet	Karbamazepin	
	Elvanse	Tablet	Karbidopa	
	Evekeo	Tablet	Buspiron	
	Mydayis	Tablet	Bupropion	
	Tyvense	Tablet	Klozapin	
	Vyvanse	Tablet	Klonazepam	
	Zenzedi	Tablet	Diazepam Essitalopram Haloperidol Valproik asit	

			Alkol Karanfil yağı Hipertansiyon Epilepsi Kalp hastalıkları	
Atomoksetin	Axetra	Kapsül	Aripiprazol	Son iki hafta içinde MAOI grubundan bir ilaç kullanılmış ise atomoksetin ve türevleri kullanılmamalıdır. Hastaya ilaç etkileşimleri riski nedeniyle reçetesiz ilaç kullanmaması gerektiği ve hastaneye yaptığı başvurularda kullandığı ilacı sağlık ekibi ile paylaşması gerektiği söylenmelidir. İntihar düşünceleri ve davranışında artma olabileceği için hastanın geçmişte intihar girişimi varsa değerlendirilmelidir. Hastanın ani ruh hali değişimleri gözlemlenmeli; intihat düşüncesi/girişiminin varlığı sorgulanmalıdır. Hastanın ailesine intihar düşüncesine yönelik belirtiler anlatılmalı; bunlar gözlemlenirse hastaneye başvurmaları gerektiği söylenmelidir. Gebelikte kullanımı ile ilgili riskler olmasına rağmen yeterli kanıt olmaması nedeniyle, gebelikte kullanımı yarar-zarar oranına göre değerlendirilmektedir.
	Axepta	Kapsül	Bupropion	
	Attentin	Kapsül	Fluoksetin	
	Attera	Kapsül	Paroksetin	
	Strattera	Kapsül	Sertralin	
	Stramox	Kapsül	Atomoksetin	
	Tomoxetin	Kapsül	Bupropion	
			Alkol Glokom Hipertansiyon Kalp hastalıkları Psikotik	

			bozukluklar Bipolar bozukluk	
--	--	--	---------------------------------	--

Alerjik reaksiyonun hangi etken madde nedeniyle ortaya çıktığını belirlemek önemlidir. Daha sonraki tedavi planında alerjik reaksiyona neden olabilecek ilaçlardan kaçınılması gerekir. Hastanın yanında daha önce alerjik reaksiyon yaşamasına neden olan ilacın yazılı olduğu bir kart taşıması, muayene ve tedavilerden önce bu bilgiyi sağlık ekibi ile paylaşması gerektiği hasta ve ailesine anlatılmalıdır^{1,2}.

UYARI: Psikotrop ilaçların kullanımıyla ilgili dikkat edilmesi gereken ve müdahale gerektiren bir takım genel hususlar mevcuttur. Bunlar aşağıda sıralanmaktadır^{1,2,88,89}:

- Mevcut tüm tedavi seçenekleri hasta ve ailesine açıklanmalıdır.
- Reçetesiz ilaç ve reçetesiz psikotrop ilaç kullanımından kaçınılması gerektiği tüm hasta ve ailelerine söylenmelidir.
- Psikotrop ilaç kullanımının hekim kontrolünde başlatılıp, ancak hekim kontrolünde sonlandırılmasının sağlıklı olduğu hasta ve ailesine açıklanmalıdır. Aksi durumda karşılaşılabilecek istenmeyen problemler söylenmelidir.
- Psikotrop ilaçların ilaç etkileşimlerinin sık olabilmesi nedeniyle, psikotrop ilaç kullanırken başka bir ilacın reçetesiz ve hekim kontrolü dışında kullanılmaması gerektiği hasta ve ailesine açıklanmalıdır.
- Psikotrop ilaç kullanımı sırasında herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurularda, kullanılmakta olan psikotrop ilacın sağlık personellerine bildirilmesi gerektiği hasta ve ailesine açıklanmalıdır.
- Psikotrop ilaçların beklenen etkiyi göstermeleri için geçmesi gereken süreler hasta ve ailesine açıklanmalıdır.
- İlaç tedavisinin beklenen etkisi, olası yan etkileri ve riskleri hasta ve ailesine açıklanmalıdır.
- Psikotrop ilaçların olası yan etkileri ile başetme yöntemleri hasta ve ailesine öğretilmelidir.
- Psikotrop ilaçların bazılarının kullanımı ile hastada geçmişte veya mevcut zamanda var olan intihar düşüncesi alevlenebilmektedir. Bu sebeple hastanın ani ruh hali değişimleri, davranış değişimleri gözlemlenmeli; intihar düşünceleri sorgulanmalıdır. Bu belirtiler hastanın ailesine anlatılmalı; belirtilerle karşılaştıkları zaman sağlık kuruluşundan hemen yardım istemeleri gerektiği bilgisi verilmelidir.

Uzun etkili enjeksiyonlar uygulanırken hemşirelerin dikkat etmesi gereken noktalar aşağıda sıralanmaktadır:

*Uzun etkili intramüsküler enjeksiyonlar için temel enjeksiyon yerleri; dorsogluteal bölge, ventrogluteal bölge, deltoid bölgesi, vastus lateralis bölgesi olarak sıralanmaktadır. Uygulanacak olan ilaç, üretici firma ve iğne uzunluğuna göre uygulama bölgesi değişebileceği için uzun etkili enjeksiyonun prospektüsü mutlaka okunmalıdır.

Uygulama adımları:

- ❖ Hastanın mahremiyetini sağlayabileceğiniz bir ortam seçin.
- ❖ İlacın reçetesini hastanın kimliği, ilaç adı, uygulama dozu, zamanı, uygulama yöntemi yönlerinden kontrol edin.
- ❖ Hastaya işlemi açıklayın ve onayını alın.
- ❖ İlacın hangi uygulama bölgesi için onaylı olduğunu prospektüsünden kontrol edin.
- ❖ Uygulama yapacağınız iğne uzunluğunun, önerilen bölge için uygun olup olmadığını kontrol edin.
- ❖ Enfeksiyon kontrolü için rutin invaziv girişim önlemlerini dikkate alın.
- ❖ Enjekte edilecek ilacı hazırlarken ve ilacı hastaya uygularken ayrı iğneler kullanın
- ❖ Hastaya uygulama bölgesine göre uygun pozisyonu verin.
- ❖ Z tekniğini kullanarak uygulamayı yapın.
- ❖ İğneyi 90 derecelik bir açıyla, hızlı ve düzgün bir şekilde uygulayın.
- ❖ Kan aspirasyonunu kontrol edin. Eğer var ise işlemi sonlandırın ve uygulamaya yeniden başlayın.
- ❖ İlacı 10 saniyede 1 ml'den daha yavaş olacak şekilde enjekte edin.
- ❖ İğneyi hızla geri çekin, uygulama noktasına basınç uygulayın.
- ❖ Masaj yapmayın.
- ❖ İğne ucunu tekrar kapatmayın; kliniğinizde uygulanan prosedür ile güvenli bir şekilde uzaklaştırın^{92,93,94,95}.

KANIT KUTUSU

1) Uzun etkili enjeksiyonların ilaç uyumunu artırdığı bilinmektedir. Depo antipsikotikler hakkında hasta tutumlarının çoğunlukla olumlu olduğu belirtilmektedir. Daha önce uzun etkili enjeksiyon kullanımını deneyimlemiş olan hastaların, deneyimlememiş olanlara kıyasla enjeksiyon kullanımına daha olumlu yaklaştıkları belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarının uzun etkili enjeksiyon hakkında sahip oldukları bilgi miktarı ile olumlu tutum sergilemeleri arasında ise doğru bir orantı olduğu görülmüştür⁹⁰.

2) Hastaların ilaç tedavilerine uyumlarının artması için ilaç kullanımını gerekli görmeleri ve ilaçlarla ilgili endişelerinin sağlık personeli tarafından giderilmesi olumlu bir etki yaratmaktadır. Bu nedenle hastaya ilaç kullanımı ile ilgili eğitim verilmesinin ilaç uyumunu artırması beklenebilir⁹¹.

★★★★★★★★★★

UYARI: Alerjik reaksiyonlar tüm ilaç gruplarında görülebileceği gibi hemen müdahale gerektiren reaksiyonlardır. Alerjik reaksiyon belirtileri klinikte iyi gözlemlenmeli; hasta ve ailesine taburculuk eğitiminde bu belirtiler anlatılmalıdır. Psikotrop ilaçlarda görülen alerjik reaksiyonların en sık belirtileri ise şunlardır: Ciltte döküntüler, ciltte kaşıntı, yüz ve boğazda şişme, dudak ve yüzde şişme, nefes almada zorluk, bulantı, kusma, kan basıncında düşme ve bilinç kaybı olarak sıralanabilmektedir.

★★★★★★★★★★

SORU VE ÖNERİLERİNİZ İÇİN İLETİŞİME GEÇEBİLİRSİNİZ.

Melisa BULUT

KANIT KUTUSU

3) *Psikotik bozukluğu olan yetişkinlere, telefonla uygulanan psikososyal müdahalelerin psikotrop ilaç uyumuna olumlu katkı sağladığı görülmüştür⁹⁶.*

4) *Ayaktan antipsikotik ilaç tedavisi gören hastalara SMS ile hatırlatmaları yapılması hastaların ilaç uyumunu olumlu etkilemiştir⁹⁷.*

Referanslar

1. <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/>
2. <https://www.fda.gov/>
3. Houin G (1993) Analyse des essais de bioequivalence. Therapie, 48: 289-295.
4. Register F (1998) Bioavailability and Bioequivalence Requirement,. Abbreviated Applications, Proposed Revisions, 63: 64222-64228.
5. Xiongfeng P, Atipatsa C, Wen Shi Wu K, Xinyin W, Kwabena A, Aizhong L (2019) Dopamine and dopamine receptors in alzheimer's disease: A systematic review and network meta-analysis. Frontiers in Aging Neuroscience, 11:175. DOI=10.3389/fnagi.2019.00175
6. Akkan G (2014) Farmakokinetik/farmakodinamik temel tanımlar. ANKEM Dergi, 28(2):82-85.
7. Schür RR, Draisma LW, Wijnen JP, Boks MP, Koevoets MG, Joëls M et al. (2016) Brain GABA levels across psychiatric disorders: A systematic literature review and meta-analysis of 1H-MRS studies. Hum. Brain Mapp., 37:3337-3352. doi:10.1002/hbm.23244
8. Chiapponi C, Piras F, Piras F, Caltagirone C, Spalletta G (2016) GABA system in schizophrenia and mood disorders: A mini review on third-generation imaging studies. Frontiers in Psychiatry, 7 (61)
9. Moriguchi S, Takamiya A, Noda Y et al. (2019) Glutamatergic neurometabolite levels in major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis of proton magnetic resonance spectroscopy studies. Mol Psychiatry, 24:952–964. <https://doi.org/10.1038/s41380-018-0252-9>
10. Purty A, Nestadt G, Samuels JF, Viswanath B. (2019) Genetics of obsessive-compulsive disorder. Indian J Psychiatry, 61(1) :37-42.
11. Khan MS, Boileau I, Kolla N, Mizrahi R (2018) A systematic review of the role of the nociceptin receptor system in stress, cognition, and reward: Relevance to schizophrenia. Translational Psychiatry, 8(1) doi:10.1038/s41398-017-0080-8).
12. Yanfeng J, Zhen Z, Jie S, Yanpeng A, Kexun Z, Yingzhe W et al. (2019) Metabolomics in the development and progression of

