

**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI**

**Danışman
Doç.Dr. Sevim BUZLU**

**PSİKIYATRİ HASTALARINDA
İLAÇ YAN ETKİLERİ VE İLAÇ UYUMU**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Sevil YILMAZ

156246

İSTANBUL-2004

TEŐEKKÜR

Çalıőmamda bana ışık tutan danıőmanım Doç. Dr. Sevim Buzlu'ya ,
Bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım tüm öğretim üyelerine,
Çalıőmalarımnda yardım ve desteklerini esirgemeyen tüm arkadaşlarıma,
Sonsuz sabırları ve anlayıőları için sevgili eőim, oğlum ve aileme,
Her zaman yanımda oldukları ve bana destek oldukları için

TEŐEKKÜRLER

NOT: Bu tez İstanbul Üniversitesi Rektörlüğü Bilimsel Araőtırmalar Fonu tarafından desteklenmiőtir.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
1. GİRİŞ.....	1-4
2. GENEL BİLGİLER.....	5-38
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	39-49
4. BULGULAR.....	50-75
5. TARTIŞMA.....	76-90
6. SONUÇ.....	91-94
7. ÖNERİLER.....	95
8. ÖZET.....	96-97
9. SUMMARY.....	98-99
10. KAYNAKLAR.....	100-108
11. EKLER.....	109-
12. ÖZGEÇMİŞ.....	

I. GİRİŞ

Çok eski çağlardan beri insanlar, ruhsal hastalıkların tedavisi için doğal ya da sentetik ajanlar kullanmışlardır. Bu alanda ilk keşfedilen madde alkoldür. M.Ö VIII. yy' da Asurlular'da haşhaşın, bazı kederli durumların tedavisinde kullanıldığına ilişkin bulgulara rastlanılmıştır. Yine Güney Amerika'da yerlilerin koka yapraklarını ve peyote isimli kaktüsü kullandıkları bilinmektedir. Ruhsal bozuklukların tedavisinde sentetik bileşiklere XIX. yy'ın sonlarında rastlanmaktadır. Sedatif etkili bromidler (1826), kloral hidrat (1836) ve morfin kullanılan ilk bileşiklerdir. Modern psikofarmakolojinin 1949'da Lityum'un antimanik etkisinin keşfi ile başladığı ileri sürülmektedir. 1950'li yıllarda ilk antipsikotik olarak rezepin ve klorpromazin'in, antidepresan olarak MAO inhibitörleri ve trisikliklerin, anksiyolitik olarak meprobamat ve klordiezepoksit'in bulunduğu görülmektedir. Antipsikotik ilaçlardan rezepin yan etkileri nedeniyle kullanılmazken klorpromazin terapötik değerini korumuş ve daha sonra bunları piperazin, fenotiyazinler vb. diğer bileşikler izlemiştir. Aynı yıllarda klozapinin bulunmasıyla, atipik antipsikotikler gündeme girmiş ve 1980 yılından sonra yaygın kullanım alanı bulmuştur. Tipik antipsikotiklerden farklı olarak atipik antipsikotikler daha az yan etki göstererek, negatif belirtiler üzerinde daha fazla etkili olarak, tedaviye dirençli hastalar ve yan etkiler nedeni ile ulaşılamayan hastalar için yeni bir kapı aralamışlardır (9,71,73,74,76).

Psikiyatrik bozuklukların tedavisi için psikotrop ilaçların kullanımı ile psikiyatride yeni bir çağ başlamıştır. Bu yeni çağ hastaların akıl hastanelerine kapatılmadan toplum içinde tedavi edilmelerine yönelik gelişmelere yol açmıştır (9,74).

Günümüzde psikotrop ilaçların ruhsal bozuklukların tedavisinde sayısız yararları olmakla beraber hastaların yaşam kalitelerine etki eden ve hastayı çok rahatsız edebilen bir çok yan etki oluşturduğu da bilinmektedir (67). İlaç yan etkisi, tedavi edici özelliğe olmayan, istenmeyen veya ciddi zararlar oluşturan reaksiyonlar olarak tanımlanabilir (45). Nöroleptiklerin yan etkileri;

- Psikolojik yan etkiler (sedasyon, bellek zayıflığı, iç huzursuzluğu, emosyonel ilgisizlik, halsizlik/bitkinlik, uyku değişiklikleri, depresyon),
- Nörolojik yan etkiler (tremor, epileptik nöbet, akatizi, parkinsonizm, akut distoni, tardiv diskinezi, nöroleptik malign sendrom, konfüzyon),
- Otonomik yan etkiler (ortostatik hipotansiyon, kan basıncının yükselmesi, çarpıntı, taşikardi, aritmiler (T dalgası anormallikleri), salivasyon bozukluğu, bulantı, kusma, kabızlık, diyare, polidipsi, poliüri, idrar retansiyonu, akomodasyon güçlüğü, terleme, iştahta azalma, merkezi antikolinergik sendrom),
- Diğer yan etkiler (deri reaksiyonları, kilo artışı, seksüel bozukluklar, baş ağrısı, baş dönmesi, solunum güçlüğü, ateş yükselmesi, toksisite, ayak ve ellerde ödem) (21,53,59,67,73,74,75,) olarak sınıflandırılabilir.

Yan etkilerin çoğu tehlikesiz ve geçici yan etkiler olmakla birlikte hastaya ve ailesine ciddi sıkıntı yaşatır. Örneğin postural hipotansiyon özellikle yaşlılarda düşme sonucu ciddi yaralanmalara neden olabilir. Kilo alımı duygusal olarak hastaya sıkıntı yaşatarak hastanın ilaç uyumunu olumsuz yönde etkileyebilir. Seksüel yan etkiler de ilaç uyumsuzluğunu olumsuz etkileyen yan etkilerden biridir (7, 67).

Psikiyatristler yan etkilerden çok belirti ve bulguların kontrolüyle ilgili görünmektedirler. Oysa hasta için kendisini nasıl hissettiği önemlidir ve ilaçla ilgili istenmeyen etkilere maruz kaldığında bunları tedavi ekibine bildirmeksizin ilacı kesmeyi tercih edebilir. Bu durum hastaneye yatma, iyileşme, tekrar hastaneye yatma... şeklinde bir kısır döngüye yol açabilir (1).

Öznel yan etki deneyimlerinin araştırıldığı çalışmalarda yaşanan yan etkilerin hastanın ilaç uyumu üzerinde önemli bir etkisinin olduğu bildirilmiştir (7,33). Gray (33), antipsikotik ilaçlara uyumsuzluğun şizofreni hastalarında %50 civarında olduğu ve ilaç uyumsuzluğunun psikiyatrik morbiditenin önlenebilir majör nedenlerinden biri olduğunu belirtmektedir. Aker makalesinde, Docherty JP, Fiester SJ (1)'nin psikiyatrik hasta popülasyonundaki ilaç uyumsuzluğu oranının, yaklaşık %40-50; tüm hastaneye kabullerdeki oranının %20-25 olabileceğini bildirmiştir. Morrison (67) makalesinde Bebington'un, nöroleptik kullanan şizofren hastaların yarısında ilaç uyumsuzluğu

olduğunu ve gençlerde ilaç uyumsuzluğunu daha yüksek bulunduğunu belirtmiştir. Gray (32) çalışmasında hemşirelerin antipsikotik ilaç alan hastaların %80'inin ayda en az bir yan etki yaşadığını kaydettiğini; yine aynı çalışmada Casey'nin tipik antipsikotiklerle tedavi edilen hastaların %75'inden fazlasının ekstrapiramidal belirtiler yaşadığını ve bunu ilaç uyumsuzluğunun ana nedenlerinden biri olarak bulunduğunu bildirmiştir. Fakhoury ve arkadaşları (27) ise, 202 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada hastaların hemen hemen tümünün en az bir yan etki yaşadığını bulmuşlardır.

Tedaviye uyum hastanın, sağlık profesyonelleri tarafından düzenlenen tedavisini kabul edip uygulamasıdır. Belirlenen tarihte kontrole gelmek, bir tedavi programına başlayıp tamamlamak, ilaçları önerilen dozda ve sürede kullanmak, davranış ve diyetle ilgili verilen değişikliklere uymak tedaviye uyumun birer ögesidir (1,5,7).

Hemşireler çoğunlukla hasta, hasta ailesi ve tedavi ekibi arasında bir köprü durumunda olduğundan, ilaç tedavisi konusundaki sorumlulukları ve rolleri çok fazladır (76). Psikofarmakolojik tedavilerde hemşire, tanılamaya yönelik veri toplamak, hasta ve tedavi ekibi arasında işbirliğini sağlayarak tedavi programının düzenlenmesine yardım etmek, tedavinin uygulanması ve taburculuk sonrası hastanın ilacını kullanmaya devam etmesi konusunda terapötik işbirliğini sağlamaktan sorumludur (54,62,65).

Antipsikotik kullanan kişiler yaşadıkları bazı yan etkilerin farkında olmayabilirler ve bazen geri dönüşümsüz (tardiv diskinezi gibi) yan etkiler gelişebilir, bunların erken tanınması sağlık profesyonellerinin sorumluluğundadır. Yan etkileri erken farketmek ve uygun girişimlerde bulunmak, tedavinin beklenen yararları ve olası yan etkiler hakkında hastaya eğitim vermek ve iyi bir hasta-hemşire ilişkisi kurmak ilaç uyumunu arttırmada önemlidir. Bu amaçla birincil önlemler kapsamında standardize araçlarla düzenli gözlem ve tanılamaların yapılması kişilerin yan etkilere bağlı tükenmelerini ve buna bağlı olarak ilaç uyumsuzluğunu azaltabilir (45,79).

Araştırmanın amacı:

Bu araştırma, psikiyatri hastalarında ilaç yan etkileri, ilaç uyumu ve yan etkiler ile uyum arasındaki ilişkiyi belirlemek amacı ile planlanmıştır.

Araştırma soruları:

1. Psikiyatri hastalarında yan etki görölme oranı nedir?
2. Psikiyatri hastalarında ilaç uyumu hangi düzeydedir?
3. Demografik özellikler (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, çalışma durumu, sağlık güvencesi, gelir durumu) ile ilaç yan etkileri ve ilaç uyumu arasında ilişki var mıdır?
4. Tam-tedaviyle ilgili özellikler (tanı, ilaç kullanma süresi, kullandığı ilaç çeşidi, tedaviye inanç, ilaç hakkındaki bilgisi) ile ilaç yan etkileri ve ilaç uyumu arasında ilişki var mıdır?
5. Yan etkiler ile ilaç uyumu arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

Psikiyatri alanında kullanılan ilaçlar son elli yıl içinde hızlı bir gelişim göstermiştir. Pek çoğu tesadüfen ya da “deneme – yanılma” yoluyla bulunan bu ilaçlar bir yandan psikiyatrik bozuklukların tedavisini sağlarken, diğer yandan da hastalıkların altında yatan patolojik mekanizma ve hastalık nedenlerini anlamada yardımcı olmuştur. Çağdaş anlamda psikofarmakoloji 1950’li yıllarda başlamış ve bugün oldukça gelişmiştir. Psikiyatrik hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçlar, antipsikotikler, antidepressanlar, anksiyolitikler, duygudurum düzenleyicileri olarak sınıflandırılabilir.

Bu bölümde, yalnızca antipsikotik ilaçlar ele alınacaktır.

2. 1. ANTİPSİKOTİKLER

Antipsikotik ilaçlar psikiyatride hem psikotik bozuklukların tedavisinde birincil olarak hem de bir çok psikiyatrik bozukluğun tedavisinde ek ilaç olarak sıklıkla kullanılan, yataklı tedavi kurumlarına gereksinimi azaltıp, hastaların bir çoğunu toplum içinde tedaviye kavuşturan önemli tedavi ajanları olmuşlardır. İlk antipsikotik olan klorpromazin 1950 yılında sentezlenmesine rağmen antipsikotik etkisi ancak iki yıl sonra 1952 yılında Fransa’da Delay ve Deniker tarafından bir rastlantı eseri ortaya çıkmıştır (16,87). Antipsikotiklere başlangıçta majör trankilizanlar, pimoleptikler, antişizofrenikler denmişse de bugün daha çok oluşturdukları nörolojik yan etkiler nedeniyle “nöroleptikler” ya da “antipsikotikler” olarak tanınmaktadır (52,61,74,81). Nöroleptik deyimi, ilk kez 1955 yılında J. Delay tarafından “Neuron” ve “Lepsis” kelimelerinin birleşiminden türetilen ve sinir sistemini tutan, hareketsiz hale getiren anlamında kullanılmıştır (16,81). Nörolojik yan etkileri az ya da hiç bulunmayan antipsikotikler de olmasına karşın nöroleptik deyimi çok yerde antipsikotik ile eş anlam taşımaktadır. Bir zamanlar ilacın nöroleptik yan etkileri ile iyileştirici etkileri arasında bir koşutluk olduğu sanılmışsa da bunun doğru olmadığı anlaşılmıştır (74) .

Rezerpin ve klorpromazin antipsikotik olarak kullanılan ilk ilaçlardır.. Bu ilaçlar sedasyonun dışında hastalardaki psikotik belirtilerin düzelmesine de yol açmıştır.

Antipsikotik ilaçlar içinde rezepin depresyon, hipotansiyon gibi yan etkileri nedeniyle kullanılmazken klorpromazin terapötik değerini korumuş, daha sonra bunları piperazin fenotiyazinler vb. diğer bileşikler izlemiştir. 1958'den itibaren de uzun etkili antipsikotikler kullanılmaya başlanmıştır (9,42).

Klorpromazinin keşfiyle başlayan süreç, tipik ve güçlü nöroleptiklerin tedavide yaygın kullanımı ile devam etmiş; pozitif semptomlarda yüz güldürücü tedavi sonuçlarına rağmen negatif semptomlarda beklenen etkinliğin sağlanamaması, özellikle ekstrapiramidal yan etkiler ve tardiv diskinezi gibi kalıcı geç etkilerin ortaya çıkması yeni arayışlar içine girmeyi zorunlu kılmıştır. Bu arayışların sonucunda 1960 yılında klozapinin bulunmasıyla atipik nöroleptikler gündeme girmişlerdir. Tipik antipsikotiklerden farklı olarak atipik antipsikotikler daha az yan etki göstererek, negatif belirtiler üzerinde daha fazla etkili olarak, tedaviye dirençli hastalar ve yan etkiler nedeniyle ulaşılamayan hastalar için yeni bir kapı aralamışlardır (9, 26,71).

2.1.1. Antipsikotiklerin Etki Gücüne Göre Sınıflandırılması

Antipsikotiklerin en eskisi ve en çok kullanılanı olan klorpromazin, dozaj ve etki gücü açısından başka antipsikotikler için bir karşılaştırma ölçüsü olarak kullanılmaktadır. Terapötik etkileri bakımından aralarında önemli bir fark olmamakla birlikte, bu ilaçlar klorpromazine eş değer dozlarına göre düşük, orta ve yüksek güçlü (potans) olarak üç kümeye ayrılırlar. Genel olarak antipsikotik etki bakımından farklı olmayan bu ilaçlar yan etki profiline göre birbirinden ayrılırlar. Yüksek güçlü antipsikotiklerde yan etki olarak daha çok ekstrapiramidal belirtiler görülürken düşük güçlü ilaçlar daha çok sedatif, antikolinerjik, hipotansif ve epileptojenik etki gösterirler (74,93).

Tablo 1. Antipsikotiklerin Etki Gücüne Göre Sınıflandırılması

Antipsikotik	Ticari ismi	Günlük Doz (Yetişkin)
Yüksek güçlü tipik antipsikotikler		
• Tiyotiksen	Navane	6-30 mg
• Trifluoperazin	Sitilizan	5-60 mg
• Haloperidol	Nörodol	1-15 mg
• Perfenazin	Trilafon	3-24 mg
• Flufenazin	Prolixin	2,5-20 mg
Orta güçlü tipik antipsikotikler		
• Loxapin	Loxitane	25-250 mg
• Molindon	Moban	40-225 mg
• Mezoridozin	Lidanil	10-400 mg
• Asetafenazin	Tindal	20-100 mg
Düşük güçlü tipik antipsikotikler		
• Klorpromazin	Largactil	150-2000 mg
• Tiyoridazin	Melleril	50-800 mg
• Klorprotiksen	Taractan	50-400 mg
Yüksek güçlü atipik antipsikotikler		
• Risperidon	Risperdal	6-16 mg
• Pimozid	Nörofren	2-20 mg
• Olanzapin	Zyprexa	10-15 mg
• Sertandil	Serlect	15-20 mg
Düşük güçlü atipik antipsikotikler		
• Klozapin	Leponex	150-600 mg
• Quetiypin	Seroquel	50-400 mg

Kaynak: Isaac A. Mental Health and Psychiatric Nursing (2001), 3rd. edit. Philadelphia, Lippicott (p.251)

2.1.2. Endikasyonları

Antipsikotik ilaçlar hastalık türüne bağlı olmadan psikoz belirtilerini yatıştırırlar. Antipsikotik ilaçlarla tedaviden yarar gören hedef belirtiler arasında kavgacılık eğilimi, hiperaktivite, düşmanlık duygusu ve düşünceler, negativizm, varsanımlar, sanrılar, uykusuzluk, kendine bakım yetersizliği, yeme bozukluğu ve yalnız kalma eğilimi sayılabilir. Sürengen şizofreni ve demans olgularında diğer belirtilerin verdiği yanıt daha değişkendir ve çoğu kez yeterli değildir (54, 87,93).

Akut ve kronik psikoz semptomlarının tedavisi, şizofreninin profilaksisi, bipolar bozukluğun profilaksisi, Gilles de la Tourette sendromu, psikotik özellikli majör depresyon, majör depresyondaki ajitasyon, dürtüsellik, obsesif kompulsif bozukluk, inatçı hıçkırık, bulantı ve kusma, antipruritik olarak nörodermatit ve bazı egzama türleri antipsikotiklerin kullanım endikasyonlarıdır (53, 74,93)

2.1.3. Etki Mekanizması

Antipsikotik ilaçların etki düzenekleri tam anlamıyla açıklanmamış olmakla birlikte, etkilerinin beyinde striatal ve limbik bölgelerdeki dopamin reseptörlerini bloke etmelerine bağlı olduğu kabul edilir. Tartışmalı olmakla birlikte antipsikotik etkilerinin orta beyin, limbik sistem ve temporafrontal korteksteki D₂ tipi dopaminerjik reseptörlerin blokajı ile ortaya çıktığı sanılmaktadır (41,74,59). Antipsikotik ilaçlar mezolimbik ve mezokortikal nöronların yanısıra orta beyinde substantia nigra ve bazal ganglionlarda nükleus kaudatusa kadar uzanan geniş bir alanda D₂ reseptörlerini bloke ederler ki bu durum “parkinsonizm” denilen yan etkilerin ortaya çıkışına yol açar. Bunun yanısıra antipsikotikler, otonom sinir sistemindeki α -noradrenerjik reseptör blokajı (postural hipotansiyon ve sedasyon), muskarinik asetil kolin reseptör blokajı (antikolinergik yan etkiler), serotonin ve histamin reseptör blokajı (sedasyon ve kilo artışı) yapmaktadır. Yine hipotalamus üzerine olan etki sonucu prolaktin salgısındaki artışın yanısıra, büyüme hormonu (Growth hormon-GH) salgısında inhibisyona neden olur ve bu durum büyüme çağındaki çocuklarda kullanım sırasında önem taşımaktadır. Hipotalamusa olan etki otonomik aktiviteyi de etkiler ve hipotermi-hipertermi durumları ortaya çıkarabilir. Oldukça az görülen “Malign nöroleptik sendrom-MNS” un hipotalamik etki sonucu ortaya çıktığı kabul edilmektedir. İştah artışı ve kilo alma gibi yan etkiler de hipotalamik etki sonucu görülmektedir (10,63).

Atipik antipsikotikler mezolimbik ve mezokortikal bölgeleri daha çok etkileyerek hem negatif hem de pozitif belirtileri tedavi ederken, nigrostriatal ve tuberoinfundubular bölgeyi daha az etkileyerek gerek nörolojik, gerekse hormonal yan etkilerin daha az ortaya çıkmasını sağlar (71,72).

2.1.4. Farmakokinetik Etkileşim

Oral yolla alınan antipsikotikler birbirinden farklı hızla emilip ortalama 2-4 saatte maksimum kan düzeyine ulaşırlar. Damardan verildiğinde daha kısa sürede ve oral uygulamadan 2-3 kez daha fazla kan düzeyinde etkinlik sağlarlar (63). Etki süresi 15-20 dakikada başlayıp 30-60 dakikada maksimum düzeyine ulaşır. Yine ilaçların sıvı şekillerinin kullanımında, tablet şeklindeki kullanıma oranla daha fazla biyoyararlılık

sağlandığı gözlenir. Antipsikotik ilaçlar yüksek oranda lipofilik olmaları nedeniyle yağ, doku membranları ve plazma proteinlerine yüksek oranda bağlanarak kan-beyin bariyerini geçer. Küçük bir grup antipsikotik (örn. thioridazin, sülpirid vb.) hidrofilik özellik gösterir, daha düşük oranda plazma proteinlerine bağlanır ve bu nedenle kan-beyin bariyerini daha düşük oranda geçer (42).

Gebelikte antipsikotik ilaç kullanımı konusunda çok dikkatli olunmalıdır; plasentaya geçip fetal dolaşıma karışır ve süt yoluyla da bebeğe taşınır. Emzirme bu ilaçların kullanımı için bir kontrendikasyon oluşturur (10,42).

İlaçların yarı ömrü, eliminasyon ve vücutta belirli düzey ilaç etkinliğinin sağlanması açısından önemlidir. Belirli düzey ilaç konsantrasyonu ortalama dört ilaç yarı ömrü kadar bir sürede sağlanır. Uzun yarı ömürlü ilaçların belirli kan düzeyine ulaşmaları daha uzun zaman alır. Aynı şekilde vücuttan atılmaları da uzar, bu nedenle uzun aralıklarla uygulanabilir. İlacın beyin yarı-ömrü daha da uzun olduğundan etkisi daha uzun süre devam eder. Eliminasyon yarı ömürleri uzun olduğu için günde tek doz verilebilirler; klozapinin 300 mg'm üzerindeki dozları konvülsiyon riski olduğu için bölünerek verilmelidir (53). Denge durumunun yerleşmesi, ortalama 8-15 gün içinde gerçekleşir. Kronik uygulamada ve depo antipsikotiklerin kullanılmasında klinik etki haftalar boyunca sürebilir (10).

Psikotrop ilaçların pek çoğunda olduğu gibi antipsikotik ilaçlar da karaciğerde mikrozomal enzimlerle okside olup aktif olmayan metabolitlere dönüşür ve bu metabolitler büyük oranda idrar, çok az bir oranda da safra yoluyla atılırlar. Gençlerde bu metabolizma daha hızlı, çocuk ve yaşlılarda daha yavaştır. Standart doz antipsikotik ilaç kullanımında plazma ilaç konsantrasyonu önemli bireysel farklılıklar gösterir ve bu nedenle de klinik etki değişebilir (10).

Genel olarak güven sınırı geniş ilaçlardır. Çok yüksek dozlarda bile ölüme neden olma riskleri çok düşüktür. Bu özellik, hastaların bu ilaçlarla olan intihar girişimlerdeki ölüm olasılığını da azaltmaktadır (42, 76).

Kişide öfori duygusu oluşturmadıklarından, kötüye kullanım ve gerçek bir fiziksel bağımlılık oluşturma riski de yok denecek kadar azdır. Antipsikotik ilacın kesilmesine karar verildiğinde bu işlemin zaman içinde azaltılarak yapılması daha uygun olacaktır. Çünkü ani kesilme durumlarında eksitasyon, ajitasyon tabloları ya da psikoz belirtilerinde artış, akut distoniler, gastrointestinal belirtiler, yorgunluk vb. durumların da ortaya çıkma olasılığı vardır. İlaçların yan etkilerine karşı zaman içinde tolerans geliştirmesine karşın, terapötik etkilerine karşı tolerans ya gelişmez ya da 3-4 sene gibi çok uzun bir zaman dilimi içinde kısmen gelişebilir (42).

2.1.5. Klinik Kullanımı

Hastaların büyük çoğunluğunda, yakından izlenerek ve duruma göre yeterli doz ayarlaması yapılarak verilen antipsikotiklerle, genellikle birkaç saatte ya da gün içinde yatışma olur. Yüksek dozlarda ve sık nöroleptik verilerek yapılan ve hastanın kısa sürede yatışmasını amaçlayan “hızlı nöroleptizasyon” uygulamasının avantajları kontrollü çalışmalarla desteklenmemiştir. Düşük güçlü sayılan ve sedatif etkisi daha çok olan klorpromazin ya da tiyoridazin gibi fenotiyazinler de aynı derecede etkili olabilirler. Fakat akut ve ağır psikozlarda haloperidol hem etki gücü, hem kas yoluyla kullanma kolaylığı nedeniyle en çok kullanılan ilaçtır. Akut taşkınlık durumlarında haloperidol ağızdan ya da kas içi olarak günde iki üç kez olmak üzere ortalama 20-30 mg verildiğinde belirgin yatışma sağlanır. Daha yüksek dozların daha etkili olacağına ilişkin veriler yetersizdir ve nöroleptik yan etki riski fazladır. Ayrıca 50-60 mg'dan daha yüksek dozlarda haloperidolün etkisinin azalabileceğine ve psikiyatrik durumun daha da kötüleşebileceğine ilişkin yayınlar vardır. Klorpromazin, 2-4 öğüne bölünerek ağızdan günde 300-800 mg verilir. Kas yoluyla verilirken nekroz yapabileceğinden damara kaçırılmamasına özen gösterilmelidir. Günde 3-4 kez 25-50 mg kas yolu ile verilebilirse de çok ağırlı olması ve nekroz riski nedeniyle bu yol sık kullanılmamalıdır (74).

Akut durumun yatışması sağlandıktan sonra, hastanın durumuna göre ilacın dozu azaltılarak sürdürüm dozuna geçilebilir. Akut olmayan ve ağır taşkınlık göstermeyen hastalarda genellikle düşük dozlarla başlayıp en uygun antipsikotik ilacın ve en düşük yan etki dozunun bulunmasına çalışılır. Şizofreni gibi süregelen psikozlarda sürdürüm

tedavisi son derece önemlidir. Düzenli olarak uzun süre ilaca devam etmeyenlerde hastalığın alevlenme olasılığı yüksektir (74).

2.1.6. Uyarılar ve Önlemler

Özellikle yüksek dozlar kullanıldığında, daha çok parenteral kullanımda olmak üzere hipotansiyon ortaya çıkar; kısa sürede etkileyen ilaçların intramüsküler (IM) uygulaması sırasında hasta yatar durumda olmalıdır ve en az yarım saat süreyle yatar ya da oturur durumda kalmalıdır. Her IM uygulamadan önce kan basıncı ölçülmeli ve enjeksiyonlar çok yavaş yapılmalıdır. Kan perfüzyonu daha iyi olduğu için enjeksiyon deltoid ya da gluteal kasa yapılırsa ilacın absorpsiyonu daha hızlı olur (31,93).

Antipsikotik ilaçlar yetişkin ve çocuklara reçete edilebilir. Yaşlılarda karaciğer ve böbrek fonksiyonlarındaki azalma nedeniyle yan etkiler daha fazla görülebileceğinden dikkatli kullanılmalıdır. Hamile ve emziren kadınlarda kullanımı önerilmez (41).

Kardiyovasküler hastalığı, kronik respiratuar bozukluğu, hepatik hastalığı hipoglisemisi, konvülsif bozuklukları olanlarda bu ilaçlar dikkatli kullanılmalı; dar açılı glokomu ya da prostat hipertrofisi olan hastalarda ise çok dikkatli kullanılmalıdır. QT aralığı 0.42 saniyeyi geçerse hasta yakından izlenmelidir; 0.52 saniyeyi geçerse doz azaltılmalıdır. Sigara içmenin bu ilaçların metabolizmasını hızlandırdığı ve çoğu nöroleptiğin plazma düzeyini düşürdüğü bildirilmiştir (53).

2.1.7. Toksikite

Toksikite semptomları sık görülen yan etkilerin uzantılarıdır: Antikolinergik, ekstrapiramidal belirtiler, merkezi sinir sistemi (MSS) depresyonunun ardından MSS stimülasyonu; postural hipotansiyonun ardından şok, koma, kardiyovasküler yetmezlik, miyokard enfarktüsü ve aritmi komplikasyonları ortaya çıkarabilir. Konvülsiyonlar geç ortaya çıkar (53).

2.1.8. İlaç Etkileşimleri

Bu ilaçlar sıklıkla antiparkinson ve antidepresan ilaçlarla birlikte verilmektedir. Böyle durumlarda ağız kuruluğu, kabızlık, taşikardi, aritmi gibi antikolinerjik; sedasyon gibi antihistaminik etkiler artar. Bunlar yüksek dozlarda birlikte verildiğinde antikolinerjik sendrom riski de çoğalır (59).

Merkezi sinir sistemi depresyonu yapan maddelerle (sedatifler, alkol vb.) alındığında MSS depresyonunu arttırmırlar. Kan basıncını düşüren diğer ilaçlarla (beta bloker, kalsiyum kanal blokerleri, nitrogliserin türevleri) alındığında hipotansif etkileri artar. Disülfiram (antabuse) ve karbamazepin gibi ilaçlar, yıkımı sağlayan enzimleri uyardığından, antipsikotik kan düzeylerini belirgin derecede düşürebilirler. Lityumun klorpromazin kan düzeyini düşürdüğü bildirilmiştir. Kafein ve nikotin, antipsikotiklerin terapötik etkisini azaltacağından mümkün olduğunca (günde 2 fincan kahve ve 10 adet sigaradan fazla içmemek) az içilmelidir (41,74).

2.2. ANTİPSİKOTİKLERİN YAN ETKİLERİ

Psikotik belirtiler antipsikotik ilaçlarla başarılı biçimde tedavi edilmektedirler. Ancak bu ilaçların yan etkileri, özellikle de motor sistem ile ilgili olanları hastaları ciddi biçimde etkilemekte ve tedaviye uyumu bozmaktadır. Tedaviye uyumsuzluk hastahğın prognozunu her zaman olumsuz olarak etkilemektedir. Bu yan etkilerin hepsinde hem motor hem de ruhsal belirtiler izlenmektedir. Bu belirtiler bazen altta yatan psikoz ile karışmakta bazen de tabloyu karmaşık hale getirmektedir. Bu semptomları tanımak, psikotik belirtilerden ayırmak ve etkin biçimde tedavi etmek önem taşımaktadır (6).

Antipsikotik ilaçlar tıpta kullanılan en güvenli ilaçlar arasında yer alır. Ekstrapiramidal yan etkiler dışarıda tutulacak olursa, ortaya çıkarttıkları önemli sorunların görülme sıklığının düşük olduğu söylenebilir. Yan etkiler siktir, ancak tehlikeli değildir.

2.2.1. Nörolojik Yan Etkiler

Özellikle tipik antipsikotiklerle tedavide çok sık karşılaşılan nörolojik yan etkiler ekstrapiramidal yan etkiler, malign nöroleptik sendrom, epilepsi riski, sedasyon gibi yan etkilerden oluşmaktadır.

Ekstrapiramidal Sendrom (EPS)

Antipsikotik ilaçların kullanımı sırasında dört çeşit EPS görülür. Bunlar Akut Distoni, Akatizi, Parkinsonizm ve uzun süreli ilaç kullanımı sonucu ortaya çıkan Geç (Tardiv) Diskinezidir (10). Ekstrapiramidal yan etkiler yoğun sıkıntı kaynağıdır. Yeti kaybına sebep olur ve tedaviye uyumu etkilerler. Görülme oranı genel olarak % 2-100 olarak verilmektedir. Bu oranlar ilaçlar arasında değişiklik göstermektedir (6).

Klozapin dışındaki tüm antipsikotikler tedavi dozlarında striatal D₂ reseptörlerini %70-90 oranında bloke eder. D₂ reseptörleri %80 ve daha yüksek oranda bloke olduğunda ekstrapiramidal yan etkiler gelişmektedir. Klozapin striatal dopamin reseptörlerini %30-60 oranında bloke eder (6).

Akut Distonik Reaksiyonlar: EPS ile ilgili yan etkiler içersinde en erken görülendir. Genellikle tedaviye başlanmasını takip eden ilk 24-48 saatte ortaya çıkarlar. Büyük kas gruplarının katıldığı istem dışı kasılmalarla karakterize bir tablodur. Çoğunlukla yüksek güçlü antipsikotik ilaçlar daha çok akut distoniye neden olurlar. Dil, yüz, göz, boyun, ense, sırt kaslarında kasılmalar olur. Bu kasılmalar bazen kısa, bazen de uzun sürelidir. Hastanın boynu geriye doğru kasılarak tortikolis görünümünü verebilir. Göz kaslarının nöbet nöbet kasılması ile gözler yana, yukarı doğru çekilebilir. Dil büyüyerek dışarıya doğru uzanabilir. Çene kasılması olabilir. Dispne ile giden laringeal ya da faringeal spazm ya da hayatı tehdit eden solunum zorluğu gelişebilir. Belirtilere, korku ve bunaltı eşlik eder. İlaçların hemen kesilmesi yarar sağlayabilir (6,10,31,74,93).

Akut distonik reaksiyon genel olarak tehlikeli olmamakla birlikte hasta ve aile yönünden çok korkutucu ve etkileyici bir tablodur. Akut distonik reaksiyonlara neden olma potansiyeli fazla olan antipsikotikler kullanılacaksa ya beraberinde antikolinergik ilaç başlanmalı ya da hasta ve yakınlarına bu yan etki hakkında bilgi verilmelidir. Aksi takdirde hasta ve yakınlarının sağlık ekibine ve tedaviye olan güvenleri tedavinin daha başlangıcında sarsılacak ve hastada ilaç kullanmaya karşı şiddetli bir direnç oluşacaktır (31).

