TÜRKİYE CUMHURİYETİ
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İKİ UÇLU BOZUKLUK TANISI ALMIŞ HASTALARDA MORİSKY UYUM ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇE GEÇERLİLİK GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI VE DUYGUDURUM DÜZENLEYİCİ KULLANAN HASTALARIN KAN DÜZEYİ ÖLÇÜMLERİ İLE TEDAVİYE UYUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ

Güven BAHAR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
(RUH SAĞLIĞI DESTEK VE KORUMA YÜKSEK LİSANS PROGRAMI)

DANIŞMAN
Prof. Dr. Haluk A. SAVAŞ

GAZİANTEP
2013

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

İKİ UÇLU BOZUKLUK TANISI ALMIŞ HASTALARDA MORİSKY UYUM ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇE GEÇERLİLİK GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI VE DUYGUDURUM DÜZENLEYİCİ KULLANAN HASTALARIN KAN DÜZEYİ ÖLÇÜMLERİ İLE TEDAVİYE UYUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ

Güven BAHAR

Tez Savunma Tarihi: 28 Ocak 2013
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Onayı

Prof.Dr. Mehmet TARAKÇIOĞLU
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Bu tez çalışmasının bir "Yüksek Lisans" derecesi için uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

Yard.Doç.Dr.Ahmet ÜNAL
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez tarafımca okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir "Yüksek Lisans" tezi olarak kabul edilmiştir.

Prof.Dr. Haluk A. SAVAŞ
Tez Danışmanı

Bu tez tarafımca okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir "Yüksek Lisans" tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Jürisi **İmzası**

Prof.Dr. Haluk A. SAVAŞ
Yard.Doç.Dr.Ahmet ÜNAL
Yard.Doç.Dr.Esen SAVAŞ

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

28.01.2013

Güven BAHAR

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim ve tez çalışmam boyunca her konuda yardım ve desteğini esirgemeyen, bilimsel gelişimimde büyük katkısı bulunan tez danışmanım, değerli hocam Sayın Prof. Dr. Haluk A. SAVAŞ'a,

Bilimsel katkılarından dolayı hocalarım; Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalının değerli öğretim üyeleri Sayın Yard. Doç. Dr. Ahmet ÜNAL, Sayın Prof.Dr. Abdurrahman ALTINDAĞ, Sayın Doç. Dr. Osman VIRIT ve Sayın Yard. Doç. Dr. Gökay ALPAK'a,

Çalışma konusunun belirlenmesinde bilgi ve yardımlarını esirgemeyen Sayın Doç Dr. Cengizhan AÇIKEL'e,

Çalışma verilerinin toplanması aşamasında kendisi tarafından geliştirilen tedaviye uyum ölçeğinin Türkçe uyarlamasına izin veren Sayın Dr. Donald E. MORISKY'e,

Verilerin toplanması aşamasında destek ve yardım gördüğüm çalışma arkadaşım Sayın Dr. Hilal KAYA ve tüm asistan arkadaşlarıma,

İstatistik konusundaki çok değerli katkıları için Biyoistatistik Anabilim Dalı öğretim üyesi Sayın Yard. Doç. Dr. Seval KUL'a,

Emeği geçen herkese ve tüm hastalarıma,

Destekleriyle her zaman yanımda olan ve bana güç veren değerli eşim Aynur BAHAR ve kızım Simay'a

Teşekkür ederim.

Güven BAHAR

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEŞEKKÜR…….. i

İÇİNDEKİLER……. ii

KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ…… vi

TABLOLAR LİSTESİ……. vii

GRAFİK LİSTESİ…… x

ÖZET…….. 1

ABSTRACT…….. 2

1.GİRİŞ…….. 3

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi……. 3

1.2.Araştırmanın Amacı…….. 4

2.GENEL BİLGİLER…….. 5

2.1.İki Uçlu Duygudurum Bozukluğunun Tanımı…….. 5

2.2.İki Uçlu Duygudurum Bozukluğunun Sıklık ve Yaygınlığı……. 5

2.3.İki Uçlu Duygudurum Bozukluğunun Oluş Nedenleri……. 6

2.3.1.Genetik…….. 6

2.3.2.Biyokimyasal Nedenler……. 7

2.3.3.Psikososyal Etkenler…….. 8

2.3.3.1.Kişilik Özellikleri…… 8

2.3.3.2.Yaşam Olayları ve Çevresel Stresörler…… 8

2.3.3.3.Sosyal Destek…….. 9

2.4.İki Uçlu Duygudurum Bozukluğu Tanı Ölçütleri…… 10

2.4.1.Duygudurum Hastalık Dönemleri…….. 10

2.4.1.1.Majör Depresif Dönem…… 10

2.4.1.2.Manik Dönem……. 11

2.4.1.3.Karma Dönem……. 13

2.4.1.4.Hipomanik Dönem……. 13

2.4.2.Tanı Ölçütleri…… 14

2.4.2.1.İki Uçlu Duygudurum Bozukluğu Tip I…… 14

2.4.2.2.İki Uçlu Duygudurum Bozukluğu Tip II……. 15

2.4.2.3.Siklotimik Bozukluk……. 15

2.4.2.4.Başka Türlü Adlandırılamayan İki Uçlu Duygudurum Bozukluğu…. 16

2.4.2.5.Hızlı Döngülü İki Uçlu Duygudurum Bozukluğu……. 17

2.4.3.İki Uçlu Duygudurum Bozukluğu Klinik Gidiş Özellikleri…… 17

2.4.3.1.Başlangıç Özellikleri……. 18

2.4.3.2.Sonlanım Ölçütleri……. 19

2.4.3.3.Özkıyım……. 19

2.5.Birlikte Görülen Tanılar…….. 20

2.6.İki Uçlu Duygudurum Bozukluğunda Sağaltım…….. 21

2.6.1.Farmakoterapi…… 21

2.6.2.Elektro-Konvülsif Terapi…….. 23

2.6.3.Psikososyal Tedaviler…… 24

2.6.3.1.Psikoeğitim……. 24

2.6.3.2.Kişilerarası Psikososyal Ritim Terapisi…….. 25

2.6.3.3.Aile Odaklı Terapi…….. 25

2.6.3.4.Bilişsel Davranışçı Terapi…….….. 26

2.7.Tedaviye Uyum……. 26

2.7.1.Tedaviye Uyumsuzluk ve Nedenleri……. 27

2.7.2.Uyumun Değerlendirilmesi…… 31

3.GEREÇ VE YÖNTEM……. 32

3.1.Araştırmanın Tipi…….. 32

3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri…… 32

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi…… 32

3.4.Verilerin Toplanması……..... 33

3.4.1.Veri Toplama Araçları……. 34

3.4.2.Veri Toplama Araçlarının Uygulanması……. 37

3.4.3.Verilerin Değerlendirilmesi…… 38

3.5.Araştırmanın Sınırlılıkları…….. 38

3.6.Süre ve Olanaklar…….. 39

4.BULGULAR…… 40

4.1.Ölçeğin Güvenirliliğine İlişkin Bulgular…… 40

4.1.1.İç Tutarlılık…… 40

4.1.2.Test-Tekrar Test Yöntemi…… 40

4.2.Ölçeğin Geçerliliğine İlişkin Bulgular…… 41

4.2.1.Dil Geçerliliği…… 41

4.2.2.Yapı Geçerliliği…… 41

4.3.Sosyodemografik ve Hasta Özelliklerine İlişkin Verilerin Dağılımı…….. 44

4.4.Sosyodemografik Bulgular ve Hasta Özelliklerinin Tedaviye Uyuma Etkisi 51

4.5.Sosyodemografik Bulgular ve Hasta Özelliklerinin Sosyal Desteğe Etkisi… 59

4.6.Sosyodemografik Bulgular ve Hasta Özelliklerinin İçgörü Düzeyine Etkisi 63

5.TARTIŞMA…… 64

5.1.MTUÖ Geçerlilik ve Güvenirliği…… 64

5.2.Sosyodemografik Bulgular ve Hasta Özelliklerinin Tedaviye Uyumla İlişkisi 65

5.3.Sosyodemografik Bulgular ve Hasta Özelliklerinin Sosyal Destek ile İlişkisi 76

5.4.Sosyodemografik Bulgular ve Hasta Özelliklerinin İçgörü Düzeyi ile İlişkisi 77

6.SONUÇ VE ÖNERİLER…… 79

7.KAYNAKLAR…… 82

8.EKLER…… 96

ÖZGEÇMİŞ…… 115

SİMGE VE KISALTMALAR LİSTESİ

İUDB: İki Uçlu Duygudurum Bozukluğu

DSM: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı

SPSS: Statistical Package for Social Sciences

NE: Norepinefrin

5HT: Seratonin

OKB: Obsesif Kompülsif Bozukluk

EKT: Elektro-Konvülsif Terapi

KPRT: KişilerarasıPsikososyal Ritim Terapisi

AOT: Aile odaklı terapi

BDT: Bilişsel davranışçı terapi

MTUÖ: Morisky Tedavİ Uyum Ölçeği

İDÖ: İçgörü Değerlendirme Ölçeği

ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

HAM-D: Hamilton Depresyon Ölçeği

YMD: Young Mani Değerlendirme Ölçeği

TABLOLAR LİSTESİ

Sayfa No

TABLO 1 Sağaltımda Lityum ya da Valproik Asit Kullanma Ölçütleri……. 23

TABLO 2 Morisky Tedavi Uyum Ölçeği (MTUÖ) için Madde-Toplam İstatistikleri…….. 40

TABLO 3 MTUÖ Test-Tekrar Test Güvenilirliği Korelasyon Katsayıları……. 40

TABLO 4 Ortak Varyans Tablosu…… 41

TABLO 5 Faktör Yükleri Matrisi, Özdeğerler ve Varyans Açıklama Payları…. 42

TABLO 6 Hastaların MTUÖ Yanıtlarının Dağılımı……. 43

TABLO 7 Hastaların MTUÖ Puanlarının Dağılımı…….. 43

TABLO 8 Hastalara İlişkin Sosyodemografik Özellikler…….. 44

TABLO 9 Hastaların Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Durumlarının Dağılımı 45

TABLO 10 Hastaların Sosyal Destek, İntihar Girişimi ve Aile Öyküsüne İlişkin Bilgilerinin Dağılımı…….. 45

TABLO 11 Hastaların Sağlık Durumlarına İlişkin Bilgilerinin Dağılımı…… 46

TABLO 12 Hastaların İUDB ve Tedavisine İlişkin Bilgi Durumlarının Dağılımı 47

TABLO 13 Hastaların Tedaviye Uyumuna İlişkin Bilgilerinin Dağılımı……. 48

TABLO 14 Hastaların İlaç Kullanmama Nedenlerinin Dağılımı……. 48

TABLO 15 Hastaların Kullandığı İlaçlar ve İlaç Kan Düzeylerinin Dağılımı….. 49

TABLO 16 Hasta Yakınlarının Hastalarının Durumuna Yönelik Bilgilerinin Dağılımı……. 50

TABLO 17 Hastaların Sosyodemografik Verilerine Göre MTUÖ Puanları……. 51

TABLO 18 Hastaların Sigara, Alkol ve Madde Kullanımlarına Göre MTUÖ Puanları…… 52

TABLO 19 Hastaların Sağlık Durumlarına Göre MTUÖ Puanları…… 53

TABLO 20 Hastalığın Gidişinin Bazı Değişkenlerle İlişkisi…….. 54

TABLO 21 Hastaların İUDB ve Tedavisine İlişkin Bilgi Durumlarına Göre MTUÖ Puanları…….. 55

TABLO 22 Hastaların ilaç kullanım özelliklerine göre MTUÖ puanları …….…… 55

TABLO 23 Hastaların İlaç Kullanmama Nedenlerine Göre MTUÖ Puanları…… 56

TABLO 24 Hasta Yakınlarının Düşünceleri ile Hastaların MTUÖ Puanları Arasındaki İlişki……. 57

TABLO 25 Hasta Yakınlarının Düşünceleri ile Hastaların MTUÖ Puanları Arasındaki Uyum…… 57

TABLO 26 İlaç Kan Düzeyi ile MTUÖ Puanlarının Karşılaştırılması…… 58

TABLO 27 Hastaların İlaç Kan Düzeyleri ve MTUÖ Puanları Arasındaki İlişki 58

TABLO 28 Hastaların Bazı Özelliklerine Göre ÇBASDÖ Puanları…….. 59

TABLO 29 Hastaların Çevre Tutumu ve İlaç Kullanmama Özelliklerine Göre ÇBASDÖ Puanları…… 60

TABLO 30 Hasta Yakınlarının Düşünceleri ile Hastaların ÇBASDÖ Puanları Arasındaki İlişki…….. 61

TABLO 31 ÇBASDÖ ve MTUÖ Arasındaki İlişki…… 62

TABLO 32 ÇBASDÖ ve MTUÖ Arasındaki Korelasyon……. 62

TABLO 33 Hastaların Son On Gün İçinde İlaç Kullanmama Durumuna

Göre İçgörü Ölçeği Puanları……. 63

TABLO 34 İçgörü ile Hastalık Süresi ve MTUÖ İlişkisi…….…….. 63

GRAFİK LİSTESİ

Sayfa No

GRAFİK 1 Yamaç Eğim Grafiği…… 42

ÖZET

İKİ UÇLU BOZUKLUK TANISI ALMIŞ HASTALARDA MORİSKY UYUM ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇE GEÇERLİLİK GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI VE DUYGUDURUM DÜZENLEYİCİ KULLANAN HASTALARIN KAN DÜZEYİ ÖLÇÜMLERİ İLE TEDAVİYE UYUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ

Güven BAHAR
Yüksek Lisans Tezi
Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Ruh Sağlığı Destek ve Koruma Yüksek Lisans Programı
Tez Danışmanı: Prof. Dr. Haluk A. SAVAŞ
Ocak 2013, 115 sayfa

İki Uçlu Duygudurum Bozukluğu (İUDB) kronik seyirli, ciddi, yineleyici dönemlerle seyreden ve sürekli tedavi gerektiren bir hastalıktır. Psikiyatride, özellikle de yineleyici ve düzenli tedavi ile önlenebilen İUDB'nda tedavi uyumu büyük önem taşımaktadır. Psikiyatrik hasta gruplarında tedaviyi sürdürmeme, kontrol randevularına gelmeme oranları yüksektir. İUDB tanısı almış hastaların tedaviye uyumuna yönelik ülkemizde yeterli sayıda çalışma bulunmadığından yeni çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.
Bu çalışma Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran, İUDB tanısı almış ötimik iki uçlu hastaların sosyodemografik özellikleri, psikiyatrik özgeçmişleri, klinik özellikleri ve gidiş özelliklerini belirlemek, Morisky Tedavi Uyum Ölçeği (MTUÖ)'nin Türkçe uyarlamasını yapmak, hastaların tedaviye uyum düzeylerini değerlendirmek, içgörü ve sosyal destek düzeylerini değerlendirmek ve duygudurum düzenleyici ilaçların kan düzeyleri ile tedaviye uyum arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla yapılmıştır.
Araştırmanın örneklemini, Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Duygudurum Bozuklukları Birimine başvuran, çalışmaya alınma ölçütlerine uyan İUDB tanısı alan 59 hasta oluşturmaktadır.
Bu çalışmada MTUÖ ölçeğinin İUDB hastaları için geçerli, güvenilir ve klinikte kullanıma uygun olduğu, tedaviye uyum ile sosyal destek ve ilaç kan düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunduğu saptanmıştır. Yaş, cinsiyet, hastalığın ilk ortaya çıkış dönemi, hastalığın gidişi, ilaçların düzenli kullanımı, ilaç kullanmama ve nedenlerinin (çevrenin olumsuz tutumu, tedavi faydasız düşüncesi, yan etkilerin yaşanması) tedaviye uyumu etkilediği belirlenmiştir.

Anahtar sözcükler: İki Uçlu Duygudurum Bozukluğu, İçgörü, İlaç Kan Düzeyi, Sosyal Destek, Tedaviye Uyum.

ABSTRACT

THE VALIDITY-RELIABILITY ANALYSIS OF THE TURKISH VERSION OF MORISKY ADHERENCE SCALE IN BIPOLAR PATIENTS AND THE RELATIONSHIP BETWEEN BLOOD LEVEL MEASUREMENTS OF PATIENTS USING MOOD STABILIZERS AND TREATMENT ADHERENCE

Güven BAHAR
Master Thesis
Gaziantep University Institute of Health Sciences Psychiatry Department
Mental Health Support and Protection Program
Thesis Advisor: Prof. Dr. Haluk A. SAVAŞ
January 2013, 115 pages

Bipolar Mood Disorder (BMD) is a chronic and serious disorder which progresses in recurring periods and requires continuous treatment. In psychiatry, treatment adherence is highly significant in BMD, especially in terms of the recurring BMD which can be prevented by regular treatment. In psychiatric patient groups, the rates of treatment non-adherence and failure to attend monitoring visits are high. In Turkey, there is a dearth of research on BMD patients' adherence to treatment.
The present study aims to identify the socio-demographic features, psychiatric history, clinic features, and progress of euthymic bipolar patients diagnosed with BMD, to adapt Morisky Medication Adherence Scale (MMAS) to Turkish, to evaluate patients' levels of adherence to treatment, to evaluate insight and social support levels and to identify the relationship between mood stabilizers' blood levels and treatment adherence.
The sample comprised 59 BMD patients in Gaziantep University Şahinbey Research and Practice Hospital Psychiatry Department Mood Disorder Clinic, who met the study requirements and who were diagnosed with BMD.
The results revealed that the MMAS is valid, reliable for use with BMD patients and in the clinic and that there is a significant relationship between adherence to treatment and social support and drugs' blood levels. It was also found out that age, sex, first disorder period, progress of the disorder, regular use of drugs, drug non-adherence and its causes (the environment's negative attitudes, the opinion that the treatment is useless, experience of side-effects) influenced treatment adherence

Key Words: Bipolar Mood Disorder, Insight, Drug Blood Level, Social Support, Treatment Adherence.

1.GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

İki Uçlu Duygudurum Bozukluğu (İUDB) uzun süreli, hastalık ve iyilik dönemleri ile giden, manik ve depresif nöbetlerle karakterize, belirgin psikososyal bozulmaya ve yeti yitimine yol açabilen bir hastalıktır. Psikososyal işlev bozukluğu duygudurum bozukluğunun hem sonucu, hem de daha sonraki hastalık tekrarlarına yol açan bir etken olarak görülmektedir. İyilik dönemindeki psikososyal işlev düzeyinin düşük olması hastalığın tekrar hızını arttırmaktadır (1). İUDB'de remisyon döneminde bile hem bilişsel, hem de toplumsal işlevsellikte bozulmalar olabileceği bildirilmektedir (2).

İUDB gibi yineleyici ve aynı zamanda düzenli tedavi ile %60-70 oranında tamamen önlenebilen bir hastalıkta tedavi uyumu büyük önem taşımaktadır (3). İUDB'de tedaviye uyumsuzluk, nüks ve yinelemenin ana sebebi olarak düşünülmektedir (4).

Psikiyatrik hastalarda ilaç uyumsuzluğu tedavi etkinliğini olumsuz etkileyen en önemli problemdir. Çakır ve arkadaşları (2010) tedaviye uyumsuzluğun reçete edilen ilaçları kullanmamak ya da düzensiz kullanmak, reçete edilmeyen ilaçları kullanmak, randevuları kaçırmak, takiplere devam etmemek ve buna benzer diğer davranışlarda bulunmak gibi boyutlarla karşımıza çıkabileceğini belirtmişlerdir (5). Aker ve arkadaşları (2000)'nın psikotik bozukluğu olan hastalarla yaptıkları bir çalışmada, hastaların taburculuk sonrası ilk 10 gün içinde ilacı bıraktıkları ve uyumsuzluğun başladığı belirtilmiştir (6).

Kişinin hastalığa karşı içgörüsünün olmaması ya da yetersiz olması tedavi uyumsuzluğunun nedenlerinden biri olarak gösterilmektedir. Lacro ve arkadaşları (2002) şizofreni hastalarına yönelik gözden geçirmelerinde, ilaç uyumsuzluğunun içgörü eksikliğiyle daha fazla ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (7). Dilbaz ve arkadaşları (2006)'nın ilaç uyumuna yönelik çalışmalarında hasta uyumsuzluğu uzun dönemde %25, akut dönemde ise %51 olarak saptanmış ve uyumsuzluğa neden olan en önemli özellik içgörü eksikliği olarak bildirilmiştir (8).

Hastaların tedaviye uyumlu ve bağlı olmaları; hem verilen tedavi programının daha etkili olmasını hem de hastalık gidişinin olumlu yönde ilerlemesini sağlamaktadır. Bu nedenle hastaların tedaviye uyumları ve uyumu etkileyen faktörlerin incelenmesi, uyum sorunlarının önlenmesinde ve giderilmesinde oldukça önemlidir. Tedaviye uyumun belirlenmesine yönelik ölçme araçlarının kısıtlı olması ve İUDB'nda tedaviye uyumu inceleyen kaynakların yetersiz olması bu çalışmayı önemli kılmaktadır.

İUDB tanısı almış hastaların tedaviye uyumuna yönelik ülkemizde yeterli sayıda çalışma bulunmamakta ve bu alanda araştırmalara gereksinim duyulmaktadır. Bu çalışmada Morisky Tedavi Uyum Ölçeğinin İUDB olan hastalarda Türkçe geçerliliğinin yapılarak tedaviye uyumlarının değerlendirilmesi, kan düzeyleri ve uyum arasındaki ilişkinin belirlenmesi, sosyal destek düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve sonuçlar doğrultusunda önerilerde bulunarak İUDB hastaları için daha iyi tedavi sonuçlarına ulaşılmasına ve dolayısıyla tekrarları azaltarak hastalığın gidişine olumlu katkı sağlanması düşünülmektedir.

1.2.Araştırmanın Amacı

Bu çalışma Ruh Sağlığı ve Hastalıkları iki uçlu polikliniğine başvuran, İUDB tanısı almış ötimik dönemdeki hastaların sosyodemografik özelliklerini, psikiyatrik özgeçmişlerini, klinik özelliklerini ve gidiş özelliklerini belirlemek, Morisky Tedaviye Uyum Ölçeğinin Türkçe uyarlamasını yapmak, hastaların tedaviye uyum düzeylerini değerlendirmek, uyumsuzluk nedenlerini belirlemek, sosyal destek düzeylerini değerlendirmek ve duygudurum düzenleyici ilaçların kan düzeyleri ile tedaviye uyum arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla planlanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.İki Uçlu Duygudurum Bozukluğunun Tanımı

İUDB kronik seyirli, ciddi, yineleyici dönemlerle seyreden ve sürekli tedavi gerektiren bir hastalıktır. İşlevsellikte bozulma, özkıyım riski ve sık yineleme gibi nedenlerle hasta ve çevresindekilerin yaşamını olumsuz yönde etkiler ve belirgin yeti yitimine neden olur (9). Bozukluk, bazen yükselen (mani veya hipomani), bazen de çökkün (depresyon) duygudurum dalgalanmaları ile karakterizedir.

İUDB çok farklı klinik görünümlerle ortaya çıkabilmektedir. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition; DSM IV) tanı ölçütlerine göre; İki uçlu bozukluk tip I, bir ya da birden fazla manik ya da karma dönemle belirlidir; genellikle majör depresif dönemlerde bulunur. İki uçlu bozukluk tip II ise en az bir majör depresif dönem ile en az bir hipomanik dönemin varlığı ile karakterizedir. Siklotimik bozukluk, duygudurum dalgalanmalarının daha ılımlı yaşandığı süreğen bir durumu tanımlar. Başka türlü adlandırılamayan iki uçlu bozukluk ise herhangi bir iki uçlu bozukluk tanı ölçütünü karşılamayan; ancak iki uçlu özellikler gösteren bozukluklardır. Hızlı döngülü iki uçlu bozuklukta hastalar bir yıl içerisinde dört ya da daha çok duygudurum dönemi yaşamaktadırlar (10).

2.2. İki Uçlu Duygudurum Bozukluğunun Sıklık ve Yaygınlığı

İUDB'nin yaşam boyu yaygınlığı % 0,4-1,6 (ortalama 1,2) arasındadır. İki uçlu I bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı %0-2.4, iki uçlu II bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı %0.3-4.8 ve siklotimik bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı %0.5-6.3 arasında değişmektedir (11). Carta ve Angst (2005)'ın bildirdiğine göre; Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde yapılan ECA (Epidemiological Catchment Area) çalışmasında iki uçlu duygudurum bozuklukları yaşam boyu yaygınlık oranı %1.5 olarak rapor edilmiştir. Avrupa ülkelerinde yapılan ESEMED (The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders) çalışmasında ise bu oran %1.0 bulunmuştur (12).

İki uçlu I bozukluğunu, 2 gün süren hipomaninin tanı için yeterli görüldüğü iki uçlu II bozukluğunu, karma maniyi, ilaç tedavisinin yol açtığı hipomaniyi, tekrarlayan kısa hipomaniyi ve hızlı döngülü iki uçlu bozukluğu içeren "İki Uçlu Spektrum" kavramı son yıllarda sık kullanılmaktadır (13). Akiskal ve arkadaşları (2000)'nın bildirdiğine göre İUDB spektrum olarak ele alındığında yaşam boyu yaygınlık oranı %5'i

geçmektedir (14). Szadocky ve arkadaşları (1998)'nın İUDB'nu spektrum olarak ele alarak yaptıkları çalışmalarında yaşam boyu yaygınlık oranını %5.1olarak saptamışlardır (15). Angst (1998) bu oranın kaynaklarda %3-6.5 arasında değişiklik gösterdiğini bildirmiştir (16).

İUDB'nin görülme sıklığı erkeklerde 9-15/100.000, kadınlarda 7.4-30/100.000'dir (1,17). Manik dönemler erkeklerde, depresif dönemler kadınlarda sıktır (11). Bununla birlikte, erkeklerde ilk başlangıç sıklıkla mani, kadınlarda ise depresyon olarak gözlenmektedir (18). Kadınlarda ayrıca hızlı döngülü İUDB oranı daha fazladır (11). İki uçlu I bozukluğun görülme sıklığı açısından cinsiyetler arasında anlamlı fark yoktur, kadın ve erkeklerde eşit oranda görülür (Kadın/erkek oranı: 1.2/1) (13,19).

Başlangıç yaşı sıklıkla 20 civarındadır. İleri yaşlarda manik dönem daha ender görülür. İki uçlu I ve iki uçlu II bozukluğun başlangıç yaşı birbirine yakındır (13,17). Başlangıç yaşı cinsiyetler arasında önemli bir fark göstermemektedir (14). Weissman ve arkadaşları (1996)'nın 10 ülke arasında (ABD, Kanada, Porte Riko, Fransa, Almanya, İtalya, Lübnan, Tayvan, Kore ve Yeni Zelanda) yaptıkları bir çalışmada, İUDB'da cinsiyet farkı olmadığı ve başlangıç yaşlarının aynı olduğu tespit edilmiştir (20). Turhan (2007)'ın bildirdiğine göre, çalışmalarda mani için başlangıç yaşı erkeklerde ortalama 24.4, kadınlarda ise 24.8 olarak gösterilmiştir (17).

Boşanmış ya da ayrı yaşayan bireylerde İUDB daha sık görülmektedir. Özdemir (2007) çalışmasında İUDB oranının boşanmış hastalarda anlamlı olarak daha yüksek oranda görüldüğünü saptamıştır. Birçok çalışmada iki uçlu I bozukluk ile düşük sosyoekonomik düzey arasında zayıf bir ilişki bildirilmiştir (13).

İki uçlu duygudurum bozukluğu olan hastaların üçte ikisinde düzensiz bir mevsimsel gidiş olmasına rağmen; mani yaz mevsiminde, depresyon ise ilkbahar ve sonbahar mevsimlerinde daha sık görülür. Tekrarlayan duygudurum bozukluğu olan bireylerde %20-25 oranında mevsimsel seyir görülür (18).

2.3.İki Uçlu Duygudurum Bozukluğunun Oluş Nedenleri

2.3.1.Genetik

İki uçlu I bozukluk için risk bu bozukluğa sahip akrabalar arasında tek yumurta ikizlerinde %60-70 gibi yüksek bir oran iken, bir torun ya da kuzende görülme olasılığı % 2-5 oranında değişmektedir. Genel popülasyonda riskin %1-2 arasında olduğu düşünülürse, bu bozukluğun güçlü bir genetik temelinin olduğu söylenebilir (21).

İUDB'de genetik etkenlerin rolünü desteleyen ikiz, aile ve evlat edinme çalışmaları bulunmaktadır. Bağlantı ve ilişkilendirmeye yönelik yapılan moleküler genetik çalışmalarda etkilenmiş genlerin belirlenmesinde yol göstermektedir.

İUDB nedenlerine bakıldığında en önemli bulguların ikiz çalışmaları ile gündeme geldiği görülmektedir. Mitchell ve arkadaşları (1993), İUDB'de eş hastalanma hızının monozigotik ikizlerde %60-70, dizigotik ikizlerde ise %20 olarak saptandığını belirtmişlerdir (22).

Aile çalışmaları, genetik bir yatkınlığın olup olmadığının tespit edilmesinin yanı sıra hastalığa özgü kalıtım kalıplarının ve hastalığın fenotipik özelliklerinin belirlenmesini de sağlamaktadır (23). İUDB hastalarının birinci derece akrabalarında benzer hastalık görülme riskinin genel nüfusa oranla 10 kat arttığı bildirilmiştir (24). Yapılan çalışmalarda hasta bireylerde kontrol grubuna oranla daha fazla geniş trinükleotid tekrarlarının saptanması, İUDB'nin nedenleri arasında genetik etkenlerin rol oynayabileceği ve özellikle de antisipasyondan (sonraki nesillerde hastalık şiddetinde artma ve/veya hastalık başlangıç yaşında düşme) sorumlu olabileceğini göstermektedir (25).

Evlat edinme çalışmalarında ise biyolojik anne babalarda hastalık oranı, evlat edinen anne babadan daha yüksek bulunmuştur (17,25,26). Kromozomal lokalizasyona yönelik yapılan çalışmalar birçok kromozom üzerinde bağlantı olduğunu göstermiş (27); ancak sadece 18. kromozomun ilgili lokusu ile ilişkili bağlantı diğer çalışmalarla da doğrulanmıştır (17,26,28,29,30).

2.3.2.Biyokimyasal Nedenler

İUDB için biyokimyasal çalışmalar norepinefrin (NE), seratonin (5-HT) ve dopamin (biyojenik aminler) üzerinde yoğunlaşmıştır (13,17,31). Biyokimyasal çalışmalarda, manik hastaların beyin omurilik sıvılarında ve idrarlarında NE metaboliti olan 3-metoksi-4-hidroksifenilglikol (MHPG) düzeyi yüksek tespit edilmiştir. Bu artışın lityum sağaltımıyla anlamlı ölçüde normal düzeye inmesi; İUDB'nun manik safhasında NE düzeyinde artış olduğunu düşündürmektedir (13,17).

Özkıyım da dahil olmak üzere şiddet ve dürtüsellik davranışlarının 5-HT etkinliğinde azalma ile, 5-HT_2 alt tipindeki etkinlik artışının depresyonla ilişkili olduğu düşünülmektedir (13). İUDB nedenleri arasında dopamin etkisinin diğer biyojenik aminlerden daha az olduğu ileri sürülmektedir. Dopamin aktivitesinin genel olarak depresyon durumunda düştüğü, manik durumda yükseldiği varsayılmaktadır (17).

2.3.3.Psikososyal Etkenler

Duygudurum bozuklukları için önerilen duyarlılaşma modeli (kindling) ilk dönemlerin çevresel bir stres sonrasında ortaya çıktığı; ancak daha sonraki dönemlerde yaşam olaylarının etkisinin daha az olduğu gözlemine dayanmaktadır (32). Bu teoride, stresin beyinde çeşitli nörokimyasal sistemlerde uzun süreli bozulmalar ya da olası nöronal kayıp şeklinde bozukluklar yaratarak, psikososyal stresörlere duyarlılık yarattığı düşünülmektedir (11). Bu duyarlılığın hastalığın ilk dönemlerinin ortaya çıkmasında önemli rol oynadığı, daha sonra psikososyal bir kolaylaştırıcı olmaksızın, hastalığın kendiliğinden yineleyebilen bir özellik kazandığı ileri sürülmektedir (31,32).

2.3.3.1.Kişilik Özellikleri

Üçok ve arkadaşlarının çalışmasında (1998), İUDB olan hastalar arasında B ve C kümesi kişilik özelliklerinin daha fazla olduğu bildirilmiştir (33). Uluşahin ve Uluğ (1997), depresif hastaların dışa dönüklük puanlarını düşük saptamışlar (34); Young ve arkadaşları (1995) ise İUDB olan hastaların daha dışa dönük ve daha az yargılayıcı olduğunu belirtmişlerdir (35). Akdeniz ve arkadaşları (2004) ise İUDB hastalarında hipertimik mizaç özelliklerine sık rastlandığını bildirmişlerdir (36).

İUDB hastalarında yapılan çalışmalarda (35), normal ya da depresyon tanılı bireylerle karşılaştırıldığında, iki uçlu hastaların yenilik arama değerlerinin yüksek olduğu saptanmıştır. Yenilik arama değerlerinin yüksek olması uzun dönemde işlevselliğin bozulmasının bir göstergesi olabilmektedir (37).

İUDB'da sıklıkla sınır kişilik bozukluğu ve histrionik kişilik bozukluğu görülmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda İUDB'nda komorbid kişilik bozukluğu insidansı %45-65 arasında değişmektedir. Duygusal instabilite, dürtüsellik, antidepresanlarla disinhibisyon belirtilerinin olması, antikonvülsanlarla dengelenme ve yüksek özkıyım oranı gibi pek çok belirti kişilik bozuklukları ve İUDB için ortak belirtilerdir (31). İUDB hastalarında kişilik bozukluğu özelliklerinin varlığı daha kötü ilaç uyumunun habercisidir (38,39). Kişilik bozuklukları, onların daha ağır sosyal travmalara maruz kalmasına, sosyal uyumlarının daha az olmasına ve sosyal desteklerinin azalmasına neden olabilmektedir (31).

2.3.3.2.Yaşam Olayları ve Çevresel Stresörler

Kronik stresörlerin (işsizlik, evlilik sorunları vs.) duygudurum dönemlerini tetiklemede akut stresörlerden daha önemli rol oynadıkları, stres verici olumsuz yaşam olaylarının

birikiminin en güçlü yatkınlaştırıcı faktör olduğu, yüksek stresli yaşam olaylarının düşük stresli yaşam olaylarına oranla 4.5 kat daha fazla yinelemeye neden olduğu belirtilmektedir (31).

