



**T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SİNİR
HASTALIKLARI SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM KLİNİĞİ**

**UZUN ETKİLİ İNTRAMUSKÜLER ANTİPSİKOTİK TEDAVİ
ALAN ŞİZOFRENİ HASTALARINDA YAN ETKİLER,
İLACA YÖNELİK TUTUM VE ANTİPSİKOTİK TİPİNİN,
TEDAVİYİ SÜRDÜRME, YAŞAM KALİTESİ VE BAKIM
VEREN YÜKÜ İLE İLİŞKİSİ**

Dr. Feride UYSAL

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL / 2020



**T.C.
SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAğLIğI VE SİNİR
HASTALIKLARI SAğLIK UYGULAMA VE ARAşTIRMA MERKEZİ
RUH SAğLIğI VE HASTALIKLARI EğİTİM KLİNİğİ**

**UZUN ETKİLİ İNTRAMUSKLER ANTİPSİKOTİK TEDAVİ
ALAN şİZOFRENİ HASTALARINDA YAN ETKİLER,
İLACA YÖNELİK TUTUM VE ANTİPSİKOTİK TİPİNİN,
TEDAVİYİ SÜRDÜRME, YAşAM KALİTESİ VE BAKIM
VEREN YÜKÜ İLE İLİşKİSİ**

Dr. Feride UYSAL

Tez Danışmanı: Başasistan Uzm. Dr. Eren YILDIZHAN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL / 2020

TEŞEKKÜR

Sağladığı bilimsel çalışma ortamı nedeniyle hastanemiz Başhekimi Doç. Dr. Murat ERKIRAN'a,

Asistan eğitimine verdiği önem ve disiplini ile bana çok şey kazandıran, desteğini asla esirgemeyen, düzenli ve bilimsel bir çalışma ortamı yaratmak için her zaman özen gösteren klinik şefim Uzm. Dr. Nesrin Buket TOMRUK'a,

Uzmanlık eğitimim ve tez sürecim boyunca katkılarını hiçbir zaman esirgemeyen, desteğini ve anlayışını her zaman hissettiren, tecrübe ve birikimi ile bana yol gösteren tez danışmanım Uzm. Dr. Eren YILDIZHAN'a,

Rotasyonlarım boyunca tecrübelerinden faydalandığım hocalarım ve uzmanlarım;

Prof. Dr. Ejder Akgün YILDIRIM, Doç. Dr. Münevver HACIOĞLU YILDIRIM, Doç. Dr. Fatih ÖNCÜ, Dr. Ahmet TÜRKCAN, Doç. Dr. Cüneyt EVREN, Doç. Dr. Caner MUTLU ve Doç. Dr. Gül KARAÇETİN'e,

Asistanlığım boyunca beraber çalışma fırsatı bulduğum uzmanlarım;

Dr. Cansu ÇAKIR ŞEN, Dr. Cenk VARLIK, Doç. Dr. Armağan ÖZDEMİR, Dr. Burcu HAMURİŞÇİ YALÇIN, Dr. Ayşegül ERMİŞ, Dr. Özlem GÜL'e,

Beraber çalışmaktan keyif duyduğum bir kısmı artık eğitimini bitirip uzman olmuş, bir kısmı hala devam etmekte olan bütün 14. Psikiyatri asistanlarına,

Eğitim hayatım boyunca bana çok şey katan 14. psikiyatri hemşirelerine, tüm klinik ve poliklinik personellerine,

Hayatım boyunca desteklerini asla esirgemeyen, her zaman yanımda olan, canım annem, babam, kardeşim ve sevgili eşime,

Her zaman yanımda olan dostlarıma ve üzerimde emeği geçen herkese sonsuz teşekkür ederim.

Dr. Feride UYSAL

İstanbul, 2020

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
SİMGELER ve KISALTMALAR	iv
TABLO LİSTESİ	v
ÖZET.....	vi
ABSTRACT	vii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. ŞİZOFRENİ.....	4
2.1.1.Tanımı	4
2.1.2.Epidemiyoloji.....	4
2.1.3.Tarihçe	5
2.1.4.Etiyoloji.....	6
2.1.5.Şizofreni Tanısı	8
2.1.6.Şizofrenide Klinik Belirtiler; Gidiş ve Sonlanış	10
2.2. ŞİZOFRENİDE UZUN ETKİLİ İNTRAMUSKÜLER(UEİ) ANTİPSİKOTİK KULLANIMI, TEDAVİ UYUMU, YAŞAM NİTELİĞİ VE BAKIM VEREN YÜKÜ	11
2.2.1.Tedavi Uyumu ve Uzun Etkili İntramusküler Antipsikotik Kullanımı.....	11
2.2.2.Yaşam Niteliği	13
2.2.3.Bakım Veren Yüğü	16
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	21
3.1. ÖRNEKLEM VE UYGULAMA	21
3.1.1.Araştırmaya Alınma Kriterleri	22
3.1.2.Araştırmadan Dışlama Kriterleri:.....	22
3.2. ÇALIŞMADA KULLANILAN GEREÇLER.....	23

3.2.1.Bilgilendirilmiş Onam Formu Hastalar İçin	23
3.2.2.Bilgilendirilmiş Onam Formu Bakım Veren İçin	23
3.2.3.Sosyodemografik ve Klinik Olgu Değerlendirme Formu	23
3.2.4.İlaç Tutum Ölçeği (Drug Attitude Inventory- 10)	23
3.2.5.Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS)	23
3.2.6.UKU (Ugvalg for Kliniske Undersgelser) Yan Etki Derecelendirme Ölçeği	24
3.2.7.Şizofreni için Yaşam Niteliği Ölçeği	24
3.2.8.Bakım Veren İçin Sosyodemografik Veri Formu	24
3.2.9.Zarit Bakım Veren Yüğü Ölçeği	24
3.3. İSTATİSTİK METODU	25
4. BULGULAR.....	26
5. TARTIŞMA.....	45
5.1. KISITLILIKLAR VE ZORLUKLAR	53
6. SONUÇLAR.....	55
7. KAYNAKLAR	56
8. ÖZGEÇMİŞ	66
9. EKLER	68
EK 1 - Bilgilendirilmiş Onam Formu Hastalar İçin.....	68
EK 2 - Bilgilendirilmiş Onam Formu Bakım Veren İçin.....	69
EK 3 - Sosyodemografik ve Klinik Olgu Değerlendirme Formu	70
EK 4 - İlaç Tutum Ölçeği (Drug Attitude Inventory- 10).....	72
EK 5 - Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS)	74
EK 6 - UKU (Ugvalg for Kliniske Undersgelser) Yan Etki Derecelendirme Ölçeği	75
EK 7 - Şizofreni için Yaşam Niteliği Ölçeği	77
EK 8 - Bakım Veren İçin Sosyodemografik Veri Formu	78
EK 9 - Zarit Bakım Veren Yüğü Ölçeği	79

SİMGELER VE KISALTMALAR

APA	: Amerikan Psikiyatri Birliği
DSM	: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
GABA	: Gama aminobütirik asit
PANSS	: Pozitif ve Negatif Sendrom Değerlendirme Ölçeği
SPSS	: Sosyal Bilimler için İstatistik Paketi
TRSM	: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
UEİ	: Uzun Etkili İntramüsküler
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
COMT	: Katekol O-Metiltransferaz
EPS	: Ekstrapiramidal Sistem

TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 1: Şizofreni Hastası Bir Bireyin Olduğu Ailelerde Yaşanan Sorunlar	18
Tablo 2: Hastaların Sosyodemografik Ve Klinik Verilerine Dair Frekans Dağılımları	27
Tablo 3: Hastaların Demografik ve Klinik Veri Ortalamaları	28
Tablo 4: Hastaların Demografik Verilerinin İlaç Tipine Göre Karşılaştırması	30
Tablo 5: Hastaların İlaç Kullanımı Verilerine Dair Frekans Dağılımları	31
Tablo 6: Hastaya Bakım Veren Yakınlarının Demografik Verilerine Dair Frekans Dağılımları	32
Tablo 7: TRSM Takip Durumuna Göre Ölçeklerden Alınan Puanların ve Hastaların Klinik Verilerinin Karşılaştırması.....	33
Tablo 8: Ölçeklerden Alınan Puanların İlaç Tutumlarına Göre Karşılaştırılması	34
Tablo 9: Ölçeklerden Alınan Puanların İlacı Bırakmayı Düşünme Durumuna Göre Karşılaştırılması	35
Tablo 10: Hastaların Klinik Verilerinin İlaç Tipine Göre Karşılaştırılması	36
Tablo 11: Ölçeklerden Alınan Puanların İlaç Tipine Göre Karşılaştırılması.....	37
Tablo 12: UEİ Antipsikotik Başlanmadan Önce ve Sonra Hastaneye Yatışların Veri Ortalamaları	38
Tablo 13: Yatış Sayıları ve Sürelerinin İlaç Tipine Göre Karşılaştırılması	38
Tablo 14: Kullanılan İlacı Göre Geçiş/Değişim Nedenlerinin Karşılaştırılması.....	40
Tablo 15: Kullanılan İlaç Tipine Göre Geçiş/Değişim Nedenlerinin Ki Kare Analizi ile Karşılaştırılması	41
Tablo 16: Önceden Kullanılan İlacı Göre İlaç Değişim Ya Da Bırakma Nedenleri Karşılaştırılması	42
Tablo 17: Daha Önce Kullanılan İlaç Tipine Göre İlaç Değişim ya da Bırakma Nedenleri Ki Kare Analizi ile Karşılaştırılması.....	43
Tablo 18: Hastaların Klinik Verilerinin Bakım Veren Yükünü Yordayıcılığına Dair Regresyon Analizi.....	44

ÖZET

UZUN ETKİLİ İNTRAMUSKÜLER ANTİPSİKOTİK TEDAVİ ALAN ŞİZOFRENİ HASTALARINDA YAN ETKİLER, İLACA YÖNELİK TUTUM VE ANTİPSİKOTİK TİPİNİN, TEDAVİYİ SÜRDÜRME, YAŞAM KALİTESİ VE BAKIM VEREN YÜKÜ İLE İLİŞKİSİ

Dr. Feride UYSAL

AMAÇ: Tedavisinde uzun etkili intramusküler antipsikotik olan şizofreni hastalarının ilaca yönelik tutumunun, antipsikotik tipi ve yan etkilerinin; tedaviyi sürdürme, yaşam kalitesi ve bakım veren yüküne etkilerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Çalışma örneklemimizi Sağlık Bilimleri Prof. Dr. Mazhar Osman Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde ayakta tedavi ünitelerinde DSM-5 tanı kriterlerine göre Şizofreni tanısı almış, tedavisinde en az 12 haftadır uzun etkili intramusküler antipsikotik ilaç reçete edilen 18-65 yaş arası ardışık 110 hasta ve bakım vereni oluşturdu. Hastalara Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu, İlaç Tutumu Ölçeği-10 (DAI-10), Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS), UKU Yan Etki Derecelendirme Ölçeği, Şizofreni İçin Yaşam Niteliği Ölçeği, hastaların bakım verenlerine ise Sosyodemografik Veri Formu ve Zarit Bakım Veren Yükü Ölçeği uygulanmıştır.

BULGULAR: İlaça yönelik tutumu olumlu olan hastaların toplam antipsikotik kullanım sürelerinin (13.7 ± 9.1), olumsuz olan hastalardan (7.7 ± 6.6) daha uzun olduğu saptandı ($p < 0.00$). İlaç bırakmayı düşünen hastaların PANSS toplam puanları (44.0 ± 14.3), ilaç bırakmayı düşünmeyenlere göre (38.6 ± 9.0) daha yüksekti ($p < 0.03$), DAI puanları ise daha düşüktü (1.4 ± 4.9 ; 5.2 ± 3.4 ; $p < 0.00$). İlaç bırakmayı düşünen hastaların hastalık süresi de (10.3 ± 9.3) ilaç bırakmayı düşünmeyenlere göre (15.7 ± 9.0) daha kısaydı ($p = 0.01$). Tipik ve atipik uzun etkili intramusküler antipsikotik kullanan hastalar arasında, bakım veren yükü, yan etkiler, yaşam kalitesi ve tedaviyi bırakma nedenleri açısından anlamlı farklılık saptanmadı.

SONUÇ: Uzun etkili intramusküler antipsikotik kullanan şizofreni hastalarının ilaca yönelik tutum ve psikotik belirti şiddeti tedaviyi bırakma ile ilgili en önemli etkenlerdir. Düzenli tedaviye devam eden hastalar için uzun etkili intramusküler antipsikotik atipik ya da tipik olması ise yaşam niteliği ve bakım veren yükünde farka yol açmamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Şizofreni, Tedaviyi Devam Ettirme, Yaşam Kalitesi, Bakım Veren Yükü, Uzun Etkili İntramusküler Antipsikotikler

İletişim adresi: drferidekeskinler@gmail.com

ABSTRACT

RELATIONSHIP BETWEEN SIDE EFFECTS, ATTITUDE TOWARDS DRUGS, ANTIPSYCHOTIC TYPE AND QUALITY OF LIFE, CAREGIVER BURDEN AND CONTINUATION OF TREATMENT IN PATIENTS USING LONG ACTING INTRAMUSCULAR ANTIPSYCHOTIC TREATMENT FOR SCHIZOPHRENIA

Dr. Feride UYSAL

AIM: Regarding the patients using LAI antipsychotic treatment; we aimed to investigate the effect of attitude towards drugs, antipsychotic type and side effects on quality of life, caregiver burden and continuation of treatment.

METHOD: Our study sample consisted of 110 patients in the age range of 18-65 using LAI antipsychotics for at least 12 weeks with the diagnosis of schizophrenia according to DSM-5 criteria. Sociodemographic and Clinical Data Form, Drug Attitude Inventory 10 (DAI-10), Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), UKU Side Effect Rating Scale, Quality of Life for Schizophrenia Scale were used for evaluation of patients. Sociodemographic Data Form, Zarit Caregiver Burden Scale were used for the caregivers.

RESULTS: It is observed that the patients with positive attitude against the treatment had longer antipsychotic treatment duration (13.7 ± 9.1) compared to patients with negative attitude (7.7 ± 6.6 ; $p < 0.00$). PANSS total scores of patients who were considering about treatment discontinuation (44.0 ± 14.3) were higher than the other patients (38.6 ± 9.0 ; $p = 0.01$) and DAI scores of patients who were considering about treatment discontinuation were lower (1.4 ± 4.9 ; 5.2 ± 3.4 ; $p < 0.00$). Duration of illness were also shorter (10.3 ± 9.3) for the patients who were considering about treatment discontinuation than the other group (15.7 ± 9.0 ; $p = 0.01$). There was no significant difference in caregiver burden, side effects, quality of life and reasons for treatment discontinuation between typical and atypical antipsychotics.

CONCLUSION: It is observed that the attitude towards drugs and psychotic symptom severity were the most important factors for treatment discontinuation in patients with schizophrenia using LAI antipsychotics. Atypical and typical antipsychotics were not different with respect to quality of life and caregiver burden for the patients on regular treatment with LAI antipsychotics.

Keywords: Schizophrenia, Continuation Of Treatment, Quality Of Life, Caregiver Burden, Long Acting Intramuscular Antipsychotics.

Contact address: drferidekeskinler@gmail.com

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Şizofreni dünyada yaşam boyu yaklaşık %1 prevalans ile görülen kronik işlev kaybıyla sonuçlanabilen bir ruhsal rahatsızlıktır (1). Kısmi veya tam remisyon dönemleri, antipsikotik ilaç tedavisine zayıf uyum ve çoklu hastane yatışları ile karakterizedir (2,3). Şizofrenide ve diğer psikotik bozukluklarda tedavi uyumu ciddi bir sorundur. Hastaların neredeyse % 80'i uzun dönemde tedaviden bir şekilde kopmaktadır. Tedavi uyumsuzluğu tedavinin ilk evrelerinde olabileceği gibi sonraki dönemlerde de ortaya çıkabilir. Tedavi uyumunu sağlamak için uyumsuzluğun nedenlerinin iyi araştırılması ve giderilmesi gerekmektedir. Şizofrenide tedavide uyumu bozan faktörler şunlardır: hastalıkla ilişkili faktörler (içgörü eksikliği, antipsikotik ilaçlarla önceki tedavi, önceki hastaneye yatış sayıları, hastalık süresi), hastayla ilgili faktörler (cinsiyet, yaş, madde kötüye kullanımı, medeni durum, etnik köken, eğitim durumu), çevresel faktörler (doktorla ilişki) ve tedavi ile ilgili faktörler olarak sıralanabilir (4,5,6,7). Tedavi ile ilgili değişkenler ise şunlardır: antipsikotik ilacın türü (tipik veya atipik, oral-uzun etkili enjekte edilebilir antipsikotik ilaçlar), öngörülen toplam ilaç sayısı ve aynı ilacın farklı zamanlarda farklı jenerik isimde reçete edilmesi.

İlaç uyumsuzluğu, semptom alevlenmelerine veya relapslarına, psikiyatri hastanesinde yatış ve acil psikiyatri servislerinin kullanımına, daha fazla komorbid madde kullanım bozukluğuna; zayıf bilişsel işleyişe; yaşam kalitesinin düşmesine; şiddet/saldırganlık veya mağduriyet oranlarının artmasına; intihar riskinde artışa ve daha kötü prognoza sebep olmaktadır (8,9).

Hastalığı kabul etmeyen ya da psikiyatrik sağaltımlara karşı olumsuz tepki geliştirmiş hastaların ilacı reddetmesi ya da kısa sürede bırakması sık görülür. Bu gibi durumlarda uzun etkili intramusküler antipsikotikler büyük kolaylık sağlar (10). Uzun etkili intramusküler antipsikotik ilaçlar 1960 'larda geliştirilmiştir ve ilaç uyumu sorunları olan hastalar ve ilaç kesilmesinden sonra şiddetli nüks öyküsü

olanlar için özellikle avantajlı olduğu düşünölmüştür (11). Uzun süre uzun etkili intramusköler antipsikotik kullanan hasta ilacı bıraktığında, antipsikotik etki, ilacın kararlı durum konsantrasyonuna ulaşma süresine bağılı olarak değışebilmekle birlikte 3-6 ay daha sürebilir (12). Tedaviye uyumun artması, emilim ve ilk geçiş metabolizması olmaması, tedaviden yeterli sonuç alınabilmesi için gereken total dozun azalması avantajlar arasındadır.

Farklı uzun etkili intramusköler antipsikotiklerin etkinliğı genellikle benzer olduğundan, yan etki profilleri bir uzun etkili intramusköler antipsikotik seçerken genellikle önemli bir husustur. Bununla birlikte, az sayıda çalışma, şizofreni tedavisinde farklı uzun etkili intramusköler antipsikotiklerin yan etki profillerini doğrudan karşılaştırmıştır. Bu çalışmalara örnek verecek olursak; Rubio ve meslektaşları, şizofreni ve madde kötüye kullanımı olan hastalarda uzun etkili risperidon ve zuklopenthiksol dekanoyatı karşılaştırmışlardır (13). 6 aylık takip süresinde, uzun etkili risperidonun daha az ekstrapiramidal sistem (EPS) ile Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinde (PANSS) daha fazla iyileşme ve bir madde kullanımı yönetim planına daha iyi uyma ile ilişkili olduğu saptanmıştır. McEvoy ve arkadaşları, şizofreni hastalarında haloperidol uzun etkili ve paliperidon uzun etkiliyi karşılaştırmıştır ve haloperidol ile daha fazla kilo alımı ve prolaktin artışı bildirmiş, paliperidon uzun etkili ile daha az akatizi görüldüğünü, iki tedavi grubu arasında glikoz ve lipid parametrelerindeki değışikliklerin benzer olduğunu bildirmişlerdir (14). Son olarak, Naber ve arkadaşları, şizofreni hastalarında aripiprazol uzun etkili ve paliperidon uzun etkili kullanımını inceleyerek, aripiprazol uzun etkilinin sayısal olarak daha az advers olaylarla ve tedavi kesilmeleri ile ilişkili olduğunu ve görüşmeci tarafından verilen yaşam kalitesi puanlarında önemli ölçüde daha fazla iyileşme olduğunu bildirmişlerdir (15).

Şizofreni, aile bireyleri için de en fazla yük oluşturan ruhsal hastalıkların başında gelmektedir (16). Şizofreni hastalarının işlevsellik kaybının ya da iyileşme ile artan işlevsellik düzeyinin bakım veren yükü ile ilişkisi ilk kez Lefley tarafından vurgulanmıştır (17). Hastanemizde yapılan araştırmalarda da sanrı ve varsanıların pozitif belirti grupları içerisinde daha fazla olarak yükü arttırdığı, duygusal içe çekilme, ilişki kurmada güçlük, pasif/kayıtsız biçimde kendini toplumdan çekme,

konusmanın kendiliğinden ve akıcı olmasının kaybı, stereotipik düşünme gibi negatif belirtilerin yükün tüm boyutlarında artışla ilişkili olduğu gözlemlenmiştir. Buna ek olarak ise özkıyım öyküsü ve şiddet davranışı olan hastaların daha yüksek düzeyde bakım yükü oluşturdukları, kadın bakım verenlerin ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması ile sinirlilik ve kısıtlanmışlık yük boyutlarında erkeklerden daha fazla yük yaşamakta oldukları saptanmıştır.

Bütün bu veriler değerlendirildiğinde literatürde de uzun etkili intramusküler antipsikotik ilaçları kendi içinde karşılaştıran sınırlı sayıda çalışma mevcuttur. Mevcut literatürde şizofreni hastalarının oral antipsikotik ilaç uyumsuzluğuna, yan etkilere, bunların yaşam kalitesine, bakım verenin yüküne etkilerine çokça değinilmiştir; fakat uzun etkili intramusküler antipsikotik ilaçların tipleri, yan etkileri, hastaların ilaca yönelik tutumları ve bunların tedaviyi sürdürme, yaşam kalitesi, bakım verenin yüküne etkileri ile ilgili yeterli veri yoktur. Bu nedenle çalışmamızda şizofreni hastalarının uzun etkili intramusküler antipsikotik ilaçlara karşı tutumunu, yan etkileri, bunların tedaviyi sürdürme, yaşam kalitesi ve bakım verenin yüküne etkilerini inceleyeceğiz.

Çalışmanın Hipotezleri:

1. İlaça yönelik tutumu olumlu olan hastalar, aynı tedaviyi daha uzun süre sürdürürler.
2. Tedaviyi bırakmayı düşünen hastalarda belirti şiddeti daha yüksek, ilaç yan etkileri daha fazladır, yaşam kalitesi daha düşüktür.
3. Tipik uzun etkili antipsikotik kullanan hastalarda yan etkiler nedeni ile tedaviyi bırakma ve tedavi değiştirme daha fazladır.
4. Atipik uzun etkili antipsikotik verilen hastalar, aynı tedaviyi daha uzun süre sürdürürler, bu hastaların ailelerindeki bakım veren yükü daha azdır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ŞİZOFRENİ

2.1.1. Tanımı

Şizofreni toplumun % 1'inde görülen, sanrı, varsanı, dezorganize konuşma gibi pozitif bulgular; duygulanımda düzleşme, sosyal içe çekilme, düşünce içeriğinde fakirleşme gibi negatif bulgular; dikkat, bellek, yürütücü işlevlerde bozulma ile giden; duygu, düşünce, algılama ve davranışı etkileyen; uzun süren ve belirtileri değişkenlik gösteren psikiyatrik bir hastalıktır (18). Genellikle 25 yaşından önce başlayan, kişiler arası ilişkileri, mesleki işlevselliği bozan ve yeti kaybına yol açan bir hastalıktır; kişinin toplumdan uzaklaşıp içe kapanmasına, çevresiyle çatışmalar yaşamasına sebep olmaktadır (19).

2.1.2. Epidemiyoloji

Şizofreni dünyada en sık görülen ruhsal bozukluklardandır; ancak gerçek sıklık ve yaygınlığı üzerindeki veriler değişkendir (20). Amerika'da yapılan bir alan çalışmasında şizofrenin bir yıllık yaygınlığı % 1 ve yaşam boyu yaygınlığı ise % 1,5 olarak saptanmıştır (21). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) verilerine göre şizofreni sıklığı Avrupa ve Asya'da % 0,85'tir. Türkiye'de yapılan sistematik bir gözden geçirmede ise, Türkiye'de şizofreninin yaşam boyu yaygınlığı 1000 kişide 8,9 olarak bulunmuştur (22). Görülme sıklığı erkeklerde kadınlara göre bir buçuk kat fazladır. Erkeklerde 15-25, kadınlarda 25-35 yaş aralığı en sık ortaya çıktığı yaş aralığıdır (23).

Şizofreni hastalarında bekar ve boşanmış olmak en sık izlenen medeni durum olmakla birlikte, yapılan bir çalışmada özellikle erkek şizofreni hastalarında bekar ve boşanmış olanların oranı yüksek olarak bulunmuştur (24).

Yapılan çalışmalarda sosyoekonomik düzeyi düşük ailelerde şizofreni görülme sıklığının arttığı gözlemlenmiştir. Bu durum iki farklı nedene bağlı olabilir;

birincisi sosyoekonomik düzeyi düşük ailelerde enfeksiyonlar, doğum öncesi bakım yetersizliği gibi olumsuz koşulların şizofreniye yatkın hale getirdiği ve ikincisi de genetik yapılarında şizofreniye yatkınlık taşıyan aile bireylerinde kuşaklar boyunca alt sınıflara doğru bir kayma olabileceğidir (25).

