

Bipolar Hastalarda İlaç Uyumu: Stresle Başetme ve Sosyal Destekle İlişkisi

Ayşe Aksoy¹, Meral Kelleci²

¹Sivas Numune Hastanesi, Psikiyatri Servisi,
Sivas - Türkiye

²Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı,
Sivas - Türkiye

ÖZET

Bipolar hastalarda ilaç uyumunun stresle başetme ve sosyal destekle ilişkisi

Amaç: Bipolar bozukluğun tekrarlama oranı oldukça yüksektir. Geçirilen her atak yeni bir atak geçirme riskini artırır. Tedavide ilk seçenek ilaç tedavisidir. Ancak hastaların ilaç tedavisine uyumla ilgili ciddi sorunları bulunmaktadır. Bu çalışma bipolar hastaların ilaç uyumunu belirlemek, stresle başetme ve sosyal destekle ilişkisini incelemek amacı ile yapılmıştır.

Yöntem: Araştırmanın evrenini bir devlet hastanesine 2011 yılında bipolar bozukluk tanısı ile kayıtlı olan, il merkezinde yaşayan, ek psikiyatrik tanısı olmayan 280 hasta, örneklemi ise telefonla aranarak araştırmaya katılmayı ve ev ziyaretini kabul eden 150 hasta oluşturdu. Evreni oluşturan hastalardan 112 kişiye telefon ve adres değişikliği, 18 kişiye ise ev ziyaretini kabul etmeme nedeni ile ulaşılamamıştır. Veriler, "Kişisel Bilgi Formu", "Morisky Uyum Ölçeği", "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği" ve "Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği" ile toplandı. İlaç uyumu iyi olan ve ilaç uyumu olmayan hastalar stresle baş etme biçimleri ve sosyal destek puanları açısından karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmada hastaların %55.3'ünün ilaç tedavisine uyumsuz olduğu belirlendi. Uyumu kötü olan hastalar stresle baş etme tarzları alt boyutlarından çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşımı daha fazla kullanıyorlardı. Sosyal destek açısından ilaç tedavisine uyumu olan ve olmayan hastalar arasında bir fark yoktu.

Sonuç: Bipolar hastalarda etkili baş etme yöntemlerinin geliştirilmesinin ilaç uyumunu arttırmada bir çözüm olabileceği düşünüldü.

Anahtar kelimeler: Başa çıkma, bipolar bozukluk, hemşirelik, ilaç uyumu, sosyal destek



ABSTRACT

Relationship between drug compliance, coping with stress, and social support in patients with bipolar disorder

Objective: In bipolar disorder, recurrence rate is relatively high. With each episode, the risk of a new episode is increased. The first choice is drug treatment. However, patients have serious difficulties in drug compliance. This study was conducted to investigate drug compliance of patients with bipolar disorder, and to determine relationships between drug compliance, coping with stress, and social support.

Method: The target population of the study included 280 patients registered in a state hospital with the diagnosis of bipolar disorder in 2011, residing in the city center, and having no other psychiatric disorders. Of these 280 patients, 150 who agreed to participate in the study and accepted to be visited at home after they were telephoned comprised the study sample. Of the patients in the target population, phone numbers and addresses were changed in 112 patients, and 18 refused to have a home-visit, so they were excluded from the study. Data were collected using the personal information form, Morisky Medication Adherence Scale, Multidimensional Scale of Perceived Social Support and Ways of Coping Scale.

Results: In this study, it was determined that 55.3% of the patients did not comply with drug treatment. The patients with poor drug compliance preferred mainly desperate approach and submissive approach subdimensions of the Ways of Coping Scale more. There was no difference between patients with and without drug compliances in terms of social support.

Conclusions: It is considered that development of effective coping strategies would promote drug compliance in patients with bipolar disorder.

Keywords: Coping, bipolar disorder, nursing, medication compliance, social support

Yazışma adresi / Address reprint requests to:

Ayşe Aksoy,
Sivas Numune Hastanesi, Psikiyatri Servisi,
Yeşilyurt Mah., Çiftlik Cad.,
58040 Merkez/Sivas, Türkiye

Telefon / Phone: +90-346-221-7036/1266

Elektronik posta adresi / E-mail address:
a.aksoy.tc@gmail.com

Geliş tarihi / Date of receipt:
13 Mart 2015 / March 13, 2015

İlk düzeltme öneri tarihi /
Date of the first revision letter:
19 Mart 2015 / March 19, 2015

Kabul tarihi / Date of acceptance:
12 Ocak 2016 / January 12, 2016

HORATIO, Europea Psychiatric Nursing Congress, 31 Ekim - 2 Kasım, 2013, İstanbul Türkiye'de poster bildiri olarak sunulmuştur.

