



T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA DR. ABDURRAHMAN YURTASLAN ONKOLOJİ
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAşTIRMA MERKEZİ

şİZOFRENİ HASTALARININ TEDAVİSİNDE KULLANILAN
UZUN ETKİLİ İNTRAMUSKÜLER ANTİPSİKOTİK İLAÇLARIN,
HASTALIĞIN ERKEN VEYA GEÇ DÖNEMİNDE
BAşLANMASININ BAKIM VEREN YÜKÜNE ETKİSİ

Dr. Dilara ÇIRAKMAN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2021



T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA DR. ABDURRAHMAN YURTASLAN ONKOLOJİ
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

ŞİZOFRENİ HASTALARININ TEDAVİSİNDE KULLANILAN
UZUN ETKİLİ İNTRAMUSKÜLER ANTİPSİKOTİK İLAÇLARIN,
HASTALIĞIN ERKEN VEYA GEÇ DÖNEMİNDE
BAŞLANMASININ BAKIM VEREN YÜKÜNE ETKİSİ

Dr. Dilara ÇIRAKMAN

Tez Danışmanı

DoÇ. Dr. Ersin Hatice KARSLIOĞLU

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2021

TEŞEKKÜR

Asistanlık eğitimim boyunca deneyimlerini benden esirgemeyen, gelecekteki meslek hayatımda bana verdiği değerli bilgilerden faydalanacağım anabilim dalı başkanımız ve kıymetli hocam Prof. Dr. Ali ÇAYKÖYLÜ'ye

Hekimlik etiği ve duruşunu, psikiyatriye olan sevgisini ve ilgisini örnek aldığım, değerli bilgilerinden faydalanma imkânı bulabildiğim için kendimi şanslı hissettiğim, tez hazırlama sürecimde bilgi, birikim ve tecrübeleriyle yol gösteren tez danışmanım ve değerli hocam Doç. Dr. Ersin Hatice KARSLIOĞLU'na,

Uzmanlık eğitimim boyunca kendilerinden çok şey öğrendiğim, katkılarıyla beni meslek hayatıma hazırlayan değerli hocalarım Prof. Dr. Elvan ÖZALP, Doç. Dr. Hayriye Dilek HAMURCU ve kliniğimizin tüm uzmanlarına,

Asistanlık sürecimi varlıklarıyla anlamlandıran, hayatıma çokça güzellik katan başta Uzm. Dr. Esra ÖKSÜZ, Uzm. Dr. Meriç Gökçe TEMİZ, Dr. Rahime MİİŞOĞLU, Dr. Yasemin ARIKOĞLU ve Dr. Çağla KOÇBERBER olmak üzere birlikte çalıştığım bütün değerli asistan arkadaşlarıma,

Bir ekip olarak birlikte keyifle çalıştığımız tüm hemşire, psikolog, hastane personeli ve sekreterimize,

Kelimelere sığdıramayacağım, her anımda yüreğini ve elini hissettiğim, biricik eşim Dr. Mert ÇIRAKMAN'a,

Beni ben yapan ve her anımda emeği olan, sonsuz sevgi ve destekleriyle bana güç veren, hayattaki en büyük şansım sevgili annem ve babama,

Tüm sıkıntılarına rağmen, hastalığın klinisyenlerce daha iyi anlaşılacağı umut ve temennisiyle, benimle görüşmeyi kabul eden hastalarım ve onların yakınlarına,

Sonsuz saygı, sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

Dilara ÇIRAKMAN

Ankara, 2021

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER	ii
KISALTMALAR VE SİMGELER.....	iv
TABLO LİSTESİ.....	v
ŞEKİL LİSTESİ.....	vi
ÖZET.....	vii
ABSTRACT.....	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. ŞİZOFRENİ	3
2.1.1. Tanım ve Epidemiyoloji.....	3
2.1.2. Etiyoloji.....	3
2.1.3. Klinik Özellikler.....	5
2.1.4. Tanı.....	6
2.1.5. Klinik Seyir	7
2.2. ŞİZOFRENİ TEDAVİSİ.....	8
2.2.1. Genel Tedavi İlkeleri.....	8
2.2.2. Tedavisiz Geçen Psikoz Süresi-TGPS (Duration of Untreated Psychosis, DUP).....	9
2.2.3. Tedavi Uyumu.....	10
2.2.4. Uzun Etkili İntramusküler Antipsikotik İlaçlar (LAI)	12
2.2.4.1. Hastalığın Erken Dönemlerinde LAI Antipsikotiklerin Kullanımı.....	15
2.3. ŞİZOFRENİ VE BAKIM VEREN YÜKÜ.....	17
3. YÖNTEM VE GEREÇLER	21
3.1. YÖNTEM	21
3.1.1. Araştırmanın Amacı	21
3.1.2. Araştırmanın Tipi	21
3.1.3. Araştırmanın Yeri.....	21
3.1.4. Araştırmanın Evreni	21
3.1.5. Araştırmanın Uygulanması	23
3.2. VERİ TOPLAMA GEREÇLERİ.....	24

3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu	24
3.2.2. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS)	24
3.2.3. İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği (GAF).....	25
3.2.4. Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP).....	25
3.2.5. DSM-5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme- Klinisyen Versiyonu (SCID-5-CV).....	25
3.2.6. Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği (ZBYÖ).....	26
3.2.7. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF)	26
3.2.8. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D)	26
3.2.9. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A).....	27
3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ	27
4. BULGULAR.....	28
5. TARTIŞMA	43
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	50
7. KAYNAKÇA	51
7. EKLER	64
EK-1: ETİK KURUL ONAYI VE TEZ ONAY FORMU.....	64
EK-2: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU-HASTA	67
EK-3: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU-BAKIM VEREN	69
EK-4: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU	71
EK-5: POZİTİF VE NEGATİF SEMPTOMLARI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (PANNS)	75
EK-6: HAMILTON ANKSİYETE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ	76
EK-7: HAMILTON DEPRESYON DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ	77
EK-8: GLOBAL DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (GAS)	78
EK-9: KİŞİSEL VE PERFORMANS ÖLÇEĞİ (PSP).....	79
EK-10: DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ KISA FORMU (WHOQOL-BREF).....	81
EK-11: ZARİT BAKIM VERME YÜĞÜ ÖLÇEĞİ	84
8. ÖZGEÇMİŞ	85

KISALTMALAR VE SİMGELER

LAI	: Uzun Etkili İntramusküler Antipsikotik İlaçlar
NMDA	: N-Metil D-Aspartat
GABA	: Gama-amino butirik asit
MRI	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
NAA	: N-asetilaspartat
DSM-5	: Ruhsal Bozuklukların Tanımlanması ve Sınıflandırması El Kitabı - 5
DUP	: Duration of Untreated Psychosis
TGPS	: Tedavisiz Geçen Psikoz Süresi
RCT	: Randemize Controlled Trial
SCID-5-CV	: DSM-5 bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme-Klinisyen versiyonu
PANNS	: Pozitif ve Negatif Semptomları Değerlendirme Ölçeği
WHOQOL-BREF	: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu
GAF	: İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği
PSP	: Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği HAM-
D	: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği
HAM-A	: Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği
ZBYÖ	: Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği
PP1M	: Paliperidon palmitat 1 aylık
PP3M	: Paliperidon palmitat 3 aylık
ORT	: Ortalama
SS	: Standart Sapma
P	: Anlamlılık Düzeyi
N	: Kişi Sayısı
SPSS	: Statistical Package for the Social Science

TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1.	DSM-5 Şizofreni Tanı Ölçütleri.....	7
Tablo 2.2.	Tedavi Uyumunu Etkileyen Faktörler.....	12
Tablo 2.3.	Bakım Veren Yükünü Etkileyen Faktörler.....	20
Tablo 4.1.	Hasta gruplarının bazı tanımlayıcı özellikleri	28
Tablo 4.2.	Hasta gruplarının sosyodemografik özellikleri	29
Tablo 4.3.	Hasta gruplarının tedavi özellikleri ve bağımlılık durumları	30
Tablo 4.4.	Hasta gruplarının hastalık özellikleri	31
Tablo 4.5.	Bakım veren gruplarının bazı tanımlayıcı özellikleri.....	32
Tablo 4.6.	Bakım veren gruplarının sosyodemografik özellikleri.....	33
Tablo 4.7.	Bakım veren gruplarının kişisel özellikleri	34
Tablo 4.8.	Bakım veren gruplarının bakım verme özellikleri	35
Tablo 4.9.	Bakım veren gruplarının bakım vermeye ilgili zorlukları.....	36
Tablo 4.10.	Çalışmaya alınan tüm bireylerin ölçek puanlarının tanımlayıcı istatistikleri.....	37
Tablo 4.11.	Hasta gruplarının PANSS puanlarının karşılaştırılması.....	38
Tablo 4.12.	Hasta gruplarının GAF ve PSP puanlarının karşılaştırılması.....	38
Tablo 4.13.	Bakım veren gruplarının HAM-D ve HAM-A puanlarının karşılaştırılması	39
Tablo 4.14.	Bakım veren gruplarının WHOQOL-BREF puanlarının karşılaştırılması	39
Tablo 4.15.	Bakım veren gruplarının ZBYÖ puanlarının karşılaştırılması.....	40
Tablo 4.16.	ZBYÖ toplam puan için açıklayıcı değişkenlerle çoklu Regresyon analizi sonuçları	41

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 4.1. Bakım veren gruplarının ZBYÖ puanlarının karşılaştırılması 41



ÖZET

ŞİZOFRENİ HASTALARININ TEDAVİSİNDE KULLANILAN UZUN ETKİLİ İNTRAMUSKÜLER ANTİPSİKOTİK İLAÇLARIN, HASTALIĞIN ERKEN VEYA GEÇ DÖNEMİNDE BAŞLANMASININ BAKIM VEREN YÜKÜNE ETKİSİ

Amaç: Çalışmamızda, şizofreninin ilk 5 yılında ve daha geç dönemde (>5 yıl) uzun etkili enjekte edilebilir (LAI) antipsikotiklere geçilen hastaların bakım verenlerinin yük düzeylerini karşılaştırarak, depo antipsikotiklerin başlangıç zamanının bakım veren yükünü etkileyip etkilemediğinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya LAI antipsikotik kullanmakta olan 55 hasta ve bu hastaların bakım verenleri dahil edildi. LAI antipsikotikler, hastaların 25'ine erken dönemde (<5 yıl), 30'una geç dönemde (>5 yıl) başlanmıştı. Hastalara; sosyodemografik veri formu, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS), İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği (GAF), Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP); bakım verenlere ise sosyodemografik veri formu, DSM-5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme-Klinisyen versiyonu (SCID-5-CV), Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-kısa formu Türkçe versiyonu (WHOQOL-BREF TR), Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği (ZBYÖ), Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D), Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A) uygulandı. Sonuçlar istatistiksel olarak $P<0.05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

Bulgular: Erken dönemde (<5 yıl) LAI antipsikotik başlanan hastaların bakım verenlerinin toplam ZBYÖ puanları ($p<0.001$) ve ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması ($p<0.001$), sinirlilik ve kısıtlanmışlık ($p<0.001$), toplumsal ilişkilerde bozulma ($p<0.001$) ve bağımlılık ($p<0.01$) alt boyut puanları, geç dönemde (>5 yıl) depo tedaviye geçilen hastaların bakım verenlerine göre anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur. LAI antipsikotik başlangıç zamanının, diğer değişkenlerin etkisinden bağımsız olarak, bakım veren yükü için belirleyici faktörlerden biri olduğu saptanmıştır ($p<0.01$).

Sonuç: Bulgularımız, şizofreninin erken dönemlerinde depo antipsikotik kullanımının, bakım veren yükünün daha az olmasıyla ilişkili olduğunu

göstermektedir. Çalışmamız, hastalığın erken evrelerinde LAI antipsikotik kullanımının yararlarına ilişkin literatüre katkı sağlamakta, erken dönemde depo antipsikotik kullanımının bakım veren için de daha iyi sonuçlarla ilişkili olduğuna işaret etmektedir. Bununla birlikte, daha fazla sayıda hasta ile yapılacak uzunlamasına izlem çalışmaları ile bulgularımızın doğrulanması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Şizofreni, bakım veren yükü, uzun etkili enjekte edilebilir antipsikotikler, antipsikotik



ABSTRACT

THE EFFECT OF EARLY OR LATE START OF LONG-ACTING INTRAMUSCULAR ANTIPSYCHOTIC DRUGS USED IN THE TREATMENT OF SCHIZOPHRENIA PATIENTS ON CAREGIVER BURDEN

Objectives: This study aims to compare the burden levels of caregivers of patients who switched to long-acting injectable (LAI) antipsychotics in the first 5 years of schizophrenia and later (>5 years) and to determine whether the start time of depot antipsychotics affect the caregiver burden.

Materials and Methods: The study included 55 patients using depot antipsychotics and caregivers of these patients. LAI antipsychotics were started in the early period (<5 years) in 25 patients and in the late period (>5 years) in 30 patients. Sociodemographic data form, Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), General Assessment of Functionality Scale (GAF), Personal and Social Performance Scale (PSP) were applied to patients; Sociodemographic Data Form, Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders-Clinician version (SCID-5-CV), World Health Organization Quality of Life Scale-brief form Turkish version (WHOQOL-BREF TR), Zarit Burden Interview (ZBI), Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D), Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A) were applied to the caregivers. The results were evaluated statistically P <0.05 significance level.

Results: The total ZBI scores ($p<0.001$) as well as the sub-scale scores of mental tension and deterioration of private life ($p<0.001$), irritability and limitation ($p<0.001$), deterioration in social relations ($p<0.001$), and addiction ($p<0.01$) of the caregivers of the patients who started LAI antipsychotics in the early period (<5 years) were significantly lower compared to the caregivers of the patients who switched to depot treatment in the late period (>5 years). LAI antipsychotic start time was found to be one of the determining factors for caregiver burden, regardless of the effect of other variables ($p<0.01$).

Conclusions: Our results indicate that depot antipsychotic use in the early stages of schizophrenia is associated with a lower caregiver burden. Our study

contributes to the literature on the benefits of LAI antipsychotic use in the early stages of the disease, indicating that the use of depot antipsychotics in the early period is also associated with better results for the caregiver. However, our results need to be confirmed by longitudinal follow-up studies with a larger number of patients.

Keywords: Schizophrenia, caregiver burden, long-acting injectable antipsychotics, antipsychotics



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Şizofreni, akut alevlenmeler ve kısmi/tam remisyon dönemleriyle karakterize, kronik gidişli, sıklıkla mesleki ve sosyal işlevsellik kaybına ve yeti yitimine neden olan, çeşitli belirti ve bulgularla ortaya çıkıp, farklı klinik tablolarla yol açabilen psikiyatrik bir bozukluktur (1).

Şizofreninin erken dönemleri, hastalığın gidişatının nasıl olacağını göstermekte, klinik ve psikososyal bozulma çoğunlukla hastalık başlangıcından sonraki ilk 5 yıl içinde gerçekleşmektedir. Bu dönemde erken ve etkili tedavinin, hastalığın uzun dönemdeki prognozunu iyileştirmek için kritik bir öneme sahip olduğu bildirilmektedir (2-4).

Antipsikotik ilaçlar şizofreni tedavisinde temel bir yere sahiptir, akut dönemde semptom kontrolü sağlamalarının yanı sıra, uzun dönemde yinelemelerin önlenmesinde etkilidir (5). Ancak antipsikotik ilaçlara uyumsuzluk, sık karşılaşılan bir sorundur; relaps riskinde artışa, tedaviye direnç gelişmesine, hastane yatışlarının uzamasına, işlevsellikte gerilemeye ve yeti yitimine neden olmaktadır. Özellikle hastalığın erken evrelerinin uyum bozukluğu için en riskli dönem olduğu bildirilmektedir (6).

Uzun etkili enjekte edilebilir (LAI) antipsikotikler, uyumu artırmak ve ilaç rejimini kolaylaştırmak amacıyla geliştirilmiştir. Depo antipsikotikler, klinik pratikte genelde uyum sorunlarına bağlı çok sayıda nüks yaşamış, kronik dönemdeki hastalar için kullanılmaktadır. Bununla birlikte, son dönemde araştırmalar LAI antipsikotiklerin özellikle hastalığın erken evrelerindeki etkililiğine odaklanmıştır. Çalışmalarda, erken dönemde depo antipsikotik kullanımının tedavi yanıtı ve işlevsellik artışıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir (2, 7).

Günümüzde şizofreni hastalarının çoğu aileleri ile yaşamakta, şizofreni hasta kadar yakınlarını da etkilemektedir. Aile bireyleri bu süreçte yük, depresyon, yaşam kalitesinde düşme, yetersiz sosyal destek ve damgalanma gibi birçok güçlüklerle karşılaşmaktadır. Ruhsal hastalığı olan bireyin yakınlarının yaşadığı ruhsal, fiziksel, toplumsal ve ekonomik sorunlar bakım veren yükünü oluşturmaktadır. Bakım veren yükü; hastanın klinik özellikleri, bakım verenin kişilik özellikleri ve sosyal desteğin

niteliği gibi pek çok etkene bağlıdır. Şizofreni hastalarında sık görülen hastalığın reddi ve tedavi uyumsuzluğu bakım veren yükünü en çok artıran etkenler arasındadır (8,9).

Çalışmamızda, Şizofreninin ilk 5 yılında LAI antipsikotik başlanmış olan hastaların bakım verenleriyle, daha geç dönemde başlanmış olan hastaların bakım verenlerinin yk düzeyleri karşılaştırılarak, depo antipsikotik başlanma zamanının bakım veren yükünü nasıl etkilediğinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Uzun etkili enjekte edilebilir antipsikotiklerin erken (<5 yıl) veya geç dönemde (>5 yıl) başlanmasının hasta üzerine etkisi yeni çalışılmış, bakım vereni nasıl etkilediği henüz çalışılmamıştır. Bu alışma ile literatürdeki eksik bu alanın değerlendirilmesi ve literatüre katkı sağlanması amaçlanmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. ŞİZOFRENİ

2.1.1. Tanım ve Epidemiyoloji

Şizofreni, genelde genç yaşta başlayan, kişinin düşünce, algı, duygulanım, davranış alanlarında ve bilişsel fonksiyonlarında önemli bozulmalara yol açan, insan ilişkilerinden ve gerçeklerden uzaklaşarak kendi iç dünyasına kapanmasına, uyum ve işlevsellik düzeyinin belirgin olarak azalmasına neden olan, kronik gidişli, alevlenmelerle seyreden klinik bir sendrom olarak tanımlanmaktadır (10, 11).

Morel, 1856'da 'Demence precoce' terimini ilk defa kullanan hekimdir. Hecker, 'hebefreni' (1871), Kahlbaum 'katatoni'yi tanımlamış (1874), Kraepelin bu iki hastalık tipine, paranoid ve basit tipleri de ekleyerek 'Dementia praecox' başlığı altında toplamıştır (1899). Hastaların ruhsal bir yarılma süreci (schisme) yaşadığını vurgulayan Bleuler (1911), 'şizofreni' terimini ilk kullanan hekim olmuş ve hastalığın gidiş ve sonlanışından daha çok belirti ve bulgularına odaklanmıştır. 1930'larda Kurt Schneider, uzun bir dönem şizofreni tanı kriterlerine zemin hazırlayan birinci sıra belirtileri tanımlamıştır (12).

Şizofreninin yaşam boyu yaygınlığı genel olarak %1 olarak belirtilse de; farklı bölgelerde yapılmış olan yaygınlık çalışmalarının sistematik bir gözden geçirmesinde, şizofreni için nokta yaygınlık ortancası 4,6/1000, yaşam boyu yaygınlık ise %0,7 olarak bildirilmiştir (13). Türkiye'de yapılan epidemiyolojik çalışmalara göre ise şizofreninin yaygınlığı ortalama %0,89 kişidir (14).

2.1.2. Etiyoloji

Çok sayıda araştırmaya rağmen şizofreni etiyojisi henüz kesin olarak aydınlatılabilmiş değildir. Bu durumun olası nedenlerinden biri, şizofreninin tek bir hastalık olmayıp, farklı etiyojistik nedenlerle ortaya çıkabilen, çeşitli klinik görünümleri olan heterojen bir hastalık grubu olmasıdır. Diğer bir neden ise hastalığın çeşitli genetik ve çevresel faktörlerin etkileşimiyle ortaya çıkması olabilir (15).

Kalıtımın şizofreni etiolojisindeki rolü, aile, ikiz ve evlat edinme çalışmalarlarıyla gösterilmiştir. Şizofreni hastalarının birinci derece akrabalarında şizofreni riski yaklaşık %10'dur (16). Tek yumurta ikizlerinde eş hastalanma (konkordans) oranının, çift yumurta ikizlerinden yüksek bulunması kalıtımın etkisini göstermektedir. Bununla birlikte, tek yumurta ikizlerinin tümünde eş hastalanma olmaması gen-çevre etkileşimine dikkat çekmektedir (17). Şizofreni gelişiminde kalıtımın rolü kesinleşse de hastalıktan sorumlu tek bir gen bulunamamıştır. Günümüzde şizofreninin çok genli-çok etkenli bir hastalık olduğu kabul edilmektedir (18).

Şizofreni riskini artıran çevresel faktörler arasında gebelik ve doğum sırasındaki komplikasyonlar, annenin gebelik döneminde geçirdiği viral enfeksiyonlar, baba yaşı gibi biyolojik etkenler ve büyük kentlerde yaşamak, azınlık grupların içinde büyümek, esrar kullanımı ve çocukluk çağı travmaları gibi psikososyal etkenler sayılmaktadır (19).

Birçok nörotransmitterin, şizofreni etiolojisinde önemli rol oynadığı bilinmektedir. Hakkında sayısız araştırma yapılan dopamin varsayımına göre; mezolimbik yolaktaki dopamin aktivitesi artışı pozitif belirtilere, mezokortikal yolaktaki aktivite azalması ise negatif ve bilişsel belirtilere neden olmaktadır (20). Serotonin, dopaminerjik sistemle karşılıklı etkileşimine bağlı olarak şizofreni etiolojisinde rol aldığı düşünülmektedir (21).

NMDA tipi glutamat reseptörlerini bloke eden ilaçların şizofreni benzeri pozitif, negatif ve nörobilişsel belirtilere yol açtığı gösterilmiştir. Bu bilgi ışığında yapılan çalışmalar NMDA işlev bozukluğunun, şizofreni gelişimi ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (22). Ek olarak, şizofreni hastalarında kortikal GABAerjik nöronlarda azalma ve GABA-A reseptörlerinde artış olduğu bilinmektedir. GABAerjik aktivitenin azalmasının dopaminerjik nöronlarda etkinlik artışına neden olduğu düşünülmektedir (20).

Yapısal görüntüleme çalışmalarıyla şizofreni hastalarında lateral ventriküllerde genişleme, bilateral gri cevher azalması, frontal lob, temporal girus, hipokampus ve diğer limbik yapılarda bölgesel hacim azalması, beyaz madde bütünlüğünde bozulma ve çeşitli gelişimsel anomaliler olduğu gösterilmiştir. Yapısal değişikliklerin özellikle kötü gidiş gösteren şizofreni hastalarında daha belirgin olduğu bildirilmiştir (23).

İşlevsel MRI çalışmalarının ortak bulguları ise frontal etkinlikte azalma (hipofrontalite) ve anterior singulat korteks gibi orta hat yapılarındaki uygunsuz aktivite artışıdır (24). MR Spektroskopi çalışmalarında, özellikle frontal bölgede N-asetil aspartat (NAA) konsantrasyonunda azalma olduğu gösterilmiştir. Nöron yitimine işaret eden bu bulgu, yapısal çalışmalarda gösterilen gri madde azalması bulgusu ile uyumludur (25).

Nörodejeneratif kurama göre hastalık başladıktan sonra beynin belli bölgelerinde yozlaşma olmakta ve klinik zamanla ağırlaşmaktadır. Negatif belirtiler yeni hastalarda daha nadir ve hafifken, kronik hastalarda ön planda ve ağırdır. Ayrıca şizofreni belirtileri başladıktan sonra tedavisiz geçen süre ne kadar fazlaysa prognozun o kadar kötü olduğu bilinmektedir. Ancak post-mortem incelemelerde gliosis saptanmaması yozlaşma kuramıyla uyumsuzdur (20, 26). Nörogelişimsel kuram ise; şizofreni hastalarında nöronların kortikal bölgenin yüzeyine dek gidemeyip, korteksin derin katmanlarında yoğunlaşmış olmasına dayanarak, hastalığı kortikal yapıların şekillendiği prenatal dönemde meydana gelen gelişimsel bir bozukluğa bağlamaktadır. Beyindeki yapısal ve işlevsel anormalliklerin hastalığın ilk başladığı dönemde de bulunuyor olması nörogelişimsel kuramı desteklemektedir (27).

2.1.3. Klinik Özellikler

Şizofreni çok çeşitli psikiyatrik belirtilerin bir araya gelmesi ile oluşan bir sendromdur. Karakteristik düşünce ve algı bozuklukları, bilişsel bozukluklar, motor anormallikler, avolüsyon, apati, iletişimde zorluklar ve duygulanımda kısıtlılık gibi çeşitli semptomlarla kliniğe yansımaktadır. Ancak bu belirti ve bulguların hiçbiri şizofreni için patognomonik değildir ve çok çeşitli hastalıklarda da görülebilmektedir (28, 29).

Şizofreni belirtileri pozitif, negatif, dezorganizasyon, duygulanım ve bilişsel belirtiler olmak üzere beş boyutta değerlendirilmektedir. Pozitif belirtiler, gerçeği değerlendirmenin bozulması ile ilişkilidir, sanrı ve varsanları içerir. Negatif belirtiler normal fonksiyonların azalması ya da eksikliği olarak tanımlanmaktadır. Duygulanımda kısıtlılık, konuşma ve iletişimde azalma, irade/istençte azalma (avolüsyon), asosyalite, anhedoni ve toplumdan çekilme negatif belirtiler içinde

sayılmaktadır. Dezorganizasyon belirtileri arasında dağınık konuşma ve davranış ile uygunsuz duygulanım yer almaktadır. Formal düşünce bozukluğu mantıklı, amaca yönelik düşünce sürecinde parçalanmayı ifade etmektedir. Raydan çıkma, neolojizm, bloklar, çevresel ve teğetsel konuşma formal düşünce bozukluğuna örnek olarak verilmektedir. Dezorganize davranış ve uygunsuz duygulanım sıklıkla çağrışımlarda dağınıklıkla birlikte görülmektedir. Şizofrenide psikomotor belirtiler devinimde azalma ve artma gibi niceliksel değişikliklerden, dağınık davranış ve katatoniye kadar değişen şekillerde ortaya çıkabilmektedir. Hastalarda yaygın olarak kısıtlı duygulanım görülmekle beraber, anksiyete belirtileri ve çökkün ya da taşkın duyguduruma da sık rastlanmaktadır. (11, 29).

Şizofreninin bilişsel alanda genel ve üst düzey bilişsel performansta yaygın bir bozulma yaptığı kabul edilmektedir. Bazı araştırmalar özellikle sözel epizodik bellek, dikkat, yürütücü işlevler veya işlem hızı alanlarında ciddi bozukluğa işaret etse de; genel olarak nöropsikolojik ölçümlerde yaygın bir bozukluk olduğu ve bilişsel belirtilerin hastalığın her aşamasında bulunduğu bildirilmektedir (30).

2.1.4. Tanı

Şizofreni tanı değerlendirmesinde sıklıkla Amerikan Psikiyatri Birliği DSM-5 tanı ölçütleri kullanılmaktadır. Şizofreni DSM-5 kitapçığında ‘Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikoza Giden Diğer Bozukluklar’ başlığı altında yer almaktadır ve tanı ölçütleri Tablo 2.1’de görülmektedir (31).

