



T.C.

CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BİPOLAR BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA İLAÇ UYUMU VE
ETKİLEYEN BAZI FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

AYŞE AKSOY

YÜKSEK LİSANS TEZİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI

2013



T.C.

**CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**BİPOLAR BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA İLAÇ UYUMU VE
ETKİLEYEN BAZI FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

AYŞE AKSOY

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. MERAL KELLEÇİ**

SİVAS

2013

Bu çalışma Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan

Prof. Dr. Haldun SÜMER

Üye

Doç. Dr. Havva TEL

Üye (Danışman)

Doç. Dr. Meral KELLEÇİ

ONAY

Bu tez çalışması, 12/06/2013 tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Ömer POYRAZ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
MÜDÜRÜ

Bu Tez Cumhuriyet Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Başkanlığı tarafından SBF-022 numaralı çalışma olarak desteklenmiştir.

Bu tez Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 24/09/2008 tarih ve 009 sayılı kararı ile kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzu adlı yönergeye göre hazırlanmıştır.

ÖZET

BİPOLAR BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA İLAÇ UYUMU VE ETKİLEYEN BAZI FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

Ayşe AKSOY

Yüksek Lisans Tezi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Danışman: Doç. Dr. Meral KELLEÇİ

2013, 82 sayfa

Bu çalışma Bipolar Affektif Bozukluk (BAB) tanısı olan hastaların ilaç uyumu ve etkileyen bazı faktörlerin incelenmesi amacı ile yapılan kesitsel bir araştırmadır. Araştırmanın evrenini bir devlet hastanesine 01 Ocak - 31 Aralık 2011 tarihleri arasında Bipolar Affektif Bozukluk tanısı ile kayıtlı olan, Sivas il merkezinde yaşayan, ek psikiyatrik tanısı olmayan 280 hasta oluşturdu. Araştırmanın örnekleme tüm hastalar dâhil edildi ve çalışmada telefonla aranarak bilgi verildikten sonra ev ziyaretini ve çalışmaya katılmayı kabul eden 150 kişiye ulaşıldı. Veriler, ev ziyareti ile yüz yüze görüşme yapılarak “Kişisel Bilgi Formu”, “Morisky Uyum Ölçeği”, “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği” ve “Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği” ile elde edildi. Veriler bilgisayar ortamında SPSS istatistik paket programı ile Frekans, Ortalama, Standart sapma, Kolmogorov – Smirnov, Pearson Ki-Kare testi, Fisher Exact test, Phi katsayısı, Cramer’s V, Mann Whitney U test, Cronbach Alpha ve Lojistik regresyon analizi kullanılarak değerlendirildi.

Çalışmaya katılan hastaların %54’ü kadın, %58’i 40 yaş ve altında, %51,3’ü bekâr, %46,7’si ilköğretim mezunu, %64’ünün geliri giderine denk, %73,3’ü çalışmıyor ve %67,3’ü çekirdek ailede yaşıyordu. Çalışmada hastaların %55,3’ünün ilaç tedavisine uyumsuz olduğu saptandı. Hastaların yaşının, cinsiyetinin, medeni durumunun, çalışma durumunun, hastalık tipinin, fiziksel hastalık öyküsünün, hastalık süresinin ve hastaneye yatış sayısının ilaç uyumuna etkisi istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$). Eğitim durumunun ise ilaç uyumuna etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$). Eğitim düzeyi arttıkça ilaç uyumu da artmaktaydı. İlaç kullanım süresi az olan hastaların ve düzenli ilaç kullanmasına bir engel olduğunu belirten hastaların uyumsuzluk oranı daha yüksek bulundu. İlaç kullanımını engelleyen durumlar ile ilaç uyumu arasında $\Phi=$

%32,2 düzeyinde negatif yönlü anlamlı ilişki görüldü. İlaç kullanımını engelleyen durumların oranı arttıkça ilaç uyumu azalmaktaydı. Düzenli ilaç kullanmaya %32,4 ilaç kullanarak düzeleceğine inanmamanın, %27,4 yan etki yaşamamanın engel olduğu bulundu.

Stresle baş etme tarzları alt boyutlarından çaresiz yaklaşımın ve boyun eğici yaklaşımın ilaç uyumuna etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$). Çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım puanı yüksek olan hastalarda ilaç uyumsuzluğu anlamlı olarak yüksekti. Sosyal destek grupları puan ortalamalarının ilaç uyumuna etkisi istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$). Lojistik regresyon analizinde eğitim düzeyi okur–yazar olmayan hastaların ilaç uyumsuzluğu riski, eğitim düzeyi ilköğretim olan hastalara göre OR=9,9 (1,5 – 65) kat, ilaç kullanımını engelleyen durumları olan hastaların ilaç uyumsuzluk riski OR=5,8 (2,4 – 14,1) kat fazla, ilaç kullanım süresi 1–5 yıl olan hastalarda ilaç uyumsuzluğu riski, İlaç kullanım süresi 6– 10 yıl olan hastalara göre OR=2,6 (1,0 – 6,9) kat fazla bulundu.

Çalışmanın sonucunda hastaların yarıdan biraz fazlasının ilaç uyumsuzluğu olduğu, eğitim düzeyi düşük, ilaç kullanım süresi 1–5 yıl arasında, stresle baş etmede çaresiz ve boyun eğici yaklaşım kullanan ve ilaç kullanmasına bir engeli olduğunu belirten hastaların daha fazla uyumsuz oldukları saptandı. Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin hastaların ilaç uyumlarını arttırmaları için bu özellikleri dikkate almaları ve geliştirilecek programlarda ilaç kullanmaya engel olan faktörleri ele almaya yönelik strateji geliştirilmesi gerektiği düşünüldü.

Anahtar sözcükler: Bipola Affektif Bozukluk tanısı olan hastalar, ilaç uyumu, Morisky Uyum Ölçeği, stresle başa çıkma, sosyal destek, etkileyen faktörler, hemşirelik.

ABSTRACT

MEDICATION COMPLIANCE IN PATIENTS WITH BIPOLAR DISORDER AND INVESTIGATION OF SOME FACTORS AFFECTING

Ayşe AKSOY

Master Thesis, Department of Psychiatric Nursing

Supervisor: Assoc. Dr. Meral KELLEÇİ

2013, 82 pages

This is an cross-sectional research that was conducted to estimate adherence to treatment in patients with bipolar affective disorder and to determine some of the factors that may cause adherence problems. The population of the study consisted of 280 patients who have been registered with one psychiatric disorder, with the diagnosis of bipolar affective disorder, in a public hospital in the period between 1 January to 31 December 2011, and who lived at the city center of Sivas. All patients were included in the study sample and the study, after being contacted by telephone and informed about the study, 150 patients who agreed to participate in the study and home visits reached. Data were collected through face-to-face interviews at home visits using "Personal Information Form", "Morisky Medication Adherence Scale", "Multidimensional Scale of Perceived Social Support" and "Ways of Coping Questionnaire". Data were analysed with frequency, mean, standard deviation, Kolmogorov - Smirnov, Pearson chi-square test, Fisher's exact test, Phi coefficient, Cramer's V, Mann-Whitney U test, Cronbach's alpha, and logistic regression analysis by using SPSS statistical software package.

Out of the patients participating in the study, 54% were women, 58% aged under 40 years, 51,3% were single, 46,7% were primary school graduates, 64% had incomes equivalent to expenses, 73.3% were unemployed, and 67,3% were living in nuclear families. Non-adherence with treatment was detected in 55,3% of the study group. The correlation determined between patients' age, gender, marital status, employment status, type of disease, history of disease, duration of disease, and the number of hospitalizations was not statistically significant ($p>0,05$). However, the effect of educational status on adherence to therapy was statistically significant ($p<0,05$); such

that, adherence to drug therapy improved as the level of education increased. Patients with shorter duration of drug therapy, and indicating problems associated with regular medication showed higher rates of non-adherence to drug therapy. Possible problems inhibiting regular drug therapy and the level of adherence to treatment showed a significant negative correlation, with Phi = 32,2%; such that, adherence to treatment decreased as the rate of problems increased. In 32,4% of cases, misgivings of the patients concerning the success of regular drug therapy caused to drug adherence, whereas in 27,4% of cases, experiencing adverse effects of the therapy was the reason of non-adherence.

Among sub-dimensions of coping with stress, the effects of Desperate Approach and Submissive Approach on adherence to treatment were statistically significant ($p < 0,05$). In the patients with higher scores of Desperate Approach and Submissive Approach, adherence to treatment was statistically significant. The effect of the mean scores of social support groups on treatment adherence was not statistically significant ($p > 0,05$). Logistic regression analysis revealed the risk of non-adherence to treatment was OR=9,9 (1,5 – 65) times higher for illiterate patients compared to primary school graduates, OR=5,8 (2,4 – 14,1) times higher for patients having problems preventing regular drug therapy, and OR=2,6 (1,0 – 6,9) times higher for patients on medication for 1-5 years compared to patients on medication for 6-10 years.

As a result of the study, we observed that slightly more than half of the patients experienced non-adherence to drug therapy, furthermore, low levels of education, 1-5 years of duration of drug use, desperate and submissive approaches to coping with stress, and problems inhibiting regular use of drugs were found to increase the level of non-adherence to therapy. We are in the opinion that, nurses working in psychiatric clinics should consider these issues to enhance their patients' adherence to medication and develop strategies to address the factors that would inhibit the regular use of drugs.

Key Words: Patients with Bipolar Affective Disorder, medication adherence, Morisky Medication Adherence scale, coping with stress, social support, affecting factors, nursing

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans öğrenimim boyunca bilgisiyle yolumu aydınlatan, tecrübesiyle yol gösteren, desteği ve ilgisiyle adımlarımı atmamda beni cesaretlendiren, motive eden çok değerli danışman hocam Sayın Doç. Dr. Meral KELLEÇİ'ye

Her daim yanımda olan emeklerini ve ilgilerini esirgemeyen, sevgileriyle büyüyüp huzur bulduğum, her zaman destek olan, hayatımın her zorluğunda varlıklarını ve dualarını yanımda hissettiğim ANNE ve BABAMA,

Hayatımın her aşamasında desteklerini yanımda hissettiğim her anımı kıymatlandıran, her zaman hayatımı kolaylaştırıp beni motive eden KARDEŞLERİME,

Çalışma hayatım ve yüksek lisans öğrenimim boyunca beni destekleyen, motive eden ve motivasyonumu canlı tutan, güler yüzlerini ve emeklerini esirgemeyen iş arkadaşlarım, Dostlarım Hacer KAŞKAYA'ya, Gülendem YUVACI'ya, Emine BULUT'a, Aysemin ÇİFÇİ'ye, Emine İZYURDU'na Meral KOÇAK'a, Öznur ASLAN'a, Hatice ÇATAK'a, Emine AKGÜN'e, Hilal KIRAC'a, İlkay ŞİMŞEK'e

Çalışmalarım sırasında desteğini esirgemeyen Uz. Dr. Etem Erdal ERŞAN'a

Yüksek lisans öğrenimim boyunca yanımda olan iyi ve kötü zamanlarımızı paylaştığımız, desteklerini esirgemeyen ders arkadaşlarım, Dostlarım Birnur YEŞİLDAĞ BAYRAK ve Nurhayat KILIÇ'a

Her daim motivasyonunu canlı tutan, destek veren ilgisini esirgemeyen Yrd. Doç. Dr. Ümit ÜNCÜ'ye

SONSUZ TEŞEKKÜRLERİMLE...

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	vi
TEŞEKKÜR.....	viii
TABLolar DİZİNİ.....	xi
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xii
KISALTMALAR DİZİNİ.....	xiii
1. GİRİŞ VE PROBLEMİN TANIMI.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	6
2.1 Bipolar Affektif Bozukluk.....	6
2.1.1 Bipolar Affektif Bozukluğun Epidemiyolojisi.....	6
2.1.2 Bipolar Affektif Bozukluğun Etyolojisi.....	9
2.1.3 Bipolar Affektif Bozukluğun Belirti ve Bulguları.....	11
2.1.4 Bipolar Affektif Bozukluğun Tedavisi.....	13
2.2 İlaç Uyumu.....	15
2.2.1 İlaç Uyumunu Etkileyen Faktörler	18
2.2.1.1 Stres ve Stresle Başetme.....	21
2.2.1.2 Sosyal Destek.....	25
2.2.2 İlaç Uyumunu Değerlendirme.....	27
2.2.3 Bipolar Affektif Bozukluğu Olan Hastaların İlaç Uyumunun Sağlanması ve Hemşirelik Yaklaşımı.....	30
3. GEREÇ VE YÖNTEM	34
3.1. Araştırmanın Türü	34
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer.....	34
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	34
3.4. Verilerin Toplanması.....	34
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu.....	35
3.4.2. Morisky Uyum Ölçeği.....	35
3.4.3. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği.....	35
3.4.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği.....	36
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi	37
3.6. Araştırmanın Etik Boyutu	37
4. BULGULAR.....	38
5. TARTIŞMA.....	50
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	58

6.1 Sonuçlar.....	58
6.2 neriler.....	60
KAYNAKLAR.....	62
EKLER.....	71
ÖZGEÇMİŞ.....	82

TABLolar

Tablo 1.	Bipolar affektif bozukluk yaşam boyu prevalansı.....	7
Tablo 2.	Duygudurum bozukluğu ve baş etme tarzı arasındaki ilişkinin incelendiği kesitsel çalışmalar.....	24
Tablo 3.	Bipolar bozukluğu olan bireylerde ilaç tedavisi uyumunu ölçme metotlarının avantaj ve dezavantajları.....	29
Tablo 4.	Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı.....	38
Tablo 5.	Hastaların hastalıkla ilgili özelliklere göre dağılımı.....	39
Tablo 6.	Hastaların ilaçlarla ilgili özelliklere göre dağılımı.....	40
Tablo 7.	Hastaların düzenli ilaç kullanmasını engelleyen faktörlerin dağılımı.....	42
Tablo 8.	Hastaların altarnetif yöntem kullanma ve etkileri dağılımı.....	42
Tablo 9.	Hastaların morisky ilaç uyum ölçeğine göre ilaç uyumu dağılımı.....	43
Tablo 10.	Hastaların stresle baş etme düzeyi puan ortalamalarının dağılımı.....	44
Tablo 11.	Hastaların sosyal destek ölçeği puan ortalamalarının dağılımı.....	44
Tablo 12.	Hastaların demografik özelliklere göre ilaç uyum grupları arasında dağılımı.....	45
Tablo 13.	Hastaların hastalıkla ilgili özelliklerine göre ilaç uyum grupları arasında dağılımı.....	46
Tablo 14.	Hastaların ilaçlarla ilgili özelliklerine göre ilaç uyumu grupları arasında dağılımı.....	47
Tablo 15.	Hastaların stresle baş etme tarzları ölçeği puan ortalamalarının ilaç uyum grupları arasında dağılımı.....	48
Tablo 16.	Hastaların sosyal destek ölçeği puan ortalamalarının ilaç uyum grupları arasında dağılımı.....	48
Tablo 17.	İlaç uyumuna etki eden faktörler için lojistik regresyon analizi.....	49

ŞEKİLLER

Şekil 1. Hastaların ilaç uyum oranlarının dağılımı	43
--	----

KISALTMALAR

BAB	Bipolar Affektif Bozukluk
MUÖ	Morisky Uyum Ölçeği
SBTÖ	Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği
ÇBASDÖ	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

1. GİRİŞ VE PROBLEMİN TANIMI

Bipolar Affektif Bozukluk (BAB) belli bir düzen olmaksızın tekrarlayan manik, depresif ya da ikisini de kapsayan karma epizotlarla giden ve bu epizotlar arasında kişinin tamamen sağlıklı duygudurumu haline dönebildiği kronik seyirli, belirgin psikososyal bozulmaya ve yeti yitimine yol açabilen, toplumda sık görülen, mortalite ve morbiditesi yüksek bir duygudurum bozukluğudur (Saka ve ark., 2001; Işık, 2003; Bauer ve Pfennig, 2005; Sajatovic, 2005; Öztürk ve Uluşahin, 2008; Eroğlu ve Özpooyraz, 2010). Bipolar bozukluk, özellikle pek çok sakatlayıcı ve intihar girişiminde bulunan hastaların %25-50'sinde görülür. Dünya Sağlık Örgütü bipolar affektif bozukluğu, şiddetli engelliliğe neden olan hastalıklar arasında sınıflandırmaktadır (WHO, 2008). Ömür boyu yaygınlık tahminleri Bipolar-I için % 0,6, Bipolar-II için % 0,4, eşik altı Bipolar bozukluk için % 1,4'tür (Merikangas ve ark., 2011).

BAB; intihar girişimi, madde kötüye kullanım ve yatış oranının yüksek olması, akademik başarının kötü olması, kişilerarası iletişim sorunları ve yasal güçlükler nedeniyle tüm insanların hayatlarına ciddi zararlar vermektedir (Turhan, 2007; Miasso ve ark., 2009; Crowe, 2011). Hastalığın tekrarlama oranları bir yılda %35,7 ile %55 arasında değişmekte olup 5 yılda görülen tekrarlama oranı ise % 73 olarak bildirilmektedir (O'Connel ve ark, 1991; Gitlin ve ark., 1995; Kora ve ark, 2008; Tang ve ark, 2010). Geçirilen her atak yeni bir atak geçirme riskini artırır ve hastalığın neden olduğu yeti yitimi ve kayıplar her atakla birlikte ağırlaşır (Eroğlu ve Özpooyraz, 2010). Amerika Birleşik Devletleri'nde BAB ekonomik yükünün yıllık yaklaşık 30,5–45 milyar dolar olduğu ve bunun 7 milyar dolarının (%16) doğrudan tedavi maliyeti olduğu tahmin edilmektedir. Bu çalışmada dolaylı tedavi maliyetlerinin 38 milyar dolar olduğu ve bunun 17 milyar dolarının (%45) üretkenliğin kaybı veya azalması nedeniyle, 8 milyar dolarının (%18) ise intihar nedeniyle kaybedilen insan gücüne bağlı olduğu bildirilmiştir (Wyatt ve Henter, 1995).

BAB'da epizodların sıklığı ve şiddetini kontrol altına almak, olumsuz psikososyal sonuçları önlemek, eşlik eden morbidite ve mortaliteyi azaltmak ve epizodlar arası işlevselliği düzeltmek için tedavi gereklidir (Gönül ve ark. 2000; Işık, 2003; Darling ve ark., 2008; Eroğlu ve Özpooyraz, 2010; Mahmood, 2010;). BAB'ın tedavisinde ilk seçenek ilaç tedavisi olup, psikoterapi ile birlikte kullanılan etkili ilaçlar hastaların %60–80'inde normal bir hayat sürdürmelerine olanak sağlamaktadır. İlaç

tedavisinin etkinliği ise doğrudan uyum ile ilgilidir (Sofuoğlu ve Turan, 2000; Oral ve ark., 2002; Miasso ve ark., 2009; Colom, 2010).

Tedaviye uyum; sağlık profesyonelleri tarafından önerilen tedaviyi kabul edip uygulamak, belirlenen tarihte kontrole gelmek, bir tedavi programına başlayıp tamamlamak, ilaçları önerilen dozda ve sürede kullanmak, davranış ve diyetle ilgili verilen değişikliklere uymak olarak ifade edilir (Sofuoğlu ve Turan, 2000; WHO, 2003; Yılmaz, 2004; Çakır ve ark., 2010). Tedaviye uyum hem prognozu etkileyen hem de tedavi maliyetini düşüren bir faktör olarak kabul edilmekte fakat tedaviye uyumsuzluk bütün hastalıklarda, özellikle kronik hastalıklarda tedavinin başarısını engelleyen önemli bir sorun olmaktadır (Sofuoğlu ve Turan, 2000; Ünal ve ark., 2006; Riley ve ark., 2009). Tedaviye uyumsuzluğun hastalık belirtilerinin tekrarlaması, hastaneye yeniden yatış ve yatışa bağlı sağlık maliyetlerini, intiharları, morbidite ve mortaliteyi arttırması gibi sonuçları vardır (Roy ve ark., 2005; Sajatovic ve ark., 2005; Clatworthy ve ark., 2007; Johnson ve ark., 2007; Sajatovic, 2007a; Miasso ve ark., 2008; Miasso ve ark., 2009; Riley ve ark., 2009; Colom, 2010; Çakır ve ark., 2010). Fakat hastaların ilaç uyumsuzluğunun nedenleri henüz tam olarak anlaşılmış değildir. Ruhsal hastalıklarda uyumsuzluk geleneksel olarak “içgörü eksikliği” veya bozukluğun bir belirtisi olarak açıklanır, ancak bu iki neden ilaç uyumu ile ilgili sınırlı bilgi vermektedir (Crowe, 2011). Diğer taraftan ilaç uyumunu aileye ilişkin nedenler, hastanın ve ailenin hastalığı açıklama modelleri ve çare arama yöntemlerinin tıbbi modelden farklı olması ve hastanın çevresine ilişkin etkenlerin etkileyebileceği vurgulanmaktadır. Özellikle yetersiz aile desteği, hastalık ve tedavi konusunda bilgi eksikliği, ailenin olumsuz inanç ve tutumlara sahip olma ve hastalıktan etiketlenme korkusu hastanın “ilaç almanın problemleri çözmeyeceği” fikrine inanılan bir çevrede yaşaması, hastanın ailesinin eski tecrübeleri ve dini inançları ilaç uyumunu etkileyen faktörler olarak sayılabilir (Sofuoğlu ve Turan, 2000; Ünal ve ark., 2006; Sajatovic ve ark., 2007a; Çakır ve ark., 2010).

BAB da ilaç tedavisine uyumsuzluk yaygın olarak görölmektedir ve ilaç tedavisine uyumsuzluk oranları %20-%60 arasında değişmektedir (Colom ve ark, 2005; Miasso ve ark., 2009; Pompili ve ark, 2009; Riley ve ark., 2009; Colom, 2010; Crowe, 2011). BAB tanılı hastaların yaklaşık %60'ı başlanan tedaviyi altı ay içinde bırakmakta ve %35'i uzun yıllar tedaviye başvurmamaktadır (Işık, 2003). BAB tanısı olan hastaların üçte birinden fazlası kendi doktoru ile işbirliği yapmadan ilaçlarını iki veya daha fazla kez bırakmıştır ve her 10 bipolar hastadan dokuzu hayatlarında en az bir kez

ilaçlarını kullanmayı bıraktığını kabul etmiştir. Ayrıca BAB tanısı olan hastaların en az üçte biri kendi reçeteli ilaçlarını almada %70 başarısızdır (Colom ve ark. 2005; Sajatovic ve ark., 2007a).

Svarstad ve ark. (2001) BAB tanısı olan hastaların %33'ünün düzensiz ilaç kullandığını, hastaneye yatış oranının, düzensiz kullanıcılarda %73 iken düzenli kullananlarda %31 olduğunu, ortalama hastanede yatış süresinin düzensiz kullanıcılarda 37 gün iken düzenli kullanıcılarda 4 gün olduğunu ve hastane maliyetinin de düzenli kullanıcılarda 1657 dolar, düzensiz kullanıcılarda ise 9701 dolar olduğunu bildirmiştir.

BAB tanısı olan hastalarda ilaç uyumsuzluğu, yaşam kalitesinin düşmesine (Miasso ve ark., 2009; Crowe, 2011), hastaneye yatış oranlarının artmasına, bakım masrafları ve mortalitenin yüksek olmasına (Kripalani ve ark. 2009; Miasso ve ark., 2009; Riley ve ark., 2009), depresif ataklara, intiharlara, tedavinin bozulmasının yanı sıra fonksiyonel durumun bozulmasına ve semptomların artmasına neden olmaktadır (Zeber ve ark., 2008).

İlaç uyumu ile ilgili ülkemizde yapılan çalışmalar sınırlıdır. Yapılan çalışmalarda ise uyumsuzluk nedenleri: depresif hastalarda, %42 ile bilgi eksikliği, %39 ile ilaç yan etkileri (Demirkıran ve Terakye, 2001), psikotik hastalarda büyük oranda ilacın yararına inanmama, ilaç yan etkileri, hastaneye getirecek kimsesinin olmaması (%16,1) ve hastanın aileye sorun çıkarmaması (%27,4) olarak bildirilmiştir (Ünal ve ark., 2006). Yurt dışında psikiyatrik hastalarla yapılan çalışmalarda ilaç uyumsuzluğu ile ilgili 4 ana faktör tespit edilmiştir. Hasta ile ilgili faktörler: yaş, cinsiyet, medeni hal, madde bağımlılığı, psikoz, kişilik bozukluğu, hasta rolü kazancı; hastalıkla ilişkili faktörler: ruhsal hastalığı olan kişilerde içgörü eksikliği, uzun süre ilaç kullanımının gerekliliği konusunda farkındalık eksikliği, duygudurum hastalıklarının kronik olması, hastalıkla ilgili bilgi eksikliği, stigma, hastalığı kabul/reddi, hastalık aşaması; ilaç ile ilgili faktörler: iyileşme veya hiçbir iyileşme belirtisi olmaması, yan etkiler, ilaç bağımlılığı konusundaki endişeler; hekim ve hasta arasındaki ilişki de dahil olmak üzere-hekim ile ilgili faktörler: hekimler tarafından yetersiz açıklama yapılması, ortak tedavi ittifakı, klinisyene güven, önceden tedavi uyumsuzluğunun olması, bakımın algılanan sürekliliği, yardımcı psikososyal müdahalelerdir (Roy ve ark., 2005; Johnson ve ark., 2007; Berk ve ark., 2010; Madmood ve ark., 2010).

BAB olan hastalarda ilaç uyum ve uyumu etkileyebilecek ilişkili faktörlerle ilgili çalışmalar oldukça sınırlıdır. Yapılan bir çalışmada klinik/demografik değişkenler; bireysel, psikolojik, sosyal nedenler ve sağlık inançları; tedavi ile ilişkili faktörler;

klinisyen-hasta ilişkisi; bilişsel ve nöropsikolojik defektler ilaç uyumu ile ilişkili faktörler olarak belirlenmiştir (Sajatovic ve ark., 2007a). Bu faktörlerle birlikte hastaların ilaç uyumlarını etkileyebilecek bir neden olarak stresle baş etme biçimleri yer alabilir. Duygulanım ile stres ilişkisi uzun yıllardır bilinmektedir. Çevresel olaylar depresif epizotların muhtemel tetikleyicisi olarak görülür. Depresyon ataklarından önce birçok kez şiddetli bir stresörün olduğu, ayrıca kronik stresin de stresli yaşam olaylarının depresyona neden olduğu bilinmektedir (Kılıç ve Eşel, 2002). Manik epizot oluşumunda stres etkenleri rol oynamaktadır ve stres düzeyi yüksek olan hastalarda yineleme, 4,5 kat daha fazladır (Işık, 2003). Ancak stresle baş etmenin ilaç uyumuyla ilişkisini inceleyen bilgilere literatürde rastlanmamıştır. Oysa stresle etkili baş edemeyen bireylerde ilaç uyumsuzluğu daha yüksek oranda olabilir. Diğer taraftan ilaç uyumu ile sosyal destek arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda mevcuttur. Ancak bu çalışmalar diğer psikiyatrik hastalığı olan bireylerle yapılmıştır. Bilindiği gibi sosyal destek iyileşmeyi sağlamada önemlidir (Hendryx ve ark., 2009). Yeterli sosyal destek sağlığın korunması, geliştirilmesi, hastalıkların tedavisi ve rehabilitasyonunu olumlu yönde etkileyerek hastalık sürecine uyumu desteklemekte ve sosyal izolasyonu azaltarak hastaların yaşam kalitesini artırmaktadır (Hutchison, 1999). Aile ve sosyal destek eksikliği ise uyum problemlerine ve tedavide olumsuzluklara yol açmaktadır (Velligan ve ark, 2010). Pinikahana ve ark. (2002) tarafından yapılan bir gözden geçirme çalışmasında aile üyeleri ile birlikte yaşayan şizofreni hastalarının tedaviye uyumlarının yakınları olmayanlara göre daha iyi olduğu vurgulanmaktadır. Ancak BAB tanısı olan hastaların ilaç uyumlarını etkileyen bir faktör olarak sosyal destek konusunu ele alan çalışmalara rastlanmamıştır.