GİRİŞ

Bipolar bozukluk; intihar girişimi, madde kötüye kullanımı ve yatış oranının yüksek olması, akademik başarının kötü olması, kişilerarası iletişim sorunları ve yasal güçlükler nedeniyle insanların hayatlarına ciddi zararlar vermektedir (1-3). Dünya Sağlık Örgütü bipolar bozukluğu, şiddetli engelliliğe neden olan hastalıklar arasında sınıflandırmaktadır (4). Ömür boyu yaygınlık tahminleri bipolar-I için %0.6, bipolar-II için %0.4, eşik altı bipolar bozukluk için %1.4'tür (5).

Hastalığın tekrarlama oranları bir yılda %35.7 ile %55 arasında değişmekte olup 5 yılda görülen tekrarlama oranı ise %73 olarak bildirilmektedir (6-9). Geçirilen her dönem yeni bir atak geçirme riskini artırır ve hastalığın neden olduğu yeti yitimi ve kayıplar her atakla birlikte ağırlaşır (10).

Bipolar bozuklukta atakların sıklığı ve şiddetini kontrol altına almak, olumsuz psikososyal sonuçları önlemek, eşlik eden hastalığın tekrarlama ve ölüm oranlarını azaltmak ve ataklar arası işlevselliği düzeltmek için tedavi gereklidir (10-14). Bipolar bozukluğun tedavisinde ilk seçenek ilaç tedavisi olup, psikoterapi ile birlikte kullanılan etkili ilaçlar hastaların %60-80'inde günlük yaşamlarını daha etkin sürdürmelerine olanak sağlamaktadır. İlaç tedavisinin etkinliği ise doğrudan uyum ile ilgilidir (2,15-17).

İlaç tedavisine uyumsuzluk bipolar hastalarda yaygın olarak görülen önemli bir sorundur. Bipolar hastalarda ilaç tedavisine uyumsuzluk oranları %20-%60 arasında değişmektedir (2,3,17-20). Bipolar bozukluk tanısı olan hastalarda ilaç uyumsuzluğu, yaşam kalitesinin düşmesine (2,3), hastaneye yatış oranlarının artmasına, bakım masrafları ve mortalitenin yüksek olmasına (2,20,21), depresif ataklara, intiharlara, tedavinin bozulmasının yanı sıra fonksiyonel durumun bozulmasına ve belirtilerin artmasına neden olmaktadır (22). Bipolar bozukluğu olan hastalarda ilaç uyum ve uyumsuzluğunu 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 (23).

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 atakların muhtemel tetikleyicisi olarak görülür. Depresyon ataklarından önce birçok kez şiddetli bir stresörün olduğu, ayrıca kronik stresin ve stresli yaşam olaylarının depresyona neden olduğu bilinmektedir (24). Manik atak oluşumunda stres etkenleri rol oynamaktadır ve stres düzeyi yüksek olan hastalarda yineleme, 4.5 kat daha fazladır (12). 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 çalışmalar da mevcuttur. Ancak bu çalışmalar diğer psikiyatrik hastalığı olan bireylerle yapılmıştır. Bilindiği gibi sosyal destek iyileşmeyi sağlamada önemlidir (25). 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 (26). Aile ve sosyal destek eksikliği ise uyum problemlerine ve tedavide olumsuzluklara yol açmaktadır (27). Ancak bipolar bozukluk tanısı olan hastaların ilaç uyumlarını etkileyen bir faktör olarak sosyal destek konusunu ele alan çalışmalara rastlanmamıştır. Günümüzde tedavi ve bakım maliyetlerinin azaltılması ve yaşam kalitesinin geliştirilmesi açısından hastaların ilaç uyumlarının artırılmasına yönelik çalışmalar önem kazanmıştır. Ülkemizde önemli bir sorun alanı olarak ele alınabilecek psikiyatrik hastalığa sahip bireylerin ilaç uyumlarının artırılmasına yönelik yapılacak çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmada bipolar hastaların ilaç uyumlarını belirlemek ve stresle baş etme, sosyal destek ve bazı etkileyebilecek faktörler açısından durumu analiz ederek geliştirilecek programlara katkı sağlamak amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Bu çalışma bipolar bozukluğu olan hastaların ilaç uyumlarını, stresle baş etme ve sosyal destekle ilişkisini belirlemek amacıyla yapılan kesitsel bir araştırmadır.