Tablo 2.1. DSM-5 Şizofreni Tanı Ölçütleri

<p>A. Aşağıdaki karakteristik belirtilerden ikisinden (ya da daha çoğundan) her biri, bir aylık sürenin önemli bir kesiminde bulunur. Belirtilerden en az birinin (1), (2) ya da (3) olması gerekir.</p> <p><i>Karakteristik belirtiler:</i></p> <ol style="list-style-type: none">1) Sanrı2) Varsanı3) Dezorganize konuşma4) Dezorganize davranış5) Negatif belirtiler
<p>B. <i>Tophumsal/Mesleki işlev bozukluğu:</i> Hastalık başladıktan sonra kişinin mesleki ve sosyal işlevsellik düzeyi, bu bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altındadır.</p>
<p>C. <i>Süre:</i> Bu belirtiler en az altı ay sürmelidir.</p>
<p>D. <i>Şizoaffektif bozukluk ve duygudurum bozukluklarının dışlanması:</i> Bu belirtiler şizoaffektif bozukluk, psikoz özellikleri gösteren depresyon ya da bipolar bozuklukla daha iyi açıklanamamalıdır.</p>
<p>E. <i>Madde kullanımının/genel tıbbi durumun dışlanması:</i> Bu bozukluk bir maddenin (kötüye kullanılan bir madde ya da tedavi için kullanılan bir ilaç) etkisine ya da genel tıbbi duruma bağlı olmamalıdır.</p>
<p>F. Hastanın öyküsünde bir otizm spektrum bozukluğu varsa en az bir ay (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) süre ile sanrılarının ve varsanıların bulunmasıyla şizofreni ek tanısı konabilir.</p>

2.1.5. Klinik Seyir

Şizofreni için tipik bir başlangıç şekli yoktur. Akut, çok renkli belirtilerle başlayabileceği gibi, sinsi ve yavaş bir başlangıcı da olabilir. Bazı hastalarda eşik altı psikotik belirtiler, negatif belirtiler, bilişsel eksiklikler, duygudurum semptomları ve işlevsellikte gerilemeyle karakterize prodromal bir dönem olabilir. Bu evrenin süresi değişkendir; birkaç ay ya da birkaç yıla kadar sürmektedir ve ardından pozitif belirtilerin baskın olduğu psikotik tablo ortaya çıkmaktadır (11, 29, 32).

Şizofreni klasik olarak ilk 5-10 yıllık dönemde alevlenme ve yatışmalarla gitmekte, her psikotik epizodla birlikte işlevsellikte düşüş yaşanmaktadır (29). Relapsların hastalığın gidişatını kötü etkilediği ve her relapsın, bir sonraki relaps riskini arttırdığı bilinmektedir. Tekrarlayan relapslar ise tedavi yanıtında azalmaya,

kronik psikotik semptomlara, bilişsel bozulmaya ve yaşam kalitesinde düşmeye neden olmaktadır (33, 34). Ek olarak alevlenmelerin süresiyle, özellikle frontal lob ve beyaz maddede daha belirgin olmak üzere, beyin toplam hacim azalmasının ilişkili olduğu düşünülmektedir (35).

Klinikteki değişkenliğin ve relapsların özellikle hastalığın ilk yıllarında yaşandığı, işlevsellikteki gerilemenin en çok ilk ataktan sonraki 5 yıl içinde meydana geldiği, bu dönemden sonra hastalığın sonuçlanması bakımından büyük dalgalanmalar olmadığı, işlev düzeyinin pek değişmediği bildirilmektedir. Bu nedenle şizofreninin erken dönemleri ‘kritik dönem’ olarak kabul edilmekte ve prognozu etkilemektedir. Kritik dönem sonrasında, çoğu hastada, alevlenme dönemleri yaşanmamakta ve fonksiyonel açıdan değişim olmamaktadır; negatif belirtiler ve bilişsel bozuklukların belirgin olduğu bu dönem ‘plato fazı’ olarak adlandırılmaktadır (29, 32, 36).

2.2. ŞİZOFRENİ TEDAVİSİ

2.2.1. Genel Tedavi İlkeleri

Şizofreni tedavisinde temel hedefler alevlenmeleri hızla yatıştırmak, relapsları önlemek, hastalığa bağlı yeti yitimini en aza indirmek, hastanın toplumsal uyumunu ve işlevselliğini arttırmak olarak sıralanabilir. Antipsikotik ilaçlar tedavide şart olmalarına rağmen, tek başlarına yeterli değildir. Günümüzde şizofrenide iyileşme kavramı sadece pozitif belirtilerin ortadan kaldırılmasının ötesine geçmiştir, şizofreni tedavisi ancak ilaçların psikososyal müdahaleler ile desteklenmesi ile tam ve başarılı olabilir (37).

Antipsikotikler, şizofreninin hem akut hem de sürdürüm tedavisinde etkilidir (38). Klinik araştırmalar, ilk atağın tedavisinde mevcut antipsikotikler arasında etkinlik açısından belirgin fark olmadığını göstermektedir (39). Antipsikotikler arasındaki esas fark yan etki profilleri olduğundan, hasta bazında seçim yapılması önerilmektedir. Güncel kılavuzlarda etki ve yan etki profilleri anlatıldıktan sonra, hastanın ilaç seçiminde etkin rol alması gerektiği özellikle vurgulanmaktadır (40, 41).

Antipsikotikler etkili oldukları bilinen en düşük dozda başlanmalıdır. Tedaviye 2. hafta yanıt alınamazsa veya az yanıt olursa, doz artırılmalıdır (42). Standart

dozlardan daha yüksek dozda antipsikotik tedavinin, etkililik açısından üstünlük sağlamadığı ancak yüksek dozların daha fazla yan etki ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (43). Mümkün olduğunca antipsikotik kombinasyonlarından kaçınılmalı, tedavi tek antipsikotikle sürdürülmelidir. Ancak klozapin dahil tek ilaç seçeneği kalmadığında, klozapin güçlendirilmesi olarak kombine tedavi düşünülebilir (40, 42).

Şizofreni süregelen bir hastalıktır. Akut dönemin ardından sürdürme tedavisi gereklidir (38). Relapsları önlemenin başlıca yolu antipsikotik tedavinin devamıdır. Tek atak sonrası bile ilaç kesilmesi ile relaps riski çok yükselmektedir. Uzun süredir tedaviye devam ediyor olmak, ilacın kesilmesi sonrası nüks riskini azaltmamaktadır. Genelde, tedavi kesilmesinin hemen ardından nüks yaşanmaktadır (44). 65 çalışmanın dahil edildiği bir meta-analizde, 1 yıl içinde relaps oranları antipsikotik tedaviye devam eden hastalarda %26, plasebo grubunda %61 olarak bulunmuştur (45). Başka bir çalışmada ise ilk psikoz epizodunda remisyon sağlandıktan sonra tedavi kesilmesini izleyen 1 yılda nüks oranının %77 olduğu, 2. yılda bu oranın %90'a çıktığı gösterilmiştir. Antipsikotik ilaç tedavisine devam eden hastalarda ise 1 yıllık nüks oranının %3 olduğu bildirilmiştir (46).

Genel olarak ilk ataktan sonra antipsikotik kullanımına en az 1-2 yıl devam edilmesi önerilmektedir. Tekrarlayan epizodları, kalıcı psikotik belirtileri olan ve geçmişinde saldırganlık ya da suisid öyküsü bulunan hastalar için daha uzun, hatta hayat boyu tedavi seçeneğinin düşünülmesi önerilmektedir (42).

2.2.2. Tedavisiz Geçen Psikoz Süresi-TGPS (Duration of Untreated Psychosis, DUP)

Şizofreninin özellikle ilk 3-5 yılının gidişat açısından kritik dönem olduğu (36), gerileme ve yıkımın genelde bu dönemde meydana geldiği kabul görmekte ve bu dönemdeki kayıpların boyutunun, kısmen tedavisiz geçen psikoz süresi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (29).

İlk psikotik belirtinin ortaya çıkmasından, tedavinin başlanmasına kadar geçen süre tedavisiz geçen psikoz süresi (TGPS) olarak tanımlanmaktadır (47). Uzamış TGPS, tedavi yanıtında azalma ve alevlenmelerin sıklaşmasıyla ilişkili bulunmuştur

(48). 26 çalışmanın dahil edildiği bir meta-analizde, TGPS'nin toplam semptomatoloji, depresyon/kaygı belirtileri, negatif ve pozitif belirtiler, genel ve sosyal işlevsellikle ilişkili olduğu gösterilmiştir (49). Uzun TGPS daha az semptomatik ve fonksiyonel iyileşme ile ilişkilidir, prognozla ilişkili diğer değişkenlerin etkisinden bağımsız olarak bu hastaların remisyona ulaşma olasılığı daha düşüktür (49, 50). Farklı çalışmalarda uzun TGPS'nin kısa ve uzun dönemde daha şiddetli negatif belirtilerle ilişkili olduğu gösterilmiştir, özellikle TGPS'nin 9 aydan uzun olması negatif belirtilerde gerileme olasılığını azaltmaktadır (51, 52). TGPS'nin tedaviye az yanıt veren ve prognozda önemli olan negatif belirtilerle olan ilişkisi erken müdahalenin önemine tekrar dikkat çekmektedir.

TGPS'nin gidişat üzerine etkisinin hastalığın ilerleyen dönemlerinde de devam ettiği gösterilmiştir. İlk atak psikoz hastalarıyla yapılan uzunlamasına bir izlem çalışmasında, kısa TGPS'nin 4. ve 8. yıllarda bile remisyon oranları, pozitif belirtiler ve sosyal işlevsellik açısından daha iyi bir sonucu öngördüğü bildirilmiştir (53). Başka bir çalışmada ise hastalığın uzun vadeli sonuçlarıyla ilişkili olabilecek diğer faktörlerin etkisinden bağımsız olarak, uzun TGPS ilk psikiyatrik başvurudan 15 yıl sonra bile daha düşük işlevsellikle ilişkili bulunmuştur (54).

Bu çalışmaların sonuçları hastalığın olabildiğince erken ve etkin tedavisinin önemini göstermektedir. Maalesef, tedaviden yararlanma şansının en yüksek olduğu bu dönem, aynı zamanda hasta ve yakınlarının hastalığı kabullenme ve tedavi iş birliği konusunda en isteksiz olduğu dönemdir (47).

2.2.3. Tedavi Uyumu

Tedavi uyumu, kişinin tıbbi önerileri kabul etmesi ve yerine getirmesi olarak tanımlanmaktadır (55). Önerilen ilaçların, 1 ay boyunca, %80'inden fazlasının alınması yüksek tedavi uyumu, %50-79'unun alınması kısmi uyum, %50'den azının alınması tedaviye uyumsuzluk olarak kabul edilmektedir (56).

Şizofreni hastalarında tedavi uyumsuzluğunun incelendiği meta-analiz çalışmalarında, uyumsuzluk oranı %40'a kadar çıkmaktadır (57, 58). Hastaların tedaviye uyum durumları zaman içinde de değişebilmektedir. 34128 hastanın dahil

edildiği retrospektif bir çalışmada, hastaların %61'nin 4 yıllık süre içinde bir noktada uyum sorunu yaşadığı, %18'inin sürekli uyumsuz olduğu, %43'nin tutarsız uyum gösterdiği, %39'unun ise süreç boyunca tedavi uyumunun iyi olduğu gösterilmiştir (59).

EUFEST çalışmasında ilk ataktan sonraki 12 ay içinde tedavi uyumsuzluğu oranı %42 bulunmuştur (60). İlk atak sonrası tedavi uyumsuzluğu relapsların en önemli nedenidir. Aslında ilk atak sonrası hastaların çoğu tekrar alevli dönem yaşamaktadır. İlk ataktan sonraki 5 yıl içinde hastaların %82'sinde relaps geliştiği, ancak ilaçlarını bırakan hastaların relaps riskinin, ilaç tedavisine devam edenlerden 5 kat daha fazla olduğu gösterilmiştir (61). Başka bir çalışmada, ilk atak hastalarının 3 yıllık takibinde nüksün tek prediktif faktörünün tedavi uyumsuzluğu olduğu bulunmuştur (62). Özellikle hastalığın erken evrelerinde tekrarlayan relapsların daha zarar verici olduğu düşünülmektedir, çünkü bu hastalar genelde daha genç yaşta ve hayatlarının kritik dönemlerindedirler. Her relapsla birlikte eğitim/mesleki yaşamları, sosyal ilişkileri zarar görmekte, kendilerine güvenleri ve çalışma olasılıkları azalmaktadır (63).

Tedavi uyumsuzluğu relaps riskinde artışla birlikte, hastane yatışlarının artmasına, yatış sürelerinin uzamasına, intihar riskinde artışa ve sonuçta prognozun kötüleşmesine neden olmaktadır (56, 64-66). 1906 hastanın dahil edildiği 3 yıllık prospektif bir izlem çalışmasında tedavi uyumu bozuk olan hastaların madde kullanımının, şiddet davranışının daha fazla, uzun süreli işlevselliklerinin ve bilişsel fonksiyonlarının daha düşük olduğu bulunmuştur (67). Ek olarak tedavi uyumsuzluğu sağlık giderlerinin artmasına neden olmakta, hastalığın ailesel ve toplumsal yükünü artırmaktadır (68).

Tedavi uyumu, hastalığın klinik özellikleri, ilaçla ilgili faktörler ve sağlık sisteminin organizasyonu, ayrıca klinisyen, hasta ve aile/bakımverenin özelliklerini de içeren çeşitli etmenlerle ilişkili bulunmuştur (63, 69). Bu etmenler Tablo 2.2'de özetlenmiştir.

Tablo 2.2. Tedavi Uyumunu Etkileyen Faktörler (63, 69)

Hastalık ile ilişkili faktörler:	İçgörü düzeyi, hastalığın süresi, şiddetli pozitif ve negatif belirtiler, bilişsel bozukluk, depresif belirtiler, madde kullanımı, ek tanı
Tedavi ile ilişkili faktörler:	İlaç etkinliği, yan etkiler, dozaj sıklığı, formülasyon, ilaç maliyeti, çoklu ilaç kullanımı ve karmaşık ilaç rejimi, geçmiş tedavi deneyimleri
Hasta ile ilişkili faktörler:	Yaş, eğitim düzeyi, geçmiş tedavi uyumu öyküsü, hastalık ve tedaviye ilişkin inanç ve tutumlar, içselleştirilmiş damgalanma
Hekim/ sağlık sistemi ile ilişkili faktörler:	Terapötik ittifak, hasta-hekim iletişimi, tedavi ekibinin hastalıkla ilgili inanç, tutum ve bilgisi, sağlık hizmetlerine erişimin kolaylığı, randevu takip sistemi, psikoğitimin sağlanması
Aile/bakımcılarla ilişkili faktörler:	Yeterli sosyal destek, hastalık ve tedaviye ilişkin inanç ve tutumlar, ilaç alımının takibi, damgalanma

Tedavi uyumunun sağlanması amacıyla hasta ve aileye psikoğitim verilmesi, motivasyonel görüşme, uyum terapisi, bilişsel davranışçı terapi gibi çeşitli psikososyal müdahalelerin yanı sıra uzun etkili intramusküler (LAI) antipsikotik ilaçların kullanımı önerilmektedir. Doz aralıklarının kısa olması ve karmaşık ilaç rejimleri uyumu bozabildiği için uzun etkili intramusküler antipsikotik ilaçların kullanımının uyumu arttırmada etkili bir strateji olabileceği düşünülmektedir (63, 69).

2.2.4. Uzun Etkili İntramusküler Antipsikotik İlaçlar (LAI)

İlk uzun etkili enjekte edilebilir antipsikotik olan flufenazin enantat 1966 yılında, tedavi uyumunu artırmak amacıyla kullanıma girmiştir. Ülkemizde birinci kuşak LAI antipsikotiklerden haloperidol dekanolat, flufenazin dekanolat, flupentiksol dekanolat, zulkopentiksol dekanolat bulunmaktadır. Birinci kuşak depo antipsikotikler, etken maddeyi daha lipofilik hale getiren uzun zincirli bir yağ asidi ile esterleştirilmesiyle oluşturulur. Esterleşmiş bileşik farmakolojik olarak aktif değildir. Enjeksiyondan sonra doku esterazları ile hidrolize olarak aktif hale gelir. Böylece aktif ilacın yavaş ve uzun süreli salınımı sağlanarak uygulama sıklığı ayda 1 ya da 2 kereye kadar azaltılmış olunur (70).

İlk ikinci kuşak depo antipsikotik olan risperidon LAI, 2003 yılında kullanılmaya başlanmıştır. Yağ preparatlarında formüle edilmiş birinci kuşakların

aksine, ikinci kuşak LAI antipsikotikler su bazlı formülasyonlar olarak hazırlanmıştır (70). Şu anda, ülkemizde ikinci kuşak antipsikotiklerden risperidon, paliperidon (1 ve 3 aylık) ve aripiprazolün uzun etkili enjekte edilebilir formülasyonları mevcuttur.

LAI antipsikotiklerin avantajları günlük ilaç alma gereksinimi ortadan kaldırarak uygulama kolaylığı sağlama, kasıtlı/kasıtsız doz atlamalarını önleme ve garantili ilaç alımı ile sınırlı değildir. LAI antipsikotikler, emilim ve ilk geçiş etkisinden muaf oldukları için biyoyararlanımları daha tutarlıdır ve uygulanan doz ile plazma ilaç seviyeleri oral antipsikotiklere göre daha çok korelasyon gösterir. Ayrıca oral antipsikotiklerin plazma konsantrasyonlarında görülen ‘tepe-vadi’ dalgalanmalarına neden olmazlar. Depo antipsikotikler, daha sabit plazma ilaç düzeyi sağlayarak relaps riskini azaltırlar (71-73).

Farmokokinetik özelliklerine bağlı olarak LAI antipsikotikler, en düşük etkili doz ilkesinin kullanımını kolaylaştırarak, aşırı doz ilaç alımı olasılığını ve akatizi, disfori, antipsikotik kaynaklı ikincil negatif belirtiler gibi advers olayların sıklığını azaltır ve böylece hastanın yaşam kalitesini arttırlar (72).

Uzun etkili enjekte edilebilir antipsikotiklerin eliminasyon yarı ömrü, günlük oral eşdeğerine göre daha uzundur. Hastalar ilacı kestiklerinde, plazma seviyeleri oral formülasyonlara göre daha yavaş düşer, bu da henüz belirtiler ortaya çıkmadan fark edilip müdahalede bulunulması için zaman aralığı sağlar. Ayrıca LAI antipsikotiklerin, tedavinin devam ettiği merkezle düzenli, sık temas kurulmasını sağlayarak, bağlantıyı güçlendirmek ve hasta hekim iletişimini arttırmak gibi avantajları da vardır (73).

LAI antipsikotiklerin dezavantajları arasında; yavaş doz titrasyonu ve kararlı durum seviyelerine ulaşmak için uzun süre gerekmesi, enjeksiyon bölgesinde ağrı ya da lezyonlara neden olabilmesi (özellikle yağ bazlı 1. kuşak LAI) ve yan etki ortaya çıkması durumunda, ilacın plazma seviyesi düşene kadar devam edecek olması sayılabilir (73).

Uzun süreli takip çalışmalarının dahil edildiği bir meta-analizde, uzun etkili enjekte edilebilir antipsikotiklerin, şizofreni hastalarının nüks oranlarını ortalama %33,2'den %21,5'e düşürdüğü bulunmuştur. Bu oran, mutlak relaps riskinde %10'luk, relatif relaps riskinde ise %30'luk bir azalmayı göstermektedir (74).

29.823 hastanın dahil edildiği bir çalışmada, birçok antipsikotik ilaç ve bu ilaçların farklı formülasyonları karşılaştırılmış; klozapin ve uzun etkili enjekte edilebilir antipsikotik ilaçların, yeniden hastaneye yatma veya herhangi başka bir tedavi başarısızlığı açısından diğer antipsikotiklere göre önemli ölçüde daha etkili olduğu gösterilmiştir. Aynı çalışmada depo antipsikotik ilaçlarla tedavi sırasında hastaneye yatış riskinin, eşdeğer oral antipsikotiklere kıyasla %22 daha düşük olduğu, erken dönem hastalarda bu oranın %32'ye çıktığı bulunmuştur. Çalışmaya göre uzun etkili enjekte edilebilir antipsikotik tedavisi, en büyük yararı özellikle hastalığın erken evrelerinde sağlamaktadır (75).

Hayvan modellerinde yapılan çalışmalar, antipsikotiklere kronik maruz kalmanın hastalıkla ilişkili beyin dokusu hacmindeki azalmaya katkıda bulunabileceğini ve hastalarda yoğun ve uzun antipsikotik kullanımı ile azalmış beyin dokusu hacmi arasında önemli bir korelasyon olduğunu göstermektedir (76). Bununla birlikte, yakın zamanda tanı almış hastalarla yapılan bir çalışma, risperidon LAI ile uzun süreli tedavinin, aynı molekülün oral formu ile tedavi edilen hastalarda gözlenen hacim azalmasına kıyasla, stabil beyaz cevher hacmi ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Bu sonuç, LAI antipsikotiklerin uyumu artırmalarına ve/veya farklı farmokokinetik profillerine bağlı olarak intrakortikal miyelinizasyonu koruduklarını, muhtemelen, nöroprotektif etkili olduklarını düşündürmektedir (77).

Şizofreni hastalarının yaşam sürelerinin toplum ortalamasından yaklaşık 10 yıl daha kısa olduğu bilinmekte, antipsikotik ilaçların yan etkilerinin mortalite artışıyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Ancak yakın zamanda yapılan bir çalışmada, antipsikotik kullanan şizofreni hastalarının; mortalite risklerinin, kullanmayanlara göre %50 daha az olduğu gösterilmiştir. Ayrıca bu çalışmada; depo antipsikotik kullanımının, aynı ilacın oral formuna kıyasla yaklaşık %30 daha düşük mortalite riski ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (78).

LAI'lerin, oral antipsikotiklere göre, bilinen klinik ve pratik avantajlarına rağmen, dünya genelinde LAI antipsikotik kullanımı çok düşük oranlardadır. Amerika'da şizofreni hastalarının yalnızca %15'nin depo antipsikotik kullandığı bildirilmiştir, pek çok ülkede de kullanım oranları ortalama %20 civarındadır. LAI antipsikotiklerin nispeten daha sık kullanıldığı ülkeler İngiltere, Avusturya, Portekiz

ve Türkiye olup; bu ülkelerde reçetelenme oranları %30-50 arası değişmektedir. LAI antipsikotik kullanan hastaların çoğu tekrarlayan yatışları olan, çok sayıda nöks yaşamış, kronik dönemdeki hastalardır. Psikiyatristlerin %10'undan daha azı erken dönem hastalara depo formları tedavi seçeneği olarak sunmaktadır (79-81).

Birçok tedavi kılavuzu hala LAI antipsikotikleri, uyumsuzluk nedeniyle çok sayıda relaps yaşayan ya da kendileri oral tedavidense LAI antipsikotikleri tercih eden hastalar için önermektedir (40, 82). Ancak son dönemde gittikçe artan sayıda kılavuz, erken evreler de dahil olmak üzere herhangi bir zamanda LAI antipsikotiklerin başlanabileceğini bildirmektedir (83-85).

2.2.4.1. Hastalığın Erken Dönemlerinde LAI Antipsikotiklerin Kullanımı

Şizofrenide bilişsel gerilemeyle birlikte çoğu klinik, psikososyal bozulma ve beyindeki ilerleyici yapısal değişiklikler hastalığın başlangıcından sonraki ilk 5 yıl içinde meydana geldiğinden, hastalığın erken dönemdeki tedavisi uzun vadeli sonuçları iyileştirmek için özellikle önemlidir (86). Birchwood, hastalığın ilk yıllarının, hastalığın en agresif olduğu, nöks riskinin yüksek olduğu ve kötüleşmenin en olası olduğu "kritik bir dönemi" temsil ettiğini öne sürmüştür (36). Prospektif çalışmalarda aynı tedaviye ikinci psikoz epizodunda bile, ilk epizoddan daha az yanıt alındığı bildirmiştir (87). Erken dönemde tedavinin faydaları çalışmalarda gösterilmiştir (88). Bununla birlikte, hastalığın erken dönemlerinde uyumsuzluk önemli bir sorundur. Bu dönemdeki pek çok hasta, hastalıklarını ve ciddiyetini tam olarak kabul etmezler. İlk epizodun tedavisinden sonra semptomların gerilemesi yaygın olduğu için, çoğu zaman ilaç tedavisine devam edilmesine ihtiyaç kalmadığına dair yanlış bir inanış gelişmektedir (89). Literatürde, uyum sorunlarının özellikle hastalığın erken döneminde belirgin olduğuna ve bu dönemdeki uyumsuzluğun relapsların en önemli nedeni olduğuna dair kanıtlar bulunmaktadır (61, 90). Bu nedenle, LAI antipsikotiklerin, hastalığın erken evrelerinde, uyum sorunlarına bağlı kayıplar meydana gelmeden önce başlanması gerektiği inancı giderek güçlenmektedir (91).

Tekrarlayan relapsların özellikle hastalığın ilk yıllarında yaşanıyor olması, LAI antipsikotikleri erken dönemde kullanmanın en önemli gerekçelerinden biri olabilir. Şizofreni tanısıyla ilk kez hastaneye yatan 2588 hastanın dahil edildiği bir kohort çalışmasında, taburculuktan 2 ay sonra hastaların %50'sinden azının tedaviye devam ettiği bildirilmiştir. Aynı çalışmada, ortalama 2 yıllık takip süresi boyunca, LAI antipsikotikler, eşdeğer oral ilaçlara göre %64 daha düşük relaps riski ile ilişkilendirilmiştir (92).

Erken dönemde, oral ve depo antipsikotik kullanımının karşılaştırıldığı çalışmaların sonuçları çelişkilidir. Şizofreni tanısı alalı 2 yılı geçmemiş hastalarla yapılan, iki randomize çalışmada, 1 yıllık izlem süresinde, LAI antipsikotikler, oral formlara göre daha iyi semptom kontrolü sağlamış ve daha düşük relaps riskiyle ilişkili bulunmuştur (93, 94). Son 3 yıl içinde şizofreni tanısı almış hastaların dahil edildiği bir başka randomize kontrollü çalışmada (RCT) oral ve LAI risperidon karşılaştırılmış, nüks oranları arasında fark bulunmadığı bildirilmiştir (95). Ancak, son 5 yıl içinde tanı almış hastalarla yapılan, paliperidon palmitat ile oral antipsikotiklerin etkinliğinin karşılaştırıldığı daha büyük, 2 yıllık bir RCT'de, paliperidon palmitat istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük relaps riski ile ilişkilendirilmiştir; bununla birlikte işlevsellik, yaşam kalitesi ve semptom gerilemesi açısından iki grup arasında anlamlı fark bulunamamıştır (96). Bu çelişkiler, farklı ölçüm araçları (farklı nüks tanımları, farklı ölçekler) kullanılmasından ve çalışmalara dahil etme/dışlama kriterlerinin heterojen olmasından kaynaklanabilir. Ayrıca, randomize kontrollü bir çalışmaya katılacak kadar uyumlu olan ve iş birliği yapabilen hastalar, çalışmaya katılmayacak kadar uyum sorunu olan hastalara göre uyumu arttırmak için tasarlanmış bir formülasyondan, daha fazla yarar elde edemeyebilirler (92).

Erken dönem hastalarıyla yapılan 3 yıllık naturalistik bir çalışmada, LAI antipsikotik kullanan grubun, gözlem boyunca semptomatik ve fonksiyonel iyileşme gösterdiği, ancak çalışmanın son noktasında oral antipsikotik alan gruba kıyasla semptomlarının daha şiddetli, işlevselliklerinin daha düşük olduğu gösterilmiştir. LAI antipsikotik reçete edilen grubun başlangıçta hastalıklarının daha şiddetli, işlevselliklerinin daha düşük olduğu ve madde kullanımı, işsizlik, düşük eğitim düzeyi gibi daha kötü prognostik özelliklerinin bulunduğu, bu nedenle oral antipsikotik alan gruba göre sonuçlarının daha zayıf olabileceği bildirilmiştir (97). Literatüre genel

olarak bakıldığında, hastalığın erken döneminde depo antipsikotik kullanımının uyumu arttırarak relaps riskini azalttığına ve oral antipsikotiklere göre daha iyi sonuçlarla ilişkili olduğuna dair kanıt sağlayan pek çok çalışma bulunmaktadır(98-100).