Çalışmacılar ilaç uyumsuzluğunun neden olduğu yüksek nüks oranları ile hastaneye yatışı azaltmanın, hastaların yaşam kalitelerini arttırmanın ve hastalığın neden olduğu olumsuz yaşam deneyimlerini önlemenin yolu olarak ilaç uyumunu arttırmayı bir çözüm olarak ileri sürmektedirler (Clatworthy ve ark., 2007; Sajatovic ve ark., 2007a; Crowe, 2011). Psikiyatri hemşiresinin görevlerinden birisi de hastaların ilaç uyumunu arttırmaktır. Hasta ve ailesinin ilaç uyumu etkili, güncel, sorunun çözümüne yönelik ve kanıta dayalı olarak oluşturulmuş programlarla artırılabilir. Ancak BAB tanısı olan hastaların ilaç uyumu ve ilişkili faktörlerle ilgili mevcut bilgiler yeterli değildir. Bu nedenle BAB tanısı olan hastaların ilaç uyumlarının ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi büyük önem taşımaktadır. Bu şekilde nedenler ortaya konulduğunda

hastaların ilaç uyumlarını arttırmaya yönelik etkili programlar geliştirilebilir ve bakımda kullanılacak bilgiler elde edilmiş olur.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Bipolar Affektif Bozukluk

BAB belli bir düzen olmaksızın tekrarlayan depresif, manik ya da ikisini de kapsayan karma epizotlarla giden ve bu epizotlar arasında kişinin tamamen sağlıklı duygu durumu haline dönebildiği kronik seyirli, belirgin psikososyal bozulmaya ve yeti yitimine yol açabilen bir duygudurum bozukluğudur (Saka ve ark., 2001; Işık, 2003; Sajatovic, 2005; Öztürk ve Uluşahin, 2008; Eroğlu ve Özpoyraz, 2010). Depresyon ve mani döneminin ortak özelliği, kişinin duygu durumunda olağan gidişten farklı nitelikte ve süreklilik gösteren emosyonel bir yaşantı olmasıdır. Bu farklılık, depresif dönemde duygulanımda izlenen elem ve keder yönünde artış veya manik dönemde izlenen neşe ve öfke tarzında bir artıştır (Işık, 2003).

Mani belirtilerinin süre ve şiddet olarak daha hafif seyrettiği, iş ve sosyal yaşamı ciddi ölçüde bozmayan, psikotik belirtiler içermeyen ve hastaneye yatış gerektirmeden ayaktan sağaltılabilecek düzeyde olduğu durumlar ise "hipomani" olarak adlandırılır (Işık, 2003; Yüksel, 2003; Geddes ve Briess, 2007; Yazıcı, 2007). Hem depresif hem de manik döneme ait belirtilerin bir arada bulunduğu dönem karma (miks) dönemdir. Manik ve depresif epizodlar bir yıl içinde dörtten fazla izleniyorsa bu duruma "hızlı döngülü bipolar bozukluk" adı verilmekte olup bu tablolar kadınlarda daha sık olarak izlenmektedir (Işık, 2003; Yüksel, 2003).

Ana özelliği, bir veya daha fazla manik veya karma dönem geçirme olan ve majör depresif dönemler bulunmasa bile ileride geçirilecekleri varsayılan durum Bipolar-I, ana özelliği en az bir majör depresif dönem ile en az bir hipomanik dönemin varlığı olan, fakat manik veya karma bir dönemin bulunmadığı durum Bipolar-II bozukluk olarak tanılandırılmaktadır. (Işık, 2003; Geddes ve Briess, 2007; Yazıcı, 2007).

2.1.1 Bipolar Affektif Bozukluğun Epidemiyolojisi

BAB toplumda sık olarak görülen, mortalite ve morbiditesi yüksek olan bir hastalıktır (Bauer ve Pfennig, 2005). Son dönemlerde yapılan doğal izlem çalışmalarında daha yüksek morbidite ve duygudurum koruyucuları ile daha düşük koruma oranları bildirilmektedir. Yapılan çalışmalarda bir yılda görülen hastalık tekrarlama oranları %35.7 ile %55 arasında değişmekte olup, 5 yılda görülen tekrarlama oranı ise %73

olarak bildirilmektedir (O'Connel ve ark, 1991; Gitlin ve ark., 1995; Kora ve ark, 2008; Tang ve ark, 2010).

Ömür boyu (ve 12-aylık) yaygınlık tahminleri Bipolar-I için %0,6 (%0,4), Bipolar-II için %0,4 (%0,3), eşik altı Bipolar bozukluk için %1,4'tür (%0,8) (Merikangas ve ark., 2011).

Tablo 1. Bipolar Affektif Bozukluk Yaşam Boyu Prevalansı

Tanı (DSM-IV)	Araştırmacı, Yıl/ Ülke	Orantı(%)
Bipolar- I	Kessler ve ark. (1994)/A.B.D.	0,4
Bipolar I ve II	Regier ve ark. (1988)/ABD	1,2
	Kessler ve ark. (1994) /ABD	1,6
	Lewinsohn ve ark. (1995) /ABD	5,7
	Weissman ve ark. (1996) / Uluslar arası çalışma	0,3-1,5
	Szadoczky ve ark. (1998) /Macaristan	5,0
	Angst ve ark. (1998) / İsviçre	8,3
	Jonas ve ark. (2003) / A.B.D.	1,6
Bipolar II	Oliver ve Simmons (1985) / A.B.D.	3,0
	Weissman ve ark. (1991) / A.B.D	0,6
	Stefansson ve ark. (1991) / İzlanda	0,5
Bipolar spektrum	Weissman ve Myers (1978) / A.B.D.	3,0
	Oliver ve Simmons (1985) / A.B.D.	3,3
	Heun ve Maier (1993) /Almanya	6,5
	Angst (1998) / İsviçre	2,8

(Aksiskal ve ark. 2000; Bauer ve Pfennig, 2005)

BAB'ın yaşam boyu prevalansı kadın ve erkek arasında farklılık göstermemekle birlikte, hastalığın fenomonoloji ve gidişinde çeşitli cinsiyet farklılıkları bulunmaktadır. Erkeklerde manik epizodlar, kadınlarda ise depresif epizodlar daha sıktır. İlk başlangıç epizodu erkeklerde daha çok manik, kadınlarda ise depresyondur. Kadınlar daha fazla karma epizod yaşamaktadır (Işık, 2003; Karamustafalıoğlu ve ark., 2004; Sajatovic, 2005; Uğur, 2008; Davidson, 2012; Kesebir ve ark., 2013).

BAB çocukluktan (5-6 yaş) 50 yaşına kadar (nadiren daha ileri yaş) her yaşta görülmekle birlikte ortalama başlangıç yaşı 30, erken başlangıç yaşı 17, ara ve geç başlangıç yaşları ise sırası ile 27 ve 46'dır (Gültekin ve ark., 2008). Hastaların %20-

30'unda ilk epizod 21 yaşından önce, %10'unda ise ilk epizod 50 yaşından sonra ortaya çıkmaktadır (Işık, 2003; Turhan, 2007.).

Hastalar yaşam boyu ortalama 8–10 epizod geçirirler. Ancak hızlı döngülü bipolar hastalarda olduğu gibi, bazı hastalar çok daha fazla sayıda atak geçirmektedir (Işık, 2003; Davidson, 2012). Hastaların %28'inde epizodlar mevsimsel özellik göstermektedir. Hastalığın kalıtsal yüklülüğü sonucunda bir sonraki nesilde tekrarladığı zaman başlama yaşı daha erken, prognoz daha kötü seyretmektedir (Işık, 2003; Turhan, 2007).

Erken başlayan olgular, geç başlayanlara göre daha fazla psikotik epizod, daha fazla karma epizod, daha fazla oranda panik bozukluğu birlikteliği gösterirler. Yine erken başlayanların birinci derece akrabalarında affektif bozukluk öyküsü de daha fazladır (Schürhoff ve ark. 2000; Schulze ve ark, 2002).

İntihar girişimi duygu durum bozukluklarında görülen ciddi bir komplikasyondur. BAB tanısı olan hastaların diğer psikiyatrik veya tıbbi hastalığı olan hastalara göre intihar riski yüksektir (Sajatovic, 2005). Yaşam boyu intihar girişimi BAB'ta %32,3, intihar nedeniyle ölüm oranı ise %19 olarak saptanmıştır. Bipolar depresyonu olanlarda intihar düşüncesi mani veya karma dönemlere göre daha sık görülmektedir (Dilsaver ve ark. 1997; Johnson ve ark. 2000; Valtonen ve ark., 2006; Merikangas ve ark., 2011; D'Ambrosio ve ark., 2012).

Genel topluma oranla BAB tanısı olan hastalardaki boşanma oranı 3 kat, işsizlik oranı 2 kat daha fazladır. Manik dönemde aşırı para harcama, trafik kazası yapma, suç işleme gibi kişinin kendine ve çevreye zarar verici olayları veya alkol/madde kötüye kullanımı gibi durumlar da çok sık izlenebilir. Tedavi harcamaları, hospitalizasyon, iş gücü kaybı vb. nedenlerle ekonomik kayıplara neden olabilir (Işık, 2003; Karamustafaloğlu ve ark., 2004; Sajatovic, 2005).

Amerika Birleşik Devletleri'nde BAB ekonomik yükünün yıllık yaklaşık 30,5-45 milyar dolar olduğu ve bunun 7 milyar dolarının (%16) doğrudan tedavi maliyeti olduğu tahmin edilmektedir. Bir çalışmada dolaylı tedavi maliyetlerinin 38 milyar dolar olduğu ve bunun 17 milyar dolarının (%45) üretkenliğin kaybı veya azalması nedeniyle, 8 milyar dolarının (%18) ise intihar nedeniyle kaybedilen insan gücüne bağlı olduğu bildirilmiştir (Wyatt ve Henter, 1995). İngiltere'de BAB yıllık maliyetinin yaklaşık 2 milyar sterlin olduğu ve bunun %10'unun ulusal sağlık servisi kullanım maliyeti, %4'ünün sağlık kaynaklarını kullanmama maliyeti, %86'sının ise dolaylı maliyetler olduğu tahmin edilmektedir (Das ve Guest, 2002).

2.1.2. Bipolar Affektif Bozukluğun Etyolojisi

Bipolar Affektif Bozukluğun etyolojisi hakkında kesin ortaya konulmuş sonuçlar olmamakla birlikte yapılan araştırmalar BAB'ın genellikle genetik geçiş ve beyindeki sinir uyarılarının iletilmesindeki düzensizlik ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Darling ve ark., 2008).

Aile çalışmalarına göre Bipolar I bozukluğu olan hastaların birinci derece akrabalarının Bipolar I bozukluğa yakalanma olasılığı 8–18 kat artmaktadır. Major depresyonu olan hastaların birinci derece akrabalarından Bipolar I bozukluğa yakalanma olasılığı 1.5-2.5 kat, major depresyona yakalanma olasılıkları ise 2-3 kat artmaktadır (Gültekin ve ark., 2008). BAB tanısı olan hastaların 1.derece akrabalarında BAB riski % 4,5 normal popülasyonda ise bu oran %0,4–1,6'dır. Her iki ebeveynde BAB tanısı olması halinde çocukta ortaya çıkma olasılığı %75'tir (Işık, 2003; Turhan, 2007).

İkiz alışmaları: Bu çalışmalarda, monozigotik ve dizigotik ikizler karşılaştırılmış, monozigot ikizlerde hastalığa dizigotlardan 3 kat daha fazla rastlandığı ne sürülmüş ve ikizlerden birinde hastalık görülürse diğerinde görülme riski %70 olarak bildirilmiştir (Işık, 2003; ztrk ve Uluşahin, 2008; Shives, 2008).

Evlatlık alışmaları: Biyolojik anne-babasinda duygulanım bozukluk hikyesi olan çocuklar, sağlıklı anne-babaya evlatlık verilseler bile, bunlardaki BAB oranının yüksek olduğu grlmektedir (Işık, 2003; ztrk ve Uluşahin, 2008; Shives, 2008).

BAB olan hastaların beyin görüntüleme çalışmalarında dorsolateral prefrontal korteks, n singulat, amigdala, st temporal girus ve korpus kallosum gibi beyin özellikle duygudurum ve bilişlerle ilgili bölgelerinde yapısal ve işlevsel anormallikler göstermektedir (Işık, 2003; ztrk ve Uluşahin, 2008).

BAB'ın biyolojik temellerinin olduğunu düşündüren çeşitli teoriler vardır. Bunlardan en yaygın teori nörotransmitterler, serotonin, dopamin ve norepinefrini içerir (Rogers, 2012). Manik epizod sırasında beyin omurilik sıvısında dopamin metaboliti olan homovalinik asit, serotonin metaboliti 5-Hidroksi indol asetik asit ve sodyum düzeyleri yüksek bulunmuştur. Depresif epizodda ise bu metabolitler tersine azalmaktadır. Karma epizodlarda ise bazı olgularda yükselme, bazı olgularda ise azalma gözlenmiştir (Işık, 2003; ztrk ve Uluşahin, 2008; Shives, 2008).

BAB'ın oluşmasında genetik faktörlerin rolü olduğunun belirlenmesine rağmen psikososyal evre de hastalığın seyrini öngörmede önemli rol oynar (Johnson ve ark., 2000). BAB'da ilk manik ya da depresif epizod stresli yaşam olaylarıyla tetiklenir ve

sonraki epizodlarda kişinin beyinde birtakım biyokimyasal değişikliklere yol açar. Bu değişiklikler de hastalardaki duyarlılığı arttırarak onları diğer stresör etkenlere karşı yatkın bir hale getirir. Bu duyarlaşma süreci, bir dış stresör olmadan da hastalık ataklarının kendiliğinden oluşmasına kadar devam eder. Bu modele Kindling Modeli adı verilmektedir (Işık, 2003; Turhan, 2007; Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Biyolojik yaklaşım mani ve depresyon arasında bazı fizyolojik bağlantılar kurmaktadır. Benzer şekilde dinamik yaklaşımların büyük bir kısmı da mani ile depresyonu bir süreklilik şeklinde görmekte ve ikisinin bağlantılı olduğu sonucuna varmaktadır. Abraham; manik epizodların altta yatan depresyona karşı bir savunma düzeneği olduğu görüşündedir. Depresyona yol açan aşırı katı ve baskıcı süperegoya karşı, manik dönemde bir başkaldırı yaşanmaktadır. Bu nedenle manik hasta artık hiçbir yasak veya kuralı geçerli görmeyecektir (Işık, 2003; Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Klein; maninin depresyona karşı bir savunma olduğu görüşünde birleşir. Ancak bunu üstbenliğin aşırı baskıcı oluşu ile değil, depresif pozisyon ile bağlantılı olarak açıklar. Klein'e göre depresif durumu, kişide önemli sevgi nesnesinin kaybı ile ortaya çıkan ve agresyonun neden olduğu yoğun bir anksiyetedir. Klein, manik savunmanın aslında sevgi nesnesi durumunda olan "iyi nesnenin" korunması ve yeniden inşası amacıyla kullanıldığını ve bunun "kötü nesnenin" kontrolü için gerekli olduğunu düşünmektedir. Manik hastadaki kendini üstün ve güçlü görme, gerçeği yadsıma, idealizasyon, kurallara karşı gelme, karşıdaki kişileri aşağılama sık izlenen klinik belirtiler olup bunların gerçekte, kişinin iyi nesneye ihtiyaç duymadan yaşayabileceğini göstermeye yönelik olduğu düşünülmektedir (Işık, 2003; Shives, 2008) .

Bozukluğun başlangıcını, tedavisini ve seyrini, stres düzeyi gibi psikolojik faktörler, genel sağlık durumu, aile ilişkileri, hastalığın tedavi edilebilir olduğuna inanma ve ilaçlarla olumlu sonuçlara ulaşmanın etkileme olasılığı vardır (Darling ve ark., 2008).

BAB'ta olumsuz gidiş göstergeleri; geçirilmiş mani dönemi sayısının 10'dan fazla olması, hastaneye yatış sayısı, erken başlangıç, hastalık döneminin depresyonla başlaması, karışık hastalık dönemleri olması, manik hastalık dönemleri sırasında depresyon belirtilerinin olması, hastalık dönemleri arasında kalıntı belirtilerin bulunması, duygu durumla uyumlu olmayan psikotik belirtilerin bulunması ve alkol-madde kullanım bozuklukları ek tanısı olmasıdır (Saka ve ark., 2001; Öztürk ve Uluşahin, 2008).

2.1.3 Bipolar Affektif Bozukluğun Belirti ve Bulguları

Manik Dönem Belirti ve Bulguları

Duygusal belirtiler: Duygudurumda sürekli öfori/yükselme veya sinirlilik hâkimdir. Hasta öfkeli ve sinirli olmadığı zamanlarda öforiktir. Öfke ve coşku arasında gidip gelen bir duygudurumu vardır, duygusal değişkenlik yaygındır (Yazıcı, 2007; Öztürk ve Uluşahin, 2008; Davidson, 2012; Hagerty ve Patusky, 2012; Jakopac, 2012).

Bilişsel belirtiler: Abartılı benlik saygısı ve grandiyözite maninin yaygın belirtileridir (Davidson, 2012; Hagerty ve Patusky, 2012; Jakopac, 2012). Hastaların özgüvenleri artmıştır ve kendilerini diğer insanlardan daha yetenekli, her şeyi yapabilecek güçte sanırlar. Hastalar, olağanüstü yeteneklere sahip olduklarını, ünlü biri olduklarını veya ünlü birisini şahsen tanıdıklarını sanabilirler. Benlik saygısında ve yetenek artma manide duygudurum ile uyumlu psikotik belirtilerdir. Mani hastalarında, düşüncede hızlanma, fikir uçuşması ve düşünce akışında bozukluklar olabilir. Hastalar genelde durumun ciddiyetini inkâr eder (Yazıcı, 2007; Öztürk ve Uluşahin, 2008; Hagerty ve Patusky, 2012).

Davranışsal belirtiler: Konuşmada artma, ajitasyon, hedefe yönelik davranışlarda veya zevk veren aktivitelerde aşırı artış maninin önemli belirtileridir. Konuşma oranı çoğu zaman artar ve hızlanır. Uyku ihtiyacı azalır ve hastalar yorgunluk hissetmezler (Yazıcı, 2007; Öztürk ve Uluşahin, 2008; Davidson, 2012; Hagerty ve Patusky, 2012; Jakopac, 2012). Bazı hastalar gösterişli, parlak renkli ve sıra dışı elbiseler giyinir ve aşırı makyaj yaparlar. Hastalar ek sorumluluklar alırlar, yeni projelere ve faaliyetlere başlarlar. Verimlilik artmış gibi görünse de gerçek verimlilik düşmüştür, çünkü dikkatleri dağınıktır, düzensiz ve ajitedirler. Fiziksel olarak hızlı hareket ederler, yerlerinde duramazlar ve vücutları zamanla yorulur. Çünkü aşırı hareket eden hastada yemek ve içmek zor bir hâl alır (Hagerty ve Patusky, 2012). Hastalar intihara kalkışma veya adam öldürme, fiziksel yaralanma ile sonuçlanan davranışlarda bulunma; aşırı enerji artışı ile iştahta azalma veya yemek yemeyi unutmaya bağlı kilo kaybı; cinsel isteğin artmasına bağlı cinsel yolla bulaşan hastalıklara yakalanma riskinde artma gibi tehlikelerle karşı karşıyadır. Bu nedenle genellikle ciddi sağlık, mali, hukuki ve kişilerarası sorunlar yaşayabilirler (Hagerty ve Patusky, 2012; Jakopac, 2012).

Sosyal belirtiler: İlk başta sosyallik artmış gibi görünebilir. Hastalar daha girişken ve aktiftir, fakat içgörü ve yargılamanın azalmasıyla beraber hastalar

müdahaleci olabilir. Manik hastalar fiziksel ve duygusal sınırları ayarlamakta zorlanabilir (Hagerty ve Patusky, 2012).

Algısal belirtiler: Manide dikkat dağınıktır, dış uyaranlarla dikkat çok çabuk dağılır. Hastaların dış uyaranlara duyarsız kalması mümkün değildir. Hastalardaki dikkat dağınıklığı hafıza, konsantrasyon ve ilgiyi engeller. Algısal bozukluklar halüsinasyon şeklinde de olabilir. Halüsünasyonların içeriğini genellikle grandiyözite, güç ve paranoya ile ilgilidir ve genellikle işitseldir. Bu belirtiler manik psikoz belirtisidir (Öztürk ve Uluşahin, 2008; Hagerty ve Patusky, 2012).

Depresif Dönem Belirti ve Bulguları

Duygusal belirtiler: Depresyonun en önemli belirtileri ilgi ve zevk alma kapasitesinde azalma ile depresif duygudurumdur. Hastalar duygudurumlarını, depresif, hiç bir şeyden zevk alamama, boş ve uyuşmuş gibi olarak tarif ederler (Davidson, 2012; Hagerty ve Patusky, 2012; Jakopac, 2012). Hastalarda üzüntü veya sık sık ağlama yaygın olmasına rağmen ilgisizlik, duyarsızlık, hiç bir şey hissetmeme gibi durumlarda olabilir (Öztürk ve Uluşahin, 2008; Hagerty ve Patusky, 2012;). Bazen anksiyete, sinirlilik veya öfke olabilir. Hastalar ayrıca yalnızlık, ümitsizlik ve çaresizlik gibi duygular yaşarlar (Hagerty ve Patusky, 2012; Jakopac, 2012).

Bilişsel belirtiler: Düşünme, karar verme ve konsantrasyon yeteneklerinde azalma; tekrarlayan ölüm düşünceleri; suçluluk ve değersizlik düşüncelerine aşırı odaklanma gibi bilişsel belirtiler vardır (Hagerty ve Patusky, 2012; Jakopac, 2012). Herhangi bir konu üzerine odaklanmaları zordur. Günlük rutin işleri yapmak için bile karar vermekte zorlanırlar. Bir işe düzenli olarak başlama veya tamamlama konusunda problem yaşarlar (Hagerty ve Patusky, 2012). Tekrarlayan ölüm ve intihar düşünceleri ve olumsuz düşünceler, değersizlik ve suçluluk duyguları belirgindir (Öztürk ve Uluşahin, 2008; Davidson, 2012; Hagerty ve Patusky, 2012; Jakopac, 2012;). Şiddetli depresyonda bu düşünceler sanrı haline gelir, bu sanrılar acı çekme, ceza görme ya da somatik konulara yoğunlaşır (Hagerty ve Patusky, 2012).

Davranışsal belirtiler: Kilo kaybı veya kilo alma, iştah değişiklikleri, uykusuzluk veya aşırı uyku, psikomotor ajitasyon veya psikomotor yavaşlama gibi belirtileri vardır (Öztürk ve Uluşahin, 2008; Hagerty ve Patusky, 2012; Jakopac, 2012;). Bir ay içinde vücut ağırlığı % 5 oranında değişim gösterir. Kilo artışı veya kaybı önemlidir. Bazen kilo değişimi olmasa bile iştahta belirgin bir değişim vardır. Psikomotor ajitasyonda huzursuzluk, yerinde duramama, volta atma ve sinirlilik

görülür. Hastanın hareketleri ve konuşması yavaştır. Tüm vücut yavaşlar, gıdaları sindirmekte zorluk yaşandığı için kabızlık oluşabilir. Hastalar dikkatsiz ve dağınık görünebilirler. Bazen giyimlerine, görünümüne ve hijyenlerine dikkat etmeyebilirler, öne eğik bir şekilde dururlar ve göz teması kurmayabilirler. Birçok hasta yorgunluk ve enerji kaybı nedeniyle sık sık dinlenme ihtiyacı hissettiklerini söylerler (Öztürk ve Uluşahin, 2008; Hagerty ve Patusky, 2012).

Sosyal belirtiler: Depresyondaki sıkıntı sosyal ve mesleki işlevlerde belirgin bozulmaya neden olur. Bazı hastalar aile ve sosyal yaşamdan kendilerini soyutlarlar. Bazılarında daha az bozulmaya olabilir ve işini ve çalışmalarını sürdürebilirler, fakat sosyal hayata enerjileri kalmaz (Hagerty ve Patusky, 2012).

2.1.4 Bipolar Affektif Bozukluğun Tedavisi

BAB'ın tedavisinde ilaçlar ve psikoterapiler önemli yer tutmaktadır. BAB'ın kontrolü için sürekli ilaç tedavisi gereklidir. Mevcut ilaçlar olmadan, hastalar yetişkin yaşamlarının dörtte birini hastanede yatarak ve yarısını ciddi fonksiyonel sınırlılıklar içerisinde geçirirlerdi. Kullanılan etkili ilaçlar, psikoterapi ile birlikte bipolar bozukluğu olan hastaların %75–80 normal bir hayat geçirmelerine olanak sağlamaktadır (Miasso ve ark., 2009).

Tedavideki amaç epizodların sıklığı ve şiddetini kontrol altına almak, olumsuz psikososyal sonuçları önlemek, eşlik eden morbidite ve mortaliteyi azaltmak, epizodlar arası işlevselliği düzeltmek, tedavi sürecinde oluşabilecek döngüleri engellemektir (Gönül ve ark. 2000; Işık, 2003; Darling ve ark., 2008; Eroğlu ve Özpoayraz, 2010; Mahmood, 2010).

BAB'ın tedavisi 3 dönemden oluşur. İlk olarak akut dönem tedavisi yapılır. Akut dönem tedavisi için süre genellikle 2 ile 12 haftadır. Bunun ardından sürdürme dönemi gelir ve relaps riskinin en yüksek olduğu dönemdir. Bu dönem yaklaşık 2 ile 9 ay sürebilir. Bu dönemde kalıntı belirtilerin olması relaps riskinin yüksek olduğunu gösterir. Bu dönemden sonra hastanın yeni bir ataktan korunması amacı taşıyan, hastanın süresiz ilaç kullanacağı idame dönemi gelir (Stuart, 2001; Yüksel, 2003).

BAB'ın tedavisinde ilk seçenek lityum veya valproatın tek başına kullanılmasıdır. Bu yöntemlere yanıt vermeyenlerde ikinci seçenek atipik antipsikotik ilaçlardır. Üçüncü seçenek ise karbamazepin, lamotrijin, gabapentin, topiramet gibi ilaçlar veya bu ilaçların kombinasyonudur (Yüksel, 2003; Nivoli ve ark., 2011).

BAB tanısı olan hastaların tedavisinde kullanılan ilaçlar antidepresanlar, duygudurum düzenleyicileri ve atipik antipsikotikler şunlardır (Davidson, 2012; Rogers, 2012):

- Trisiklik antidepresanlar; amytryptiline, imipramine, amoxapine ve doksepin
- Seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRIs); fluoksetin, paroksetin, sertraline ve escitalopram
- Serotonin / norepinephrine geri alım inhibitörleri (SNRIs); duloksetin ve venlafaksin
- Selektif geri alım inhibitörleri (serotonin 2 antagonisti geri alım inhibitörü[SARIs] olarak da bilinir); trazodon
- Seçici atipik antidepresanlar; Bupropion ve mirtazapin
- Monoamin oksidaz inhibitörleri (MAOIs); tranilipromin, phenelzine ve isocarboxazid
- Duygudurum düzenleyicileri; Lityum, antikonvülzanlar (karbamazepin, valproat ve lamotrijin)
- Atipik antipsikotikler; olanzapin, aripiprazol, ketiapin, risperidon,

Antidepresanlar, depresyon tedavisi için tercih edilirler, fakat manik atak gelişimini tetikleyebilirler. Bu yüzden dikkatli kullanılmalıdırlar (Rogers, 2012).

BAB tanısı olan hastaların önemli bir bölümü için yaşam boyu koruyucu tedavi gerekir (Yüksel, 2003; Berk, ve ark. 2010). İki manik atak, bir ağır mani, BAB için aile öyküsü varlığı veya 5 yılda üç affektif atak durumunda uzun süreli veya yaşam boyu korumanın gerektiği kabul edilmektedir. Gençlerde ilk psikotik ataktan sonra uzun süreli koruma gerekebilir. Bazı bilim adamları yaşam boyu yineleme olasılığının %95 gibi bir oranında olması nedeni ile ilk ataktan sonra koruyucu tedavi önermektedirler. Ayrıca atak sayısı arttıkça ilaçların koruyucu etkinliğinin azalması da bu kararı vermede önemli bir etkidir (Yüksel, 2003; Eroğlu ve Özpoğraz, 2010). Ayrıca koruyucu tedavinin uygulanmaması intihar riskinin yaklaşık %15'lere varması, atakların sık sık tekrarlaması, hastalığa bağlı olarak sosyal ve mesleki işlevselliğin ciddi olarak bozulması ile sonuçlanabilir (Bowden, 2005).

BAB'ta maninin ortalama süresi 3.5–8 ay arasındadır. İlk atakta süre daha kısadır, fakat sonraki ataklarda süre gittikçe uzamaktadır. Tedavi edilmeyen olgularda maninin bir yıl içinde yineleme olasılığı %48, 5 yıl içinde %81 kadardır. Karışık tipte ise ilk yılda yineleme oranı %57, 5 yılda %91 kadardır. Hastalık ilerledikçe ataklar

sıklaşır. İkinci atak ilk ataktan erkekte ortalama 4.6, kadında 4.3 yıl sonra; üçüncü atak ikinciden erkekte 2.8, kadında 2 yıl sonra olmaktadır. Dördüncü atakta bu süreler 1,2 ve 1,4 yıldır (Yüksel, 2003).

2.2 İlaç Uyumu

“Tedaviye uyum” hastanın hekimin tüm önerilerine davranış boyutunda uyum göstermesi olarak ifade edilebilir. Bu terim sadece farmakolojik tedaviye uyumu değil, tedaviye karışan bütün diğer faktörlere uyumu da içine alır: Tedavinin başlatılmasına istekli olma, tedavi planına uyma, tedavi randevularına düzenli gelme, tedavi programını tamamlama, ilaçları düzenli kullanma ve önerilen davranış önerilerini yerine getirmeyi içeren bir konudur (Sofuoğlu ve Turan, 2000; Lingam ve Scott, 2002; Oral ve ark., 2002; Çobanoğlu ve ark., 2003; Ervatan ve ark., 2003; Miasso ve ark., 2009; Çakır ve ark., 2010). Tedaviye uyum hastanın sağlık davranışı ile tavsiye edilen tıbbi davranışın denklik ölçüsü olarak da tanımlanır (Lingam ve Scott, 2002; Colom ve ark., 2005; Roy ve ark., 2005; Mahmood, 2010). İlaç uyumsuzluğu ile ilgili tanımlamalar (Colomve ark. 2005);

Tam Uyumsuzluk: Herhangi bir ilacı doktorun önerdiği şekilde, kendi kendine uygulamada tamamen başarısız olmaktır. Tanım olarak, tam uyumsuzluk kendi doğası nedeniyle çok zor bir gruptur, hastalarda tedavinin tamamını almayı reddetmek çok nadiren görülür.