- dementia: A Systematic Review. *Frontiers in Neuroscience*, 13 : 343
 .URL=<https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fnins.2019.00343>. DOI=10.3389/fnins.2019.00343 .ISSN=1662-453X
13. Sjögren M, Nielsen ASM, Hasselbalch KC, Wølle M, Hansen JS (2019) A systematic review of blood-based serotonergic biomarkers in Bulimia Nervosa. *Psychiatry Research*, 279: 155-171.
 14. Bernstein HG, Dobrowolny H, Bogerts B, Keilhoff G, Steiner J (2019) The hypothalamus and neuropsychiatric disorders: psychiatry meets microscopy. *Cell and Tissue Research* January 375 (1): 243–258.
 15. Hemingway S (2015) Preparing mental health nurses for their medicines management role: an evaluation of a novel training approach. Doctoral thesis, University of Huddersfield.
 16. Canadian Patient Safety Institute (2019) Medication Management. Erişim Adresi: <https://www.patientsafetyinstitute.ca/en>.<https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/topic/pages/medication-management.aspx>, Erişim Tarihi: 27.10.2019.
 17. Wellington:Ministry of Health (2013) Medicines Management Guide for Community Residential and Facility-based Respite Services – Disability, Mental Health and Addiction. 1-37. Wellington 6145, New Zealand: Ministry of Health, ISBN: 978-0-478-40262-9.
 18. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 19 Nisan 2011 Salı, Resmi Gazete, Sayı : 27910
 19. American Nurses Association (2012) psychiatric–mental health nursing: scope and standards of practice. Workgroup SCOPE DRAFT for National Review
 20. Miyamoto S, Duncan G E, Marx C E, Lieberman JA (2005) Treatments for schizophrenia: A critical review of pharmacology and mechanisms of action of antipsychotic drugs. *Molecular Psychiatry*, 10(1):79-104. doi:10.1038/sj.mp.4001556
 21. Suttajit S, Srisurapanont M, Xia J, Suttajit S, Maneeton B, Maneeton N (2013) Quetiapine versus typical antipsychotic medications for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* , 5 (CD007815). DOI: 10.1002/14651858.CD007815.pub2.

22. Leucht S, Tardy M, Komossa K, Heres S, Kissling W, Davis JM (2012) Maintenance treatment with antipsychotic drugs for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5(CD008016) DOI: 10.1002/14651858.CD008016.pub2.
23. Hunter R, Kennedy E, Song F, Gadon L, Irving CB (2003) Risperidone versus typical antipsychotic medication for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2(CD000440). DOI: 10.1002/14651858.CD000440.
24. Belvederi Murri M, Guaglianone A, Bugliani M, Calcagno P, Respino M, Serafini G et al. (2015) Second-generation antipsychotics and neuroleptic malignant syndrome: Systematic review and case report analysis. *Drugs in R and D*, 15(1): 45-62. doi:10.1007/s40268-014-0078-0
25. Bagnall A, Jones L, Ginnelly L, Lewis R, Glanville J, Gilbody S et al. (2003) A systematic review of atypical antipsychotic drugs in schizophrenia. *Health Technology Assessment*, 7(13) doi:10.3310/hta7130
26. Suttajit S, Srisurapanont M, Xia J, Suttajit S, Maneeton B, Maneeton N (2013) Quetiapine versus typical antipsychotic medications for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Review*, 5(CD007815). DOI: 10.1002/14651858.CD007815.pub2.
27. Laoutidis ZG, Luckhaus C (2014) 5-HT_{2A} receptor antagonists for the treatment of neuroleptic-induced akathisia: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 17(5): 823-832. doi:10.1017/S1461145713001417
28. Lima AR, Soares-Weiser K, Bacaltchuk J, Barnes TR (2002) Benzodiazepines for neuroleptic-induced acute akathisia. *Cochrane Database Syst Rev*. 1(CD001950).
29. Komossa K, Rummel-Kluge C, Hunger H, Schwarz S, Bhoopathi PS, Kissling W, Leucht S (2009) Ziprasidone versus other atypical antipsychotics for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(CD006627). DOI: 10.1002/14651858.CD006627.pub2.
30. Whitten, D. L., Myers, S. P., Hawrelak, J. A., & Wohlmuth, H. (2006). The effect of St John's wort extracts on CYP3A: a systematic review

of prospective clinical trials. *British journal of clinical pharmacology*, 62(5), 512–526. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2006.02755.x> (30)

31. Wang Z, Gorski JC, Hamman MA, Huang SM, Lesko LJ, Hall SD. The effects of St John's wort (*Hypericum perforatum*) on human cytochrome P450 activity. *Clin Pharmacol Ther*. 2001;70(4):317-326. (31)
32. Niccolai Costa A M, de Lima M S, de Jesus Mari J (2006) A systematic review on clinical management of antipsychotic-induced sexual dysfunction in schizophrenia. *Sao Paulo Medical Journal*, 124(5):291-297. doi:10.1590/S1516-31802006000500012
33. Schmidt HM, Hagen M, Kriston L, Soares-Weiser K, Maayan N, Berner MM (2012) Management of sexual dysfunction due to antipsychotic drug therapy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11(CD003546). DOI: 10.1002/14651858.CD003546.pub3
34. Teasdale S, Ward P, Rosenbaum S, Samaras K, Stubbs B (2017) Solving a weighty problem: Systematic review and meta-analysis of nutrition interventions in severe mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 210(2): 110-118. doi:10.1192/bjp.bp.115.177139
35. Stubbs B, Vancampfort D, Hallgren M, Firth J, Veronesi N, Solmi M et al. (2018) EPA guidance on physical activity as a treatment for severe mental illness: a meta-review of the evidence and Position Statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the International Organization of Physical Therapists in Mental Health (IOPTMH). *European Psychiatry*, 54:124–144.
36. Mukundan A, Faulkner G, Cohn T, Remington G (2010) Antipsychotic switching for people with schizophrenia who have neuroleptic-induced weight or metabolic problems. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12(CD006629). DOI: 10.1002/14651858.CD006629.pub2.
37. Bergman H, Walker D, Nikolakopoulou A, Soares-Weiser K, Adams C E (2017) Systematic review of interventions for treating or preventing antipsychotic-induced tardive dyskinesia. *Health Technology Assessment*, 21(43):1-218. doi:10.3310/hta21430
38. Every-Palmer S, Newton-Howes G, Clarke MJ (2017) Pharmacological treatment for antipsychotic-related constipation *Cochrane Database of Systematic Reviews*, No 1. John Wiley & Sons, Ltd. 1465-1858.DOI:

10.1002/14651858.CD011128.pub2.US:http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD011128.pub2

39. Asenjo Lobos C, Komossa K, Rummel-Kluge C, Hunger H, Schmid F, Schwarz S, Leucht S (2010) Clozapine versus other atypical antipsychotics for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11(CD006633). DOI: 10.1002/14651858.CD006633.pub2.
40. Essali A, Al-Haj Haasan N, Li C, Rathbone J (2009) Clozapine versus typical neuroleptic medication for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1(CD000059). DOI: 10.1002/14651858.CD000059.pub2.
41. Claudino AM1, Hay P, Lima MS, Bacaltchuk J, Schmidt U, Treasure J (2006) Antidepressants for anorexia nervosa. *Cochrane Database Syst Rev*. 25(1):CD004365.
42. Bacaltchuk J, Hay P, Trefiglio R (2001) Antidepressants versus psychological treatments and their combination for bulimia nervosa. *Cochrane Database Syst Rev*, (4):CD003385.
43. Batelaan NM, Van Balkom AJ, Stein DJ (2012) Evidence-based pharmacotherapy of panic disorder: an update. *Int J Neuropsychopharmacol*, 15(3):403-15. doi: 0.1017/S1461145711000800.
44. Cipriani A, Santilli C, Furukawa TA, Signoretti A, Nakagawa A, McGuire H, Churchill R, Barbui C (2009) Escitalopram versus other antidepressive agents for depression. *Cochrane Database Syst Rev*. (2):CD006532. doi: 10.1002/14651858.CD006532.pub2.
45. Cipriani A, La Ferla T, Furukawa TA, Signoretti A, Nakagawa A, Churchill R, McGuire H, Barbui C (2009) Sertraline versus other antidepressive agents for depression. *Cochrane Database Syst Rev*, 15(2):CD006117. doi: 10.1002/14651858.CD006117.pub2.
46. Cipriani A, Koesters M, Furukawa TA, Nosè M, Purgato M, Omori IM, Trespidi C, Barbui C (2012) Duloxetine versus other antidepressive agents for depression. *Cochrane Database Syst Rev*, 17(10):CD006533. doi: 10.1002/14651858.CD006533.pub2.
47. Watanabe N, Omori IM, Nakagawa A, Cipriani A, Barbui C, Churchill R, Furukawa TA (2011) Mirtazapine versus other antidepressive agents for depression. *Cochrane Database Syst Rev*, 12:CD006528. doi: 10.1002/14651858.CD006528.pub2.

48. Leucht C, Huhn M, Leucht S (2012) Amitriptyline versus placebo for major depressive disorder. *Cochrane Database Syst Rev*,12:CD009138. doi: 10.1002/14651858.CD009138.pub2.
49. Kapczinski F, Lima MS, Souza JS, Schmitt R (2003) Antidepressants for generalized anxiety disorder. *Cochrane Database Syst Rev*, (2):CD003592.
50. Bighelli I, Castellazzi M, Cipriani A, Girlanda F, Guaiana G, Koesters M, Turrini G, Furukawa TA, Barbui C (2018) Antidepressants versus placebo for panic disorder in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* , 4: CD010676. DOI: 10.1002/14651858.CD010676.pub2.
51. Hughes JR, Stead LF, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 1. Art. No.: CD000031. DOI: 10.1002/14651858.CD000031.pub4.
52. Korn A, Eichler HG, Fischbach R, Gasic S. Moclobemide, a new reversible MAO inhibitor - interaction with tyramine and tricyclic antidepressants in healthy volunteers and depressive patients.(50)
53. Psyc Cusson JR, Goldenberg E, Larochelle P. Effect of a novel monoamine-oxidase inhibitor, moclobemide on the sensitivity to intravenous tyramine and norepinephrine in humans. *Journal of clinical pharmacology* 1991; 31(5): 462-467.*pharmacology* 1986; 88(2): 153-157.(51)
54. Breilmann J, Girlanda F, Guaiana G, Barbui C, Cipriani A, Castellazzi M, Bighelli I, Davies SJ, Furukawa TA, Koesters M. Benzodiazepines versus placebo for panic disorder in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2019, Issue 3. Art. No.: CD010677. DOI: 10.1002/14651858.CD010677.pub2.
55. National Center for Biotechnology Information. PubChem Database. Carisoprodol, CID=2576, <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/Carisoprodol> (accessed on Feb. 21, 2020)
56. National Center for Biotechnology Information. PubChem Database. Meprobamate, CID=4064, <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/Meprobamate> (accessed on Feb. 21, 2020)
57. National Center for Biotechnology Information. PubChem Database. Tybamate, CID=20266,