2.3. ŞİZOFRENİ VE BAKIM VEREN YÜKÜ

Şizofreni yalnızca hastanın kendisini etkilemekle kalmayıp; ailesini ve tüm toplumu etkileyen bir hastalıktır (101). 1950’lerde klorpromazinin kullanılmaya başlanması şizofrenide ‘bakım veren yükü’ kavramının gelişmesine neden olan en önemli etkidir. Çünkü antipsikotik ilaçların tedavide kullanılması sonrasında hastaların evde bakımının sağlanmasına yönelik girişimler başlatılmış, depo hastaneler kapanırken toplum temelli tedavi anlayışı benimsenmiştir. Bu gelişmelere bağlı olarak aileler birincil bakım veren konumuna gelmiş, hastalık belirtileri ve yeti yitimi nedeniyle kendisine ve ailesine karşı sorumluluklarını yerine getiremeyen hasta kişinin hem bakımının sağlanması hem de sorumluluklarının yerine getirilmesi gibi görevleri üstlenmek durumunda kalmışlardır (102, 103). Günümüzde yük kavramı, hasta bir bireyle yaşıyor olmaktan dolayı aile üyelerinin günlük yaşamlarında karşılaştıkları zorluklar, hayatlarını etkileyen sorunlar ve olumsuz olaylar gibi hastalığın aile üzerindeki etkisini tanımlamak amacıyla kullanılmaktadır (104, 105). Çalışmalarda şizofreni hastalarının yakınlarının %83’ünün finansal, duygusal, günlük hayat gibi çeşitli alanlarda yük yaşadıkları bildirilmiştir (106).

Şizofreni hastalığında bakım verme yükü, fiziksel hastalıkların sebep olduğu yükten belli noktalarda farklılaşmaktadır. Şizofreni hastalarının çevre tarafından kabul edilebilirliği diğer rahatsızlıklardan düşüktür; buna bağlı olarak şizofrenide hastaya ve aileye olan sosyal destek zayıftır (102). Oysa ki, sosyal destek düzeyi bakım veren yükünü etkileyen en önemli faktörlerden biridir (107). Şizofreni hastalarının yakınları bir yandan hastalıkla ve bakım verme rolüyle ilgili zorluklar yaşarken bir yandan da çevrenin olumsuz yaklaşımı ve damgalanma ile ilgili sorunlarla mücadele etmek durumunda kalmakta ve bu durum yüklerinin daha da artmasına neden olmaktadır (103). Bir çalışmada şizofrenide subjektif bakım yükünün nörolojik hastalıklardan daha fazla olduğu bulunmuş, bu durumun damgalanmayla ilişkili olabileceği

bildirilmiştir (102). Hastalığın damgalanması, hastadan korkulması, toplum tarafından alışıldık olmayan hastalık belirtileri ve kimi zaman çevrenin hastalığın nedeni olarak aileyi suçlaması hasta yakınlarının utanç duymasına neden olmakta, bu durum sosyal ilişkilerden ve toplumdaki kaçınmalarına ve yaşadıkları stresin artmasına yol açmaktadır.

Fiziksel hastalığa sahip bireylerden farklı olarak şizofreni hastalarının genelde hastalıkla ilgili iç görüşleri zayıftır. Bu nedenle hastaların düzenli ilaç kullanımlarının ve muayenelerinin sağlanması, alevlenmelerin erken belirtilerinin tanınması da bakım verenlerin üstüne düşen sorumluluklardandır (108). Bakım veren yükü hastanın hastalığı ve tedaviyi reddetmesi, yakınlarından şüphe duyması gibi nedenlerle daha da artmaktadır (9). Ayrıca hastaların kendilerine ya da çevreye zarar verme olasılıkları da hasta yakınlarının stres yaşamalarına neden olmaktadır. Genel olarak bakıldığında, şizofreni hastalarının algılama, iletişim kurma, sosyal işlevsellik, günlük yaşam becerileri gibi birçok alanda güçlük yaşamaları, sergiledikleri psikotik belirtiler, alışıldık olmayan, rahatsız edici ve dezorganize davranışlar bakım verenlerde stres ve yükü arttırmaktadır (109) (110).

Süreç içinde yaşanan güçlükler ve yük duygusu nedeniyle bakım verenlerin yaşam kalitelerinde ve işlevselliklerinde düşüş olmakta ve zamanla sağlık durumları bozulmaktadır. Bakım veren yükü, depresyon, anksiyete, tükenmişlik, fiziksel sağlık problemleri, sosyal izolasyon ve ekonomik güçlükler neden olmaktadır. Şizofreni hastalarının yakınları, topluma oranla daha fazla depresyon ve anksiyete belirtileri göstermekte, uyku problemleri yaşamakta ve bu kişilerde psikiyatrik rahatsızlıkların görülme oranı artmaktadır (111-113). Bakım verenlerde ruhsal sağlık sorunu görülme riskinin yaşanan yük düzeyiyle ilişkili olduğu bildirilmektedir (114). Çalışmalarda, şizofreni hastalarının yakınlarında topluma kıyasla en az iki kat daha sık depresyon görüldüğü ve bakım verenlerin %40'a varan oranlarda depresyon geçirdiği gösterilmiştir (115, 116). Anksiyete ve depresyon görülme riskinin hastayla geçirilen süreyle doğrusal, boş zaman aktiviteleri ve eğitim düzeyiyle ters ilişkili olduğu bildirilmiştir (117). Ülkemizde yapılan çalışmalarda, hasta yakınlarının yük düzeyleri ile depresyon ve anksiyete belirtileri arasında ilişki olduğu saptanmış ve bakım verenlerin %65'inin ruhsal açıdan risk altında olduğu bulunmuştur (118, 119). Başka

bir çalışmada, tekrarlayan relapsları olan hastaların yakınlarında daha fazla psikiyatrik semptom görüldüğü bildirilmiştir (120).

Bakım veren yükünün, hastalığın gidişatı üzerine etkisi bulunduğu dair görüşler bulunmaktadır. Araştırmalar, ailelerin yük düzeyleriyle duygu dışavurumları arasında ilişki olduğunu göstermektedir (121). Bakım veren yükünün artışı, yüksek duygu dışavurumu ve relaps riskinde artışla ilişkili bulunmuştur (122). Ayrıca artmış bakım yükünün, alevlenme riski açısından, duygu dışavurumundan daha iyi bir yordayıcı olduğunu savunan görüşler de mevcuttur (123). Kısır bir döngü şeklinde, alevlenmelerin ve hastane yatışlarının artması da bakım veren yükünü arttırmaktadır (118). Şizofreni ve aile söz konusu olduğunda neyin neden neyin sonuç olduğunu anlamak mümkün görünmemektedir. Genel olarak bakıldığında, karşılıklı şekilde, şizofreninin hasta yakınlarını etkilediği ve aile ortamının da hastalığın gidişatını etkilediği anlaşılmaktadır (9).

Hastanın, hastalığın ve bakım verenin özellikleri yük düzeyini etkilemektedir. Bakım veren yükünü etkileyen faktörler Tablo 2.3'de sunulmuştur.

Hastalık belirtileri ve bakım veren yükü arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmaların sonuçları çelişkilidir. Pozitif belirtilerin daha fazla yüke yol açtığını gösteren çalışmalar olduğu gibi (124, 125), negatif belirtilerin yükü daha çok artırdığını bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (126). Bir çalışmada ise, hastalıkla ilgili iki tür belirti grubu yükle ilişkili bulunmuş, bunların negatif belirtiler ve sosyal açıdan uygunsuz, utandırıcı ve rahatsız edici belirtiler olduğu bildirilmiştir (127). Hastalık süresinin bakım veren yüküne etkisi konusunda da görüş birliği sağlanamamıştır (128).

Tablo 2.3. Bakım Veren Yükünü Etkileyen Faktörler (107, 118, 129-131)

	Bakım Veren Yükünü Artıran Faktörler	Bakım Veren Yükünü Azaltan Faktörler
Bakım Verene Ait Özellikler	<ul style="list-style-type: none">• Kadın cinsiyet• İleri yaş• Fiziksel hastalık• Ruhsal hastalık• Hastayla geçirilen günlük sürenin fazla olması	<ul style="list-style-type: none">• Yüksek gelir düzeyi• Yüksek eğitim düzeyi• Çalışıyor olmak
Hastaya ve Hastalığa Ait Özellikler	<ul style="list-style-type: none">• Erkek cinsiyet• Genç yaş• Alkol/madde kullanımı• Şiddet içeren davranışların varlığı• Alevlenme ve hastanede yatış sayısı• Hastalık belirtilerinin şiddetli olması	<ul style="list-style-type: none">• Tedavi uyumunun iyi olması• Bir merkezde düzenli takip• İşlevsellik düzeyinin yüksek olması• LAI antipsikotikler
Diğer Faktörler	<ul style="list-style-type: none">• Yetersiz sosyal destek• Damgalanma	<ul style="list-style-type: none">• Aynı evde yaşayan birey sayısının fazla olması• Olumlu ve sağlıklı aile içi ilişkiler

3. YÖNTEM VE GEREÇLER

3.1. YÖNTEM

3.1.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada, hastalığın erken döneminde (<5 yıl) uzun etkili enjekte edilebilir antipsikotik tedavi başlanan hastaların bakım verenleriyle, geç dönemde (>5yıl) başlanan hastaların bakım veren yüklerini karşılaştırarak, uzun etkili enjekte edilebilir antipsikotik ilaçların hastalığın erken döneminde başlanmasının bakım veren yüküne etkisinin ve bakım veren yüküne katkıda bulunabilecek diğer muhtemel faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Varsayım: Şizofreni tedavisinde kullanılan uzun etkili enjekte edilebilir antipsikotik ilaçların, hastalığın erken döneminde başlanmasının bakım veren yükünü azaltması beklenir.

3.1.2. Araştırmanın Tipi

Uzun etkili enjekte edilebilir antipsikotiklerin, hastalığın erken ya da geç döneminde başlanmasının bakım veren yüküne etkisini araştıran bu çalışma tanımlayıcı ve kesitsel tiptedir.

3.1.3. Araştırmanın Yeri

Bu araştırma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği psikoz polikliniğinde yürütüldü.

3.1.4. Araştırmanın Evreni

Bu araştırmanın örneklem grubunu Mayıs 2020-Ocak 2021 tarihleri arasında, kliniğimiz psikoz polikliniğinde şizofreni tanısı ile takipli, uzun etkili enjekte edilebilir antipsikotik kullanmakta olan hastalar ve bu hastaların bakım verenleri

oluşturmaktadır. Hastalar ve bakım verenleriyle görüşme yapıp, çalışmaya dahil etme ve dışlama kriterleri ile değerlendirildikten sonra araştırmaya katılması uygun bulunanlar araştırma hakkında bilgilendirilmiş ve yazılı onamları alınmıştır. Daha sonra ölçekleri uygun şekilde dolduran erken dönemde (<5 yıl) LAI antipsikotik başlanan 25 hasta, geç dönemde (>5 yıl) LAI antipsikotik başlanan 30 hasta ve bu hastaların bakım verenlerinin verileri istatistiksel olarak analiz edilmiştir.

Çalışmaya Dahil Edilme Ölçütleri:

- Hastalar;
 1. DSM-5 tanı ölçütlerine göre en az 1 senedir Şizofreni tanısı olması
 2. En az 4 aydır uzun etkili enjekte edilebilir antipsikotik ilaç kullanıyor olması
 3. 18 - 65 yaş aralığında olması
 4. Çalışmaya katılmak için bilgilendirilmiş yazılı onam vermiş olması
- Bakım verenler;
 1. SCID ile gerçeği değerlendirme ve yargılama kusura olmadığı saptanması
 2. 6 aydan fazla süredir hastanın birincil olarak bakım sorumluluğunu üstleniyor olması
 3. 18 – 65 yaş aralığında olması
 4. Sürekli yardımı ve bakımı gerektirecek tıbbi ya da psikiyatrik bir hastalığının bulunmaması
 5. Okur-yazar olması
 6. Çalışmaya katılmak için bilgilendirilmiş yazılı onam vermiş olması

Dışlama Ölçütleri:

- Hastalar;
 1. Yaygın gelişimsel bozukluklar, mental retardasyon gibi bir psikiyatrik bozukluk ya da başka bir kronik ve sürekli yardım ve bakım gerektiren tıbbi hastalığı olması

2. Hastalığın akut, alevli döneminde olması
- Bakım verenler;
 1. Okur-yazar olmaması
 2. Fiziki, nörolojik veya mental durumunun görüşmeyi sürdürmeye ve ölçek formlarını doldurmaya engel teşkil etmesi (örneğin: deliryum, demans, gerçeği değerlendirmede bozulmalar vb.)
 3. Testlerin uygulanmasına engel olacak dil problemi olması
 4. Profesyonel bakım verme personeli olması
 5. Çalışmaya katılmaya bilgilendirilmiş onam vermemesi

Araştırma öncesi Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Etik Kurulu'ndan 29/04/2020 tarih ve 2020-04/595 sayılı etik kurul onayı alınmıştır. Araştırmaya katılan tüm gönüllüler Helsinki Deklarasyonu'na uygun olacak şekilde çalışma hakkında bilgilendirilip, yazılı onam alınmıştır.

3.1.5. Araştırmanın Uygulanması

Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji E.A.H. Psikiyatri Kliniği psikoz polikliniğinde, şizofreni tanısı ile takipli olan hastaların genel psikiyatrik görüşme ile çalışma için uygunluğu değerlendirilmiştir. Çalışmaya katılma ölçütlerini karşılayan hastaların ve bakım verenlerinin yazılı izinleri alındıktan sonra, hastalara; sosyodemografik veri formu, belirti şiddetini değerlendirmek için Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS), işlevselliği değerlendirmek için İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği (GAF), Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP), bakım verenlere ise; DSM-5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme-Klinisyen versiyonu (SCID-5-CV), Sosyodemografik veri formu, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği- kısa formu Türkçe versiyonu (WHOQOL-BREF TR), Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği, Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HAM-D), Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A) uygulanmıştır.

Hastalığın başlangıcından sonraki 5 yıllık süre içinde uzun etkili enjekte edilebilir antipsikotik tedavi başlanmış olan 25 hasta ‘Erken-LAI’, bu hastaların bakım verenleri ‘Bakım veren-Erken’ ve başlangıçtan 5 yıldan daha uzun bir süre geçtikten sonra uzun etkili enjekte edilebilir antipsikotik tedavi başlanmış olan 30 hasta ‘Geç-LAI’, bu hastaların bakım verenleri ‘Bakım veren-Geç’ olarak gruplandırılmıştır.

3.2. VERİ TOPLAMA GEREÇLERİ

3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu

Bakım verenin; yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, medeni durumu, çocuk sayısı, çalışma durumu, gelir düzeyi, tıbbi ve psikiyatrik hastalıkları, düzenli ilaç kullanımı, toplam ve günlük bakım verme süresi, hastanın; yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim düzeyi, çalışma durumu, hastalığın başlangıç yaşı, enjeksiyon tedavisinin başlanma zamanı, hastanede yatış sayısı, tedavi öyküsü ve güncel tedavisi, ilaç kullanım düzeni, şiddet içerikli davranış ve intihar öyküsü, sigara, alkol veya madde kullanımı gibi tanımlayıcı özellikleri içeren, çalışmacı tarafından oluşturulan veri formu kullanılmıştır.

3.2.2. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS)

PANSS; Kay ve ark. (132) tarafından, psikopatolojik ölçümler yapılması amacıyla geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış bir görüşme ölçeğidir. Toplam 30 maddeye sahip ölçeğin, pozitif belirtiler için 7, negatif belirtiler için 7 ve genel psikopatoloji için 16 maddesi bulunmaktadır. Her madde yedi puanlı şiddet değerlendirmesi içermektedir (1: yok, 2: çok hafif, 3: hafif, 4: orta, 5: orta/ağır, 6: ağır, 7: çok ağır). Ölçeğin puanlanması her maddenin puanlarının toplanmasıyla yapılmaktadır; pozitif ve negatif sendrom alt ölçekleri için puan aralığı 7–49, genel psikopatoloji alt ölçeği için ise 16-112’dir. Toplam puan 30-210 arasında değişmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Kostakoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (133).

3.2.3. İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği (GAF)

Hastalığın ruhsal, toplumsal ve mesleki işlevsellik üzerindeki etkisini değerlendirmek için kullanılan, hastanın klinik seyrini izlemeye yardımcı bir ölçektir. Klinisyen tarafından uygulanan ölçek, hastanın genel işlevsellik düzeyini 0-100 arasında değişen bir ölçek puanı üzerinden değerlendirmektedir. Onlu değerlendirme basamaklarına bölünmüş olan ölçekte gerekli görüldüğü takdirde ara değerler kullanılmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puan, işlevselliğin yüksek olduğunu göstermektedir (134).

3.2.4. Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP)

2000 yılında Morosini ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, görüşmecinin değerlendirdiği bir ölçektir (135). Sosyal açıdan yararlı etkinlikler, bireysel ve sosyal ilişkiler, öz-bakım, rahatsız edici ve saldırgan davranışlar şeklinde 4 boyuttan oluşmaktadır. Her boyut 6 sıralı değerlendirme (yok, hafif düzeyde, görünür, belirgin, şiddetli, çok şiddetli) ile derecelendirilmektedir. Hasta 4 boyutta tek tek değerlendirildikten sonra, sonuçlar onarlı dilimler şeklinde bölünmüş puanlama cetveline geçirilerek, 0-100 puan arasında hastaya uygun olan PSP puanı belirlenmektedir. Ölçekten alınan puanların yüksek olması, hastanın işlevsellik düzeyinin yüksek olduğuna işaret etmektedir. 2009 yılında Aydemir ve arkadaşları tarafından, ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (136).

3.2.5. DSM-5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme-Klinisyen Versiyonu (SCID-5-CV)

First ve arkadaşları tarafından, DSM-5 tanıları için geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış bir görüşme kılavuzudur (137). Görüşmeci tarafından uygulanmaktadır. Tanı güvenilirliğini sağlama, tanı atlamayı önleme gibi faydaları bulunmaktadır. 2019 yılında Elbir ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (138). Çalışmada, bakım verenin ruhsal değerlendirmesini sağlamak amacıyla kullanılmıştır.

3.2.6. Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği (ZBYÖ)

Zarit ve arkadaşları tarafından 1980 yılında geliştirilen ölçeğin, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Özlü ve arkadaşları tarafından 2009 yılında yapılmıştır (139, 140). Bakım verme nedeniyle yaşanan sıkıntıyı değerlendirmek amacıyla kullanılan bir ölçektir, bakım verenin kendisi ya da görüşmeci tarafından sorularak doldurulabilmektedir. Ölçeğin orijinal versiyonunda 22 madde bulunmaktayken; Türkçe versiyonu 19 maddeden oluşmakta ve ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması, sinirlilik ve kısıtlanmışlık, toplumsal ilişkilerde bozulma, ekonomik yük ve bağımlılık şeklinde toplam 5 alt boyutu bulunmaktadır. Ölçek asla, nadiren, bazen, sık sık ya da hemen her zaman şeklinde 1'den 5'e kadar değişen Likert tipi değerlendirmeye sahiptir. Ölçekten alınan puanın yüksekliği, yaşanan sıkıntı düzeyinin ve bakım veren yükünün yüksek olduğunu göstermektedir.

3.2.7. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF)

WHOQOL-BREF, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi grubu tarafından geliştirilen WHOQOL-100'ün kısa versiyonudur, bu ölçekten seçilen sorulardan oluşturulmuştur (141). Ölçek toplam 26 soru ve 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar bedensel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre şeklindedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Eser ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (142). Türkçe versiyonu eklenen 1 ulusal soru ile 27 sorudan oluşmakta ve bu soru 5. alt boyut olan ulusal çevre alanında bulunmaktadır. Beşli Likert tipi kapalı uçlu yanıtlar içeren ölçekten toplam bir puan elde edilmemektedir. Her bir alan puanı birbirinden bağımsız olarak, o alanda bulunan maddelerin ortalamasının 4 ile çarpılması ile hesaplanmaktadır. Alan puanları 4-20 arası değişmektedir ve alınan puan arttıkça yaşam kalitesi artmaktadır.

3.2.8. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D)

Depresyon belirti şiddetinin ölçülmesi amacıyla kullanılan, görüşmeci tarafından uygulanan bir ölçektir. 1960 yılında Max Hamilton tarafından geliştirilmiş,

Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1996 yılında Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (143, 144). Ölçek, toplam 17 maddeden oluşmaktadır ve her madde 0-4 puan arasında değişen bir likert skalasıyla derecelendirilmektedir. Toplam puanın 0-7 arasında olması depresyon olmadığını gösterirken, 8-15 puan arası hafif, 16-28 puan arası orta ve 29 puanının üstü ağır şiddette depresyona işaret etmektedir.

3.2.9. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A)

Hamilton tarafından, anksiyete düzeyinin ve belirti dağılımının belirlenmesi ve şiddet değişiminin ölçülmesi amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir (145). 8 madde somatik, 6 madde psikik alt boyuta ait olmak üzere, toplam 14 maddeden oluşmaktadır. Görüşmeci tarafından değerlendirilen ölçeğin her maddesi belirti şiddetine göre 0-4 arasında puanlanmaktadır. Toplam puan 0-56 arasında değişmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yazıcı ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (146).

3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Tüm verilerin değerlendirilmesinde IBM SPSS Statistics 20 programı kullanıldı. Sürekli verilere ilişkin tanımlayıcı istatistiklerde Ortalama, Standart Sapma, Ortanca, Minimum, Maksimum değerleri, kesikli verilerde ise yüzde değerleri verildi.

Verilerin normal dağılıma uygunluğunun incelenmesinde Kolmogorov Smirnov testinden yararlanıldı. Sürekli verilerin iki gruplu bağımsız değişkenlerle karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren verilerde t Test, normal dağılmayan verilerde Mann Whitney U testi kullanıldı. Nominal değişkenlerin grup karşılaştırmalarında (çapraz tablolarda) Ki-Kare ve Fisher's Exact test kullanıldı.

Gruplar arasında Zarit puanlarının karşılaştırılmasında Kovaryans Analizi (ANCOVA) kullanıldı. Zarit ölçek puanlarını açıklamada hangi değişkenlerin etkili olduğu Çok Değişkenli Lineer regresyon modeli ile incelendi.

İstatistiksel anlamlılık sınırı olarak $p < 0,05$ kabul edildi.

4. BULGULAR

Araştırmaya, uzun etkili enjekte edilebilir antipsikotik kullanmakta olan toplam 55 şizofreni hastası ve bu hastaların bakım verenleri dahil edildi. Uzun etkili enjekte edilebilir antipsikotik tedavisi, 55 hastanın 25'ine hastalığın erken döneminde (<5yıl), 30'una hastalığın geç döneminde (>5 yıl) başlanmıştı.

Tablo 4.1. Hasta gruplarının bazı tanımlayıcı özellikleri

	Toplam	Hasta 'Erken-LAI'	Hasta 'Geç-LAI'	Test istatistiği	p
	Ort ±SS Ortanca (Min-Maks)	Ort ±SS Ortanca (Min-Maks)	Ort ±SS Ortanca (Min-Maks)		
Yaş	43.05±12.13 41 (22-65)	37.28±11.01 35 (22-65)	47.87±11.00 46.5 (26-65)	U=167.5	p<0.001
Hastalık süresi	14.96±10.55 12 (1-44)	7.20±5.55 7 (1-30)	21.43±9.29 20 (10-44)	U=34.50	p<0.001
LAI başlangıç zamanı	9.61±8.68 6 (0-37)	2.50±1.50 3 (0-5)	15.53±7.66 14 (6-37)	U=0.000	p<0.001
Hastanede yatış sayısı	2.4±2.23 2 (0-10)	1.08±0.86 1 (0-3)	3.5±2.43 3 (0-10)	U=124.5	p<0.001

* Mann Whitney U Test; Ort: Ortalama; SS: Standart sapma; LAI: Uzun etkili enjekte edilebilir antipsikotik

Hastaların yaş ortalaması 43.05±12.13 yıl olup minimum yaş 22, maksimum yaş 65'di. Çalışmaya alınan hastaların, hastalık süresi ortalaması 14.96±10.55 yıldır. Hastaların hastanede yatış sayısı ortancası 2 (0-10) idi. 'Erken-LAI' ve 'Geç-LAI' hasta gruplarının yaşları, hastalık süreleri ve hastanede yatış sayıları arasında fark saptandı (p<0.001). 'Geç-LAI' hasta grubunun, 'Erken-LAI' hasta grubuna göre yaşları anlamlı derecede büyük, hastalık süreleri anlamlı düzeyde uzun ve hastanede yatış sayıları anlamlı derecede fazlaydı (Tablo 4.1).

Çalışmaya alınan hastaların enjeksiyon tedavisi başlanana kadar geçen süre ortalaması 9.61±8.68 yıldır. 'Erken-LAI' hasta grubunda, hastalığın başlangıcından LAI antipsikotik tedavisi başlanana kadar geçen süre ortalaması 2.50±1.50 yıl, 'Geç-LAI' hasta grubunda 15.53±7.66 yıldır.

Tablo 4.2. Hasta gruplarının sosyodemografik özellikleri

	Toplam		Hasta 'Erken-LAI'		Hasta 'Geç-LAI'		Test istatistiği	p*
	n	%	n	%	n	%		
Cinsiyet								
Kadın	24	43.6	13	52	11	36.7	$\chi^2=1.304$	0.254
Erkek	31	56.4	12	48	19	63.3		
Medeni durum								
Evli	19	34.5	9	36	10	33.3	$\chi^2=0.043$	0.836
Bekar	36	65.5	16	64	20	66.7		
Sağlık sigortası								
SGK	48	87.3	21	84	27	90	-	-
Özel sigorta	1	1.8	1	4.0	0	0		
Yok	6	10.9	3	12	3	10		
Eğitim durumu								
İlkokul	13	23.6	6	24	7	23.3	$\chi^2=0.652$	0.960
Ortaokul	9	16.4	4	16	5	16.7		
Lise	24	43.6	10	40	14	46.7		
Üniversite ve üzeri	9	16.4	5	20	4	13.3		
Hastalık öncesi çalışma durumu								
Çalışmamış	16	29.1	9	36	7	23.3	$\chi^2=1.061$	0.303
Çalışmış	39	70.9	16	64	23	76.7		
Şu an çalışma durumu								
İşsiz	35	63.6	19	76	16	53.3	-	-
Çalışıyor	9	16.4	4	16	5	16.7		
Malulen emekli	5	9.1	1	4.0	4	13.3		
Emekli	6	10.9	1	4.0	5	16.7		

* Ki kare / Fisher's Exact Test; n: Hasta sayısı; %: Satır yüzdesi

'Erken-LAI' ve 'Geç-LAI' hasta gruplarının cinsiyet dağılımları, medeni durumları, eğitim düzeyleri ve hastalık öncesi çalışma durumları arasında fark bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 4.2).

Gruplarda sağlık sigortası olmayan ve şu an çalışmakta olan hasta sayılarının çok az olması nedeniyle p değeri hesaplanamadı.