Seçici Uyumsuzluk: Hastalığın tedavisini bir bütün olarak kullanmayı reddetmedir. Örneğin birçok hasta idame tedavi olarak atipik antipsikotikleri almayı reddeder, ancak depresif fazında antidepresanlar ile akut tedaviyi kabul edebilir.

Aralıklı Uyum: Hastaların çoğu tedaviyi tamamen bırakmazlar ama tedavi rejimini sürekli takip etmezler de kendilerine belirli dönemlerde “ilaç tatili” verirler ve ilaçların bazılarını veya hepsini, kısmen veya tamamen atarlar. Hafta sonu, önemli bir toplantı veya randevu öncesi gibi belirli dönemlerde duygudurum düzenleyici tedaviyi bırakmak oldukça yaygın bir durumdur.

Geç Uyum: Bazı hastalar hastalığı ve tedavisi için ihtiyacı olduğunu kabul etmede direnç gösterirler, fakat tekrarlayan ataklardan sonra tanıyı öğrenerek ve uyum sağlayarak tam veya kısmi uyuma geçerler.

Geç Uyumsuzluk: Tam bağlılığı olan hastalar 2 veya 3 yıl sonra, idame tedaviyi bırakmaya başlar. Bu durum genelde lityum ve antikonvülsanların her ikisi için de bildirilmiştir.

Suistimal: BAB tanısı olan kişilerde reçetede belirtilenden daha fazla ilaç almak çok yaygın bir durumdur, özellikle bir madde kullanım bozukluğu veya kişilik bozukluğu birlikteliği olduğu zaman vardır. BAB'ta benzodiazepin kötüye kullanımı çok yaygındır, ancak antidepresanlar, nöroleptikler ve hatta atipik antipsikotikler ve yeni duygudurum düzenleyicilerin de kötüye kullanımının olduğunu bildiren vaka raporları da vardır.

Davranışsal Uyumsuzluk: Uyum terimi, sadece farmakolojik tedaviye uyumu ifade etmez; aynı zamanda bipolar hastalık ve tedavisi konusunda, duygudurum değişikliği riskini en aza indirmek için, hasta davranışlarının randevulara katılmak, yaşam tarzında değişiklik yapmak, örneğin alkol veya madde kullanımını azaltmak veya bırakmak, uyku ve diğer davranış alışkanlıklarını düzenlemek ve değiştirmek gibi çeşitli yönlerini ifade eder. Davranışsal uyumsuzluk ise hastanın tedaviye davranış boyutunda uyum göstermemesini ifade eder.

Tedaviye uyum hem prognozu etkileyen hem de tedavi maliyetini düşüren bir faktör olarak kabul edilmekte, fakat tedaviye uyumsuzluk bütün hastalıklarda, özellikle kronik hastalıklarda tedavinin başarısını engelleyen önemli bir sorun olarak görülmektedir (Sofuoğlu ve Turan, 2000; Ünal ve ark., 2006; Riley ve ark., 2009). Tedaviye uyum özellikle psikiyatrik hastalarda ilaç tedavisi için çok önemli bir konudur. İlaçlar tavsiye edildiği doğrultuda alınmadığı takdirde olumlu klinik sonuçlar alınmaz ve hastalık belirtileri ve atak sayısı, hastanede yatış sayısı, intihar oranı ve hastalık maliyeti artar. Dolayısıyla ilaç uyumsuzluğu psikiyatri hastalarında olumsuz klinik sonuçların en önemli risk faktörüdür (Riley ve ark., 2009; Mahmood, 2010). Psikiyatrik hasta gruplarında tedaviyi sürdürmeme, kontrol randevularına gelmeme oranı %20–50 olarak bildirilmekte iken psikotik hastalarda bu oran %70-80'e kadar çıkabilmektedir (Ünal ve ark., 2006). Taj ve ark. (2008) yaptıkları araştırmada tedaviye uyum oranlarını depresif hastalarda %53–61, psikotik hastalarda %58–82, BAB tanısı olanlarda %73–91 olduğunu; uyumsuzluk nedenlerinin ise sedasyon (%30), ilaç maliyeti (%22), ilaç almayı unutmak (%36); doz ve zamanlarını açıklamak için hekimlerin yetersizliği (%92) ve ilaç yararına inanmama (%76) şeklinde sıralamışlardır.

BAB'ta ilaç uyumsuzluğu %20-60 arasında değişmektedir (Pompili ve ark, 2009; Riley ve ark., 2009). BAB tanısı olan bireylerin üçte birinden fazlası kendi psikiyatristi ile işbirliği yapmadan ilaçlarını iki veya daha fazla kez bırakmıştır. Her 10 BAB olan hastadan dokuzu hayatlarında en az bir kez ciddi bir şekilde ilaçlarını kullanmayı

bıraktığını kabul etmiştir. Ayrıca bipolar hastaların en az üçte biri kendi reçeteli ilaçlarını almada %70 başarısızdır (Colom ve ark., 2005; Sajatovic ve ark., 2007a).

Svarstad ve ark. (2001) BAB tanısı olan hastaların %33'ünün düzensiz ilaç kullandığını, hastaneye yatış oranının, düzensiz kullanıcılarda %73 iken düzenli kullananlarda %31 olduğunu, ortalama hastanede yatış süresinin düzensiz kullanıcılarda 37 gün iken düzenli kullanıcılarda 4 gün olduğunu ve hastane maliyetinin de düzenli kullanıcılarda ortalama 1657 dolar, düzensiz kullanıcılarda ise 9701 dolar olduğunu bildirmiştir. Benzer şekilde Hong ve ark. (2011) yaptıkları 21 aylık izlem çalışması sonucunda hastaların %23,6'sının ilaç tedavisine uyumsuz olduğu bulunmuştur. Uyumsuz bipolar hastaların iyileşme ve remisyonunda kalma oranının ilaç tedavisine uyumlu olan hastalardan daha düşük olduğu, atak geçirme, hastaneye tekrar yatma ve intihar girişimi riskinin ve maliyetin tedaviye uyumlu hastalardan daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Keck ve ark. (1996) yaptığı bir çalışmada manik atakla hastaneye başvuran hastaların %64'ünün hastaneye yatışından önceki ay duygudurum düzenleyici ilaçlarını kullanmayı bıraktığını bildirmiştir.

İlaç uyumsuzluğunun hastalık belirtilerinin tekrarlamasını, hastaneye yeniden yatışı ve yatışa bağlı sağlık maliyetini, intiharları, morbidite ve mortaliteyi arttırmak gibi önemli sonuçları vardır (Çobanoğlu ve ark., 2003; Roy ve ark., 2005; Sajatovic ve ark., 2005; Clatworthy ve ark., 2007; Johnson ve ark., 2007; Sajatovic ve ark., 2007a; Miasso ve ark., 2008; Miasso ve ark., 2009; Riley ve ark., 2009; Colom, 2010; Çakır ve ark., 2010). Hastaneye yeniden yatış, mesleki ve ailesel sorunlara yol açmakta, bunlarla bağlantılı olarak hastanın yaşam kalitesi düşmektedir (Çobanoğlu ve ark., 2003; Çakır ve ark., 2010).

Psikiyatride, özellikle de BAB gibi yineleyici ve aynı zamanda düzenli tedavi ve psikoterapi ile %60-80 oranında tamamen önlenebilen bir hastalıkta tedavi uyumu büyük önem taşımaktadır (Oral ve ark., 2002; Miasso ve ark., 2009). Muller-Oerlinghausen (2001) Lityumun sürekli kullanılmasının intihar girişimi veya eylemi riskini azalttığını ve lityum kullanmayı durdurmanın intihar ve diğer fiziksel bozukluklar nedeniyle, özellikle kardiyovasküler hastalıklar nedeniyle ölüm riskini artırdığını ortaya koymuştur. Ayrıca, 17.000 hasta üzerinde yapılan 28 meta-analiz çalışmasından elde edilen sonuçlar intihar eylemlerinin oranının düzenli lityum tedavisi olanlara kıyasla uzun süreli lityum almayan hastalarda 8,6 kat daha yüksek olduğunu göstermiştir. Bu veriler çok uzun süreli lityum kullanımının avantajlarını göstermekle beraber, aynı zamanda duygudurum tedavisine bağlılığın potansiyel yararları ve lityum kullanmayı

bırakma veya uzun süreli tedaviyi kabul etmeme, tedaviye uyumsuzluk gibi konulara dolaylı olarak kanıt sayılabilir (Colom ve ark., 2005).

2.2.1 İlaç Uyumunu Etkileyen Faktörler

Yapılan bazı çalışmalarda hastaların ilaç uyumunu etkileyen çeşitli faktörler belirlenmiştir. Bu faktörler:

Tedavi Rejimi

Zor tedavi rejimleri, günde birçok kere ilaç almak gibi tedavi planındaki karışıklık ilaç rejimine uymada yaşanan sorunlardan birisidir. Bipolar affektif bozukluğu olan pek çok hastada reçete edilen ilaç sayısı birden fazladır ve kombine tedaviye BAB'ta sık rastlanır. İlaçların çok sayıda olması uyumu azaltabilir, hastalar tedavi rejimini yönetmede zorlanabilirler ve uyumsuzluk riski artar (Sofuoğlu ve Turan, 2000; Demirkıran ve Terakye, 2001; Oral ve ark., 2002; Çobanoğlu ve ark., 2003; Colom ve ark. 2005; Ünal ve ark., 2006; Çakır ve ark., 2010).

İlacı Bağlı Etkiler ve İlaç Yan Etkileri

Faydalı etkinin yavaş yavaş veya geç başlaması, ilaç kesilmesi ile ortaya çıkan negatif etkilerin gecikmesi, ilaca ilişkin daha önceki olumsuz deneyimler, ilaç bağımlılığı korkusu, uzun bir süre ilaç kullanma gerekçesinin profilaksi olduğunu anlamakta zorlanma gibi faktörler ilacı bağı uyumu etkileyen faktörlerdir (Sofuoğlu ve Turan, 2000; Demirkıran ve Terakye, 2001; Çobanoğlu ve ark., 2003; Sharif ve ark. 2003; Colom ve ark. 2005; Çakır ve ark., 2010). Erken dönemde başlayan ve rahatsızlık hissine yol açan ilaç yan etkileri de uyumu etkileyen faktörlerdendir (Sofuoğlu ve Turan, 2000; Demirkıran ve Terakye, 2001; Oral ve ark., 2002; Ervatan ve ark., 2003; Ünal ve ark., 2006; Miasso ve ark, 2008; Velligan ve ark., 2010).

Bazı çalışmalarda ilaç kullanmayı bırakmanın en sık belirtilen nedeninin yan etkiler olduğu bildirilmiştir (Weiss ve ark., 1998). Ancak uyumsuzluk için potansiyel risk faktörlerini belirlemek için yapılan daha sonraki çalışmalarda yan etkilerin daha az etkilediği saptanmıştır (Danion ve ark. 1987; Ervatan ve ark., 2003; Morselli ve Elgie, 2003). Avrupa çapında hastalarla yapılan bir çalışmada, hastalar uyumsuzluk nedenlerinin sıralandığı bir listede yan etkiler yedinci sırada yer almıştır ve bipolar hastaların sadece %5'inde birinci sırada yer almıştır (Morselli ve Elgie, 2003).

Hastalığa Bağlı Etkenler ve Bireysel Etkenler

Kişinin hastalığa karşı içgörüsünün olmaması veya yetersiz olması ile ilişkili olarak ilaç kullanımına karşı hastanın yaşadığı kuruntu ve korkular, ilaç uyumunu

etkilemektedir (Sofuoğlu ve Turan, 2000; Çobanoğlu ve ark., 2003; Çakır ve ark., 2010; Ünal ve ark., 2006). İlaç uyumunu etkileyen bireysel etkenler: ilaç almak için bir neden görmeme, hasta olduğuna inanmama, ilaçların kendilerine zarar verdiğine inanma, ilaçların günlük yaşamlarında rahatlamadan çok sınırlama getirdiğine inanma sayılabilir (Colom ve ark., 2005; Roy ve ark. 2005; Miasso ve ark., 2008). Aynı zamanda bazı hastalar “uzun bir süre ilaç kullandıktan sonra tedavi olduğunu düşünerek”, bazıları “her şey yolunda gittiği için”, bazıları “başkalarının kendisinin psikiyatri hastası olduğunu anlayacağı”, bazıları ise “beyninde bir sorun olmadığı” düşüncesi gibi nedenlerle ilaç kullanmayı bırakabilir veya reddedebilir. Hastaların bağımsız olma ve kendi kendilerini kontrol etme arzularından kaynaklanan davranışlarının ilaç uyumunda öneminin büyük olduğu tespit edilmiştir (Sharif ve ark. 2003).

Bazı çalışmalarda hastalık süresinin, kronik olmasına bağlı olarak, uzun olması ve yatış sayısının fazlalığı, belirtilerin tekrarlaması ile hastanın tedavinin işe yaramayacağına inanması ilaç uyumsuzluğu ile ilişkili bulunmuştur (Oral ve ark., 2002; Çobanoğlu ve ark., 2003; Ervatan ve ark., 2003; Çakır ve ark, 2010).

Tedaviye Yönelik Bilgi Eksikliği

Hasta ve yakınlarının hastalık veya tedavisi hakkında yeterince bilgilendirilmemiş olmaları veya tedaviyi yanlış yorumlama, ilaçların yararı olmayacağı inancı ve tedavi olmayı istememeleri uyumu etkilemektedir (Sofuoğlu ve Turan, 2000; Demirkıran ve Terakye, 2001; Ervatan ve ark., 2003; Çobanoğlu ve ark., 2003; Colom ve ark., 2005; Ünal ve ark., 2006; Çakır ve ark., 2010; Cruz ve ark. 2011).

Sosyal Çevreye ve Aileye İlişkin Etmenler

Aileye ilişkin etkenler arasında yetersiz aile desteği ve ailenin sürekli hastayı takip etmesi, ailenin hastalık ve tedavisi konusunda yetersiz bilgiye, olumsuz inanç ve tutumlara sahip olması ve etiketlenme korkusu sıralanmaktadır. Hastanın ve ailenin hastalığı açıklama modellerinin ve çare arama yöntemlerinin tıbbi modelden farklı olması da tedaviye uyumu etkilemektedir (Oral ve ark., 2002; Ervatan ve ark., 2003; Sharif ve ark. 2003; Ünal ve ark., 2006; Velligan ve ark., 2010). Hastalığın nedeninin doğaüstü güçler olduğuna inanma ve çareyi şifalı otlar veya dini otoritelerde arama uyumsuzluğa neden olur (Sharif ve ark. 2003).

Sosyal ve çevresel desteğin yetersiz olması, hastanın ve çevresinin ilaç tedavisine ve ruhsal hastalığa karşı tutumu, ilaç kullanımının toplumsal hayatta yarattığı düşünülen güçlükler, kültürel inançlar tedavi konusunda görülen baskı gibi etkenler uyumsuzluk riskini artırır (Çobanoğlu ve ark., 2003; Sajatovic ve ark., 2007a; Çakır ve ark., 2010).

Hasta “ilaç almanın problemleri çözmeyeceği” fikrine inanılan bir çevrede yaşıyor ise uyumsuzluk riski yüksektir (Sofuoğlu ve Turan, 2000).

Tedavi Ekibi ile İlgili Etkenler

Hasta-hekim ilişkisinde problemler, tedaviye birden fazla klinisyenin karışması, hastanın hekimde aradığı özellikler, hasta ve hekim arasındaki işbirliğinin bozulması, tedavi ekibi ile iletişim sorunları uyumu etkileyen faktörlerdir (Sofuoğlu ve Turan, 2000; Demirkıran ve Terakye, 2001; Oral ve ark., 2002; Ervatan ve ark., 2003; Sajatovic ve ark., 2007a).

Tedavi ekibindeki süreklilik hem hasta açısından hem de ekip açısından çok büyük yararlar taşır. Bakımda sürekliliğin olmaması bazı hastalar için tedaviye uyum açısından caydırıcı olarak tespit edilmiştir. Hastaların tekrar tekrar öykü anlatmak zorunda olmaları, her defasında farklı tedavi ekibiyle karşılaşmaları sorunlara neden olmaktadır (Sharif ve ark. 2003). Hastanın tedavi ekibine yakınlığı, onları tanınması, güvenmesi, onlardan sürekli kabul ve destek görmesi tedavinin etkinliğine güçlü bir katkı sağlayacağı gibi aynı ekip üyelerinin hastayı ve yakınlarını kendi olanaklarının boyutlarıyla tanıyıp olmaları da hastaya yardımın zamanında ve etkin bir şekilde ulaşmasını sağlar (Çakır ve ark., 2010). İlaçların erken bırakılma nedenlerini araştıran bir çalışmada ilaç tedavisine ve tedavi eden hekime güvenmenin, profilaktik lityum tedavisine devam ve uyumu artırdığı belirtilmiştir (Kleindienst ve Greil, 2004).

Ekonomik Güçlükler, Hastane Şartları ve Sisteme Yönelik Sorunlar

Sisteme ilişkin etkenler arasında hastaneye polis ya da ambulansla getirilme, hastaneye zorla yatırılmış olma, taburculuk sonrası hizmet yetersizliği yer almaktadır (Ünal ve ark., 2006). Hastaların ekonomik durumu, bölgenin ve hastanenin şartları da uyumu etkileyen faktörlerdendir (Çobanoğlu ve ark., 2003; Çakır ve ark., 2010).

Diğer Faktörler

Uyumla ilgili yapılan çalışmalarda cinsiyet, eğitim düzeyi veya sosyoekonomik durumla ilgili veriler çelişkilidir (Keck ve ark., 1997; Gonzalez-Pinto ve ark. 2006; Sajatovic ve ark, 2006; Sajatovic ve ark., 2007b; Baldessarini ve ark., 2008; Copeland ve ark., 2008; Sajatovic ve ark., 2011; Barraco ve ark. 2012; Proudfoot ve ark., 2012). Madde kullanımı ve psikiyatrik ek tanılar da tedaviye uyumu azaltan önemli bir etken olarak gösterilmiştir (Sajatovic ve ark, 2007a; Baldessarini ve ark., 2008; Gonzalez-Pinto ve ark., 2010; Velligan ve ark., 2010; Barraco ve ark. 2012).

Miasso ve ark. (2008) Bipolar affektif bozukluğu olan kişilerin tedaviye uyum konusunda ambivalans duygular yaşadıklarını ileri sürmektedir. Bu duruma gündelik

yaşamın çeşitli alanlarında ön yargı, sınırlılıklar ve kayıplar zemin hazırlamaktadır. Bununla birlikte sürekli ilaç kullanan BAB tanısı olan kişilerin duyuşsal ve bilişsel alanlarda bazı sınırlılıkların ve kayıpların olmasının uyumu engellediği ifade edilmektedir.

Bipolar affektif bozuklukta madde kötüye kullanımı, anksiyete bozuklukları, kişilik bozuklukları gibi komorbidite sık görülür ve bu durum tedavinin karmaşıklığını arttırarak terapötik sonuçları azaltabilir (Berk ve ark. 2010).

2.2.1.1 Stres ve Stresle Başetme

Stres, bir kişinin üzerinde rahatsızlık ve sıkıntıya yol açmada etkili her türlü "etken" ve stres vericilere, yani stres sebeplerine karşı kişilerin gösterdiği "tepki"dir. Diğer bir ifade ile stres, zarar verici bir olay veya durum ile fert arasındaki karşılıklı etkileşimin bütün sonuçlarıdır (Eroğlu, 2004). Stres, organizmanın bedensel ve ruhsal sınırlarının tehdit edilmesi ve zorlanmasıyla ortaya çıkar ve yansımaları fizyolojik, psikolojik ve sosyal düzeylerde gösterir. Streslere yol açan koşullarda uyaranlarla psiko-sosyal kaynaklar arasında kişiye ait bir dengesizliğin bulunması söz konusudur (Baltaş, 2008). Stres tepkisi, ortamda ne olduğuna bağlı olarak değil, insanın olana nasıl tepki verdiğiyle ilgili olarak ortaya çıkar. Hissettiklerimiz esas olarak düşündüklerimizle paralelindedir. Bu sebeple stres belirli insanla belirli olayın etkileşiminden ortaya çıkar. Bir olayın algılanma biçimi ve onunla başa çıkabilecek becerilerin varlığı, o olayın "stres verici" veya "stres vermeyici" olarak tanımlanmasına sebep olur. Bir tehlike ile yüz yüze gelen canlı, başa çıkamayacağına inandığı tehlikeden uzaklaşmaya çalışır, başa çıkacağına inandığı tehlike ile savaşıyor ve böylelikle yeni duruma bir uyum sağlar. Bu duruma "savaş ya da kaç" tepkisi denmektedir (Baltaş ve Batlaş, 2002).

Selye, vücudun stres tepkisinin belirli bir zaman içerisinde gerçekleştiğini belirterek, ortaya çıkan bütün fizyolojik değişimleri kapsayan bu mekanizmaya Genel Uyum Sendromu adını vermiştir. Genel uyum sendromunun üç basamağı vardır: A) Alarm Dönemi: organizmanın dış uyaranı stres olarak algıladığı, "savaşma veya kaçma" davranışında bulunduğu dönemdir. Amaç, organizmanın iç dengesini yeniden kurmaktır. B) Direnç Dönemi: Karşılaşılan stres verici duruma karşı direnç yükseltmiştir. Eğer direnç dönemi başarı ile aşılsa beden normal koşullarına döner, başarısız olunursa beden kuvvetten düşer, çöker. C) Tükenme Dönemi: Stres verici olay çok ciddi ise ve uzun sürerse, organizma için tükenme basamağına gelinir. Başa

çıkılamayan stresler karşısında denge bozulur, uyum enerjisi biter. (Baltaş ve Batlaş, 2002; Eroğlu, 2004).

Stres kaynaklarının insan üzerindeki bütün olumsuz sonuçlarını en aza indirmek ve bu gerilim kaynakları ile rasyonel ve etkili bir şekilde başa çıkmak için gösterilen bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkiler ve bu tepkileri yönetmek için değişen bilişsel ve davranışsal çabaların tümüne birden "stresle başa çıkma" denmektedir (Eroğlu, 2004; Lam ve Wong, 2005; Molu, 2008). Folkman tarafından başa çıkma: stresle etkileşim yoluyla yaratılan içsel ve dışsal istekleri kontrol etmek veya azaltmak için yapılan bilişsel veya davranışsal çabalar olarak tanımlanmaktadır. Stresle başa çıkma çabaları, bireyin davranışları ile çevresel talepler arasında bir aracıdır ve strese karşı onun etkilerini en aza indirmede bir tampon görevi yapar (Algın ve ark., 2009). Genel olarak insanlar stresli yaşam olaylarına uyum sağlamak ve daha az psikolojik sorunlar yaşamak için stresle baş etme yöntemlerini kullanma eğilimindedir. Stres ile baş etme yetersizliği ruhsal ve fiziksel hastalıklara yol açabilir (Christensen ve Kessing, 2005). Stresle başa çıkma mekanizmaları bireyin yaşam stresi sonucu yaşadığı gerilimi ve benlik saygısındaki zedelenmeyi önlemektedir (Molu, 2008; Sağbaş, 2009).

Genel olarak başa çıkma tutumlarını sorun çözmeye yönelik (problem odaklı) olanlar ve duygusal odaklı olanlar şeklinde ikiye ayrılmaktadır. Problem odaklı başa çıkma yöntemler sorunun ana kaynağına ilişkin başa çıkma tutumlarını, duygusal odaklı yöntemler ise sorunun yol açtığı duygusal etkiyle başa çıkma tutumlarını içerir. Başa çıkma tutumları aktif ve pasif olan tutumlar şeklinde de tanımlanmaktadır. Aktif olanlar stresörün ortadan kaldırılmasını, pasif olanlar ise stresörlerden uzaklaştıran davranışları içerir (Ağargün ve ark., 2005; Christensen ve Kessing, 2005). Bu açıdan başa çıkma tutumlarını uyuma yönelik olanlar ve olmayanlar şeklinde tanımlamak da mümkündür. Uyuma yönelik olmayan başa çıkma tutumları, stres oluşturan etkenler veya yaşam olayları ile psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişkinin anlaşılmasında merkezi bir rol oynamaktadır. Uyuma yönelik veya aktif başa çıkma tutumlarından çok, duygusal gerilimi azaltmaya yönelik başa çıkma tutumlarının kullanılması ile psikopatolojik belirtilerin ortaya çıkmasında ve sürmesinde anlamlı bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Bu bağlamda kişinin stres yaratan bir durum karşısında kullandığı başa çıkma tutumlarını bilmek; tedavi hedeflerinin belirlenmesinde ve terapötik etkinliğin izlenmesinde yardımcı olacaktır (Algın ve ark., 2009).

Uzun vadeli çalışmalarda uyuma yönelik başa çıkma stratejilerinin remisyon süresini artırdığı ve nüks riskini azalttığı bulunmuştur. Ayrıca stres düzeyinin yüksek

olmasının depresif skorun yüksek olmasıyla bağlantılı olduğunu ve bipolar bozuklukla ilgili çalışmada uyarıcı (stimulan) başa çıkma stratejilerini kullanan hastalarda daha sık manik epizod olduğu bulunmuştur (Sherbourne ve ark., 1995; Oldehinkel, 2000; Lam ve ark., 2001; Christensen ve Kessing, 2005).

Belli bir stres durumuyla başa çıkmada kullanılan yolların başarılı olup olmadığı ancak uyum üzerindeki etkilerine göre belirlenebilir. Başa çıkma modeline göre başa çıkma davranışlarının rahatsızlık yaratan kaynağı ortadan kaldırmak veya azaltmak, stres yaratan durumla ilgili değerlendirmeleri değiştirmek ve rahatsızlığa yol açan duyguları düzenlemek gibi amaçları vardır (Cansız, 2007).

Uyuma yönelik bazı başa çıkma tutumları ise örneğin problem çözme becerilerinin artırılmasının veya probleme odaklanan tutumların psikopatolojiye yatkınlığın azaltılmasında rolü olabilmektedir (Ağargün ve ark. 2005).

Baş çıkma stratejilerindeki farklılıklar BAB tanılı hastaların ilaç uyumu ile ilişkili durumları etkiler. Bipolar I bozukluğu olan hastalar, baş etme becerileri olarak daha geniş bir aralığı kullanma eğilimindedir, oysa Bipolar II bozukluğu olan hastalar inkâr, suçlama ve problem odaklı baş etmeyi kullanmayı tercih etmektedir (Ryu ve ark., 2011).

Negatif baş etme olan inkârı kullanma BAB'lı bireylerin ilaç uyumu ile negatif yönde ilişkilidir ve hastalığı kabullenmeme veya inkâr ilaç uyumunu yüksek düzeyde azalttığı tespit edilmiştir (Christensen ve Kessing, 2005).

Tablo 2. Duygudurum Bozukluğu ve Baş Etme Tarzı Arasındaki İlişkinin İncelendiği Kesitsel Çalışmalar

Kontrollü çalışma=KONT	Hasta sayısı	Erkek %	Yaş ort.	Sonuç
Billings 1984 KONT	424 ayaktan hasta	55	41	Problem çözme ve duygulanımın düzenlenmesine yönelik başa çıkma yanıtları düşük işlev bozukluğu ile ilişkili bulunmuştur. İşlev bozukluğu daha çok duygusal deşarj yanıtları ile bağlantılıdır.
Rosenberg 1987 KONT	24 yatan hasta. 36 kontrol	48	36	Depresyon hastaları depresif olmadıkları dönemde daha çok aktif baş etme tekniği olmayan kaçınan baş etme stratejisi kullanmaktadırlar.
McNaughton 1992 KONT	27 yatan hasta	100	42	Depresyonu olan grubun duygu odaklı başa etmeyi kontrol grubundan fazla kullandığı belirlenmiştir.
Turner 1992	26 ayaktan hasta	31	39	Depresyon puanı yüksekliği ile duygu odaklı baş etme arasında anlamlı pozitif korelasyon, depresyon puanı yüksekliği ile iş odaklı baş etme arasında anlamlı negatif korelasyon saptanmıştır.
Lam, 1997	40 bipolar hasta	43	44	Hastaların sosyal işlevsellik düzeyi, içgörü düzeyleri ve depresyon ve maninin öncü belirtileri ile baş edebilmesiyle ilgili bulunmuştur.
Dekker 1999	248 ayaktan Majör depresyon	42	35	Depresyon düzeyi fazla olan hastalar pasif reaksiyon mekanizmalarını ve kaçınmayı depresyon düzeyi düşük olanlardan daha sık kullanmaktadır. Pasif reaksiyonlar yüksek depresyon skoru için tutarlı bir prediktördür.
Schouws 2001	211 ayaktan Majör depresyon	42	34	Aktif yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımı yaşam kalitesinin yüksekliği ile ilişkilidir. Baş etmede cinsiyet farklılıkları yoktu. Kaçınma baş etme mekanizması depresyon şiddeti ile ilişkiliydi.
Vossler 2001 KONT	41 yatan ve ayaktan hasta, 41 kontrol	53	42	Kontrol grubuna göre depresyon hastalarında daha çok sosyal stres, etkisiz baş etme ve kuruntulu düşüncelerin olduğu bildirildi.
Ravindran 2002 KONT	229 distimik, Major depresif. 44 kontrol	39	41	Depresif hastalarda hastalık şiddeti ile duygu odaklı baş etmenin ilişkili olduğu, kontrol grubundaki hastaların ise bilişsel stratejileri tercih ettiği bulunmuştur.
Lam 2003	109 ayaktan unipolar	45	44	Depresyon düzeyinin yüksekliği ile dikkatini farklı yönler çekme arasında negatif yönde ilişki vardır.
McWilliams 2003	298 ayaktan depresyon	48	43	Depresyon ve anksiyete puanlarının yüksekliğinin, sosyal destek arama ve görev odaklı baş etmeme arasında negatif ilişki, duygu odaklı baş etme arasında pozitif ilişki vardır.