Hastada ilaç kullanma öyküsü alındığında tanı kolayca konulabilir. Ayırıcı tanıda “tetanoz, epilepsi, hipokalsemiye bağlı tetani ve konversiyon reaksiyonu” akla gelmelidir. Bu reaksiyonlar özellikle ergenlerde ve genç erişkin erkek hastalarda daha sık görülmektedir. Distoninin görülme sıklığı ortalama %10 oranındayken; bazı araştırmalarda %90 ‘a kadar çıkmaktadır (6).

Akut distonik reaksiyonun oluş mekanizması tam açık olmamakla birlikte bazal ganglionlardaki dopaminerjik hiperaktiviteye bağlı olduğu sanılmaktadır. Bazı çalışmalarda, ani dopaminerjik blokajın distoninin nedeni olduğu ileri sürülmektedir. Buna karşılık tedavisi oldukça açık, kesin ve çabuktur. Enjektabl antikolinergik-antiparkinsoniyen ilaçlardan Biperiden, Benztropin ya da antihistaminik ilaçlardan Difenhidramin bu amaçla kullanılabilir. Parenteral tedavinin daha çabuk etkili oluşu nedeni ile damar içi uygulama tercih edilir. Bazı klinisyenler aynı amaçla Diazepam’ın damar içi kullanımının da yararlı olduğunu bildirmişlerdir (6,10,31,74,93).

Akatizi: Akatizi antipsikotik ilaç tedavisi sırasında yaklaşık % 20 oranında görülen ve yoğun sıkıntı veren bir yan etki olup, EPS’nin yaklaşık %50’sini oluşturur (42,76). Eski Yunanca’da oturamama anlamına gelen akatizi subjektif bir müsküler huzursuzluk hissi olup hastalarda huzursuz dolaşma, oturup kalkma, ekstremitelerde sallanma, ajitasyon, ve sıkıntı hali olarak gözlenir. Objektif motor belirtiler gösteren, ancak subjektif rahatsızlık belirtisi göstermeyen olgular “yalancı akatizi” olarak tanımlanır. Akatizi tedavinin erken dönemlerinde ortaya çıkar ve şiddeti ikinci ayda en üst düzeye ulaşır. Çoğu kez doğru tanı konulamadığında da hastanın psikotik durumunda bir artış ve kötüye gidiş olarak değerlendirilir ve bu durumda antipsikotik

dozunun arttırılması tabloyu daha da kötüleştirir. Akatizi de distonik reaksiyonlar gibi hastada ilaç almaya karşı isteksizlik yaratan ve tedaviye uyumu bozan bir durum olduğundan tanınması ve tedavisi önem taşımaktadır (3,31). Tedavide öncelikle antipsikotik ilaç dozunu azaltmak, düşük etkili bir antipsikotik tedavisine geçmek, düzelme olmazsa antiparkinsoniyen, antikolinergik ya da benzodiazepin grubu ilaçları kullanmak yararlı olabilir. Ayrıca beta blokerler ve merkezi noradrenergik aktiviteyi azaltan antihipertansif ilaçlar etkili olabilir (10,31,53,74,79)

Belirtilerin oluş mekanizması tam olarak anlaşılammakla birlikte mezokortikal dopaminerjik reseptörlerin blokajı sonucu oluştuğu düşünölmektedir (6,10,93).

Parkinsonizm: Antipsikotik kullanımı sırasında ortalama %10-30 hastada ortaya çıkar ve EPS'nin %40'ını oluşturur.(10,42). Daha çok yaşlı, kadın, ve ailevi geçmişinde parkinson öyküsü olan hastalarda görülür (42). İlacın yol açtığı parkinsonizm (psödoparkinsonizm), tremorun daha az belirgin olması dışında parkinsonizmin diğer şekilleri ile benzerlik gösterir. Tremor, kas rijiditesi, akinezi (ya da bradikinezi), postür değişiklikleri, maske yüz, ayak sürüyerek yürüme gibi belirtiler vardır. Tremor saniyede 4-8 kez olmak üzere her iki el parmaklarında "para sayar ya da hap yuvarlar" biçimindedir. Soğukla, emosyonla, yorgunlukla ve dinlenirken artar. Bu sendrom genellikle tedavinin ilk haftaları içinde ortaya çıkar. Rijiditeye tremor da eşlik ettiğinde "dişli çark" bulgusu elde edilir. Tedavide antikolinergik, antiparkinsoniyen (örn. Biperiden) ilaçlar kullanılır (6,10,42,74,76,81)

Geç (Tardiv) Diskinezi: Akut distoni, akatizi ve parkinsonizme göre daha seyrek görölen, fakat giderilmesinin zor olması nedeni ile daha ciddi sayılabilecek bir yan etkidir. Geç diskinezi, uzun süre antipsikotik ilaç alımına bağılı olarak, özellikle yüzde, dilde ve çenede ortaya çıkan, istem dışı hareketlerle belirli, süregen bir hareket bozukluğudur.

Teşhis için üç özelliğın bulunması gerekir:

1. En az üç aylık süre ile, aralıklı ya da sürekli olarak antipsikotik kullanılmış olmalıdır.

2. En az bir ya da daha fazla bölgede orta derecede istem dışı hareketler olmalıdır.
3. Hareket bozukluğuna neden olan diğer nedenler dışlanabiliyor olmalıdır.

Göz kırpma, alt dudakta sarkma, dudaklarda büzüşme, dudak şapırdatma, emme ve çiğneme, dilde ritmik hareketler, baş ve boyun bölgesinde tremor, baş sallama, gövdede bükülme ve dalgalanma, kol ve bacaklarda kıvrılma, koreiform (solucanvari) hareketler ve sürtünme hareketleri olabilir. Geç diskinezinin erken belirtisi dilde belli belirsiz solucanvari hareketlerin ortaya çıkmasıdır (6,76,81).

Antipsikotik kullanan kişilerde ortalama yaygınlığın %15-20, uzun süre nöroleptik alanlarda ise %20-30 arasında olduğu bildirilmektedir (10,74,76). Amerikan Psikiyatri Birliği (American Psychiatric Association-APA)'nin oluşturduğu "Tardiv Diskinezi üzerine çalışma grubu"nun verilerine göre görülme sıklığı genç erişkinlerde antipsikotik kullanılan her yıl için %5, yaşlı hastalarda bir yıllık tedaviden sonra %30'dur (31).

İlaç kullanma süresi uzun olanlarda, 60 yaşın üstündeki hastalarda, kadınlarda, yüksek dozda antipsikotik alıp birden bırakanlarda, antipsikotiklerle birlikte antiparkinson ilaç kullananlarda, affektif bozukluğun tedavisi için antipsikotik alanlarda geç diskinezi riski daha yüksektir (10,76). Erken tanınır ve hemen ilaç kesilirse bu hastalarda %40-70 oranında düzelme olur. Bazen bu durumu şizofrenik hastalarda görülen stereotipik hareketlerden ayırmak güç olur. Özellikle hareketli ve duygulanım bozukluğu tanısı konmuş hastalar bu belirtileri erken dönemde farkederken, kronik ve yataklı kurumlardaki hastalar daha az tanımlayabilmektedirler. Çok kısa süre antipsikotik kullanan hastalarda az da olsa geç diskinezi görüldüğü bildirilmişse de genel olarak en az 3-6 ay sürekli antipsikotik kullanmış hastalarda bu tanıyı koymak doğru olur (53,59,74,76,81,93).

Antipsikotik ilaçların birden bırakılması sonucu hastalarda "geçici diskinetik hareketler" görülebilir ve bu durum daha sonraki gün ya da haftalar içinde düzelir. Bu fenomen "yoksunluk diskinezisi" olarak bilinir ve daha sonra antipsikotik ilaçlara

devam edildiğinde kalıcı diskinezi ortaya çıkmasının erken habercisi olarak değerlendirilir.

Geç diskinezinin oluş düzeneği açıklanmamıştır. Bazal ganglionlarda dopamin reseptörlerinin uzun süre bloke edilmesi ile aşırı duyarlılığın gelişmesi ve postsinaptik dopamin reseptörlerinde etkinlik artması ile ortaya çıktığı sanılmaktadır (74).

Geç diskineziyi önlemenin en iyi yolu onu erken tanımak ve bu durumda ilaç dozunu azaltmak ya da tümden kesmektir. Bu nedenle de kronik antipsikotik tedavisindeki hastaların 6-12 aylık sürelerle kontrol edilip değerlendirilmesi gerekir. İlacın kesilmesi halinde psikozun alevlenmesi hastanın uyumunu ileri derecede bozarsa hekim, aile ve hasta tedavinin yeniden başlamasını isteyebilirler. Bu durumlarda hasta ve yakınlarının bilgilendirildiğini gösteren bir onay belgesinin alınması gerekir (10,76,81). Geç diskinezi tedaviye dirençli bir yan etkidir. Antipsikotik bırakıldıktan sonra aylarca, yıllarca belirtiler az çok azalarak ya da hiç düzelmeden devam edebilir. Özgül bir tedavisi yoktur. Antiparkinson ilaçlar geç diskinezi belirtilerini genellikle arttırır. Beta-blokerler, antihistaminikler, lityum, benzodiazepinler ve başka ilaçlar denenmişse de belirgin yarar sağlanamamıştır. Geç diskinezinin tedavisinde önemli nokta, ilaçların etkili olabilen en düşük doz ve sürede kullanılarak geç diskinezi riskini azaltmaktır (48,74,93).

Malign Nöroleptik Sendrom (MNS)

Antipsikotik kullanımı sırasında nadir görülen, ancak yaşamsal önemi olan bir durumdur. Antipsikotik kullananlarda yaygınlık oranı %0.5-2.5 arasında bildirilmiştir; fakat kesin antipsikotik yan etkisi olduğu kanıtlanmış değildir. Nadiren Antidepresanlar, antikonvülsanlar, antiemetikler ve antiparkinsonyen ilaçlarla da benzer şekilde klinik bulgular ortaya çıkabilir (70). Mortalite riski oldukça yüksektir (%4-20). MNS gösteren hastaların çoğunun daha çok kas yoluyla olmak üzere haloperidol ya da depo flufenazin aldıkları; bunlardan %50'sinin aynı zamanda antiparkinson veya antidepresan ilaç kullandığı, %20'sinin de birlikte lityum aldığı bildirilmiştir.

MNS klinik belirtileri ve bulguları sıklık sırasına göre; yüksek ateş, yüksek serum kreatin fosfokinaz, taşikardi, kaslarda katılık (rijidite), bilinç bulanıklığı, lökositoz, labil hipertansiyon, ağır diyaferez, tremor, inkontinanstır. Daha seyrek olarak epilepsi, babinski, opistotonus ve trismus görülür. Hastaların dörtte birinde stupor, koma ve ölüme kadar gidebilen ciddi bozukluklar oluşur. Bu bozukluk daha sık olarak genç, şizofrenik olmayan, yüksek güçlü antipsikotiklerin kısa sürede yüksek dozlara çıkılarak verildiği hastalarda görülmüştür. Etyolojide daha çok bazal ganglionlar ve hipotalamus üzerinde durulup dopaminerjik aktivitenin birden azalması ya da kolinerjik aktivitenin birden artışının bu bozukluğa neden olduğu ileri sürülmüştür. Bunun yanısıra hastalarda dehidratasyon önemli bir predispozan etkidir (76,81).

Tedavide en önemli nokta belirtilerin erken tanımlanıp antipsikotiklerin kesilmesi ve yaşam fonksiyonlarının düzeltilmesine yönelik koruyucu ve destekleyici yaklaşımdır. Vücut ısısını düşürmek, dehidratasyonu önlemek, elektrolit dengesini sağlamak gerekir. Yaşam belirtilerindeki bozuklukların yakından izlenmesi, sekonder enfeksiyonların önlenmesi ve böbrek fonksiyonlarının kontrolü gerekir. Ölüm genel olarak solunum yetmezliği, kardiyovasküler kollaps, aritmi, pulmoner emboli ve böbrek yetmezliği gibi komplikasyonlar sonucu ortaya çıkar (70,74,81).

Özel bir tedavisi olmamakla birlikte son yıllarda kas gevşetici olarak dantrolen, dopamin antagonisti olarak bromokriptin ve amantadin gibi ilaç tedavileri üzerinde durulmuştur (6,70). Sedasyon için benzodiazepinler önerilmektedir. Ağır psikoz durumunda EKT önerilir. MNS açısından karbamazepin güvenli bir ilaçtır (70,74).

Epilepsi Riski (Konvülsiyonlar)

Antipsikotikler genel olarak epilepsi eşiğini düşüren ilaçlardır. Bu etki en belirgin olarak düşük güçlü antipsikotiklerden klorpromazinde vardır. Normal bir tedavi için fazla önemli olmayan bu özellik, nöbetleri güçlükle kontrol edilen epilepsi vakalarında ve alkol ya da madde bağımlılığı olan epileptik hastalarda ilaçların kesilme döneminde (yoksunluk sendromu) önem kazanır. Böyle durumlarda ilaç dozunu azaltmak ve yüksek güçlü antipsikotik ilaçlara geçmek, bunun yanısıra antikonvülsif

ilaçlara başlamak ya da kullanıyorsa dozu arttırmak gerekli olabilir (10). Malindon ve flufenazin bu konuda en güvenli antipsikotiklerdir (31,74,93).

Antipsikotikler Elektroensefalografi-EEG'de yaygın yavaşlama yaparlar. Yüksek doz, ani doz değişiklikleri, organik ruhsal bozukluk veya önceden epilepsinin ya da EEG bozukluğunun varlığı, antipsikotiklerin ani kesilmesi, ilacın sedatif özellikleri, sedatif hipnotik ve alkol yoksunluğu gibi sebepler epilepsi ihtimalini artırır (6).

Sedasyon

Antipsikotik alan hastalarda parkinsonizm etkilerine bağlı olmayan bir hareket yavaşlaması, istek ve enerji azlığı, miskinlik, tembellik ve uykuya eğilim görülebilir. Antipsikotiklerin ilk kullanıldığı dönemlerde sedasyonun ilaç etkinliği için gerekli olduğu düşünülürken bugün bunun doğru olmadığı anlaşılmıştır. Bu etkiler düşük güçlü klozapin, klorpromazin, tiyoridazin ile daha belirgindir. Sedasyon genel olarak birkaç gün ya da hafta içinde azalarak kaybolur. Miskinlik, tembellik ve uykuya eğilim durumunun ne kadarının hastalığın belirtileri, ne kadarının ilaç yan etkisi olduğunu ayırt etmek güç olabilir. Gerekiyorsa doz azaltılır ya da ilaç değiştirilebilir. Geceleri sedasyon ve hipnotik etki arzu ediliyorsa ilacı yatmadan önce alması önerilir (10,54,58,74).

2.2.1. Antikolinergik Yan Etkiler

Antikolinergik yan etkiler daha çok düşük güçlü antipsikotiklerin kullanımı sırasında en sık karşılaşılan yan etkilerdir. Antipsikotiklerle beraber bu ilaçların EPS yan etkileri için profilaktik olarak antikolinergik ajanların da kullanıldığı durumlarda çok daha sık ve şiddetli olarak görülürler (59).

Antipsikotik ilaçlar "muskarinik" olarak da bilinen kolinerjik reseptörleri bloke ederler. Bu reseptörler nöronlar arasında asetilkolin salınımını düzenlediğinden parasempatik sinir sistemi etkisi de antagonize edilir. Antipsikotik ilaçların antikolinergik yan etkileri sonucu görülen belirtiler deride sıcaklık, yanma ve kuruluk,

gözde pupillada genişleme, göz içi basıncı artışı ve akomodasyon kusuru, ağızda kuruluk, gastroentestinal sistemde sekresyon azalması, konstipasyon, idrar retansiyonu ve ejakülasyon gecikmesidir. Bu nedenle dar açılı glakom, ağız ve diş sorunu olan hastalarla, solunum, kardiyak, gastroentestinal sistem bozukluklarında ve prostat hipertrofinde kullanılmaması ya da çok dikkatli kullanılması gerekir. İlaç kullanımı gerekli olan durumlarda güçlü antipsikotikleri tercih etme ve dozu azaltma, gerekli hallerde semptomatik tedavi önerilebilir. Tiyoridazin antipsikotik ilaçlar içinde en fazla antikolinergik etkisi olan ilaçtır (10,31,53,58,59).

Antipsikotiklerin merkezi antikolinergik yan etkileri, başta konsantrasyon ve bellek bozukluğu olmak üzere bilişsel işlevlerde bozulmadır. Yüksek doz antipsikotik kullanımı veya kişisel duyarlılık gibi durumlarda antikolinergik sendrom denilen bir deliryum tablosu gelişir. Bu tabloyu oluşturan semptomlar cilt ve mukozalarda kuruluk ve sıcaklık, pupillerin dilate olması, barsak seslerinin kaybolması, huzursuzluk, ajitasyon, konfüzyon, yönelim bozukluğu, varsamılar, taşikardi ve idrar retansiyonudur (6,31).

2.2.2. Dolaşım Sistemi Yan Etkileri

Ortostatik hipotansiyon: Antipsikotik ilaçların hipotalamik ve periferik alfa adrenerjik blokaj yapıcı etkisi sonucu ortostatik hipotansiyon ortaya çıkabilir. Bu durum düşük güçlü antipsikotiklerde daha sık görülür ve önceden postural hipotansiyon öyküsü olan hastalarda, yaşlılarda sorun oluşturabilir. Özellikle klorpromazin kas yoluyla verilince kan basıncı denetimi sık yapılmalıdır. Hafif hipotansiyon, hastaların birden ayağa kalkmamaları ve bir süre uzanmaları ile giderilebilir. Vazodilatasyon nedeniyle burun tıkanıklığı görülebilir (en çok tiyoridazin ve klorpromazin ile) (10,74).

Kalp üzerine etkileri: Antipsikotik ilaçlar kalp üzerinde, antiaritmik etki gösterir. Hipotalamustaki sempatik aktiviteyi antagonize etmeleri ve lokal anestetik özellik göstermeleri nedeni ile kalp hücre zarını stabilize ederler, bu şekilde antiaritmik etki gösterirler. Antipsikotik ilaçların kalp üzerine koruyucu veya toksik olup olmadığı kullanılan ilaca, doza ve hastanın kalp durumuna bağlıdır. Düşük güçlü ilaçlar, özellikle

de tiyoridazin, daha yüksek oranda kardiyotoksik etki gösterir. Hastaların çoğunda bunların klinik açıdan önemi yoktur.

Elektrokardiyografi-EKG iletim bozuklukları görülür. T dalgasında küntleşme, tersine dönme, genişleme, derinleşme, ST segmentinde çökme, QT aralığında artma, PR uzaması, U dalgalarının ortaya çıkması, kalp hızında artma olabilir. Ventriküler aritmi ihtimali artar. Çok ender görülen ani ölümlerin ise fatal ventriküler aritmi sonucu olabileceği bildirilmiştir (6,10,93).

2.2.3. Endokrin, Hipotalamik ve Cinsel Yan Etkiler

Antipsikotik ilaçlar, iştah değişiklikleri, kilo alma, sıvı tutulumu, göğüslerde büyüme ve dolgunluk, galaktore, libidoda azalma ve erkeklerde ejakülatuar yetersizlik ve kadınlarda ovülasyonda gecikme ve amonoreye neden olabilirler (93)

Kilo alma: Kilo alma sıklığı tam olarak bilinmemektedir. Düşük güçlü antipsikotikler daha büyük sıklıkla (en sık klorpromazin) kilo almaya neden olur. Genellikle tedavinin ilk on ayı içinde hastalar üç-beş kilo alırlar. Ya altı ile yirmi dört ay civarında kilo alımı durur ya da sorun çıkaracak şekilde sürüp gidebilir. Trigliseridler etkilenmeden kanda lipid ve kolesterol düzeyi artabilir. Bu konuda molindon sorun çıkarmayan bir antipsikotiktir (40,42,79,93).

Cinsel yan etkiler: Antipsikotik ilaç tedavisi her iki cinste de hormonal değişikliklere neden olabilir. Antipsikotik ilaçların antidopaminerjik etkisi sonucu prolaktin salgımadaki artış kadınlarda galaktore, libido azalması, menstruasyon sıklığı ve oranında azalmaya yol açar. Sürekli olarak amonore ve galaktorenin oluşu, antipsikotik dozunu azaltmanın yanısıra bromokriptin tedavisini gerektirir. Galaktore ve amonore sıklığı değişik araştırmalarda %0-80 arasında verilmektedir. Jinekomastide hastalar göğüslerinde duyarlılık ve şişkinlik olduğundan yakınır; seyrek görülür. Cinsel işlev bozukularının sıklığı tiyoridazin, mesoridazin ve klorpromazin ile daha yüksektir. Ancak tüm antipsikotikler cinsel işlev bozukluğuna neden olabilir. Bu bozukluklar libido azlığı, orgazm olamama, ereksiyonu sürdürmemeye, vaginal salgıda azalma ve retrograd ejakülasyon bozukluğu şeklindedir (79,93). Klimisyenler çoğu

zaman psikotik bir hastada ilaçların seksüel yan etkilerini sorgulamayı önemsememektedirler. Oysa bu alandaki yan etkiler tedaviye uyumu en çok etkileyen yan etkilerdendir. Bu nedenle hastalar önceden bu konuda uyarılmalı; tedavi sırasında seksüel yan etkilerin çıkıp çıkmadığı araştırılmalı ve hastayı rahatsız edecek ölçüde olanların giderilmesine çalışılmalıdır. Bunun için doz azaltılması ya da antipsikotiğin türünün değiştirilmesi yeterli olabilir. Bu yeterli olmadığında cinsel ilişkiden bir-iki saat önce kolinerjik ajan betanekol veya antiseratonerjik etkili bir antihistaminik olan siproheptadin veya alfa2 adrenoreseptör antagonisti yohimbin'in kullanılması cinsel işlev bozukluklarını düzeltebilir (31,42). Antipsikotik ilaçlar büyüme hormonu ve adreno kortikotropik hormon-ACTH düzeylerini klinik belirti vermeksizin azaltabilirler.

Vücut ısısı değişiklikleri: Santral hipotalamik ve periferel adrenerjik blokaja bağlı olarak vücut ısısında hem artmaya hem de azalmaya neden olabilirler. Hastalar sıcak ve nemli ortamlardan uzak durmaları ve yeteri kadar sıvı almaları konusunda uyarılmalıdırlar (10,42).

Seker metabolizması üzerine etkileri: Antipsikotik ilaçlar bazı hastalarda hiperglisemik etkiye neden olabilirler. Bu nedenle diabetik hastalarda antidiabetik ilacın dozunu yeniden ayarlamak gerekebilir. Öte yandan diabete yatkın kişilerde de hiperglisemik ataklar ortaya çıkarabilir (42).

2.2.4. Oküler Yan Etkiler

Uzun süre ve düşük güçlü antipsikotiklerin kullanımı sonucunda lens, kornea, kojonktiva, retina ve deride pigmentasyon artışı görülebilir. Özellikle tiyoridazinin yüksek dozlarda (800 mg /gün üzerindeki doz) alınması sonucu görme bozuklukları ortaya çıkabileceğinden dikkatli olunmalıdır (42,58).

2.2.5. Dermatolojik Yan Etkiler

Antipsikotik ilaçların kullanımında 2-10 hafta içinde eritamatoz, makülopapüller, kaşıntılı, yüz, boyun, beden ve ekstremitelerde allerjik belirtiler görülebilir. Pek çok hastada bu durum ilacın kesilmesi sonucu düzelir. Özellikle düşük güçlü antipsikotikleri

kullanan hastalarda aşırı güneşte kalmaya bağlı ağır yanıklara benzer belirtiler ve sık olmamakla birlikte deride gri-mavi bir renk değişimi görülebilir. Yine seboreik dermatit sık görülen bir yan etkidir (6,42,76).

2.2.7. Diğer Yan Etkiler

Hepatik Yan Etkiler: Tıkanma sarılığına benzer belirtiler olabilir. Çoğu antipsikotikle, tedavinin ilk dört haftası içinde, hastaların %0.1'inden azında ortaya çıkar. Prodromal belirtiler gösterebilir. Prodromal belirtiler arasında ateş, titreme, bulantı, epigastrik veya sağ kadranda abdominal ağrı, yorgunluk ve döküntü vardır. Klinik görünüm değişkenlik gösterir. Hafif belirtilerle birlikte hafif sarılık veya belirtisiz olarak karaciğer işlev testlerinde bozukluk olabilir. İlaç kesildikten sonra belirtiler 2-8 hafta içinde tamamen düzelir. Klorpromazin ile daha sık görülür (53,76,93).

Hematolojik Yan Etkiler: Düşük etkili antipsikotik ilaçların kemik iliğinin bazı elementlerine hafif toksik etkisi vardır. Bunun sonucu gelip geçici bir lökopeni ve çok nadiren de agranülositoz görülür. Çoğu antipsikotikle, tedavinin ilk dört haftası içinde ortaya çıkar. Agranülositoz oranı 3000-4000 hastada birdir. Atipik antipsikotiklerden klozapin de bu oran %2 kadardır. Bu nedenle klozapin tedavisindeki hastaların çok yakın olarak izlenmesi gerekir. Haftada bir kan sayımı yapılmalı ve beyaz küreler 3000 hücre / mm³ , granülositler 1500 hücre / mm³ altına düştüğünde tedavi bırakılmalıdır. Tüm bu tedbirlere rağmen 1991 yılında A.B.D.'nde agranülositoz tanısı konmuş 15.000 hastadan üç tanesi ölmüştür (10,51,53).

Diğer etkiler: Disfaji, boğulma hissi, kabuslar, priapismus, intihar girişimleri (akutiziye bağlı), geç distoni, tikler ve ven trombozu bildirilmiştir (93).

2.3. ANTİPSİKOTİK TEDAVİYE UYUM

Tedaviye uyum (compliance-adherence) hastanın sağlıkla ilgili önerileri kabul etmesi ve uyması olarak tanımlanabilir (2,5,7,33,61,68). Belirlenen tarihte kontrole gelmek, bir tedavi programına başlayıp tamamlamak, ilaçları önerilen dozda ve sürede

kullanmak, davranış ve diyetle ilgili verilen değişikliklere uymak tedaviye uyumun birer ögesidir (5). Antipsikotik ilaçların psikotik bozuklukların tedavisinde ve relapsları önlemedeki yeri ve önemi bir çok çalışma ile kanıtlanmıştır; ancak genel olarak bu ilaçlara uyumun az ya da kötü olduğu da bilinmektedir (33). İlaç tedavisine karşı uyumsuzluk psikiyatrik hasta popülasyonunda %20-80 oranında karşılaşılan ciddi bir sorundur. Bu oran ortalama %50 olarak kabul edilmektedir (11).

Uzun süre veya ömür boyu ilaç kullanılması gereken ciddi ruhsal bozukluklarda ilaç uyumu, hastalığın seyri açısından büyük önem taşır. Özellikle sürdürüm tedavisi sırasında sıkça karşılaşılan uyumsuzluğun, hastalığın seyrinde erken alevlenmelere neden olduğu ve bu durumun tedavi maliyetlerini ve hastanın topluma uyumunu olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir. (25,61,78).

İlaç uyumsuzluğu relapsların ana nedenlerinden biridir (29). Tüm hastaneye kabullerin %20-25'inin ilaç uyumsuzluğu nedeniyle olabileceği öne sürülmüştür. Aslan, ülkemizde yapılan bir çalışmada ayaktan izlenen 146 hastanın %69.9'unun ilaç tedavisine uyumunun yeterli olduğunu, başka bir çalışmada ise hastaların %34'ünün düzenli, %22'sinin düzensiz olarak tedaviyi sürdürdüğü, %44'ünün ise ilk görüşmeden sonra tekrar gelmediğini bildirmiştir (5). Ülkemizde şizofreni tanılı hastalarda yapılan bir yıllık çok merkezli bir çalışmada hastaların %77'sinin uyumu iyi, %17'sinin orta, %6'sının uyumunun kötü olduğu bildirilmiştir (25). Yurtsever (92) çalışmasında psikotrop ilaç kullananların üçte ikisinin ilaçları birinci ayın sonunda bıraktıklarını ve tedavisini erken bırakan hastaların %50'sinde hastalığın tekrarladığını belirtmiştir. Aker ve arkadaşlarının (2) 2000 yılında psikotik bozukluk tanısı almış 37 erkek hastada yaptıkları bir çalışmada, hastaların %75.7'sinin ilaç tedavisine uyumunun bütünsel değerlendirilmesinde tamamen bozulma olduğu, %45.9'unun hiç bir şekilde ilaç kullanmadığı ve tedavinin kendi istekleri dışında sürdürüldüğü belirtilmiştir. Popowski (78), psikiyatrik ilaçlara uyumsuzluğun %30-60 oranında olduğunu ve hastaların %31'inin ilaçları sağlıklarını tehlikeye sokacak şekilde kullandıklarını bildirmiştir.

Doğurduğu ciddi sonuçlar nedeniyle, ilaç uyumsuzluğun önlenmesi veya ilaç uyumunu arttırma hasta ve sağlık ekibi için tedavinin en önemli amacı olmalıdır. Bu

yönde ilk yapılması gereken şey, uyum veya uyumsuzluğu etkileyen etkenleri tanımak ve önlemektir. Uyum davranışını açıklamada rol teorisi ve sağlık inanç modelinden yararlanılmaktadır ancak uyumu etkileyen bir çok etkenin olması nedeniyle bu teorilerin yetersiz kaldığı düşünülmektedir (33). Uyumsuzluk etkenlerini; hastaya ilişkin etkenler, hastalığa bağlı etkenler, çevresel ve tedavi ortamıyla ilgili etkenler, tedavi ekibiyle ilgili etkenler, ilaçla ilgili etkenler, aileye ilişkin etkenler, şeklinde sınıflandırmak mümkündür (2,7,69).

Hastaya ilişkin etkenler: Her cins, yaş ve sosyal sınıfta uyumsuzluk gözlenebilir. Tedaviye daha önceden uyumsuzluk göstermiş olmak sonraki uyumsuzluğun en önemli göstergesidir. Sosyoekonomik durum, hastaneye yatışlar, hastanın hastalık ve ilaçla ilgili inançları, hasta olmadığına dair inancı, hastalığın ve ilacın algılanan ciddiyet ve yararı, hastanın incinebilirliği ve kişiliği önemli öğelerdir. Özellikle narsistik ve paranoid kişilik özellikleri uyumu olumsuz biçimde etkilemektedir (2,7,68). Yine kişinin iç ya da dış kontrol odaklı olması da uyumu etkileyen nedenlerden biridir. İç odaklı kişiler yaşamlarının sorumluluğunu üstlenirken dış odaklı kişiler yaşamları üzerindeki kontrolü kader ya da şansa bağlarlar. İkinci gruptaki insanlar, sağlıkları üzerinde değişiklik yapamayacaklarına inanırlar ve bu yüzden de daha fazla uyumsuzluk gösterirler (68).

Hastalığa bağlı etkenler: Uyumsuzluk akut dönemde psikotik dağınıklık ve içgörü yetersizliği gibi belirtilerin şiddetiyle ilişkilidir. Özellikle grandiyöz ve paranoid sanrıların ön planda olduğu pozitif semptomlar ilaç uyumunu ciddi bir biçimde bozmaktadır (33,69,68).

İç görü eksikliği, kişinin hastalığa karşı olan umutsuzluğu, yetersiz bilgilenme, yan etkiler ve hastalık süresi tedavi uyumunu önemli ölçüde etkilemektedir. Aslan'ın çalışmasında ilaçlardan beklentisi yüksek olan, hastalığının ruhsal olduğunu düşünen, ruhsal tedaviye kendisi ve çevresi olumlu bakan hastaların kontrollere daha düzenli gelip, tedaviyi düzenli uyguladıkları görülmüştür (5).

Yapılan çalışmalarda şizofrenisi olan hastalarda psikoaktif madde kullanımının, ilaç uyumunu ciddi bir biçimde bozduğu bildirilmektedir. Ayrıca negatif belirtiler, motivasyon eksikliği ve apati de uyumu bozan etkenlerdir. Aker ve arkadaşları (2) (2000), hastalığın süresinin uzun ve yatış sayısının fazla olmasının ilaç uyumsuzluğunun şiddeti ile ilişkili olduğunu saptamışlardır. Coldham ve arkadaşları (14) (2002) ilk epizodu geçirmekte olan psikoz hastalarıyla yaptıkları bir çalışmada, yaşı daha genç, hastalık öncesi işlevselliği daha kötü , iç görüşü daha az ve madde kullanımı olan hastaların uyumlarının ve yaşam kalitelerinin daha kötü olduğunu bulmuşlardır.

Çevresel ve tedavi ortamıyla ilgili etkenler: Aile, arkadaş desteği veya bir işte çalışıyor olmak uyumu etkiler. Sağlık sisteminin yapısı, coğrafi uzaklık, bekleme süresi, ayaktan tedavinin yürütüleceği merkezlerin olması, ilaç maliyetleri de uyumu etkileyen diğer etkenlerdir (1,2,7,68).

Tedavi ekibi ile ilgili etkenler: Kişinin sorunlarına karşı duyarlı olmak önemlidir. Tedavi ekibinin hastalığa karşı olan inanç ve tutumu, nüks ve geç diskinezi riski konusundaki öngörülerini hastanın ilaç tedavisine uyumunu etkileyebilir. Yine tedavi ekibinin farmakoloji konusundaki bilgisi, empatik yaklaşım ve terapötik ilişki kurabilme yeteneği de ilaç uyumu üzerinde etkilidir. Hasta ve aileyi kapsayan iyi bir psikoeğitimin uyumu arttırdığı çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir (91). Tedavinin diğer yönleriyle ilacı bütünleştirme, ayaktan izleme sıklığı kullanılabilir olumlu öğelerdir.