Yaşam olayları ile ilgili yapılan çalışmalarda, İUDB'nin ilk ve tekrarlayan dönemlerinin öncesinde, artan yaşam stresleri olduğu görülmüştür (40). Maddi ya da manevi kayıplar, sevilen birinin kaybı, evlilik ve boşanma gibi medeni hal değişiklikleri, barınma sorunları ve fizik-sağlık durumundaki önemli değişiklikler gibi yaşam olaylarının depresyon riskini artırdığı belirtilmektedir (31). Günlük ritmi bozan durumlar ya da çok istenilen bir hedefe ulaşmak, bir başarıyı elde etmek gibi durumların ise manik dönemler için risk oluşturduğu bildirilmiştir (41). Saleh (2010), İUDB'de yaşam olaylarının etkisini araştırdığı çalışmasında İUDB hastalarının, hastalık öncesinde ve sonrasında sağlıklılara oranla daha fazla ağır yaşam olayı ve yaşam güçlüğü yaşadıklarını saptamış, en fazla kişilerarası ilişkilerde güçlük yaşadıklarını belirlemiştir (31).

2.3.3.3.Sosyal Destek

Günümüzde sosyal destek stres altındaki bireye yakından bağlı olduğu eş, aile, arkadaş, öğretmen gibi insanlar tarafından sağlanan maddi ve manevi yardım olarak kabul edilmektedir. Sosyal destek, insanın stresli bir olaya hâkim olmasını ve onunla başa çıkmasını kolaylaştıran sosyal çevreden gelen bir geribildirimdir. Sosyal ağın yeterince destekleyici olup olmadığı konusundaki kişinin izlenimi "algılanan sosyal destek" olarak tanımlanmaktadır. Genel olarak, algılanan sosyal desteğin iki temel bileşeni olduğu görülmektedir. Bunlar:

1) İhtiyaç duyulduğunda başvurulabilecek insanların varlığı,

2) Var olan destekten memnuniyet derecesidir (42).

Duygudurum bozuklukları ve sosyal destek ilişkisini inceleyen pek çok çalışma mevcuttur. Johnson ve arkadaşları (2003) sosyal destek yokluğu ya da yetersizliğinin duygudurum bozukluğu için ana risk faktörü olabileceğini belirtmişler; düşük düzeyde sosyal desteğin nüks riskini artırabileceğini saptamışlardır (43). Yetersiz sosyal destek duygudurum dönemlerinin başlangıç, alevlenme ve yinelemeleri ile ilişkili bulunmuştur (44). Ailenin, hastanın tedavisi ile yeterince ilgilenmediği durumlarda tedaviye uyumun daha düşük olduğu bildirilmektedir (45).

2.4.İki Uçlu Duygudurum Bozukluğu Tanı Ölçütleri

2.4.1.Duygudurum Hastalık Dönemleri

2.4.1.1.Majör Depresif Dönem

Depresif duygudurum ve ilgi kaybı ya da zevk alınan etkinliklerden artık zevk alınmıyor olması majör depresyonun ana semptomlarıdır. Hastalar kendilerini kederli, umutsuz veya değersiz hissedebilirler. Enerji ve istek azlığı, uyku ve iştah sorunları gözlenir. Düşünce içerikleri genellikle, pişmanlık, suçluluk ve ölüm düşünceleri ile yüklüdür. Düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yeteneğinde azalma ve düşünce bozuklukları gibi bilişsel belirtiler görülebilir. Hastanın hareketlerinde yavaşlama, yüz ifadesinde donuklaşma, bakışlarında sabitleşme gibi psikomotor retardasyon belirtileri saptanır (18).

İUDB için DSM IV tanı ölçütleri manik ve hipomanik atak gerektirdiğinden birçok hasta başlangıçta majör depresyon tanısı almaktadır (46). Bir depresyon dönemi ne kadar erken başlamışsa ve ağır seyrediyorsa (psikotik özellikli olsun ya da olmasın) bu dönemin ileride manik ya da hipomanik dönem habercisi olma olasılığı yüksektir (17). Tekrarlayan majör depresif bozuklukların en az %40'ında yaşam boyu öyküde önemli sayıda mani ve hipomani belirtisi gösterilmektedir (47).

Psikomotor yavaşlama, anerji, hipersomni, dönemlerin aniden ortaya çıkması ve depresif dönem içinde duygudurumda dalgalanmalar olması bipolar depresyonda sık rastlanan belirtiler arasındadır (48). Çalışmalarda İUDB'de özellikle de tip II'de depresyon belirtilerinin mani ve hipomani belirtilerinden daha sık görüldüğü bildirilmiştir (49,50).

Majör Depresif Dönem DSM IV-TR Tanı Ölçütleri

A. İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki belirtilerden beşinin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; belirtilerden en az birinin ya (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi kaybı ya da artık zevk alamama olması gerekir.

> (1) Ya hastanın kendisinin bildirmesi (örn. kendisini üzgün ya da boşlukta hisseder) ya da başkalarının gözlemesi (örn. ağlamaklı bir görünümü vardır) ile belirli, hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurum.
>
> (2) Hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi

zevk alamıyor olma (ya hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarınca gözleniyor olması ile belirlendiği üzere).

(3) Perhizde değilken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımının olması (örn. ayda, vücut kilosunun %5'inden fazlası olmak üzere) ya da hemen her gün iştahın azalmış ya da artmış olması.

(4) Hemen her gün, insomnia (uykusuzluk) ya da hipersomnianın (aşırı uyku) olması.

(5) Hemen her gün, psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması (sadece huzursuzluk ya da ağırlaştığı duygularının olduğunun bildirilmesi yeterli değildir, bunların başkalarınca da gözleniyor olması gerekir).

(6) Hemen her gün, yorgunluk-bitkinlik ya da enerji kaybının olması.

(7) Hemen her gün, değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının (hezeyan düzeyinde olabilir) olması (sadece hasta olmaktan ötürü, kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).

(8) Hemen her gün, düşünme ya da düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma ya da kararsızlık (ya hastanın kendisi bunu söyler ya da başkaları gözlemiştir).

(9) Yineleyen ölüm düşünceleri (sadece ölmekten korkma olarak değil), özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarının olması.

B. Bu belirtiler bir karışık epizodun tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

C. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

D. Bu belirtiler bir madde kullanımının (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel bir tıbbi durumun (örn. hipotiroidizim) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

E. Bu belirtiler yasla daha iyi açıklanamaz, yani sevilen birinin yitirilmesinden sonra bu belirtiler iki aydan daha uzun sürer ya da bu belirtiler, belirgin bir işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleriyle hastalık düzeyinde uğraşıp durma, intihar düşünceleri, psikotik belirtiler ya da psikomotor retardasyonla belirlidir (10).

2.4.1.2.Manik Dönem

Manik dönem klinik özellikleri içinde; yükselmiş duygudurum (öfori, irritabilite ya da taşkın) göze çarpmaktadır. Genellikle öfori ya da irritabiliteden biri daha baskındır.

Bilişsel alanda benlik yükselmesi, psişik hızlanma ve psikotik belirtiler görülmektedir. Öfori, neşe artışı, engellenme eşiğinde düşme, yeni ilgi alanları, riskli davranışlar belirgindir. Psikomotor hızlanma, uyku gereksiniminde azalma ve cinsel istekte artış diğer belirtilerdir (17,32).

Manik Dönem DSM IV-TR Tanı Ölçütleri:

A. En az bir hafta (hastaneye yatırılmayı gerektiriyorsa herhangi bir süre) süren, olağandışı ve sürekli, kabarmış, taşkın ya da irritabl, ayrı bir duygudurum döneminin olması.

B. Duygudurum bozukluğu dönemi sırasında, aşağıdaki belirtilerden üçü (ya da daha fazlası) (duygudurum irritabl ise dördü) belirgin olarak bulunur:

(1) Benlik saygısında abartılı artma ya da grandiyozite.

(2) Uyku gereksiniminde azalma (örn. Sadece üç saatlik bir uykudan sonra kendini dinlenmiş hisseder).

(3) Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma.

(4) Düşünce uçuşmaları ya da düşüncelerin sanki yarışıyor gibi birbirlerinin peşi sıra gelmesi yaşantısı.

(5) Distraktibilite (dikkat dağınıklığı) (yani, dikkat, önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyarana kolaylıkla çekilebilir).

(6) Amaca yönelik etkinlikte artma (toplumsal yönden, iş de ya da okulda, cinsel açıdan) ya da psikomotor ajitasyon.

(7) Kötü sonuçlar doğurma olasılığı yüksek, zevk veren etkinliklere aşırı katılma (örn. elindeki bütün parayı alışverişe yatırma, düşüncesizce cinsel girişimlerde bulunma ya da aptalca iş yatırımları yapma).

C. Bu belirtiler karma dönemin tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

D. Bu duygudurumun bozukluğu, mesleki işlevsellikte, olağan toplumsal etkinliklerde ya da başkalarıyla olan ilişkilerde belirgin bir bozulmaya yol açacak ya da kendisine ya da başkalarına zarar vermesini önlemek için hastaneye yatırmayı gerektirecek kadar ağırdır ya da psikotik özellikler gösterir.

E. Bu belirtiler bir madde kullanımının (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç ya da diğer bir tedavi yöntemi) ya da genel bir tıbbi durumun (örn. hipertiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir (10).

2.4.1.3.Karma Dönem

Majör depresyon ya da manik dönem belirtilerinin birlikte bulunduğu dönemler "*Karma Dönem*" olarak adlandırılırlar. Hastalar her iki dönem ölçütlerini karşılayacak derecede ciddi dalgalanmaları aynı dönem içinde ardı ardına yaşamaktadır (32). Bu tabloya neşeden çok irritabilite (disforik mani) hakim olmaktadır (18). Tedaviye cevabın düşük olması ya da artmış özkıyım riski ile ilişkilidir (51).

Karma Dönem DSM IV-TR Tanı Ölçütleri:

A. En az bir haftalık süreyle hemen her gün, hem manik hem de majör depresif dönem ölçütlerine (süre ölçütü dışında) uyan bir duygudurum bozukluğunun bulunması.

B. Duygudurum bozukluğunun iş ya da sosyal yaşamda belirgin bir bozulmaya yol açıyor ya da kendine ya da başkalarına zarar vermesini önlemek amacıyla hastaneye yatırılmasını gerektiriyor ya da psikotik özellik taşıyor olması.

C. Belirtilerin bir maddenin (örn. kötüye kullanılan bir madde, ilaç ya da başka bir sağaltım) ya da genel tıbbi bir hastalığın (örn. hipertiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı olmaması (10).

2.4.1.4.Hipomanik Dönem

Hipomanik dönem, manik dönem ölçütlerinin daha hafif yaşandığı, işlevselliği ciddi ölçüde bozmayan, psikotik özellik göstermeyen ve ayaktan tedavi edilebilecek düzeydeki bir dönemi tanımlar (32).

Hipomanik Dönem DSM IV-TR Tanı Ölçütleri:

A. Olağan, depresif olmayan duygudurumdan açıkça farklı, en az dört gün, gün boyu süren, sürekli, kabarmış, taşkın ya da irritabl ayrı bir duygudurum döneminin olması.

B. Duygudurum bozukluğu dönemi sırasında, aşağıdaki belirtilerden en az üçünün (duygudurum irritabl ise dördü) belirgin bir derecede ve sürekli varlığı olarak bulunur:

(1) Abartılı yükselmiş benlik değer duygusu grandiyozite.

(2) Uyku gereksiniminde azalma (örn. Yalnızca üç saatlik bir uykudan sonra kendini dinlenmiş hissetme).

(3) Her zamankinden daha konuşkan olma ya da basınçlı konuşma.

(4) Düşünce uçuşması ya da öznel olarak düşüncelerinin çok hızlandığını hissetme.

(5) Distraktibilite (dikkat dağınıklığı) (yani, dikkatsiz, önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyarana kolaylıkla çekilerek dağılabilmesi).

(6) Amaca yönelik aktivite artışı (toplumsal yönden, işte ya da okulda, cinsel aktivitede) ya da psikomotor ajitasyon.

(7) Önemli zararlar yaratabilecek zevk verici etkinliklere kolayca girme (örn. sonuçları düşünülmeksizin cinsel girişimler, iş yatırımları ve aşırı harcama).

C. Bu dönem sırasında, kişinin semptomatik olmadığı zamanlardakinden çok farklı olarak işlevsellikte belirgin bir değişiklik olur.

D. Duygudurum bozukluğu ve işlevsellikteki değişiklik başkalarınca da gözlenebilir bir düzeydedir.

E. Bu dönem toplumsal ya da mesleki işlevsellikte belirgin bir bozulmaya yol açacak ya da hastaneye yatırılmayı gerektirecek denli ağır değildir ve psikotik özellikler göstermez.

F. Bu belirtiler bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç ya da diğer bir tedavi yöntemi) ya da genel tıbbi bir hastalığın (örn. hipertirioidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir (10).

2.4.2.İUDB Tanı Ölçütleri

İUDB DSM-IV sınıflandırmasında:

1. İUDB I
2. İUDB II
3. Siklotimik Bozukluk
4. Başka Türlü Adlandırılamayan İUDB olarak yer almaktadır (52).

2.4.2.1.İUDB-Tip I

İUDB tip I'de hastalık boyunca en az bir manik dönem ya da karma dönem olmak zorundadır. Bu koşula her hastada farklı sayı ve sürede hipomanik veya majör depresif dönemler eşlik edebilir (53).

İUDB-I DSM IV-TR Tanı Ölçütleri

A. En az bir manik ya da karma bir dönem vardır.

B. Depresif dönem geçirilmiştir ya da ilerde ortaya çıkacağı varsayılmaktadır.

C. Duygudurum dönemleri şizoaffektif bozukluğa uymamaktadır ve şizofreni, şizofreniform bozukluk ya da delüzyonel bozukluk ya da başka bir yerde sınıflandırılamayan psikotik bozukluk üzerine eklenmemiştir.

D. Belirtiler sosyal, iş ya da diğer önemli alanlarda klinik olarak anlamlı bozulmaya neden olmaktadır.

E. Belirtiler bir maddenin ya da genel tıbbi bir hastalığın doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir (10).

2.4.2.2.İUDB-Tip II

İUDB tip II'nin ana özelliği en az bir hipomanik ve en az bir majör depresif dönemin bulunmasıdır. Manik ya da karma dönemin bulunmamasıyla İUDB tip I'den ayrılmaktadır (32,53).

İUDB-II DSM IV-TR Tanı Ölçütleri

A. En az bir majör depresif dönemin ya da geçirilmiş majör depresif dönem öyküsünün varlığı.

B. En az bir hipomanik dönemin ya da geçirilmiş hipomanik dönem öyküsünün varlığı.

C. Manik ya da karma bir dönemin geçirilmemiş olması.

D. A ve B ölçütlerindeki duygudurum belirtileri şizoaffektif bozukluğa uymamaktadır ve şizofreni, şizofreniform bozukluk ya da delüzyonel bozukluk ya da başka bir yerde sınıflandırılamayan psikotik bozukluk üzerine eklenmemiştir.

E. Belirtiler sosyal, iş ya da diğer önemli alanlarda klinik olarak anlamlı bir rahatsızlık ya da bozulmaya neden olmaktadır (10).

2.4.2.3.Siklotimik Bozukluk

Siklotimik bozukluk, hipomani ve hafif şiddette depresyon dönemlerinin sık ve kısa döngüleriyle karakterize kronik bir duygudurum bozukluğudur (54,55). İki uçlu hastalığın genellikle ergenlikte ya da genç erişkinlikte başlayan ve sinsi ilerleyen bir tipidir. Hastaların %50-75 kadarında başlangıç yaşı 15-25 yaş arasında değişmektedir (55). Hastalığın seyrinde en az iki yıl süre ile aralık vermeyen, mani ve depresyon nöbetleri, nöbetler arasında ise hastaların ötimik olduğu iyilik dönemleri bulunmaktadır (56).

İUDB'nin psikotik özellikler dışındaki tüm belirtileri siklotimik bozuklukta da gözlenmektedir. Bu bozuklukta hastaların tedaviye başvuru oranlarının düşük olduğu görülmektedir. Başvurular genellikle depresif dönemlerde gerçekleşir ve hastalar hipomanik dönemlerden bahsetmeyebilirler. Klinik görünüme depresif belirtiler hakimdir (54).

Siklotimi DSM IV-TR Tanı Ölçütleri

A-En az iki yıl süreli olarak hipomanik belirtilerle giden birçok dönemin ve majör depresif dönemin tanı ölçütlerini karşılamayan depresif belirtilerle giden birçok dönemin bulunması (çocuk ve ergenlerde bu süre en az bir yıl olmalıdır).

B- Yukarıda sözü edilen iki yıllık dönem (çocuk ve ergenlerde bu süre en az bir yıl) boyunca kişi A tanı ölçütünde sıralanan belirtilerin bulunmadığı bir seferde iki aydan daha uzun süren bir dönem geçirmemiştir.

C-Bu bozukluğun ilk iki yılı boyunca majör depresif dönem, manik dönem ya da karma dönem geçirilmemiştir.

D-A tanı ölçütündeki belirtiler şizoaffektif bozuklukla daha iyi açıklanamaz ve şizofreni, şizofreniform bozukluk, sanrısal bozukluk ya da başka türlü adlandırılamayan psikotik bozukluk üzerine binmiş değildir.

E-Belirtiler bir maddenin (kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

F-Bu belirtiler klinik açıdan belirgin sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda veya işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulmaya neden olur (57).

2.4.2.4.Başka Türlü Adlandırılamayan İUDB

İki uçlu özellikler gösteren fakat herhangi bir özgül İUDB tanı ölçütlerini karşılamayan klinik tablolardır.

Başka Türlü Adlandırılamayan İUDB DSM IV-TR Tanı Ölçütleri

Başka türlü adlandırılamayan İUDB kategorisi herhangi bir özgül İUDB ölçütlerini karşılamayan, iki uçlu özelliklere sahip bozuklukları içermektedir. Örnekler aşağıda sıralanmaktadır:

1. Manik, hipomanik veya depresif dönem için asgari süre ölçütünü karşılamayan ancak belirti eşiği ölçütünü karşılayan, manik ve depresif belirtiler arasında hızlı değişimler.
2. Arada tekrarlayan depresif belirtiler olmaksızın yineleyici hipomanik dönemler.
3. Sanrısal bozukluk, rezidüel şizofreni veya başka türlü adlandırılamayan psikotik bozukluk üzerine binmiş manik veya hipomanik dönem.
4. Kronik depresif belirtilerle birlikte giden, siklotimik bozukluk tanısı için fazla sık gözlenen hipomanik dönemler.
5. Hekimin İUDB olduğuna karar verdiği, ancak birincil mani veya genel tıbbi duruma bağlı mı veya madde kullanımının mı yol açtığını belirleyemediği durumlar (10).

2.4.2.5. Hızlı Döngülü İUDB

Manik ya da depresif dönemlerin bir yıl içinde dörtten fazla izlenmesi durumuna "hızlı döngülü bipolar bozukluk" adı verilmektedir. Bu tablo kadınlarda daha sık görülmektedir (18). Bir ay içinde dört ya da daha fazla dönem "ultra hızlı döngülü", bir hafta içinde dört ya da daha fazla dönem veya gün içinde kaymalar "ultradian döngülü" olgular olarak tanımlanır. Hızlı döngülü dönemlerin %42 oranında hızlı döngülü, %26,8 oranında ultra hızlı döngülü, %19,7 oranında da ultradian döngülü seyrettiği bildirilmektedir (17).

Hızlı Döngülü İUDB DSM IV-TR Tanı Ölçütleri

1.En az dört gün süren hipomani dönemi

2.En az bir hafta süren depresyon dönemi

3.En az bir hafta süren manik dönem ya da hospitalizasyon

4.Sekiz hafta süreyle dönemler arasında belirtisiz dönem

5.Bir yıl içinde bu dönemlerden en az dört tanesinin yaşanmış olması gerekmektedir (10).

2.4.3.İUDB Klinik Gidiş Özellikleri

İUDB'nda klinik gidiş belirleyicileri DSM IV-TR'ye göre aşağıdaki şekilde sınıflandırılmıştır.

A. En son dönemi tanımlayan belirleyiciler

a. Şiddet: Hafif, orta, psikotik özellikleri olmayan ağır, kısmi remisyonda, tam remisyonda

b. Kronik

c. Katatonik özellikler gösteren

d. Melankolik özellikler gösteren

e. Atipik özellikler gösteren

f. Postpartum başlangıçlı

B. Yineleyen dönemlerin gidişini tanımlayan belirleyiciler

a. Uzunlamasına gidiş (Dönemler arasında tam düzelme olan ya da olmayan)

b. Mevsimsel yapı gösteren

c. Hızlı döngülü (10).

2.4.3.1.Başlangıç Özellikleri

Hastalığın seyrinde döngü (bir dönemin sonundan bir diğer dönemin başlangıcına kadar geçen süre) uzunluğunu ve sıklığını değerlendirmek güvenilir bir yöntemdir (17). İUDB sıklıkla depresyonla başlamakta (kadınların %75'i, erkeklerin %67'si) ve yineleyen bir özellik göstermektedir. Birçok hasta hem manik hem de depresif dönem belirtileri göstermektedir. Hastaların %10-20 kadarı sadece manik dönem yaşamaktadır (18).

Genel olarak İUDB başlangıcı, nöbetlerin yinelemesi, iyileşme dönemleri süre, sıklık ve klinik belirtiler bakımından değişkenlik göstermektedir. Mani nöbeti en az bir hafta, ortalama dört ile altı hafta sürmektedir. Hipomani nöbeti ise daha kısa süreli ve daha hafif belirtilerle karakterizedir. Uygun tedavi yöntemleriyle mani nöbeti birkaç gün içinde düzelme göstermekle birlikte, tedavi edilmeyen vakalarda maninin ortalama süresi yedi ayı bulmaktadır (13). İlk dönemin erkeklerde mani, kadınlarda depresyon olarak ortaya çıktığı; hastaların %7'sinin tam iyileştiği, %45'inin birden fazla dönem geçirdiği ve %40'ının süreğenleştiği bildirilmektedir (58).

Hastalığın uzunlamasına seyrinde görülen dönem sayısı, hastalığın süresine ve koruyucu sağaltıma verilen yanıta bağlıdır (17). Genç yaşlarda başlayan İUDB'de nöbet aralığı daha uzun, orta ve ileri yaşlarda başlayanlarda ise nöbet aralıkları daha kısa sürmektedir. Dört yıllık izlemde en az bir kez yineleme oranı %72, iki kez yineleme oranı %45, üç ya da daha fazla yineleme oranı %28 olarak gösterilmektedir (13). Maniden depresyona depresyondan maniye kaymalar sık görülmektedir. Koruyucu tedaviyle nöbetlerin sıklık ve şiddeti azaltılabilir (59). Kaynaklarda, depresif dönemlerin iki-beş ay arasında; manik dönemlerin ortalama iki ay; karma dönemlerin ise altı ila on iki ay arasında değişen sürelerle devam ettiği söylenebilmektedir (9,17).

Hastaların %15'i bir yıl içinde dört ya da daha çok sayıda atak geçirmektedir. Bu hastalar hızlı döngülü İUDB olarak kabul edilirler. İki uçlu duygudurum bozukluğu olan hastaların %13-56'sında hızlı döngü gözlendiği (13), hızlı döngünün kadınlarda, ultra hızlı döngünün erkeklerde daha sık görüldüğü bildirilmiştir (58).

İyilik dönemlerinde belirgin bir rahatsızlık bulgusu görülmeyebilir, hastalar yaşamlarını uyumlu şekilde sürdürebilirler. Buna rağmen hastaların bir kısmında öfori, büyüklük sanrıları, uyku sorunları, psikomotor hareket artışı, aşırı cinsel eğilim gibi süreğen bulgular görülebilir (9).

2.4.3.2.Sonlanım Ölçütleri

Manik dönemlerin süresinin kısa olması, başlangıç yaşının ileri olması, özkıyım düşüncelerinin az olması, iyilik dönemlerinin uzun sürmesi, olumlu aile, iş ve uğraşı koşulları, alkol ve ilaç alışkanlıklarının bulunmaması, eşlik eden psikiyatrik veya tıbbi sorunların az olması iyi prognoz göstergesi olarak belirtilmektedir (58,59).

Hastalığın yineleme sayısı ve şiddeti gidişi belirleyen en önemli etmenlerdir. Sağaltıma iyi yanıt vermenin iyi klinik gidiş ve sonlanım ile ilişkili olduğu, ilk hastalık döneminin erken ve başarılı sağaltımının gidişi olumlu yönde etkilediği bilinmektedir (17). Hastalık süresinin kısa olmasının ve tedaviye tam uyum göstermenin sendromal iyileşmenin ve dolayısıyla uzun dönemde iyi sonlanımın en önemli öngörücüleri olduğu belirlenmiştir (60).

Hastalığın geç yaşta başlaması, erkek cinsiyet, ırk, düşük sosyoekonomik düzey, hızlı döngülülük, hastalık öncesi düşük işlevsellik, geçirilmiş dönem sayısının fazla olması, hastaneye yatış sayısının fazla olması, madde kötüye kullanımı eştanısı, kişilik bozukluğunun varlığı, şizoaffektif belirtiler ve tedaviye uyumsuzluk olumsuz gidişin karakteristik özellikleri olarak belirtilmektedir (17,61,62,63).

2.4.3.3.Özkıyım

Önemli bir toplumsal sorun olan özkıyım, İUDB'nin seyrini olumsuz etkilemekte ve bu hastalarda yaşam boyu özkıyım girişimi yaygınlığı %10-15 oranında bildirilmektedir (53). İUDB hastalarında özkıyım oranı genel toplumdan 30 kat; İUDB depresif dönem hastalarında özkıyım davranışı, İUDB manik dönemdekinden 35 kat daha fazladır (18). Genel nüfustaki özkıyım oranlarında görülen cinsiyet farklılığına benzer şekilde, İUDB olan kadınlarda özkıyım girişimleri, İUDB olan erkeklerde de ölümle sonuçlanan özkıyımlar daha fazla görülmektedir (53). İUDB olan erkek hastalar, kadınlara göre hastalığın daha erken dönemlerinde özkıyım gerçekleştirmektedirler (64).

Mani ve depresyon arasındaki geçiş dönemi ve depresyondan iyileşmeye geçiş dönemi, ajitasyonun belirgin olabilmesi nedeniyle özkıyım riskinin arttığı dönemlerdir (64). Özkıyım girişimi olan iki uçlu hastaların hastalıkları süresince daha fazla depresif dönem yaşadıkları bilinmektedir (17).

En fazla özkıyım riski taşıyan hastaların; daha önce özkıyım girişiminde bulunan, alkol kötüye kullanımı olan, hastaneden yeni taburcu olan, hastalığın erken dönemindeki genç hastalar olduğu bildirilmektedir. Psikiyatrik hastalıklarda özkıyım riskini artırdığı

bilinen tüm faktörler İUDB için de geçerlidir. Umutsuzluk, saldırganlık, işlevsellikte azalma özkıyım için potansiyel risk faktörlerini oluşturmaktadır (17).

Lityum koruma tedavisi özkıyımı önlemede etkili bulunmuştur; ancak koruma tedavisinin kesilmesiyle özkıyım riskinin 16 kat arttığı bildirilmektedir (64).

Mitchell ve Malhi (2004), İUDB yaşam boyu özkıyım girişimi oranını majör depresif bozukluğa göre daha yüksek saptamışlardır (sırasıyla %26, %14) (65). Dalton ve arkadaşları (2003), yaşam boyu eşlik eden madde kullanım bozukluğunun (66); Özer ve arkadaşları (2002) ise stresli yaşam olaylarının sayı ve düzeyinin özkıyım ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (63). Üçok ve arkadaşları (1998), kişilik bozukluğu olan iki uçlu hastalarda özkıyım girişimlerinin daha sık olduğunu saptamışlardır (33).

2.5.Birlikte Görülen Tanılar (Komorbidite)

Komorbidite, genellikle apayrı veya örtüşen etiyolojileri olan iki ya da daha fazla sayıda farklı bozukluğun eş zamanlı olarak bir arada bulunması biçiminde tanımlanmaktadır. İki uçlu bozuklukta komorbid durumlar en sık olarak anksiyete (obsesif kompülsif bozukluk, panik bozukluk, sosyal fobi), alkol-madde kullanımı, davranış bozukluğu (conduct disorder) ile ilişkilidir (18).

İUDB tanısı almış hastalarda yaşam boyu anksiyete bozukluğu ek tanısı görülme sıklığı %24 ile %93 arasında değişmektedir (67). Bauer ve arkadaşları (2005), İUDB ve anksiyete bozukluğu birlikteliğinin oldukça yaygın olduğunu ve anksiyete bozukluğu görülme sıklığının genel topluma göre İUDB hastalarında daha yüksek bulunduğunu bildirmişlerdir (68). İUDB ile birlikte panik bozukluğu olanların olmayanlara göre daha fazla depresyon yaşadığı, daha fazla intihar girişiminde bulunduğu ve hastalığın daha uzun sürdüğü bildirilmiştir (69). Tamam ve Özpoyraz (2002)'ın çalışmasında ise iki uçlu hastalarda yaşam boyu en sık görülen anksiyete bozukluğu ek tanısının, obsesif kompülsif bozukluk (OKB) (%39) olduğu bulunmuştur. Bunu sırasıyla özgül fobi (%26), sosyal fobi (%20), post travmatik stres bozukluğu (%14), yaygın anksiyete bozukluğu (%14) ve panik bozukluk (%10) izlemektedir (70). Koyuncu ve arkadaşları (2010), İUDB olan 214 hastanın %21.9'unda obsesyon ve/veya zorlanma belirtileri; %16.3'ünde ise OKB düzeyinde belirtiler saptamışlar ve İUDB ile OKB birlikteliğinin yüksek olduğunu bildirmişlerdir (71). Karakuş ve Tamam (2011) ise İUDB ve dürtü kontrol bozukluğu birlikteliğini yüksek bulduklarını belirtmişlerdir (72). Ünal ve arkadaşları (2007) eksen-I komorbiditesini en sık obsesif kompulsif bozukluğun oluşturduğunu saptamışlardır (73).

İUDB hastalarında yaşam boyu alkol kötüye kullanımı ve bağımlılığı %44.7, ilaç bağımlılığı %33.5, herhangi bir madde bağımlılığı %56.1 olarak gösterilmiştir (74). İki uçlu I hastalarında yaşam boyu alkol-madde kullanım oranlarına bakıldığında; % 48.5 oranında alkol, %41-60 aralığında madde kullanım oranları tespit edilmiştir (75).

Rossi ve arkadaşları (2001)'nın İUDB ve depresif bozukluk hastalarında kişilik bozukluklarını inceledikleri çalışmalarında, İUDB hasta grubunda en çok obsesif kompulsif kişilik bozukluğu (%32.4), sınır (borderline) kişilik bozukluğu (%29.6) ve çekingen kişilik bozukluğu (%19.7) rastlandığını bulmuşlardır (76). Kişilik bozukluğu ile komorbid iki uçlu hastalarda özkıyım düşüncesi olasılığı, tek tanılı hastalara göre daha yüksek bildirilmiştir (77). Üçok ve arkadaşları (1998), obsesif kompülsif, paranoid, histrionik, sınır kişilik bozukluklarından en az birinin İUDB hastalarına eşlik ettiğini bildirmişlerdir (33). Colom ve arkadaşları (2000), İUDB hastalarında kişilik bozukluğu eştanısı bulunmasını tedaviye uyumsuzluk nedenleri arasında sıralamışlardır (39). Ünal ve arkadaşları (2007) eksen-II komorbiditesini en sık borderline kişilik bozukluğunun oluşturduğunu saptamışlardır (73).

2.6.İki Uçlu Duygudurum Bozukluğunda Sağaltım

Duygudurum bozukluklu hastaların tedavisinde birkaç hedef söz konusudur. Bu hedefler;

- Hastanın güvenliği garanti edilmelidir.
- Tam bir tanısal değerlendirme yapılmalıdır.
- Tedavi planı sadece hastanın acil belirtilerini değil, hastanın ileriye dönük iyiliğini de kapsamalıdır (78).

2.6.1.Farmakoterapi

İUDB tedavisinde ilk şart ilaç tedavisidir. İki uçlu bozuklukta farmakolojik tedavinin amaçları, depresyon ve maninin akut belirtilerini gidermek, döngülülüğü ve nüksleri önlemektir. İUDB'nda hastalığın dönemine ve klinik özelliklerine bağlı olarak duygudurum düzenleyiciler, antipsikotikler, antidepresanlar ve antiepileptikler tek başına veya bir kaçı bir arada kullanılabilirler (53).

Duygudurum bozukluklarında antipsikotik ilaçlar, tek başına, diğer ilaçları destekleyici olarak ya da tedaviye direnç durumlarında kullanılabilir (79). Duygudurum düzenleyicilerinin koruyucu etkisi ortaya çıkana kadar sağaltım antipsikotik ve benzodiyazepinlerle desteklenmelidir. Antipsikotiklerden haloperidol 10-20 mg/gün

dozda, klorpromazin 300-1000 mg/gün dozda; yeni kuşak antipsikotiklerden risperidon 2-6 mg, olanzapin 10-20 mg, ketiyapin 150-750 mg, aripiprazol 15-30 mg, ziprasidon 80-160 mg/gün dozda verilebilir. Ayrıca benzodiyazepin grubundan klonazepam ve lorazepam da yatıştırıcı olarak sağaltıma eklenebilir (13).

İki uçlu duygudurum bozukluğu için temel ilaçlar duygudurum düzenleyicileridir. Özer ve arkadaşları (2001)'nın yaptığı çalışmada duygudurum düzenleyici ilaç kullanan hastalarda, antipsikotik kullananlara göre genel işlev düzeyi daha yüksek bulunmuştur (80). İlk seçenek olarak lityum, karbamazepin ve valproik asit kullanılmaktadır. Gabapentin, okskarbazepin, topiramat ve lamotrijin de duygudurum düzenleyici etkisi olan antiepileptiklerdir (81).

Lityum, mani tedavisinde etkinliği kabul edilen bir ilaçtır. Keck ve arkadaşları (1998)'nın çalışmasında, Karbamazepin ve Valproat gibi antikonvülzan etkili ilaçların, iki uçlu bozukluğun akut ve sürdürüm dönemlerinde lityuma alternatif olarak kullanılabilecekleri bildirilmiştir (82). Özcan ve arkadaşları (1999)'nın çalışmasında ise bu üç ilacın aynı düzeyde etkin olduğu tespit edilmiştir (83).