<https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/Tybamate>
(accessed on Feb. 21, 2020)

58. National Center for Biotechnology Information. PubChem Database. Hydroxyzine, CID=3658, <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/Hydroxyzine> (accessed on Feb. 21, 2020)
59. National Center for Biotechnology Information. PubChem Database. Eszopiclone, CID=969472, <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/Eszopiclone> (accessed on Feb. 21, 2020)
60. Buscemi N, Vandermeer B, Friesen C, Bialy L, Tubman M, Ospina M (2007) The efficacy and safety of drug treatments for chronic insomnia in adults: a meta-analysis of RCTs. *Journal of General Internal Medicine*, 22(9):1335-50.
61. Chessick CA, Allen MH, Thase ME, Batista Miralha da Cunha AABC, Kapczinski F, Silva de Lima M, dos Santos Souza JSS (2006) Azapirones for generalized anxiety disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3:CD006115. DOI: 10.1002/14651858.CD006115.
62. National Center for Biotechnology Information. PubChem Database. Buspirone, CID=2477, <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/Buspirone> (accessed on Feb. 21, 2020)
63. Nielsen S, Gowing L, Sabioni P, Le Foll B (2019) Pharmacotherapies for cannabis dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1:CD008940. DOI: 10.1002/14651858.CD008940.pub3.
64. Sienaert P, Lambrichts L, Dols A, De Fruyt J (2013) Evidence-based treatment strategies for treatment-resistant bipolar depression: A systematic review. *Bipolar Disorders*, 15(1), 61-69. doi:10.1111/bdi.12026
65. Smith L A, Cornelius V, Warnock A, Bell A, Young AH (2007) Effectiveness of mood stabilizers and antipsychotics in the maintenance phase of bipolar disorder: A systematic review of randomized controlled trials. *Bipolar Disorders*, 9(4), 394-412. doi:10.1111/j.1399-5618.2007.00490.x
66. Beynon S, Soares-Weiser K, Woolacott N, Duffy S, Geddes J R (2009) Pharmacological interventions for the prevention of relapse in bipolar disorder: A systematic review of controlled trials. *Journal of Psychopharmacology*, 23(5), 574-591. doi:10.1177/0269881108093885

67. Nivoli AMA, Colom F, Murru A, Pacchiarotti I, Castro-Loli, P, González-Pinto A et al. (2011) New treatment guidelines for acute bipolar depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 129(1-3), 14-26. doi:10.1016/j.jad.2010.05.018
68. Ceron-Litvoc, D., Soares, B.G., Geddes, J., Litvoc, J. and Lima, M.S.d. (2009), Comparison of carbamazepine and lithium in treatment of bipolar disorder: A systematic review of randomized controlled trials. *Hum. Psychopharmacol. Clin. Exp.*, 24: 19-28. doi:10.1002/hup.990
69. Fountoulakis KN, Vieta E, Bouras C, Notaridis G, Giannakopoulos P, Kaprinis G, Akiskal H (2008) A systematic review of existing data on long-term lithium therapy: Neuroprotective or neurotoxic? *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 11(2), 269-287. doi:10.1017/S1461145707007821
70. Geddes J R, Burgess S, Hawton K, Jamison K, Goodwin GM (2004) Long-term lithium therapy for bipolar disorder: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *American Journal of Psychiatry*, 161(2), 217-222. doi:10.1176/appi.ajp.161.2.217
71. Sienaert P, Geeraerts I, Wyckaert S (2013) How to initiate lithium therapy: A systematic review of dose estimation and level prediction methods. *Journal of Affective Disorders*, 146(1), 15-33. doi:10.1016/j.jad.2012.08.013
72. Vieta E, Locklear J, Günther O, Ekman M, Miltenburger C, Chatterton M L et al.(2010) Treatment options for bipolar depression: A systematic review of randomized, controlled trials. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 30(5), 579-590. doi:10.1097/JCP.0b013e3181f15849
73. Cipriani A, Reid K, Young AH, Macritchie K, Geddes J. Valproic acid, valproate and divalproex in the maintenance treatment of bipolar disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 10. Art. No.: CD003196. DOI: 10.1002/14651858.CD003196.pub2.
74. Fong, S. Y., Gao, Q., & Zuo, Z. (2013). Interaction of carbamazepine with herbs, dietary supplements, and food: a systematic review. *Evidence-based complementary and alternative medicine : eCAM*, 2013, 898261. <https://doi.org/10.1155/2013/898261> (74)
75. Johannessen, S. I., & Landmark, C. J. (2010). Antiepileptic drug interactions - principles and clinical implications. *Current*

- neuropharmacology, 8(3), 254–267.
<https://doi.org/10.2174/157015910792246254> (75)
76. Derry S, Cording M, Wiffen PJ, Law S, Phillips T, Moore RA (2016) Pregabalin for pain in fibromyalgia in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews, 9:CD011790. DOI: 10.1002/14651858.CD011790.pub2.
 77. National Center for Biotechnology Information. PubChem Database. Gabapentin, CID=3446, <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/Gabapentin> (accessed on Feb. 22, 2020)
 78. National Center for Biotechnology Information. PubChem Database. Pregabalin, CID=5486971, <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/Pregabalin> (accessed on Feb. 22, 2020)
 79. Kleindienst N, Engel R, Greil W (2005) Which clinical factors predict response to prophylactic lithium? A systematic review for bipolar disorders. *Bipolar Disorders*, 7: 404-417. doi:10.1111/j.1399-5618.2005.00244.x
 80. Epstein T, Patsopoulos NA, Weiser M (2014) Immediate-release methylphenidate for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews, 9:CD005041. DOI: 10.1002/14651858.CD005041.pub2.
 81. Candy B, Jones L, Williams R, Tookman A, King M (2008) Psychostimulants for depression. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2: CD006722. DOI: 10.1002/14651858.CD006722.pub2
 82. Barkla X M, McArdle P A, Newbury-Birch D (2015) Are there any potentially dangerous pharmacological effects of combining ADHD medication with alcohol and drugs of abuse? A systematic review of the literature. *BMC Psychiatry*, 15(1) doi:10.1186/s12888-015-0657-9
 83. Bushe C, Day K, Reed V, Karlsdotter K, Berggren L, Pitcher A et al. (2016) A network meta-analysis of atomoxetine and osmotic release oral system methylphenidate in the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in adult patients. *Journal of Psychopharmacology*, 30(5), 444-458. doi:10.1177/0269881116636105
 84. De Crescenzo F, Cortese S, Adamo N, Janiri L (2017). Pharmacological and non-pharmacological treatment of adults with ADHD: A meta-review. *Evidence-Based Mental Health*, 20(1), 4-11. doi:10.1136/eb-2016-102415

85. Fredriksen M, Halmøy A, Faraone SV, Haavik J (2013) Long-term efficacy and safety of treatment with stimulants and atomoxetine in adult ADHD: A review of controlled and naturalistic studies. *European Neuropsychopharmacology*, 23(6), 508-527. doi:10.1016/j.euroneuro.2012.07.016
86. National Center for Biotechnology Information. PubChem Database. Methylphenidate, CID=4158, <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/Methylphenidate> (accessed on Feb. 23, 2020)
87. National Center for Biotechnology Information. PubChem Database. Amphetamine, CID=3007, <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/Amphetamine> (accessed on Feb. 23, 2020)
88. <https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/information-drug-class>
89. <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/mental-health-medications/index.shtml>
90. Waddell L, Taylor M (2009) Attitudes of patients and mental health staff to antipsychotic long-acting injections: Systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 195(52):43-50. doi:10.1192/bjp.195.52.s43
91. Horne R, Chapman SCE, Parham R, Freemantle N, Forbes A, Cooper V (2013) Understanding patients' adherence-related beliefs about medicines prescribed for long-term conditions: A meta-analytic review of the necessity-concerns framework. *PLoS ONE*, 8(12) doi:10.1371/journal.pone.0080633
92. Gray R, Spilling R, Burgess D, Newey T (2009) Antipsychotic long-acting injections in clinical practice: Medication management and patient choice. *British Journal of Psychiatry*, 195(52): 51-56. doi:10.1192/bjp.195.52.s51
93. Cocoman A, Murray J (2008) Intramuscular injections: a review of best practice for mental health nurses. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 15:424–34.
94. Wynaden D, Landsborough I, McGowan S, Baigmohamad Z, Finn M, Pennebaker D et al. (2006) Best practice guidelines for the administration of intramuscular injections in the mental health setting. *Int J Ment Health Nurs*, 15:195–200.
95. Roger MA, King L (2000) Drawing up and administering intramuscular injections: a review of the literature. *J Adv Nurs*, 31: 574–82.

96. Baker AL, Turner A, Beck A, Berr K, Haddock G, Kelly P J et al. (2018) Telephone-delivered psychosocial interventions targeting key health priorities in adults with a psychotic disorder: Systematic review. *Psychological Medicine*, 48(16):2637-2657. doi:10.1017/S0033291718001125
97. Kannisto K A, Adams CE, Koivunen M, Katajisto J, Välimäki M (2015) Feedback on SMS reminders to encourage adherence among patients taking antipsychotic medication: A cross-sectional survey nested within a randomised trial. *BMJ Open*, 5(11) doi:10.1136/bmjopen-2015-008574



Kanıtı dayalı ilaç yönetimi rehberi geliştirilmesinde kullanılan araştırmaların kanıt düzeyinin CRIBSHEET, AMSTAR-2, The Joanna Briggs Institute Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research araçları kullanılarak değerlendirilmesinin sonuçları aşağıda yer almaktadır. Araştırmalar rehberde yer kullanılan kaynakça numaraları ile belirtilmiştir.

(5) High	(22) High	(30) Moderate	(38) High	(47) High	(60) High	(69) Moderate	(79) Moderate	(91) Moderate
(7) High	(23) High	(31) Moderate	(39) High	(48) High	(61) High	(70) High	(80) High	(92) Low
(8) Moderate	(24) Moderate	(32) Moderate	(40) High	(49) High	(63) High	(71) Moderate	(81) High	(93) Low
(9) High	(25) High	(33) High	(41) High	(50) High	(64) Moderate	(72) Moderate	(82) Moderate	(94) High

(11) Moderate	(26)) High	(34) High	(42)) High	(51) High	(65) High	(73) High	(83)) High	(96) High
(12) High	(27)) High	(35) High	(44)) High	(52) Moderate	(66) Moderate	(74) Moderate	(84)) High	(97) Moderate
(13) High	(28)) High	(36) High	(45)) High	(53) Moderate	(67) Moderate	(75) Moderate	(85)) High	
(21) High	(29)) High	(37) Moderate	(46)) High	(54) High	(68) Moderate	(76) High	(90)) High	

EK 10: Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşireler İçin Psikotrop İlaç Uygulama-Takip Çizelgesi (İUTÇ)

2020

PSİKİYATRİ KLİNİĞİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELER İÇİN PSİKOTROP İLAÇ UYGULAMA-TAKİP ÇİZELGESİ

Basım Tarihi: 2020

Güncellenme Tarih:2025

Ar. Gör. Melisa BULUT

Doç. Dr. Çiğdem YÜKSEL

Basım Tarihi: 2020

Güncellenme Tarih:2025

PSİKİYATRİ KLİNİĞİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELER İÇİN PSİKOTROP İLAÇ UYGULAMA-TAKİP ÇİZELGESİ

Bu çizelge “Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşireler İçin Kanıta Dayalı İlaç Yönetimi Rehberi” esas alınarak geliştirilmiştir. Çizelge, psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin psikotrop ilaç yönetiminde kullanımlarına sunulmuştur.