Katılımcılar

Bipolar bozukluk tanısıyla 01 Ocak-31 Aralık 2011 tarihleri arasında Sivas Numune Hastanesi'ne başvuran, ek tanısı olmayan ve Sivas merkezde ikamet eden 280 hasta çalışmaya alındı. Araştırmanın örnekleme tüm hastalar dâhil edildi ve telefonla aranarak araştırmaya katılmayı ve ev ziyaretini kabul eden 150 hasta oldu. Evreni oluşturan hastalardan 112 kişiye telefon ve adres değişikliği, 18 kişiye ise ev ziyaretini kabul etmeme nedeni ile ulaşılamamıştır.

Verilerin Toplanması

Araştırmanın veri toplama işlemleri araştırmacı tarafından telefonla aranarak bilgi verilen ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara ev ziyareti yapılarak toplanmıştır. 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.

Kişisel Bilgi Formu: Form hastaların tanıtıcı özellikleri ve hastalık özelliklerini belirlemek amacıyla kullanıldı.

Morisky Uyum Ölçeği (MUÖ): Ölçek, Morisky ve arkadaşları (28) tarafından geliştirilmiştir. Bu çalışmada Cronbach alfa kat sayısı 0.61 olarak bulunmuştur. (Cronbach $\alpha=0.61$). Ölçeğin geçerlilik çalışması ve Türkçeye uyarlanması Yılmaz tarafından 2004 yılında yapılmıştır. 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 (29). Ölçek, bu çalışmada hastaların ilaç uyumunu ölçmek amacıyla kullanılmıştır. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa kat sayısı 0.69 olarak bulunmuştur.

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ): Folkman ve Lazarus (30) 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 tarafından yapılmıştır (31). Ölçek, 30 maddeden oluşmaktadır ve likert tipindedir. Ölçeğin probleme yönelik etkili yollar ve duygulara yönelik etkisiz yollar şeklinde iki boyutu vardır. Ölçeğin toplam puanı olmayıp her bir alt ölçeğin toplam puanı üzerinden puanlanmaktadır. 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 (31).

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.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ): Zimet ve arkadaşları (32) tarafından 1988 yılında geliştirilen ölçeğin ÇBASDÖ ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Eker ve Arkar tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach alpha katsayısı 0.78-0.92 olarak bulunmuştur. ÇBASDÖ 12 maddeden oluşan "kesinlikle hayır" ile "kesinlikle evet" arasında değişen 7 dereceli (1-7 puan), Likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin aile, arkadaş, özel kişi desteğini belirlemek üzere dört maddeden oluşan üç alt ölçeği içerir. 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 (34). Bu çalışmada sosyal destek ölçeği genel Cronbach alpha güvenilirlik düzeyi 0.88 olarak bulunmuştur.

İstatistiksel Analiz

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için İstatistik Paket Programı

(SPSS-16.0) kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (frekans, yüzde, ortalama, standart sapma) yanı sıra normal dağılımın incelenmesi için Kolmogorov-Smirnov dağılım testi kullanıldı.

Verilerin karşılaştırılmasında ise Pearson Ki-Kare testi ve Kruskal Wallis testi kullanıldı. Sonuçlar $p < 0.05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

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 Hastanesi'nden gerekli izinler alındı.

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

BULGULAR

Tablo 1'de hastaların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımları verilmiştir. Hastaların %58'i 40 yaş ve altında, yarısından biraz fazlası kadın ve bekar, yarıya yakını ilköğretim mezunu olup çoğunluğu herhangi bir işte çalışmamaktaydı. Hastaların yarısından fazlası ekonomik durumuyla ilgili olarak gelirinin giderine denk olduğunu ifade etti. Hastaların yarıya yakını 10 yıldan daha fazla süredir ilaç kullanmaktadır.

Hastaların MUÖ'ne göre ilaç uyumları değerlendirildiğinde %44.7'sinin uyum düzeyinin iyi olduğu, %55.3'ünün ise ilaç uyumsuzluğu yaşadığı görülmüştür.