Lityum: Lityum sağaltımı böbrek, tiroid, kalp işlevleri ve kan tablosu değerlendirilerek günlük 300 mg olarak başlanmaktadır. Sağaltım amacıyla kan düzeyini 0.8-1.6 mEq/lt; koruyucu amaçla 0.6-1.2 mEq/lt arasında tutmak oldukça önemlidir (81). Lityum tedavisinde iki nokta önemlidir. Bunlardan birincisi, akut manik ya da hipomanik dönemin kontrol edilmesi, ikincisi ise ileriki dönemlerde hem depresyon hemde maninin ortaya çıkmasının engellenmesidir. Mani nöbetlerinde uygun dozda uygulanan lityum 5-12 günde olumlu sonuç vermektedir (84).

Valproat: İki uçlu bozuklukta özellikle akut maninin tedavi ve proflaksisinde ve koruyucu tedavide etkili bir ilaçtır (59). İUDB da valproik asit 800-2000 mg günlük dozlarda kullanılabilir (81). Disforik ve hızlı döngülü manide lityuma üstün olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Oral ve arkadaşları (1994) çalışmalarında, akut antimanik etkinin yanı sıra önleyici etkisi olduğunu da göstermişlerdir (85). Sağaltım amacıyla kan düzeyinin 50-100 ug/mL olması gerekmektedir.

Tablo 1: Sağaltımda Lityum ya da Valproik Asit Kullanma Ölçütleri*

Lityum Seçim Ölçütleri	Valproik Asit Seçim Ölçütleri
Geçirilmiş dönem sayısının azlığı Hızlı döngü olmaması Madde kötü kullanımının olmaması Karma mani olmaması Öforik mani	Karma- disforik maninin varlığı Hızlı döngü varlığı Öncesinde iyi yanıt alınması Madde kötü kullanımı

*Turhan 2007'den alıntı yapılmıştır (17).

Karbamazepin: Ülkemizde ve dünyada lityuma alternatif ya da yardımcı olarak kullanılan antikonvülsan bir ilaçtır (86). Akut manide 400-600 mg/gün başlanır ve gün aşırı 200 mg artırılarak 1800-2000 mg'a çıkabilir. Lityuma ek olarak ya da tek başına lityuma yanıt vermeyen hastalara lityuma alternatif olarak ya da lityuma bağlı yan etkileri tolere edemeyen hastalara verilmektedir (84). Sağaltım amacıyla kan düzeyinin 4-12 ug/mL olması gerekmektedir.

Lamotrijin: Özellikle parsiyel nöbetlerde önerilen antiepileptik etkili bir ilaçtır. Antimanik etkisinin yanı sıra antidepresan etkisi de bulunmaktadır (81). Hastalığın daha çok hızlı döngülü tipinde etkili olduğu bildirilmektedir (79). İki uçlu bozukluklarda depresif dönemlerin önlenmesinde daha etkin olduğu ve etkisinin diğer duygudurum düzenleyicilere oranla daha hızlı başladığı ve hastaları daha uzun süre ötimik tuttuğu bilinmektedir (84,87). İdame tedavi olarak lamotrijin, lityumun verildiği durumlarda kullanılabilir. İyi tolere edilmektedir ve sedasyon, kilo alma veya başka metabolik etkilerin olmayışı önemli özellikleridir (87).

2.6.2.Elektro-Konvülsif Terapi (EKT)

EKT yaygın olarak maninin akut ve sürdürüm tedavisinde kullanılmaktadır. EKT genellikle hasta farmakoterapiye yanıtsızsa, hasta farmakoterapiyi tolere edemiyorsa, klinik durum çok şiddetli ise, özkıyım riski yüksek olan, ağır/psikotik bulgulu olgularda ve gebelikte uygulanmaktadır (88). Hasta 6-8 EKT ile yatışınca antipsikotiklerle veya lityumla devam edilir. Gerekirse 10-12, hatta daha fazla sayıda EKT yapılabilir (84).

2.6.3.Psikososyal Tedaviler

İlaç sağaltımları hastalık belirtilerinin kaybolmasında etkili olmakla birlikte; yinelemelerin önlenmesi, hastalık yükünün azaltılması ve işlevselliğin geri kazanılmasında yetersiz kalmaktadır. Günümüzde yaklaşımlar, aile üyelerinin katılımıyla psikoeğitim, tedaviye uyumu arttırma ve yinelemeyi önleme yöntemleri geliştirme, kişilerarası ilişkiler ve duygudurum arasındaki dengenin düzenlenmesi gibi hedeflere odaklanmaktadır (89).

Psikoterapötik yöntemler genel olarak dört grupta incelenmektedir. Bunlar;

- Psikoeğitim,
- Kişilerarası psikososyal ritim terapisi (KPRT),
- Aile odaklı terapi (AOT),
- Bilişsel davranışçı terapidir (BDT).

2.6.3.1.Psikoeğitim

Süreğen hastalıklarda eğitimin, ilaç uyumu ve hastalığın gidişi üzerine olumlu etkilerinden dolayı geliştirilen psikoeğitim, grup ya da bireysel psikoeğitim olarak uygulanabilir (89). İki uçlu bozukluğun sağaltımında temel tedavi yöntemi ilaç tedavisi olmasına rağmen, ilaç tedavisine psikoeğitim teknikleri eklenerek birlikte kullanımının, iki uçlu bozukluğun bütün tiplerinde yineleme ve hastaneye yatışı azalttığı kanıtlanmıştır (90).

Psikoeğitimin amacı; hastalarda ilaç uyumunu ve hastalığı yönetme becerisini artırmak, özkıyım riskini azaltmak, belirtilerle baş etme yöntemleri geliştirmek, sosyal ilişkilerin ve yaşam kalitesinin gelişmesini sağlamaktır (89). Bu amaçlara ulaşmak için; hastalık süreci ve bu süreçte yaşanılan güçlüklerin ele alınması, baş etme becerilerinin öğretilmesi, uygulanması ve ilaç kullanımına yönelik eğitimler verilmektedir (91). Terapi dört ana konuya değinmektedir:

1. Hastalıkla ilgili farkındalık
2. Tedavi uyumu
3. Prodromal semptomların ve rekürrensin erken denetimi
4. Yaşam tarzı düzenliliği.

Son iki seansta problem çözme ve stres yönetimi konularına da yer verilmektedir (21).

Yapılan çalışmalarda psikoeğitim alan iki uçlu hastaların mani dönemlerinin yineleme sayısının %30 azaldığı, ilk mani yinelemesine kadar geçen sürenin uzadığı, hastane

yatışlarının azaldığı, daha iyi klinik gidiş ve yüksek sosyal işlevsellik düzeyine ulaşıldığı bildirilmektedir (31).

Psikoeğitimin ötimik hastalara verilmesi, dikkat dağınıklığının engellenmesi ve öğrenmenin sağlanması açısından önemlidir (89).

2.6.3.2.Kişilerarası Psikososyal Ritim Terapisi (KPRT)

KPRT stresli yaşam olaylarının iki uçlu hastalarda oluşturduğu düzensiz yaşam modellerini düzeltmek için geliştirilmiştir (31). Terapinin amacı, öncelikle hastalığın yeni epizotlarının ortaya çıkmasını önlemek ya da en azından epizotlar arasındaki arayı uzatmaktır. KPRT; hastaların günlük rutinlerindeki (olayların zamanlaması ve ortaya çıkan uyarıcıların miktarı) devamlılığa dikkatli bir şekilde odaklanmaktadır (21). KPRT, akut dönemden hemen sonra dört evrede uygulanır:

- İlk evrede, geçmiş hastalık dönemleri ve hastanın kişilerarası ilişkilerinin yapısı, temel sorun alanlarının incelenmesi, sosyal ritimlerinin ölçülmesi ve psikoeğitim ile sosyal ritimlerin düzenlenmesi yer alır.
- İkinci evrede, günlük yaşamın düzenlenmesi ve kişilerarası ilişkilerde hastalık dönemleri ile ilişkili sorunlu durumların çözümü için terapist ve hastanın birlikte çalışması yer alır.
- Üçüncü evrede, hastanın daha bağımsız ve KPRT'nin işaret ettiği noktalarda daha yetkin olması amaçlanır.
- Dördüncü evrede ise, hastanın işlevselliğinin gelişmesi, bağımsız yaşama becerisi kazanması ve yinelemeleri önleme yöntemlerini kullanması amaçlanmaktadır (89).

Rucci ve arkadaşları (2002) akut ve sürdürüm döneminde KPRT'nin etkinliğini araştırdıkları çalışmalarında, majör depresif dönemdeki hastalar arasında KPRT uygulananların daha hızlı iyileşme eğiliminde olduğunu, KPRT'nin özkıyımı önlemede etkili olduğu, ama yineleme hızı üzerinde etkili olmadığını saptamışlardır (92).

2.6.3.3.Aile Odaklı Terapi (AOT)

Aile bireyleri ve bakım verenlerin belirtileri tanımasını ve bunlarla başa çıkma yöntemleri geliştirmesini sağlayan psikoeğitim yönelimli bir tekniktir. Hastaların ve bakım verenlerin yüksek duygu dışavurumu, duygusal tepkileri ve çatışmaları üzerinde çalışarak, duyguları kontrol etme, çatışma ile karşılaşıldığında kişilerarası iletişimi

arttırma, problem çözme ve sorunlarla baş etme yöntemleri ile işlevselliği geliştirmeyi hedeflemektedir. Üç modülden oluşur:

1-Psikoeğitim,

2-İletişim becerilerini artırma eğitimi,

3-Problem çözme becerilerini artırma eğitimi (89).

Yapılan çalışmalarda, AOT alan hastalarda daha az yineleme, daha az hastane yatışı ve daha iyi ilaç uyumu bildirilmektedir (93,94).

2.6.3.4.Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)

BDT'de hastalıkla ilgili olumsuz otomatik düşünceler ve hastalık günceleri üzerinde durulmaktadır. Psikoeğitim, işlevsel olmayan düşünce ve inanışları düzeltme, ilaç uyumunu arttırma, sosyal ritmi sabitleştirme, stres yönetimi, duygudurum dalgalanmalarını tanıma ve baş etme gibi unsurların ele alındığı bir tekniktir (89).

Çalışmalarda, BDT uygulanan hastaların daha az hastane yatışı olduğu ve daha iyi ilaç uyumu sağladıkları, kontrollere göre genel işlevsellikte düzelme ve depresif belirtilerde azalma görüldüğü bildirilmektedir (31,95). İki uçlu bozukluğu olan ötimik hastalarda atakların tekrarlanmasını önlemek için ek bilişsel davranışçı grup terapisinin etkinliğinin değerlendirildiği kontrollü bir çalışmada, bu yöntemin ötimik hastalar için uygun olduğu belirtilmektedir (96).

2.7.Tedaviye Uyum

Tedaviye uyum (compliance) sözcük anlamı olarak "uyma", "itaat", "rıza" anlamına gelmektedir ve hastanın kendisini tedavi eden hekimin klinik önerilerine uymasını ifade etmektedir. Tedaviye uyuma eşdeğer olan katılım (adherence), sürdürüm (maintenance), işbirliği (partnership), kendini ayarlama (self regulation) gibi sözcükler incelendiğinde de tedaviye uyumun özellikleri anlaşılmaktadır (3).

Cameron (1996) uyumu, verilen tedaviyi takip etmek için hasta tarafından gönüllü bir tutum sergilemek ve bu konuda verilen tedavi planının hasta tarafından davranış olarak tam anlamıyla başarılmasıyla ilişkilendirmiştir (97).

Tedaviye uyum, hastanın hekimi tarafından kendisine önerilenleri yapması, yapmaması gerekenlerden kaçmasıdır. Başka bir deyişle, hastanın verilen ilaçları eksiksiz, zamanında ve önerilen biçimde kullanması veya iyileştiğini varsayarak ilaçlarını önerilen zamandan önce bırakmaması, yapması ya da yapmaması gereken davranışlara uygun davranmasıdır (98).

Psikiyatride, özellikle de yineleyici ve düzenli tedavi ile %60-70 oranında önlenebilen İUDB'de tedavi uyumu büyük önem taşımaktadır (3). Psikiyatrik hasta gruplarında tedaviyi sürdürmeme, kontrol randevularına gelmeme oranı %20-50 olarak bildirilmektedir (99).

İUDB olan hastaların duygularının bir ilaç tarafından kontrol edildiği düşüncesinden rahatsız olması, lityumun geç etki eden bir ilaç olması, ilacın kesilmesi durumunda olumsuz etkinin geç ortaya çıkması, ilaç kullanırken verimli olamama, kendini iyi hissedip ilaca gereksinim duymama ve kendi kendilerine düzelebilecekleri inancı ilaç uyumunu önemli ölçüde etkilemektedir (3).

2.7.1.Tedaviye Uyumsuzluk ve Nedenleri

Genel olarak tedaviye uyumsuzluk; ilacın doktor tarafından önerilen dozda kullanılmaması, ilacın kullanım zamanlarına uyulmaması ya da tedavinin erken kesilmesi nedeniyle ortaya çıkan ve hastalığın prognozunu doğrudan etkileyen önemli bir durum olarak tanımlanmaktadır (98).

Tedaviye uyumsuzluk tanımı konusunda farklı görüşler bulunmaktadır. Meriç (2006)'in bildirdiğine göre Hussey ve Gilliland (1989) iki tip uyumsuzluk tanımlamıştır:

a. Mevcut durum ya da hastalığın yetersiz anlaşılması (bilinçsiz uyumsuzluk)

b. Tedaviye uymamak ya da başka tedavi yöntemleri bulmak için hasta tarafından bilinçli seçim yapılması (bilinçli uyumsuzluk) (98).

Colom ve arkadaşları (2005), kaynaklarda en az yedi farklı seviyede tedaviye uyumsuzluk rapor edildiğini belirtmişlerdir. Fakat bu tanımların karşılamadığı başka uyumsuzluk davranışlarının da olduğu bildirilmektedir (100).

- Tam Uyumsuzluk: Hastanın hekimin önerilerine hiçbir şekilde uymadığı durumdur. Bu grup hastalar en az çalışılmış hastalardır. Bu hastalar içinde hekimle görüşmeye devam eden ancak ilaç almayı reddedenler de bulunmaktadır. Ötimik iki uçlu hastaların %10'u bu gruptadır.
- Selektif Uyumsuzluk: Bazı hastalar idame tedavi sırasında atipik antipsikotik almayı; diğer hasta grubu ise lityum almasına rağmen diğer grup ilaçları almayı reddederler.
- Aralıklı Uyumsuzluk: Aralıklı ya da tam olmayan uyum genelde lityum kullanan hastalarda görülür. Tedaviyi hiçbir zaman tamamen kesmezler; ancak ilaç dozlarına uymazlar. İlaçların bazılarını almazlar, bazılarını alırlar.

- Geç Uyum: Bazı hastalar iki uçlu bozukluğu olmadığını, tedaviye gereksinimi olmadığını söyleyerek başlangıçta tedaviye direnç gösterirler. Fakat relapslar ve tanıyı kabullenmesi ile tam veya kısmi uyum gösterirler.
- Geç Uyumsuzluk: Tam uyumdan iki veya üç yıl sonra bazı hastalar idame tedaviyi sürdürmemeye başlarlar. Bu fenomen hem lityum hem de antikonvülzanlar için bildirilmiştir.
- Kötüye Kullanım: İki uçlu bozuklukta reçete edilenden daha fazla ilaç alınması psikiyatristlerin hoşnut olmadığı bir durumdur. İki uçlu bozukluğun genellikle madde bağımlılığı ile komorbiditesi vardır veya kişilik bozukluğu eşlik etmektedir. Benzodiazepin suistimali iki uçlu bozuklukta sıktır; fakat olgu sunumlarında antidepresanların, antipsikotiklerin ve hatta atipik antipsikotiklerin de kötüye kullanımı bildirilmiştir. Fakat hiç duygudurum düzenleyici kötüye kullanımı bildirilmemiştir.
- Davranışsal Tedaviye Uyumsuzluk: Uyum tanımı sadece farmakolojik tedaviye uyumu işaret etmez, aynı zamanda hastanın hastalığına ve yaşamındaki konulara (alkol, uyku, madde kullanımı) bakışını da içerir. Uyku ve diğer davranışların düzenlenmesi, duygudurumun değişmesi riskini azaltır. Bazı hastalar reçete edilen ilaçlara tam olarak uyarlar, fakat diğer risk içeren davranışların düzenlenmesinden kaçınırlar (100).

Hastanın tedaviye uyumu birçok değişkene bağlıdır. Psikiyatrik popülasyonlarda uyumsuzluk kişiye özgü demografik bulgular (yaş, cinsiyet gibi), hastalık (içgörü eksikliği gibi), ilaç (rejimin karmaşıklığı, yan etkiler gibi) veya klinik faktörler (doktor hasta ilişkisi gibi) ile ilişkili olabilir (45,101).

1-İçgörü Eksikliği

İçgörü; genel olarak hastalığının farkında olma şeklinde tanımlanır (102). Çok boyutlu bir kavram olan içgörü;

- Bilişsel olarak; ruhsal bozukluğun, damgalanmanın ve sosyal sonuçlarının farkındalığı,
- Uyumla ilişkili olarak; tedaviye olan ihtiyacın algılanması, etki ve faydalarının bilinci ve ilaca uyum,
- Semptom olarak; hastalığın belirtilerinin farkında olma ve belirtilerin hastalığa atfedilmesi,
- Zamansal olarak; hastalığa içgörü, tedavi gerekliliği, hastalığın şimdiki, geçmiş ve gelecekteki seyrine tedavinin faydası olarak açıklanmaktadır (103).

Tedaviye uyum ve içgörü arasındaki ilişkiye dikkat çeken pek çok çalışma bulunmaktadır. İUDB'nda, özellikle de manik dönem hastalar arasında içgörü eksikliği yaygın olarak görülmekte, içgörü eksikliği nedeniyle hastaların çoğunluğunun tedaviye uyum sorunu yaşadığı bilinmektedir (104,105,106).

Compton (2005) içgörünün olmaması ve düşük işlevsellik düzeyinin tedaviye uyumu olumsuz etkilediğini bildirmiştir (107). Lacro ve arkadaşları (2002) şizofreni hastalarına yönelik gözden geçirmelerinde, ilaç uyumsuzluğunun içgörü eksikliği durumuyla ilişkili olduğunu saptamışlardır (7). Ünal ve arkadaşları (2006), taburculuk sonrası kontrole gelmeme ve ilaç kullanmama ile ilgili nedenler arasında ilacın yararına inanmama durumunun önemli olduğunu bildirmişlerdir (45). Dilbaz ve arkadaşlarının (2006) şizofreni tanılı hastalarla yaptıkları çalışmalarında uyumsuzluğun en yaygın sebebi hastalığı yadsıma (%53.9) olarak saptanmıştır (8).

2-İlaçla İlgili Etmenler

İlaçların etkililiği sadece kullanılan ilaçların etkisi ve uygunluğuna bağlı değil aynı zamanda hastanın amaçlanan dozaja bağlılığıyla ilişkilidir. İlaç dozajına bağlılık en yüksek oranda terapötik faydaya ulaşmak için gereklidir. İlaçla ilgili faktörler; tedavi rejiminin karmaşıklığı, olumlu etkilerin geç ortaya çıkması, kesilme durumunda olumsuz etkilerin geç ortaya çıkması ve istenmeyen yan etkiler olarak sıralanabilir (105).

Oral ve arkadaşları (2002), ilaç rejiminin şekli ve yan etkilerini uyumsuzluk nedenleri arasında bildirmişlerdir (3). Dilbaz ve arkadaşları (2006)'nın sonuçları da ilaç yan etkilerinin tedavi uyumsuzluğu oluşturduğu yönündedir (8). Ünal ve arkadaşları (2006) çalışmalarında kontrole gelmeyen ve ilaç kullanmayan hastaların ileri sürdükleri nedenler arasında ilacın yararına inanmama ve ilaç yan etkilerinin bulunduğunu saptamışlardır (45).

3-Tedavi Ekibine İlişkin Etmenler

Tedavi ekibinin hastalığa karşı olan inanç ve tutumu, ilaç bilgisi, empatik ve terapötik ilişki kurabilme yeteneği hastanın ilaç uyumu üzerinde etkili olabilmektedir (108). Lacro ve arkadaşları (2002), taburculuk programının yetersiz olmasının tedavi uyumsuzluğuna neden olabileceğini bildirmişlerdir (7). Tedavide süreklilik kadar tedavi

ekibinin sürekliliği de önemlidir. Hastaların aynı tedavi ekibini her seferinde bulmaları zor olabilmekte, bu durum uyum sorunlarına neden olabilmektedir (105).

4-Hastaya İlişkin Etkenler

Yaş, cinsiyet, kişilik özellikleri ve mental kapasitesinin tedaviye uyumu etkilediği görülmektedir. Tedaviye daha önceden uyum göstermemiş olmak, daha sonra ortaya çıkan uyum sorunlarının bir göstergesi olabilir (105).

Oral ve arkadaşları (2002), yaşlılık, cinsiyet gibi faktörlerin uyumsuzluk nedenleri arasında yer aldığını belirtmişlerdir (3). Coldham ve arkadaşları (2002)'nın bulguları genç yaşta olmanın uyumsuzluğun en önemli belirleyicilerinden biri olduğu yönündedir (109). Bireyin, hastalık ve ilaçla ilgili inançları ve verilen önerilere uyumu kişilik özellikleri doğrultusunda olmaktadır. Özellikle narsistik ve paranoid kişilik özellikleri uyumu olumsuz etkilemektedir (108).

5-Aileye İlişkin Etkenler

Aile, arkadaş desteği veya bir işte çalışıyor olmak tedaviye uyumu etkileyebilmektedir. Ailenin hastalığa ve ilaca bakışı ve tutumu ile duygu dışavurumunun yüksekliği tedaviye uyumu etkileyen nedenler arasındadır (108). Compton (2005) aileye ilişkin etkenler arasında yetersiz aile desteği, hastalığa ve tedaviye yönelik yetersiz bilgi, olumsuz inanç ve tutumlara sahip olma ve etiketlenme korkusunu sıralamaktadır (107). Coldham ve arkadaşları (2002), psikotik hastalara yönelik çalışmalarında, ailenin hastanın tedavi programına aktif katılımının ilaç uyumunu olumlu yönde etkilediğini bildirmektedir (109). Oral ve arkadaşları (2002) aile desteğinin yeterli olmamasını uyumsuzluk nedenleri arasında sıralamaktadır (3).

Hastalığı nasıl algıladığımız, nasıl yaşadığımız, nasıl başa çıktığımız kültürel yapılanmamızla ilişkilidir. Kültürel inançlar nedeniyle ailelerin hekim dışı çare arama davranışlarının olması da ailelerin hastayla yeterince ilgilenmeme nedeni olabilir. Bahar ve arkadaşları (2010) Gaziantep ilinde psikiyatri hasta ve ailelerinin tıp dışı tedavi arama davranışlarını inceledikleri çalışmalarında tıp dışı çare arama oranını %48 olarak saptamışlardır (110). Bu yüksek oran tedaviye yönelik aile tutumlarının önemli bir göstergesi olabilir.

2.7.2.Uyumun Değerlendirilmesi

Hastaların tedaviye uyum oranları farklı yöntemlerle ölçülebilmektedir. Uyum ölçümünde kişisel bildirim, klinisyenin tutumu, ilaç miktarı, idrar ve serum düzeyi gibi değişkenler kullanılmaktadır.

Kişisel bildirim güvenli olmayabilir. Klinisyenin tutumu, uyumun aşırı değerlendirilmesine yol açabilir. İlaç sayımları teknik olarak güçtür. İdrar testi ölçümleri sadece yakın zamana yönelik fikir verebilir ve düşük doz ilaç kullananlarda güvenilir değildir. Aynı dozu alan hastalar arasında kan düzeyi değişiklikleri görülebilir (111).

Tüm bu kısıtlılıklar nedeniyle, uyumun değerlendirilmesinde mevcut yöntemlerin birkaçı birlikte kullanılmalıdır. Tedaviye uyumun değerlendirilmesinde geliştirilen ölçeklerin kullanılması da önem taşımaktadır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Tipi

Araştırma iki uçlu duygudurum bozukluğu tanısı almış ötimik iki uçlu hastaların sosyodemografik özellikleri, psikiyatrik özgeçmişleri, klinik özellikleri ve gidiş özelliklerini belirlemek, Morisky Tedavi Uyum Ölçeğinin Türkçe uyarlamasını yapmak, hastaların tedaviye uyum düzeylerini değerlendirmek, uyumsuzluk nedenlerini belirlemek, sosyal destek düzeylerini değerlendirmek, içgörü durumu ve duygudurum düzenleyici ilaçların kan düzeyleri ile tedaviye uyum arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla planlanmıştır. Araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı özellik göstermektedir.

3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Duygudurum Bozuklukları Biriminde yapılmıştır. Duygudurum Bozuklukları Birimine Pazartesi günleri hasta alınmaktadır. Bu birim belirtilen günde ortalama 20 hastaya hizmet vermektedir.

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın Evreni

Bu araştırmanın evrenini Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Duygudurum Bozuklukları Birimine başvuran hastalar oluşturmaktadır.

Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemini, Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Duygudurum Bozuklukları Birimine başvuran, çalışmaya alınma ölçütlerine uyan İUDB hastaları oluşturmaktadır.

Hasta Grubu için Çalışmaya Alınma Ölçütleri:

1. DSM-IV ölçütlerine göre iki uçlu bozukluk tanısı almak.
2. En az ilkokul mezunu olmak.
3. 18-65 yaş aralığında olmak.
4. Bilgilendirme sonucunda çalışmaya katılmayı kabul etmek ve yazılı bilgilendirilmiş olur vermiş olmak.

5. Çalışmaya alındığı sırada; 17 maddelik Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeğinden 7 ve daha altında puan almak, Young Mani Değerlendirme Ölçeğinden 5 ve altında puan almak ve ötimik olmak.

6. En az 1 aydır tek ya da kombine duygudurum dengeleyici ilaç (valproat, karbamazepin, lityum) kullanmak.

7. Güncel kan ilaç düzeylerinin ölçülmüş olması.

Hasta Grubu için Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri:

1. Anlamlı iletişim kuramayacak düzeyde zeka geriliği olanlar ile testleri yapabilecek düzeyde eğitimi olmayanlar.
2. DSM-IV'e göre demans ve diğer kognitif bozukluklardan herhangi bir tanı almak.
3. Çalışmaya alınma esnasında hipomanik/manik veya depresif dönemde bulunmamak veya akut hastalık dönemi içinde olmak.

Örneklem Seçimi

"Hastanız ilacını düzenli kullanır mı?" sorusuna evet diye cevap verenlerin Morisky ölçek puanı ortalamasının 2.0+/-0.5, hayır diye cevap verenlerin Morisky ölçek puanı ortalamasının 2.4+/-0.5, olması ön kabulü ile %95 güven aralığı ve %80 power ile her iki grupta 23'er kişiye ulaşılması gerektiği bulunmuştur." Örnek büyüklüğü hesaplamaları G*Power 2.0 ile yapılmıştır.

3.4.Verilerin Toplanması

Veriler, araştırmacı tarafından hazırlanan Hasta Bilgi Toplama Formu ve Hasta Yakını Bilgi Toplama Formu, Morisky (1986) tarafından geliştirilen Morisky Tedavi Uyum Ölçeği (MTUÖ) (112), Zimet ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilen Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASD) (113), Young ve arkadaşları (1978) tarafından geliştirilen Young Mani Değerlendirme Ölçeği (YMD) (114), Hamilton (1961) tarafından geliştirilen Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D) (115) ve David (1990) tarafından geliştirilen İçgörü Değerlendirme Ölçeği (İDÖ) (116) kullanılarak toplanmıştır.

3.4.1.Veri Toplama Araçları

Hasta Bilgi Toplama Formu

Araştırmanın örneklemini oluşturan hastalarla ilgili bilgi elde etmek amacıyla araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Bu bölüm hastaların kişisel bilgileri ile hastalık öyküsü ve tedavi sürecine yönelik soruları içermektedir (Ek 1).

Hasta Yakını Bilgi Toplama Formu

Araştırmanın örneklemini oluşturan hastaların birinci derece yakınlarıyla ilgili kişisel bilgileri ve hastaların tedavi uyumunun hasta yakınları tarafından değerlendirildiği soruları içermektedir (Ek 2).

Morisky Tedavi Uyum Ölçeği (Morisky Medication Adherence Scale / Morisky's Questions –Self-Report Measure of Adherence)

Donald E. Morisky tarafından geliştirilmiştir ve 1986 'da Morisky DE, Green LW, Levine DM tarafından geçerlilik çalışması yapılmıştır (112). Aktif tüberküloz tedavi sürecindeki hastalar arasındaki grup tartışmalarına göre (1990), suçlayıcı bulunduğu gerekçesiyle orijinal MTUÖ'deki 2. madde olan "……ilaçlarınızı almak konusunda ihmalkar mı davranırsınız?" sorusu değiştirilmiş; yerine kasıt içermeyen "….ilaçlarınızı almayı hatırlamak konusunda sorun yaşıyor musunuz?" maddesi konmuştur (118).

İlaç uyumunu ölçen, hastanın kendisinin doldurduğu bir ölçektir (Ek 3). Ölçek dört adet iki seçenekli (evet/hayır) kapalı uçlu sorudan oluşmaktadır. Bu soruların ardında yatan teori bağlılıktan kopmanın unutkanlık, dikkatsizlik, kendini daha iyi hissedince ilacı bırakma veya ters bir olay yaşamaya bağlı olabileceği savıdır (117). Soruların tümüne "hayır" denmişse ilaç uyumu yüksek, bir veya iki soruya "evet" denmişse ilaç uyumu orta, üç veya dört soruya evet denmişse ilaç uyumu düşük olarak değerlendirilir. Doldurulması kolay bir ölçektir (112,118). Ülkemizde geçerlilik güvenirlilik çalışması Yılmaz (2004) tarafından antipsikotik tedaviye uyumu ölçmek için gerçekleştirilmiştir (108). Muslu (2010) bu ölçeği şizofreni hastalarında tedaviye uyumu değerlendirmek amacıyla kullanmıştır (119). Ölçeğin iki uçlu hastalarda kullanılabilirliğine yönelik bir çalışma bulunmamaktadır.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Multidimensional Scale of Perceived Social Support)

Zimet ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilen ölçeğin ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışmaları 1995 yılında Eker ve Arkar tarafından yapılmış, ölçeğin cronbach's alpha katsayısı 0.78-0.92 olarak belirlenmiş, iç tutarlılığı ve güvenirliği oldukça yüksek bulunmuştur. Ölçek toplam 12 maddeden oluşmaktadır. ÇBASD ölçeği "Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 Kesinlikle evet" şeklinde 7 dereceli olarak düzenlenmiş likert tipi bir ölçektir (Ek 4) (120).

Ölçeğin destek kaynaklarını yansıtan, aile, arkadaş ve özel kişi desteği olmak üzere üç alt grubu bulunmakta, her grup 4 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte bulunan 3.,4.,8. ve 11. maddeler aile desteğini, 6.,7.,9. ve 12. maddeler arkadaş desteğini, 1.,2.,5. ve 10. maddeler de özel kişi desteğini (güven duyulan yakın arkadaş, dost) ölçmektedir.

Her madde 7 aralıklı bir ölçek kullanılarak değerlendirilmiştir. 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 (120,121).

İçgörü Değerlendirme Ölçeği (Schedule for Assesing the Three Componentsof Insight)

Bu ölçek, David tarafından (1990) içgörünün üç bileşeni olduğu öne sürülerek hazırlanan 7 itemli İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği'nin araştırmacılarca Türkçe'ye çevrilip, 2 madde eklenmesiyle oluşmuştur. Yarı yapılandırılmış bir ölçek olup klinisyen tarafından uygulanmaktadır (116,122).

1992 yılında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılarak yayınlanmıştır. Ölçeğin, hastalığın kabul edilmesini, psikotik yaşantıları anormal olarak adlandırma yetisini, tedaviye tutumu, geçmişteki ruhsal rahatsızlıklara dair farkındalığı değerlendirmeyi hedefleyen 4 bölümü vardır (Ek 5).

Her madde 0,1,2 şeklinde değerlendirilerek şiddeti ölçmektedir. İlk 7 sorunun en yüksek toplam puanı 14'dür. Sekizinci sorunun sorulması görüşmeciye bırakılmıştır ve bu soru ile birlikte en yüksek toplam puan 18'dir. Hastanın yüksek puan alması yüksek içgörü düzeyini gösterir (122).

Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (Hamilton Depression Rating Scale)

1960 yılında Hamilton tarafından, depresyon tanısı almış hastalarda depresyonun şiddetini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş olan bu ölçek, 17 depresyon semptomunu, ya üç ya da beş dereceli bir boyut üzerinde değerlendirmektedir. Değerlendiriciler arası güvenilirliğin daha yüksek olması amacıyla Williams (1988) tarafından yapılandırılmış formu geliştirilmiştir (Ek 6) (123).

Ölçek, hastayla görüşen kişi tarafından değerlendirilmekte, belirtilerin şiddetine göre verilen puanların toplamı depresyonun şiddetini göstermektedir. Ölçülebilir şiddette olanlar 0-4 arasında derecelendirilir ve 4, o semptomun şiddetli olduğunu gösterir. Hamilton bazı semptomları ölçmenin ise oldukça zor olduğunu düşünüp 0-2 arasında derecelendirmiştir (124).

Ölçekten en yüksek 53 puan alınmaktadır.0-16 arasında elde edilen toplam puan bir depresif sendrom oluşmadığını ifade etmektedir. Puanlamada; 16-25 arası hafif, 26-40 arası orta derecede, 40 ve yukarısı ağır bir depresif sendroma işaret etmektedir. Depresif semptomları ölçmek amacıyla klinisyen tarafından uygulanan ölçekler arasında en sık kullanılanıdır (125).

Türkçe'ye çevrilen ve geçerlilik güvenilirlik çalışmaları Akdemir ve arkadaşları (1996) tarafından yapılan bu ölçeğin, yeterli iç tutarlığa, test-tekrar test güvenilirliğine sahip olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmada kesme noktaları 23 <; çok şiddetli, 19-22; şiddetli, 14-18; orta derecede, 8-13; hafif derecede ve 7 ≥ normal olarak saptanmıştır. HAM-D iç tutarlılık çalışmasında Cronbach alfa değeri 0.75, güvenirlik katsayısı ise 0.76 olarak bulunmuştur (126).

Young Mani Derecelendirme Ölçeği (Young Mania Rating Scale)

Bu ölçek, 11 maddeden oluşmakta ve her biri 5 aşamalı belirti şiddeti ölçmektedir (114). Ölçekteki maddeler, iki uçlu bozukluğun manik dönemindeki tanımlanmış çekirdek belirtileri (hafiften ağıra doğru derecelendirecek biçimde) kapsamaktadır (Ek 7). Ölçeğin doldurulması hastayla son 48 saatlik süre dilimi içindeki durumu esas alınarak yapılan görüşmeye ve görüşme sırasındaki gözlemlere dayanarak yapılır. İki bağımsız görüşmecinin toplam puanlar arasındaki doğrusal bağıntı katsayısı 0.93 ve her bir madde puanları arasındaki doğrusal bağıntı katsayılarının 0.66-0.92 arasında değiştiği bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasında (127) iç tutarlık katsayısı %79 olarak bulunmuş, çalışmacıların ölçek maddeleri arasındaki fikir birliği %63.3-%95.5, kappa değerleri 0.114-0.849 arasında bulunmuştur (123).