Psikotrop ilaç uygulama-takip çizelgesi, ilaç yönetiminde hemşirenin sorumluluğunda olan basamakların eksiksiz, kanıta dayalı ve kayıt altına alınabilir olarak uygulanmasını hedeflemektedir. Kullanımı ile ilaç uygulama hatalarını önlemeyi ve hastaların ilaç uyumunu artırarak ilaç yönetimi ve hemşirelik bakımının sonuçlarını yükseltmeyi hedeflenmektedir.

Çizelge her bir psikotrop ilaç grubu için ayrı hazırlanmıştır. Psikotrop ilaç kullanan her hasta için ayrı kullanılması gerekmektedir. Çizelgede kullanılan ilaç, ilaç formu, görülmüş ise yan etki, görülmüş ise alerjik reaksiyon için ayrılmış olan kutucuğun işaretlenmesi gerekmektedir. Ayrıca görülmüş ise advers etkinin ne olduğu ayrılan bölüme yazılmalıdır. Uygulanan psikoeğitim veya hemşirelik müdahalesi işaretlenmelidir.

Kısaltmalar: YE: Yan etki

AR: Alerjik reaksiyon

ADV: Advers etki

HN:Hemşire Notu

Tipik ilaç Anti grubu	Etken madde/ ticari isim	İlaç formu	YE	AR	ADV	İlaç/besin/durum etkileşimleri	Hemşirelik psikoeğitim konuları	müdahaleleri ve	HN
Tipik ilaç Anti grubu	Chlorpromazine	Tablet				Kahve, çay, sarı	○ Hastaya antipsikotiklerin olası		

(Thorazine, Largactile, Promopar, Sonazine)	Enjeksiyon					kantoron, kava bitkisi, kedi otu, alkol, sigara ile etkileşim gösterebilir. Alkol	etki ve yan etkileri hakkında bilgi verilmelidir. ○ Hastaya, kullandığı ilaç ile etkileşime girmesi olası olan maddeler hakkında bilgi verilmeli; tedavi süresince bu maddelerden uzak durması teşvik edilmelidir. ○ Olası yan etkilerin erken belirtileri gözlemlenmelidir. ○ Yan etki belirtileri gözlemlenmişse psikiyatri ekibi ile paylaşılmalıdır. ○ Ciddi yan etkiler gözlemlendiği zaman hekim kararı ile ilaç dozu azaltılmalı veya kesilmelidir. ○ Olası geç belirtiler için hasta
	Damla						
	IV Konsantrasyon						
	Fitil						
Fluphenazine (Prolixin)	Enjeksiyon					Bu gruptaki ilaçların birbirleri ile ve diğer birçok ilaç grubu ile etkileşimi bulunmaktadır. Etkileşim gözlemlediniz ise hangi ilaç olduğunu yazınız.	
	Tablet						
	Damla						
Haloperidol (Haldol, Norodol)	Tablet						
	Enjeksiyon						
	Damla						
	Şurup						
	İnhaler						

		Kapsül						öncesinde uyarılmalıdır. Taburcu olduktan sonra ortaya çıkabilecek belirtiler için hastaneye başvurması gerektiği anlatılmalıdır.
Loksapin (Adasuve, Loxitane)	Tablet							○ Hasta ve ailesine ciddi yan etkilerin belirtileri anlatılmalı; bu yan etkileri gözlediklerinde hastaneye başvurmaları gerektiği söylenmelidir.
	Enjeksiyon							
	Damla							
Mesoridazine (Serentil)	Tablet							○ Antipsikotiklerin gebelikte kullanımları orta/yüksek derecede risklidir. Bu nedenle hasta ile planlanan bir gebelik olup olmadığı konuşulmalı; aile planlaması yöntemleri kullanımı hakkında bilgi verilmelidir. Hasta mevcut durumda gebe ise psikiyatri ekibi ve hasta-ailesi ile
	Damla							
	Enjeksiyon							
Molindon (Moban)	Kapsül							○ Antipsikotiklerin gebelikte kullanımları orta/yüksek derecede risklidir. Bu nedenle hasta ile planlanan bir gebelik olup olmadığı konuşulmalı; aile planlaması yöntemleri kullanımı hakkında bilgi verilmelidir. Hasta mevcut durumda gebe ise psikiyatri ekibi ve hasta-ailesi ile
	Tablet							
	Damla							
Pimozid (Orap)	Tablet							○ Antipsikotiklerin gebelikte kullanımları orta/yüksek derecede risklidir. Bu nedenle hasta ile planlanan bir gebelik olup olmadığı konuşulmalı; aile planlaması yöntemleri kullanımı hakkında bilgi verilmelidir. Hasta mevcut durumda gebe ise psikiyatri ekibi ve hasta-ailesi ile
Trifluoperazin (Stelazine,	Tablet							

Eskazinyl, Eskazine, Jatroneural)	Enjeksiyon						birlikte tedavi seçenekleri değerlendirilmelidir.
	Damla						○ Emzirme döneminde antipsikotik ilaçların kullanımları düşük/orta/yüksek derecede risklidir. Bu riskler hakkında hasta bilgilendirilmelidir. ○ Sedasyon ve dikkatte dağılma yan etkilerinin zamanla azalacağı hastaya açıklanmalıdır. Şikayetler azalmıyor ise psikiyatri ekibi ile paylaşılmalı; ilaç değişikliği yapılabileceği değerlendirilmelidir. ○ Hasta dikkat gerektiren ve tehlikeli işler yapmaması konusunda uyarılmalıdır. ○ Cinsel işlev bozuklukları

									hakkında henüz ortaya çıkmadan hasta bilgilendirilmelidir. Cinsel işlev bozuklukları ile ilgili özel sorular sorulmalıdır. Eğer cinsel işlev bozukluğu yan etkisi ortaya çıkmış ise, neden olan faktörler tanımlamalı; bu durumun ilaçtan bağımsız psikojenik nedenlerle oluşabileceği ihtimali değerlendirilmelidir. Bu yan etki ile başedebilmek için yüksek kanıt derecesine sahip farmakolojik bir yaklaşım bulunmamaktadır. Bu sebeple hasta ile iletişim kurmak, duygularını ve düşüncelerini paylaşması için cesaretlendirmek, yan etkinin yaşamında yarattığı etkileri
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

									değerlendirmek önemlidir. ○ Adet anormallikleri klinik değerlendirmenin rutini haline getirilmelidir. ○ Kilo alımını önlemek için ilaç değişikliğine gidilebilmektedir. Bunun için hastanın kilo takibinin yapılması, bel çevresi ölçümünün yapılması; gerekiyor ise ekiple ilaç değişikliğinin değerlendirilmesi gerekmektedir. ○ Hastanın beslenme düzeni değerlendirilmeli; kilo alımını önleme gereksinimi doğrultusunda bir liste hazırlanması için diyetisyen ile irtibata geçilmelidir.	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--

							○ Beslenme müdahalesi antipsikotik ilaç kullanımına bağlı kilo alımını önlemek için etkili bir yöntemdir. Bu müdahaleye ilaç kullanımı ile eş zamanlı başlanması daha iyi sonuç vermektedir. ○ Hastanın klinik içi ve taburculuk sonrasında uygulayabileceği bir fiziksel aktivite kazandırılmalıdır. ○ Şizofreni ve antipsikotik ilaç kullanımında yürüyüş, aerobik, fitness aktivitelerinin kolesterolün azalması, kalp sağlığı açısından olumlu etkilerinin olduğunu orta derece kanıt sunan çalışmalar vardır. ○ Tardif diskinezi ortaya çıktığı zamanaman iyileşme oranları
--	--	--	--	--	--	--	--

							tükettiği su ve sıvı miktarını artırmak, posalı ve lifli gıdalarca beslenmesini sağlamak, fiziksel aktivite yapmaya teşvik etmek önleyici yaklaşımlar olarak sıralanabilmektedir. ○ Ağız kuruluğu ile başedebilmek için sıvı ve su tüketimi artırılmalıdır. Ağıza buz parçaları almak, şekerli ve asitli yiyeceklerden kaçınmak, alkol içeren gargaralardan kaçınmak gerektiği hastaya anlatılmalıdır. ○ Hastanın düzenli diş muayeneleri yaptırması önerilmektedir. ○ Karaciğer, kardiyovasküler hastalıklar, glokom, epilepsi ve böbrek hastalıklarının varlığında
--	--	--	--	--	--	--	---

								antipsikotik kullanımı riskli olabilmektedir. Bu nedenle hastanın ilaç seçiminden önce değerlendirilmesi gerekmektedir. Risk değerlendirmesi yapılmalı; risk var ise ek tedavi seçenekleri değerlendirilmeli veya koruyucu ilaçlar antipsikotik ilaç tedavisine eklenmelidir.	
--	--	--	--	--	--	--	--	---	--

Atpi ilaç grubu	Etken madde/ ticari isim	İlaç formu	YE	AR	ADV	İlaç/besin/durum etkileşimleri	Hemşirelik müdahaleleri ve psikoeğitim konuları	HN
Atpi k	Aripiprazole	Tablet				Kahve, çay, sarı	○ Hastaya atipik antipsikotiklerin olası etki	

	(Abilify, Abilify Maintena Kit, Abilify Mycite Kit, Aristada Initio Kit)	Şurup					kantaron, kava bitkisi, kedi otu, alkol, sigara ile etkileşim gösterebilir. Alkol Bu gruptaki ilaçların birbirleri ile ve diğer birçok ilaç grubu ile etkileşimi bulunmaktadır. Etkileşim gözlemlediniz ise hangi ilaç olduğunu yazınız.	ve yan etkileri hakkında bilgi verilmelidir. ○ Hastaya, kullandığı ilaç ile etkileşime girmesi olası olan maddeler hakkında bilgi verilmeli; tedavi süresince bu maddelerden uzak durması teşvik edilmelidir. ○ Olası yan etkilerin erken belirtileri gözlemlenmelidir. ○ Yan etki belirtileri gözlemlenmişse psikiyatri ekibi ile paylaşılmalıdır. ○ Ciddi yan etkiler gözlemlendiği zaman ilaç dozu azaltılmalı veya kesilmelidir. ○ Olası geç belirtiler için hasta öncesinde uyarılmalıdır. Taburcu olduktan sonra ortaya çıkabilecek belirtiler için	
		Enjeksiyon							
	Azenapin (Saphris, Sycrest)	Tablet							
		Transdermal bant							
	Clozapine (Clozaril, Leponex, Versacloz)	Tablet							
		Damla							