İlaçla ilgili etkenler : Tedavi süresi, ilaç rejiminin karmaşık olması ve yaşam biçiminde görülen önemli değişiklikler uyumu etkiler (22,68). Uyum yazılan ilaç sayısı ve sıklığı ile ters orantılıdır. Bu sorunun üstesinden günlük görüşmeler veya sıkı izleme gelinbilir. Doz atlamak ilaç uyumsuzluğun en çok görülen biçimidir, bu nedenle tek doz rejimler tedaviye uyumu arttırmada yardımcıdır. Parenteral ilaç rejimleri uyumu ciddi biçimde bozmaktadır. Depo antipsikotik kullanmak uyumu arttırmayabilir, izlemlerde %40 oranında tedaviye uyumsuzluk gözlenmiştir.

İlaç yan etkileri, bireyin yan etkilere duyarlılığı da ilaç uyumunu etkileyen diğer öğelerdir (5,68). Yapılan çalışmalarda hastaların %40'ının ilk bir yıl içinde, %75'inin iki yıl içinde çeşitli yan etkiler nedeniyle ilacı bıraktıkları bildirilmiştir. Tedavinin erken dönemlerinde yaşanan akut distoni, akatizi ve akinezi tedaviye uyumsuzluğu etkileyen nedenlerdir (2). Sedasyon uyumu olumsuz yönde etkileyebilir. Libido kaybı, erektil empotans, retrograd ejakülasyon, anorgazmi gibi cinsel işlev sorunları %80 oranında gözlenir. Kilo alımı da uyumu olumsuz yönde etkileyen nedenlerdendir (2,31). Coldham ve arkadaşları (14), ilk epizodu geçirmekte olan psikoz hastalarında yaptıkları çalışmada, bir yıl içinde %40.9'unun uyumlu, %39.3'ünün uyumsuz, %19'unun ise uyumunun yetersiz olduğunu bulmuşlardır.

Aileye ilişkin etkenler: Ailenin ilaca ve hastalığa bakış tarzı ve tutumu ile duygu dışavurumunun yüksekliği tedaviye uyumu etkileyen nedenlerdir. Ailede diğer psikotik hastaların bulunması da uyumu etkilemektedir (2,14,22,69).

Uyum oranlarının ölçümünde iki önemli sorunla karşılaşılmaktadır. İlki "uyum" teriminin her çalışmada ortak tanımlanmış bir kavram olmayışı, ikincisi uyumu ölçmede geçerli bir yol olmamasıdır. Ne yazık ki bu konuda yapılan çalışmalarda veri toplama yöntemleri, objektiflik, doğruluk, güvenilirlik ve duyarlılık açısından farklılıklar bulunmakta; bu da uyum oranlarının karşılaştırılmasında sorun olmaktadır (14,33,68).

Uyum oranları farklı yöntemlerle ölçülebilir, ancak bunların hiçbirisi uyumu tam ve doğru bir biçimde ölçmede başarılı değildir. Bu yöntemler;

- Sağlık ekibi tarafından uyum sorunu gösteren davranışların gözlenmesi ve tanımlanması,
- Hastanın kendi ifadesi,
- Hastanın kullanması gereken ilaçlardan arta kalan ilaçların sayımı (tablet sayısı),
- Kan, tükürük ve idrar ölçümleri,
- Elektronik izleme,

- Hastanın durumunda kötüleşme, hastalık belirtilerinin ya da alevlenmenin varlığı,
- Randevulara uymada aksaklık ya da uymama.

Uyumu ölçmede dolaylı ölçümler en sık başvurulan yöntemler olup, hastaya ve hasta yakınlarına ilacı nasıl kullandığını sormak, artan ilaçları saymak gibi uygulamaları kapsar. Bu yöntemlerin de dezavantajları vardır. İlaç kullanma biçiminin doğrudan hastaya sorulması en basit yöntemdir ancak hem hastanın tedaviye uyumsuzluğunu yadsıma eğilimi, hem de sorgulamanın hastanın uyumu üzerindeki etkinliği (çoğunlukla geçici bir artışa neden oluşu) çoğunlukla bulgularda sapma yaratacaktır. Açıklananlara ek olarak uyum çalışmalarını kabul eden hastalar genel popülasyona göre daha uyumlu olabilirler (2,18). Aynı zamanda uyumsuzluk dikkatli inceleme altında bile ortaya çıkarılamayabilir (2,18,57). George ve arkadaşlarının (30) (2000), trisiklik antidepresanlara uyumu ölçmede dört farklı yöntemi karşılaştırdıkları bir çalışmada, uyumu ölçmede elektronik izlem ve hastanın öz bildirim sonuçlarının, arta kalan ilaçları sayma ve ilaç kan düzeyi ölçümü sonuçlarına göre uyumu ölçmede daha geçerli olduğunu bulmuşlardır.

Uyumu arttırmada çeşitli uygulamalardan yararlanılabilir. (33,68,69). Uyumu arttırmak için taburculuk sonrası tedavi planının hastanın hastaneye kabulünden itibaren planlanması gerekir. Tedavi planı ve ilacın beklenen etkileri, olası yan etkileri konusunda hastaya, aileye yazılı ve sözlü bilgi vermek önemlidir. Psikoeğitsel gruplar hastaya hem bilgilenme hem de hastalık ve tedaviyle ilgili konuları diğer kişilerle paylaşma ve tartışma fırsatı da vereceğinden uyumu artırma, relaps ve tekrar yatışları azaltmada önemlidir. Çeşitli çalışmalarda uyumu arttırmaya yönelik planlanmış psikoeğitsel ya da bilişsel davranışçı tekniklerin kullanıldığı uyum programlarının tedavideki olumlu sonuçları bildirilmiştir (14,33,78,91).

2.4. ANTİPSİKOTİK TEDAVİDE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

Çağdaş anlamda 1950'li yıllarda başlayan ve psikiyatrik hastaların tedavisinde devrim yaratan farmakoterapötik gelişmeler hemşirelik alanında da etkili olmuştur.

İlaçlarla birlikte ajitasyon, sanrılar, varsanılar gibi belirtilerin kontrol altına alınmasıyla hasta-hemşire ilişkisi daha etkili biçimde sağlanabilmiş ve hemşirelik bakımını uygulamak kolaylaşmıştır. Hemşireler, terapötik bir çevrede hasta gruplarıyla yaşam becerilerinin geliştirilmesi ve yeniden topluma kazandırılmaları konusunda çalışma imkanı bulmuşlardır (82).

Tedavilerin büyük bir bölümünün uygulayıcısı olan hemşirelerin bu konudaki sorumluluğu oldukça fazladır. Doğru ilacı, doğru dozda, doğru zamanda ve doğru hastaya vermek bir hemşirelik ilkesidir. (37,59,61,62,65,77,81,87). Psikiyatri Hemşireliği Standartları incelendiğinde IV. Standardın “somatik tedavi bilgisi ve becerilerinin kullanımı” ile ilgili olduğu görülür (85).

İlaç uygulamaları; hemşirenin kişilerarası ilişki kurma, karar verme, yardım etme, sorun çözme ve eğitim becerilerini kullandığı önemli bir “güç” alanıdır. Psikiyatri kliniklerinde hastaların ilaç kullanımına tepkileri, ilaçların özellikleri, diğer kliniklerde kullanılan ilaçlara gösterilen tepkilerden farklıdır. Hastalar ilaç kullanımını reddedebilir, ilacını aldığı unutup ısrarla ilaç isteyebilir, ilaçlarından kuşkulabilir, ilaçlarını saklayabilir, kendini diğer hastalarla kıyaslayarak diğer hastalara verilen ilaçların kendisine verilmesi gerektiğini savunabilir. (83,85)

Hemşireler bu konuda hasta, aile, ve bakım ekibi arasında bir köprü durumunda olduğundan hastanın ilaç rejimini izleme, yönetme ve bu konularda hastaya yardımcı olmada primer role sahiptir (58,59,76). Psikofarmakolojik tedavilerde hemşire, ilaç rejimine yönelik veri toplamak, ilaçların etki ve yan etkilerini gözlemek, izlemek ve kaydetmek, veriler ışığında bakımı planlamak, uygulamak ve değerlendirmek, hasta ve tedavi ekibi ile işbirliğini sağlayarak tedavi programının düzenlenmesine yardım etmek, hasta ve aileyi eğitmek ve taburculuk sonrası hastanın ilacını kullanmaya devam etmesi konusunda terapötik işbirliğini sağlamaktan sorumludur (54,62).

Antipsikotik ilaç tedavisi, bir yandan psikotik semptomları kontrol altına almaya çalışırken bir yandan da ortaya çıkardığı yan etkilerle başetmeyi gerektiren ve hastanın yaşam kalitesini etkileyen iki ucu keskin kılıç gibidir. Hem akut hem de uzun dönemde

hemşirelik bakımının amacı, semptomların kontrol altına alınması ve yan etkilerle başetmede hastaya yardımcı olunmasıdır (54,59).

2.4.1.Akut Dönemde Hemşirelik Bakımı

Akut dönemde ilaç yan etkilerine duyarlılık fazla olduğundan ilaç kullanımını tanılama daha da önem kazanır.

Tanılama

Psikotropik ilaç tedavisinin güvenli ve etkili kullanımı hastanın durumunun eksiksiz ve doğru tanılanmasına bağlıdır (81). Antipsikotik tedavi alması gereken hastanın tanılanmasına öykü almayla başlanır. Akut hasta sanrı, varsamı, künt duygulanım ya da duygulanımda dalgalanma gibi belirtiler, uyku veya beslenmeyle ilgili ya da toplumdan uzaklaşma, içe kapanma gibi sorunlar yaşıyor olabilir ve bu belirtiler paranoya ya da kendine zarar verme düşünceleriyle ilgili olabilir. Hemşireler bu konuda veri toplarken;

- Hasta bu duyguları ve semptomları ne zamandan beri yaşıyor?,
- Bu semptomlar hastanın yaşamını ne kadar etkiliyor?,
- Hasta daha önce buna benzer bir epizod yaşamış mı ve yaşadysa ne kadar sürmüştü?,
- Hasta bu duygular ve davranışlarla baş etmek için ne yapmış ve sonucu ne olmuş?,
- Hasta veya aileden başka birisi antipsikotik kullanıyor mu? Kullanıyorsa ilaca yanıtı nasıl olmuş ve ilaca bağlı bir sorun olmuş mu? sorularını mutlaka sormalıdır (19).

Tedaviye başlamadan önce hemşire, hasta ve ilaçla ilgili değişkenler hakkında bilgi edinmelidir. İlaç ve hastayla ilgili değişkenlerin ilişkisi hastanın tedaviden en iyi şekilde yararlanması sağlar. İlaç tedavisinin başarısı, ilacın beklenen etkileriyle hastanın fiziksel ve psikososyal boyutlarının uyuşması; hemşirenin hastanın tedaviye yanıtını değerlendirmesi ve bunu hekim ile paylaşmasına bağlıdır (81).

Akut psikotik semptomları olan hastanın tanınmasında hastadan bilgi almak mümkün olmayabilir, böyle bir durumda yakınlarından, ailesinden ya da daha önceden hasta ile ilgilenen sağlık ekibinden bilgi alınması daha doğru olabilir. Antipsikotiklerle MSS depresanlarının birlikte kullanımı kardiyak ya da respiratuar areste yol açabileceğinden dolayı hemşire hastanın son birkaç gün içinde alkol veya MSS depresyonu yapan bir ilaç alıp almadığını öğrenmelidir. Hastanın geçmiş tedavisi hakkındaki duygu ve düşünceleri şu anki tedavisini ve tedaviye katılımını etkileyeceğinden önceki antipsikotik tedavi öyküsünün alınması çok önemlidir.

İlaçların yan etkileri bir çok sistemi etkilediğinden temel bir fiziksel tanılamının yapılması şarttır. Bu aşamada yine akut hastanın değerlendirilmesi güç olduğundan belli başlı parametreler değerlendirilmelidir. Nörolojik durum değerlendirilmesinde motor güç, kafa travması veya yaralanması, kafa içi basıncının artması üzerinde durulmalıdır. Hastanın ateşi, kan basıncı kaydedilmeli ve kardiyak aritmiler açısından bir EKG alınmalıdır. Hastanın başlangıçtaki psikotik davranışlarının şiddeti ve süresinin kaydedilmesi, daha sonra ilaçların etkinliğini değerlendirirken karşılaştırma yapmak açısından önemlidir.

Laboratuvar değerlendirmesinde, tam kan sayımı, tiroid, böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri yapılmalı; bağımlılıktan şüpheleniliyorsa kanda alkol ve barbitürat seviyelerine bakılmalıdır. Kreatinin fosfokinaz (CPK) değerleri, lökosit miktarı, MNS'un teşhis edilmesi açısından önemlidir (58,59,63).

Antipsikotik İlaç Alan Hastada Akut Dönemde Sıklıkla Karşılaşılabilecek Hemşirelik Tanıları

- MNS'una bağlı hipertermi gelişmesi (olası)
- Kardiyak outputta değişiklik: aritmi ve hipotansiyona bağlı kardiyak outputta azalma (olası)
- Psikotik epizod sırasında artmış metabolik hız ve diaforeze bağlı sıvı volüm eksikliği (olası)

- İlaç nedeniyle oluşan sedasyona bağlı fonksiyonel inkontinans
- Beslenmede değişiklik: ilacın sedasyon oluşturmaya bağlı beden gereksiniminden daha az beslenme (olası)
- Sedasyona bağlı öz bakım eksikliği
- Akut dönemde hastanın tespit edilmesine ve sedasyona bağlı deri bütünlüğünde bozulma (olası)
- İlacın oluşturduğu hipotansiyona bağlı doku perfüzyonunda değişiklik (olası)

Amaç Oluşturma ve Planlama

Hasta güvenliğini sağlama, ilaç uygulamalarının planlanmasında en önemli yöndür (76,77). Akut dönemde antipsikotik kullanan hastanın hemşirelik bakımının amacı;

1. İlaçların hızlı ve güvenli bir şekilde uygulanması,
2. Yan etkiler ve fizyolojik değişiklikler yönünden yakından izlenmesi,
3. MNS gelişimi yönünden izlenmesi .

Uygulama

Hekim hastanın durumuna göre hızlı ya da rutin ilaç uygulaması isteyebilir. Genellikle kendine ya da başkalarına yönelik zarar verme olasılığı olan hastalara hızlı uygulama yapılır.

Bir çok akut vakada ilaçlar gluteal bölgeye IM uygulanır. Uygulamada solüsyon diğer ilaçlardan ayrı olarak verilmeli ve ağrıyı önlemek için derin uygulama yapılmalıdır. Çoklu enjeksiyon uygulamasında doku hasarını önlemek için Z tekniği kullanılır ve uygulama bölgelerinde rotasyon yapılarak hangi bölgeye uygulandığı kaydedilir (55).

İlk uygulama ve diğer uygulamalardan önce nabız, kan basıncı ve mental durum değerlendirilir, ilaç uygulamaları, hayati bulgular, hastanın davranışları ve bilinç düzeyi kaydedilir. Hasta sedasyon, hipotansiyon ve allerjik yanıtlar açısından gözlenir,

özellikle sedasyon, hipotansiyon veya kalp hızı ve ritmindeki değişiklikler hemen kaydedilir, hekime bildirilir ve bir sonraki doz hekim hastayı değerlendirene kadar verilmez (55).

Değerlendirme

Hemşire hekim ile birlikte, hastanın psikotik semptomlarındaki değişiklikleri, bilinç düzeyi ve yan etkileri gözleyerek ilacın etkinliğine karar verebilir. Akut tedavi tamamlanıp hasta stabilize olduktan sonra hemşire, hasta ve ailesi/yakınları ile birlikte uzun süreli bakım planına başlayabilir.

2.4.2.Uzun Süreli Hemşirelik Bakımı

Tanılama

Akut tedavi tamamlanıp hasta stabilize olduktan sonra uzun süreli tedavi planını yapabilmek için daha fazla veriye gereksinim olacaktır. Bir çok kronik hastalıkta olduğu gibi psikotik bozukluklarda da hasta uzun süre veya ömür boyu ilaç kullanmak zorundadır. Hemşire hastanın uzun süre ilaç kullanma konusundaki görüş ve tutumunu öğrenmelidir. Aile destek sistemleri ve hastanın ilacını uygun doz ve zamanda alabilme yeteneği değerlendirilmelidir. Hemşire hastanın ilacını alabilmek için yeterli ekonomik güce ya da sosyal güvenceye sahip olup olmadığını da (örneğin atipik antipsikotikler oldukça pahalı ilaçlardır) öğrenmelidir. Tüm bu faktörler ilaç uyumunu etkileyecektir (59).

Hemşireler hastanın ilaca yanıtını değerlendirir. Bazı hastalar belli bir grup antipsikotik ilaca diğerlerinden daha iyi yanıt verir. Bu yüzden hastalara en uygun tedavi rejiminin (en az yan etki oluşturan, semptomları en iyi kontrol altına alan dozda) belirlenmesinde hemşirenin gözlemi ve değerlendirmeleri önemlidir. İlaçların etkinliğini tam olarak değerlendirebilmek 3-6 hafta arasında gerçekleşir bu yüzden hemşirelik bakımı taburculuk sonrası dönemi de kapsar. Hemşire bu hastaların izlem sıklığını hastanın durumuna uygun bir şekilde belirler (59).

Antipsikotik İlaç Alan Hastada Sıklıkla Karşılaşılabilecek Hemşirelik Tanıları

- Tedavi hakkında bilgi eksikliği (gerçek)
- Bağırsak boşaltımında değişim: ilacın yan etkisine bağlı konstipasyon (olası)
- Kardiyak outputta değişim: ortostatik hipotansiyon, taşikardi veya aritmilerin gelişimine bağlı outputta azalma (olası)
- İlaç tedavisi nedeniyle hastanın bağımsızlık düzeyindeki değişikliğe bağlı ailenin etkisiz baş etmesi (olası)
- Çeşitli nedenlere bağlı tedavi uyumsuzluğu (olası)
- Beslenmede değişim: İlaçların iştahı uyarmasına bağlı beden gereksiniminden fazla yeme (olası)
- Ağız kuruluğuna bağlı oral mukoz membranda değişim (olası)
- İlaç yan etkisine bağlı tremor, kaslarda tutukluk ve sertliğe bağlı öz bakım eksikliği (olası)
- Orgazm ve ejakülasyon sorunlarına bağlı seksüel disfonksiyon (olası)
- Deride kızarıklık, döküntü ve fotosensitiviteye bağlı deri bütünlüğünde bozulma (olası)
- İlaç yan etkilerine bağlı üriner retansiyon

Amaç Oluşturma ve Planlama

Hemşirelik bakımının amacı ;

- Etkili ve güvenli bir ilaç rejimi sağlamak,
- Tedavi hakkında hastayı bilgilendirmek,
- İlaç tedavisinin gerekliliğini ve uyum konusunun önemi hakkında hastayı bilgilendirmek ve cesaretlendirmek
- Hastaya yan etkileri izleme, yönetme ve doğru bir şekilde rapor etmeyi öğretmektir.

Uygulama

İlaç kullanm çizelgesi (ilaç eğitim planı) oluşturulmasındaki amaç, hastanın tedaviden en iyi şekilde yararlanabilmesi ve yan etkilerden en az etkilenmesini sağlamaktır. Bir çok hasta günde tek doz alınan ilaçları daha iyi kabul eder. Günde tek doz alınan ilaçların gece yatmadan önce verilmesi, hastanın sedasyon ve hipotansiyon gibi yan etkilerden daha az etkilenmesini sağlayacağı için önemlidir. Hastalar ilaç almayı unuttuklarında ne yapmaları gerektiği konusunda bilgilendirilmelidir. Eğer günde birden fazla doz alıyorsa unutulmuş doz, bir sonraki dozla birlikte alınabilir ancak günde tek doz alınıyorsa, iki doz üst üste alınmamalıdır; toksisiteye neden olabilir.

Hemşire antipsikotik tedavi ile ilgili yanlış inanç ve “mit”lere karşı uyanık olmalıdır. Bazı hastalar ve yakınları bu ilaçların bağımlılık yaptığına ya da yüksek doz ilaç alanların düşük doz alanlara göre daha “deli” olduğuna ya da uzun süre terapi/danışmanlık alırlarsa ilaç kullanmalarına gerek kalmayacağına inanabilirler. Hasta ve yakınlarının ilaç kullanmayla ilgili görüşlerinin bilinmesi, tedavi uyumunu sağlamada çok önemlidir (54,58,59).

Antipsikotiklerin psikotik belirtileri yatıştırmasıyla daha bağımsız olan hasta, aile sistemine yönelik daha yıkıcı davranabilir ve bu durum ailelere, psikotik semptomlarla başa çıkmaktan daha zor gelebilir. Hemşireler daha başlangıçta tedavi nedeniyle ailenin yaşamında olacak değişiklikler hakkında aileyi bilgilendirmelidir. Bazı ailelerde bu değişim öyle yıkıcı olabilir ki, hasta ilacını kesmesi için ailesi tarafından cesaretlendirilebilir. Aile görüşmesi, hastanın aile desteklerini, tedaviye uyumunu nasıl etkileyeceklerini anlamada hemşireye yol gösterecektir.

Antipsikotik alan hastanın bakımında mutlaka yakın hemşirelik gözlemi gerekmektedir. Bu ilaçlar diğer ilaçlarla kombine kullanılacaksa ilaç etkileşimi açısından çok dikkatli olunmalıdır. Antipsikotikler (özellikle geleneksel veya tipik olarak bilinenler) tehlikeli olmaktan çok sıkıntı yaratan bir çok yan etki oluşturmaktadır. Hemşireler oluşabilecek yan etkiler hakkında uyanık olmalı, hastaları bu konuda eğitmeli ve yan etki oluştuğunda hekime rapor etmelidir. Örneğin çok ciddi ve geri

dönüşümsüz (irreversible) olabilen tardiv diskinezi gelişme olasılığı nedeniyle, hastada anormal, istemsiz hareketler (özellikle yüzde) rutin olarak ve dikkatli bir şekilde izlenmelidir. Tardiv diskinezinin etkili bir tedavisinin olmaması nedeniyle primer koruyucu önlemler alınmalı ve standardize tanılama araçlarının kullanılması bu hastaların izleminin bir parçası olmalıdır (54). Amerikan Psikiyatri Birliği 1980'de antipsikotik kullanan hastaların izlenmesiyle ilgili standartları belirlemiştir (35):

1. Antipsikotik alan hastalar en az her altı ayda bir standart yan etki değerlendirme ölçekleriyle ve muayene prosedürüne uygun olarak tanılanmalı,
2. Tanılama yapacak tüm kişiler bu konuda eğitilmeli,
3. Tanılama verileri hastanın dosyasında yer alacak standart formlara kayıt edilmeli,
4. Hastanın dosyasında standart değerlendirmeler, teşhis ve hekimin değerlendirmesi yer almalı,
5. Hasta antipsikotik tedaviye başlamadan önce temel tanılama yapılmalı ve hasta dosyasında yer almalı,
6. Tardiv diskinezi olasılığı açısından tüm hastalar tanılanmalı, eğer antipsikotik tedavi öyküsü yoksa dosyaya eklenmeli,
7. Antipsikotik alan tüm hasta ve ailelerine tardiv diskinezinin haberci belirtilerini gösteren yazılı, standart kitapçık/rehberler verilmeli,
8. Tardiv diskinezi gelişirse hasta ve ailesine olası seçenekler açıklanmalı,
9. Tardiv diskinezi gelişirse ve hastanın klinik durumu uygunsa antipsikotikler kesilmelidir.

Distonik reaksiyonlar ve malign nöroleptik sendrom gibi ekstrapiramidal yan etkiler dikkatlice izlenmesi gereken durumlardır. Bu gibi reaksiyonlar hasta ve ailesi için çok ürkütücü olduğundan, ortaya çıkar çıkmaz acilen tanılanıp gerekli girişimlerde bulunulur. Hasta ve ailesine açıklamalarda bulunmak ve güven vermek çok önemlidir (19,59).

Antipsikotiklerin en ciddi yan etkilerinden biri olan agranülositoz genellikle tedavinin ilk altı ayı içinde (daha uzun sürede de gelişebilir) gelişir. Bunu önlemek için haftalık lökosit sayımı yapılması gerekir çünkü bu tablo çok kısa bir sürede ortaya çıkabilir. Enfeksiyon belirtileri olsun ya da olmasın lökosit miktarındaki azalma, boğaz ağrısı ve ateş ilk belirtilerdir. Tedavisi ciddidir; antipsikotik hemen kesilmeli, antibiyotik verilmeli ve transfüzyon yapılmalıdır. Bu reaksiyon gelişen hastalara aynı antipsikotik ajan bir daha verilmemelidir.

Antipsikotik alan hastalarda kolestatik sarılık ve kardiyovasküler yan etkilere yönelik belirtiler izlenir. Antipsikotiklerin ortostatik etkilerinden dolayı postural hipotansiyon yaygın görülen bir yan etkidir; bu konuda hastalar, ani hareketlerden kaçınmaları, yataktan kalkmadan önce bir-iki dakika ayaklarını aşağı sarkıtarak oturmaları konusunda eğitilir. Ciddi bir hipotansiyon varsa, özellikle yaşlılarda düşme ve kırıklar oluşabilir (19,58,59). Bu hastalarda taşikardi de görülebilir.

Deri ve göz yan etkiler açısından değerlendirilir. Hipotermi, nadiren hipertermi görülebilir. Bu reaksiyon genellikle yaşlılarda görülür. Güneş ışıklarına daha hassas (fotosensitivite) olacaklarından, düşük güçlü (özellikle klorpromazin) nöroleptik kullanan hastalar, mümkün olduğu kadar güneş altında uzun süre kalmaktan kaçınmaları, güneşe çıktıkları vakit, şapka, güneş gözlüğü ve koruyucu krem ve giysiler kullanmaları konusunda bilgilendirilir.

Seksüel disfonksiyon olup olmadığı araştırılır, hastalar bu konuyu konuşmaktan rahatsız olabilirler ve tedavi ekibine danışmadan ilaç almayı bırakabilirler. İlaç değişikliği veya doz değişikliği bu sorunu azaltabilir (5,31,58,59).

Konstipasyon ve ağız kuruluğu gibi antikolinergik yan etkiler değerlendirilir. Konstipasyon, yeterli miktarda lifli gıda ve sıvı alımıyla ya da gerekli olduğunda laksatif kullanılarak giderilebilir. Ağız kuruluğunun giderilmesinde de sıvı alımı ya da ağzın çalkalanması ve şekersiz cıket çiğnenmesi yeterli olabilir. Sedasyon, nazal konjesyon ve bulanık görme zamanla azalacaktır; hasta azalmayan semptomları ya da artışı tedavi ekibine rapor etmesi konusunda eğitilir. Üriner retansiyon diğer bir

antikolinergik yan etkidir. Hasta, idrar yapma sıklığı ve miktarındaki değişiklikleri izleme konusunda eğitilir, hasta her kontrole geldiğinde mesane palpe edilir.

Antipsikotik alan hastalarda iştah artışı ve kilo alma görülebilir. Hastaya kilosunu izlemesi söylenir veya her vizitte hastanın kilo takibi yapılır. Hasta bir diyet uzmanıyla görüşmesi, diyet ve egzersiz yapması konusunda desteklenir.

Hasta ilaç alırken fiziksel belirtilerden şikayet etse bile, bunun ilaç yan etkisi, allerjik veya toksik reaksiyondan kaynaklanıp kaynaklanmadığı araştırılır. Her birey ilaca farklı yanıt vereceğinden, belirtileri “hastanın anksiyetesinin sonucu” olarak algılama davranışı, sorunun asıl kaynağı olan ilacın azaltılması yerine arttırılmasına neden olabilir (82).

İlaçlara daha duyarlı ve yan etkilere daha eğilimli olduklarından hemşireler çocuklar, hamile ya da emzirme döneminde olan kadınlar ve yaşlı hastaları tamlarken daha uyanık olmalıdır (82).

Değerlendirme

Hemşirelik sürecinde girişimlerin etkinliğini değerlendirirken, planlanan amaçlara ulaşıp ulaşılmadığı üzerinde durulur. Bu amaçlar belirtilerin azaltılması, kontrol kaybının önlenmesi ve eğitimidir. Eğer hasta antipsikotik tedaviye olumlu yanıt vermemişse, hemşire ve hekim iki olasılık düşünmelidir. Birinci olasılık hastanın ilacını keserek başka bir ilaca geçmektir. İkinci olasılık hastanın tedaviye dirençli olup olmadığını anlayabilmek için ilacı en az iki hafta kullanmaktır. Hastanın ilaca yanıtının değerlendirilmesi aynı zamanda olası yan etkilerin sürekli değerlendirilmesini de kapsar (19).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı araştırma tipi özelliği taşımaktadır.

3.2.Araştırmanın Yeri ve Özellikleri

Araştırma İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı psikiyatri kliniklerinde gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın gerçekleştirilmesinde etik kurul ve hastane yetkililerinden gerekli izinler alınmıştır (Ek.4-5).

3.3.Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı kliniğinde ayaktan izlenen hastalar oluşturmaktadır.

3.4.Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın örneklemini, evrende açıklanan grup içinden araştırmaya alınma kriterlerini karşılayan 117 hasta oluşturmuştur.

Ülkemizde antipsikotiklerin yan etkilerinin görülme oranına ilişkin veri bulunamadığından uluslararası literatür verileri (18, 23) örneklem büyüklüğünü belirlemede dikkate alınmıştır.

Örneklem sayısı;

$$n = \left[\frac{Z_{\alpha} \sqrt{\pi_0 (1-\pi_0)} - Z_{\beta} \sqrt{\pi_1 (1-\pi_1)}}{\pi_0 - \pi_1} \right]^2 \text{ formülü (21) kullanılarak hesaplanmıştır.}$$

Örnekleme Alınma Kriterleri:

- En az bir nöroleptik kullanma,
- Psikotrop ilaçlar dışında ilaç kullanmama,
- En az bir aydır nöroleptik alma,
- Okuma-yazma bilme ,
- Akut durumda olmama (stabil olan),
- İletişim kurabilme,
- Çalışmaya katılmayı kabul etme.

3.5. Veri Toplama Araçları

3.5.1. Bilgi Formu: Araştırmacı tarafından literatür bilgisinden yararlanarak hazırlanmış olan bilgi formunun birinci bölümü hasta ile ilgili demografik özellikleri, ikinci bölümü hastanın tanı ve tedavisi ile ilgili bilgileri araştırmayı amaçlamaktadır (1,5,7,8,19,45,67,74).

3.5.2. Liverpool Üniversitesi Nöroleptiklerin Yan Etkilerini Değerlendirme Ölçeği (The Liverpool University Neuroleptic Side Effect Rating Scale- LUNSERS): LUNSERS , 1995 yılında Jennifer C. Day, Graham Wood, Mike Dewey, Richard P.Bentall tarafından geliştirilmiş ve Day, Kinderman & Bentall tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Cronbach alpha (α) değeri ilk testte 0.889, ikinci testte 0.886; bir hafta ara ile yapılan test-tekrar test güvenilirlik katsayısı ortalaması $r = 0.881$ olarak bulunmuştur) (21). Morrison ve ark. (2000) yaptıkları çalışmada, LUNSERS'in Cronbach α değerini ilk testte 0.93, ikinci testte 0.90 olarak bulduklarını ve LUNSERS'in test-tekrar test uygulamasında total yan etki puanları arasında güçlü bir ilişki olduğunu ($r = 0.67$, $P < 0.01$) bildirmişlerdir (67). LUNSERS geliştirilirken nöroleptik yan etkileri değerlendirmede en kapsamlı ölçeklerden biri olan ve ülkemizde de klinik uygulamada çok sık kullanılan The UKU (Ugvalg for Kliniske Undersgelses) Side Effect Rating Scale-UKU Yan Etki Derecelendirme Ölçeği'nden yararlanılmıştır. LUNSERS hastanın geçen ay içinde listede belirtilen yan etkileri ne yoğunlukta yaşadığını değerlendirmeyi amaçlayan beşli likert tipi (0: Hiç yok, 1: Çok

az, 2: Az, 3: Oldukça, 4: Çok fazla), hastanın kendisinin doldurduğu bir ölçektir. Ölçek içindeki 51madde, ekstrapiramidal, antikolinergik, otonomik, genel, psikolojik, allerjik, hormonal yan etkiler ve nöroleptik yan etkisi olarak bilinmeyen dikkati başka yöne çeken (red herring) etkileri içeren sekiz alt grubu kapsayacak şekilde tasarlanmıştır. Ölçekteki 41 madde yan etkileri ölçen ifadelerden oluşmakta; diğer 10 madde ise nöroleptik yan etkisi olarak bilinmeyen ifadelerden oluşmaktadır (Ek 2). Toplam yan etki puanlarının hesaplanmasında araştırmacının isteğine göre dikkati başka yöne çeken maddeler ayrı veya birlikte hesaplanabilmektedir. Ölçekten alınan toplam puanlara göre hastaların yan etkileri ne şiddette yaşadığı bulunmaktadır. Bu sınıflandırmaya göre 0-7 puan arası çok hafif, 8-27 puan arası hafif, 28-58 puan arası orta, 59-80 puan arası şiddetli, 80 puan üstü çok şiddetli olarak değerlendirilmektedir. Ölçekten (51 maddelik) alınacak toplam puan kadınlar için 0-204, erkekler için 0-196 arasındadır. Ölçeğin doldurulması kolaydır ve ortalama 20 dakika içinde doldurulmaktadır. Ölçeğin ülkemizde geçerlilik-güvenirlilik çalışması olmadığından araştırmacı tarafından yapılmıştır.