3.4.2.Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Uygulamaya geçmeden önce Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan gerekli izin alınmış (Ek 8), hastalarla görüşmenin yapılacağı tarih ve günler belirlenmiştir. Çalışmaya alınan hastalara öncelikle çalışmanın amacı ve ayrıntıları konusunda bilgi verilmiş, dilerlerse çalışmaya katılmayı reddetme veya görüşmeyi herhangi bir noktasında sonlandırma hakkına sahip oldukları açıklanmış, kayıtlarının gizli tutulacağına dair güvence verilmiştir. Bu bilgilendirme sonrasında olur formunu imzalayan ve çalışmaya katılmaya yazılı olarak onay veren hastalar değerlendirmeye alınmıştır (Ek 9).

Araştırmada veri toplama aracı olarak kullanılan Hasta Bilgi Toplama Formu, Morisky Uyum Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ötimik olan iki uçlu hastalara araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Ötiminin değerlendirilmesinde kullanılan Young Mani Değerlendirme Ölçeği ve Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği ile içgörünün değerlendirilmesinde kullanılan İçgörü Değerlendirme Ölçeği klinisyen tarafından uygulanmıştır. Ön değerlendirme için 5 hastaya uygulama yapılmıştır. Ön uygulama yapılan grubun verileri çalışma kapsamına alınmamıştır. Uygulama 30 Ocak-30 Eylül 2012 tarihleri arasında, görüşme yöntemiyle, ortalama 45-50 dakikada gerçekleştirilmiştir. Görüşme yapılan hastalar 2 hafta sonra tekrar çağrılarak MTUÖ tekrar uygulanmıştır. Görüşmeye randevu gününde gelmeyen hastalara telefonla ulaşılarak bilgi alınmıştır.

Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Morisky Tedavi Uyum Ölçeği araştırmanın bağımlı değişkenidir.

Bağımsız Değişkenler: İçgörü Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, sosyal güvence durumu, çalışma durumu, mesleki durumu, yaşadığı yer, sigara alkol ve madde kullanımı, özkıyım öyküsü, aile öyküsü, polikliniğe başvuru şekli, eşlik eden hastalıklar, hastalığın başlangıç yaşı ve süresi, hastalığın hangi dönemle başladığı, ortaya çıkışta yaşam olayı, hastalığın gidişi, atak sayısı, yatarak tedavi görme durumu, psikoeğitim alma durumu, ilaçlar hakkındaki bilgisi (etki ve yan etki), ilaç kullanımını aksatma durumu, nedenleri ve ilaç kan düzeyleri araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

3.4.3.Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışma verileri Statistical Package for Social Sciences (SPSS, versiyon 15) programında oluşturulan veri tabanına yüklenmiştir. Çalışmada kullanılan veriler için frekans dökümleri yapılmıştır. Korelasyon analizleri Pearson testi ile yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde;

- Sosyodemografik ve hastalara özgü özelliklerin tedaviye uyum ve içgörüye etkisinin incelenmesinde; ortalamaların karşılaştırılmasında t testi ve ANOVA testi (post hoc: tukey), parametrik varsayımların sağlanmadığı durumlarda Man Whitney U ve Kruskal Wallis testleri, oranların karşılaştırılmasında X^2 testi ile korelasyon analizi kullanılmıştır. Önemlilik düzeyi olarak 0.05 değeri alınmıştır.
- Hastaların MTUÖ puanları ile hasta yakınlarının beyanlarının uyumluluğu kappa analizi ile test edilmiştir.
- Morisky tedaviye uyum ölçeğinin güvenilirlik analizleri için içyapı tutarlılığı ve test-tekrar test güvenirliği ölçülmüştür. Cronbach's α katsayısı ve her madde için ayrı ayrı madde toplam puan korelasyonları hesaplanmıştır. Çalışmada Cronbach's α katsayısı >0.6 anlamlı olarak kabul edilmiştir. Ölçek, hasta grubuna başlangıçta ve iki hafta sonra olmak üzere uygulanmış olup elde edilen sonuçlar pearson korelasyon testi ile istatistiksel olarak değerlendirilmiştir. Önemlilik düzeyi olarak 0.05 değeri alınmıştır.
- Ölçeğin yapı geçerliliğini saptamak için faktör analizi uygulanmıştır. Faktör analizinde örneklemden elde edilen verilerin yeterliğini belirlemek için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi uygulanmıştır. Verilerin çok değişkenli normal dağılımdan gelip gelmediği ise Bartlett testi ile değerlendirilmiştir.

3.5.Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın verileri 30 Ocak-30 Eylül 2012 tarihleri arasında Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Duygudurum Bozuklukları Birimine başvuran hastalardan toplanmıştır. Sözü edilen tarihlerde, polikliniğe başvuran hastalardan elde edilen verilere dayanan bulgular bu zaman dilimi ile sınırlıdır. Çalışmaya alınma ölçütlerine uyan hastaların araştırma kapsamına alınması, çalışma kapsamına sadece ötimik durumda ve duygudurum düzenleyici ilaçlardan birini kullanan İUDB hastalarının alınması ve tekrar uygulaması için randevularına gelmeyen hastalara telefon aracılığıyla uygulama

yapılmış olması diğer sınırlılıklardır. Hem örneklem grubunun küçük olması, hem de çalışmanın bir üniversite hastanesinde yapılmış olması dikkate alınmalıdır.

3.6. Süre ve Olanaklar

Araştırma 2011 yılı içinde planlanmıştır. Araştırma önerisi hazırlanarak, çalışmanın yapılacağı kuruma sunulmuş ve 05.05.2011 tarihinde etik kurul onayı alınmıştır. 30 Ocak-30 Eylül 2012 tarihleri arasında toplanan veriler, araştırmacı tarafından değerlendirilmiş ve hazırlanan araştırma raporu, yüksek lisans tez çalışması olarak sunulmuştur.

4.BULGULAR

4.1.Ölçeğin Güvenirliliğine İlişkin Bulgular:

4.1.1.İç Tutarlılık

Morisky Tedavi Uyum Ölçeği'nin iç tutarlılık güvenirliği maddelerin benzerlik düzeyini ve maddelerin ölçmek istediği yapının ayrışıklığını belirleyen Cronbach's alpha katsayısı ile ve ölçek maddelerinin madde-toplam korelasyonu ile incelendi. Her bir maddenin madde-toplam korelasyon katsayıları 0.29-0.57 arasında elde edilmiştir. 0.20'nin altında korelasyon bulunmadığından madde çıkarılmamıştır. 4 madde üzerinden yapılan toplam güvenirlik testi sonucunda iç tutarlılık/güvenirlik katsayısı α=0.625 olarak bulunmuştur. Tutarlılık derecesi güvenirlik katsayısı 1'e yaklaştıkça yükselir, 0'a yaklaştıkça düşer (128,129). Belirtilen referanslar doğrultusunda anketin iç tutarlılık güvenirlik katsayısı iyi düzeyde bulunmuştur (Tablo 2).

Tablo 2: Morisky Tedavi Uyum Ölçeği (MTUÖ) için madde-toplam istatistikleri

	Madde-Toplam Korelasyonu	**Bu Madde Olmadığında Alpha**
MTUÖ 1	0.575	0.412
MTUÖ 2	0.429	0.537
MTUÖ 3	0.329	0.607
MTUÖ 4	0.297	0.625
Cronbach Alpha=0.625		

4.1.2.Test-Tekrar Test Yöntemi

Hastaların test-tekrar test uygulaması sonucunda aldıkları puanlar arasındaki ilişki pearson korelasyon tekniği ile değerlendirildi (Tablo 3). Korelasyon katsayıları 0.64-0.96 arasında değişmekteydi. Test-tekrar test analizi sonucunda maddelerde pozitif yönde güçlü korelasyon saptandı ($p<0.001$).

Tablo 3: Morisky Tedavi Uyum Ölçeği test-tekrar test güvenilirliği korelasyon katsayıları

	r	**p**
MTUÖ 1	0.640	<0.001
MTUÖ 2	0.963	<0.001
MTUÖ 3	0.719	<0.001
MTUÖ 4	0.723	<0.001
MTUÖ TOPLAM	0.898	<0.001

4.2.Ölçeğin Geçerliliğine İlişkin Bulgular:

4.2.1.Dil Geçerliliği

- Yazar hakları ile ilgili kurallara uyulması ve ölçeğin kullanılabilmesi için Dr. Donald Morisky'den izin alınmış (Ek 10), lisans sözleşmesi imzalanmıştır.
- Ölçek, 3 İngilizce dil uzmanı ve 2 Psikiyatri uzmanı tarafından, birbirlerinden bağımsız olarak Türkçe'ye çevrilmiştir. Çeviriler danışman öğretim üyesi ile birlikte incelenerek en uygun çeviri maddeleri belirlenmiş ve ölçeğin son hali oluşturulmuştur.
- Ölçeğin yeniden Türkçe'den İngilizce'ye çevirisi, daha önce anketin İngilizce halini görmeyen, her iki dili ana dili gibi bilen 3 uzman tarafından yapılmıştır.
- Bazı ifadelerin uyuşmazlıklarını düzeltmek için geri çevirinin orijinal ölçek ifadeleri ile karşılaştırması yapılıp, çevirmenlere ayrı ayrı danışılmış, gerekli düzenlemeler gerçekleştirilmiştir.
- Maddelerin ölçülmek istenen alanı temsil edip etmediğini belirlemek amacıyla uzman görüşü alınmış ve öneriler doğrultusunda düzenlemeler yapılmıştır. Düzenlemeler esnasında Dr. Donald Morisky'nin de görüşleri alınarak ölçeğin son hali oluşturulmuştur (Ek 11). Anlaşılabilirliği denetlemek için; ölçek İUDB olan 5 hastaya uygulanarak dil ve içerik geçerliği onaylanmıştır.

4.2.2.Yapı geçerliliği

Yapı geçerliliği için faktör analizi uygulandı. Analiz sonucunda; KMO değeri 0.636; Bartlett's testi sonucu 29.312, $p<0.001$ olarak saptandı. KMO değeri bu örnekteki örneklem büyüklüğünün yeterli olduğunu ve Bartlett's sonuçları da ($p<0.001$) maddelerin birbirleri ile mükemmel şekilde korele olduğunu göstermektedir. Ortak varyans tablosunda, maddelerin ortak bir faktördeki varyansı birlikte açıklama oranları yer almaktadır (Tablo 4). % 10'un altında değer bulunmadığından madde çıkarımına gerek bulunmamaktadır (128,130). Dolayısıyla sorunlu bir madde görülmemektedir.

Tablo 4: Ortak varyans tablosu

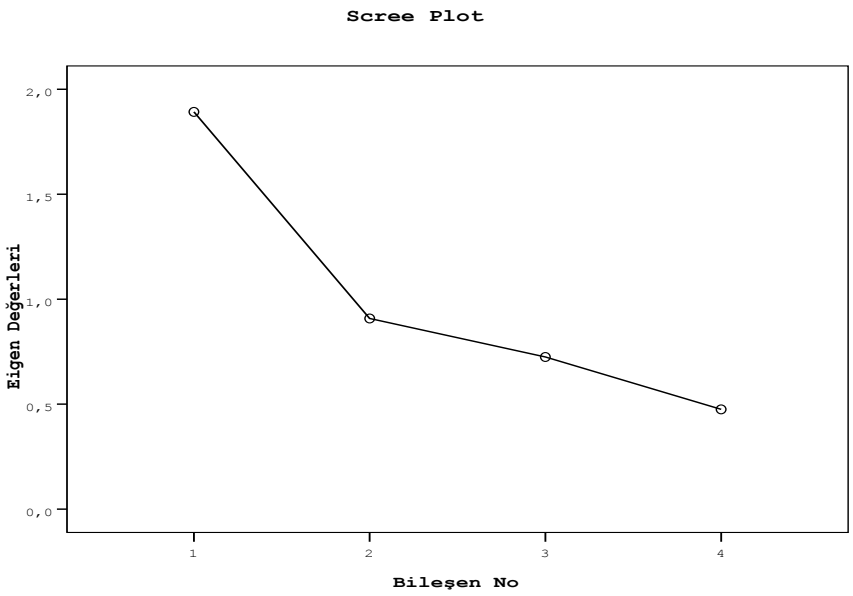
	Çıkarma (Extraction)	KMO Değeri	Bartlett's ve p Değeri
MTUÖ 1	0.691	0.636	29.312 p< 0.001
MTUÖ 2	0,519		
MTUÖ 3	0.363		
MTUÖ 4	0.320		

Tablo 5: Faktör yükleri matrisi, özdeğerler ve varyans açıklama payları

Faktörler	Faktör Yükleri	Özdeğerler (Eigenvalue)	Varyans Açıklama Payı (%)	Birikimli Açıklanan Varyans (%)
1	0.831	1.892	47.305	47.305
2	0.720	0.908		
3	0.602	0.725		
4	0.566	0.475		

Faktör yükleri matrisi incelendiğinde 0.40 yük değerinin altında bir madde bulunmadığı görülmüştür. Toplam varyans oranının %40 ile %60 arasında değer alması ölçeğin faktör yapısının güçlülüğüne işaret etmektedir (130,131). Tek boyutlu olarak kabul edilen ölçeğimizin açıkladığı toplam varyans oranının %47.305 olduğu görülmektedir (Tablo 5). Bu durum değişkenlerin çoğunun ortak nitelikli değişkenler olduğunu, tek faktör etrafında yoğunlaştıklarını ve ölçeğin toplam varyans oranının yeterli bir değere sahip olduğunu göstermektedir. Yamaç eğim grafiğinde (scree plot) de 1. noktadan 2. noktaya keskin bir düşüş olmakta ve 2. noktadan sonra çizginin eğimi yatay bir seyre geçmektedir (Grafik 1).

Grafik 1: Yamaç eğim grafiği



Tablo 6: Hastaların Morisky Tedavi Uyum Ölçeği (MTUÖ) yanıtlarının dağılımı

MTUÖ		EVET		HAYIR	
		n	%	n	%
1	İlaç almayı hiç unuttuğunuz oldu mu?	38	64.4	21	35.6
2	İlacınızı almayı hatırlamak konusunda sorun yaşıyor musunuz?	20	33.9	39	66.1
3	Kendinizi iyi hissettiğinizde ilacınızı almayı kestiğiniz olur mu?	14	23.7	45	76.3
4	Bazen ilacınızı aldığınızda kendinizi kötü hissederseniz, ilaç kullanmayı bırakır mısınız?	12	20.3	47	79.7

Hastaların MTUÖ yanıtlarının dağılımına bakıldığında (Tablo 6); hayır yanıtlarının çoğunlukta olduğu görülmektedir. Bu durum hastaların tedaviye uyumlarının iyi veya orta düzeyde olduğunu göstermektedir.

Tablo 7: Hastaların Morisky Tedavi Uyum Ölçeği'nden aldıkları puanların dağılımı

ÖZELLİKLER	SAYI (n=59)	%
İlaç uyumu yüksek	19	32.2
İlaç uyumu orta	24	40.7
İlaç uyumu düşük	16	27.1
TOPLAM	59	100.0

Hastaların MTUÖ puanlarının dağılımına bakıldığında (Tablo 7), çalışma kapsamındaki hastaların %32.2'sinin ilaç uyumu yüksek düzeyde, %40.7'sinin ilaç uyumu orta düzeyde ve %27.1'inin ilaç uyumu ise düşük düzeyde tespit edilmiştir.

4.3.Sosyodemografik ve Hasta Özelliklerine İlişkin Verilerin Dağılımı

Araştırma kapsamına alınan hastaların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 8'de gösterilmiştir.

Tablo 8: Hastalara ilişkin sosyodemografik özellikler

ÖZELLİKLER	SAYI (n=59)	%
Yaş		
18-27 yaş	14	23.7
28-37 yaş	22	37.3
38-47 yaş	11	18.6
48-65 yaş	12	20.3
Cinsiyet		
Erkek	25	42.4
Kadın	34	57.6
Eğitim durumu		
İlkokul	26	44.1
Ortaokul	5	8.5
Lise	18	30.5
Yüksekokul/Fakülte	10	16.9
Medeni durum		
Evli	38	64.4
Bekar	18	30.5
Dul (Boşanmış)	3	5.1
Çalışma durumu		
Çalışıyor	17	28.8
Çalışmıyor	42	71.2
Çalışmayan hastaların durumu (n=42)		
İşsiz/öğrenci	8	19.0
Ev hanımı	25	59.5
Emekli	6	14.3
Çalışamıyor	3	7.1
Yaşadığı yer		
İl	49	83.1
İlçe/köy	10	16.9
TOPLAM	59	100.0

Çalışma kapsamındaki hastaların yaş ortalaması 36.54±1.31'dir (min:22 - max:62). Hastaların %37.3'ünü 28-37 yaş aralığı oluşturmaktadır. Hastaların %42.4'ü erkek, %57.6'sı kadın ve %64.4'ü evlidir. Eğitim durumlarına bakıldığında; %44.1'inin ilkokul, %30.5'inin lise ve %16.9'unun ise üniversite mezunu olduğu görülmektedir. Hastaların %71.2'si çalışmamaktadır. Çalışmayan grubun çoğunluğunu (%59.5) ev hanımları oluşturmaktadır. Hastaların çoğunluğunun (%83.1) kent yaşamı sürdürdüğü görülmektedir.

Tablo 9: Hastaların sigara, alkol ve madde kullanım durumlarının dağılımı

ÖZELLİKLER	SAYI (n=59)	%
Sigara kullanımı		
Var	26	44.1
Yok	33	55.9
Alkol kullanımı		
Var	4	6.8
Yok	55	93.2
Madde kullanımı		
Var	3	5.1
Yok	56	94.9
TOPLAM	59	100.0

Tablo 9'da hastaların sigara, alkol ve madde kullanımlarına ilişkin veriler bulunmaktadır. Buna göre hastaların %44.1'i sigara, %6.8'i alkol ve %5.1'i ise madde kullandıklarını belirtmiştir.

Tablo 10: Hastaların sosyal destek, intihar girişimi ve aile öyküsüne ilişkin bilgilerinin dağılımı

ÖZELLİKLER	SAYI (n=59)	%
Sosyal destek durumu		
Var	38	64.4
Yok	6	10.2
Yetersiz	15	25.4
Özkıyım girişimi		
Yok	35	59.3
1 kez	14	23.7
1'den fazla	10	16.9
Ailede ruhsal hastalık öyküsü		
Var	24	40.7
Yok	35	59.3
TOPLAM	59	100.0

Çalışmadaki hastaların %64.4'ü sosyal desteğe sahip olduğunu bildirmiştir. Özkıyım girişimi öyküsüne bakıldığında %59.3'ü hiç girişimde bulunmadığını, %23.7'si 1 kez, %16.9'u 1'den fazla sayıda girişim tariflemiştir. Hastaların %40.7'sinin ailesinde de ruhsal hastalık öyküsü mevcuttur (Tablo 10).

Tablo 11: Hastaların sağlık durumlarına ilişkin bilgilerinin dağılımı

ÖZELLİKLER	SAYI (n=59)	%
Polikliniğe başvuru şekli		
Kendi isteğiyle	15	25.4
Ailesinin isteği/zoruyla	44	74.6
Ek hastalık		
Var	13	22
Yok	46	78
Ortaya çıkışta yaşam olayı		
Var	24	40.7
Yok	24	40.7
Yetersiz bilgi	11	18.6
Hastalık Süresi		
6 ay-5 yıl	24	40.7
6-10 yıl	19	32.2
11-15 yıl	7	11.9
16-20 yıl	3	5.1
21 ve üzeri	6	10.2
Başlangıç yaşı		
25 yaş altı	33	55.9
25 yaş üzeri	26	44.1
İlk hastalık dönemi		
Öfori	10	16.9
Hipomani	6	10.2
Depresyon	27	45.8
İrritabl Mani	16	27.1
Hastalığın gidişi		
Mani ağırlıklı	24	40.7
Depresyon ağırlıklı	35	59.3
Son 1 Yıl İçerisinde takip sayısı		
1-5 arası	21	35.6
6 ve üzeri	38	64.4
Geçirilen atak sayısı		
Atak geçirmemiş	3	5.1
1-3 arası	35	59.3
4 ve üzeri	21	35.6
Son atağın geçirildiği tarih		
Atak geçirmemiş	3	5.1
1-12 ay önce	33	55.9
13-24 ay önce	11	18.6
25-36 ay önce	4	6.8
37 ve üzeri ay önce	8	13.6
İUB nedeniyle yatarak tedavi görme		
Yatışı yok	8	13.6
1-3 arası	42	71.2
4 ve üzeri	9	15.3
Son yatış zamanı		
Yatışı yok	8	13.6
1-12 ay önce	24	40.7
13-24 ay önce	11	18.6
25-36 ay önce	6	10.2
37 ve üzeri ay önce	10	16.9
TOPLAM	59	100.0

Tablo 11'de hastaların sağlık durumlarına ilişkin verilerin dağılımı yer almaktadır. Hastaların yaklaşık dörtte üçünün (%74.6) ailesinin isteği ya da zoruyla poliklinik

hizmetinden yararlandığı, %78'inde herhangi bir tıbbi ya da psikiyatrik ek hastalık bulunmadığı belirlenmiştir. Hastaların %40.7'si hastalığının ortaya çıkışında bir yaşam olayı tarif etmektedir. Hastaların yarıdan fazlasında (%55.9) hastalık erken başlangıç göstermiştir. Hastaların ilk hastalık dönemi %45.8 depresyon, %27.1 irritabl mani, %16.9 öfori ve %10.2 hipomani şeklindedir. Belirtilerin hastaların %59.3'ünde depresyon, %40.7'sinde mani ağırlıklı gidiş gösterdiği görülmektedir. Hastaların %59.3'ünün 1-3 arası atak geçirdiği, son atağın geçirildiği dönemin ise %55.9 oranında son yıla ait olduğu; %71.2 oranında 1-3 arası yatış olduğu ve bu yatışların %40.7 oranında son yıla ait olduğu belirlenmiştir.

Tablo 12: Hastaların İUDB ve tedavisine ilişkin bilgi durumlarının dağılımı

ÖZELLİKLER	SAYI (n=59)	%
Psikoeğitim alma durumu		
Evet	9	15.3
Hayır	50	84.7
İlaçlar hakkında bilgisi		
Var	21	35.6
Yok	38	64.4
İlaçların yan etkisi hakkındaki bilgisi		
Var	17	28.8
Yok	42	71.2
TOPLAM	59	100.0

Tablo 12'de hastaların İUDB'na ilişkin bilgi durumlarının dağılımı yer almaktadır. Hastaların %84.7'si psikoeğitim almadıklarını, ilaçlar (%64.4) ve yan etkileri (%71.2) hakkında yeterince bilgi sahibi olmadıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 13: Hastaların tedaviye uyumuna ilişkin bilgilerinin dağılımı

ÖZELLİKLER	SAYI (n=59)	%
İlaçlarını düzenli kullanma durumu		
Evet	40	67.8
Hayır	19	32.2
Son 10 gün içinde ilaç almama durumu		
Olmadı	36	61
1 doz almadım	14	23.7
2-3 doz almadım	9	15.3
Son 1 ay içinde ilaç almama durumu		
Olmadı	35	59.3
En fazla %30'unu kullanmadım	24	40.7
Çevrenin ilaç tedavisine karşı tutumu		
Olumlu	39	66.1
Olumsuz	20	33.9
İlaç yan etkilerini yaşama durumu		
Evet	29	49.2
Hayır	30	50.8
TOPLAM	59	100.0

Tablo 13'de hastaların tedaviye uyumuna ilişkin bilgiler yer almaktadır. Hastaların %67.8'i ilaçlarını düzenli kullandıklarını, %50.8'i ise ilaç yan etkilerini yaşamadıklarını belirtmişlerdir. Hastalara "son 10 gün içindeki ilaç almama durumları" sorulduğunda; %23.7'si 1 doz, %15.3'ü ise 2-3 doz ilaç almadığını; "son 1 ay içindeki ilaç almama durumlarını nasıl değerlendirdikleri" sorusuna ise %40.7'si "en fazla %30'unu kullanmadım" cevabını vermiştir. Hastaların %33.9'u çevrelerinin ilaç tedavisine tutumunu olumsuz olarak değerlendirmiştir.

Tablo 14: Hastaların ilaç kullanmama nedenlerinin dağılımı

ÖZELLİKLER	SAYI (n=59)	%
Ekonomik sorunlardan dolayı ilaç almama		
Evet	4	6.8
Hayır	55	93.2
Tedavinin faydasız olduğunu düşünerek ilaç kullanmama		
Evet	18	30.5
Hayır	41	69.5
Çevrenin olumsuz tutumlarından dolayı ilaç kullanmama		
Evet	4	6.8
Hayır	55	93.2
Yan etkilerinden dolayı ilaç kullanmama		
Evet	7	11.9
Hayır	52	88.1
TOPLAM	59	100.0

Hastaların ilaç kullanmama nedenleri arasında; ekonomik sorunlar (%6.8), tedavinin faydasız olduğunu düşünme (%30.5), çevrenin olumsuz tutumları (%6.8) ve ilaçların yan etkileri (%11.9) yer almaktadır (Tablo 14).

Tablo 15: Hastaların kullandığı ilaçlar ve ilaç kan düzeylerinin dağılımı

ÖZELLİKLER	SAYI (n=59)	%
İlaçlar		
Lityum	22	37.3
Karbamazepin	2	3,4
Valproat	35	59.3
İlaç kan düzeyleri		
Düşük Lityum (0.6 mmol/L altında)	8	13.6
Normal Lityum (0.6-1.2 mmol/L)	14	23.7
Düşük Valproat (50 ug/mL altında)	7	11.9
Normal Valproat (50-100 ug/mL)	27	45.8
Yüksek Valproat (100 ug/mL üzeri)	1	1.7
Normal Karbamazepin (4-12 ug/mL)	2	3.4
TOPLAM	59	100.0

Hastaların %59.3'ü Valproat, % 37.3'ü Lityum ve %3.4'ü Karbamazepin tedavisi almaktadır. İlaçlar kan düzeylerine göre düşük ve normal düzey olarak ayrıldığında ise Lityum kullanan hastaların %23.7'sinin, Valproat kullanan hastaların %45.8'inin ve Karbamazepin kullanan hastaların %3.4'ünün normal kan düzeylerine sahip olduğu bulunmuştur (Tablo 15).

Tablo 16: Hasta yakınlarının hastalarının durumuna yönelik bilgilerinin dağılımı

ÖZELLİKLER	SAYI (n=59)	%
Yakınlık derecesi		
Baba	4	6.8
Anne	14	23.7
Çocuk	2	3.4
Eş	31	52.5
Kardeş	8	13.6
Hastanızın hastalığına yönelik bilgiye sahip misiniz?		
Evet	17	28.8
Hayır	42	71.2
Hastanız ilaçlarını düzenli kullanır mı?		
Evet	37	62.7
Hayır	22	37.3
Hastanızın tedaviye uyumu sizce nasıl?		
Tedaviye uyumlu	37	62.7
Tedaviye uyumsuz	22	37.3
Hastanızın ilaç kullanma durumu nasıl?		
Kendi isteğiyle kullanır	39	66.1
Zorla kullanır	20	33.9
TOPLAM	59	100.0

Tablo 16, hasta yakınlarının hastalarının uyumuna ilişkin verilerini içermektedir. Hasta yakınlarının %71.2'si İUDB'na yönelik bilgi sahibi olmadıklarını bildirmişlerdir. Hastalarının tedaviye uyumunu, yakınların yarıdan fazlası (%62.7) uyumlu olarak değerlendirmiş, hastalarının ilaçlarını düzenli (%62.7) ve kendi isteğiyle (%66.1) kullandıklarını belirtmişlerdir.

4.4. Sosyo-demografik Bulgular ve Hasta Özelliklerinin Tedaviye Uyuma Etkisi

Tablo 17: Hastaların sosyodemografik verilerine göre MTUÖ puanları

ÖZELLİKLER	SAYI (n=59)	Ortalama±SE	SD	Test ve p Değeri
Yaş	59	36.54±1.31	10.1	r= .327 p=0.012
Cinsiyet				
Erkek	25	3.00±.22	1.11	t=2.347
Kadın	34	2.26±.21	1.23	p=0.021
Eğitim durumu				
İlkokul	26	2.57±.24	1.27	F=.066 p=0.978
Ortaokul	5	2.40±.67	1.51	
Lise	18	2.55±.31	1.33	
Yüksekokul/Fakülte	10	2.70±.30	0.94	
Medeni durum				
Evli	38	2.38±.31	1.33	KW=2.70
Bekar	18	2.57±.19	1.19	p=0.259
Dul (Boşanmış)	3	3.66±.33	0.57	
Çalışma durumu				
Çalışıyor	17	3.00±.22	0.93	t=1.705
Çalışmıyor	42	2.40±.20	1.30	p=0.057
Yaşadığı yer				
İl	49	2.48±.17	1.24	MWU=186.0
İlçe/köy	10	3.00±.36	1.15	p=0.217

Tablo 17'de hastaların yaş ve cinsiyet özellikleri ile MTUÖ puanlarının karşılaştırılması yer almaktadır. Yapılan korelasyon analizinde yaş ile MTUÖ arasında pozitif yönde anlamlı ilişki belirlenmiştir (p=0.012). Erkek hastaların MTUÖ puan ortalamaları kadın hastalara oranla daha yüksek bulunmuştur. İki değişkenin ortalamaları arasındaki fark t testi hesaplaması sonucunda anlamlı bulunmuştur (p=0.021). Eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu ve yaşadığı yer ile tedaviye uyum puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmamıştır (p>0.05).

Tablo 18: Hastaların sigara, alkol ve madde kullanımlarına göre MTUÖ puanları

ÖZELLİKLER	SAYI (n=59)	Ortalama±SE	SD	Test ve p Değeri
Sigara kullanımı				
Var	26	2.73±.24	1.25	t= .851
Yok	33	2.45±.21	1.22	p=0.398
Alkol kullanımı				
Var	4	2.00±.81	1.63	MWU=85.0
Yok	55	2.61±.16	1.20	p=0.435
Madde kullanımı				
Var	3	2.33±.88	1.52	MWU=75.0
Yok	56	2.58±.16	1.23	p=0.748

Tablo 18'de hastaların sigara, alkol ve madde kullanma durumları ile tedaviye uyum puan ortalamaları arasındaki ilişki görülmektedir. İstatistiksel analiz sonucunda ortalamalar arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 19: Hastaların sağlık durumlarına göre MTUÖ puanları

ÖZELLİKLER	SAYI (n=59)	Ortalama±SE	SD	Test ve p Değeri
Özkıyım girişimi				
Yok	35	2.77±.18	1.11	F= 2.005 p=0.144
1 kez	14	2.57±.35	1.34	
1'den fazla	10	1.90±.43	1.37	
Ailede ruhsal hastalık				
Var	24	2.75±.21	1.07	t= .931
Yok	35	2.45±.22	1.33	p=0.356
Polikliniğe başvuru şekli				
Kendi isteğiyle	15	2.80±.26	1.01	t= .810
Ailesinin isteği/zoruyla	44	2.50±.19	1.30	p=0.367
Ek hastalık				
Var	13	2.46±.32	1.19	t= .377
Yok	46	2.60±.18	1.25	p=0.708
Yaşam olayı				
Var	24	2.87±.22	1.11	F=1.633 p=0.204
Yok	24	2.50±.28	1.41	
Yetersiz bilgi	11	2.09±.28	0.94	
Hastalık süresi				
6 ay-5 yıl	24	2.45±.26	1.33	KW=4.42 p=0.352
6-10 yıl	19	2.73±.26	1.19	
11-15 yıl	7	2.00±.48	0.57	
16-20 yıl	3	2.33±.88	1.33	
21 ve üzeri	6	3.33±.33	1.19	
Başlangıç yaşı				
25 yaş altı	33	2.51±.22	1.27	t=-.425
25 yaş üzeri	26	2.65±.23	1.19	p=0.672
İlk hastalık dönemi				
Öfori	10	2.80±.41	1.31	F= 3.148 p=0.032
Hipomani	6	3.66±.21	0.51	
Depresyon	27	2.59±.23	1.21	
İrritabl Mani	16	2.00±.28	1.15	
Hastalığın gidişi				
Mani ağırlıklı	24	2.08±.24	1.21	t=-2.670
Depresyon ağırlıklı	35	2.91±.19	1.14	p=0.010
Takip sayısı (son 1 yıl)				
1-5 arası	21	2.33±.24	1.11	t=-1.126
6 ve üzeri	38	2.71±.20	1.29	p=0.265
Geçirilen atak sayısı				
Atak geçirmemiş	3	3.33±.33	0.57	KW=1.01 p=0.602
1-3 arası	35	2.54±.21	1.29	
4 ve üzeri	21	2.52±.26	1.20	
Yatarak tedavi görme				
Yatışı yok	8	2.87±.35	0.99	KW=2.07 p=0.354
1-3 arası	42	2.42±.19	1.25	
4 ve üzeri	9	3.00±.44	1.32	

Tablo 19'da hastaların sağlık durumları ile MTUÖ puanlarının karşılaştırılması görülmektedir. Hastalığın ilk başlangıç dönemini hipomani olarak bildiren hastaların MTUÖ puan ortalamaları yüksek, irritabl mani başlangıçlı olanların MTUÖ puan ortalamaları ise en düşüktür. Ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.032). Tukey analizinde bu farkın irritabl mani ve hipomani arasında olduğu doğrulanmıştır. Depresyon ağırlıklı gidiş gösteren hastaların MTUÖ puan ortalamaları, mani ağırlıklı gidiş gösteren hastaların MTUÖ puan ortalamalarından yüksek ve aralarındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır (p=0.010). Hastaların aile öyküsü, özkıyım girişimi, polikliniğe başvuru şekli, ek hastalık varlığı, hastalığın başlangıç yaşı, ortaya çıkışta yaşam olayı, hastalık süresi, son 1 yıldaki takip sayısı, geçirilmiş atak sayısı ve yatarak tedavi görme sayısı ile tedaviye uyum arasında anlamlı fark saptanmamıştır (p>0.05).