2.1.3. Tarihçe

Şizofreninin klinik belirtileri ve bulgularının çok eski tarihlerde de varlığına ilişkin birçok yazılı belge vardır. Ortaçağdan 18. yüzyıla kadar bu hastalar şeytani varlıklar olarak değerlendirilmiş, toplum dışına itilmiş, hatta işkence ve ölüm cezalarına çarptırılmışlardır (26). 19. yüzyılın ortalarında ise Avrupalı psikiyatrlar, tipik olarak gençleri etkileyen ve genellikle kronik bozulmaya doğru ilerleyen bilinmeyen bu bozuklukların sebeplerini araştırmaya başlamışlardır. Fransa'da Morel 1850 yılında 'dementia praecox' gibi durumlara atıfta bulunurken, İskoçya'da Clouston "ergen deliliği" terimini kullanmıştır. Daha sonrasında Hecker 1871 yılında "hebefreni"yi ve 1874 yılında ise Kahlbaum "katatoni"yi tanımlamıştır (27). Bütün bu tanımlamalardan sonra, çok çeşitli klinik vakaların ortak bir modelini sergileyen uzunlamasına gözlemlerine dayanarak, bu çeşitli klinik tabloları "dementia praecox" adı altında entegre etmeyi öneren Emil Kraepelin olmuştur. Kraepelin sonlanışlarına göre psikiyatrik hastalıkları, yıkım gösterenler (dementia praecox) ve yıkım göstermeyenler (manik-depresif psikoz) şeklinde iki temel grupta toplamıştır (28).

İsviçreli ruh hekimi Eugen Bleuler 1911 yılında yayınladığı "Dementia Praecox ya da Şizofreniler Grubu" isimli kitabında, hastalığın erken başlamasının ve bunama ile sonlanmasının gerekli olmadığından söz etmiştir. Bleuler hastalığa kişinin ruhsal yaşamındaki yarılmaya önem vererek, Yunanca aklın bölünmesi (splitting of the mind) anlamına gelen ve hala günümüzde de kullanılan "şizofreni" terimini önermiştir. Bleuler şizofreninin temel belirtilerini 4 ana başlık altında toplayıp bunlara "4A Belirtisi" ismini vermiştir. Bu 4 temel belirti; "çağrışımlarda bozulma, otizm, ambivalans, duygulanım bozukluğu" şeklindedir. Bleuler bu temel belirtilere "birincil belirtiler" denmesi gerektiğini ifade etmiş; sanrı, varsanı, katatoni ve motor bozuklukların ise "ikincil belirtiler" olduğunu vurgulamıştır (27).

20. yüzyılın ortalarında Alman ruh hekimi Kurt Schneider (1887-1967) şizofreni için tanısal olan “birincil” ve “ikincil” belirtilerden söz etmiştir. Bu birincil belirtiler; durum bildiren-yorum yapan sesler, kendi aralarında tartışan sesler, kendi düşüncelerinin sesle söylendiğini işitme, dış güçler tarafından bedeninin etkilenmesi, düşünce okunması, düşünce çalınması, düşünce sokulması ve sanrısız algılama şeklindedir (29).

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından 1952 yılında DSM-I yayımlanmış ve “şizofrenik reaksiyon” terimi kullanılmış, 1968’de yayımlanan DSM-II ile “latent şizofreni” terimi ortaya çıkmıştır. Şizofreninin tanı ölçütlerini belirleyen ilk resmi tanımlama sistemi 1980 yılında yayımlanan DSM-III ile olmuştur. 1994 yılında DSM-IV ve 2000 yılında yayımlanan DSM-IVR ise Şizofreni ile ilgili tanıları “Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar” başlığı altında sınıflandırmıştır (30,31). 2013 yılında yayımlanan DSM-V ise çeşitli gidiş belirleyicileri tasarlayarak, rahatsızlığın tanımlanmasını geliştirmeye çalışmıştır (32).

2.1.4. Etiyoloji

Şizofreni ile ilgili yapılan çalışmalarda, hastalığın belirti kümelerinin hastadan hastaya farklılıklar göstermesi şizofreninin tek bir hastalıktan çok bir sendrom gibi değerlendirilmesine neden olmuştur. Genetik, beyin görüntüleme, nörokimya, nöropatoloji çalışmalarından elde edilen sonuçlar şizofreninin etyolojisine dair önemli bilgiler elde edilmesini sağlamıştır (33).

Yapılan araştırma sonuçlarına göre, şizofreni etyolojisinde genetik %81’lik kalıtılabilirlik oranı ile büyük bir role sahipken, çevre etkisinin %11 civarında olduğu belirtilmiştir (34). Yapılan çalışmalarda şizofreni hastalarının aile üyelerinde şizofreninin genel topluma göre 10 kat fazla görüldüğü saptanmıştır. İkiz çalışmaları, şizofreni için monozigot ikizlerde %41-65, dizigot ikizlerde %0-28 konkordans oranı saptamıştır (35). Geniş örneklemelerin kullanıldığı bağlantı analizi haritalama çalışmaları nöroregülin-1, disbindin, prolin dehidrogenaz ve COMT gen bölgeleri ile şizofreni arasında ilişki bulunduğunu anlamış, 1q, 2q, 5q, 6p, 8p, 10p, 13q, 15q, 18q, 22q kromozomlarında şizofreni aday bölgelerinin bulunduğu dair güçlü kanıtlar tespit etmiştir (36).

Fetal dönemde meydana gelen; hipoksi, asfiksi, intrauterin enfeksiyonlar ve travmalar şizofreni riskini 1,3-2 kat arttırmaktadır. Obstetrik komplikasyon öyküsü olan şizofreni hastalarında, hastalığın başlangıç yaşının daha erken olduğu, daha kronik bir seyir gösterdiği ve negatif belirtilerin daha belirgin olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (37).

Nörogelişimsel modele göre nöronların gelişiminin erken dönemlerinde meydana gelen genetik ve epigenetik olaylar nöron gelişimini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu etkilenme hücre çoğalması, hücre farklılaşması, hücre göçü, programlı hücre ölümü, sinaps oluşumu döngülerinden herhangi birinde olabilmektedir. Doğum öncesi ve sonrasında beynin nörogelişimsel sürecindeki anormallik ve defektler, belli bir latent dönem sonrasında ergenlik veya genç erişkinlikte şizofreni tablosunu ortaya çıkarabilmektedir (38,20).

Şizofrenide beyin biyokimyasını inceleyen çalışmalar nörotransmitterlerden dopamin, norepinefrin, serotonin, glutamat ve GABA üzerinde durmaktadır. Dopamin etkinliğini arttıran psikostimulan ajanların normal kişilerde şizofreni benzeri bir tabloya yol açması ve postsinaptik dopamin reseptörlerini bloke eden nöroleptiklerin şizofreni belirtilerini azaltması, dopamin varsayımını desteklemektedir. Mezolimbik yolakta bulunan dopaminerjik nöronların aşırı aktivasyonu psikozun pozitif belirtilerine, mezokortikal projeksiyonlarda dopamin aktivitesindeki defisit psikozun negatif belirtilerine bağlı olduğu düşünülmektedir. Yapılan çalışmaların sonucu dopamin düzensizliğinin (disregülasyonu) hastalık belirtilerini oluşturduğu yönündedir (39). Dopamin reseptörleri ile birlikte serotonin reseptörlerini etkileyen ilaçların daha az yan etki ve artmış tedavi edici etkinliği olması serotonin antagonizması ile ilişkilendirilmiş ve bu da serotonin metabolizmasının dopamin metabolizmasını etkileyerek patogeneizde rol oynadığını düşündürmüştür (21). İkinci kuşak antipsikotikler GABA internöronlarındaki 5HT_{2C} blokajıyla norepinefrin düzeyini artırır. Artan norepinefrinin de dopamin ile birlikte şizofrenideki bilişsel ve affektif belirtiler üzerine olumlu etki yaptığı düşünülmektedir (39). Bir glutamat reseptörü olan NMDA'yı bloke ederek etki gösteren fensiklidinin, şizofreninin pozitif ve negatif belirtilerine benzer belirtiler gösteren bir klinik tabloya neden olması ve şizofrenisi olan kişilerde

şizofreniyi alevlendirmesi, glutamat sisteminin şizofrenideki rolüne dikkat çekmiştir (25). GABA hücre yoğunluğundaki azalma veya aktivite kaybı, GABA'nın dopaminerjik ve glutamaterjik nöronlar üzerindeki düzenleyici, inhibe edici etkisinin azalmasına neden olmakta, bu durum da subkortikal dopamin hiperaktivitesi ile sonuçlanmakta ve dopamin artışı ve şizofreni belirtileri ile ilişkilendirilmektedir (40).

Stresli yaşam olaylarının şizofreni geliştirme riskini 2 kat arttırdığı ve hem hastalığın ortaya çıkmasına hemde nükslere yol açtığı öne sürülmektedir. Şizofreni hastalığı olan kişilerde kortizol düzeyleri sağlıklı kişilere göre gün boyu daha yüksek seyretmekte ve kortizol düzeyi yüksekliği dopamin düzeyini de etkilemektedir. Aile bireylerinin sağlıklı yüksek duygu dışavurumunun, ailenin ve hastanın kendisinden beklenti düzeyinin yüksek olmasının stresi arttırıp şizofreniye bir sebep olmaktan çok, olası nüksler açısından risk etkeni olabileceği düşünülmektedir (40).

2.1.5. Şizofreni Tanısı

Şizofreni, DSM-IV'te en az 6 ay süren ve en az 1 ayı aktif dönem belirtilerini (hezeyanlar, halüsinasyonlar, dezorganize konuşma, ileri derecede dezorganize ya da katatonik davranış ve negatif belirtilerden iki ya da daha fazlasını) içeren bir bozukluk olarak tanımlanmış ve özelliklerine göre hebefrenik, paranoid, katatonik, farklılaşmamış ve rezidüel tipler olmak üzere 5 klasik alt tipe ayırmıştır. DSM-V ile birlikte şizofreni A ölçütünde yer alan dipnot ve Schneiderian belirtilerine yapılan atıf kaldırılmıştır. Ayrıca tedavi açısından bir anlam ifade etmediği ve klinik olarak az kullanıldığı için alt tipler de kaldırılmıştır (41).

DSM – V'e göre Şizofreni için tanı ölçütleri şu şekildedir:

A. Aşağıdaki belirtilerde ikisinden (ya da daha çoğundan) her biri, bir aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir sürenin önemli bir kesiminde bulunur. Bunlardan en az birinin 1, 2 ya da 3 olması gerekir.

1) Sanrılar.

2) Varsanılar.

3) Darmadağın konuşma (örn. sık sık konudan sapma gösterme ya da anlaşılabilir konuşma).

4) İleri derecede dağınık davranış ya da katatoni davranışı.

5) Silik (negatif) belirtiler (duygusal katılımda azalma ya da kalkışamama).

B. Bu bozukluğun başlangıcından beri geçen zamanın önemli bir kesiminde iş, kişilerarası ilişkiler ya da kendine bakım gibi, bir ya da birden çok başlıca alanda işlevsellik düzeyi, bu bozukluğun başlangıcında önce erişilen düzeyin belirgin olarak altındadır. (Çocukluk ya da ergenlikte başlamışsa, kişilerarası, okulda ya da işle ilgili işlevsellik, erişilmesi beklenen düzeye erişemez).

C. Bu bozukluğun süregiden bulguları en az altı ay sürer. Bu altı aylık evre, A tanı ölçütünü karşılayan, en az 1 aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa süreli) belirtileri (açık evre belirtilerini) kapsamalıdır ve ön (prodromal) ve artakalan (rezidüel) belirti evrelerini kapsayabilir. Bu bozukluk, ön ya da artakalan evreleri sırasında, yalnızca silik (negatif) belirtilerle ya da A tanı ölçütünde sıralanan iki ya da daha çok belirtinin eşikaltı biçimleriyle (örn. yadırganacak denli olağana aykırı inançlar, olağandışı algısal yaşantılar) kendini gösterebilir.

D. Şizoduygulanımsal (şizoaffektif bozukluk) ya da psikoz özellikleri gösteren depresyon bozukluğu ya da iki uçlu (bipolar) bozukluk dışlanır, çünkü ya 1) açık evre belirtileriyle eşzamanlı olarak yeğın (majör) depresyon ya da mani dönemleri ortaya çıkmamıştır ya da 2) açık evre belirtilerinin olduğu sırada duygudurum dönemleri ortaya çıkmışsa bile, bunlar hastalığın açık ve artakalan dönemlerinin toplam süresinin az bir kesiminde bulunmuştur.

E. Bu bozukluk, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

F. Otizm açılımı kapsamında bir bozukluk ya da çocuklukta başlayan bir iletişim bozukluğu öyküsü varsa, şizofreni tanısı konabilmesi için gerekli diğer belirtilerin yanı sıra belirgin sanrılar ya da varsanılar da en az bir aylık (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir süreyle varsa, ayrıca şizofreni tanısı da konur.

2.1.6. Şizofrenide Klinik Belirtiler; Gidiş ve Sonlanış

Şizofreni başlangıcı akut veya sinsi olabilir. Hastalığın başlangıcı öncesinde ilgi-istek kaybı, toplumdan uzaklaşma, içe dönüklük, uykusuzluk, özbakımını aksatma, dikkatini odaklamada güçlük, anksiyete gibi prodromal belirtiler olmaktadır (42).

Şizofrenideki klinik belirtileri; gerçeği değerlendirmenin bozukluğu ile giden pozitif belirtiler, olağan işlevlerde azalma ile giden negatif belirtiler şeklinde 2 alt başlıkta toplayabiliriz (43). Pozitif belirtiler olağan işlevlerde aşırılık ya da çarpıklıklardan oluşmaktadır. Bu pozitif belirtiler sanrılar, çağrışımlarda dağınıklık, halüsinasyonlar, toplum özelliklerine göre sapmalar ve aşırılıklarla giden saldırgan, taşkın, garip, davranış ve görünüm şeklindedir. Olağan işlevlerin azalması ya da yitimi şeklinde tanımlanan negatif belirtiler; küntlük, aloji, avolisyon, toplumdan çekilme, arkadaş ve aileden kendisini soyutlama, cinsel ilgi ve etkinlikte azalma, enerji ve isteğin azalması şeklinde görülebilmektedir.

Uzun süreli izleme dayalı sonlanım çalışmalarında, şizofreni hastalarının %15-20' sinde tam iyileşme sağlandığı, %15' inde ilk epizod sonrası semptomatik kalarak yoğun tedavi gereksinimleri olduğu, arada kalan hastaların ise ilk epizodu kısmen atlatabildikleri ama eski işlevsellik düzeyine ulaşamadıkları ve tedaviye yanıt verenler de dahil % 80'inin beş yıl içerisinde nüks yaşadıkları gösterilmiştir (44).

Şizofreni hastalarında ölüm oranının genel popülasyona göre iki-dört kat fazla olduğu bulunmuştur. En sık rastlanan ölüm nedenleri arasında intihar, kazalar ve diğer hastalıklar gösterilir. Tüm şizofreni hastalarının %50 si intihar girişiminde bulunur ve % 10 ile 15'i intihar nedeniyle ölürlür (45).

2.2. ŞİZOFRENİDE UZUN ETKİLİ İNTRAMUSKÜLER(UEİ) ANTİPSİKOTİK KULLANIMI, TEDAVİ UYUMU, YAŞAM NİTELİĞİ VE BAKIM VEREN YÜKÜ

2.2.1. Tedavi Uyumunu ve Uzun Etkili İntramusküler Antipsikotik Kullanımı

Tedavi uyumsuzluğu şizofreni hastalarında oldukça yaygındır ve ilaç uyumsuzluğunun %20 ila %89 arasında olduğu bildirilmektedir. Şizofreni hastalarında tedavi uyumsuzluğu; genç yaş, erkek cinsiyet, düşük sosyoekonomik durum, içgörü veya farkındalık eksikliği, psikopatoloji, zayıf premorbid ve mevcut bilişsel işlevler, ilaçlar ile oluşan yan etkiler, sosyal destek azlığı, komorbid psikoaktif madde kullanımı, kültürel inançlardan kaynaklanabilir (46,9).

Birçok çalışma ilaç uyumsuzluğunu, yüksek nüks oranları, yeniden hastaneye yatış sayısının artması, ailelere ve sağlık sistemine bağımlılığın artması ve uzun vadeli prognoz ve fonksiyonelliğin kötüleşmesi, zayıf bilişsel işleyiş, yaşam kalitesinin düşmesi, şiddet ve saldırganlığın artması ve intihar riskinde artış ile ilişkili bulmuştur (47,48). Uyumsuzluk sebepleri; hastanın veya ailenin ilaç dozlarını almayı unutması ya da hastanın kasıtlı olarak tedaviyi reddetmesi sonucu olabilir (49). Tedaviyi bırakma ise çoğunlukla hastalığın alevlenmesi ile sonlanmaktadır. Bu durum hasta, aile ve toplum açısından olumsuz sonuçlar doğurmaktadır. Bu yönü ile tedavi uyumsuzluğu, hastaların tedavisinin önündeki en önemli engeli oluşturmaktadır (50).

Antipsikotik tedaviye zayıf uyumda rol oynayan birçok faktör vardır. Bunlardan bir kısmı UEİ antipsikotik kullanımıyla aşılabılır.

Antipsikotiklerin 1950'lerde kullanılmasından kısa bir süre sonra, oral formülasyonlara zayıf uyumun kritik bir sorun olduğu tespit edildi. Bu, 1966'da ilk UEİ antipsikotik flufenazin enantat ve sonrasında yan etkilerinin görülme sıklığını azaltmak için 18 ay sonra flufenazin dekanat oluşumuna yol açtı (51). UEİ antipsikotiklerin bir dizi potansiyel avantajı bulunmaktadır; uygulama kolaylığı, ilaç uyumunun izlenmesi, hastayla düzenli temasın sağlanması, aşırı dozda daha az risk alma ve doz - plazma konsantrasyonları arasında daha iyi korelasyon. Bunun yanında dezavantajları ise; yavaş doz titrasyonu, sabit plazma seviyelerine ulaşmak için daha uzun süre, bu sebepten kesilmesi gerektiğinde yan etkilerin uzun sürmesi ve lokal

yan etkiler şeklindedir (52,53,54). Mevcut olan birinci kuşak UEİ antipsikotikler; flufenazin, haloperidol ve zuklopentiksol UEİ antipsikotiklerdir. İkinci kuşak UEİ antipsikotikler ise; Risperidon, Aripipirazol, Paliperidon palmitat aylık, Paliperidon palmitat üç aylık UEİ antipsikotiklerdir.

Periyodik UEİ antipsikotik uygulama şekli (1-6 hafta), hastanın antipsikotik ilacı düzenli almasını sağlar ve hasta ile tıbbi ekip arasındaki görüşme sıklığını artırır (55). Hastaların tıbbi ekip ile görüşme sıklığının artması, nüksü önlemek için her bir vakada uyarlanmış erken müdahalelere izin verir (56). Birçok faydasına rağmen, UEİ antipsikotik reçetesi tedavi uyumunu garanti etmez; çünkü hasta enjeksiyondan korkma, enjeksiyon bölgesi ağrısı gibi sebeplerden dolayı, enjeksiyonları yaptırtmak için, tedavi merkezine gelmekten kaçınabilir. Diğer hastalar içgörü temelli uyum göstermezler (yani; hasta bir hastalığı olduğuna veya hastalığının ilaç kullanmasını gerektirdiğine inanmaz) veya erişilebilirlik temelli uyumsuzluğu (örneğin, sigorta kapsamı eksikliği) olabilir. UEİ antipsikotikler hakkında yanlış algılar ve bilgi eksikliği olabilir, bunu önlemek için de klinik ekip tarafından hastaya ve ailesine UEİ antipsikotikler ile ilgili dengeli ve doğru bilgi verilmeli, motivasyonel görüşmeler, resmi psikoeğitim programları hazırlanmalıdır. Hastalarla konuşurken, uzun süreli tedavi stratejilerinin, romatoid artrit veya diyabet hastaları için infüzyon pompaları gibi diğer tıp alanlarında da yaygın olduğunu belirtmek yardımcı olabilir. Herhangi bir farmakoterapötik tedavinin seçimine benzer şekilde, UEİ antipsikotik seçimi de hastayı içermelidir ve geçmiş ilaç öyküsü, yan etki profili gibi çeşitli faktörlere bağlı olmalıdır (57,58).

UEİ antipsikotikler tüm antipsikotik tedavilerin % 20-40'ını temsil eder. Bu oran ülkeler arasında farklılık göstermektedir (59).

Heres ve arkadaşları ile Samalin ve meslektaşları tarafından yapılan çalışmalarda, bir UEİ antipsikotik reçetelenmesinde iki hasta grubu gözlemlenmiştir. İlki geçmiş bir nüks öyküsü ve oral formlara kötü uyumu olan hastalara karşılık gelirken; ikincisi ise hastalığı ile ilgili iç görü sahibi olan, yüksek tedavi uyumuna sahip hastalara karşılık gelmiştir (60,61).

İlk epizod şizofreni hastalarının tedavisi, uzun vadeli sonuçları iyileştirmek için özellikle önemlidir, çünkü bilişsel gerileme ve beyin hacmindeki ilerleyici yapısal değişiklikler ile klinik ve psikososyal bozulmalar, hastalığın başlangıcından itibaren ilk 5 yıl içinde meydana gelir (62). Şizofreninin erken evrelerinde sürekli tedavinin önemi göz önüne alındığında, UEİ antipsikotikler de bir tedavi seçeneği olabilir ve ortak bir karar verme yaklaşımı bağlamında, UEİ antipsikotiklere karşı erken evre şizofreni hastalarında kullanım ile ilgili oluşan olumsuz imajı ve damgalanmayı azaltabilir (63). İlk epizod şizofreni hastalarında UEİ antipsikotikleri kullanmanın bir faydası da, sık görülen relapsların, hastalığın ilk yıllarında meydana gelmesi ve ilk epizod şizofreni hastalarında oral antipsikotiklere kıyasla UEİ antipsikotiklerle nüks oranının azaldığına dair kanıtların bulunmasıdır (64).

UEİ antipsikotikler ile tedaviye mümkün olduğu kadar erken başlayarak; ideal olarak ilk epizottan itibaren, yeniden alevlenme ve nükslerin tekrarlamasını, sayısını ve süresini azaltabilir, bilişsel açıdan gerilemeyi engelleyebilir ve yaşam kalitesini ve fonksiyonel sonuçları iyileştirebiliriz (65).

2.2.2. Yaşam Niteliği

Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) göre, Yaşam Kalitesi kavramı “Bireyin yaşadığı kültür ve değer sistemleri bağlamında; hedefleri, beklentileri, standartları ve kaygıları ile ilgili olarak bireyin yaşamdaki konumunu algılama” olarak tanımlanmıştır (66). Yaşam kalitesi, hastanın sağlık durumuyla ilgili sağlık uzmanları için çeşitli hedeflerle ilişkilidir. Bunlar; tedavi ekibi ile hastalar arasında iletişimi kolaylaştırmak için hastanın sorunlarını öncelik sırasına koymak, taramak, tanımlamak, tedavi yöntemleri ile ilgili tercihlerini belirlemek, klinik seyri ve terapötik yaklaşımın sonucunu değerlendirmek, denetim ve sağlık politikaları için veri toplamak şeklinde sıralanabilir (67).

Ruh sağlığı hizmetleri kapsamında yaşam kalitesinin değerlendirilmesinin, kavramın nesnel ve öznel perspektifleri arasında dengeli bir karışım sunarak, fiziksel ve psikolojik sağlık durumu, mesleki faaliyetler, eğlence, yaşam düzenlemeleri ve sosyal beceriler olarak yaşamın çeşitli alanlarına yönelik olduğu gösterilmiştir

(68,69). Böylelikle yaşam kalitesi ruh sağlığı profesyonelleri için önemli bir gösterge haline gelmiştir, klinik müdahalelerinin sonuçlarının sadece bir görüntüsünü sunmakla kalmamakta, aynı zamanda rutin uygulamalarını da yönlendirmektedir (70).

Şizofreni hastalarının yaşam kalitesi, klinik ve sosyal faktörlerle doğrudan ilişkilidir. Hastalardaki yaşam kalitesi değerlendirmesi, klinik seyir ve tedavinin sonuçlarını izlemek için iyi bir enstrümandır (71). Yapılan araştırmalarda şizofreni hastaları ve diğer ciddi akıl hastalıkları için yaşam kalitesini etkileyen; sosyal destek, karşılanmayan ihtiyaçlar ve ilaç yan etkileri gibi pek çok önemli etken tanımlanmıştır (72). Bununla birlikte, yaşam kalitesini etkileyen faktörleri inceleyen araştırmaların çoğu, psikiyatrik semptomların etkisine de odaklanmıştır.

Psikiyatrik semptomlarla yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin anlaşılması hem şizofreni hastaları için yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin aydınlatılmasında, hem de yaşam kalitesi kavramının gelecekteki tedavi geliştirme çabalarına rehberlik etmek için kullanılabileceğinin anlaşılmasında faydalı olmuştur (73). Yapılan bir çalışmada pozitif ve negatif psikotik semptomların varlığının düşük yaşam kalitesi düzeyi ile korele olduğu vurgulandı (74). Son yıllarda, bazı araştırma grupları, şizofreninin negatif belirtilerinin yaşam kalitesi ile pozitif belirtilerinden daha yakından ilişkili olduğu sonucuna varmışlardır (75). 128 hastayı kapsayan bir çalışmada Norman ve ark. Şizofrenide semptomların ve işlevsellik düzeyinin yaşam kalitesi ile ilişkisini Yaşam Kalitesi Ölçeğini kullanarak incelemişlerdir: Elde edilen sonuçlar; negatif semptomların, işlevsellik düzeyinin ve pozitif semptomların hepsinin yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu göstermiştir (76). Diğer bazı çalışmalar farklı sonuçlar ortaya koymuştur ve bunlara göre; şizofreni hastalarının yaşam kalitesi, eşlik eden anksiyete ve depresyon ile daha fazla ilişkilidir, şizofreni hastalığına sahip bireylerde, anksiyete ve depresyonun, kötü yaşam kalitesinin önemli belirleyicilerden olduğu düşünülmektedir (77,78). Beş Avrupa şehrinde 143 şizofreni tanısı konmuş hasta ile yapılan bir çalışmada, yaşam kalitesi ve hastalık özellikleri ölçülmüş, hastaların yaşam kalitesinin temel olarak anksiyete, depresyon ve işlevsellik düzeyi ile ilişkili olduğu bulunmuştur (79). Şizofrenide erken hastalık dönemindeki bireylerin yaşam kalitesini inceleyen son araştırmalar, psikiyatrik

semptomların; kronik hasta popölasyona kıyasla, erken dönem hastaların yaşam kalitesinde daha fazla etkili olabileceğini göstermiştir. Örneğin, bir dizi çalışma, hastalığın erken dönemindeki bireyler için negatif semptomlar, genel psikopatoloji ve yaşam kalitesi arasında güçlü ilişkiler olduğunu göstermiştir (80,81).