- **Geçerlilik çalışmasında izlenen aşamalar:**

- Yazar hakları ile ilgili kurallara uyulacağı belirtilerek ölçeğin kullanılabilmesi için Jennifer C. Day'den izin alınmıştır (Ek.6).
- Ölçek, iki İngilizce dil uzmanı ve iki psikiyatrist tarafından birbirlerinden bağımsız olarak Türkçeye çevrilmiştir (Ek.8, 9,10,11). LUNSERS'da yer alan 8. madde için ayrıca İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Dermatoloji ve Psikofarmakoloji Anabilim Dalı öğretim üyelerinden görüş alınmıştır. Daha sonra danışman öğretim üyesi, Türk dili ve edebiyatı uzmanı ile incelenerek, her madde için en uygun olan çeviri benimsenmiştir.
- İngilizceyi ve ilgili kültürü, aynı zamanda Türkçeyi iyi bilen bir uzman, Türkçeleştirilen ölçeği tekrar İngilizceye çevirmiştir; bu çeviri İngilizce aslı ile karşılaştırılmış, tüm

maddeler aslına uyduğu için maddelerde düzenlemeye gidilmemiştir.

- Ölçek Türkçeye çevrildikten sonra, kapsam geçerliğini sağlamak için değişik hemşirelik alanlarından öğretim üyelerinin görüşlerine sunulmuş; uzman eleştirileri doğrultusunda maddelerde küçük uyarlamalar yapılmıştır.
- Ölçek bu son haliyle değişik eğitim düzeylerinde 15 kişiye verilmiş, okunabilirlik ve anlaşılrlık yönünden denek görüşleri alınmıştır.

- **Güvenirlilik:**

- **Test-tekrar test güvenirliliği:** LUNSERS'ı geliştiren araştırmacıların izlediği şekilde ölçek 50 hastaya bir-iki hafta ara ile uygulanmıştır (LUNSERS'da üç ölçek, Morisky Uyum Anketi'nde iki anket ikinci uygulaması gerçekleştirilemediği ve/veya eksik doldurulduğu için değerlendirme kapsamına alınmamıştır).

Tablo 2. Liverpool Üniversitesi Nöroleptiklerin Yan Etkilerini Değerlendirme Ölçeğinde Toplam Madde Korelasyon Katsayıları ve Cronbach Alpha (α) Sonuçları (N=117)

	Alt Gruba Göre		Total Ölçeğe Göre	
	r _s	p	r _s	p
Ekstrapiramidal yan etkiler				
19. Kaslarda sertleşme	0,57	0,00	0,43	0,00
29. Hareketlerde yavaşlama	0,66	0,00	0,57	0,00
34. Kaslarda kasılma	0,47	0,00	0,29	0,00
40. Huzursuzluk	0,33	0,00	0,57	0,00
43. Titreme	0,66	0,00	0,46	0,00
48. Vücutta istem dışı hareketler	0,48	0,00	0,49	0,00
37. Salya artışı	0,54	0,00	0,20	0,00
Cronbach alpha=0,61				
Antikolinergik yan etkiler				
6. Ağız kuruluğu	0,59	0,00	0,47	0,00
10. Kabızlık	0,57	0,00	0,30	0,00
32. İdrar yapmada zorluk	0,41	0,00	0,28	0,00
38. Bulanık görme	0,52	0,00	0,50	0,00
51. Fazla idrar yapma	0,67	0,00	0,46	0,00
Cronbach alpha=0,44				
Otonomik yan etkiler				
15. Baş dönmesi	0,66	0,00	0,48	0,00
16. Bulantı hissi	0,55	0,00	0,48	0,00
20. Çarpıntı	0,69	0,00	0,48	0,00
27. Terlemede artış	0,63	0,00	0,61	0,00
36. İshal	0,35	0,00	0,19	0,00
Cronbach alpha=0,58				
Allerjik yan etkiler				
1. Deride kırmızı lekeler	0,66	0,00	0,40	0,00
35. Güneş ışığına hassasiyet	0,76	0,00	0,41	0,00
47. Olağan dışı veya yeni oluşan cilt lekeleri	0,41	0,00	0,20	0,00
49. Ciltte kaşıntı	0,74	0,00	0,34	0,00
Cronbach alpha=0,62				
Psikolojik yan etkiler				
2. Gün içinde uyku hali	0,59	0,00	0,55	0,00
4. Rüya görmede artış	0,42	0,00	0,31	0,00
9. Konsantrasyon güçlüğü	0,74	0,00	0,56	0,00
14. Gerginlik	0,70	0,00	0,58	0,00
18. Halsizlik	0,70	0,00	0,65	0,00
21. Hatırlamada güçlük	0,64	0,00	0,52	0,00
23. Duygusal algılarda eksilme	0,55	0,00	0,52	0,00
26. Depresyon	0,59	0,00	0,52	0,00
31. Aşırı uyuma	0,54	0,00	0,48	0,00
41. Uykuya dalmada güçlük	0,45	0,00	0,32	0,00
Cronbach alpha=0,81				

Hormonal yan etkiler				
7. Göğüste şişkinlik ya da hassasiyet	0,42	0,00	0,41	0,00
13. Adet sorunları	0,45	0,00	0,29	0,00
17. Seks dürtüsünde artma	0,36	0,00	0,21	0,00
24. Cinsel doyuma (orgazm) ulaşmada güçlük	0,64	0,00	0,34	0,00
46. Seks dürtüsünde azalma	0,66	0,00	0,40	0,00
50. Adet sıklığında azalma	0,45	0,00	0,31	0,00
Cronbach alpha=0,48				
Genel yan etkiler				
5. Baş ağrıları	0,56	0,00	0,50	0,00
22. Kilo verme	0,22	0,00	0,20	0,00
39. Kilo alma	0,63	0,00	0,27	0,00
44. İğne batması veya karıncalanma hissi	0,64	0,00	0,43	0,00
Cronbach alpha=0,15				
LUNSERS Toplam 41 madde Cronbach alpha=0,89				
Dikkati başka yöne çeken (Red-herring) etkiler*				
3. Burun akıntısı	0,43	0,00	0,28	0,00
8. Uçlarda (el, ayak, kulak, burun gibi) kızarma ve morarma	0,28	0,00	0,08	0,39
11. Saç dökülmesi	0,60	0,00	0,44	0,00
12. İdrar renginin koyulaşması	0,53	0,00	0,41	0,00
25. Tırnak zayıflığı	0,39	0,00	0,34	0,00
28. Ağız içinde yaralar	0,48	0,00	0,38	0,00
30. Ciltte yağlanma	0,46	0,00	0,36	0,00
33. Yüzde kızarma	0,47	0,00	0,36	0,00
42. Boyun kaslarında ağrı	0,58	0,00	0,42	0,00
45. Eklemlerde ağrı	0,57	0,00	0,56	0,00
Cronbach alpha=0,72				
LUNSERS Toplam 51 madde Cronbach alpha=0,90				

*Kesin olarak nöroleptik yan etkisi olduğu bilinmeyen etkiler

Yapılan çalışmada, ölçeğe ilişkin toplam madde korelasyon katsayıları incelendiğinde, maddelerin kendi alt grupları içinde birbirleriyle orta düzeyde ilişkili olduğu saptanmıştır. Total ölçeğe göre değerlendirildiğinde ise *Dikkati başka yöne çeken etkiler* alt grubunda yer alan 8. maddenin korelasyon puanının düşük olduğu saptanmıştır ($p=0,39$).

Cronbach alpha güvenirlik katsayısı alt gruplarda 0,15-0,72 arasında, ölçekde ise LUNSERS-41 madde için 0,89, LUNSERS-51 madde için 0,90 olarak saptanmıştır.

Genel yan etkiler alt grubunun Cronbach alpha güvenilirlik katsayısı=0,15 gibi oldukça düşük bulunmuştur. Bunun nedeni alt grupta yer alan maddelerin sayısının az olması, maddelerin birbirleriyle bağımsız olması ve bu yan etkilerin az veya aynı yönde görülmesidir. Genel ölçeğin Cronbach alpha'sı= 0,90 gibi yüksek olduğundan bu alt grubun ölçekten çıkartılmayıp genel ölçek içinde değerlendirilmesine karar verilmiştir. Elde ettiğimiz sonuç, ölçeği geliştiren Day ve arkadaşlarının (67) çalışmasıyla benzer bulunmuştur. Gerekirse alt grupların Cronbach alpha'sına bakılmadan sadece genel grup Cronbach alpha'sının yeterli olacağı Day tarafından araştırmacıya bildirilmiştir.

Benzer şekilde, *Hormonal yan etkiler* alt grubunun (Cronbach alpha=0,48) ve *Antikolinergik yan etkiler* alt grubunun (Cronbach alpha=0,44) Cronbach alpha güvenilirlik katsayısı düşük bulunmuştur. Burada yer alan maddelerin sayısının yeterli olmasıyla birlikte, bu sonuç, yine benzer şekilde hastalar tarafından ifade edilen yan etkilerin düşük veya aynı yönde görülmesine bağlı olarak elde edilmiştir. Total ölçek olarak kullanılması uygun değildir.

Sonuç olarak ölçekte yer alan maddeler Cronbach alpha'sı=0,90 olarak bulunduğu için bir bütün olarak kullanılabilir, ancak alt gruplar tek tek bölünerek kullanılmamalıdır.

LUNSERS'in test-tekrar test sonuçlarına göre değerlendirilmesinde (Tablo 3), bazı maddelerde (8. madde ($r=0.059$; $p=0.693$), 19. madde ($r=0,277$; $p=0.06$) ve 22. madde ($r=0.201$; $p=0.176$) korelasyon katsayısı düşük bulunmakla birlikte bazı maddelerde korelasyon katsayısı yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni ölçeğin zaman içinde değişken bir durumu belirlemesi ve zamanla değişim göstermesidir.

Tablo 3. Liverpool Üniversitesi Nöroleptiklerin Yan Etkilerini Değerlendirme Ölçeği Test-Tekrar Test Sonuçları (n=47)

Yan Etkiler	r _s	P	Yan Etkiler	r _s	P
1.Deride kırmızı lekeler	0,53	0,000	27.Terlemede artış	0,78	0,000
2.Gün içinde uyku hali	0,63	0,000	28.Ağız içinde yaralar	0,75	0,000
3.Burun akıntısı	0,59	0,000	29.Hareketlerde yavaşlama	0,62	0,000
4.Rüya görmeye artış	0,48	0,000	30.Ciltte yağlanma	0,32	0,027
5.Baş ağrıları	0,57	0,000	31.Aşırı uyuma	0,48	0,001
6.Ağız kuruluğu	0,72	0,000	32.İdrar yapmada güçlük	0,76	0,000
7.Göğüste şişkinlik ya da hassasiyet	0,44	0,002	33.Yüzde kızarma	0,64	0,000
8.Uçlarda kızarma ve morarma	0,06	0,693	34.Kaslarda kasılma	0,31	0,035
9.Konsantrasyon güçlüğü	0,73	0,000	35.Güneş ışığına hassasiyet	0,73	0,000
10.Kabızlık	0,84	0,000	36.İshal	0,53	0,000
11.Saç dökülmesi	0,69	0,000	37.Salya artışı	0,69	0,000
12.İdrar renginin koyulaşması	0,59	0,000	38.Bulanık görme	0,64	0,000
13.Adet sorunları	0,65	0,000	39.Kilo alma	0,75	0,000
14.Gerginlik	0,51	0,000	40.Huzursuzluk	0,60	0,000
15.Baş dönmesi	0,54	0,000	41.Uykuya dalmada güçlük	0,68	0,000
16.Bulantı hissi	0,65	0,000	42.Boyun kaslarında ağrı	0,65	0,000
17.Seks dürtüsünün artması	0,61	0,000	43.Titreme	0,43	0,002
18.Halsizlik	0,45	0,001	44.İğne batması veya karıncalanma hissi	0,73	0,000
19.Kaslarda sertleşme	0,28	0,060	45.Eklemlerde ağrı	0,49	0,001
20.Çarpıntı	0,49	0,000	46.Seks dürtüsünün azalması	0,74	0,000
21.Hatırlamada güçlük	0,66	0,000	47.Olağandışı ya da yeni cilt lekeleri	0,50	0,000
22.Kilo kaybı	0,20	0,176	48.Vücutta istem dışı hareketler	0,55	0,000
23.Duygusal algılarda eksilme	0,52	0,000	49.Ciltte kaşıntı	0,66	0,000
24.Cinsel doyuma ulaşmada güçlük	0,81	0,000	50.Adet sıklığında azalma	0,78	0,000
25.Tırnak zayıflığı	0,34	0,018	51.Fazla idrar yapma	0,82	0,000
26.Depresyon	0,54	0,000			

3.5.3. Morisky Uyum Ölçeği (Morisky's Questions -Self-Report Measure of Adherence): Donald E. Morisky tarafından geliştirilmiştir ve 1986'da Morisky DE, Green LW, Levine DM tarafından geçerlilik çalışması yapılmıştır (Cronbach $\alpha= 0.61$) (66). Ölçek, ilaç uyumunu ölçen, hastanın kendisinin doldurduğu dört sorudan oluşmaktadır (Ek 3.). Sorular "evet/hayır" şeklinde yanıtlanmaktadır. Soruların tümüne "hayır" denmişse ilaç uyumu yüksek, bir veya iki soruya "evet" denmişse ilaç uyumu orta, üç veya dört soruya "evet" denmişse ilaç uyumu düşük olarak değerlendirilir. Doldurulması kolay bir ölçektir. Ülkemizde geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmamıştır; araştırmacı tarafından çalışmada kullanılan diğer ölçekle birlikte aynı aşamalar izlenerek geçerlilik-güvenirlilik çalışması yapılmıştır. Donald E. Morisky'den ölçeğin kullanımı için izin alınmıştır (Ek.7).

Tablo 4. Morisky Uyum Anketi Toplam Madde Korelasyonları, Test-Tekrar Test ve Cronbach Alpha Sonuçları

Uyum Anketi	Test (N=117)		Test-Tekrartest (n=48)	
	r*	p	r*	p
1. İlacınızı almayı unutuyor musunuz?	0,67	0,000	0,66	0,00
2. İlacınızı zamanında almayı unutur musunuz?	0,72	0,000	0,21	0,15
3. Kendinizi iyi hissettiğinizde ilaç almayı bırakıyor musunuz?	0,61	0,000	0,69	0,00
4. İlaç aldığınızda kendinizi kötü hissederseniz ilaç almayı bırakır mısınız?	0,43	0,000	0,33	0,02
Cronbach alpha=0,52				

* Spearman korelasyon tekniği ile yapılmıştır.

Yapılan çalışmada ölçeğe ilişkin toplam madde korelasyon katsayıları incelendiğinde, 4. maddenin korelasyon puanının düşük ($r=0,43$) olduğu görülmüştür. Cronbach alpha güvenilirlik katsayısı= 0.52 olarak bulunmuştur; bunun nedeni ölçekte yer alan madde sayısının az olması veya hastaların bu maddeye aynı yönde cevap vermeleridir.

Test- tekrar test çalışmasında 2. ve 4. maddelerde korelasyon katsayısı düşük bulunmuştur. Bunun nedeni ölçeğin zaman içinde değişken bir durumu belirlemesi ve zamanla değişim göstermesidir.

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma tek kurumda gerçekleştirildiğinden genellenebilirlik yönünden sınırlılık taşımaktadır.

3.7. Verilerin Toplanması

Araştırmacı, Aralık 2003-Mayıs 2004 tarihleri arasında her hafta 4 gün (Pazartesi, Çarşamba, Perşembe, Cuma), 09.30-12.30 arası psikiyatri kliniğine giderek örnekleme alınma kriterlerine uygun olan hastalarla yüz yüze görüşmüş ve çalışmaya katılmayı kabul eden kişileri araştırmaya dahil etmiştir. Seçim kriterlerine uyan hastalara çalışmanın amacı açıklanarak hastalardan onam alınmıştır (Ek. 12).

Hastaların ölçekleri (LUNSERS ve Morisky Uyum Ölçeği) nasıl dolduracakları hakkında bilgi verilmiş, daha sonra kendi başına doldurup dolduramayacakları sorulmuş ve dolduramayanlara ya da kendi doldurmak istemeyenlere araştırmacı tarafından yardım edilmiştir.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen veriler, İstanbul Üniversitesi Rektörlük Bilişim Ofisi tarafından lisansı alınan SPSS paket programı ile bilgisayarda değerlendirilmiştir. Bu değerlendirmelerde veriler normal dağılıma uygun olmadığı ve LUNSERS likert tipi ölçek olduğu için non-parametrik testler kullanılmıştır (Tablo 5).

Tablo 5. Verilerin İstatistik Analizinde Kullanılan Testler

Değerlendirilen Parametre	Kullanılan İstatistiksel Yöntem
<ul style="list-style-type: none">• Demografik ve tanı-tedavi ile ilgili özellikler LUNTERS sonuçları Morisky Uyum Anketi sonuçları	♣ Yüzdeler dağılımı, aritmetik ortalamalar ve standart sapma, minimum, maksimum, medyan değerleri
<ul style="list-style-type: none">• Demografik ve tanı-tedavi ile ilgili özellikler ile; *LUNTERS *Morisky Uyum Anketi sonuçlarının karşılaştırılması ve LUNTERS ile Morisky Uyum Anketi sonuçlarının karşılaştırılması	♣ Mann Whitney U, Kruskal Wallis testi
<ul style="list-style-type: none">• LUNTERS ve Morisky Uyum Anketi güvenilirlik değerlendirmesi ve test-tekrar test güvenilirliği	♣ Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı, Spearman Korelasyon Analizi

4. BULGULAR

Araştırmadan elde edilen bulgular dört ana başlıkta incelenmiştir:

4.1. Hastaların demografik ve tanı- tedavisiyle ilgili özellikler,

4.2. Liverpool Üniversitesi Nöroleptiklerin Yan Etkilerini Değerlendirme Ölçeği ile ilgili özellikler,

4.3. Morisky Uyum Anketi ile ilgili özellikler,

4.4. Demografik ve tanı-tedaviyle ilgili özellikler ile LUNTERS ve Morisky Uyum Anketi Puanlarının Karşılaştırılması ile ilgili özellikler.

4.1. HASTALARIN DEMOGRAFİK ve TANI-TEDAVİSİYLE İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER

Tablo 6. Hastaların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (N= 117)

ÖZELLİKLER	n	%
Yaş		
20-25	30	25,6
26-30	26	22,2
31-35	19	16,2
36-40	17	14,5
40 ve üstü	25	21,4
Cinsiyet		
Kadın	54	46,2
Erkek	63	53,8
Medeni Durumu		
Evli	26	22,2
Bekar/Dul	91	77,8
Eğitim Durumu		
İlköğretim	31	26,5
Ortaöğretim	43	36,8
Yükseköğretim	43	36,8
Çalışma Durumu		
Çalışmıyor	82	70,1
Çalışıyor	26	22,2
Emekli	9	7,7
Sağlık Güvencesi		
Var	94	80,3
Yok	23	19,7
Gelir Durumu		
İyi	20	17,1
Kötü	19	16,2
Orta	78	66,7

Tablo 6'da nöroleptik kullanan hastaların demografik özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde; grubun % 25,6'sı 20-25 yaş grubunda, % 22,2'si 26-30 yaş

grubunda yer almaktadır. Araştırmaya katılan hastaların % 46,2'si kadın, %53,8'i erkek ve büyük çoğunluğu (%77,8) bekarıdır. Grubun 36,8'i (n=43) ortaöğretim, %36,8'i (n=43) yükseköğretim mezunudur.

Hastaların büyük çoğunluğu (%70,1; n=82) herhangi bir işte çalışmamakta ve %66,7'si (n=78) gelir durumunu "orta" olarak değerlendirmektedir. Hastaların büyük çoğunluğunun (%80,3; n=94) sağlık güvencesi olduğu görülmektedir.

Tablo 7. Hastaların Tanı ve Tedavi Özelliklerine Göre Dağılımı (n=117)

ÖZELLİKLER	n	%
Tanı		
Psikotik bozukluk	75	64,1
Duygudurum bozukluğu	34	29,1
Diğer (Davranım, kişilik, anksiyete bozukluğu)	8	6,8
Kullandığı ilaç grubu		
Sadece antipsikotik	39	33,3
Antipsikotik+antikolinergik	35	29,9
Antipsikotik+diğer psikotrop ilaçlar	43	36,8
Yan etki deneyimi		
Var	87	74,4
Yok	30	25,6
Yan etkilerle baş etme biçimi*		
Doktora gitme	38	43,7
İlacı bırakma	11	12,6
Kendi yöntemleriyle baş etme / hiç bir şey yapmama	38	43,7
İlaçların hastalığını iyileştireceğine yönelik inancı		
İnanıyor	81	69,2
İnanmıyor	16	13,7
Az inanıyor	20	17,1
İlaçlar hakkında bilgisi		
Var	26	22,2
Yok	64	54,7
Az var	27	23,1
İlacını kullanma durumu		
Kendisi alıyor	87	74,4
Yardımla alıyor	27	23,1
Almıyor	3	2,5
İlaç kullanma süresi	Medyan	Ranj
	60 ay	1-360

*n=87

Hastaların tam ve tedavi özelliklerine göre dağılımına bakıldığında (Tablo 7) grubun büyük çoğunluğunu (%64,1; n=75) psikotik bozukluk, %29,1'ini (n=34) duygudurum bozukluğu, %6,8'ini (n=8) ise diğer (anksiyete, davranım, kişilik) ruhsal

bozukluk tanısı almış kişiler oluşturmaktadır. Araştırmaya katılan grubun tümü antipsikotik ilaç kullanmaktadır. Hastaların çoğunluğu (n=83; %71.0) atipik antipsikotik, %15.4'ü (n=18) tipik+atipik antipsikotik, %13.7'si (n=16) tipik antipsikotik ilaç kullanmaktadır. Hastaların %33,3'ü (n=39) sadece antipsikotik ilaç, %36.8'i (n=43) antipsikotik ilaç+diğer psikotrop ilaçlar (antidepresan, duygudurum düzenleyici, antianksiyete, beta bloker), %29,9'u (n=35) ise antipsikotik+antikolinergik ilaçları kombine almaktadır. Antipsikotik kullanmaya başladıklarından bugüne kadar geçen sürede %74,4'ü (n=87) yan etki yaşadığını, yan etki yaşadıklarında %43.7'si (n=38) doktora/hastaneye başvurduğunu, %43.7'si (n=38) yan etkilere yönelik hiç bir şey yapmadığı ya da kendi yöntemleriyle baş etmeye çalıştığını ya da hiç bir şey yapmadığını, %12.6'sı (n=11) ise ilacını bıraktığını belirtmiştir.

Hastaların tedaviyle ilgili bilgi ve tutumlarına yönelik dağılıma göre, grubun büyük çoğunluğu (n=81; %69.2) kullandığı ilaçların rahatsızlığını iyileştireceğine inandıklarını; hastaların %54.7'si kullandıkları ilaçlar hakkında bilgisinin olmadığını belirtmiş ve hastaların büyük çoğunluğu (n=87; %74.4) ilacını "kendisinin aldığı" ifade etmiştir. Hastaların toplam ilaç kullanma sürelerinin medyan değeri 60 (ranj:1-360) aydır.

4.2. LİVERPOOL ÜNİVERSİTESİ NÖROLEPTİKLERİN YAN ETKİLERİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER

Tablo 8. Hastaların LUNSERS Alt Grup Özelliklerinin Dağılımı (N=117)

	Median	\bar{x}	$\pm SD$	Minimum	Maksimum
Ekstrapiramidal yan etkiler Ranj: (0-27)	6,00	6,89	4,90	0,00	22,00
Antikolinergik yan etkiler Ranj: (0-20)	5,00	5,26	3,55	0,00	15,00
Otonomik yan etkiler Ranj: (0-20)	2,00	3,38	3,36	0,00	14,00
Genel yan etkiler Ranj: (0-16)	4,00	3,57	2,49	0,00	10,00
Dikkati başka yöne çeken etkiler Ranj: (0-40)	4,00	5,59	5,47	0,00	27,00
Allerjik yan etkiler Ranj: (0-16)	2,00	2,48	2,83	0,00	12,00
Psikolojik yan etkiler Ranj: (0-40)	13,00	14,00	8,39	0,00	35,00
Hormonal yan etkiler Ranj: (0-24)	3,00	4,32	3,90	0,00	17,00
Toplam Yan Etkiler (51 madde) Ranj:(0-204)	43,00	45,48	25,34	2,00	120,00
Toplam Yan Etki(41 madde) Ranj:(0-164)	40,00	39,89	21,72	2,00	106,00

LUNSERS alt grup özelliklerinin dağılımına (Tablo 8) bakıldığında, hastaların alt grup ve toplam puanlarının çok yüksek olmadığı görülmektedir.

Tablo 9. Hastaların LUNTERS Yanıtlarının Dağılımı (N=117)

Yan Etkiler	Hiç		Çok az		Az		Fazla		Çok fazla	
	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%
1.Deride kırmızı lekeler	87	74,4	8	6,8	15	12,8	7	6,0	0	0,0
2.Gün içinde uyku hali	42	35,9	16	13,7	32	27,4	18	15,4	9	7,7
3.Burun akıntısı	89	76,1	15	12,8	9	7,7	3	2,6	1	0,9
4.Rüya görmeye artış	71	60,7	13	11,1	11	9,4	20	17,1	2	1,7
5.Baş ağrıları	77	65,8	22	18,8	10	8,5	3	2,6	5	4,3
6.Ağız kuruluğu	45	38,5	15	12,8	30	25,6	13	11,1	14	12,0
7.Göğüste şişkinlik ya da hassasiyet	96	82,1	4	3,4	10	8,5	5	4,3	2	1,7
8.Uçlarda kızarma ve morarma	103	88,0	6	5,1	4	3,4	3	2,6	1	0,9
9.Konsantrasyon güçlüğü	30	25,6	12	10,3	34	29,1	24	20,5	17	14,5
10.Kabızlık	60	51,3	14	12,0	15	12,8	14	12,0	14	12,0
11.Saç dökülmesi	79	67,5	11	9,4	13	11,1	8	6,8	6	5,1
12.İdrar renginin koyulaşması	68	58,1	18	15,4	21	17,9	8	6,8	2	1,7
13.Adet sorunları	97	82,9	5	4,3	5	4,3	2	1,7	8	6,8
14.Gerginlik	52	44,4	15	12,8	27	23,1	11	9,4	12	10,3
15.Baş dönmesi	77	65,8	15	12,8	11	9,4	10	8,5	4	3,4
16.Bulanık hissi	83	70,9	16	13,7	7	6,0	10	8,5	1	0,9
17.Seks dürtüsünün artması	92	78,6	6	5,1	7	6,0	9	7,7	3	2,6
18.Halsizlik	31	26,5	21	17,9	24	20,5	22	18,8	19	16,2
19.Kaslarda sertleşme	76	65,0	15	12,8	13	11,1	11	9,4	2	1,7
20.Çarpıntı	68	58,1	16	13,7	18	15,4	11	9,4	4	3,4
21.Hatırlamada güçlük	36	30,8	9	7,7	34	29,1	18	15,4	20	17,1
22.Kilo kaybı	103	88,0	6	5,1	3	2,6	3	2,6	2	1,7
23.Duyusal algılarda eksilme	61	52,1	18	15,4	17	14,5	13	11,1	8	6,8
24.Cinsel doyuma (orgazm) ulaşmada güçlük	71	60,7	3	2,6	16	13,7	15	12,8	12	10,3
25.Tırnak zayıflığı	97	82,9	5	4,3	5	4,3	6	5,1	4	3,4
26.Depresyon (ruhsal çöküntü)	62	53,0	13	11,1	12	10,3	21	17,9	9	7,7

27. Terlemede artış	67	57,3	13	11,1	17	14,5	12	10,3	8	6,8
28. Ağız içinde yaralar	94	80,3	10	8,5	8	6,8	2	1,7	3	2,6
29. Hareketlerde yavaşlama	45	38,5	15	12,8	29	24,8	20	17,1	8	6,8
30. Ciltte yağlanma	79	67,5	16	13,7	11	9,4	8	6,8	3	2,6
31. Aşırı uyuma	41	35,0	12	10,3	26	22,2	21	17,9	17	14,5
32. İdrar yapmada güçlük	100	85,5	8	6,8	6	5,1	1	0,9	2	1,7
33. Yüzde kızarma	85	72,6	11	9,4	16	13,7	3	2,6	2	1,7
34. Kaslarda kasılma	80	98,4	12	10,3	10	8,5	11	9,4	4	3,4
35. Güneş ışığına hassasiyet	67	57,3	15	12,8	14	12,0	16	13,7	5	4,3
36. İshal	100	85,5	7	6,0	5	4,3	5	4,3	0	0,0
37. Salya artışı	76	65,0	10	8,5	13	11,1	12	10,3	6	5,1
38. Bulanık görme	69	59,0	12	10,3	23	19,7	11	9,4	2	1,7
39. Kilo alma	38	32,5	9	7,7	24	20,5	17	14,5	29	24,8
40. Huzursuzluk	50	42,7	10	8,5	22	18,8	20	17,1	15	12,8
41. Uykuya dalmada güçlük	67	57,3	10	8,5	19	16,2	13	11,1	8	6,8
42. Boyun kaslarında ağrı	80	68,4	10	8,5	12	10,3	9	7,7	6	5,1
43. Titreme	65	55,6	12	10,3	18	15,4	15	12,8	7	6,0
44. İğne batması veya karıncalanma hissi	71	60,7	12	10,3	23	19,7	8	6,8	3	2,6
45. Eklemlerde ağrı	75	64,1	10	8,5	19	16,2	8	6,8	5	4,3
46. Seks dürtüsünün azalması	58	49,6	2	1,7	17	14,5	19	16,2	21	17,9
47. Olağandışı ya da yeni cilt lekeleri	102	87,2	5	4,3	6	5,1	3	2,6	1	0,9
48. Vücutta istem dışı hareketler	75	64,1	16	13,7	14	12,0	5	4,3	7	6,0
49. Ciltte kaşıntı	73	62,4	12	10,3	19	16,2	12	10,3	1	0,9
50. Adet sıklığında azalma	103	88,0	2	1,7	3	2,6	3	2,6	6	5,1
51. Fazla idrar yapma	48	41,0	15	12,8	19	16,2	20	17,1	15	12,8

Hastaların LUNSERS yanıtları incelendiğinde (Tablo 9), gün içinde uyku hali, ağız kuruluğu, konsantrasyon güçlüğü, halsizlik, hatırlamada güçlük, hareketlerde yavaşlama, aşırı uyuma, kilo alma (1., 6., 9., 18., 21., 29., 31., 39. maddeler) yan etkilerini grubun çoğunluğu; kabızlık, gerginlik, duygusal algılarda eksilme, depresyon, huzursuzluk, fazla idrar yapma (10., 14., 23., 26., 40., 51. maddeler) yan etkilerini grubun yarıya yakını son bir ay içinde farklı oranda yaşadıkları ve geri kalan maddelerde belirtilen yan etkileri ise grubun çoğunluğu son bir ay içinde “hiç” yaşamadıkları görülmektedir.



Tablo 10. Hastaların Son Bir Ay İçinde Yaşadıkları Yan Etki Sıklığına Göre Dağılımı* (N=117)

Yan etkiler	Evet diyenler		Dikkati başka yöne çeken etkiler	Evet diyenler	
	n	%		n	%
Konsantrasyon güçlüğü	87	74.35	İdrar renginin koyulaşması	49	41.88
Halsizlik	86	73.50	Eklemlerde ağrı	42	35.89
Hatırlamada güçlük	81	69.23	Saç dökülmesi	38	32.47
Kilo alma	79	67.52	Ciltte yağlanma	38	32.47
Aşırı uyuma	76	65.00	Boyun kaslarında ağrı	37	31.62
Gün içinde uyku hali	75	64.10	Yüzde kızarma	32	27.35
Ağız kuruluğu	72	61.53	Burun akıntısı	28	23.93
Hareketlerde yavaşlama	72	61.53	Ağız içinde yaralar	23	19.65
Fazla idrar yapma	69	58.97	Tırnak zayıflığı	20	17.09
Huzursuzluk	67	57.26	Uçlarda (el, ayak, kulak, burun gibi) kızarma ve morarma	14	11.96
Gerginlik	65	55.55			
Seks dürtüsünün azalması	59	49.57			
Kabızlık	57	48.71			
Duyusal algılarda eksilme	56	47.86			
Depresyon	55	47.00			
Titreme	52	44.44			
Terlemede artış	50	42.73			
Güneş ışığına hassasiyet	50	42.73			
Uykuya dalmada güçlük	50	42.73			
Çarpıntı	49	41.88			
Bulanık görme	48	41.02			
İğne batması veya karıncalanma hissi	46	39.31			
Rüya görmeye artış	46	39.31			
Cinsel doyuma ulaşmada güçlük	46	39.31			
Ciltte kaşıntı	44	37.60			
Vücutta istem dışı hareketler	42	35.89			
Kaslarda sertleşme	41	35.04			
Salya artışı	41	35.04			
Baş dönmesi	40	34.18			
Baş ağrıları	40	34.18			
Kaslarda kasılma	37	31.62			
Bulantı hissi	34	29.05			
Deride kırmızı lekeler	30	25.64			
Seks dürtüsünün artması	25	21.36			
Göğüste şişkinlik ya da hassasiyet	21	17.94			
Adet sorunları	20	17.09			
İdrar yapmada güçlük	17	14.52			
İshal	17	14.52			
Olağandışı ya da yeni oluşan cilt lekeleri	15	12.82			
Adet sıklığında azalma	14	11.96			
Kilo verme	14	11.96			

* Yan etkiler en sık görüldenden en az görülene doğru sıralanmıştır

Hastaların son bir ay içinde yaşadıkları yan etki sıklığına göre dağılım Tablo 10'da görülmektedir. Hastaların nöroleptik yan etki yaşama sıklığına göre, geçen ay en sık yaşadıkları yan etkilerin konsantrasyon güçlüğü %74.35 (n=87), halsizlik %73.5(n=

86), hatırlamada güçlük %69.2 (n=81) ve kilo alma %67.5 (n=79) olduğu görülmektedir.