Tablo 20: Hastalığın gidişinin bazı değişkenlerle ilişkisi

	Hastalığın Gidişi		**Test ve p Değeri**
	Mani	**Depresyon**	
Cinsiyet			
Erkek	%50 (12)	%37 (13)	X^2=.964
Kadın	%50 (12)	%63 (22)	p=0.326
Başlangıç yaşı			
25 yaş altı	%75 (18)	%43 (15)	X^2=5.968
25 yaş üzeri	%25 (6)	%57 (20)	p=0.015
İlaçlar			
Lityum	%54 (13)	%26 (9)	X^2=9.255
Karbamazepin	%8 (2)	%0 (0)	p=0.010
Valproat	%38 (9)	%74 (26)	
	%100.0 (24)	%100.0 (35)	

Tablo 20'de hastalığın gidişini etkileyebilecek değişkenlerin analizi görülmektedir. Başlangıç yaşı (p=0.015) ve kullanılan ilaçların (p=0.010) hastalığın gidişi ile ilişkili olduğu saptanmıştır.

Tablo 21: Hastaların İUDB ve tedavisine ilişkin bilgi durumlarına göre MTUÖ puanları

ÖZELLİKLER	SAYI (n=59)	Ortalama±SE	SD	Test ve p Değeri
Psikoeğitim alma durumu				
Evet	9	3.11±.38	1.16	MWU=158
Hayır	50	2.48±.17	1.23	p=0.144
İlaçlar hakkında bilgisi				
Var	21	2.66±.27	1.23	t=.415
Yok	38	2.52±.20	1.24	p=0.680
Yan etkiler hakkında bilgisi				
Var	17	2.58±.29	1.22	t=,047
Yok	42	2.57±.19	1.25	p=0.963

Tablo 21'de hastaların psikoeğitim alma durumu, ilaçların etki ve yan etkileri hakkındaki bilgisine göre MTUÖ puanları görülmektedir. İstatistiksel analiz sonucunda ortalamalar arasında anlamlı fark saptanmamıştır (p>0.05).

Tablo 22: Hastaların ilaç kullanım özelliklerine göre MTUÖ puanları

ÖZELLİKLER	SAYI (n=59)	Ortalama±SE	SD	Test ve p Değeri
İlaçlarını düzenli kullanma durumu				
Evet	40	3.07±.17	1.11	t=5.534
Hayır	19	1.52±.15	0.69	p= 0.000
Son 10 gün içinde ilaç kullanmama durumu				
Olmadı	36	3.19±.16	1.00	F= 18.955
1 doz almadım	14	1.71±.22	0.82	p= 0.000
2-3 doz almadım	9	1.44±.33	1.01	
Son 1 ay içinde ilaç kullanmama durumu				
Olmadı	35	3.22±.16	1.00	t=6.347
En fazla %30'unu kullanmadım	24	1.62±.17	0.87	p=0.000
Çevrenin ilaç tedavisine tutumu				
Olumlu	39	2.89±.19	1.18	t=2.973
Olumsuz	20	1.95±.24	1.09	p= 0.004
İlaç yan etkilerini yaşama				
Evet	29	2.37±.23	1.26	t=-1.210
Hayır	30	2.76±.21	1.19	p= 0.232

Çalışma kapsamındaki hastaların ilaçlarını düzenli kullanma durumları ile MTUÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0.000).

Hastaların son on gün içinde ilaç kullanmama durumları ile MTUÖ puan ortalamaları arasındaki fark anlamlıdır (p=0.000). Yapılan tukey testinde bu farkın ilaç kullanmadığı gün olmadığını bildiren hastaların MTUÖ puan ortalamasının yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. Hastaların son bir ay içinde ilaç kullanmama durumları değerlendirildiğinde ilaç kullanmadığım olmadı cevabını verenlerin puan ortalamaları yüksek; ortalamalar arasındaki fark anlamlıdır (p=0.000). Çevrenin ilaç tedavisine tutumunu olumsuz değerlendiren hastaların MTUÖ puan ortalamaları düşük; ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.004). İlaç yan etkilerinin varlığı ile tedaviye uyum arasında ilişki saptanmamıştır (Tablo 22).

Tablo 23: Hastaların ilaç kullanmama nedenlerine göre MTUÖ puanları

ÖZELLİKLER	SAYI (n=59)	Ortalama±SE	SD	Test ve p Değeri
Tedavi faydasız düşüncesi				
Evet	18	1.66±.22	0.97	t=-4.271
Hayır	41	2.97±.17	1.12	p= 0.000
Yan etkilerinden dolayı				
Evet	7	1.14±.14	0.37	MWU= 48.0
Hayır	52	2.76±.16	1.18	p= 0.000
Ekonomik sorunlardan dolayı				
Evet	4	1.75±.75	1.50	MWU= 67.0
Hayır	55	2.63±.16	1.20	p= 0.180
Çevrenin olumsuz tutumlarından dolayı				
Evet	4	1.50±.50	1.00	MWU= 51.0
Hayır	55	2.65±.16	1.22	p= 0.066

Tablo 23'de hastaların ilaç kullanmama nedenlerine göre MTUÖ puan ortalamaları bulunmaktadır. Tedavinin faydasız olduğunu düşünerek (p=0.000) ve ilacın yan etkileri nedeniyle ilaç kullanmama (p=0.000) ile MTUÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Ekonomik sorunlar (p=0.180) ve çevre tutumu (p=0.066) nedeniyle ilaç kullanmama ile MTUÖ arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 24: Hasta yakınlarının düşünceleri ile hastaların MTUÖ puanları arasındaki ilişki

ÖZELLİKLER	SAYI (n=59)	Ortalama±SE	SD	Test ve p Değeri
Hastanız ilaçlarını düzenli kullanır mı?				
Evet	37	3.27±.14	0.90	t=8.190
Hayır	22	1.40±.15	0.73	p= 0.000
Hastanızın tedaviye uyumu sizce nasıl?				
Tedaviye uyumlu	37	3.21±.15	0.91	t=6.963
Tedaviye uyumsuz	22	1.50±.19	0.91	p= 0.000
Hastanızın ilaç kullanma durumu nasıl?				
Kendi isteğiyle	39	3.15±.15	0.96	t=6.613
Zorla kullanır	20	1.45±.19	0.88	p=0.000
Hastanızın hastalığına yönelik bilgiye sahip misiniz?				
Evet	17	2.94±.32	1.34	t=1.458
Hayır	42	2.42±.18	1.17	p= 0.150

Tablo 24'de hasta yakınlarının, hastalarının tedavi uyumuna yönelik düşünceleri ile hastaların MTUÖ puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. İlaçlarını düzenli kullandığı, tedaviye uyumlu olduğu ve ilaçlarını kendi isteğiyle kullandığı belirtilen hastaların MTUÖ puan ortalamaları yüksek; ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.000).

Tablo 25: Hasta yakınlarının düşünceleri ve hastaların MTUÖ puanları arasındaki uyum

	MTUÖ		Test ve p Değeri
	Tedaviye uyumlu	Tedaviye uyumsuz	
Hastanız ilaçlarını düzenli kullanır mı?			
Evet	%81.4 (35)	%12.5 (2)	kappa=.616
Hayır	%18.6 (8)	%87.5 (14)	p=0.000
Hastanızın tedaviye uyumu sizce nasıl?			
Tedaviye uyumlu	%81.4 (35)	%12.5 (2)	kappa=.616
Tedaviye uyumsuz	%18.6 (8)	%87.5 (14)	p=0.000
Hastanızın ilaç kullanma durumu			
Kendi isteğiyle	%83.7 (36)	%18.8 (3)	kappa = .602
Zorla kullanır	%16.3 (7)	%81.2 (13)	p=0.000
	%100.0 (43)	%100.0 (16)	

Tablo 25'de hasta yakınlarının düşünceleri ile hastaların MTUÖ puanları arasındaki uyuşma oranları görülmektedir. Hasta yakınlarının beyanına göre ilaçlarını düzenli kullanan ve tedaviye uyumlu olduğu belirtilen hastaların MTUÖ puanlarına göre tedaviye uyumlu oldukları (%81.4); uyuşma analizi sonuçlarının ise iyi düzeyde uyuma işaret ettiği ve anlamlı olduğu saptanmıştır (kappa=.616; p= 0.000). Hasta yakınlarının beyanına göre ilaçlarını kendi isteğiyle alan hastaların tedaviye uyumlu, zorla aldığı belirtilen hastaların ise tedaviye uyumsuz oldukları; cevaplar arasında orta düzeyde uyuşma ve anlamlılık saptandığı görülmektedir (kappa = 0.602; p= 0.000).

Tablo 26: İlaç kan düzeyi ile MTUÖ puanlarının karşılaştırılması

	MTUÖ		**Test ve p Değeri**
	Tedaviye Uyumlu	**Tedaviye Uyumsuz**	
İlaç kan düzeyleri			
Düşük	%18.6 (8)	%43.8 (7)	X^2= 3.88
Normal	%81.4 (35)	%56.3 (9)	p=0.049
	%100.0 (43)	%100.0 (16)	

Sağaltım amacıyla belirlenen kan düzeyi değerleri normal, bu değerlerin altındaki sonuçlar düşük, üzerindeki sonuçlar yüksek olarak değerlendirildiğinde sadece bir hastanın yüksek kan düzeyine sahip olduğu görülmüştür. Analiz kolaylığı sağlamak için bu değer normal değer olarak alınmıştır. Yapılan analiz sonucunda normal kan düzeyine sahip hastaların tedaviye uyumlu olduğu (%81.4) bulunmuştur. İstatistiksel analiz sonucu anlamlıdır (X^2 = 3.88; p=0.049) (Tablo 26).

Tablo 27: Hastaların ilaç kan düzeyleri ile MTUÖ puanları arasındaki ilişki

MTUÖ	**r**	**p Değeri**
İlaç kan düzeyi	0.262	0.045

Tablo 27'de MTUÖ puanları ile ilaç kan düzeyleri arasındaki korelasyon görülmektedir. Analiz sonucunda MTUÖ puanları ve ilaç kan düzeyleri arasında pozitif yönde zayıf ilişki saptanmıştır (r=0.262; p=0.045). Kan düzeyleri düşük saptanan hastaların tedaviye uyum puanlarıda düşüktür.

4.5. Sosyo-demografik Bulgular ve Hasta Özelliklerinin Sosyal Desteğe Etkisi

Tablo 28'de hastaların bazı özelliklerine göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nden aldıkları puanlar yer almaktadır.

Tablo 28: Hastaların bazı özelliklerine göre ÇBASDÖ puanları

ÖZELLİKLER	ÇBASDÖ (Aile) Ortalama±SE Test ve p Değeri	ÇBASDÖ (Arkadaş) Ortalama±SE Test ve p Değeri	ÇBASDÖ (Özel) Ortalama±SE Test ve p Değeri	ÇBASDÖ (Toplam) Ortalama±SE Test ve p Değeri
Çalışma durumu				
Çalışıyor	24.76±1.24	16.88±1.93	14.58±2.05	56.11±3.98
Çalışmıyor	22.50±0.99	10.14±1.10	8.78±1.03	41.42±2.50
	t=1.291	t=3.166	t=2.783	t=3.133
	p=0.202	p=0.002	p=0.007	p=0.003
Ek hastalık				
Var	22.36±0.95	12.15±1.24	10.43±1.16	44.91±2.74
Yok	25.92±1.05	11.84±1.70	10.53±1.93	48.30±3.64
	t=-1.883	t=0.121	t=-0.043	t=-0.614
	p=0.017	p=0.904	p=0.966	p=0.542
Ortaya çıkışta yaşam olayı				
Var	24.00±1.22	11.66±1.76	9.66±1.68	45.25±3.66
Yok	24.50±0.97	12.95±1.73	12.45±1.67	49.91±3.64
Yetersiz Bilgi	18.36±2.18	11.09±1.49	7.81±0.94	37.27±4.05
	F=4.681	F=0.257	F=1.633	F=2.050
	p=0.013	p=0.775	p=0.205	p=0.138

Çalışan hastaların tüm sosyal destek alt ölçeklerinden aldıkları puanlar yüksek olmakla birlikte; ÇBASDÖ Arkadaş (p=0.002) alt ölçeği ve ÇBASDÖ Özel (p=0.007) alt ölçeği ile ÇBASDÖ toplam puanları (p=0.003) ile ilişki saptanmıştır. İstatistiksel analiz sonucunda anlamlı fark tespit edilmiştir. Durumlarına ek hastalığı olduğunu bildiren hastaların sadece ÇBASDÖ Aile alt ölçeğinden aldıkları puanlar ile anlamlı fark mevcuttur (p=0.017). Hastalığın ortaya çıkışında herhangi bir yaşam olayı tarif etmeyen hastaların ÇBASDÖ puan ortalamaları tüm alt ölçeklerde ve toplamda yüksek bulunmakla birlikte; sadece ÇBASDÖ Aile alt ölçeği ile anlamlı fark saptanmıştır (p=0.013). Tukey analizinde bu farkın yetersiz cevap veren hastalardan kaynaklandığı bulunmuştur.

Tablo 29: Hastaların çevre tutumu ve ilaç kullanmama özelliklerine göre ÇBASDÖ puanları

ÖZELLİKLER	ÇBASDÖ (Aile) Ortalama±SE Test ve p Değeri	ÇBASDÖ (Arkadaş) Ortalama±SE Test ve p Değeri	ÇBASDÖ (Özel) Ortalama±SE Test ve p Değeri	ÇBASDÖ (Toplam) Ortalama±SE Test ve p Değeri
Çevrenin ilaç tedavisine tutumu				
Olumlu	24.46±0.79	13.00±1.42	11.28±1.33	48.74±2.86
Olumsuz	20.60±1.66	10.30±1.23	8.85±1.34	39.65±3.43
	t=2.377 p=0.045	t=1.239 p=0.158	t=1.157 p=0.205	t=1.933 p=0.058
Son 10 gün içinde ilaç kullanmama				
Olmadı	25.11±0.70	13.27±1.40	11.55±1.31	49.88±2.69
1 doz almadım	20.71±1.98	9.71±1.96	7.00±1.27	37.42±4.48
2-3 doz almadım	19.11±2.56	11.00±2.19	11.44±3.17	41.55±6.71
	F=5.675 p=0.006	F=1.113 p=0.336	F=1.929 p=0.155	F=3.046 p=0.055
Son 1 ay içinde ilaç kullanmama				
Olmadı	25.05±0.72	12.82±1.38	11.25±1.28	49.08±2.61
En fazla %30	20.37±1.50	11.00±1.56	9.29±1.57	40.66±3.95
	t=3.082 p=0.008	t=0.865 p=0.391	t=0.967 p=0.338	t=1.852 p=0.069

Çevrenin ilaç tedavisine tutumunun olumlu olduğunu düşünen hastaların ÇBASDÖ puan ortalamaları tüm alt ölçeklerde ve toplamda yüksek bulunmakla birlikte; sadece ÇBASDÖ aile alt ölçeği ile anlamlı fark saptanmıştır (p=0.045). Son on gün içinde (p=0.006) ve son bir ay içinde (p=0.008) ilaç kullanımını aksatan hastaların ÇBASDÖ aile puan ortalamaları düşüktür. Yapılan istatistiksel değerlendirmede son on gün ve son bir ay içinde ilaç kullanmama durumu ile ÇBASDÖ Aile alt ölçeği arasında anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 29).

Tablo 30: Hasta yakınlarının düşünceleri ile hastaların ÇBASDÖ puanları arasındaki ilişki

ÖZELLİKLER	ÇBASDÖ (Aile) Ortalama±SE Test ve p Değeri	ÇBASDÖ (Arkadaş) Ortalama±SE Test ve p Değeri	ÇBASDÖ (Özel) Ortalama±SE Test ve p Değeri	ÇBASDÖ (Toplam) Ortalama±SE Test ve p Değeri
Hastanızın düzenli ilaç kullanımı				
Evet	24.72±0.84	14.29±1.39	11.94±1.30	50.97±2.76
Hayır	20.50±1.46	8.36±1.14	7.95±1.39	36.72±3.21
	t=2.694 p=0.017	t=2.947 p=0.002	t=1.983 p=0.042	t=3.265 p=0.002
Hastanızın tedavi uyumu				
Uyumlu	24.48±0.84	14.78±1.43	12.40±1.35	51.67±2.91
Uyumsuz	20.90±1.51	7.54±0.66	7.18±1.13	35.54±2.49
	t=2.238 p=0.047	t=3.736 p=0.000	t=2.661 p=0.005	t=3.798 p=0.000
Hastanızın ilaç kullanımı				
Kendi isteğiyle	24.51±0.80	14.43±1.39	12.17±1.29	51.07±2.81
Zorla kullanır	20.50±1.62	7.50±0.67	7.10±1.22	35.10±2.63
	t=2.480 p=0.035	t=3.454 p=0.000	t=2.518 p=0.006	t=3.655 p=0.000

Tablo 30'da hasta yakınlarının düşünceleri ile hastaların sosyal destek puanları arasındaki ilişki yer almaktadır. Düzenli ilaç kullandığı belirtilen hastaların; ÇBASDÖ puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. İstatistiksel analiz sonucu ÇBASDÖ Ölçeği ve tüm alt ölçekleri ile düzenli ilaç kullanma durumu arasındaki fark anlamlıdır. Hastasının tedaviye uyumlu olduğunu ve ilacını kendi isteğiyle kullandığını bildirenlerin hastalarında ÇBASDÖ alt ölçeklerinden aldıkları puanlar yüksektir. Yapılan istatistiksel analiz sonucu tüm alt ölçekler ve toplam puan için anlamlı fark saptanmıştır.

Sosyal destek ile diğer sosyodemografik ve hasta özellikleri arasındaki ilişkilerde araştırılmış; ancak istatistiksel anlamlılık saptanmamıştır.

Tablo 31: ÇBASDÖ ve MTUÖ arasındaki ilişki

	ÇBASDÖ			
MTUÖ	**Aile desteği**	**Arkadaş desteği**	**Özel birinin desteği**	**ÇBASDÖ toplam**
İlaç uyumu yüksek düzeyde	26.68±0.48	13.21±2.03	13.10±2.06	53.00±3.68
İlaç uyumu orta düzeyde	23.04±1.13	13.41±1.76	9.54±1.34	46.00±3.53
İlaç uyumu düşük düzeyde	19.12±1.94	8.75±1.08	8.68±1.76	36.43±4.00
Test ve p değeri	F=8.237 p=0.001	F=1.997 p=0.145	F=1.778 p=0.178	F=4.344 p=0.018

Tablo 31'de sosyal destek ölçeği alt boyutları ile tedaviye uyum düzeyleri arasındaki ilişki görülmektedir. Aile desteği alt boyutu (p=0.001) ve ÇBASDÖ toplam puanı (p=0.018) ile tedaviye uyum arasında anlamlı fark saptanmıştır. Tukey analizinde bu farkın ilaç uyumu düşük düzeydeki hastalar ile ilaç uyumu yüksek düzeydeki hastalar arasında olduğu belirlenmiştir. Aile desteğini alan hastaların ilaç uyumları iyi düzeyde saptanmıştır.

Tablo 32: ÇBASDÖ ve MTUÖ arasındaki korelasyon

MTUÖ	**r**	**p Değeri**
ÇBASDÖ	0.338	0.009

Tablo 32'de MTUÖ puanları ile ÇBASDÖ puanları arasındaki korelasyon görülmektedir. Analiz sonucunda MTUÖ puanları ve ÇBASDÖ puanları arasında pozitif yönde zayıf ilişki saptanmıştır (r=0.338; p=0.009). Tedaviye uyumları yüksek saptanan hastaların ÇBASDÖ'den aldıkları puanlarda yüksektir.

4.6. Sosyo-demografik Bulgular ve Hasta Özelliklerinin İçgörü Düzeyine Etkisi

Tablo 33 ’de hastaların bazı özelliklerine göre içgörü puanları yer almaktadır.

Tablo 33: Hastaların son on gün içinde ilaç kullanmama durumuna göre içgörü ölçeği puanları

ÖZELLİKLER	SAYI (n=59)	Ortalama±SE	SD	Test ve p Değeri
Son 10 gün içinde ilaç kullanmama durumu				
Olmadı	36	15.25±.39	2.35	F= 3.218
1 doz almadım	14	14.21±.93	3.49	p=0.048
2-3 doz almadım	9	12.66±1.1	3.35	

Son 10 gün içinde ilaç kullanmama durumunun olmadığını bildiren hastaların içgörü ölçeği puan ortalamaları yüksek ve istatistiksel analiz sonucu ortalamalar arasındaki fark anlamlıdır (p=0.048). Tukey analizinde bu anlamlılığın son 10 gün içinde ilaç kullanmama durumunun olmadığını bildiren hastalar ile 2-3 doz kullanmadığını bildiren hastalardan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Tablo 34: İçgörü ile hastalık süresi ve MTUÖ ilişkisi

İÇGÖRÜ	r	p Değeri
Hastalık süresi	0.287	0.027
MTUÖ	0.188	0.154

Yapılan korelasyon analizinde hastalık süresi (r=0.287; p=0.027) ile içgörü arasında pozitif yönde zayıf ve anlamlı ilişki saptanmıştır. MTUÖ ile içgörü puanları arasında yapılan korelasyon analizinde ise anlamlılık saptanmamıştır (r=0.188; p=0.154). İçgörü ile diğer sosyodemografik ve hasta özellikleri arasındaki ilişkilerde araştırılmış; ancak istatistiksel anlamlılık saptanmamıştır.

5.TARTIŞMA

5.1.MTUÖ Geçerlilik ve Güvenirliği

İlaca uyumu değerlendirmek psikiyatri hastalarında uyumsuzluğu daha iyi anlayabilmemize yardımcı olabilir ve uyumu artırmaya yönelik müdahaleler için temel oluşturabilir (132). İki uçlu bozuklukta tedaviye uyumun arttırılmasına yönelik çalışmalar olmasına karşın halen uyumsuzluk önemli bir sorun olmaya devam etmektedir. Tedaviyi sürdürmeme iki uçlu bozukluk hastaları için yinelemeler ve kötü sonuçların en önemli sebeplerinden biridir. Tedaviye uyumun değerlendirilmesi standardize edilmemiştir ve bu da çalışmalar arası karşılaştırmaları zorlaştırmaktadır (133).

Morisky ve arkadaşları (1986), hipertansiyon hastalarında tedaviye uyumu değerlendirdikleri çalışmalarında, MTUÖ ölçeğinin geçerlilik çalışmasını yapmışlar ve cronbach alpha güvenirlik katsayısını 0.61 olarak saptamışlardır. Madde toplam korelasyonları ise 0.47-0.56 arasında değişmektedir (112).

Yılmaz (2004)'ın antipsikotik kullanan hastalarda ilaç yan etkileri ve ilaç uyumu arasında ilişki kurduğu çalışmasında MTUÖ ölçeğinin cronbach alpha güvenirlik katsayısını 0.52 olarak belirlemiştir. Bu sonuç ölçeğin düşük güvenirlikte olduğunu göstermektedir. Test tekrar test analizinde ise 2. (r=0.21) ve 4. (r=0.33) maddelerin korelasyon katsayılarını düşük saptamıştır (108). Ayrıca Yılmaz (2004) çalışmasında ölçeğin 1986 yılında geliştirilen orijinal halini değerlendirmiş, düzenlenmiş maddenin olduğu son ve kullanılan geçerli halini kullanmamıştır. Bu çalışmada ise dil ve içerik geçerliliği uzmanlar tarafından onaylanan ölçeğin yapı geçerliliği çalışmalarında sorunlu bir madde görülmemiştir.

Morisky ve DiMatteo (2011), ilaç tedavisini reddetme davranışı gibi karmaşık bir yapının boyutluluğunu belirlemek için faktör analizinin temel uygulamalardan biri olacağına işaret etmektedirler (118). Bu çalışmada yapılan faktör analizinde, ölçeğin tek boyutlu bir yapı gösterdiği belirlenmiştir. Ölçeğin açıkladığı toplam varyans oranı ise %47.305 olarak saptanmıştır. Korelasyon katsayıları 0.64-0.96 arasında değişmektedir. Test-tekrar test analizi sonucunda maddelerde pozitif yönde güçlü korelasyon saptanmıştır ($p<0.001$). Bu durum ölçeğin toplam varyans oranının yeterli bir değere sahip olduğunu göstermektedir. 4 madde üzerinden yapılan toplam güvenirlik testi sonucunda iç tutarlılık/güvenirlik katsayısı cronbach $\alpha=0.625$ olarak oldukça güvenilir düzeyde bulunmuştur. Sonuçlarımız orijinal MTUÖ değerleriyle uyum göstermektedir.

Geçerlik ve güvenirlik çalışmalarından elde edilen bulgular Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği (MTUÖ)'nin Türkçe formunun İUDB hastalarında geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğunu göstermektedir.

5.2.Sosyo-demografik Bulgular ve Hasta Özelliklerinin Tedaviye Uyum ile İlişkisi

Tedaviye uyum, hastanın ilaca bağlılığı ve tedaviyle ilgili diğer davranışlarının doktorun istedikleriyle uyuşma derecesini yansıtır (134). Frank ve arkadaşları (1995), tekrarlayan depresyonda sürdürüm tedavisi adlı çalışmalarında yüksek oranda ilaca bağlılık (%85) olduğundan ve düşük oranda bırakma (%10) olduğundan söz etmişlerdir (135).

Bu çalışmamızda hastaların %32.2'sinin ilaç uyumu yüksek düzeyde, %40.7'sinin ilaç uyumu orta düzeyde ve %27.1'inin ilaç uyumu ise düşük düzeyde bulunmuştur. Cramer ve Rosenheck (1998), tedaviye uyumla ilişkili literatürü taradıkları meta-analiz çalışmalarında genel olarak psikiyatri hastalarının tedaviye uyumunun düşük olduğunu ve hastaların ancak %65'inin önerilen tedaviye uyduklarını bildirmişlerdir (136). Copeland ve arkadaşları (2008)'nın iki uçlu bozukluğu olan gazilerle yaptıkları çalışmalarında tedavi uyumsuzluğu oranı %46 olarak bildirilmiştir (137). Baldessarini ve arkadaşları (2008) son 10 günde, kullanılması gereken ilaçların en az bir dozunu almamayı tedaviye uyumsuzluk olarak değerlendirdikleri çalışmalarında uyum oranını %66 bulmuşlardır (138). Lingam ve Scott (2002), son bir ayda reçete edilen ilaçların %30 veya daha fazlasının kullanılmamasını kısmi uyumsuzluk olarak değerlendirdikleri çalışmalarında, hastaların %68'inin tedaviye uyumlu olduğunu saptamışlardır (139). Mahaye ve arkadaşları (2012)'nın MTUÖ ölçeğini kullandıkları çalışmalarında orta (%50.6) ve yüksek (%12.6) arasında değişen ilaca uyum seviyeleri bulunmuştur (140). Ervatan ve arkadaşları (2003) depresif hastalarda tedaviye uyumu inceledikleri çalışmalarında hastaların %73.2'sini tedaviye uyumlu bulmuşlardır (141). Yılmaz (2004) antipsikotik ilaçlara uyumu incelediği çalışmasında aynı ölçeği kullanmış, hastaların %47.9'unun ilaç uyumlarının yüksek, %43.6'sının uyumlarının ise orta düzeyde olduğunu bildirmiştir (108). Savaş ve arkadaşları (2011)'nın çalışmalarında ise uyum oranı %73.5 olarak bildirilmiştir (4). Sonuçlarımız kaynaklarla uyumludur.

Çalışma kapsamındaki hastaların yaş ortalaması 36.54±1.31'dir (min:22-max:62). Yapılan korelasyon analizinde yaş ile tedaviye uyum arasında pozitif yönde anlamlı ilişki belirlenmiştir (p=0.012). Yaş arttıkça tedaviye uyum ölçeğinden alınan puanlarda

artış göstermektedir. Bu durum ileri yaştaki hastaların tedaviye uyumlarının genç yaşa göre daha fazla olduğunu göstermektedir. Genç hastaların daha uyumsuz olduğunu belirten başka çalışmalarda bulunmaktadır (140,142,143,144). Bu sonuçlar çalışma bulgumuzla uyum göstermektedir. Sonuçlar, genç hastaların ilaç konusunda daha olumsuz bir algılarının olduğunu, ilaçları daha zararlı gördüklerini ve kendi durumlarını en iyi kendileri yöneteceklerine dair daha çok kişisel kontrole sahip olduklarını düşündürmektedir (144). Angermeyer ve Matschinger (2003) çalışmalarında içselleştirilmiş kendini damgalamanın da psikiyatri hastalarında ilaca bağlılığa engel teşkil ettiğini belirtmişlerdir (145). İçselleştirilmiş kendini damgalama durumu bu çalışma için de geçerli olabilir; genç nüfus, psikiyatrik bozukluğa sahip olmadıklarını göstermek için başkalarının yanında ilaçlarını kullanmayabilirler.

Çalışmadaki hastaların %42.4'ünü erkek, %57.6'sını ise kadın cinsiyet oluşturmaktadır. Serhadlı (2007), Özdemir (2007) ile Özerdem ve arkadaşları (2001)'nın çalışmalarında da kadın hasta oranı yüksektir (13,62,146). Bulgumuz belirtilen kaynaklarla uyumludur. Kaynaklarda İUDB hastalığının kadın ve erkekte eşit oranlarda görüldüğü bildirilmektedir (13,19).

Çalışma kapsamındaki kadın hastaların MTUÖ puan ortalamaları erkek hastalara oranla daha düşük bulunmuştur. İki değişken arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.021$). Bu sonuç kadın hastaların tedaviye uyumlarının erkeklere oranla daha kötü olduğunu göstermektedir. Bu bulgu Bates ve arkadaşları (2010)'nın sonuçlarıyla uyumludur (147). Erkeklerde tedavi uyumunun daha kötü olduğunu (4,141) ya da cinsiyet farkının tedaviye uyumda etkili olmadığını (148,149) bildiren çalışmalarda mevcuttur.

Kaynaklarda eğitim düzeyinin tedaviye uyumu etkilediğine yönelik veriler mevcuttur. Bates ve arkadaşları (2010) çalışmalarında düşük eğitim seviyesine sahip hastaların tedavide daha fazla uyumsuzluk gösterdiğini saptamışlardır (147). Savaş ve arkadaşları (2011) da çalışmalarında uyumsuz grubun eğitim düzeyini daha düşük saptamışlardır (4).

Bu çalışmada ilkokul ve yükseköğrenim düzeyindeki hastaların uyum puanları daha yüksektir. İlkokul ve yüksekokul mezunlarının tedaviye uyumları daha iyi olmakla birlikte; eğitim düzeyi ile tedaviye uyum arasında önemli ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Bu sonuç belli bir sosyokültürel seviyedeki hastaların düzenli takip anlayışları uyumu arttırabileceği gibi, eğitim düzeyi düşük hastaların düzenli kontrol ve ilaç takibinin önemini daha iyi kavramış olabileceklerini düşündürmektedir.

İUDB'nda işlevsellikteki bozulmayla birlikte eş bulma ve evliliği devam ettirebilme becerisinde de kayıplar olduğu görülmektedir (150). Çalışmada evli hastalar %64.4, bekar hastalar %30.5 ve boşanmış hastalar %5.1 oranındadır. Boşanmış hastaların sayısının düşük olması kronik bir hastalık ya da hastalığa bağlı işlevsellikte kayıp durumlarında dahi, aile içi bağların güçlü olması, evlilikte sürekliliği sağlayan değer yargılarının olması gibi sosyokültürel özelliklerin etkisiyle evliliklerin devam etmesinden kaynaklanıyor olabilir. Çalışmamızdaki evli hasta oranının yüksek olması, Özdemir (2007)'in çalışma bulgusuyla uyumludur (13). Sajatovic ve arkadaşları (2007) tedavi uyumsuzluğunun bekâr hastalarda daha fazla olduğunu bildirmiştir (142). Ancak bu çalışmada tedavi uyumsuzluğunun evli hastalarda yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca istatistiksel analizde medeni durum ile tedaviye uyum arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Bulgumuz Savaş ve arkadaşları (2011)'nın çalışma bulgusuyla uyum göstermektedir (4).

Psikiyatrik hastalıklar, sosyal beceri gerektiren iş ve eğitim yaşamlarında güçlüklere neden olabilmekte; çalışıyor olmak hastalığa ve tedaviye uyumu etkileyebilmektedir. Hastaların % 28.8'i bir işte çalıştığını ve düzenli devam ettiğini, %71.2'si ise herhangi bir işte çalışmadığını bildirmiştir. Çalışmayan grup, ev hanımı (%59.5), işsiz/öğrenci (%19), emekli (%14.3) ve çalışamadığını bildiren (%7.1) hastalardan oluşmaktadır. Serhadlı (2007)'nın çalışmasında ev hanımları dışında kalan, işsiz (%20.1) ve çalışamayan (%8.6) hasta oranları çalışmamızla benzerlik göstermektedir (62). Bu çalışmada, çalışan hastaların tedaviye uyumları daha yüksek olmasına rağmen istatistiksel olarak ortalamalar arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Savaş ve arkadaşları (2011) da çalışmalarında tedavi uyumu ile çalışma durumu arasında anlamlı fark olmadığını bildirmişlerdir (4).

Çalışmada kentsel yaşam sürdüren hastaların tedaviye uyum puan ortalamaları ilçe ve köyde yaşayanlara göre daha düşük olarak belirlenmiştir, dolayısıyla kentlerde yaşayanlar daha uyumsuzdur. Ancak istatistiksel analiz sonucunda ortalamalar arasında önemli fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Savaş ve arkadaşları (2011)'nın çalışmasında da tedavi uyumu ile yaşanan yer arasında ilişki yoktur (4).

Sigara kullandığını bildiren 26 (%44.1) hastanın ortalama kullanım süresi 7.59±10.98 olarak bulunmuştur (min:2 yıl-max:40 yıl). Çalışmamızda sigara kullanımı ile tedaviye uyum arasında ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Çalışmalarda alkol ve madde kullanımı tedaviye uyumu azaltan önemli bir etken olarak bildirilmektedir (142, 147). Bu çalışmada alkol ve madde kullanan hastaların sayısı çok azdır. Alkol ve madde kullanımı ile tedavi uyumu arasında istatistiksel anlamlılık saptanmamıştır (p>0.05).

Çalışmalarda İUDB olan hastaların %25-50'sinin özkıyım girişiminde bulunduğu ve %15-19'unun bu yolla hayatlarını kaybettikleri bildirilmektedir. Turhan (2007) çalışmasında hastaların %22'sinde özkıyım girişimi öyküsü belirlemiştir (17). Zengin Eroğlu (2010) özkıyım oranını %19; Akkaya ve arkadaşları (2012) %16.9; Ak ve arkadaşları (2012) %32.5 olarak bildirmiştir (17,61,151,152). Bizim çalışmamızda hastaların 24'ünde (%40.7) özkıyım girişimi saptanmıştır. Bu sonuç belirtilen özkıyım girişimi oranlarıyla uyumludur. Özkıyım girişimi öyküsü ile tedaviye uyum arasında ilişki incelendiğinde ise ortalamalar arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

İUDB kalıtımsal yatkınlığı olan bir hastalıktır. Birinci derece yakınlarda bir duygudurum bozukluğu görülme sıklığının, normal popülasyona göre 8-18 kat daha fazla olduğu bildirilmektedir (17). Çalışmamızda ailede ruhsal hastalık öyküsü oranı %40.7 olarak bulunmuş olup; aile öyküsü ile tedaviye uyum arasında anlamlı fark saptanmamıştır (p>0.05). Savaş ve arkadaşları (2011)'nın çalışmasında da ailede psikiyatrik hastalık bulunma durumunun tedaviye uyumu etkilemediği belirtilmiştir (4).