Tablo 4.3. Hasta gruplarının tedavi özellikleri ve bağımlılık durumları

	Toplam		Hasta 'Erken-LAI'		Hasta 'Geç-LAI'		Test istatistiği	p
	n	%	n	%	n	%		
Kullanılan LAI								
Aripiprazol	10	18.2	4	16	6	20		
Flupentiksol	1	1.8	-	-	1	3.3		
Haloperidol	1	1.8	-	-	1	3.3	-	-
PP1M	9	16.4	6	24	3	10		
PP3M	29	57.2	12	48	17	56.7		
Risperidon	4	7.3	3	12	1	3.3		
Zukloptiksol	1	1.8	-	-	1	3.3		
Ek oral antipsikotik								
Hayır	41	74.5	20	80	21	70	$\chi^2=0.719$	0.397
Evet	14	25.5	5	20	9	30		
İlaçları düzenli alma								
Aksatmıyor	46	83.6	21	84	25	83.3	$\chi^2=0.004$	1.000
Nadiren aksatıyor	9	16.4	4	16	5	16.7		
Düzenli kontrole gelme								
Evet	55	100	25	100	30	100	-	-
Hayır	-	-	-	-	-	-		
Bağımlılık durumu								
Yok	25	45.5	15	60	10	33.3	$\chi^2=3.911$	0.048
Var	30	54.5	10	40	20	66.7		
Nikotin bağımlılığı (n=30)								
Hayır	1	3.3	-	-	1	5.0	$\chi^2=0.517$	1.000
Evet	29	96.7	10	100	19	95		
Alkol bağımlılığı								
Hayır	29	96.7	9	90	20	100	$\chi^2=2.069$	0.333
Evet	1	3.3	1	10	0	0		
Madde bağımlılığı								
Hayır	30	100	10	100	20	100	-	-
Evet	-	-	-	-	-	-		

* Ki kare / Fisher's Exact Test; n: Hasta sayısı; %: Satır yüzdesi; LAI: Uzun etkili enjekte edilebilir antipsikotik; PP1M: Paliperidon palmitat 1 aylık; PP3M: Paliperidon palmitat 3 aylık

Çalışmaya dahil edilen 14 hasta tedavi direnci nedeni ile depo antipsikotik kullanımına ek olarak oral antipsikotik kullanıyordu. 'Erken-LAI' ve 'Geç-LAI' hasta gruplarının ek oral antipsikotik alma ve ilaçlarını düzenli kullanma oranları arasında fark saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 4.3).

Hasta gruplarının herhangi bir maddeye bağımlılığı olma oranları arasında fark saptandı ($p<0.05$). 'Geç-LAI' hasta grubunun nikotin bağımlılığı oranı 'Erken-LAI' hasta grubuna göre anlamlı düzeyde yüksekti. Toplam 30 hastanın herhangi bir

maddeye bağımlılığı bulunuyordu. Bu 30 hastadan 1 hastanın ('Erken-LAI') alkol bağımlılığı, 29 hastanın (10 'Erken-LAI', 19 'Geç-LAI') nikotin bağımlılığı vardı. Çalışmaya dahil edildiği dönemde başka madde bağımlılığı/kullanım bozukluğu olan hasta yoktu (Tablo 4.3). Araştırmaya katılan toplam 55 hastadan 5'inin daha önce madde kullanım öyküsü bulunuyordu, ancak son 3 yıllık dönemde madde kullanımları yoktu.

Tablo 4.4. Hasta gruplarının hastalık özellikleri

	Toplam		Hasta 'Erken-LAI'		Hasta 'Geç-LAI'		Test istatistiği	p
	n	%	n	%	n	%		
Saldırganlık öyküsü								
Hayır	12	21.8	6	24	6	20	$\chi^2 = 0.128$	0.721
Evet	43	78.2	19	76	24	80		
Sözel saldırganlık								
Hayır	2	4.7	-	-	2	8.3	$\chi^2 = 1.661$	0.495
Evet	41	95.3	19	100	22	91.7		
Kişiyeye fiziksel saldırganlık								
Hayır	28	65.1	13	68.4	15	62.5	$\chi^2 = 0.164$	0.686
Evet	15	34.9	6	31.6	9	37.5		
Eşyaya fiziksel saldırganlık								
Hayır	23	53.5	11	57.9	12	50	$\chi^2 = 0.266$	0.606
Evet	20	46.5	8	42.1	12	50		
Adli sorun								
Hayır	49	89.1	23	92	26	86.7	$\chi^2 = 0.399$	0.678
Evet	6	10.9	2	8.0	4	13.3		
Ailede psikotik bozukluk								
Yok	40	72.7	21	84	19	63.3	$\chi^2 = 4.179$	0.153
1.derece yakını	11	20	2	8.0	9	30		
2.-3.derece yakını	4	7.3	2	8.0	2	6.7		
Ailede bakım gerektiren başka hasta								
Hayır	46	83.6	21	84	25	83.3	$\chi^2 = 0.004$	1.000
Evet	9	16.4	4	16	5	16.7		
Aynı evde bakım gerektiren başka hasta								
Hayır	49	89.1	22	88	27	90	$\chi^2 = 0.059$	1.000
Evet	6	10.9	3	12	3	10		
Aynı evde bakım gerektiren hasta sayısı								
1 hasta	49	89.1	22	88	27	90	$\chi^2 = 0.056$	1.000
2 hasta	6	10.9	3	12	3	10		
		Ortanca (Min-Maks)		Ortanca (Min-Maks)		Ortanca (Min-Maks)		
İntihar girişimi sayısı		0 (0-5)		0 (0-1)		0 (0-5)	U=327.0	0.260

* Ki kare / Fisher's Exact Test; n: Hasta sayısı; %: Satır yüzdesi

Her iki hasta grubunun, hastalık sonrası sergiledikleri sözel, eşyaya ve kişiye fiziksel saldırgan davranış ve adli sorun yaşama oranları arasında fark yoktu ($p>0.05$). İki grubun ailede psikotik bozukluk öyküsü, ailede ve aynı evde bakım gerektiren başka hasta bulunma oranları arasında fark bulunmadı ($p>0.05$). Ek olarak hasta gruplarının intihar girişimi sayıları arasında fark yoktu ($p>0.05$) (Tablo 4.4).

Tablo 4.5. Bakım veren gruplarının bazı tanımlayıcı özellikleri

	Toplam	Bakım veren 'Erken'	Bakım veren 'Geç'	Test istatistiği	p
	Ort \pm SS Ortanca (Min-Maks)	Ort \pm SS Ortanca (Min-Maks)	Ort \pm SS Ortanca (Min-Maks)		
Yaş	49.76 \pm 12.33 55 (21-65)	48.00 \pm 13.28 49 (21-64)	51.23 \pm 11.52 55.5 (23-65)	U=329.0	0.436
Çocuk sayısı	1.78 \pm 1.41 2 (0-6)	1.60 \pm 1.12 2 (0-4)	1.93 \pm 1.62 2 (0-6)	U=337.0	0.505
Bakım verme süresi	12.53 \pm 8.56 12 (1-40)	6.52 \pm 4.44 6 (1-22)	17.53 \pm 7.94 15 (5-40)	U=59.0	$p<0.001$
Hastayla günlük geçirilen süre	7.25 \pm 3.78 6 (2-14)	7.52 \pm 3.86 6 (2-14)	7.03 \pm 3.76 5.5 (3-14)	U=344.0	0.596

* Mann Whitney U test; Ort: Ortalama; SS: Standart sapma

Araştırmaya dahil edilen bakım veren bireylerin yaş ortalaması 49.76 \pm 12.33 yıl olup minimum 21 maksimum 65 yaş idi. Her iki bakım veren grubunun yaşları, çocuk sayıları ve hastayla geçirilen günlük süreleri arasında fark bulunmadı ($p>0.05$). İki grubun toplam bakım verme süresi arasında fark saptandı ($p<0.001$). 'Bakım veren-Geç' grubunun toplam bakım verme süresi anlamlı düzeyde yüksekti (Tablo 4.5).

Tablo 4.6. Bakım veren gruplarının sosyodemografik özellikleri

	Toplam		Bakım veren 'Geç'		Bakım veren 'Erken'		Test istatistiği	p
	n	%	n	%	n	%		
Cinsiyet								
Kadın	32	58.2	12	48	20	66.7	$\chi^2 = 1.953$	0.162
Erkek	23	41.8	13	52	10	33.3		
Medeni durum								
Evli	43	78.2	18	72	25	83.3	-	-
Bekar	7	12.7	4	16	3	10		
Boşanmış	4	7.3	2	8.0	2	6.7		
Eşi ölmüş	1	1.8	1	4.0	-	-		
Hastaya yakınlığı								
Anne	6	10.9	3	12	3	10	$\chi^2 = 3.192$	0.564
Baba	1	1.8	-	-	1	3.3		
Çocuk	21	38.2	12	48	9	30		
Eş	14	25.5	6	24	8	26.7		
Kardeş	13	23.6	4	16	9	30		
Eğitim durumu								
Okur yazar	1	1.8	-	-	1	3.3	$\chi^2 = 3.058$	0.558
İlkokul	18	32.7	8	32	10	33.3		
Ortaokul	7	12.7	5	20	2	6.7		
Lise	13	23.6	6	24	7	23.3		
Üniversite ve üzeri	16	29.2	6	24	10	33.3		
Çalışma durumu								
Hayır	30	54.5	13	52	17	56.7	$\chi^2 = 0.120$	0.729
Evet	25	45.5	12	48	13	43.3		
Sosyal güvence								
Hayır	3	5.5	2	8.0	1	3.3	$\chi^2 = 0.576$	0.585
Evet	52	94.5	23	92	29	96.7		
Geliri var mı								
Hayır	1	3.3	-	-	1	3.3	$\chi^2 = 0.849$	1.000
Evet	54	98.2	25	100	29	96.7		
Gelir durumu								
Geliri giderinden az	26	47.3	11	44	15	50	$\chi^2 = 1.230$	0.587
Geliri giderine eşit	23	41.8	10	40	13	43.3		
Geliri giderinden fazla	6	10.9	4	16	2	6.7		
Evde kimler yaşıyor								
Anne ve çocuklar	5	9.1	3	12	2	6.7	-	-
Anne baba ve çocuklar	39	70.9	19	76	20	66.7		
Büyükanne/baba, anne, baba ve çocuklar	3	5.5	1	4.1	2	6.7		
Diğer	8	14.5	2	8.0	6	20		
Hastayla ilgilenen başka biri?								
Hayır	21	38.2	10	40	11	36.7	$\chi^2 = 0.064$	0.800
Evet	34	61.8	15	60	19	63.3		

* Ki kare / Fisher's Exact Test; n: Hasta sayısı; %: Satır yüzdesi

'Bakım veren-Erken' ve 'Bakım veren-Geç' gruplarının cinsiyet dağılımları, eğitim durumları, gelir düzeyleri ve diğer sosyodemografik özellikleri arasında fark bulunmadı ($p > 0.05$) (Tablo 4.6).

Tablo 4.7. Bakım veren gruplarının kişisel özellikleri

	Toplam		Bakım veren 'Erken'		Bakım veren 'Geç'		Test istatistiği	p
	n	%	n	%	n	%		
Bakım verme nedeni								
Ailevi sorumluluk	18	32.7	5	20	13	43.3	$\chi^2 = 3.601$	0.168
Sevgi	34	61.8	18	72	16	53.3		
Bakacak kimse yok	3	5.5	2	8.0	1	3.3		
Bakmaktan memnuniyet								
Hayır	10	18.2	2	8.0	8	26.7	$\chi^2 = 3.194$	0.092
Evet	45	81.8	23	92	22	73.3		
Sağlık sorunu								
Hayır	28	50.9	13	52	15	50	$\chi^2 = 0.022$	0.883
Evet	27	49.1	12	48	15	50		
Sürekli ilaç kullanma								
Hayır	29	52.7	13	52	16	53.3	$\chi^2 = 0.010$	0.921
Evet	26	47.3	12	48	14	46.7		
Psikiyatrik tedavi								
Hayır	39	70.9	19	76	20	66.7	$\chi^2 = 0.576$	0.448
Evet	16	29.1	6	24	10	33.3		
Hastaya bakmak sağlık kontrollerine engel mi								
Hayır	50	90.9	24	96	26	86.7	$\chi^2 = 1.437$	0.362
Evet	5	9.1	1	4.0	4	13.3		
Hastayla iletişim sıkıntısı yaşama								
Hayır	21	38.2	14	56	7	23.3	$\chi^2 = 6.165$	0.013
Evet	34	61.8	11	44	23	76.7		
Kendine vakit ayırabilme								
Hayır	18	32.7	5	20	13	43.3	$\chi^2 = 3.372$	0.066
Evet	37	67.3	20	80	17	56.7		

* Ki kare / Fisher's Exact Test; n: Hasta sayısı; %: Satır yüzdesi

'Bakım veren-Erken' ve 'Bakım veren-Geç' gruplarının, bakım verme nedenleri, hastaya bakmaktan memnuniyetleri ve kendilerine vakit ayırma oranları arasında fark bulunmadı ($p > 0.05$). İki grubun sağlık sorunları, düzenli ilaç kullanımları, psikiyatrik tedavi alma oranları ve hastaya bakım verme nedeniyle kendi sağlık kontrollerini aksatma oranları arasında da fark yoktu ($p > 0.05$). 'Bakım veren-Geç' grubunun, hastayla iletişim sıkıntısı yaşama oranları anlamlı düzeyde yüksekti ($p < 0.05$) (Tablo 4.7).

Tablo 4.8. Bakım veren gruplarının bakım verme özellikleri

	Toplam		Bakım veren 'Erken'		Bakım veren 'Geç'		Test istatistiği	p
	n	%	n	%	n	%		
Bakım vermek yaşamınızı etkiledi mi?								
Hayır	9	16.4	8	32	1	3.3	$\chi^2=8.188$	0.008
Evet	46	96.7	17	68	29	96.7		
Bakım alanı:								
Maddi destek								
Hayır	22	40	6	24	16	53.3	$\chi^2=4.889$	0.027
Evet	33	60	19	76	14	46.7		
Psikolojik destek								
Hayır	8	14.5	3	12	5	16.7	$\chi^2=0.239$	0.715
Evet	47	85.5	22	88	25	83.3		
Fiziksel gereksinimleri karşılama								
Hayır	26	47.3	16	64	10	33.3	$\chi^2=5.145$	0.023
Evet	29	52.7	9	36	20	66.7		
Zorlanılan durumlar:								
Bakımda destek alamama								
Hayır	33	60	21	84	12	40	$\chi^2=11.000$	0.001
Evet	22	40	4	16	18	60		
Maddi destek alamama								
Hayır	37	67.3	17	68	20	66.7	$\chi^2=0.011$	0.916
Evet	18	32.7	8	32	10	33.3		
Hijyenik gereksinimler								
Hayır	44	80	23	92	21	70	$\chi^2=4.125$	0.042
Evet	11	20	2	8.0	9	30		
Fiziksel gereksinimler								
Hayır	38	69.1	23	92	15	50	$\chi^2=11.264$	0.001
Evet	17	30.9	2	8.0	15	50		
Diğer aile fertlerine zaman ayırma								
Hayır	15	27.3	3	12	12	40	$\chi^2=5.390$	0.020
Evet	40	72.7	22	88	18	60		
Hastanın olumsuz davranışlarından rahatsız olma								
Hayır	7	12.7	7	28	-	-	$\chi^2=17.921$	p<0.001
Zaman zaman	34	61.8	17	68	17	56.7		
Evet	14	25.5	1	4.0	13	43.3		

* Ki kare / Fisher's Exact Test; n: hasta sayısı; %: Satır yüzdesi

'Bakım veren-Geç' grubunun, bakım verme nedeniyle yaşamlarının etkilenme oranlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı ($p<0.001$). İki grubun bakım verme alanları karşılaştırıldığında, hastaya psikolojik destek sağlama oranları arasında fark bulunmadı ($p>0.05$). 'Bakım veren-Erken' grubunun hastaya maddi destek sağlama oranlarının daha fazla, hastanın fiziksel gereksinimlerini karşılama oranlarının daha az olduğu saptandı ($p<0.05$). 'Bakım veren-Geç' grubunun, bakımda

destek alamama ($p<0.01$) ve hastanın hijyenik ($p<0.05$) ve fiziksel ($p<0.01$) gereksinimlerini karşılamada zorlanma oranları anlamlı düzeyde yüksekti. Her iki grubun maddi destek alamama nedeniyle zorlanma oranları arasında fark bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 4.8).

İki grubun bakım için harcadıkları zaman dışında diğer aile fertlerine zaman ayırabilme oranları arasında fark bulunduğu, 'Bakım veren-Erken' grubunun aile fertlerine zaman ayırma oranlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı ($p<0.05$). Ek olarak, 'Bakım veren-Geç' grubunun, hastanın olumsuz davranışlarından rahatsız olma (evet yanıtı) oranları anlamlı düzeyde yüksekti ($p<0.001$) (Tablo 4.8).

Tablo 4.9. Bakım veren gruplarının bakım vermeyele ilgili zorlukları

	Toplam		Bakım veren 'Erken'		Bakım veren 'Geç'		Test istatistiği	p
	n	%	n	%	n	%		
Aynı evde yaşayamıyoruz diye düşünme								
Hiç	18	32.7	17	68	1	3.3	$\chi^2 = 29.318$	p<0.001
Nadiren	19	34.5	6	24	13	43.3		
Biraz	17	30.9	2	8.0	15	50		
Sık sık	1	1.8	-	-	1	3.3		
Hastanın evden ayrılmasını isteme								
Hiç	26	47.3	20	80	6	20	$\chi^2 = 19.996$	p<0.001
Biraz	19	34.5	3	12	16	53.3		
Orta	9	16.4	2	8.0	7	23.3		
Çok	1	1.8	-	-	1	3.3		
Hastalık nedeniyle hissedilen sıkıntı								
Hiç	3	5.5	3	12	-	-		
Biraz	18	32.7	13	52	5	16.7		
Orta	27	49.1	9	36	18	60		
Çok	6	10.9	-	-	6	20		
Aşırı	1	1.8	-	-	1	3.3		
Hastaya bakmak için istenilen şeylerden vazgeçme								
Hiç	9	16.4	9	36	-	-	$\chi^2 = 18.644$	p<0.001
Biraz	20	36.4	10	40	10	33.3		
Orta	20	36.4	6	24	14	46.7		
Çok	6	10.9	-	-	6	20		
Hasta bakımı nedeni ile maddi yük yaşama								
Hiç	24	43.6	14	56	10	33.3	$\chi^2 = 3.942$	0.248
Biraz	18	32.7	6	24	12	40		
Orta	11	20	5	20	6	20		
Çok	2	3.6	-	-	2	6.7		

* Ki kare / Fisher's Exact Test; n: Hasta sayısı; %: Satır yüzdesi

Bakım veren gruplarının, ‘aynı evde yaşayamıyoruz mutlaka ayrılmayız’ düşüncesine sahip olma oranları arasında fark saptandı ($p<0.001$). ‘Bakım veren-Geç’ grubunun, bu soruya hiç yanıtını verme oranı daha düşük, biraz yanıtını verme oranı daha yüksekti, ayrıca hastanın evden ayrılmasını biraz ve orta derecede isterim deme oranları anlamı düzeyde daha fazlaydı ($p<0.001$). İki grup arasında hastaya bakabilmek için yapmayı istenilen şeylerden vazgeçme oranları arasında fark saptanırken ($p<0.001$), hastanın bakımı nedeniyle maddi yük yaşama oranları arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 4.9).

Tablo 4.10. Çalışmaya alınan tüm bireylerin ölçek puanlarının tanımlayıcı istatistikleri

	Ort ± SS	Ortanca (Min-Max)
PANSS Pozitif belirtiler	12.40±4.04	11 (7-24)
PANSS Negatif belirtiler	19.73±4.77	19 (8-31)
PANSS Genel Psikopatoloji	28.64±7.01	28 (16-54)
PANSS Toplam puan	60.76±13.63	61 (31-109)
GAF	48.31±11.55	45 (30-75)
PSP	54.98±12.87	57 (25-77)
HAM-D	5.80±5.39	4 (0-20)
HAM-A Psişik	3.24±2.81	2 (0-10)
HAM-A Somatik	3.53±3.80	3 (0-15)
HAM-A Toplam puan	6.76±6.20	4 (0-25)
WHOQOL-BREF Bedensel Sağlık	15.59±2.18	16 (10.8-20)
WHOQOL-BREF Psikolojik Sağlık	13.50±2.04	13.3 (8.6-17.3)
WHOQOL-BREF Sosyal İlişkiler	12.63±3.01	13.3 (4-20)
WHOQOL-BREF Çevre	13.69±1.82	13.5 (10-19.5)
WHOQOL-BREF Çevre-Tr	15.85±3.07	16 (8-20)
ZBYÖ Ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması	17.02±6.35	18 (7-28)
ZBYÖ Sinirlilik ve kısıtlanmışlık	7.58±3.05	8 (3-14)
ZBYÖ Toplumsal ilişkilerde bozulma	6.49±2.81	7 (3-14)
ZBYÖ Ekonomik yük	9.76±2.65	10 (4-17)
ZBYÖ Bağımlılık	7.20±1.78	7 (3-10)
ZBYÖ Toplam puan	48.05±14.62	49 (21-77)

Ort: Ortalama; SS: Standart Sapma; PANSS: Pozitif ve negatif semptomlar ölçeği; GAF: İşlevselliğin genel değerlendirilmesi ölçeği; PSP: Bireysel ve sosyal performans ölçeği; HAM-D: Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği; HAM-A: Hamilton anksiyete değerlendirme ölçeği; WHOQOL-BREF: Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesi ölçeği kısa formu; ZBYÖ: Zarit bakım verme yükü ölçeği

Tablo 4.11. Hasta gruplarının PANSS puanlarının karşılaştırılması

	Hasta	Hasta	Test	p
	'Erken-LAI'	'Geç-LAI'		
PANSS	Ort ±SS (Min-Maks)	Ort ±SS (Min-Maks)	istatistiği	
Pozitif belirtiler	10.96±3.22 (7-21)	13.60±4.30 (7-24)	t=-2.531	0.014
Negatif belirtiler	18.16±4.71 (8-27)	21.03±4.49 (13-31)	t=-2.312	0.025
Genel Psikopatoloji	27.08±6.72 (16-45)	29.93±7.09 (20-54)	t=-1.521	0.134
Toplam puan	56.20±11.97 (31-84)	64.57±13.95 (43-109)	t=-2.360	0.022

Ort: Ortalama; SS: Standart Sapma; PANSS: Pozitif ve negatif semptomlar ölçeği

Hasta gruplarının, PANSS pozitif ve negatif belirtiler alt boyutu ve toplam PANSS puanları arasında anlamlı fark saptandı ($p<0.05$). 'Geç-LAI' hasta grubunun PANSS toplam, pozitif ve negatif belirtiler puanlarının ortalaması, 'Erken-LAI' hasta grubuna göre anlamlı derecede yüksekti. İki grubun PANSS genel psikopatoloji alt boyutu puanları arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 4.11).

Tablo 4.12. Hasta gruplarının GAF ve PSP puanlarının karşılaştırılması

	Hasta	Hasta	Test	p
	'Erken-LAI'	'Geç-LAI'		
	Ort ±SS (Min-Maks)	Ort ±SS (Min-Maks)	istatistiği	
GAF	54.28±11.97 (30-75)	43.33±8.56 (30-65)	t=3.945	p<0.001
PSP	62.00±10.00 (41-77)	49.13±12.15 (25-68)	t=4.232	p<0.001

* t Test; Ort: Ortalama; SS: Standart sapma; GAF: İşlevselliğin genel değerlendirilmesi ölçeği; PSP: Bireysel ve sosyal performans ölçeği

İki grubun GAF ve PSP puanları arasında anlamlı fark saptanmış olup ($p<0.001$); 'Erken-LAI' hasta grubunun GAF ve PSP puanları, 'Geç-LAI' hasta grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu (Tablo 4.12).

Tablo 4.13. Bakım veren gruplarının HAM-D ve HAM-A puanlarının karşılaştırılması

	Bakım veren 'Erken'	Bakım veren 'Geç'	Test istatistiği	p
	Ort ±SS Ortanca (Min-Maks)	Ort ±SS Ortanca (Min-Maks)		
HAM-D	3.00±3.33 2 (0-12)	8.13±5.70 7 (0-20)	U=165.0	p<0.001
HAM-A Psşik Anksiyete	1.72±2.05 1 (0-9)	4.50±2.75 4 (0-10)	U=148.0	p<0.001
HAM-A Somatik Anksiyete	1.80±1.71 1 (0-6)	4.97±4.45 3.5 (0-15)	U=209.5	0.005
HAM-A Toplam puan	3.52±3.42 3 (0-15)	9.47±6.73 8.5 (0-25)	U=146.5	p<0.001

* Mann Whitney U test; Ort: Ortalama; SS: Standart sapma; HAM-D: Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği; HAM-A: Hamilton anksiyete değerlendirme ölçeği

Her iki bakım veren grubunun, HAM-D puanları, HAM-A psşik ve somatik alt boyut ve toplam puanları arasında fark saptandı ($p<0.001$). 'Bakım veren-Geç' grubunun hem depresyon puanları hem de alt boyutlar da dahil tüm HAM-A puanları, anlamlı düzeyde yüksek bulundu (Tablo 4.13).

Tablo 4.14. Bakım veren gruplarının WHOQOL-BREF puanlarının karşılaştırılması

	Bakım veren 'Erken'	Bakım veren 'Geç'	Test istatistiği	p
	Ort ±SS Ortanca (Min-Maks)	Ort ±SS Ortanca (Min-Maks)		
WHOQOL-BREF				
Fiziksel Sağlık	16.38±1.86 16.5 (12-20)	14.93±2.23 15.1 (10.8-19.4)	t=2.595	0.012
Psikolojik Sağlık	14.74±1.49 14.6 (12-17.3)	12.46±1.87 12.3 (8.6-16.6)	t=4.922	p<0.001
Sosyal İlişkiler	14.08±2.31 13.3 (9.3-20)	11.42±3.03 12 (4-16)	t=3.600	0.001
Çevre	14.40±1.62 14.5 (12-19.5)	13.10±1.79 13 (10-18)	t=2.792	0.007
Çevre-Tr	17.12±2.95 16 (12-20)	14.80±2.81 16 (8-20)	U=224.0	0.005

* t Test /Mann Whitney U Test; Ort: Ortalama; SS: Standart sapma; WHOQOL-BREF: Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesi ölçeği kısa formu

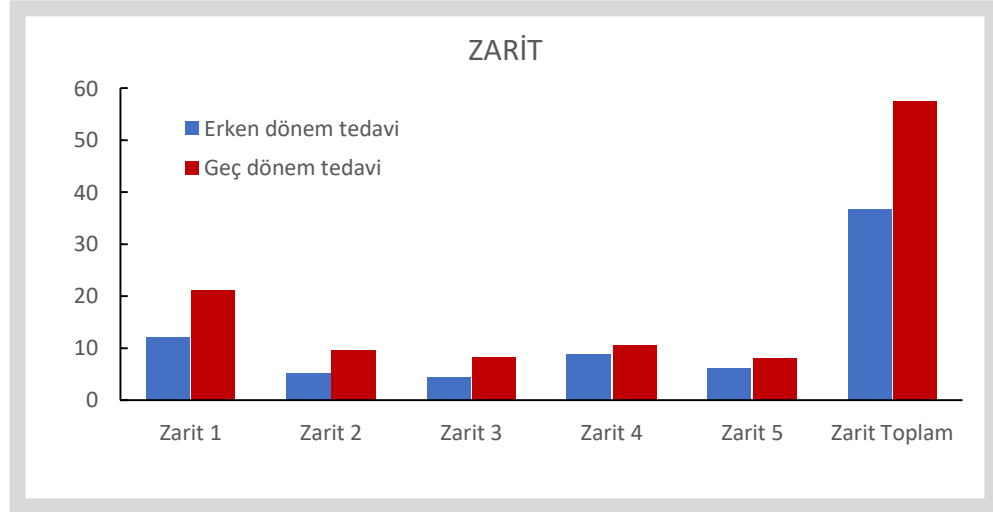
Yaşam kalitesi ölçeğinin, 5 alt boyutunda da iki grup arasında anlamlı fark saptandı (fiziksel sağlık $p<0.05$, psikolojik sağlık $p<0.01$, sosyal ilişkiler, çevre ve çevre-Tr $p<0.01$). ‘Bakım veren-Geç’ grubunun her bir alt boyuttaki ortalama puanları, ‘Bakım veren-Erken’ grubuna göre anlamlı düzeyde düşüktü (Tablo 4.14).