(Christensen and Kessing, 2005)

Tabloda da görüldüğü gibi duygu durum bozukluklarında uyuma yönelik baş etme tarzını kullanmak remisyonda kalma süresini arttırmakta, hastalık şiddetini azaltmakta ve yaşam kalitesini artırmaktadır.

2.2.1.2 Sosyal Destek

Sosyal destek, stres altındaki veya güç durumdaki bireye aile üyeleri, akrabaları, komşuları, toplumsal ilişkileri ve kurumlardan sağlanan maddi ve manevi yardım olarak tanımlanmaktadır (Aksüllü ve Doğan, 2004; Ardahan, 2005; Coşkun ve Akkaş, 2009). Sosyal destek kişinin sevildiğini, değer verildiğini, önemsendiğini korunduğunu ve karşılıklı yükümlülüklerin olduğu bir sosyal ağın üyesi olduğunu, anlamasını sağlar (Johnson ve ark. 2000; Aksüllü ve Doğan, 2004; Cohen, 2004; Gökler, 2007; Kim ve ark., 2008; Saygın ve Arslan, 2009). Sosyal destek bireylerin özelliklerinden, ilişkinin niteliklerinden, sosyal ve kültürel durumlardan etkilenir, (Langford ve ark, 1997; Kartal ve Çetinkaya, 2009)

Araştırmalar genellikle stresli olaylarla başa çıkmada sosyal desteğin fiili kullanımını incelemiş ve araçsal (maddi) destek, duygusal destek, bilgilendirici destek ve değerlendirme desteği yoluyla yardım almayı içeren özel destek işlemlerine odaklanmıştır (Langford ve ark. 1997; Cohen, 2004; Ardahan, 2005; Kim ve ark., 2008). Araçsal (maddi) destek: Bireyin günlük sorumluluklarını gerçekleştirebilmesi için, gereksinim anında başkaları tarafından somut araç-gereç veya hizmetin sağlanması, zaman ve enerji sağlanması, ekonomik yardımda bulunulması olarak tanımlanabilir. Duygusal destek: Sevgi, şefkat, güven, ilgi, empati ve bir gruba ait olma gibi temel sosyal gereksinimleri sağlamayı tanımlar (Langford ve ark. 1997; Cohen, 2004; Ardahan, 2005; İskender ve Tanrıku, 2010). Başkaları aracılığı ile sağlanan en önemli desteğin duygusal destek olduğu vurgulanmıştır. Duygusal destek: Sevilme, kabul edilme, öznel aidiyet duygusu, ihtiyaç duyulan birisi olma, saygın ve değerli olmayı hissettirir (Langford ve ark. 1997). Bilgilendirici destek: Genellikle bireyin mevcut zorluklarla başa çıkmasına yardımcı olmak amacıyla gerekli bilgilerin sağlanması ve sorunları ile ilgili danışmanlık ve rehberlik etmeyi içerir. (Langford ve ark. 1997; Cohen, 2004; Ardahan, 2005; İskender ve Tanrıku, 2010). Değerlendirme desteği, bu destek kendini değerlendirmeye ilgili değildir. Problemin çözümü için bilgiye daha hızlı ulaşmayı ifade eder. Doğrulayıcı, onaylayıcı olarak değerlendirme desteğine başvurulur. Doğrulama desteği başkaları tarafından yapılan beyanın uygunluğu teyit etmeyi kapsar (Langford ve ark. 1997; İskender ve Tanrıku, 2010).

Sosyal desteğin bu dört tanımlayıcı niteliği destek alan kişi için her zaman yararlı ve koruyucudur, her zaman destekleyici eylemlerin karşılıklı değişimini sağlar, tanımlayıcı nitelikler seçme öncülüğüne göre değişir ve her zaman pozitif sağlık ve refahı sağlar (Langford ve ark. 1997). Sosyal destek bireylere gereksinim duydukları

hizmetleri ve malzemeleri sağlayarak duygusal rahatlık verir, beklenen sorunlarla ilgili olarak bireylere rehberlik ederek bu sorunlarla başa çıkma yolları ve bireylerin performanslarını geliştirici geribildirimler sunar, olumlu uyuma ve kişisel gelişime katkıda bulunur, hem günlük yaşamda hem de gereksinimler ve krizler anında bireyler arası bağlantıları sağlayarak onları stresin olumsuz etkilerine karşı korur (Kaner, 2004). Sosyal destek, akademik başarı, sağlığı sürdürücü davranışlar, başa çıkma becerileri, sosyal beceriler, kontrol algısı ve duygulanım açısından olumlu sonuçlarla bağlantılıdır (Langford ve ark., 1997; İskender ve Tanrikulu, 2010). Sosyal desteğin, sağlığı farklı biçimlerde etkilediği belirtilmektedir. Bu etkiler düşünce, duygu ve davranışları sağlığı kalkındırarak yönde düzenlemek, yaşama ilişkin bir anlam oluşturmaya yardımcı olmak ve sağlığa katkı sağlayan davranışları kolaylaştırmaktır (Gökler, 2007).

Sosyal destek stresli olaylarla başa çıkmak için kullanılan en etkili yöntemlerden biridir ve hastalığın iyileşmesinde olumlu bir etkidir. Hastaya somut olarak yardımda bulunurken, benlik saygısını güçlendirici nitelik de içermektedir. Bu durum hastalık olasılığını azaltabilir, meydana gelen hastalıktan kurtulmayı hızlandırabilir ve ciddi hastalıklarından ölüm riskini azaltır. Aile ve çevre desteğinin varlığı hastanın tedavisinde uzun dönemli olumlu sonuçlar içerir. Çalışmalarda aile ve çevreden algılanan sosyal desteğin hastaların yaşam kalitesini ve iyilik halini artırdığı, bozukluğun belirtileri üzerinde olumlu etkisinin olduğu belirtilmiştir (Kim ve ark., 2008; İskender ve Tanrikulu, 2010; Yıldırım ve Ekinci, 2010). Ailenin hastanın tedavisi ile yeterince ilgilenmediği durumlarda tedaviye uyumun daha düşük olduğu bildirilmektedir (Ünal ve ark., 2006). Literatürde, sosyal desteği az olan hastaların genellikle daha fazla işlevsel yetersizlik yaşadığı bildirilmektedir (Dedeli ve ark., 2008).

Psikiyatrik hastalarla yapılan çalışmalarda arkadaş sayısı ile ölçülen sosyal ağ boyutunun, sosyal ağların boyutunun ve ağ memnuniyeti algılamanın iyileşme ile ilişkili olduğu, düşük sosyal desteğin hastalığın başlama riskini artırdığı, iyileşme şansını azalttığı bulunmuştur (Hendryx ve ark., 2009).

BAB olan bireylerin sosyal destek alma eğilimi rahatsız olmayan bireylerden daha azdır ve son yapılan çalışmalar sosyal desteğin hastalığın seyrini etkilediğini göstermektedir (Johnson ve ark., 2000). O'Connell ve ark. (1991) yatıştan sonraki yıl içinde semptomların daha fazla hafta sürmesinin genellikle düşük sosyal desteğe bağlı olduğunu ve sosyal desteği düşük olan bireylerin atakları daha uzun sürede atlattığı bulunmuştur (Johnson, ve ark. 1999).

2.2.2 İlaç Uyumunu Değerlendirme

Hastaların uyumu hakkında doğru bir değerlendirme yapmadan sonuçların nedeninin tedavi yanıtının olmaması mı, uygun olmayan tedavi mi yoksa tedaviye uyumsuzluk mu olduğunu belirlemek mümkün değildir (Riley ve ark., 2009).

Uyumsuzluğu değerlendirirken esas amaç, tedavi uyumsuzluğunu öngören faktörleri bulup uyumun şiddetini doğru bir şekilde ölçmek olmalıdır (Çakır ve ark., 2010). Uyumsuzluğu değerlendirmek için yapılan çalışmalar daha çok reçete edilen ilaçlarla ilgilidir. İlaç tedavisine uyumu ölçmek için kullanılan geniş kapsamlı yöntemler vardır. Bunlar: Hastaların öz bildirimleri, tekrar reçete yazdırma oranlarını belirleme, vaka-not kayıtlarını inceleme, hastanın söylediklerini onaylayabilecek temin edici bilgi edinme, bağlılık konusunda katılan hekimlerin klinik kararlarını kaydetmek gibi subjektif yöntemler ile ilaç kutularında kalan tabletlerin sayısını belirleme, biyolojik ölçümlerle ilaç kan düzeyinin tespiti ve elektronik olay izleme sistemleri gibi objektif yöntemlerdir (Lingam ve Scott, 2002; Çobanoğlu ve ark., 2003; Sajatovic ve ark., 2007a; Velligan ve ark., 2010).

Uyumu değerlendirmekte genellikle yetersiz olduğu göz önüne alındığında, tedavi etkinliğini değerlendirme ve uyumu ölçme ve izleme için geçerli yöntemlerin kullanılması, tedavi değişkenlerinin uygun olup olmadığının belirlenmesi, tedavinin erken kesilmesi ile ilgili fonksiyon bozukluklarının önceden belirlenmesi önemlidir. Uyumu ölçmek konusunda çeşitli yöntemler vardır, fakat hiç biri ilaç alımındaki fiili oluşumu ölçmez dolayısıyla gerçek bağlılık için tahmini sonuçlar elde edilir (Velligan ve ark., 2006; Velligan ve ark., 2007; Riley ve ark., 2009).

Uyumu değerlendirmede kullanılan yöntemler:

Öz Bildirimler: İlaç uyumunu ölçmek için sık başvurulan yöntemlerden bir tanesi öz bildirimdir. Fakat diğer yöntemlere göre daha az geçerli kabul edilir, çünkü elde edilme özellikleri nedeniyle pozitif ön yargı içerirler (Riley ve ark., 2009). Tek başına uyumu değerlendirmede yetersiz olduğu düşünülmesine rağmen iyi psikometrik özellikleri olan uyum öz bildirim ölçekleri kullanıldığında yararlıdır (Byerly ve ark., 2006; Riley ve ark., 2009).

Eczane Kayıtları: Basit, objektif, düşük maliyetli bir yöntemdir (Sajatovic ve ark., 2007b). Fakat ilaç yazılış ve alış arasındaki gün kayıpları yüzdeyi etkileyebilir. Elektronik eczane kayıtlarının, özellikle hastaların tüm ilaç ve reçetelerini aynı sistem üzerinden elde etmeleri için bütünleştirilmiş veya kapalı sağlık sistemlerinin artması uygulayıcıların bu verilere ulaşmasını kolaylaştırabilir. Eczane kayıtları geniş çaplı

uyum çalışmaları için öncelikli kullanılan bir yöntem olmakla birlikte, klinik uygulamada bireysel hasta uyumunu değerlendirmek için tercih edilmeyen bir yöntemdir (Riley ve ark., 2009).

İlaçları Saymak: Uyumu belirlemek için ilaçlar da sayılabilir, ilaç kutusunda kaç ilacın eksik olduğu ile belirlenen sürede kaç tane ilaç alması gerektiği karşılaştırılır (Farmer, 1999). Fakat özellikle uyumlu gözükme isteyen hastalar ev ziyaretlerini önceden bildiği zaman ilaç sayısını ayarlayarak yanıltıcı olabilirler (Velligan ve ark., 2007). Bu sorunu engellemek için rastgele bir günde habersiz bir ev ziyaret yapılabilir. Bu yöntem geçerli ve güvenli olmasına rağmen, klinik uygulamada çok zahmetli ve külfetlidir (Riley ve ark., 2009).

Elektronik İzleme Sistemleri: Elektronik cihazların çeşitli türleri vardır, bu kutular ilaçları sınırlar, belirlenmiş doz zamanlarında açılıp-kapanır, ilaç kullanım biçimlerini ve uyum oranlarını değerlendirmeyi sağlar. Uyum çalışmalarında kullanılan kutular, olay izleme sistemi içerir. Bu kutular ilacın her açılış ve kapanış tarihini kaydeden çip içerirler. Akıllı ilaç kutuları verileri saklama ve aynı anda birden fazla kişiye veri aktarımı yapma özelliğine sahiptir (Riley ve ark., 2009). Elektronik izleme genellikle bağlılık değerlendirilmesi için altın standart olarak kabul edilir, ama onunda sınırlılıkları yok değildir. Hastalar verilen elektronik kutulu ilaçtan başka ilaç alabilir, ilaç almak dışında başka nedenlerle kutuyu açabilir ve ilaç alma sırasında kutuyu açık unutulabilir (Farmer, 1999; Velligan ve ark., 2010). Buna ek olarak, bu cihazların maliyetinin yüksek olması hastalar için hastalar için sınırlayıcıdır (Riley ve ark., 2009).

İlaç Metabolitlerinin Ölçümü: Uyumu belirlemek için serum, idrar, tükürük veya saçta ilaç veya metaboliti ölçümü yapılabilir. İlaç kullanımının objektif bir göstergesi olan ilaç seviyesi uyum araştırmalarında yaygın olarak kullanılmasına rağmen birçok ilaç için emilim, dağılım, metabolizma ve atılım da bireysel farklılıklar vardır ve bu durum hastaların geneli için alınan ilaç miktarının karşılaştırılmasını sınırlar. Bu nedenle biyolojik markırlar uyum araştırmalarından çok kullanılan ilaç miktarını belirlemek için kullanılır (Velligan ve ark., 2006). Ancak, klinik pratikte bireysel olarak hastaların ilaç veya ilaç metabolit düzeylerinin belirlenmesi metabolizma ve klirensi etkileyen diğer faktörlerin nispeten sabit kaldığı varsayımı altında, zamanla uyum değişikliklerini değerlendirmek için yararlı olabilir. Fakat bu yöntemin ciddi giderlere neden olmasından dolayı klinik kullanımı kısıtlıdır (Riley ve ark., 2009).

Tüm uyum ölçme yöntemlerinin güçlü ve zayıf yönleri olması nedeniyle klinik çalışmalarda iki veya daha fazla yöntemin kombine kullanılması tavsiye edilmektedir (Velligan ve ark., 2006).

Tablo 3. Bipolar Bozukluğu Olan Bireylerde İlaç Tedavisi Uyumunu Ölçme Metotlarının Avantaj ve Dezavantajları

Yöntem	Veri türü	Avantajları	Dezavantajları
Hasta öz bildirimleri	Nitel	Değerlendirilmesi kolaydır. Çok düşük maliyet ve az emek gerektirir.	Eksik bildirimde bulunabilir. Sorulan soruların yapısı ve görüşmeci becerilerinden etkilenir.
Kan serum düzeyleri	Nicel	Gerçek ilaç emilimini/ etkisini gösterir. Son doz kullanımını belirler.	Sadece duygudurum düzenleyiciler ve antidepresanların bazı türleri için kullanılır (lityum, bazı antikovülsanlar ve bazı antidepresanlar). Kanda lityumun ölçülmesine yönelik parmak=çubuk örneği hariç damar yolu açmayı gerektirir. Test sonucu son dozun zamanlamasından etkilenir. Hastaya özgü kinetik farklılıklar vardır.
Diğer bilgi sağlayıcıların bildirimleri	Nitel	Bireylerin içgörüsü olmadığı durumlarda ya da eksik bildirimde bulduklarında faydalıdır.	Bilgi alınan bireylerin bazıları güvenilir olmayabilir ya da başkalarından bilgi almak müdahale olarak algılanabilir.
İlaç sayımı	Nicel	Nispeten ölçmesi kolay, çok düşük maliyet ve az emek gerektirir.	Bireylerin saymak üzere ilaçlarını getirmeleri gerekir; ilaçların gerçekten alınıp alınmadığını garanti edemez.
Eczane kayıtları	Nicel	Uzun dönemde uyumu değerlendirmede özellikle faydalıdır.	Genellikle ilaçların tek bir eczaneden temin edilmiş olması gerekir; ilaçların içildiğini garanti etmez.
Mikro-Elektronik Aletler	Nicel	Bireylerin içgörüsü olmadığı durumlarda ya da eksik bildirimde bulduklarında faydalıdır. Rejime uyumda kesin bilgi verir.	Pahalı bir yöntemdir; rutin klinik ortamında her zaman uygulanamayabilirler.
Grafik hesaplama	Nicel	Uzun dönemde uyumu değerlendirmede özellikle faydalıdır.	Yoğun zaman gerektirir farklı kayıtların kullanıldığı farklı ortamlarda sunulan tedavi durumlarında uygun değildir.
Ziyaret sıklığı	Nicel	Uzun dönemde uyumu değerlendirmede özellikle faydalıdır.	İlaç tedavisi uyumu ile ilişkili olmayabilir.
Doktor raporu	Nitel	Bireylerin iç görüşü olmadığı durumlarda ya da eksik bildirimde bulduklarında faydalıdır.	Fazla ya da eksik bilgi verebilir. Terapötik işbirliği kültürel sonuçlardan etkilenebilir.
Karma (Kombine) metotlar	Kullanılan yöntemlere göre değişir	Kapsamlı bir uyum değerlendirmesi yapmayı sağlar ve bilgi kaynakları arasında kıyaslama yapmayı sağlar.	Kombine bir kriter oluşturmak için farklı metotların en iyi ne şekilde nasıl birleştirilecekleri konusunda net değildir.

(Sajatovic ve ark, 2007a; Farmer, 1999)

Uyum önündeki engelleri gidermek ve pozitif davranışları pekiştirmek veya vurgulamanın başarılı olması çok yönlü müdahalelerin bir arada kullanılması ile mümkündür. Uyuma yönelik müdahaleler hastaya özgü, bakım ortamına ve kültürel şartlarına uygun olmalıdır. Klinik/bilişsel durum, içgörü, tutum, hastalık ve tedavisine yönelik inançlar da dahil olmak üzere hastanın özel ihtiyaçlarına yönelik müdahalelere odaklanmak uyumu optimize etmek için önemlidir (Riley ve ark., 2009).

Psikiyatri hemşiresinin, BAB tanısı olan bireylerin tedavisinde öncelikle, mevcut belirtileri değerlendirmesi, bireyin genel sağlık durumunu ve içsel sağlık kontrol odağını belirlemesi gereklidir. Hastalara hastalığın sağlıkla ilgili genel etkisini algılamaları için konuyla ilgili sorular sorarak tedaviye uyumda gelecekteki engeller için içgörü sağlanır ve böylece potansiyel engellerin aşılmasına yardımcı olunabilir (Darling ve ark., 2008).

2.2.5 BAB Olan Hastaların İlaç Uyumunun Sağlanması ve Hemşirelik Yaklaşımı

Bipolar affektif bozukluğu olan hastaların tedavisinde ilk seçenek ilaç tedavisidir ve tedavi sırasında ilaçlarla en sık karşılaşan grup hemşirelerdir (Trigoboff, 2004; Munro ve Baker, 2011). İlaç yönetimi akut psikiyatri hemşireleri için temel bir beceridir (Gray, 2004). Psikiyatri hemşireleri uygulamayı geliştirmek için kanıta dayalı bilgi, beceri ve teknik müdahaleler kullanmak zorundadır (Gurney, 2004).

İlaç uyumu geliştirmenin ilk olarak semptom azalması ile ilgili iyileşmenin sağlanmasına bağlı olarak yaşam kalitesini artırma, ikinci olarak ilaçtan beklenen etkinin sağlanması ve üçüncü olarak sağlık ve sosyal bakım maliyetlerinin azalması gibi sonuçları vardır (Gurney, 2004). Tedaviye uyum bağımsız yaşamayı kolaylaştırır, belirtilerin kontrolüne yardımcı olur ve relapsların önlenmesi için önemlidir (Gray, 2004; Copeland ve ark., 2008).

İlaç yönetimiyle ilgili hemşirelere yararlı olabilecek bazı ilkeler belirlenmiştir: İlk olarak tedaviden yarar sağlaması için tedavi edici etkiyi sağlayacak şekilde ilaçların dozunun düzenlendiğinden emin olunmalıdır. İkinci olarak, tedavi bir ekip çalışması olarak değerlendirilmeli ve seçimlerin içeriği oluşturulurken hastalarla gerçek ve güvene dayalı bir ilişki kurulmalıdır ve üçüncü olarak hastaların kendi belirtilerini yönetebilmeleri için öz yeterliliklerini geliştirmeye yardımcı olunmalıdır (Munro ve Baker, 2011).

Psikiyatri hemşireleri psikofarmakolojik alanda etkili bir bakım verebilmek için: Nöropsikiyatri alanındaki güncel bilgiler, psikofarmakolojinin ilkeleri ve ilaç kullanan hastaları değerlendirme, tanı ve tedavi ile etkili ve güvenli bir ilaç yönetimi sağlama, reçete edilen ilaçların etki mekanizmaları, terapötik dozları, yan etkileri ve ilaç ile ilgili özbakım gerektiren konularda bilgi sahibi olmalıdır (Trigoboff, 2004; Hagerty ve Patusky, 2012). Bu durum hastalarda ilaçların istenen–istenmeyen etkilerin oluşumunu gözlemek, ilaçları açıklamak, eğitim vermek ve ilaç uyumunu artırmak için gereklidir. Hemşirelerin hastaları ilaçlar hakkında iyi bilgilendirmesi olumsuz etkilerin en aza inmesini sağlayarak tedavi planına uymaya yardımcı olur. Hastaların tedavi konusundaki kaygılarını tartışmak, tedavileri konusunda bilinçli karar vermelerini sağlar (Hagerty ve Patusky, 2012).

İlaç uyumunu geliştirmek için hemşirenin sorumlulukları arasında hastalara ilaçlar hakkında eğitim vermek önemli bir yer tutar. Hemşireler taburculuktan sonra hastaların tedavilerine uyum göstermelerini sağlamak için eğitim vermelidir. Uyumsuzluk olayının tekrarlaması verilen psikoeğitim ile bağlantılı olabilir (Trigoboff, 2004). Psikoeğitim, hasta ve yakınlarına hastalığın etyolojisi, klinik özellikleri, tanımı, tedavisi ve seyri gibi konularda bilgi sağlayan bir yapılandırılmış programdır (Post ve ark., 2012). Hastanın en uygun şekilde öğrenmesi için tasarlanmış müdahaleler, sağlıklı davranışlar geliştirmesine yardım edebilir (Trigoboff, 2004). Bipolar hastalarda psikoeğitimsel yaklaşım ile ilaç tedavisine uyumu sağlama açısından olumlu sonuçlar alındığı gözlemlenmiştir. Bipolar bozukluğu olan hastaların hastalığı konusunda yeterli bilgisi olmaması veya hastalığı ile ilgili içgörülerinin gelişmemesi hastaların ilaç tedavisine uyum yapmasını engellemektedir. Psiko-eğitim bireyin bipolar bozukluğu ile ilgili bilgi sahibi olmasına yardım eder. Hastalığı hakkında daha derin bilgiye sahip olan bireyler ise hastalıklarının tedavisi konusunda daha aktif rol alma şansı elde etmiş olurlar. Bu durumda tedavi ile ilgili sonuçların daha iyi olmasını sağlar (Sajatovic ve ark., 2007a).

Birçok hastayı ilaç tedavisine uyumlandırmak zordur. İlaç uyumunu artırmak için yararlı olabilecek çeşitli stratejiler vardır (Post ve ark., 2012):

- Yetersiz uyumu tanımlayın: Randevulara gelmeme, tedaviye yanıtın olmaması ve diğer nedenleri belirleyin.
- Aile üyelerinden yardım alın.
- Hastalar ve aile üyeleri için psikoeğitim sağlayın.

- Hastanın tedaviyi takip etme yeteneğini ve uyumu engelleyen nedenleri değerlendirin.
- Hasta için tedavinin önemi ve yararlarını vurgulayın.
- Hasta kişinin isteklerine göre rejimi özelleştirin.
- Rejimi basitleştirin: İlaç alma sıklığını azaltın, günde bir veya iki doz ilaç alacak şekilde ayarlamak gibi...
- İlaç kullanımını için basit, açık ve anlaşılabilir bilgiler verin.
- Günlük dozları düzenlemek için hap kutularını kullanın.
- İlaç almalarını hatırlamalarını sağlamak için basit ipuçları oluşturun.
- Kliniğe hastanın ulaşabileceği soru sorabileceği zamanlar planlayın.
- Beklenen davranış ve sonuçları destekleyin.

Psikiyatri hemşireleri için bipolar bozukluğu olan hastaların ilaç uyumunu artırmaya yönelik uygulama kriterleri aşağıda belirtildiği gibidir (Gurney, 2004):

1. Temel beceriler: İletişim becerilerine dayanan, hasta merkezli işbirlikçi yaklaşım.
2. Değerlendirme: Genel sağlıkla ilgili temel ve sistematik değerlendirme, yaşam tarzı, yaşam kalitesi, sendromlar, ilaçların semptomlar ve yan etkiler üzerine etkisini değerlendirme.
3. Farmakoloji: Kullanılan ilaçların farmakokinetik, farmakodinamik, farmakogenetik alanlarında bilgi sahibi olma, yan etkilerin sistematik değerlendirmesi ve geçerli ve güvenilir tedbirler alma, reçete edilen ilaçlara uyumu sağlamak için ilaçların bireysel ihtiyaçlara göre uyarlanması.
4. Bireylerin hastalık hikâyesini öğrenmek: Kişilerarası beceriler kullanılarak bireylerin hastalıkla ilgili deneyim, tutum, inanç, bilinç ve anlayışları, normalleştirme ve sağlık ödenekleri konularında bilgi alışverişi sağlanması.
5. Bireylerin tedaviye yönelik tereddütlerini araştırmak: Kişilerarası ilişkiler, problem çözme, motivasyonel yaklaşımlar ve görüşme teknikleri ve becerileri kullanarak araştırma.
6. Sağlık bakımı: Sağlık yönetimi stratejileri için geçerli beceri ve teknikleri araştırma.

Tedavi sırasında; terapötik ilişkinin kurulması ve sürdürülmesi, hastanın psikiyatrik durumunun düzenli olarak değerlendirilmesi, bipolar bozukluk hakkında eğitim verilmesi, hasta ve ailesinin rahatsızlığın uzun süreci sırasında tedavinin sorumluluğunu paylaşmalarını sağlamak, mani ve depresyon belirtilerini tanıyarak erken başvuruyu sağlamak, günlük aktiviteler, uyku uyandırma düzeni, emosyonel ve

sosyal uyaranların düzenlenmesi konularını ele almak önemlidir (Varcarolis, 1998; Işık, 2003). Aynı zamanda hastaların tedaviye karşı ikilemi de ele alınmalıdır. Hastaların büyük kısmı hastalığını inkâr eğilimi içinde olup, önemli bir ruhsal rahatsızlığı olduğunu ve uzun yıllar ilaç kullanmaları gerektiğini kabullenmek istemez. Ayrıca hastaların birçoğu hastalık belirtilerini hafif gösterme eğilimindedirler. Bazı hastalar ise manik belirtilerden memnundur ve düzelmesini istemediğinden ilaç kullanmayı erteleyebilir veya reddedebilir. Hastaların, bipolar bozukluğun psikososyal etkilerini anlamasına, uyumunun sağlanmasına ve bununla birlikte ortaya çıkabilecek morbidite ve mortalite oranı azaltılmaya çalışılmalıdır (Işık, 2003).