(Zyprexa)	Kapsül				
	Enjeksiyon				
Paliperidon (Invega, Xeplion)	Tablet				
	Enjeksiyon				
Risperidone (Risperdal)	Tablet				
	Enjeksiyon				
	Şurup				

								hasta bilgilendirilmelidir. ○ Sedasyon ve dikkatte dağılma yan etkilerinin zamanla azalacağı hastaya açıklanmalıdır. Şikayetler azalmıyor ise psikiyatri ekibi ile paylaşılmalı; ilaç değişikliği yapılabileceği değerlendirilmelidir. ○ Hasta dikkat gerektiren ve tehlikeli işler yapmaması konusunda uyarılmalıdır. ○ Cinsel işlev bozuklukları hakkında henüz ortaya çıkmadan hasta bilgilendirilmelidir. Cinsel işlev bozuklukları ile ilgili özel sorular sorulmalıdır. Eğer cinsel işlev bozukluğu yan etkisi ortaya çıkmış ise, neden olan faktörler tanımlamalı; bu durumun ilaçtan bağımsız psikojenik nedenlerle	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

								oluşabileceği ihtimali değerlendirilmelidir. Bu yan etki ile başedebilmek için yüksek kanıt derecesine sahip farmakolojik bir yaklaşım bulunmamaktadır. Bu sebeple hasta ile iletişim kurmak, duygularını ve düşüncelerini paylaşması için cesaretlendirmek, yan etkinin yaşamında yarattığı etkileri değerlendirmek önemlidir. ○ Adet anormallikleri klinik değerlendirmenin rutini haline getirilmelidir. ○ Kilo alımını önlemek için ilaç değişikliğine gidilebilmektedir. Bunun için hastanın kilo takibinin yapılması, bel çevresi ölçümünün yapılması; gerekiyor ise ekiple ilaç değişikliğinin değerlendirilmesi gerekmektedir.	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

								○ Hastanın beslenme düzeni değerlendirilmeli; kilo alımını önleme gereksinimi doğrultusunda bir liste hazırlanması için diyetisyen ile irtibata geçilmelidir. ○ Beslenme müdahalesi antipsikotik ilaç kullanımına bağlı kilo alımını önlemek için etkili bir yöntemdir. Bu müdahaleye ilaç kullanımı ile eş zamanlı başlanması daha iyi sonuç vermektedir. ○ Hastanın klinik içi ve taburculuk sonrasında uygulayabileceği bir fiziksel aktivite kazandırılmalıdır. ○ Şizofreni ve antipsikotik ilaç kullanımında yürüyüş, aerobik, fitness aktivitelerinin kolesterolün azalması, kalp sağlığı açısından olumlu etkilerinin olduğunu orta derece kanıt sunan
--	--	--	--	--	--	--	--	---

								çalışmalar vardır. ○ İlaça bağlı konstipasyonu tedavi etmek için yüksek dereceli kanıt sunan bir farmakolojik tedavi yoktur. Bu nedenle hastayı konstipasyonu önlemek için nonfarmakolojik olan yöntemlere yönlendirmek gerektirmektedir. ○ Hastanın genel sağlık durumu gözönüne alınarak gün içinde tükettiği su ve sıvı miktarını artırmak, posalı ve lifli gıdalarca beslenmesini sağlamak, fiziksel aktivite yapmaya teşvik etmek önleyici yaklaşımlar olarak sıralanabilmektedir. ○ Ağız kuruluğu ile başedebilmek için sıvı ve su tüketimi artırılmalıdır. Ağıza buz parçaları almak, şekerli ve asitli yiyeceklerden kaçınmak, alkol içeren gargaralardan kaçınmak gerektiği	
--	--	--	--	--	--	--	--	---	--

								hastaya anlatılmalıdır. ○ Hastanın düzenli dış muayeneleri yaptırması önerilmektedir. ○ Atipik antipsikotik alan hastaların kilo, kan basıncı, kan lipit düzeyi ve kan şekerlerinin düzenli olarak izlenmesi gerekir. ○ Klozapinin agranülositoza neden olma potansiyeli nedeniyle kullanımının izlenmesi gereksinimi vardır. Hastaların ilk 5 ay haftada bir; ardından iki haftada bir kan tahlili vermeleri gerekmektedir. Çocuk, ergen ve yaşlıların bu açıdan daha riskli olduğu unutulmamalıdır^{37,3}	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ilaç grubu		Etken madde/ ticari isim	ilaç formu	YE	AR	ADV	ilaç/besin/durum etkileşimleri	Hemşirelik müdahaleleri ve psikoeğitim konuları	HN
Enzim inhibitörleri MAOI		Fenelzin (Nardil, Nardelzine)	Tablet				Bupropion Buspiron Nefazodon Trazodon Amfetaminler	Tiramin reaksiyonu gelişebileceği için hastaya tedavi süresince tiramin içeren yiyecekler tüketmemesi gerektiği söylenmelidir. Tiramin içeren yiyeceklerin neler olduğu açıklanmalı; hatırlanmasını kolaylaştırmak için hasta ve ailesine bir listesi verilmelidir. Tiramin reaksiyonu belirtileri hasta	
		İzokarboksazid (Marplan)	Tablet						
		Moclobemide (Aurorix, Manerix, Amira , Clobemix , Depnil)	Tablet				Metilen mavisi (metiltiyoninyum klorür) Tiramin içeren gıdalar (bira,		

	Selegilin (Eldepryl, Zelapar, Emsam, Jumex)	Tablet					kırmızı şarap, tütsülenmiş etler, bekletilerek yenilen peynirler, sucuk, sosis, yoğurt, soya sosu, kuru üzüm, çikolata) Kafein	ve ailesine açıklanmalıdır. Bu belirtilerle karşılaştıkları zaman hastaneye başvurmaları gerektiği söylenmelidir. ○ MAOI'lerin ilaçlar ile etkileşimi olabileceği için, hastaya muayene olduğu her durumda hekim ve hemşiresine MAOI kullandığını söylemesi gerektiği bilgisi verilmelidir. Aynı sebeple hasta ve ailesine reçetesiz ilaç kullanmaması gerektiği söylenmelidir.	
		Transdermal bant							
		Kapsül							
	Tranilsipro min (Parnate)	Tablet							

ilaç grubu		Etken madde/ ticari isim	ilaç formu	YE	AR	ADV	ilaç/besin/durum etkileşimleri	Hemşirelik müdahaleleri ve psikoeğitim konuları	HN
Gerialm inhibitörleri	Trtisiklik	Amitriptilin (Elavil, Endep)	Tablet				Barbitüratlar Oral kontraseptifler	- Hipotansiyon, taşikardi, ve aritmi yan etkilerinin varlığı hayati bulgular değerlendirilirken göz önüne alınmalıdır. - Sedasyonun zamanla azalacağı hastaya söylenmelidir.	
		Doksepin (Silenor, Zonalon, Adapin, Sinekuan)	Tablet				Halloperidol		
			Kapsül				Beta-blokerler Disülfiram		

	İmipramin (Tofranil)	Tablet					Metilfenidat	○ Görmede bulanıklaşma ve sedasyon yan etkileri nedeniyle hastanın tehlikeli makine ve araç kullanmaması gerektiği konusunda uyarılması önemlidir. ○ Ağız kuruluğu ve konstipasyon yan etkileri ortaya çıkmış ise hastaya genel klinik durumu göz önüne alınarak yeterli sıvı ve su tüketimi önerilmelidir. Ağız kuruluğu ile başedebilmek için sıvı ve su tüketimi artırılmalıdır. Ağıza buz parçaları almak, şekerli ve asitli yiyeceklerden kaçınmak, alkol içeren gargaralardan kaçınmak
	Klomipramin (Anafranil)	Kapsül					Diltiazem Antikolinerjikler Antihistaminikler Sempatomimetikler	
	Nortriptilin (Pamelor, Aventyl)	Kapsül					Metilen mavisi (metiltiyoninyum klorür)	
		Şurup					Alkol	
	Opipramol(Deprenil, Insidon)	Tablet						
	Trimipramin (Surmontil)	Kapsül						

									gerektiği hastaya anlatılmalıdır. Hastanın düzenli diş muayeneleri yaptırması önerilmektedir. ○ Konstipasyonu önlemek için hastanın genel sağlık durumu gözönüne alınarak posalı ve lifli gıdalarca beslenmesini sağlamak, fiziksel aktivite yapmaya teşvik etmek önleyici yaklaşımlar olarak sıralanabilmektedir. ○ Hastanın epilepsi geçmişi değerlendirilmelidir. Nöbet riski açısından hasta gözlemlenmeli; hasta ve ailesine nöbet belirtileri anlatılmalıdır.	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--

								○ Cinsel işlev bozuklukları hakkında henüz ortaya çıkmadan hasta bilgilendirilmelidir. Cinsel işlev bozuklukları ile ilgili özel sorular sorulmalıdır. Eğer cinsel işlev bozukluğu yan etkisi ortaya çıkmış ise, neden olan faktörler tanımlamalı; bu durumun ilaçtan bağımsız psikojenik nedenlerle oluşabileceği ihtimali değerlendirilmelidir. ○ Hastanın kilo takibi yapılmalı; kilo alımını kontrol altında tutmak için diyetisyenle işbirliği yapılarak uygun bir beslenme programı
--	--	--	--	--	--	--	--	---

									hazırlanmalıdır. ○ Hasta yetenek ve ilgisi doğrultusunda bir fiziksel aktiviyete yönlendirilmelidir.	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--

ilaç grubu	Etken madde/ ticari isim	ilaç formu	YE	AR	ADV	ilaç/besin/durum etkileşimleri	Hemşirelik müdahaleleri ve psikoeğitim konuları	HN
Gerialim inhibitörleri	Seçici Serotonin Gerialim (Lexapro, Cipralex, Eslorex)	Tablet				MAOI'leri	○ Serotonin sendromu riski olması nedeniyle hasta belirtiler açısından gözlenmelidir. Serotonin sendromu ortaya çıkmış ise ilaç dozu veya değişikliği için durum hekime	
		Emme tableti				Karbamazepin		
		Efervesan tablet				Valproat		
	Fluoksetin (Prozac, Fulsac,	Tablet				Fenobarbital		
		Kapsül				Benzodiazepinle		