Psikiyatrik semptomlar, işlevsellik düzeyi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi netleştirmek, hem şizofreni hastaları için yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin aydınlatılmasında hem de gelecekteki tedavi gelişim çabalarına rehberlik etmek için yaşam kalitesi kavramının faydasının anlaşılmasında önemli bir adımdır (82).

Semptomların şiddeti ve nörobilişsel eksiklikler, yaşam kalitesi üzerinde önemli etkiye sahip faktörlerdir. Bunların doğru yönetimi, hastaların yaşam kalitesinde daha iyi sonuçlara yol açabilir (74).

Şizofreni hastalarında farmakolojik tedaviye uyumun yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkileri mevcuttur. Uzun süreli tedavilerde, genel sağlık ve yaşam kalitesi de tedaviye uyumu etkileyen ve tedavi uyumunu sürdüren faktörlerdendir (83).

Tedavinin devamlılığını sağlamak için uyumu bozan faktörleri belirlemek önemlidir. Tedaviye zayıf uyuma sebep olan faktörlerden bazıları şunlardır: karmaşık tedavi planları ve dozaj şemalarının yanlış anlaşılması (84). UEİ antipsikotiklerin gelişmesi dozaj planlarını basitleştirmiş, böylece hataları azaltmış ve düzenli ilaç alımına olumlu etkide bulunmuştur. UEİ antipsikotiklerin ilaç uyumunu arttırıp, semptom şiddetini azaltarak, hastaların yaşam kalitesini arttıracığı düşünülmektedir (85).

UEİ antipsikotiklerin iyileşme ve yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini inceleyen, 8 haftalık randomize kontrollü bir çalışmada 404 şizofreni hastası değerlendirilmiş; hastalara Yaşam Kalitesi Ölçeği uygulanmıştır. Toplam ve alt ölçek puanlarında UEİ antipsikotik kullanan hastalarda plaseboya kıyasla anlamlı gelişmeler gözlenmiştir (86).

Macfadden ve arkadaşları, UEİ antipsikotiklerin yaşam kalitesi üzerindeki etkililiğini, 532 şizofreni hastasının katıldığı 24 aylık prospektif, gözlemsel bir çalışmada değerlendirmiştir. UEİ antipsikotiklerle tedaviye başladıktan sonra,

hastalar 3 aylık periyotlarla takip edilmiştir. Sosyal performanslarında, yaşam kalitelerinde ve sağlık durumlarında gelişmeler gözlenmiştir (87).

Oral antipsikotik kullanan remisyonda psikotik bozukluğu olan 529 hastanın tedavisinde, oral antipsikotiklerden UEİ antipsikotiklere geçilmiştir. 18 aylık süre zarfında hastaların semptomatik ve fonksiyonel gelişmeleri değerlendirilmiştir. Bu sürenin sonunda, hastaların % 20'sinin semptomlarında ve yaşam kalitesinde iyileşme olduğu gözlenmiştir (88).

Şizofreni hastalarının düşük yaşam kaliteleri ve hastalığın klinik gidişi sırasında belirlenen hastalıkla ilgili faktörler intihar davranışını öngörmeye de önemli risk faktörleri olarak kabul edilir. Hastaların yaşam kalitesinin iyileştirilmesi ile intihar gibi önemli bir risk faktörünün de böylelikle önüne geçilebilir (89).

2.2.3. Bakım Veren Yüğü

1950' lerden beri ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerin, yakınları üzerindeki olumsuz etkileri araştırılmaya başlanmış, 1970'lerde ise artık 'bakıcı yüğü' terimi kullanılmaya başlanmıştır. 1980'lerden sonra bu kavramın içeriğı biraz daha genişletilmiştir. Günümüzde kabul gören 'bakıcı yüğü' kavramı süregelen ruhsal hastalığı olan bir kişinin yakınlarının yaşadığı fiziksel, ruhsal, toplumsal, ekonomik sorunların tümünü içermektedir (90). Hastayı destekleyen, yanında olan ve genellikle en çok bakımı sağlayan kişi temel bakım verici olarak tanımlanmaktadır (91).

Dünya Ruh Sağlığı Federasyonu dünyadaki bakım verenlerin %80'ninin kadın olduğunu tahmin etmektedir. Bunlar hastanın eşi, annesi, kardeşi ya da kızı olabilir. Kadın bakım verenlerden de daha genç ve daha eğitimli bakıcıların daha fazla yük yaşadıkları tespit edilmiştir. Çeşitli çalışmalar bakım veren kadınların bakım vermeyen kadınlara göre 6 kat daha fazla çöökkünlük ve anksiyete semptomları yaşadıklarını göstermiştir (92).

Hoening ve Hamilton çalışmalarında bakım yükünü öznel ve nesnel olarak tanımlamış ve bunlar arasındaki farklılıkları bildirmiştir (93). Nesnel yük aile yükünün gözlemlenebilir ve doğrulanabilir yönü olarak; hastalığın yol açtığı ekonomik zorluklar, gelir kaybı, günlük yaşamdaki ve sosyal etkinliklerdeki

kısıtlanmalar, ev ortamındaki gerginlik, aile üyelerinin beden ve ruh sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri olarak tanımlanabilir. Öznel yük ise bakım verme sorumluluğunun getirdiği zorlanma algısı, kayıp duygusu, anksiyete ve depresyon dahil olmak üzere bakım verenin ne kadar sıkıntı hissettiğinin genel olarak değerlendirilmesini içerir (94).

Sonuçlarının ve nedenlerinin çeşitli olması nedeniyle bakım veren yükü çok boyutlu bir kavramdır. Schene ve arkadaşları tarafından bakım veren yükünün çok boyutlu olduğu, objektif ve subjektif yük şeklinde ayrılabilceği, bunların ölçülebilir, değerlendirilebilir özellikler olduğu belirtilmiştir. Mevcut bakım taleplerinin ise aile içi görevlere eklemeye bulunduğu, var olan rollerin yeniden düzenlenmesine neden olduğu, bakım verenin emosyonel durum ve tepkisini etkilediği, başta birincil bakım veren olmak üzere tüm aile fertlerinin hastanın durumundan etkilendiği bildirilmiştir (95).

Şizofreni, aile bireyleri için en fazla yük oluşturan ruhsal hastalıkların başında gelmektedir (16). Psikiyatri hastanesinde yatışı olup, taburcu olan şizofreni hastalarının % 50'sinden fazlasının aile fertleriyle birlikte yaşadığı tahmin edilmektedir (96). Yapılan bazı çalışmalarda, şizofreni hastalarının bakım verenlerinde yüke neden olan faktörler araştırılmış ve ortaya konulmuştur. Hasta ve hastalık ile ilişkili faktörler; yaş, cinsiyet, belirti şiddeti ve türü, hastalık süresi, epizot sayısı, bilişsel yetersizlik, işlevsel yetersizlik, davranış sorunları şeklinde sayılabilir. Bakım veren ile ilişkili faktörler ise; cinsiyet, hasta ile yakınlık, kişilik özellikleri, sosyoekonomik ve kültürel özellikler, hastalığının olup olmaması, baş etme yetenekleri, sosyal destek şeklindedir (97,98).

Awad ve ark'ı ise şizofreni hastalarının ailelerinde yaşanan sorunları şu şekilde özetlemiştir:

Tablo 1: Şizofreni Hastası Bir Bireyin Olduğu Ailelerde Yaşanan Sorunlar (91)

Ailede Yaşanan Sorunlar	Ailede Çatışma ve Değişimlere Neden Olan Sorunlar	Şizofreni Hastaları İçin Belirlenen Sorunlar
Ailenin sosyal gezilerinde ve aktivitelerinde azalma	Tedavi planına uymama	Daha etkili ve daha iyi tolere edilebilir ilaçları kabul etmek
Aile üyeleri arasında çatışmada artma	Motivasyonsuzluk ve öz bakımda azalma	Sürekli ilaç alımı konusunda sorumluluk sahibi olma
Aile üyelerinde depresyon	Madde kötüye kullanımı	Düşük yaşam kalitesi ve işlevsellik
Ekonomik zorluklar	Aile dinamikleri ve baş etme stillerinde zorluklar	İş, ev ve sosyal destek için yardıma ihtiyaç duyma
Aile üyelerinde utanç hissi	Yetersiz sosyal ve ekonomik destek	Damgalanma, düşük benlik saygısı ve sosyal destek yetersizliği ile baş etmek
İş planının iptali veya ertelenmesi	Acil psikiyatrik bakım ve gerektiği zaman hastaneye yatırma	
Aile üyelerinde benlik saygısında azalma ve özgüven kaybı	Bilgi ve destek yetersizliğine ilişkin sorunlar	
Aile üyelerinin iş ve okul performansında azalma		
Alkol kullanımında artma		
Ailede parçalanma		

Bakım veren yükünün diğer psikiyatrik hastalıklar ile kıyaslandığında şizofrenide daha yüksek seviyede olduğu ileri sürülmektedir. Grover ve arkadaşları tarafından 2012 yılında yapılan çalışmada şizofreni ve bipolar hastaların bakım verenleri değerlendirilmiş ve her iki hastalıkta da yükün yüksek olduğu, şizofreni bakım verenlerinin hastalıktan daha olumsuz etkilendikleri ifade edilmiştir (99). Vasudeva ve arkadaşları tarafından 2013 yılında yapılan çalışmada da şizofreni hastalarının bakım yükünün bipolar hasta grubundan daha yüksek olduğu ifade edilmiştir (100).

Bakımverenlerin sosyodemografik olarak incelendiği bir çalışmada; Martyns-Yellowe (1992), kırsal bölgede yaşayan ailelerin, kentsel bölgede yaşayan ailelere göre çok daha fazla maddi yük yaşadığını tespit etmiştir (101).

Trivedi ve arkadaşlarının (2003) yaptığı bir çalışmada, şizofreni hastalarının ebeveynlerinin ve kardeşlerinin, eşlerine kıyasla daha fazla yük yaşadığı bulunmuştur. Yazarlar ayrıca genç bakım verenlerin, orta yaş ve üstü bakım verenlere göre daha fazla yük yaşadıklarını belirtmişlerdir (102). Erkek hastalarda bakım veren yükünün ve stres düzeyinin daha fazla saptandığı çalışmalar mevcuttur (103). Souza ve arkadaşları bakım veren yükünün erkek hastalarda kadın hastalara göre daha yüksek olduğunu ifade etmiştir (104). Gülseren ve arkadaşları da bir önceki çalışma ile benzer sonuç elde etmiş ve erkek hastalarda bakım yükünün daha fazla olduğunu ifade etmişlerdir (105). Inogbo ve arkadaşlarının 2017 yılında yaptığı bir çalışmada 255 şizofreni hastası ve bakım vereni değerlendirilmiştir. Çalışmanın sonucunda, bakım verenin yaşının ileri olması, eğitim seviyesinin düşük olması, hastanın tedavisini maddi açıdan tek başına karşılaması, bakım verende psikiyatrik ve fiziksel komorbidite varlığının bakım yükünü arttırdığı belirtilmiştir (106).

Yapılan bir çalışmada ise, işsiz veya boşanmış hastaların sosyal destek ağlarının bozulmasından dolayı bağımlılığı artmış gruplar arasında olduğunu; bu nedenle de, bakım verenin yükünün arttığı gösterilmiştir (107).

Bakım yükü, bakım verenlerin yaşam kalitesinin azalmasına, sağlığı ve işleyişi üzerinde olumsuz etkilere sebep olabilmektedir (108). Şizofreni hastalarının bakım verenlerinin çoğu önemli derecede tükenmişlik yaşar ve kendilerini yük altında hissederler. Bu hastaların ailelerinin çoğunda yüksek duygu dışavurumu vardır. Ayrıca, ifade edilen duygular ve yaşanan yük arasında doğrusal bir ilişki vardır. Sosyal destek ağları kurmak ve hastaların ailelerine aile eğitimi vermek, bu hastalara ve ailelerine yardımcı olabilir (109). Miklowitz ve arkadaşları (2003), ciddi ruhsal hastalığı olan hastaları ve ailelerini eğitmenin semptomların ciddiyetini, nüks oranını ve dolayısıyla hastalık yükünü önemli ölçüde azaltabildiğini bildirmiştir (110).

Bir CATIE çalışmasında elde edilen verilere göre, hasta semptomlarındaki ve yaşam kalitesindeki klinik değişiklikler, bakım veren yükündeki değişikliklerle anlamlı şekilde ilişkili bulunmuş olmasına karşın oral tedavi kullanan hastalarda psikotik belirti şiddetinde ve yaşam kalitesindeki değişimin, aile yüküne etkili olmadığı saptanmıştır (111). Diğer yandan; uzun etkili intramüsküler antipsikotiklerin oral tedavilere göre bakım veren yükünü azalttığı ile ilgili veriler mevcuttur, fakat depo tedaviler arasında bakım veren yüküne etki ile ilgili fark olup olmadığını araştıran bir çalışma bulunmamaktadır (112).

Biz de çalışmamızda literatürdeki bu eksiklikten yola çıkarak, tipik ve atipik UEİ antipsikotiklerin kendi aralarında bakım veren yüküne etki açısından bir farklılık bulunup bulunmadığını saptamayı amaçladık.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma için Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nden 02.04.2019 tarihinde 299 protokol no ile onay alınmıştır.

3.1. ÖRNEKLEM VE UYGULAMA

Bu çalışma kesitsel nitelikte bir vaka çalışması olarak tasarlanmıştır. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi poliklinikleri ve hastaneye bağlı bulunan TRSM birimlerinden, 2019 yılında halen takip edilen, DSM 5 tanı kriterlerine göre Şizofreni tanısı almış, tedavisinde en az 12 haftadır uzun etkili intramusküler antipsikotik ilaç reçete edilen 18-65 yaş arası çalışma için aydınlatılmış onam vermiş olan, ardışık 110 hasta ve bakım veren çalışmaya dahil edilmiştir.

Hastalara ve bakım verenlerine öncelikle çalışmanın amacı anlatılarak, katılımları için sözel ve yazılı onayları alınmıştır. Çalışmaya katılmayı reddetme veya görüşmeyi herhangi bir noktada sonlandırma hakkına sahip oldukları açıklanarak, kayıtlarının gizli tutulacağına dair güvence verilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hastalar ve bakım verenlerinden aydınlatılmış onam alınmıştır. Hastalara Sosyodemografik ve Klinik Olgu Değerlendirme Formu, İlaç Tutum Ölçeği-10 (DAI-10), Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS), UKU Yan Etki Derecelendirme Ölçeği, Şizofreni İçin Yaşam Niteliği Ölçeği, hastanın bakım verenine ise Sosyodemografik Veri Formu, Zarit Bakım Veren Yüğü Ölçeği uygulanmıştır.

Karıştırıcı etkisi olacağı nedeni ile uzun etkili antipsikotiğe ek olarak oral antipsikotik kullanımına sınırlama konulması amaçlanmıştır. Minimum efektif dozun üstünde ek oral antipsikotik kullanan hastalar çalışmaya alınmamıştır. Minimum efektif doz için Maudsley Tedavi Rehberi dikkate alınmış ve antipsikotik tedavide ilk atak hastalar için minimum etkin dozun 200 mg/gün, çoklu atağı olan

hastalar için ise 300 mg/gün klorpromazin ve eşdeğer dozda antipsikotik olduğundan yola çıkarak; bu dozun üzerinde ek oral antipsikotik kullanan hastalar çalışmadan dışlanmıştır.

3.1.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri

Hastalar için;

- a. 18-65 yaş arasında olmak,
- b. DSM 5 tanı kriterlerine göre Şizofreni tanısı almış olmak ve en az 12 haftadır uzun etkili intramüsküler antipsikotik ajan kullanmak
- c. Çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmek,

Bakım Verenler için;

- a. 18 yaşını doldurmuş olmak
- b. Okur yazar olmak
- c. Çalışmaya katılmayı kabul etmek
- d. Diğer aile üyelerine oranla hastayla daha fazla zaman geçiriyor olmak.

3.1.2. Araştırmadan Dışlama Kriterleri:

Hastalar için;

- a. 18 yaşından küçük 65 yaşından büyük olmak,
- b. Uzun etkili intramüsküler antipsikotikten farklı, minimum efektif dozun (ilk atak hastalar için 200 mg/gün, çoklu atağı olan hastalar için ise 300 mg/gün Klorpromazin ve eşdeğer dozda antipsikotik) üstünde kullanılan ek oral antipsikotik kullanmak

Bakım verenler için;

- a. Klinik olarak saptanmış zeka geriliği bulunması
- b. Görüşmeye engel bir durumu (işitme, konuşma zorluğu) olması
- c. Ailede bakım verilmesi gereken başka bir ruhsal veya fiziksel hastalığa sahip birey varlığı

3.2. ÇALIŞMADA KULLANILAN GEREÇLER:

3.2.1. Bilgilendirilmiş Onam Formu Hastalar İçin

3.2.2. Bilgilendirilmiş Onam Formu Bakım Veren İçin

3.2.3. Sosyodemografik ve Klinik Olgu Değerlendirme Formu

Çalışmanın amacına dönük olarak araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır. Sosyodemografik özellikler, aile öyküsü, hastaların klinik durumunu, hastaneye yatış sayıları, yatış süreleri, tedaviyi sürdürme, bırakma ve değiştirmenin yan etkiler ile ilişkisini içeren klinik bilgilere ilişkin sorular içerir. Tedavi değişikliği ya da bırakmanın nedenlerinin belirlenmesinde kullanılacak liste oluşturulurken, Corell CU ve arkadaşlarının uzun etkili intramusküler antipsikotik kullanımı ile ilişkili yan etkiler listesi dikkate alınmıştır (113,114,115).

3.2.4. İlaç Tutum Ölçeği (Drug Attitude Inventory- 10)

İlaç Tutum Ölçeği-10 ölçeği, Hogan ve arkadaşları tarafından 1983 yılında geliştirilmiştir. Hastaların antipsikotiklere karşı öznel tepkilerini ve tutumlarının “Evet” ve “Hayır” olarak cevaplandırıldığı 10 sorudan oluşan bu ölçek, 6 olumlu cevap beklenen, 4 olumsuz cevap beklenen 10 sorudan oluşmaktadır. Soruların toplam puanının sıfırdan büyük olması halinde, hasta tedaviye uyumlu kabul edilmektedir (116). Aydın ve arkadaşları tarafından şizofreni tanısı olan hastalarda Türkçe güvenirlik geçerlik çalışması yapılmıştır (117).

3.2.5. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS)

Klinisyen tarafından uygulanan; şizofrenide pozitif ve negatif belirtiler, genel psikopatolojiyi değerlendirmek ve bu belirtilerin düzeyini ölçmek üzere 1987’de Kay ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan 30 maddelik ve yedi puanlı şiddet değerlendirilmesi içeren yarı yapılandırılmış bir görüşme ölçeğidir. 30 psikiyatrik parametreden yedisi pozitif belirtiler alt ölçeğine, yedisi negatif belirtiler alt ölçeğine ve geri kalan on altısı genel psikopatoloji alt ölçeğine aittir (118). Opfer ve arkadaşları tarafından 1992’ de yapılandırılmış, 1999 yılında Anıl Kostakoğlu ve arkadaşları tarafından Türkçe’ ye uyarlanmıştır (119).

3.2.6. UKU (Ugvalg for Kliniske Undersgelser) Yan Etki Derecelendirme Ölçeği

Psikolojik, nörolojik, otonom sistem ve genel yan etkilerinin değerlendirildiği 48 maddeli toplam 3 bölümden oluşmaktadır. Her bir madde 4 seçenekli olup "0" yan etki olmadığını, "3" ise şiddetli olduğunu belirtmektedir (120). Yapılan ön çalışmalarda değerlendiriciler arası güvenilirlik korelasyon katsayısı UKU' nun Türkçe çevirisinde 0,76 ($p<0,001$) olarak bulunmuştur.

3.2.7. Şizofreni için Yaşam Niteliği Ölçeği

Heinrichs ve arkadaşları tarafından 1984 yılında geliştirilmiştir. Türkçe'ye Soygür ve arkadaşları (2000) tarafından uyarlanmıştır. Sürdürüm tedavisi altındaki şizofreni tanılı hastaların son bir ay içindeki uyumlarını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Hastaların kişisel deneyimlerinin zenginliğini, kişiler arası ilişkilerin niteliğini ve mesleki rollerdeki üretkenlik düzeylerini ölçmektedir. Ölçeğin yarı yapılandırılmış bir görüşme biçiminde uygulanması planlanmıştır. Toplam 21 madde ve 4 alt ölçekten oluşur. Bu alt ölçekler: kişiler arası ilişkiler, mesleki rol, ruhsal bulgular, kişisel eşya ve günlük etkinlik biçiminde sıralanır. Her bir madde üç bölümden oluşur. Birinci bölümde görüşmecinin değerlendirilecek parametreyi anlaması ve buna yoğunlaşmasını sağlamak için kısa bir tanımlama yer alır. İkinci bölümde görüşmecinin hastayı incelemeye başlamasına yardımcı olabilecek birkaç soru vardır. Üçüncü bölümde ise her bir madde için 7 derecelik bir ölçek verilmiştir (121,122).

3.2.8. Bakım Veren İçin Sosyodemografik Veri Formu

Çalışmanın amacına yönelik olarak araştırmacı tarafından hazırlanmış, bakım verenlerin yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, çalışma durumu, yakınlık durumu, gelir durumu, ek bedensel hastalık olup olmadığı gibi sosyodemografik verileri içeren bir görüşme formudur.

3.2.9. Zarit Bakım Veren Yükü Ölçeği

Demans tanısı olan hastaların akrabalarında bakım veren yükünü değerlendirmek için Zarit ve arkadaşları (123) tarafından geliştirilen ölçek, sonraki çalışmalarda şizofreni hastalarının ailelerinde bakım veren yükünü değerlendirmek

için de kullanılmıştır (124). Orijinal versiyonu 22 maddeli olan ölçeğin şizofreni hastalarının bakım verenlerinde yapılan Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında 3 madde çıkarılmış ve Türkçe versiyonu 19 maddeden oluşmuştur (125). Ölçek; asla, nadiren, bazen, sık sık ya da hemen her zaman şeklinde 1’den 5’e kadar değişen Likert tipi değerlendirmeye sahiptir. Ölçek puanının yüksek olması, bakım veren yükünün yüksek olduğunu göstermektedir.

3.3. İSTATİSTİK METODU

Çalışmada geçerliliği sınanacak temel hipotezler için bağımsız örneklem t testi ve ki-kare analizi uygulanmış, SPSS 22.0 programı ile hastalardan alınan veriler işlenmiştir. Hastaların temel klinik ve demografik verileri frekans dağılımları hesaplanmış ve kategorik değişkenler için ki-kare, devamlı değişkenler için ise bağımsız t testi kullanılmıştır. İstatistiksel güç için, Etki Büyüklüğü hedeflemesine göre analizlerde kullanılacak iki yönlü olmak üzere t testi öncül olarak girilmiş, α hata olasılığı 0.05 ve $1-\beta$ hata olasılığı=0.95 olarak belirlenerek G*Power 3.0.10 programı ile gerekli minimum örneklem sayısı hesaplanmıştır. İki grup karşılaştırması çift yönlü anlamlılık düzeyine göre, .950129 güce sahip (*kritik F*=1.971) analiz için minimum 108 örneklem sayısı sonucuna ulaşılmış ve bu çalışmanın örneklem büyüklüğü bu bilgiler ışığında kararlaştırılmıştır. Yapılan analizlerde Zarit Bakım Veren Ölçeği için kayıp veriler “seri ortalamaları” hesaplanarak tamamlanmış ve analizler gerçekleştirilmiştir. Toplamda 110 kişi ile yapılan çalışmada anlamlılık düzeyi p:0.05 olarak belirlenmiştir ve sonuçlar bulgular kısmında paylaşılmıştır.

4. BULGULAR

Çalışmamızın örneklemini Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi poliklinikleri ve hastaneye bağlı bulunan TRSM birimlerinden, DSM 5 tanı kriterlerine göre Şizofreni tanısı almış, tedavisinde en az 12 haftadır uzun etkili intramusküler antipsikotik ilaç reçete edilen 18-65 yaş arası hastalar oluşturmaktadır. Örneklemimize katılan hastaların takip edildiği TRSM birimlerinde; Bağcılar TRSM’de şizofreni tanısı ile takip edilen 38 hasta, Güngören TRSM’de 70 hasta, Bakırköy TRSM’de 85 hasta UEİ antipsikotik kullanmaktaydı. Örneklemimizi oluşturan poliklinik ve TRSM birimlerinden takip edilen hastalar içinden UEİ antipsikotikten farklı, ilk atak hastalar için 200 mg/gün, çoklu atağı olan hastalar için ise 300 mg/gün Klorpromazin ve eşdeğer dozun üstünde ek oral antipsikotik kullanan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir. Ayrıca çalışmaya alınacak hastalardan, 2 tanesi çalışmaya katılmayı kabul etmesine rağmen, ölçekleri doldururken devam ettirmek istemediği için, 3 tanesinin yakınlarına ulaşamadığı için, 2 hastanın bakım vereninin ölçek sorularına koopere olamaması, 1 kişinin de kendisi ile görüşme sonrası bakım vereninin vefat etmesi sebebi ile toplamda 8 kişi de çalışmaya dahil edilmemiştir. Örneklemimize katılan hastaların 70 tanesi hastanemize bağlı bulunan TRSM’lerde, 40 tanesi hastanemizin polikliniklerinde takip edilmekteydi. Çalışmaya katılmak için onam veren ve kriterlerimize uyan ardışık 110 hasta ve bakım verenleri örneklemimizi oluşturmuştur.