Hastaların stresle başetme yöntemleri değerlendirildiğinde etkili baş etme yöntemlerinden kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım alt boyut puan ortalamasının orta düzeyin üzerinde olduğu, stresle etkisiz başetmenin boyutları olan "çaresiz yaklaşım" ve "boyun eğici yaklaşım" alt boyut puan ortalamasının ise orta düzeyin altında olduğu görülmüştür. Hastaların Sosyal Destek Ölçeği'ne göre aile desteği puan ortalamaları (23.25 ± 6.06) en fazla olup, arkadaş desteği puan ortalamaları (16.72 ± 8.88) ise en düşüktür.

Tabloda görüldüğü gibi stresle baş etme ölçeği alt

Tablo 1: 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
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
İlaçları düzenli kullanmayı engelleyen durumlar**		
Evet	50	33.3
Hayır	100	66.7

*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.
**İlaç yan etkisi, ilaçların etkisine inanmama, iyileşmeyeceğini düşünme, yıllık dönemlerinde ilaca gerek duymama vb. nedenlerin ifade edilmesi evet olarak değerlendirilmiştir.

boyutlarından kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımı açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$). Çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım açısından ise gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p = 0.040$, $p = 0.050$). Çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım puanı yüksek olan hastalarda ilaç uyumsuzluğu anlamlı olarak daha yüksektir. Sosyal destek alt boyutlarından aile desteği, arkadaş desteği ve özel kişi desteğinin ilaç uyumuna etkisi istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$).

Tablo 2: Hastaların Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği ve Sosyal Destek Ölçeği Alt Boyut puan ortalamalarının ilaç uyum grupları arasında karşılaştırılması

	Uyumlu		Uyumsuz		z	p
	Ortalama	SS	Ortalama	SS		
Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği						
Kendine güvenli yaklaşım	2.220	0.65	2.130	0.58	-1.423	0.162
Çaresiz yaklaşım	1.405	0.66	1.625	0.66	-2.056	0.040
Boyun eğici yaklaşım	1.290	0.60	1.462	0.59	-1.958	0.049
İyimser yaklaşım	2.155	0.56	2.020	0.55	-1.598	0.110
Sosyal destek arama yaklaşımı	1.850	0.69	1.750	0.56	-1.324	0.186
Sosyal Destek Ölçeği						
Aile desteği	23.970	6.03	22.660	6.06	-1.747	0.081
Arkadaş desteği	16.290	9.19	17.060	8.64	-0.542	0.588
Özel kişi desteği	20.320	8.42	18.690	8.55	-1.711	0.087

SS: Standart sapma

TARTIŞMA

Çalışmada bipolar hastaların ilaç uyumu MUÖ 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 süre 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 bipolar bozukluk tanısı olan 63 hastanın tedaviye uyumu MARS ölçeği ile değerlendirmiş ve tedaviye uyumsuzluk oranı %63.5 bulunmuştur (35). Bu sonucun bizim çalışma sonucumuzu destekler nitelikte olduğu söylenebilir. Bununla birlikte Savaş ve arkadaşları (36) ise geriye yönelik olarak dosya incelemesi ile bipolar 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. Çalışmalarda farklı sonuçların elde edilmesinin nedeni bizim çalışmamızda ilaç uyumunun ev ziyareti yapılarak, ölçekle ve yüz yüze görüşme yöntemi ile değerlendirilmesi olabilir.

Yurt dışında yapılan çalışmalarda bipolar bozukluk tanısı olan hastaların ilaç uyumları ile ilgili farklı sonuçlar bulunmaktadır. Sajatovic ve arkadaşları (37) lityum ve antikonvulsan kullanan bipolar hastaların ilaç uyumlarını ilaçların kandaki yoğunluklarına bakarak değerlendirmiş ve hastaların %54.1'inin ilaç tedavisine tamamen uyumlu, %45.9'unun kısmen uyumlu veya uyumsuz olduğunu bulmuştur. Keck ve arkadaşları (38) 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 arkadaşları (39) ise bipolar bozukluk tanısı olan 435 hasta ile yaptıkları çalışmalarında hastaların %46'sının ilaç uyumunun kötü olduğunu belirlemişlerdir. Sajatovic ve arkadaşları (40) bipolar 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 arkadaşları (41) bipolar bozukluk tanısıyla takip edilen 200 hastanın ilaç uyumunu, uyum odaklı görüşme ve duygudurum düzenleyici ilaç plazma konsantrasyonları ile değerlendirmiş ve hastaların %40'ünün uyumunun kısmi veya kötü olduğunu bulmuştur. Bu sonuçların bizim çalışma sonuçlarımızı destekler nitelikte olduğu söylenebilir. Diğer taraftan bazı çalışmalarda ise bipolar bozukluk tanısı olan hastaların ilaç uyumlarının bizim elde ettiğimiz sonuçtan daha iyi düzeyde olduğu görülmektedir. Rosa ve arkadaşları (42) çalışmalarında bipolar bozukluğu