Tablo 11. Hastaların Son Bir Ay İçinde Yaşadıkları Yan Etki Sıklığının Alt Gruplara Göre Dağılımı (N=117)

Yan etkiler	n	%
Ekstrapiramidal yan etkiler		
Kaslarda sertleşme	41	35,04
Hareketlerde yavaşlama	72	61,53
Kaslarda kasılma	37	31,62
Huzursuzluk	67	57,26
Titreme	52	44,44
Vücutta istem dışı hareketler	42	35,89
Salya artışı	41	35,04
Antikolinjerjik yan etkiler		
Ağız kuruluğu	72	61,53
Kabızlık	57	48,71
İdrar yapmada güçlük	17	14,52
Bulanık görme	48	41,02
Fazla idrar yapma	69	58,97
Otonomik yan etkiler		
Baş dönmesi	40	34,18
Bulantı hissi	34	29,05
Çarpıntı	49	41,88
Terlemede artış	50	42,73
İshal	17	14,52
Genel yan etkiler		
Baş ağrıları	40	34,18
Kilo verme	14	11,96
Kilo alma	79	67,52
İğne batması veya karıncalanma hissi	46	39,31
Dikkati başka yöne çeken etkiler		
Saç dökülmesi	38	32,47
Eklemlerde ağrı	42	35,89
İdrar renginin koyulaşması	49	41,88
Ciltte yağlanma	38	32,47
Boyun kaslarında ağrı	37	31,62
Yüzde kızarma	32	27,35
Burun akıntısı	28	23,93
Ağız içinde yaralar	23	19,65
Tırnak zayıflığı	20	17,09
Uçlarda (el, ayak, kulak, burun gibi) kızarma ve morarma	14	11,96

Allerjik yan etkiler	n	%
Deride kırmızı lekeler	30	25,64
Güneş ışığına hassasiyet	50	42,73
Olağan dışı ya da yeni oluşan cilt lekeleri	15	12,82
Ciltte kaşıntı	44	37,60
Psikolojik yan etkiler		
Gün içinde uyku hali	75	64,10
Rüya görmeye artış	46	39,31
Konsantrasyon güçlüğü	87	74,35
Gerginlik	65	55,55
Halsizlik	86	73,50
Hatırlamada güçlük	81	69,23
Duygusal algılarda eksilme	56	47,86
Depresyon	55	47,00
Aşırı uyuma	76	65,00
Uykuya dalmada güçlük	50	42,73
Hormonal yan etkiler		
Göğüste şişkinlik ya da hassasiyet	21	17,94
Adet sorunları (Yalnızca kadınlar)	20	17,09
Seks dürtüsünün artması	25	21,36
Cinsel doyuma (orgazm) ulaşmada güçlük	46	39,31
Seks dürtüsünün azalması	59	49,57
Adet sıklığında azalma (yalnızca kadınlar)	14	11,96

Hastalar en sık psikolojik yan etkileri yaşamaktadır. Yan etki alt gruplarına göre hastaların, psikolojik yan etkilerde konsantrasyon güçlüğü (%74.35; n=87) ve halsizlik (%73.50; n=86), genel yan etkilerde kilo alma (%67.52; n=79), antikolinergik yan etkilerde ağız kuruluğu (%61.53; n=72), ekstrapiramidal yan etkilerde hareketlerde yavaşlama (% 61.53; n=72) dikkati başka yöne çeken etkilerde idrar renginin koyulaşması (%41.88; n=49), hormonal yan etkilerde seks dürtüsünün azalması (%49.57; n=59), allerjik yan etkilerde güneş ışığına hassasiyet (%42.73; n=50), otonomik yan etkilerde terlemede artış (% 42.73; n=50) yaşadıkları görülmektedir.

Tablo 12. Hastaların Son Bir Ay İçinde Yaşadıkları Yan Etki Şiddetine Göre Dağılımı (N=117)

Yan Etki Şiddeti	n	%
Çok Hafif (0-7)	6	5,12
Hafif (8-27)	30	25,64
Orta (28-58)	59	50,42
Şiddetli (59-80)	20	17,09
Çok şiddetli >80	2	1,70

Hastaların son bir ay içinde yaşadıkları yan etki şiddetine göre dağılımları Tablo 12’de görülmektedir. LUNSERS’ dan aldıkları puanlara göre yan etkileri ne şiddette yaşadıklarına bakıldığında, hastaların büyük çoğunluğunun yan etkileri “orta” ve “hafif” düzeyde yaşadıkları görülmektedir.

4.3. MORİSKY UYUM ANKETİ İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER

Tablo 13. Hastaların Morisky Uyum Anketi Yanıtlarının Dağılımı (N= 117)

İlaç uyumu	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
1. İlacınızı almayı unutuyor musunuz?	31	26,5	86	73,5
2. İlacınızı zamanında almayı unutur musunuz?	34	29,1	83	70,9
3. Kendinizi iyi hissettiğinizde ilaç almayı bırakıyor musunuz?	21	17,9	96	82,1
4. İlaç aldığınızda kendinizi kötü hissederseniz ilaç almayı bırakır mısınız?	18	15,4	99	84,6

Hastaların Morisky Uyum Anketi yanıtlarının dağılımına bakıldığında (Tablo 13) çoğunluğunun tüm sorulara “Hayır” yanıtını verdiği görülmektedir. Hayır yanıtlarının çoğunlukta olması hastaların tedaviye uyumlarının iyi veya orta olduğunu göstermektedir.

Tablo 14. Morisky Uyum Anketi Toplam Puan Ortalamasının dağılımı (N=117)

Uyum Anketi yanıtlarının ortalama değeri	Median	\bar{x}	$\pm SD$	Minimum	Maksimum
	1,000	0,89	1,06	0,00	4,00

Tablo 15. Hastaların ilaç uyumlarına göre dağılımı (N=117)

İlaç uyumu	n	%
Uyumu yüksek düzeyde olan	56	47.9
Uyumu orta düzeyde olan	51	43.6
Uyumu düşük düzeyde olan	10	8.5

Hastaların ilaç uyumlarına göre dağılımlarına bakıldığında (Tablo 15), %47.9'unun (n=56) ilaç uyumlarının yüksek düzeyde olduğu, %43.6'sının (n=51) ilaç uyumlarının orta düzeyde olduğu, %8.5'inin ise ilaç uyumlarının düşük düzeyde olduğu görülmektedir.

4.4. HASTALARIN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ İLE İLAÇ YAN ETKİLERİ VE İLAÇ UYUMUNUN KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 16. Yaş ile LUNTERS Toplam -Alt Grup Puanları Ve İlaç Uyumu Puanlarının Karşılaştırılması (N=117)

Yaş	20-25 yaş (n=30)			26-30 yaş (n=26)			31-35 yaş (n=19)			36-40 yaş (n=17)			40 ve üzeri yaş (n=25)			χ^2_{kw}	p
	Mean Rank	\bar{x}	$\pm SD$	Mean Rank	\bar{x}	$\pm SD$	Mean Rank	\bar{x}	$\pm SD$	Mean Rank	\bar{x}	$\pm SD$	Mean Rank	\bar{x}	$\pm SD$		
Yan etkiler																	
Ekstrapiramidal yan etkiler	65.78	7.83	5.27	63.98	7.54	4.93	54.71	6.11	3.18	60.59	6.76	4.19	47.86	5.76	5.85	4.85	0.30
Antikolinerjik yan etkiler	56.00	4.97	3.24	62.40	5.54	3.51	61.18	5.58	4.09	65.29	5.71	3.48	53.12	4.76	3.74	1.93	0.75
Otonomik yan etkiler	56.03	3.23	3.60	67.08	3.88	3.09	64.13	3.74	3.36	56.09	3.29	3.79	52.24	2.80	3.21	3.34	0.50
Genel yan etkiler	54.87	3.37	2.83	73.48 _{1,2}	4.65	2.35	65.32 ₂	3.95	1.96	58.12	3.47	2.35	44.70	2.48	2.29	10.47	0.03
Dikkati başka yöne çekme etkiler	57.00	4.97	4.40	56.15	5.42	5.65	70.32	7.58	6.76	61.91	6.35	6.74	53.78	4.48	4.22	3.15	0.53
Allerjik yan etkiler	51.45	1.63	1.97	62.67	2.77	2.93	67.16	3.63	3.92	66.59	3.06	2.90	52.88	1.92	2.31	4.85	0.30
Psikolojik yan etkiler	65.82	15.63	8.96	67.19	16.38	14.50	57.89	13.84	8.27	52.18	12.00	5.39	47.78	11.04	8.16	6.18	0.19
Hormonal yan etkiler	52.73	3.70	3.97	70.58	5.69	4.28	56.21	4.00	3.83	61.50	4.41	3.47	54.90	3.80	3.70	4.74	0.31
Toplam Yan Etkiler (51 madde)	58.55	45.33	25.18	66.12	51.88	27.11	63.71	48.42	23.95	59.94	45.06	23.42	47.92	37.04	25.51	4.20	0.38
Toplam Yan Etki(41 madde)	59.22	40.37	22.35	67.98	46.46	23.26	61.50	40.84	19.11	58.97	38.71	19.04	47.52	32.56	22.19	4.79	0.31
İlaç uyumu ölçüğü toplam puan ortalaması	64.47	1.10	1.18	61.42	1.00	1.20	54.47	0.68	0.82	55.50	0.82	1.13	55.74	1.00	0.84	1.92	0.75

Yaş ile LUNTERS toplam-alt grup puanları ve ilaç uyumu puanlarının karşılaştırılmasına (Tablo 16) bakıldığında, 26-30 yaş grubundaki hastaların genel yan etki puanlarının 20-25 yaş ve 40 yaş ve üzeri yaş grubuna göre ve 31-35 yaş grubundakilerin genel yan etki puanlarının 40 yaş ve üzeri yaş grubuna göre yüksek olduğu belirlenmiş ve istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($\chi^2_{kw}= 10,47$; $p=0,03$). Yaşa göre ilaç uyumu puanlarının karşılaştırılmasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır

Tablo 17. Cinsiyet ile LUNSERS Toplam -Alt Grup Puanları Ve İlaç Uyumu Puanlarının Karşılaştırılması (N=117)

Cinsiyet	KADIN (n=54)			ERKEK (n=63)			MWU _z	p
	Mean Rank	\bar{x}	\pm SD	Mean Rank	\bar{X}	\pm SD		
Ekstrapiramidal yan etkiler	66.24 ₂	7.89	5.23	52.79	6.03	4.45	-2.15	0.03
Antikolinergik yan etkiler	62.86	5.70	3.77	55.69	4.87	3.33	-1.15	0.25
Otonomik yan etkiler	66.63 ₂	4.31	3.90	52.46	2.57	2.60	-2.28	0.02
Genel yan etkiler	65.62 ₂	4.09	2.61	53.33	3.13	2.31	-1.97	0.05
Dikkati başka yöne çeken etkiler	67.46 ₂	7.17	6.47	51.75	4.24	4.01	-2.51	0.01
Allerjik yan etkiler	55.90	2.41	3.09	61.66	2.54	2.61	-0.95	0.34
Psikolojik yan etkiler	60.56	14.39	9.14	57.67	13.67	7.75	-0.46	0.65
Hormonal yan etkiler	60.75	4.94	4.91	57.50	3.78	2.70	-0.52	0.60
Toplam Yan Etkiler (51 madde)	65.82 ₂	50.91	29.06	53.15	40.83	20.79	-2.02	0.04
Toplam Yan Etki(41 madde)	65.09	43.74	24.70	53.78	36.59	18.36	-1.80	0.07
İlaç uyumu ölçeği toplam puan ortalaması	60,47	0,96	1,15	54,74	0,83	0,98	-0,47	0,64

Cinsiyet ile yan etki ve ilaç uyumu puanlarının karşılaştırılması Tablo 17'de görülmektedir. Kadınların ekstrapiramidal, otonomik, genel yan etkiler, dikkati başka yöne çeken etki ve toplam yan etki (51 madde) puanlarının erkeklere göre daha yüksek olduğu belirlenmiş ve istatistiksel açıdan anlamlı farklar elde edilmiştir. (Ekstrapiramidal: MWU_z = -2,15; p=0,03 / Otonomik yan etki: MWU_z = -2,28 ; p=0,02 / Genel yan etki: MWU_z = -1,97;p=0,04 / Dikkati başka yöne çeken etki: MWU_z = -2,51; p=0,01 / Toplam yan etki-51: MWU_z = -2,02; p= 0,04). Cinsiyete göre ilaç uyumu puanlarının karşılaştırılmasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 18. Medeni durum ile LUNERS Toplam -Alt Grup Puanlarının Karşılaştırılması (N=117)

Medeni durum	EVLİ (n=26)			BEKAR (n=91)			MWU _z	P
	Mean Ruank	\bar{x}	\pm SD	Mean Rank	\bar{x}	\pm SD		
Ekstrapiramidal yan etkiler	51.62	5,62	3,94	61.11	7,25	5,10	-1,27	0,21
Antikolinergik yan etkiler	59.00	5,23	3,30	59.00	5,26	3,63	0,00	1,00
Otonomik yan etkiler	56.10	2,81	2,55	59.83	3,54	3,56	-0,50	0,62
Genel yan etkiler	51.88	3,00	2,51	61.03	3,74	2,47	-1,22	0,22
Dikkati başka yöne çeken etkiler	60.62	5,77	5,56	58.54	5,54	5,47	-0,28	0,78
Allerjik yan etkiler	58.38	2,58	3,18	59.18	2,45	2,74	-0,11	0,91
Psikolojik yan etkiler	51,85	11,88	7,33	61,04	14,60	8,61	-1,22	0,22
Hormonal yan etkiler	58,81	4,19	3,66	59,05	4,35	3,99	-0,03	0,97
Toplam Yan Etkiler (51 madde)	54,85	41,08	22,68	60,19	46,74	26,03	-0,71	0,48
Toplam Yan Etki(41 madde)	53,54	35,31	18,93	60,56	41,20	22,37	-0,93	0,35

Medeni durum ile yan etki puanlarının karşılaştırılması Tablo 18'de görülmektedir. Medeni duruma göre LUNERS toplam-alt grup puanlarının karşılaştırılmasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 19. Eğitim Durumu ile LUNSERS Toplam -Alt Grup Puanları Ve İlaç Uyumu Puanlarının Karşılaştırılması (N=117)

Eğitim Durumu	İlköğretim (n=31)			Ortaöğretim (n=43)			Yükseköğretim (n=43)			χ^2_{kw}	P
	Mean Rank	\bar{x}	$\pm SD$	Mean Rank	\bar{x}	$\pm SD$	Mean Rank	\bar{x}	$\pm SD$		
Ekstrapiramidal yan etkiler	54,19	5,90	4,13	65,83	7,98	5,06	55,64	6,51	5,12	2,81	0,25
Antikolinergik yan etkiler	58,16	5,16	3,73	57,79	5,09	3,46	60,81	5,49	3,57	0,20	0,91
Otonomik yan etkiler	59,61	3,13	2,70	62,64	3,93	3,89	54,92	3,00	3,23	1,16	0,56
Genel yan etkiler	59,90	3,55	2,41	61,48	3,84	2,72	55,87	3,33	2,34	0,63	0,73
Dikkati başka yöne çeken etkiler	61,26	5,06	3,42	64,06	7,21	7,24	52,31	4,35	4,16	2,79	0,25
Allerjik yan etkiler	56,97	2,10	2,13	63,33	2,95	3,21	56,14	2,28	2,86	1,19	0,55
Psikolojik yan etkiler	53,13	12,32	7,30	65,08	15,51	8,48	57,15	13,70	8,94	2,44	0,30
Hormonal yan etkiler	59,48	4,42	4,00	56,34	4,14	4,13	61,31	4,42	3,68	0,48	0,79
Toplam Yan Etkiler (51 madde)	55,92	41,65	22,41	65,64	50,65	26,22	54,58	43,07	26,15	2,63	0,27
Toplam Yan Etki(41 madde)	55,37	36,58	20,19	64,67	43,44	21,44	55,94	38,72	23,00	1,91	0,39
Uyum ölçeği toplam puan ortalaması	61,21	0,90	0,94	61,98	1,00	1,13	54,43	0,77	1,07	1,44	0,49

Eğitim durumu ile yan etki ve ilaç uyumu puanlarının karşılaştırılması Tablo 19'da görülmektedir. Eğitim durumuna göre LUNSERS toplam-alt grup puanları ve ilaç uyumu puanının karşılaştırılmasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 20. Çalışma Durumu ile LUNSERS Toplam -Alt Grup Puanlarının Karşılaştırılması (N= 117)

Çalışma Durumu	Çalışmıyor (n=82)			Çalışıyor (n=26)			Emekli (n=9)			χ^2 kw	p
	Mean Runk	\bar{X}	\pm SD	Mean Runk	\bar{X}	\pm SD	Mean Runk	\bar{X}	\pm SD		
Ekstrapiramidal yan etkiler	61,73	7,22	4,74	54,27	6,00	4,10	47,78	6,44	7,99	2,04	0,36
Antikolinergik yan etkiler	60,01	5,38	3,66	55,50	4,85	3,27	59,89	5,33	3,61	0,36	0,84
Otonomik yan etkiler	62,13	3,71	3,54	47,92	2,15	2,26	62,50	3,89	3,92	3,66	0,16
Genel yan etkiler	60,49	3,67	2,54	59,48	3,65	2,43	44,00	2,44	2,13	1,96	0,38
Dikkati başka yöne çeken etkiler	59,45	5,76	5,74	58,85	5,15	4,43	55,39	5,33	6,08	0,12	0,94
Allerjik yan etkiler	58,78	2,48	2,91	60,52	2,54	2,65	56,61	2,33	2,87	0,11	0,95
Psikolojik yan etkiler	60,62	14,41	8,81	59,21	14,08	7,13	43,67	10,00	7,45	2,03	0,36
Hormonal yan etkiler	56,65	4,16	4,10	68,13	5,12	3,57	54,06	3,44	2,79	2,53	0,28
Toplam Yan Etkiler (51 madde)	60,60	46,78	26,25	56,60	43,54	21,78	51,33	39,22	27,90	0,77	0,68
Toplam Yan Etki(41 madde)	60,88	41,02	22,61	56,10	38,38	18,65	50,22	33,89	22,65	1,05	0,59

Çalışma durumu ile yan etki puanlarının karşılaştırılması Tablo 20'de görülmektedir. Çalışma durumuna göre LUNSERS toplam-alt grup puanlarının karşılaştırılmasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmemiştir.

Tablo 21. Sağlık Güvencesi ile LUNSERS Toplam -Alt Grup Puanları Ve İlaç Uyumu Puanlarının Karşılaştırılması (N=117)

Sağlık Güvencesi	VAR (n=94)			YOK (n=23)			MWU _Z	P
	Mean Rank	\bar{x}	\pm SD	Mean Rank	\bar{x}	\pm SD		
Ekstrapiramidal yan etkiler	61,00	7,14	4,99	50,83	5,87	4,47	-1,30	0,20
Antikolinergik yan etkiler	61,77	5,51	3,52	47,67	4,22	3,55	-1,79	0,07
Otonomik yan etkiler	61,45	3,66	3,55	48,98	2,22	2,19	-1,60	0,11
Genel yan etkiler	61,09	3,73	2,53	50,46	2,91	2,23	-1,36	0,17
Dikkati başka yöne çeken etkiler	63,83 ₂	6,32	5,74	39,26	2,61	2,57	-3,13	0,00
Alerjik yan etkiler	61,36	2,71	2,98	49,37	1,52	1,86	-1,57	0,12
Psikolojik yan etkiler	61,33	14,56	8,52	49,48	11,70	7,56	-1,50	0,13
Hormonal yan etkiler	61,25	4,61	4,06	49,80	3,13	2,99	-1,47	0,14
Toplam Yan Etkiler (51 madde)	62,83 ₂	48,24	26,07	43,35	34,17	18,65	-2,47	0,01
Toplam Yan Etki(41 madde)	61,56 ₂	41,93	22,21	44,46	31,57	17,64	-2,30	0,02
Uyum ölçeği toplam puan ortalaması	59,27	0,90	1,08	57,91	0,83	0,98	-0,18	0,85

Sağlık güvencesine göre LUNSERS toplam-alt grup puanları (Tablo 21), sağlık güvencesi olanların dikkati başka yöne çeken etki, toplam yan etki (51 madde) ve toplam yan etki (41 madde) puanlarının olmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiş ve aralarındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. (Dikkati başka yöne çeken: MWU_Z = -3,13; p=0,00 /toplam yan etki -51 madde: MWU_Z = -2,47; p=0,01 /toplam yan etki-41 madde: MWU_Z = -2,30; p=0,02). Sağlık güvencesine göre ilaç uyumu puanının karşılaştırılmasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmemiştir.

Tablo 22. Gelir Durumu Durumu ile LUNSERS Toplam -Alt Grup Puanlarının Karşılaştırılması (N=117)

Gelir Durumu	İYİ (n=20)			KÖTÜ (n=19)			ORTA (n=78)			χ^2_{KW}	P
	Mean Rank	\bar{x}	$\pm SD$	Mean Rank	\bar{x}	$\pm SD$	Mean Rank	\bar{x}	$\pm SD$		
Ekstrapiramidal yan etkiler	57,30	6,50	3,61	69,00	8,32	5,37	57,00	6,64	5,06	1,99	0,37
Antikolinergik yan etkiler	63,63	5,55	3,03	62,71	5,58	3,36	56,91	5,10	3,74	0,90	0,64
Otonomik yan etkiler	61,15	3,55	3,44	70,18	4,53	3,82	55,72	3,05	3,21	2,95	0,23
Genel yan etkiler	56,53	3,40	2,23	61,55	3,74	2,51	59,01	3,58	2,57	0,22	0,90
Dikkati başka yöne çeken etkiler	62,60	6,50	6,30	61,50	5,32	4,55	57,47	5,42	5,49	0,49	0,78
Allerjik yan etkiler	50,20	1,95	2,93	53,92	2,00	2,40	62,49	2,73	2,90	2,77	0,25
Psikolojik yan etkiler	55,85	13,25	8,03	68,58	15,79	6,81	57,47	13,76	8,85	1,85	0,40
Hormonal yan etkiler	55,08	4,20	4,56	65,11	4,84	3,52	58,52	4,22	3,85	0,92	0,63
Toplam Yan Etkiler (51 madde)	56,75	44,90	25,87	67,68	50,11	19,22	57,46	44,50	26,64	1,50	0,47
Toplam Yan Etki(41 madde)	56,13	38,40	21,01	67,97	44,79	16,68	57,55	39,08	23,01	1,62	0,45

Gelir durumu ile yan etki puanlarının karşılaştırılması Tablo 22'de görülmektedir. Gelir durumuna göre LUNSERS toplam-alt grup puanlarının karşılaştırılmasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmemiştir.

Tablo 23. Tanı ile LUNTERS Toplam -Alt Grup Puanları Ve İlaç Uyumu Puanlarının Karşılaştırılması (N=117)

Tanı	Psikotik bozukluk (n=75)			Duygudurum bozukluğu (n=34)			Diğer bozukluklar (n=8)			χ^2_{KW}	p
	Mean Rank	\bar{x}	\pm SD	Mean Rank	\bar{x}	\pm SD	Mean Rank	\bar{x}	\pm SD		
Ekstrapiramidal yan etkiler	50,15	5,55	3,96	71,82 ₁	9,06	5,95	87,50 ₁	10,25	3,01	15,77	0,00
Antikolinerjik yan etkiler	51,26	4,37	3,20	70,40 ₁	6,65	3,82	83,13 ₁	7,63	2,77	11,89	0,00
Otonomik yan etkiler	50,89	2,64	3,10	71,54 ₁	4,50	3,50	81,75 ₁	5,50	3,38	12,86	0,00
Genel yan etkiler	54,23	3,21	2,40	64,24	3,97	2,50	81,44 ₁	5,25	2,60	5,89	0,05
Dikkati başka yöne çeken etkiler	53,84	4,96	5,44	63,59	5,94	5,11	87,88 ₁	10,00	5,71	8,24	0,01
Allerjik yan etkiler	57,75	2,33	2,67	58,68	2,56	3,09	72,06	3,50	3,34	1,38	0,50
Psikolojik yan etkiler	53,26	12,65	7,99	65,28	15,44	8,83	86,13 ₁	20,50	6,80	8,45	0,02
Hormonal yan etkiler	55,23	3,71	3,24	65,75	5,24	4,35	65,69	6,13	6,36	2,64	0,27
Toplam Yan Etkiler (51 madde)	50,76	39,43	23,08	69,78 ₁	53,35	26,36	90,44 ₁	68,75	20,62	14,74	0,00
Toplam Yan Etki(41 madde)	50,58	34,47	19,18	70,43 ₁	47,41	23,74	89,38 ₁	58,75	16,52	14,90	0,00
Uyum ölçüğü toplam puan ortalaması	55,55	0,77	0,99	62,93	1,00	1,07	74,69	1,50	1,41	3,40	0,18

Tanı ile yan etki ve ilaç uyumu puanlarının karşılaştırılması Tablo 23'de görülmektedir. Taniya göre LUNSERS toplam-alt grup puanları, diğer bozukluklar ve duygudurum bozukluğu tanısı almış kişilerin ekstrapiramidal, antikolinerjik, otonomik, toplam yan etki-41 ve toplam yan etki-51 puanlarından psikotik bozukluk tanısı almış kişilere göre; diğer bozukluklar tanısı almış kişilerin genel, dikkati başka yöne çeken etki, psikolojik yan etki puanlarından psikotik bozukluk tanısı almış kişilere göre daha yüksek puan aldıkları belirlenmiş ve aralarındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. (Ekstrapiramidal yan etki: $\chi^2_{kw} = 15,77$; $p=0,00$ / Antikolinerjik yan etki: $\chi^2_{kw} = 11,89$; $p=0,00$ / Otonomik yan etki: $\chi^2_{kw} = 12,86$; $p=0,00$ / Genel yan etki: $\chi^2_{kw} = 5,89$; $p=0,05$ / Dikkati başka yöne çeken etki: $\chi^2_{kw} = 8,24$; $p=0,01$ / Psikolojik yan etki: $\chi^2_{kw} = 8,45$; $p=0,02$ / Toplam yan etki-51 madde: $\chi^2_{kw} = 14,74$; $p=0,00$ ve toplam yan etki-41 madde $\chi^2_{kw} = 14,90$; $p=0,00$). Taniya göre ilaç uyumu puanının karşılaştırılmasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmemiştir.

Tablo 24. İlaç Kullanma Süresinin Ortalaması ile LUNTERS Toplam -Alt Grup Puanları Arasındaki İlişki (N=117)

	İLAÇ SÜRESİ	
	r_s	P
Ekstrapiramidal yan etkiler	-0,13	0,18
Antikolinergik yan etkiler	0,05	0,61
Otonomik yan etkiler	0,09	0,33
Genel yan etkiler	-0,11	0,26
Dikkati başka yöne çeken etkiler	0,16	0,09
Alerjik tepkiler	0,11	0,24
Psikolojik yan etkiler	-0,06	0,50
Hormonal yan etkiler	-0,07	0,49
Toplam Yan Etkiler (51 madde)	0,01	0,79
Toplam Yan Etki(41 madde)	-0,03	0,96

Hastaların ilaç kullanma sürelerinin ortalama puanına göre LUNTERS toplam-alt grup puanları arasındaki ilişki incelendiğinde (Tablo 24), ekstrapiramidal, genel, psikolojik, hormonal, toplam yan etki-41 madde ile ilaç kullanma süresi arasında negatif bir ilişki olduğu; tüm yan etki alt grupları ile ilaç kullanma süresi arasındaki ilişki katsayısının gücünün zayıf olduğu ve istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığı görülmektedir.

Tablo 25. Kullandığı İlaç ile LUNSERS Toplam -Alt Grup Puanları Ve İlaç Uyumu Puanlarının Karşılaştırılması

Kullandığı ilaç	Sadece Antipsikotik (n=39)			Antipsikotik+Antikolinerjik (n=35)			Antipsikotik+Diğer ilaçlar (n=43)			χ^2 kw	P
	Mean Rank	\bar{x}	±SD	Mean Rank	\bar{x}	±SD	Mean Rank	\bar{x}	±SD		
Ekstrapiramidal yan etkiler	43,71	4,79	4,07	61,93 ₁	7,06	4,29	70,49 ₁	8,65	5,38	13,25	0,00
Antikolinerjik yan etkiler	49,15	4,13	2,98	56,70	5,00	3,60	69,80 ₁	6,49	3,67	7,88	0,02
Otonomik yan etkiler	45,63	2,15	2,79	58,60	3,17	2,98	71,45 _{1,2}	4,65	3,74	12,16	0,00
Genel yan etkiler	50,83	2,95	2,16	60,04	3,63	2,53	65,56	4,09	2,65	3,97	0,14
Dikkati başka yöne çeken etkiler	50,33	4,49	5,06	59,56	5,74	5,94	66,41	6,47	5,37	4,65	0,10
Allerjik yan etkiler	53,78	2,26	3,15	60,17	2,51	2,72	62,78	2,65	2,66	1,60	0,45
Psikolojik yan etkiler	45,73	10,72	7,29	59,30	14,00	8,41	70,79 ₁	16,98	8,37	11,19	0,00
Hormonal yan etkiler	50,35	3,28	3,34	61,23	4,49	3,81	65,03	5,12	4,31	4,14	0,13
Toplam Yan Etkiler (51 madde)	44,42	34,77	22,32	59,43	45,60	25,00	72,47 ₁	55,09	24,82	13,41	0,00
Toplam Yan Etki(41 madde)	44,12	30,28	19,15	59,04 ₁	39,86	20,50	71,87 ₁	48,63	21,60	14,29	0,00
Uyum ölçüğü toplam puan ortalaması	49,96	0,56	0,79	63,66	1,09	1,20	63,41	1,02	1,10	4,80	0,09

Kullandıkları ilaca göre LUNSERS toplam-alt grup puanları ve ilaç uyumu puanının karşılaştırılmasında antipsikotik+diğer psikotrop ilaçlar ve antipsikotik+antikolinerjik ilaç kullananların ekstrapiramidal ve toplam yan etki-41 madde yan etki puanları sadece antipsikotik kullananlara göre; antipsikotik+diğer psikotrop ilaçları kullananların antikolinerjik, psikolojik ve toplam yan etki-51 madde yan etki puanlarının sadece antipsikotik kullananlara göre; antipsikotik+diğer psikotrop ilaçları kullananların otonomik yan etki puanlarının sadece antipsikotik kullanan ve antipsikotik+antikolinerjik ilaç kullananlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiş ve aralarındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. (Ekstrapiramidal yan etki: χ^2 kw= 13,25; p=0,00 / Antikolinerjik yan etki: χ^2 kw= 7,88; p=0,02 / Otonomik yan etki: χ^2 kw= 12,16; p=0,00 / Psikolojik yan etki: χ^2 kw= 11,19; p=0,00 / Toplam yan etki-51 madde: χ^2 kw= 13,41; p=0,00 ve Toplam yan etki - 41 madde χ^2 kw= 14,29; p=0,00). Kullandıkları ilaç ve ilaç uyumu puanının karşılaştırılmasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 26. Tedaviye İnanma Durumu ile LUNSERS Toplam -Alt Grup Puanları Ve İlaç Uyumu Puanlarının Karşılaştırılması (N= 117)

İlacın rahatsızlığını iyileştireceğine yönelik inancı	İnanıyor (n=39)			İnanmıyor (n=35)			Az inanıyor (n=43)			χ^2_{KW}	P
	Mean Rank	\bar{x}	$\pm SD$	Mean Rank	\bar{x}	$\pm SD$	Mean Rank	\bar{x}	$\pm SD$		
Ekstrapiramidal yan etkiler	55,67	6,46	4,85	66,63	8,06	5,38	66,40	7,70	4,68	2,57	0,28
Antikolinergik yan etkiler	58,69	5,19	3,43	65,63	5,81	3,15	54,97	5,10	4,39	0,91	0,64
Otonomik yan etkiler	59,51	3,37	3,33	64,00	4,31	4,24	52,95	2,65	2,66	1,03	0,60
Genel yan etkiler	58,51	3,49	2,25	68,19	4,44	3,18	53,65	3,20	2,76	1,72	0,42
Dikkati başka yöne çeken etkiler	59,86	5,80	5,76	73,28 ₃	7,63	5,60	44,10	3,10	2,79	6,82	0,03
Allerjik yan etkiler	60,76	2,64	2,93	59,66	2,69	3,16	51,35	1,65	2,01	1,32	0,52
Psikolojik yan etkiler	54,59	12,84	7,70	78,78 ₁	19,56	10,84	61,05	14,25	7,45	6,90	0,03
Hormonal yan etkiler	57,52	4,11	3,75	60,13	4,63	4,49	64,10	4,90	4,18	0,64	0,73
Toplam Yan Etkiler (51 madde)	57,17	43,90	24,36	72,31	57,13	32,62	55,78	42,55	21,19	2,88	0,24
Toplam Yan Etki(41 madde)	56,67	38,10	20,62	71,47	49,50	27,90	58,47	39,45	19,56	2,55	0,28
Uyum ölçeği toplam puan ortalaması	54,70	0,73	0,92	66,84	1,38	1,59	70,13	1,15	0,93	4,97	0,08

Tedaviye inanma durumu ile yan etki ve ilaç uyumu puanlarının karşılaştırılması Tablo 26'da görülmektedir. Tedaviye inanma durumu ile LUNSERS toplam-alt grup puanları ve ilaç uyumu puanının karşılaştırılmasında, kullandığı ilaçların rahatsızlığını iyileştireceğine inananların ve inanmayanların dikkati başka yöne çeken etki puanının az inananlara göre; ilaçların rahatsızlığımı iyileştireceğine inanmayanların psikolojik yan etki puanının inananlara göre daha yüksek bulunduğu belirlenmiş ve aralarındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. (Dikkati başka yöne çeken etkiler: $\chi^2_{KW} = 6,82$; $p=0,03$ / Psikolojik yan etki: $\chi^2_{KW} = 6,90$; $p=0,03$). Tedaviye inanma durumu ile ilaç uyumu puanının karşılaştırılmasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmemiştir.