Çalışmaya katılan 110 hastanın 44’ü kadın (%40), 66’sı ise erkektir (%60). Hastaların doğum yerleri 20 kişinin (%20) köy, 71 kişinin (%64,5) ilçe, 13 kişinin (%11,8) şehir, 4 kişinin (%3,6) ise büyükşehirdir. Hastaların 83’ü bekarken (%75,5), 27’si ise evlidir (%24,5), ayrıca 39 kişinin (%35,5) çocuğu vardır, 71 kişinin (%64,5) çocuğu yoktur. Hastaların 24’ünde (%21,8) tıbbi hastalık geçmişi varken, 86’sında (%78,2) yoktur. Hastaların 25’inde (%22,7) intihar öyküsü bulunmaktayken, 85’inde (%77,3) bulunmamaktadır. Sigara kullanan 58 (%52,7), alkol kullanan 4 (%3,6) ve madde kullanımı olan 2 hasta (%1,8) çalışmada yer almıştır. Ailede psikiyatrik

hastalık öyküsü olan 51 hasta (%46,4) ve adli öyküsü olan 25 hasta (%22,7) çalışmada yer almıştır. Hastaların 70'i (%63,6) TRSM'den takipliyken, 40 tanesi poliklinikten takiplerine devam etmektedir (Tablo 2).

Tablo 2: Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Verilerine Dair Frekans Dağılımları

		Sayı	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	44	40
	Erkek	66	60
Doğum Yeri	Köy	22	20,0
	İlçe	71	64,5
	Şehir	13	11,8
	Büyükşehir	4	3,6
Medeni Durum	Bekâr	83	75,5
	Evli	27	24,5
Çocuk	Var	39	35,5
	Yok	71	64,5
Tıbbi Hastalık	Var	24	21,8
	Yok	86	78,2
İntihar Öyküsü	Evet	25	22,7
	Hayır	85	77,3
Sigara Kullanımı	Evet	58	52,7
	Hayır	52	47,3
Alkol Kullanımı	Evet	4	3,6
	Hayır	106	96,4
Madde Kullanımı	Evet	2	1,8
	Hayır	108	98,2
Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü	Evet	51	46,4
	Hayır	59	53,6
Adli Öykü	Evet	25	22,7
	Hayır	85	77,3
TRSM Takibi	Evet	70	63,6
	Hayır	40	36,4

Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması 42, eğitim süresi 8 sene, kardeş sayısı ortalaması ise 4'tür. Hastaların TRSM takip süresi ortalama 12 ay, hastalık süreleri ise 15 senedir. Çalışmaya alınan hastaların ortalama yatış sayısı 3'tür. UEİ

antipsikotik kullanma süreleri ortalama 2 sene, toplam antipsikotik kullanma süreleri ise 8 senedir. Hastaların yakınları ortalama 4 senedir bakım vermektedir (Tablo 3).

Tablo 3: Hastaların Demografik ve Klinik Veri Ortalamaları

	N	Min.	Max.	Ort.	SS	Medyan	IR
Yaş	110	18,00	64,00	42,2636	11,50802	42,00	16,00
Eğitim Yılı	110	2,00	18,00	8,6364	3,92294	8,00	7,00
Kardeş sayısı	110	1,00	12,00	4,4000	2,36255	4,00	3,00
Kaçıncı çocuk	110	1,00	11,00	2,8545	2,08462	2,00	3,00
TRSM takip süresi (ay)	70	1,00	84,00	28,7357	21,43219	12,00	20,00
Hastalık süresi (yıl)	110	1,00	39,00	14,7773	9,27129	15,00	13,00
Yatış sayısı	110	,00	30,00	3,3727	4,04075	3,00	3,00
UEİ ne zamandır kullanıyor? (yıl)	110	,40	30,00	3,4655	4,21364	2,00	4,00
Toplam Antipsikotik süresi (yıl)	110	,60	39,00	12,6782	9,04797	8,00	15,00
Yakının Bakım Verme süresi (yıl)	110	1,00	48,00	21,6636	13,86387	4,00	20,00

Çalışmaya katılan 110 hastanın 68'i atipik UEİ, 42'si tipik UEİ antipsikotik kullanmaktadır. Hastaların sosyodemografik ve klinik verilerinin kullandığı ilaç tipine göre farklılıklarını belirlemek için ki kare analizi ve fisher exact test uygulanmıştır. Atipik UEİ antipsikotik kullanan hastaların 29'u (%43,6) kadın, 39'u (% 57,4) erkektir, tipik UEİ antipsikotik kullananların ise 15'i (%40,9) kadın, 27'si (%59,1) erkektir. Atipik UEİ antipsikotik kullananların 51'i (%75,0) bekar, 17'si (25,0) evlidir, tipik UEİ antipsikotik kullananların 32'si (%75,5) bekar, 10'u (% 24,5) evlidir. Atipik UEİ antipsikotik kullanan 15 (%22,1) hastanın, tipik UEİ antipsikotik kullanan 9 (%21,4) hastanın tıbbi hastalığı vardır. Atipik UEİ antipsikotik kullanan 20 (%29,4) hastanın, tipik UEİ antipsikotik kullanan 5 (%11,9) hastanın geçmişte intihar öyküsü mevcuttur. Geçmişte intihar öyküsü olan hastalarda atipik UEİ antipsikotik kullanımının, tipik UEİ antipsikotik kullanımına göre anlamlı düzeyde daha fazla olduğu belirlenmiştir ($X^2=4,531$, p: 033, $p<0,05$). Atipik UEİ antipsikotik kullanan 33 (%48,5) hasta sigara, 3 (%4,4) hasta alkol, 2 (%2,9) hasta

madde kullanıyor iken, tipik UEİ antipsikotik kullananların 25'i (%59,5) sigara, 1'i (%2,4) alkol kullanıyordu. Tipik UEİ antipsikotik kullanan hastalarda madde kullanımı mevcut değildi. Atipik UEİ antipsikotik kullananların 31'inin (%45,6), tipik UEİ antipsikotik kullananların ise 20'sinin (%47,6) ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü mevcuttu. Atipik UEİ antipsikotik kullanan 13 (%19,1) hastanın, tipik UEİ antipsikotik kullanan 12 (%28,6) hastanın adli öyküsü mevcuttu. Atipik UEİ antipsikotik kullanan 50 (%73,5) hasta TRSM takipli, 18 (%26,5) hasta ise poliklinik takipliydi. Tipik UEİ antipsikotik kullanan hastaların ise 20'si (%47,6) TRSM'den, 22'si (%52,4) poliklinikten takipliydi. TRSM'den takipli hastalarda, atipik UEİ kullanımının, tipik UEİ kullanımına göre anlamlı düzeyde daha fazla olduğu belirlenmiştir ($X^2=7,533$, $p: 0,006$, $p<0,01$). Diğer değişkenler açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 4).

Tablo 4: Hastaların Demografik Verilerinin İlaç Tipine Göre Karşılaştırması

		Atipik		Tipik		p
		Sayı	Yüzde (%)	Sayı	Yüzde (%)	
Cinsiyet	Kadın	29	43,6	15	40,9	,471
	Erkek	39	57,4	27	59,1	
Medeni Durum	Bekâr	51	75,0	32	75,5	,888
	Evli	17	25,0	10	24,5	
Tıbbi Hastalık	Var	15	22,1	9	21,4	,938
	Yok	53	77,9	33	78,6	
İntihar Öyküsü	Evet	20	29,4	5	11,9	,033
	Hayır	48	70,6	37	88,1	
Sigara Kullanımı	Evet	33	48,5	25	59,5	,262
	Hayır	35	51,5	17	40,5	
Alkol Kullanımı	Evet	3	4,4	1	2,4	,506
	Hayır	65	95,6	41	97,6	
Madde Kullanımı	Evet	2	2,9	0	0	,380
	Hayır	66	97,1	42	100	
Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü	Evet	31	45,6	20	47,6	,836
	Hayır	37	54,4	22	52,4	
Adli Öykü	Evet	13	19,1	12	28,6	,250
	Hayır	55	80,9	30	70,4	
TRSM Takibi	Evet	50	73,5	20	47,6	,006
	Hayır	18	26,5	22	52,4	
Not: İki grup kategorik veri karşılaştırmasında Ki-Kare analizi kullanılmış, p<0.05 anlamlılık düzeyi kabul edilmiştir. p* : X ² değeri anlamlılık derecesi						

Çalışmaya katılan hastaların 16'sı Aripiprazol UEİ (%14,5), 16'sı Risperidon UEİ (%14,5), 25'i Paliperidon Palmitat UEİ aylık (%22,7), 11'i Paliperidon Palmitat UEİ 3 aylık form (%10,0), 22'si Zuklopentiksol UEİ (%20,0), 5'i Flupentiksol UEİ (%4,5), 1'i Flufenazin UEİ (%0,9) ve 14'ü Haloperidol UEİ (%12,7) kullanmaktadır. Hastaların 68'i (%61,8) atipik, 42'si (%38,2) tipik UEİ antipsikotik kullanmaktadır. Hastaların 18'i (%16,4) UEİ antipsikotik tedavi kullanmakta iken hastaneye yatmıştır. Hastaların 20'si (%18,2) ilacını bırakmayı düşündüğünü belirtirken, 90'ı (%81,8) ilacını bırakmayı düşünmediğini belirtmiştir. Hastaların 57'si (%51,8) kullandığı UEİ antipsikotik ilacı hiç değiştirmemiş, 53'ü (%48,2) daha önce kullandığı UEİ antipsikotik ilacını değiştirip ya da bırakıp, şu anda kullandığı UEİ

antipsikotik ilaca geçmiştir. Hastaların şu anda kullandıkları UEİ antipsikotik ilaçlara geçiş nedenleri ise 20 hastada yan etki (%18,2), 20 hastada nüks olarak (%18,2) belirtilirken 13 hastada ise diğer nedenlerden dolayı olduğu ifade edilmiştir (%11,8) (Tablo 5).

Tablo 5: Hastaların İlaç Kullanımı Verilerine Dair Frekans Dağılımları

		Sayı	Yüzde (%)
Kullanılan İlaç	Aripipirazol UEİ	16	14,5
	Risperidon UEİ	16	14,5
	Paliperidon Palmitat UEİ aylık	25	22,7
	Paliperidon Palmitat UEİ 3 aylık	11	10,0
	Zuklopentiksol UEİ	22	20,0
	Flupentiksol UEİ	5	4,5
	Flufenazin UEİ	1	0,9
	Haloperidol UEİ	14	12,7
Antipsikotik Tipi	Atipik	68	61,8
	Tipik	42	38,2
UEİ Tedavi Kullanmakta İken Hastaneye Yatış	Evet	18	16,4
	Hayır	92	83,6
İlaç Bırakma Düşüncesi	Evet	20	18,2
	Hayır	90	81,8
UEİ Değişim/Geçiş Nedeni	Yok	57	51,8
	Yan etkiler	20	18,2
	Nüks	20	18,2
	Diğer Nedenler	13	11,8

Çalışmaya alınan hastaların bakım veren yakınlarının 61'i kadın (%55,5), 49'u ise erkektir (%45,5). Hastaya bakım veren yakınlarının 55'i İlkokul (%50), 13'ü ortaokul (%11,8), 12'si lise (%10,9), 14'ü yüksekokul (%12,7) mezunudur. Hastaya bakım veren yakınlarının büyük bir çoğunluğu evliken 71'i (%64,5), 14'ü bekar (%12,7), 10'u boşanmış (%9,1) ve 15'i duldur (%13,6). Hastaya bakım veren yakınlarının 39'u (%35,4) çalışmıyorken, 36'sı çalışmaktadır (%32,7) ve 35'i ise emeklidir (%31,8). Çalışmaya katılan hastaya bakım veren yakınlarının 53'ü (%48,2) anne-baba yakınlık derecesine sahipken 24'ü kardeş (%21,8) ve 20'si (%18,2) hastanın eşi, 6'sı hastanın çocuğu (%5,5), 7'si ise diğer aile üyeleridir (%6,4).

Hastaya bakım veren yakınlarının 21'sinin (%19,1) aylık geliri ortalama 500 TL altı, 20'sinin (%18,2) 1000-1500 TL arası ve 65'inin ise (%59,1) 1500 TL üzeri olduğu görülmektedir (Tablo 6).

Tablo 6: Hastaya Bakım Veren Yakınlarının Demografik Verilerine Dair Frekans Dağılımları

		Sayı	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	61	55,5
	Erkek	49	44,5
Eğitim Seviyesi	Okuryazar	16	15,5
	İlkokul	55	50
	Ortaokul	13	11,8
	Lise	12	10,9
	Yüksekokul	14	12,7
Medeni Durum	Bekâr	14	12,7
	Evli	71	64,5
	Boşanmış	10	9,1
	Dul	15	13,6
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	39	35,4
	Çalışıyor	36	32,7
	Emekli	35	31,8
Yakınlık Derecesi	Anne-baba	53	48,2
	Kardeş	24	21,8
	Eş	20	18,2
	Çocuk	6	5,5
	Diğer	7	6,4
Gelir Düzeyi	500 altı	21	19,1
	500-1000 TL arası	4	3,6
	1000-1500 TL arası	20	18,2
	1500 TL üzeri	65	59,1

Çalışmada uygulanan İlaç Tutum Ölçeği (DAI), Şizofreni İçin Yaşam Niteliği Ölçeği, Zarit Bakım Veren Yüğü Ölçeği, UKU Yan Etki Ölçeği, PANSS puanlarının ve hastaların klinik verilerinin (yaş, UEI kullanım süresi, hastalık süresi ve toplam ilaç kullanım süresi), hastaların TRSM'den takipli olup olmamalarına göre farklılıklarını belirlemek adına bağımsız örneklem t-testi uygulanmıştır. Hastaların 70 tanesi TRSM'den takipli, 40 tanesi TRSM'den takipli değildir. Yapılan analizler sonucunda TRSM'den takipli olan hastaların Zarit Bakım Veren Yüğü Ölçek Puanlarının (*Ortalama*=45,2), TRSM'den takip edilmeyen hastaların Zarit Bakım Veren Yüğü Ölçek Puanlarına (*Ortalama*=39,1) göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu

belirlenmiştir [$t(108)= 2.129$, $p: 0,036$, $p<.05$]. Diğer değişkenler açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 7).

Tablo 7: TRSM Takip Durumuna Göre Ölçeklerden Alınan Puanların ve Hastaların Klinik Verilerinin Karşılaştırması

TRSM Takip		N	Ort.	SS	t(p)
Yaş	Evet	70	41,2	11,3	-1,234(,220)
	Hayır	40	44,0	11,7	
Hastalık Süresi (yıl)	Evet	70	15,6	9,2	1,321(,189)
	Hayır	40	13,2	9,1	
UEI ne zamandır kullanıyor? (yıl)	Evet	70	3,1	4,0	-,925(,357)
	Hayır	40	3,9	4,4	
Toplam Antipsikotik süresi (yıl)	Evet	70	13,4	9,2	1,108(,270)
	Hayır	40	11,4	8,7	
PANSS Pozitif Toplam	Evet	70	8,3	2,6	,853(,395)
	Hayır	40	7,9	2,3	
PANNS Negatif Toplam	Evet	70	11,1	4,4	1,561(,121)
	Hayır	40	9,7	4,7	
PANSS Genel Toplam	Evet	70	21,0	4,4	,805(,422)
	Hayır	40	20,2	5,6	
PANSS Toplam	Evet	70	40,5	9,8	1,292(,199)
	Hayır	40	37,9	11,0	
DAI Toplam	Evet	70	4,8	3,9	,755(,452)
	Hayır	40	4,2	4,1	
UKU Yan Etki Toplam	Evet	70	11,1	7,3	,696(,488)
	Hayır	40	10,2	6,3	
Zarit Bakım Veren Yüğü Toplam	Evet	70	45,2	13,9	2,129(0,036)
	Hayır	40	39,1	15,2	
Not: İki grup karşılaştırmasında bağımsız örneklem t testi analizi kullanılmış, p<0.05 anlamlılık düzeyi kabul edilmiştir.					

Çalışmada uygulanan Şizofreni İçin Yaşam Niteliği Ölçeği, Zarit Bakım Veren Yüğü Ölçeği, UKU Yan Etki Ölçeği, PANSS puanlarının ve hastaların klinik verilerinin (UEI kullanım süresi ve toplam ilaç kullanım süresi), hastaların ilaç tutumlarına göre farklılıklarını belirlemek adına bağımsız örneklem t-testi uygulanmıştır. Hastaların 20'si DAI'den uyumsuz kategorisinde puan alırken, 90'ı ise uyumlu seviyede puan almıştır. Yapılan analizler sonucunda; ilaç tutumları uyumsuz olan hastaların toplam antipsikotik kullanım sürelerinin (*Ortalama*=7.78), uyumlu olan hastaların sürelerinden (*Ortalama*=13.76) anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir [$t(108)=-2.756$, $p: 0,007$, $p<.01$]. Diğer değişkenler açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 8).

Tablo 8: Ölçeklerden Alınan Puanların İlaç Tutumlarına Göre Karşılaştırılması

		İlaç Uyumu	N	Ort.	SS	t (p)
PANSS Toplam		Uyumsuz	20	41,45	10,27	,872 (,385)
		Uyumlu	90	39,22	10,34	
Zarit Bakımveren Yüğü (Toplam)		Uyumsuz	20	46,25	16,15	1,088 (,289)
		Uyumlu	90	42,31	14,28	
Şizofreni İçin Yaşam Niteliği	Kişilerarası İlişkiler	Uyumsuz	20	25,65	8,72	-1,308 (,194)
		Uyumlu	90	28,48	8,79	
	Yaşam Kalitesi/Mesleki Rol	Uyumsuz	20	10,10	4,75	-,476 (,635)
		Uyumlu	90	10,64	4,59	
	Ruhsal Bulgular	Uyumsuz	20	23,35	5,50	-1,656 (,101)
		Uyumlu	90	25,85	6,24	
	Kişisel Faaliyetler	Uyumsuz	20	8,85	1,78	-1,471 (,144)
		Uyumlu	90	9,64	2,26	
	Toplam	Uyumsuz	20	67,95	17,78	-1,389 (,168)
		Uyumlu	90	74,63	19,79	
UKU Yan Etki	Ruhsal	Uyumsuz	20	5,60	3,71	1,562 (,121)
		Uyumlu	90	4,23	3,49	
	Nörolojik	Uyumsuz	20	1,05	,99	-,702 (,484)
		Uyumlu	90	1,24	1,14	
	Otonomik	Uyumsuz	20	1,60	1,56	-,594 (,553)
		Uyumlu	90	1,85	1,77	
	Diğer	Uyumsuz	20	3,30	2,12	,034 (,973)
		Uyumlu	90	3,32	2,76	
	Toplam	Uyumsuz	20	11,55	6,27	,514 (,609)
		Uyumlu	90	10,65	7,19	
UEI ne zamandır kullandığı (yıl)		Uyumsuz	20	2,29	2,20	1,379 (,171)
		Uyumlu	90	3,72	4,50	
Toplam Antipsikotik Kullanım Süresi (yıl)		Uyumsuz	20	7,78	6,66	-2,756 (,007)
		Uyumlu	90	13,76	9,17	
Not: İki grup karşılaştırmasında bağımsız örneklem t testi analizi kullanılmış, p<0.05 anlamlılık düzeyi kabul edilmiştir.						

Çalışmada uygulanan İlaç Tutum Ölçeğı (DAI), Şizofreni İçin Yaşam Niteliğı Ölçeğı, Zarit Bakım Veren Yüğü Ölçeğı, UKU Yan Etki Ölçeğı, PANSS puanlarının ve hastaların klinik verilerinin (TRSM Takip süresi, yatış sayısı, UEI kullanım süresi ve toplam ilaç kullanım süresi), hastaların ilaç bırakmayı düşünmelerine göre farklılıklarını belirlemek adına bağımsız örneklem t-testi uygulanmıştır. Hastaların 20'si ilaç bırakmayı düşünürken 90'ı ilacı bırakmayı düşünmemektedir. Yapılan analizler sonucunda; ilaç bırakmayı düşünmeyen hastaların DAI puanlarının (*Ortalama*=5.28), ilaç bırakmayı düşünen hastaların puanlarından (*Ortalama*=1.40) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir [$t(108)=-4.222$, $p: 0,000$, $p<.01$]. İlaç bırakmayı düşünmeyen hastaların PANSS puanlarının ise (*Ortalama*=38.65), ilaç bırakmayı düşünen hastaların puanlarından (*Ortalama*=44.00) anlamlı düzeyde

daha düşük olduğu belirlenmiştir [$t(108)=2.127$, $p: 0,036$, $p<.05$]. İlaç bırakmayı düşünmeyen hastaların hastalık sürelerinin ($Ortalama=15.75$), ilaç bırakmayı düşünen hastaların hastalık sürelerinden ($Ortalama=10.37$) anlamlı düzeyde daha yüksekti. [$t(108)=-2.398$, $p: 0,018$, $p<.01$]. Diğer değişkenler açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 9).

Tablo 9: Ölçeklerden Alınan Puanların İlaç Bırakmayı Düşünme Durumuna Göre Karşılaştırılması

		İlaç Bırakma	N	Ort.	SS	t (p)
DAI Toplam		Evet	20	1,40	4,94	-4,222 (,000)
		Hayır	90	5,28	3,40	
PANSS Toplam		Evet	20	44,00	14,33	2,127 (,036)
		Hayır	90	38,65	9,02	
Zarit Bakımveren Yüğü (Toplam)		Evet	20	43,62	16,91	,200 (,842)
		Hayır	90	42,90	14,19	
Şizofreni İçin Yaşam Niteliği	Kişilerarası İlişkiler	Evet	20	26,35	9,54	-,910 (,365)
		Hayır	90	28,33	8,65	
	Yaşam Kalitesi/Mesleki Rol	Evet	20	11,20	5,23	,701 (,485)
		Hayır	90	10,40	4,47	
	Ruhsal Bulgular	Evet	20	24,40	7,41	-,800 (,425)
		Hayır	90	25,62	5,88	
	Kişisel Faaliyetler	Evet	20	8,90	2,48	-1,356 (,178)
		Hayır	90	9,63	2,11	
	Toplam	Evet	20	70,85	23,06	-,648 (,518)
		Hayır	90	73,98	18,77	
UKU Yan Etki	Ruhsal	Evet	20	4,80	3,98	,440 (,661)
		Hayır	90	4,41	3,48	
	Nörolojik	Evet	20	1,05	,88	-,702 (,484)
		Hayır	90	1,24	1,16	
	Otonomik	Evet	20	1,55	1,63	-,738 (,462)
		Hayır	90	1,86	1,75	
	Diğer	Evet	20	3,90	2,65	1,085 (,280)
		Hayır	90	3,18	2,65	
	Toplam	Evet	20	11,30	7,59	,338 (,736)
		Hayır	90	10,71	6,92	
TRSM Takip Süresi (ay)		Evet	20	17,94	19,73	-,147 (,884)
		Hayır	90	18,76	22,61	
Hastalık Süresi (yıl)		Evet	20	10,37	9,32	-2,398 (,018)
		Hayır	90	15,75	9,02	
Yatış Sayısı		Evet	20	3,50	6,50	,155 (,877)
		Hayır	90	3,34	3,30	
UEI ne zamandır kullandığı (yıl)		Evet	20	3,66	6,40	,227 (,821)
		Hayır	90	3,42	3,60	
Toplam Antipsikotik Kullanım Süresi (yıl)		Evet	20	9,20	9,52	-1,924 (,057)
		Hayır	90	13,45	8,80	
Not: İki grup karşılaştırmasında bağımsız örneklem t testi analizi kullanılmış, p<0.05 anlamlılık düzeyi kabul edilmiştir.						

Çalışmada uygulanan İlaç Tutum Ölçeği (DAI), Şizofreni İçin Yaşam Niteliği Ölçeği, Zarit Bakım Veren Yüğü Ölçeği, UKU Yan Etki Ölçeği, PANSS puanlarının ve hastaların klinik verilerinin (TRSM Takip süresi, hastalık süresi, yatış sayısı, UEI kullanım süresi ve toplam ilaç kullanım süresi), hastaların kullandıkları ilaç tipine göre farklılıklarını belirlemek adına bağımsız örneklem t-testi uygulanmıştır. Hastaların 68'i atipik, 42'si ise tipik UEİ antipsikotik kullanmaktadır. Yapılan analizler sonucunda; atipik antipsikotik kullanan hastaların TRSM takip sürelerinin (*Ortalama*=23.81), tipik antipsikotik kullanan hastaların TRSM takip sürelerinden (*Ortalama*=10.46) anlamlı düzeyde daha uzun olduğu belirlenmiştir [$t(108)=-3.197$, $p:0,002$, $p<.01$]. Diğer değişkenler açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 10,11).

Tablo 10: Hastaların Klinik Verilerinin İlaç Tipine Göre Karşılaştırılması

	UEI	N	Ort.	SS	t (p)
TRSM Takip Süresi (ay)	Atipik	50	23,81	23,08	3,197 (,002)
	Tipik	20	10,46	17,68	
Hastalık Süresi (yıl)	Atipik	68	14,56	9,81	-,303 (,763)
	Tipik	42	15,11	8,41	
Yatış Sayısı	Atipik	68	3,20	4,69	-,549 (,584)
	Tipik	42	3,64	2,69	
UEI ne zamandır kullandığı (yıl)	Atipik	68	2,91	2,68	-1,747 (,084)
	Tipik	42	4,35	5,84	
Toplam Antipsikotik Kullanım Süresi (yıl)	Atipik	68	12,28	9,37	,573 (,568)
	Tipik	42	13,30	8,55	
Not: İki grup karşılaştırmasında bağımsız örneklem t testi analizi kullanılmış, p<0.05 anlamlılık düzeyi kabul edilmiştir.					