Aynı zamanda hastaların kültürel yapıları da tedaviyi etkileyebilir. Hemşireler genellikle sağlık sistemi ve hasta inanç sistemi arasında bir köprü olmalı, sağlık sistemi ve hastanın kültürü arasında işbirliğini sağlamalıdır. Bu nedenle hastanın kültürel uygulamaları hakkında bilgi edinirken açık olmalı ve yargılamamalıdır (Trigoboff, 2004).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu çalışma bipolar bozukluğu olan hastaların ilaç uyumlarını ve ilaç uyumsuzluğuna neden olan bazı faktörleri belirlemek amacıyla yapılan kesitsel bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih

Çalışma Sivas il merkezinde 15 Mart–30 Haziran 2012 tarihleri arasında yapıldı. Sivas 623.535 nüfusu olan İç Anadolu bölgesinin doğusunda yer olan 6.001 km² yüz ölçümünde bir ildir. İl merkezinde biri üniversite hastanesi olmak üzere üç hastane ve bir Toplum Ruh Sağlığı Merkezi bulunmaktadır. İlde toplam 54 yataklı iki psikiyatri kliniği bulunmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini 01 Ocak–31 Aralık 2011 tarihleri arasında Sivas Numune Hastanesine başvurmuş, BAB tanısı konulmuş, ek psikiyatrik tanısı olmayan ve il merkezinde oturan 280 hasta oluşturdu. Araştırmanın örnekleme tüm hastalar dâhil edildi ve telefonla aranarak bilgi verildikten sonra ev ziyaretini ve çalışmaya katılmayı kabul eden 150 hastaya ulaşıldı. Kurumlardan gerekli izinler alındıktan sonra arşiv incelemesi yapıldı, il merkezinde oturan hastaların telefon ve adres bilgilerine ulaşıldı ve toplam 280 hasta belirlendi. Hastalardan 16 kişi il dışına taşındığı, 69 kişinin telefon numarası yanlış veya telefonları kapatılmış olduğu, 20 kişi telefonunu açmadığı, 25 kişi çalışmaya katılmayı kabul etmediği için araştırmaya katılmamış ve toplam 150 hastaya ulaşıldı.

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından telefonla aranarak bilgi verilen ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara ev ziyareti yapılarak toplanmıştır. Telefonla aranarak açıklama yapılan, çalışmaya katılmayı ve ev ziyaretini kabul eden hastalar evlerinde ziyaret edilmiştir. Araştırmaya katılanlara onam formu açıklama yapıldıktan sonra imzalatılmış ve formlar görüşme yolu ile doldurulmuştur. Araştırmanın verileri “Kişisel Bilgi Formu”, “Morisky Uyum Anketi”, “Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği” ve “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği” ile toplanmıştır.

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek-1)

Form üç bölümden oluşmaktadır. Formun ilk bölümünde hastaların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim düzeyi, mesleği, çalışma durumu, ekonomik durumu, sağlık güvencesi, fiziksel hastalık öyküsü, aile tipi, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ve intihar öyküsünden oluşan demografik özellikleri belirlemek amacıyla oluşturulmuş 13 soru yer almaktadır. İkinci bölümde ise hastalıkla ilgili özellikleri belirlemek için oluşturulmuş hastalık tipi, hastalık süresi, hastaneye yatış sıklığı, en son kontrol zamanı, hastaneye yatış nedenini içeren 5 soru bulunmaktadır. Üçüncü bölüm ise ilaçlarla ilgili özellikleri belirlemek amacıyla oluşturulmuş ilaç kullanım süresi, ilaçla iyileşeceğine inanma, ilacı düzenli kullanma, ilaçlar hakkında bilgi alma, yan etki yaşama, etkiler ve ne yapıldığı, aile desteği, ilaçlar hakkındaki düşünceler, ilaç kullanmayı engelleyen durumlar ve neler olduğu, farklı yöntemleri belirleme ve etkilerini içeren 14 sorudan oluşmaktadır.

3.4.2. Morisky Uyum Ölçeği (MUÖ) (Ek-2)

Ölçek, Donald E. Morisky tarafından geliştirilmiş ve Morisky, Green ve Levine tarafından 1986 yılında geçerlilik çalışması yapılmıştır (Cronbach $\alpha=0.61$). Ölçeğin geçerlilik çalışması ve Türkçeye uyarlanması Yılmaz tarafından 2004 yılında yapılmıştır (Yılmaz, 2004). Ölçek 4 maddeden oluşmakta, “evet”, “hayır” şeklinde yanıtlanmakta ve hastanın ilaç uyumunu “iyi”, “orta” ve “kötü” şeklinde üç düzeyde göstermektedir. Ölçeğin Cronbach alfa kat sayısı 0.63’dür. (Yılmaz, 2004). Ölçek, çalışmada hastaların ilaç uyumunu ölçmek amacıyla kullanılmıştır. Hastaların uyum düzeyleri tüm sorulara “evet” cevabı verenler “uyumlu”, en az bir soruya “hayır” cevabı verenler “uyumsuz” olarak değerlendirildi. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa kat sayısı 0,69 olarak bulunmuştur.

3.4.3. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) (Ek 3)

Folkman ve Lazarus tarafından geliştirilen “Ways of Coping Inventory” ölçeğinden Türkçe’ye uyarlanan “Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği”nin ülkemiz için geçerlik ve güvenilirlik çalışması Şahin ve Durak (1995) tarafından yapılmıştır. Ölçek 30 maddeden oluşmaktadır ve likert tipindedir. Ölçeğin probleme yönelik etkili yollar ve duygulara yönelik etkisiz yollar şeklinde iki boyutu vardır. SBTÖ’nün 30 maddesi: kendine

güvenli yaklaşım (8, 10, 14, 16 20, 23, 26), çaresiz yaklaşım (3, 7, 11, 19, 22, 25, 27, 28), boyun eğici yaklaşım (5, 13, 15, 17, 21, 24), iyimser yaklaşım (2, 4, 6, 12, 18), sosyal destek arama yaklaşımı (1, 9, 29, 30) olmak üzere 5 alt ölçeği oluşturmaktadır. Ölçeğin toplam puanı olmayıp her bir alt ölçeğin toplam puanı üzerinden puanlanmaktadır. Sosyal destek arama alt ölçeğinin 1. ve 9. Maddeleri tersinden puanlanmakta, diğer alt ölçeklerin puanları her bir soruya verilen cevapların 0-3 arası (Hiç uygun değil “0”, uygun değil “1”, uygun “2”, tamamen uygun “3” puan) puanlanması ile elde edilmektedir. Her bir alt ölçekten alınan toplam puan o alt ölçeğe ilişkin madde sayısına bölünerek alt ölçek puan ortalaması elde edilmektedir. Her bir alt ölçek için toplam puanın artışı bireyin o başa çıkma tarzını daha çok kullandığı şeklinde değerlendirilmektedir.

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği alt ölçeklerinin Cronbach Alfa güvenilirlik katsayıları şöyledir: İyimser yaklaşım, $\alpha=0.68$; kendine güvenli yaklaşım, $\alpha=0.80$; çaresiz yaklaşım, $\alpha=0.73$; boyun eğici yaklaşım, $\alpha=0.70$ ve sosyal destek arama yaklaşımı, $\alpha=0.47$ 'dir (Şahin ve Durak, 1995).

Bu çalışmada stresle baş etme ölçeği genel Cronbach Alfa güvenilirlik düzeyi 0,71 olarak bulunmuştur. İyimser yaklaşım alt boyutu 0,65; kendine güvenli yaklaşım alt boyutu 0,82; çaresiz yaklaşım alt boyutu 0,73, boyun eğici yaklaşım alt boyutu 0,58; sosyal destek arama yaklaşımı 0,47 olarak bulunmuştur.

3.4.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)(Ek-4)

Zimet ve arkadaşları tarafından 1988 yılında geliştirilen ölçeğin ÇBASDÖ ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları 1995 yılında Eker ve Arkar tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach's alpha katsayısı 0.78-0.92 olarak bulunmuştur. ÇBASDÖ 12 maddeden oluşan bir ölçektir. Her biri 4 maddeden oluşan desteğin kaynağına ilişkin 3 grubu içerir. Bunlar: aile, arkadaş ve özel bir insandır. Her madde 7 aralıklı bir ölçek kullanılarak derecelendirilmiştir.

Ölçekte bulunan 3,4,8,11. maddeler aile desteğini, 6,7,9,12. maddeler arkadaş desteğini, 1,2,5,10. maddeler de özel kişi desteğini (güven duyulan yakın arkadaş, dost) ölçmektedir. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan ise 28'dir. Alt ölçeklerden alınan puanların toplanması ile elde edilen toplam ölçek puanından alınabilecek en düşük puan 12, en yüksek puan ise 84'tür. Ölçekten elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir (Eker ve ark., 2001).

Bu çalışmada sosyal destek ölçeği genel Cronbach's alpha güvenilirlik düzeyi 0,88 olarak bulunmuştur. Aile desteği alt boyutu 0,84; arkadaş desteği alt boyutu 0,91; özel kişi desteği alt boyutu 0,88 olarak bulunmuştur.

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için İstatistik Paket Programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (frekans, yüzde, ortalama, standart sapma) yanı sıra normal dağılımın incelenmesi için Kolmogorov-Smirnov dağılım testi kullanıldı.

Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Pearson Ki-Kare testi ve Fisher Exact test kullanıldı. Niteliksel verilerin ilişki gücünü incelemek için Phi katsayısı ve Cramer's V katsayısı kullanıldı. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup durumunda, parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanıldı.

Univariate analizlerde anlamlı çıkan risk faktörlerini çok değişkenli incelemek için Lojistik regresyon analizi kullanıldı. Lojistik regresyon analizinde enter metodu ile değişkenler seçildi ve ilk kategoriler referans olarak alınarak risk oranları (Odds ratio) hesaplandı.

Sonuçlar %95 güven aralığında, $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde ve $p < 0,01$ $p < 0,001$ ileri anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

3.6. Araştırmanın Etik Boyutu

Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Etik Kurulundan 10.01.2012 tarih ve 2012-01/10 no'lu kararla yazılı izin alınmıştır. Ayrıca araştırmayı yapabilmek için Sivas İl Sağlık Müdürlüğü ve Sivas Numune Hastanesinden ekte yer alan gerekli izinler alındı.

Çalışmaya katılmak gönüllülük esasına dayandığından hastalara konu hakkında sözlü ve yazılı olarak bilgi verildi ve onam formları imzalatıldı.

4. BULGULAR

Tablo 4. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

Tanıtıcı özellikler	Sayı	%
Yaş		
40 yaş ve altı	87	58,0
41 yaş ve üstü	63	42,0
Ortalama yaş: 40,6 ± 12,9		
Cinsiyet		
Kadın	81	54,0
Erkek	69	46,0
Medeni durum		
Evli	73	48,7
Bekâr	77	51,3
Eğitim durumu		
Okur-yazar değil	14	9,3
İlköğretim	70	46,7
Lise	32	21,3
Üniversite	34	22,7
Çalışma durumu*		
Çalışmıyor	110	73,3
Çalışıyor	40	26,7
Gelir durumu		
Gelir giderden fazla	35	23,3
Gelir gidere denk	96	64,0
Gelir giderden az	19	12,7
Aile tipi		
Çekirdek aile	101	67,3
Geniş aile	38	25,3
Parçalanmış aile	11	7,3

* Hastaların %39,3'ü ev hanımı, %10,7'si işçi, %12,7'si memur, %9,3'ü sebest meslek, %12,7'si emekli, %3,3'ü öğrenciydi ve %12'sinin herhangi bir mesleği yoktu.

Tablo 4'te hastaların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımları verilmiştir. Hastaların %58'i 40 yaş ve altında, %54'ü kadın, %51,3'ü bekâr, %46,7'si ilköğretim mezunu, %21,3'ü lise mezunu, %22,7'si üniversite mezunu olup %73,3 herhangi bir işte çalışmamaktaydı. Hastaların ekonomik durumları incelendiğinde %64'ünün gelirinin giderine denk ve %12,7'sinin gelirinin giderinden az olduğu görülmektedir. Hastaların yarıdan fazlası (%67,3) çekirdek ailede yaşamaktadır.

Tablo 5. Hastaların Hastalıkla İlgili Özelliklere Göre Dağılımı

Hastalıkla ilgili özellik	Sayı	%
Hastalık tipi		
Bipolar I	123	82,0
Bipolar II	27	18,0
Fiziksel hastalık öyküsü*		
Var	48	32,0
Yok	102	68,0
İntihar öyküsü		
Var	34	22,7
Yok	116	77,3
Hastalık süresi		
1 – 5 yıl	36	24,0
6 – 10 yıl	35	23,3
11 ve üstü yıl	79	52,7
Ortalama hastalık süresi (yıl): 13,9 ± 9,8		
Yatarak Tedavi Sayısı		
Hiç yatmamış	30	20,0
1 – 5 kez yatmış	88	58,7
6 veya üstü kez yatmış	32	21,3
Ortalama yatış sayısı: 5,2 ± 8,5		
Yatış nedeni		
İlaç kullanmamak	43	35,8
İlaca rağmen hastalık belirtilerinde artma	25	20,8
Yaşadığı streten/problemlerden dolayı	50	41,7
Diğer	2	1,7
En son kontrol zamanı		
Ortalama kontrol zamanı (gün): 46,9 ± 69,5		
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü		
Var	71	47,3
Yok	79	52,7

*Fiziksel hastalığı olan hastaların %31,3'ünde diyabet, %50'sinde hipertansiyon, %10,4'ünde KOAH, %12,5'inde tiroid ve %25'inde diğer hastalıklar vardı.

Tablo 5'te hastaların hastalıkla ilgili özelliklere göre dağılımı verilmiştir. Hastaların %82'sinin Bipolar I bozukluğu bulunmaktadır. Hastaların %32'sinde fiziksel bir hastalık bulunmaktadır. Hastaların %22,7'si intihar girişiminde bulunmuş ve hastaların %24'ü 1-5; %23,3'ü 6-10 ve %52,7'si 11 yıl ve daha fazla süredir hastadır. Hastaların ortalama hastalık süresi: 13,9 ± 9,8 yıldır. Hastaların %20'si hiç hastaneye yatmamış, %58,7'si 1-5, %21,3'ü 6 ve daha fazla kez hastanede yatmış ve ortalama yatış sayısı 5,2 ± 8,5'dir. Hastaların hastaneye yatış nedenleri %35,8 ilaç kullanmamak, %20,8 ilaca rağmen belirtilerin artması, %41,7 yaşanan stres/problemler olarak bulunmuştur. Kontrol zamanı ortalaması 46,9 ± 69,5 gündür. Hastaların %52,3'ünün ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü yoktu.

Tablo 6. Hastaların İlaçlarla İlgili Özelliklere Göre Dağılımı

İlaçla ilgili özellik	Sayı (n=150)	%
İlaç kullanım süresi		
1 – 5 yıl	53	35,3
6 – 10 yıl	40	26,7
11 – 15 yıl	17	11,3
16 ve üstü	40	26,7
Ortalama ilaç kullanım süresi (yıl): 10,9 ± 8,7		
İlaçla iyileşeceğine inanma durumu		
İnanıyorum	120	80,0
İnanmıyorum	30	20,0
Düzenli ilaç kullandığını belirtme		
Evet	123	82,0
Hayır	27	18,0
İlaçlar konusunda bilgi alma		
Evet	126	84,0
	<i>Doktor</i>	<i>104</i> <i>69,3</i>
	<i>Hemşire</i>	<i>8</i> <i>5,3</i>
	<i>Diğer</i>	<i>14</i> <i>9,3</i>
Hayır	24	16,0
Yan etki yaşama		
Evet	119	79,3
Hayır	31	20,7
Yan etki yaşadığında ne yaptığı		
Doktora hastaneye başvurdum	67	56,3
Doktoru aradım ne yapmam gerektiğini sordum	5	4,2
İlacı kestim	5	4,2
Kendiliğinden geçmesini bekledim, hiçbir şey yapmadım	42	35,3
İlaç kullanırken aile desteği		
Destek oluyorlar	134	89,3
Destek olmuyorlar	16	10,7
İlaçlar hakkındaki düşünceleri		
İlaçları kullanmak zorundayım	127	84,7
Uzun süre ilaç kullanırsam bağımlılık yapar	67	44,7
İlaçları düzenli kullanmak iyileşmek için gereklidir	131	87,3
Hastalık belirtilerinin olmaması için ilaçlar kullanılmalı	128	85,3
İyileşince bırakılmalı	43	28,7
Yan etki yapabilir	91	61,1
Hasta olmadığım için kullanmaya gerek yok	10	6,7
İlaçları düzenli kullanmayı engelleyen durumlar		
Evet ¹	50	33,3
Hayır	100	66,7
İlaç dışı alternatif yöntemler kullanma		
Evet ²	57	38,0
Hayır	93	62,0

Tablo 6'da hastaların ilaçlarla ilgili özelliklere göre dağılımı verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi hastaların %35,3'ü 1–5 yıl; %26,7'si 6–10 yıl; %11,3'ü 11–15 yıl; %26,7'si 16 yıl ve daha fazla süredir ilaç kullanıyordu ve %80'i ilaç kullanarak düzeleceğine inanıyordu. Hastaların %82'si düzenli ilaç kullandığını, %84'ü ilaçlar konusunda bilgi aldığını, %79,3'ü yan etki yaşadığını ifade etmiştir. Yan etki yaşadığında hastaların %56,3'ü doktora gittiğini; %35,3'ü yan etkilerin kendiliğinden geçmesini beklediğini; %4,2'si doktoru aradığını; %4,2'si ilacı kullanmayı bıraktığını ifade etmiştir. Hastaların %89,3'ü ilaç kullanırken ailesinin destek olduğunu ifade etmiştir.

Hastaların %84,7'si ilaçları kullanmak zorunda olduğunu; %44,7'si uzun süre ilaç kullanırsa bağımlılık yapacağını; %87,3'ü iyileşmek için ilaçları düzenli kullanmak gerektiğini; %85,3 hastalık belirtilerin olmaması için ilaçları kullanılması gerektiğini; %28,7'si iyileşince ilaçların bırakılması gerektiğini; %61,1'i ilaçların yan etki yapabileceğini; %6,7'si hasta olmadığı için ilaç kullanmaya gerek duymadığını belirtmişti.

Hastaların %66,7'si düzenli ilaç kullanmasını engelleyen bir durum olmadığını belirtmişti ve hastaların %62'si ilaç dışı alternatif bir yöntem başvurmamıştı.

Tablo 7. Hastaların Düzenli İlaç Kullanmasını Engelleyen Faktörlerin Dağılımı

Nedenler (n=50*)	Sayı	%
İlaç kullanarak düzeleceğine inanmama	33	32,4
Yan etkilerinden dolayı	28	27,4
İyileştiğini düşünerek ilaç kullanmayı bırakma	10	9,8
İlaç içmeyi unutmak	8	7,8
Uzun süre ilaç kullanmaktan dolayı bıkkınlık	6	5,9
Hasta olmadığını düşünmek	6	5,9
Diğer	11	10,8

*Birden fazla ifade kullanılmıştır.

Tablo 7’de hastaların düzenli ilaç kullanmasını engelleyen faktörlerin dağılımı verilmiştir. Düzenli ilaç kullanmayan hastalar, %32,4 ilaç kullanarak düzeleceğine inanmamayı, %27,4 yan etki yaşamayı, %9,8 iyileştiğini düşünmeyi, %7,8 ilaç içmeyi unutmayı, %5,9 uzun süre ilaç kullanmaktan dolayı bıkkınlık hissini, %5,9 hasta olmadığını düşünmeyi, %10,8 diğer nedenleri engel olarak belirtmiştir.

²Tablo 8. Hastaların Alternatif Yöntem Kullanma ve Etkileri Dağılımı

Kullanılan yöntem (n=57*)	Kullananlar		Etkili oldu	
	Sayı	%	Sayı	%
Okunmuş su içmek	12	21,1	6	10,5
Hocaya gitmek	49	86,0	22	38,6
Tekke, mezar vb. yerleri ziyaret ederek dua etmek	32	56,1	19	33,3
Muska taşımak	40	70,2	17	29,8

* Birden fazla ifade kullanılmıştır.

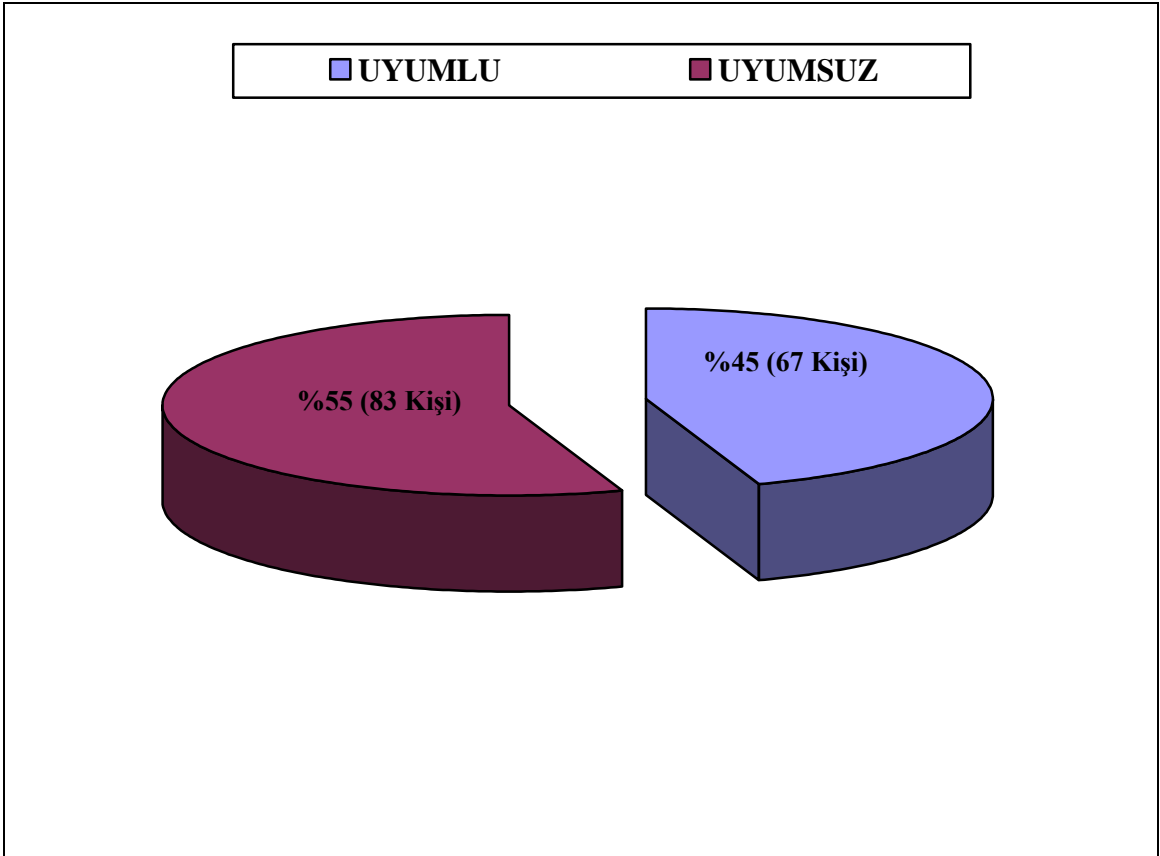
Tablo 8’de hastaların alternatif yöntem kullanma ve etkileri dağılımı verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi hastaların %21,1’i okunmuş su içmek, %86’sı hocaya gitmek, %56,1’i tekke, mezar vb. ziyaret ederek dua etmek, %70,2’si muska taşımak gibi yöntemlere başvurmuş ve okunmuş su içenlerin %10,5’i, hocaya gidenlerin %38,6’sı, tekke, mezar vb. ziyaret ederek dua edenlerden %33,3’ü, muska kullananlardan %29,8’i kullandığı yöntemin etkisinin olduğunu ifade etmiştir.

Tablo 9. Hastaların Morisky Uyum Ölçeğine Göre İlaç Uyumu Dağılımı

		Sayı (n=150)	%
Uyum Düzeyi	İyi	67	44,7
	Orta	59	39,3
	Kötü	24	16,0
İlaç uyumu	Uyumlu	67	44,7
	Uyumsuz	83	55,3

Tablo 9’da hastaların Morisky uyum ölçeğine göre ilaç uyumu dağılımı verilmiştir. Tabloda da görüldüğü gibi Bipolar hastaların %55,3’ü uyumsuzdu. Bipolar hastaların %44,7’sinin ilaç uyumu iyi, %39,3’ünün orta, %16’sının kötüdür.

Şekil 1. Hastaların İlaç Uyum Oranlarının Dağılımı



Tablo 10. Hastaların Stresle Baş Etme Düzeyi Puan Ortalamalarının Dağılımı

	Ort+Sd	Min.	Max.
Kendine Güvenli Yaklaşım	2,18+0,61	0	3
Çaresiz Yaklaşım	1,53+0,67	0,12	3
Boyun Eğici Yaklaşım	1,39+0,60	0	2,83
İyimser Yaklaşım	2,08+0,56	0	3
Sosyal Destek Arama Yaklaşımı	1,80+0,63	0	3

Tablo 10’da stresle baş etme düzeyi puan ortalamaları verilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların “kendine güvenli yaklaşım” alt boyutu ortalaması $2,18 \pm 0,61$; “çaresiz yaklaşım” alt boyutu ortalaması $1,53 \pm 0,67$; “boyun eğici yaklaşım” alt boyutu ortalaması $1,39 \pm 0,60$; “iyimser yaklaşım” alt boyutu ortalaması $2,08 \pm 0,56$; “sosyal destek arama yaklaşımı” alt boyutu ortalaması $1,80 \pm 0,63$ idi.

Tablo 11. Hastaların Sosyal Destek Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

	Ort+Sd	Min.	Max.
Aile Desteği	23,25+6,06	4	28
Arkadaş Desteği	16,72+8,88	4	28
Özel Kişi Desteği	19,43+8,51	4	28

Tablo 11’de hastaların sosyal destek ölçeği puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi araştırmada hastaların “aile desteği” alt boyutu ortalaması $23,25 \pm 6,06$; “arkadaş desteği” alt boyutu ortalaması $16,72 \pm 8,88$; “özel kişi desteği” alt boyutu ortalaması $19,43 \pm 8,51$ idi.

Tablo 12. Hastaların Demografik Özelliklere Göre İlaç Uyum Grupları Arasında Dağılımı

	Uyumlu		Uyumsuz		x^2 p
	Sayı	%	Sayı	%	
Yaş					
40 yaş ve altı	40	46,0	47	54,0	$x^2=0,144$ $p=0,704$
41 yaş ve üstü	27	42,8	36	57,2	
Cinsiyet					
Kadın	37	45,6	44	54,4	$x^2=0,073$ $p=0,787$
Erkek	30	43,4	39	46,6	
Medeni Durum					
Evli	30	41,0	43	59,0	$x^2=0,734$ $p=0,392$
Bekâr	37	48,0	40	52,0	
Eğitim Durumu					
Okuryazar değil	2	14,3	12	85,7	$x^2=8,000$ $p=0,046$
İlköğretim	31	44,3	39	55,7	
Lise	14	43,8	18	56,2	
Üniversite	20	58,8	14	41,2	
Çalışma Durumu					
Çalışmıyor	50	45,5	60	54,5	$x^2=0,104$ $p=0,748$
Çalışıyor	17	42,5	23	47,5	

Tablo 12’de hastaların demografik özelliklere göre ilaç uyum grupları arasında dağılımı verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi yaş, cinsiyet medeni durum ve çalışma durumu açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$). Eğitim durumu açısından ise gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. ($p=0,046$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan istatistiksel analizde okur-yazar olmayan grupta ilaç uyumsuzluğu yüksek görülürken, üniversite mezunu olan grupta ilaç uyumu anlamlı olarak yüksek bulundu.

Tablo 13. Hastaların Hastalıkla İlgili Özelliklere Göre İlaç Uyum Grupları Arasında Dağılımı

	Uyumlu		Uyumsuz		χ^2 <i>p</i>
	Sayı	%	Sayı	%	
Hastalık Tipi					
Bipolar 1	55	44,7	68	55,3	$\chi^2=0,001$ <i>p=0,980</i>
Bipolar 2	12	44,4	15	55,6	
Fiziksel Hastalık Öyküsü					
Var	22	46,8	25	53,2	$\chi^2=0,127$ <i>p=0,722</i>
Yok	45	43,7	58	56,3	
Hastalık Süresi					
1–5 yıl	12	33,3	24	66,7	$\chi^2=2,669$ <i>p=0,263</i>
6–10 yıl	18	51,4	17	48,6	
11 yıl ve üstü	37	46,8	42	53,2	
Hastaneye Yatış Sayısı					
Hiç yatmamış	13	43,3	17	56,7	$\chi^2=1,020$ <i>p=0,600</i>
1–5 kez yatmış	42	47,7	46	52,3	
6 ve üstü kez yatmış	12	37,5	20	62,5	

Tablo 13’de hastaların hastalıkla ilgili özelliklerine göre ilaç uyum grupları arasında dağılımı verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi hastalık tipine, fiziksel hastalık öyküsüne, hastalık süresine ve hastaneye yatış sayısına göre gruplar arasında istatistiksel olarak fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 14. Hastaların İlaçlarla İlgili Özelliklere Göre İlaç Uyum Grupları Arasında Dağılımı

	Uyumlu		Uyumsuz		χ^2 p
	Sayı	%	Sayı	%	
İyileşme İnancı					
İnanıyorum	58	48,3	62	51,7	$\chi^2=3,264$ p=0,071
İnanmıyorum	9	30,0	21	70,0	
Yan Etki					
Evet	51	42,9	68	57,1	$\chi^2=0,763$ p=0,382
Hayır	16	51,6	15	48,4	
İlaç Kullanım Süresi					
1–5 yıl	16	30,2	37	69,8	$\chi^2=8,187$ p=0,042
6–10 yıl	20	50,0	20	50,0	
11–15 yıl	11	64,7	6	35,3	
16 ve üstü	20	50,0	20	50,0	
İlaç Kullanımını Engelleyen Durumlar					
Evet	11	22,0	39	78,0	$\chi^2=15,591$ p=0,000
Hayır	56	56,0	44	44,0	
İlaç Dışı Alternatif Yöntemlere Başvurma					
Evet	21	36,8	36	63,2	$\chi^2=2,277$ p=0,131
Hayır	46	49,5	47	50,5	
Aile Desteği					
Var	60	45,5	72	54,5	$\chi^2=1,169$ p=0,28
Yok	6	33,3	12	66,7	

Tablo 14’te hastaların ilaçlarla ilgili özelliklerine göre ilaç uyum grupları arasında dağılımı verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi ilaç kullanarak iyileşeceğine inanma ve yan etki yaşama grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. ($p>0,05$). İlaç kullanım süresi açısından hastaların ilaç uyum durumları değerlendirildiğinde gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,042$). İlaç kullanım süresi 1–5 yıl olanlarda uyumsuzluk oranı (%69,8) diğer gruplara göre anlamlı ölçüde yüksekti.