Tablo 4.15. Bakım veren gruplarının ZBYÖ puanlarının karşılaştırılması

ZBYÖ	Bakım veren ‘Erken’	Bakım veren ‘Geç’	Test istatistiği	p
	Ort ±SS (Min-Maks)	Ort ±SS (Min-Maks)		
Ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması	12.20±4.55 (7-24)	21.03±4.60 (12-28)	F=26.490	$p<0.001$
Sinirlilik ve kısıtlanmışlık	5.24±2.20 (3-11)	9.53±2.15 (5-14)	F=28.578	$p<0.001$
Toplumsal ilişkilerde bozulma	4.44±1.78 (3-9)	8.20±2.32 (3-14)	F=23.231	$p<0.001$
Ekonomik yük	8.76±2.63 (4-13)	10.60±2.39 (6-17)	F=1.079	0.304
Bağımlılık	6.16±1.57 (3-9)	8.07±1.46 (6-10)	F=8.676	0.005
Toplam puan	36.80±10.42 (21-64)	57.43±10.40 (37-77)	F=28.947	$p<0.001$

Ort: Ortalama; SS: Standart sapma; ZBYÖ: Zarit bakım verme yükü ölçeği

ZBYÖ puanlarının karşılaştırılmasında, bakım verenlerin depresyon puanları ortak değişken (Covariate) olarak modele alınarak Kovaryans Analizi (ANCOVA) kullanıldı. Bakım veren gruplarının, ZBYÖ ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması ($p<0.001$), sinirlilik ve kısıtlanmışlık ($p<0.001$), toplumsal ilişkilerde bozulma ($p<0.001$) ve bağımlılık ($p<0.01$) alt boyutu puanları ve toplam ZBYÖ ($p<0.001$) puanları arasında anlamlı fark saptandı. ‘Bakım veren-Geç’ grubunun bu 4 alt boyuttan aldıkları puanlar ve toplam ZBYÖ puanları, ‘Bakım veren-Erken’ grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Ekonomik yük alt boyutu puanlarında ise iki grup arasında anlamlı fark bulunamadı ($p>0.05$) (Tablo 4.15).



Şekil 4.1. Bakım veren gruplarının ZBYÖ puanlarının karşılaştırılması

Zarit 1: Ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması alt boyutu
 Zarit 2: Sinirlilik ve kısıtlanmışlık alt boyutu
 Zarit 3: Toplumsal ilişkilerde bozulma alt boyutu
 Zarit 4: Ekonomik yük alt boyutu
 Zarit 5: Bağımlılık alt boyutu

Tablo 4.16. ZBYÖ toplam puan için açıklayıcı değişkenlerle çoklu Regresyon analizi sonuçları

Parameter	B	Std. Error	95 % CI		t	p value
Constant	112.769	18.347	75.658	149.880	6.146	p<0.001
Geç-LAI	7.772	2.618	2.432	13.022	2.952	0.005
PANSS (Toplam puan)	-0.154	0.095	-0.347	0.039	-1.618	0.114
GAF	-0.481	0.169	-0.823	-0.139	-2.845	0.007
PSP	-0.212	0.158	-0.530	0.107	-1.344	0.187
HAM-D	0.978	0.513	-0.060	2.015	1.905	0.064
HAM-A (Toplam puan)	-0.546	0.397	-1.348	0.256	-1.376	0.177
WHOQOL-BREF						
Fiziksel sağlık	-0.520	0.558	-1.650	0.609	-0.932	0.357
Psikolojik sağlık	0.112	0.636	-1.175	1.399	0.177	0.861
Sosyal İlişkiler	-0.146	0.436	-1.027	0.735	-0.336	0.739
Çevre	-0.520	0.625	-1.785	0.745	-0.831	0.411
Çevre-Tr	-0.651	0.378	-1.415	0.113	-1.725	0.092
Bakım verme süresi	-0.321	0.232	-0.790	0.149	-1.383	0.175
Hasta yaşı	-0.058	0.089	-0.238	0.122	-0.647	0.521
Hastalık süresi	0.337	0.205	-0.077	0.752	1.646	0.108
Hastane yatış sayısı	0.290	0.526	-0.773	1.353	0.551	0.584

Std Error: Standart hata; PANSS: Pozitif ve negatif semptomlar ölçeği; GAF: İşlevselliğin genel değerlendirilmesi ölçeği; PSP: Bireysel ve sosyal performans ölçeği; HAM-D: Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği; HAM-A: Hamilton anksiyete değerlendirme ölçeği; WHOQOL-BREF: Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesi ölçeği kısa formu

Bağımlı değişken ZBYÖ toplam puan; bağımsız değişkenlerin LAI antipsikotiklerin geç dönemde (>5 yıl) başlanması, PANSS toplam puan, GAF, PSP, HAM-D, HAM-A toplam puan, WHOQOL-BREF fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler, çevre ve çevre-Tr alt boyut puanları, toplam bakım verme süresi, hasta yaşı, hastalık süresi ve hastanede yatış sayısının olduğu regresyon modelinde ZBYÖ toplam puanlar için belirleyici faktörlerin LAI antipsikotiklerin başlanma zamanı ve GAF skorları olduğu tespit edildi ($R^2 = 0.897$, $F=22.753$, $p=0.000$) (Tablo 4.16).

Diğer değişkenler sabit tutulduğunda geç dönem (>5 yıl) LAI tedavisi başlanan hastalara bakım vermenin ZBYÖ toplam puanında 7.772 puanlık artışa neden olduğu bulundu ($p<0.01$) (Tablo 4.16).

Diğer değişkenler sabit tutulduğunda GAF puanındaki 1 puanlık artışın ZBYÖ toplam puanında 0.481 birimlik azalışa neden olduğu bulundu ($p<0.01$) (Tablo 4.17).

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, kliniğimiz psikoz polikliniğinde şizofreni tanısı ile takipli, en az 4 aydır LAI antipsikotik kullanmakta olan hastalara depo antipsikotik başlangıç zamanının, bakım veren yüküne etkisinin araştırılması amaçlanmıştır. Çalışmamızda, erken dönemde (<5 yıl) LAI antipsikotik başlanan hastaların bakım verenlerinin yük düzeyinin, geç dönemde (>5 yıl) başlanan hastaların bakım verenlerine göre daha düşük olduğu ve LAI antipsikotik başlangıç zamanının bakım veren yükü için belirleyici faktörlerden biri olduğu saptanmıştır.

Bakım verenin depresyon düzeyi algılanan yükü etkileyebileceğinden, depresyon belirtilerinin etkisi kontrol edildiğinde, 'Bakım veren-Erken' grubunun toplam ZBYÖ puanları, ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması, sinirlilik ve kısıtlanmışlık, toplumsal ilişkilerde bozulma ve bağımlılık alt boyut puanlarının, 'Bakım veren-Geç' grubuna göre anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır. ZBYÖ puanlarıyla uyumlu şekilde, sosyodemografik veri formunda yer alan anket sorularına verdikleri cevaba göre, 'Bakım veren-Geç' grubundaki bireyler hastanın davranışlarından daha fazla rahatsızlık duydukları, bakım verme nedeniyle diğer aile fertlerine yeterince zaman ayırmadıkları, yapmak istedikleri şeylerden daha çok vazgeçmek zorunda kaldıkları ve genel olarak hastalık nedeniyle yaşamlarının daha fazla etkilendiğini söylemektedirler. 'Bakım veren-Erken' grubunun hastaya maddi destek sağlama oranı daha yüksek bulunmuş ancak, iki grubun maddi destek alamama nedeniyle zorlanma oranları arasında fark bulunmamıştır. ZBYÖ alt boyutları değerlendirildiğinde de iki grubun ekonomik yük puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Tüm alt boyutlarda farklılık bulunurken, ekonomik yük alt boyutunda fark bulunmaması, grupların gelir düzeyleri ve çalışma durumları arasında fark olmamasından kaynaklanıyor olabilir.

Bakım veren yükünün bakım verenin, hastanın ve hastalığın özellikleri ile ilişkili olduğu bilinmektedir (147). Çalışmamızda iki grup arasında farklı bulunan etmenlerin de bakım veren yükünü etkileyebileceği, buna bağlı olarak LAI antipsikotik başlangıç zamanının bakım veren yüküne olan net etkisinin anlaşılmasının güçleşeceği düşünülmüştür. Bu nedenle, ZBYÖ skoru bağımlı değişken, hasta gruplarında farklı

bulunan, yaş, hastalık süresi, hastanede yatış sayısı, PANNS, PSP ve GAF skorları, bakım veren gruplarında farklı bulunan toplam bakım verme süresi, HAM-D, HAM-A ve WHOQOL-BREF skorları ile depo antipsikotiklerin hastalığın geç döneminde (>5 yıl) başlanmasının bağımsız değişkenler olarak kabul edildiği çoklu regresyon analizi yapılmış, gruplar arasındaki farklılıklardan bağımsız olarak LAI antipsikotik başlangıç zamanının bakım veren yüküne olan etkisinin anlaşılması amaçlanmıştır. Dahil edilen tüm değişkenler arasında, ZBYÖ toplam puanı için belirleyici olan faktörlerin, LAI antipsikotik başlangıç zamanı ve hastanın GAF skoru olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda, diğer değişkenlerin etkisinden bağımsız olarak, LAI antipsikotiğin hastalığın geç döneminde (>5 yıl) başlanmasının, ZBYÖ toplam skorunda 7.772 puanlık bir artışa neden olduğu bulunmuştur ($p<0.01$). Bildiğimiz kadarıyla şimdiye kadar, depo antipsikotiklerin hastalığın erken (<5 yıl) ya da geç (>5 yıl) döneminde başlanmasının bakım veren yüküne etkisini değerlendiren bir çalışma bulunmamaktadır. Bununla birlikte, tedavi uyumunun ve LAI antipsikotiklerin bakım veren yüküne etkisini ve hastalığın erken ya da geç döneminde LAI antipsikotik başlanmasının hastaya ve hastalığın gidişatına etkisini inceleyen çalışmalar bulunmaktadır.

Lasebikan ve arkadaşlarının, 367 şizofreni hastası ve bakım verenleriyle yaptıkları çalışmada, tedavi uyumu azaldıkça bakım veren yükünün arttığı saptanmıştır (148). Arslantaş ve arkadaşları tarafından ülkemizde yapılan çalışmada ise; hastaların ilacı düzensiz kullanmasının/ kullanmamasının daha fazla yüke neden olduğu bulunmuştur (149). Tedavi uyumsuzluğunun sonucunda alevlenme yaşanacağı, dolayısıyla daha sık hastane ziyareti ve daha çok ilaç tedavisi gerekeceği göz önüne alındığında, bakım veren açısından uyumsuzluğun daha fazla yüke neden olması anlaşılır görünmektedir. Uyum sorunlarını azaltmak için LAI antipsikotiklerin etkili bir tedavi stratejisi olduğu bilinmektedir. Nitekim, 610 şizofreni hastası ve bu hastaların bakım verenlerinin değerlendirildiği bir çalışmada, oral antipsikotik tedavisinden PP1M LAI tedavisine geçiş sonrası 13. haftada, hastaların işlevselliklerinde önemli gelişmeler olduğu ve bakım veren yükünde anlamlı düzeyde düşüş olduğu gösterilmiştir (150). Yakın zamanda yapılan bir post hoc analiz çalışmasında, oral antipsikotiklerden depo tedavisine geçildikten sonra bakım veren

yükünün ve bakımda harcanan sürenin azaldığı, bakım verenlerin boş zaman aktivitelerinde artış olduğu saptanmıştır (151). LAI antipsikotiklerin, tedavi uyumunu artırmanın yanı sıra günlük ilaç alma gereksinimini ortadan kaldırma avantajının da olması bakım verenin yükündeki azalmaya katkıda bulunuyor olabilir. Çünkü hastanın düzenli ilaç alımının sağlanması, genelde bakım verenin üstüne düşen bir sorumluluktur. LAI antipsikotikler, bakım verenin günlük sorumluluklarını hafifletip, kendine vakit ayırabilmesine olanak sağlıyor olabilir.

Olivares ve arkadaşları, 2009 yılında e-STAR verilerini kullanarak yaptıkları çalışmalarında, oral antipsikotikten Risperidon LAI tedavisine geçen hastaları 2 yılı kesme noktası olarak erken ve geç dönem olarak ayırmışlar, retrospektif olarak 1 yıl, prospektif olarak 2 yıl boyunca takip etmişlerdir. 24 ayın sonunda erken dönem grubun GAF skorlarındaki iyileşmenin ve CGI skorlarındaki düşüşün geç gruba göre anlamlı derecede fazla olduğu bildirilmiş, iki hasta grubunun hastane yatış oranları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (152). Dubovis ve arkadaşlarının, e-STAR ve TIMORES verilerini kullanarak yaptıkları, 24 aylık takip çalışmasında, kesme noktası 3 yıl olarak belirlenmiş ve diğer çalışmanın sonuçlarına benzer şekilde erken dönem grubunun CGI ve GAF skorlarındaki iyileşmenin daha fazla olduğu saptanmıştır (153).

Oral antipsikotiklerden, PP1M/PP3M LAI tedavisine geçilen hastaların değerlendirildiği çalışmada, takip süresi boyunca <5 yıl ve 5-10 yıl hastalık süresine sahip olan hastaların PANSS ve PSP skorlarındaki iyileşme, >10 yıl hastalık süresine sahip hastalardan anlamlı derecede üstün bulunmuştur. Bu çalışmanın son noktasında, geç dönem hastalara göre erken dönem hastaların PANNS skorlarının daha düşük, PSP skorlarının daha yüksek olduğu ve daha fazla semptomatik remisyon gösterdikleri bildirilmiştir (154). Bu çalışmalarla benzer şekilde, çalışmamızda, 'Hasta-Erken LAI' grubunun toplam PANSS puanlarının daha düşük, GAF ve PSP puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte, çalışmamızın takip çalışması olmayıp, kesitsel nitelikte bir çalışma olduğu, hasta gruplarının zaman içindeki ölçek puanı değişimlerinin karşılaştırılmadığı göz önünde bulundurulmalıdır. Birchwood hastalığın erken dönemlerini kritik dönem olarak adlandırmış, hastalığın seyrindeki dalgalanmaların bu dönemde olduğunu, ilerleyen dönemde hastalığın gidişatında ve hastanın işlevselliğinde önemli değişimlerin olmadığını bildirmiştir (36). Pek çok avantajı olduğu bilinen depo antipsikotikleri, özellikle yıkımın ve yeti yitiminin henüz

başlamadığı bu kritik dönemde başlamak, hastalığın gidişatını iyileştirmek ve hastanın işlevselliğini korumak açısından önemli görünmektedir.

Literatürdeki çalışmaların sonuçlarına bakıldığında, LAI antipsikotiklerin hastalığın erken döneminde başlanmasının hasta açısından daha iyi sonuçlarla ilişkili olduğu açıktır. İşlevselliği daha iyi, belirti düzeyi daha hafif hastalara bakım verme yükünün daha az olması ve bakım veren yükünü azalttığı gösterilen uzun etkili enjekte edilebilir antipsikotiklerin erken başlanmasının daha olumlu sonuçlarla ilişkili olması beklenen bir durumdur. Çalışmamız, bu hipotezimizi doğrulamaktadır.

Çalışmamızda bakım veren gruplarının yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim ve gelir düzeyi gibi sosyodemografik özellikleri, hastayla günlük geçirilen vakit ve fiziksel ve ruhsal hastalık öyküleri arasında fark bulunmamıştır. Bu açıdan, her iki bakım veren grubunun görece homojen olduğu söylenebilir. İki grup arasında farklı bulunan tek parametre toplam bakım verme süresi olup; ‘Geç-LAI’ hasta grubunun hastalık süresinin daha uzun olması nedeniyle, bu hastalara bakım verenlerin toplam bakım verme süresinin daha uzun olması beklenen bir durumdur. Bakım verenlerin özellikleri yük düzeyini etkileyebileceğinden, karşılaştırılan grupların homojen olmasının, erken dönemde LAI antipsikotiklere geçişin bakım veren yükü açısından daha iyi sonuçlarla ilişkili olduğu bulgumuzu güçlendirdiği söylenebilir.

‘Bakım veren-Geç’ grubunun yaşam kalitesi alt boyutlarının tümünde puanlarının daha düşük, depresyon ve anksiyete düzeylerinin ise daha yüksek olduğu saptanmıştır. ‘Bakım veren-Geç’ grubunun yük düzeylerinin daha yüksek olması yaşam kalitelerinde düşmeye ve ruhsal sağlıklarında bozulmaya neden olmuş olabilir. Ayrıca, bakım verenlerin ruhsal sıkıntıları da hastalıkla başa çıkmayı zorlaştırarak daha fazla yük hissedilmesine sebep oluyor olabilir. Literatürde bakım veren yük düzeyiyle, anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında ilişki olduğunu, bakım veren yükündeki artışın yaşam kalitesinde azalmaya neden olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır (111, 129, 155, 156). Bu bulguya dayanarak depo antipsikotiklerin hastalığın erken döneminde başlanmasının şizofreninin tedavisinde sağladığı avantajların yanı sıra bakım verenin ruh sağlığı açısından da koruyucu etkisi olacağı söylenebilir. Genel Sağlık Anketi kullanılarak yapılan çalışmalarda, bakım verenlerin %14-%67’sinde ruhsal sağlık sorunları görüldüğü bildirilmektedir (157, 158). Ayrıca,

şizofreni hastalarının bakım verenlerinde %40 oranında depresyon saptandığını, bakım verenlerin depresyon sıklığının genel topluma kıyasla 2 kat daha yüksek olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır (157, 159). Şizofreni hastalarının bakım verenlerinde ruhsal sağlık sorunlarının görülme sıklığı ve bu durumun sağlık giderlerine etkisi göz önüne alındığında; bakım verenlerin yük ve stres düzeylerinin düşürülmesinin toplumsal açıdan yararlı sonuçları olacağı söylenebilir.

Hasta gruplarının cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, saldırgan davranış sergileme, adli olay yaşama oranları ve suisid girişimi sayıları arasında fark bulunmamıştır. Bununla birlikte, 'Geç-LAI' hasta grubunun yaşlarının daha büyük, hastalık sürelerinin daha uzun, hastanede yatış sayılarının daha fazla olduğu saptanmıştır. Bu durumun birkaç nedeni olabilir. Öncelikle atipik LAI antipsikotik kullanımı görece yenidir. LAI antipsikotikler genellikle kronik, tedavi uyum sorunu olan ve hastalığın geç dönemlerindeki hastalara saklanıyor gibi görünmektedir. Bu nedenle hastalığın erken döneminde depo antipsikotiklerin kullanımı son zamanlarda pratiğe yansımıştır. Bu yüzden de 'Erken-LAI' hasta grubu yaş ortalamasının daha genç olması beklenebilir.

Çalışmamızın başka bir bulgusu, GAF skorundaki 1 puanlık artışın ZBYÖ toplam puanında 0.481 birimlik azalışa neden olmasıdır ($p<0.01$). Hem ülkemizde hem de farklı ülkelerde yapılmış olan pek çok çalışmada, bulgularımızla uyumlu şekilde, GAF skorunun bakım veren yüküyle olan ilişkisi gösterilmiştir (148, 160, 161). Bu çalışmalardan birinde bakım veren yükünün en önemli yordayıcısının hastanın GAF skoru olduğu, bunu PANSS skorunun izlediği saptanmıştır (162). Diğer taraftan çalışmamızda PANSS toplam puanı bakım veren yüküyle ilişkili bulunmamıştır. Bulgularımızın aksine, şimdiye kadar yapılan pek çok çalışmada, hastalık belirtilerinin bakım veren yükünü etkilediği, belirti düzeyinin şiddetli olmasının bakım veren yükünü arttırdığı bildirilmiştir (161, 163, 164). Buna karşın, Aydın ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, PANSS skoruyla bakım veren yükü arasında ilişki bulunmamıştır (118). Çalışmamızda bakım veren yükü açısından GAF skorunun belirleyici olup, PANSS skorunun olmamasının nedeni; çalışmaya dahil edilen hasta grubunun, psiko polikliniğimize rutin kontrollerine gelen stabil hastalar olup, akut/alevli dönemdeki hastaların çalışmadan dışlanması olabilir. Yani hastaların alevli dönemde olmamaları nedeniyle belirti düzeyleri değil, günlük yaşam aktiviteleri için daha önemli olan

işlevsellik puanları bakım veren yükü için belirleyici olmuş olabilir. Günümüzde, hastalığın gidişatı açısından, belirti düzeyi ile işlevselliğin aynı şey olmadığı kabul görmektedir (148). Hastaların işlevselliklerinin düşük olması, rol ve görevlerini yerine getirememelerine ve bakım verenlerin daha fazla sorumluluk almalarına neden olup yük düzeyini arttırmış olabilir.

Çalışmamızda, bakım verenlerin HAM-D ve HAM-A skorlarının bakım veren yükünü etkilemediği bulunmuştur. Bulgularımızın aksine, ülkemizde yapılan çalışmalarda, bakım veren yükü ile depresyon ve anksiyete düzeylerinin ilişkili olduğu bildirilmiştir (118, 165, 166). Buna karşın, çalışmamıza dahil edilen bakım verenlerin ortalama HAM-D ve HAM-A skorları kesme değerlerinin altındadır, yani klinik açıdan depresyon ve anksiyete varlığından söz edilememektedir. Bu nedenle bakım verenlerin depresyon ve anksiyete düzeylerinin bakım veren yüküne anlamlı bir etkisi olmamış olabilir. Ayrıca, hastanın yaşı, hastalık süresi, hastanede yatış sayısı ve toplam bakım verme süresinin de bakım veren yükü için belirleyici olmadığı saptanmıştır. Şimdiye kadar, bu konuda yapılmış çalışmaların sonuçları çelişkilidir. Bulgularımızla uyumlu şekilde hastanın yaşı, hastalık süresi (160) ve hastanede yatış sayısı (167) ile yük arasında ilişki bulunmayan çalışmalar olduğu gibi, bulgularımızın tersine ilişki olduğunu bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (130, 160, 163, 168).

Şizofrenide bakım verenlerle ilgili çalışmalarda; bakım verenin cinsiyet, yaş eğitim düzeyi, kronik fiziksel/ruhsal hastalığının bulunmasının bakım veren yükünü etkilediği bildirilmiştir (129, 130). Bununla birlikte, çalışmamızda, hastalığın erken ve geç döneminde LAI antipsikotik başlanan hastalara bakım veren iki grubumuz arasında bu açılardan fark olmadığından, bu etmenlerin bakım veren yüküne etkisine bakılmamıştır.

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Bu kısıtlılıklardan ilki hastalığın erken döneminde depo antipsikotik başlanması güncel bir yaklaşım olduğundan, çalışma kriterlerini karşılayan az sayıda hasta ile çalışmanın yürütülmesidir. Çalışmamıza dahil edilen hastalar birinci ve ikinci kuşak farklı LAI antipsikotikleri kullanmaktadır, gelecek çalışmalarda daha geniş örneklem grupları ile farklı LAI antipsikotikler arasında karşılaştırmaların yapılması mümkündür. Çalışmamız kesitsel bir araştırma olduğundan, hastaların ve bakım verenlerin LAI

antipsikotiklere geçilmesinden önceki ve şu anki durumları arasında karşılaştırma yapılamamıştır. Bakım veren yükü çok etmenli, çok boyutlu bir durumdur. Çalışmamızda etkili olabilecek tüm faktörler çalışılmamıştır. Bununla birlikte, bulgularımız şizofreninin erken dönemlerinde depo antipsikotik kullanımının, bakım veren yükünün daha az olmasıyla ilişkili olduğunu göstermektedir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda ‘Bakım veren-Erken’ grubunun, ‘Bakım veren-Geç’ grubuna göre, toplam yük puanı yanı sıra, ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması, sinirlilik ve kısıtlanmışlık, toplumsal ilişkilerde bozulma ve bağımlılık alt boyut puanları daha düşük bulunmuştur. Depo antipsikotik başlangıç zamanının bakım verme yükü için belirleyici faktörlerden biri olduğu, diğer değişkenlerin etkisinden bağımsız olarak, hastalığın erken döneminde LAI antipsikotik başlanmasının, geç başlanmasına göre, daha düşük yük düzeyiyle ilişkili olduğu saptanmıştır. Ek olarak ‘Bakım veren-Erken’ grubunun yaşam kalitelerinin daha iyi, depresyon ve anksiyete düzeylerinin daha düşük olduğu bulunmuştur.

Toplum temelli tedavi anlayışının benimsendiği günümüzde, hastaların vakitlerinin çoğunu aileleriyle geçirdiği, şizofreninin hastalar kadar ailelerinin de yaşamını etkilediği unutulmamalıdır. Hastanın tedavisinin sağlanmasının yanı sıra; bakım verenin desteklenmesi, gereksinimlerinin gözetilmesi ve yüklerinin olabildiğince hafifletilmesi de biz klinisyenlerin üzerine düşen sorumluluklardandır.

Çalışmamız, hastalığın erken evrelerinde LAI antipsikotik kullanımının yararlarına ilişkin literatüre katkı sağlamakta, erken dönemde depo antipsikotik kullanımının bakım veren için de daha iyi sonuçlarla ilişkili olduğuna işaret etmektedir. Bununla birlikte, daha fazla sayıda hasta ile yapılacak uzunlamasına izlem çalışmaları ile bulgularımızın doğrulanması gerekmektedir.

7. KAYNAKÇA

1. Ertuğrul A.; Şizofreninin Nörobiyolojisi, Ankara: Temel Psikofarmakoloji, 2010; 1: 354.
2. Heres S, Lambert M, Vauth R. Treatment of early episode in patients with schizophrenia: the role of long acting antipsychotics. *Eur Psychiatry*. 2014;29 Suppl 2:1409-13.
3. Rocca P, Sandei L, M Bava I, Frieri T. Risperidone long-acting injection in the treatment of first episode schizophrenia. *Current Psychopharmacology*. 2013;2(1):29-36.
4. Kim S-W, Lee Y-H, Jang J-E, Yoo T, Kim J-M, Shin I-S, et al. Comparison of attitudes toward long-acting injectable antipsychotics among psychiatrists and patients. *International clinical psychopharmacology*. 2013;28(2):80-6.
5. Leucht S, Tardy M, Komossa K, Heres S, Kissling W, Davis JM. Maintenance treatment with antipsychotic drugs for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012(5):Cd008016.
6. Masand PS, Roca M, Turner MS, Kane JM. Partial adherence to antipsychotic medication impacts the course of illness in patients with schizophrenia: a review. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2009;11(4):147-54.
7. Hargarter L, Bergmans P, Cherubin P, Keim S, Conca A, Serrano-Blanco A, et al. Once-monthly paliperidone palmitate in recently diagnosed and chronic non-acute patients with schizophrenia. *Expert Opin Pharmacother*. 2016;17(8):1043-53.
8. Health WfoM. Caring for the caregiver: Why your mental health matters when you are caring for others. WFMH Woodbridge, VA; 2010.
9. Ulusoy-Kaymak S, Esen-Danacı A, Soygür H, Alptekin K. Şizofreni ve Aile. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2018.
10. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri: Türkiye’de sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıklar ed.Uğur M Bİ, Kocabaşoğlu N.. Sempozyum Dizisi No:62 2008.
11. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri; 2018. 189-249 p.
12. Esen-Danacı A, Böke Ö, Saka MC, Erol A, Kaymak SU. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları Bilimsel Çalışma Birimleri Dizisi No:22; 2018. 1-13 p.
13. McGrath J, Saha S, Chant D, Welham J. Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiologic reviews*. 2008;30(1):67-76.