Tablo 11: Ölçeklerden Alınan Puanların İlaç Tipine Göre Karşılaştırılması

		UEI	N	Ort.	SS	t (p)
DAI Toplam		Atipik	68	4,17	4,29	-1,356 (,178)
		Tipik	42	5,23	3,42	
PANSS Toplam		Atipik	68	39,89	9,31	,347 (,729)
		Tipik	42	39,19	11,87	
Zarit Bakımveren Yüğü Toplam		Atipik	68	42,04	13,91	-,900 (,370)
		Tipik	42	44,63	15,78	
Şizofreni İçin Yaşam Niteliği	Kişilerarası İlişkiler	Atipik	68	27,57	9,06	-,603 (,548)
		Tipik	42	28,61	8,44	
	Yaşam Kalitesi/Mesleki Rol	Atipik	68	10,33	4,54	-,598 (,551)
		Tipik	42	10,88	4,74	
	Ruhsal Bulgular	Atipik	68	25,00	6,07	-,864 (,369)
		Tipik	42	26,04	6,34	
	Kişisel Faaliyetler	Atipik	68	9,52	1,97	,178 (,859)
		Tipik	42	9,45	2,53	
	Toplam	Atipik	68	72,44	19,55	-,665 (,507)
		Tipik	42	75,00	19,68	
UKU Yan Etki	Ruhsal	Atipik	68	4,82	3,45	1,284 (,202)
		Tipik	42	3,92	3,71	
	Nörolojik	Atipik	68	1,05	1,06	-1,813 (,073)
		Tipik	42	1,45	1,17	
	Otonomik	Atipik	68	1,83	1,83	,224 (,824)
		Tipik	42	1,76	1,57	
	Diğer	Atipik	68	3,60	2,55	1,439 (,153)
		Tipik	42	2,85	2,77	
	Toplam	Atipik	68	11,32	6,94	,960 (,339)
		Tipik	42	10,00	7,14	
Not: İki grup karşılaştırmasında bağımsız örneklem t testi analizi kullanılmış, p<0.05 anlamlılık düzeyi kabul edilmiştir.						

Çalışmaya alınan hastaların UEI antipsikotik tedavi başlanmadan önce ve sonra yatış sayıları ve sürelerinin, ortalaması belirlenmiştir. Hastaların UEİ antipsikotik başlanmadan önceki ve UEİ antipsikotik tedavi başladıktan sonraki 1 yılda hastaneye yatış sayısı ortalaması 1'dir. UEİ antipsikotik tedavi başlamadan önce yıllık yatış sayısının ortalaması 1, yıllık yatış sürelerinin ortalaması ise 15 gündür. Hastaların UEI antipsikotik tedavi öncesinde ve sonrasındaki yatış sayıları ve sürelerinin, hastaların kullandıkları ilaç tipine göre farklılıklarını belirlemek adına

bağımsız örneklem t-testi uygulanmıştır. Hastaların 68'i atipik, 42'si ise tipik UEİ antipsikotik kullanmaktadır. Yapılan analizler sonucunda UEİ antipsikotik tedavi öncesinde ve sonrasındaki yatış sayıları ve sürelerinin, hastaların kullandıkları ilaç tipine göre farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>.05$) (Tablo 12,13).

Tablo 12: UEİ Antipsikotik Başlanmadan Önce ve Sonra Hastaneye Yatışların Veri Ortalamaları

	UEİ başlanmadan önce Ort +/- SS (medyan)	UEİ başladıktan sonra Ort +/- SS (medyan)
1 yılda hastaneye yatış sayısı	0,7 +/- 0,7 (1)	0,1 +/- 0,3 (1)
Yıllık yatış sayısı	0,9 +/- 0,8 (1)	0,1 +/- 0,3 (0)
Yıllık yatış süresi (gün)	14,2 +/- 11,7 (15)	1,9 +/- 5,8 (0)

Tablo 13: Yatış Sayıları ve Sürelerinin İlaç Tipine Göre Karşılaştırılması

	UEİ	N	Ort.	SS	t (p)
UEİ tedavi başlanmadan önceki 1 yılda hastaneye yatış sayısı	Atipik	67	,71	,75	-,328 (,744)
	Tipik	42	,76	,61	
UEİ tedavi başladıktan sonraki 1 yılda hastaneye yatış sayısı	Atipik	68	,08	,28	-,519 (,605)
	Tipik	42	,11	,32	
UEİ tedavi başlanmadan önce yıllık yatış sayısı	Atipik	68	,86	,71	-,537 (,692)
	Tipik	42	,95	,93	
UEİ tedavi başladıktan sonra yıllık yatış sayısı	Atipik	68	,11	,32	-,382 (,703)
	Tipik	42	,14	,35	
UEİ tedavi başlanmadan önce yıllık yatış süresi (gün)	Atipik	68	13,08	10,98	-1,345 (,181)
	Tipik	42	16,16	12,68	
UEİ tedavi başladıktan sonra yıllık yatış süresi (gün)	Atipik	68	1,76	6,14	-,308 (,759)
	Tipik	42	2,11	5,35	
Not: İki grup karşılaştırmasında bağımsız örneklem t testi analizi kullanılmış, p<0.05 anlamlılık düzeyi kabul edilmiştir.					

Çalışmamıza katılan 110 hastanın 10'u "Paliperidon palmitat 150 mg/ay", 11'i "Paliperidon palmitat 100 mg/ay", 4'ü "Paliperidon palmitat 75 mg/ay", 9'u "Paliperidon palmitat 525 mg/3 ay", 2'si "Paliperidon palmitat 350 mg/3 ay", 16'sı "Aripipirazol 400 mg/ay", 1 tanesi "Risperidon 25 mg/2 hafta", 4'ü "Risperidon 37,5 mg/2 hafta", 11'i "Risperidon 50 mg/2 hafta", 22'si "Zuklopentiksol 200 mg/2hafta", 2'si "Haloperidol 50 mg/ay", 4'ü "Haloperidol 100 mg/ay", 8'i "Haloperidol 150 mg/ay", 5'i "Flupentiksol 20 mg/2hafta", 1 tanesi de "Flufenazin 25 mg/2 hafta" kullanmaktaydı. Hastaların 57'si (%51,8) kullandığı UEİ antipsikotik ilacı hiç değiştirmemiş, 53'ü (%48,2) daha önce kullandığı UEİ antipsikotik ilacını değiştirip ya da bırakıp, şu anda kullandığı UEİ antipsikotik ilaca yan etki, nüks ya da diğer nedenlerden dolayı geçmiştir. Çalışmada hastaların kullandıkları antipsikotik çeşidinin, halihazırdaki ilaca geçiş/değişim nedenlerine göre farklılıklarını belirlemek adına ki-kare analizi uygulanmıştır. Yapılan analizler sonucunda kullanılan ilaç çeşidinin, geçiş/değişim nedenlerine göre farklılık göstermediği belirlenmiştir ($X^2=24,245$, $p:0,281$) (Tablo 14).

Tablo 14: Kullanılan İlaça Göre Geçiş/Değişim Nedenlerinin Karşılaştırılması

			Değişim	UEİ Değişim Nedeni			Toplam	X ² (p)
			Yok	Yan Etki	Nüks	Diğer		
Antipsikotik Tipi	Aripipirazol UEİ	Sayı	7 _a	6 _a	3 _a	0 _a	16	24,24 5 (,281)
		Yüzde	43,8%	37,5%	18,8%	0,0%	100,0%	
	Risperidon UEİ	Sayı	10 _a	1 _a	3 _a	2 _a	16	
		Yüzde	62,5%	6,3%	18,8%	12,5%	100,0%	
	Paliperidon UEİ aylık	Sayı	8 _a	6 _a	4 _a	7 _a	25	
		Yüzde	32,0%	24,0%	16,0%	28,0%	100,0%	
	Paliperidon UEİ 3 aylık	Sayı	7 _a	1 _a	3 _a	0 _a	11	
		Yüzde	63,6%	9,1%	27,3%	0,0%	100,0%	
	Zuklopentiksol UEİ	Sayı	15 _a	1 _a	3 _a	3 _a	22	
		Yüzde	68,2%	4,5%	13,6%	13,6%	100,0%	
	Flupentiksol UEİ	Sayı	3 _a	1 _a	1 _a	0 _a	5	
		Yüzde	60,0%	20,0%	20,0%	0,0%	100,0%	
	Flufenazin UEİ	Sayı	1 _a	0 _a	0 _a	0 _a	1	
		Yüzde	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	
	Haloperidol UEİ	Sayı	6 _a	4 _a	3 _a	1 _a	14	
		Yüzde	42,9%	28,6%	21,4%	7,1%	100,0%	
	Toplam	Sayı	57	20	20	13	110	
		Yüzde	51,8%	18,2%	18,2%	11,8%	100,0%	
Not 1: Gruplar arası kategorik veri karşılaştırmasında Ki-Kare analizi kullanılmış, p<0.05 anlamlılık düzeyi kabul edilmiştir.								
Not 2: Aynı satırda aynı harfleri paylaşmayan sayılar birbirlerinden anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir.								

Çalışmada hastaların kullandıkları antipsikotik tipinin (Atipik-Tipik), halihazırdaki ilaca geçiş/değişim nedenlerine göre farklılıklarını belirlemek adına ki-kare analizi uygulanmıştır. Yapılan analizler sonucunda antipsikotik tipinin, geçiş/değişim nedenlerine göre farklılık göstermediği belirlenmiştir ($X^2=1,734$, $p:0,629$) (Tablo 15).

Tablo 15: Kullanılan İlaç Tipine Göre Geçiş/Değişim Nedenlerinin Ki Kare Analizi ile Karşılaştırılması

			UEİ Tipi		Toplam	X ² (p)
			Atipik	Tipik		
UEİ Değişim Nedeni	Değişim Yok	Sayı	32	25	57	1,734 (,629)
		Yüzde	56,1%	43,9%	100,0%	
	Yan Etki	Sayı	14	6	20	
		Yüzde	70,0%	30,0%	100,0%	
	Nüks	Sayı	13	7	20	
		Yüzde	65,0%	35,0%	100,0%	
	Diğer	Sayı	9	4	13	
		Yüzde	69,2%	30,8%	100,0%	
	Toplam	Sayı	68	42	110	
		Yüzde	61,8%	38,2%	100,0%	
Not: Gruplar arası kategorik veri karşılaştırmasında Ki-Kare analizi kullanılmış, p<0.05 anlamlılık düzeyi kabul edilmiştir.						

Daha önce UEİ antipsikotiği değiştirmiş olan 53 kişinin bir önceki kullandığı UEİ antipsikotiği geçmiş dosyalarını tarayarak saptadık. 53 hastadan 51 tanesinin önceki kullandığı UEİ antipsikotik bilgisine ulaşabildik. 51 kişinin 3'ü Aripipirazol UEİ, 12'si Risperidon UEİ, 9'u Paliperidon UEİ, 14'ü Zuklopentiksol UEİ, 3'ü Flupentiksol UEİ, 3'ü Flufenazin UEİ, 7'si Haloperidol UEİ antipsikotiği bırakmış ya da başka bir UEİ antipsikotiğe geçilerek değiştirilmiştir. Çalışmamıza katılan hastalar Risperidon UEİ'i yan etki, Paliperidon UEİ'i yan etki, Zuklopentiksol UEİ'i yan etki, Flupentiksol UEİ'i nüks ve diğer, Flufenazin UEİ'i yan etki ve diğer, Haloperidol UEİ'i yan etki sebebi ile değiştirmiştir. Çalışmada hastaların önceden kullandıkları antipsikotik çeşidinin, ilaç bırakma ya da değişim nedenlerine göre farklılıklarını belirlemek adına ki-kare analizi uygulanmıştır. Yapılan analizler sonucunda kullanılan ilaç çeşidinin, ilaç değişim nedenlerine göre farklılık göstermediği belirlenmiştir ($X^2=11,677$, $p:0,472$) (Tablo 16).

Tablo 16: Önceden Kullanılan İlaça Göre İlaç Değişim Ya Da Bırakma Nedenleri Karşılaştırılması

			UEİ Değişim Nedeni			Toplam	X ² (p)
			Yan Etki	Nüks	Diğer		
Önceden Kullanılan UEİ Antipsikotik Tipi	Aripipirazol UEİ	Sayı	1 _a	1 _a	1 _a	3	11,677 (,472)
		Yüzde	33,3%	33,3%	33,3%	100,0%	
	Risperidon UEİ	Sayı	5 _a	3 _a	4 _a	12	
		Yüzde	41,7%	25,0%	33,3%	100,0%	
	Paliperidon UEİ aylık	Sayı	7 _a	2 _a	0 _a	9	
		Yüzde	77,8%	22,2%	0,0%	100,0%	
	Zuklopentiksol	Sayı	8 _a	3 _a	3 _a	14	
		Yüzde	57,1%	21,4%	21,4%	100,0%	
	Flupentiksol UEİ	Sayı	0 _a	1 _a	2 _a	3	
		Yüzde	0,0%	33,3%	66,7%	100,0%	
	Flufenazin UEİ	Sayı	1 _a	0 _a	2 _a	3	
		Yüzde	33,3%	0,0%	66,7%	100,0%	
	Haloperidol UEİ	Sayı	4 _a	2 _a	1 _a	7	
		Yüzde	57,1%	28,6%	14,3%	100,0%	
	Toplam	Sayı	26	12	13	51	
		Yüzde	51,0%	23,5%	25,5%	100,0%	
Not 1: Gruplar arası kategorik veri karşılaştırmasında Ki-Kare analizi kullanılmış, p<0.05 anlamlılık düzeyi kabul edilmiştir.							
Not 2: Aynı satırda aynı harfleri paylaşmayan sayılar birbirlerinden anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir.							

Çalışmada hastaların daha önce kullandığı ilaç tiplerinin (tipik-atipik), ilaç değişim ya da bırakma nedenlerine göre farklılıklarını belirlemek adına ki-kare analizi uygulanmıştır. Yapılan analizler sonucunda önceden kullanılan ilaç tipinin ilaç değişim nedenlerine göre farklılık göstermediği belirlenmiştir ($X^2=0,518$, $p:0,772$) (Tablo 17).

Tablo 17:Daha Önce Kullanılan İlaç Tipine Göre İlaç Değişim ya da Bırakma Nedenleri Ki Kare Analizi ile Karşılaştırılması

			UEİ Değişim Nedeni			Toplam	X ² (p)
			Yan Etki	Nüks	Diğer		
Önceki Kullandığı UEİ Antipsikotik Tipi	Atipik	Sayı	13	6	5	24	0,518 (,772)
		Yüzde	54,2%	25,0%	20,8%	100,0%	
	Tipik	Sayı	13	6	8	27	
		Yüzde	48,1%	22,2%	29,6%	100,0%	
	Toplam	Sayı	26	12	13	51	
		Yüzde	51,0%	23,5%	25,5%	100,0%	
Not 1: Gruplar arası kategorik veri karşılaştırmasında Ki-Kare analizi kullanılmış, p<0.05 anlamlılık düzeyi kabul edilmiştir.							

Hastaların bakım veren yakınlarına uygulanan Zarit Bakımveren Yüğü Değerlendirme Ölçeğı puanlarının, hastalık süresi, yaş, kullanılan ilaç tipi (atipik-tipik UEİ), cinsiyet ve PANSS toplam puanları tarafından ne ölçüde yordandığını incelemek amacıyla hastaların Zarit puanları bağımlı değişken olarak; diğer klinik veriler ve PANSS puanları ise bağımsız değişken olarak belirlenmiş ve standart çoklu regresyon analizi uygulanmıştır. Tüm bağımsız değişkenlerin birlikte eşitliğe dâhil edildiğı basit doğrusal regresyon modelinin; Zarit puanlarını anlamlı düzeyde yordadığı belirlenmiştir [$F (5, 104) = 17.910$, $p<.01$]. Modelde, Zarit puanlarındaki varyansın %43'ü açıklanmaktadır ($R^2 = .437$). Standardize edilmiş regresyon katsayılarına bakıldığında Zarit puanlarını yordama gücü sırasına göre, modele dâhil edilen bağımsız değişkenlerden PANSS toplam puanının ($\beta = .553$, $p < .01$) ve cinsiyetin (kategorik olarak kadın:0, erkek:1 olarak kodlanmış ve pozitif yön erkek cinsiyetine doğru bir yordayıcılığı göstermektedir) pozitif yönde ($\beta = .225$, $p < .01$) Zarit Bakım Veren Yüğü puanlarını anlamlı düzeyde yordadığı saptanmıştır (Tablo 18).

Tablo 18: Hastaların Klinik Verilerinin Bakım Veren Yükünü Yordayıcılığına Dair Regresyon Analizi

	<i>B</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	İkili <i>r</i>	Kısmi <i>r</i>
Sabit	4,344		,518	,605		
Yaş	-,192	-,151	-1,644	,103	-,159	-,118
Cinsiyet	6,689	,225	3,015	,003	,283	,117
İlaç Tipi	3,234	,108	1,478	,143	,143	,106
Hastalık Süresi	,036	,023	,270	,788	,026	,019
PANSS Toplam	,785	,553	7,306	,000	,582	,525
$R = .680$ $R^2 = .463$ $R^2_{adj} = .437$, $F(5,104) = 17.910$, $p:0.000$ Bağımlı Değişken: Zarit Bakım Veren Yükü Değerlendirme Ölçeği Puanı						

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda Şizofreni tanısı almış, tedavisinde en az 12 haftadır UEİ antipsikotik ilaç reçete edilen 110 hasta ve bakım verenleri ile uzun etkili intramusküler antipsikotik ilaçların tipleri, yan etkileri ve hastaların ilaca yönelik tutumlarının, tedaviyi sürdürme, yaşam kalitesi, bakım verenin yüküne etkilerini değerlendirdik. Hastaların tedavi uyumunu İlaç Tutum Ölçeği-10 (DAI-10), semptom şiddetini Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS), ilaç yan etkisini UKU Yan Etki Derecelendirme Ölçeği, yaşam niteliğini Şizofreni İçin Yaşam Niteliği Ölçeği, hastanın bakım verenin yükünü Zarit Bakım Veren Yüğü Ölçeği ile belirledik.

İlaça yönelik tutumu olumlu olan hastaların aynı tedaviyi daha uzun süre sürdürdüğünü, semptom şiddetinin fazla olmasının hastaların tedaviyi bırakma düşüncesinde etkili olup, yan etki ve yaşam kalitesi değişikliklerinin etkili olmadığını saptadığımız çalışmamızda; tipik ve atipik UEİ antipsikotik kullanan hastaların tedavide kalış süreleri, bakım veren yükleri, yan etkiler ve yaşam nitelikleri açısından aralarında anlamlı farklılık saptamadık. Tipik UEİ antipsikotik kullanan hastalar ile atipik UEİ antipsikotik kullanan hastalar arasında yan etki, nüks ve diğer sebepler ile tedaviyi değiştirme açısından da anlamlı bir farklılık yoktu.

Çalışmaya katılan hastaların %40'ı kadın, %60'ı erkektir. Şizofreni sıklığının erkeklerde daha yüksek olduğu bazı epidemiyolojik çalışmalarda da gösterilmiştir, dağılımdaki bu fark literatürdeki diğer çalışmalarla uyumludur (127,128). Hastaların %75,5'i bekar, %24,5'u evlidir. Yapılan çalışmalarda da şizofreni hastalarında en sık görülen medeni durumun hiç evlenmemiş olmakla beraber, boşanmış ya da ayrı yaşıyor olmanın da sık görüldüğü belirtilmiştir (26,128).

Geçmişte intihar öyküsü olan 20 (%29,4) kişi atipik UEİ antipsikotik, 5 (%11,9) kişi tipik UEİ antipsikotik kullanmaktadır. Geçmişte intihar öyküsü olan

hastalarda, atipik UEİ antipsikotiklerin, tipik UEİ antipsikotiklere kıyasla anlamlı düzeyde daha fazla kullanıldığını belirledik. Yapılan çalışmalarda ilaç tedavisine kötü uyumun şizofrenide tamamlanmış intihar için bir risk faktörü olduğu gösterilmiş, UEİ antipsikotik ilaçların, tedaviye uyumu iyileştirerek şizofreni hastalarında intihar riskini azaltabileceği belirtilmiştir (129). UEİ antipsikotik ilaçların şizofrenide intihar davranışını önlemede etkisini inceleyen bir gözden geçirme çalışmasında ise atipik UEİ antipsikotik ilaçların intihar için çeşitli risk faktörlerini iyileştirerek, intihar riskini azaltmada etkili olabileceği saptanmıştır (130).

Çalışmaya katılan hastaların 70 tanesi TRSM'lerden, 40 tanesi polikliniklerden takip edilmekteydi. TRSM'lerden takip edilen hastaların 50 (%73,5) tanesi atipik UEİ antipsikotik, 20 (%47,6) tanesi tipik UEİ antipsikotik kullanmaktaydı. TRSM'lerde takip edilen hastaların atipik UEİ antipsikotikleri, tipik UEİ antipsikotiklere kıyasla anlamlı düzeyde daha fazla kullandığını saptadık. Literatürde bu konu ile ilgili yapılan bir çalışmaya rastlamadık. TRSM'lerden takip edilen hastaların bakım veren yükleri, poliklinikten takip edilen hastaların bakım veren yükleri ile karşılaştırıldığında anlamlı düzeyde daha fazla bulundu. Literatürde bu konu ile ilgili yapılan çalışmalarda bizim çalışmamızdan farklı olarak poliklinikten takip edilen hastaların bakım veren yüklerinin daha fazla olduğu saptanmıştır (131,132). TRSM'lerde düzenli poliklinik kontrolüne gelmeyen hastaların evine kadar gidilerek tedavide kalması için çalışılmakta; bu nedenle bakım veren yükü daha yüksek olan hastalar TRSM takibinde daha fazla yer alıyor olabilir. Poliklinik şartlarında tedaviden kopacak, bakım veren yükü yüksek bu hastalar TRSM imkanları sayesinde tedaviye devam ediyor olabilir.

Hastaların tedavisine karşı tutumu, tedavinin bırakılması ya da ilaç uyumsuzluğu ile ilişkili faktörlerden biridir, bu nedenle, "etkinlik" için bir öngörücü olabileceği düşünülmektedir (133,134). Uyumsuzluk veya ilaç kesilmesinin şizofreninin uzun süreli tedavisinde önemli bir konu olması sebebiyle, erken göstergeleri belirlemek ve hastaları etkili ve güvenli bir tedavide tutmak önemlidir. Bizim çalışmamızda hastaların ilaca yönelik tutumu, ilaç tutum ölçeği ile değerlendirildi ve 20 kişinin tutumu olumsuzken, 90 kişinin ise olumlu olduğu tespit

edildi. İki grup arasında tedaviyi devam ettirme süresi; ilaca yönelik tutumu olumlu olan hastalarda anlamlı derecede daha uzun bulundu ve bu sonuç literatürdeki diğer çalışmalar ile uyumluluk göstermektedir. Gaebel ve arkadaşlarının 228 ilk epizod psikozlu hasta ile yaptığı bir çalışmada ilaç tutum ölçeğinin tedavinin kesilmesinde, anlamlı ve geçerli bir etkinlik öngördürücüsü olduğu kanısına varılmıştır (133). Çek Cumhuriyeti’nde şizofreni hastaları ile yapılan bir çalışmada ise ilaca yönelik tutum ile tedavi süresi arasında pozitif bir korelasyon olduğu tespit edilmiş ve doktoruna önceden danışmadan ilaç tedavisini kesme denemeleri olan hastaların, olmayanlara göre ilaç tedavisine yönelik tutumunun büyük ölçüde olumsuz olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışma da bizim çalışmamıza benzer şekilde, hastaların ilaca yönelik tutumu ile tedavide kalış süresi arasında güçlü bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur (135). Aynı tedaviyi uzun süredir kullanan hastalar, ilaç tutumu ölçeğinden de yüksek puan almışlardır; buna göre ilaç tutum ölçeğinin şizofreni tanılı hastalarda tedavi uyumunu ölçmede başarılı bir araç olduğu görülmektedir.

Tipik ve atipik UEİ antipsikotik kullanan her iki grup arasında ilaç tutum ölçeği skorlarında anlamlı farklılık saptanmadı. Bu sonuç literatürde bu konu ile ilgili yapılan çalışmalar ile uyumludur. İtalya’da 35 merkezin dahil edildiği; gözlemsel, uzunlamasına, çok merkezli STAR Ağı “Depo” Çalışması yapılmış, tipik ve atipik UEİ antipsikotik reçete edilen hastalar ardışık olarak toplanıp, 12 aylık bir süre boyunca değerlendirilmiştir. Gözlem süresi sonunda her iki grup arasında ilaç uyumu ve hastaların ilaca yönelik tutumunda anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (136). Tipik UEİ antipsikotik ve Risperidon UEİ antipsikotik kullanan bir grup hastanın 6 aylık süre boyunca takip edildiği gözlemsel bir çalışmada ise her iki grubun da ilaca yönelik tutumları olumlu bulunmuştur (137).