İlaç kullanımını engelleyen durumun varlığının ilaç uyumuna etkisi gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,000$). İlaç kullanımını engelleyen durumları bildiren grubun ilaç uyumsuzluğu oranı (%47) anlamlı olarak yüksekti. İlaç kullanımını engelleyen durumlar ile ilaç uyumu arasında Phi= %32,2 düzeyinde negatif yönlü anlamlı ilişki görüldü. İlaç kullanımını engelleyen durumların oranı arttıkça ilaç uyumu azalmaktaydı. İlaç dışı alternatif yöntemlere başvurma ve aile desteğinin ilaç uyumuna etkisi istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$).

Tablo 15. Hastaların Stresle Baş Etme Tarzları Ölçeği Puan Ortalamalarının İlaç Uyum Grupları Arasında Dağılımı

	Uyumlu	Uyumsuz	z p
	Ort+Sd	Ort+Sd	
Kendine güvenli yaklaşım	2,229+0,657	2,132+0,582	z = -1,423 p=0,162
Çaresiz yaklaşım	1,405+0,662	1,625+0,669	z = -2,056 p=0,040*
Boyun eğici yaklaşım	1,296+0,602	1,462+0,599	z = -1,958 p=0,050*
İyimser yaklaşım	2,155+0,560	2,022+0,552	z = -1,598 p=0,110
Sosyal destek arama yaklaşımı	1,858+0,699	1,756+0,566	z = -1,324 p=0,186

Tablo 15'te hastaların stresle baş etme tarzları puan ortalamalarının ilaç uyum grupları arasında dağılımı verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi stresle baş etme ölçeği alt boyutlarından kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımı açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$). Çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım açısından ise gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,040$, $p=0,050$). Çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım puanı yüksek olan olgularda ilaç uyumsuzluğu anlamlı olarak yüksekti. Univariante analizlerde ilaç uyumuna etkisi anlamlı çıkan değişkenler ile Multivariate analiz yapılmıştır.

Tablo 16. Hastaların Sosyal Destek Ölçeği Puan Ortalamalarının İlaç Uyum Grupları Arasında Dağılımı

	Uyumlu	Uyumsuz	z p
	Ort+Sd	Ort+Sd	
Aile desteği	23,970+6,030	22,663+6,065	z= -1,747 p=0,081
Arkadaş desteği	16,299+9,198	17,060+8,647	z=-0,542 p=0,588
Özel kişi desteği	20,328+8,427	18,699+8,556	z=-1,711 p=0,087

Tablo 16'da sosyal destek grupları puan ortalamalarının gruplar arasında dağılımı verilmiştir. Sosyal destek alt boyutlarından aile desteği, arkadaş desteği ve özel kişi desteğinin ilaç uyumuna etkisi istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$).

Tablo 17. İlaç Uyumuna Etki Eden Faktörler için Lojistik Regresyon Analizi

	B	p	OR	95% C.I.for OR	
				Lower	Upper
Eğitim Durumu		0,102			
Okur – Yazar Değil	2,30	0,017	9,9	1,5	65,0
İlköğretim	0,33	0,513	1,4	0,5	3,8
Lise	0,62	0,292	1,9	0,6	5,8
İlaç kullanımını engelleyen durumlar	1,76	0,000	5,8	2,4	14,1
İlaç kullanım süresi		0,017			
1 – 5 Yıl	0,97	0,046	2,6	1,0	6,9
6 – 10 Yıl	-0,01	0,985	1,0	0,4	2,7
11 – 15 Yıl	-1,11	0,121	0,3	0,1	1,3
Çaresiz yaklaşım	0,45	0,185	1,6	0,8	3,1
Boyun eğici yaklaşım	-0,07	0,861	0,9	0,4	2,0

Tablo 17’de ilaç uyumuna etki eden faktörler için lojistik regresyon analizi verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi, Eğitim durumunun ilaç uyumuna etkisi istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0,017). Eğitim düzeyi okur–yazar olmayan hastarın ilaç uyumsuzluğu riski, eğitim düzeyi ilköğretim olan hastalara göre OR=9,9 (1,5 – 65) kat fazlaydı.

İlaç kullanımını engelleyen durumların ilaç uyumuna etkisi istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0,000). İlaç kullanımını engelleyen durumları olan hastaların, olmayan hastalara göre ilaç uyumsuzluğu riski OR=5,8 (2,4 – 14,1) kat fazlaydı.

İlaç kullanım süresinin ilaç uyumuna etkisi istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0,046). İlaç kullanım süresi 1–5 yıl olan hastaların ilaç uyumsuzluğu riski, ilaç kullanım süresi 6–10 yıl olan hastalara göre OR=2,6 (1,0 – 6,9) kat fazlaydı.

5. TARTIŞMA

BAB tanısı olan bireylerde etkili bir ilaç tedavisinin, iyi bir yaşam kalitesinin ilk şartı olduğu bilinmektedir. Etkili bir ilaç tedavisinin ilk şartı ise tedaviye uyumdur (Greenhause ve ark., 2000; Olusina ve Ohaeri 2003). Ancak BAB tanısı olan bireylerin ilaç uyumsuzluğu yaygın görülen bir sorundur (Colom ve ark, 2000; Ligan ve Scott, 2002; Darling ve ark., 2008; Miasso ve ark., 2009; Colom, 2010; Crowe ve ark., 2011; Sajatovik ve ark., 2011). Oysaki BAB gibi yineleyici ve aynı zamanda düzenli tedavi ve psikoterapi ile %60-80 oranında tamamen önlenilebilir bir hastalıkta tedavi uyumu büyük önem taşımaktadır (Oral ve ark., 2002; Miasso ve ark., 2009). Bununla birlikte ülkemizde BAB tanısı olan bireylerin ilaç uyumlarını inceleyen çalışmalar oldukça sınırlıdır. Bu çalışmada BAB tanısı olan hastaların ilaç uyumu ve etkileyen faktörleri belirlemek amaçlanmıştır.

Çalışmada BAB tanılı hastaların ilaç uyumu Morisky Uyum Ölçeği ile değerlendirilmiş ve hastaların %55,3'ünün ilaç tedavisine uyumsuz olduğu saptanmıştır. Hastaların %44,7'sinin ilaç tedavisine tamamen uyumlu, %39,3'ünün kısmen uyumlu, %16'sının ise tamamen uyumsuz olduğu bulunmuştur. Bu sonucun hastaların yarısından fazlasının ilaç uyumlarının yetersiz olduğunu göstermesi açısından önemli olduğu düşünülmektedir. Bilindiği gibi ülkemizde sağlık sistemi tedavi ağırlıklıdır. Hastaların hastanede yattıkları süreç içerisinde etkili bir bakımla hastalıklarını yönetme becerilerini geliştirmeleri ve terapötik rejimlerini sürdürmeleri beklenmektedir. Ancak çalışmada elde edilen sonuç bu hizmetlerin verilmesi konusunda sorun olduğunu göstermesi açısından önemlidir. Nitekim ülkemizde yapılan bir çalışmada BAB tanısı olan 63 hastanın tedaviye uyumu MARS ölçeği ile değerlendirmiş ve tedaviye uyumsuzluk oranı %63,5 bulunmuştur (Harkın, 2008). Bu sonucun bizim çalışma sonucumuzu destekler nitelikte olduğu söylenebilir. Bununla birlikte Savaş ve ark. (2011) ise geriye yönelik olarak dosya incelemesi ile BAB tanısı olan hastaların ilaç uyumlarını değerlendirdikleri çalışmalarında uyumsuzluk oranını %26,5 olarak saptamışlardır. Bu sonuç ise bizim çalışma sonucumuza göre hastaların daha iyi düzeyde ilaç uyumları olduğunu göstermektedir. Bunun nedeni bizim çalışmamızda ilaç uyumunun ev ziyareti yapılarak, ölçekle ve yüz yüze görüşme yöntemi ile değerlendirilmesi olabilir.

Yurt dışında yapılan çalışmalarda BAB tanısı olan hastaların ilaç uyumları ile ilgili farklı sonuçlar bulunmaktadır. Sajatovik ve ark. (2007b) lityum ve antikonsülsan

kullanan BAB tanısı olan hastaların ilaç uyumlarını ilaçların kandaki konsantrasyonlarına bakarak değerlendirmiş ve hastaların %54,1'inin ilaç tedavisine tamamen uyumlu, %45,9'unun kısmen uyumlu veya uyumsuz olduğunu bulmuştur. Keck ve ark. (1997) bir yıllık takip çalışmalarında hastaların ilaç uyumlarını hastalardan ve hastaların bakım sağlayıcılarından aldıkları bilgi ile değerlendirmiş ve hastaların %51'inin ilaç tedavisine kısmen veya tamamen uyumsuz olduğunu saptamışlardır. Copeland ve ark. (2008) ise BAB tanısı olan 435 hasta ile yaptıkları çalışmalarında hastaların %46'sının ilaç uyumunun kötü olduğunu belirlemişlerdir. Sajatovic ve ark. (2006) BAB olan hastaların antipsikotik ilaç tedavisine uyumu belirlemek için yaptıkları çalışmalarında, hastaların %48,1'ini antipsikotik ilaç tedavisine kısmen veya tamamen uyumsuz ve %51,9'unu antipsikotik ilaçlara tamamen uyumlu olduğu bulunmuştur. Colom ve ark. (2000) BAB tanısıyla takip edilen 200 hastanın ilaç uyumunu, uyum odaklı görüşme ve duygudurum düzenleyici ilaç plazma konsantrasyonları ile değerlendirmiş ve hastaların %40'ının uyumunun kısmi veya kötü olduğunu bulmuştur. Bu sonuçların bizim çalışma sonuçlarımızı destekler nitelikte olduğu söylenebilir. Diğer taraftan bazı çalışmalarda ise BAB tanısı olan hastaların ilaç uyumlarının bizim elde ettiğimiz sonuçtan daha iyi düzeyde olduğu görülmektedir. Rosa ve ark. (2007) çalışmalarında BAB olan hastaların %85,6'sının lityum tedavisine uyumlu olduğunu bulmuştur. Gonzalez-Pinto ve ark. (2010) tedavinin ilk 12 haftasında takibe başlayıp 24 ay boyunca takip ettikleri 1831 hastanın %76,6'sını tedaviye uyumlu, %23,4'ünü uyumsuz olduğunu göstermişlerdir. Çalışma ile literatürdeki sonuçların farklılık göstermesinin nedeni uyumu değerlendirme yöntemlerinin farklı olması, çalışmaya psikiyatrik ek tanısı olanların alınması, örneklem büyüklüğü, hastaların uyum açısından takip süresi, etnik olarak farklı grupların olması ve çalışılan ülkelerdeki sağlık politikalarındaki farklılıklara bağlı olabilir.

Uyumsuzluğu değerlendirirken esas amaç, ilaç tedavisine uyumsuzluğu öngören faktörleri belirlemek ve uyumun şiddetini doğru bir şekilde ölçmektir (Misdrahi ve ark., 2002). Bizim çalışmamızda BAB olan hastalarda yaş, cinsiyet, medeni durum ve çalışma durumunun ilaç uyumuna etkisi istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Bu konuyla ilgili literatür incelendiğinde BAB tanısı olan hastaların ilaç uyumuna etki eden demografik özelliklerle ilgili verilerin çelişkili olduğu dikkati çekmektedir. Bazı çalışmalarda yaş, cinsiyet ve medeni durumun ilaç tedavisine uyumsuzlukla ilişkili olduğu (Keck ve ark., 1997; Sajatovic ve ark, 2006; Sajatovic ve ark., 2007b; Copeland ve ark., 2008), özellikle genç yaş ve bekâr olmanın (Gonzalez-Pinto ve ark. 2006;

Sajatovic ve ark, 2006; Sajatovic ve ark., 2007b; Baldessarini ve ark., 2008; Sajatovic ve ark., 2011; Barraco ve ark. 2012), kadın olmanın (Keck ve ark., 1997; Copeland ve ark., 2008), bazılarında ise erkek olmanın (Gonzalez-Pinto ve ark. 2006; Proudfoot ve ark., 2012) ilaç uyumunda etkili olduğu belirtilmektedir. Ancak yapılan bazı çalışmalarda ise yaş ve cinsiyetin ilaç uyumuna etkisi olmadığı sonucu bulunmuştur (Danion ve ark. 1987; Baldessarini ve ark., 2008). Gonzalez-Pinto ve ark.'nın (2010) çalışmasında ise düzenli bir işi olmayanların ilaç uyumlarının daha kötü olduğu bulunmuştur. Çalışmalarda çelişkili sonuçların bulunmasının nedeni araştırma yapılan grubun özellikleri, kültürel faktörler ve kullanılan ölçüm aracı ile ilişkili olabilir.

Çalışmada BAB olan hastalarda eğitim düzeyinin ilaç uyumuna etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Eğitim düzeyi arttıkça ilaç uyumunun arttığı saptanmıştır. Johnson ve ark.'da (2007) çalışmalarında eğitim düzeyinin yüksek olmasının uyum üzerinde olumlu etkiye sahip olduğunu, Schaffer ve ark. (2006) ise eğitim düzeyi düşük olan kişilerin tedavi hizmetlerini daha az kullandığını bulmuştur. Savaş ve ark. (2011) çalışmalarında eğitim düzeyi yüksek olan hastaların ilaç uyumunun daha iyi olduğunu bildirmiştir. Diğer bir çalışmada Rosa ve ark. (2007) hastaların bilgi düzeyinin doğrudan tedavi uyumu ve hastalık tutumları, uyumsuzluk, tedaviye karşı çıkma, yan etki korkusu, tedavi etkinliği ve hastalığın şiddetinin reddi ile ilişkili olduğunu bulmuştur. Bu araştırma sonuçları çalışmamızın sonucunu desteklemektedir.

Çalışmada BAB olan hastalarda hastalık tipinin, fiziksel hastalık öyküsünün, hastalık süresinin ve hastaneye yatış sayısının ilaç uyumuna etkisi istatistiksel açıdan anlamsız bulunmuştur. Yapılan bazı çalışmalarda da tanı alt tipi, eşlik eden diğer hastalıklar ve duygudurum bozukluğunun süresinin uyum üzerinde herhangi bir etkisi olmadığı belirtilmiştir (Danion ve ark. 1987; Baldessarini ve ark.2008). Bu çalışmaların sonuçları çalışmamızın sonucu ile aynı doğrultudadır.

Çalışmada ilaç kullanım süresi ile uyumsuzluk arasındaki ilişki pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. İlaç kullanma süresi arttıkça ilaç uyumunun arttığı saptanmıştır. Bu sonuç hastaların hastalığa uyum durumları ve zamanla hastalığı ve ilaçların etkisini öğrenme ile ilişkili olabilir. Hastalığı ilk öğrendikleri anda kabullenmeme, ruhsal hastalıklarla ilgili stigma, aile desteğinin yetersizliği gibi nedenlere bağlı olabilir. Hastaların ortalama ilaç kullanım süresi 10,9 yıl, ortalama hastalık süresi ise 13,9 yıl olarak bulunmuştur. İlaç kullanma ortalamasının hastalık süresinden 3 yıl gibi bir süre daha kısa olması hastalığın tanısının geç konulması nedeni ile olabilir. Bipolar hastalarda doğru tanının ilk belirtilerin görülmesinde yaklaşık 5,7

yıl sonra konulduğu bulunmuştur (Morselli ve Elgie, 2003). Bu durum hastalığın ilk tanısı konulduğu dönemde hastalığın inkârına bağlı olarak ilaç kullanmamaya da bağlı olabilir. Bununla birlikte yapılan bir çalışmada da sürekli ilaç kullanan BAB tanısı olan kişilerin duyuşsal ve bilişsel alanlarda bazı sınırlılıkların ve kayıpların olmasının uyumu engellediği ifade edilmektedir (Miasso ve ark., 2008). Bu sonuç çalışmamızın sonuçları ile çelişkilidir.

Bu çalışmada ilaç özellikleri ile uyum arasındaki ilişki incelendiğinde düzenli ilaç kullanmasına engel bir faktör belirten kişilerin ilaç uyumunun düşük olduğu bulunmuştur. Düzenli ilaç kullanmayan hastaların %32,4'ü ilaç kullanarak düzeleceğine inanmamayı, %27,4'ü yan etki yaşamayı, % 9,8'i iyileştiğini düşünmeyi, %7,8'i ilaç içmeyi unutmayı, %5,9'u uzun süre ilaç kullanmaktan dolayı bıkkınlık hissini, %5,9'u hasta olmadığını düşünmeyi, %10,8'i ise diğer nedenleri engel olarak belirtmiştir.

Harkin (2008) ilaç tedavisine uyumsuz BAB tanılı hastaların %35,5'inin iyileştiğini düşünerek, %33,8'inin ilaçsız başarabileceklerini sanarak tedaviyi bıraktığını ve %37,8'inin unuttuğu için, %21,6'sının ilaç yan etkileri nedeni ile ilaç dozunu değiştirdiğini belirlemiştir. Savaş ve ark. (2011) uyumsuz hastaların tedaviden fayda görmediğini ve iyileştiğini düşünerek ilacı bırakma oranının daha yüksek olduğunu, tedaviye devam etmemenin en önemli sebebinin ise iyileştiğini düşünerek ilacı bırakma olduğunu saptanmıştır. Bu çalışma sonuçları çalışmamızda bulunan nedenleri desteklemektedir.

Bazı çalışmalarda hastalığın kronik olmasına bağlı olarak, hastalık süresinin uzun olması ve belirtilerin tekrarlaması ile hastanın ilaçların işe yaramadığına inanması ilaç uyumsuzluğu ile ilişkili bulunmuştur (Oral ve ark., 2002; Çobanoğlu ve ark., 2003; Ervatan ve ark., 2003; Çakır ve ark, 2010). Bu bilgiler çalışmamızda uyumsuzluk için "ilaç kullanarak düzeleceğine inanmamayı" bir neden olarak belirtme sonucunu destekler niteliktedir. Keck ve ark. (1997) uyumsuzluğun, en yaygın nedeninin "tedaviye ihtiyacın olduğunu kabul etmeme" olduğunu ve Oral ve ark. (2002) "kendini iyi hissedip ilaca artık gereksinim duymamanın" ilaç uyumunu ciddi boyutta etkilediği sonuçları çalışmamızın uyumsuzluğa neden olan "iyileştiğini düşünme" ve "hasta olmadığını düşünme" faktörlerini desteklemektedir.

Yan etkiler nedeniyle ilaç kullanmama yaygın bir sorundur. Birçok araştırmada ilaçlara uyumsuzluğun en yaygın nedeninin yan etkiler olduğu bildirilmiştir (Weiss ve ark., 1998; Sharif ve ark. 2003; Roy ve ark, 2005; Clatworthy ve ark., 2007;

Baldessarini ve ark. 2008; Sajatovik ve ark., 2011). Bazı çalışmalarda ise yan etkilerin uyum konusunda eskisi kadar etkili olmadığını göstermektedir (Ervatan ve ark., 2003; Morselli ve Elgie, 2003). Danion ve ark. (1987) çalışmalarında yan etkilerin uyum üzerinde herhangi bir etkisi olmadığını bulmuştur. Çalışmamızda hastalar ilaç yan etkisi olarak en çok sedasyon ve devinimde yavaşlama, kilo alma, antikolinerjik yan etkileri yaşadıklarını belirtmiştir. Johnson ve ark.'da (2007) BAB tedavisine uyumu hastalarda muhtemelen en çok kilo artışı ve ilaçların bilişsel etkilerinin etkilediğini belirtmişlerdir. Yan etkiler nedeniyle uyumsuz olan hastalara tedavi başlamadan önce yan etkiler, olası çözümler ve başa çıkma stratejileri hakkında bilgi verilmediği ve bu nedenle de uyumsuzluğun arttığı belirlenmiştir (Sharif ve ark. 2003).

Hastaların tutum ve inançları ilaç uyumu için en az yan etkiler kadar önemlidir (Pompili ve ark., 2009). Uyumsuzluk, hastaların kullandığı ilaçlar hakkındaki kaygıları, ilaçları düzenli kullanmanın gelecekte olumsuz etkilere yol açabileceği inancı, BAB'ı nasıl algıladıkları ve ilaca ihtiyaçlarının olduğu konusundaki şüpheleri; tanıyı kabullenmeme, durumun kronik olduğunu kabullenmeme, kontrol edilebilir olduğunu kabullenmeme ile ilişkili bulunmuştur (Clatworthy ve ark., 2007). Barraco ve ark. (2012) tedaviye yönelik olumsuz tutumların ve bipolar bozukluk belirtilerinin şiddetinin de uyumsuzluğa neden olabileceğini belirtmiştir. Yapılan bir çalışmada da hastaların farklı inanç sistemleri, hastalık hakkında içgörü eksikliği, bazı ilaçların etkinliği, enjeksiyon yaptırmak istememe, aile desteğinin ve bakımda sürekliliğin olmaması, hastalığı kendi kendilerine yönetme tutumu, sosyal stigma, belirli bir dini grubun tedaviye itirazı ve bazı hastalar için yeti yitimi kaybı tedaviye uyumsuzluk ile bağlantılı bulunmuştur (Sharif ve ark. 2003). Başka bir çalışmada ise ilaç uyumunu mali sorunlar, ilaç almak için gidilecek mesafenin fazla olması, belirtilerin iyileşmesi, bakıcının olmaması veya yaşlı olması, içgörü eksikliği, iş niteliği, uzun süreli ilaç kullanımının gerekliliği hakkında farkındalık eksikliği gibi faktörlerinde etkilediği bulunmuştur (Roy ve ark, 2005). Sajatovik ve ark. (2011) uyumsuzluğun en önemli nedenini ilaç almayı unutmak olarak bulmuştur.

Bipolar hastalarda madde kullanım bozukluğu (Keck ve ark. 1997; Sajatovik ve ark. 2006; Sajatovik ve ark. 2007b; Copeland ve ark., 2008; Gonzalez-Pinto ve ark., 2010) ve kişilik bozukluğu ek tanısı (Colom ve ark., 2000), etnik azınlık olmak (Sajatovik ve ark., 2007b) ve beyaz ırktan olmamak da ilaç uyumsuzluğu ile ilişkili bulunmuştur (Sajatovik ve ark., 2006; Copeland ve ark., 2008).

BAB tanısı olan hastalar için ek olarak duygularının bir ilaç tarafından kontrol edildiği düşüncesinden rahatsız olma ve hastaların yeterli çaba göstererek kendi kendilerine düzelebilecekleri inancı ilaç uyumunu ciddi boyutta etkilemektedir (Oral ve ark., 2002). Pope ve Scot (2003) çalışmasında hastaların lityum kullanmayı kesmek için en çok belirttiği nedenleri; duygularının bir ilaç tarafından kontrol edildiği fikrinden rahatsız olma, kronik bir hastalığa sahip olma fikrinden rahatsız olma ve depresif hissetme olarak bildirmiştir.

Hastaların büyük kısmı hastalığını inkâr eğilimi içinde olup, önemli bir ruhsal rahatsızlığı olduğunu ve uzun yıllar ilaç kullanmaları gerektiğini kabullenmek istemez. Ayrıca hastaların birçoğu hastalık belirtilerini hafif gösterme eğilimindedirler. Bazı hastalar ise manik belirtilerden memnundur ve düzelmesini istemediğinden ilaç kullanmayı erteleyebilir veya reddedebilir (Işık, 2003). Hastalığı kabullenmeme veya inkârın ilaç uyumunu yüksek düzeyde azalttığı tespit edilmiştir. Negatif baş etme olan inkârı kullanan BAB tanılı bireylerin ilaç uyumu ile kullandıkları inkar düzeyi negatif yönde ilişkilidir (Christensen ve Kessing, 2005). Bu çalışmada ilaç uyumu ve stresle baş etme tarzları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım gibi duygu odaklı pasif baş etme tarzının kullanımı arttıkça ilaç uyumsuzluğunun da arttığı bulunmuştur. Greenhouse ve ark. (2000) da hastalığın inkar ve kabulü ile ilaç uyumu arasındaki ilişkiyi incelemiş ve hastalığı inkar edenlerin ilaç uyumunun daha düşük olduğu sonucunu bulmuştur. Lam ve ark. (2001) çalışmalarında maninin öncü belirtileri ile davranışsal yöntemleri kullanarak baş eden hastaların daha az manik ve daha az depresif atak yaşadığını bulmuştur. Başa çıkma stratejilerindeki farklılıklar bipolar hastaların ilaç uyumu ile ilişkili durumları etkiler. Bipolar I bozukluğu olan hastalar, baş etme becerileri olarak daha geniş bir aralığı kullanma eğilimindedir, oysa Bipolar II bozukluğu olan hastalar inkâr, suçlama ve problem odaklı baş etmeyi kullanmayı tercih etmektedir (Ryu ve ark. 2011). Depresyon ataklarından önce birçok kez şiddetli bir stresörün olduğu, ayrıca kronik stresin de stresli yaşam olaylarının depresyona neden olduğu bilinmektedir (Kılıç ve Eşel, 2002). Manik epizot oluşumunda stres etkenleri rol oynamaktadır ve stres düzeyi yüksek olan hastalarda yineleme, 4,5 kat daha fazladır (Işık, 2003). Çalışmamızda da hastaların hastaneye yatış nedeni %41,7 stres yaşama, %35,8 ilacı bırakma olarak bulunmuştur. Bu durum stresin hastalık belirtilerinin ortaya çıkmasında önemli bir etken olduğunu göstermektedir.

Hemşireler strese neden olan durumlarla başa çıkma becerilerini sağlığın geliştirilmesi açısından uygulama alanında eşsiz pozisyondaki

profesyonellerdir. Hemşireler stresin oluşum mekanizmasını, insanda stresin neden olduğu değişiklikleri, stresörlerin neden olduğu belirtileri, stresle baş etme yollarını bilmeleri gerekir. Böylece hemşire hem kendisindeki hem de bakım verdiği kişideki değişiklikleri değerlendirip gerçek bir çözüme ulaşmada gerekli çabaları gösterebilir (Videbeck, 2003).

Bir çok çalışmada özellikle hastanın birlikte yaşadığı yakınlarının ya da ailesinin ilaç tedavisine karşı olan tutumunun önemine vurgu yapılmıştır (Sofuoğlu ve Turan, 2000; Ünal ve ark., 2006; Sajatovic ve ark., 2007a; Çakır ve ark., 2010). Çalışmamızda ise sosyal desteğin ilaç uyumunu etkisi istatistiksel olarak anlamsızdı. Fakat hastalarda her iki grupta da puan ortalamasının en az arkadaş desteği alt boyutunda olması hastaların arkadaş desteğinin yetersiz olduğunu ifade edebilir. Düşük sosyal destek hastalığın oluşma riskini arttırmakta, iyileşme şansını azaltmaktadır (Pevalin ve Goldberg, 2003). Sajatovic ve ark. (2011) destekleyici sosyal ağlar ve tedaviye erişim sorunlarının uyumu etkileyebileceğini belirtmiş ve yaptıkları çalışmada hastaların yaklaşık üçte birinin çekirdek sosyal ağında ilaç tedavisine karşı çıkan bireylerin olduğu bulunmuştur. Vahip ve arkadaşları, BAB tanısı olan hastalarla yaptıkları bir çalışmada, tedaviye uyum sağlayan hastaların toplumsal ağlarında, uyum sağlayamayan hastalara göre anlamlı derecede fazla sayıda bireyin yer aldığını bulmuşlardır (Aktaran; Oral ve ark., 2002). Ciddi ruhsal hastalığı olan kişilerde sosyal destek ve iyileşme arasındaki ilişkinin incelendiği, 170 kişinin katıldığı araştırmada genel ağ boyutu büyüklüğü ve ağ memnuniyeti fazla olan kişilerin, iyileşme puanları yüksek bulunmuştur (Corregan ve Phelan, 2004). Sosyal destek düzeyi yüksek olan kişilerde depresyonun klinik seyrinin daha iyi olduğu bildirilmiştir (Sherbourne ve ark., 1995).