Çalışmamızda polikliniğe ailesinin isteği ya da zoruyla gelenlerin sayısı oldukça fazla (n=44) ve tedaviye uyum puan ortalamaları kendi isteğiyle gelenlere oranla daha düşüktür. Kendi isteğiyle takip ve muayenelerini sürdüren hastaların tedaviye uyumları daha iyi olmakla birlikte istatistiksel analiz sonucu anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

İUDB ve anksiyete bozuklukları arasında birlikteliğin oldukça yaygın olduğu ve genel topluma göre İUDB olan hastalarda daha yüksek oranda görüldüğü bilinmektedir (67). Hastaların sadece 13'ü ek hastalık bulunduğunu belirtmiştir. Ek hastalıkların %84.6'sını tıbbi; %15.4'ünü ise psikiyatrik hastalıklar oluşturmaktadır (n=13). Psikiyatrik hastalık bildiren 2 hastanın tanısı ise OKB'dir. Ek hastalıkların tedaviye uyumuna etkisi araştırılmış; ancak tedaviye uyum ile anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0.05).

İUDB hastaları, hem hastalık öncesinde hem de sonrasında sağlıklılara göre daha çok yaşam olayı ve yaşam güçlüğü yaşamaktadırlar (31). Kim ve arkadaşları (2007)'nın aile, romantik ve akran ilişkileri ile duygudurum belirtileri arasında ilişki kurmaya yönelik yaptıkları çalışmalarında; kronik stres yaşayanların duygudurum belirtilerinde daha az düzelme görüldüğü bildirilmiştir (40). Alloy ve arkadaşları (2009)'nın yaşam olayları konusundaki kaynakları gözden geçirme çalışmaları; olumsuz yaşam olaylarının

depresif ataklara, hem olumlu hem de olumsuz olayların ise hipomani/mani ataklarına zemin hazırladığını göstermiştir (41). Okan İbiloğlu ve Çayköylü (2011) bipolar ve unipolar hastalarla yaptıkları çalışmalarında, ilk duygudurum dönemi öncesinde hastaların %73.6'sında olumsuz yaşam olayı bildirmişlerdir (153). Kaynaklarda ilk dönemlerin genellikle stresli bir yaşam olayı sonrasında ortaya çıktığı, daha sonraki dönemlere çevresel streslerin daha az eşlik ettiği bildirilmektedir (17). Çalışmamızda hastaların %40.7'si hastalığının ortaya çıkışında bir yaşam olayı (aile içi sorunlar %18.6; kayıplar %15.3; ekonomik sıkıntılar %6.8) tarif etmektedir. Yaşam olaylarının açığa vurulmasının güç olması, etik olmayan durumların yeterince tartışılamaması, sosyal çevrenin sınırlı olması, aile içi çatışmaların yaşanması ve destek faktörlerinin yetersizliği gibi durumlar zorluklara neden olabilir ve hastaların tedaviye uyumunu bozabilir. Ancak çalışmamızda hastalığın ortaya çıkışında yaşam olayı bulunması ile tedaviye uyum arasında ilişki belirlenmemiştir ($p>0.05$).

Hastalık süresi uzadıkça işlevsellikte ve ilişkilerde bozulmalar gibi sosyal kayıplar artmakta, tedaviye uyumda güçlükler yaşanabilmektedir. Bu çalışmada hastalık süresi 6 ay-33 yıl (8.79±0.94) arasında değişmektedir. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda hastalığın süresi ile tedaviye uyum arasında ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Savaş ve arkadaşları (2011)'nın çalışmasında da hastalık süresinin tedaviye uyumu etkilemediği belirlenmiştir (4). Bulgumuz bu kaynakla uyum göstermektedir.

Hastalığın başlama yaşı hastalık sürecini etkileyen önemli özelliklerden biridir. Çalışmamızda hastalığın başlangıç yaşı 14-57 (27.55±10.06) arasında değişmekteydi. Bu ortalama Kaya ve arkadaşları (2009)'nın çalışmasındaki başlangıç yaş ortalaması (25.95±9.56) ve Turhan (2007)'nın çalışmasındaki başlangıç yaş ortalaması (23.9±7.3) ile uyumludur (2,17). Erken başlangıçlı iki uçlu bozuklukta hastalığın gidişi daha riskli olmaktadır (53). Özalmete (2009), çalışmaların çoğunda erken başlangıçlı grup yaş ortalamasının 17, orta yaş başlangıçlı grup yaş ortalamasının 26, geç başlangıçlı grup yaş ortalamasının 35-46 arası olduğunu bildirmiştir. Avrupa merkezli çalışmalarda erken başlangıç için ortalama başlangıç yaşının öncesi; geç başlangıç için ise sonrası ele alınmaktadır (150). Çalışmada 25 yaş ve altı erken başlangıç, 25 yaş ve üzeri geç başlangıç olarak alındığında erken başlangıç oranı %55.9; geç başlangıç oranı ise %44.1 olarak belirlenmiştir. Erken başlangıçlı İUDB hastalarında hastalığın gidişi manik (%75); geç başlangıçlı hastalarda ise hastalığın gidişi depresif (%57) özellik göstermektedir. Başlangıç yaşı ile hastalığın gidişi arasındaki ilişki anlamlı ($p=0.015$) olmasına rağmen tedaviye uyumla ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Turhan (2007)

çalışmasında geç başlangıçlı olgularda istatistiksel anlamlılık olmasa da daha fazla depresif dönem yaşandığını bildirmiş olup (17), bu sonuç çalışmamızla uyum göstermektedir.

Hastaların % 45.8'inde ilk hastalık dönemi depresyon, %27.1'inde irritabl mani, %16.9'unda öfori ve %10.2'sinde hipomani olarak saptanmıştır. Hastalığın ilk başlangıç dönemini irritabl mani olarak bildiren hastaların MTUÖ puan ortalamaları düşük, hipomani başlangıçlı olanların MTUÖ puan ortalamaları ise en yüksektir. Ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.032). Çalışmada hipomani başlangıçlı hastaların tedaviye uyumlarının daha yüksek olduğu görülmektedir.

Çalışma kapsamındaki depresyon ağırlıklı gidiş gösteren hastaların MTUÖ puan ortalamaları, mani ağırlıklı gidiş gösteren hastaların MTUÖ puan ortalamalarından yüksek ve aralarındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır (p=0.010). İUDB olan kadınların erkeklere oranla depresyona daha yatkın oldukları yönündeki klinik görüş yaygındır (17,19). Zengin Eroğlu (2010) çalışmasında iki uçlu hastalığın kadınlarda daha çok depresif dönem ile (% 40), erkeklerde ise manik dönem (% 52) ile başladığını bildirmiştir (61). Çalışmamızda depresif gidiş gösteren hastaların %63'ünü kadın, %37'sini erkek cinsiyet oluşturmaktadır. Manik gidiş ise kadın ve erkekte eşit oranda (%50) bulunmuştur. Bu oranlar kaynaklarla uyum göstermektedir. Kadınların strese karşı artmış duyarlılıkları, sosyal rol yüklenmelerinin fazlalığı ve etkisiz baş etmeler kullanmasının depresif gidiş oranını arttırmış olabileceği düşünülmüş; ancak istatistiksel analiz sonucu anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Sajatovic ve arkadaşları (2007) tedavi uyumsuzluğu olan iki uçlu hastaların ayaktan muayenelerine daha az gitme eğiliminin yüksek olduğunu bildirmişlerdir (142). Çalışmada son 1 yıl içinde takip sayısı 1-15 (6.67±3.0) arasında değişmektedir. Bu çalışmada son bir yıl içindeki takip/muayene sayısı ile hastaların tedaviye uyum puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmamıştır (p>0.05).

Kronik psikiyatrik hastalıklarda tedaviye uyumsuzluğun bir sonucu olarak hastaların iyilik süreleri kısalmakta ve tekrarlı hastaneye yatışlar kaçınılmaz olabilmektedir. Goldberg ve Harrow (1995) iki uçlu ve unipolar hastaları 4.5 yıl izledikleri çalışmalarında, hastaneye yatışın iki uçlu hastalarda daha sık olduğunu saptamışlardır (154). Çalışmamızda hastaların %71.2 oranında 1-3 arası yatışının olduğu ve bu yatışların %40.7 oranında son yıla ait olduğu belirlenmiştir. Hastaneye yatış oranlarının yüksek olması hastaların sorunlarıyla baş edemediğinin ve kötü uyumun bir göstergesi olabilir. Hastaların hastaneye yatış sayıları 0-8 (2.05±1.7); atak sayıları 0-15 (3.67±3.0)

arasında bulunmuştur. Tekrarlayan yatışların ve atakların tedaviye uyumu olumsuz etkileyeceği düşünülmüş; ancak istatistiksel analiz sonucu anlamlı fark bulunmamıştır (p>0.05).

Hastalık konusunda yeterince bilgi sahibi olmama tedaviyi sürdürmede önemli bir engeldir (45). Hastalıklar ve tedavisi konusunda bilgi sahibi olmak, kişilerin hastalık yönetimi hakkında bilinçli kararlar verebilmelerine yardımcı olabilir ve ilaçları hakkında yanlış ve olumsuz inançlara sahip olmalarını engelleyebilir (155). Yılmaz (2004) çalışmasında hastaların yarıdan fazlasının (%54.7) kullandıkları ilaçlar hakkında bilgisinin olmadığını bildirmiştir (108).

Gamian-Avrupa/Beam araştırması, hastalıkları ve tedavi hakkında bilgilendirilen iki uçlu bozukluğa sahip kişilerin yaşam kalitesi ve ilaç uyumunda iyileşme bulmuştur. Aynı çalışmada, hastaların sadece %18.3'ü yan etkilerin farmakolojik tedaviye devam etmeme için temel neden olduğunu söylemiştir. Zayıf uyum için gösterilen nedenlerin başta gelenleri ilaca bağımlı kalma korkusu (%30), ilaç bilgisi eksikliği ve uzun süreli etkilerden korkma olarak belirtilmiştir (%20.2). Hastaların yaklaşık %35'i muhtemel yan etkiler konusunda bilgilendirilmemiş ve %50'sinden fazlası yan etki yönetimi konusunda rehberlik almamıştır (156,157).

Hastalara ilaçların etkisi ve yan etkileri hususunda yeterli ve uygun bilgiler vermek sağlık personelinin sorumluluğudur (98). Etkili tedavi; ilaçlar, ilaçların riskleri ve yararları hakkında bilginin yanı sıra hastalık bilinci ve hastalığın öz yönetimi konusunda eğitimleri içeren hastalığın uzun süreli yönetiminin olduğu durumlarda gerçekleşir (133). Bu çalışmada hastaların %84.7'si psikoeğitim almadıklarını, %64.4'ü ilaçlar hakkında bilgi sahibi olmadığını, %71.2'si ise ilaç yan etkileri hakkında bilgilendirilmediğini bildirmiştir. Psikoeğitim alan, ilaçların etkisi ve yan etkisi hakkında bilgileri olan hastaların tedaviye daha uyumlu oldukları görülmesine rağmen, tedaviye uyum ile arasında istatistiksel anlamlılık saptanmamıştır (p>0.05). İlaçların etki ve yan etkilerini bilen (sırasıyla n=21, n=17) ve psikoeğitim aldığını bildiren (n=9) hastaların oldukça az sayıda olmasının bu sonuca neden olabileceği düşünülmektedir.

İlaç uyumu, olumlu tedavi sonuçları almada önemli bir etken olduğundan İUDB hastaları için önemlidir. Çalışma kapsamındaki hastaların ilaçlarını düzenli kullanma durumları ile MTUÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0.000). Bu sonuç ilaçlarını düzenli alan hastaların tedavi uyumlarının belirgin düzeyde daha iyi olduğunu göstermektedir.

Bates ve arkadaşları (2010) çalışmalarında yan etkilerin az olması ile tedavi uyumu arasında anlamlı korelasyon saptamışlardır (147). Scott ve Pope (2002), ilaç yan etkilerinin yaşanmasının tedavi uyumsuzluğunun en iyi göstergesi olduğunu bildirmişlerdir (158). Bu çalışmada ilaçların yan etkilerini yaşanması durumu ile tedavi uyumu arasında istatiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Bu sonuç Ervatan ve arkadaşları (2003) ile Savaş ve arkadaşları (2011)'nın çalışma bulguları ile uyumludur (4,141).

Genellikle kişi duygudurum düzenleyicisini birkaç yıldır alırken iyi olduğu kanaatine varıp ilacın gerekliliğini sorgulamaya başladığında veya uzun süreli kullanımın tehlikelerinden endişe etmeye başladığında geç uyumsuzluk gerçekleşir (155). Baldessarini ve arkadaşları (2008) son on günde, kullanılması gereken ilaçların en az bir dozunu almamayı uyumsuzluk olarak değerlendirmiştir (138). Bu çalışmada hastaların %23.7'si 1 doz; %15.3'ü 2-3 doz ilaç kullanmadıklarını bildirmişlerdir. Hastaların son on gün içinde ilaç almama durumları ile MTUÖ puan ortalamaları arasındaki fark anlamlıdır ($p=0.000$). Yapılan tukey testinde bu farkın ilaç almadığı gün olmadığını bildiren hastaların MTUÖ puan ortalamasının yüksek olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir.

Lingam ve Scott (2002), son bir ayda reçete edilen ilaçların %30 veya daha fazlasının kullanılmamasını kısmi uyumsuzluk olarak değerlendirmişlerdir (139). Clatworthy ve arkadaşları (2007), hastaların ilacı alıp almama kararlarının hastalık ve tedaviyi nasıl algıladıklarına bağlı olduğunu bulmuştur (159). Bu çalışmada "son bir ay içinde ilaçlarımın en fazla %30'unu kullanmadım" cevabı verenlerin oranı %40.7 olarak bulunmuştur. Hastaların son bir ay içinde ilaç kullanmama durumları ile MTUÖ puan ortalamaları değerlendirildiğinde ise "ilaçlarımın en fazla %30'ını kullanmadım" cevabını verenlerin puan ortalamaları düşük, "ilaç kullanmadığım olmadı" cevabını verenlerin puan ortalamaları yüksek; ortalamalar arasındaki fark anlamlıdır ($p=0.000$). İlaçlarını kullanan hastaların tedavi uyumları kullanmayanlara göre daha iyidir. Düzenli ilaç almayanlarda belirtilerin kontrol altına alınmış olmasının, iyileşme düşüncesiyle hastaların tedaviyi sürdürmeme kararı almalarına, tedaviyi sürdürmenin gereksiz olduğu inancına varmalarına neden olmuş olabilir.

Çevrenin ilaç tedavisine tutumunu olumsuz değerlendiren hastaların MTUÖ puan ortalamaları düşük; ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.004$). Çevrenin ilaç tedavisine tutumlarını olumsuz değerlendiren hastalarda tedaviye uyumsuzluk söz konusudur.

İlaçların tedavi edici etkilerinin geç ortaya çıkması ve ilaçların yan etkileri hastaların olumsuzluk yaşamalarına ve ilaç uyumsuzluğuna neden olabilmektedir. Çalışmamızda tedavinin faydasız olduğunu düşünerek (p=0.000) ve ilacın yan etkileri nedeniyle ilaç kullanmama (p=0.001) ile MTUÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Savaş ve arkadaşları (2011) çalışmalarında hastaların tedaviden fayda görmediğini düşünerek ilaç bırakma oranı ile tedavi uyumu arasında anlamlı ilişki bildirmişlerdir (4). Bu sonuç çalışma bulgumuzla uyum göstermektedir.

Kronik psikiyatrik hastalıklarda aile hastanın bakım sorumluluğunu yürüttüğünden ailenin tedaviye etkin bir biçimde katılması, hastalıkların doğası, tedavisi ve sonuçlarının hastalar ve aileleri tarafından bilinmesi hastalıkla baş etmede önemli bir etkendir (160). Aile üyeleri ve doktorlar gibi diğer önemli kişilerin görüşleri hasta yaklaşımlarını, tedaviye dair yaklaşım ve inançları ve dolayısıyla uyumu etkileyebilir. Bu yüzden diğer önemli kişi ve bakıcıların inançlarını ve hastanın uyum davranışı üzerindeki etkilerini anlamak önemlidir (155).

Bu çalışmada hasta yakınlarının %52.5'i eş, %23.7'si ise anne rolündedir. Tel ve arkadaşları (2010)'nın çalışmasında da hasta yakınlarının çoğunluğunu hastanın annesi ve eşi oluşturmaktadır (160). Ak ve arkadaşları (2012)'nın kronik psikiyatrik bozukluğu bulunan hastaların bakım verenlerinin bakım yükünü inceledikleri çalışmalarında da iki uçlu hastalara bakım verenlerin çoğunlukla anne, baba ve eş olduğu belirtilmiştir (152). Bu durum bize psikiyatrik bozukluğu olan hastaların evde bakım sorumluluğunu genellikle eş ve annelerin üstlendiğini göstermektedir.

Çalışmada hasta yakınlarının, hastalarının tedavi uyumuna yönelik düşünceleri ile hastaların MTUÖ puan ortalamaları karşılaştırılmış, hastasının ilaçlarını düzenli kullandığı, tedaviye uyumlu olduğu ve ilaçlarını kendi isteğiyle kullandığı belirtilen hastaların MTUÖ puan ortalamaları yüksek; ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0.000). İlaçların düzenli ve hastanın kendi isteği doğrultusunda alınması tedaviye uyumun iyi bir göstergesi olabilir.

Hastanın tedaviye uyumunun sağlanması için ailenin de tedaviye uyumunun sağlanması gerekmektedir. Bunun için ailenin hastalık ve tedavi konusunda yeterli bilgisinin olması gerekir (160). Bu çalışmada hasta yakınlarının %71.2'si, hastalarının hastalığına yönelik yeterince bilgi sahibi olmadıklarını bildirmişlerdir. Psikiyatrik hastalığı olan bireyler ve ailelerine hastalık, ilaç etkisi ve yan etkisine yönelik bilgilendirmelerin yapılması, hastalıkların tedavisinde önemli bir etkendir. Alataş ve arkadaşları (2007), eğitimsel girişimlerin alevlenme ve nüksleri azalttığını, yaklaşmakta olan hastalık belirtilerinin

daha iyi tanınmasına ve bu sayede dönemlerin daha kısa ve hafif belirtilerle geçirilmesinin sağlandığını belirtmişlerdir (91). Solomon ve arkadaşları (1996) psikiyatrik hasta ve aileleriyle psikoeğitimsel yaklaşımları değerlendirdikleri çalışmalarında, psikoeğitim sonucunda aile üyelerinin başa çıkma becerilerinin arttığını bildirmişlerdir (161). Yıldız ve arkadaşları (2002), şizofreni hastalarına verdikleri sosyal beceri eğitimi sonucunda, hastaların ilacını düzenli kullanma oranında artış olduğunu bildirmişlerdir (162). Yıldırım ve Ekinci (2010) çalışmalarında, hastaların aileden algıladıkları sosyal destek düzeylerinin ve ilaç tedavisi işbirliğinin düşük olduğunu; ruhsal eğitim ve izleme çalışmaları sonucunda önemli ilerlemeler sağlandığını belirtmişlerdir (163).

Hastaların MTUÖ'den aldıkları puanlar "tedaviye uyumlu" ve "tedaviye uyumsuz" şeklinde kategorize edilerek, hasta yakınlarının sorulara verdiği cevaplar ile hastaların MTUÖ puanları arasındaki uyumu test etmek için kappa istatistiği yapılmıştır. Kappa katsayısı 0-1 aralığında değer alır (164). Bu çalışmada yapılan kappa analizi sonucunda hasta yakınlarının hastanın ilaçlarını düzenli kullanması ve tedaviye uyum durumuna yönelik cevapları ile hastanın MTUÖ puanları arasındaki uyuşma iyi düzeyde (kappa 0.616; p= 0.001) bulunmuştur. Hasta yakınlarının hastasının ilaçlarını kendi isteğiyle ya da zorla kullanmasına yönelik cevapları ile hastanın MTUÖ puanları arasındaki uyuşma ise orta düzeyde anlamlılık göstermektedir (kappa 0.602; p= 0.000). Hastalara sorulan "ilaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz?" sorusu ile hasta yakınlarına sorulan "hastanız ilaçlarını düzenli kullanır mı?" sorularına verilen cevaplar kappa analiziyle değerlendirildiğinde orta düzeyde ve anlamlı uyum saptanmıştır kappa (0.515; p= 0.000). Bu sonuçlar hastaların MTUÖ puanları ile hasta yakınlarının tedaviye uyuma yönelik verdikleri cevaplarla tutarlı olduğunu göstermektedir.

Çalışmadaki hem hasta hem de hasta yakınlarının hastalık ve tedavi bilgisine yönelik eksiklik yaşama oranlarının yüksek olması nedeniyle İUDB hastalarının tedavisinde ilaç kullanımına ek olarak, hasta ve ailesine yönelik psikoeğitim yaklaşımlarının kullanılması gerektiği, hasta ve ailesinin bir eğitim programına katılmasının tedaviye uyumun arttırılması, sosyal desteklere ulaşmalarının kolaylaştırılması ve sosyalleşmeye katkı sağlaması yönünden önemli olduğu düşünülmektedir.

İki uçlu bozukluktaki yüksek ölüm oranları karşısında intihar riski, yinelemeler dolayısıyla psikososyal işlev bozukluğu (165) ve olası nöropsikolojik bozukluğa karşı koruyucu etkisiyle (166) lityumun iki uçlu bozukluk yükünü indirmedeki rolü çok açıktır. Ancak hastaların %50'sinin yılda en az bir kere ve %30'nun en az iki kere tıbbi

tavsiyelere uymayıp lityum almayı bıraktığı bildirilmektedir (134). İki uçlu bozuklukta uzun süre uyumsuzluk oranları %41 ortalama olmak üzere %20-66 arasında değişmektedir. Karbamazepin ve valproat verilen iki uçlu bozukluğa sahip 140 kişi üzerine yapılan bir çalışmada izleme tedavisinde uyumsuzluk oranlarının %50 üzerinde olduğu bulunmuştur (134). Lingam ve Scoot (2002), iki uçlu bozuklukta duygudurum düzenleyicilere bağlılığın başka sağlıklı davranışlarda bulunmak için bir aracı olabileceğini ve hastalığa karşı olumlu bir yaklaşım geliştirmeyi yansıtabileceğini belirtmektedir (139). Zengin Eroğlu (2010) çalışmasında hastaların %43.58'inin lityum, %28.19'unun valproik asit, %14.74'ünün kombine duygudurum dengeleyici (DDD) ve %11.53'ünün ise karbamazepin kullandığını bildirmiştir (61).

Bu çalışmada ise %37.3 lityum, %59.3 valproat ve %3.4 karbamazepin kullanımı mevcuttur. Örneklem grubumuzda valproat kullanım oranı daha fazla; karbamazepin oranı ise en düşüktür. İlaçlar arasında karşılaştırma yapıldığında manik ve depresif dönem sayılarında anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p=0.010). Lityum (%54)'un manik gidişte, Valproat (%74)'ın ise depresif gidişte daha yüksek oranlarda kullanıldığı ve anlamlı olduğu görülmüştür. Bowden ve arkadaşları (2000)'nın yaptığı 12 aylık takibin değerlendirildiği plasebo kontrollü çalışmada, valproatın herhangi bir dönemi önleyici etkisinin plasebodan ve lityumdan farksız olduğu, ayrıca valproatın, herhangi bir duygudurum dönemi ve depresyonun sağaltımında plasebodan üstün olduğu gösterilmiştir (167). Yine aynı çalışmada yan etkiler nedeniyle hastaların valproik asiti bırakma oranları (%22) lityumdan (%35) daha düşük olarak saptanmıştır. Son dönemde yapılan çalışmalar, lityumun maniyi önlemede, depresyonu önlemeye göre daha etkili olduğu şeklindedir (167,168). Bulgularımız kaynaklarla uyum göstermektedir.

Hastaların % 74.6'sının kan düzeyleri normal ve üzerindedir. Yapılan korelasyon analizinde tedaviye uyum puanları ve kan düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır (p=0.045). Kan düzeyleri normal sınırlarda olan hastaların tedaviye uyum puanları da yüksektir. Ayrıca ilaç kan düzeyleri normal ve normal değerlerin altında olarak değerlendirildiğinde kan düzeyi normal değer aralıklarında olan hastaların tedaviye uyum oranları (%81.4) yüksek belirlenmiş olup analiz sonucu anlamlıdır (p=0.049). Bu sonuçlar terapötik ilaç kan düzeyleri ile uyum arasındaki ilişkiyi doğrulamaktadır.

5.3. Sosyo-demografik Bulgular ve Hasta Özelliklerinin Sosyal Destek ile İlişkisi

Sosyal destek bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlığını olumlu yönde etkileyen bir ihtiyaçtır. Sosyal çevreden alınan yardım, bireylerin çaresizlik duygularını azaltmakta ve stresle baş etmelerinde kendilerine duydukları güveni artırmakta, yeni yollar deneme konusunda daha istekli olmalarına yardımcı olmaktadır (119). Kronik hastalığı olan bireyler için toplumda sosyal desteğin en önemli kısmını aile ve çevresi oluşturmaktadır. Aile ve çevre desteği, hastaların tedavisinde olumlu sonuçlar vermektedir (163). Stres verici yaşam olaylarının hem fiziksel sağlığa hem de ruhsal sağlığa olumsuz yansımaları olduğu bilinmektedir. Sosyal destek ve ilişkilerin hastalar tarafından destekleyici olarak algılanması psikiyatrik hastalıkların tedavisinde ve hastalığın seyrinde önemli rol oynamaktadır.

Morisky ve DiMatteo (2011) ilaç tedavisini kabul etmenin bir davranış olduğunu, sağlık davranış motiflerini etkileyen bağımsız değişkenler olarak farklı boyutların incelenmesi gerektiğini, bu boyutlardan birinin de sosyal destek olduğunu bildirmişlerdir (118). Aile, arkadaş ve özel kişi desteği hastaların uyumunu etkileyebilmektedir. Muslu (2010) şizofreni hastalarına yönelik çalışmasında, özel bir bireyden ve arkadaştan algılanan sosyal destek arttıkça tedaviye uyumun da arttığını bildirmiştir (119). Bu çalışmadaki hastaların sosyal destek ölçeğinden aldıkları toplam puanlar ile MTUÖ puanları arasındaki korelasyon değerlendirildiğinde; aralarındaki ilişkinin pozitif yönde olduğu belirlenmiştir (p=0.009). Hastaların sosyal destekleri arttıkça tedavi uyumları da yükselmektedir. Toplam ve aile alt boyutundaki sosyal destek puanları yükseldikçe tedavi uyumunun daha iyi olduğu saptanmıştır. İlaç uyumu düzeyleri ile sosyal destek alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde ise; aile desteğini hisseden hastaların ilaç uyumlarının daha iyi düzeyde olduğu görülmüştür, istatistiksel analiz sonucu ortalamalar arasındaki fark anlamlıdır (p=0.001). Bu durum aile ve çevresel destek eksikliğinin uyum problemlerine ve tedavide olumsuzluklara neden olabileceğini göstermektedir.

Bir işte çalışıyor olmak sosyal ve çevresel destek durumu ile tedavi uyumunu etkileyebilmektedir. Çalışan hastaların tüm sosyal destek alt ölçeklerinden aldıkları puanlar yüksek olmakla birlikte; ÇBASDÖ Arkadaş (p=0.002), ÇBASDÖ Özel alt ölçeği (p=0.007) ve ÇBASDÖ toplam puanları (p=0.003) ile ilişki saptanmıştır. Çalışan hastaların iş ve arkadaşlık ilişkileri kuruyor olmaları önemli destek kaynaklarından birini oluşturmaktadır.

Ek hastalıklar ve hastalığın ortaya çıkışında bir yaşam olayının bulunması ile aile alt ölçeği arasında anlamlı fark saptanmıştır. Eşlik eden hastalığın ve yaşam olayının bulunduğunu bildiren hastaların aile alt ölçeği puan ortalamaları daha düşüktür. Bu çalışmada hastalığın ortaya çıkışında bir yaşam olayı bulunduğunu belirten hastaların çoğunluğu ailesel faktörlerin varlığını belirtmiştir. Tel ve Terakye (2000), ailenin hastalıkla baş etmede olumlu katkılar sağlayabilecek en büyük doğal kaynak olduğunu bildirmişlerdir (169). Dolayısıyla ailesel faktörlerin varlığı, hastaların sosyal destek algılarını değiştirmektedir.

Çevrenin ilaç tedavisine tutumunu olumlu değerlendiren hastaların sosyal destek puan ortalamaları tüm alt ölçeklerde yüksek saptanmakla birlikte sadece aile alt ölçeği ile istatistiksel anlamlılık söz konusudur.

Tedaviye uyum için önemli olan düzenli ilaç kullanımı sosyal ve çevresel desteğin zamanla azalmasıyla aksayabilir. Çalışmada "son on gün ve son bir ay içinde ilaç almadığım olmadı" cevabını veren hastaların tüm alt ölçek puanları yüksek olarak tespit edilmiştir. Ancak; sadece aile alt ölçeği ile anlamlı fark saptanmıştır. Hastaların ailelerinin hastanın tedaviyi sürdürme kararında etkisinin az olması, düzenli takip ve tedavilerin yapılmaması durumlarının bu farka neden olabileceği düşünülmektedir.

Hasta yakınlarına hastalarının tedaviye uyumu ve ilaç kullanımlarına yönelik sorulara verilen yanıtlarla hastaların algıladıkları sosyal destek puan ortalamaları incelendiğinde toplam ve tüm alt ölçeklerle anlamlılık saptanmıştır. Hastalarının tedaviye uyumlu olduğunu, düzenli ilaç kullandığını ve ilaçlarını kendi isteğiyle kullandığını bildirenlerde, hastaların sosyal destek puan ortalamaları yüksektir. Bu sonuç; aile, arkadaş ve özel birinin desteğini hisseden hastaların tedavideki düzen ve uyumlarının yakınları ve çevreleri tarafından da doğrulandığını göstermektedir.

5.4.Sosyo-demografik Bulgular ve Hasta Özelliklerinin İçgörü Düzeyi ile İlişkisi

Hastalığa karşı içgörünün olması uyumu etkileyen önemli faktörlerden biridir. İçgörünün olmaması ve tedavi uyumsuzluğunun varlığı sıklıkla hastalıkların kötü sonuçlanmasına sebep olmaktadır. Sajatovic ve arkadaşları (2004), içgörüsü iyi olan hastaların hastalıkla ilgili daha doğru bilgiye sahip olduklarını saptamışlardır (132). İki uçlu bozukluğu kabul etmedeki zorluklar uyumu engelleyebilir. Scott ve Pope (2002) uzun dönemli ilaç alan duygudurum bozukluğu hastalarında üç etkenin- hastalığın inkarı, önceki uyumsuzluklar ve uzun süreli duygudurum düzenleyicisi almanın kısmi uyumu yordamada oldukça önemli olduğunu bulmuştur (163). Day ve arkadaşları

(2005) içgörüyü ilaca bağlılıkla ilişkilendirmiştir (170). Savaş ve arkadaşları (2011) çalışmalarında içgörünün olup olmaması ile tedavi uyumu arasında anlamlı ilişki bulunduğunu bildirmişlerdir (4). Bu çalışmada içgörü puan ortalaması 14.61±2.91 (min:7; max:18) olarak belirlenmiştir. Örneklem grubumuzun içgörü düzeyi yüksektir. Ayrıca tüm bağımsız değişkenlerle içgörü arasındaki ilişki analiz edilmiş; ancak sadece son on gün içinde ilaç kullanmama durumu ile içgörü arasında anlamlı fark saptanmıştır. Son on gün içinde ilaç kullanmama durumunun olmadığını bildiren hastaların içgörüleri yüksek olarak belirlenmiştir. Lacro ve arkadaşları (2002), ilaç uyumsuzluğunun en fazla içgörü eksikliği ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (7). Hastalığa içgörünün olmasının tedaviye uyum için önemli bir etken olduğu düşünülmüş; ancak içgörü ölçeği puanları ile MTUÖ puanları arasında yapılan korelasyon analizinde anlamlılık saptanmamıştır (p= 0.154).

Hastalık süresi ve içgörü arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalar mevcuttur (171,172). İki uçlu hastalarda içgörünün değerlendirildiği bir çalışmada hastalık süresi ile ilişki saptanmamıştır (172). Şizofreni tanısı alan hastalarla yapılan bir çalışmada hastalık süresinin uzamasının içgörüyü olumsuz etkilediği bulunmuştur (171). Bu çalışmada ise hastalık süresi ile içgörü arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon belirlenmiştir. Hastalık süresi arttıkça hastaların içgörüleri de artış göstermektedir.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma İUDB hastalarının tedaviye uyumu ve ölçümü ile içgörü ve sosyal destek durumlarına yönelik literatüre yeni bilgiler sunmaktadır. Çalışmada belirlenen tedavi uyumsuzluğuna neden olan etkenlerin düzeltilmesi olasıdır. Psikiyatri ekibi, tedavi memnuniyetine yönelik tedavi stratejileri kullanarak hastaların uyumunu ve nihayetinde tedavi sonuçlarını iyileştirebilirler. Uyum sürecini hasta açısından daha iyi anlayabilmek, uyumu daha iyi ölçebilmek ve uyumu azami düzeye çıkarabilecek ideal müdahaleler tasarlamak için yapılan bu çalışmada MTUÖ ölçeğinin İUDB hastaları için güvenilir ve klinikte kullanıma uygun olduğu saptanmıştır.

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda belirtilmiştir.