Tablo 27. İlaç bilgisi ile LUNSERS Toplam -Alt Grup Puanları Ve İlaç Uyumu Puanlarının Karşılaştırılması (N=117)

İlaç hakkında bilgisi	VAR (n=39)			YOK (n=35)			BİRAZ (n=43)			χ^2_{KW}	P
	Mean Rank	\bar{x}	$\pm SD$	Mean Rank	\bar{x}	$\pm SD$	Mean Rank	\bar{x}	$\pm SD$		
Ekstrapiramidal yan etkiler	62,73	7,65	5,41	54,80	6,11	4,12	65,35	8,00	5,86	2,26	0,32
Antikolinergik yan etkiler	59,15	5,23	3,42	53,77	4,70	3,40	71,26	6,59	3,79	5,10	0,08
Otonomik yan etkiler	64,54	3,58	2,90	52,55	2,80	3,14	68,96	4,56	4,03	5,47	0,07
Genel yan etkiler	72,29 ₂	4,58	2,64	53,16	3,13	2,35	60,04	3,67	2,45	6,01	0,05
Dikkati başka yöne çeken etkiler	63,63	6,92	7,09	56,41	5,11	4,93	60,67	5,44	4,87	0,93	0,63
Allerjik yan etkiler	52,17	2,08	2,87	56,05	2,11	2,42	72,57 _{1,2}	3,74	3,38	6,25	0,04
Psikolojik yan etkiler	64,42	15,42	8,44	54,29	12,95	8,80	64,94	15,11	7,21	2,73	0,26
Hormonal yan etkiler	71,98 ₂	5,50	3,49	51,95	3,59	3,89	63,22	4,89	4,07	7,15	0,03
Toplam Yan Etkiler (51 madde)	65,54	50,96	25,44	52,46	40,50	24,32	68,20	52,00	25,98	5,34	0,07
Toplam Yan Etki(41 madde)	66,31	44,04	20,59	52,09	35,39	20,55	68,33 ₂	46,56	23,67	5,91	0,05
İlaç uyumu ölçeği toplam puan ortalaması	49,69	0,65	1,09	63,53	1,03	1,10	57,22	0,78	0,89	3,66	0,16

İlaçlarla ilgili bilgi sahibi olma durumu ile yan etki ve ilaç uyumu puanlarının karşılaştırılması Tablo 27’de görülmektedir. İlaçlarla ilgili bilgi sahibi olma ile LUNSERS toplam-alt grup puanları ve ilaç uyumu puanının karşılaştırılmasında, kullandığı ilaçlar hakkında bilgisi olanların genel, hormonal yan etki puanları olmayanlara göre; ilaçlar ile ilgili biraz bilgisi olanların allerjik yan etki puanı bilgisi olan ve olmayanlara göre ve biraz bilgisi olanların bilgisi olmayanlara göre toplam yan etki-41 madde puanlarının daha yüksek bulunduğu belirlenmiş ve aralarındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. (Genel yan etki: $\chi^2_{KW}= 6,01$; $p=0,05$ / Allerjik yan etki: $\chi^2_{KW}= 6,24$; $p=0,05$ / Hormonal yan etki: $\chi^2_{KW}= 7,15$; $p=0,03$ / Toplam yan etki-41 madde: $\chi^2_{KW}= 5,91$; $p=0,05$). İlaç bilgisi ile ilaç uyumu puanının karşılaştırılmasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmemiştir.

Tablo 28. LUNERS Toplam -Alt Grup Puanları Ve İlaç Uyumu Puanlarının Karşılaştırılması (N=117)

İlaç Uyumu Yan Etkiler	Uyumu yüksek düzeyde olan (n=56)			Uyumu orta düzeyde olan (n=51)			Uyumu düşük düzeyde olan (n=10)			χ^2_{kw}	p
	Mean Rank	\bar{x}	$\pm SD$	Mean Rank	\bar{x}	$\pm SD$	Mean Rank	\bar{x}	$\pm SD$		
Ekstrapiramidal yan etkiler	54,73	6,43	5,25	61,22	7,20	4,82	71,60	7,90	2,88	2,51	0,29
Antikolinergik yan etkiler	57,53	5,05	3,35	61,98	5,63	3,79	52,05	4,50	3,47	0,93	0,63
Otonomik yan etkiler	57,77	3,27	3,42	58,47	3,35	3,38	68,60	4,10	3,18	0,91	0,64
Genel yan etkiler	55,21	3,32	2,47	65,23	3,94	2,34	48,50	3,10	3,28	3,43	0,18
Red herring etkiler	56,72	5,16	5,16	62,17	6,14	5,85	55,60	5,20	5,41	0,81	0,67
Allerjik yan etkiler	57,70	2,43	2,88	62,33	2,69	2,85	49,30	1,70	2,54	1,48	0,48
Psikolojik yan etkiler	51,96	12,20	7,81	62,15	14,78	8,47	82,35 ₁	20,10	8,37	7,60	0,02
Hormonal yan etkiler	56,57	4,00	3,74	60,25	4,55	4,17	66,20	4,90	3,60	0,83	0,66
Toplam Yan Etkiler (51 madde)	54,02	41,86	24,86	62,76	48,27	25,88	67,70	51,50	24,81	2,50	0,29
Toplam Yan Etki(41 madde)	53,95	36,70	21,61	62,53	42,14	22,01	69,30	46,30	19,94	2,72	0,26

İlaç yan etkileri ve ilaç uyumu puanlarının karşılaştırılmasında (Tablo 28), uyumu düşük düzeyde olanların psikolojik yan etki puanı uyumu yüksek düzeyde olanlara göre yüksek bulunduğu belirlenmiş ve aralarındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. ($\chi^2_{kw} = 7,60$; $p = 0,02$).

5. TARTIŞMA

Bu araştırma, psikiyatri hastalarında ilaç yan etkileri, ilaç uyumu ve yan etkiler ile uyum arasındaki ilişkiyi belirlemek amacı ile tanımlayıcı ve ilişki arayıcı araştırma tipine uygun olarak planmış ve gerçekleştirilmiştir.

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

5.1. DEMOGRAFİK VE TANI-TEDAVİ İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİN TARTIŞILMASI

Bu bölümde örnekleme oluşturan hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, sağlık güvencesi, tanı, ilaç çeşidi, yan etki deneyimi, tedaviye inanma durumu, ilaç bilgisi gibi demografik ve tanı-tedavi ile ilgili özellikler tartışılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların % 25,6'sı 20-25 yaş grubunda, % 22,2'si 26-30 yaş grubunda, %53,8'i erkek ve büyük çoğunluğu (%77,8) bekadır (Tablo 6).

Şizofreni hastalarında yapılan çalışmalarda, hastalığın kadın ve erkeklerde eşit oranda görüldüğünün bildirilmesine rağmen erkeklerin kadınlara göre daha yüksek oranda olması, hastalığın erkeklerde daha erken yaşta başlamasına ve kadınlarda seyrinin daha iyi olmasına bağlanabilir. Göğüş ve arkadaşlarının (31)(2001) şizofrenili hastalarda yaptığı çok merkezli çalışmada hastaların %62,2'sinin, Çetinkaya'nın (18) (2003) çalışmasında %60'ının, Lindstrom'un (2001) çalışmasında (56), %64'ünün, Morrison'un (67) çalışmasında %61,4'ünün, Day'in (21) (1995) çalışmasında, %58'inin erkek olması bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan hastaların büyük çoğunluğunun bekar (%77,8) olması (Tablo 6), psikiyatrik hastalıkların özellikle şizofreni gibi psikotik bozuklukların erken yaşta ortaya çıkması, sosyal geri çekilme gibi belirtilerle seyretmesi nedeniyle sosyal becerilerde

azalma ve stigmatizasyona bağlı olabilir. Ebrinç (23) (2002) ve Coldham'ın(14) (2002) yaptıkları benzer bir çalışmada da hastaların çoğunun bekar olması (sırasıyla %80 ve %87) bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

Eğitim düzeylerine göre grubun %36,8'i ortaöğretim ve %36,8'i de yükseköğretim mezunudur (Tablo 6).

Eğitim düzeyinin yüksek olmasında araştırmaya alınma kriteri olarak, hastanın "okur-yazar olması" gerekliliğinin etkili olduğu düşünölmekte ve bu konuda yapılan benzer çalışmalarda aynı kriterin geçerli olması sonucu benzer bulguların elde edildiği görölmektedir. Ebrinç ve arkadaşları (23) (2002), haloperidol ve risperidonun klinik etki ve yan etkilerini değerlendirmek üzere yaptıkları bir çalışmada, risperidon grubundaki hastaların %40'ının yüksekokul, %35'inin ortaöğretim, haloperidol grubundaki hastaların %30'unun yüksekokul, %25'inin ortaöğretim mezunu olduğunu, Çetinkaya çalışmasında (18) (2003), hastaların %33,3'ünün ortaöğretim, %30'unun lisans mezunu olduğunu bulmuşlardır.

Çalışmaya katılan hastaların büyük çoğunluğunun (%70.1; n=82) herhangi bir işte çalışmadığı; %80,3'ünün sağlık güvencelerinin olduğu, gelir durumuna göre %66.7'sinin (n=78) gelir durumlarını "orta" olarak ifade ettikleri görölmektedir (Tablo 6).

Özellikle şizofreni gibi psikiyatrik hastalıkların yol açtığı yeti yitimi, yanısıra tedavi nedeniyle oluşan yan etkiler (Sedasyon, konsantrasyon güçlüğü vb.) gibi nedenlerle hastaların, sosyal beceri gerektiren iş ve eğitim yaşamlarında güçlük yaşadığı düşünölmektedir. Çetinkaya'nın çalışmasında (18), hastaların %73'ünün bir işte çalışmadığını; Aker ve arkadaşlarının (2) (2000) çalışmalarında, hastaların %59.5'inin işsiz olduğunu, Ebrinç ve arkadaşlarının (23), hastaların %50'nin üzerinde bir oranda işsiz ya da düzensiz çalıştığını belirtmesi bulgularımızı desteklemektedir.

Hastaların büyük çoğunluğunun (%80,3) sağlık güvencesinin olması, sosyal güvencesi olan hastaların üniversite hastanelerine başvurmaları ile açıklanabilir.

Çalışmaya katılan hastaların çoğunluğunun (%66,7) gelir durumlarını orta düzeyde olarak ifade etmesi, psikiyatrik hastalıkların tedavilerinin uzun süreli olmasına ve hastaların çoğunun düzenli olarak bir işte çalışmamasına ya da işsiz olmasına bağlanabilir. Bu bulgu bize psikiyatrik hastalıkların hasta ve ailenin ekonomik durumunu olumsuz etkilediğini düşündürmektedir. Ebrinç ve arkadaşlarının (23) (2002), risperidon grubundaki hastaların %70'inin, haloperidol grubundaki hastaların %55'sinin ekonomik düzeylerinin orta olduğunu, Göğüş ve arkadaşlarının (31) (2001), hastaların %67'sinin orta ekonomik düzeyde olduğunu; Çetinkaya'nın (18) (2003), %53,3'ünün orta ekonomik durumda olduğunu belirtmesi bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

Çalışmaya katılan hastaların büyük çoğunluğunun (%64,1) psikotik bozukluk tanısı aldıkları belirlenmiştir. Araştırmaya katılımda "Hastaların en az bir antipsikotik kullanıyor olması" kriterinin bulunması ve antipsikotiklerin psikotik bozukluklarda sık kullanılması, psikotik bozukluk tanısının daha fazla görülmesinde açıklayıcı olabilir.. Morrison "LUNSERS'in klinik uygulamada kullanımının sağlanması" ile ilgili yaptığı çalışmasında (67), hastaların büyük çoğunluğunun psikotik bozukluk tanısı almış kişilerden oluştuğunu belirtmesi bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan hastaların tümü antipsikotik ilaç kullanmakta, kullanılan antipsikotiklerin çoğunu atipik antipsikotikler oluşturmaktadır. Kullandığı ilaçlara göre grubun %33,3'ünün sadece antipsikotik ilaç, %36,8'inin antipsikotik ilaç+ diğer psikotrop ilaçlar (antidepresan, duygudurum düzenleyici, antianksiyete, beta bloker), %29,9'unun ise antipsikotik+antikolinergik ilaçları kombine kullandığı belirlenmiştir.

Aker ve ark. (2) (2000), Ebrinç ve ark. (23) (2002) ve Morrison (67) (2000), hastaların çoğunluğunun tipik antipsikotik kullandığını bildirmişlerdir. Lindstrom ve arkadaşları (56), UKU Yan Etkileri Değerlendirme Ölçeği'nin hastaların kendilerinin doldurduğu versiyonunun klinik geçerliğini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada (2001), hastaların %30'unun risperidon, %70'inin diğer antipsikotikleri kullandığını, ilaveten %29'unun benzodiazepin, %21'inin selektif serotonin geri alım inhibitörü (SSRI), %5'inin trisiklik antidepresan, %8'inin lityum, %35'inin antikolinergik bir ilaç kullandığını bildirmişlerdir. Çalışmamızda diğer çalışmalardan farklı olarak atipik

antipsikotik kullanımının daha fazla olması; atipiklerin pozitif ve negatif belirtiler üzerine yüksek klinik etkileri ile hastaneye yatış sayısında ve süresinde belirgin azalma yapması, yan etki insidansının düşük olması, bilişsel işlevleri artırıcı etkisi, sosyal fonksiyonlarda düzelme yapması ve dolayısıyla hastanın yaşam kalitesini artırması, hastaların çoğunluğunun sağlık güvencesinin olması gibi nedenlerle reçetelemede daha fazla tercih edilmesi ile açıklanabilir. Oluşturabilecekleri ek yan etkilerden dolayı profilaksi amacıyla rutin olarak kullanımları önerilmemekle birlikte, özellikle ekstrapiramidal yan etkilerin tedavisinde antikolinergiklerin rolü çok önemlidir. Hastaların %29.9'unun antipsikotik+antikolinergik ilaç kullanımı bu literatür bilgisi ile çelişkilidir.

Antipsikotik kullanmaya başladıklarından bugüne kadar geçen sürede %74,4'ü yan etki yaşadığını, yan etki yaşayanların %43.7'si doktora/hastaneye başvurduğunu, %43.7'si yan etkilere yönelik hiç bir şey yapmadığı ya da kendi yöntemleriyle baş etmeye çalıştığını, %12.6'sı ilacını bıraktığını belirtmiştir. Hastaların büyük çoğunluğunun yan etki yaşamaları literatür ile uyumludur (6, 31, 32, 66,81).

Gray (33)'in çalışmasında, hemşirelerin antipsikotik ilaç alan hastaların %80'inin ayda en az bir yan etki yaşadığını bildirmesi; yine aynı çalışmada Casey'nin tipik antipsikotiklerle tedavi edilen hastaların %75'inden fazlasının ekstrapiramidal belirtiler yaşadığını ve bunu ilaç uyumsuzluğunun ana nedenlerinden biri olarak bulduğunu bildirmesi; Fakhoury ve arkadaşlarının (27), 202 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada hastaların hemen hemen tümünün en az bir yan etki yaşadığını saptamaları bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Aker (2)'in, hastaların %40'ının bir yıl içinde, %75'inin iki yıl içinde yan etkiler nedeniyle ilacı bıraktıklarını bildirmesi, Aslan (5)'inin yan etki yaşayan hastaların %10'unun tedaviyi kestiğini bildirmesi bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

Hastaların hemen hemen yarısının doktora başvururken diğer yarısının kendi yöntemleriyle başa çıkmaya çalışması ya da hiç bir şey yapmaması ülkemizde yan etkilerle baş etmeye yönelik eğitim programlarının düzenlenmesine gereksinim olduğunu göstermesi açısından önemlidir. Hastaların önceden ilaçlarını kesmeleri veya tedaviye uyumsuzluk göstermesi gelecekte benzer bir tutum gösterebileceğinin işaretçisi olabilir;

bu yüzden hastaların %12.6'sının ilacını kesmesi bu hastaların tedaviye uyumlarının daha yakından izlenmesi açısından önemlidir.

Hastaların tedaviyle ilgili bilgi ve tutumları incelendiğinde, grubun büyük çoğunluğu (%69.2) kullandığı ilaçların rahatsızlığını iyileştireceğine inandıklarını, %54.7'si kullandıkları ilaçlar hakkında bilgisinin olmadığını ve %74.4'ü ilacını "kendisinin aldığı" ifade etmiştir. Hastaların toplam ilaç kullanma sürelerinin medyan değeri 60 (ranj:1-360) aydır. Chapman (12) (1992), 132 kişilik şizofren hastayla yaptığı çalışmada, hastaların sanılanın aksine nöroleptik tedavinin yarar ve riskleri arasındaki dengeyi iyi anladığını belirtmesi hastaların tedaviye yönelik tutumlarıyla ilgili bulgularımızı desteklemektedir.

Çetinkaya'nın (18), hastaların %60'mın hastalık ve tedavi hakkında bilgilerinin olmadığını saptaması, Marland (61) çalışmasında (1999), Cobb'un hastaların kullandığı ilaçları hakkında bilgilenmeye gereksinimleri olduğunu, yan etki yaşayan hastaların %87'sinin ilaçlar ve yan etkileri hakkında bilgisi olmadığını saptadığını bildirmesi, Aker ve ark.'nın (2) hastaların %29.3'ünde tedaviyle ilgili yetersiz bilgilenme ve yorumlarının olduğunu belirtmesi, Clary'nin (13), Hastanede yatan psikiyatri hastalarının taburculuk sırasında ilaçları hakkındaki bilgi düzeyleri ile ilgili yaptığı çalışmada (1992), hastaların yarısından fazlasının kullandığı psikiyatrik ilaçların ismini, dozajını ve niçin ilaç aldıklarını bilmediklerini saptaması, bulgularımızı desteklemekte ve hastaların gerek hastane yatışları gerekse ayaktan izlemler sırasında ilaçlarıyla ilgili yeterli bilgi almadıklarını düşündürmektedir. Psikiyatri hastalarına yönelik düzenlenecek psikoeğitimin ve rehabilite edici çalışmaların hastalığın yapısı, belirtilerinin yanısıra ilaçların etki ve yan etkileri hakkında bilgileri de kapsamaması gerektiği açıktır.

5.2. LİVERPOOL ÜNİVERSİTESİ NÖROLEPTİKLERİN YAN ETKİLERİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİN TARTIŞILMASI

Hastalar, geçen ay en sık yaşadıkları yan etkilerin sırasıyla, konsantrasyon güçlüğü (%74.35), halsizlik (%73.5), hatırlamada güçlük (%69.2), kilo alma (%67.5), aşırı uyuma (%65), gün içinde uyku hali (%64.1), ağız kuruluğu ve hareketlerde yavaşlama (%61.5) olduğunu ifade etmiştir. Hastalar en sık psikolojik yan etkileri

yaşamaktadır. Yan etki alt gruplarına göre hastaların, psikolojik yan etkilerde konsantrasyon güçlüğü ve halsizlik, genel yan etkilerde kilo alma, antikolinergik yan etkilerde ağız kuruluğu, ekstrapiramidal yan etkilerde hareketlerde yavaşlama, red herring maddelerde idrar renginin koyulaşması, hormonal yan etkilerde seks dürtüsünün azalması, allerjik yan etkilerde güneş ışığına hassasiyet, otonomik yan etkilerde terlemede artış yaşadıkları saptanmıştır.

Morrison'un (67), LUNSERS'ı kullanarak yaptığı çalışmada, hastaların en sık yaşadığı yan etkilerin sırasıyla konsantrasyon güçlüğü (%86), hatırlamada güçlük (%84), halsizlik (%82), huzursuzluk (%75), gerginlik (%74), ağız kuruluğu (%70), fazla idrar yapma (%68), gün içinde uyku hali ve depresyon (%66) olduğunu bildirmesi; Day ve ark.'nın (21), halsizlik (%78), ağız kuruluğu (%74), hatırlamada güçlük (%70), gerginlik ve depresyon (%68), huzursuzluk, bulanık görme, konsantrasyon güçlüğü, ve rüya görmeye artış (%66) olduğunu bildirmesi; Lindstrom ve ark.'nın (56), UKU Yan Etkileri Değerlendirme Ölçeği (UKU Side Effect Self Rating Scale-UKU-SERS-Pat)'nin hastalar tarafından doldurulan versiyonunun klinik geçerliğini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, hastaların asteni (%60), konsantrasyon güçlüğü, gerginlik/içsel huzursuzluk (%52), depresyon ve uyku süresinde artma (%49), distoni (%48), akatizi (%46), sedasyon / uyku hali ve ortostatik baş dönmesi (%44), hatırlamada güçlük (%41) ve seks isteğinde azalma (%40) yaşadığını bildirmesi bulgularımızla benzerlik göstermekle birlikte bizim yan etki görülme yüzdelerimizin daha düşük olması hastaların atipik antipsikotikleri daha fazla kullanması ile açıklanabilir.

Psikotrop ilaçların yan etkileriyle başa çıkmada hemşirelik bakımının etkinliğiyle ilgili yaptığı çalışmada Özeren (73), hastalarda sıkıntı-huzursuzluk (%56.7), gündüz uykusu (%54.4), yorgunluk-halsizlik (%50) gözlemlendiğini belirtmiştir. Ülkemizde daha çok nöroleptiklerin yan etkileriyle ilgili çalışmaların, belli bir ilacın başka bir ilaçla karşılaştırılarak veya karşılaştırılmadan ilacın etkinlik ve yan etki profilini belirlemeye yönelik olduğu görülmektedir. Bu bağlamda Coşkun ve ark.'nın(15) Züklopentiksolfün pozitif belirtiler üzerine etkinliği ve yan etkilerinin haloperidolle karşılaştırılmasıyla ilgili yapılan çalışmada, haloperidol grubunda tremor, akatizi, bradikinezi, akut distoni; züklopentiksolfün grubunda ise akatizi görüldüğü bildirilmiştir. Uzun ve arkadaşlarının (88),

Sülpiridin yan etki profilini klorpromazinle karşılaştırdıkları çalışmada, sülpirid uygulanan olgularda en sık kaydedilen yan etkiler, uyku süresinde azalma (%44.4), anksiyete (%33.4), baş dönmesi (%16.7), tremor, akatizi, ağız kuruluğu ve galaktore (%11.1); klorpromazin grubunda ise sedasyon (%66.7), uyku süresinde artma (%58.4), ağız kuruluğu (%50.0), çarpıntı ve hipotansiyon (%33.4), bulanık görme ve konstipasyon (%16.7) görüldüğü belirtilmiştir. Çetin ve ark.'nın (17) klasik nöroleptiklerle tedaviye dirençli psikozlarda sülpiridin etkinliği ve emniyeti ile ilgili çalışmasında gözlenen yan etkilerin, sedasyon (%28), asteni (%20), ortostatik baş dönmesi (%8), distoni, akatizi, tremor, salivasyon artışı ve libido azalması (%7) olduğunu bildirmesi ve Evren'in (26), olanzapin tedavisi sırasında kilo alma, ağız kuruluğu, iştahta artma, baş dönmesi, prolaktin seviyesinde yükselme, sedasyon ve bazı antikolinerjik yan etkilerin gözlediğini bildirmesi ve diğer literatürlerdeki benzer sonuçlar bulgularımızı desteklemektedir (43,74,81).

LUNTERS'dan aldıkları puanlara göre hastaların büyük çoğunluğunun yan etkilerin şiddetini "orta" ve "hafif" düzeyde yaşadıkları görülmektedir. Morrison (67) çalışmasında hastaların %50'sinin hafif, %41'inin orta, %9'unun yan etkileri şiddetli yaşadığını belirtmiştir. Çetinkaya (18) çalışmasında, hastaların %70'inin yan etki şiddetinin hastaların işlevselliğini önemli derecede etkilemediğini belirtmesi bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Ayrıca bu durum hastaların büyük çoğunluğunun atipik antipsikotik kullanmasına bağlı olarak daha az yan etki yaşamalarına bağlı olabilir.

5.3. MORİSKY UYUM ANKETİ İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİN TARTIŞILMASI

Hastaların %47.9'unun ilaç uyumlarının yüksek düzeyde olduğu, %43.6'sının uyumlarının orta düzeyde, %8.5'inin ise düşük düzeyde olduğu görülmektedir.

Psikiyatrik hasta popülasyonunda ilaç tedavisine karşı uyumsuzluk %30-60 oranında karşılaşılan ve klinik uygulamada önemli sonuçları görülen ciddi bir sorundur. Ayaktan tedavide uyumu etkileyen hastayla ilgili değişkenleri belirlemeye yönelik

çalışmasında Aslan (5), hastaların %38.5'inin tedaviyi düzenli, %16.2'sinin düzensiz olarak uyguladıklarını, %45.3'ünün ilk görüşmeden sonra tekrar başvurmadığını belirtmiştir. Erkoç ve arkadaşlarının (25) yaptıkları çok merkezli bir çalışmada, 382 şizofreni tanılı hastanın %77'sinin tedaviye uyumlarının iyi, %17'sinin orta, %6'sının kötü olduğu belirtilmiştir. Yıldız ve ark'nın (90) (2002) yaptıkları çok merkezli bir çalışmada, şizofreni tanılı hastalara uygulanan sosyal beceri eğitimi programından önce, kendiliğinden düzenli ilaç kullananların oranı %63.2, tedaviye uyumsuz olanların oranı da %15.8 olarak bildirilmiştir. Çetinkaya'nın (18) şizofreni tanılı hastalarda yaptığı çalışmada, hastaların %80'inin ilaç tedavisini sürdürmede uyumsuz olduğu bildirilmiştir. Coldham'm (14), ilk epizodu geçirmekte olan psikotik hastalarda tedaviye uyum ile ilgili 186 kişiyle yaptığı çalışmada, %40.9'unun uyumlu, %39.9'unun uyumsuz, %19.9'unun uyumunun yetersiz olduğu belirtilmiştir. Kampman (47), nöroleptik kullanan 100 hastada, hasta ve doktorların uyumu değerlendirmelerini karşılaştırdığı çalışmada, hastaların %27'si, doktorların %30'u hastaların tedaviye uyumlarını %50 veya daha az olarak değerlendirmiştir. Wolters ve arkadaşları (89) (2003), antipsikotik ilaçların subjektif etkileriyle ilgili yaptıkları çalışmada, hastaların %28,6'sının uyumsuz olduğunu bildirmişlerdir.

Uyumu değerlendirmede farklı yöntemlerin kullanılması ve psikiyatri hastalarında uyumu etkileyen birçok etkenin olması, uyum oranlarının karşılaştırmasını güçleştirmektedir. Çalışmaya katılan hastaların büyük çoğunluğunun ilaç uyumlarının iyi ve orta düzeyde olmasının, araştırma çalışmalarına gönüllü olarak katılan kişilerin diğerlerinden daha fazla tedaviye uyumlu olabilmelerinden ve çalışmanın yapıldığı kurumda psikotik hastalara yönelik haftalık etkileşim toplantılarına %34.2'sinin katılmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

5.4. HASTALARIN DEMOGRAFİK VE TANI-TEDAVİ İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİ İLE İLAÇ YAN ETKİLERİ VE İLAÇ UYUMUNUN KARŞILAŞTIRMASINA YÖNELİK SONUÇLARIN TARTIŞILMASI

Çalışmamızda yaşa göre LUNBERS puanlarının karşılaştırılması incelendiğinde, 26-30 yaş grubundaki hastaların genel yan etki puanlarının 20-25 yaş ve 40 yaş ve üzeri

yaş grubuna göre ve 31-35 yaş grubundakilerin genel yan etki puanlarının 40 yaş ve üzeri yaş grubuna göre yüksek olduğu belirlenmiş ve istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($\chi^2_{kw}=10,47$; $p=0,03$).

Genel yan etkilerin daha çok 26-35 yaş arasında görülmesi ve yaş arttıkça düşmesi, 26-35 yaş arasındakilerin ilacın yan etkilerine karşı tolerans geliştirmediklerini ve bu sonucun ilaç kullanım süresi ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Mete ve arkadaşlarının (64) yaptıkları çok merkezli bir çalışmada, yaş ile yan etki puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Yaş ile ilaç uyumu puanlarının karşılaştırılmasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bazı çalışmalarda (14,68), gençlerde tedaviye uyum sorununun daha fazla görüldüğü ya da geç yaş ve ilaç uyumsuzluğunun şiddeti arasında ilişki olduğunun (2) bildirilmesine rağmen, her cins, yaş ve sosyoekonomik seviyede uyumsuzluk görülebileceğini belirten yayınlar da vardır (1). Kampman'ın (47) yaptığı çalışmada yaş gruplarıyla ilaç uyumunun karşılaştırılmasında fark saptanmadığını bildirilmesi bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

Cinsiyet ile yan etki puanlarının karşılaştırılması incelendiğinde, kadınların ekstrapiramidal, otonomik, genel yan etkiler, dikkati başka yöne çeken etki ve toplam yan etki-51 puanlarının erkeklere göre daha yüksek olduğu belirlenmiş ve anlamlı farklar elde edilmiştir. (Ekstrapiramidal: $MWU_z = -2,15$; $p=0,03$ / Otonomik yan etki: $MWU_z = -2,28$; $p=0,02$ / Genel yan etki: $MWU_z = -1,97$; $p=0,04$ / Dikkati başka yöne çeken etki: $MWU_z = -2,51$; $p=0,01$ / Toplam yan etki-51 madde: $MWU_z = -2,02$; $p= 0,04$).

Bulgularımızda kadınlar, en yüksek puanı dikkati başka yöne çeken etki maddelerinden almışlardır. Bu maddelerdeki ifadelerin daha çok fiziksel şikayetlerle ilgili olması, kadınların bedenleriyle ilgili belirtilere daha duyarlı olması ile açıklanabilir. Kelleci'nin (50) kadınların daha çok fiziksel semptomlarla sağlık hizmetlerine başvurduğunu belirtmesi ve ilgili yayınlarda (10,42,74) kadınların özellikle ekstrapiramidal yan etkiler açısından daha fazla risk taşıdıklarının belirtilmesi bulgularımızı desteklemektedir.

Cinsiyete göre ilaç uyumu puanlarının karşılaştırılmasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır. Cinsiyet ile ilaç uyumu arasında ilişki bulunmadığını belirten kaynaklar olmasına rağmen (2,14), kadınların daha uyumlu olduğunu belirten kaynaklar da vardır. Erkeklerin daha uyumlu olduklarını bildiren bir tek çalışmaya rastlanmıştır (47).

Medeni durum ile LUNTERS toplam-alt grup puanlarının karşılaştırılmasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamış ve çalışmamızda evli ya da bekar olmanın yan etkiler üzerinde etkili olmadığı düşünülmüştür.

Eğitim durumu ile ilaç yan etkileri ve ilaç uyumu puanının karşılaştırılmasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Mete ve arkadaşları (64), eğitim süresiyle nörolojik yan etki puanları arasında negatif, cinsel yan etkiler arasında pozitif korelasyon olduğunu belirtmişlerdir. Eğitim süresinin nörolojik yan etki puanlarıyla ters orantılı bulunmasını eğitilmiş kişilerin tedaviye uyumunun daha yüksek olmasına, cinsel yan etkilerle doğru orantılı bulunmasını ise söz konusu sorunları daha rahat biçimde ifade etmelerine bağlı olabileceğini belirtmişlerdir. Çalışmamızda yükseköğretim mezunu olanların hormonal yan etki puanlarının eğitim düzeyi düşük olanlara göre daha yüksek olması Mete ve ark.'nın (64) bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

Aslan'ın (5) yaptığı çalışmada eğitim durumu ile ilaç uyumu arasında ilişki saptanmaması bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

Çalışma durumu ile yan etki puanlarının karşılaştırılmasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmemiştir. İstatistiksel olarak anlamlı olmamasına rağmen, yan etki puan ortalamalarının çalışmayan grupta daha yüksek olması, bu kişilerin bir işte çalışmamlarında yan etkilerin de etkili olabileceğini düşündürmektedir. Juncos (46), (2000), EPS tedavisinde atipik antipsikotiklerin yeri konulu çalışmasında, tedaviye bağlı gelişen hareket bozukluklarının kişiler için bir yük, sosyal reddedilme, rehabilitasyonun

engellenmesi ve iş bulma ihtimalinin azalması ile sonuçlanabileceğini bildirmesi bulgularımızı desteklemektedir.