	Florak, Sarafem, Symbyax)	Şurup					r	bildirilmelidir.	
	Fluvoksami n (Luvox, Faverin)	Tablet					Varfarin	○ Hasta ve ailesine serotonin sendromu belirtileri anlatılmalı; ortaya çıktığı zaman hastaneye başvurmaları gerektiği belirtilmelidir.	
	Paroksetin (Paxil, Seroxat, Paxeve)	Tablet					Lityum		
	Sertralin (Zoloft, Lustral)	Tablet					Metilen mavisi (metiltiyoninyu m klorür		
		Damla					Alkol	○ Hasta çoklu ilaç kullanıyor ise serotonin sendromu riski artabileceği için ilaçlar bu yönden değerlendirilmelidir.	
	Sitalopram (Celexa, Cipramil)	Tablet						○ Kesilme sendromu riski olabileceği için hasta ve ailesine hekimi ilacı bıraktırmadan ilaç kullanımını bırakmamaları gerektiği anlatılmalıdır. İlaç kullanımının hekim	

									kontrolünde aşamalı olarak bırakılabileceği bilgisi verilmelidir. ○ Hasta ve ailesine kesilme belirtileri anlatılmalıdır. ○ Baş ağrısı ile başetmek için ilaç dozu ayarlanması veya alternatif ilaç kullanımı konusunda hastanın hekimine danışması önerilmelidir. ○ Sessiz ve loş ışıklı bir odada dinlenmek baş ağrısını azaltmak ilaç dışı bir yöntem olarak hasta ve ailesine önerilmelidir. ○ Mide bulantısı ile başedebilmek için hastaya	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--

									gevşeme egzersizleri yaptırmak ve öğretmek yardımcı olabilmektedir. ○ Öğünlerini sık sık ve az yemesi önerilmelidir. Sıvı tüketimini yavaş ve küçük yudumlarla yapması önerilmelidir. ○ Kuru ekmek,kraker gibi yiyecekler önerilmeli; yağlı, aşırı baharatlı, kızarmış, kokulu,çok tatlı yiyeceklerden uzak durması önerilmelidir.	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--

ilaç grubu	Etken madde/ ticari isim	ilaç formu	YE	AR	ADV	ilaç/besin/durum etkileşimleri	Hemşirelik müdahaleleri ve psikoeğitim konuları	HN
Gerialım inhibitörleri	Desvenlafaksin (Pristiq)	Tablet				MAOI'leri	○ Serotonin sendromu riski olması nedeniyle hasta belirtiler açısından gözlenmelidir. Serotonin sendromu ortaya çıkmış ise ilaç dozu veya değişikliği için durum hekime bildirilmelidir. ○ Hasta ve ailesine serotonin sendromu belirtileri anlatılmalı; ortaya çıktığı zaman hastaneye başvurmaları gerektiği belirtilmelidir. ○ Hasta çoklu ilaç kullanıyor	
	Duloksetin (Duxalta, Cymbalta)	Kapsül				Lityum		
	Venlafaksin (Effexor)	Kapsül				Simetidin Metilen mavisi (metiltiyoninyum klorür)		

									ise serotonin sendromu riski artabileceği için ilaçlar bu yönden değerlendirilmelidir. ○ Kesilme sendromu riski olabileceği için hasta ve ailesine hekimi ilacı bıraktırmadan ilaç kullanımını bırakmalarını gerektiği anlatılmalıdır. İlaç kullanımının hekim kontrolünde aşamalı olarak bırakılabileceği bilgisi verilmelidir. ○ Hasta ve ailesine kesilme belirtileri anlatılmalıdır. Baş ağrısı ile başetmek için ilaç dozu ayarlanması veya alternatif ilaç kullanımı
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

									konusunda hastanın hekimine danışması önerilmelidir. ○ Sessiz ve loş ışıklı bir odada dinlenmek baş ağrısını azaltmak ilaç dışı bir yöntem olarak hasta ve ailesine önerilmelidir. Mide bulantısı ile başedebilmek için hastaya gevşeme egzersizleri yaptırmak ve öğretmek yardımcı olabilmektedir. ○ Öğünlerini sık sık ve az yemesi önerilmelidir. Sıvı tüketimini yavaş ve küçük yudumlarla yapması önerilmelidir. ○ Kuru ekmek,kraker gibi	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--

									yiyecekler önerilmeli; yağlı, aşırı baharatlı, kızarmış, kokulu, çok tatlı yiyeceklerden uzak durması önerilmelidir.	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--

ilaç grubu	Etken madde/ ticari isim	ilaç formu	YE	AR	ADV	ilaç/besin/durum etkileşimleri	Hemşirelik müdahaleleri ve psikoeğitim konuları	HN
------------	-----------------------------	------------	----	----	-----	--------------------------------	---	----

Gerialim İnhibitörleri	Norepinefrin Dopamin Gerialim İnhibitörleri (NDRI)	Bupropion (Wellbutrin)	Tablet					MAOI'leri Alkol	○ MAOI kullanımı bittikten en az 2 hafta sonra ilaç kullanımına başlanmalıdır. Aynı şekilde bu gruptaki ilaçların kullanımı bittikten en az 2 hafta sonra MAOI grubu bir ilaç kullanımına başlanabilmektedir. Bu durum hasta ve ailesine anlatılmalı; reçetesiz ilaç kullanmamaları gerektiği söylenmelidir. ○ Dikkat dağınıklığı ve sedasyon riski nedeniyle tehlikeli ve dikkat gerektiren işlerden uzak durması gerektiği hasta ve ailesine anlatılmalıdır. ○ Bulantı yan etkisi ile

									başedeilmek için ilaçlar yemekle alınmalıdır. Ayrıca gevşeme egzersizleri yaptırmak ve öğretmek bulantıyı azaltmaya yardımcı olabilmektedir. ○ Öğünlerini sık sık ve az yemesi önerilmelidir. Sıvı tüketimini yavaş ve küçük yudumlarla yapması önerilmelidir. ○ Kuru ekmek,kraker gibi yiyecekler önerilmeli; yağlı, aşırı baharatlı, kızarmış, kokulu,çok tatlı yiyeceklerden uzak durması önerilmelidir. ○ Uyku saatine yakın ilaç kullanımı uykusuzluk
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

ilaç grubu	Etken madde/ ticari isim		ilaç formu		YE	AR	ADV	ilaç/besin/durum etkileşimleri	Hemşirelik müdahaleleri ve psikoeğitim konuları	HN
									yapabileceği için ilaçlar uyku saatine yakın alınmamalı; gün içinde veya sabah kullanılmalıdır.	

Geri Alım İnhibitörleri	Norepinefrin Geri Alım İnhibitörleri	Reboxetine (Edronax)	Tablet					Etkileşim profilleri iyidir.	Genel antidepresan yan etkileri ile aynıdır fakat daha az sıklıkta ve daha şiddette görülebilmektedir.	
								Detaylar için tedaviyi düzenleyen hekime danışabilirsiniz.		

Reseptör Blokerleri	Noradrenerjik-Spesifik	Mianserin (Tolvon)	Tablet							○ Diğer antidepresanlarda olduğu gibi intihar düşüncesinin ilaç kullanımıyla birlikte gün yüzüne çıkmasına dikkat edilmelidir. Hasta intihar düşünceleri ve intihar riski açısından değerlendirilmelidir. İntihar	
		Mirtazapin (Remeron, Miltaron, Minelza)	Tablet								
			Efervesan tablet								
			Emme tableti								

			Şurup							açık açık konuşulmalı; hastaya intiharı sormaktan çekinilmemelidir. Hastaya “Kendinize zarar verme düşünceniz var mı, hayatınızı devam ettirmekte zorlanıyor musunuz, intihar planınız var mı, var ise bunun için bir hazırlığınız bulunuyor mu” gibi sorular sorulabilmektedir. yine hastanın davranışsal olarak intihar düşüncesini belirten işaretler iyi değerlendirilmelidir. Eşyalarını başkalarına verme, vasiyet yazma gibi belirtilere dikkat edilmelidir. ○ İlaç kullanımının
--	--	--	-------	--	--	--	--	--	--	---

									tetikleyebileceği epilepsi nöbeti riski nedeniyle, hasta nöbet riski açısından gözlemlenmeli; hasta ve ailesine nöbet belirtileri anlatılmalıdır.	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--

ilaç grubu	Etken madde/ ticari isim	ilaç formu	YE	AR	ADV	ilaç/besin/durum etkileşimleri	Hemşirelik müdahaleleri ve psikoeğitim konuları	HN
Reseptör Blokerleri	Serotonin-2 Reseptör Antagonisti ve Gerialim	Nefazodon (Dutonin, Nefadar, Serzone)	Tablet				MAOI'lar	○ İntihar düşüncesi açısından NaSSA'leri ile benzer nitelikler taşımaktadırlar. ○ Karaciğer yetmezliği gelişebileceği için hasta bu belirtiler açısından rutin olarak değerlendirilmelidir.(sarılık, anoreksiya, gastrointestinal şikayetler, halsizlik ile belirgin). Taburculuk planında hasta ve ailesine bu belirtiler anlatılmalı; ortaya çıktığı zaman
		Trazodon (Desyrel)	Tablet					

									hastaneye başvurmaları gerektiği söylenmelidir. ○ MAOI kullanımı bittikten en az 2 hafta sonra ilaç kullanımına başlanmalıdır. Aynı şekilde bu gruptaki ilaçların kullanımı bittikten en az 2 hafta sonra MAOI grubu bir ilaç kullanımına başlanabilmektedir. Bu durum hasta ve ailesine anlatılmalı; reçetesiz ilaç kullanmamaları gerektiği söylenmelidir.	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--

ilaç grubu	Etken madde/ ticari isim	ilaç formu	YE	AR	ADV	ilaç/besin/durum etkileşimleri	Hemşirelik müdahaleleri ve psikoeğitim konuları	HN
Benzodiazepin Türevleri	Alprazolam (Xanax)	Tablet				Alkol	○ Dikkatte azalma ve sedasyon yan etkileri nedeniyle hastanın tehlikeli makine ve araç kullanmaması gerektiği konusunda uyarılması önemlidir. ○ Yaşlılarda uzun süre kullanımları yüksek risk taşımaktadır. ○ Gebelerde ve emzirme döneminde	
		Şurup				Antihistaminikler		
		Damla				Barbitüratlar		
	Diazepam (Valium)	Tablet				Anestezikler		
		Kapsül				Narkotikler		
		Rektal fitil						

		Enjeksiyon					Antikolinerjikler	orta/yüksek risk taşımaktadır. ○ Karaciğer hastalığı olan bireylerde yüksek risk taşımaktadır. Bu riskler yönünden hasta değerlendirilmelidir. ○ Ataksi, baş dönmesi, bayılma ve nöbet risklerine karşı hastanın çevresi güvenle hale getirilmeli ve düşmeler önlenmelidir. ○ Ani duygu değişimleri, sinirlilik, öfke, sosyal izolasyon, amneziler yönünden hasta gözlenmelidir. Bu belirtiler var ise psikiyatri ekibi ile paylaşılmalıdır. Sonucunda ilaç dozunun azaltılması veya ilaç değişikliği yapılabilinmektedir. ○ Tolerans, bağımlılık sonucunda kesilme belirtileri, uykusuzluk, kaygı görülebilmektedir. Bu sebeple kullanım	
		Şurup					Karbamazepin		
		Damla					Kafein		
		Nazal sprey					TSA		
	Flurazepam (Dalmane)	Kapsül					Propranolol		
	Klonazepam (Klonopin, Rivotril)	Tablet					Teofilin		
		Çğneme tableti					Opiyatlar		
		Tablet					Lityum		
	Klorazepat (Tranxene)	Tablet							
		Kapsül							
	Klordiazepo	Tablet							