olan hastaların %85.6'sının lityum tedavisine uyumlu olduğunu bulmuştur. Gonzalez-Pinto ve arkadaşları (43) 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 (44,45).

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 (12). Hastalığı kabullenmeme veya inkârın ilaç uyumunu yüksek düzeyde azalttığı tespit edilmiştir. Negatif baş etme olan inkârı kullanan bipolar bozukluğu olan bireylerin ilaç uyumu ile kullandıkları inkâr düzeyi negatif yönde ilişkilidir (45). 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 arkadaşları (46) da hastalığın inkâr ve kabulü ile ilaç uyumu arasındaki ilişkiyi incelemiş ve hastalığı inkâr edenlerin ilaç uyumunun daha düşük olduğunu sonucunu bulmuştur. Lam ve arkadaşları (47) 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 (48). Depresyon ataklarından önce birçok kez şiddetli bir stresörün olduğu, ayrıca kronik stresin de stresli yaşam olaylarının depresyona neden olduğu bilinmektedir (24). Manik atak oluşumunda stres etkenleri rol oynamaktadır ve stres düzeyi yüksek olan hastalarda yineleme, dört-beş kat daha fazladır (12). Bu durum stresin hastalık belirtilerinin ortaya çıkmasında önemli bir etken olduğunu göstermektedir.

Birçok çalışmada özellikle hastanın birlikte yaşadığı yakınlarının ya da ailesinin ilaç tedavisine karşı olan tutumunun önemine vurgu yapılmıştır (15,23,49,50). Çalışmamızda ise sosyal desteğin ilaç uyumuna 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 (51). Sajatovic ve arkadaşları (52) 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. Oral ve arkadaşları (16) bipolar tanısı olan hastalarla yaptıkları bir çalışmada, tedaviye uyum sağlayan hastaların toplumsal ağlarında, uyum sağlayamayan hastalara göre anlamlı derecede fazla sayıda bireyin yer aldığını bulmuşlardır. 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 (53). Sosyal destek düzeyi yüksek olan kişilerde depresyonun klinik seyrinin daha iyi olduğu bildirilmiştir (54).

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 (55). Kelleci ve Ata'nın (56) 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 arkadaşları (57) 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.

Literatürde ilaç uyumunu ölçmek için kullanılan her yöntemin güçlü ve zayıf yönleri olması nedeniyle en az iki ölçme yönteminin kombine kullanılması tavsiye edilmektedir (59). 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. Hastaların ilaç uyumları öz bildirimle dayalı olarak değerlendirilmiştir. Bu durum çalışmanın en önemli kısıtlılığını oluşturmaktadır. Bununla birlikte ev ortamında değerlendirmenin yapılması hastalardan doğru bilgilerin alındığını düşündürmesi açısından önemli olduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte ev ortamında hastaların hastalık düzeyleri belirlenmemiştir. Hastanede yatarak tedavi gören ve taburcu olan hastalar örnekleme alınmıştır. Bu durumda çalışmanın diğer bir kısıtlılığı olarak düşünülebilir.

Bu çalışmada hastaların yarıdan biraz fazlasının ilaç tedavisine uyumsuz olduğu, uyumsuz olan hastaların stresle baş etmede çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşımı daha fazla kullandıkları bulundu. Bipolar hastalarda ilaç uyumu hala istendik düzeyin çok altındadır. Hastaların ilaç uyumunu artırmak için, uyumsuzluğa

neden olan faktörlerin belirlenmesi ve müdahale edilmesi önem taşır. Bu nedenle uyumsuzluğa neden olan faktörleri daha iyi anlamak için kalitatif çalışmaların yapılması, daha büyük örneklemede çalışmanın tekrar edilmesi önerilir.