Sağlık güvencesi ile yan etki puanlarının karşılaştırılmasında, sağlık güvencesi olanların dikkati başka yöne çeken etki, toplam yan etki-51 ve toplam yan etki-41 puanlarının olmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiş ve aralarındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. (Dikkati başka yöne çeken: $MWU_Z = -3,13$; $p=0,00$ /toplam yan etki -51 madde: $MWU_Z = -2,47$; $p=0,01$ /toplam yan etki-41 madde: $MWU_Z = -,30$; $p=0,02$).

Sağlık güvencesi olanların daha fazla yan etki yaşadıklarını ifade etmeleri, sağlık hizmetlerinden yararlanmada sağlık güvencesi olmayanlara göre daha rahat olmalarıyla açıklanabilir.

Sağlık güvencesi ile ilaç uyumu puanının karşılaştırılmasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmemiştir. Sağlık güvencesi olanların daha fazla yan etki yaşamalarına rağmen ilaç rejimine uymaları sevindiricidir. Aslan (5), sağlık güvencesi olanların tedaviye uyumunun daha yüksek olduğunu bildirmiştir.

Gelir durumu ile yan etki puanlarının karşılaştırılmasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmemiştir.

Çalışmamızda gelir durumu ile yan etki puanlarının karşılaştırılmasında, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamasına rağmen, gelir durumunu “kötü” olarak ifade edenlerin yan etki puan ortalamalarının daha yüksek olması yan etki yaşadıklarında sağlık hizmetleri ve diğer kaynaklardan yeteri kadar yararlanamadıklarını düşündürmektedir.

Tanı ile yan etki ve ilaç uyumu puanlarının karşılaştırılması incelendiğinde, diğer bozukluklar ve duygudurum bozukluğu tanısı almış kişilerin ekstrapiramidal, antikolinergik, otonomik, toplam yan etki-41 ve toplam yan etki-51 puanlarından psikotik bozukluk tanısı almış kişilere göre; diğer bozukluklar tanısı almış kişilerin genel, dikkati başka yöne çeken, psikolojik yan etki puanlarından psikotik bozukluk tanısı almış kişilere

kişilere göre daha yüksek puan aldıkları belirlenmiş ve aralarındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. (Ekstrapiramidal yan etki: $\chi^2_{KW} = 15,77$; $p=0,00$ / Antikolinergik yan etki: $\chi^2_{KW} = 11,89$; $p=0,00$ / Otonomik yan etki: $\chi^2_{KW} = 12,86$; $p=0,00$ / Genel yan etki: $\chi^2_{KW} = 5,89$; $p=0,05$ / Dikkati başka yöne çeken etki: $\chi^2_{KW} = 8,24$; $p=0,01$ / Psikolojik yan etki: $\chi^2_{KW} = 8,45$; $p=0,02$ / Toplam yan etki-51 madde: $\chi^2_{KW} = 14,74$; $p=0,00$ ve toplam yan etki-41 madde $\chi^2_{KW} = 14,90$; $p=0,00$).

Tanı gruplarına göre, kullanılan ilaçların farklı sayıda ve çeşitte (duygudurum bozukluğunda duygudurum ilaçları ve antipsikotiklerin kombine kullanılması gibi) olmasının, duygudurum ve diğer bozukluklar tanısı almış kişilerin psikotik bozukluk tanısı almış kişilere göre yan etkileri daha fazla yaşamalarında etkili olduğu düşünülmektedir. Sajatovic ve ark. (80) (2001), Atipik bir antipsikotik olan ketiapin'in duygudurum bozukluklarında kullanımı ile ilgili yaptıkları çalışmada, duygudurum tedavisine ilaveten uzun süreli antipsikotik kullanımının ek sorunlara yol açtığını; bu hastalarda şizofreni hastalarına göre geç diskinezi gelişme riskinin daha fazla olduğunu ve ekstrapiramidal yan etkiler veya sedasyon gibi merkezi sinir sistemi yan etkilerini daha sık yaşadıklarını belirtmişlerdir. Öncü ve ark.'nın (71) (1998), lityum ile atipik antipsikotik kullanımında MNS riskinin artabileceğini bildirmesi ve Sajatovich ve ark.'nın (80) saptadığı bulgular çalışmamızdaki bulgularla benzerlik göstermektedir.

Tarıya göre ilaç uyumu puanının karşılaştırılmasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmemiştir. Aslan (5) ve Kampman'ın (47) çalışmalarında da tanı ve uyum arasında ilişki saptanmaması bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

Hastaların ilaç kullanma süresi ile ilaç yan etkileri arasındaki ilişki incelendiğinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmasa da, ekstrapiramidal, genel, psikolojik, hormonal, toplam yan etki-41 ile ilaç kullanma süresi arasında negatif bir ilişki olduğu, yani ilaç kullanma süresi arttıkça yan etkilerin azaldığı görülmektedir. Hastaların çoğunluğunun uzun süredir ilaç kullandıkları dikkate alınrsa birçok kaynakta belirtildiği gibi yan etkilere karşı tolerans geliştiği düşünülebilir (10,31,74,93).

Kullandıkları ilaca göre ilaç yan etkilerinin karşılaştırılmasında, antipsikotik+diğer psikotrop ilaçlar ve antipsikotik+antikolinergik ilaç kullananların sadece antipsikotik kullananlara göre yan etki puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiş ve aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur. (Ekstrapiramidal yan etki: $\chi^2_{KW}= 13,25$; $p=0,00$ / Antikolinergik yan etki: $\chi^2_{KW}= 7,88$; $p=0,02$ / Otonomik yan etki: $\chi^2_{KW}= 12,16$; $p=0,00$ / Psikolojik yan etki: $\chi^2_{KW}= 11,19$; $p=0,00$ / Toplam yan etki-51 madde: $\chi^2_{KW}= 13,41$; $p=0,00$ ve Toplam yan etki - 41 madde $\chi^2_{KW}= 14,29$; $p=0,00$). Öztürk (74), Birsöz (10), Öncü (70) ve İnem'in (44) kombine ilaç kullanımının yan etkileri arttıracakını belirtmesi ve tanı gruplarına göre diğer bozuklukları olanlarda yan etki oranının yüksek bulunması bulgumuzu desteklemektedir.

Kullandıkları ilaç ve ilaç uyumu puanının karşılaştırılmasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Aslan (5), tek ilaç verilen hastaların birden çok ilaç verilen hastalara göre tedaviye daha uyumlu olduğunu bildirmiştir. Çalışmamızda kombine ilaç kullanan hastaların uyumlarının iyi düzeyde olması sevindirici bir bulgudur.

Tedaviye inanma durumu ile yan etki ve ilaç uyumu puanlarının karşılaştırılmasında, kullandığı ilaçların rahatsızlığını iyileştireceğine inananların ve inanmayanların dikkati başka yöne çeken yan etki puanının az inananlara göre; ilaçların rahatsızlığını iyileştireceğine inanmayanların psikolojik yan etki puanının inananlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiş ve aralarındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. (Dikkati başka yöne çeken etkiler: $\chi^2_{KW}= 6,82$; $p=0,03$ / Psikolojik yan etki: $\chi^2_{KW}= 6,90$; $p=0,03$). Tedavinin yararına inanmayan hastaların, ilaçlarla ilgili rahatsız edici etkileri inanan hastalara göre subjektif olarak daha fazla hissetmelerinin yan etki puanlarının daha fazla artmasında etkili olduğu düşünülebilir.

Tedaviye inanma durumu ile ilaç uyumu puanının karşılaştırılmasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmemiştir. Çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamasına rağmen tedavinin yararına inanan hastaların inanmayan ve az inananlara göre daha uyumlu oldukları saptanmıştır. Aslan'ın (5), hastaların ilaca karşı tutumları ile tedavi uyumları arasında ilişki saptamadığını ancak, ilaçlardan beklentisi olumlu olanların kontrollere daha düzenli gelip, tedaviyi daha düzenli uyguladıklarını belirtmesi, Aker'in

(2), hastalığın ve ilacın algılanan ciddiyeti ve yararının uyumda etkili olduğunu belirtmesi bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

İlaçlarla ilgili bilgi sahibi olma durumu ile yan etki ve ilaç uyumu puanlarının karşılaştırılmasında, kullandığı ilaçlar hakkında bilgisi olanların genel, hormonal yan etki puanları olmayanlara göre; ilaçlar ile ilgili biraz bilgisi olanların allerjik yan etki puanı bilgisi olan ve olmayanlara göre ve biraz bilgisi olanların bilgisi olmayanlara göre toplam yan etki-41 madde puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiş ve aralarındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. (Genel yan etki: $\chi^2_{KW} = 6,01$; $p=0,05$ / Allerjik yan etki: $\chi^2_{KW} = 6,24$; $p=0,05$ / Hormonal yan etki: $\chi^2_{KW} = 7,15$; $p=0,03$ / Toplam yan etki-41 madde: $\chi^2_{KW} = 5,91$; $p=0,05$).

İlaçlar hakkında bilgi sahibi olanların yan etki puanlarının daha yüksek olması, ilaçlar hakkında bilgi sahibi olan, hastaların ilaçların olası yan etkilerine yönelik farkındalıklarına bağlanabilir.

İlaç bilgisi ile ilaç uyumu puanının karşılaştırılmasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmemiştir. Svedberg (84), hastanın hastalığı ve tedavisi hakkında bilgi sahibi olmasının uyum üzerinde rolü olduğunu belirtmiş ve çeşitli kaynaklarda hastalara yönelik yapılacak hastalık ve ilaçlarla ilgili eğitimlerin ilaç uyumunu arttıracığı belirtilmiştir.

İlaç yan etkileri ve ilaç uyumu puanlarının karşılaştırılmasında, uyumu düşük düzeyde olanların uyumu yüksek düzeyde olanlara göre psikolojik yan etkileri daha fazla yaşadıkları ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($\chi^2_{KW} = 7,60$; $p=0,02$).

Psikolojik yan etkileri yaşayan hastalarda ilaç uyumunun düşük düzeyde olması, psikolojik yan etkiler ile ilaç uyumu arasındaki ilişkiyi araştıran yayınlarda elde edilen bulgularla benzerlik göstermektedir (2,6,19,31,57,58,67,76,89). Hastalıkta ve tedavide rol oynayan psikolojik etmenlerin rolünü küçümsemek aksine duyguların donuklaşması ya da bellek zayıflaması gibi öznel yakınmaları önemsemek gerekir. Bu yakınmalar, bazı

hastaları bedensel yan etkilerden daha çok rahatsız edebilmektedir. Tedaviye uyumu sağlamada, ister bedensel ister psikolojik olsun yan etkilerin mümkünse giderilmesi ya da en aza indirilmesi büyük önem taşır.



6. SONUÇLAR

Bu bölümde; psikiyatri hastalarında ilaç yan etkileri, ilaç uyumu ve aralarındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak yapılan çalışmada, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı kliniklerinde ayaktan izlenen antipsikotik kullanan 117 hastadan oluşan bir örnekleme ilgili sonuçlar yer almaktadır.

- Araştırmaya katılan hastaların %25.6'sı 20-25 yaş grubunda, %53.8'i erkek, %77.8'i bekar, %36.8'i yükseköğretim mezunu, %70.1'i işsiz, %66.7'sinin gelir durumu orta düzeyde, %80.3'ünün sağlık güvencesinin olduğu, %64.1'inin tamsının psikotik bozukluk olduğu, %70.9'unun atipik antipsikotik ilaç kullandığı, %36.8'inin antipsikotik +diğer psikotrop ilaçları kombine kullandığı, %69.2'sinin tedavinin yararına inandığı, %54.7'sinin ilaçlarla ilgili bilgisinin olmadığı belirlenmiştir.
- **LUNSERS sonuçlarına göre;** araştırmaya katılan hastaların tümü geçen ay içinde en az bir yan etki yaşadığı ve en sık görülen yan etkilerin, konsantrasyon güçlüğü, halsizlik, hatırlamada güçlük gibi psikolojik yan etkiler olduğu; yan etki alt gruplarına göre hastaların, psikolojik yan etkilerde *konsantrasyon güçlüğü*, genel yan etkilerde *kilo alma*, antikolinerjik yan etkilerde *ağız kuruluğu*, ekstrapiramidal yan etkilerde *hareketlerde yavaşlama*, dikkati başka yöne çeken etkilerde *idrар renginin koyulaşması*, hormonal yan etkilerde *seks dürtüsünün azalması*, allerjik yan etkilerde *güneş ışığına hassasiyet*, otonomik yan etkilerde *terlemede artış* yaşadığı belirlenmiştir.. Hastaların çoğunluğu yan etkileri hafif ve orta şiddette yaşamaktadır.
- **Morisky Uyum Anketi sonuçlarına göre;** hastaların yarıdan fazlasının ilaç uyumlarının yüksek ve orta düzeyde olduğu belirlenmiştir.

- **Yaş ile ilaç yan etkileri karşılaştırma sonuçlarına göre;** 25-35 yaş grubundaki hastaların diğer yaş grubundakilere göre genel yan etkileri daha çok yaşadığı ($\chi^2_{kw}=10,47$; $p=0,03$),
- **Cinsiyet ile ilaç yan etkileri karşılaştırma sonuçlarına göre;** kadınların erkeklere göre ekstrapiramidal, otonomik, genel, dikkati başka yöne çeken etkiler ve toplam yan etki-51'i daha çok yaşadığı (Ekstrapiramidal: $MWU_z = -2,15$; $p=0,03$ / Otonomik yan etki: $MWU_z = -2,28$; $p=0,02$ / Genel yan etki: $MWU_z = -1,97$; $p=0,04$ / Dikkati başka yöne çeken etkiler: $MWU_z = -2,51$; $p=0,01$ / Toplam yan etki-51 madde: $MWU_z = -2,02$; $p=0,04$),
- **Sağlık güvencesi ile ilaç yan etkileri karşılaştırma sonuçlarına göre;** sağlık güvencesi olanların dikkati başka yöne çeken etkiler, toplam yan etki-41 ve toplam yan etki-51'i sağlık güvencesi olmayanlara göre daha fazla yaşadığı (Dikkati başka yöne çeken etki: $MWU_z = -3,13$; $p=0,00$ / Toplam yan etki -51 madde: $MWU_z = -2,47$; $p=0,01$ / Toplam yan etki-41 madde: $MWU_z = -3,30$; $p=0,02$),
- **Medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumunun** ilaç yan etkileri üzerinde etkisinin olmadığı belirlenmiştir.
- **Tanı ile ilaç yan etkileri karşılaştırma sonuçlarına göre;** diğer bozukluklar ve duygudurum bozukluğu tanısı almış kişilerin, psikotik bozukluk tanısı almış kişilere göre ekstrapiramidal, antikolinerjik, otonomik, toplam yan etki-41 ve toplam yan etki-51'i daha çok yaşadıkları; diğer bozukluklar tanısı almış kişilerin psikotik bozukluk tanısı almış kişilere göre genel, dikkati başka yöne çeken etkiler ve psikolojik yan etkileri daha fazla yaşadıkları (Ekstrapiramidal yan etki: $\chi^2_{kw}=15,77$; $p=0,00$ / Antikolinerjik yan etki: $\chi^2_{kw}=11,89$; $p=0,00$ / Otonomik yan etki: $\chi^2_{kw}=12,86$; $p=0,00$ / Genel yan etki: $\chi^2_{kw}=5,89$; $p=0,05$ / Dikkati başka yöne çeken etkiler: $\chi^2_{kw}=8,24$; $p=0,01$ / Psikolojik yan etki: $\chi^2_{kw}=8,45$;

p=0,02 / Toplam yan etki-51 madde: $\chi^2_{kw}= 14,74$; p=0,00 ve Toplam yan etki-41 madde $\chi^2_{kw}= 14,90$; p=0,00),

- **Kullandıkları ilaç ile ilaç yan etkileri karşılaştırma sonucuna göre;** antipsikotik+diğer psikotrop ilaçlar ve antipsikotik+antikolinergik ilaç kullananların ekstrapiramidal ve toplam yan etki-41'i sadece antipsikotik kullananlara göre; antipsikotik+diğer psikotrop ilaçları kullananların antikolinergik, psikolojik ve toplam yan etki-51'i sadece antipsikotik kullananlara göre; antipsikotik+diğer psikotrop ilaçları kullananların otonomik yan etkiyi sadece antipsikotik ve antipsikotik+antikolinergik ilaç kullananlara göre daha fazla yaşadıkları (Ekstrapiramidal yan etki: $\chi^2_{kw}= 13,25$; p=0,00 / Antikolinergik yan etki: $\chi^2_{kw}= 7,88$; p=0,02 / Otonomik yan etki: $\chi^2_{kw}= 12,16$; p=0,00 / Psikolojik yan etki: $\chi^2_{kw}= 11,19$; p=0,00 / Toplam yan etki-51 madde: $\chi^2_{kw}= 13,41$; p=0,00 ve Toplam yan etki - 41 madde $\chi^2_{kw}= 14,29$; p=0,00),
- **Tedaviye inanma durumu ile ilaç yan etkileri karşılaştırma sonuçlarına göre;** ilaç yan etkisi açısından kullandığı ilaçların rahatsızlığını iyileştireceğine inananların ve inanmayanların, az inananlara göre dikkati başka yöne çeken etkileri; ilaçların rahatsızlığını iyileştireceğine inanmayanların inananlara göre psikolojik yan etkileri daha fazla yaşadıkları (Dikkati başka yöne çeken etki: $\chi^2_{kw}= 6,82$; p=0,03 / Psikolojik yan etki: $\chi^2_{kw}= 6,90$; p=0,03),
- **İlaçlarla ilgili bilgi sahibi olma durumu ile ilaç yan etkileri karşılaştırma sonuçlarına göre;** kullandığı ilaçlarla ilgili bilgisi olanların genel, hormonal yan etkileri bilgisi olmayanlara göre; ilaçlarla ilgili biraz bilgisi olanların allerjik yan etkileri bilgisi olan ve olmayanlara göre; biraz bilgisi olanların toplam yan etki-41'i bilgisi olmayanlara göre daha fazla yaşadıkları (Genel yan etki: $\chi^2_{kw}= 6,01$; p=0,05 / Allerjik yan etki: $\chi^2_{kw}= 6,24$; p=0,05 / Hormonal yan etki: $\chi^2_{kw}= 7,15$; p=0,03 / Toplam yan etki-41 madde: $\chi^2_{kw}= 5,91$; p=0,05),

- **Hastaların ilaç kullanma süresi ile ilaç yan etkileri arasındaki ilişkiye göre;** ilaç kullanma süresi arttıkça ilaç yan etkilerinin azaldığı,
- **İlaç yan etkileri ile ilaç uyumunun karşılaştırılması sonucuna göre;** uyumu düşük düzeyde olanların psikolojik yan etkileri uyumu yüksek olanlara göre daha fazla yaşadıkları belirlenmiştir.
- **Demografik özellikler (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, sağlık güvencesi) ve tanı-tedaviyle ilgili özellikler (tanı, kullandığı ilaç, tedaviye inanma durumu, ilaç bilgisi) ile ilaç uyumu karşılaştırma sonuçlarına göre;** demografik ve tanı-tedavi ile ilgili özelliklerin ilaç uyumu üzerine etkisinin olmadığı belirlenmiştir.

7. ÖNERİLER

- Liverpool Üniversitesi Nöroleptiklerin Yan Etkilerini Değerlendirme Ölçeği'nin diğer psikiyatri kurumlarında ve daha geniş örneklem grubunda uygulanarak, ülkemizde antipsikotik kullanan hastalarda görülen yan etkilere yönelik veri tabanının oluşturulması
- Liverpool Üniversitesi Nöroleptiklerin Yan Etkilerini Değerlendirme Ölçeği'nin bir bütün olarak kolay anlaşılması, hasta tarafından doldurulabilmesi ve zaman yönünden ekonomik olması nedeniyle psikiyatri kliniklerinde antipsikotik ilaç yan etkilerini izlemek amacıyla kullanılması
- Yan etkilerle baş etme ve ilaç uyumunu arttırmak için psikiyatri hastalarına yönelik psiko eğitim programlarının yapılması
- Liverpool Üniversitesi Nöroleptiklerin Yan Etkilerini Değerlendirme Ölçeği ve Morisky Uyum Anketinin güvenilirliğinin daha geniş örneklem grubunda, korelasyon puanları düşük olan maddelerin ifadelerinin yeniden değerlendirilerek sımanmasının gerekli olduğu düşünülmektedir.

8. ÖZET

Psikiyatri Hastalarında İlaç Yan Etkileri Ve İlaç Uyumu

Amaç: Araştırma, psikiyatri hastalarında ilaç yan etkileri, ilaç uyumu ve yan etkiler ile uyum arasındaki ilişkiyi belirlemek amacı ile tanımlayıcı ve ilişki arayıcı bir çalışma olarak planlanmış ve gerçekleştirilmiştir.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın evrenini İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda ayaktan izlenen hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini araştırmaya alınma kriterlerini karşılayan (en az bir nöroleptik kullanan, okuma yazma bilen, akut durumda olmayan (stabil olan), iletişim kurabilen, çalışmayı kabul eden) 117 hasta oluşturmuştur.

Araştırma örnekleminin demografik, tanı ve tedavi ile ilgili özellikleri Bilgi Formu, ilaç yan etkileri Liverpool Üniversitesi Nöroleptiklerin Yan Etkilerini Değerlendirme Ölçeği (The Liverpool University Neuroleptic Side Effect Rating Scale-LUNSERS), ilaç uyumu Morisky uyum Anketi (Morisky's Questions-Self Report Measure of Adherence) ile belirlenmiştir. Araştırmacı tarafından yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarında LUNSERS ve Morisky Uyum Anketi'nin kullanıma uygun formlar olduğu saptanmıştır.

Verilerin analizinde, yüzdellik, ortalama, standart sapma, minimum, maksimum, medyan değerleri, Kruskal Wallis, Mann Whitney-U testi, Spearman Korelasyon analizi ve Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı kullanılmıştır.

Bulgular: Yapılan değerlendirmede, araştırma kapsamındaki hastaların hepsinde ilaç yan etkilerinden en az birinin görüldüğü, en sık yaşadıkları yan etkilerin konsantrasyon güçlüğü, halsizlik ve hatırlamada güçlük olduğu belirlenmiştir. Hastaların ilaç uyumunun, %47.9'unda yüksek, %43.6'sında orta, %8.5'inde düşük düzeyde olduğu görülmüştür. İlaç uyumu düşük düzeyde olanların psikolojik yan etkileri uyumu yüksek olanlara göre daha fazla yaşadıkları belirlenmiştir.

Sonuç: Sonuç olarak hastaların ilaç yan etkilerini sık yaşadıkları, hemen hemen yarısının ilaç uyumlarının orta düzeyde olduğu, psikolojik yan etkilerin ilaç uyumunu daha çok etkilediği belirlenmiştir.

Bu çalışmanın geniş bir örnekleimde yapılması gerektiği ve ölçeklerin klinikte kullanımının uygun olduğu önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Antipsikotik veya nöroleptik, ilaç yan etkisi, ilaç uyumu



9. SUMMARY

A Medication Side Effect and Medication Adherence at Psychiatric Patient

Objective: The research has been planned as a descriptive and correlation determinative study to evaluate medication side-effects, medication adherence and to investigate relationship between them.

Material and Method: The universe of the research consist of the psychiatric outpatients in Psychiatric Department at Medication Faculty of İstanbul Universty. The sample group is composed of 117 outpatient who have research criteria (to take at least one neuroleptic, to be able to write and read, not to show acute symptoms/to be stabil, to be able to communicate and being willingness to join in research).

Demographic, diagnostic and medical tratment related characteristic of sample were determined by "Information Form", medication side effects were measured by "The Liverpool University Neuroleptic Side Effect Rating Scale-LUNSERS", medication adherence were measured by "Morisky's Questions-Self Report Measure of Adherence". In validity and reliability studies it was determined that LUNSERS and Morisky's Questions were appropriate to use by investigator.

In the analsis of data, percentages, median, standart deviation, minimum, maximum, mean values, Kruskal Wallis Test and Mann Whitney-U Test, Spearmans' rho correlation analysis and Cronbach alpha reliability coefficient were used.

Findings: In the evaluation, it was determined that patients have experience at least one medication side effect and they have experience frequently the difficulty in concentrating, tiredness and difficulty in remembering things.

In the evaluation of medication adherence, it was determined that the rate of high adherence was 47.9%, the rate of medium adherence was 43.6%, the rate of low adherence was 8.5%.

In the comparison of medication side-effects and medication adherence, it was determined that the patients with low adherence has experience psychologic side-effects frequently.

Conclusion: As a result , it was determined that the patients has experience medical side effects frequently, the rate of medical adherence in patients was high and the psychologic side-effects affect adherence.

It has been suggested that this research should study in a widely sample and it has been thought that use of scales (LUNBERS and Morisky's Questions) in the clinics are necessary.

Key words: Antipsychotic or neuroleptic, medication side effect, medication adherence

10.KAYNAKLAR

1. Aker AT, Özmen E, Arkonaç O. Şizofrenide idame antipsikotik tedavi. *Düşünen Adam* 1992; 5(1-2-3):52-57.
2. Aker T, Üstünsoy S, Kuğu N, Yazıcı A. Psikotik Bozukluğu Olan Hastalarda Tedaviye Uyum ve İlaç tedavisine Uyumsuzluğu değerlendirme ölçeği. 36. Psikiyatri Kongresi, 3-7 Ekim 2000, Antalya.
3. Aker T, Ataklı C, Erkoç Ş. Geç (Tardive) Akatizi. *Düşünen Adam* 1994; 7(1-2):40-43.
4. Anders RL, Kawano M, Mori C, Kokusho H, Tokunaga I. Assessment of inpatient treatment of patients with schizophrenia in Japan: Implications for practice. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2001; 15(6): 265-271.
5. Aslan H, Fettahioğlu M, Alparslan ZN, Ünal M. Ayaktan sağaltımda uyumu etkileyen hastayla ilgili etkenler. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 1997; 22(2), 127-131.
6. Balcioğlu İ. Antipsikotiklerin yan etkileri. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu. 2-3 Aralık 1999, İstanbul:157-168.
<http://www.ctf.edu.tr/stek/pdfs/17/1716ib.pdf> (29.02.2004)
7. Balon R. Managing compliance. *Psychiatric Times*, 19(5), 2002. <http://www.psychiatry-in-practice.com/default.asp>. (10.04.2003).
8. Beebe LH. Community nursing support for clients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing* 2001; 15(5):214-222.
9. Birsöz S. Psikofarmakolojik tedavilerin tarihsel gelişimi. Ed: S Birsöz, A Turgay. *Psikiyatride İlaç Tedavisi*. Medikomat Basım Yayın, Ankara, 1994;11-15.
10. Birsöz S. Psikotik bozukluklar ve antipsikotik ilaçlar. Ed: S Birsöz, A Turgay. *Psikiyatride İlaç Tedavisi*. Medikomat Basım Yayın, Ankara, 1994.
11. Book H. Some psychodynamics of non-compliance. *Can J Psychiatry* 1987; 32(2):115-117 (Abs).

12. Chapman T. The nurse's role in neuroleptic medications. *J. Psychosoc. Nurs Mental health Serv* 1992; 30(4):5 (Abs).
13. Clary C, Dever A, Schweizer E. Psychiatric inpatients' knowledge of medication at hospital discharge. *Hosp. Community Psychiatry* 1992;43(2):140-144 (Abs.).
14. Coldham EL, Addington J, Addington D. Medication adherence of individuals with a first episode of psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2002; 106(4): 286-290.
15. Coşkun İ, Anaç Ş, Çayköylü A, Kırkpınar İ. Zyklopentiksolumun pozitif belirtiler üzerine etkinliği ve yan etkilerinin haloperidolle karşılaştırılması. 6. Anadolu Psikiyatri Günleri Kongresi, Bilimsel Çalışmalar Kitabı, 10-14 Aralık 1997, Erzurum; 327-323.
16. Çetin M, Turgay A. Modern Psikofarmakolojinin ellinci yılında klorpromazinden günümüze antipsikotik tedavilerin dünü, bugünü. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2002; 12(4):211-225.
17. Çetin M, Özçubukçuoğlu A, Başoğlu C, Semiz ÜB, Filiz M. Klasik nöroleptiklerle tedaviye dirençli psikozlarda sülpirid'in etkinliği ve emniyeti. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 1998; 8(1):18-24.
18. Çetinkaya Duman Z. Şizofreni Tanılı Bireylere ve Ailelerine Topluma Yeniden Katılım Programı Uygulaması ve İzleme Çalışması. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 2003.
19. Davidson MA. Antipsychotic medications. Ed: M Mathewson- Kuhn. *Pharmacotherapeutics A Nursing Process Approach, Third Edition*, FA Davis Company, Philadelphia, 1994.
20. Dawson B, Trapp RG. *Basic & Clinical Biostatistics*, Third edit. Lange Medical Books / Mc Graw-Hill, Boston, 2001.
21. Day JC, Wood G, Dewey M, Bental RP. A Self-Rating Scale for Measuring Neuroleptic Side-Effects: Validation in a group of schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry* 1995;166:650-653.
22. Draine J, Solomon P. Explaining attitudes toward medication compliance among a seriously mentally ill population. *J Nerv ment Dis* 1994;182(1): 50-54 (Abs).

23. Ebrinç S, Başoğlu C, Çetin M, Filiz M, Şendoğan N. Şizofrenili hastalarda haloperidol ve risperidon'un klinik etki ve yan etkileri, Klinik Psikofarmakoloji Dergisi 2002;12(1):6-13.
24. Erefe İ. Veri toplama araçlarının niteliği. Ed:İ Erefe, Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç Ve Yöntemleri. Odak Ofset, İstanbul, 2002;169-187
25. Erkoç Ş, Göğüş AK, Kültür S, Soygür H, Sevinçok L, Işık T, Yurdakul S. Şizofreni tanılı hastalarda bir yıllık çok merkezli izleme çalışması:Çalışmaya alınan hastalarda tedaviye uyum. 37. Ulusal Psikiyatri Kongre Kitabı, İstanbul, 2001.
26. Evren C. Olanzapin: Yeni "atipik" antipsikotik. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 1998; 8(2):74-80.
27. Fakhoury WK, Wright D, Wallace M. Prevalence and extent of distress of effects of antipsychotics among callers to a United Kingdom National Health Helpline. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 2000; 7(3):205-211, (Abs).
28. Farkas M. Utilizing the nursing process in the development of a medication group inpatient psychiatric unit. Perspective in Psychiatric Care 1990; 26(3):12-16.
29. Forman L. Medication: reasons and interventions for noncompliance. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 1994; 32(5):6 (Abs).
30. George CF, Peveler RC, Heiliger S& Thompson C. Compliance with tricyclic antidepressants: The value of four different methods of assessment. British Journal of Clinical Pharmacology 2000;50(2): 166.
31. Göğüş AK, Kültür S, Alptekin K, Mete L, Üçok A, Uzun Ö. Şizofreni tanılı hastalarda bir yıllık çok merkezli izleme çalışması:Çalışmaya alınan hastaların sosyodemografik özellikleri. 37. Ulusal Psikiyatri Kongre Kitabı, İstanbul, 2001.
32. Gray R, Wykes T, Parr AM, Hails E, Gournay K. The use of outcome measures to evaluate the efficacy and tolerability of antipsychotic medication: A comparison of Thorn graduate and CPN practice. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 2001; 8(3):191-196.
33. Gray R, Wykes T, Gournay K. From compliance to concordance: A Review of the literature on interventions to enhance compliance with antipsychotic medication. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 2002; 9(3):277-284.

34. Gray R, Gournay K. What can we do about acute extrapyramidal symptoms?.
Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 2000; 7:205-211.
35. Grove K. Tardive dyskinesia: A key issue facing the psychiatric / mental health nurse. Perspective in Psychiatric Care 1990; 26(3):29-31.
36. Gülseren L, Mete L, Tokuçoğlu L, Kültür S. Şizofrenide antipsikotik sağaltıma bağlı yan etkilerin klinik belirtilerle ilişkisi. Nropsikiyatri ArŐivi 2000; 37(2): 93-96.
37. Happell B, Manias E, Pinihakana J. The role of inpatient mental health nurse in facilitating patient adherence to medication regimes. International Journal of Mental Health Nursing 2002; 11(4): 251-263.
38. Harris DE, Keltner NL. Medication Management. Ed: NK Worley. Mental health Nursing in the Community. Mosby-Year book, Inc., St. Louis, 1997.
39. Harvey PD, Kefe RS. Studies of cognitive change in patients with schizophrenia following novel antipsychotic treatment. American Journal of Psychiatry 2001; 158(2):176-184.
40. Henderson DC, Cagliero E, Nasrallah RA, Hayden DL, Schoenfeld DA, Goff DC. Clozapine, diabetes mellitus, weight gain and lipid abnormalities: A five year naturalistic study. American Journal of Psychiatry 2000; 157(6):975-981.
41. Isaacs A. Mental Health and Psychiatric Nursing. Third edit., Lippicott Williams & Wilkins, 2001:249-273.
42. IŞık E. Şizofreni. 2. baskı, Kent Matbaacılık, Ankara, 1997; 117-155.
43. İçelli İ. Psikotrop ilaçların yol açtığı hareket bozuklukları ve tedavi yaklaŐımları. Ed: C Güleç, E Köroğlu. Psikiyatri Temel Kitabı , Cilt 2. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1998; 927-959.
44. İlnem C, İlnem M, Kır Ő, Yener F, Aslaner F. Nöroleptiklerin etkisini çoğaltma yöntemleri ve tedaviye dirençli hastaya yaklaşım. Düşünen Adam 1995; 8(1):19-27.
45. Jordan S, Tunnicliffe C, Sykes A. Minimizing side-effects: The clinical impact of nurse-administered ' side-effect' checklists. Journal of Advanced Nursing 2002; 37(2):155-165.