Çalışma örnekleminizde mevcut kullandığı UEİ antipsikotik ilacı bırakmayı düşünen 20, düşünmeyen 90 kişi vardı. İlacı bırakmayı düşünenlerin PANSS skorları, düşünmeyenlere göre anlamlı düzeyde yüksekti. Benzer şekilde ilaç bırakmayı düşünen 20 kişinin, ilaca yönelik tutumlarının düşünmeyenlere göre anlamlı farklılık oluşturacak düzeyde olumsuz olduğu saptandı. Her iki grup arasında ilaç yan etkileri ve yaşam kalitesi açısından anlamlı bir farklılık saptanmadı. Hastaların tedavi yararına ilişkin algılarının, semptom şiddetinin azaltılması ile

ilişkili olduğu ve böylece tedavide daha uzun süre kaldıkları ileri sürülebilir. Tedavinin etkinliğinin, hastanın tedavisini sürdürmesinde önemli bir etken olduğu literatürdeki diğer çalışmalarla da uyushmaktadır. 1 Ocak 2012 - 31 Ekim 2016 tarihleri arasında üç UEİ antipsikotik (haloperidol dekanat, paliperidon palmitat, aripiprazol maintena) ile tedavi edilen şizofreni tanısı olan 217 hasta ile yapılan retrospektif bir çalışmada en sık bırakma nedeni olarak tedavinin etkili olmaması, en seyrek bırakma nedeni ise yan etki olarak saptanmıştır. Üç grup arasında yan etki oluşumunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (138). 2009-2017 yılları arasında, 82 UEİ antipsikotik kullanan şizofreni hastasının 6 aylık süreçteki tedaviye devam oranlarının incelendiği retrospektif bir çalışmada, 6 ayın sonunda %63,4 ünün tedavisine devam ettiği belirlenmiştir. Hastaların en sık ilaç bırakma nedeni, etkinlik eksikliği ya da yokluğu olarak bulunmuştur (139). Öte yandan şizofrenide antipsikotik ilaçların etkinliğini değerlendiren 18 aylık CATIE çalışmasında 1493 hasta değerlendirilmiş ve hastaların ilacı bırakma nedenleri; etkisizlik (semptomların devam etmesi) ve yan etki şiddeti olarak bulunmuştur. Yan etkinin de etkinlik kadar tedavinin sürdürülmemesinde etkili olduğu belirlenmiştir (140). Bizim çalışmamızda yan etkiler ilacı bırakmayı düşünme ile ilişkili bulunmamıştır; fakat çalışmamızın tedavisini düzenli kullanmakta olan ve sonuç olarak kullandığı antipsikotik ilacı tolere ederek kullanmaya devam etmekte olan bir örnekleme temsil etmekte olduğu unutulmamalıdır. İlaç yan etkilerini tolere edemediği için yeterli süre ve dozda antipsikotik kullanmamış olan ve sonuç olarak da tedavisini düzenli kullanmayan hastaların olması muhtemeldir; bu hastalarla ilgili bilgilere ancak CATIE çalışması gibi tedavisini düzenli kullanmayan hastaların da uzunlamasına izlemin içinde bulunduğu çalışmalar ile ulaşılabilir. Yan etkilerin rolünün bizim çalışmamızda düşük olmasında çalışmamızın tedavisini düzenli kullanmakta olan şizofreni hastalarını kesitsel olarak değerlendiren dizaynının rol oynamış olması olasıdır. İlacın etkisiz olmasının ilaç bırakmada önemli faktörlerden olduğunu gösteren bizim verilerimizle uyumlu olan, Paliperidon UEİ antipsikotik ile yapılan iki retrospektif çalışmanın birinde 64, diğerinde 200 şizofreni hastasının geriye dönük ilaç bırakma nedenleri incelenmiş ve en sık bırakma nedeni etkisizlik olarak belirlenmiştir (141,142). İlk epizod şizofreni hastaları ile yapılan 1 yıllık bir izlem çalışmasında ise tedaviyi bırakanlar ve devam ettirenlerin ilaca yönelik tutumu,

PANSS skorları, UKU yan etki skorları ve yaşam niteliği 15. gün, 1, 1.5, 2, 3, 6, 9 ve 12. aylarda değerlendirilmiş; ilacı bırakan hastaların ilaca yönelik tutumları olumsuz, PANSS genel puanları diğer gruba göre anlamlı derecede yüksek saptanmıştır. Yan etki puanlarında akatizi ve cinsel yan etki için sınırdan anlamlılık bulunmuş, yaşam nitelikleri her iki grupta benzer bulunup anlamlı farklılık saptanmamıştır (133).

Çalışmamızda 57 kişi UEİ antipsikotik tedavisini hiç değiştirmemiş, 53 kişi ise öncesinde en az bir kez UEİ antipsikotik tedavisini değiştirmiştir. UEİ antipsikotik tedavisini değiştirme nedenlerini, yan etki, nüks ve diğer (ilacın eczanelerde bulunmaması, hasta tarafından uygulama periyotlarının daha uzun aralıklarla olmasının talep edilmesi, doktorun yeni jenerik UEİ antipsikotiğe geçmek istemesi) olacak şekilde 3 kategoriye ayırdık. UEİ Aripipirazol'e en sık yan etki, UEİ Paliperidon'a yan etki ve diğer, UEİ Risperidon'a nüks, UEİ Zuklopentiksol'e nüks ve diğer, UEİ Fluaksol'e nüks, UEİ Haloperidol'e de yan etki ve nüks sebebi ile geçilmiştir. Sayısal değerlere baktığımızda tipik UEİ antipsikotiklere daha çok nüks, atipik UEİ antipsikotiklere ise daha çok yan etki sebebi ile geçildiğini görmekteyiz. Hem UEİ antipsikotikleri kendi içlerinde hem de tipik ve atipik UEİ antipsikotik şeklinde iki kategoride geçiş/değişim nedenlerini karşılaştırarak yapılan analizlerde gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Tipik/atipik UEİ antipsikotikler arasındaki olası farkları saptamak için tasarlanmış olan çalışmamız; her bir antipsikotik jenerik ilacının kendi aralarındaki farklılıkları saptamak için örneklem büyüklüğü açısından yeterli değildir.

Geçmiş dosyalarını tarayarak daha önce UEİ antipsikotiği değiştirmiş olan 53 kişiden 51 tanesinin önceki kullandığı UEİ antipsikotiği belirledik. Bu belirlediğimiz hastaların içinde önceki kullandığı UEİ antipsikotiğe ek olarak, ilk atak hastalar için 200 mg/gün, çoklu atağı olan hastalar için ise 300 mg/gün klorpromazin ve eşdeğer dozun üzerinde oral antipsikotik kullanan hastalar da bulunmaktaydı. Bir önceki kullandığı UEİ antipsikotikleri hem kendi içlerinde hem de tipik ve atipik UEİ antipsikotik şeklinde iki kategoride yan etki, nüks ve diğer sebeplerle değiştirme ya da bırakma nedenlerini karşılaştırarak yapılan analizlerde gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Her bir antipsikotik jenerik ilacı kendi arasında karşılaştırmak için ise örneklem büyüklüğümüz yeterli değildir.

Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde, UEİ antipsikotiklerle yapılan çalışmaların çoğunun sınırlı sayıda antipsikotik jenerik türünü kullanan hastaların katılımı ile oluştuğu görülmektedir. Bizim çalışmamızda ise sınırlı çeşit UEİ antipsikotik seçilmemiştir, hastaların kullandığı bütün UEİ antipsikotikler çalışmaya dahil edilmiştir.

Yan etki şiddetinin ilaç uyumsuzluğu ya da bırakılmasında etkili olmadığını belirten çalışmalar olduğu gibi, tedaviyi bırakmada etkili olduğunu saptayan çalışmalar da mevcuttur. UEİ antipsikotikler ile ilgili bu konuda literatürde az sayıda çalışma mevcuttur. 121 hasta ile yapılan oral antipsikotik ilaçların kesilme nedenlerini araştıran bir çalışmada, 81 hasta tedaviyi bırakmış, 40 hasta ise tedaviye devam etmiştir. Hastalar tedaviyi bırakan ya da tedaviyi sürdüren hastalar olarak kategorize edilmiş ve tedaviyi bırakan hastaların son yedi gün içinde en az bir antipsikotik kullanmayı bırakmaları, tedaviye devam eden hastaların ise, en az iki aydır aynı antipsikotik ile tedaviye devam ediyor olmaları şartı aranmıştır. İlaç bırakma ve devam etme nedenleri; klinisyenlerin, antipsikotik kesilmesi veya devam etmesinin nedenleri hakkında hastaların algılarını değerlendirmek için tasarlanan Antipsikotik Kesinti Sebepleri Anketi (RAD-Q) ile değerlendirilmiştir. Bırakma nedenleri olarak en sık belirtilenler; yaşamı tehdit edici olmayan yan etkiler (% 60,5'i), fonksiyonel durumdaki iyileşme eksikliği (% 51,9'u) ve pozitif belirtilerdeki iyileşme eksikliğidir (%44,4'ü). Bu çalışmanın sonucunda hastaların tedaviyi bırakmalarının nedeni olarak, tedavi yararının eksikliğinden ziyade, yan etkilere daha fazla önem verdiği bildirilmiştir (143).

UEİ aripiprazolün etkinlik, tolere edilebilirlik ve güvenlik açısından diğer UEİ antipsikotiklerle karşılaştırılmasını amaçlayan, Ocak 2002-Mayıs 2013 tarihleri arasında yapılan çalışmaları içeren bir derlemede etkililik ve tolere edilebilirlik sonuçları, birbirini kapsayan dört ayrı olayı içermiştir: nüks, yan etkiler sebebiyle tedavinin bırakılması, yan etkiler dışındaki nedenlerden dolayı tedavinin bırakılması ve çalışma izleminin sonuna kadar tedavinin devam etmesi. Yan etkiler nedeniyle tedaviyi bırakma riski, UEİ paliperidon kullanan hastalarda % 8,5, UEİ risperidon kullananlarda % 8,4 ve UEİ haloperidol kullananlarda % 5,5, UEİ Aripiprazol kullananlarda % 2.1 ve UEİ olanzapin kullananlarda % 3.0 olarak saptanmıştır. Yan

etki nedeniyle tedaviyi bırakma oranlarında, UEİ Aripipirazol ve diğer UEİ antipsikotikler arasında sayısal farklılık olsa da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadığı bildirilmiştir. (144).

Tipik ve atipik UEİ antipsikotik ilaçların tedaviye devam süreleri karşılaştırıldığında, tipik UEİ antipsikotik kullanan hastaların tedaviyi devam ettirme ortalama süresinin atipik kullananlardan istatistiksel olarak anlamlı olmasa da daha fazla olduğu saptandı. Bu konu ile ilgili yapılan çalışmalarda, çalışmamıza benzer sonuçlar elde edilmiştir. 1995-2009 yılları arasında, Şizofreni tanısı ile takip edilmiş 4532 hasta ile yapılan retrospektif bir çalışmada Risperidon UEİ antipsikotik ve tipik UEİ antipsikotik kullanan hastalar karşılaştırılmıştır. 4532 hastanın 2078'i Risperidon UEİ ve 2454'ü ise tipik UEİ antipsikotik kullanıyordu. Bu kohort çalışmasında, iki grup arasında, tedaviyi devam ettirme süreleri açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır (145).

311 şizofreni veya şizoaffektif bozukluk tanısı konmuş hasta ile gerçekleştirilen çift kör, randomize bir çalışmada UEİ Paliperidon ve UEİ Haloperidol'ün etkinlikleri karşılaştırılmış ve her iki tedavi grubunun çalışma süresince tedaviyi bırakma sürelerinin benzer olduğu bildirilmiştir. Bizim bulgularımızla benzer şekilde iki grubun yan etki nedeni ile tedaviyi bırakma oranları benzer bulunmuştur (146).

2009 yılında Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Psikotik Bozukluklar Birimi'nde DSM-IV'e göre 207 şizofreni ve 13 şizoaffektif bozukluk tanısı ile takip edilen hasta grubu içinden uzun etkili antipsikotik kullanmış veya halen kullanmakta olan toplam 68 hasta, tipik ve atipik uzun etkili antipsikotiklerin klinik ve tedavi özellikleri açısından karşılaştırılması amacıyla geriye dönük olarak incelenmiştir. 46 hastanın tipik UEİ antipsikotik (flupentiksol dekanat: 28, ziklopentiksol dekanat: 15, flufenazin dekanat: 3) ve 22 hastanın UEİ risperidon kullanmış veya halen kullanmakta olduğu bu çalışmada; tipik UEİ antipsikotik kullanan hastaların tedavide kalma süreleri daha uzun bulunmuş, fakat tipik UEİ antipsikotik kullananların % 58.7'sinin, UEİ Risperidon kullananların ise % 90,9'unun mevcut tedavisini devam ettirdiği saptanmıştır. Tedaviye devam etmeyenlerin başlıca tedaviyi bırakma nedenleri; yan etkiler (% 23.9) ve tedaviye

yetersiz yanıt (% 17.4) olarak bildirilmiştir. Yan etki nedeni ile tedaviyi bırakan iki grup karşılaştırıldığında tipik UEİ antipsikotik kullananların yan etki nedeni ile tedaviyi bırakma oranı, UEİ Risperidon kullanan gruba göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Bu çalışmada tipik UEİ antipsikotiklerle tedavi sürelerinin daha uzun olması, tipik UEİ antipsikotiklerin atipik UEİ antipsikotiklere göre piyasada daha uzun süredir var olmasına bağlanmış ve çalışmanın 4-5 yıl sonra yapılmasının sonuçları değiştirebileceği ileri sürülmüştür (147). Güncel olan çalışmamızda atipik UEİ antipsikotik çeşidi ve sayısı daha fazladır ve bizim çalışmamızda da tedavide kalma süresinin tipik UEİ antipsikotik kullanan hastalarda atipik kullananlardan daha fazla olduğu belirlenmiştir.

UEİ antipsikotiklerin, oral tedavilere göre bakım veren yükünü azalttığı ile ilgili çalışmalar mevcuttur, fakat UEİ antipsikotiklerin aralarında bakım veren yüküne etki ile ilgili fark olup olmadığını araştıran bir çalışma mevcut literatürde bulunmamaktadır. Çin Halk Cumhuriyeti'nde 610 şizofreni hastası ile yapılan bir çalışmada, hastaların tedavisinde oral antipsikotiklerden, UEİ Paliperidon tedavisine geçilmiş, 13 haftalık gözlem süresinin sonunda hastaların işlevsellik ve bakım veren yüklerinde önemli gelişmelerin gözlemlendiği bildirilmiştir (148). Bir oral antipsikotikten, 1 aylık veya 3 aylık UEİ Paliperidon'a geçmenin bakım veren yüküne etkisini değerlendiren bir çalışmada UEİ Paliperidon'a geçmenin; hastaların bakım verenlerinin genel bakıcı yükünü azalttığı, boş zaman etkinliklerinin arttığı ve bakımda geçirilen saat sayısının azaldığı gösterilmiştir (149).

Çalışmamızda tipik UEİ antipsikotik kullanan hastaların bakım verenlerinin Zarit Bakım Veren Yüğü ölçek puanları daha yüksekti; fakat her iki grup arasındaki fark anlamlı değildi. Literatürde UEİ antipsikotikler arasında bakım veren yüküne etkilerini değerlendiren çalışmaya rastlanmadı, ancak oral tipik ve atipik antipsikotiklerin bakım veren yüküne etkisini karşılaştıran bir çalışmada, çalışmamıza benzer sonuç elde edilmiştir. 632 hastanın bakım vereninin dahil edildiği randomize kontrollü CATIE çalışmasında; şizofreni ile ilişkili aile yükünü azaltmada birinci ve ikinci kuşak antipsikotiklerin etkinliği araştırılmıştır. 18 aylık bu çalışmada; bakım veren yükünü hafifletmede ikinci nesil antipsikotiklerin

üstünlüğüne dair bir kanıt bulunamamıştır. Her iki grubun bakım veren yükü puanları benzer bulunmuştur (150).

Hastaların yakınlarına uygulanan Zarit Bakım Veren Yükü Değerlendirme Ölçeği puanlarının, hastalık süresi, yaş, kullanılan ilaç tipi (Atipik-Tipik UEI), cinsiyet ve PANSS toplam puanları tarafından ne ölçüde yordandığını incelemek amacıyla hastaların Zarit puanları bağımlı değişken olarak; diğer klinik veriler ve PANSS puanları ise bağımsız değişken olarak belirlenmiş ve standart çoklu regresyon analizi uygulanmıştır. Sonuçlar PANSS toplam puanları ve cinsiyet ile bakım veren yükünün ilişkili olduğunu ortaya koymuş, PANSS puanlarının yüksek olmasının ve erkek cinsiyetin bakım veren yükünü arttırdığı belirlenmiştir. Geleneksel Türk aile yapısında erkeklerin eve bakmakla yükümlü olup çalışması gerektiğinden, hastalığın yıkıcı etkisiyle erkek hastaların çalışamaması, erkeklerin bakım veren yükünün daha fazla olmasında etkili olabilir. Erkeklerde agresyonun daha sık görülmesi de bakım veren yükünü artıran faktörlerden olabilir. Hastanın cinsiyetinin erkek olmasının bakım veren yükünü arttırdığı ile ilgili bulgumuz literatürdeki çalışmalar ile desteklenmektedir (91,151,152). Şizofrenide bakım veren yükünü araştıran iki çalışmada da bizim çalışmamıza benzer şekilde PANSS toplam puanlarının artışı ile bakım veren yükünün arttığı tespit edilmiştir (153,154). Psikotik belirti şiddeti; bakım veren yükünün yüksek olması ile ilişkili bir faktör olarak hem bizim çalışmamızda hem de yazındaki çalışmalarda ön plana çıkmaktadır; buna göre belirti şiddetini azaltmanın tedavinin birincil hedefi olması gerektiği, bunun ailenin bakım veren yükünü de azaltacak bir parametre olduğu ve psikotik belirti şiddetini azaltmanın; yan etkisi nispeten az olan yeni kuşak bir antipsikotik seçmekten de daha öncelikli bir faktör olması gerektiği ileri sürülebilir.

5.1. KISITLILIKLAR VE ZORLUKLAR

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları da bulunmaktadır. Kısıtlılıklardan ilki kesitsel çalışma dizaynı nedeni ile antipsikotik tedavi başlanmadan önceki durumlar arasında karşılaştırma yapma imkanı bulamamış olmamızdır. Çalışmamız uzun etkili tipik ve atipik antipsikotikler arasında karşılaştırma yapmak için tasarlanmış bir çalışmadır, fakat daha yüksek hasta sayıları ile yapılacak gelecekteki çalışmalarda jenerik antipsikotikler arasında daha çok karşılaştırma yapılması mümkün olabilir. Bu

Çalışmada ilaç bırakma niyetinin varlığı bizzat hastaya sorularak araştırılmıştır. Bu nedenle ilaç bırakma niyeti olmasına karşın bunu belirtmektenekinmiş olan hastalar olmuş olabilir. Çalışmamız tedavisini düzenli kullanmakta olan ve sonuç olarak kullandığı UEİ antipsikotik ilacı tolere ederek devam etmekte olan hastalara dair bilgi vermektedir. UEİ antipsikotiklerin başlangıç dönemlerinde görülebilecek farklılıklara dair bir karşılaştırma değildir.



6. SONUÇLAR

1. İlaça yönelik tutumu olumlu olan hastalar, aynı tedaviyi daha uzun süre sürdürmektedirler. Tipik ve atipik UEİ antipsikotik kullanan hastalar arasında ise tedaviyi devam ettirme süreleri açısından bir fark saptanmamıştır.
2. İlaç bırakmayı düşünen ve düşünmeyen hastalar arasında yaşam kalitesi ve yan etkiler açısından bir fark olmadığı; fakat ilaç bırakmayı düşünen hastalarda psikotik belirti şiddetinin daha yüksek olduğu ve hastalık süresinin daha kısa olduğu saptanmıştır. Buna göre hastalığın erken döneminde olan ve belirti şiddeti yüksek olan hastaların ilaç bırakma açısından daha fazla riske sahip oldukları ileri sürülebilir.
3. Tipik ve atipik UEİ antipsikotik kullanan şizofreni hastaları arasında; yan etki, nüks ve diğer sebepler ile tedaviyi bırakma ya da değiştirme açısından fark saptanmamıştır.
4. Tipik ve atipik UEİ antipsikotik kullanan hastaların yakın aile üyelerindeki bakım veren yükünün benzer düzeyde olduğu görülmüştür. Belirti şiddetinin yüksek olması ve erkek cinsiyetin bakım veren yükünün yüksek olması ile ilişkili olduğu saptanmıştır.

7. KAYNAKLAR

1. Epi Database W: Kantar Health. Available from www.epidb.com. Accessed 20 Jul 2011.
2. Davis JM: Overview: maintenance therapy in psychiatry: I. Schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1975, 132:1237–1245.
3. Schooler NR: Relapse and rehospitalization: comparing oral and depot antipsychotics. *J Clin Psychiatry* 2003, 64:14–17.
4. Higashi K, Medic G, Littlewood K, et al. Medication adherence in schizophrenia: factors influencing adherence and consequences of nonadherence, a systematic literature review. *Ther Adv Psychopharmacol* 3:200–18.
5. Bartko G, Maylath E, Herczeg I: Comparative study of schizophrenic patients relapsed on and off medication. *Psychiatry Res* 1987, 22:221–227. Figure 3 Elements in the selection of long-acting injectable or oral formulations. Necessary elements to be explained by mental health staff to patients and relatives before deciding the next best step in a drug treatment must be carefully weighted by the mental health staff, taking into account the patient's choice. Rossi et al. *BMC Psychiatry* 2012, 12:122 Page 10 of 13.
6. Heres S, Schmitz FS, Leucht S, Pajonk FG: The attitude of patients towards antipsychotic depot treatment. *Int Clin Psychopharmacol* 2007, 22:275–282.
7. McEvoy JP, Applebaum PS, Apperson LJ, Geller JL, Freter S: Why must some schizophrenic patients be involuntarily committed? The role of insight. *Compr Psychiatry* 1989, 30:13–17.
8. Byerly MJ, Nakonezny PA and Lescouflair E. Antipsychotic medication adherence in schizophrenia. *Psychiatr Clin N Am* 2007; 30: 437–452.
9. Barkhof E, Meijer CJ, de Sonnevile LMH, et al. Interventions to improve adherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia – a review of the past decade. *Eur Psychiatry* 2012; 27: 9–18.
10. Taylor D., ve ark., *The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry*. 11. ed. 2012: Informa Healthcare.
11. Fleischhacker WW, Miyamoto S. Pharmacological treatment of schizophrenia: current issues and future perspectives. *Clinical Neuropsychopharmacology and Therapeutics*. 2016; 7:1–8.
12. Meltzer H. Y. ve Bobo W., *Antipsychotic and anticholinergic drugs*. New Oxford Textbook of Psychiatry M. G. Gelder ve ark., Ed. 2009. s. 1208-31.
13. Rubio G, Martínez I, Ponce G, et al. Long-acting injectable risperidone compared with zuclopenthixol in the treatment of schizophrenia with substance abuse comorbidity. *Can J Psychiatry*. 2006; 51(8):531–539.
14. McEvoy JP, Byerly M, Hamer RM, et al. Effectiveness of paliperidone palmitate vs haloperidol decanoate for maintenance treatment of schizophrenia: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2014; 311(19): 1978–1987.

15. Naber D, Hansen K, Forray C, et al. Qualify: a randomized head-to-head study of aripiprazole once-monthly and paliperidone palmitate in the treatment of schizophrenia. *Schizophr Res*. 2015; 168 (1–2): 498–504.
16. Gülseren L, Çam B, Karakoç B, Yiğit T, Danacı AE, Çubukçuoğlu Z, Taş C, Gülseren Ş, Mete L. Şizofrenide ailenin yükünü etkileyen etmenler. *Turk Psikiyatri Derg* 2010; 21: 203-212.
17. Lefley HP. The consumer recovery vision: will it alleviate family burden? *Am J Orthopsychiatry* 1997; 67: 210-219.
18. Ertuğrul A. Şizofreninin Nörobiyolojisi, Temel Psikofarmakoloji, 1: 354, Ankara (2010).
19. Güleç C., Köroğlu E.; Temel Psikiyatri, 1: 184-205 (2007).
20. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara, Nobel Yayın Dağıtım 2008; 11: 242-316.
21. Köroğlu E, Güleç C. Psikiyatri Temel Kitabı. Ankara, HYB Basım Yayın, 2007.
22. Binbay T, Ulas H, Elbi H, Alptekin K. Türkiye’de Psikoz epidemiyolojisi: yaygınlık tahminleri ve başvuru oranları üzerine sistematik bir gözden geçirme. *Turk Psikiyatri Derg*. 2011; 22:40-52.
23. Ertan T. Psikiyatrik hastalıkların epidemiyolojisi. Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyumu (M Uğur, İ Balcıoğlu, N Kocabaşoğlu):25-30. İstanbul, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, 2008.
24. Agerbo E, Byrne M, Eaton WW, Mortensen PB. Marital and labor market status in the long run in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61:28-33.
25. Polat S. Şizofreni hastaları ve kardeşlerinde düşünce bozukluğu ve aile işlevleri ile ilişkileri (Uzmanlık Tezi). İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi, 2010.
26. Işık E. Güncel Şizofreni. Ankara, Format Matbaacılık. 2006
27. Öztürk O.M., Uluşahin A. (2008) Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 11. basım, Nobel Tıp Kitabevleri, 240-323.
28. Çetin M. Şizofreni tedavisi: geçmiş, bugün ve gelecek. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 2015; 25:95-9.
29. Işık E., Işık U., Taner E (2008) Şizofreni Güncel Klinik Psikiyatri içinde. Ankara: Golden Print Matbaası: 83–114.
30. Kültür S., Mete L., Erol A. (2007) Psikiyatri Temel Kitabı, 2. Baskı, Hekimler Yayın Birliği, 184-204.
31. Köroğlu E. (çeviri ed.) (2007) Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-IV-TR), 4. Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 419-447.
32. Köroğlu E (çeviri ed.) (2013) Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-V), 5. Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
33. Soygür H, Alptekin K, Atbaşoğlu CE, Herken H. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği, 2007

34. Acar C., Kartalcı Ş.; Şizofreninin Etyopatogenezinde Katekol-O-Metiltransferaz (COMT) Geninin Rolü, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6: 217-226 (2014).
35. Cardno A.G., Gottesman I. (2000) Twin studies of schizophrenia: from bow-and-arrow concordances to Star Wars Mx and functional genomics. *Am J Med Genet*; 97:12.
36. Umut G, Altun ZÖ, Danışmant BS, Küçükparlak İ, Karamustafaoğlu N. Bir eğitim hastanesinde yatarak tedavi gören şizofreni hastalarında tedavi uyumu, içgörü ve agresyon ilişkisi. *Dusunen Adam*. 2012; 25:212-20.
37. Kotlicka-Antczak M, Gmitrowicz A, Sobow TM, Rabe Joblonska J. Obstetric complications and Apgar score in early-onset schizophrenic patients with prominent positive and prominent negative symptoms. *J Psychiatry Res*. 2001; 35:249-57
38. Songur E. Çocukluk çağı başlangıçlı şizofreni (Seminer). Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tokat. 2015.
39. Stahl MS. Stahl'ın Temel Psikofarmakolojisi (Çev. Ed. T Alkın). İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi, 2015.
40. Işık E, Coşkunol H, Evren C, Işık U. Şizofreni ve Alkol Madde Bağımlılığı. İstanbul, Sigma Publishing 2015.
41. Tandon R., Gaebel W., Barch D.M., Bustillo J., Gur R.E., Heckers S., Malaspina D., Owen M.J., Schultz S., Tsuang M., Van Os J., Carpenter W. (2013) Definition and description of schizophrenia in the DSM-5. *Schizophr Res*; 150:3-10.
42. Tandon R, Jibson M, Taylor SF, DeQuardo JR. The pathophysiology of positive and negative symptoms in schizophrenia. In: *Contemporary Issues in the Treatment of Schizophrenia*. Shriqui C, Nasrallah HA. Washington DC: Cambridge University Press, 1995, 109-124.
43. Çetin M. Şizofreni Özel Sayısı, *Türkiye Klinikleri. Psychiatry Special Topics*. 2010; 3:38-80.
44. Lewis SW, Buchanan RW. Fast Facts, Indispensable Guides to Clinical Practice Schizophrenia. Dursun AN 2. Baskı, İstanbul: And Yayıncılık, 2002, 24-25.
45. Herman HE, Baldwin JA, Christie D. A record-linkage study of mortality and general hospital discharge in patients diagnosed as schizophrenic. *Psychol Med*. 1983 Aug; 13(3): 581-593.
46. Haddad PM, Brain C and Scott J. Nonadherence with antipsychotic medication in schizophrenia: challenges and management strategies. *Patient Relat Outcome Meas* 2014; 5: 43-62.
47. Kane JM: Treatment adherence and long-term outcomes. *CNS Spectr*. 12, 21-26 (2007).
48. Leucht S, Heres S: Epidemiology, clinical consequences, and psychosocial treatment of nonadherence in schizophrenia. *J. Clin. Psychiatry* 67(5), 3-8 (2006).
49. Budd RJ, Hughes IC, Smith JA: Health beliefs and compliance with antipsychotic medication. *Br. J. Clin. Psychol*. 35, 393-397 (1996).
50. Kelleci M., Doğan S., Ata E., Avcı D., Sabancıoğulları S., Başegmez F., İşkey M. Bir Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastaların Psikotrop İlaç Kullanma Hakkında Düşünceleri ve Taburculuk Sonrası Telefonla İzlem. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*; 2(3): 128-135.