- Hastaların tedaviye uyumları ile yaş arasında önemli ve pozitif yönde korelasyon bulunmuştur.
- Erkek hastaların tedaviye uyumlarının yüksek olduğu belirlenmiştir.
- İlk hastalık dönemi hipomani olan hastaların tedaviye uyumları yüksek, irritabl mani başlangıçlı hastaların tedaviye uyumları ise en düşüktür. Ortalamalar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur.
- Depresif gidiş gösteren hastaların tedaviye uyumları manik gidiş gösteren hastalardan daha yüksektir. Ayrıca hastalığın gidişi ile başlangıç yaşı ve kullanılan ilaçlar arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.
- Düzenli ilaç kullanma durumu ile tedaviye uyum arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.
- Son on gün içinde ilaç kullanmadığım olmadı diyenlerin tedaviye uyumları yüksek, doz atlayanların ise uyumları düşüktür.
- Son bir ay içinde ilaçlarının en fazla %30'unu kullanmayan hastalar tedaviye uyumsuz olarak bulunmuştur.
- Çevrenin ilaç tedavisine tutumunu olumsuz olarak değerlendiren hastaların tedaviye uyumsuz oldukları saptanmıştır.
- Hastaların ilaç almama nedenlerine bakıldığında tedavinin faydasız olduğunu düşünen ve yan etkilerden dolayı ilaç almadığını bildirenlerin tedaviye uyumları düşüktür.
- Hasta yakınlarına hastalarının ilaç kullanımları ve tedaviye uyumlarına yönelik düşünceleri sorulduğunda, hastasının düzenli ilaç kullandığını, tedaviye uyumlu

olduğunu ve ilaçlarını kendi isteğiyle kullandığını bildirenlerin hastalarında tedaviye uyum yüksektir.

- Hastaların ilaç kan düzeyleri ile tedaviye uyumları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır.
- Hastaların çalışma durumu, hastalığa eşlik eden başka hastalıkların varlığı, ortaya çıkışta yaşam olayının varlığı, çevrenin ilaç tedavisine tutumu, son on gün ve son bir ay içinde ilaç almama durumunun sosyal destekle ilişkili olduğu saptanmıştır.
- Hasta yakınlarının düşünceleri ile sosyal destek arasındaki ilişki değerlendirildiğinde hastanın tedaviye uyumu, düzenli ve kendi isteğiyle ilaç kullanımının sosyal desteği arttırdığı belirlenmiştir.
- Sosyal destek ve tedaviye uyum ölçeği arasında aile desteği alt boyutu ve sosyal destek ölçeği toplam puanı ile tedaviye uyum arasında anlamlı fark saptanmıştır.
- Hastaların son on gün içinde ilaç almama durumlarının içgörü ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Ayrıca içgörü ile hastalık süresi arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır.

Araştırmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- İUDB olan hastalarda tedaviye uyumun düzenli olarak standardize kriterler ve ölçeklerle değerlendirilmesi, uyumsuzlukla baş etme çalışmalarının düzenlenmesi,
- İUDB hastalarında geçerli ve güvenilir olduğu belirlenen MTUÖ'nün kliniklerde ya da araştırmalarda; kısa oluşu ve sadeliği nedeniyle kulanılmasının uygun olacağı,
- İUDB olan hastaların hastalığa farkındalıklarının ve tedaviye uyumlarının arttırılması için psikoeğitim programlarının uygulanması ve bu programlara ailelerinde dâhil edilmesi,
- Yatarak tedavi sırasında gruplar oluşturularak hasta ve ailelerine yönelik ruhsal eğitimlerin planlanması,
- İUDB olan hastalarda tedaviye uyum ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişki değerlendirildiğinde hasta ve ailesinin bütüncül değerlendirilmesi, ailenin de tedavi sürecine dahil edilmesi,
- İUDB hastalarının tedavi ekibine ulaşabilme ve ilaç kontrolleri açısından düzenli poliklinik takibinin sağlanması,
- Tedaviye devam etme oranını arttıracak önlemler alınması (diğer kliniklerle işbirliği, randevuların takibi ve hatırlatılması gibi),

- Psikiyatrik hizmetlerin ailenin güçlü ve zayıf yanlarını dikkate alacak şekilde düzenlenmesi, hasta ve ailesinin başa çıkma konusunda bilgilendirilmesi ve yeterli sosyal destek ağlarının oluşturulması,
- Daha geniş bir hasta grubunda ve daha uzun süreli bir izlem çalışması yapılarak tedaviye uyumun değerlendirilmesi önerilebilir.

Ülkemizdeki kaynaklar incelendiğinde psikiyatrik bozukluklarda tedaviye uyum çalışmalarının genellikle kronik psikiyatrik sorunlar başlığı altında, şizofreni hastaları ve antipsikotik kullanımı üzerine odaklandığı görülmektedir. Ülkemizde İUDB hastalarında tedaviye uyumu, ilaç kan düzeyleri, sosyal destek ve içgörüyü bir arada yordayan ve İUDB hastalarında kullanılmak üzere Türkçe'ye Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği'ni kazandıran ilk ve tek çalışma olmasının bu çalışmayı güçlü kıldığı düşünülmektedir.

7.KAYNAKLAR

1-Can Saka M, Özer S, Uluşahin A. Bipolar bozukluk bir yıllık izlem çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi. 2001; 12: 283-292.

2-Kaya E, Aydemir Ö, Selçuk D. Remisyondaki iki uçlu hastalarda kalıntı duygudurum belirtilerinin bilişsel ve toplumsal işlevsellik üzerine etkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2009; 10: 124-130.

3-Oral ET, Şahin Ş, Akman B, Verimli A. İki uçlu duygudurum bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum: "Farz edelim ki, şeker hastasısın." demek yeterli mi? Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2002; 3:212-222.

4-Savaş HA, Ünal A, Vırıt O. Treatment adherence in bipolar disorder. JMOOD.2011; 1: 95-102.

5-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.

6-Aker T, Üstünsoy S, Kuğu N, Yazıcı A. Psikotik bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum ve ilaç tedavisine uyumsuzluğu değerlendirme ölçeği. 36. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı, 2000.

7-Lacro JP, Dunn LB, Dolder CR, Leckband SG, Jeste DV. Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. J Clin Psychiatry. 2002; 63:892-908.

8-Dilbaz N. Karamustafalıoğlu O. Oral T. Önder E. Çetin M. Psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreni hastalarında tedaviye uyumun ve uyumu etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni. 2006; 16: 223-232.

9-Angst J, Sellaro R. Historical perspectives and natural history of bipolar disorder. Biol Psychiatry.2000; 48: 445-457.

10-Amerikan Psikiyatri Birliği: Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR). Amerikan Psikiyatri Birliği. Washington D.C, 2000'den çeviren Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2001.

11-Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Eighth ed., Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins, 2005.

12-Carta MG, Angst J. Epidemiological and clinical aspects of bipolar disorders: Controversies or a common reed to redefine the aims and methodological aspects of surveys. Clin Pract Epidemiol Ment Health. 2005; 4:1-4.

13-Özdemir Ö. Sivas İl Merkezinde İki Uçlu Duygudurum Bozukluğunun Yaygınlığı, Eş Tanılar Ve Hastaların Yaşam Kalitesinin İncelenmesi.2007, Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 63 sayfa, Sivas, (Prof.Dr.Orhan Doğan).

14-Akiskal HS, Bourgeois ML, Angst J, Post R, Möller HJ, Hirschfeld R. Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorder. J Affect Disord. 2000; 59:5-30.

15-Szadocky E, Papp Z, Vitrai J, Rihmer Z, Fueredi J. The prevalence of major depressive and bipolar disorders in Hungary: results from a national epidemiologic survey. J Affect Disord. 1998; 50:153-162.

16-Angst J. The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. J Affect Disord. 1998; 50:143-151.

17-Turhan N. Bipolar Bozukluk: Kesitsel Bir Değerlendirme. 2007,Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 84 sayfa, Adana,(Prof.Dr.Nurgül Özpoyraz).

18-Gökbulut O. Bipolar Hastalıkta Alkol-Madde Kullanımı ve Anksiyete Bozukluğu Arasındaki İlişkinin Saptanması. 2008,Prof. Dr. Mazhar Osman Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, 87 sayfa, İstanbul, (Doç.Dr.Hüsnü Erkmen).

19-Karamustafalıoğlu N, Tomruk Nb, Alpay N. İki uçlu mizaç bozukluğunda cinsiyet farklılıkları ve tedaviye yansımaları. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2004; 5:28-36.

20-Weissman NM, Bland RC, Canino GJ. Cross- national epidemiology of major depression and bipolar disorder. JAMA, 1996;276:293-299

21-Frank E. Treating Bipolar Disorder-A Clinician's Guide to Interpersonal and Social Rhythm Therapy. New York; The Guilford Press, 2005.

22-Mitchell P, Mackinnon A, Waters B. The genetics of bipolar disorder. Aust NZ J Psychiatry. 1993; 27:560-80.

23-Arısoy ÖV, Oral ET. Bipolar bozuklukla ilgili genetik araştırmalar: bir gözden geçirme. Türk Psikiyatri Dergisi. 2009; 20(3): 282-293.

24-Barnett JH, Smoller JW. The Genetics of bipolar disorder. Neuroscience.2009; 164: 331-343.

25-Taner E, Yüksel N. Affektif bozuklukların genetiği, Klinik Psikiyatri Dergisi.1998; 1: 5- 12.

26-McInnis MG. Recent advances in the genetics of bipolar disorder. Psychiatric Annals.1997; 27:482-488.

27-Hayden EP, Nurnberger JI Jr. Molecular genetics of bipolar disorder. Genes Brain Behav. 2006; 5: 85-95.

28-Claes S, Raeymaekers P, Van den Broeck M, Diependaele S, De bruyn A, Verheyen G, Wils V, Boogaerts A, Tanghe A, Godderis J, Van Broeckhoven C, Cassiman JJ.A chromosome 18 study in three large Belgian pedigrees with bipolar disorder. J Affect Disord. 1997; 43:195-205.

29-Berrettini WH, Ferraro TN, Goldin LR, Weeks DE, Detera-Wadleigh S, Nurnberger JI Jr, Gershon ES. Chromosome 18 DNA markers and manic-depressive illness: Evidence for a susceptibility gene. Proc Natl Acad Sci USA.1994; 91:5918-5921.

30-Özcan S, Abay E. Bipolar Bozukluğun Genetiği. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2004;5: 163-178.

31-Saleh A. Bipolar Bozuklukta Yaşam Olaylarının Hastalık Başlangıcından Önceki Sıklığı ve Hastalık Gidişi Üzerindeki Etkisinin Araştırılması. 2010,Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 72 sayfa, İstanbul, (Prof.Dr. Kaan Kora).

32-Yazıcı O. Bipolar-1 ve Bipolar-2 Bozuklukları. Ed: Köroğlu E, Güleç C. (Editörler). Psikiyatri Temel Kitabı. 2. Baskı. Ankara: HYB Basım Yayın, 2007; 273.

33-Üçok A, Karaveli D, Kundakçı T, Yazıcı O. Comorbidity of personality disorders with bipolar mood disorders. Compr Psychiatry. 1998; 39: 72-74.

34-Uluşahin A, Uluğ B. Clinical and personality correlates of outcome in depressive disorders in a Turkish sample. J Affect Disord. 1997; 42: 1-8.

35-Young LT, Bagby RM, Cooke RG, Parker JDA, Levitt AJ, Joffe RT. A comparison of tridimensional personality questionnaire dimensions in bipolar disorder and unipolar depression. Psychiatr Res. 1995; 58: 139-143.

36-Akdeniz F, Kesebir S, Vahip S, Saffet Gönül A. Duygudurum bozuklukları ile mizaç arasında ilişki var mı? Türk Psikiyatri Dergisi. 2004; 15: 183-190.

37-Sayın A, Aslan S. Duygudurum bozuklukları ile huy, karakter ve kişilik ilişkisi. Türk Psikiyatri Dergisi. 2005; 16: 276-283.

38-Yazıcı O, Kora K, Üçok A, Tunalı D, Turan N. Predictors of lithium prophylaxis in bipolar patients. Journal Affect Disord. 1999;55:133–142.

39-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.

40-Kim EY, Miklowitz DJ, Biuckians A, Mullen K. Life stress and the course of early-onset bipolar disorder .JournalAffect Disord. 2007; 99:37–44.

41-Alloy LB, Lyn Y, Urosevic S, Rachel E, Wagner CA. Longitudinal predictors of bipolar spectrum disorders: A behavioral approach System perspective. Clinical Psychology. Science and practice. 2009; 16:206-226.

42-Örsel S. Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Hastalarda Sosyodemografik Özellikler ve Yaşam Olaylarının Tanı ve Cinsiyet Grupları Açısından İncelenmesi. 2008,Ankara Üüniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü,Doktora tezi, 137 sayfa, Ankara, (Prof.Dr. Zafer İlbars).

43-Johnson L, Lundström O, Aberg-Wistedt A, Mathe AA. Social support in bipolar disorder: its relevance to remission and relapse. Bipolar Disord. 2003;5:2:129-137.

44-Cohen AN, Hammen C, Henry RM, Daley SE. Effects of stress and social support on recurrence in bipolar disorder Journal Affect Disord. 2004;82:143–147.

45-Ünal S, Çakıl G, Elyas Z. Taburculuk sonrası tedaviye gelmeyen psikotik hastaların özellikleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2006;7: 69-75.

46-Bowden CL. Strategies to reduce misdiagnosis of bipolar depression: Review. Psiychiatr Serv.2001; 52: 51-55.

47-Benazzi F. Bipolar bozuklukta duygudurum örüntüleri ve sınıflandırma. Current Opinion in Psychiatry Türkçe Baskı. 2006; 2: 69-78.

48-Vahip S. Bipolar Depresyon. Klinik Psikiyatri. 2004; Ek 1: 41-44.

49-Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Endicott J, Maser JD, Solomon DA, Leon AC, Rice JA, Keller MB. The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. Arch Gen Psychiatry 2002; 59:530-537.

50-Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Coryell W, Endicott J, Maser JD, Solomon DA, Leon AC, Keller MB. A prospective investigation of the natural history of the long-term weekly symptomatic status of bipolar II disorder. Arch Gen Psychiatry 2003; 60:261-269.

51-Singh V, Bowden CL. Bipolar bozukluk, karma dönemlerin tanı ve tedavisindeki gelişmeler. New Symposium Journal. 2006; 44: 23-33.

52-Şenol Coşkun K. Bipolar I Bozukluğu Olan Hastalarda Karma Donemlerin ve Hızlı Döngülü Seyrin Ortaya çıkışında Afektif Mizaç Özelliklerinin Rolü. 2008,T.C. Sağlık Bakanlığı, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 71 sayfa, İstanbul, (Doç. Dr.Medaim Yanık, Doç. Dr. Duran Çakmak).

53-Bilik E. Ötimik Bipolar Hastalarda Bilişsel İşlevlerin Tekli ve Çoklu İlaç Kullanımına Göre Kontrollerle Karşılaştırmalı Olarak İncelenmesi.2008, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 68 sayfa, İzmir, (Prof.Dr. Ayşegül Özerdem).

54-Cansever A, Özşahin A. Siklotimik Bozukluk. Duygudurum Dizisi. 2001; 5: 241-246.

55-Kuloğlu M, Çayköylü A, Albayrak Y. Siklotimik Bozukluk. Klinik Psikiyatri. 2007; 10: 216-222.

56-Uğur M. Duygudurum Bozuklukları. Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar. Uğur M, Balcıoğlu İ., Kocabaşoğlu N. (Editörler). İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Sempozyum Dizisi No:62 2008; s:59-84.

57-Karşıdağ Ç, Oral T. Siklotimik Bozukluk. Köroğlu E, Güleç C. (Editörler). Psikiyatri Temel Kitabı. 2.Baskı. Ankara: HYB Basım Yayın, 2007; s.286.

58-Yılmaz G. Bipolar Affektif Bozuklukta Komorbid Anksiyete Bozuklukları Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkilerinin Araştırılması. 2007,Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 44 sayfa, Eskişehir, (Doç.Dr. Atila Erol).

59-Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 9. baskı, Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri, Feryal Matbaası, 2002.

60-Tsai SM, Chen C, Kuo C, Lee J, Lee H, Strakowski SM. 15year outcome of treated bipolar disorder. J Affect Disord. 2001; 63:215-220

61-Zengin Eroğlu M. Bipolar Bozuklukta Koruyucu Sağaltım. 2010,Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 94 sayfa, Adana, (Prof.Dr. Nurgül Özpoyraz).

62-Serhadlı ZN. Bipolarite İndeksi İlk Görüşmede Hesaplandığında Ayrıntılı Değerlendirme ile Elde Edilen Sonuçları Öngörebilir mi? 2007,Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve

Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, 50 sayfa, İstanbul,(Doç.Dr. Medaim Yanık, Doç.Dr. Timuçin Oral).

63-Özer S, Uluşahin A, Batur S, Kabakçõ E, Saka MC.Outcome measures of interepisode bipolar patients in a Turkish sample. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2002; 37:31-7.

64-Bakım B, Özçelik B, Karamustafalıoğlu O. Psikiyatrik bozukluklarda gözlenen intihar davranışları. Düşünen Adam. 2007; 20:38-47.

65-Mitchell P, Malhi G. Bipolar depression: phenomenological overview and clinicalcharacreristics. Bipolar Disord. 2004; 6: 530-539.

66-Dalton EJ, Cate-Carter TD, Mundo E, Parikh SV, Kennedy JL. Suicide Risk in bipolar patients: the role of comorbid substance use disorders. Bipolar Disord. 2003; 5:58-61.

67-Tamam L. Bipolar bozukluk ile anksiyete bozukluğu birlikteliği: bir gözden geçirme. Türk Psikiyatri Dergisi. 2007; 18: 59-71.

68-Bauer MS, Altshuler L, Evans DR, Beresford T, Williford WO, Hauger R. Prevalence and distinct correlates of anxiety, substance, and combined comorbidity in a mult-site public sector sample with bipolar disorder. J Affect Disord. 2005; 85:301-315.

69-Frank E, Cyranowski JM, Rucci P Shear MK, Fagiolini A, Thase ME, Cassano GB, Grochocinski VJ, Kostelnik B, Kupfer DJ. Clinical significance of lifetime panic spectrum symptoms in the treatment of patients with bipolar I disorder. Arch of Gen Psychiatry. 2002; 59:905-911.

70-Tamam L, Özpoyraz N. Comorbidity of anxiety disorder among patients with bipolar I disorder in remission. Psychopathology. 2002; 35:203-209.

71-Koyuncu A, Tükel R, Özyıldırım İ, Meteris H, Yazıcı O. Impact of obsessive-compulsive disorder comorbidity on the sociodemographic and clinical features of patients with bipolar disorder. Comprehensive Psychiatry. 2010; 51:293-297.

72-Karakuş G, Tamam L. Impulse control disorder comorbidity among patients with bipolar I disorder. Comprehensive Psychiatry. 2011;52:378-385.

73-Ünal A, Kuloğlu M, Atmaca M, Geçici Ö, Tezcan E. Bipolar bozukluğa eşlik eden eksen I ve eksen II tanıları. Psychiatry in Türkiye. 2007; 9:18-25.

74-Chengappa KN, Levine J, Gershon S, Kupfer DJ. Lifetime prevalence of substance or alcohol abuse and dependence among subjects with bipolar I and II disorders in a voluntary registry. Bipolar Disord.2000; 2:191-5.

75-Cassidy F,Ahearn EP,Carroll BJ. Substance abuse in the bipolar disorder. Bipolar Disord. 2001;3:181-188.

76-Rossi A, Marınangelı MG, Buttı G, Scınto A, Dı Cıcco L, Kalyvoka A, Petruzzı C. Personality disorders in bipolar and depressive disorders. Journal Affect Disord. 2001; 65: 3–8.

77-Bajaj P. Tyrer P. Managing mood disorders and comorbid personality disorders. Current Opinion in Psychiatry. 2005; 18: 27-31.

78-Kaplan HI, Sadock BJ. Klinik Psikiyatri. Abay, E. (Çev. Ed.) Nobel Tıp Kitabevleri, 2004: s.159-188.

79-Konuk N, Kocabaşoğlu N. Bipolar affektif bozuklukta güncel tedaviler. Yeni Symposium.2000; 38: 56-62.

80-Özer SK, Uluşahin A, Kabakçı E. Bipolar hastalarda ataklar arası dönemde tedavi ve gidiş ilişkisi. Türk Psikiyatri Dergisi. 2001; 12:111-120.

81-Yüksel N. Psikofarmakoloji. İkinci baskı, Ankara, Çizgi Tıp Yayınevi, 2003.

82-Keck PE, McElroy SL, Strakowski SM. Anticonvulsants and antipsychotics in the treatment of bipolar disorder. J Clin Psychiatry. 1998; suppl 6: 74-81.

83-Özcan Y. Özcan ME. Boztepe AV. Karlıdağ R. Akut manide lityum, karbamazepin ve sodyum valproatın klinik etkinliğinin karşılaştırılması: Bir ön çalışma. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni.1999;9: 203-207.

84-Çuhadar D. Bipolar Bozukluk Tanısı Alan Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalamayı Azaltmada Psikoeğitimin Etkinliği. 2011,Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 192 sayfa, İzmir, (Prof.Dr. Olcay Çam).

85-Oral ET, Karadağ F, Özsoy T, Adanur Aİ, Uçarer N, Solukçu R, Verimli A. İki uçlu mizaç bozukluğu tedavisinde valproat: koruyucu tedavide yeni bir seçenek. Düşünen Adam. 1994; 7: 4-8.

86-Oral T. Duygudurum düzenleyicileri. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni. 1999; 9: 14-20.

87-Duran A. Psikiyatride İlaçla Tedavi. Uğur M, Balcıoğlu İ., Kocabaşoğlu N. (Editörler). Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Sempozyum Dizisi, No:62,2008; s:275-302

88-Harkın Ş. Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Tedaviye Uyumlarının Arttırılmasında Psikoeğitimsel Modelin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. 2009,Düzce Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi,Düzce.

89-Çakır S, Özerdem A. İki uçlu bozuklukta psikoterapötik ve psikososyal sağaltımlar: sistematik bir gözden geçirme. Türk Psikiyatri Dergisi. 2010; 21(2): 143-154.

90-Colom F, Vieta E. Psychoeducation Manual for Bipolar Disorder. New York: Cambridge Universty Press, 2006.

91-Alataş G, Kurt E, Tüzün Alataş E, Bilgiç V, Turan Karatepe H. Duygudurum Bozukluklarında Psikoeğitim. Düşünen Adam. 2007; 20: 196-205.

92-Rucci P, Frank E, Kostelnik B. Suicide attempts in patients with bipolar I disorder during an acute and maintenance clinical trial. Am J Psychiatry. 2002;159:1160–1164.

93-Rea MM, Tompson M, Miklowitz DJ, Goldstein MS, Hwanq S, Mintz J. Family focused treatment versus individual treatment for bipolar disorder: results of a randomized clinical trial. J Consult Clin Psychol. 2003; 71:482–492.

94-Miklowitz DJ, George EL, Richards JA. A randomized study of family focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. Arch Gen Psychiatry. 2003; 60:904–912.

95-Scott J, Garland A, Moorhead S; A pilot study of cognitive therapy in bipolar disorders. Psychol Med. 2001; 31: 459–67.

96-Gomes BC, Abreu LN, Brietzke E, Caetano SC, Kleinman A, Nery FG, Lafer B. A randomized controlled trial of cognitive behavioral group therapy for bipolar disorder. Psychother Psychosom. 2011; 80:144-150.

97-Cameron C. Patient Compliance: Recognition of Factors Involved and suggestions for promoting compliance with therapeutic regimens. Journal of Advanced Nursing.1996; 24: 244–250.

98-Meriç M. Anksiyolitik ve Antidepresan Kullanan Bireylerin Tedaviye Uyumlarının İncelenmesi. 2006, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi,61 sayfa, Ankara, (Yrd. Doç.Dr. Fahriye Oflaz).

99-Nose M, Barbui C, Gray R, Tansella M. Clinical interventions for treatment non-adherence in psychosis: meta-analysis. Br J Psychiatry. 2003; 183:197-206.

100-Colom F, Vieta E, Tacchi MJ, Sánchez-Moreno J, Scott J. Identifying and improving non-adherence in bipolar disorders. Bipolar Disord. 2005; 7 (suppl 5): 24–31.

101-Adams J, Scott J. Predicting medication adherence in severe mental disorders. Acta Psychiatrica Scand. 2000; 101:119-124.

102-Özkırış A. Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastalarda İçgörü ve Duygu Dışavurum ile İlişkisi.2011, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 63 sayfa, Eskişehir, (Prof.Dr. Gökay Aksaray).

103-Öztürk S. Şizofreni Hastalarında Yaşam Kalitesinin; Pozitif Belirtiler, Negatif Belirtiler, Depresyon ve İçgörü ile İlişkisi. 2010, Zonguldak Karaelmas Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 93 sayfa, Zonguldak, (Doç.Dr. Nuray Atasoy).

104-Amador XF, Flaum M, Andreasen NC. Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. Arch Gen Psychiatry. 1994;51: 826–36.

105-Üstünsoy Çobanoğlu ZS. Aker T, Çobanoğlu N. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum sorunları. Düşünen Adam. 2003; 16: 211-218.

106-Güçlü O, Karaca O. Yıldırım B, Özköse MM, Erkıran M. Bipolar bozuklukta içgörü ile klinik özelliklerin ilişkisi. Türk Psikiyatri Dergisi. 2011; 22: 230-238.

107-Compton MT. Barriers to initial outpatient treatment engagement following first hospitalization for a first episode of nonaffective psychosis: a descriptive case series. J Psychiatr Pract. 2005; 11:62-69.

108-Yılmaz S. Psikiyatri Hastalarında İlaç Yan Etkileri ve İlaç Uyumu. 2004,İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi,108 sayfa, İstanbul, (Doç.Dr. Sevim Buzlu).

109-Coldham EL, Addington J, Addington D. Medication adherence of individuals with a first episode of psychosis. Acta Psychiatr Scand. 2002; 106:286-290.

110-Bahar A, Savaş HA. Bahar G. Psikiyatri hastalarında tıp dışı yardım arama davranışlarının değerlendirilmesi. New Symposium, 2010;48: 216-222.

111-Koç A. Kronik Psikoz Hastalarında Tedavi Uyumunun ve Tedavi Uyumu ile İlişkili Etkenlerin Değerlendirilmesi. 2006, Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 88 sayfa, Ankara, (Prof.Dr. Erdal Işık).

112-Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Med Care. 1986;24: 67–74.

113-Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Gordon FK. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. J Pers Assess. 1988; 52:30-41.

114-Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. Br J Psychiatry.1978;133:429-435.

115-Hamilton M. A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatr.1960; 23: 56-62.

116-David AS. Insight and psychosis. Br J Psychiatry. 1990;156:798-808.

117-Rigby D. Adherence assessment tools: Drugs don't work when they're not taken. The Australıan Journal of Pharmacy. 2007;88: 32-33.

118-Morisky DE, DiMatteo MR. Improving the measurement of self-reported medication nonadherence: Final response. Journal of Clinical Epidemiology. 2011;64: 262-263.

119-Muslu S. Şizofrenide Sosyal Desteğin ve Aile Tutumunun Hastanın Tedaviye Uyumu Üzerindeki Etkisinin Araştırılması. 2010, Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 80 sayfa, Ankara, (Prof.Dr. Turan Engin).

120-Eker D, Arkar H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği. Türk Psikoloji Dergisi.1995;10: 45-55.

121-Eker D, Arkar H, Yaldız H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği. Türk Psikiyatri Dergisi.2001;12: 17-25.

122-Aslan S, Günay Kılıç B, Karakılıç H, Coşar B, Işıklı S, Işık E. İçgörünün üç bileşenini değerlendirme ölçeği: güvenilirlik ve geçerlik çalışması. Türkiye'de Psikiyatri.2001; 3:17-24.

123-Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2009: s.117, 135.

124-İnanlı İ. Şizofreni Hastalarında Limbik Aktivasyon ile Bölgesel Beyin Kan Akımlarının Değerlendirilmesi.2005,Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Isparta, (İbrahim Eren)

125-Uçar Altınay C. Şizofren Hastalarda Alkol Madde Kullanım Bozukluğu Komorbiditesi ve Komorbiditenin Hastalık Gidişine Etkileri. 2005,Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1.Psikiyatri Birimi, Uzmanlık Tezi, 169 sayfa, İstanbul, (Prof.Dr.Musa Tosun, Dr.Nihat Alpay).

126-Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, Türkçapar H, İşcan N, Özbay H. Hamilton depresyon derecelendirme ölçeğinin geçerliliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi.1996; 4: 251-259.

127-Karadağ F, Oral ET, Yalçın FA, Erten E. Young mani derecelendirme ölçeğinin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi. 2001; 13: 107-114.

128-Büyüköztürk Ş. Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı. Ankara: Pegem Akademi, 2009.

129-Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde güvenirlik ve geçerlik. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2004; 30: 211-216.

130-Tavşancıl E. Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile Veri analizi. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, 2006.

131-Büyüköztürk Ş. Faktör analizi: Temel kavramlar ve ölçek geliştirmede kullanımı. Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi. 2002; 32: 470-483.

132-Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward H. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. J Clin Hypertens. 2008;10: 348-354.

133-Sajatovic M, Davies M, Hrouda DR. Enhancement of treatment adherence among patients with bipolar disorder. Psychiatric Services. 2004; 55: 264-269.

134-Berk M, Berk L, Castle D. A collaborative approach to the treatment alliance in bipolar disorder. Bipolar Disord. 2004: 6: 504–518

135-Frank E, Kupfer DJ, Siegel LR. Alliance to compliance: a philosophy of outpatient care. J Clin Psychiatry. 1995; 56: 11–17.

136-Cramer JA, Rosenheck R. Compliance with medication regimens for mental and physical disorders. Psychiatr Serv.1998; 49:196-201.

137-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.

138-Baldessarini RJ, Perry R, Pike J. Factors associated with treatment nonadherence among US bipolar disorder patients. Hum Psychopharmacol Clin Exp. 2008; 23:95-105.

139-Lingam R, Scott J. Treatment non-adherence in affective disorders. Acta Psychiatr Scand. 2002; 105: 164–172.

140-Mahaye S, Mayime T, Nkosi S, Mahomed FN, Ntuli L, Pramlal J, Setlhabana O, Oosthuizen F. Medication adherence of psychiatric patients in an outpatient setting African Journal of Pharmacy and Pharmacology. 2012; 6: 608-612.

141-Ervatan SÖ, Özel A, Türkçapar H, Atasoy N. Depresif Hastalarda Tedaviye Uyum: Doğal İzlem Çalışması. Klinik Psikiyatri. 2003; 6: 5-11.

142-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.

143-Samalin L, Charpeaud T, Lorabi O, Liorca PM. Patient perspectives on use of long-acting antipsychotics in bipolar disorder: focus on risperidone injection. Patient Prefer Adherence. 2010;4:325-334.

144-Hou R, Cleak V, Peveler R. Do treatment and illness beliefs influence adherence to medication in patients with bipolar affective disorder? A preliminary cross-sectional study. Eur. Psychiat. 2010; 25: 216-219.

145-Angermeyer M, Matschinger H. The stigma of mental illnesses: effects of labeling on public attitudes towards people with mental disorder. Acta Pscychiatr Scand. 2003;108: 304-309.

146-Özerdem A, Tunca Z, Kaya N. The relatively good prognosis of bipolar disorders in a Turkish bipolar clinic. J Affect Disord. 2001; 64:27-34.

147-Bates JA, Whitehead R, Bolge SC, Kim E. Correlates of medication adherence among bipolar disorder: Results of the bipolar evaluation of satisfaction and tolerability (BEST) study: A nationwide cros-sectional survey. Prim Care Companion J Clin Psychiatry. 2010;12:1-10.

148-Sajatovic M, Ignacio RV, West JA, Cassidy KA, Safavi R, Kilbourne AM, Blow FC. Predictors of nonadherence among individuals with bipolar disorder receiving tratment in a community mental health clinic. Comprehensive Psychiatry. 2009;50:100-107.

149-Kessing LV, Hansen HV, Bech P. Attitudes and beliefs among patients treated with mood stabilizers. Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health. 2006;2:8.

150-Özalmete EO. Bipolar Bozuklukta Başlangıç Yaşının Afektif Mizaç Özellikleri ve Bozukluğun Boyutsal Özellikleri ile İlişkisi. 2009,T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof.Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 13. Psikiyatri Kliniği, Uzmanlık Tezi, 74 sayfa, İstanbul, (Dr. Ahmet Türkcan, Doç Dr. Timuçin Oral)

151-Akkaya C, Altın M, Kora K, Karamustafalıoğlu N, Yaşan A, Tomruk N, Kurt E. Türkiye'de bipolar I bozukluğu hastalarının sosyodemografik ve klinik özellikleri-HOME çalışması. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni. 2012; 22: 31-42.

152-Ak M, Yavuz F, Lapsekili N, Türkçapar MH. Kronik psikiyatrik bozukluğu bulunan hastaların ve bakım verenlerinin bakım yükü açısından değerlendirilmesi. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi. 2012; 25: 330-337.

153-Okan İbiloğlu A, Çayköylü A. Akrabalarında ruhsal bozukluk tespit edilen, bipolar ve unipolar affektif bozukluklu hastalarda klinik özellikler. New Synposium Journal.2011; 49: 19-26.

154-Goldberg JF, Harrow M. Course and outcome in bipolar affective disorder: A longitudinal follow-up study. Am J Psychiatry.1995;152: 379-384.

155-Berk L, Hallam KT, Colom F, Vieta E, Hasty M, Macneil C, Berk M. Enhancing medication adherence in patients with bipolar disorder. Hum Psychopharmacol Clin Exp. 2010; 25: 1–16.

156-Morselli PL, Elgie R, Cesana BM. 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.2003;5: 265–278.

157-Morselli PL, Elgie R, Cesana BM. GAMIAN-Europe/BEAM survey II- cross-national analysis of unemployment, family history, treatment satisfaction and impact of the bipolar disorder on life style. Bipolar Disord.2004; 6:487–497.

158-Scott J, Pope M. Non-adherence with mood stabilisers, prevalence and predictors. J Clin Psychiatry.2002;65: 384–390.

159-Clatworthy J, Bowskill R, Rank T, Parham R, Horne R. Adherence to medication in bipolar disorder: a qualitative study exploring the role of patients beliefs about the condition and its treatment. Bipolar Disord.2007;9: 656–664.

160-Tel H, Doğan S, Özkan B, Çoban S. Hasta yakınlarına göre kronik psikiyatrik bozukluğu olan hastaların tedaviye uyumu. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi.2010;1(1): 7-12.

161-Solomon P, Drain J, Mannion E, Meisel M. Impact of brief family psychoeducation on self-efficacy. Schizophrenia Bulletin.1996;22:41-50.

162-Yıldız M, Yazıcı A, Ünal S, Aker T, Özgen G, Ekmekçi H, Duy B, Torun F, Ünsal G, Coşkun S, Sipahi B, Çakıl G, Eryıldız M. Şizofreninin ruhsal-toplumsal tedavisinde sosyal beceri eğitimi: Belirtilerle başetme ve ilaç tedavisi yaklaşımının Türkiye'de çok merkezli bir uygulaması. Türk Psikiyatri Derg. 2002; 13:41-47.

163-Yıldırım A, Ekinci M. Ruhsal eğitimin şizofreni hastalarının ailelerinin aile işlevleri, hastaların sosyal destek düzeyleri ve tedaviye uyum üzerine etkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2010;11:195-205.