14. Binbay T, Ulaş H, Elbi H, Alptekin K. Türkiye’de psikoz epidemiyolojisi: Yaygınlık tahminleri ve başvuru oranları üzerine sistematik bir gözden geçirme. *Turk Psikiyatri Derg.* 2011;22(1):40-52.
15. Karamustafaoğlu O. *Temel ve Klinik Psikiyatri.* Ankara GTK, ISBN:978-975-277-703-3. 2018. s:227.
16. Murray R, Castle D. *Genetic and environmental risk factors for schizophrenia.* New Oxford textbook of psychiatry: Oxford University Press; 2009. p. 553-61.
17. Merikangas KR, Karayiorgou M. *Genetics of psychiatric disorders: Advances in genetic epidemiology and molecular genetics.* *Psychiatry.* 2015;1:258-75.
18. Ateş İ, Ercan A. Şizofreninin Genetiği. *Klinik Psikiyatri Dergisi.*4(1):53-9.
19. Van Os J, Kenis G, Rutten BP. The environment and schizophrenia. *Nature.* 2010;468(7321):203-12.
20. Ertuğrul A. Şizofreni etiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi.* 2005;1(12):6-14.
21. Abi-Dargham A. Alterations of serotonin transmission in schizophrenia. *International review of neurobiology.* 2007;78:133-64.
22. Javitt DC. Glutamate and schizophrenia: phencyclidine, N-methyl-d-aspartate receptors, and dopamine–glutamate interactions. *International review of neurobiology.* 2007;78:69-108.
23. DeLisi LE. The concept of progressive brain change in schizophrenia: implications for understanding schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin.* 2008;34(2):312-21.
24. Mueller S, Keeser D, Reiser M, Teipel S, Meindl T. Functional and structural MR imaging in neuropsychiatric disorders, part 2: application in schizophrenia and autism. *American journal of neuroradiology.* 2012;33(11):2033-7.
25. Abou-Saleh MT. Neuroimaging in psychiatry: an update. *Journal of Psychosomatic Research.* 2006;61(3):289-93.
26. Powchik P, Davidson M, Haroutunian V, Gabriel SM, Purohit DP, Perl DP, et al. Postmortem studies in schizophrenia. *Schizophrenia bulletin.* 1998;24(3):325-41.
27. Esen-Danacı A, Böke Ö, Saka MC, Erol A, Ulusoy-Kaymak S. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Çalışma Birimleri Dizisi 22; 2018. 297-303 p.
28. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock’s Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry. 11th. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2015. p. 301-19.
29. Tandon R, Nasrallah HA, Keshavan MS. Schizophrenia, “just the facts” 4. Clinical features and conceptualization. *Schizophrenia research.* 2009;110(1-3):1-23.

30. Schaefer J, Giangrande E, Weinberger DR, Dickinson D. The global cognitive impairment in schizophrenia: consistent over decades and around the world. *Schizophrenia research*. 2013;150(1):42-50.
31. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014.
32. Erol A. Şizofrenide klinik özellikler. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi*. 2005;1(12):35-43.
33. Emsley R, Chiliza B, Asmal L. The evidence for illness progression after relapse in schizophrenia. *Schizophrenia research*. 2013;148(1-3):117-21.
34. Taylor M, Chaudhry I, Cross M, McDonald E, Miller P, Pilowsky L, et al. Towards consensus in the long-term management of relapse prevention in schizophrenia. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*. 2005;20(3):175-81.
35. Andreasen NC, Liu D, Ziebell S, Vora A, Ho B-C. Relapse duration, treatment intensity, and brain tissue loss in schizophrenia: a prospective longitudinal MRI study. *American Journal of Psychiatry*. 2013;170(6):609-15.
36. Birchwood M, Todd P, Jackson C. Early intervention in psychosis: the critical period hypothesis. *The British journal of psychiatry*. 1998;172(S33):53-9.
37. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2017. 3931- 50 p.
38. Yüksel N. Psikofarmakoloji. Ankara: Ada Basın Yayın; 2015. 70-86 p.
39. Jackson HJ, McGorry PD. The EPPIC follow-up study of first-episode psychosis: longer-term clinical and functional outcome 7 years after index admission. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2010;71(6):716-28.
40. NICE Psychosis and Schizophrenia in Adults: Treatment and Management: Updated Edition 2014. London. National Institute for Health and Care Excellence (UK).
41. Leucht S, Cipriani A, Spineli L, Mavridis D, Örey D, Richter F, et al. Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: a multiple-treatments meta-analysis. *The Lancet*. 2013;382(9896):951-62.
42. Taylor D. The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry, 12. ed: Wiley Blackwell; 2017. 15-84 p.
43. Barnes TR, Drake R, Paton C, Cooper SJ, Deakin B, Ferrier IN, et al. Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia: Updated recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*. 2020;34(1):3-78.

44. Emsley R, Chiliza B, Asmal L, Harvey BH. The nature of relapse in schizophrenia. *BMC psychiatry*. 2013;13(1):1-8.
45. Leucht S, Tardy M, Komossa K, Heres S, Kissling W, Salanti G, et al. Antipsychotic drugs versus placebo for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. 2012;379(9831):2063-71.
46. Zipursky RB, Menezes NM, Streiner DL. Risk of symptom recurrence with medication discontinuation in first-episode psychosis: a systematic review. *Schizophrenia Research*. 2014;152(2-3):408-14.
47. Üçok A. Şizofreninin Erken Döneminde Klinik Özellik-ler ve Tedavi İlkeleri. *Klinik Psikiyatri*. 2008;11(Ek 1):3-8.
48. Drake RJ, Haley CJ, Akhtar S, Lewis SW. Causes and consequences of duration of untreated psychosis in schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*. 2000;177(6):511-5.
49. Marshall M, Lewis S, Lockwood A, Drake R, Jones P, Croudace T. Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: a systematic review. *Archives of general psychiatry*. 2005;62(9):975-83.
50. Perkins DO, Gu H, Boteva K, Lieberman JA. Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis. *American journal of psychiatry*. 2005;162(10):1785-804.
51. Boonstra N, Klaassen R, Sytema S, Marshall M, De Haan L, Wunderink L, et al. Duration of untreated psychosis and negative symptoms—a systematic review and meta-analysis of individual patient data. *Schizophrenia research*. 2012;142(1-3):12-9.
52. Penttilä M, Jääskeläinen E, Hirvonen N, Isohanni M, Miettunen J. Duration of untreated psychosis as predictor of long-term outcome in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*. 2014;205(2):88-94.
53. Crumlish N, Whitty P, Clarke M, Browne S, Kamali M, Gervin M, et al. Beyond the critical period: longitudinal study of 8-year outcome in first-episode non-affective psychosis. *The British Journal of Psychiatry*. 2009;194(1):18-24.
54. Bottlender R, Sato T, Jäger M, Wegener U, Wittmann J, Strauß A, et al. The impact of the duration of untreated psychosis prior to first psychiatric admission on the 15-year outcome in schizophrenia. *Schizophrenia research*. 2003;62(1-2):37-44.
55. Bartkó G, Herczeg I, Zador G. Clinical symptomatology and drug compliance in schizophrenic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1988;77(1):74-6.
56. Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M, Scott J, Carpenter D, Ross R, et al. The expert consensus guideline series: adherence problems in patients with serious and persistent mental illness. *J Clin Psychiatry*. 2009;70 Suppl 4:1-46; quiz 7-8.

57. Lacro JP, Dunn LB, Dolder CR, Leckband SG, Jeste DV. Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. *The Journal of clinical psychiatry*. 2002.
58. Valenstein M, Blow FC, Copeland LA, McCarthy JF, Zeber JE, Gillon L, et al. Poor antipsychotic adherence among patients with schizophrenia: medication and patient factors. *Schizophrenia bulletin*. 2004;30(2):255-64.
59. Valenstein M, Ganoczy D, McCarthy JF, Kim HM, Lee TA, Blow FC. Antipsychotic adherence over time among patients receiving treatment for schizophrenia: a retrospective review. *The Journal of clinical psychiatry*. 2006.
60. Kahn RS, Fleischhacker WW, Boter H, Davidson M, Vergouwe Y, Keet IP, et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder: an open randomised clinical trial. *The Lancet*. 2008;371(9618):1085-97.
61. Robinson D, Woerner MG, Alvir JM, Bilder R, Goldman R, Geisler S, et al. Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56(3):241-7.
62. Caseiro O, Pérez-Iglesias R, Mata I, Martínez-García O, Pelayo-Terán JM, Tabares-Seisdedos R, et al. Predicting relapse after a first episode of non-affective psychosis: a three-year follow-up study. *J Psychiatr Res*. 2012;46(8):1099-105.
63. Haddad PM, Brain C, Scott J. Nonadherence with antipsychotic medication in schizophrenia: challenges and management strategies. *Patient Relat Outcome Meas*. 2014;5:43-62.
64. Byerly MJ, Nakonezny PA, Lescouflair E. Antipsychotic medication adherence in schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America*. 2007;30(3):437-52.
65. Higashi K, Medic G, Littlewood KJ, Diez T, Granström O, De Hert M. Medication adherence in schizophrenia: factors influencing adherence and consequences of nonadherence, a systematic literature review. *Therapeutic advances in psychopharmacology*. 2013;3(4):200-18.
66. Leucht S, Heres S. Epidemiology, clinical consequences, and psychosocial treatment of nonadherence in schizophrenia. *The Journal of clinical psychiatry*. 2006;67:3-8.
67. Ascher-Svanum H, Faries DE, Zhu B, Ernst FR, Swartz MS, Swanson JW. Medication adherence and long-term functional outcomes in the treatment of schizophrenia in usual care. *The Journal of clinical psychiatry*. 2006.
68. Knapp M, King D, Pugner K, Lapuerta P. Non-adherence to antipsychotic medication regimens: associations with resource use and costs. *The British Journal of Psychiatry*. 2004;184(6):509-16.
69. Kane JM, Kishimoto T, Correll CU. Non-adherence to medication in patients with psychotic disorders: epidemiology, contributing factors and management strategies. *World psychiatry*. 2013;12(3):216-26.

70. Agid O, Foussias G, Remington G. Long-acting injectable antipsychotics in the treatment of schizophrenia: their role in relapse prevention. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*. 2010;11(14):2301-17.
71. Barnes TR, Shingleton-Smith A, Paton C. Antipsychotic long-acting injections: prescribing practice in the UK. *The British Journal of Psychiatry*. 2009;195(S52):s37-s42.
72. Park EJ, Amatya S, Kim MS, Park JH, Seol E, Lee H, et al. Long-acting injectable formulations of antipsychotic drugs for the treatment of schizophrenia. *Archives of pharmacal research*. 2013;36(6):651-9.
73. Feetam C. & White J. Eds. *Guidance on the Administration to Adults of Oil-based Depot and other Long-Acting Intramuscular Antipsychotic Injections 5th Edition*, 2016.
74. Leucht C, Heres S, Kane JM, Kissling W, Davis JM, Leucht S. Oral versus depot antipsychotic drugs for schizophrenia critical systematic review and meta-analysis of randomised long-term trials. *Schizophrenia research*. 2011;127(1-3):83-92.
75. Tiihonen J, Mittendorfer-Rutz E, Majak M, Mehtälä J, Hoti F, Jendinius E, et al. Real-world effectiveness of antipsychotic treatments in a nationwide cohort of 29 823 patients with schizophrenia. *JAMA psychiatry*. 2017;74(7):686-93.
76. Ho B-C, Andreasen NC, Ziebell S, Pierson R, Magnotta V. Long-term antipsychotic treatment and brain volumes: a longitudinal study of first-episode schizophrenia. *Archives of general psychiatry*. 2011;68(2):128-37.
77. Bartzokis G, Lu PH, Raven EP, Amar CP, Detore NR, Couvrette AJ, et al. Impact on intracortical myelination trajectory of long acting injection versus oral risperidone in first-episode schizophrenia. *Schizophrenia research*. 2012;140(1-3):122-8.
78. Taipale H, Mittendorfer-Rutz E, Alexanderson K, Majak M, Mehtälä J, Hoti F, et al. Antipsychotics and mortality in a nationwide cohort of 29,823 patients with schizophrenia. *Schizophrenia research*. 2018;197:274-80.
79. Marcus SC, Zummo J, Pettit AR, Stoddard J, Doshi JA. Antipsychotic adherence and rehospitalization in schizophrenia patients receiving oral versus long-acting injectable antipsychotics following hospital discharge. *Journal of managed care & specialty pharmacy*. 2015;21(9):754-69.
80. De Risio A, Lang AP. History and therapeutic rationale of long acting antipsychotics. *Curr Clin Pharmacol*. 2014;9(1):39-52.
81. Jaeger M, Rossler W. Attitudes towards long-acting depot antipsychotics: a survey of patients, relatives and psychiatrists. *Psychiatry Research*. 2010;175(1-2):58-62.
82. American Psychiatric Association; *Practice Guideline For The Treatment of Patients With Schizophrenia*.

83. Llorca PM, Abbar M, Courtet P, Guillaume S, Lancrenon S, Samalin L. Guidelines for the use and management of long-acting injectable antipsychotics in serious mental illness. *BMC Psychiatry*. 2013;13:340.
84. Remington G, Addington D, Honer W, Ismail Z, Raedler T, Teehan M. Guidelines for the Pharmacotherapy of Schizophrenia in Adults. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2017;62(9):604-16.
85. Barnes TRE, Drake R, Paton C, Cooper SJ, Deakin B, Ferrier IN, et al. Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia: Updated recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*. 2019;34(1):3-78.
86. Lieberman JA, Perkins D, Belger A, Chakos M, Jarskog F, Boteva K, et al. The early stages of schizophrenia: speculations on pathogenesis, pathophysiology, and therapeutic approaches. *Biological psychiatry*. 2001;50(11):884-97.
87. Takeuchi H, Siu C, Remington G, Fervaha G, Zipursky RB, Foussias G, et al. Does relapse contribute to treatment resistance? Antipsychotic response in first- vs. second-episode schizophrenia. *Neuropsychopharmacology*. 2019;44(6):1036-42.
88. Karson C, Duffy RA, Eramo A, Nylander AG, Offord SJ. Long-term outcomes of antipsychotic treatment in patients with first-episode schizophrenia: a systematic review. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2016;12:57-67.
89. Kane JM, Garcia-Ribera C. Clinical guideline recommendations for antipsychotic long-acting injections. *The British Journal of Psychiatry*. 2009;195(S52):s63-s7.
90. Coldham EL, Addington J, Addington D. Medication adherence of individuals with a first episode of psychosis. *Acta Psychiatr Scand*. 2002;106(4):286-90.
91. Emsley R, Chiliza B, Asmal L, Mashile M, Fusar-Poli P. Long-acting injectable antipsychotics in early psychosis: a literature review. *Early intervention in psychiatry*. 2013;7(3):247-54.
92. Tiihonen J, Haukka J, Taylor M, Haddad PM, Patel MX, Korhonen P. A nationwide cohort study of oral and depot antipsychotics after first hospitalization for schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. 2011;168(6):603-9.
93. Kim B, Lee S-H, Choi TK, Suh S, Kim YW, Lee E, et al. Effectiveness of risperidone long-acting injection in first-episode schizophrenia: in naturalistic setting. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2008;32(5):1231-5.
94. Subotnik KL, Casaus LR, Ventura J, Luo JS, Helleman GS, Gretchen-Doorly D, et al. Long-acting injectable risperidone for relapse prevention and control of breakthrough symptoms after a recent first episode of schizophrenia: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*. 2015;72(8):822-9.

95. Malla A, Chue P, Jordan G, Stip E, Kocerginski D, Milliken H, et al. An exploratory, open-label, randomized trial comparing risperidone long-acting injectable with oral antipsychotic medication in the treatment of early psychosis. *Clinical schizophrenia & related psychoses*. 2016;9(4):198-208.
96. Schreiner A, Aadamsoo K, Altamura AC, Franco M, Gorwood P, Neznanov NG, et al. Paliperidone palmitate versus oral antipsychotics in recently diagnosed schizophrenia. *Schizophrenia research*. 2015;169(1-3):393-9.
97. Medrano S, Abdel-Baki A, Stip E, Potvin S. Three-year naturalistic study on early use of long-acting injectable antipsychotics in first episode psychosis. *Psychopharmacology Bulletin*. 2018;48(4):25.
98. Salgueiro M, Segarra R. Long-acting injectable second-generation antipsychotics in first-episode psychosis: a narrative review. *International clinical psychopharmacology*. 2019;34(2):51-6.
99. Taylor M, Ng KYB. Should long-acting (depot) antipsychotics be used in early schizophrenia? A systematic review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2013;47(7):624-30.
100. Titus-Lay EN, Ansara ED, Isaacs AN, Ott CA. Evaluation of adherence and persistence with oral versus long-acting injectable antipsychotics in patients with early psychosis. *Mental Health Clinician*. 2018;8(2):56-62.
101. Sevinçok L. Şizofrenide psikososyal tedaviler. *Şizofreni dizisi*. 2000;1:72-80.
102. Awad AG, Voruganti LN. The burden of schizophrenia on caregivers. *Pharmacoeconomics*. 2008;26(2):149-62.
103. Bademli K, Duman ZÇ. Şizofreni hastalarının bakım verenleri. *Psikiyatride güncel yaklaşımlar*. 2013;5(4):461-78.
104. Platt S. Measuring the burden of psychiatric illness on the family: an evaluation of some rating scales. *Psychological medicine*. 1985;15(2):383-93.
105. Winefield HR, Harvey EJ. Needs of family caregivers in chronic schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*. 1994;20(3):557-66.
106. Magliano L, Marasco C, Fiorillo A, Malangone C, Guarneri M, Maj M. The impact of professional and social network support on the burden of families of patients with schizophrenia in Italy. *Acta Psychiatr Scand*. 2002;106(4):291-8.
107. Chien WT, Chan SW, Morrissey J. The perceived burden among Chinese family caregivers of people with schizophrenia. *J Clin Nurs*. 2007;16(6):1151-61.
108. García JIR, Chang CL, Young JS, López SR, Jenkins JH. Family support predicts psychiatric medication usage among Mexican American individuals with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2006;41(8):624-31.

109. Lobban F, Postlethwaite A, Glentworth D, Pinfold V, Wainwright L, Dunn G, et al. A systematic review of randomised controlled trials of interventions reporting outcomes for relatives of people with psychosis. *Clinical psychology review*. 2013;33(3):372-82.
110. Arslantaş H, Adana F. Şizofreninin Bakım Verenlere Yüku. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2011;3(2):251-77.
111. Caqueo-Urizar A, Gutiérrez-Maldonado J, Miranda-Castillo C. Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia: a literature review. *Health and quality of life outcomes*. 2009;7:84.
112. Chan SW-c. Global perspective of burden of family caregivers for persons with schizophrenia. *Archives of psychiatric nursing*. 2011;25(5):339-49.
113. Kadri N, Manoudi F, Berrada S, Moussaoui D. Kadri N, Manoudi F, Berrada S, Moussaoui D. Stigma impact on Moroccan families of patients with schizophrenia. *Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie*. 2004;49:625-9.
114. Madianos M, Economou M, Dafni O, Koukia E, Palli A, Rogakou E. Family disruption, economic hardship and psychological distress in schizophrenia: can they be measured? *Eur Psychiatry*. 2004;19(7):408-14.
115. Saunders JC. Families living with severe mental illness: A literature review. *Issues in mental health nursing*. 2003;24(2):175-98.
116. Magaña SM, Ramirez Garcia JI, Hernández MG, Cortez R. Psychological distress among Latino family caregivers of adults with schizophrenia: The roles of burden and stigma. *Psychiatric services*. 2007;58(3):378-84.
117. MacNeil G, Kosberg JI, Durkin DW, Dooley WK, DeCoster J, Williamson GM. Caregiver mental health and potentially harmful caregiving behavior: The central role of caregiver anger. *The Gerontologist*. 2010;50(1):76-86.
118. Aydın A, Eker S, Can Ş, Sarandöl A, Kırılı S. Şizofreni hastalarında bakım veren külfet düzeyinin, sosyodemografik değişkenler ve hastalığın özellikleri ile ilişkisi. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*. 2009;46.
119. İnan FŞ, Duman ZÇ. Şizofreni hastasına bakım verenlerin ruh sağlığını etkileyen faktörler: sosyodemografik değişkenler ve stresle başa çıkma tarzları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2013;16(4):205-11.
120. Yener F, Yargıcı N, Kirli S, Solakoğlu G, Soydan M, Ataç C. Şizofrenlerin aile bireylerinde görülen ruhsal bozuklukların ve belirtilerin incelenmesi. *Düşünen Adam*. 1991;4(3):21-3.
121. González-Blanch C, Martín-Muñoz V, Pardo-García G, Martínez-García O, Alvarez-Jiménez M, Rodríguez-Sánchez JM, et al. Effects of family psychoeducation on expressed emotion and burden of care in first-episode psychosis: a prospective observational study. *Span J Psychol*. 2010;13(1):389-95.

122. Heikkilä J, Karlsson H, Taiminen T, Lauerma H, Ilonen T, Leinonen KM, et al. Expressed emotion is not associated with disorder severity in first-episode mental disorder. *Psychiatry Res.* 2002;111(2-3):155-65.
123. Levene JE, Lancee WJ, Seeman MV. The perceived family burden scale: measurement and validation. *Schizophr Res.* 1996;22(2):151-7.
124. Wolthaus Jed, Dingemans Pmaj, Schene Ah, Linszen Dh, Wiersma D, Van Den Bosch Rj, Et Al. Caregiver burden in recent-onset schizophrenia and spectrum disorders: The influence of symptoms and personality traits. *The Journal of Nervous and Mental Disease.* 2002;190(4):241-7.
125. Magliano L, Fiorillo A, Malangone C, Aletti A, Belotti G, Bevilacqua P, et al. Family burden in schizophrenia: effects of socio-environmental and clinical variables and family intervention. *Epidemiology and Psychiatric Sciences.* 1998;7(3):178-87.
126. Dyck DG, Short R, Vitaliano PP. Predictors of burden and infectious illness in schizophrenia caregivers. *Psychosomatic medicine.* 1999;61(4):411-9.
127. Bloch S, Hafner J, Harari E, Szmukler GI, Brodaty H, Kissane D. The family in clinical psychiatry. New York, NY, US: Oxford University Press; 1994. xiv, 296-xiv, p.
128. Lowyck B, De Hert M, Peeters E, Wampers M, Gilis P, Peuskens J. A study of the family burden of 150 family members of schizophrenic patients. *European Psychiatry.* 2004;19(7):395-401.
129. Gülseren L, Çam B, Karakoç B, Yiğit T, Danacı A, Çubukçuoğlu Z, et al. Şizofrenide ailenin yükünü etkileyen etmenler. *Türk Psikiyatri Derg.* 2010;21:203-12.
130. Caqueo-Urizar A, Gutiérrez-Maldonado J. Burden of care in families of patients with schizophrenia. *Quality of Life Research.* 2006;15(4):719-24.
131. Arslantaş H, Adana F. Şizofreninin bakım verenlere yükü [The burden of schizophrenia on caregivers]. *Current Approaches in Psychiatry.* 2011;3:251-77.
132. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia bulletin.* 1987;13(2):261.
133. Kostakoğlu A, Batur S, Tiryaki A, Göğüş A. Pozitif ve negatif sendrom ölçeğinin (PANSS) Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi.* 1999;14(44):23-32.
134. Amerikan Psikiyatri Birliği. *Mental bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı, Tam Metin (DSM-IV), 4.basım.* Köroğlu E, çev. ed. Ankara:Hekimler Yayın Birliği. 1996.
135. Morosini PL, Magliano L, Brambilla L, Ugolini S, Pioli R. Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. *Acta Psychiatr Scand.* 2000;101(4):323-9.

136. Aydemir Ö, Üçok A, Esen-Danaci A, Canpolat T, Karadayı G, Emiroğlu B, et al. Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği'nin Türkçe Sürümünün Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Klinik Psikofarmakoloji Bulteni. 2009;19(2).
137. First MB, Williams JB, Karg RS, Spitzer RL. User's guide for the SCID-5-CV Structured Clinical Interview for DSM-5® disorders: Clinical version: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2016.
138. Bayad S, Elbir M, Topbaş Ö, Kocabaş T, Topak O, Çetin Ş, et al. DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin (SCID-5) Türkçeye Uyarlanması ve Güvenilirliği 2018.
139. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. The gerontologist. 1980;20(6):649-55.
140. Özlü A, Yıldız M, Aker T. Zarit Bakıcı Yük Ölçeğinin Şizofreni Hasta Yakınlarında Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi. 2009;46.
141. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. Soc Sci Med. 1998;46(12):1569-85.
142. Eser E, Fidaner H, Fidaner C, Eser SY, Elbi H, Göker E. WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF'in psikometrik özellikleri. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi. 1999;7(Suppl 2):23-40.
143. Hamilton M. A rating scale for depression. Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry. 1960;23(1):56.
144. Akdemir A, Örsel, S., Dağ, İ., Türkçapar, H., İşcan, N., & Özbay, H. (1996). Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi, 4(4), 251-259.
145. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. Br J Med Psychol. 1959;32(1):50-5.
146. Yazici MK, Demir, B., Tanriverdi, N., Karaagaoglu, E., & Yolac, P. (1998). Hamilton Anksiyete Degerlendirme Olcegi, degerlendiriciler arasi guvenirlik ve gecerlik calismasi. Turk Psikiyatri Derg, 9(2), 114-117.
147. Roick C, Heider D, Bebbington PE, Angermeyer MC, Azorin JM, Brugha TS, et al. Burden on caregivers of people with schizophrenia: comparison between Germany and Britain. Br J Psychiatry. 2007;190:333-8.
148. Lasebikan VO, Ayinde OO. Effects of Psychopathology, Functioning and Anti-psychotic Medication Adherence on Caregivers' Burden in Schizophrenia. Indian J Psychol Med. 2013;35(2):135-40.
149. Arslantaş H, Adana F. Şizofreni hastalarının bakım vericilerinin yük algısını ve duygu dışavurumunu etkileyen etkenler. Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2012;13(1).

150. Li N, Feng Y, Lu H, Cai SL, Zhuo J, Si T, et al. Factors related to improvement of symptoms, function, and caregiver burden in Chinese patients with schizophrenia after switching to paliperidone palmitate once-monthly from oral antipsychotics. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2018;14:825-37.
151. Gopal S, Xu H, McQuarrie K, Savitz A, Nuamah I, Woodruff K, et al. Caregiver burden in schizophrenia following paliperidone palmitate long acting injectables treatment: pooled analysis of two double-blind randomized phase three studies. *NPJ Schizophr.* 2017;3(1):23.
152. Olivares JM, Peuskens J, Pecenak J, Ressler S, Jacobs A, Akhras KS. Clinical and resource-use outcomes of risperidone long-acting injection in recent and long-term diagnosed schizophrenia patients: results from a multinational electronic registry. *Curr Med Res Opin.* 2009;25(9):2197-206.
153. Dubois V, Peuskens J, Geerts P, Detraux J. Clinical outcomes of long-acting risperidone in recent versus long-term diagnosed Belgian schizophrenic patients: results from electronic Schizophrenia Treatment Adherence Registry (e-STAR) and Trial for the Initiation and Maintenance Of REmission in Schizophrenia with risperidone (TIMORES). *Early Interv Psychiatry.* 2014;8(1):39-49.
154. Brown B, Turkoz I, Mancevski B, Mathews M. Evaluation of paliperidone palmitate long-acting injectable antipsychotic therapy as an early treatment option in patients with schizophrenia. *Early intervention in psychiatry.* 2020;14(4):428-38.
155. Opoku-Boateng YN, Kretchy IA, Aryeetey GC, Dwomoh D, Decker S, Agyemang SA, et al. Economic cost and quality of life of family caregivers of schizophrenic patients attending psychiatric hospitals in Ghana. *BMC Health Serv Res.* 2017;17(Suppl 2):697.
156. Kate N, Grover S, Kulhara P, Nehra R. Relationship of caregiver burden with coping strategies, social support, psychological morbidity, and quality of life in the caregivers of schizophrenia. *Asian J Psychiatr.* 2013;6(5):380-8.
157. Oldridge ML, Hughes IC. Psychological well-being in families with a member suffering from schizophrenia. An investigation into long-standing problems. *Br J Psychiatry.* 1992;161:249-51.
158. Wong D. Stress factors and mental health of carers with relatives suffering from schizophrenia in Hong Kong: implications for culturally sensitive practices. *The British Journal of Social Work.* 2000;30(3):365-82.
159. Magaña SM, Ramírez García JI, Hernández MG, Cortez R. Psychological distress among latino family caregivers of adults with schizophrenia: the roles of burden and stigma. *Psychiatr Serv.* 2007;58(3):378-84.
160. Yazici E, Karabulut Ü, Yıldız M, Baskan Tekeş S, Inan E, Çakir U, et al. Burden on Caregivers of Patients with Schizophrenia and Related Factors. *Noro Psikiyatı Ars.* 2016;53(2):96-101.