Çalışmada pasif baş etme tarzını kullanan hastaların ilaç uyumunun daha az olduğu sonucu bulundu. Bu nedenle hastaların stresle baş etme tarzları belirlenmesi ve stresle baş etmede aktif-çözüm odaklı yöntemleri kullanmalarının sağlanması amacıyla eğitimler yapılması önerilir. Çalışmada hastaların arkadaş desteğinin az olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu açıdan hastaların arkadaş desteği artıracak stratejilerin belirlenmesi önerilir.

Katkı Kategorileri	Yazarın Adı
Çalışma fikrinin geliştirilmesi	M.K.
Çalışmanın metodolojik olarak tasarımı	M.K.
Veri toplama ve işleme	A.A.
Verinin analizi ve yorumlanması	A.A., M.K.
Literatür araştırması	A.A.
Makalenin yazımı	A.A.
Makalenin gözden geçirilerek revize edilmesi	M.K.

Çıkar çatışması: Yazarlar çıkar çatışması beyan etmemişlerdir.

Finansal destek: Yazarlar finansal destek beyan etmemişlerdir.

Teşekkür: Bu makaleye sağladığı destek için Cumhuriyet Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Başkanlığı'na teşekkürlerimizi sunarız.

KAYNAKLAR

- Turhan N. Bipolar Bozukluk: Kesitsel Bir Değerlendirme. Uzmanlık Tezi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Adana, 2007.
- Miasso AI, Monteschi M, Giacchero KG. Bipolar affective disorder: medication adherence and satisfaction with treatment and guidance by the health team in a mental health service. *Rev Lat Am Enfermagem* 2009; 17:548-556. [CrossRef]
- Crowe M, Wilson L, Inder M. Patients' reports of the factors influencing medication adherence in bipolar disorder - an integrative review of the literature. *Int J Nurs Stud* 2011; 48:894-903. [CrossRef]
- World Health Organization. The Global Burden of Disease: 2004 Update. WHO Pres. Geneva. 2008: 33.