164-Boyacıoğlu H, Güneri P. Sağlık araştırmalarında kullanılan temel istatistik yöntemler. Hacettepe Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi. 2006; 30:33-39.

165-Tondo L, Hennen J, Baldessarini RJ. Lower suicide risk with long-term lithium treatment in major affective illness: a meta-analysis. Acta Psychiatr Scand. 2001;104: 163–172.

166-Geddes JR, Burgess S, Hawton K, Jamison K, Goodwin GM. Long-term lithium therapy for bipolar disorder: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Am J Psychiatry. 2004; 161: 217–222.

167-Bowden CL, Calabrase JR, McElroy SL, Gyulai L, Waasef A, Petty F, Pope Jr. HG, Chou JC, Keck Jr.PE, Rhodes LJ, Swann AC, Hirschfeld RM, Wozniak PJ. A randomized, placebo-contolled 12- month trial of divalproex and lithium in treatment of outpatients with bipolar I disorder.Divalproex Maintanence Study Group. Archieves of General Psychiatry. 2000;57: 481-489.

168-Calabrase JR, Bowden CL, Sachs G, Yatham LN, Behnke K, Mehtonen OP, Montgomery P, Ascher J, Paska W, Earl N, DeVeaugh-Gess J. A placebo-controlled 18-month trial lamotrigine and lithium maintenance treatment in recently depressed patients with bipolar I disorder. J Clin Psychiatry. 2003;64:1013-1024.

169-Tel H, Terakye G. Sizofrenik hasta ailelerine yönelik bir psikoegitimsel yaklasım uygulaması denemesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi.2000;1:133–142.

170-Day JC, Bentall RP, Roberts C, Randall F, Rogers A, Cattell D. Attitudes toward antipsychotic medication: The impact of clinical variables and relationships with health professionals. Arch Gen Psychiatr. 2005; 62:717-724.

171-Dankı D, Dilbaz N, Okay İT, Telci Ş. Şizofreni tanısı alan hastalarda İçgörünün aile öyküsü, pozitif ve negatif belirtilerle ilişkisi. Türk Psikiyatri Dergisi. 2007; 18: 129-136.

172-Cassidy F. Insight in bipolar disorder: Relationship to episode subtypes and symptom dimensions. Neuropsychiatric Disease and Treatment. 2010; 6: 627-631.

EKLER:

EK: 1

HASTA BİLGİ FORMU

ADI SOYADI		**FORM NO**	
HASTANE PROTOKOL NO			
POLİKLİNİK DOSYA NO			
ADRES			
TELEFON			
KULLANILAN DUYGUDURUM DÜZENLEYİCİ	**1.**	**DOZU**	
	2.	**DOZU**	
	3.	**DOZU**	

TANI	
İLAÇ KAN DÜZEYLERİ	

HASTANIN

1) Yaşı : ……..
2) Cinsiyet
    1) Erkek
    2) Kadın
3) Eğitim Durumu
    1) Okuryazar değil
    2) Okuryazar
    3) İlkokul
    4) Ortaokul
    5) Lise
    6) Üniversite

4) Medeni Durumu:
    1) Bekar
    2) Evli
    3) Dul (Eşi Ölmüş)
    4) Boşanmış
5) Sosyal Güvenlik Durumu
    1) Var
    2) Yok
6) Çalışma Durumu
    1) Çalışıyor
    2) Çalışmıyor (İşsiz …./ Ev hanımı …./ Öğrenci ….)
7) Eğer çalışıyorsanız düzenli devam ediyor musunuz?
    1) Evet
    2) Hayır
8) Mesleki Durumu
    1) İşçi
    2) Memur
    3) Serbest Meslek
    4) Emekli
    5) Diğer
9) Yaşadığı yer
    1) İl
    2) İlçe
    3) Kasaba
    4) Köy
10) Alkol kullanımı
    1) Var …….süredir
    2) Yok
11) Sigara kullanımı
    1) Var …….süredir
    2) Yok
12) Başka madde kullanımı
    1) Var ……. Süredir (Belirtiniz) ……maddesi
    2) Yok
13) Sosyal destek
    1) Var
    2) Yok
    3) Yetersiz

14) İntihar girişimi öyküsü
    1) Var
    2) Yok
15) Ailede ruhsal hastalık öyküsü
    1) Var
    2) Yok
16) Polikliniğe başvuru şekli
    1) Kendi isteğiyle
    2) Ailesinin isteği / zoruyla
17) Son bir yıl içerisinde takip / muayene sayısı …….
18) Eşlik eden hastalıklar
    1) Yok
    2) Psikiyatrik (……)
    3) Tıbbi (……)
19) Hastalığın başlangıç yaşı:……
20) Hastalık süresi ……
21) İlk Hastalık Dönemi
    1) Öforik mani
    2) Karma dönem
    3) Hipomani
    4) Depresyon
    5) İrritabl mani
    6) Diğer
22) Ortaya çıkışta yaşam olayı
    1) Yok
    2) Var (……)
    3) Yetersiz bilgi
23) Hastalığın gidişatı
    1) Mani ağırlıklı
    2) Depresyon ağırlıklı
24) Bu güne kadar geçirilen atak sayısı……..
25) En son atağın geçirildiği tarih ……..
26) İki uçlu bozukluk nedeniyle yatarak tedavi görme sayısı …….
27) En son yatış zamanı……
28) Hastalık ve ilaçlar hakkında psiko-eğitim aldınız mı?
    1) Evet
    2) Hayır
29) Kullanılan ilaçlar hakkında bilginiz var mı?
    1) Var
    2) Yok

30) Kullanılan ilaçların yan etkisi hakkında bilginiz var mı?
    1) Var
    2) Yok
31) İlaçlarınızı düzenli olarak kullanıyor musunuz?
    1) Evet
    2) Hayır
32) Son on gün içerisinde kullanmanız gereken ilaçlardan almadığınız oldu mu?
    1) Olmadı
    2) Bir doz almadım
    3) İki – üç doz almadım
    4) Dört ve üzeri doz almadım
33) Son bir ay içerisinde kullanmanız gereken ilaçları almadığınız oldu mu?
    1) Olmadı
    2) En fazla % 30'unu kullanmadım
    3) % 30'dan daha fazlasını kullanmadım
34) Ekonomik sorunlardan dolayı ilaç alamadığınız oldu mu?
    1) Evet
    2) Hayır
35) Tedaviden fayda görmediğinizi düşünerek ilaçlarınızı kullanmayı bıraktığınız oldu mu?
    1) Evet
    2) Hayır
36) Çevrenizin ilaç tedavinize karşı tutumu sizce nasıldır?
    1) Olumlu
    2) Olumsuz
37) Çevrenizin ilaç tedavisine karşı olumsuz tutumundan dolayı ilaçlarınızı kullanmayı bıraktığınız oldu mu?
    1) Evet
    2) Hayır
38) İlaçların yan etkilerini yaşıyor musunuz?
    1) Evet
    2) Hayır
39) İlaç yan etkilerinden dolayı ilaçlarınızı kullanmayı bıraktığınız oldu mu?
    1) Evet
    2) Hayır

EK: 2

HASTA YAKINI BİLGİ FORMU

FORM NO	
HASTA YAKINI ADI SOYADI	
HASTA ADI SOYADI	

Lütfen, aşağıdaki sorulara sizin için uygun olan tek bir cevabı veriniz.

1. Hastanıza yakınlık dereceniz nedir?
    1) Babası
    2) Annesi
    3) Çocuğu
    4) Eşi
    5) Kardeşi
    6) Arkadaşı
2. Hastanızın hastalığı ile ilgili yeterince bilgiye sahip misiniz?
    1) Evet
    2) Hayır
3. Hastanız ilaçlarını düzenli olarak kullanır mı?
    1) Evet
    2) Hayır
4. Hastanızın tedaviye uyumu
    1) Tedaviye uyumlu
    2) Tedaviye uyumsuz
5. Hastanızın ilaç kullanma durumu
    1) Kendi isteğiyle kullanır
    2) Zorla kullanır
    3) Kullanmaz

EK: 3

MORİSKY İLAÇ UYUM ÖLÇEĞİ

İki Uçlu Bozukluk sorununuz için ilaç kullandığınızı belirttiniz. Bireyler kendilerinin ilaç kullanma davranışlarıyla ilgili çeşitli konuları tanımladılar. Bu çerçevede sizin ilaç kullanma konusundaki deneyimleriniz bizim için önemlidir. Aşağıdaki yer alan sorularda doğru veya yanlış cevap yoktur. Bu hastalığınızla (İki uçlu bozukluk) ilgili sizin kişisel ilaç kullanma deneyiminize dayanarak aşağıdaki her bir soruyu cevaplandırınız.

KULLANDIĞINIZ İLAÇ/İLAÇLARIN ADI	[ ] Lityum (Lithuril) [ ] Valproat (Depakin) [ ] Karbamazepin

SIRA NO	Lütfen her maddeyle ilgili düşüncenizi yandaki kutuya işaretleyiniz.	EVET	HAYIR
1	İlaç almayı hiç unuttuğunuz oldu mu?	O	O
2	İlacınızı almayı hatırlamak konusunda sorun yaşıyor musunuz?	O	O
3	Kendinizi iyi hissettiğinizde ilacınızı almayı kestiğiniz olur mu?	O	O
4	Bazen ilacınızı aldığınızda kendinizi kötü hissederseniz, ilaç kullanmayı bırakır mısınız?	O	O

EK: 4

ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

HASTA ADI SOYADI	

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Size doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet

2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet

3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet

4. İhtiyacım olan duygusal yardım ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) 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 güvenirim.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet

8.Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) 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. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet

11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) 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

AİLE		**ARKADAŞ**		**ÖZEL BİRİ**		**TOPLAM**	

EK: 5

İÇGÖRÜ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (İDÖ)

ADI SOYADI		**GÖRÜŞMECİ**	
CİNSİYETİ		**YAŞI**	

1	Herhangi bir hastalığı olduğunu düşünüyor mu?	0	Hayır
		1	Bazen
		2	Evet
2	Bir akıl / ruh hastalığı olduğunu kabul ediyor mu?	0	Hayır
		1	Şüpheleri var
		2	Evet
3	Bu hastalığı nasıl açıklıyor?	0	Hezeyanlı açıklama
		1	Bilmiyor
		2	Sosyokültürel düzeyine göre kabul edilebilir açıklama
4	Yaşantılarını patolojik/farklı olarak değerlendiriyor mu?	0	Kesinlikle karşı çıkıyor
		1	Telkin edilebilir
		2	Evet
5	Semptomlarını nasıl açıklıyor?	0	Dış güçlere, hezeyanlarına bağlıyor
		1	Yorgunluk, stres gibi dış etkenler
		2	Hastalığının bir parçası olarak
6	Tedavi için kendi talebi var mı?	0	Hayır
		1	Bazen
		2	Evet
7	Tedaviyi kabul ediyor mu?	0	Hayır (Zor kullanarak)
		1	Bazen
		2	Evet
8	Neden tedaviyi kabul ediyor?	0	Zorunlu olduğu için “ başka çare yok”
		1	Başkalarının isteği/başka amaçlar için
		2	Şikayetlerini ortadan kaldıracağı için
9	Önceki hastalıklarını nasıl değerlendiriyor?	0	Hiçbir zaman hastalığını kabul etmiyor
		1	Geçiştiriyor
		2	Doğru, kabul edilebilir açıklama
TOPLAM PUAN			
PUAN (B)			

EK: 6

HAMİLTON DEPRESYON DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

HASTA ADI SOYADI		I.VİSİT			II. VİSİT			III. VİSİT		
DOĞUM TARİHİ		GÜN	AY	YIL	GÜN	AY	YIL	GÜN	AY	YIL
DOSYA NO										
1.Depresif ruh hali (keder, ümitsizlik, çaresizlik, değersizlik) 0.yok 1. Yalnızca soruları cevaplarken anlaşılıyor. 2. Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor. 3. Hastada bunların bulunduğu, yüz ifadesinden, postüründen, sesinden ve ağlamasından anlaşılıyor. 4. Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu, konuşma sırasında sözlü ya da sözsüz olarak belirtiyor.										
2.Suçluluk duyguları 0. Yok 1. Kendi kendini kınıyor, insanları üzdüğünü sanıyor. 2. Eski yaptıklarından dolayı suçluluk hissediyor. 3. Şimdiki hastalığını ceza olarak görüyor. Suçluluk hezeyanları. 4. Kendisini ihbar ya da itham eden sesler işitiyor ve/veya kendisini tehdit eden görsel halüsinasyonlar görüyor.										
3.İntihar 0. Yok 1. Hayatı yaşamaya değer bulmuyor. 2. “Keşke ölmüş olsaydım” diye düşünüyor ya da benzer düşünceler besliyor. 3. İntiharı düşünüyor ya da bu düşüncesini belli eden jestler yapıyor. 4. İntihar girişiminde bulunmuş (herhangi bir ciddi girişim 4 puanla değerlendirilir.)										
4.Uykuya dalamamak 0. Bu konuda zorluk çekmiyor. 1. Bazen gece yattığında yarım saat kadar uyuyamadığından şikayetçi. 2. Gece boyunca gözünü bile kırpmadığından şikayet ediyor.										
5.Gece yarısı uyanmak 0. Herhangi bir sorun yok. 1. Sabah erkenden uyanıyor ama sonra tekrar uykuya dalıyor. 2. Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor.										
6.Sabah erken uyanmak 0. Herhangi bir sorun yok 1. Sabah erkenden uyanıyor ama sonra tekrar uykuya dalıyor. 2. Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor.										
7.Çalışma ve aktiviteler 0. Herhangi bir sorun yok. 1. Aktiviteleriyle, işiyle ya da boş zamanlardaki meşguliyetleriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor. 2. Aktivitelerine, işine ya da boş zamanlardaki meşguliyetlerine karşı olan ilgisini kaybetmiş; bu durum ya hastanın bizzat kendisi tarafından bildiriliyor ya da başkaları onun kayıtsız, kararsız, mütereddit olduğunu belirtiyor (işinden ve aktivitelerinden çekilmesi gerektiğini düşünüyor). 3. Aktivitelerinde harcadığı süre ya da üretimi azalıyor. 4. Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış.										

8.Retardasyon (düşünce ve konuşmalarda yavaşlama, konsantrasyon yeteneğinde bozulma, motor aktivitede azalma). 0. Düşünce ve konuşması normal. 1. Görüşme sırasında hafif retardasyon hissediliyor. 2. Görüşme sırasında açıkça retardasyon hissediliyor. 3. Görüşmeyi yapabilmek çok zor. 4. Tam stuporda.			
9.Ajitasyon 0. Yok 1. Elleriyle oynuyor, saçlarını çekiştiriyor. 2. Ellerini ovuşturuyor, tırnak yiyor, dudaklarını ısırıyor.			
10.Psişik anksiyete 0. Herhangi bir sorun yok. 1. Subjektif gerilim ve irritabilite. 2. Küçük şeylere üzülüyor. 3. Yüzünden ya da konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor. 4. Korkularını daha sorulmadan anlatıyor.			
11.Somatik anksiyete 0. Yok 1. Hafif 2. Ilımlı 3. Şiddetli 4. Çok şiddetli			
12.Gastrointestinal somatik semptomlar 0. Yok 1. İştahsızlık, karnının şiş olduğunu söylüyor. 2. Barsakları ya da gastrointestinal semptomları için ilaç istiyor ya da ilaca ihtiyaç duyuyor.			
13.Genel somatik semptomlar 0. Yok 1. Ekstremitelerde, sırtında ya da başında ağırlık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrısı, kaslarda sızlama. Enerji kaybı, kolayca yorulma. 2. Herhangi bir kesin şikayet 2 puanla değerlendirilir.			
14.Genital semptomlar (libido kaybı, adet bozuklukları vb.) 0. Yok 1. Hafif 2. Şiddetli 3. Anlaşılamadı.			
15.Hipokondriaklık 0. Yok 1. Kuruntulu 2. Aklını sağlık konularına takmış durumda 3. Sık sık şikayet ediyor, yardım istiyor. 4. Hipokondriaklık delüzyonları.			
16.Zayıflama (A ya da B'yi doldurunuz) A.Tedavi öncesinde (anamnez bulguları) 0. Kilo kaybı yok 1. Önceki hastalığına bağlı olası zayıflama 2. Kesin (hastaya göre) kilo kaybı. B.Psikiyatr tarafından haftada bir yapılan hastanın tartıldığı kontrollerde 0. Haftada 0.5 kg'dan daha az zayıflama 1. Haftada 0.5 kg'dan daha fazla zayıflama			
17.Durumu hakkında görüşü. 0. Hasta ve depresyonda olduğunun bilincinde. 1. Hastalığını biliyor ama bunu iklime, kötü yiyeceklere, virüslere, istirahateihtiyacı olmasına bağlıyor. 2. Hasta olduğunu kabul etmiyor.			
TOPLAM PUAN			

EK: 7

YOUNG MANİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ						
HASTA ADI SOYADI						
	KONTROL TARİHLERİ					
1. YÜKSELMİŞ DUYGUDURUM						
0. Yok						
1. Hafifçe yüksek veya görüşme sırasında yükselebilen						
2. Belirgin yükselme hissi; iyimserlik, kendine güven, neşelilik hali						
3. Yükselmiş; yersiz şakacılık						
4. Öforik; yersiz kahkahalar, şarkı söyleme						
2. HAREKET VE ENERJİ ARTIŞI						
0. Yok						
1. Kendini enerjik hissetme						
2. Canlılık; jestlerde artış						
3. Artmış enerji; zaman zaman hiperaktivite, yatıştırılabilen huzursuzluk						
4. Eksitasyon; sürekli ve yatıştırılamayan hiperaktivite						
3. CİNSEL İLGİ						
0. Artma yok						
1. Hafif ya da olası artış						
2. Sorulduğunda kişinin belirgin artış tanımlaması						
3. Cinsel içerikli konuşma, cinsel konular üzerinde ayrıntılı durma, kişinin artmış cinselliğini kendiliğinden belirtmesi						
4. Hastalara tedavi ekibine ya da görüşmeciye yönelik aleni cinsel eylem						
4. UYKU						
0. Uykuda azalma tanımlamıyor						
1. Normal uyku süresi 1 saatten daha az kısalmıştır						
2. Normal uyku süresi 1 saatten daha fazla kısalmıştır						
3. Uyku ihtiyacının azaldığını belirtiyor						
4. Uyku ihtiyacı olduğunu inkar ediyor						
5. İRİTABİLİTE						
0. Yok						
2. Kendisi arttığını belirtiyor						
4. Görüşme sırasında zaman zaman ortaya çıkan iritabilite, son zamanlarda gittikçe artan öfke veya kızgınlık atakları						
6. Görüşme sırasında sıklıkla iritabl, kısa ve ters yanıtlar veriyor						
8. Düşmanca; işbirliğine girmiyor, görüşme yapmak olanaksız						

6. KONUŞMA HIZI VE MİKTARI						
0. Artma yok						
2. Kendini konuşkan hissediyor						
4. Ara ara konuşma miktarı ve hızında artma, gereksiz sözler ve laf kalabalığı						
6. Baskılı; durdurulması güç, miktarı ve hızı artmış konuşma						
8. Basınçlı; durdurulamayan, sürekli konuşma						
7. DÜŞÜNCE YAPI BOZUKLUĞU						
0. Yok						
1. Çevresel; hafif çelinebilir; düşünce üretimi artmış						
2. Çelinebilir; amaca yönelememe; sık sık konu değiştirme; düşüncelerin yarışması						
3. Fikir uçuşması; teğetsellik; takibinde zorluk; uyaklı konuşma; ekolali						
4. Dikişsizlik; iletişim olanaksız						
8. DÜŞÜNCE İÇERİĞİ						
0. Normal						
2. Kesin olmayan yeni ilgi alanları, planlar						
4. Özel projeler; aşırı dini uğraşlar						
6. Büyüklük veya paranoid fikirler; alınma fikirleri						
8. Sanrılar; varsanılar						
9. YIKICI - SALDIRGAN DAVRANIŞ						
0. Yok, işbirliğine yatkın						
2. Alaycı, küçümseyici; savunmacı tutum içinde, zaman zaman sesini yükseltiyor						
4. Tehdide varacak derecede talepkar						
6. Görüşmeciyi tehdit ediyor; bağırıyor; görüşmeyi sürdürmek güç						
8. Saldırgan; yıkıcı; görüşme olanaksız						
10. DIŞ GÖRÜNÜM						
0. Durum ve koşullara uygun giyim ve kendine bakım						
1. Hafif derecede dağınıklık						
2. Özensiz giyim, saç bakımı ve giyimde orta derecede dağınıklık, gereğinden fazla giysilerin olması						
3. Dağınıklık; açık saçık giyim, gösterişli makyaj						
4. Darmadağınıklık; süslü, tuhaf giysiler						
11. İÇGÖRÜ						
0. İçgörüsü var; hasta olduğunu ve tedavi gerektiğini kabul ediyor						
1. Hastalığı olabileceğini düşünüyor						
2. Davranışlarındaki değişiklikler olduğunu itiraf ediyor, ancak hastalığı olduğunu reddediyor						
3. Davranışlarında olasılıkla değişiklikler olduğunu itiraf ediyor; ancak hastalığı reddediyor						
4. Herhangi bir davranış değişikliği olduğunu inkar ediyor						
PUAN						

EK: 8

T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK DEĞERLENDİRME KOMİSYONU

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYI

BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	
	ARAŞTIRMA ADI	İki Uçlu Bozukluk Tanısı Almış Hastalarda Morisky Uyum Ölçeği'nin Türkçe Geçerlilik Güvenilirlik Çalışması ve Duygudurum Düzenleyici Kullanan Hastaların Kan Düzeyi Ölçümleri İle Tedaviye Uyumları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi
	SORUMLU ARAŞTIRICI UNVAN/ADI-SOYADI	Prof.Dr.Haluk A. SAVAŞ G.Ü.Tıp Fak. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.
	YARDIMCI ARAŞTIRICI UNVANI/ADI-SOYADI	Öğr.Gör.Güven BAHAR G.Ü. Sağ. Hiz. MYO
	KOORDİNATÖR MERKEZ	
	DESTEKLEYİCİ	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Değişiklik No/Tarihi	Dili
	PROTOKOL	-	-
	ARAŞTIRICI BROŞÜRÜ	-	-
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLURU	-	-
	OLGU RAPOR FORMU	-	-

ÇALIŞMA ESASI	İYİ KLİNİK UYGULAMALARI KLAVUZU
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 05/2011-19 Tarih: 05.05.2011
	Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında yapılması planlanan ve yukarıda adı geçen klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgelerin araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak 05.05.2011 tarihli Etik Kurul toplantısında incelenmesi sonucunda, adı geçen araştırmanın yapılmasının uygunluğuna toplantıya katılan üyelerin oy birliği ile karar verilmiştir.

ETİK KURUL ÜYELERİ

Unvanı/Adı-Soyadı/ Etik Kurul Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Doç.Dr.Belgin ALAŞEHİRLİ Başkan	Farmakoloji	G.Ü.Tıp Fak. Farmakoloji A.D.	K	□ E √ H	√ E □ H	
Prof.Dr.Vedat DAVUTOĞLU	Kardiyoloji	G.Ü.Tıp Fak. Kardiyoloji A.D	E	□ E √ H	√ E □ H	
Prof.Dr.Serdar ÜŞÜMEZ Raportör/Üye	Diş Hekimi	G.Ü. Diş Hek. Fak.	E	□ E √ H	□E √H	Katılmadı
Doç.Dr.Ercan SİVASLI Üye	Pediatri	G.Ü.Tıp Fak. Pediatri A.D.	E	□ E √ H	√E □H	
Doç.Dr.Ş.Nur AKSOY Üye	Biyokimya	G.Ü.Tıp Fak. Biyokimya A.D.	K	□ E √ H	√ E □ H	
Yrd.Doç.Dr.Beyhan CENGİZ Üye	Fizyoloji	G.Ü.Tıp Fak. Fizyoloji A.D.	E	□ E √ H	√E □H	
Ecz.Ahmet BOŞNAK Üye	Eczacı	G.Ü. Tıp Fak. Farmakoloji A.D.	E	□ E √ H	√E □H	

* Araştırma ile ilişki
** Toplantıda Bulunma

EK: 9

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Araştırmanın Adı : " İki Uçlu Bozukluk Tanısı Almış Hastalarda Morisky Uyum Ölçeği'nin Türkçe Geçerlilik Güvenilirlik Çalışması ve Duygudurum Düzenleyici Kullanan Hastaların Kan Düzeyi Ölçümleri İle Tedaviye Uyumları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi"

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

İki Uçlu Bozukluk tanısı almış hastalarda Morisky Uyum Ölçeği'nin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasının yapılması ve duygudurum düzenleyici kullanan hastaların kan düzeyi ölçümleri ile tedaviye uyumları arasındaki ilişkinin saptanması amaçlanmıştır.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için iki uçlu bozukluk tanısı almış olmanız ve tedavi için duygudurum düzenleyici ilaç kullanmanız gerekir. Ayrıca ilaçlarınızın kan düzeyi tespitinin hekiminiz tarafından yapılmış olması gerekmektedir.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Bu çalışmaya katıldığınızda sizden anket ve ölçek sorularını cevaplamanız istenilecektir.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırma ile ilgili olarak sizin herhangi bir sorumluluğunuz bulunmamaktadır.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 50'dir.

KATILIMIM NE KADAR SÜRECEKTİR?

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre iki haftadır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Bu araştırmada sizin için beklenen yararlar; ilaç tedaviniz ve tedaviye uyumunuz değerlendirildiğinden tedavinize olumlu katkı sağlayacaktır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Size bu araştırmada anket uygulanacaktır. Bu uygulama ile ilgili gözlenebilecek istenmeyen herhangi bir etki bulunmamaktadır.

GEBELİK

…….. nin doğmamış fetüs ya da anne sütü emen çocuk için riskleri bilinmemektedir. Gebe ya da çocuk emziren kadınlar bu çalışmaya katılamazlar. En iyisi gebe olmadığınızdan ve çalışma boyunca gebe kalmamaya niyetli olduğunuzdan emin olmalısınız. Çocuk doğurma potansiyeliniz varsa çalışma doktoru sizinle uygun doğum kontrol yöntemlerini konuşacaktır. Çalışma sırasında gebe kaldığınızdan şüphelenirseniz, hemen çalışma doktoruna haber vermelisiniz. Gebe iseniz izniniz alınmadan araştırmadan çıkarılacaksınız.*(Varsa, embriyo, fetus veya anne sütü ile beslenen yenidoğan için tahmin*

edilebilir riskler veya uygunsuzluklar; gerekiyorsa gebe kalınmaması yönünde uyarı ve bu çalışma için kabul edilebilir gebelikten korunma yöntemleri koyu renkte yazılmalıdır)

Erkek gönüllüler için de gerekiyorsa kendisinin ve partnerinin korunması konusunda uyarı yapılmalıdır.

ARAŞTIRMA SÜRECİNDE BİRLİKTE KULLANILMASININ SAKINCALI OLDUĞU BİLİNEN İLAÇLAR/BESİNLER NELERDİR?

Çalışma süresince birlikte kullanımının sakıncalı olduğu ilaç ve besinler bulunmamaktadır.

İLACIN SAKLAMA KOŞULLARI…….'dır

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, tedavi sırasında ilaç değişimi yapılması, çalışma programını aksatmanız, gebe kalmanız veya çalışma ilacı ile ilgili bir yan etkiye maruz kalmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle doktorunuz sizin izniniz olmadan sizi çalışmadan çıkarabilir.

DİĞER TEDAVİLER NELERDİR?

Bu tanının tedavisinde uygulanabilecek, ancak şimdilik uygulanmayacak olan ……gibi diğer tedaviler ya da işlemler de bulunmaktadır; bunların olası yararları …….....…… ……., riskleri ise …….'dir.

HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK/SORUMLULUK KİMDEDİR VE NE YAPILACAKTIR?

Araştırmaya bağlı bir zarar söz konusu olduğunda, bu durumun tedavisi sorumlu araştırıcı tarafından yapılacak, ortaya çıkan masraflar …….……tarafından karşılanacaktır. Uygulama sırasında gelişebilecek herhangi bir hasara karşı (ölüm/sakatlanma dahil) güvence altına alınmaktasınız, oluşabilecek hasar size tarafımızdan yapılan sigorta ile tazmin edilecektir (Sağlık Bakanlığı'ndan izin alınması gerekli olmayan araştırmalar için zorunlu değildir).

YENİ BULGULAR

Araştırma sürecinde yapılan tedavi/uygulamaya yönelik sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Uygulama süresi boyunca, zorunlu olarak araştırma dışı ilaç almak durumunda kaldığınızda Sorumlu Araştırıcıyı önceden bilgilendirmek için, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 360 60 60 no.lu telefondan Dr. ……'e başvurabilirsiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR?

Çalışmayı destekleyen kurum bulunmamaktadır.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırıcı, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle isteğiniz dışında ancak bilginiz dahilinde sizi araştırmadan çıkarabilir. Bu durumda da sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır.

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

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?

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 (tedavinin gizli olması durumunda, gönüllüye kendine ait tıbbi bilgilere ancak verilerin analizinden sonra ulaşabileceği bildirilmelidir).

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 4 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla 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 büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

AÇIKLAMALARI YAPAN ARAŞTIRICININ		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		

RIZA ALMA İŞLEMİNE BAŞINDAN SONUNA KADAR TANIKLIK EDEN KURULUŞ GÖREVLİSİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		

"BU KISIM YALNIZCA BAYAN GÖNÜLLÜLER TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR"

.....tarafından, araştırılmakta olan yeni bir ilacı alacağım ve bu ilacın gebelik durumunda özellikle ilk 3 ayda bebeğin organ gelişimi sırasında zararlı olabileceği nedeni ile klinik araştırma süresince gebe kalmamam gerektiği bana etraflıca açıklandı. Bu nedenle,

- Gebeysem ya da gebe kalmış olabileceğimi düşünüyorsam,
- Adet görmezsem ya da adetim gecikirse ya da normal adet düzenimde bir değişiklik (örneğin adet sırasında fazla kanama veya iki adet dönemi arası kanama) olursa,
- Doğum kontrol yöntemimi değiştirir ya da değiştirmeyi planlarsam,
- Ya da araştırma ilacı dışında herhangi bir ilacı kullanmak zorunda kalırsammutlaka ..... 'a haber vermemin gerekli olduğunu biliyorum.

BAYAN GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		

EK:10

Dr. Donald E. Morisky

Professor

UCLA

At 10:41 AM 2/17/2011, Donald E. Morisky wrote:

Thank you for your note, Guvenregarding your interest in using our copyrighted MMAS (Morisky MedicationAdherence Scale). The scale consists of two forms, the MMAS-4 andthe MMAS-8. Since you are a student, I will waive the nominallicense fee for your use, provided that you cite our research in yourstudy and send me a brief report upon completion. We haveconducted several validation studies on both scales and now have twocriterion-related validations for the mMAS-8, one the physiologicaloutcome measure of blood pressure control and the second is a pharmacyfill measure. The MMAS-8 correlated significantly with the healthstatus outcome (higher adherence was directly related to proportion ofpatients having their HBP under control, and higher adherence correlatedsignificantly with the persistence of pharmacy fills. The MMAS-4 isa highly cited scale with over 600 citations in Pub Med. We havevalidated this scale using several outcome measures, includingdiscriminant validity with social desirability, chemical validation witha metabolite of Riboflavin for anti-tuberculosis medication, andhealth status outcomes of blood pressure control, HgA1c for diabetes, andHDL for patients taking anti cholesterol medications.

I have attached several articles re the reliability and validity of ourscales and additional information on the development of thescales...

Best wishes,

EK:11

MORISKY MEDICATION ADHERENCE SCALE [MMAS-4] MORİSKY İLAÇ UYUM ÖLÇEĞİ (MTUÖ -4 MADDELİ)			
	ÖZGÜN	**ÇEVİRİ**	**TERSİNE ÇEVİRİ**
	You indicated that you are taking medication(s) for your (identify health concern, such as "high blood pressure"). Individuals have identified several issues regarding their medication-taking behavior and we are interested in your experiences. There is no right or wrong answer. Please answer each question based on your personal experience with your [health concern] medication.	İki Uçlu Bozukluk sorununuz için ilaç kullandığınızı belirttiniz. Bireyler kendilerinin ilaç kullanma davranışlarıyla ilgili çeşitli konuları tanımladılar. Bu çerçevede sizin ilaç kullanma konusundaki deneyimleriniz bizim için önemlidir. Aşağıdaki yer alan sorularda doğru veya yanlış cevap yoktur. Bu hastalığınızla (İki uçlu bozukluk) ilgili sizin kişisel ilaç kullanma deneyiminize dayanarak aşağıdaki her bir soruyu cevaplandırınız.	You stated to take medication for bipolar disorder. People have defined some issues regarding their use of medication. In this context, your experience in medication is quite important for us. The following questions have no right or wrong answer. Please answer the following questions based on your personal experience in using medication for your disorder (bipolar disorder).
1	Do you ever forget to take your (name of health condition) medicine?	İki uçlu bozukluktan dolayı kullandığınız İlacınızı almayı hiç unuttuğunuz oldu mu?	Have you ever forgotten to take (bipolar disorder) medicine?
2	Do you ever have problems remembering to take your (name of health condition) medication?	İki uçlu bozukluktan dolayı kullandığınız ilacınızı almayı hatırlamak konusunda sorun yaşıyor musunuz?	Do you have any problems remembering taking your (bipolar disorder) medications?
3	When you feel better, do you sometimes stop taking your (name of health condition) medicine?	Kendinizi iyi hissettiğinizde İki uçlu bozukluktan dolayı kullandığınız ilacınızı almayı kestiğiniz olur mu?	Do you ever stop taking medication when you feel yourself(bipolar disorder) well?
4	Sometimes if you feel worse when you take your (name of health condition) medicine, do you stop taking it?	Bazen İki uçlu bozukluktan dolayı kullandığınız ilacınızı aldığınızda kendinizi kötü hissederseniz, ilaç kullanmayı bırakır mısınız?	If you sometimes feel worse when you take your (bipolar disorder) medicine, doyou stop taking the medicine?

ÖZGEÇMİŞ

1972 yılında Kayseri'de doğdu. 1994 yılında Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler bölümünden mezun oldu. 1995-1996 yılları arasında Gaziantep Yetiştirme Yurdu'nda Sosyal Hizmet Uzmanı, 1996-2003 yılları arasında Gaziantep İl Sosyal Hizmetler Müdürlüğü'nde İl Müdür Yardımcısı ve 2003-2010 tarihleri arasında ise Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi'nde kurum müdürü olarak görev yaptı. 2010 yılında Gaziantep Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'nda Öğretim Görevlisi olarak göreve başladı. Halen Gaziantep Üniversitesi'nde Öğretim Görevlisi olarak çalışmalarını sürdürmektedir. Evli ve bir kız çocuğu babasıdır.