- Mide bulantısını önlemek için ilaç yemeklerle birlikte alınabilmektedir. Ayrıca hastaya gevşeme egzersizleri yaptırmak ve öğretmek bulantıyı azaltmaya yardımcı olabilmektedir.
- Öğünlerini sık sık ve az yemesi önerilmelidir. Sıvı tüketimini yavaş ve küçük yudumlarla yapması önerilmelidir.
- Kuru ekmek,kraker gibi yiyecekler önerilmeli; yağlı, aşırı baharatlı, kızarmış, kokulu,çok tatlı yiyeceklerden uzak durması önerilmelidir.
- Ağız kuruluğu ve konstipasyon yan etkileri ortaya çıkmış ise hastaya genel klinik durumu göz önüne alınarak yeterli

								sıvı ve su tüketimi önerilmelidir. Ağız kuruluğu ile başedebilmek için sıvı ve su tüketimi artırılmalıdır. Ağıza buz parçaları almak, şekerli ve asitli yiyeceklerden kaçınmak, alkol içeren gargaralardan kaçınmak gerektiği hastaya anlatılmalıdır.	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ilaç grubu	Etken madde/ ticari isim	ilaç formu	YE	AR	ADV	ilaç/besin/durum etkileşimleri	Hemşirelik müdahaleleri ve psikoeğitim konuları	HN
------------	-----------------------------	------------	----	----	-----	--------------------------------	---	----

Karbamat Türevleri	Karizoprodo l (Soma)	Tablet					Alkol	○ Dikkatte azalma, baş dönmesi ve sedasyon yan etkileri nedeniyle hastanın tehlikeli makine ve araç kullanmaması gerektiği konusunda uyarılması önemlidir. ○ FDA kısa süreli (iki veya üç hafta) akut tedavi dönemleri için kullanımlarını önermektedir². Daha uzun süreli kullanım için ı belirtmemektedir. ○ Gebelikte, çocuklar ve ergenlerde kullanımları sınırlıdır. ○ Bu gruptaki ilaçlar aniden bırakılmamalıdır. Sonucunda çekilme belirtileri olabilmektedir. hasta ve ailesine ilacın hekim kontrolünde aşamalı olarak bırakılması gerektiği anlatılmalıdır. ○ Baş ağrısı ile başsetmek için ilaç dozu ayarlanması veya alternatif ilaç kullanımı
	Meproba m at (Miltown, Equanil)	Tablet					Warfarin	
		Kapsül					Alprazolam	
		Enjeksiyon						

								konusunda hastanın hekimine danışması önerilmelidir. ○ Sessiz ve loş ışıklı bir odada dinlenmek baş ağrısını azaltmak ilaç dışı bir yöntem olarak hasta ve ailesine önerilmelidir.	
--	--	--	--	--	--	--	--	---	--

ilaç grubu	Etken madde/ ticari isim	ilaç formu	YE	AR	ADV	ilaç/besin/durum etkileşimleri	Hemşirelik müdahaleleri ve psikoeğitim konuları	HN
Difenilmetan	Hidroksizin HCL (Atarax, Validol)	Tablet				Epinefrin	○ Sersemlik, konsantrasyon bozukluğu ve sedasyon yan etkileri nedeniyle hastanın tehlikeli makine ve araç kullanmaması gerektiği konusunda uyarılması önemlidir. ○ İlaçların IM enjeksiyon uygulamaları	
		Kapsül				Hidroksizin		
		Enjeksiyon				Opiatlar Barbitüratlar		
		Şurup				Alkol		

								kangren, tromboz ve olumsuz lokal etki oluşma riskleri nedeniyle, ektravazasyon, IM yerine yanlışlıkla deri altı, IV veya arteriyel uygulamadan kaçınmak için dikkatle yapılmalıdır. ○ Gebelikteki ve emzirme dönemindeki kullanımları hakkında kanıt sınırlıdır. Bu durum hakkında oluşabilecek riskler için hasta ve ailesi bilgilendirilmeli; koruyucu yöntemler hakkında danışmanlık verilmelidir. ○ Baş ağrısı ile başetmek için ilaç dozu ayarlanması veya alternatif ilaç kullanımı konusunda hastanın hekimine danışması önerilmelidir. ○ Sessiz ve loş ışıklı bir odada dinlenmek baş ağrısını azaltmak ilaç dışı bir yöntem olarak hasta ve ailesine önerilmelidir.	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ilaç grubu	Etken madde/ ticari isim	ilaç formu	YE	AR	ADV	ilaç/besin/durum etkileşimleri	Hemşirelik müdahaleleri ve psikoeğitim konuları	HN
Siklopirolon Türevleri	Eszopiclone -hypnotic (Lunesta)	Tablet				Alkol Etanol Rifampisin Barbitüratlar Antipsikotikler	- Alkol ve madde bağımlılığı öyküsü olan hastalarda dikkatli kullanılması önerilmektedir. Bu nedenle hastanın tedavi öncesi kapsamlı bir öyküsünün alınması ve değerlendirilmesi önemlidir. - İlacın hızlı doz azalması veya aniden kesilmesi durumunda yoksunluk belirtileri görülebilmektedir. Bu nedenle ilacın hekim kontrolünde bırakılması gerektiği hasta ve ailesine açıklanmalıdır. - Uykuya eğilim ve sedayon etkileri nedeniyle uykudan önce alınması	
	Pagoclone - anxiolytic	Tablet						
		Kapsül						
		Enjeksiyon						
	Zopiklon - hypnotic (Imovane)	Tablet						

								önerilmektedir.	
--	--	--	--	--	--	--	--	-----------------	--

ilaç grubu	Etken madde/ ticari isim	ilaç formu	YE	AR	ADV	ilaç/besin/durum etkileşimleri	Hemşirelik müdahaleleri ve psikoeğitim konuları	HN
Değişik Yapıdaki Türevler	Azapironlar- Buspiron (Buspar, Buspon)	Tablet				Sertralin	ilaç kullanımının anksiyete semptomları üzerine etki etmesi için 2-5 hafta geçmesi gerekmektedir. Bu durum hasta ve ailesine anlatılmalı; belirtilerin geçmesini beklemeleri için aceleci davranmamaları gerektiği anlatılmalıdır. Bu bekleme süresinin izahı hastanın ilaçtan fayda göremediği nedeniyle bırakmaması için önemlidir.	
		Kapsül				Tramadol Trazodon Paroksetin Fluoksetin Duloksetin Venlafaksin Alkol		

ilaç grubu	Etken madde/ ticari isim	İlaç formu		YE	AR	ADV	İlaç/besin/durum etkileşimleri	Hemşirelik müdahaleleri ve psikoeğitim konuları	HN
Antimanikler	Lityum (Lithuril, Eskalith, Litobid, Lithane)	Tablet					Kafein	- Kalp hastalığı, ishal, hipotiroidizm, böbrek yetmezliği, sodyum eksikliği, epilepsi varlığında lityum kullanımı kontrendike olabilmektedir. Hastanın detaylı bir öyküsünün alınması ve gerekli tahlillerin yapılarak tedaviye başlanması gerekmektedir. - Lityumun çoğu yan etkisi genellikle müdahaleye ihtiyaç duyulmayan yan etkilerdir. Hafif yan etkilerin ilaca sağlanan uyum ile zamanla azalacağı	
		Kapsül					Alkol		
		Şurup					Siyah meyan		
							Naproksen (Aleve)		
					Duloksetin (Duksalta)				
					İbuprofen				

							Esitalopram Sertralin Prozac Klonazepam Ketiapin Alplazolam Lamotrijin	hasta ve ailesine açıklanmalıdır. ○ Yan etkiler nedeniyle ilaç bırakma lityum kullanımında çok sıktır. Lityumu bırakmak ise daha sonra başlanan lityum tedavilerinin terapötik etkisini olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle yan etkilerle baş etme stratejileri hasta ve ailesine anlatılmalıdır⁷³. ○ Lityumun dar bir terapötik doz aralığı vardır. Bu durum bireyden bireye de değişiklik gösterebilmektedir. Bu nedenle her hasta için uygun dozun belirlenmesi için lityum kan seviyelerinin düzenli olarak takip edilmesi gerekmektedir. ○ Lityumun gebelikte kullanımı fetüse zarar verebilmektedir. Bu nedenle hastanın korunma yöntemleri hakkında bilgilendirilmesi ve uygun kontrol yöntemlerini kullanılması için teşvik	
--	--	--	--	--	--	--	---	--	--

								edilmesi önemlidir. ○ Hasta var olan koşulda zaten gebe ise ya da ilaç kullanırken gebe kalmış ise ilacın fetüse zarar verme riski olduğundan haberdar edilmelidir. ○ Görmede bulanıklaşma ve sedasyon yan etkileri nedeniyle hastanın tehlikeli makine ve araç kullanmaması gerektiği konusunda uyarılması önemlidir. ○ Lityumun birikerek doz aşımını önlemek, ciltteki kuruluğu ve kaşıntıyı önlemek, ağız kuruluğunu gidermek için hastanın sıvı ve su tüketiminin artırılması gerekmektedir. Soğuk veya buzlu sıvılar, buz parçaları ağız kuruluğunu gidermek için faydalı olabilmektedir. ○ Meyve, sebze ve çorba gibi sıvıdan zengin besinler diyetine eklenmelidir.	
--	--	--	--	--	--	--	--	---	--

							○ Cildi düzenli olarak nemlendirmek, nemlendirici kullanmak önerilebilir. ○ Lityum kullanımı sırasında hastanın vücut sodyum düzeyinin azalması, lityumun tutulmasına ve doz aşımına neden olabilmektedir. Bu nedenle hastanın genel sağlık durumu dikkate alınarak tuzdan kısıtlı diyet almaması gerekmektedir. Hastanın sıcak ve fazla aktivite yaptığı, çok terlediği günlerde daha çok su tüketimi yapması gerektiği bilgisi kendisi ve ailesine verilmelidir. ○ Saç dökülmesini azaltabilmek için hastaya saçını tararken nazik olması, saçını aşırı şekillendirmekten kaçınması, uyurken saç filesi takması önerilmelidir.	
--	--	--	--	--	--	--	--	--

ilaç grubu	Etken madde/ ticari isim	ilaç formu	YE	AR	ADV	ilaç/besin/durum etkileşimleri	Hemşirelik müdahaleleri ve psikoeğitim konuları	HN
Antikonvülzanlar	Gabapentin (Neurontin, Gbaron)	Tablet				Buprenorfin- Nalokson	Antiepileptik ilaçlar, kullanan bireylerde depresyon ve intihar düşüncelerini, davranışlarını artırabilmektedir. Hastalar hem geçmiş hem de var olan depresyon, intihar düşünceleri, ruh hali değişimleri, davranış değişimleri yönünden izlenmelidir. Hastanın ailesine bu belirtiler anlatılmalı; belirtileri takip etmeleri sağlanmalıdır. Aile, belirti saptadıkları durumda hemen hastaneye başvurmmalıdır. Antiepileptik ilaçların gebelikte kullanımı fetüse zarar verebilmektedir. Bu nedenle hastanın korunma yöntemleri hakkında	
		Kapsül				Asetaminofen		
	Karbamazepin (Tegretol, Temporol, Teril, Neurotol)	Tablet				Duloksetin Zolpiem Siklobenzaprin Fluoksetin		
		Tablet				Ketiapin Alprazolam		
	Lamotrijin (Lamictal)	Tablet				Sertralin		
		Çiğneme						