51. Johnson, D. (2009) Historical perspective on antipsychotic long-acting injections. *Br J Psychiatry* 195: S7–S12.
52. Davis JM, Matalon L, Watanabe MD et al. (1994): Depot antipsychotic drugs. Place in therapy. *Drugs* 47, 741–773.
53. Barnes TR, Curson DA (1994): Long-term depot antipsychotics. A risk–benefit assessment. *Drug. Saf.* 10, 464–479.
54. Heres S, Hamann J, Kissling W, Leucht S (2006): Attitudes of psychiatrists toward antipsychotic depot medication. *J. Clin. Psychiatry* 67, 1948–1953.
55. Wisted B (1994): How does the psychiatric patient feel about depot treatment, compulsion or help? *Nord. J. Psychiatry* 49(Suppl. 35), 41–46.
56. Levine J, Schooler NR, Cassano GB (1979): The role of depot neuroleptics in the treatment of schizophrenic patients. *Psychol. Med.* 9, 383–386.
57. Rummel-Kluge C., Kissling W. (2008) Psychoeducation in schizophrenia: new developments and approaches in the field. *Curr Opin Psychiatry* 21: 168–172.
58. Sofia Brissos, Miguel Ruiz Veguilla, David Taylor and Vicent Balanza-Martinez . The role of long-acting injectable antipsychotics in schizophrenia: a critical appraisal. *Ther Adv Psychopharmacol* 2014, Vol. 4(5) 198–219.
59. Rothbard AB, Kuno E, Foley K: Trends in the rate and type of antipsychotic medications prescribed to persons with schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 29, 531–540.
60. Heres S., Hamann J., Mendel R., Wickelmaier F., Pajonk F., Leucht S. et al. (2008) Identifying the profile of optimal candidates for antipsychotic depot therapy A cluster analysis. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 32: 1987–1993.
61. Samalin L., Charpeaud T., Blanc O., Heres S. and Llorca P. (2013) Clinicians' attitudes toward the use of long-acting injectable antipsychotics. *J Nerv Ment Dis* 201: 553–559.
62. Rocca P., Sandei L., Bava I. and Frieri T. (2013) Risperidone long-acting injection in the treatment of first episode schizophrenia. *Curr Psychopharmacol* 2: 29–36.
63. Kirschner M., Theodoridou A., Fusar-Pol I., Kaiser S. and Jäger M. (2013) Patients' and clinicians' attitude towards long-acting depot antipsychotics in subjects with a first episode of psychosis. *Ther Adv Psychopharmacol* 3: 89–99.
64. Tiihonen J., Haukka J., Taylor M., Haddad P., Patel M. and Korhonen P. (2011) A nationwide cohort study of oral and depot antipsychotics after first hospitalization for schizophrenia. *Am J Psychiatry* 168: 603–609.
65. Viala A., Cornic F., Vacheron M. (2012) Treatment adherence with early prescription of long-acting injectable antipsychotics in recent-onset schizophrenia. *Schizophr Res Treatment* 2012: 368687.
66. WHOQOL Group. Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *Int J Mental Health.* 1994; 23:24–56.
67. Higginson IJ, Carr AJ Measuring quality of life: Using quality of life measures in the clinical setting. *BMJ.* 2001 May 26; 322(7297):1297–300.

68. Barry MM, Zissi A. Quality of life as an outcome measure in evaluating mental health services: a review of the empirical evidence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1997 Jan; 32(1):38-47.
69. Fakhoury WH, Priebe S. Subjective quality of life: its association with other constructs. *International Review of Psychiatry.* 2002;14:219–224.
70. Gigantesco A, Giuliani M. Quality of life in mental health services with a focus on psychiatric rehabilitation practice. *Ann Ist Super Sanita.* 2011; 47(4):363-72.
71. Skantze K, Malm U, Dencker SJ, May PR, Corrigan P. Comparison of quality of life with standard of living in schizophrenic out-patients. *Br J Psychiatry.* 1992 Dec; 161:797-801.
72. Awad AG, Voruganti LNP, Heslegrave RJ: A conceptual model of quality of life in schizophrenia: description and preliminary clinical validation. *Qual Life Res* 1997, 6:21-26.
73. Shaun M. Eack and Christina E. Psychiatric Symptoms and Quality of Life in Schizophrenia: A Meta-Analysis. *Newhill Schizophr Bull.* 2007 Sep; 33(5): 1225–1237.
74. M.C. Pirlog, D.O. Alexandru, R.E. Popescu, L. Balcu, L.M. Strunoiu, L.C. Duica, and M.M. Dutescu, Quality of Life-a Goal for Schizophrenia's Therapy, 2018 Apr-Jun; 44(2): 122–128.
75. Galletly CA, Clark CR, McFarlane AC, Weber DL. Relationships between changes in symptom ratings, neurophysiological test performance and quality of life in schizophrenic patients treated with clozapine. *Psychiatry Res.* 1997 Oct 10; 72(3):161-6.
76. Norman RM, Malla AK, McLean T, Voruganti LP, Cortese L, McIntosh E, Cheng S, Rickwood A. The relationship of symptoms and level of functioning in schizophrenia to general wellbeing and the Quality of Life Scale. *Acta Psychiatr Scand.* 2000;102:303–309.
77. Mechanic D, McAlpine D, Rosenfield S, Davis D. Effects of illness attribution and depression on the quality of life among persons with serious mental illness. *Soc Sci Med.* 1994 Jul; 39(2):155-64.
78. Norholm V, Bech P . Quality of life in schizophrenic patients: association with depressive symptoms. *Nord J Psychiatry.* 2006; 60(1):32-7.
79. Becker T, Leese M, Krumm S, Ruggeri M, Vázquez-Barquero JL, EPSILON Study Group. Needs and quality of life among patients with schizophrenia in five European centres: what is the impact of global functioning scores? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2005 Aug; 40(8):628-34.
80. Browne S, Clarke M, Gervin M, Waddington JL, Larkin C, O'Callaghan E. Determinants of quality of life at first presentation with schizophrenia. *Br J Psychiatry.* 2000 Feb; 176():173-6.
81. Priebe S, Roeder-Wanner UU, Kaiser W. Quality of life in first-admitted schizophrenia patients: a follow-up study. *Psychol Med.* 2000 Jan; 30(1):225-30.
82. Eack SM, Newhill CE. Psychiatric symptoms and quality of life in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Bull.* 2007 Sep; 33(5):1225-37.
83. Gastpar M, Masiak M, Latif M, Frazzington S, Medorie R, Lombertie E. Sustained improvement of clinical outcome with risperidone long-acting injectable in psychotic patients previously treated with olanzapine. *J Psychopharmacol.* 2005; 19:32–38.

84. Bay Y, Chen T, Wu B, et al. A comparative efficacy and safety study of long-acting risperidone injection and risperidone oral tablets among hospitalized patients: 12-week, randomized, single-blind study. *Pharmacopsychiatry*. 2006; 39:135–141.
85. Niolu C, Bianciardi E, Di Lorenzo G, et al. Enhancing adherence, subjective wellbeing and quality of life in patients with schizophrenia: which role for long-acting risperidone? *Ther Adv Psychopharmacol*. 2015;5(5):278–288.
86. Witte MM, Case MG, Schuh KJ, Ascher-Svanum H. Effects of olanzapine long-acting injection on levels of functioning among acutely ill patients with schizophrenia. *Curr Med Res Opin*. 2012; 28(3):315–323.
87. Macfadden W, DeSouza C, Crivera C, et al. Assessment of effectiveness measures in patients with schizophrenia initiated on risperidone long-acting therapy: the SOURCE study results. *BMC Psychiatry*. 2011;11:167.
88. Lambert M, De Marinis T, Pfeil J, Naber D, Schreiner A. Establishing remission and good clinical functioning in schizophrenia: predictors of best outcome with long-term risperidone long-acting injectable treatment. *Eur Psychiatry*. 2010;25(4):220–229.
89. Ran MS, Xiang MZ, Mao WJ, Hou ZJ, Tang MN, Chen EY, Chan CL, Yip PS, Conwell Y. Characteristics of suicide attempters and non attempters with schizophrenia in a rural community. *Suicide Life Threat Behav*. 2005 Dec; 35(6):694-701.
90. Caring for the caregiver: Why your mental health matters when you are caring for others. Woodbridge VA 22192 USA World Federation of Mental Health (WFMH); 2010.
91. Awad AG, Voruganti LN. The burden of schizophrenia on caregivers: a review. *Pharmacoeconomics* 2008; 26:149-162.
92. Chan SW. Global perspective of burden of family caregivers for persons with schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs* 2011; 25:339-349.
93. Jungbauer J, Angermeyer MC. Living with a schizophrenic patient: A comparative study of burden as it affects parents and spouses. *Psychiatry* 2002; 65:110-123.
94. Rabins PV, Mace NL, Lucas MJ. The impact of dementia on the family. *JAMA* 1982;248:333-335.
95. Schene AH, van Wijngaarden B, Koeter MWJ. Family caregiving in schizophrenia: domains and distress. *Schizophr Bull* 1998; 24:609-618.
96. Navidian A, Bahari F. Burden experienced by family caregivers of patients with mental disorders. *PJPR*. 2008; 23(1-2):19–28.
97. Ak M, Yavuz KF, Lapsekili N, Türkçapar MH. Kronik psikiyatrik bozukluğu bulunan hastaların ve bakım verenlerinin bakım yükü açısından değerlendirilmesi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2012; 25:330-337.
98. Aydın A, Eker SS, Cangür Ş, Sarandöl A, Kırılı S. Şizofreni hastalarında bakım veren külfet düzeyinin sosyodemografik değişkenler ve hastalığın özellikleri ile korelasyonu. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2009; 46:10-14.
99. Grover S, Chakrabarti S, Aggarwal M, Avasthi A, Kulhara P, Sharma S, et al. Comparative study of the experience of caregiving in bipolar affective disorder and schizophrenia. *Int J Soc Psychiatry*. 2012; 58(6):614-22.

100. Vasudeva S, K Sekhar C, G Rao P. Caregivers Burden of Patients with Schizophrenia and Bipolar Disorder: A Sectional Study. *Indian Journal of Psychological Medicine*. 2013; 35(4):352-7.
101. Martyns-Yellowe IS. The burden of schizophrenia on the family. A study from Nigeria. *Br J Psychiatry*. 1992 Dec; 161:779-82.
102. Trivedi JK, Dalal PK, Kalra H. Family burden and coping strategy in relatives of schizophrenic patients. *Indian J. Psychiatry*. Supplement 2003; 106.
103. Yu Y, Zhou W, Liu ZW, Hu M, Tan ZH, Xiao SY, *Psychol Res Behav Manag*. Gender differences in caregiving among a schizophrenia population. 2018 Dec 20; 12:7-13.
104. Souza ALR, Guimaraes RA, de Araujo Vilela D, de Assis RM, de Almeida Cavalcante Oliveira LM, Souza MR, et al. Factors associated with the burden of family caregivers of patients with mental disorders: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 2017; 17(1):35.
105. Gülseren L, Cam B, Karakoç B, Yigit T, Danacı AE, Çubukcuoglu Z, et al. The Perceived Burden of Care and its Correlates in Schizophrenia. *Turkish Journal of Psychiatry*. 2010 :1-8.
106. Inogbo CF, Olotu SO, James BO, Nna EO. Burden of care amongst caregivers who are first degree relatives of patients with schizophrenia. *Pan African Medical Journal*. 2017; 28:284.
107. Navidian A, Bahari F. Burden experienced by family caregivers of patients with mental disorders. *PJPR*. 2008; 23(1-2):19–28.
108. Fadden G, Bebbington P, Kuipers L. The burden of care: The impact of functional psychiatric illness on the patient's family. *Brit J Psychiatr*. 1978; 85:292.
109. Ahmad Hajebi, Morteza Naserbakht, Alberto Minoletti *Med J Islam Repub Iran*. Burden experienced by caregivers of schizophrenia patients and its related factors. 2019; 33: 54.
110. Miklowitz DJ, George EL, Richards JA, Simoneau TL, Suddath RL. A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2003 Sep; 60(9):904-12.
111. Rhee TG, Rosenheck RA. Does improvement in symptoms and quality of life in chronic schizophrenia reduce family caregiver burden? *Psychiatry Res*. 2019 Jan; 271:402-404.
112. Li N, Feng Y, Lu H, Cai SL, Zhuo J, Si T, Zhang L. Factors related to improvement of symptoms, function, and caregiver burden in Chinese patients with schizophrenia after switching to paliperidone palmitate once-monthly from oral antipsychotics. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2018 Mar 22; 14:825-837.
113. Giuseppe Rossi, Sonia Frediani, Roberta Rossi and Andrea Rossi. Long-acting antipsychotic drugs for the treatment of schizophrenia: use in daily practice from naturalistic observations. Characteristics associated with better clinical outcome in LAI.
114. Correll CU et al. The use of long-acting injectable antipsychotics in schizophrenia: Evaluating the evidence. *J Clin Psychiatry* 2016;77.
115. Kishimoto T, Nitta M, Borenstein M, Kane JM, Correll CU. Long-Acting Injectable Versus oral antipsychotics in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of mirror-image studies. *J Clin Psychiatry* 2013; 74(10):957-965.

- 116.Hogan TP, Awad AG. Subjective response to neuroleptics and outcome in schizophrenia: a re-examination comparing two measures. *Psychol Med* 1992; 22:347–352.
- 117.Emine AYDIN, Erkan AYDIN, Özlem Devrim BALABAN, Hüseyin YUMRUKÇAL, Murat ERKIRAN, The validity and Reliability of the Turkish Version of Drug Attitude Inventory-10, *Arch Neuropsychiatry* 2018; 55:238–24.
- 118.Kay S. R., Flszbein A., & Opfer L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 13(2), 261.
- 119.Kostakoğlu AE ve ark. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinin (PANNS) Türkçe uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*; 14(44):23-32.
- 120.Lingjaerde O, Ahlfors UG, Bech P, Dencker SJ, Elgen K. The UKU side effect rating scale. A new comprehensive rating scale for psychotropic drugs and a cross-sectional study of side effects in neuroleptic-treated patients. *Acta Psychiatr Scand* 1987; 76, 334.
- 121.Heinrichs DW, Hanlon TE, Carpenter WT. The quality of life scale: An Instrument for Rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophr Bull.* 1984; 10:388-398.
- 122.Soygür H, Aybaş M, Hıncal G, Aydemir Ç. Şizofreni hastaları için yaşam niteliği ölçeği: Güvenilirlik ve yapısal geçerlik çalışması. *Düşünen Adam*. 2000; 13:204-10.
- 123.Zarit S, Reeve K, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: Correlates of feeling of burden. *Gerontologist* 1980; 20:649-55.
- 124.Setsuko Hanzawa S, Tanaka G, Inadomi H, Urata M, Ohta Y. Burden and coping strategies in mothers of patients with schizophrenia in Japan. *Psychiat Clin Neuros* 2008; 62:256-263.
- 125.Özlü A, Yıldız M, Aker T. Zarit bakıcı yük ölçeğinin şizofreni hasta yakınlarında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2009; 46:38-42.
- 126.Nicole L, Lesage A, LaLonde P: Lower incidence and increased male: female ratio in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 161:556-57, 1992.
- 127.McGrath J.J. (2005) Myths and plain truths about schizophrenia epidemiology - theNAPE lecture. *Acta Psychiatr Scand*; 111(1):4-11.
- 128.Köroğlu E. Klinik Psikiyatri. Ankara, HYB Basım Yayın,2015.
- 129.Reichhart Tatjana, Kissling Werner. Societal Costs Of Non-Adherence in Schizophrenia: Homicide/Suicide. *The Journal of Psychiatry* . Aug2010, Vol. 1 Issue 2, p29-32.
- 130.Pompili M., Orsolini L., Lamis D. A., et al. Suicide prevention in schizophrenia: Do long-acting injectable antipsychotics (LAIs) have a role? *CNS and Neurological Disorders - Drug Targets*. 2017;16(4):454–462.
- 131.Medine Gıynaş Ayhan, Ayşenur Köse, Seda Kırıcı Ercan, Şenay Yıldız Bozdoğan, Hatice Yardım Özayhan, İbrahim Eren. Toplum ruh sağlığı merkezi hizmetlerinden yararlanan şizofreni tanımlı hastaların yakınlarındaki bakım yükü: karşılaştırmalı bir çalışma. *Cukurova Med J* 2019;4:92-99.
- 132.İlker Özdemir, Yasir Şafak, Sibel Örsel, Akfer Karaoğlu Kahiloğulları, Hasan Karadağ. Bir toplum ruh sağlığı merkezinde şizofreni hastalarına uygulanan ruhsal-toplumsal uyumlandırma etkinliğinin araştırılması: Kontrollü çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2017, 5:419-427.

133. Gaebel W, Riesbeck M, von Wilmsdorff M, Burns T, Derks EM, Kahn RS, Rössler W, Fleischhacker WW; EUFEST Study Group. Drug attitude as predictor for effectiveness in first-episode schizophrenia: Results of an open randomized trial (EUFEST) *Eur Neuropsychopharmacol.* 2010 May; 20(5):310-6.
134. Lacro J.P., Dunn L.B., Dolder C.R., Leckband S.G. and Jeste D.V. Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. *J. Clin. Psychiatry* 2002; 63: pp. 892-90.
135. Kondratova L, König D, Mlada K, Winkler P. Correlates of Negative Attitudes towards Medication in People with Schizophrenia. *Psychiatr Q.* 2019 Mar; 90(1):159-169.
136. Giovanni Ostuzzi, Maria Angela Mazzi, Samira Terlizzi, Federico Bertolini, Andrea Aguglia, Francesco Bartoli, Paola Bortolaso, Camilla Callegari, Mariarita Caroleo, Giuseppe Carrà, Mariangela Corbo, Armando D'Agostino, Claudio Lucii, Fabio Magliocco, Giovanni Martinotti, Edoardo Giuseppe Ostinelli, Davide Papola, Marco Piero Piccinelli, Alberto Piccoli, Marianna Purgato, Tommaso Tabacchi, Mirella Ruggeri, Corrado Barbui. Factors associated with first- versus second-generation long-acting antipsychotics prescribed under ordinary clinical practice in Italy, 2018; 13(8):0201371.
137. Sourabh Moti Singh, Peter M. Haddad, Nusrat Husain, Eamonn Heaney, Barbara Tomenson, and Imran B. Chaudhry. Cross-sectional comparison of first-generation antipsychotic long-acting injections vs risperidone long-acting injection: patient-rated attitudes, satisfaction and tolerability, *Ther Adv Psychopharmacol.* 2016 Jun; 6(3): 162–171.
138. Di Lorenzo R, Ferri P, Cameli M, Rovesti S, Piemonte C. Effectiveness of 1-year treatment with long-acting formulation of aripiprazole, haloperidol, or paliperidone in patients with schizophrenia: retrospective study in a real-world clinical setting. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2019; 15:183–198.
139. Taniguchi M, Hatano M, Kamei H, Inagaki R, Yamada S. Factors That Affect Continuation of Antipsychotic Long-Acting Injections. *Biol Pharm Bull.* 2019; 42(7):1098-1101.
140. Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, Swartz MS, Rosenheck RA, Perkins DO, Keefe RS, Davis SM, Davis CE, Lebowitz BD, Severe J, Hsiao JK; Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) Investigators. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N Engl J Med.* 2005 Sep 22; 353(12):1209-23.
141. Deslandes PN, Ward EH, Norris K, Sewell RD. Effectiveness of paliperidone long-acting injection in clinical practice. *Ther Adv Psychopharmacol.* 2018 May; 8(5):139-145
142. Attard A, Olofinjana O, Cornelius V, Curtis V, Taylor D. Paliperidone palmitate long-acting injection--prospective year-long follow-up of use in clinical practice. *Acta Psychiatr Scand.* 2014 Jul; 130(1):46-51.
143. Matza LS, Phillips GA, Revicki DA, Ascher-Svanum H, Malley KG, Palsgrove AC, Faries DE, Stauffer V, Kinon BJ, George Awad A, Keefe RS, Naber D. Validation of a clinician questionnaire to assess reasons for antipsychotic discontinuation and continuation among patients with schizophrenia. *Psychiatry Res.* 2012 Dec 30; 200(2-3):835-42.
144. Majer IM, Gaughran F, Sapin C, Beillat M, Treur M. Efficacy, tolerability, and safety of aripiprazole once-monthly versus other long-acting injectable antipsychotic therapies in the maintenance treatment of schizophrenia: a mixed treatment comparison of double-blind randomized clinical trials. *J Mark Access Health Policy.* 2015 Sep 10;3.
145. Nielsen J, Jensen SO, Friis RB, Valentin JB, Correll CU. Comparative effectiveness of risperidone long-acting injectable vs first-generation antipsychotic long-acting injectables in schizophrenia: results from a nationwide, retrospective inception cohort study. *Schizophr Bull.* 2015 May; 41(3):627-36.

146. Joseph P., McEvoy, Matthew Byerly, Robert M. Hamer, Rosalie Dominik, Marvin S. Swartz, Robert A. Rosenheck, Neepa Ray, J. Steven Lamberti, Peter F. Buckley, Tania M. Wilkins, and T. Scott Stroup. Effectiveness of Paliperidone Palmitate vs. Haloperidol Decanoate for Maintenance Treatment of Schizophrenia: A Randomized Clinical Trial, JAMA. 2014 May 21; 311(19):1978-87.
147. Osman Virit, Abdurrahman Altindag , Feridun Bulbul , Haluk Asuman Savas , Alican Dalkilic. Long-Acting Typical and Atypical Antipsychotics in Treatment of Schizophrenia: A Retrospective Comparison. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2009; 19:119-127
148. Li N, Feng Y, Lu H, Cai SL, Zhuo J, Si T, Zhang L. Factors related to improvement of symptoms, function, and caregiver burden in Chinese patients with schizophrenia after switching to paliperidone palmitate once-monthly from oral antipsychotics. Neuropsychiatr Dis Treat. 2018 Mar 22;14:825-837.
149. S Gopal, H Xu, K McQuarrie, A Savitz, I Nuamah, K Woodruff, M Mathews. Caregiver Burden In Schizophrenia: Pooled Analysis Of The Involvement Evaluation Questionnaire Data For Paliperidone Palmitate 3-Month Formulation. NPJ Schizophr. 2017; 3: 23.
150. Perlick DA, Rosenheck RA, Kaczynski R, Swartz MS, Canive JM, Lieberman JA. Impact of antipsychotic medication on family burden in schizophrenia: longitudinal results of CATIE trial. Schizophr Res. 2010 Feb; 116(2-3):118-25.
151. Roick C, Heider D, Bebbington PE, Angermeyer MC, Azorin JM, Brugha TS. Burden on caregivers of people with schizophrenia: Comparison between Germany and Britain. Br J Psychiatry 2007; 190:333-338.
152. Dr. Süleyman ATAR, Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Yakınlarının Yükü, Tükenmişlik Ve Sosyal Uyum Düzeylerinin Saptanması, Tıpta Uzmanlık Tezi, Mustafa Kemal Üniversitesi. 2018.
153. Abdullah Burak Uygur, Ayşen Esen Danacı. Şizofreni Hastalarının İhtiyaçları ve Öngörülebilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi 2019; 30(3):180-90.
154. Angermeyer MC, Dietrich S. Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. Acta Psychiatr Scand. 2006 Mar; 113(3):163-79.

8. ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı Soyadı : Feride UYSAL
Doğum Yeri ve Tarihi : İzmir, 29 Ağustos 1990
Medeni Durumu : Evli
İletişim Adresi : Merdivenköy mahallesi, Ortabahar sokak, No: 17,
Göztepe, İstanbul
Telefonu ve E-Posta : 05535780915, drferidekeskinler@gmail.com
Yabancı Dili : İngilizce, Almanca

II- Eğitimi (tarih sırasına göre yeniden eskiye doğru)

2009-2015 : Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
2004-2008 : İzmir Kız Anadolu Lisesi
1996-2004 : Fevzi Özakat İÖO

III- Ünvanları

2015: Hekim

IV- Mesleki Deneyimleri:

2016-2020 : Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir
Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Asistan Hekim
10/2016-02/2016 : Başkale Devlet Hastanesi Acil Servisi, Pratisyen Hekim

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

Türk Psikiyatri Derneği
İstanbul Tabip Odası

VI- Bilimsel Etkinlikleri

52.Ulusal Psikiyatri Kongresi, Antalya / Anjiyoödem Öyküsü Olan Anksiyeteli İki
Uçlu Bozukluk Olgusunda Yüksek Doz Olanzapin Kullanımı: Bir Olgu Sunumu

Türkiye Psikiyatri Derneği 21.Yıllık Toplantısı ve Klinik Eğitim Sempozyumu/
Atipik Duygudurum Bozukluğu Kliniği İle Başvuran Hipoparatiroidi ve Hipotiroidi
Olgusu: Bir Olgu Sunumu

Türkiye Psikiyatri Derneği 22.Yıllık Toplantısı ve Klinik Eğitim Sempozyumu/
Depresyon mu? Ya Değilse?: Bir Olgu Sunumu

VII- Diğer Bilgiler

Türkiye Psikiyatri Derneği Bilişsel Davranışçı Psikoterapi Eğitimi ve Süpervizyonu: 2017- 2019

Kişilik Bozukluklarına Psikodinamik Yaklaşımlı Psikoterapiler-Doğan Şahin: 2017-2018

Psikanalize Giriş Seminerleri: 2016



9. EKLER

EK 1 - Bilgilendirilmiş Onam Formu Hastalar İçin

“Uzun Etkili İntramusküler Antipsikotik Tedavi Alan Şizofreni Hastalarında Yan Etkiler Ve İlaça Yönelik Tutumun Tedaviyi Sürdürme ,Yaşam Kalitesi Ve Bakım Veren Yüküne Etkileri” konulu bilimsel araştırma çalışması yapmaktayız. Bu çalışmada, hastalığınız ve sizinle ilgili önceden hazırlanmış standart sorulara yanıt vermenizi beklemekteyiz.

Bu çalışma bedensel ya da ruhsal sağlığa zarar verebilecek hiçbir öge içermemektedir. Katıldığınız takdirde size herhangi bir girişimsel ya da görüntüleme yöntemi uygulanmayacak, kan tetkiki ya da benzeri test yapılmayacaktır. Çalışmada yalnızca basılı kağıt materyali olan bir kısmını doğrudan sizin dolduracağınız anket ve benzeri soru formları uygulanacaktır. Bunlar sosyodemografik ve klinik veri formu, pozitif ve negatif sendrom ölçeği, ilaç tutum envanteri, UKU yan etki ölçeği, yaşam kalitesi ölçeğinden oluşmaktadır. Araştırma için sizden herhangi bir maddi talepte bulunulmadığı gibi araştırmanın sağlık güvencenize de hiçbir maddi külfeti yoktur. Çalışmada uygulanacak testler bilimsel amaçlı olup, sağlığınız ve ekonomik açıdan herhangi bir risk taşımamaktadır. Tedaviniz bu çalışmadan bağımsız olarak devam edecektir. Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz veya herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. İsminiz her koşulda saklı tutulacaktır. Araştırmanın yalnızca veriler kısmı bilimsel makalelerde yayınlanabilir ve bilimsel toplantılarda sunulabilir. Bilimsel etik kuralları gereği tüm kişisel bilgileriniz saklı tutulacak, üçüncü kişi ve kurumlarca paylaşılmayacaktır.

Katılımcının Beyanı

Araştırmacılar tarafından bilgilendirildim. Bana verilen bu bilgiler temelinde, bu araştırmada kendi rızamla yer alıyorum ve istediğim herhangi bir anda, hiç bir açıklama yapmaksızın verilerimin araştırmaya dahil edilmesinden vazgeçebileceğimi beyan ediyorum.

Katılımcının Adı Soyadı ve İmzası

Adı Soyadı:

Bilgilendirmeyi Yapan Kişi

İmzası:

EK 2 - Bilgilendirilmiş Onam Formu Bakım Veren İçin

Uzun Etkili İntramusküler Antipsikotik Tedavi Alan Şizofreni Hastalarında Yan Etkiler Ve İlaça Yönelik Tutumun Tedaviyi Sürdürme, Yaşam Kalitesi ve Bakım Veren Yüküne Etkileri” konulu bilimsel araştırma çalışması yapmaktayız. Bu çalışmada, hastalığınız ve sizinle ilgili önceden hazırlanmış standart sorulara yanıt vermenizi beklemekteyiz.

Bu çalışma bedensel ya da ruhsal sağlığa zarar verebilecek hiçbir öge içermemektedir. Katıldığınız takdirde size herhangi bir girişimsel ya da görüntüleme yöntemi uygulanmayacak, kan tetkiki ya da benzeri test yapılmayacaktır. Çalışmada yalnızca basılı kağıt materyali olan bir kısmını doğrudan sizin dolduracağınız anket ve benzeri soru formları uygulanacaktır. Bunlar sosyodemografik veri formu, Zarit bakıcı yük ölçeğinden oluşmaktadır. Araştırma için sizden herhangi bir maddi talepte bulunulmadığı gibi araştırmanın sağlık güvencenize de hiçbir maddi külfeti yoktur. Çalışmada uygulanacak testler bilimsel amaçlı olup, sağlığınız ve ekonomik açıdan herhangi bir risk taşımamaktadır. Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz veya herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. İsminiz her koşulda saklı tutulacaktır. Araştırmanın yalnızca veriler kısmı bilimsel makalelerde yayınlanabilir ve bilimsel toplantılarda sunulabilir. Bilimsel etik kuralları gereği tüm kişisel bilgileriniz saklı tutulacak, üçüncü kişi ve kurumlarca paylaşılmayacaktır.

Katılımcının Beyanı

Araştırmacılar tarafından bilgilendirildim. Bana verilen bu bilgiler temelinde, bu araştırmada kendi rızamla yer alıyorum ve istediğim herhangi bir anda, hiç bir açıklama yapmaksızın verilerimin araştırmaya dahil edilmesinden vazgeçebileceğimi beyan ediyorum.

Katılımcının Adı Soyadı ve İmzası

Bilgilendirmeyi Yapan Kişi

Katılımcı, uygulayan ve şahit olmak üzere 3 imzalı olmalıdır.

Tarih:

İsim:

İmza:

EK 3 - Sosyodemografik ve Klinik Olgu Değerlendirme Formu

1. Adı- Soyadı:
2. Yaş:
3. Doğum Yeri:
Köy: İlçe: Şehir: Büyükşehir:
4. Medeni durumu:
Bekar: Evli:
5. Çocuk var mı? Var: Yok:
6. Eğitim Süresi: (Yıl olarak belirtilecek)
7. Meslek:..... Çalışmıyor(İşsiz) Çalışıyor:
8. Kardeş sayısı: Kaçınıcı çocuk:
9. Evde kiminle yaşıyor?
10. Bilinen ek tıbbi hastalığı var mı?:
11. Geçmişte intihar girişiminde bulundu mu? Evet: Hayır:
12. Sigara kullanıyor mu? Evet: Hayır:
13. Alkol kullanıyor mu? Evet: Hayır:
14. Herhangi bir madde (opiyat/sedatif-hipnotik/stimulan/uçucu/kannabis/sentetik kannabinoid... vs) kullanımı var mı? Hangi madde?:
Evet: Hayır
15. Ailede psikiyatrik hastalığı olan, psikiyatri tedavisi gören var mı?
Evet: Hayır: Hangi aile üyesi? Hangi hastalık?:
16. Adli öykü:
17. Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nden takipli mi? Kaç aydır?
18. Hastalık süresi:
19. Toplam hastaneye yatış sayısı:
20. Halen Kullanmakta olduğu Uzun Etkili İntramusküler (UEİ) Tedavi ve klorpromazin eşdeğer dozu:
21. Halen kullanmakta olduğu UEİ tedaviyi ne zamandır kullanıyor?:
22. Halen kullanmakta olduğu UEİ tedavinin kullanım periyodu:
23. UEİ tedavi başlanmadan önceki 1 yılda hastaneye yatış sayısı:
24. UEİ tedavi başlanmadan önce yıllık yatış sayısı:
25. UEİ tedavi başlanmadan önce yıllık yatış süresi:
26. UEİ tedavi başladıktan sonra yıllık yatış sayısı:
27. UEİ tedavi başladıktan sonra yıllık yatış süresi:
28. UEİ tedavi kullanmakta iken hastaneye yatmış mı? Hayır: Evet ise süresi:
29. UEİ tedavi başladıktan sonraki 1 yıllık süre boyunca hastanede yatış süresi?
30. UEİ tedavi başladıktan sonraki 1 yıllık süre boyunca hastanede yatış sayısı?
31. Varsa kullanmakta olduğu ek antipsikotik tedavi ve klorpromazin eşdeğer dozu:
32. Toplam antipsikotik kullanım süresi:

33. Erken dönem hasta mı? Evet: Hayır:
34. İlk atak hasta mı? Evet: Hayır:
35. Hasta ilacını bırakmayı düşünüyor mu? Evet: Hayır:
36. En son bıraktığı ya da değiştirdiği uzun etkili intramusküler antipsikotik ilacı bırakma ya da değiştirme nedeni?
a-Yan etkiler: b-Nüks: c- Diğer:

İlaç bırakma ya da değiştirme nedenini listede işaretleyiniz:

- 1) Ekstrapiramidal sistem yan etkiler (distoni, akatizi, parkinsonizm/tremor, tardiv diskinezi, hipertoni)
- 2) Prolaktin ile ilişkili yan etkiler (libido kaybı, amenore, galaktore, jinekomasti, impotans)
- 3) Kilo alımı ve glikoz ile ilişkili yan etkiler (yeni başlangıçlı tip 2 diyabet ve hiperglisemi)
- 4)Ağrı 5)Anksiyete
- 6) Uykusuzluk
- 7) Hastalık alevlenmesi
- 8) Depresyon
- 9) Baş ağrısı
- 10) Gastrointestinal semptomlar (dispepsi, bulantı, kusma)
- 11) Sedasyon/Somnolans
- 12)Rinit
- 13) Yorgunluk

EK 4 - İlaç Tutum Ölçeği (Drug Attitude Inventory- 10)

Bu ölçeğin amacı insanların ilaçlar ile ilgili bazı tutumlarını ve deneyimlerini öğrenmektir. Cevaplarınız sadece araştırma için kullanılacak, kesinlikle gizli kalacak ve tedavinizi herhangi bir şekilde etkilemeyecektir.

Soruları Yanıtlarken ;

1-Lütfen her cümleyi okuyunuz ve doğru ya da yanlış olduğuna karar veriniz. Size uygun gelen yanıtları doğru ,uygun gelmeyen yanıtları yanlış olarak değerlendiriniz.

2-Eğer bir cümle sizin için tam uygunsa ya da daha çok uygunsa D işaretleyiniz.

3-Eğer bir cümle sizin için hiç uygun değilse veya daha çok uygun değilse Y işaretleyiniz.

4-Bir cevabı değiştirmek isterseniz ilk cevabınızın üzerine X koyunuz ve yeni yanıtı işaretleyiniz.

5-Bir cevap size tam olarak doğru veya yanlış gelmiyorsa , yanıtın sizin için daha çok doğru ya da daha çok yanlış olup olmadığına karar veriniz ve yanıtınızı işaretleyiniz

Burada doğru yada yanlış yanıt yoktur. Siz lütfen kendi cevabınızı işaretleyiniz bizim ne duymak isteyebileceğimizi düşünmeyiniz.

Çok fazla zaman harcamayınız.

Lütfen her soruyu yanıtlayınız

Cümlelerdeki “İlaçlar” kelimesi ruh sağlığı ilaçları anlamında kullanılmaktadır.

1-Bana göre ilaçlarla ilgili iyi şeyler , kötü şeylerden ağır basıyor.

D Y

2-İlaçlar ile kendimi uyuşturulmuş ve garip hissediyorum.

D Y

3-İlaçları kendi özgür irademle alıyorum.

D Y

4-İlaçlar beni daha rahat hissettirir .

D Y

5-İlaçlar beni yorgun ve bitkin hissettirir.

D Y

6-Sadece hasta hissettiğimde ilaç kullanırım.

D Y

7-İlaçlarla daha normal hissediyorum.

D Y

8-Vücudumun ve aklımın ilaçlar ile kontrol edilmesi bana doğal gelmiyor.

D Y

9-İlaçlarla düşüncelerim daha nettir.

D Y

10-İlaç almak (bozulma /hastalık dönemi) yaşamamı engeller.

D Y

Lütfen ilaçlarla ilgili veya bu ölçek ile ilgi herhangi bir başka yorumuz varsa buraya yazınız.

EK 5 - Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS)

1= Yok 2= Çok 3= Hafif 4= Orta 5= Orta/Ağır 6= Ağır 7=Çok ağır

POZİTİF BELİRTİLER ÖLÇEĞİ							
P1. Sanrılar	1	2	3	4	5	6	7
P2. Düşünce dağınıklığı	1	2	3	4	5	6	7
P3. Varsanılar	1	2	3	4	5	6	7
P4. Taşkınlık	1	2	3	4	5	6	7
P5. Büyüklük duyguları	1	2	3	4	5	6	7
P6. Şüphcilik/kötülük görme	1	2	3	4	5	6	7
P7. Düşmanca tutum	1	2	3	4	5	6	7

NEGATİF BELİRTİLER ÖLÇEĞİ							
N1. Duygulanımda küntleşme	1	2	3	4	5	6	7
N2. Duygusal iççekilme	1	2	3	4	5	6	7
N3. İlişki kurmada güçlük	1	2	3	4	5	6	7
N4. Pasif/kayıtsız biçimde kendini toplumdaki çekme	1	2	3	4	5	6	7
N5. Soyut düşünme güçlüğü	1	2	3	4	5	6	7
N6. Konuşmanın kendiliğinden ve akıcı olmasının kaybı	1	2	3	4	5	6	7
N7. Sterotipik düşünme	1	2	3	4	5	6	7

GENEL PSİKOPATOLOJİ ÖLÇEĞİ							
G1. Bedensel kaygı	1	2	3	4	5	6	7
G2: Anksiyete	1	2	3	4	5	6	7
G3. Suçluluk duyguları	1	2	3	4	5	6	7
G4. Gerginlik	1	2	3	4	5	6	7
G5. Manerizm ve vücut durumu	1	2	3	4	5	6	7
G6. Depresyon	1	2	3	4	5	6	7
G7. Motor yavaşlama	1	2	3	4	5	6	7
G8. İşbirliği kuramama	1	2	3	4	5	6	7
G9. Olağan dışı düşünce içeriği	1	2	3	4	5	6	7
G10. Yönelim bozukluğu	1	2	3	4	5	6	7
G11. Dikkat azalması	1	2	3	4	5	6	7
G12. Yargılama ve içgörü eksikliği	1	2	3	4	5	6	7
G13. İdare bozukluğu	1	2	3	4	5	6	7
G14. Dürtü kontrolsüzlüğü	1	2	3	4	5	6	7
G15. Zihinsel aşırı uğraşı	1	2	3	4	5	6	7
G16. Aktif biçimde sosyal kaçınma	1	2	3	4	5	6	7

PUANLAMA: Pozitif belirtiler:

Negatif belirtiler:

Genel psikopatoloji:

Toplam:

EK 6 - UKU (Ugvalg for Kliniske Undersgelser) Yan Etki Derecelendirme Ölçeği

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

UKU YAN ETKİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

1. RUHSAL YAN ETKİLER	0	1	2	3	9	Nedensel İlişki*		
						1	2	3
1.1. Konsantrasyon sorunları	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1.2. Kuvvetsizlik / Halsizlik / Kolay yorulma	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1.3. Uyku hali / Sedasyon	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1.4. Unutkanlık	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1.5. Depresyon	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1.6. Gerginlik / İç huzursuzluğu	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1.7. Uyku Süresinde Uzama	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1.8. Uyku Süresinde Azalma	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1.9. Rüya Görmede Artma	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1.10. Duygusal Kayıtsızlık	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. NÖROLOJİK YAN ETKİLER								
2.1. Distoni	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.2. Rijidite	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.3. Hipokinezi / Akinezi	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.4. Hiperkinezi	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.5. Tremor	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.6. Akatizi	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.7. Epileptik Nöbetler	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.8. Paresteziler	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. OTONOMİK YAN ETKİLER								
3.1. Akomodasyon Bozuklukları	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.2. Artmış Salivasyon	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.3. Azalmış Salivasyon (Ağızda Kuruluk)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.4. Bulantı / Kusma	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.5. İshal	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.6. Kabızlık	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.7. İşeme Sorunları	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.8. Poliüri / Polidipsi	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.9. Ortostatik Baş Dönmesi	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.10. Çarpıntı / Taşikardi	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.11. Terlemede Artış	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

*Nedensel İlişki 1- Muhtemel değil 2- Mümkün 3- Muhtemel

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

4. DİĞER YAN ETKİLER	0	1	2	3	9	Nedensel İlişki*		
						1	2	3
4.1. Döküntü	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
a- Morbiliform ☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b- Peteşi ☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c- Ürtiker ☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
d- Psöriatik ☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
e- Sınıflandırılmayan ☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.2. Kaşıntı	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.3. Fotosensitivite	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.4. Pigmentasyonda Artış	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.5. Kilo Artışı	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.6. Kilo Kaybı	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.7. Menoraji	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.8. Amenore	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.9. Galaktore	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.10. Jinekomasti	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.11. Cinsel İstekte Artma	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.12. Cinsel İstekte Azalma	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.13. Ereksiyon Bozukluğu	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.14. Ejekülasyon Bozukluğu	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
a- Prematür ☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b- Geç ☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.15. Orgazm Sorunları	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.16. Vajende Kuruluk	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.17. Baş Ağrısı	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
a- Gerilim baş ağrısı ☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b- Migren ☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c- Diğer ☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.18. Fiziksel Bağımlılık	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.19. Psikolojik Bağımlılık	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

*Nedensel İlişki 1- Muhtemel değil 2- Mümkün 3- Muhtemel

5. YAN ETKİLERİN HASTANIN GÜNLÜK PERFORMANSINI ETKİLEMESİNİN GENEL DEĞERLENDİRİLMESİ

- ☐ 0 Yan etki yok
☐ 1 Hastanın performansını etkilemeyen hafif yan etkiler
☐ 2 Hastanın performansını orta derecede etkileyen yan etkiler
☐ 3 Hastanın performansını belirgin derecede etkileyen yan etkiler

6. DEĞERLENDİRMİYİ YAPAN

- ☐ 1 Hasta ☐ 2 Doktor

7. SONUÇ

- ☐ 0 Herhangi birşey yapılmaması.
☐ 1 Hastanın daha sık değerlendirilmesi, ilaç dozunda daha sık değişiklik yapılmaması ve/veya yan etkilerin ara sıra ilaçla tedavisi.
☐ 2 İlaç dozunun azaltılması ve/veya yan etkilerin ilaçlarla sürekli tedavisi.
☐ 3 İlacın kesilmesi veya diğer bir ilaçla tedaviye devam edilmesi.

EK 7 - Şizofreni için Yaşam Niteliği Ölçeği

Hasta Adı : Uygulama Tarih:.....

1. Evdeki İlişkiler	0 1 2 3 4 5 6
2. Arkadaş İlişkileri	0 1 2 3 4 5 6
3. Tanıdık Edinebilme	0 1 2 3 4 5 6
4. Sosyal Aktiviteler	0 1 2 3 4 5 6
5. Sosyal Bağlar	0 1 2 3 4 5 6
6. Girişkenlik	0 1 2 3 4 5 6
7. Toplumdan Uzaklaşma	0 1 2 3 4 5 6
8. Karşı Cins İle İlişkiler	0 1 2 3 4 5 6
9. Mesleki role uyum	0 1 2 3 4 5 6
10. Başarı	0 1 2 3 4 5 6
11. Potansiyelini Kullanabilme	0 1 2 3 4 5 6
12. Mesleki doyum	0 1 2 3 4 5 6
13. Amaç Edinebilme	0 1 2 3 4 5 6
14. Motivasyon	0 1 2 3 4 5 6
15. Çevreye İlgi	0 1 2 3 4 5 6
16. Anhedoni	0 1 2 3 4 5 6
17. Zaman Kullanımı	0 1 2 3 4 5 6
18. Kişisel İlişkiler	0 1 2 3 4 5 6
19. Günlük Faaliyetler	0 1 2 3 4 5 6
20. Eşduyum	0 1 2 3 4 5 6
21. Görüşmeci ile etkileşim	0 1 2 3 4 5 6

Puanlama: Kişiler Arası İlişkiler (1–8): Mesleki Rol (9–12) : . . . Ruhsal
Bulgular (13–17, 20-21) : Kişisel Eşya/Faaliyet (18–19) : . . . Toplam:

EK 8 - Bakım Veren İçin Sosyodemografik Veri Formu

1)Adı - Soyadı

2)Cinsiyet: 1)Kadın 2) Erkek

3)Yaşı:

4)Öğrenim Durumu: 1)Okuryazar 2) İlkokul 3)Ortaokul 4) Lise 5)Yüksek okul

5)Medeni Durumu: 1) Bekar 2) Evli 3) Boşanmış 4)Dul (eşı ölmüş)

6)Çalışma Durumu: 0) Çalışmıyor 1) Çalışıyor 2)Emekli 3)Ev hanımı

7)Yakınlık Durumu: 1)Anne/Baba 2) Kardeş 3)Eş 4)Çocuk 5)Diğer

8)Aylık Gelir Durumu: 1)500 TL altı 2)500-1000 TL 3)1000-1500 TL 4)1500 TL üstü

9) Ek Bedensel Hastalık: 0)Var 1)Yok

10) Ne kadar süredir bakım veriyor?

EK 9 - Zarit Bakım Veren Yüğü Ölçeği

1- Yakınınızla geçirdiğiniz zaman yüzünden kendiniz için yeterli zamanınız olmadığını düşünür müsünüz?

Asla(1) Nadiren(2) Arasıra(3) Oldukça sık(4) Neredeyse her zaman(5)

2- Yakınıınıza bakma ve aileniz ya da işinizle ilgili diğer sorumlulukları yerine getirmeye çalışma arasında kalmaktan dolayı kendinizi sıkıntılı hisseder misiniz?

Asla(1) Nadiren(2) Arasıra(3) Oldukça sık(4) Neredeyse her zaman(5)

3-Yakınınızla birlikteyken kızgınlık hisseder misiniz?

Asla(1) Nadiren(2) Arasıra(3) Oldukça sık(4) Neredeyse her zaman(5)

4- Yakınınızın şu anda ailenin diğer üyeleri ya da arkadaşlarınızla olan ilişkinizi olumsuz şekilde etkilediğini düşünür müsünüz?

Asla(1) Nadiren(2) Arasıra(3) Oldukça sık(4) Neredeyse her zaman(5)

5-Yakınınızın geleceği ile ilgili korkularınız olur mu?

Asla(1) Nadiren(2) Arasıra(3) Oldukça sık(4) Neredeyse her zaman(5)

6- Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünür müsünüz?

Asla(1) Nadiren(2) Arasıra(3) Oldukça sık(4) Neredeyse her zaman(5)

7- Yakınınızla birlikteyken kısıtlanmış hisseder misiniz?

Asla(1) Nadiren(2) Arasıra(3) Oldukça sık(4) Neredeyse her zaman(5)

8- Yakınınızla uğraşmaktan dolayı sağlığınızın bozulduğunu hisseder misiniz?

Asla(1) Nadiren(2) Arasıra(3) Oldukça sık(4) Neredeyse her zaman(5)

9- Yakınınız yüzünden istediğiniz düzeyde bir özel hayatınız olmadığını düşünür müsünüz?

Asla(1) Nadiren(2) Arasıra(3) Oldukça sık(4) Neredeyse her zaman(5)

10- Yakınıınıza bakmanız nedeniyle sosyal hayatınızın bozulduğunu hisseder misiniz?

Asla(1) Nadiren(2) Arasıra(3) Oldukça sık(4) Neredeyse her zaman(5)

11- Yakınınız nedeniyle arkadaşlarınızı davet etmekten rahatsızlık duyar mısınız?

Asla(1) Nadiren(2) Arasıra(3) Oldukça sık(4) Neredeyse her zaman(5)

12- Yakınınızın sanki sırtını dayayabileceği tek kişi sizmişsiniz gibi, sizden ona bakmasını beklediğini hisseder misiniz?

Asla(1) Nadiren(2) Arasıra(3) Oldukça sık(4) Neredeyse her zaman(5)

13- Kendi harcamalarınıza ek olarak yakınıınıza bakacak kadar paranız olmadığını düşünür müsünüz?

Asla(1) Nadiren(2) Arasıra(3) Oldukça sık(4) Neredeyse her zaman(5)

14- Yakınınız hastalandığından beri yaşamınızı kontrol edemediğinizi hissedermisiniz?

Asla(1) Nadiren(2) Arasıra(3) Oldukça sık(4) Neredeyse her zaman(5)

15- Yakınınızın bakımını biraz da başkasına bırakabilmiş olmayı diler misiniz?

Asla(1) Nadiren(2) Arasıra(3) Oldukça sık(4) Neredeyse her zaman(5)

16- Yakınınızla ilgili ne yapacağınız konusunda kararsızlık hissedermisiniz?

Asla(1) Nadiren(2) Arasıra(3) Oldukça sık(4) Neredeyse her zaman(5)

17- Yakınınız için daha fazlasını yapmanız gerektiğini düşünür müsünüz?

Asla(1) Nadiren(2) Arasıra(3) Oldukça sık(4) Neredeyse her zaman(5)

18- Yakınınızın bakımı ile ilgili olarak daha iyisini yapabilirdim diye düşünür müsünüz?

Asla(1) Nadiren(2) Arasıra(3) Oldukça sık(4) Neredeyse her zaman(5)

19- Tümüyle değerlendirdiğinizde yakınınızın bakımı ile ilgili kendinizi ne kadar yük altında hissedersiniz?

Asla(1) Nadiren(2) Arasıra(3) Oldukça sık(4) Neredeyse her zaman(5)