161. Hjärthag F, Helldin L, Karilampi U, Norlander T. Illness-related components for the family burden of relatives to patients with psychotic illness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2010;45(2):275-83.
162. Tang VW, Leung SK, Lam LC. Clinical correlates of the caregiving experience for Chinese caregivers of patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2008;43(9):720-6.
163. Jagannathan A, Thirhalli J, Hamza A, Nagendra HR, Gangadhar BN. Predictors of family caregiver burden in schizophrenia: Study from an in-patient tertiary care hospital in India. *Asian J Psychiatr.* 2014;8:94-8.
164. Pazvantoglu O, Sarisoy G, Boke O, Aker AA, Ozturan DD, Unverdi E. The dimensions of caregiver burden in schizophrenia: the role of patient functionality. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences.* 2014;27(1):53.
165. Hancı N, Sarandöl A, Eker S, Akkaya C İki uçlu bozukluk-I ve şizofreni hastalarının bakım verenlerinin yük düzeylerinin karşılaştırılması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 2018; 19(5): 451 - 458.
166. Basaran R, Inanli I, Eren I, Cicek IE, Caliskan AM, Ilhan BC, et al. Caregiver burden and affecting factors for patients with schizophrenia. *Medicine.* 2020;9(4):806-13.
167. Gutiérrez-Maldonado J, Caqueo-Úrizar A. Effectiveness of a psycho-educational intervention for reducing burden in Latin American families of patients with schizophrenia. *Qual Life Res.* 2007;16(5):739-47.
168. Gutiérrez-Maldonado J, Caqueo-Úrizar A, Kavanagh DJ. Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2005;40(11):899-904.

7. EKLER

EK-1: ETİK KURUL ONAYI VE TEZ ONAY FORMU

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Şizofreni Hastalarının Tedavisinde Kullanılan Uzun Etkili İntramuskuler Antipsikotik İlaçların, Hastalığın Erken Veya Geç Döneminde Başlanması Bakımveren Yüküne Etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	SAGLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ DR. ABDURAHMAN YURTARSLAN ONKOLOJİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
	AÇIK ADRESİ:	T.C Sağlık Bakanlığı İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Abdurrahman YURTARSLAN Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Mehmet Akif Ersoy Mahallesi 13. Caddesi No:56 Yenimahalle-06209/ANKARA
	TELEFON	0 312 336 96 81
	FAKS	0 312 336 96 81
	E-POSTA	

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Ersin Hatice KARSLIOĞLU			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Psikiyatri			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji SUAM			
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 4	<input type="checkbox"/>		
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>			
ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	In vitro sbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	<input type="checkbox"/>			
	İlaç dışı klinik araştırma	<input checked="" type="checkbox"/>			
	Diğer ise belirtiniz				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Şizofreni Hastalarının Tedavisinde Kullanılan Uzun Etkili İntramusküler Antipsikotik İlaçların, Hastalığın Erken veya Geç Döneminde Başlanmasıyla Bakımveren Yüküne Etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili			
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama					
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>					
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>					
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>					
	İLAN	<input type="checkbox"/>					
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>					
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>					
	GUVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>					
DİĞER	<input type="checkbox"/>						
KARAR BELGELERİ	Karar No: 2020-04598	Tarih: 29.04.2020					
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırılması/çalışılması gerekçe, araç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına, Ankara İl Sağlık Müdürlüğü'nün 29.04.2020 tarih ve E-1741 sayılı yazısına istinaden Halk Sağlığı Yönetim Sistemi (HSYS) verilerinin kullanımı için Halk Sağlığı Genel Müdürlüğünden izin alındıktan sonra çalışmanın başlatılmasına toplantıyla katılan etik kurul üyelerinin oybirliği ile karar verildiği; ilaç ve biyolojik ürünlerin klinik araştırmaları hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerektiğindedir.						

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu						
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Doç. Dr. Lütfi DOĞAN						
Unvan/Adı/Soyadı	Unvanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlgili	Katılım *	İmza
Doç. Dr. Lütfi DOĞAN	Genel Cerrahi	SBU Ankara Onkoloji SUAM	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Mustafa ARSLAN	Fizyoloji/Anestezi	Gazi Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. F. Nur Baran AKSAKAL	Halk Sağlığı	Gazi Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Tolga Reşat AYDOS	Farmakoloji	Bağkent Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Meriç KIZIL ÇAKAR	Hematoloji	SBU Ankara Onkoloji SUAM	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Nazan Çiletaş GÖKBAYRAK	Radyoloji	SBU Ankara Onkoloji SUAM	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Ebru ATASEVER AKKAŞ	Radyoterapi	SBU Ankara Onkoloji SUAM	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Endem ÖZTÜRK	Üroloji	SBU Ankara Onkoloji SUAM	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Op. Dr. Hakan BELEK	Genel Cerrahi	SBU Ankara Onkoloji SUAM	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Özlem ŞEN	Anestezi	SBU Ankara Onkoloji SUAM	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Bahar Ucuç ULU	Hematoloji	SBU Ankara Onkoloji SUAM	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ayşe Ocak DURAN	Tabii Onkoloji	SBU Ankara Onkoloji SUAM	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Recep ÖZTÜRK	Ortopedi	SBU Ankara Onkoloji SUAM	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Av. Arzu BATUR	Avukat	Ankara İl Sağlık Mü.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Fiz. Müh. Dinçer YEĞEN	Mühendis	SBU Ankara Onkoloji SUAM	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	

* Toplantıda Bulunan

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Lütfi DOĞAN

(İmza yer alınmadığı her sayfaya imza atmalıdır.)



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Gülhane Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı : E-86241737-100-5314
Konu : Tez İnceleme ve Değerlendirme Komisyonu
Komisyon Kararları

DAĞITIM YERLERİNE

Gülhane Tıp Fakültesi Tez İnceleme ve Değerlendirme Komisyonu 23 Ocak 2021 tarihinde saat 14:30'da Dekan Yardımcısı Prof. Dr. Sedat YILMAZ başkanlığında üyelerin uzaktan dijital ortamda online olarak katılımı ile toplanmıştır. Toplantıda Dekanlığımızla afiliye olan SUAM'larda Uzmanlık Eğitimi gören 73 Uzmanlık öğrencisine ait tez incelenerek değerlendirilmiş olup tezlerle ilgili ekteki kararların alınmasına oy birliği ile karar verilmiştir. Gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Mehmet Ali GÜLÇELİK
Dekan

Ek Komisyon Kararları

Dağıtım:
Ankara Şehir Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi
Müdürlüğüne
Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Sağlık Uygulama ve
Araştırma Merkezi Müdürlüğüne
Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Sağlık
Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğüne
Ankara Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi
Müdürlüğüne
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanlığına
Ankara Keçiören Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi
Müdürlüğüne
Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanlığına
Ankara Dr. Sami Ulus Kadın Doğum Çocuk Sağlığı ve
Hastalıkları Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi
Müdürlüğüne
Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı Başkanlığına
Nöroloji Anabilim Dalı Başkanlığına
Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı Başkanlığına
Acil Tıp Anabilim Dalı Başkanlığına
İç Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığına
Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanlığına
Deri Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığına

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Değerlendirme Kodu: *BENF4ARF4* Pin Kodu: R0102

Belge Takip Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/ibu-ebys>

Adres: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Yerleşkesi Emniyet Mah. 06118
Etilik/Keçiören/ANKARA
Telefon: 0 312 304 61 73 Faks: 0 312 304 61 90
Web: <http://ibu.edu.tr>
Kep Adresi: ibu@sbu01.kep.tr



Bilgi için: Emre ERER
Unvan: Eğitim Uzmanı
Tel No: 3123044670



Bu belge güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

69	Dr.Dilara ÇIRAKMAN	Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğü	Şizofreni hastalarının tedavisinde kullanılan uzun etkili intramuskuler antipsikotik ilaçların, hastalığın erken veya geç döneminde başlanmasının bakım veren yüküne etkisi	Kabul Edildi
----	-----------------------	---	---	--------------

EK-2: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU-HASTA

	FORMLAR		
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU		
DOKÜMAN NO: EY.FR.050	YAYIN TARİHİ: 30.01.2019	REV. TAR./REV. NO: 00/00	Sayfa 1 / 3

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Araştırma Adı: Şizofreni Hastalarının Tedavisinde Kullanılan Uzun Etkili İntramuskuler Antipsikotik İlaçların, Hastalığın Erken veya Geç Döneminde Başlanmasıın Bakım Veren Yüküne Etkisi

Araştırmanın Kolay Anlaşılır Adı: Şizofreni Hastalarının Tedavisinde Kullanılan Uzun Etkili İntramuskuler Antipsikotik İlaçların, Hastalığın Erken veya Geç Döneminde Başlanmasıın Bakım Veren Yüküne Etkisi

Sorumlu Araştırmacı: Doç. Dr. Ersin Hatice Karşhoğlu



‘Şizofreni Hastalarının Tedavisinde Kullanılan Uzun Etkili İntramuskuler Antipsikotik İlaçların, Hastalığın Erken veya Geç Döneminde Başlanmasıın Bakım Veren Yüküne Etkisi’ isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırmanın neden ve nasıl yapıldığını, sizinle ilgili bilgilerin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neler içerdiğini, olası yararlarını, risklerini bilmeniz önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırın ve bu bilgileri ailemize ve/veya doktorunuza tartışın. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra, eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamamız istenecektir.

Bu çalışmada Şizofreni hastalarının tedavisinde kullanılan uzun etkili intramuskuler antipsikotik ilaçların hastalığın erken veya geç döneminde başlanmış olmasının bakım veren yüküne etkisi araştırılacaktır. Uzun etkili intramuskuler antipsikotiklerin hastalığın erken döneminde başlanmasıın hastalığın seyri üzerine olumlu etkileri olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmanın amacı, uzun etkili intramuskuler antipsikotik tedavinin hastalığın erken döneminde (<5yıl) başladığı hastalarla, geç döneminde (>5yıl) başladığı hastaların bakım veren yüklerini karşılaştırarak, uzun etkili intramuskuler antipsikotik ilaçların erken dönemde başlanmasıın bakım veren yüküne etkisini araştırmaktır. Ayrıca bakım veren yükünü etkileyen, hastaların klinik özellikleri ve sosyodemografik özelliklerine bakılacak, tüm bunların bakım verenlerin yaşam kaliteleri, depresyon ve anksiyete düzeylerine etkisi araştırılacaktır.

Uygulanacak testler: Hastalık belirti şiddeti için Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS), işlevselliğin değerlendirilmesi için Global Değerlendirme Ölçeği (GAS), Kişisel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP).

Çalışmaya katılım tamamıyla gönüllüdür. Gönüllüğün araştırmaya katılımı isteğe bağlıdır ve istediği zaman, herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hak kaybetmeksizin araştırmaya katılmayı reddedebilir veya araştırmadan çekilebilir. Çalışmaya 60 gönüllü alınacaktır.

Çalışmaya alındıktan sonra size verilen basılı formlardaki ölçeklerde yer alan soruları okuyarak, bu formlar üzerinde sizin için en uygun gelen seçenekleri işaretlemek suretiyle çalışmaya katılmış olacaksınız.

	FORMLAR		
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU		
DOKÜMAN NO: EY.FR.050	YAYIN TARİHİ: 30.01.2019	REV. TAR./REV. NO: 0000	Sayfa 2 / 3

Eğer soruları yanıtlamak istemiyorsanız şu anda formu bırakabileceğiniz gibi, sonraki bir zaman diliminde de istediğiniz takdirde çalışmaya katılmaktan vazgeçebilirsiniz. Ancak size verilen formları eksiksiz doldurmanız, bu araştırmadan sağlıklı sonuç alınabilmesi açısından önemlidir.

Çalışma için uygulanan ölçeklerin 20 dakika kadar süreceği tahmin edilmektedir.
Çalışmaya katılmanız size ya da sosyal güvenlik kurumuna herhangi bir ek mali yükü yoktur.
Çalışma süresince size herhangi bir deneysel ilaç ya da tedavi şekli uygulanmayacaktır.
Çalışma anket çalışmasıdır.
Çalışmaya katılmamız ya da katılmayı reddetmeniz, sizin için veya hastanının tedavisi için bir farklılık ortaya çıkarmamaktadır.

Planlanan çalışmada, izleyiciler, yoklama yapan kişiler, etik kurul, kurum ve diğer ilgili sağlık otoriteleri orijinal tıbbi kayıtlarımıza doğrudan erişim sağlayabilmekte birlikte, bu bilgiler gizli tutulacaktır. Bu formu imzalayarak siz veya kanuni temsilciniz söz konusu erişime izin vermiş olmaktadır.

Araştırma sırasında elde edilecek tüm bilgiler sizinle paylaşılacaktır.

Sizden maddi karşılık talep edilmeyecek ya da para, sigorta tazminat ödenmeyecektir.

Her türlü soru ve sorunlarımızla ilgili olarak Asist. Dr. Dilara Çırakman'ın [numaralı telefon] numaralı telefon aracılığıyla ulaşabilirsiniz.

ONAM FORMU

Ben **bilgilendirilmiş gönüllü onam** formundaki tüm açıklamaları okudum ve anladım. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli ve gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum. Bu formun bir kopyasını da kendim için aldım.

Gönüllünün Adı – Soyadı

Oluru Alan Araştırmacının Adı – Soyadı

İmza

İmza

Tarih

Tarih

EK-3: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU-BAKIM VEREN

	FORMLAR		
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU		
DOKÜMAN NO: EY.FR.030	YAYIN TARİHİ: 30.01.2019	REV. TAR./REV. NO: 0000	Sayfa 1 / 3

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Araştırma Adı: Şizofreni Hastalarının Tedavisinde Kullanılan Uzun Etkili İntramuskuler Antipsikotik İlaçların, Hastalığın Erken veya Geç Döneminde Başlanması ve Bakım Veren Yüküne Etkisi

Araştırmanın Kolay Anlaşılır Adı: Şizofreni Hastalarının Tedavisinde Kullanılan Uzun Etkili İntramuskuler Antipsikotik İlaçların, Hastalığın Erken veya Geç Döneminde Başlanması ve Bakım Veren Yüküne Etkisi

Sorumlu Araştırmacı: Doç. Dr. Ersin Hatice Karşlıoğlu



‘Şizofreni Hastalarının Tedavisinde Kullanılan Uzun Etkili İntramuskuler Antipsikotik İlaçların, Hastalığın Erken veya Geç Döneminde Başlanması ve Bakım Veren Yüküne Etkisi’ isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırmanın neden ve nasıl yapıldığını, sizinle ilgili bilgilerin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neler içerdiğini, olası yararlarını, risklerini bilmeniz önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırın ve bu bilgileri ailenizle ve/veya doktorunuzla tartışın. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra, eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamamız istenecektir.

Bu çalışmada şizofreni hastalarının tedavisinde kullanılan uzun etkili intramuskuler antipsikotik ilaçların hastalığın erken veya geç döneminde başlanmış olmasının bakım veren yüküne etkisi araştırılacaktır. Uzun etkili intramuskuler antipsikotiklerin hastalığın erken döneminde başlanması hastalığın seyri üzerine olumlu etkileri olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmanın amacı, uzun etkili intramuskuler antipsikotik tedavinin hastalığın erken döneminde (<5 yıl) başladığı hastalarla, geç döneminde (>5 yıl) başladığı hastaların bakım veren yüklerini karşılaştırarak, uzun etkili intramuskuler antipsikotik ilaçların erken dönemde başlanması ve bakım veren yüküne etkisini araştırmaktır. Ayrıca bakım veren yükünü etkileyen, hastaların klinik özellikleri ve sosyodemografik özelliklerine bakılacak, tüm bunların bakım verenlerin yaşam kaliteleri, depresyon ve anksiyete düzeylerine etkisi araştırılacaktır.

Uygulanacak testler: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği- kısa formu Türkçe versiyonu (WHOQOL-BREF TR), SCID-5-CV, Zarit Bakım Verme yükü Ölçeği, Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HAM-D), Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A) uygulanacaktır.

Çalışmaya katılım tamamıyla gönüllüdür. Gönüllünün araştırmaya katılımı isteğe bağlıdır ve istediği zaman, herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hak kaybetmeksizin araştırmaya katılmayı reddedebilir veya araştırmadan çekilebilir. Çalışmaya 60 gönüllü alınacaktır.

Çalışmaya alındıktan sonra size verilen basılı formlardaki ölçeklerde yer alan soruları okuyarak, bu formlar üzerinde sizin için en uygun gelen seçenekleri işaretlemek suretiyle çalışmaya katılmaya olacaksınız.

	FORMLAR		
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU		
DOKÜMAN NO: EY.FR.050	YAYIN TARİHİ: 30.01.2019	REV. TAR./REV. NO: 0000	Sayfa 2 / 3

Eğer soruları yanıtlamak istemiyorsanız şu anda formu bırakabileceğiniz gibi, sonraki bir zaman diliminde de istediğiniz takdirde çalışmaya katılmaktan vazgeçebilirsiniz. Ancak size verilen formları eksiksiz doldurmanız, bu araştırmadan sağlıklı sonuç alınabilmesi açısından önemlidir.

Çalışma için uygulanan ölçeklerin 20 dakika kadar süreceği tahmin edilmektedir.
Çalışmaya katılmanız size ya da sosyal güvenlik kurumuna herhangi bir ek mali yükü yoktur.
Çalışma süresince size herhangi bir deneysel ilaç ya da tedavi şekli uygulanmayacaktır.
Çalışma anket çalışmasıdır.
Çalışmaya katılmamız ya da katılmayı reddetmeniz, sizin için veya hastanın tedavisi için bir farklılık ortaya çıkarmamaktadır.

Planlanan çalışmada, izleyiciler, yoklama yapan kişiler, etik kurul, kurum ve diğer ilgili sağlık otoriteleri orijinal tıbbi kayıtlarımıza doğrudan erişim sağlayabilmekle birlikte, bu bilgiler gizli tutulacaktır. Bu formu imzalayarak siz veya kanuni temsilciniz söz konusu erişime izin vermiş olmaktadır.

Araştırma sırasında elde edilecek tüm bilgiler sizinle paylaşılacaktır.

Sizden maddi karşılık talep edilmeyecek ya da para, sigorta tazminat ödenmeyecektir.

Her türlü soru ve sorunlarımızla ilgili olarak Asist. Dr. Dilara Çırakman'ın numaralı telefon aracılığıyla ulaşabilirsiniz.

ONAM FORMU

Ben bilgilendirilmiş gönüllü onam formundaki tüm açıklamaları okudum ve anladım. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli ve gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum. Bu formun bir kopyasını da kendim için aldım.

Gönüllünün Adı – Soyadı

Oluru Alan Araştırmacının Adı – Soyadı

İmza

İmza

Tarih

Tarih

EK-4: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

BAKIMVERENİN ÖZELLİKLERİ:

1.Cinsiyet:

(1) Erkek (2) Kadın

2-Kaç yaşındasınız?.....

3-Medeni Durum:

(1) Evli (2) Bekar (3) Boşanmış (4) Dul (eşi vefat etmiş)

4-Toplam kaç çocuğunuz var:

5-Hastaya yakınlık durumunuz:

1. Annem 2.Babam 3. Çocuğum 4. Eşim 5.Kardeşim 6.Diğer

6-Eğitim:

- (1) Okur yazar değil
- (2) Okur yazar (ilkokul terk)
- (3) İlkokul mezunu
- (4) Ortaokul mezunu
- (5) Lise mezunu
- (6) Üniversite ve üstü

7-Herhangi bir işte çalışıyor musunuz? 1. Evet 0. Hayır

8.Sosyal güvenceniz var mı? 1. Evet 0.Hayır

9-Çalışmıyorsanız herhangi bir geliriniz var mı? 1.Evet 0. Hayır

10-Aylık geliriniz ne kadar:

1.Geliri giderinden az 2.Geliri giderine eşit 3.Geliri giderinden fazla

11.Hanede kimler yaşıyor belirtir misiniz?

- 1. Anne ve çocuklar
- 2. Anne, baba ve çocuklar
- 3. Büyük anne, anne ve çocuklar
- 4. Büyük anne, büyük baba, anne ve çocuklar
- 5.Büyük anne, büyük baba, anne, baba ve çocuklar
- 6. Diğer

12-Hastanızla sizden başka ilgilenen var mı? 1. Evet 0. Hayır

13-Kaç yıldır bakım veriyorsunuz?

14- Günde kaç saat hastayla birlikte vakit geçiriyorsunuz?

15- Bu kişiye bakma nedeniniz nedir?

- (1) Ailevi sorumluluk
- (2) Sevdiğim için/aile bağı olduğu için
- (3) Bakacak başka kimse olmadığı için
- (4) Evde bakım hizmetleri olmadığı için
- (5) Ekonomik katkısı olduğu için
- (6) Diğer.....

16- Bu kişiye bakmaktan memnun musunuz? 1.Evet 0. Hayır

17- Herhangi bir sağlık sorununuz var mı? 1.Evet 0. Hayır

18- Sürekli ilaç kullanıyor musunuz? 1.Evet 0.Hayır

19- Psikiyatrik tedavi aldınız mı? 1.Evet 0.Hayır

20- Hastanıza bakmak sizin sağlık kontrollerinizi yaptırmanıza engel oluyor mu?

(1)Evet (0)Hayır

21- Bakım verirken iletişim sıkıntısı yaşıyor musunuz? (1)Evet (0)Hayır

22- Kendinize vakit ayırabiliyor musunuz? (1)Evet (0)Hayır

23- Hastanıza bakmak sizin yaşamınızı etkiledi mi? (1)Evet (0)Hayır

24- Bakım alanlarınız nelerdir?

- 24-1. Maddi destek sağlama 1. Evet 0. Hayır
- 24-2. Psikolojik destek sağlama 1. Evet 0. Hayır
- 24-3. Fiziksel gereksinimlerini karşılama 1. Evet 0. Hayır

25- Hastanızın bakımında aşağıdaki işlemler sizi zorlamakta mıdır?

- 25-1. Bakımda destek alamama 1. Evet 0. Hayır
- 25-2. Maddi destek alamama 1. Evet 0. Hayır
- 25-3. Hijyenik gereksinimleri 1. Evet 0. Hayır
- 25-4. Fiziksel gereksinimlerini karşılıyor olmak 1. Evet 0. Hayır

26- Bakım için harcadığınız zaman dışında diğer aile fertlerine yeterli zaman ayırabiliyor musunuz?

1. Evet 0. Hayır

27- Bakım hizmeti alan kişinin olumsuz durum ve davranışlarıyla ilgili rahatsızlık duyuyor musunuz?

2. Evet 1. Zaman zaman 0. Hayır

28- Hastanızla aynı evde yaşama konusunda “ Birlikte yaşayamıyoruz, mutlaka ayrılmalıyız diye düşündüğünüz oluyor mu?

1. Hiç olmuyor
2. Nadiren düşünüyorum
3. Biraz düşünüyorum
4. Sık sık düşünüyorum
5. Sürekli böyle düşünüyorum

29- Hastanızın evden ayrılmasını ne ölçüde istersiniz?

1. Hiç istemem
2. Biraz isterim
3. Orta derecede isterim
4. Çok isterim
5. Kesinlikle ayrılmalıyız

30- Bu hastalık nedeniyle kendinizi ne oranda sıkıntıda hissediyorsunuz?

- (1) Hiç
- (2) Biraz
- (3) Orta Derecede
- (4) Çok
- (5) Aşırı Derecede

31- Yakınıma bakabilmek için yapmayı çok istediğim bazı şeylerden vazgeçmek zorunda kalmışımıdır.

- (1) Hiç
- (2) Biraz
- (3) Orta Derecede
- (4) Çok
- (5) Aşırı Derecede

32- Yakınıma bakmak, ailemiz için maddi bir yük olmaktadır.

- (1) Hiç
- (2) Biraz
- (3) Orta Derecede
- (4) Çok
- (5) Aşırı Derecede

HASTANIN ÖZELLİKLERİ:

1-Hastanın yaşı:

2-Cinsiyeti: 1.Kadın 2.Erkek

3-Medeni durumu: 1.Evli 2.Bekâr

4-Sağlık güvencesi: 1.SGK 2.Özel Sigorta 3.Yok

5-Eğitim düzeyi: (Bitirdiği okulu yazınız)

- (1) Okur yazar değil
- (2) Okur yazar (ilkokul terk)
- (3) İlkokul mezunu
- (4) Ortaokul mezunu
- (5) Lise mezunu
- (6) Üniversite ve üstü

6-Hastanızın hastalık öncesi iş yaşamı?

- 1) Hiç çalışmamış 2) Çalışmış

7-Hastanızın şimdiki iş yaşamı?