Yapılan bir çalışmada 6 aylık çalışma dönemi sırasında 4. ve 7. zaman noktalarında sosyal destek ve uyum arasında aylık korelasyon anlamlı bulunmuştur. Çalışma boyunca aylık iyi uyum yüzdesi ile aile desteği düzeyi ortalaması arasında anlamlı bir korelasyon saptanmıştır. Tüm çalışma dönemi boyunca sosyal destek ve genel uyum arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir (Rabinovitch ve ark., 2013). Kelleci ve Ata'nın (2011) psikiyatrik hastalarla yaptıkları çalışmada hastaların ilaç uyumu ve sosyal destek arasındaki ilişki incelendiğinde arkadaş desteği ile ilaç uyumu arasında istatistiksel yönden anlamlı pozitif yönde zayıf bir ilişkinin olduğu bulunmuştur. Scheurer ve ark. (2012) tarafından kronik hastalıklarda tedaviye uyum ve sosyal destek arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar incelenmiş ve sosyal destek ile

tedaviye uyumun fazla olması arasında ilişki olduğu, duygusal destek ve bağlılık arasında da daha az olmasına rağmen bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda uyumu değerlendirmek için hastalara direk olarak sorulan düzenli ilaç kullanımı sorusuna hastaların %82'si düzenli olarak ilaçlarını kullandıklarını belirtmişlerdir. Fakat hastaların ilaç uyumları Morisky Uyum Ölçeği ile değerlendirildiğinde hastaların yalnızca %44,7'sinin uyumu iyi olarak bulunmuştur. Bu durum hasta öz bildirimlerinin uyumu ölçmek için tek başına yeterli olmadığını, geliştirilmiş iyi psikometrik özellikli ölçeklerin uyumu değerlendirmede daha yararlı olacağını göstermesi açısından önemini vurgulamaya dolaylı bir kanıt olabilir (Byerly ve ark, 2008; Riley ve ark., 2009). Ayrıca uyumu ölçmek için kullanılan her yöntemin güçlü ve zayıf yönleri olması nedeniyle en az iki ölçme yönteminin kombine kullanılması tavsiye edilmektedir (Velligan ve ark., 2006). Çalışmamızı planlarken ilaç uyumunu ölçmek için Morsky Uyum Ölçeği, Öz Bildirim ve İlaç Sayma Yöntemini kullanmak hedeflenmiştir. Fakat hastalar ilaçlarını eczaneden aldığı zamanı, kullanmaya başladığı zamanı ve kutuyu açtıkları zamanı bilmediği ve kayıt etmediği için ilaç sayma yöntemi kullanılamamıştır.

İntihar girişimi duygu durum bozukluklarında görülen ciddi bir komplikasyondur. Bipolar bozukluğu olan hastaların diğer psikiyatrik veya tıbbi hastalığı olan hastalara göre intihar riski yüksektir (Sajatovic, 2005). Yaşam boyu intihar girişimi bipolar bozuklukta %32,3, intihar nedeniyle ölüm oranı ise %19 olarak saptanmıştır (Dilsaver ve ark. 1997; Johnson ve ark. 2000). Bu çalışmada da intihar girişimi oran %22,7 bulunmuştur. Bu durum, ilaç uyumsuzluğu olan hastalar için daha ciddi ve üzerinde düşünülmesi gereken bir sorun olarak değerlendirilebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Araştırmadan elde edilen sonuçlar şunlardır:

- Çalışmaya katılan hastaların %58'i 40 yaş ve altında, %54'ü kadın, %51,3'ü bekâr, %46,7'si ilköğretim mezunudur. Hastaların %64'ünün geliri giderine denk olup, %73,3'ü çalışmamakta ve %67,3'ü çekirdek ailede yaşamaktadır (Tablo 4).

- Hastaların %82'sinin Bipolar I bozukluk tanısı vardı. Hastaların ortalama hastalık süresi $13,9 \pm 9,8$ yıl olup, %52,7'sinin 11 yıl ve daha fazla süredir tanısı mevcuttur. Ortalama hastaneye yatış sayısı $5,2 \pm 8,5$ olan hastaların, %58,7'si 1-5 kez hastanede yattığını ve hastaneye tekrarlı yatış nedeni olarak %41,7'si stres/problem yaşama ve %35,8'i ise ilaç kullanmama olduğunu ifade etmiştir. Hastaların %52,3'ünün ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmamaktadır (Tablo 5).

- Hastaların %35,3'ü 1–5 yıldır, %26,7'si ise 6–10 yıldır ilaç kullandığını belirtmiştir. Hastaların %80'i ilaçla düzeleceğine inandığını, %82'si düzenli ilaç kullandığını, %84'ü ilaçlar konusunda bilgi aldığını, %79,3'ü ise yan etki yaşadığını ifade etmiştir. Yan etki yaşadığında hastaların %56,3'ü doktora gittiğini ve %89,3'ü ilaç kullanırken ailesinin destek olduğunu belirtmiştir. Hastaların %66,7'si ise düzenli ilaç kullanmasını engelleyen bir durumun olmadığını belirtmiştir (Tablo 6).

- Düzenli ilaç kullanmaya engel olan nedenleri; ilaç kullanarak düzeleceğine inanmama (%32,4), yan etki yaşama (%27,4), iyileştiğini düşünme (%9,8), ilaç içmeyi unutma (%7,8), uzun süre ilaç kullanmaktan dolayı bıkkınlık hissi (%5,9), hasta olmadığını düşünme (%5,9) ve diğer nedenler (%10,8) olarak belirlendi (Tablo 7).

- Hastaların %38'i ilaç dışında alternatif bir yöntem başvurduğunu ifade etmiştir. İlaç dışındaki yöntemlere başvuran hastaların %86'sı hocaya gitmek, %70,2'si muska taşımak, %56,1'i tekke, mezar vb. ziyaret ederek dua etmek ve %21,1'i okunmuş su içmek gibi yöntemlere başvurmuş ve okunmuş su içenlerin %10,5'i, hocaya gidenlerin %38,6'sı, tekke, mezar vb. ziyaret ederek dua edenlerin %33,3'ü, muska kullananların %29,8'i bu yöntemlerin etkili olduğunu söylemiştir (Tablo 8).

- Çalışmaya katılan hastaların stresle baş etme ortalamaları: “kendine güvenli yaklaşım” alt boyutu ortalaması $2,18 \pm 0,61$; “çaresiz yaklaşım” alt boyutu ortalaması $1,53 \pm 0,67$; “boyun eğici yaklaşım” alt boyutu ortalaması $1,39 \pm 0,60$; “iyimser yaklaşım” alt boyutu ortalaması $2,08 \pm 0,56$; “sosyal destek arama yaklaşımı” alt boyutu

ortalaması $1,80 \pm 0,63$ 'dür. Elde edilen veriler değerlendirildiğinde hastaların stresle baş ederken daha çok aktif baş etme tarzlarını kullandıkları sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 10).

- Araştırmaya katılan hastaların sosyal destek ölçeği puan ortalamaları: “aile desteği” alt boyutu ortalaması $23,25 \pm 6,06$; “arkadaş desteği” alt boyutu ortalaması $16,72 \pm 8,88$; “özel kişi desteği” alt boyutu ortalaması $19,43 \pm 8,51$ bulunmuştur. Hastaların en çok ailelerinden destek gördüğü, en azsa arkadaş desteğinin olduğu sonucu bulunmuştur (Tablo 11).

- Çalışmaya katılan hastaların Morisky Uyum Ölçeğine göre %55,3'ünün ilaç tedavisine uyumsuz olduğu saptanmış, %44,7'sinin tam uyumlu, %39,3'ünün kısmen uyumlu, %16'sının ise uyumsuz olduğu bulunmuştur (Tablo 9).

- Hastaların ilaçlarla ilgili düşünceleri sorulduğunda %84,7'si ilaçları kullanmak zorunda olduğunu; %44,7'si uzun süre ilaç kullanırsa bağımlılık yapacağını; %87,3'ü iyileşmek için ilaçları düzenli kullanmak gerektiğini; %85,3 hastalık belirtilerin olmaması için ilaçları kullanılması gerektiğini; %28,7'si iyileşince ilaçların bırakılması gerektiğini; %61,1'i ilaçların yan etki yapabileceğini; %6,7'si hasta olmadığı için ilaç kullanmaya gerek duymadığını belirtmiştir (Tablo 6).

- Araştırmaya katılan hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum ve çalışma durumunun ilaç uyumuna etkisi istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Eğitim durumu açısından ise gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,046$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan istatistiksel analizde okur-yazar olmayan grupta ilaç uyumsuzluğu yüksek görülürken üniversite mezunu olan grupta ilaç uyumu anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Tablo 12).

- Çalışmaya katılan hastalarda hastalık tipinin, fiziksel hastalık öyküsünün, hastalık süresinin, hastaneye yatış sayısının ilaç uyumuna etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 13).

- Hastalarda ilaç kullanarak iyileşeceğine inanmanın, yan etki yaşamanın, alternatif yöntem kullananın ve aile desteğinin ilaç uyumuna etkisi istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$). İlaç kullanım süresi açısından hastaların ilaç uyum durumları değerlendirildiğinde gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,042$). Düzenli ilaç kullanımını engelleyen durumun varlığının ilaç uyumuna etkisi incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu

($p=0,046$). İlaç kullanımını engelleyen durumları olduğunu bildiren grubun ilaç uyumsuzluğu oranı (%47) engel belirtmeyenlerden anlamlı olarak yüksektir. İlaç kullanımını engelleyen durumlar ile ilaç uyumu arasında $\Phi= \% 32,2$ düzeyinde negatif yönlü anlamlı ilişki olduğu görüldü. İlaç kullanımını engelleyen durumların oranı arttıkça ilaç uyumu azalmaktadır (Tablo 14).

- Hastaların stresle baş etme tarzları puan ortalamalarının ilaç uyumu olan ve olmayan hasta grupları arasındaki dağılımı incelendiğinde, stresle baş etme ölçeği alt boyutlarından kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımı açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$). Çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşımı ise ilaç uyumu olmayan hastaların uyumu iyi olan hastalardan daha fazla kullandıkları ve gruplar arasındaki farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0,040$; $p=0,050$) (Tablo 15).

- Sosyal destek grupları puan ortalamaları ve ilaç uyumu incelendiğinde sosyal destek alt boyutlarının ilaç uyumuna etkisi istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$) (Tablo 16).

- İlaç uyumuna etki eden faktörler için lojistik regresyon analizi sonucunda; eğitim durumunun ilaç uyumuna etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,017<0,05$). Eğitim düzeyi okur – yazar olmayan hastaların ilaç uyumsuzluğu riski, eğitim düzeyi ilköğretim olan hastalara göre $OR=9,9$ (1,5 – 65) kat fazladır. Düzenli ilaç kullanımını engelleyen durumların ilaç uyumuna etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,000$). İlaç kullanımını engelleyen durumları olan hastaların ilaç uyumsuzluk riski $OR=5,8$ (2,4 – 14,1) kat fazladır. İlaç kullanım süresinin ilaç uyumuna etkisi istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0,046$). İlaç kullanım süresi 1 – 5 yıl olan hastalarda ilaç uyumsuzluğu riski, İlaç kullanım süresi 6 – 10 yıl olan hastalara göre $OR=2,6$ (1,0 – 6,9) kat fazladır (Tablo 17).

6.2. Öneriler:

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler getirilmiştir:

- Bipolar hastalarda ilaç uyumu hala istenenden çok daha az düzeydedir ve ilaç uyumunu artırmak uyumsuzluğa neden olan faktörleri anlayıp müdahale edildiği zaman mümkündür. Bu nedenle uyumsuzluğa neden olan faktörleri daha iyi anlamak için kalitatif çalışmaların yapılması,

- Çalışmamız sınırlı bir bölgede ve sınırlı hasta sayısına ulaşılarak yapılmıştır. Ülkemizde ise BAB tanılı hastaların ilaç uyumunu belirleyen çalışma sayısı azdır. Bu sebeple BAB tanılı hastaların uyum düzeylerini etkileyen faktörleri belirleyen daha büyük örneklem grubuyla farklı çalışmaların yapılması,

- Çalışmamızda eğitim düzeyinin ilaç uyumunu etkilediği sonucu bulunmuştur. Bu sonuca bağlı olarak hastaların ilaç uyumunu arttırmak için, psikiyatri kliniklerinde ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde çalışan hemşireler eğitim düzeyine göre bireysel stratejiler planlamalı,

- İlaç kullanmaya yeni başlayan kişilerde ilaç uyumsuzluğu yüksek bulunmuştur. Bu nedenle özellikle hastalığın ilk dönemlerinde yeni tanı konmuş hastalara ve ailesine, hastalık, hastalığın tedavi çeşitleri, tedavinin önemi, hastalıkla baş etme yolları konusunda psiko eğitim yapılması,

- Uyum oranını ve uyumu etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla klinikte kullanılan formlara bu konularla ilgili bölümler eklenmesi,

- Kliniklerde ilaç uyumunu artırmaya yönelik stratejiler konusunda hem hasta ve yakınlarına hem de çalışanlara yönelik eğitimler verilmesi,

- Çalışmada pasif baş etme tarzını kullanan hastaların ilaç uyumunun daha az olduğu sonucu bulundu. Bu nedenle hastaların stresle baş etme tarzları belirlenmeli ve stresle baş etmede aktif-çözüm odaklı yöntemleri kullanmalarını sağlamak amacıyla eğitimler yapılması,

- Çalışmada hastaların arkadaş desteğinin az olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu açıdan hastaların arkadaş desteği artıracak stratejiler belirlenmeli ve uygun müdahalelerde bulunulmalı,

KAYNAKLAR

- Ağargün, M. Y., Beşiroğlu, L., Kıran, Ü. K., Özer, Ö.A., Kara, H., (2005). Cope (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği): Psikometrik Özelliklere İlişkin Bir Ön Çalışma, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6, 221–226
- Akiskal, H.S., Bourgeois, M.L., Angst, J., Post, R., Möller, H.J. and Hirschfeld, R. (2000). Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders Review article, *Journal of Affective Disorders*, 59, 5–30.
- Aksüllü, N. ve Doğan, S. (2004). Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda algılanan sosyal destek etkenleri ile depresyon arasındaki ilişki, *Anatolian Journal of Psychiatry*, 5, 76–84.
- Algın, F., Öncü, F., Türkcan, S., Yeşilbursa D., (2009). Stresle Başa Çıkma Tutumlarının Şizofrenide İç Görüye Etkisi, *Rchp, Psikiyatride Derlemeler, Olgular Ve Varsayımlar Dergisi*, 3/1–2, 31–38
- Ardahan, M. (2006). Sosyal Destek Ve Hemşirelik, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9/2, 68–75.
- Baldessarini, R.J., Perry, R., Pike, J. (2008). Factors associated with treatment nonadherence among US bipolar disorder patients. *Human Psychopharmacology*, 23/2, 95–105.
- Baltaş, A. ve Baltaş, Z. (2002). Stres ve Başa Çıkma Yolları, *Remzi Kitabevi*, 21. baskı, İstanbul,
- Baltaş, Z. (2008), Stres ve Sağlık, *Sağlık Psikolojisi*, *Remzi Kitabevi*, 4. basım, İstanbul, 133–154.
- Barraco, A., Rossi, A., Nicolo, G. (2012). Description of study population and analysis of factors influencing adherence in the observational Italian study “evaluation of pharmacotherapy adherence in bipolar disorder” (EPHAR). *CNS Neuro- science & Therapeutics*, 18/2, 110–118.
- Bauer, M. ve Pfennig A. (2005). Epidemiology of bipolar disorders, *Epilepsia*, Volume 46, Issue Supplement s4, Pages 1–57, June
- Berk, L., Halam, K. T., Colom, F., Vieta, E., Hasty, M., Macneil, C. and Berk, M. (2010). Enhancing Medication Adherence In Patients With Bipolar Disorder, *Human Psychopharmacol Clinical Exp*, 25, 1–16.
- Bowden, C.L. (2005). Klinik Psikofarmakolojinin Esasları, Schatzberg, A.F., Charles B. Nemeroff, C.B. (Eds.) Çeviri: M. Emin Ceylan, Can Ger, Özden Arısoy, Esin Ofset Matbaa ve Reklamcılık A.Ş., İstanbul, sayfa; 415
- Byerly, M.J., Nakonezny, P.A., Rush, A.J. (2008). The Brief Adherence Rating Scale (BARS) validated against electronic monitoring in assessing the antipsychotic medication adherence of outpatients with schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophr Bull*, 100,60–9.
- Cansız, O. R. (2007). Sosyal Psikiyatride Kullanılan Psikolojik Testler, Yüksek Lisans Dönem Projesi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Disiplinlerarası Sosyal Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara
- Christensen, M.V. and Kessing, L.V. (2005). Clinical use of coping in affective disorder, a critical review of the literature, *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1.20
- Clatworthy, J., Bowskill, R., Rank, T., Parham, R. and Horne, R. (2007). Adherence To Medication In Bipolar Disorder: A Qualitative Study Exploring The Role Of

- Patients Beliefs About The Condition And Its Treatment, *Bipolar Disord*, 9, 656–664.
- Cohen, S. (2004). Social Relationships and Health, *American Psychologist*, 59/8, 676–684.
- Colom, F. (2010). Achieving Remission and Recovery in Bipolar Disorder, *Journal Clin Psychiatry*, 71/11, 32p.
- Colom, F., Vieta, E., Tacchi, M.J., Sanchez-Moreno, J., Scott, J. (2005). Identifying and improving non-adherence in bipolar disorders, *Bipolar Disord*, 7/Suppl 5, 24–31.
- Colom, F., Vieta E., Martinez-Aran, A., Reinares, M., Benabarre, A., Gasto, C. (2000). Clinical factors associated with treatment noncompliance in euthymic bipolar patients, *J Clin Psychiatry*, Aug, 61/8, (Özet), 549–55.
- Copeland, L.A., Zeber, J.E., Salloum, I.M., et al. (2008). Treatment adherence and illness insight in veterans with bipolar disorder, *J Nerv Ment Dis*, 196, 16–21.
- Corrigan, PW. Phelan, SM. (2004), Social Support and Recovery in People with Serious Mental Illnesses, *Community Mental Health Journal*, Vol. 40, No. 6, December, 513–523.
- Coşkun, Y. ve Akkaş, G. (2009). Engelli Çocuğu Olan Annelerin Sürekli Kaygı Düzeyleri İle Sosyal Destek Algıları Arasındaki İlişki, *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi*, 10/ 1, 213–227.
- Crowe, M., Wilson, L. and Inder, M. (2011). Patients' Reports Of The Factors Influencing Medication Adherence İn Bipolar Disorder – An İntegrative Review Of The Literature, *International Journal Of Nursing Studies*, 48, 894–903.
- Cruz, L.P., Miranda, P.M., Vedana, K.G.G., Miaso, A.I. (2011), Medication therapy: adherence, knowledge and difficulties of elderly people from bipolar disorder, July-Aug., 19/4, 944-52
- Çakır, F., İlnem, C., Yener, F. (2010). Kronik Psikotik Hastalarda Taburculuk Sonrası Takip ve Tedaviye Uyum, *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23, 50–59.
- Çobanoğlu, Z.S.Ü., Aker, T. Ve Çobanoğlu, N. (2003). Şizofreni Ve Diğer Psikotik Bozukluğu Olan Hastalarda Tedaviye Uyum Sorunlar, *Düşünen Adam*, , 16/4, 211–218.
- D'Ambrosio, V., Salvi, V., Bogetto, F., Maina, G. (2012). Serum lipids, metabolic syndrome and lifetime suicide attempts in patients with bipolar disorder, *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 37, 136–40.
- Darling, C.A., Olmstead, S.B., Lund, E.V. and Fairclough, J.F. (2008). Bipolar Disorder: Medication Adherence and Life Contentment *Archives of Psychiatric Nursing*, Vol. 22, No. 3 (June), 113–126
- Das, G.R., Guest, J.F. (2002). Annual cost of bipolar disorder to UK society, *Br J Psychiatry*, 180, 227–233.
- Danion, J.M., Neunreuther, C., Krieger-Finance, FImbs, J.L., Singer, L. (1987). Compliance with long-term lithium treatment in major affective disorders, *Pharmacopsychiatry*. 20/5, 230-1.
- Davidson, M. R., (2012). *Mood Disorders. A Nurse's Guide to Women's Mental Health*, Springer Publishing Company, New York, 213–225.
- Dedeli, Ö., Fadıloğlu, Ç. Ve Uslu, R. (2008). Kanserli bireylerin fonksiyonel durumları ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi, *Türk Onkoloji Dergisi*, 23/3, 132–139.
- Demirkıran, F. ve Terakye, G. (2001). Depresif Hastaların İlaç Tedavisine Uyumları Ve Destekleyici Hemşirelik Uygulamalarının Uyum Düzeyine Etkisi, *Kriz Dergisi*, 9/2, 29–39.

- Dilsaver, S.C., Chen, Y.W., Swann, A.C., Shoaib, A.M., Dilsaver, Y.T. ve Krajewski, K.J. (1997). Suicidality, panic disorder and psychosis in bipolar depression, depressive-mania and pure-mania, *Psychiatry Research*, 73, 47–56.
- Eker, D. ve Arkar, H. (1995). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin faktör yapısı, geçerlilik ve güvenilirliği, *Türk Psikoloji Dergisi*, 10/34, 45–53.
- Eker, D., Arkar, H. ve Yıldız, H. (2001). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlilik ve güvenilirliği, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12/1, 17- 25.
- Eroğlu, F. (2004) Davranış bilimleri, Beta yayınları, 6. basım, İstanbul.
- Eroğlu, M.Z. ve Özpoyraz, N. (2010). Bipolar Bozuklukta Koruyucu Tedavi, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2/2, 206 – 236
- Ervatan, S.Ö., Özel, A., Türkçapar, H. ve Atasoy, N. (2003). Depresif Hastalarda Tedaviye Uyum: Doğal izlem Çalışması, *Klinik Psikiyatri*, Sayı: 6, 5–11
- Farmer, K.C. (1999). Methods for measuring and monitoring medication regimen adherence in clinical trials and clinical practice, *Clin Ther*, 21, 1074–90.
- Geddes, J.R. ve Briess, D. (2007). Bipolar disorder, *Clinical Evidence*, 08, 1014
- Gitlin, M.J., Swendsen, J., Heler, T.L. ve Hammen, C. (1995). Relapse and impairment in bipolar disorder., *Am J Psychiatry*, Kasım; 152/11, 1635-40.
- Gökler, I. (2007). Çocuk Ve Ergenler İçin Sosyal Destek Değerlendirme Ölçeği Türkçe Formunun Uyarılma Çalışması: Faktör Yapısı, Geçerlik Ve Güvenirliği, *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 14/2, 90–99.
- Gönül, A.S., Oğuz, A., Yabanoğlu, I. ve Eşel, E. (2000).Tedaviye Dirençli Bipolar Hastalarda Lamotrijin Kullanımı, *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 10, 171-175.
- Gray, R. (2004), Medication management, *Acute Mental Health Nursing*, Harrison, M., Howard, D., Mitchell, D. (Eds.), First Published, Sage Publications, London, 220.
- Greenhouse, W.J., Meyer, B., Johnson, S.L. (2000). Preliminary communication Coping and medication adherence in bipolar disorder, *Journal of Affective Disorders*, 59, 237–241
- Gonzalez-Pinto, A., Mosquera, F., Alonso, M., Lopez, P., Ramirez, F., Vieta, E., Baldessarini, R.J. (2006). Suicidal risk in bipolar I disorder patients and adherence to long-term lithium treatment. *Bipolar Disorders*, 8/5-2, 618–624.
- Gonzalez-Pinto, A., Reed, C., Novick, D., Bertsch, J., Haro, J.M. (2010). Assessment of medication adherence in a cohort of patients with bipolar disorder. *Pharmacopsychiatry*, 43/7, 263–270.
- Gurney, S. (2004). Medication management to concordance, *The art and science of mental health nursing A textbook of principles and practice*. Norman, L and Ryrie, L. (Eds.) , First published, New York, 719–726.
- Gültekin, B. K., Günderci, A., Balcı, M.V, Kökcü, F., Gedikbaş, C. Ozcan, M. E. (2008). Duygudurum Bozukluğu Tanısı ile Yatan Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri: Bir Ön Bildirim, *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 18, 183–188.
- Hagerty, B.M., Patusky, K.L. (2012). *Mood Disorders: Depression, Bipolar, and Adjustment Disorders*, Fortinash K.M., Holoday Worret P.A. (Eds.), Fifth Edition. Elsevier, St. Louis, 227–232.
- Harkin, Ş., (2008). Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Tedaviye Uyumlarının Arttırılmasında Psikoeğitimsel Modelin Etkinliğinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri, Düzce.
- Hendryx, M., Green, C.A. and Perrin N.A. (2009). Social Support, Activities, and Recovery from Serious Mental Illness, *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 36/3, 320–329.

- Hong, J., Reed, C., Novick, D., Haro, J.M., Aguado, J., (2011). Clinical and economic consequences of medication non-adherence in the treatment of patients with a manic/mixed episode of bipolar disorder: Results from the European Mania in Bipolar Longitudinal Evaluation of Medication (EMBLEM) Study, *Psychiatry Research*, 190, 110–114.
- Hutchison, C. (1999). Social support: factors to consider when designing studies that measure social support, *Journal Adv. Nursing*, 29, 1520–1526.
- Işık, E. (2003). *Duygu Durumu Bozuklukları Depresyon ve Bipolar Bozukluklar, Görsel Sanatlar Matbaacılık, İstanbul.*
- İskender, M. ve Tanrikulu, T. (2010). Social support, social comparison, and anger, *International Journal of Human Sciences*, 7/1, 899–911.
- Jakopac, K.A. (2012). *Manuel of Psychiatric Nursing Skills*, Patel, S.C. and Jacopac, K. A. (Eds.), Jones & Bartlett Learning, America.
- Johnson, F.R., Özdemir, S., Manjunath, R., Hauber, A. B., Burch, S. P., and Thompson, T.R. (2007). Factors That Affect Adherence To Bipolar Disorder Treatments A Stated-Preference Approach, *Med Care*, 45/6, 545–552.
- Johnson, S., Winett, C., Meyer, B., Greenhouse, W., Miller, I. (1999). Social support and the course of bipolar disorder, *J Abnorm Psychol*, 108/4, 558–66.
- Johnson, S.L., Meyer, B., Winett, C. and Small, J. (2000). Social support and self-esteem predict changes in bipolar depression but not mania, *Journal of Affective Disorders*, 58, 79–86
- Kaner, S. (2004). *Engelli Çocukları Olan Ana-babaların Algıladıkları Stres, Sosyal Destek Ve Yaşam Doyumlarının İncelenmesi, Ankara Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri, Ankara*
- Karamustafalıoğlu, N., Tomruk, N.B. ve Alpay, N. (2004). İki uçlu mizaç bozukluğunda cinsiyet farklılıkları ve tedaviye yansımaları, *Anatolian Journal of Psychiatry*, 5, 28–36.
- Kartal, A. ve Çetinkaya, B. (2009). Yükseköğretim Öğrencilerinin Algılanan Sosyal Destek Durumları ve Sosyal Desteği Etkileyen Faktörler, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4/12, 3–20
- Keck, P.E., McElroy, S.L., Strakowski, S.M., Bourne, M.L., West, S.A., (1997). Compliance with maintenance treatment in bipolar disorder, *Psikofarmakoloji Bull.*, 33/1, 87-91.
- Keck, P.E., McElroy, S.L., Strakowski, S.M., Stanton, S.P., Kizer, D.L., Balistreri, T.M., Bennett, J.A., Tugrul, K.C., West, S.A. (1996). Factors associated with pharmacologic noncompliance in patients with mania, *J Clin Psychiatry*, Jul, 57/7, 292–7.
- Kelleci, M. ve Ata, E.E. (2011). Psikiyatri Kliniği'nde Yatan Hastaların İlaç Uyumluluğu ve Sosyal Destekle İlişkisi, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2/3, 105–110.
- Kesebir, S., İnanç, L., Bezgin, Ç.H., Cengiz, F. (2013). Kadınlarda Bipolar Bozukluk, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5/2, 220–231
- Kılıç, C. ve Eşel, E. (2002). Stres Tepkisi Süreci, *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 12/1, 41–48.
- Kim, H.S., Sherman, D.K. and Taylor, S.E. (2008). Culture and social support, *American Psychologist*, 63/6, 518–526.
- Kleindienst, N., Greil, W. (2004) Are illness concepts a powerful predictor of adherence to prophylactic treatment in bipolar disorder? *J Clin Psychiatry*, 65/7, 966–74
- Kora, K., Saylan, M., Akaya, C., Karamustafalıoğlu, N., Tomruk, N., Yasan, A. ve Oral, T. (2008). Predictive factors for time to remission and recurrence in patients treated

- for acute mania: health outcomes of manic episodes (HOME) study, *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*, 10/2, 114–119.
- Kripalani, S., Risser, J., Gatti, M.E. ve Jacobson, T.A. (2009). Development And Evaluation Of The Adherence To Refills And Medications Scale (ARMS) Among Low-Literacy Patients With Chronic Disease, *Value in Health*, 12/1, 118–123.
- Lam, D. and Wong, G. (2005). Prodromes, coping strategies and psychological interventions in bipolar disorders, *Clinical Psychology Review*, 25, 1028–1042
- Lam, D., Wong, G., Sham P., (2001). Prodromes, coping strategies and course of illness in bipolar affective disorder--a naturalistic study, *Psychol Med.*, 31/8, 1397-1402.
- Langford, C.P.H., Bowsher, J., Maloney, J.P. ve Lillis, P.P. (1997). Social support: a conceptual analysis, *Journal of Advanced Nursing*, 25, 95-100.
- Lingam R, and Scott, J. (2002). Treatment non-adherence in affective disorders. *Acta Psychiatr Scand*, 105, 164–172.
- Mahmood, K.T., Khalid. N. and Makhdum, Z. (2010). Adherence TO Drug Therapy In Psychiatric Patients, *Journal of Pharmaceutical Sciences and Research*, 2 /11, 700–703.
- Merikangas, K.R., Jin, R., He, J.P., Kessler, R.C., Lee, S., Sampson N.A., ve ark. (2011). Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative, *Arch Gen Psychiatry*, 68/3, 241–251.
- Miasso, A.I., Cassiani, S.H.B. and Pedrão L.J. (2008). Bipolar affective disorder and medication therapy: identifying barriers. *Rev Latino-am Enfermagem* 2008 julho-agosto; 16(4), 739–45.
- Miasso, A.I., Monteschi, M. and Giacchero, K.G. (2009). Bipolar Affective Disorder: Medication Adherence And Satisfaction With Treatment And Guidance By The Health Team In A Mental Health Service, *Rev Latino-Am Enfermagem*, 17/4, 548–556.
- Misdrahi, D., Llorca, P.M., Lancon, C., Bayle, F.J. (2002). Compliance in schizophrenia: predictive factors, therapeutical considerations and research implications, *Encephale*, 28, 266–272.
- Molu, N.G. (2008). S.Ü Tıp Fakültesi Psikiyatri Servisinde Duygulanım Bozukluğu Tanısı İle Yatan Hastaların Yakınlarının Sosyal Destek Ve Stresle Baş Etme Düzeylerinin Belirlenmesi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Hemşirelik Anabilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği Bilim Dalı, Konya.
- Morselli, P.L. and Elgie, R. (2003). GAMIAN-Europe/BEAM survey I – global analysis of a patient questionnaire circulated to 3450 members of 12 European advocacy groups operating in the field of mood disorders, *Bipolar Disord.*, 5, 265–278.
- Muller-Oerlinghausen, B. (2001). Arguments for the specificity of the antisuicidal effect of lithium. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 251/Suppl. 2, II/72–II/75.
- Munro, S. and Baker, J. (2011). *Mental Health Nursing An Evidence-Based Introduction*, Prymachuk, S. (Ed.), *Helping people Who Have Acute Mental Health Problems*, First published, Sage, Los Angeles, 223–229
- Nivoli, A.M.A., Murru, A., Goikolea, J.M., Crespo, J.M., Montes, J.M., González-Pinto, A., García-Portilla, P., Bobes, J., Sáiz-Ruiz, J., Vieta, E. (2011). New treatment guidelines for acute bipolar mania: A critical review, *Journal of Affective Disorders*, 1–17
- O'Connell, R.A., Mayo, J.A., Flatow, L., Cuthbertson, B. and O'Brien, B.E. (1991) . Outcome of bipolar disorder on long-term treatment with lithium, *Br J Psychiatry*, Jul, 159, 123–9.