5. Merikangas KR, Jin R, He JP, Kessler RC, Lee S, Sampson NA, Viana MC, Andrade LH, Hu C, Karam EG, Ladea M, Medina-Mora ME, Ono Y, Posada-Villa J, Sagar R, Wells JE, Zarkov Z. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68:241-251. **[CrossRef]**
6. O'Connell RA, Mayo JA, Flatow L, Cuthbertson B, O'Brien BE. Outcome of bipolar disorder on long-term treatment with lithium. *Br J Psychiatry* 1991; 159:123-129. **[CrossRef]**
7. Gitlin MJ, Swendsen J, Heler TL, Hammen C. Relapse and impairment in bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 1995; 152:1635-1640. **[CrossRef]**
8. Kora K, Saylan M, Akaya C, Karamustafalioglu N, Tomruk N, Yasan A, Oral T. 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* 2008; 10:114-119. **[CrossRef]**
9. Tang CH, Hsieh MH, Hung ST, Lee IH, Lin YJ, Yang YK. One-year post-hospital medical costs and relapse rates of bipolar disorder patients in Taiwan: a population-based study. *Bipolar Disord* 2010; 12:859-865. **[CrossRef]**
10. Eroğlu MZ, Özpoyraz N. Bipolar bozuklukta koruyucu tedavi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2010; 2:206-236.
11. Gönül AS, Oğuz A, Yabanoğlu I, Eşel E. Tedaviye dirençli bipolar hastalarda lamotrijin kullanımı. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2000; 10:171-175.
12. Işık E. Duygu Durumu Bozuklukları Depresyon ve Bipolar Bozukluklar. İstanbul. Görsel Sanatlar Matbaacılık, İstanbul 2003.
13. Darling CA, Olmstead SB, Lund EV, Fairclough JF. Bipolar disorder: medication adherence and life contentment. *Arch Psychiatr Nurs* 2008; 22:113-126. **[CrossRef]**
14. Mahmood KT, Khalid N, Makhdam Z. Adherence to drug therapy in psychiatric patients. *Journal of Pharmaceutical Sciences and Research* 2010; 2:700-703.
15. Sofuoğlu S, Turan MT. Antipsikotik ilaç tedavisinde uyum problemleri: bunların ekstrapiramidal yan etkilerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2000; 1:100-106.
16. Oral ET, Şahin Ş, Akman D, Verimli A. İki uçlu duygudurum bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum: "farz edelim ki, şeker hastasıysın." demek yeterli mi? *Anadolu Psikiyatri Derg* 2002; 3:212-222.
17. Colom F. Achieving remission and recovery in bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2010; 71:e32. **[CrossRef]**
18. Colom F, Vieta E, Tacchi MJ, Sanchez-Moreno J, Scott J. Identifying and improving non-adherence in bipolar disorders. *Bipolar Disord* 2005; (Suppl.5):24-31. **[CrossRef]**
19. Pompili M, Serafini G, Casale DA, Rigucci S, Innamorati M, Girardi P, Tatarelli R, Lester D. Improving adherence in mood disorders: the struggle against relapse, recurrence and suicide risk. *Expert Rev Neurother* 2009; 9:985-1004. **[CrossRef]**
20. Riley W, Velligan D, Sajatovic M, Valenstein M, Safren S, Lewis-Fernandez R, Weiden P, Ogedegbe G. Adherence to psychiatric treatments. *CML-Psychiatry* 2009; 20:89-96.
21. Kripalani S, Risser J, Gatti ME, Jacobson TA. Development and evaluation of the Adherence to Refills and Medications Scale (ARMS) among low-literacy patients with chronic disease. *Value Health* 2009; 12:118-123. **[CrossRef]**
22. Zeber JE, Copeland LA, Good CB, Fine MJ, Bauer MS, Kilbourne AM. Therapeutic alliance perceptions and medication adherence in patients with bipolar disorder. *J Affect Disord* 2008; 107:53-62. **[CrossRef]**
23. Sajatovic M, Chen P, Dines P, Shirley ER. Psychoeducational approaches to medication adherence in patients with bipolar disorder. *Disease Management and Health Outcomes* 2007; 15:181-192. **[CrossRef]**
24. Kılıç C, Eşel E. Stres tepkisi süreci. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2002; 12:41-48.
25. Hendryx M, Green CA, Perrin NA. Social support, activities, and recovery from serious mental illness. *STARS study findings. J Behav Health Serv Res* 2009; 36:320-329. **[CrossRef]**
26. Hutchison C. Social support: factors to consider when designing studies that measure social support. *J Adv Nurs* 1999; 29:1520-1526. **[CrossRef]**
27. Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M, Scott J, Carpenter D, Ross R, Docherty JP. Assessment of adherence problems in patients with serious and persistent mental illness: recommendations from the Expert Consensus Guidelines. *J Psychiatr Pract* 2010; 16:34-45. **[CrossRef]**
28. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care* 1986; 24:1:67-74. **[CrossRef]**
29. Yılmaz S. Psikiyatri Hastalarında İlaç Yan Etkileri ve İlaç Uyumu. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2004.
30. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer 1984.
31. Şahin HN, Durak A. Stresle başa çıkma tarzları ölçeği; üniversite öğrencileri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi* 1995; 10:56-73.
32. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J Pers Assess* 1988; 52:30-41. **[CrossRef]**