- 1) İşsiz 2) Çalışıyor 3)Malulen Emekli 4) Emekli

8-Hastalık Süresi:

- 9- Enjeksiyon tedavisi hastalığın kaçınıcı yılında başladı:
- 10- Hangi antipsikotik enjeksiyonu kullanıyor:.....
- 11- Ek oral antipsikotik kullanıyor mu? 1. Evet 0. Hayır
12. Hastanede yatış sayısı:.....
- 13- İlaçlarını düzenli olarak alıyor mu:
- (1) Evet, aksatmadan düzenli kullanıyor
 - (2) Düzenli kullanıyor, ama arada bir aksatıyor
 - (3) Düzenli kullanmıyor, arada bir alıyor
 - (4) İlacını kullanmıyor
- 14-Kontrollerine düzenli olarak gidiyor mu? 1. Evet 0. Hayır
- 15-1-Hastanın herhangi bir maddeye (sigara, alkol, uyuşturucu) bağımlılığı var mı?
1. Evet 0. Hayır
- 15-2. Sigara? 1. Evet 0. Hayır
- 15-3 Alkol? 1. Evet 0. Hayır
- 15-4 Madde? 1. Evet 0. Hayır
- 16-1.Hastanızın hastalıktan sonra saldırganlığı oldu mu: 1. Evet 0. Hayır
- 16-2 Sözel saldırganlık? 1. Evet 0. Hayır
- 16-3 Kişiyeye fiziksel saldırganlık? 1. Evet 0. Hayır
- 16-4 Eşyaya fiziksel saldırganlık? 1. Evet 0. Hayır
17. Hastanın intihar girişimi sayısı:.....
- 18- Adli sorun (hastalığın başlangıcından sonra):
- (1) Var (0) Yok
- 19 – Ailede başka psikiyatrik hastalık öyküsü (şizofreni, şizoaffektif, sanrılı, şizofreniform, şizoaffektif, paranoid bozukluk, psikotik depresyon)
- 1) Yok
 - 2) Birinci derece yakınlar (anne, baba, kardeş, çocuklar)
 - 3) İkinci ve üçüncü yakınlar
- 20 – Ailede bakım gerektiren başka hasta var mı? 1. Evet 0. Hayır
- 21- Aynı evde bakım gerektiren hastalar var mı? 1. Evet 0. Hayır
- 22- Aynı evde bakım gerektiren hasta sayısı (Araştırmaya alınan hasta dahil)
- Sayı:

EK-5: POZİTİF VE NEGATİF SEMPTOMLARI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (PANSS)

Ad, Soyad:

Tarih:

Uygulayan doktor:

PANSS

Pozitif Belirtiler	Yok (1)	Çok Hafif (2)	Hafif (3)	Orta Düzeyde (4)	Orta Düzeyde Ağır (5)	Ağır (6)	Çok Ağır (7)
P1 Sannlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P2 Düşünce dağınıklığı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P3 Varsanılar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P4 Taşkınlık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P5 Büyüklük duyguları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P6 Şüphencilik kötülük	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P7 Düşmanca tutum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Skor:

Negatif Belirtiler	Yok (1)	Çok Hafif (2)	Hafif (3)	Orta Düzeyde (4)	Orta Düzeyde Ağır (5)	Ağır (6)	Çok Ağır (7)
N1 Duygulanımda küntleşme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N2 Duygusal içecekilme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N3 İlişki kurmada güçlük	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N4 Pasif biçimde kendini toplulmdan çekme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N5 Soyut düşünme güçlüğü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N6 Konuşmanın kendiliğinden ve akıcılığının kaybı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N7 Steriotipik düşünme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Skor:

Genel Psikopatoloji	Yok (1)	Çok Hafif (2)	Hafif (3)	Orta Düzeyde (4)	Orta Düzeyde Ağır (5)	Ağır (6)	Çok Ağır (7)
G1 Bedensel kaygı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G2 Anksiyete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G3 Suçluluk duyguları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G4 Gerginlik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G5 Manyerizm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G6 Depresyon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G7 Motor yavaşlama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G8 İşbirliği kuramama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G9 Olağandışı düşünce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G10 Yönetim bozukluğu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G11 Dikkat azalması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G12 Yargılama ve işgörü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G13 İrade bozukluğu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G14 Dürtü kontrolsüzlüğü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G15 Zihinsel aşın uğraş	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G16 Aktif biçimde sosyal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Toplam skor:

Skor:

EK-6: HAMILTON ANKSİYETE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Hastanın Adı, Soyadı:	Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendirilol:

HAMILTON ANKSİYETE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (HARS)

Lütfen her konu başlığı için 0-4 arası bir puan verin

	Puan
1. ANKSİYETELİ MİZAÇ	<input type="checkbox"/>
2. GERİLİM	<input type="checkbox"/>
3. KORKULAR	<input type="checkbox"/>
4. UYKUSUZLUK	<input type="checkbox"/>
5. ENTELLEKTÜEL (kognitif)	<input type="checkbox"/>
6. DEPRESİF MİZAÇ	<input type="checkbox"/>
7. SOMATİK (muskuler)	<input type="checkbox"/>
8. SOMATİK (duygusal)	<input type="checkbox"/>
9. KARDİOVASKÜLER SEMPTOMLAR	<input type="checkbox"/>
10. SOLUNUM SEMPTOMLARI	<input type="checkbox"/>
11. GASTROİNTESTİNAL SEMPTOMLAR	<input type="checkbox"/>
12. GENİTOÜRİNER SEMPTOMLAR	<input type="checkbox"/>
13. OTONOMİK SEMPTOMLAR	<input type="checkbox"/>
14. GÖRÜŞME SIRASINDAKİ DAVRANIŞ	<input type="checkbox"/>
TOPLAM PUAN:	*****
PSİŞİK (1,2,3,5,6)	*****
SOMATİK (4,7,8,9,10,11,12,13,14)	*****

EK-7: HAMILTON DEPRESYON DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Hastanın Adı, Soyadı:	Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendirilol:

HAMILTON DEPRESYON DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

		Puan
1. DEPRESİF (ÇÖKKÜN) RUH HALİ	(1-5)	<input type="checkbox"/>
2. ÇALIŞMA VE ETKİNLİKLER	(1-5)	<input type="checkbox"/>
3. GENİTAL SEMPTOMLAR	(1-3)	<input type="checkbox"/>
4. SOMATİK SEMPTOMLAR –GASTROİNTESTİNAL	(1-3)	<input type="checkbox"/>
5. KİLO KAYBI		
A. ÖZGEÇMİŞİNİ DEĞERLENDİRİRKEN	(1-4)	<input type="checkbox"/>
B. GERÇEK KİLO DEĞİŞİMİ	(1-4)	<input type="checkbox"/>
6. UYKUSUZLUK (BAŞLARKEN)	(1-3)	<input type="checkbox"/>
7. UYKUSUZLUK (ORTA)	(1-3)	<input type="checkbox"/>
8. UYKUSUZLUK (GEÇ)	(1-3)	<input type="checkbox"/>
9. SOMATİK BELİRTİLER (GENEL)	(1-3)	<input type="checkbox"/>
10. SUÇLULUK DUYGULARI	(1-5)	<input type="checkbox"/>
11. İNTİHAR	(1-5)	<input type="checkbox"/>
12. PSİŞİK KAYGI	(1-5)	<input type="checkbox"/>
13. SOMATİK KAYGI	(1-5)	<input type="checkbox"/>
14. HİPOKONDİRİ	(1-5)	<input type="checkbox"/>
15. İÇGÖRÜ	(1-3)	<input type="checkbox"/>
16. YAVAŞLAMA	(1-5)	<input type="checkbox"/>
17. AJİTASYON	(1-5)	<input type="checkbox"/>
TOPLAM		*****

EK-8: GLOBAL DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (GAS)

Hastanın Adı, Soyadı:	Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendirilme Tarihi:

GLOBAL DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (GAS)

Mental sağlık-hastalık'ın varsayımsal sürekliliği üzerinde psikolojik, toplumsal ve mesleki işlevselliği göz önünde bulundurunuz. Fiziksel (ya da çevresel) kısıtlamalara bağlı işlevsellik bozulmalarını bu kapsam içinde değerlendirmeyiniz.

Kod	(Not: Uygun düştüğünde ara kodları da kullanınız, örn. 45, 68, 72.)
91-100	Çok çeşitli etkinlik alanlarında üst düzeyde işlevsellik, yaşam sorunları hiçbir zaman denetim dışı kalmıyor gibi görünmektedir, birçok olumlu niteliği olduğu için başkalarınca aranan biridir. Herhangi bir semptomu yoktur.
81-90	Hiç belirti olmaması ya da çok az belirti olması (örn. sınavdan önce hafif bir anksiyete duyma), tüm alanlarda işlevselliğin iyi olması, çok çeşitli etkinliklerle ilgilenme ve bunlara katılma, toplumsal yönden etkindir, genellikle yaşamı doyumludur, günlük sorunlar ya da kaygılardan öte sorun ya da kaygıların olmaması (örn. aile bireyleriyle ara sıra olan tartışmalar).
71-80	Semptomlar varsa bile bunlar gelip geçicidir ve psikososyal stres kaynaklarına verilen beklenir tepkilerdir (örn. aile tartışmasından sonra düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırmada zorluk çekme); toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte hafif bir bozulma olmasından daha ileri bir durum yoktur (örn. geçici olarak okulda geri kalma).
61-70	Birtakım hafif semptomlar (örn. depresif duygudurum ve hafif insomnia) YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte birtakım zorlukların olması (örn. ara sıra okuldan kaçmalar ya da ev içinde hırsızlık yapma), ancak genelde oldukça iyi bir biçimde işlevselliğini sürdürür, anlamlı kişiler arası ilişkileri vardır.
51-60	Orta derecede semptomlar (örn. donuk duygulanım ve çevresel konuşma, ara sıra gelen panik ataklar) YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte orta derecede bir zorluğu vardır (örn. az sayıda arkadaşı vardır, çalışma arkadaşları ile çatışmaları vardır).
41-50	Ağır semptomlar (örn. intihar düşünceleri, ağır obsesyonel törenselle davranışlar, sık sık mağazalardan mal çalma) YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte ciddi bir bozukluk vardır (örn. hiç arkadaşı yoktur, işini koruyamaz).
31-40	Gerçeği değerlendirmede ya da iletişimde bazı bozukluklar vardır (örn. konuşması kimi zaman mantıksız, çapraşık ya da konuşulan konuyla ilgisizdir) YA DA iş/okul, aile ilişkileri, yargılama, düşünme ya da duygudurum gibi birçok alanda temel birtakım bozukluklar vardır (örn. depresif bir kişi arkadaşlarından kaçır, ailesini ihmal eder ve çalışmaz; çocuk yaşta olan bir kişi kendinden daha küçükleri döver, evde hep karşı gelir ve okulda başarısızdır).
21-30	Davranışları hezeyanlar ve varsanılarından oldukça etkilenir YA DA iletişim ya da yargıda ciddi bir bozukluk vardır (örn. bazen enkoherandır, ileri derecede uygunsuz bir biçimde davranır, intihar düşünceleriyle uğraşır durur) YA DA hemen tüm alanlarda işlevselliği kötüdür (örn. bütün gün yataktan çıkmaz; işi, evi ya da arkadaşları yoktur).
20-11	Kendisini ya da başkalarını yaralayacak olma tehlikesi zaman zaman vardır (örn. açıkça ölüm beklentisi olmadan intihar girişimleri; sıklıkla şiddete başvurur; manik eksitasyon) YA DA ara sıra kişisel bakımın en temel gereksinimleri bile yerine getiremez (örn. dişki sürer) YA DA iletişimde ileri derecede bir bozukluk vardır (örn. ileri derecede enkoherandır ya da mutizm içindedir).
1-10	Kendisini ya da başkalarını ağır bir biçimde yaralayacak olma tehlikesi sürekli vardır (örn. yineleyen şiddet gösterileri) YA DA kişisel bakımın en temel gereksinimleri sürekli olarak yerine getiremez YA DA açıkça ölüm beklentisi içinde ciddi intihar eylemi.
0	Bilgi yetersiz

<input type="text"/>	PUAN
----------------------	------

EK-9: KİŞİSEL VE PERFORMANS ÖLÇEĞİ (PSP)

Kişisel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP)																				
<i>Lütfen kişiyi geçen ay boyunca gösterdiği fonksiyon düzeyine göre değerlendiriniz.</i>																				
Bu ölçekte ele alınan dört ana fonksiyon alanı bulunmaktadır:																				
	Yok	Hafif	Görünür düzeyde	Belirgin	Şiddetli	Çok şiddetli														
a) sosyal açıdan yararlı aktiviteler; çalışma ve öğrenim görmek dahil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
b) kişisel ve sosyal ilişkiler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
c) öz-bakım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
d) rahatsız edici ve agresif davranışlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
<p>Zorlukların derecesine karar vermek için iki farklı operasyonel ölçüt seti bulunmaktadır:</p> <p>bir tanesi a-c alanları için ve bir tanesi de d alanına özgüdür.</p> <table><thead><tr><th>a-c alanlarının şiddet derecesi</th><th>d alanında şiddetin derecesi</th></tr></thead><tbody><tr><td>(I) yok</td><td>(I) yok</td></tr><tr><td>(II) hafif, yalnız kişiye çok yakın biri tarafından bilinen</td><td>(II) hafif, hafif kabalık, asosyallik veya sürekli yakınmaya karşılık geliyor</td></tr><tr><td>(III) görünür düzeyde, herkes tarafından açıkça fark edilebilen ancak kişinin sosyo-kültürel koşulları, yaşı, cinsiyeti ve eğitim düzeyi tarafından belirlenen bu alandaki rolünü gerçekleştirmesini belirgin bir şekilde etkilemeyen güçlükler</td><td>(III) görünür düzeyde, çok yüksek sesle konuşmak veya başkalarıyla çok samimi bir tarzda konuşmak veya sosyal açıdan kabul edilemeyecek bir tarzda yemek yemek gibi</td></tr><tr><td>(IV) belirgin, bu alandaki rol gerçekleştirmelerini ciddi bir şekilde etkileyen güçlükler; ancak kişi, her ne kadar yetersiz ve/veya nadiren de olsa, profesyonel veya sosyal yardım almadan hala bazı şeyleri yapabilme kapasitesine sahip; eğer biri tarafından yardım edilirse daha önceki işlevsellik düzeyine ulaşabilir</td><td>(IV) belirgin, toplum içerisinde başkalarına hakaret etmek, eşyaları kırmak ya da tahrip etmek, sıklıkla sosyal açıdan uygunsuz ancak tehlikeli olmayan bir tarzda hareket etmek (örneğin, toplum içerisinde soyunmak veya idrarını yapmak)</td></tr><tr><td>(V) şiddetli, eğer profesyonel olarak yardım edilmezse kişiyi bu alanda bir rol gerçekleştiremez hale getiren veya kişiyi yıkıcı bir role doğru yönelten zorluklar, ancak yaşamsal riskler yoktur</td><td>(V) şiddetli, sık olarak sözel tehditler savurmak veya sık olarak ağır yaralama niyeti ya da olasılığının bulunmadığı fiziksel saldırılarda bulunmak</td></tr><tr><td>(VI) çok şiddetli: kişinin yaşamını tehlikeye düşürecek kadar yoğun bozukluklar ve güçlükler</td><td>(VI) çok şiddetli, sık agresif davranışlar olarak tanımlanan, ciddi yaralanmalara neden olması amaçlanmış veya neden olma olasılığı bulunan</td></tr></tbody></table>							a-c alanlarının şiddet derecesi	d alanında şiddetin derecesi	(I) yok	(I) yok	(II) hafif, yalnız kişiye çok yakın biri tarafından bilinen	(II) hafif, hafif kabalık, asosyallik veya sürekli yakınmaya karşılık geliyor	(III) görünür düzeyde, herkes tarafından açıkça fark edilebilen ancak kişinin sosyo-kültürel koşulları, yaşı, cinsiyeti ve eğitim düzeyi tarafından belirlenen bu alandaki rolünü gerçekleştirmesini belirgin bir şekilde etkilemeyen güçlükler	(III) görünür düzeyde, çok yüksek sesle konuşmak veya başkalarıyla çok samimi bir tarzda konuşmak veya sosyal açıdan kabul edilemeyecek bir tarzda yemek yemek gibi	(IV) belirgin, bu alandaki rol gerçekleştirmelerini ciddi bir şekilde etkileyen güçlükler; ancak kişi, her ne kadar yetersiz ve/veya nadiren de olsa, profesyonel veya sosyal yardım almadan hala bazı şeyleri yapabilme kapasitesine sahip; eğer biri tarafından yardım edilirse daha önceki işlevsellik düzeyine ulaşabilir	(IV) belirgin, toplum içerisinde başkalarına hakaret etmek, eşyaları kırmak ya da tahrip etmek, sıklıkla sosyal açıdan uygunsuz ancak tehlikeli olmayan bir tarzda hareket etmek (örneğin, toplum içerisinde soyunmak veya idrarını yapmak)	(V) şiddetli, eğer profesyonel olarak yardım edilmezse kişiyi bu alanda bir rol gerçekleştiremez hale getiren veya kişiyi yıkıcı bir role doğru yönelten zorluklar, ancak yaşamsal riskler yoktur	(V) şiddetli, sık olarak sözel tehditler savurmak veya sık olarak ağır yaralama niyeti ya da olasılığının bulunmadığı fiziksel saldırılarda bulunmak	(VI) çok şiddetli: kişinin yaşamını tehlikeye düşürecek kadar yoğun bozukluklar ve güçlükler	(VI) çok şiddetli, sık agresif davranışlar olarak tanımlanan, ciddi yaralanmalara neden olması amaçlanmış veya neden olma olasılığı bulunan
a-c alanlarının şiddet derecesi	d alanında şiddetin derecesi																			
(I) yok	(I) yok																			
(II) hafif, yalnız kişiye çok yakın biri tarafından bilinen	(II) hafif, hafif kabalık, asosyallik veya sürekli yakınmaya karşılık geliyor																			
(III) görünür düzeyde, herkes tarafından açıkça fark edilebilen ancak kişinin sosyo-kültürel koşulları, yaşı, cinsiyeti ve eğitim düzeyi tarafından belirlenen bu alandaki rolünü gerçekleştirmesini belirgin bir şekilde etkilemeyen güçlükler	(III) görünür düzeyde, çok yüksek sesle konuşmak veya başkalarıyla çok samimi bir tarzda konuşmak veya sosyal açıdan kabul edilemeyecek bir tarzda yemek yemek gibi																			
(IV) belirgin, bu alandaki rol gerçekleştirmelerini ciddi bir şekilde etkileyen güçlükler; ancak kişi, her ne kadar yetersiz ve/veya nadiren de olsa, profesyonel veya sosyal yardım almadan hala bazı şeyleri yapabilme kapasitesine sahip; eğer biri tarafından yardım edilirse daha önceki işlevsellik düzeyine ulaşabilir	(IV) belirgin, toplum içerisinde başkalarına hakaret etmek, eşyaları kırmak ya da tahrip etmek, sıklıkla sosyal açıdan uygunsuz ancak tehlikeli olmayan bir tarzda hareket etmek (örneğin, toplum içerisinde soyunmak veya idrarını yapmak)																			
(V) şiddetli, eğer profesyonel olarak yardım edilmezse kişiyi bu alanda bir rol gerçekleştiremez hale getiren veya kişiyi yıkıcı bir role doğru yönelten zorluklar, ancak yaşamsal riskler yoktur	(V) şiddetli, sık olarak sözel tehditler savurmak veya sık olarak ağır yaralama niyeti ya da olasılığının bulunmadığı fiziksel saldırılarda bulunmak																			
(VI) çok şiddetli: kişinin yaşamını tehlikeye düşürecek kadar yoğun bozukluklar ve güçlükler	(VI) çok şiddetli, sık agresif davranışlar olarak tanımlanan, ciddi yaralanmalara neden olması amaçlanmış veya neden olma olasılığı bulunan																			
PSP toplam skoru için kılavuzlar																				
71-100: Bu dereceler yalnız hafif güçlükleri yansıtır																				
31-70: Bu dereceler değişen düzeylerdeki yetersizliği yansıtır																				
0-30: Bu dereceler kişinin yoğun destek veya gözetim gerektirdiği çok kötü işlevselliği yansıtır																				

Kişisel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP), devamı

- 100-91: Dört alanın hepsinde mükemmel işlevsellik. İyi nitelikleri nedeniyle kendisine saygı gösterilir, yaşama ilişkin güçlüklerle yeterince başa çıkar, çok çeşitli ilgi alanları ve aktiviteler ile meşgul olur
- 90-81: Dört alanın hepsinde iyi işlevsellik, yalnız sıradan problemler ve güçlüklerin bulunması
- 80-71: **a-c** alanlarından birinde veya daha fazlasında hafif güçlükler
- 70-61: **a-c** alanlarından birinde veya daha fazlasında görünür düzeyde ancak belirgin olmayan güçlükler ya da **d** alanında hafif güçlükler
- 60-51: **a-c** alanlarından birinde belirgin güçlükler ya da **d** alanında görünür düzeyde güçlükler
- 50-41: **a-c** alanlarından ikisinde veya daha fazlasında belirgin güçlükler ya da bir alanında şiddetli güçlükler, **d** alanında görünür düzeyde güçlüklerle birlikte olabilir veya olmayabilir
- 40-31: **a-c** alanlarından birinde şiddetli ve en azından bir alanda da belirgin güçlükler, ya da **d** alanında belirgin güçlükler
- 30-21: **a-c** alanlarından ikisinde şiddetli güçlükler, ya da **a-c** alanlarında bozukluk olsun ya da olmasın **d** alanında şiddetli güçlükler
- 20-11: **a-d** alanlarının hepsinde şiddetli güçlükler veya **a-c** genel alanlarında bir bozukluk olsun veya olmasın **d** alanında çok şiddetli güçlükler. Eğer kişi dışsal yönlendirmelere tepki veriyorsa önerilen skorlar 20-16 arasındadır; eğer tepki vermiyorsa önerilen skorlar 15-11 arasındadır
- 10-1: Aşırı davranışlarla birlikte temel fonksiyonlarda otonomi yokluğu ancak yaşamsal risk olmaksızın (derece 6-10) veya beslenme bozukluğu, dehidratasyon, enfeksiyonlar, belirgin tehlike içeren durumları kavrayamamaya bağlı ölüm riski gibi yaşamsal risk ile birlikte (derece 5-1)

Skor

--	--	--

EK-10: DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ KISA FORMU (WHOQOL-BREF)

WHOQOL-BREF (TR)

SİZİNLE İLGİLİ

Başlamadan önce kendinizle ilgili genel bir kaç soruyu cevaplamamızı istiyoruz. Lütfen doğru yanıtları yuvarlağa alınız ya da verilen boş yerleri doldurunuz.

Cinsiyetiniz nedir? Erkek Kadın

Doğum tarihiniz nedir? _____ / _____ / _____
GÜN / AY / YIL

Gördüğünüz en yüksek eğitim derecesi nedir? Hiç eğitim almadım
İlkokul-ortaokul
Lise veya eşdeğeri
Yüksek

Medeni durumunuz nedir?

hiç evlenmemiş
evli
evli gibi yaşıyor

ayrılmış
boşanmış
eşi ölmüş

Şu anda bir hastalığınız var mı? evet hayır

Eğer şu anda sağlığınızla ilgili yolunda gitmeyen bir durum varsa, sizce bu nedir?

_____ hastalık / sorun

Açıklama

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. Lütfen bütün soruları cevaplayınız. Eğer bir soruya hangi cevabı vereceğinizden emin olamazsanız, lütfen size en uygun görünen cevabı seçiniz. Genellikle ilk verdiğiniz cevap en uygunu olacaktır.

Lütfen kurallarınızı, beklentilerinizi, hoşunuza giden ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli olarak gözünüze alınız. Yaşamınızın son iki haftasını dikkate almanızı istiyoruz. Örneğin bir soruda son iki hafta kastedilerek şöyle sorulabilir:

	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
İhtiyacınız olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

Son iki hafta boyunca başkalarından aldığınız desteğin miktarını en iyi karşılayan rakamı yuvarlağa almalısınız. Buna göre, eğer başkalarından çokça yardım aldıysanız, aşağıdaki gibi 4 rakamını yuvarlağa almanız gerekiyor:

	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
İhtiyacınız olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

Son iki hafta içinde, ihtiyacınız olan desteği başkalarından hiç alamadıysanız, 1 rakamını yuvarlağa almalısınız.

Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtın rakamını yuvarlağa alınız.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
1 G1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
2 G4	Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri ne kadar yaşadığınızı soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
3 F1.4	Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
4 F11.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	1	2	3	4	5
5 F4.1	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	1	2	3	4	5
6 F24.2	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Son derecede
7 F5.3	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	1	2	3	4	5
8 F16.1	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
9 F22.1	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde tam olarak yaşadığınızı ya da yapabildiğinizi soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
10 F2.1	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	1	2	3	4	5
11 F7.1	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	1	2	3	4	5
12 F18.1	İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?	1	2	3	4	5
13 F20.1	Günlük yaşamınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?	1	2	3	4	5
14 F21.1	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorularda, son iki hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde iyi ya da doyurucu bulduğumuzu belirtmeniz istenmektedir.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
15 F9.1	Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
16 F13.3	Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
17 F10.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
18 F12.4	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
19 F6.3	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
20 F13.3	Aileniz dışındaki kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
21 F15.3	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
22 F14.4	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
23 F17.3	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
24 F19.3	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
25 F23.3	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki soru son iki hafta içinde bazı şeyleri ne sıklıkta hissettiğiniz ya da yaşadığınıza ilişkindir.

		Hiçbir zaman	Nadiren	Arasına	Çoğunlukla	Her zaman
26 F8.1	Ne sıklıkta hüznün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
U. 27	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	1	2	3	4	5

Bu formun doldurulmasında size yardım eden oldu mu?

Bu formun doldurulması ne kadar süre aldı?

Soru formu ile ilgili yazmak istediğiniz görüş var mı?

EK-11: ZARİT BAKIM VERME YÜKÜ ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların bir başka insanın bakımını üstlendiğinde kendini nasıl hissedebileceğini yansıtan ifadelerden oluşan bir liste yer almaktadır. Her ifadeden sonra sizin ne kadar sık böyle hissettiğinizi belirtin: Asla, nadiren, ara sıra, oldukça sık, neredeyse her zaman şeklinde. Yanlış ya da doğru cevap bulunmamaktadır.

	Asla	Nadiren	Ara sıra	Oldukça Sık	Neredeyse Her zaman
1. Yakınınzla geçirdiğiniz zaman yüzünden kendiniz için yeterli zamanınız olmadığını düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
2. Yakınınzı bakma ve aileniz yada işinizle ilgili diğer sorumlulukları yerine getirmeye çalışma arasında kalmaktan dolayı kendinizi sıkıntılı hissedersiniz mi?	1	2	3	4	5
3. Yakınınzı birlikteyken kırgınlık hissedersiniz mi?	1	2	3	4	5
4. Yakınınzın şu anda ailenin diğer üyeleri ya da arkadaşlarınızla olan ilişkinizi olumsuz şekilde etkilediğini düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
5. Yakınınzın geleceği ile ilgili korkularınız olur mu?	1	2	3	4	5
6. Yakınınzın size bağımlı olduğunu düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
7. Yakınınzı birlikteyken kısıtlanmış hissedersiniz mi?	1	2	3	4	5
8. Yakınınzı uğraşmaktan dolayı sağlığınızın bozulduğunu hissedersiniz mi?	1	2	3	4	5
9. Yakınınzı yüzünden istediğiniz düzeyde bir özel hayatınız olmadığını düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
10. Yakınınzı bakmanız nedeniyle sosyal hayatınızın bozulduğunu hissedersiniz mi?	1	2	3	4	5
11. Yakınınzı nedeniyle arkadaşlarınızı davet etmekten rahatsızlık duyar mısınız?	1	2	3	4	5
12. Yakınınzın sanki sırtını dayayabileceği tek kişi sizmişsiniz gibi, sizden ona bakmasını beklediğini hissedersiniz mi?	1	2	3	4	5
13. Kendi harcamalarınıza ek olarak yakınınzı bakacak kadar paranız olmadığını düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
14. Yakınınzı hastalandığından beri yaşamınız kontrol edemediğinizi hissedersiniz mi?	1	2	3	4	5
15. Yakınınzın bakımını biraz da başkasına bırakabilmiş olmayı diler mısınız?	1	2	3	4	5
16. Yakınınzı ile ilgili ne yapacağınız konusunda kararsızlık hissedersiniz mi?	1	2	3	4	5
17. Yakınınzı için daha fazlasını yapmanız gerektiğini düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
18. Yakınınzın bakımı ile ilgili olarak daha iyisini yapabiliyordum diye düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
19. Tümünü değerlendirildiğinde yakınınzın bakımı ile ilgili kendinizi ne kadar yük altında hissedersiniz?	1	2	3	4	5

8. ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı : Dilara ÇIRAKMAN

Doğum yeri ve tarihi :

Uyruğu : Türkiye Cumhuriyeti

Medeni durumu : Evli

İletişim adresi :

Yabancı dili : İngilizce

II- Eğitimi

2009-2015: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

2005-2009: Konya Diltaş Koleji

1997-2005: Konya Diltaş İlköğretim Okulu

III- Mesleki Deneyimi

2015 Kasım- 2015 Aralık: Muş Malazgirt TSM - Pratisyen Hekim

2017 Nisan-2017 Ağustos: Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi

Psikiyatri Kliniği-Araştırma Görevlisi

2017 Ağustos -2021: Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji EAH Ruh Sağlığı

ve Hastalıkları Kliniği - Asistan Hekim

IV- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

Türkiye Psikiyatri Derneği

V- Diğer Bilgiler

2019: Şema Terapi, Modül 1, 2 ve 3

2020: Bilişsel ve Davranışçı Terapiler Eğitimi 1.Modül

2020-2021: Aile ve Çift Terapisi Modül 1 ve 2

2021: Metakognitif Terapi Eğitimi