	tableti					Amitriptilin	bilgilendirilmesi ve uygun kontrol yöntemlerini kullanılması için teşvik edilmesi önemlidir. ○ Hasta var olan koşulda zaten gebe ise ya da ilaç kullanırken gebe kalmış ise ilacın fetüse zarar verme riski olduğundan haberdar edilmelidir. ○ Görmede bulanıklaşma, sedasyon ve konsantrasyonda azalma yan etkileri nedeniyle hastanın tehlikeli makine ve araç kullanmaması gerektiği konusunda uyarılması önemlidir. ○ Ağız kuruluğu ve konstipasyon yan etkileri ortaya çıkmış ise hastaya genel klinik durumu göz önüne alınarak yeterli sıvı ve su tüketimi önerilmelidir. Ağız kuruluğu ile başedebilmek için sıvı ve su
Levetiracetam (Keppra)	Tablet					Diazepam	
	IV solüsyon					Mirtazapin	
	Efervesan tablet					Aripirazol	
Oxkarbazepin (Trileptal)	Tablet					Lityum	
						Eritromisin	
Pregabalin (Lyrica)	Tablet					Oksikodon	
	Kapsül					Alkol	
Topiramate (Topamax, Trokendi XR, Qudexy XR)	Tablet						

								küçük yudumlarla yapması önerilmektedir. ○ Kuru ekmek,kraker gibi yiyecekler önerilmeli; yağlı, aşırı baharatlı, kızarmış, kokulu,çok tatlı yiyeceklerden uzak durması önerilmektedir.	
--	--	--	--	--	--	--	--	---	--

	Etken madde/ ticari isim	İlaç formu	YE	AR	ADV	İlaç/besin/durum etkileşimleri	Hemşirelik müdahaleleri ve psikoeğitim konuları	HN
Metilfenidat ve ilaç grubu	Ritalin	Tablet				MAOI'ler	○ Son iki hafta içinde MAOI grubundan bir ilaç kullanılmış ise metilfenidat ve türevleri kullanılmamalıdır. Hastaya ilaç etkileşimleri riski nedeniyle reçetesiz ilaç	
	Adhansia	Tablet				Alkol		
	Aptensio	Tablet				Hipertansiyon		

						Kalp hastalıkları	kullanmaması gerektiği ve hastaneye yaptığı başvurularda kullandığı ilacı sağlık ekibi ile paylaşması gerektiği söylenmelidir. ○ Tolerans ve bağımlılık gelişme riskleri olduğu için hastanın bağımlılık geçmişi değerlendirilmelidir. ○ Olası yan etkiler hakkında hasta ve ailesi bilgilendirilmelidir. ○ Hastaya ilaç etkileşimleri riski nedeniyle reçetesiz ilaç kullanmaması gerektiği ve hastaneye yaptığı başvurularda kullandığı ilacı sağlık ekibi ile paylaşması gerektiği söylenmelidir. ○ Psikoz alevlenmelerine neden olabileceği
Concerta	Tablet					Karaciğer hastalığı	
Cotempla	Tablet					Glokom	
Daytrana	Tablet					Epilepsi	
Focalin	Tablet					Madde bağımlılığı	
Jornay	Tablet					Psikotik bozukluklar	
Metadate	Tablet						
Methlin	Tablet						
QuilliChew	Tablet						

	Quillivant	Tablet						için hastanın psikotik bozukluk geçmişi olup olmadığı değerlendirilmeli; alevlenme belirtileri açısından hasta gözlemlenmelidir. ○ Ani kalp sorunlarında hastanın derhal hastaneye başvurması gerektiği söylenmelidir.	
--	------------	--------	--	--	--	--	--	---	--

	Etken madde/ ticari isim	İlaç formu	YE	AR	ADV	İlaç/besin/durum etkileşimleri	Hemşirelik müdahaleleri ve psikoeğitim konuları	HN
Amfetamin ve ilaç grubu	Adderall	Tablet				Alprazolam Amantadin	○ Nöbet eşiğinin düşmesine neden olabileceği hastanın epilepsi geçmişi değerlendirilmelidir.	
		Kapsül				Amitriptilin		

Adzenys	Tablet					Aripiprazol	○ Nöbet belirtileri gözlemlenmelidir.	
Dexedrine	Tablet					Karbamazepin	○ Tolerans ve bağımlılık gelişme riskleri olduğu için hastanın bağımlılık geçmişi değerlendirilmelidir.	
Dyanavel	Tablet					Karbidopa		
Elvanse	Tablet					Buspiron	○ Bulanık görme, nöbet ve baş dönmesi yan etkileri riski olabileceği için hastanın dikkat gerektiren makine ve araç kullanımından uzak durması gerektiği anlatılmalıdır.	
Evekeo	Tablet					Bupropion		
Mydayis	Tablet					Klozapin		
Tyvense	Tablet					Klonazepam	○ Psikoz ve tik alevlenmelerine neden olabileceği için hastanın hastalık geçmişi değerlendirilmeli; alevlenme belirtileri açısından hasta gözlemlenmelidir.	
Vyvanse	Tablet					Diazepam		
Zenzedi	Tablet					Essitalopram		
						Haloperidol		
						Valproik asit		
						Alkol		
						Karanfil yağı		

							Hipertansiyon Epilepsi Kalp hastalıkları		
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ato ilaç grubu	Etken madde/ ticari isim	İlaç formu	YE	AR	ADV	İlaç/besin/durum etkileşimleri	Hemşirelik müdahaleleri ve psikoeğitim konuları	HN
Ato	Axetra	Kapsül				Aripirazol	○ Son iki hafta içinde MAOI grubundan bir	

Axepta	Kapsül					Bupropion	ilaç kullanılmış ise atomoksetin ve türevleri kullanılmamalıdır. Hastaya ilaç etkileşimleri riski nedeniyle reçetesiz ilaç kullanmaması gerektiği ve hastaneye yaptığı başvurularda kullandığı ilacı sağlık ekibi ile paylaşması gerektiği söylenmelidir.	
Attentin	Kapsül					Fluoksetin		
Attera	Kapsül					Paroksetin		
Strattera	Kapsül					Sertralin		
Stramox	Kapsül					Atomoksetin		
Tomoxetin	Kapsül					Bupropion	○ İntihar düşünceleri ve davranışında artma olabileceği için hastanın geçmişte intihar girişimi varsa değerlendirilmelidir. Hastanın ani ruh hali değişimleri gözlemlenmeli; intihat düşüncesi/girişiminin varlığı sorgulanmalıdır. Hastanın ailesine intihar düşüncesine yönelik belirtiler anlatılmalı; bunlar gözlemlenirse hastaneye başvurmaları gerektiği söylenmelidir. ○ Gebelikte kullanımı ile ilgili riskler olmasına rağmen yeterli kanıt olmaması	
						Alkol		
						Glokom		
						Hipertansiyon		
						Kalp hastalıkları		
						Psikotik bozukluklar		
						Bipolar bozukluk		

252

								nedeniyle, gebelikte kullanımı yarar- zarar oranına göre değerlendirilmektedir.	
--	--	--	--	--	--	--	--	---	--

ÖZGEÇMİŞ

İ- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Melisa Bulut

Doğum yeri ve tarihi:

Uyruğu:

Medeni durumu:

İletişim adresi ve telefonu:

Yabancı dili: İngilizce

İİ- Eğitimi

2001-2005:

2005-2008:

2008-2009:

2009-2013:

2013-2018:

2018-2021:

III- Ünvanları: Hemşire

IV- Mesleki Deneyimi: Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar:

Psikiyatri Hemşireleri Derneği

Toplum Ruh Sağlığı Gönüllüleri Dayanışma Derneği

VI-Bilimsel İlgi Alanları: Psikofarmakoloji, ruh sağlığı, psikiyatri hemşireliği eğitimi ve eğiticiliği, psikiyatri hemşireliğinin ileri düzey uygulaması olarak psikoterapi, çocuk ve ergen psikiyatrisi hemşireliği.

Yayınları:

BULUT MELİSA, MERCAN NEŞE, YÜKSEL ÇİĞDEM, Psikiyatride Malpraktis, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar- Current Approaches in Psychiatry, 2020, 12, 195 204

BULUT MELİSA, MERCAN NEŞE, YÜKSEL ÇİĞDEM, Bilişsel Çarpıtma Düzeyi ile Depresyon ve Anksiyete Düzeyi Arasındaki İlişki: Sistematik Derleme, Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 2020, 9, 215 226

YÜKSEL ÇİĞDEM, BULUT MELİSA, Psikiyatri Hemşireliği Akıl Notları, Bölüm 3: Çocukluk ve Adölesan Dönemle İlgili Yaygın Görülen Ruhsal Bozukluklar ve Hemşirelik Bakımı, ISBN:9789752778153, Güneş Tıp Kitabevleri, 2020

BULUT MELİSA, YILDIRIM NAZMİYE, COVID-19 Pandemisi: Pandemi Dönemlerinde Üreme Sağlığı., COVID-19 pandemisinin cinsel sağlık ve yaşam kalitesine etkileri., ISBN:978-625-401-043-9, S:58 65, Türkiye Klinikleri, 2020

BULUT MELİSA, MERCAN NEŞE, YÜKSEL ÇİĞDEM, BİLİŞSEL ÇARPITMA DÜZEYİ İLE DEPRESYON VE ANKSIYETE DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİ: SİSTEMATİK DERLEME, Sözel Bildiri. 6. Uluslararası 17. Ulusal Hemşirelik Kongresi, 19.12.2019 21.12.2019, Ankara, TÜRKİYE, 19.12.2019

BULUT MELİSA, MERCAN NEŞE, YÜKSEL ÇİĞDEM, Şizofreni Tanılı Çocuk ve Ergenlerde İyileşme İçin Bir Model: Sağlığın İyileştirilmesi Eylem Planı (Wrap), Poster Bildiri. ULUSLARARASI TOPLUM VE ŞİZOFRENİ KONGRESİ, 29.06.2019 30.06.2019, Ankara, TÜRKİYE, 30.06.2019

YILDIRIM NAZMİYE, AYDOĞAN ARZU, BULUT MELİSA. (2021). A qualitative study on the experiences of the first nurses assigned to COVID-19 units in Turkey. J Nurs Manag. 2021; 00: 1– 9. <https://doi.org/10.1111/jonm.13291>.

VII- Bilimsel Etkinlikleri

Katıldığı paneller (panelist olarak):

VIII- Diğer Bilgiler

Eğitim programı haricinde aldığı kurslar ve katıldığı eğitim seminerleri

MedicReS Medical Research Support-MedicReS International Education Programs, MedicReS Good Medical Researcher Certificate Good Biostatistical Practice.

Kısa Süreli Çözüm Odaklı Terapi Eğitimi Sertifika Programı. Psikoterap-ist Eğitim ve Danışmanlık Merkezi. 4-5 Nisan 2020

Eğiticilerin Eğitimi Sertifika Programı. Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Uzaktan Eğitim Uygulama ve Araştırma Merkezi. 22 Nisan – 18 Haziran 2020.