33. Eker D, Arkar H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin faktör yapısı, geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi* 1995; 10:45-53.
34. Eker D, Arkar H, Yıldız H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001; 12:17-25.
35. Harkin Ş. Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Tedaviye Uyumlarının Artırılmasında Psikoeğitimsel Modelin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri, Düzce, 2008.
36. Savas HA, Unal A, Virit O. Treatment adherence in bipolar disorder. *Journal of Mood Disorders* 2011; 1:95-102. **[CrossRef]**
37. Sajatovic M, Valenstein M, Blow F, Ganoczy D, Ignacio R. Treatment adherence with lithium and anticonvulsant medications among patients with bipolar disorder. *Psychiatr Serv* 2007; 58:855-863. **[CrossRef]**
38. Keck PE, McElroy SL, Strakowski SM, Bourne ML, West SA. Compliance with maintenance treatment in bipolar disorder. *Psychopharmacol Bull* 1997; 33:87-91.
39. Copeland LA, Zeber JE, Salloum IM, Pincus HA, Fine MJ, Kilbourne AM. Treatment adherence and illness insight in veterans with bipolar disorder. *J Nerv Ment Dis* 2008; 196:16-21. **[CrossRef]**
40. Sajatovic M, Valenstein M, Blow FC, Ganoczy D, Ignacio RV. Treatment adherence with antipsychotic medications in bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2006; 8:232-241. **[CrossRef]**
41. Colom F, Vieta E, Martinez-Aran A, Reinares M, Benabarre A, Gasto C. Clinical factors associated with treatment noncompliance in euthymic bipolar patients. *J Clin Psychiatry* 2000; 61:549-555. **[CrossRef]**
42. Rosa AR, Marco M, Fachel JM, Kapczinski F, Stein AT, Barros HM. Correlation between drug treatment adherence and lithium treatment attitudes and knowledge by bipolar patients. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2007; 31:217-224. **[CrossRef]**
43. Gonzalez-Pinto A, Reed C, Novick D, Bertsch J, Haro JM. Assessment of medication adherence in a cohort of patients with bipolar disorder. *Pharmacopsychiatry* 2010; 43:263-270. **[CrossRef]**
44. Misdrahi D, Llorca PM, Lancon C, Bayle FJ. Compliance in schizophrenia: predictive factors, therapeutical considerations and research implications. *Encephale* 2002; 28:266-272. (French)
45. Christensen MV, Kessing LV. Clinical use of coping in affective disorder, a critical review of the literature. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2005; 1:20.
46. Greenhouse WJ, Meyer B, Johnson SL. Coping and medication adherence in bipolar disorder. *J Affect Disord* 2000; 59:237-241. **[CrossRef]**
47. Lam D, Wong G, Sham P. Prodromes, coping strategies and course of illness in bipolar affective disorder-a naturalistic study. *Psychol Med* 2001; 31:1397-1402. **[CrossRef]**
48. Ryu V, Song D, Ha R, Ha K, Cho H. Prodromes and coping types in bipolar patients with nonpsychotic or psychotic mania. *Compr Psychiatry* 2012; 53:732-739. **[CrossRef]**
49. Ünal S, Çakıl G, Elyas Z. Taburculuk sonrası tedaviye gelmeyen psikotik hastaların özellikleri. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2006; 7:69-75.
50. Çakır F, İlnem C, Yener F. Kronik psikotik hastalarda taburculuk sonrası takip ve tedaviye uyum. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2010; 23:50-59. **[CrossRef]**
51. Pevalin DJ, Goldberg DP. Social precursors to onset and recovery from episodes of common mental illness. *Psychol Med* 2003; 33:299-306. **[CrossRef]**
52. Sajatovic M, Levin J, Fuentes-Casiano E, Cassidy KA, Tatsuoka C, Jenkins JH. Illness experience and reasons for nonadherence among individuals with bipolar disorder who are poorly adherent with medication. *Compr Psychiatry* 2011; 52:280-287. **[CrossRef]**
53. Corrigan PW, Phelan SM. Social support and recovery in people with serious mental illnesses. *Community Ment Health J* 2004; 40:513-523. **[CrossRef]**
54. Sherbourne CD, Hays RD, Wells KB. Personal and psychosocial risk factors for physical and mental health outcomes and course of depression among depressed patients. *J Consult Clin Psychol* 1995; 63:345-355. **[CrossRef]**
55. Rabinovitch M, Cassidy C, Schmitz N, Joobor R, Malla A. The influence of perceived social support on medication adherence in first-episode psychosis. *Can J Psychiatry* 2013; 58:59-65.
56. Kelleci M, Ata EE. Drug compliance of patients hospitalized in the psychiatry clinic and the relationship with social support. *J Psychiatr Nurs* 2011; 2:105-110.
57. Scheurer D, Choudhry N, Swanton KA, Matlin O, Shrank W. Association between different types of social support and medication adherence. *Am J Manag Care* 2012; 18:e461-467.
58. Byerly MJ, Nakonezny PA, Rush AJ. The Brief Adherence Rating Scale (BARS) validated against electronic monitoring in assessing the antipsychotic medication adherence of outpatients with schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophr Res* 2008; 100:60-69. **[CrossRef]**
59. Velligan DI, Lam YW, Glahn DC, Barrett JA, Maples NJ, Ereshefsky L, Miller AL. Defining and assessing adherence to oral antipsychotics: a review of the literature. *Schizophr Bull* 2006; 32:724-742. **[CrossRef]**