46. Juncos J. In discussion of: Impact of EPS on Patients. In: Tandon R, chair. The scourge of EPS: Have atypical antipsychotics solved the problem? (Academic Highlights), The Journal of Clinical Psychiatry 2000;61(12):955-962.
47. Kampman o, Lehtinen K, Lassila V. The reliability of compliance assessments performed by doctors and patients during neuroleptic treatment: a comparison of compliance ratings. Acta Psychiatrica Scandinavica 2001; 104(4):299-304.
48. Karamustafaoğlu O, Konkan R, Yalçınkaya S. Tardif Diskineziye uygulanacak ilaç tedavisinin I. Eksen tanıma göre belirlenmesinin önemi. 36. Psikiyatri Kongre Kitabı, 3-7 Ekim 2000, Antalya.
49. Kasper S, Müller-Spahn F. Ketiapin ve şizofrenideki klinik uygulamalarının gözden geçirilmesi. Exp. Opin. Pharmacother 2000; 1(4):783-801. <http://www.ashley.pub.com>
50. Kelleci M. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kadınlarmın Sorun Çözme Becerilerini Geliştirmenin Depresif Semptomlara Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 2003.
51. Kısa C, Yalçın E, Göka E. Atipik antipsikotiklerin neden olduğu agranülösitoz: olgu sunumu. Klinik Psikofarmakoloji Dergisi 2001;11(3): 187-191
52. Köknel Ö, Yazıcı O. Biyolojik tedaviler. Ed: E Adam, R Tükel, O Yazıcı. Psikiyatri. İstanbul Tıp Fakültesi Basımevi, İstanbul, 1995; 264-269
53. Köroğlu E. Antipsikotik ilaçlar. Ed: C Güleç, E Köroğlu. Psikiyatri Temel Kitabı. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1998; 943-960
54. Lاراia MT. Psychopharmacology. Ed: GW Stuart, SJ Sundeen. Principles and Practice of Psychiatric Nursing. 4th. edit. Mosby –Year Book Inc., St.Louis, 1991; 725-735
55. Lehne RA, Hamilton LB, Moore LA. Pharmacology for nursing care. WB Saunders Company, Philadelphia, 1990; 243-253.
56. Lindstrom E, Lewander T, Malm U, Malt FU, Lublm H, Ahlfors UG. Patient-rated versus clinician-rated side effects of drug treatment in schizophrenia. Clinical validation of a self-rating version of the UKU Side Effect Rating scale (UKU-SERS-Pat). Nord J Psychiatry 2001;55, Suppl 44.
57. Lingom R, Scott J. Treatment non-adherence in affective disorders. Acta Psychiatrica Scandinavica 2002; 105(3):164-177.

58. Lohr MA. Psychopharmacology. Ed: GK McFarland, MD Thomas: Psychiatric-Mental Health Nursing Application of the Nursing Process. JB Lippincott, New York, USA, 1997; 801-819.
59. Malseed RT, Harrigan GS. Textbook of Pharmacology Nursing Care "Using The Nursing Process" JB Lippincott Comp., Philadelphia, 1989; 487-512
60. Marder SR, Essock SM, Miller AL, Buchanan RW, Dawis JM, Kane JM, Lieberman J, Schoder NR. The Mount Sinai Conference on the pharmacotherapy of schizophrenia. Schizophrenia Bulletin 2001; 28(1):11
61. Marland GR. Atypical neuroleptics: Autonomy and compliance?. Journal of Advanced Nursing 1999; 29(3): 615-622
62. Marland GR, Sharkey V. Depot neuroleptics, schizophrenia and the role of the nurse: is practice evidence based? A review of the literature. Journal of Advanced Nursing 1999; 30(6): 1255-1262
63. McKenry L, Salerno E. Pharmacology in Nursing. 18th Edit, Mosby Year Book, St. Louis, 1992; 318-337.
64. Mete L, Alptekin K, Üçok A, Erkoç Ş, Çelikel B, Şentürk VG, Gül A. Şizofreni tanılı hastalarda bir yıllık çok merkezli izleme çalışması: İlaç Tedavisinin yan etkileri. 37. Ulusal Psikiyatri Kongre Kitabı, İstanbul, 2001.
65. Millar E, Garland C, Ross F, Kendrick T, Burns T. Practice nurses and the care of patients receiving depot neuroleptic treatment: views on training, confidence and use of structured assessment. Journal of Advanced Nursing 1999; 29(6):1454-1461.
66. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and Predictive Validity of a Self-reported Measure of Medication Adherence. Medical Care 1986;24(1):67-74.
67. Morrison P, Gaskill D, Meehan T, Lunney P, Lawrence G, Collings P. The Use of the Liverpool University Neuroleptic Side-Effect Rating Scale (LUNSERS) in clinical practice. Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing 2000; 9(4):166-176.
68. Muscari ME. Rebels with a cause when adolescent won't follow medical advice. American Journal of Nursing 1998; 98(12):26-31.
69. Oehl m, Hummer M, Fleischhacker WW. Compliance with antipsychotic treatment. Acta Psychiatrica Scandinavica 2000; 102(Suppl.102(s407)):83-86

70. Öncü F, Hariri A, Ceylan ME. Nöroleptik malign sendrom. *Düşünen Adam* 1998; 11(4):30-35
71. Öncü F, Hariri A, Ceylan ME, Ceylan N, Yazan B. Atipik nöroleptikler. *Düşünen Adam* 1998; 11(4):21-29
72. Özcan Y, Özışık RI, Ünal S, Özcan ME. Risperidonun şizofreninin pozitif ve negatif belirtileri ve bellek işlevi üzerine etkisi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2000; 10(4):182-188.
73. Özeren F. Psikotrop ilaç alan hastaların yaşadıkları yan etkilerle baş etmelerinde hemşirelik bakımının etkinliği. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 1996.
74. Öztürk O. Ruhsal Bozukluklarda İlaç Sağaltım. Ed: O Öztürk, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1994: 457-505
75. Parker G, Lambert T, McGrath J, McGorry P, Tiller J. Neuroleptic management of schizophrenia: A survey and commentary on Australian psychiatric practice. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1998; 32(1):50-58.
76. Pearson SG. Psychopharmacology. Ed: BS Johnson. *Adaptation and Growth Psychiatric-Mental Health Nursing*. 4.th edit. JB Lippincott, New York, 1997:330-351.
77. Pektekin Ç. Psikiyatri Hemşireliği. Açıköğretim Fakültesi Yayınları No:268, Eskişehir, 1992.
78. Popowski LC. Impact of pharmacist conducted medication education group on patient medication knowledge in an inpatient psychiatric hospital. *Pharmaceutical Care Project*; 2001. www.cop.ufl.edu/wppd/research/sample_21.pdf.
79. Pratt P. The administration and monitoring of neuroleptic medication. Ed: C Broker, J Repper. *Serious Mental Health Problems in the Community (Policy, Practice & Research)*. Ballière Tindall, London, 1999; 238-263.
80. Sajatovich M., Bresca DW, Perez DE, DiGiovanni SK, Hattab H, Ray JB, Binham R. Tek başına veya bir duygudurum düzenleyicisine eklenen ketiapinin ciddi duygudurum bozukluklarında kullanımı. *Journal of Clinical Psychiatry* 2001; 62(9):728-732.

81. Sherr J. Psychopharmacology and Other Biologic Therapies. Ed: KM Fortinash, PA Holoday-Worret. Psychiatric Mental Health Nursing, 2.nd edit., Mosby Inc., St. Louis, pp:538-567.
82. Stuart GW, Sundeen S. Principle and Practice of Psychiatric Nursing. Mosby Company, St. Louis, 1979:247-267.
83. Sundeen JS, Stuart GN, Ranken EA, Cohen SA. Health promotion strategies. nurse-client interaction implementing the nursing process, 6.th Edit. Mosby-Year Book Inc. St. Louis, 1998.
84. Svedberg B, Lützen K. Psychiatric nurses' attitudes towards patient autonomy in depot clinics. Journal of Advanced Nursing 2001; 35(4):607-615.
85. Terakye G. Psikiyatri kliniğinde ilaç uygulamaları. Ed: N Kum. Psikiyatri Hemşireliği, Birmat Matbaacılık San, İstanbul, 2000; 214-254.
86. Tollefson GD, Beasley CM, Tran PV, Street JS, Krueger JA, Tamura RN, Graffeo KA, Thieme ME. Şizofreni, Şizoaffektif ve şizofreniform bozuklukların tedavisinde haloperidolle olanzapinin karşılaştırılması: Uluslararası ortaklaşa bir çalışmanın sonuçları. Am J Psychiatry 1997;154(4):457-465.
87. Usher K. Taking neuroleptic medications as the treatment for schizophrenia: A phenomenological study. Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing 2001; 10(3):145-157
88. Uzun Ö, Özşahin A, Özgen F, Battal S. Sulpiridin yan etki profili: Klorpromazinle karşılaştırmalı bir çalışma. Düşünen Adam 1997;10(4):14-17.
89. Wolters HA, knegtering R, Wiersma D, Boch RJ. The spectrum of subjective effects of antipsychotic medication. Acta Neuropsychiatrica 2003; 15(5): 274-279.
90. Yıldız M, Yazıcı A, Ünal S, Aker T, Özgen G, Ekmekçi H, Duy B, Torun F, Ünsal G, Coşkun S, Sipahi B, Çakıl G, Eryıldız M. Şizofreninin ruhsal-toplumsal tedavisinde sosyal beceri eğitimi-belirtilerle baş etme ve ilaç tedavisi yaklaşımının Türkiye'de çok merkezli bir uygulaması. Türk Psikiyatri Dergisi 2002;13(1): 41-47.
91. Yurtsever ÜE, Kutlar T, Tarlacı N, Kamberyan K, Yaman M. Ruh hastalıkları tedavisinde psikososyal bir boyut: Psikoeğitimsel bir model. Düşünen Adam 2001; 14(1):33-40.

92. Yurtseven ÜE: Bipolar Bozukluğu Olan Hasta ve Ailelerin Ele Alınışında Yapılandırılmış Psikoğitimsel Yaklaşımlar. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Uzmanlık Tezi, İstanbul,1999.
93. Yüksel N. Psikiyatride İlaç Tedavileri. Hatipoğlu Yayınevi, Ankara, 1995; 510-533.



11.EKLER



EK.1

BİLGİ FORMU

1. Protokol No:

2. Yaşınız:

3. Cinsiyetiniz: Kadın Erkek

4. Medeni Durumunuz: Evli Bekar Dul

5. Eğitim Durumunuz:

6. Mesleğiniz:

7. Çalışma Durumunuz: Çalışmıyorum Çalışıyorum Emekliyim Diğer

8. Sağlık güvenceniz: Var Yok

9. Sizde gelir durumunuz : İyi Kötü Orta

10. Hastalık tanısı:

11. Ne zamandan beri psikotrop ilaç kullanıyorsunuz ?

12. En son kullandığınız ilaçlar? -.....
-.....

13. İlaçların yan etkisine bağlı sizi rahatsız eden olaylar yaşadınız mı?

14. Yan etki yaşadınız ise ne yaptınız ?

15. İlaçların rahatsızlığınızı iyileştireceğine inanıyor musunuz?

16. Kullandığınız ilaçlar hakkında bilginiz var mı?

17. İlaçlarınızı kullanırken:

yardımsız alabiliyorum Yardımla alabiliyorum Almıyorum

EK.2**LİVERPOOL ÜNİVERSİTESİ NÖROLEPTİKLERİN YAN ETKİLERİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ**

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

		HİÇ	ÇOK AZ	AZ	FAZLA	ÇOK FAZLA
1.	Deride kırmızı lekeler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Gün içinde uyku hali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Burun akıntısı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Rüya görmede artış	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Baş ağrıları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Ağız kuruluğu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Göğüste şişkinlik ya da hassasiyet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Uçlarda (el, ayak, kulak, burun gibi) kızarma ve morarma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Konsantrasyon güçlüğü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Kabızlık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Saç dökülmesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	İdrar renginin koyulaşması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Adet sorunları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Gerginlik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Baş dönmesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Bulantı hissi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Seks dürtüsünün artması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18.	Halsizlik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Kaslarda sertleşme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Çarpıntı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Hatırlamada güçlük	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Kilo kaybı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Duygusal algılarda eksilme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Cinsel doyuma (orgazm) ulaşmada güçlük	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Tırnak zayıflığı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	Depresyon (ruhsal çöküntü)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	Terlemede artış	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	Ağız içinde yaralar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	Hareketlerde yavaşlama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.	Ciltte yağlanma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.	Aşırı uyuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32.	İdrar yapmada güçlük	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33.	Yüzde kızarma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.	Kaslarda kasılma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35.	Güneş ışığına hassasiyet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36.	İshal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37.	Salya artışı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38.	Bulanık görme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39.	Kilo alma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

40.	Huzursuzluk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41.	Uykuya dalmada güçlük	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42.	Boyun kaslarında ağrı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43.	Titreme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44.	İğne batması veya karıncalanma hissi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45.	Eklemlerde ağrı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46.	Seks dürtüsünün azalması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47.	Olağandışı ya da yeni cilt lekeleri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48.	Vücutta istemdişi hareketler (Örneğin ayağın yukarı aşağı hareket etmesi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49.	Ciltte kaşıntı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50.	Adet sıklığında azalma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51.	Fazla idrar yapma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LUNTERS

Name: _____

Assessment No

Assessment Date

Please indicate how much you have experienced each of the following symptoms in the last month by ticking the appropriate boxes.

	NOT AT ALL	VERY LITTLE	A LITTLE	QUITE A LOT	VERY MUCH
1. Rash	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Difficulty staying awake during the day	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Runny nose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Increased dreaming	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Headaches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Dry mouth	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Swollen or tender chest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Chilblains	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Difficulty in concentrating	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Constipation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Hair loss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	NOT AT ALL	VERY LITTLE	A LITTLE	QUITE A LOT	VERY MUCH
12. Urine darker than usual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Period problems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Tension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Dizziness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Feeling sick	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Increased sex drive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Tiredness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Muscle stiffness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Palpitations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Difficulty in remembering things	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Losing weight	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Lack of emotions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Difficulty in achieving climax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Weak fingernails	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	NOT AT ALL	VERY LITTLE	A LITTLE	QUITE A LOT	VERY MUCH
27. Increased sweating	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Mouth ulcers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Slowing of movements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Greasy skin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Sleeping too much	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Difficulty passing water	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Flushing of face	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Muscle spasms	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Sensitivity to sun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Diarrhoea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Over-wet or drooling mouth	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Blurred vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Putting on weight	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Restlessness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Difficulty getting to sleep	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ALL	LITTLE	LITTLE	A LOT	VERY MUCH
42. Neck muscles aching	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Shakiness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Pins and needles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Painful joints	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Reduced sex drive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. New or unusual skin marks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Parts of body moving of their own accord eg foot moving up and down	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Itchy skin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Periods less frequent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Passing a lot of water	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EK.3**Morisky Uyum Anketi**

		Evet	Hayır
1.	İlacınızı almayı unutuyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	İlacınızı zamanında almayı unutur musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Kendinizi iyi hissettiğinizde ilaç almayı bırakıyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	İlaç aldığınızda kendinizi kötü hissederseniz ilaç almayı bırakır mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Morisky's Questions (Self-Report Measure of Adherence)

Scor: 0=High Adherence; 1-2 =Medium Adherence; 3-4=Low Adherence

- | | |
|--|--------|
| 1.Do you ever forget to take your medicine? | Yes/No |
| 2.Are you careless at time about taking your medicine? | Yes/No |
| 3. When you feel beter do you sometimes stop making your medicine? | Yes/No |
| 4.Sometimes if you feel worse when you take the medicine, do you stop taking it? | Yes/No |

EK - 4

T.C
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
Yerel Etik Kurulu

Sayı :

Tarih:

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI'na,

İlgi: 23.05.2003 tarih ve 018176 sayılı yazınız.

Sorumlu araştıncılığını Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Öğretim Üyesi Doç.Dr.Sevim BUZLU'nun üstlendiği Sevil YILMAZ'a ait "Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastalara Uygulanan Eğitimin İlaç Uyumuna Etkisi" başlıklı Tek Merkezli tez çalışması kurulumuzda incelendi, etik yönden bir sakınca taşımadığı görüldü, uygulamaya konulabileceğine karar verildi.

Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu öğretim Üyesi Doç.Dr.Sevim BUZLU'ya iletilmesi hususunda gereğini saygılarımla arz ederim.

Prof.Dr.Deniz SARGIN
İstanbul Tıp Fakültesi
Etik Kurul Başkanı

Eki:Tutanak



**İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
YEREL ETİK KURUL TUTANAĞI**

11. Tarihi: 11.06.2003

11. Yeri : Behçet Kütüphanesi Pembe Salonu

11. Sayısı: 06

o. Sayısı :

Sorumlu araştırmacılığını Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Öğretim Üyesi Doç.Dr.Sevim BUZLU'nun üstlendiği Sevil YILMAZ'a ait "Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastalara Uygulanan Eğitimin İlaç Uyumuna Etkisi" başlıklı Tek Merkezli tez çalışması kurulumuzda incelendi, etik yönden bir sakınca taşımadığı görüldü, uygulamaya konulabileceğine karar verildi.

Deniz SARGIN

Prof.Dr.Mübeccel DEMİRKOL

Berrin UMMAN

Prof.Dr.Cahide GÖKKUŞU

Koray ACARLI

Prof.Dr.Selim BADUR

Aykan CANBERK

Prof.Dr.Emin DARENDELİLER

Beyhan ÖMER

Prof.Dr.Oğuzhan ÇOBAN

Veli UYSAL

Prof.Dr.Kamil PEMBEÇİ

Nuran YILDIRIM

T.C
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

3/334

13.06.2003

T.C
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
FLORENCE NIGHTINGALE HEMŞİRELİK YÜKSEK OKULU' NA

İLGİ: 21.05.2003 Tarih ve 1620S. Yazınıza.

Biriminizde yüksek lisans eğitimine devam eden Sevilay YILMAZ' ın "Psikiyatri ve Yatan Hastalara Uygulanan Eğitimin İlaç Uyumuna Etkisi" konulu yüksek lisans verilerini alması için Anabilim Dalımızda çalışması uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Olcay YAZICI
Psikiyatri Anabilim Dalı
Başkanı



LIVERPOOL JOHN MOORES UNIVERSITY

School of Pharmacy and Chemistry

Yilmaz
bul Universitesi
nce Nightingale College of Nursing
e-I Hurriyet Cad. 80270

bul
ey

ily 2003

Sevil

send a copy of the LUNSERS pack as requested and also some additional information which may
use. The copyright for the scale is owned by Manchester Innovation Ltd, with whom I have a
act, and any commercial use of the scale should be negotiated with them. However you are free to
he scale for research or clinical work. We are soon to launch a LUNSERS website which will
ide an opportunity to download electronic versions of the scale including automatic scoring (the
ite is likely to be www.LUNSERS.co.uk). We would be interested to know how you use the scale
o provide us with feedback.

ave translations of the scale in a limited number of languages if this is of any interest. If you have
urther queries please do not hesitate to contact me.

s sincerely

Jennie Day
arer Practitioner in Clinical Pharmacy (Mental Health)

EK - 7

Date: Mon, 14 Jul 2003 07:53:02 -0700
To: "sevil yXlmaz" <sevilyilmaz72@yahoo.com>
From: "Donald E. Morisky" <dmorisky@ucla.edu> | [This is spam](#) | [Add to Address Book](#)
Subject: Re: permission

Thank you very much Dr yXlmaz for your telephone call this morning re your request to use our self-reported, medication-taking behavior scale. I am sorry I was not yet in my office to speak with you. I give you permission to use our 4-item scale but it has been developed further since its original publication in Medical Care. It now consists of 9-items and has demonstrated higher reliability (internal consistency) and equal concurrent and predictive validity. It has also undergone validation assessment using a chemical marker to test the accuracy of the self report and rule out any additional social desirability. If you wish to use the new instrument, please contact me. Otherwise, please feel free to use our published 4-item scale and please provide me with an update of your progress and results of your study.

One important benefit of the self-reported measure is that it allows immediate feedback, either positive reinforcement or identifying mechanisms from the health care provider as to how medication-taking behavior can be facilitated and improved through cueing behaviors or active family member involvement.

I wish you the very best of success with your study.

Sincerely,
Donald E. Morisky, Sc.D., M.S.P.H., Sc.M.
**Professor and Program Director for Social and
Behavioral Determinants of AIDS Training**
Department of Community Health Sciences
UCLA School of Public Health
650 Charles E. Young Drive South, Room 26-070 CHS
Box 951772
Los Angeles, CA 90095-1772

tel 310-825-8508
fax 310-794-1805
email dmorisky@ucla.edu

K.8

İLBİLİMCİ

LİVERPOOL ÜNİVERSİTESİ NÖROLEPTİKLERİN YAN ETKİLERİNİ DEĞERLENDİRME SKALASI

Önerge: Lütfen aşağıda sıralanmış olan belirtileri son bir ay içinde ne kadar yaşamış olduğunuzu uygun kutuyu işaretleyerek belirtiniz.

	HİÇ	ÇOK AZ	AZ	FAZLA	ÇOK FAZLA
Deride kırmızı lekeler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gün boyunca uyanık kalmada güçlük	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Burun akıntısı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rüya görmeye artma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baş ağrıları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ağız kuruluğu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Göğüste şişkinlik ya da hassasiyet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mayasıl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dikkat toplamada güçlük	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Kabızlık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Saç dökülmesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. İdrar renginde koyulaşma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Adet düzensizliği	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Gerginlik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Baş dönmesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Mide bulantısı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Cinsel istekte artış	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Halsizlik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Adelelerde sertleşme (Adale tutulması)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Çarpıntı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Hatırlamada güçlük	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Kilo kaybı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Duygu yoksunluğu (körelmesi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Orgazm olmada güçlük	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

El tırnaklarında zayıflama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresyon (ruhsal çöküntü)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terlemede artış (Aşırı terleme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ağız içinde yaralar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hareketlerde yavaşlama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ciltte yağlanma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aşırı uyuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
İdrar yapmada güçlük	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yüzde ani kızarma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adale kasılmaları (spazmları)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Güneş(e) ışığına karşı hassasiyet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
İshal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aşırı ıslak ağız ya da salya akıntısı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bulanık görme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kilo artışı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huzursuzluk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uykuya dalmada güçlük	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boyun adalelerinde ağrı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Titreme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Karıncalanma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eklemler ağrıları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cinsel istekte azalma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yeni ya da olağan dışı cilt lekeleri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedenin bir bölümünün, örneğin ayakların kendiliğinden aşağı yukarı hareket etmesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ciltte kaşıntı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Daha az sıklıkta adet görme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fazla idrar yapma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

İbilmci-1

bnald Morisky'nin Soruları

1. Hiç ilacınızı almayı unuttuğunuz olur mu?

Evet / Hayır

2. İlacınızı almanız gereken saatler konusunda dikkatsiz misiniz?

Evet / Hayır

3. Kendinizi daha iyi hissettiğiniz zamanlarda ilacınızı almayı bıraktığınız olur mu?

Evet / Hayır

4. İlaç aldığınızda daha kötü hissederseniz ilacınızı almayı bıraktığınız olur mu?

Evet / Hayır



K.9

LBİLİMCİ-2

LİVERPOOL ÜNİVERSİTESİ NÖROLEPTİKLERİN YAN ETKİLERİNİ DEĞERLENDİRME SKALASI

Önerge: Lütfen doğru kutuyu işaretleyerek geçen ay aşağıda geçen belirtilerden ne kadarını yaşadığınızı belirtiniz.

	HİÇ	ÇOK AZ	AZ	OLDUKÇA FAZLA	ÇOK FAZLA
Deride kırmızı lekeler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gün boyunca uyanık kalma güçlüğü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akıntılı burun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artan rüya görme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baş ağrıları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ağız kuruluğu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Şişmiş ve hassaslaşmış göğüs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konsantrasyon güçlüğü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kabızlık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saç kaybı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
İdrar renginin normalden daha koyu olması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adet sorunları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gerginlik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baş dönmesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rahatsızlık hissetme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seks dürtüsünün artması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yorgunluk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kasların sertliği	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kalp çarpıntısı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatırlamada zorluk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kilo kaybı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duygulanımda azalma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orgazm olmada zorluk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tırnakların zayıflığı (güçsüz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Depresyon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artan terleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ağızda yaralar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hareketlerin yavaşlaması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cildin yağlanması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fazla uyuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
İdrar yapmada güçlük	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yüzün kızarması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaslarda kısılma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Güneşe karşı hassasiyet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
İshal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ağzın sulanması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bulanık görme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kilo alma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huzursuzluk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uyku zorluğu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boyun kaslarında ağrı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Titreme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
İğne batması hissi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eklemlerde ağrı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cinsel istekte azalma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yeni ya da garip deri lekeleri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vücudun kendi kendine hareket etmesi (Örneğin ayağın aşağı yukarı hareket etmesi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaşıntılı cilt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adet sıklığının azalması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çok idrar yapma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

İl Bilimci-2

Donald Morisky'nin Soruları

1. İlacınızı almayı hiç unutuyor musunuz?

Evet / Hayır

2. Bazen ilacınızı alırken dikkatsiz mi davranıyorsunuz?

Evet / Hayır

3. Daha iyi hissettiğinizde bazen ilacınızı almayı bırakıyor musunuz?

Evet / Hayır

4. Bazen ilacı alınca daha kötü hissederseniz onu almayı bırakıyor musunuz?

Evet / Hayır



K.10

kiyatrist-1

VERPOOL ÜNİVERSİTESİ NÖROLEPTİKLERİN YAN ETKİLERİNİ DEĞERLENDİRME SKALASI
Yönerge:

	HİÇ	ÇOK AZ	AZ	OLDUKÇA FAZLA	ÇOK FAZLA
Döküntü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uyanık kalmada güçlük	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Burun akıntısı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hayal kurmada artış	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baş ağrıları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ağız kuruluğu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Göğüste hassasiyet-şişkinlik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konsantrasyon zorluğu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kabızlık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saç dökülmesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
İdrarda koyulaşma (Alışılmışı göre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adet problemleri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gerginlik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baş dönmesi-sersemlik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bulantı hissi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artmış cinsel istek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yorgunluk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kasların sertliği	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çarpıntı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unutkanlık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kilo kaybı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duyguların azalması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orgazma ulaşmada zorluk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tırnaklarda kırılma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresyon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Terlemede artış	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ağızda yaralar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hareketlerde yavaşlama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ciltte yağlanma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çok uyuma (Uykuda artış)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Su içme güçlüğü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yüzde kızarma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kas kasılmaları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Güneş ışığına duyarlılık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
İshal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salya artışı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Görmede bulanıklık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kilo artışı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huzursuzluk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uykuya dalmada güçlük	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boyun ağrısı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Titreme / zayıflık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
İğnelenme- karıncalanma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eklem ağrıları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cinsel istekte azalma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ciltte yeni veya alışılmamış lekeler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kendi başına hareket eden vücut bölümleri (Örneğin ayağın aşağı yukarı hareketi gibi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaşıntı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adet sıklığında azalma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yeterli su yutabilme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

psikiyatrist-1)

Donald Morisky'nin Soruları (Bağlılığm Öz bildirim Ölçümü)

1. Hiç ilacınızı almayı hiç unuttuğunuz oluyor mu?

Evet / Hayır

2. İlacınızı alma zamanına karşı dikkatsiz misiniz?

Evet / Hayır

3. Bazen ilacınızı almayı durdurduğunuzda kendinizi daha iyi hissedersiniz?

Evet / Hayır

4. Bazen ilacınızı aldığınızda, eğer kendinizi daha kötü hissederseniz onu almayı durdurur musunuz?

Evet / Hayır

iyatrist-2

ERPOOL ÜNİVERSİTESİ NÖROLEPTİKLERİN YAN ETKİLERİNİ DEĞERLENDİRME SKALASI

Yönerge: Lütfen geçen ay içerisinde yaşadığınız her bir belirtiyi size en uygun gelen ifadenin altında bulunan kutucuklara (X) koyarak işaretleyiniz.

	HIÇ	ÇOK AZ	AZ	OLDUKÇA	ÇOK FAZLA
Deri döküntüsü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gün içinde uyanık kalmada güçlük	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Burun akıntısı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rüya görmede artma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baş ağrıları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ağız kuruluğu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Göğüste şişlik veya hassasiyet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dikkatini toplama zorluk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kabızlık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saç dökülmesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
İdrar renginin alışılmışı göre koyulaşması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adet problemleri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gerginlik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baş dönmesi-sersemlik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bulantı hissi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cinsel istekte artış	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yorgunluk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kasların sertliği	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çarpıntı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatırlamada güçlük	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kilo kaybı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duygularda azalma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orgazm olmada güçlük	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tırnaklarda kırılma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresyon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terlemede artış	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ağızda yaralar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hareketlerde yavaşlama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ciltte yağlanma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aşırı uyuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
İdrar yapmada güçlük	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yüzde kızarma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kas kasılmaları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Güneş ışınlarına hassasiyet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
İshal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ağızda aşırı tükrük olması / salya akması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Bulanık görme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Kilo artışı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Yerinde duramama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Uykuya dalmada güçlük	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Boyun kaslarında ağrı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Titreme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. İğne batması hissi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Eklem ağrıları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Cinsel istekte azalma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Deride yeni oluşan ya da alışılmamış lekeler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Bedenin bir bölümünün, örneğin ayakların aşağı yukarı hareket etmesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Deride kaşıntı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Adet sıklığının azalması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Çok idrar yapma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

kiyatrist-2

Donald Morisky'nin Soruları

1. Hiç ilacınızı almayı unuttuğunuz oluyor mu?

Evet / Hayır

2. İlacınızı zamanında alma konusunda dikkatsiz misiniz?

Evet / Hayır

3. Kendinizi iyi hissettiğiniz zaman ilacı almayı bıraktığınız olur mu?

Evet / Hayır

4. İlacınızı aldığınız zaman kendinizi daha kötü hissederseniz ilacı bıraktığınız oluyor mu?

Evet / Hayır

EK.12

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Sayın Katılımcılar,

Kullandığımız ilaçların ruhsal bozuklukların tedavisinde sayısız yararları olmakla birlikte bazı istenmeyen etkilere de yol açabilmektedir. Ne yazık ki istenmeyen etkilere maruz kalan bir çok hasta tedavi ekibine danışmadan ilacını kesmeyi tercih edebilir. Bu amaçla yatan ve poliklinikte ayaktan izlenen hastalarda yan etki ve ilaç uyumunun izlenmesi planlanmaktadır. Bu izlemlerin amacı sizleri kullandığımız ilaçlar hakkında bilgilendirerek görülebilecek olası yan etkileri erken tespit etmek, azaltmak ve tedavinizi düzenli sürdürmenizi sağlamaktır. Böylece yan etkiler nedeniyle ilaçları kullanmamaya veya düzensiz kullanmaya bağlı hastalığın tekrar etmesi azalacak ve hastane yatışlarımız azalacaktır.

İzlemler ücretsiz olacaktır.

Katılımcılar istedikleri takdirde çalışmaya katılmak ve çalışmadan ayrılmakta özgürdürler.

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı-soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon no., faks no,...)

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasiinin Adı-soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon no., faks no,...)

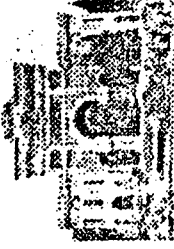
Açıklamaları yapan araştırmacının Adı-soyadı, İmzası

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tamhik eden kuruluş görevlisinin Adı-soyadı, İmzası, Görevi

EK - 12



TC
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
MÜDÜRLÜĞÜ



Sayı: B.SO.2.İSTC.41.00.00 823

Tarih: 06.06.2004

Florenca Nighançlı Hemşirelik Yüksekokulu Müdürüğüne,

İlg: 05.04.2004 tarihli 1694 sayılı yazınız ve ekleri.

Yüksekokulunuz Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Hala 2002-2003 öğretim yılı Güz döneminde 1. sınıfta bulunan 14 öğrencinin 13'ünün İstanbul Kültür Enstitüsü İstanbul Üniversitesi "Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği"ne göre Psikösk Enstitü derslerini tamamladığını 3482 no'lu Sevil Yılmaz başkanlığında ilgili yazınız ve ekleri ile öğretim Kurulumuzun 06.04.2004 tarihli 13 sayılı toplantısında meclisimiz adı geçen öğrencinin Konum Kurulumuzun 07.10.2003 tarihli 38 sayılı toplantısında kabul edilen "Psikiyatri Kliniğinde Yeten Hastalara Uygunlan Eğitim Hacı Uyumu" başlıklı tez komisyonun "Psikiyatri Hastalarında Hacı Yan Etkileri ve Hacı Uyumu" olarak değiştirilmesini karar vermiştir.

Anabilim Dalı Başkanlığına, ünvanım öğretim üyesine ve öğrenciye duyurulmasını saygılarımla rica ederim.

Prof. Dr. Emine Kokoğlu
Müdür
15.04.2004
Kokoğlu

ÖZGEÇMİŞ



28.07.1972 tarihinde doğan Sevil Yılmaz, ilk,orta ve lise eğitimini Tekirdağ'da tamamlamıştır. 1989 yılında İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu'nda başladığı eğitimini 1993 yılında tamamlamış ve aynı yıl International Hospital Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde hemşire olarak göreve başlamış ve 1996 yılına kadar bu göreve devam etmiştir. 1997-1998 tarihleri arasında Deva Holding A.Ş.'de satış temsilcisi olarak görev yapmıştır.

2001 yılında İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu'nda araştırma görevlisi olarak başladığı görevine halen

devam etmektedir.

Araştırmacı Psikiyatri Hemşireliği Derneği üyesidir.