- Oldehinkel, A.J., Ormel, J., Neeleman, J. (2000). Predictors of time to remission from depression in primary care patients: do some people benefit more from positive life change than others?, *J Abnorm Psychol.*, 109/2, 299-307.
- Olusina, A.K. ve Ohaeri, J.U (2003). Subjective quality of life of recently discharged Nigerian psychiatric patients, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 38/12, 707–14.
- Oral, E.T., Şahin, Ş., Akman, D. ve Verimli, A. (2002). İki Uçlu Duygudurum Bozukluğu Olan Hastalarda Tedaviye Uyum: "Farz Edelim Ki, Şeker Hastasıym." Demek Yeterli Mi?, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3, 212-222.
- Öztürk, M. O. ve Uluşahin, A. (2008). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, 11. baskı, Ankara, 364.
- Pevalin, D.J. ve Goldberg, D.P. (2003) Social precursors to onset and recovery from episodes of common mental illness, *Psychol Med.*, 33/2, 299-306.
- Pinikahana, J., Happell, B., Taylor, M. and Keks, N. A. (2002). Exploring the complexity of compliance in schizophrenia, *Issues in Mental Health Nursing*, 23/5, 513- 528.
- Pompili, M., Serafini, G., Casale, D.A., Rigucci, S., Innamorati, M., Girardi, P., Tatarelli, R., Lester, D., (2009). Improving adherence in mood disorders: the struggle against relapse, recurrence and suicide risk, *Expert Rev Neurother*, 9/7, 985–1004.
- Pope, M. ve Scott, J. (2003). Do clinicians understand why individuals stop taking lithium?, *Journal of Affective Disorders*, 74, 287–291.
- Post, R.M., Keck, P. and Solomon, D., (2012). Bipolar disorder in adults: Maintenance treatment, ?
- Proudfoot, J., Parker, G., Manicavasagar, V., Hadzi-Pavlovic, D., Whitton, A., Nicholas, J., Smith, M., Burckhardt, R. (2012). Effects of adjunctive peer support on perceptions of illness control and understanding in an online psychoeducation program for bipolar disorder: a randomised controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 142/1–3, 98–105.
- Rabinovitch, M., Cassidy, C., Schmitz, N., Joobar, R., Malla, A. (2013). The influence of perceived social support on medication adherence in first-episode psychosis, *Can J Psychiatry.*, 58/1, 59-65.
- Riley, W., Velligan, D., Sajatovic, M., Valenstein, M., Safren, S., Lewis-Fernandez, R., Weiden, P. and Ogedegbe, G. (2009). Adherence to Psychiatric Treatments, *CML – Psychiatry*, 20/4, 89–96.
- Rogers, V.L. (2012). *Affective Disorders. Psychiatric-Mental Health Nursing. An Interpersonal Approach*, Jones, J.S., Fitzpatrick, J.J., Rogers, V.L. (Ed.), Springer Publishing Company, New York. 222–224
- Rosa, A.R., Marco, M., Fachel, J. M.G., Kapczinski, F., Stein, A.T. and Barros, HMT. (2007). Correlation between drug treatment adherence and lithium treatment attitudes and knowledge by bipolar patients, *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 31, 217–224
- Roy, R., Jahan, M., Kumari, S. and Chakraborty, P. K. (2005). Reasons for Drug Non-Compliance of Psychiatric Patients: A Centre Based Study *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 31/1–2, 24–28.
- Ryu, V. Song, D. Ha, R. Ha, K. Cho, H. (2011). Prodromes and coping types in bipolar patients with nonpsychotic or psychotic mania, *Comprehensive Psychiatry*.
- Sağbaş, Ö. (2009). *Ruhsal Bozukluklarda stresle baş etme ve yaşam kalitesi*, Yüksek Lisans tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul.

- Sajatovic, M. (2005). Bipolar disorder: disease burden, *Am J Manag Care*, Jun, 11/3, 80–4.
- Sajatovic, M., Chen, P., Dines, P. and Shirley, E.R. (2007a). Psychoeducational Approaches to Medication Adherence in Patients with Bipolar Disorder, *Dis Mofioge Health Outcomes*, 15/3, 181–192.
- Sajatovic, M., Levin, J., Fuentes-Casiano, E., Cassidy, K.A., Tatsuoka, C., Jenkins, J.H., (2011), Illness experience and reasons for nonadherence among individuals with bipolar disorder who are poorly adherent with medication, *Comprehensive Psychiatry* ,52, 280–287
- Sajatovic, M., Valenstein, M., Blow, F.C., Ganoczy, D. and Ignacio, R.V. (2006). Treatment adherence with antipsychotic medications in bipolar disorder, *Bipolar Disorder*, 8, 232–241.
- Sajatovic, M, Valenstein, M., Blow, F., Ganoczy, D., Ignacio, R., (2007b). Treatment adherence with lithium and anticonvulsant medications among patients with bipolar disorder, *Psychiatr Serv*, 58, 855–63.
- Sajatovica, M., Daviesa, M., Bauerb, M.S., McBrideb, L., Haysa, R.W., Safavia, R. and Jenkinsa, J. (2005). Attitudes regarding the collaborative practice model and treatment adherence among individuals with bipolar disorder, *Comprehensive Psychiatry*, 46, 272–277
- Saka, M. C., Özer, S. ve Uluşahin, A. (2001). Bipolar Bozukluk Bir Yıllık İzlem Çalışması, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12/4, 283–292
- Sansone, R.A. and Sansone, L.A. (2011). Managing Bipolar Disorder in the Primary Care Setting: A Perspective for Mental Health Professionals, *Innov Clin Neurosci*, 8/10, 10–13.
- Savaş, H.A., Unal, A., Vırt, o. (2011) Treatment Adherence in Bipolar Disorder, *Journal of Mood Disorders*, 1/3, 95 – 102.
- Saygın, Y. ve Arslan, C. (2009). Üniversite Öğrencilerinin Sosyal Destek, Benlik Saygısı ve Öznel İyi Oluş Düzeylerinin İncelenmesi, *Selçuk Üniversitesi Ahmet Keleşoğlu Eğitim Fakültesi Dergisi*, 28, 207–222,
- Schaffer, A., Cairney, J., Cheung, A.H., Veldhuizen, S., Levitt, A.J. (2006). Use of treatment services and pharmacotherapy for bipolar disorder in a general population-based mental health survey, *J Clin Psychiatry*, 67/3, 386–93.
- Scheurer, D., Choudhry, N, Swanton, K.A., Matlin, O., Shrank, W. (2012). Association Between Different Types of Social Support and Medication Adherence, *Am J Manag Care*. 18/12, 461–467.
- Schulze, T.G., Müller, D.J., Krauss, H., Gross, M., Fangerau-Lefevre, H., Illes, F., Ohlraun, S., Cichon, S., Held, T., Propping, P., Nöthen, M.M., Maier, W., Rietschel, M. (2002). Further evidence for age of onset being an indicator for severity in bipolar disorder, *Journal of Affective Disorders*, 68, 343–345
- Schürhoff, F., Bellivier, F., Jouvent, R., Mouren-Siméoni, M.C., Bouvard, M., Allilaire, J.F. and Leboyer, M. (2000), Early and late onset bipolar disorders: two different forms of manic-depressive illness?, *Journal of Affective Disorders*, 58/3, June, 215–221
- Sharif, S.A., Ogunbanjo, G.A. ve Malete, N.H. (2003). Reasons for non-compliance to treatment among patients with psychiatric illness: A qualitative study, *SA. Fam Pract*, 45/4, 10–13.
- Sherbourne, C.D., Hays, R.D., Wells, K.B. (1995). Personal and psychosocial risk factors for physical and mental health outcomes and course of depression among depressed patients, *J Consult Clin Psychol*, 63/3, 345–55.

- Shives, L.R. (2008). *Basic Concepts of Psychiatric Mental Health Nursing, Mood Disorders*, 7th. Edition, Wolters Kluwer/Lippicott Williams &Wilkins, Philadelphia, 326.
- Sofuoğlu, S. ve Turan, T. (2000). Antipsikotik İlaç Tedavisinde Uyum Problemleri: Bunların Ekstrapiramidal Yan Etkilerle İlişkisi, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, Sayı 1/2, 100–106.
- Stuart, G.W. (2001). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing, Emotional Responses and Mood disorders*, Stuart, G.W., Laraia, M.T. (Eds.), Seventh Edition, St. Louis, 364.
- Svarstad, B.L., Shireman, T.I. and Sweeney, J.K. (2001). Using Drug Claims Data to Assess the Relationship of Medication Adherence With Hospitalization and Costs, *Psychiatric Services*, 52/6, 805–811.
- Şahin, H.N. ve Durak, A. (1995). Stresle Başa çıkma Tarzları Ölçeği; Üniversite Öğrencileri İçin Uyarlanması, *Türk Psikoloji Dergisi*, 10/34, 56–73.
- Taj, F., Tanwir, M., Aly, Z., Khowajah, A.A., Tariq, A., Syed, F.K., Waqar, F. and Shahzada K. (2008). Factors associated with non-adherence among psychiatric patients at a tertiary care hospital, Karachi, Pakistan: a questionnaire based cross-sectional study, *J Pak Med Assoc*, Aug;58/8, 432–6.
- Tang, C.H., Hsieh, M.H., Hung, S.T., Lee, I.H., Lin, Y.J. and Yang, Y.K. (2010). One-year post-hospital medical costs and relapse rates of bipolar disorder patients in Taiwan: a population-based study, *Bipolar Disord*, 12/8, 859-65.
- Trigoboff, E. (2004). *Contemporary Psychiatri-Mental Health Nursing. Pscopharmacology*, Kneisl, C.R., Wilson, H.S. and Trigoboff, E. (Eds.). First Edication Pearson Prentice Hall, New Jersey, 726-730.
- Turhan, N. (2007). *Bipolar Bozukluk: Kesitsel Bir Değerlendirme*, Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Adana.
- Uğur, M. (2008). Duygudurum Bozuklukları, Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi No:62, 59–84.
- Ünal, S., Çakıl, G. ve Elyas, Z. (2006). Taburculuk Sonrası Tedaviye Gelmeyen Psikotik Hastaların Özellikleri, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7, 69–75.
- Valtonen, H.M., Suominen, K., Mantere, O., Leppämäki, S., Arvilommi, P., Isometsä, E.T. (2006). Prospective study of risk factors for attempted suicide among patients with bipolar disorder, *Bipolar Disord*, 8/5–2, 576–85.
- Varcarolis, M.E. (1998). *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing. Third Edition*, Saunders Company, 603–604.
- Velligan, D.I., Lam, Y.W., Glahn, D.C. et al. (2006). Defining and assessing adherence to oral antipsychotics: a review of the literature. *Schizophr Bull*, 32, 724–42.
- Velligan, D.I., Wang, M., Diamond, P. et al. (2007). Relationships among subjective and objective measures of adherence to oral antipsychotic medications. *Psychiatr Serv*, 58, 1187–92.
- Velligan, D.I., Weiden, P.J., Sajatovic, M., Scott, J., Carpenter, D., Ross, R. and Docherty, J.P. (2010). Assessment Of Adherence Problems In Patients With Serious And Persistent Mental Illness: Recommendations From The Expert Consensus Guidelines, *Journal Of Psychiatric Practice*, 16/1, 34–45.
- Videbeck, S. V. (2003) *Psychiatric Mental Health Nursing*, 290.
- Weiss, R.D., Greenfield, S.F., Najavits, L.M., Soto, J.A., Wyner, D., Tohen, M. and Griffin ML. (1998). Medication compliance among patients with bipolar disorder and substance use disorder. *J Clin Psychiatry*, 59/4, 172–4.
- World Health Organization, (2003). *Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action*. Geneva: World Health Organization, 3.

- World Health Organization, (2008). The Global Burden of Disease: 2004 Update, WHO Press, Geneva, p:33.
- Wyatt, R.J. ve Henter, I. (1995). An economic evaluation of manic-depressive illness - 1991, Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 30/5, 213–219.
- Yazıcı, O. (2007). Bipolar 1 ve Bipolar 2 Bozuklukları, Psikiyatri Temel Kitabı, Güleç, C., Köroğlu, E., (Ed.) 2. Baskı, HYB Basım Yayın, Ankara, 265-279.
- Yıldırım, A. ve Ekinci, M. (2010). Ruhsal Eğitimin Şizofreni Hastalarının Ailelerinin Aile İşlevleri, Hastaların Sosyal Destek Düzeyleri Ve Tedaviye Uyum Üzerine Etkisi, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 11, 195–205.
- Yılmaz, S. (2004). Psikiyatri Hastalarında İlaç Yan Etkileri Ve İlaç Uyumu, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Yüksel, N. (2003). Psikofarmakoloji, 2. Basım, Çizgi Tıp Yayınevi, Ankara, 320–323.
- Zeber, J.E., Copeland, L.A., Good, C.B., Fine, M.J., Bauer, M.S., Amy, M. and Kilbourne A.M. (2008). Therapeutic Alliance Perceptions And Medication Adherence İn Patients With Bipolar Disorder, Journal Of Affective Disorders, 107, 53–62.

EKLER

EK-1. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Anket No:

Ev adresi:

Telefonu:

Görüşme tarihi:

Tanıttıcı Özellikler

1. Hastanın Adı Soyadı:
2. Yaşınız:
3. Cinsiyeti: Kadın Erkek
4. Medeni Durumunuz: Evli Bekar Dul/Boşanmış
5. Eğitim Durumunuz: okur-yazar değil Okur-yazar İlköğretim
 Lise Üniversite
6. Mesleğiniz: Ev hanım İşçi Memur
 Serbest meslek Emekli Öğrenci Yok
7. Çalışma Durumunuz: Çalışmıyorum Çalışıyorum
8. Sizce gelir durumunuz: İyi Orta Kötü
9. Sağlık güvencesiniz: Var Yok
10. Fiziksel hastalık öykünüz: Var..... Yok
11. Aile tipiniz: Çekirdek aile Geniş aile Parçalanmış aile
12. Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü: Var Yok
13. İntihar öyküsü: Var(kaç kez)..... Yok

Hastalıkla İlişkili Özellikler

14. Hastalık tipi: Bipolar 1 Bipolar 2
15. Kaç yıldır hastasınız:
16. Hastanede yatış sayınız:
17. En son kontrole ne zaman gittiniz? (görüşme tarihine kadar olan süre).....
18. Genelde hastaneye yatış nedeniniz: İlaç Kullanmamak
 İlaç Kullanmama Rağmen Belirtilerin Artması
 Yaşadığım Streslerden/ Problemlerden Dolayı
 Diğer

İlaçlarla İlgili Özellikler

19. Kaç yıldır ilaç kullanıyorsunuz:

20. Evde mevcut olan ve hastanın kullandığı ilaçların isimleri ve kullanım oranı:

İlaç isimleri	Kutuda(orijinalinde) kaç ilaç var?	Hastanın ilaç kutusundaki ilaç miktarı	Düzenli kullanılmış mı?	
			Evet	Hayır

21. İlaçların rahatsızlığınızı iyileştireceğine inanıyor musunuz?

İnanıyorum

İnanmıyorum (Açıklayınız, Hastanın ifadeleri ile):

22. Sizce ilaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz?

Evet → Nasıl kullanıyorsunuz?

Hayır → İlaçlarınızı düzenli kullanmama nedeniniz nedir? (Hastanın ifadeleri)

23. İlaçlar konusunda herhangi bir şekilde bilgi aldınız mı?

Evet (Kimden?).....

Hayır

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

Evet

Hayır

25. Yanıtınız evet ise hangi yan etkileri yaşadınız?.....

26. Yan etki yaşadınız ise ne yaptınız?

Doktora/hastaneye başvurdum.

Doktoru aradım ve ne yapmam gerektiğini sordum.

İlacı kestim.

Kendiliğinden geçmesini bekledim, hiçbir şey yapmadım.

Diğer (Belirtiniz).....

27. İlaçlarınızı kullanırken: Ailem destek oluyor Ailem destek olmuyor

28. Kullandığınız ilaçlar hakkında ne düşünüyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)

İlaçları kullanmak zorunlu.

- () Uzun süre ilaç kullanırsam bağımlılık yapar.
 () İlaçları düzenli kullanmak iyileşmek için gerekli.
 () Belirtilerin olmaması için ilaçlar kullanılmalı.
 () İyileşince bırakılmalı.
 () Yan etki yapabilir.
 () Hasta olmadığım için kullanmaya gerek yok
 () Bilmiyorum.
 () Diğer.....

29. İlaç kullanımınızı engelleyen durumlar yaşıyor musunuz?

- () Evet (Açıklayınız).....
 () Hayır

30. İlaç kullanmanızı engelleyen durumlar yaşıyor iseniz bunları en çok engel oluşturan dan en az düzeyde engel oluşturan a doğru sıralar mısınız?

1.
2.
3.
4.

31. İlaç kullanımı dışında hastalığınızın iyileşmesi için farklı bir yöntem e/yöntemlere başvurdu nuz mu?

- () Evet () Hayır

32. Bu yöntemler aşağıdakilerden hangisi/hangileri?

Yöntemler	Kullanma durumu		Etkili olma durumu	
	kullandım	kullanmadım	Etkili oldu	Etkili olmadı
Okunmuş su içmek				
Hocaya gitmek				
Tekke, mezar vb. ziyaret ederek dua etmek				
Muska taşımak				
Diğer.....				

EK-2. MORİSKY UYUM ÖLÇEĞİ

	Uyum Anketi	Evet	Hayır
1.	İlacınızı almayı unutuyor musunuz?		
2.	İlacınızı zamanında almayı unutur musunuz?		
3.	Kendinizi iyi hissettiğinizde ilaç almayı bırakıyor musunuz?		
4.	İlaç aldığınızda kendinizi kötü hissederseniz ilaç almayı bırakır mısınız?		

EK-3. STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ

BİR SIKINTIM OLDUĞUNDA	Hiç	Az	Orta	Çok
1. Kimsenin bilmesini istemem.				
2. İyimser olmaya çalışırım.				
3. Bir mucize olmasını beklerim.				
4. Olayı/olayları büyütmeyip, üzerinde durmamaya çalışırım.				
5. Başa gelen çekilir diye düşünürüm.				
6. Sakin kafa ile düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım				
7. Kendimi kapana kısılmış gibi hissederim.				
8. Olayların değerlendirilmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım.				
9. İçimde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem.				
10. Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücümü kendimde bulurum.				
11. Olayları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam.				
12. Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım.				
13. İş olacağına varır diye düşünürüm.				
14. Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için uğraşırım.				
15. Problemin çözümü için adak adarım.				
16. Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum.				
17. Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım.				
18. Olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım.				
19. Her şeyin istediğim gibi olmayacağına inanırım.				
20. Problemleri adım adım çözmeye çalışırım.				
21. Mücadeleden vazgeçerim.				
22. Sorunun benden kaynakladığını düşünürüm.				
23. Hakkımı savunabileceğime inanırım.				
24. Olaylar karşısında kaderim buymuş derim				
25. "Keşke daha güçlü bir insan olsaydım" diye düşünürüm.				
26. Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi, olgunlaştığımı hissederim.				
27. " Benim suçum ne" diye düşünürüm.				
28. "Hep benim yüzümden diye" düşünürüm.				
29. Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkaların danışırım.				
30. Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır.				

EK-4. ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümlenin altında cevaplarınızı işaretleyebilmemiz için '1' den '7' ye kadar rakamlar verilmiştir. Verilen cümlenin sizin için ne kadar doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümlenin altındaki rakamlardan yalnızca bir tanesini işaretleyiniz.

Lütfen sadece bir seçeneği işaretleyiniz.

1. İhtiyacım olduğunda yanımda özel bir insan var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

2. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim özel bir insan var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

3. Ailem bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden alırım.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

5. Beni gerçekten rahatlatan özel bir insan var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

8. Sorunlarımı ailemle konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

10. Yanımda duygularıma önem veren özel bir insan var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

11. Kararlarımı vermemde ailem bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

EK-5. BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU



C. Ü. TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Sayın ...

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Bipolar Bozukluğu Olan Hastalarda İlaç Uyumu ve Etkileyen Bazı Faktörlerin İncelenmesidir.” Bipolar bozukluk, hayattan zevk alamama, isteksizlik, değersizlik, uykusuzluk veya çok uyuma, hareketlerde yavaşlama gibi belirtileri olan dönem ile aşırı neşe, öfke, sürekli hareket etme isteği, uykusuzluk, kendini her şeyi yapabilecek kadar güçlü ve önemli hissetme gibi belirtilerin olduğu dönem olmak üzere iki farklı dönemi içeren ruhsal bir bozukluktur.

Bu araştırmanın amacı, bipolar bozukluğu olan kişilerde ilaç uyumunu ve uyuma stresle başetme ve sosyal desteğin etkisini belirlemektir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmada sizin için ilaç uyumunu etkileyen faktörler belirlenecektir. Bunun için size 32 sorudan oluşan ve yaklaşık on dakika süren ve sizinle ilgili bilgileri içeren “Kişisel Bilgi Formu”, 4 sorudan oluşan ve ilacınızı önerilere uygun kullanıp kullanmadığınızı ölçen ve yaklaşık iki dakika süren “Morisky Uyum Anketi”, 12 sorudan oluşan ve size destek olan kişilerin varlığını ve ne kadar destek olduklarını ölçen ve yaklaşık beş dakika süren “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği” ve 30 sorudan oluşan stresli durumdan kurtulmak için nasıl bir yöntem uyguladığınızı ölçen ve yaklaşık beş dakika süren “Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği” uygulanacaktır. Bu araştırmada yer almanız için bir defa bu bilgileri vermeniz yeterli olup, araştırmada sizin gibi gönüllüleri yer alacaktır. Çalışma 4 ay yürütülecektir.

Bu araştırma ile ilgili olarak sizden beklenen, araştırmacının sorularına uygun ve doğru cevap vermektir. Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Sizin için beklenen yararlar uyumunuzu etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve bu konuya yönelik müdahalelerin geliştirilebilecek olmasıdır.

Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 0 346 444 44 58- 1354 numaralı telefondan araştırmacı Hemşire Ayşe Aksoy’a başvurabilirsiniz.

Ayrıca bu araştırma kapsamındaki hizmetler için sizden veya bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz veya herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya veya sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, uygulanan ölçeklere uygun cevaplar vermemeniz, ölçeklerden herhangi birini doldurmamanız, vb. nedenlerle sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları

bilimsel amaçla kullanılacaktır, çalışmadan çekilmeniz ya da araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılacaktır.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı :
Adresi :
Tel.-Faks :
Tarih ve İmza :

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı :
Görevi :
Adresi :
Tel.-Faks :
Tarih ve İmza :

Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının,

Adı-Soyadı :
Görevi :
Adresi :
Tel.-Faks :
Tarih ve İmza:

EK-6. İZİN BELGELERİ**CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU**

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Bipolar Bozukluğu Olan Hastalarda İlaç Uyumu ve Etkileyen Bazı Faktörlerin İncelenmesi		
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Meral Kelleci/Ayşe Aksoy YL öğrencisi		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik Bölümü		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi		
	DESTEKLEYİCİ			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>	
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>	
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>	
		FAZ 4	<input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon	<input type="checkbox"/>	
		Yüksek Doz Araştırması	<input type="checkbox"/>	
		Diğer ise belirtiniz: Yüksek lisans tezi		
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

(Handwritten signatures and initials)



T.C.
SİVAS VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : B.104.İSM.4.58.00.09-773/8298
Konu :Uygulama

15/03/2012

MÜDÜRLÜK MAKAMINA

İlgi: Cumhuriyet Üniversitesi Rektörlüğünün 15/03/2012 tarihli ve 539-1138 sayılı yazıları.

İlgi yazıya istinaden Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek lisans öğrencisi Ayşe AKSOY'un "Bipolar bozukluğu olan hastalarda ilaç uyumu ve etkileyen bazı faktörlerin incelenmesi" konulu yüksek lisans tez çalışmasına ait ekteki anket formlarını önceden bilgilendirilen ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara 15 Mart-30 Haziran 2012 tarihleri arasında hastalara evlerinde uygulayabilmesi hususunu;

Tensiplerinize arz ederim.

Mevlüt MAYTALMAN
Sağlık Müdürü Yardımcısı

OLUR

16./03/2012

Dr.Mehmet ERŞAN
Sağlık Müdürü V.

Güne Başlarken Mutlaka Kahvaltı Yapınız.



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
SİVAS NUMUNE HASTANESİ BAŞTABİPLİĞİ



Sayı:B104ISM4580071/900 2681
Konu: Tez Çalışması hk.

S İ V A S
17./03/2012

Sayın: Ayşe AKSOY
Hemşire

İlgi: 16/03/2012 tarih ve 1972 kayıt sayılı dilekçeniz.

İlgi tarih ve sayılı dilekçeniz incelenmiş olup, 2011-2012 yılları arası Hastanemiz Psikiyatri Polikliniği'ne bipolar bozukluk tanısıyla başvuran hastalara ev ziyaretinde bulunarak tez çalışmanız hakkında anket uygulamanız Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.


Uz. Dr. Ekin ÖZKAN
Başhekim

Adres : Rahmi Günay Cad 58040 SİVAS **Tel :** 444 44 58 Fax:0(346) 223 95 30
WEB Adresi: www.sivasnumune.gov.tr **e-mail:** tandogankarabulut@sivasnumune.gov.tr
İrtibat: Per.Şb.Şefi T.KARABULUT (1138)

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel bilgiler

Adı Soyadı	Ayşe Aksoy
Doğum Yeri ve Tarihi	Yozgat, 20/05/1987
Medeni Hali	Bekâr
Yabancı Dil	İngilizce
İletişim Adresi	Akdeğirmen Mah. Vali Varinli Cad. Öztemel Apt. No:18/5
E-posta Adresi	a.aksoy87@hotmail.com

Eğitim ve Akademik Durumu

Lise	Artova Çok Programlı Lisesi, 2004
Lisans	Karadeniz Teknik Üniversitesi, 2008
Yüksek Lisans	

İş Tecrübesi

Optimed Güven Hastanesi	Hemşire, 2008-2009
Sivas Numune Hastanesi	Hemşire 2009-Halen devam ediyor

Ödüller, Teşvikler ve Üyelikler

Psikiyatri hemşireleri Derneği	2010
Türk Hemşireler Derneği	2009